



Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser til voksne med psykoselidelser



Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser til voksne med psykoselidelser

© Sundhedsstyrelsen, 2024.
Publikationen kan frit refereres
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: [xx]

Sprog: Dansk
Version: 1
Versionsdato: juni 2024
Format: pdf

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2024

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Introduktion	5
1.1. Formål	6
1.2. Hvem kan bruge beskrivelsen?	6
1.3. Lovgrundlag	6
2. Målgruppe.....	7
FORLØBET AF EN PSYKOSELIDELSE.....	8
3. Beskrivelse af forløbet	9
4. Indsatser i forløbet.....	10
4.1. Sundhedsvæsenets indsatser	10
4.2. Kommunale indsatser.....	10
5. Tidlig opsporing og henvisning.....	11
5.1. Tidlig opsporing via kommunale tilbud, politiet og civilsamfund.....	11
5.2. Tidlig opsporing på sundhedsområdet	13
5.3. Henvisning ved mistanke om psykoselidelse	15
6. Første psykoseepisode	16
6.1. Udredning og behandling i den regionale psykiatri	16
6.2. Kommunale indsatser ved første psykoseepisode	21
7. Tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser.....	23
7.1. Behandling i den regionale psykiatri ved tilbagefald	23
7.2. Kommunale indsatser ved tilbagefald	25
7.3. Håndtering af akutte kriser i regionale og kommunale tilbud.....	28
8. Langvarig og kompleks psykoselidelse	29
8.1. Behandling i den regionale psykiatri ved langvarig og kompleks psykoselidelse	29
8.2. Kommunale indsatser ved langvarig og kompleks psykoselidelse	32
9. Opfølgning	35
9.1. Opfølgning ved afslutning af forløb i den regionale psykiatri	35
9.2. Opfølgning i almen praksis eller psykiatrisk speciallægepraksis	36
9.3. Opfølgning på det kommunale område	37
FÆLLES TVÆRSEKTORIEL TILGANG I DET SAMLEDE FORLØB.....	38
10. Koordination og samarbejde.....	39
10.1. Kontaktpersoner	39
10.2. Tværsektorielle netværksmøder	41
10.3. Fælles samarbejdsplaner	41

11. Gennemgående indsatser og metoder i forløbet	43
11.1. Forebyggelse og behandling af fysiske sygdomme	43
11.2. Fysisk aktivitet og fysioterapeutiske indsatser	45
11.3. Medicinsk behandling og indsatser som støtter adhærens til behandling	46
11.4. Psykosociale indsatser og metoder	46
 12. Grupper med særlige behov	52
12.1. Debut af psykoselidelse før 18-årsalderen	52
12.2. Samtidig rusmiddelproblematik	52
12.3. Hjemløshed	53
12.4. Øget risiko for kriminalitet	54
12.5. Øget risiko for voldsomme episoder, magtanvendelse og tvang	56
12.6. Øget risiko for selvmordshandlinger	58
12.7. Udviklingshæmning	58
12.8. Etnisk minoritetsbaggrund	58
12.9. Gravide, kommende forældre og forældre	59
12.10. Ældre med psykoselidelser	60
 Referenceliste	61
Bilagsfortegnelse	70
Bilag 1: Målgruppens demografi	72
Bilag 2: Vidensgrundlag for forløbsbeskrivelsen	83
Bilag 3: Principper for god praksis i det samlede forløb	84
Bilag 4: Lovgivning	87
Bilag 5: Ordliste	89

Introduktion

Psykoselidelser er alvorlige psykiske lidelser, som kan påvirke alle livsaspekter af en persons liv, herunder familieliv, sociale fællesskaber samt uddannelse og beskæftigelse. En psykoselidelse kan derfor have betydelige konsekvenser både for den enkelte og for samfundet (1). Mennesker med psykoselidelser har desuden en kortere forventet levetid (2), øget risiko for fysiske sygdomme, rusmiddelproblemer og komplekse sociale udfordringer, såsom hjemløshed.

I Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplan for mental sundhed og psykiske lidelser, blev det anbefalet at løfte kvaliteten af det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser gennem udarbejdelse af tværsektorielle beskrivelser af forløb for børn/unge og voksne (3). I september 2022 blev der vedtaget en bred politisk aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed (4), og om styrkede indsatser til mennesker med svære psykiske lidelser. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen med inddragelse af relevante aktører i 2023-2024 udarbejdet beskrivelser af forløb for henholdsvis børn/unge og voksne med psykoselidelser.

Målgruppen for denne beskrivelse er personer med psykoselidelser, som er fyldt 18 år (voksne). En sociodemografisk opgørelse viser, at de fleste i målgruppen er unge eller i tidlig voksenalder, og cirka halvdelen har en skizofrenidiagnose. Halvdelen har grundskolen som højest fuldførte uddannelse, en tredjedel har måttet afbryde en ungdomsuddannelse, flertallet er uden arbejdstilknytning, og en tredjedel modtager en social serviceydelse (bilag 1). Dette understreger behovet for et sammenhængende og helhedsorienteret forløb på tværs af sundheds-, social-, uddannelses- og beskæftigelsesområderne.

I denne beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser præsenteres en række faglige anbefalinger til, hvordan man på tværs af sektorer kan tilrettelægge den samlede indsats for voksne med psykoselidelser. Beskrivelsen tager så vidt muligt udgangspunkt i nationale og internationale retningslinjer (bilag 2), og alternativt i den bedste tilgængelige faglige viden og praksis samt brugererfaringer fra mennesker med psykoselidelser. Sideløbende med udarbejdelsen af denne beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser er der udarbejdet en beskrivelse af forløbet for børn og unge med psykoselidelser. Beskrivelserne kan med fordel læses i sammenhæng, da de udgør faglige anbefalinger for hele forløbet fra de første symptomer, som måske allerede opstår i barndom eller tidlig ungdom, til langt ind i voksenlivet, hvor en del mennesker fortsat vil have behov for behandling og støtte.

I aftalen mellem regeringen, Danske Regioner og KL om udmøntning af midler til implementeringen af beskrivelser af forløb for hhv. børn/unge og voksne med psykoselidelser er der afsat 138,0 mio. kr. i 2024 og 2025 og 142,8 mio. kr. i 2026 og fremadrettet. Fordelingen af midler mellem regioner og kommuner, samt indsatser som midlerne prioriteres til, kan ses i aftalen¹. Midler til implementering skal ses i sammenhæng med øvrige indsatser, der er iværksat som følge af *Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien* og *Aftale om en bedre psykiatri*, herunder den generelle tilførsel af midler til psykiatriområdet samt understøttelsen af kapacitetsopbygning og forbedring af indsatsen til mennesker med svære psykiske lidelser. Der vil være behov for at evaluere implementeringen, og der er derfor afsat midler til, at Sundhedsstyrelsen kan evaluere indsatsen i 2026.

¹ Der henvises til udmøntningsaftalen pr. 22/3-2024. [Udmøntningsaftale_final.pdf \(ism.dk\)](#)

1.1. Formål

Denne beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser har til formål at fremme en sammenhængende, systematisk, ensartet, dokumenteret virksom og så vidt muligt evidensbaseret indsats af høj kvalitet til voksne med psykoselidelser. Som et væsentligt element beskrives ansvarsfordeling, opgaver og koordinering mellem alle involverede parter i forløbet. Det overordnede mål er at sikre, at den samlede indsats støtter voksne med psykoselidelser i at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv og skabe de bedst mulige betingelser for at komme sig. Beskrivelsen bygger på nedenstående principper (boks 1), som udgør fundamentet for indsatsen i hele forløbet (uddybes i bilag 3).

Boks 1. Gennemgående principper for indsatsen til voksne med psykoselidelser

- En recovery-orienteret tilgang, der støtter den enkelte i at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv og i at komme sig.
- Inklusion og bekæmpelse af stigmatisering, så der skabes et støttende og inkluderende miljø, hvor den enkelte føler sig accepteret og forstået.
- Brug af dokumenteret virksomme - og så vidt muligt evidensbaserede - metoder, som anvendes på tværs af hele forløbet.
- En fleksibel indsats, som tilpasses den enkeltes unikke behov og præferencer.
- Tidlige indsatser, som forbedrer den enkeltes mulighed for at komme sig og undgå langvarige konsekvenser af psykoselidelsen.
- Tæt og ligeværdigt samarbejde, som styrker den enkeltes selvbestemmelse og sikrer systematisk inddragelse og støtte til pårørende.
- Sammenhængende og integrerede indsatser, som sikrer en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, hvor der arbejdes med fælles mål, viden og opgaveløsning på tværs af regioner og kommuner.

1.2. Hvem kan bruge beskrivelsen?

Beskrivelsen er et værktøj, der kan anvendes af beslutningstagere, planlæggere og fagpersoner til at understøtte, at personer med psykoselidelser tilbydes en indsats af høj kvalitet på tværs af sektorer. Derudover kan den også anvendes af personer med psykoselidelser og deres pårørende.

1.3. Lovgrundlag

Lovgrundlaget omfatter dels Sundhedsloven, Psykiatriloven og Serviceloven, der regulerer sundhedsindsatser og sociale serviceydelser. Sundhedsloven regulerer det samlede sundhedsvæsen og sikrer borgerne adgang til sundhedsydelser. Lovens fokus er på behandling i bred forstand, forstået som forebyggelse, sundhedsfremme og rehabilitering, herunder regionernes og kommunernes rammer og forpligtelse til at tilbyde behandling til mennesker med et sundhedsfagligt begrundet behov for behandling, at alle beslutninger forudsætter et informeret samtykke, samt at kommunerne har ansvaret for kommunale sundhedsindsatser, herunder at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Psykiatriloven regulerer og fastsætter rammerne

for, at anvendelse af tvang i psykiatrien sker i overensstemmelse med grundlæggende retsprincipper, og at indlæggelse, ophold og behandling på psykiatriske afdelinger uden samtykke, sker som led i at understøtte den enkeltes mulighed for bedring. Serviceloven regulerer sociale serviceydelser med formålet om at borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, sociale udfordringer eller andre særlige behov får den nødvendige støtte og hjælp til at leve et så selvstændigt liv som muligt. Loven dækker et bredt spektrum af områder, herunder socialpædagogisk støtte, hjælpemidler, botilbud mm. Serviceloven administreres af kommunerne. Lovgrundlaget i de tre lovgivninger er uddybet i bilag 4.

2. Målgruppe

Målgruppen er voksne med primære psykoselidelser eller mistanke om psykoseudvikling (boks 2).

Boks 2. Målgruppeafgrænsning (primære psykoselidelser)

Beskrivelsen er et værktøj, der kan anvendes af beslutningstagere, planlæggere og fagpersoner til at understøtte, at mennesker med psykoselidelser tilbydes en indsats af høj kvalitet på tværs af sektorer. Derudover kan den også anvendes af voksne med psykoselidelser og deres pårørende (der gøres opmærksom på, at ICD-11 er endnu ikke implementeret i Danmark):

- Skizofreni
- Skizoaffektive psykoser
- Skizotypisk sindslidelse
- Akutte og forbigående psykoser
- Paranoide psykoser
- Andre specificerede primære psykoselidelser

Øvrige grupper som indgår i målgruppen:

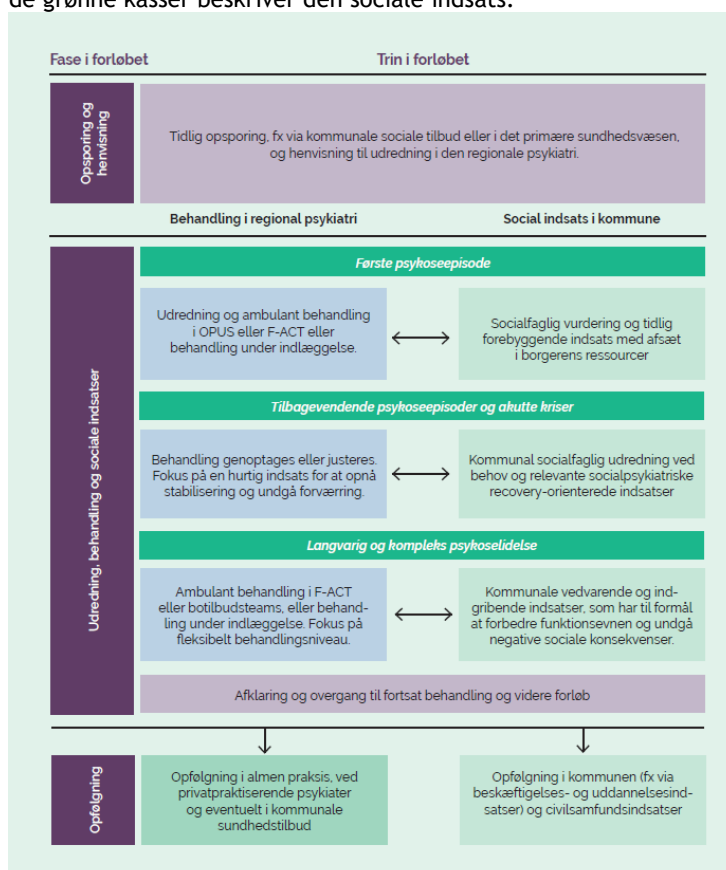
- **Personer med andre psykiske lidelser**, hvor der er mistanke om udvikling af samtidig primær psykoselidelse, eller hvor anden psykisk lidelse er sekundær til psykoselidelsen. Personer, som har psykotiske symptomer i sammenhæng med anden psykisk lidelse, indgår som udgangspunkt ikke i målgruppen.
- **Personer med samtidig rusmiddelproblematik**, indgår i målgruppen, hvis der er mistanke om underliggende primær psykoselidelse, da det ved et aktivt brug af rusmidler kan være svært at skelne mellem primære symptomer og sekundære psykotiske symptomer udløst af rusmidler.
- **Personer med udviklingshæmning** og samtidig psykoselidelse indgår i målgruppen. Deres særlige behov afhænger af graden af udviklingshæmning.

FORLØBET AF EN PSYKOSELIDELSE

Forløbet af en psykoselidelse kan blandt andet inddeles ud fra sværhedsgraden af symptomer og påvirkningen af funktionsevnen på specifikke tidspunkter. Behovet for flere samtidige indsatser stiger i takt med varigheden og kompleksiteten af psykoselidelsen.

Figur 1 giver et overblik over forløbet og de forskellige faser i en psykoselidelse, og beskrivelsen i kapitel 3-9 følger denne struktur. I kapitel 3-4 introduceres forløbet, og de overordnede opgaver i regioner og kommuner beskrives. Kapitel 5 omhandler den tidlige opsporing af en psykoselidelse og henvisningen til den regionale psykiatri. Kapitel 6-8 omhandler behandlingen og de kommunale indsatser i de forskellige faser af en psykoselidelse, herunder ved første psykoseepisode, ved tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser, og ved langvarig og kompleks psykoselidelse. Slutteligt beskrives opfølgningen efter afslutning af et behandlingsforløb i kapitel 9.

Figur 1: Overblik over faser og aktiviteter i forløbet. De blå kasser beskriver den sundhedsfaglige indsats, og de grønne kasser beskriver den sociale indsats.



3. Beskrivelse af forløbet

Forholdet mellem symptomer og funktionsevnepåvirkning uddybes i boks 3.

Boks 3. Symptomer og påvirkning af funktionsevnen i forløbet af en psykoselidelse

Fælles for de primære psykoselidelser er jf. ICD-11, at symptomerne kan variere i sværhedsgrad inden for seks forskellige symptomdomæner:

1. Positive (psykotiske) symptomer, fx vrangforestillinger og hallucinationer
2. Negative symptomer, fx følelsesfladhed, nedsat energi og social isolation
3. Depressive symptomer
4. Maniske symptomer
5. Psykomotoriske symptomer, fx påvirkning af motoriske færdigheder
6. Kognitive symptomer, fx påvirkning af indlæring og hukommelse

Sværhedsgraden og varigheden af symptomerne har indflydelse på en persons mulighed for at fungere i hverdagen (funktionsevnen), og på om der er tale om en midlertidig eller varig påvirkning. Der henvises til WHO's definition af funktionsevnen, hvor både fysiske, psykiske og sociale faktorer inkluderes i en samlet vurdering af funktionsevnen jf. internationale kriterier beskrevet ved den såkaldte ICF-model ([International Classification of Functioning, Disability and Health](#)).

Der er forskellige faser i en psykoselidelse. Mens nogle kommer sig efter den første psykoseepisode, oplever andre længerevarende forløb med tilbagefald eller vedvarende symptomer. Mellem tilbagefaldsepisoder kan der være stabile faser, hvor symptomerne mindskes eller forsvinder helt med behandling, og hvor funktionsevnen bedres. Kun en lille andel har vedvarende symptomer og behov for livslang behandling. Dette illustreres ved en opfølgning af unge behandlet i OPUS, hvor 50 % vedvarende havde fravær af positive (psykotiske) symptomer efter behandling af første psykoseepisode, 18 % oplevede stabil bedring, og kun 9 % havde vedvarende svære symptomer ved en 20-års opfølgning (5). Selv når der er vedvarende symptomer og behov for længerevarende behandling, oplever mange bedring over tid og kan leve et meningsfuldt liv med en psykoselidelse.

Variationer i forløbet af en psykoselidelse medfører behov for forskellige indsatser over tid. Ved korterevarende psykoselidelser, hvor der er god effekt af behandlingen og hurtig opnået bedring, vil der typisk være behov for en mindre intensiv indsats sammenlignet med de forløb, hvor der er tilbagefald eller langvarig og kompleks psykoselidelse. Behovet for flere samtidige indsatser stiger i takt med varigheden og kompleksiteten af psykoselidelsen, især når der tilstøder andre problemer, såsom rusmiddelproblemer, fysiske sygdomme, hjemløshed, mangel på socialt netværk, problemer med at deltage i uddannelse og beskæftigelse, eller at få et hverdagsliv til at fungere.

For at give en mere struktureret oversigt er beskrivelsen af forløbet inddelt i tre overordnede faser: Første psykoseepisode (kap.6), tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser (kap.7) og langvarig og kompleks psykoselidelse (kap.8).

4. Indsatser i forløbet

4.1. Sundhedsvæsenets indsatser

I henhold til sundhedsloven skal regioner og kommuner sikre lige og let adgang til behandling samt forebyggende og sundhedsfremmende indsatser til mennesker med psykoselidelser. Dette kan fx inkludere ambulant psykiatrisk udredning og behandling af første psykoseepisode i et OPUS-forløb og eventuelt senere i F-ACT (se kapitel 6 til 8), og i perioder behandling under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling. I nogle tilfælde er der behov for behandling i specialfunktioner jf. den til enhver tid gældende specialevejledning (6). På grund af øget forekomst af fysiske sygdomme hos målgruppen, bør der også være let og lige adgang til forebyggelse og behandling af disse. Det kan fx være tilbud om relevante sundhedsydelser i almen praksis, såsom fysiske helbredsundersøgelser og opfølgning efter afsluttet behandling i den regionale psykiatri. Kommunerne kan tilbyde forebyggende og sundhedsfremmende tilbud (§119) og andre sundhedstilbud, fx kommunal tandpleje (§131, §133 og §134 a), kommunal sygepleje efter lægehenvielse (§138), og genoptræning efter sygehusophold (§140). For en del af målgruppen kan der også være behov for kommunal rusmiddelbehandling (§141-142) eller behandling i det nye regionale tilbud til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

4.2. Kommunale indsatser

Mennesker med psykoselidelser kan have behov for psykosociale indsatser på grund af de sociale udfordringer, der kan opstå i forbindelse med psykoselidelsen. Disse indsatser gives med udgangspunkt i serviceloven. For nogle borgere er der behov for en forebyggende indsats, mens andre har behov for en mere indgribende indsats enten i eget hjem eller i et botilbud. Hvilken indsats, der er nødvendig, vil ofte afhænge af, om der er tale om en første psykoseepisode, tilbagevendende psykoseepisoder eller langvarig og kompleks psykoselidelse. Uanset hvor i forløbet borgeren er, kan behovene for en psykosocial indsats variere meget. Således kan borgere ved første psykoseepisode have behov for en mere indgribende indsats fra starten, ligesom borgere med tilbagevendende psykoseepisoder i perioder vil kunne profitere af en forebyggende psykosocial indsats.

Uanset hvilket behov borgeren har i forbindelse med psykoselidelsen, er kommunen forpligtet til at sikre, at borgeren tilbydes den indsats, der er behov for i forhold til at forebygge forværring, fremme selvstændighed og understøtte den enkeltes mulighed for deltagelse i uddannelse, beskæftigelse og sociale relationer samt muligheden for at komme sig.

5. Tidlig opsporing og henvisning

Tidlig opstart af behandling og psykosociale indsatser er afgørende for den langsigtede udvikling af en psykose-lidelse (7-9). Internationalt er der enighed om, at varigheden af ubehandlet psykose ikke bør overstige tre måneder (10,11). Den gennemsnitlige varighed af ubehandlet psykose vurderes på nuværende tidspunkt at være 1-2 år (7,12). Det er derfor af stor betydning, at en psykoselidelse opspores tidligt, så der kan foretages en grundig udredning, tilbydes behandling og de rette psykosociale indsatser uden forsinkelse, og så de langvarige følgevirkninger af en psykoselidelse kan forebygges. Det kan ske ved, at medarbejdere på social- og sundhedsområdet med kontakt til risikogrupper får bedre kendskab til psykoselidelser og vigtigheden af tidlig behandling, at vejen til at blive henvist til udredning i den regionale psykiatri er kort og overskuelig, og at der for pårørende og fagpersoner er adgang til rådgivning, hvis der opstår en mistanke om, at en person er ved at udvikle en psykoselidelse. En tidlig opsporingsindsats kan suppleres med en øget oplysnings- og informationsindsats, som inddrager brugerorganisationer og de regionale PsykInfo'er (13). Ved at reducere stigmatisering og øge kendskabet til tidlige tegn på psykoselidelser, særligt blandt medarbejdere, som arbejder med grupper i udsatte positioner, er det muligt at mindske varigheden af ubehandlet psykose og dermed styrke den enkeltes muligheder for at komme sig.

I kapitlet neden for beskrives følgende elementer i den tidlige opsporende del af forløbet:

- Tidlig opsporing via kommunale tilbud, politiet og civilsamfund
- Tidlig opsporing på sundhedsområdet
- Henvisning ved mistanke om psykoselidelse

5.1. Tidlig opsporing via kommunale tilbud, politiet og civilsamfund

Det er vigtigt, at der er opmærksomhed på opsporing af psykoselidelser dér, hvor mennesker har deres almindelige hverdagsliv, og hvor fx unge i psykisk mistrivsel opsøger hjælp eller har kontakt med myndigheder. Det vil typisk være i de kommunale tilbud, herunder jobcentre, tidligt forebyggende tilbud, fritidstilbud, hos politiet eller i civilsamfundet. Oftest vil de pårørende eller andre i netværket være de første til at opdage ændringer i trivsel eller adfærd. Det er derfor vigtigt, at medarbejdere reagerer på bekymringer fra pårørende, så der hurtigt kan henvises til den nødvendige hjælp. Samtidig skal pårørende vide, hvor de kan henvende sig med deres bekymring. Det er derfor afgørende, at tilbud til målgruppen er synlige og tilgængelige.

Den første fase i udviklingen af en psykoselidelse kan være kendetegnet ved uspecifikke tegn og adfærdsændringer, som fx:

- Tegn på **vedvarende** svære følelser, som fx tristhed, angst, utryghed, fysiske klager, selvskaide eller selvmordstanker.
- Social isolation, fx fra familie, venner og øvrige netværk, eller manglende ønske om at deltage i aktiviteter eller socialt samvær med andre.
- Fravær fra uddannelse eller arbejde eller svært ved at udføre hverdagsaktiviteter.
- Markante adfærdsændringer, som ikke kan forklares af ydre omstændigheder i den enkeltes liv.

- Udvikling af et problematisk eller skadeligt brug af rusmidler.

Disse tegn og adfærdsændringer kan også være udtryk for mange andre problemstillinger, men der vil i alle tilfælde være behov for en vurdering af, hvad der er årsagen, og hvilken hjælp, den enkelte har brug for.

Medarbejdere i kommunen, hos politiet, på uddannelsesinstitutioner, i civilsamfundstilbud og i almene bolig-områder har kontakt til en bred gruppe af borgere, herunder fx via de forebyggende kommunale sociale tilbud, beskæftigelsesindsatsen, det almindelige politiarbejde, i studievejledningen eller via anonyme rådgivningstilbud. Det anbefales, at medarbejdere i relevante tilbud reagerer på adfærd og tegn, som kan være udtryk for en psykoselidelse eller anden alvorlig psykisk lidelse og kender deres handleveje, men dog uden at de behøver have indgående kendskab til konkrete symptomer eller diagnoser. Medarbejdere i socialpsykiatrien og på rusmiddelcentre anbefales at have en grundviden om psykiske lidelser, som gør dem i stand til at identificere tegn på en psykoselidelse og tilbyde den nødvendige støtte.

I boks 4 beskrives de kommunale tilbud, som kan have en vigtig rolle i den tidlige opsporing. Indsatsen til børn og unge under 18 år beskrives i *Beskrivelse af forløb for børn og unge med psykoselidelser*.

Boks 4. Tidlig opsporing i kommunale tilbud

- **Tidlige forebyggende sociale tilbud** er ofte åbne, uvisiterede og anonyme, og kan for personer i psykisk mistrivsel være den første indgang til kommunen. Personer, der henvender sig, ved måske ikke at de har en psykoselidelse, og symptomerne kan være uspecifikke.
- **Sociale akuttilbud** er ofte tilgængelige døgnet rundt, og kan benyttes af personer i akut krise med behov for hurtig støtte og rådgivning.
- **Socialpsykiatriske tilbud** benyttes ofte af borgere, der allerede er kendt med en psykisk lidelse og ofte også komplekse sociale problemer. Medarbejderne kender borgerne godt og har mulighed for at følge deres udvikling og adfærd tæt.
- **Rusmiddelcentre** tilbyder behandling til borgere med en rusmiddelproblematik. Der er høj risiko for samtidig psykisk lidelse hos dem der henvender sig, og mange rusmiddelcentre screener derfor også for samtidig psykisk lidelse. Ofte er der også psykiatriske kompetencer på rusmiddelcentrene eller samarbejde med den regionale psykiatri.
- **Jobcentre og uddannelsesinstitutioner** kan spille en vigtig rolle i den tidlige opsporing. Når en person melder sig ledig, foretages der en indledende afdækning af borgerens samlede situation, og der kan desuden indhentes sundhedsfaglig rådgivning fra en klinisk socialmedicinsk funktion i regionen og fra den praktiserende læge i sager om jobafklaringsforløb, ressourceforløb, fleksjob og førtidspension. På uddannelsesinstitutioner kan studievejledere og lærere have en særlig opmærksomhed på psykisk mistrivsel hos studerende, som har svært ved at følge undervisningen eller har meget fravær. Der kan gives støtte og rådgivning og anbefales henvendelse sig til egen læge.

Hvis en kommunal medarbejder opdager adfærdsændringer eller tegn, som kunne være udtryk for en psykoselidelse, indledes et samarbejde med den berørte person om at opsøge den nødvendige hjælp. I boks 5 beskrives handleveje for de kommunale medarbejdere.

Boks 5. Handleveje for kommunale medarbejdere ved mistanke om psykoselidelse eller anden alvorlig psykisk lidelse

- Der indledes et samarbejde med borgeren om at opsøge den nødvendige hjælp. Kontakten forsøges fastholdt, selvom der i første omgang ikke ønskes hjælp.
- Medarbejderen kan med borgerens samtykke tilbyde at tage kontakt til den praktiserende læge eller den regionale psykiatri.
- Medarbejderen kan ved behov for faglig rådgivning og sparring tage kontakt til den regionale psykiatri.
- Medarbejderen støtter borgeren i at komme i behandling, og kan kontakte pårørende eller netværk, som kan hjælpe og støtte.
- Hvis borgeren har børn, som der er bekymring for, skal den skærpede underretningspligt følges.
- Hvis en borger på et socialpsykiatrisk botilbud har tegn på en psykoselidelse, tages der sammen med borgeren kontakt til den praktiserende læge eller den regionale psykiatri.
- Ved akut fare for borgeren selv eller andre, handles der uopsætteligt og ringes alarm til 112 og/eller politiet.

Politiet har ofte opgaver, som involverer mennesker med psykiske lidelser (14), og er ifølge loven forpligtet til at tage sig af udsatte personer, der ikke kan tage vare på sig selv fx på grund af sygdom, og hvis politiet finder, at en person er til fare for sig selv eller andre eller for den offentlige orden eller sikkerhed (15). Politiet har bemyndigelse til at frihedsberøve personer med henblik på lægeundersøgelse eller overgivelse til andres varetægt, hvis det vurderes nødvendigt. Politiet kan derfor være de første, som får kontakt til en person med en psykoselidelse som fx er hjemløs, har en svær rusmiddelproblematik og/eller alvorlige psykotiske symptomer. Et tæt myndighedssamarbejde er afgørende for de borgere, som har behov for hjælp, men måske ikke ønsker det eller ikke selv kan opsøge hjælp.

5.2. Tidlig opsporing på sundhedsområdet

Den første kontakt i forløbet er oftest den praktiserende læge, og dernæst de akutte sundhedstilbud, men vejen til behandling kan være meget varierende (16). Sundhedspersoner har et overordnet kendskab til symptomer på psykoselidelser og risikofaktorer og bør reagere hurtigt på en konkret mistanke om, at en person er ved at udvikle en psykoselidelse.

Eksempler på symptomer som sundhedspersoner bør reagere på, uddybes i boks 6, og opsporing og handleveje beskrives derefter.

Boks 6. Eksempler på mulige symptomer på en psykoselidelse

- Pludselige og uforklarlige ændringer i adfærd og følelsesliv, fx social tilbagetrækning, angst, irritabilitet, aggression eller mangel på følelsesmæssige reaktioner på begivenheder eller situationer, der normalt ville udløse følelser (affektfladhed).
- Svækket kommunikationsevne fx i forhold til at formulere sammenhængende tanker og tale.
- Mistænksomhed over for andre, udvikling af paranoide forestillinger eller frygt for forfølgelse eller overvågning.
- Hallucinationer og oplevelse af sanseindtryk, som andre ikke ser eller oplever.
- Urealistiske, aparte og fastlåste overbevisninger, der ikke kan rystes af (vrangforestillinger).
- Social tilbagetrækning fx fra venner og familie, manglende interesse for tidligere aktiviteter og undgåelse af sociale situationer.
- Problemer på uddannelse eller arbejde, fx problemer med koncentration og opgaveudførelse. Bliver eventuelt sygemeldt.
- Forvirring og desorganiseret adfærd, fx problemer med at udføre dagligdagsopgaver og egenomsorg.
- Rusmiddelbrug, som er problematisk eller skadeligt for den enkelte.
- Selvmords- eller selvskadetanker.

5.2.1. Tidlig opsporing i det primære sundhedsvæsen

Det primære sundhedsvæsen inkluderer privatpraktiserende behandlere i praksissektoren og kommunale sundhedstilbud. Særligt almen praksis, psykiatrisk speciallægepraksis og psykologpraksis spiller en rolle i den tidlige opsporing.

Almen praksis har en vigtig rolle i den tidlige opsporing. Den praktiserende læge bør kende til screeningsværktøjer, tidlige symptomer på en psykoselidelse, betydningen af tidlig opstart af behandling samt kriterierne for tvangsindlæggelse jf. psykiatriloven. Det er almen praksis' opgave at være opsøgende overfor personer, hvor der er mistanke om udvikling af en psykoselidelse. Ved begrundet mistanke henvises til den regionale psykiatri. Ved mistanke om psykoselidelse af stor alvorsgrad eller med behov for tæt monitorering henvises direkte til indlæggelse.

Psykiatrisk speciallægepraksis udreder henviste patienter og bør altid vurdere, om der er tegn på en psykoselidelse. Hvis dette er tilfældet, henvises til den regionale psykiatri til fortsat udredning og behandling. Hvis den enkelte ikke ønsker henvisning og tilstanden er ukompliceret, kan behandlingen fortsættes i psykiatrisk speciallægepraksis.

På psykologpraksisområdet, hvor behandling sker under psykologordningen, bør der ved mistanke om psykoselidelse henvises tilbage til almen praksis. Det er vigtigt at være opmærksom på, at jf. henvisningskriterium 5 i overenskomsten for psykologhjælp har *pårørende til alvorligt psykisk syge personer* (således også psykoselidelser) mulighed for at blive henvist under psykologordningen.

5.2.1. Tidlig opsporing i sygehusvæsenet

Der bør være fokus på tidlig opsporing både i somatiske og psykiatriske akutmodtagelser, men også i de dele af den regionale psykiatri, som behandler andre psykiske lidelser. På somatiske akutmodtagelser bør der være særlig opmærksomhed på en afstigmatiserende tilgang til psykiske lidelser, da dette også understøtter tidlig opsporing (17). Derudover bør der være mulighed for rådgivning fra relevante fagpersoner med viden om psykoselidelser i den regionale psykiatri. I den regionale psykiatri indgår det i udredningen generelt at afsøge om der er psykotiske symptomer tilstede.

Somatisk akutmodtagelse modtager bl.a. patienter i akut krise, patienter med akut rusmiddelforgiftning eller selvska- eller selvmordshandlinger, hvor der i nogle tilfælde kan være en underliggende psykoselidelse. Sundhedspersoner i akutmodtagelsen bør møde patienten med en rolig og åben tilgang, og en tydelig og anerkendende kommunikationsform. Hvis patienten ikke er kendt i psykiatrien og der er mistanke om psykoselidelse eller anden alvorlig psykisk lidelse, kontaktes den regionale psykiatri med henblik på sparring og psykiatrisk tilsyn, så der kan henvises til den rette hjælp og behandling.

Psykiatrisk akutmodtagelse modtager akutte psykiatriske patienter, herunder også patienter, som ikke tidligere er kendt i psykiatrien. Sundhedspersoner i den psykiatriske akutmodtagelse bør derfor opspore ubehandlet psykoselidelse og hvis tilstanden er akut, indlægge til fortsat udredning eller henvise til fortsat ambulante udredning. Sundhedspersoner i den regionale psykiatri skal generelt være opmærksomme på symptomer på psykoselidelse, med henblik på opsporing og evt. henvisning til et specialiseret behandlingstilbud.

For at styrke den tidlige opsporing bør den regionale psykiatri etablere mulighed for, at fagpersoner, patienter, pårørende og myndigheder, som har behov for rådgivning, kan tilbydes telefonisk rådgivning fra relevante fagpersoner med viden om psykoselidelser. Rådgivningen kan etableres som en selvstændig enhed eller integreres i eksisterende ambulante psykoseteams.

5.3. Henvisning ved mistanke om psykoselidelse

Hvis en læge vurderer en person og mistænker en psykoselidelse, henvises med informeret samtykke til udredning i den regionale psykiatri. Det kan tage tid at afklare ønsket om behandling og eventuelt arbejde med at motivere til henvisning. I disse tilfælde har henviser ansvaret, indtil et samtykke til henvisning kan opnås. Lægen henviser til den centrale psykiatriske visitation, som varetager visitation til rette tilbud. Hvis en psykoselidelse opspores af andre fagpersoner, tages med den enkeltes samtykke typisk kontakt til egen læge, som derefter kan vurdere og henvise til den regionale psykiatri.

Alle, der henvises til udredning, er omfattet af reglerne om ret til hurtig udredning. Der henvises til indlæggelse, hvis en person vurderes til fare for sig selv eller andre, har samtidig rusmiddelproblematik som ikke kan håndteres ambulant, har svært nedsat funktionsniveau på grund af alvorlige psykotiske symptomer, eller hvis behandling under indlæggelse er påkrævet for at sikre optimal udredning og behandling.

Hvis den enkelte ikke ønsker indlæggelse, og det ikke er muligt at motivere til frivillig indlæggelse, har lægen pligt til at overveje, om psykiatrilovens paragraffer om tvangsindlæggelse skal bringes i anvendelse jf. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien §5. Hvis lægen kontaktes af fx de pårørende eller politiet, har lægen pligt til at sørge for at patienten bliver set og vurderet, eventuelt med hjælp fra politiet, hvis tilstanden berettiger dette, eller hvis det ikke er muligt at få kontakt til personen. Ved tvivl om behov for indlæggelse/tvangsindlæggelse indhentes rådgivning fra den regionale psykiatri.

6. Første psykoseepisode

I forbindelse med den første psykoseepisode er der gode muligheder for at forhindre forværring af en psykoselidelse og forebygge negative følgevirkninger. Målet er, at den enkelte med den rette indsats på sigt kan opnå bedring og komme sig. Dette understøttes ved, at behandlingen i den regionale psykiatri i den tidlige fase er intensiv og modsvares af et tæt samarbejde mellem region og kommune og en tilsvarende indsats i kommunen. I dette kapitel beskrives forløbet ved første psykoseepisode, herunder:

- Udredning og behandling i den regionale psykiatri
- Kommunale indsatser

6.1. Udredning og behandling i den regionale psykiatri

Udredningen påbegyndes der, hvor personen med symptomer på en psykoselidelse, først vurderes. Det kan være i en ambulant funktion, ved indlæggelse i den regionale psykiatri eller i psykiatrisk speciallægepraksis. Personer i alderen 18-35 år, som vurderes at have en første psykoseepisode, og som falder indenfor målgruppebeskrivelsen, visiteres til opsøgende behandling af unge med psykosesyntomer (OPUS), som er en udgående ambulant behandlingsmodel målrettet unge med første psykoseepisode. Personer over 35 år visiteres til Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT). I visse tilfælde kan der også være behov for behandling under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling.

6.1.1. Psykiatrisk udredning af første psykoseepisode

Det psykiatriske udredningsforløb i den regionale psykiatri er tværfagligt og kan foregå parallelt med at behandlingen opstartes. Udover den diagnostiske udredning foretages en udredning af andre forhold, som har betydning for, hvilken behandling og støtte der er behov for. Udredning og behandling foregår i udgangspunktet på hovedfunktionsniveau medmindre der er grundlag for visitation til specialfunktionsniveau jf. den til enhver tid gældende specialeplan for psykiatri (6).

Diagnostisk udredning følger den kliniske retningslinje vedrørende diagnostisk udredning af børn, unge og voksne med skizofreni og andre primære psykoselidelser, som er udviklet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP). Derudover omfatter det tværfaglige udredningsforløb en undersøgelse af neurokognitiv og socialkognitiv funktion samt sociale støttebehov.

På baggrund af udredningen udarbejdes så hurtigt som muligt og i tæt samarbejde med den berørte person og evt. de pårørende en behandlingsplan, som har til formål at sikre, at der er enighed om målet for behandlingen, og om hvad der skal ske i behandlingsforløbet. Behandlingsplanen tager udgangspunkt i det aktuelle sygdomsbillede samt individuelle mål, styrker og ressourcer og indeholder bl.a. en beskrivelse af psykiatriske/somatiske diagnoser, funktionsniveau, sociale forhold, medicingennemgang, behandlingsindsatser, mål for behandlingen, informeret samtykke samt støtte og rehabiliteringsaktiviteter anbefalet af behandlingsteamet anbefaler, herunder fysisk sundhed.

Behandlingsplanen revideres løbende af den regionale psykiatri og inddrager øvrige relevante indsatser, herunder fx kommunale indsatser og eventuelt civilsamfundsindsatser samt ønsker i forhold til beskæftigelse og uddannelse. Kopi af behandlingsplanen, herunder justeringer, udleveres til patienten og sendes til egen læge og den kommunale kontaktperson såfremt der gives samtykke til det.

6.1.2. Ambulant behandling af første psykoseepisode hos 18-35-årige (OPUS)

OPUS er en behandlingsmodel primært til personer i aldersgruppen 18-35 år, der oplever deres første psykoseepisode og/eller er nyligt diagnosticeret med psykoselidelse, og har vist positive effekter både i randomiserede studier og efter implementering som standardbehandling (18,19). Modellen er bygget op omkring en række evidensbaserede indsatser, og kvaliteten i behandlingen afhænger derfor også af en høj grad af modeltrofasthed (20).

Personer i alderen 18-35 år med første psykoseepisode eller med en psykoselidelse, hvor der ikke tidligere er gennemført et intensivt behandlingsforløb, tilbydes et behandlingsforløb i OPUS. Behandlingen igangsættes så hurtigt som muligt ved tydelige psykotiske symptomer, selv om der er tvivl om den endelige diagnose. Kriterierne bør være fleksible, så personer, som falder uden for aldersgruppen, kan tilbydes forløb i OPUS på baggrund af en konkret individuel vurdering, og så der kan tilbydes forløb trods tidligere behandling for en psykoselidelse i børne- og ungdomspsykiatrien. Der bør desuden kunne genvisiteres til forløb i OPUS, hvis der fx har været manglende behandlingstilknudning i tidligere forløb, langvarige indlæggelser, samtidig rusmiddelproblematik eller en ustabil social situation, som har påvirket muligheden for at gennemføre et behandlingsforløb.

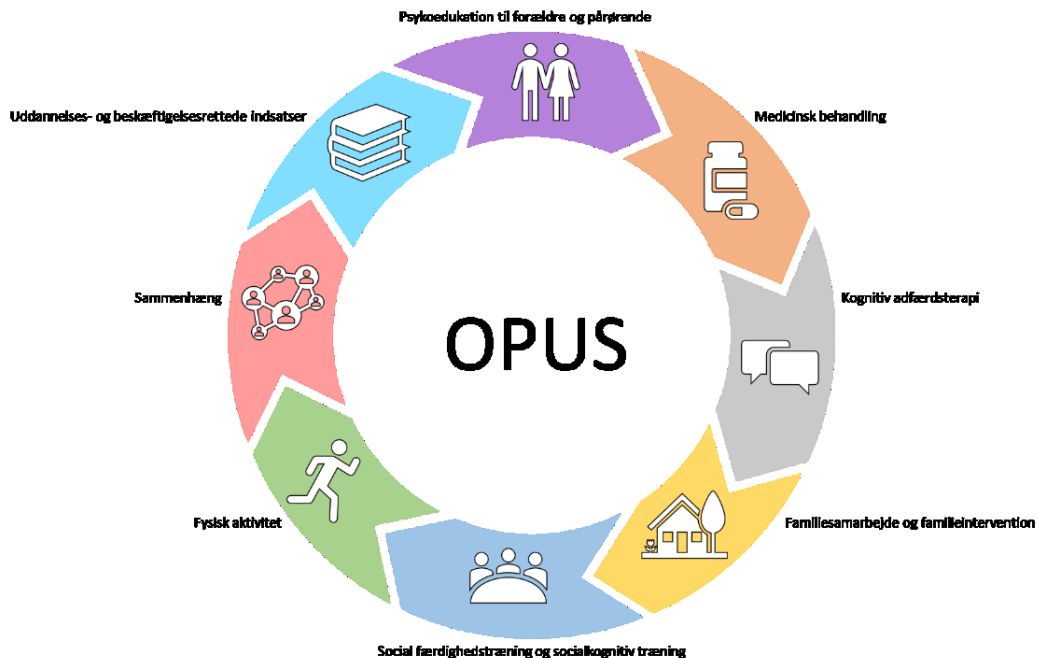
Behandlingen i OPUS følger de internationale evidensbaserede principper for tidlig intervention ved psykose hos unge voksne (såkaldt Early Intervention Services, EIS), og kriterierne i Danske Regioners pakkeforløb for "Incident skizofreni" og udføres i overensstemmelse med de faglige standarder for OPUS-modellen (20). I boks 7 uddybes de mest centrale elementer:

Boks 7: Behandling af første psykoseepisode i OPUS (18 til 35 år)

- Varigheden af behandlingen er i udgangspunktet to år, men kan afsluttes tidligere eller forlænges ved individuelt vurderet behov.
- Det tværfaglige team i OPUS består af sundheds- og socialfaglige medarbejdere, som alle (fraset læger) kan fungere som kontaktpersoner (i OPUS benævnt primærbehandleren)
- Kontaktpersonen har den opsøgende og primære kontakt med den unge og har ansvar for at koordinere en helhedsorienteret indsats, involvere de pårørende, og koordinere forløbet med kommunen gennem blandt andet netværksmøder. En forudsætning for effekten af OPUS er, at der er en lav personale:patient ratio for kontaktpersonerne. Der tilknyttes derudover altid en speciallæge i psykiatri (kontaktlæge).
- Der etableres samarbejde med andre behandlingstilbud, hvis andre samtidige psykiske lidelser eller fysiske sygdomme medfører et behov for en koordineret behandlingsindsats. Personer med en samtidig rusmiddelproblematik bør på baggrund af konkret klinisk vurdering visiteres til enten kommunal rusmiddelbehandling parallelt med behandlingen i OPUS eller til integreret behandling i den regionale psykiatri.
- Samarbejde og koordination i opstarten af OPUS og ved overgang til andre behandlingstilbud, herunder et indledende netværksmøde med alle relevante aktører, er vigtigt i de fleste forløb. Dette uddybes i kapitel 10.

Behandlingsindsatserne i OPUS har til formål at forebygge yderligere sygdomsudvikling, øge funktionsniveauet og understøtte recovery. Modellen tager udgangspunkt i en kognitiv terapeutisk referenceramme og en assertiv tilgang, hvor de forskellige indsatser tilpasses efter den enkeltes behov. Indsatserne inkluderer psykoedukation, kognitiv/adfærdsterapeutisk case management og behandling, medicinsk behandling, familiesamarbejde og -intervention, social færdighedstræning og socialkognitiv træning, fysisk træning mv. Uddannelses- og beskæftigelsesrettede indsatser integreres i behandlingen fx ved et forløb med Individuelt Planlagt job med Støtte (IPS) eller en tilsvarende indsats. OPUS-behandlingen illustreres i figur 3. De fleste indsatser er gennemgående i hele forløbet af en psykoselidelse og beskrives uddybende i kapitel 11. Supplerende behandlingsindsatser såsom *Virtual reality teknologi* kan efter konkret vurdering tilbydes på grund af positiv effekt bl.a. i forbindelse med færdighedstræning, reduktion af negative symptomer, vrangforestillinger og hallucinationer (21).

Figur 2: Centrale elementer i OPUS-behandlingen



6.1.1. Ambulant behandling af første psykoseepisode hos personer over 35 år (F-ACT)

Personer over 35 år med første psykoseepisode eller med en psykoselidelse, hvor der ikke tidligere er gennemført et intensivt behandlingsforløb, tilbydes et behandlingsforløb i F-ACT. Målgruppeafgrænsningen og behandlingsvarigheden har samme fleksibilitet, som gør sig gældende for OPUS. Dog visiteres ældre personer til ældrepsykiatrien jf. regionale retningslinjer. Behandlingen følger i udgangspunktet Danske Regioners pakkeforløb for Incident Skizofreni (23).

F-ACT er tværfaglig udgående behandling til en bred målgruppe af personer med svære psykiske lidelser hvor der tilbydes længerevarende opfølgning med mulighed for at veksle mellem intensiv og ikke-intensiv opfølgning og en bredere involvering af det tværfaglige team (22). Der henvises til uddybende beskrivelse af F-ACT i kapitel 8 om langvarig og kompleks psykoselidelse. Her beskrives kun behandling af første psykoseepisode i F-ACT-team til personer over 35 år, hvor der grundet sparsomme erfaringer med dette, vil være behov for en løbende evaluering og justering af indsatsen. I boks 8 uddybes de mest centrale elementer:

Boks 8. Behandling af første psykoseepisode i F-ACT (over 35 år)

- En eller flere kontaktpersoner har den opsøgende og primære kontakt med personen med en psykoselidelse og har ansvaret for at koordinere en helhedsorienteret indsats. Det tværfaglige team består af sundheds- og socialfaglige medarbejdere ligesom i OPUS. Der tilknyttes ligeledes altid en speciallæge i psykiatri (kontaktlæge). Kontaktpersoner bør have en personale:patient ratio, der muliggør længerevarende intensiv opfølgning og en helhedsorienteret tilgang.
- Der bør i teamet være kompetencer til at behandle første psykoseepisoder, eksempelvis via specialisering, efteruddannelse eller erfaring fra OPUS-behandling.
- Der etableres samarbejde med andre behandlingstilbud, hvis andre samtidige psykiske lidelser eller fysiske sygdomme medfører, at der er behov for en koordineret indsats eller et andet samtidigt behandlingstilbud.
- Ved rusmiddelproblematik visiteres på baggrund af konkret klinisk vurdering, enten til kommunal rusmiddelbehandling parallelt med F-ACT, eller til det integrerede behandlingstilbud i den regionale psykiatri.
- Samarbejde og koordination i overgange, fx hvis der afsluttes til almen praksis eller andre behandlingstilbud, er afgørende for forløbet. Opgaver og ansvar i overgangen uddybes i kapitel 10 om koordination og samarbejde.

Behandlingen består af en række indsatser, som generelt svarer til indsatserne i OPUS. Når behandlingen målrettes en ældre aldersgruppe, kan der dog være andre behov end hos den yngre del af målgruppen. Behandlingen tilpasses derfor til den enkelte persons individuelle behov og indeholder bl.a. tilbud om psykoedukation, medicinsk behandling, kognitiv/adfærdsterapeutisk case management og behandling, pårørendesamarbejde og -intervention, koordinering af indsatsen i samarbejde med kommunen, tilbagefaldsforebyggelse mm. Der bør hos personer over 35 år med første psykoseepisode desuden være et særligt fokus på forebyggelse af fysiske sygdomme, og behovet for kommunale indsatser, herunder særligt i forhold til beskæftigelsesindsatser. Hvis der er mindreårige børn, bør det sikres, at børnenes behov varetages jf. beskrivelsen af personer med psykoselidelse, som er forældre (kapitel 12.9).

6.1.1. Behandling under indlæggelse ved første psykoseepisode

Akut indlæggelse i en kortere eller længere periode kan ofte være nødvendigt ved første psykoseepisode, eksempelvis ved meget svære og funktionsnedsættende psykotiske symptomer, svære selvmordstanker, akut opstået krise, samtidig rusmiddelproblematik, en ustabil social situation eller ved akut forværring af symptomerne. Hvis den ambulante behandling ikke har den ønskede effekt, kan indlæggelse også overvejes for at tilpasse behandlingen og overvåge behandlingsrespons. Beslutningen om indlæggelse bør altid træffes i samarbejde med patienten og respektere dennes ret til autonomi og selvbestemmelse, medmindre tvangsindlæggelse er påkrævet i henhold til psykiatrilovens bestemmelser (24).

Der kan både indlægges på et åbent eller et lukket sengeafsnit afhængig af, hvor alvorlig en tilstand der er tale om, og om patienten er til fare for sig selv eller andre. Psykiatriske behandlingstilbud under indlæggelse varierer i type og formål for at imødekomme forskellige behov. Sengeafsnit er sjældent udelukkende målrettet behandling af patienter med psykoselidelse, men snarere en bredere målgruppe, og der er ikke et entydigt

svar på, hvilke typer døgnbehandling, som særligt bør tilbydes til mennesker med psykoselidelse². Der bør dog altid være specialistkompetencer i forhold til behandling af psykoselidelser til stede på de sengeafsnit, hvor mennesker med psykoselidelser tilbydes behandling under indlæggelse.

Den medicinske behandling tilpasses og monitoreres, og der tilbydes øvrige evidensbaserede behandlingsindsatser fra flere forskellige faggrupper, som samarbejder om både udredning og behandling. Der kan fx tilbydes behandlingsindsatser såsom miljøterapi, kognitiv adfærdsterapi, psykoedukation, social færdighedstræning, fysisk træning mm. (se kapitel 12).

Når der ikke længere er behov for udredning og behandling under indlæggelse, afsluttes til fortsat behandling i et ambulant behandlingstilbud i regi af OPUS eller F-ACT. Under indlæggelse bør der være et tæt samarbejde med det ambulante behandlingstilbud med henblik på planlægning af udskrivning og opfølgning i det ambulante tilbud. Kontaktpersonen i OPUS eller F-ACT bør deltage i møder med personalet på døgnafsnittet, og skabe eller opretholde kontakt til patienten under indlæggelsen.

6.2. Kommunale indsatser ved første psykoseepisode

De kommunale indsatser skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov, være fleksible og tage højde for sygdomsudviklingen og variationer i forløbet. Hos en del borgere er kompleksiteten lavere i starten af forløbet, da negative sociale følgevirkninger endnu ikke er tydelige, og i de tilfælde er en mindre indgribende støtte ofte tilstrækkelig. Dog kan den akutte fase af den første psykoseepisode også være præget af kaos, krise og svære symptomer, eller der kan have været symptomer i en længere periode inden psykoselidelsen opdages, og på den baggrund kan komplekse sociale problemer allerede være tilstede ved første psykoseepisode. I de tilfælde er der ofte behov for en mere intensiv støtte fra kommunen. I forbindelse med den første psykosepisode er det vigtigt, at pårørende og netværk samt ressourcer i civilsamfundet inddrages, fordi de typisk spiller en stor rolle i borgerens liv og kan bidrage aktivt til recovery-processen³.

I det følgende beskrives de tidlige forebyggende indsatser, som kan være relevante ved første psykosepisode. Der henvises til afsnit 8.2 og 9.2 for en beskrivelse af mere intensive støttende tilbud.

6.2.1. Støtte efter serviceloven

Tidlige forebyggende indsatser i kommunen er ofte uvisiterede og kan benyttes uden forudgående kommunal udredning og visitation. Kommunen har således en særlig vigtig opgave i at sikre, at tilbuddene er både kendte af og let tilgængelige for borgerne. Det kan gøres ved at formidle både indhold i og adgang til tilbuddene. Formidlingen skal være rettet mod den almene befolkning og dermed også mod potentielle brugere samt relevante fagpersoner på tværs af sektorer, så alle relevante fagpersoner har mulighed for at henvise borgerne til den rette støtte og hjælp ved første psykosepisode.

Det må til enhver tid vurderes, hvilken indsats der bedst imødekommer den enkeltes konkrete behov. Borgere, der i forvejen modtager støtte i den regionale psykiatri og/eller socialpsykiatrien som følge af andre psykiske lidelser, eller borgere som er i en akut fase af den første psykosepisode, har ofte behov for mere omfattende støtte, hvor de tidlige forebyggende indsatser ikke vil være tilstrækkelige. De mere omfattende indsatser

² Målgruppespecifikke sengepladser i den regionale psykiatri, Erfaringer med organisering og anvendelse af målgruppespecifikke sengepladser. Sundhedsstyrelsen, 2024.

³ Fx er der mulighed for at få målrettet rådgivning via SIND's rådgivning, Psykiatrifondens rådgivning, Headspace m.fl. Hos RådgivningsDanmark, der er brancheorganisation for de frivillige sociale rådgivninger, tilbydes et samlet overblik over landets frivillige sociale rådgivninger.

efter serviceloven (fx botilbud og bostøtte) beskrives i kapitel 8, men kan også være relevante i en kortere eller længere periode i forbindelse med den første psykoseepisode.

Det anbefales, at der i kommunerne findes relevante, tidlige forebyggende tilbud til personer med en første psykoseepisode (servicelovens § 82 (a-d)). De tidlige forebyggende tilbud kan eksempelvis bestå af gruppebaseret hjælp og støtte, individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte, akut støtte, rådgivning og omsorg i forbindelse med akut opstået krise, samt støtte og hjælp fra frivillige sociale organisationer. Kommunerne skal desuden tilbyde rådgivning efter §10 eller §12 i serviceloven. Rådgivning efter §12 henvender sig specifikt til borgere med nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller med særlige sociale problemer.

I de tidlige forebyggende tilbud anbefales det (uddybes i boks 9), at der er kompetencer svarende til, at der overordnet er viden om psykiske lidelser og tegn på forværring heraf, herunder særligt symptomer på eller tegn på forværring af en psykoselidelse, at der er kendskab til støtte- og rådgivningsmuligheder herunder tilbud i civilsamfundet, og at der er viden om dokumenteret virksomme metoder og redskaber i den tidlige forebyggende indsats, herunder viden om psykoedukation og beskyttende, udløsende og vedligeholdende faktorer samt inddragelse og rådgivning af familie og netværk.

Boks 9. Anbefaling om kommunens opgaver og ansvar ved første psykosepisode

- At skabe tryghed ved den første kontakt, og motivere borgeren til at benytte tilbuddet indtil der ikke længere er behov herfor eller til der gives et andet tilbud.
- At afdække viden om borgerens udfordringer og behov, og vurdere om en tidlig forebyggende indsats kan hjælpe borgeren.
- Vurdere, om det tidlige forebyggende tilbud er tilstrækkeligt, eller om der er behov for en kommunal udredning med henblik på en mere omfattende indsats.
- At støtte borgeren i at tage kontakt til og aktivere ressourcer i familien og netværket, og tilbyde støtte og rådgivning til borgerens familie og netværk.
- At tilbyde borgeren psykoedukation med henblik på at støtte borgeren i at forstå egne symptomer, samt i at mestre og håndtere symptomer og stresssignaler.
- At støtte borgeren i at udvikle sociale færdigheder og hverdagsstruktur.
- At hjælpe borgeren til at kontakte egen læge.
- At hjælpe borgeren til at kontakte den regionale psykiatri i tilfælde af forværring, støtte op om behandlingen og efterfølgende hjælpe med at følge op på de aftaler, der er indgået i forbindelse med behandlingen.
- Hjælpe borgeren med at få overblik over støttemuligheder og få koordineret støtten fra kommunen og på tværs af sektorer og fagområder, herunder den regionale psykiatri.
- Afdække forbrug af rusmidler og tage stilling til, hvordan fysiske, sociale og psykiske skader forbundet med rusmidler minimeres samt støtte borgeren til at komme i rusmiddelbehandling.

For at opnå de bedste forløb for borgerne, anbefales det at indsatsen tager udgangspunkt i metoder som er dokumenteret virksomme, og som er særligt relevante i de tidlige forebyggende indsatser, herunder fx åben

dialog-tilgangen, social færdighedstræning, dialog- og evalueringsredskabet FIT og den gruppebaserede tilgang ABC. Der henvises til kap. 11 for en uddybende beskrivelse.

6.2.1. Øvrige kommunale indsatser ved første psykoseepisode

Ved første psykoseepisode vil der ofte være behov for andre kommunale indsatser, herunder støtte til fastholdelse af uddannelse og beskæftigelse. Der henvises til kap.11 for uddybende beskrivelse heraf.

7. Tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser

Efter en symptomfri eller stabil periode kan nogle opleve tilbagevendende psykoseepisoder, hvor symptomerne forværres og funktionsevnen falder, og hvor det bliver nødvendigt at genoptage eller intensivere behandlingen og de sociale indsatser. Risikoen er størst i den tidlige fase, og ved samtidig rusmiddelproblematik, langvarig ubehandlet psykose, flere negative symptomer, ophør med medicin (25,26) eller ved psykosociale stressfaktorer (27). Ofte kan man i efterforløbet pege på udløsende faktorer, hvor en hyppig årsag er ophør med antipsykotisk medicin. Ved akutte kriser, enten i forbindelse med et tilbagefald eller på andre tidspunkter i forløbet, er en hurtig indsats afgørende for at stabilisere den enkeltes tilstand. Det er i den situation vigtigt, at det er nemt at finde vej til hjælpen, og at man kan få hjælp døgnet rundt.

En mindre andel af dem, som får en psykoselidelse, har vedvarende symptomer efter første psykoseepisode (26). Indsatserne til denne gruppe omtales i kapitel 8 om langvarig og kompleks psykoselidelse.

Nedenfor beskrives udredning, behandling og kommunale indsatser ved tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser. Kapitlet beskriver følgende:

- Behandling i den regionale psykiatri ved tilbagefald
- Kommunale indsatser ved tilbagefald
- Håndtering af akutte kriser i regionale og kommunale tilbud

7.1. Behandling i den regionale psykiatri ved tilbagefald

Hvis tidligere behandlingsforløb er afsluttet, henvises til nyt forløb, og behandlingen genoptages, hvis der ved visitationen i den regionale psykiatri findes grundlag herfor. Der gælder de samme overordnede kriterier for henvisning som beskrevet i afsnit. 6.3. Resultaterne fra den første udredning og behandlingsforløbet i forbindelse med første psykoseepisode gennemgås og revurderes.

Ved tilbagefald af psykoselidelse tilbydes behandling enten i OPUS eller i et F-ACT, afhængigt af hvor i forløbet den enkelte er, og hvor der senest har været et behandlingsforløb. Kontinuitet i

behandlere/kontaktpersoner bør om muligt prioriteres. Hvis der er et igangværende ambulantly forløb, vurderes det, hvordan forløbet kan intensiveres og tilpasses det øgede behandlingsbehov. Der henvises til kapitel 9 om langvarig og kompleks psykoselidelse for en uddybende beskrivelse af organiseringen og det faglige indhold i behandlingen i F-ACT-teams.

7.1.1. Ambulant behandling ved tilbagefald (OPUS eller F-ACT)

Patientens og pårørendes erfaringer fra første psykoseepisode og eventuelle tidligere tilbagefald inddrages, og udløsende faktorer afdækkes, herunder livsomstændigheder, hidtidig behandling og opfølgning, ændringer i eller ophør af medicinsk behandling og påbegyndt eller øget brug af rusmidler.

Sværhedsgrad af symptomerne og risikofaktorer skal altid vurderes ved tilbagefald, herunder alvorlige symptomer såsom selvmordsrisiko, alvorlig psykotisk adfærd som kan udgøre en fare for personen selv eller andre, alvorlig desorientering og manglende evne til at tage vare på egne basale behov. Ved udredning i forbindelse med et tilbagefald bør der også være et øget fokus på funktionsevnenedsættelse, faktorer som medvirker her-til og eventuelt øgede sociale støttebehov.

Det uddybes i boks 10, hvordan tilbagefaldsepisoder håndteres ambulant i hhv. OPUS og F-ACT:

Boks 10: Vigtige behandlingsindsatser i OPUS eller F-ACT ved tilbagefald

- Så vidt muligt tildeles samme kontaktperson som tidligere. Ved behov suppleres tidligere udredning, og der udarbejdes en behandlingsplan i samarbejde med patienten og eventuelt de pårørende, og denne drøftes på tværfaglig konference.
- Vedligeholdelse af medicinsk behandling er vigtig, på grund af høj risiko for tilbagefald ved medicinophør, især ved pludseligt stop. Derfor støttes patienten i at huske og administrere egen medicin, og den kommunale kontaktperson inddrages om nødvendigt i forhold til at sikre at de kommunale indsatser støtter op om dette.
- Psykoedukative og psykoterapeutiske indsatser fokuserer på kendskab til de tidlige tegn på tilbagefald og mestring af disse, herunder strategier til håndtering af stress eller belastning, og fremme af gode søvnrutiner og hverdagsstruktur.
- Hvis der er en rusmiddelproblematik tilbydes rusmiddelbehandling for at mindske risikoen for tilbagefald.
- Støtte til uddannelse og beskæftigelse er lige så vigtigt som ved den første psykoseepisode.
- Der udarbejdes kriseplan og/eller tilbagefaldsforebyggelsesplan, som kontaktpersonen er ansvarlig for at udarbejde sammen med patienten.
- Evt. forhåndstilkendegivelser indhentes, så der er kendskab til patientens præferencer til behandlingen. Dette kan understøtte, at den rette indsats iværksættes allerede ved tidlige tegn på tilbagefald.
- Der bør ligeledes afholdes et tværsektorielt netværksmøde med inddragelse af alle relevante personer på tværs af region og kommune (læs mere om netværksmøder i kapitel 10).

7.1.1. Behandling under indlæggelse ved tilbagefald

Ved tilbagefald af en psykoselidelse kan det være nødvendigt at tilbyde behandling under indlæggelse på en psykiatrisk afdeling under samme omstændigheder og forhold som beskrevet tidligere. Under indlæggelsen er det i udgangspunktet de samme elementer, som bør indgå i behandlingen, som tidligere beskrevet. Det er dog særlig vigtigt, at behandlingsplan og kriseplan/tilbagefaldsforebyggelsesplan opdateres, og at en samtidig rusmiddelproblematik behandles.

Brugerstyrede senge kan i nogle tilfælde være en løsning for personer med hyppige tilbagefaldsepisoder, hvis den enkelte har et ønske om at få mulighed for en brugerstyret indlæggelse, og der er indikation, på at det kan stabilisere patientens situation.

7.2. Kommunale indsatser ved tilbagefald

Ved tilbagefald vil der ofte også være behov for en socialfaglig udredning og vurdering i kommunen for at vurdere støttebehovet, da borgere i denne målgruppe typisk vil have behov for en mere indgribende indsats end de forebyggende tilbud nævnt under første psykosepisode.

Borgere med tilbagefald har forskellige udfordringer, behov og ressourcer, ligesom de kan være forskellige steder i deres sygdomsforløb. Nogle kan i en tilbagefaldsepisode isolere sig og have begrænset kontakt til andre mennesker. For nogle vil det være nødvendigt at få støtte i hjemmet, hvis de skal kunne forblive i egen bolig, mens andre vil have behov for en mere omfattende indsats i form af et midlertidigt botilbud. Nogle vil også lide af samtidige fysiske sygdomme og eventuelt et misbrug.

Fagpersoner bør være særligt opmærksomme på risikofaktorer for tilbagefald, og hvordan der kan arbejdes forebyggende med disse faktorer, herunder at en eventuel medicinsk behandling understøttes, og at der ydes støtte til forebyggelse og håndtering af stress og ikke mindst støtte til at fremme en positiv indstilling og opretholde håb og motivation.

Neden for beskrives den socialfaglige udredning og de midlertidige psykosociale indsatser i kommunen, der kan være relevante i forbindelse med tilbagevendende psykosepisoder. Det er vigtigt at understrege, at selv om borgere med tilbagevendende psykosepisoder typisk har gavn af et midlertidigt tilbud, vil der også i målgruppen være borgere, der kan have gavn af både en tidlig forebyggende psykosocial indsats eller en varig psykosocial indsats.

7.2.1. Socialfaglig udredning og vurdering i kommunen

Som grundlag for at kunne visitere til et midlertidigt socialt tilbud i kommunen, skal kommunen foretage en socialfaglig udredning af borgerens funktionsevne samt sociale og sundhedsmæssige forhold for at vurdere behovet for støtte og hjælp. Den socialfaglige udredning i kommunen pågår så vidt muligt sideløbende med behandlingen i den regionale psykiatri, og med inddragelse af viden herfra, så det sikres, at indsatsen er den rette og kan iværksættes hurtigst muligt enten under borgerens indlæggelse i psykiatrien eller ved borgerens udskrivelse. På baggrund af udredningen tilbydes borgeren en handleplan for de indsatser, som kan tilbydes efter serviceloven.

I den tidlige kontakt med borgeren er det vigtigt, at sagsbehandleren skaber sig et overblik over borgerens udfordringer, ressourcer og potentialer. Borgerens aktive deltagelse i sagsbehandlingen skal sikres, og kontakten

med borgeren bør derfor foregå et sted og på en måde, så borgeren føler sig tryk. Sagsbehandleren har ansvar for at foretage en konkret og individuel socialfaglig vurdering af borgerens behov, herunder sikre, at sagen bliver tilstrækkeligt oplyst til, at der kan træffes en afgørelse om den rette indsats.

Sagsbehandleren har pligt til at behandle ansøgninger og spørgsmål om hjælp i overensstemmelse med serviceloven samt tilbyde rådgivning og vejledning. Sagsbehandleren skal være opmærksom på muligheden for at søge hjælp fra andre områder eller efter anden lovgivning. Det vil sige, at hvis en borger henvender sig til socialforvaltningen eller jobcentret, skal sagsbehandleren undersøge, om borgerens behov for støtte kan opfyldes gennem andre lovgivninger. Centrale elementer i den socialfaglige udredning uddybes i boks 11:

Boks 11. Socialfaglig udredning og handleplan

- Den socialfaglige udredning omfatter en helhedsorienteret sagsoplysning, der afdækker borgerens ressourcer og udfordringer på tværs af både fysiske, mentale, sociale og sundhedsmæssige områder. Hertil afdækkes faktorer i omgivelserne, som kan have betydning for borgerens aktivitet og deltagelse, og hvordan disse forhold påvirker den enkeltes mulighed for at udfolde sig, trives og deltage i aktiviteter.
- Den socialfaglige udredning inddrager relevante fagpersoner samt eventuelt familie og netværk. Udredningen koordineres med andre relevante myndighedsområder samt inddrager relevant viden fra kontakt med den regionale psykiatri og egen læge.
- Borgeren skal tilbydes en handleplan for indsatserne efter serviceloven, som udarbejdes i samarbejde med borgeren. Hvis der er komplekse og sammensatte problemer, kan handleplanen erstattes af en helhedsorienteret plan. Det kan for eksempel være relevant, hvis borgeren modtager hjælp fra kommunens beskæftigelses-, sundheds- eller uddannelsesforvaltning.
- Handleplanen skal sikre enighed om formålet med indsatsen, herunder at der tages afsæt i borgerens håb, ønsker og drømme for fremtiden. Handleplanen skal desuden sikre, at der er enighed om, hvilke indsatser der er nødvendige, den forventede varighed af indsatsen samt andre særlige forhold vedrørende boform, beskæftigelse, personlig hjælp, behandling, hjælpemidler m.v. Der følges tæt og systematisk op på handleplanen, og der foretages løbende justering, når borgerens behov ændrer sig.

7.2.1. Støtte efter serviceloven

Personer med tilbagefald af psykoselidelse kan i en kortere eller længere periode have behov for mere intensiv støtte enten i eget hjem eller i et midlertidigt botilbud. Det kan være en følge af en moderat til svært nedsat funktionsevne, herunder fx manglende evne til at varetage egne behov. Der kan desuden være udfordringer relateret til rusmiddelproblematikker. Det konkrete indhold af støtten skal altid vurderes i forhold til borgernes forskelligartede, individuelle behov. Behandlingsrettede indsatser kan foruden psykiatrisk behandling omfatte rusmiddelbehandling. De uddannelses- og beskæftigelsesrettede tilbud bevilges efter beskæftigelsesloven og omfatter eksempelvis mentorstøtte, ressourceforløb og virksomhedspraktik.

Den socialpædagogiske støtte i eget hjem (§ 85) skal i henhold til serviceloven tilbyde hjælp og omsorg, herunder optræning og hjælp til udvikling af færdigheder, til personer med betydeligt nedsat fysisk eller psykisk

funktionsevne eller særlige sociale problemer. Socialpædagogisk støtte i eget hjem er en indsats, der spænder meget bredt; fra individuel støtte til gruppestøtte, og fra få timers støtte om ugen til intensiv støtte mange timer om ugen, og for nogle få hele døgnet. I mange tilfælde vil der være sammenhæng med ydelser efter andre lovgivninger, herunder undervisnings-, beskæftigelses- og sundhedslovgivningen (28). Målet med socialpædagogisk støtte er at hjælpe borgeren til at genvinde kontrol over eget liv, til trods for tilbagevendende psykosepisoder, og at fastholde eller genetablere det meningsfulde hverdagsliv, borgeren havde, før psykoselidelsen opstod. Publikationen *Faglige pejlemærker for kvalitet i bostøtten* (29) indeholder konkrete anbefalinger og eksempler på god kvalitet i den socialpædagogiske støtte inden for områder som bolig, sundhed, uddannelse og beskæftigelse, der er centrale i samarbejdet mellem borger og bostøtte-medarbejderen.

En del borgere med tilbagevendende psykosepisoder kan ikke, selv med socialpædagogisk støtte, bo i eget hjem, men skal tilbydes et midlertidigt botilbud efter servicelovens § 107. Botilbuddet skal tilbyde ophold til personer med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne, der i en periode har behov for mere omfattende hjælp til almindelige, daglige funktioner eller pleje, eller særlig behandlingsmæssig støtte. Et midlertidigt botilbud skal bidrage til, at borgere med tilbagevendende psykosepisoder oplever stabilitet og støtte, og at de i gode og trygge rammer hjælpes til at kunne vende tilbage til et så selvstændigt liv som muligt i egen bolig, med eller uden symptomer på psykoselidelse. Der henvises til publikationen *Anbefalinger til god kvalitet på botilbud* (29) for yderligere beskrivelse.

I boks 12 og 13 beskrives anbefalinger til opgaver og ansvar i kommunens midlertidige indsatser samt kompetencer i socialpædagogisk støtte i eget hjem og i midlertidige botilbud.

Boks 12. Opgaver og ansvar i kommunens midlertidige indsatser

- At skabe ro, stabilitet, forudsigelighed og kontinuitet i borgerens hverdagen, fx ved at have få kontaktpersoner omkring borgeren og skabe meningsfulde hverdagsstrukturer, der kan danne ramme for borgerens udvikling.
- At være opmærksom på kvaliteten af relationen og vurdere kontakten med borgeren i forhold til tegn på belastningssymptomer.
- At håndtere kriser og lave tilbagefaldsforebyggelse gennem udarbejdelse eller opdatering af en kriseplan, der beskriver advarselssignaler, mestringsstrategier og oplysninger om, hvor man kan få hjælp.
- At koordinere støtten fra kommunen og den regionale psykiatri, inklusive skabe tværfagligt samarbejde om borgerens mål.
- At give støtte til kontakt til sundhedsvæsenet, herunder egen læge og den regionale psykiatri.
- At tilbyde støtte til håndtering af rusmiddelproblemer, vurdering af skader samt skadesreduktion, overvindelse af barrierer samt motivere for og støtte rusmiddelbehandling.
- At tilrettelægge indsatsen med et vedvarende fokus på støttens midlertidige karakter, herunder arbejde med afsæt i progression og systematisk opfølgning på borgers udbytte af indsatsen.
- At støtte borgeren i at fastholde relationer og netværk i civilsamfundet, der kan medvirke til at give borgeren håb for fremtiden.

Boks 13. Kompetencer i socialpædagogisk støtte i eget hjem og i midlertidige botilbud

- Viden om psykiske lidelser og tegn på forværring heraf, herunder symptomer på eller tegn på forværring af en psykoselidelse.
- Viden om dokumenteret virksomme metoder og redskaber i den psykosociale indsats over for mennesker med psykoselidelser, herunder psykoedukation, inddragelse samt rådgivning af familie og netværk, miljøterapi, tværfagligt samarbejde og relationel koordinering.
- Viden om og håndtering af samtidige sociale, psykiske eller fysiske udfordringer.
- Viden om medicin håndtering og kompetencer til at samarbejde med borgeren om den medicinske behandling.
- Viden om progression og progressionsmålinger.

Det anbefales, at indsatsen tager udgangspunkt i de metoder, der er dokumenteret virksomme, og som er særligt relevante i de midlertidige indsatser. Relevante metoder kan fx være Connecting People Intervention (CPI), Critical Time Intervention (CTI), peer-støtte, medicinpædagogik og traumebevidst tilgang. Der henvises til uddybende metodebeskrivelse i kapitel 11.

7.3. Håndtering af akutte kriser i regionale og kommunale tilbud

Ved en akut forværring af en psykoselidelse (akut krise) bør de regionale ambulante tilbud (hhv. OPUS, F-ACT eller botilbudsteam) kunne tilbyde en akut tid til vurdering, hvis personen i forvejen følges dér. Hvis der ikke er tilknytning til et ambulant tilbud eller en akut krise opstår udenfor ambulatoriets åbningstid, kan et udgående akutteam tilbyde en vurdering og kortvarig hjemmebehandling, eller ved behov visitere til indlæggelse. Den psykiatriske akutmodtagelse er desuden åben for selvhenvendelse, eller personen kan følges dertil af læger, kommunale medarbejdere, politi, pårørende mm. Der bør altid først tages telefonisk kontakt til den psykiatriske akutmodtagelse, som kan vurdere om der i stedet skal sendes et akutteam, eller om der er brug for at personalet forbereder sig på at patienten ankommer til akutmodtagelsen.

Det anbefales desuden, at kommunen har tilbud som kan opsøges af borgere i akutte kriser, herunder at der er adgang til et døgnåbent og døgnbemandet socialt akuttillbud, hvor den enkelte kan henvende sig uden visitation og forudgående aftale. Et socialt akuttillbud kan yde en hurtig og mindre indgribende indsats, der kan have en forebyggende betydning for mennesker med akut opståede psykiske kriser. Dermed øges muligheden for, at borgeren fx kan blive i egen bolig. Erfaringer viser også, at adgangen til sociale akuttillbud mindsker risikoen for genindlæggelse i den regionale psykiatri, og at varigheden af en eventuel genindlæggelse mindskes⁴. Kommunen har en vigtig opgave med at formidle muligheden for et socialt akuttillbud og evt. andre muligheder for akut hjælp til borgere med psykoselidelser, fx via kommunens hjemmeside og andre brede formidlingskanaler. Der findes også forskellige frivillige sociale rådgivninger til mennesker i akutte psykiske kriser, herunder fx Livslinien og SINDs telefonrådgivninger.

8. Langvarig og kompleks psykoselidelse

Ved langvarig og kompleks psykoselidelse er der oftest behov for flere samtidige indsatser, og i nogle tilfælde livslang støtte. Skizofreni er den mest almindelige diagnose indenfor denne del af målgruppen. Ofte er der andre samtidige problemer til stede, såsom kognitive forstyrrelser, andre psykiske lidelser, rusmiddelproblemer, fysiske sygdomme eller komplekse sociale problemstillinger, såsom hjemløshed, som påvirker funktionsevnen betydeligt. Mennesker med langvarige og komplekse forløb, kan i nogle tilfælde leve isoleret, have få eller ingen sociale relationer og sporadisk eller ingen kontakt til det offentlige system. Netværket kan være begrænset eller ikke-eksisterende, og social støtte dermed fraværende. Modstand mod behandling, manglende erkendelse af behov for hjælp og samtidige fysiske sygdomme kan have alvorlige konsekvenser. Stigmatisering og selvstigmatisering kan desuden være en barriere for rettidig hjælp. Derfor er en målrettet, fleksibel og op-søgende indsats nødvendig, selv ved afvisning eller manglende fremmøde.

Behandlingen i den regionale psykiatri og indsatserne i kommunen bør for denne målgruppe dække livsområder som fx bolig, familie, sociale netværk, sundhed, beskæftigelse samt kultur- og fritidstilbud. Begge sektorer bør også have et særligt fokus på det fysiske helbred, herunder tandsundhed, så fysiske sygdomme forebygges eller opdages tidligt.

Neden for beskrives den anbefalede faglige praksis for behandling og kommunale indsatser ved langvarig og kompleks psykoselidelse, herunder:

- Behandling i den regionale psykiatri ved langvarig og kompleks psykoselidelse.
- Kommunale indsatser ved langvarig og kompleks psykoselidelse.

8.1. Behandling i den regionale psykiatri ved langvarig og kompleks psykoselidelse

Behandlingstilbuddet er tværfagligt, individuelt tilpasset og recovery-orienteret. Forløbet vil ofte bestå af længerevarende ambulant behandling, enten via et F-ACT-team, hvis personen bor i egen bolig, eller via et botilbudsteam ved ophold på botilbud. Eventuelt kan der i perioder være behov for behandling under indlæggelse på et sengeafsnit, og der vil altid parallelt med behandlingen være behov for støttende sociale indsatser. Samarbejdet på tværs af sektorer bør forankres i konkrete rutiner og aftaler. Det er desuden vigtigt at tage højde for, at der er varierende behov og ressourcer i de forskellige faser af en langvarig psykoselidelse. Grupper med særlige behov beskrives uddybende i kapitel 12.

En del forløb vil være omfattet af Sundhedsstyrelsens til en hver tid gældende specialeplan for psykiatri. Det er vigtigt, at specialfunktionerne anvendes, så der er mulighed for at få en vurdering på et højere specialiseringsniveau ved komplekse eller behandlingsrefraktære symptomer.

8.1.1. Ambulant behandling af langvarig og kompleks psykoselidelse i F-ACT

F-ACT-teamet arbejder ud fra en biopsykosocial, assertiv og recovery-orienteret tilgang. Hovedmålet er, at den enkelte opnår et tilfredsstillende og meningsfuldt liv på trods af de udfordringer, der følger med psykoselidelsen. For personer med psykoselidelser i hjemløshed er det afgørende, at kommunen sikrer en bolig, samtidig med at der tilbydes intensiv behandling i F-ACT (uddybes i kapitel 12). Målgruppen for behandling i F-ACT er personer med langvarig og kompleks psykoselidelse og betydelig funktionsevnedssættelse, eller med tilbagefald med behov for intensiv opfølgning⁵. Ved rusmiddelproblematik foretages en individuel vurdering af, om der i stedet skal visiteres til det integrerede regionale tilbud for dobbeltdiagnoser (30).

Modeltrofasthed til F-ACT-modellen vægtes højt for at sikre den nødvendige faglige kvalitet, herunder oprettelse af en tilstrækkelig lav personale:patient ratio, som muliggør intensiv opfølgning til alle med behov for dette. I boks 14 uddybes de mest centrale elementer i behandlingen:

Boks 14: Behandling af langvarig og kompleks psykoselidelse i F-ACT

- Behandlingen er fleksibel og kan skifte mellem individuel opfølgning (kontaktpersonen har den primære kontakt) og intensiv opfølgning (flere fagpersoner i teamet involveres). Opfølgningen følger principperne fra ACT om fælles case-load. Indsatserne planlægges i et tæt samarbejde med den enkelte på baggrund af en individuel behandlingsplan. Speciallæge i psykiatri (kontaktlæge) er tilknyttet patienten uanset behandlingsniveau.
- Det tværfaglige team består af sundheds- og socialfaglige medarbejdere (oftest psykologer, sygeplejersker, socialrådgivere, socialpædagoger, ergo- og fysioterapeuter), som har kompetencer inden for rehabilitering, behandling af fysiske sygdomme og rusmiddelproblemer samt håndtering af patienter med nedsat kognitiv funktionsevne, samt peer-medarbejdere. Derudover kan der fast tilknyttes kommunalt ansatte, som fx en IPS-konsulent, eller andre kommunale kontaktpersoner.
- Hvis der er samtidige psykiske eller fysiske lidelser, som kræver et andet samtidigt behandlingstilbud, etableres samarbejde med andre behandlingstilbud. Patienter med rusmiddelproblematik visiteres på baggrund af konkret klinisk vurdering, enten til parallel kommunal rusmiddelbehandling, eller til et integreret behandlingstilbud i den regionale psykiatri.
- Samarbejde og koordination i overgangen til andet tilbud, når patienten afsluttes fra F-ACT, herunder hvis der afsluttes til almen praksis, er afgørende for patientens fortsatte forløb. Se også kapitel 10 om koordination og samarbejde.

Behandlingsindsatserne ved langvarig og kompleks psykoselidelse er gennemgående for hele forløbet af en psykoselidelse og beskrives uddybende i kapitel 12. Følgende indsatser er centrale:

⁵ Dog visiteres patienter som er fyldt 75 år til ældrepsykiatrien jf. retningslinjer for dette.

- *Evidensbaserede behandlingsindsatser*, fx psykoterapi, psykoedukation, medicinsk behandling, social færdighedstræning, fysisk træning mv.
- *Særligt fokus på den medicinske behandling*, herunder mulighed for optrapning og nedtrapning af medicin. Speciallæge i psykiatri vurderer og monitorerer effekt og eventuelle bivirkninger i samarbejde med patienten og i overensstemmelse med gældende vejledninger.
- Det er vigtigt, at teamet har viden om de hyppigste fysiske sygdomme hos målgruppen, og har en særlig opmærksomhed på fysiske komplikationer ifm. rusmiddelproblemer. Almen praksis har det primære ansvar for diagnosticering og behandling af fysiske sygdomme, men det er vigtigt at teamet hjælper med at etablere en tæt kontakt dertil. Koordination og samarbejde er vigtigt når patienten indlægges på en somatisk sygehusafdeling.
- Fokus på funktionsevne, mestringsstrategier og den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang er vigtigt, herunder at der støttes op om den enkelte patients mål i forhold til funktionsevne og mestringsstrategier, at der sikres kontinuitet i støtten, og at beslutninger træffes sammen med patienten i en åben dialogisk tilgang.
- *Behandling af rusmiddelproblemer* er et centralt element i behandlingen.
- *Krise-intervention* er et kontinuerligt fokus, med mulighed for intensiv hjælp og støtte med involvering af flere medarbejdere i teamet ved behov. Tilgængelighed, tidlig intervention, løbende risikovurderinger, kriseplaner og tæt samarbejde med pårørende er vigtige elementer.
- *Fokus på beskæftigelse, bolig og økonomi* er gennemgående i indsatsen, og der samarbejdes med kommunale kontaktpersoner omkring dette.

De centrale indsatsområder i F-ACT-modellen illustreres desuden i figur 4.



Figur 3: Centrale elementer i F-ACT-modellen

8.1.2. Ambulant behandling af langvarig og kompleks psykoselidelse i botilbudsteams

Målgruppen for behandling og opfølgning i et botilbudsteam er personer, som bor på et kommunalt, regionalt, selvejende eller privat socialpsykiatrisk botilbud og som har behov for psykiatrisk behandling. Et botilbudsteam tager afsæt i organiseringen i F-ACT, men adskiller sig ved, at faste medarbejdere er tilknyttet specifikke botilbud. Medarbejdere på botilbud indgår i samarbejdet med botilbudsteamet og den kompetenceudvikling, som er en del af indsatsen. Kompetencerne i botilbudsteamet bør i udgangspunktet være de samme som i et F-ACT. Der er fra 2024 afsat midler til implementering af botilbudsteams i alle regioner. Der henvises til faglige rammer for botilbudsteams, som Sundhedsstyrelsen udarbejder i 2024.

8.1.3. Behandling under indlæggelse ved langvarig og kompleks psykoselidelse

Behandling under indlæggelse på et psykiatrisk sengeafsnit kan af forskellige årsager være nødvendigt hos personer med langvarige og komplekse psykoselidelser. Indlæggelsen kan være akut og stabiliserende under kriser/tilbagefald, intensiv på grund af alvorlige behandlingsresistente symptomer, eller længerevarende og med et rehabiliterende sigte. For mennesker med langvarige og komplekse psykoselidelser kan der bl.a. være behov for tilgængelighed af akutte sengeafsnit (modtageafsnit), åbne eller lukkede sengeafsnit, brugerstyrede sengepladser, intensive sengepladser og rehabiliterende sengepladser⁶. Under indlæggelsen er samarbejdet med socialpsykiatrien og de kommunale myndigheder vigtigt.

Vurderes psykoselidelsen at være så alvorlig eller kompleks, at behandlingen skal foregå på specialfunktionsniveau jf. Sundhedsstyrelsens til en hver tid gældende specialeplan, visiteres hertil. Der bør dog altid være specialkompetencer til rådighed for udredning og behandling af personer med psykoselidelser på de sengeafsnit, hvor patienterne indlægges til behandling.

Der vil oftest være en lovgivningsmæssig forpligtelse til at udarbejde en udskrivningsaftale eller koordinationsplan ved udskrivning⁷. Regionen har ansvar for, at udskrivningsaftalen/koordinationsplanen udarbejdes, mens kommunen er forpligtet til at følge op på den. Hvis behandling og opfølgning efter udskrivning foregår i et F-ACT-team eller botilbudsteam, indgår det ambulante behandlingstilbud i udarbejdelsen og opfølgningen på aftalen eller planen.

8.2. Kommunale indsatser ved langvarig og kompleks psykoselidelse

For mennesker med langvarig og kompleks psykoselidelse vil der ofte være behov for en vedvarende og omfattende indsats i kommunen. Kommunale indsatser bør være rettet mod borgerens mange livsområder, hvor formålet er at forbedre funktionsevnen, undgå tab af færdigheder, undgå negative sociale konsekvenser ved at leve med en psykoselidelse, undgå selvstigmatisering og hjælpe og inddrage den enkelte bedst muligt i forhold til at tilpasse sig en ny situation og skabe de bedst mulige betingelser for et godt liv. Der vil typisk være behov for en intensiv og varig støtte efter serviceloven i botilbud eller botilbudslignende tilbud. Indsatserne har det

⁶ Målgruppespecifikke sengepladser i den regionale psykiatri, Erfaringer med organisering og anvendelse af målgruppespecifikke sengepladser. Sundhedsstyrelsen, 2024.

⁷ Jf. Psykiatrilovens § 13 a: Overlægen har ansvaret for, at der for patienter, som overlægen er bekendt med modtager støtte i henhold til afsnit V i lov om social service som følge af nedsat psykisk funktionsevne, inden udskrivning indgås en udskrivningsaftale mellem patienten og den psykiatriske afdeling og de relevante myndigheder, privatpraktiserende sundhedspersoner m.fl. om de behandlingsmæssige og sociale tilbud til patienten.

fælles mål, at borgernes funktionsevne stabiliseres eller øges. Grundet kompleksiteten vil personer med langvarig og kompleks psykoselidelse ofte modtage flere samtidige indsatser på tværs af region, kommune og praksissektoren, og mange fagpersoner er involveret i indsatsen. Derfor er koordination og samarbejde også særlig vigtig (jf. beskrivelse i kapitel 10).

8.2.1. Støtte efter serviceloven (længerevarende botilbud eller botilbudslignende tilbud)

En del borgere med langvarige og komplekse psykoselidelser vil have behov for tilbud efter almenboliglovens § 105 og tilbud efter servicelovens § 108, som er længerevarende botilbud, der visiteres til borgere med en varig nedsat funktionsevne og permanent behov for omfattende hjælp.

Formålet med disse tilbud er at sikre trygge rammer omkring borgere med psykiske lidelser, der ikke kan bo i egen bolig. Støtten tilpasses den kompleksitet, som kendetegner borgerens psykoselidelse og det liv, som borgeren lever. I udgangspunktet skal botilbuddet altid arbejde henimod at bringe borgeren så tæt på et selvstændigt liv som muligt inden for rammerne af botilbuddet. I publikationen *Anbefalinger til god kvalitet på botilbud* (31) gives konkrete anbefalinger og eksempler.

I boks 15 beskrives anbefalinger til kommunens vigtigste opgaver, ansvar og kompetencer i længerevarende botilbud eller botilbudslignende tilbud.

Boks 15. Kommunens opgaver og ansvar i længerevarende botilbud eller botilbudslignende tilbud.

- Skabe rammer for, at botilbuddet er et godt sted at bo for borgeren, og at borgerens miljø er trygt og struktureret med en høj grad af forudsigelighed i hverdagen.
- At skabe en aktiv og meningsfuld hverdag og understøtte borgerens mentale sundhed, herunder fastholde kontakt og kommunikation med borgeren, også selv om den er svær.
- At støtte borgerens selvbestemmelse og oplevelse af autonomi i hverdagen, herunder støtte borgeren i at tage ansvar for eget liv og selvstændigt varetage de hverdagsrutiner, som borgeren finder centrale, fx indkøb, oprydning, tøjvask.
- Løbende samarbejde med borgeren om at opretholde eller forbedre sociale og sundhedsmæssige forhold af betydning for trivsel og recovery, fx økonomi, brug af medicin, rusmiddelforbrug, fysisk helbred, selvmordsrisiko, netværk og familie.
- Tilbyde information om psykoselidelser, behandlingsmuligheder og støtte til mestring af symptomer til borgeren og pårørende.
- At støtte borgeren i at fastholde eller udvikle sociale relationer, herunder afsøge muligheder for aktiv deltagelse i fællesskaber og støtte deltagelse i aktiviteter i lokalsamfundet.
- Sammen med borgeren at forholde sig til et eventuelt forbrug af rusmidler, herunder tage stilling til, hvordan skader forbundet med rusmidler minimeres og barrierer overkommes i forhold til at komme i rusmiddelbehandling.
- At identificere borgere i selvmordsrisiko og sikre den rette hjælp.
- At udarbejde og løbende opdatere kriseplaner og inddrage borgeren heri, så denne selv opfatter dokumentet som hjælpsomt og relevant.
- At støtte borgeren i kontakten med sundhedsvæsenet, herunder til praktiserende læge ved bl.a. sundhedstjek, samt understøtte evt. medicinsk behandling.

På længerevarende botilbud anbefales det, at der bl.a. er følgende kompetencer tilstede:

- Indgående viden om psykoselidelser og tegn på forværring heraf.
- Viden om medicin, medicin håndtering og kompetencer til at samarbejde med borgeren om den medicinske behandling samt håndtering af bivirkninger for at forebygge negative konsekvenser heraf.
- Viden om og kompetencer til at arbejde med borgerens fysiske helbred, herunder forebyggelse af fysisk sygdom, samt støtte adgang til sundhedsfaglig rådgivning uden for tilbuddet.
- Kompetencer i forhold til at arbejde systematisk med forebyggelse af voldsomme episoder, herunder kunne arbejde med mentalisering i forhold til egen praksis
- Kendskab til borgerens retssikkerhed.
- Viden om, hvordan selvmordsrisiko identificeres og afhjælpes, herunder viden om risikofaktorer og beskyttende faktorer, kriseplaner, og hvor der kan hentes yderligere hjælp.

Der findes en række metoder, som har vist sig virksomme i forhold til denne del af målgruppen. Disse metoder kan fx være Low Arousal (LA2), borgersammensatte teams og Maastricht Interview. Der henvises til uddybende beskrivelse af disse i kapitel 11.

8.2.1. Øvrige kommunale indsatser

I nogle tilfælde er der behov for social stofmisbrugsbehandling (i henhold til servicelovens §§ 101 og 101a og Sundhedslovens § 142) eller tilknytning til det regionale integrerede behandlingstilbud. Dertil vil nogle borgere have behov for sundhedsydelser efter sundhedsloven, eksempelvis i form af hjemmesygeplejebistand til varetagelse af eksempelvis medicin, rensning af sår mv. Der vil også være borgere, som er omfattet af krav om indsatser efter lov om aktiv beskæftigelsesindsats, hvor der for borgere med langvarige og komplekse psykoselidelser er et særligt stort behov for samtidige og koordinerede indsatser også med jobcentre, så den kommunale myndighedsudøvelse foregår samstemt i forhold til borgerens situation og behov. Der henvises til kapitel 11 for en uddybning.

I de tilfælde hvor borgeren modtager indsatser på tværs af kommunale forvaltninger og lovgivningsområder har kommunen en særlig vigtig opgave i forhold til at sikre koordination og sammenhæng for borgeren. Det aftales på et netværksmøde, hvilke kontaktpersoner i kommunen, som sikrer koordinering af indsatser på tværs for den enkelte borger (se kapitel 10).

9. Opfølgning

Efter et afsluttet forløb i den regionale psykiatri tilpasses opfølgningsperioden individuelt og i samarbejde med den enkelte. Intensiteten i opfølgningen afhænger af varigheden og sværhedsgraden af psykoselidelsen og den samlede kompleksitet. Hvis der planlægges opfølgning via kommunale indsatser kan planen for opfølgningen besluttet på et afsluttende netværksmøde i samarbejde med patienten, evt. pårørende, kommunale kontaktpersoner og andre relevante parter. Det er vigtigt at der aftales en opfølgning på den medicinske behandling af psykoselidelsen og at der er en særlig opmærksomhed på symptomer og evt. tilbagefald samt faktorer som kan øge risikoen for tilbagefald. I kapitlet nedenfor beskrives følgende centrale elementer i opfølgningen:

- Opfølgning ved afslutning af forløb i den regionale psykiatri
- Opfølgning i almen praksis eller speciallægepraksis
- Opfølgning på det kommunale område

9.1. Opfølgning ved afslutning af forløb i den regionale psykiatri

Ved afslutning af et forløb i den regionale psykiatri bør der på baggrund af en individuel vurdering af patientens behov planlægges opfølgning baseret på patientens aktuelle tilstand, kompetencer, ressourcer, egenomsorgsevne og motivation. Hvis opfølgningen inkluderer kommunale indsatser, kan dette aftales på et

afsluttende netværksmøde og beskrives i en fælles samarbejdsplan (jf. kapitel 10). Det skal fremgå af epikrise til egen læge, hvor både patienten og egen læge kan henvende sig ved tegn på tilbagefald.

En plan for opfølgningen bør som minimum forholde sig til følgende: Status ved afslutning, herunder evt. kontakt til rusmiddelbehandling, socialpsykiatriske indsatser og andre relevante instanser, plan for fortsat medicinsk behandling og evt. håndtering af bivirkninger, opdateret kriseplan/tilbagefaldsforebyggelsesplan, herunder hvor patienten skal henvende sig ved symptomer på tilbagefald, vejledning til fremtidig behandling og kontrol hos egen læge, vejledning om genhenvisningskriterier og kontaktmulighed ved tilbagefald eller ved behov for sparring/rådgivning og vejledning til kommunale opfølgende indsatser

9.2. Opfølgning i almen praksis eller psykiatrisk speciallægepraksis

Når behandlingsforløbet i den regionale psykiatri afsluttes, vil der ofte være behov for en grad af opfølgning i almen praksis, som overordnet set varetager rollen som tovholder, når der ikke pågår behandling andre steder i sundhedsvæsenet. For at kunne varetage tovholderfunktionen orienteres almen praksis skriftligt om planen for den medicinske behandling eller andre behandlingstiltag efter afslutning af behandlingsforløbet i den regionale psykiatri. Det bør fremgå af epikrisen til den praktiserende læge, om der anbefales opfølgende behandling enten i almen praksis eller i speciallægepraksis. Udskrivningsaftaler og koordinationsplaner, der er udfærdiget i forbindelse med evt. indlæggelser, bør også inddrage almen praksis.

Opfølgning i almen praksis kan fx bestå af opfølgning på den medicinske behandling og evt. bivirkninger, opfølgning på somatisk sygdom, på evt. forværrede symptomer, selvmordstanker og -adfærd, ændringer i patientens sociale miljø, der kan have betydning for forværring mv. Herved vil almen praksis kunne reagere og evt. kunne genhenvise til fornyet behandling i den regionale psykiatri, såfremt der bliver behov for dette. Den praktiserende læge kan desuden årligt tilbyde en fokuseret somatisk undersøgelse til patienter med psykoselidelse som er i behandling med antipsykotisk medicin (32). For at sikre den optimale opfølgning bør den praktiserende læge have klinisk erfaring og viden om psykoselidelser, herunder kendskab til symptomer på forværring, have modtaget en plan for opfølgningen fra den regionale psykiatri, have adgang til sparring og rådgivning fra den regionale psykiatri eller praktiserende psykiater ved tegn på forværring, bivirkninger ved medicin mv. og have kendskab til psykiatriloven og betingelser for tvangsindlæggelse hvis patienten får et tilbagefald og ikke kan motiveres til henvisning.

Almen praksis kan henvise til psykiatrisk speciallægepraksis, og den regionale psykiatri kan desuden i opfølgningsplanen angive kriterier for, hvornår det vurderes relevant enten at henvise til psykiatrisk speciallægepraksis eller genhenvise til den regionale psykiatri. Psykiatrisk speciallægepraksis kan tage stilling til behov for justering af behandlingen, samt vurdere behovet for yderligere indsats. I stabile forløb vil patienter med psykoselidelser oftest blive set hver anden/hver tredje måned. Patienter, der er velkendte og stabile, kan ses med sjældnere intervaller, frem til de eventuelt afsluttes til fortsat behandling hos praktiserende læge. Der behandles i speciallægepraksis med medicin, støttende samtaler og psykoedukation og der tilbydes pårørende-samtaler. Ved utilstrækkelig effekt af behandlingen eller en forværring af symptomerne som betyder at patienten ikke længere er i målgruppen for behandling i psykiatrisk speciallægepraksis, genhenvises patienten til den regionale psykiatri. Det kan også være nødvendigt at etablere kontakt til den kommunale socialpsykiatri, misbrugsbehandling eller andre aktører.

9.3. Opfølgning på det kommunale område

Kommunen har jf. serviceloven ansvar for at følge op på, om borgeren får den nødvendige hjælp og støtte, og om hjælpen fortsat opfylder sit formål. Kommunens opfølgning pågår under og efter behandlingsforløbet i den regionale psykiatri, og fastlægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af behovet, da der ikke er lovgivningsmæssige krav til opfølgningshyppigheden. Voksenudredningsmetoden (VUM 2.0) lægger dog op til, at opfølgningstidspunktet fastlægges ved opstart af indsatsen. Sagsbehandleren tager i udgangspunktet initiativ til opfølgningen, men medarbejderne i sociale tilbud, borgeren eller pårørende kan anmode om en opfølgning uden for det planlagte ved ændringer i borgerens situation, hvorefter sagsbehandleren vurderer behovet gennem dialog med de involverede parter. Kommunen har desuden pligt til at tilbyde borgeren en handleplan ved betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer.

Nedenfor beskrives de kommunale opfølgende indsatser. Det konkrete behov vurderes individuelt, men generelt vil borgere med langvarige og komplekse psykoselidelser have størst behov for en tæt opfølgning via de kommunale sociale indsatser.

9.3.1. Kommunale sociale indsatser

Systematisk og løbende opfølgning og tilpasning af de sociale indsatser er med til at sikre en løbende justering og tilpasning af indsatserne til borgerens aktuelle situation og behov (33). Ved opfølgningen skabes der en fælles opmærksomhed mellem borger og medarbejdere på den udvikling borgerne har gennemgået, og det sikres, at indsatsen svarer til det der er behov for - og hjælper borgeren tættere på håb, ønsker og drømme. For mange borgere kan det være nødvendigt med kontinuerlig støtte og opfølgning for at hjælpe den enkelte med at opnå størst mulig livskvalitet og funktionsevne.

I forbindelse med opfølgningen i de sociale tilbud, kan der opstå kritiske situationer og eventuelt tilbagefald. Derfor anbefales det, at alle kommuner har et beredskab, der kan håndtere dette, samt at medarbejderne kender til borgerens kriseplan eller tilbagefaldsforebyggelsesplan, og ved hvortil der skal tages kontakt, hvis borgeren har akut behov for hjælp.

9.3.2. Kommunale sundhedstilbud og øvrige kommunale indsatser

Den regionale psykiatri bør i forbindelse med afslutningen af et forløb vurdere, om der som en del af opfølgningen er et lægefagligt begrundet behov for kommunal genoptræning eller vedligeholdelsestræning (34), og i så fald udarbejdes en individuel genoptræningsplan (35). Genoptræningsplanen kan udarbejdes til patienter, der har et fald i funktionsevnen (aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og/eller socialt) op til den aktuelle sygehuskontakt (gælder både indlæggelse og ambulant kontakt) og hvor det vurderes, at der kan ske en forbedring med en målrettet tidsafgrænset indsats af en sundhedsfaglig medarbejder i kommunen. Genoptræningsplanen udarbejdes i samarbejde med patienten og eventuelle pårørende. Kommunen skal tilrettelægge genoptræningsindsatsen i sammenhæng med andre indsatser, der kan bidrage til borgerens samlede rehabilitering i henhold til sundhedsloven samt anden lovgivning. Forebyggende kommunale sundhedstilbud kan også indgå i opfølgningen, og relevante eksempler på disse beskrives i kapitel 11.

Øvrige kommunale tilbud kan også være relevante efter afsluttet forløb i den regionale psykiatri. Fx kan mange mennesker med psykoselidelser have behov for en opfølgende indsats som understøtter den enkelte i at opnå eller fastholde tilknytning til beskæftigelse eller uddannelse. En uddybende beskrivelse af relevante uddannelses- og beskæftigelsesrettede tilbud i kommunen findes i kapitel 11. Derudover kan der være behov for opfølgning i kommunalt rusmiddelcenter, hvis patienten har en samtidig rusmiddelproblematik (se kapitel 12).

FÆLLES TVÆRSEKTORIEL TILGANG I DET SAMLEDE FORLØB

For at mennesker med psykoselidelser skal opleve at deres forløb er sammenhængende, helhedsorienteret og at tilbuddene på tværs af regioner, kommuner og forskellige fagområder er af en ensartet høj kvalitet, er det vigtigt at indsatserne er baseret på en fælles tilgang. Dette er særligt vigtigt for de langvarige og komplekse forløb hvor der tilbydes mange forskellige indsatser over en længere periode, og for grupper som har særlige behov for hjælp og støtte. Principperne for god praksis i det samlede forløb er fundamentet for den samlede indsats (se bilag 4), og for den helhedsorienterede og recovery-orienterede tilgang til mennesker med psykose-lidelser, mens kapitlerne nedenfor bygger ovenpå dette ved at beskrive en fælles tilgang til:

- Koordination og samarbejde på tværs af sektorer
- Gennemgående indsatser og metoder
- Grupper med særlige behov

10. Koordination og samarbejde

Når der er flere samtidige indsatser på tværs af sektorer og lovgivningsområder, stiller det krav til koordinering både på tværs af sektorer og internt i hhv. region og kommune, og at der er klare aftaler om fordeling af ansvar og opgaver med udgangspunkt i fælles mål, viden og planer. En forudsætning for en tæt koordinering på tværs af region, kommune og praksissektor er, at både lovgivning, tekniske systemer mv. understøtter det tværsektorielle og tværfaglige samarbejde. Dette gælder bl.a. understøttelse af smidigere deling af nødvendige oplysninger, deling af planer og udarbejdelse af fælles arbejdsredskaber på tværs af kommuner, almen praksis, den regionale psykiatri og andre relevante aktører.

Der er i særlig grad behov for koordination og samarbejde på følgende tidspunkter i forløbet: 1) I den første del af forløbet, når psykosen debutterer og behovet for behandling og kommunale indsatser skal vurderes, 2) Kontinuerligt ved længerevarende forløb, når der sker væsentlige ændringer i den enkeltes liv. Fx ved indflytning på et botilbud, 3) Ved indlæggelse og afslutning af indlæggelse, så fx de socialpsykiatriske tilbud kan nå at blive iværksat, 4) Ved afslutningen af ambulante behandlingsforløb.

I dette kapitel beskrives tre kerneelementer, som i varierende grad bør indgå i de forskellige faser:

- Gennemgående kontaktpersoner
- Tværsektorielle netværksmøder
- Fælles samarbejdsplaner

10.1. Kontaktpersoner

Voksne med psykoselidelser kan opleve at have mange overgange og parallelle indsatser i hhv. region og kommune i forløbet, hvilket kan udfordre sammenhængen i forløbet og muligheden for at danne tillidsfulde relationer til kontaktpersonerne. (*Intensive case management* er en tilgang, som indgår i flere evidensbaserede indsatser til mennesker med længerevarende psykoselidelser, hvor det centrale er at en *case manager* (herfra betegnet "kontaktperson") arbejder tæt sammen med den enkelte patient/borger og de pårørende for at sikre sammenhæng og tæt opfølgning (36). Det er centralt i alle faser, at den enkelte har så få gennemgående kontaktpersoner i hhv. region og kommune som muligt for at forenkle forløbet og styrke relationen mellem patient/borger og kontaktperson. Jo flere kontaktpersoner der er tilknyttet den enkelte, jo vigtigere er det, at der aftales en klar ansvars- og opgavefordeling, og at det fremgår tydeligt for alle, hvem der er tovholder for en indsats.

Kontaktpersonerne kan ikke forventes at have detaljeret kendskab til alle indsatser, men bør kende den overordnede plan og mål med indsatsen, have en relation til borgeren/patienten, kende til fælles samarbejdsplaner, og være tovholder ind i egen sektor eller eget område. Når kontaktpersonrollen skifter, bør borgeren/patienten og de pårørende informeres og inddrages i planlægningen af overgangen, og kontaktpersonerne bør samarbejde om at sikre kontinuiteten i forløbet samt overdrage vigtige informationer til næste kontaktperson.

Nedenfor beskrives kontaktpersonernes opgaver i de forskellige faser af forløbet:

Boks 16. Kontaktpersonernes ansvar og opgaver

Indledningen af forløb

- Kontaktpersonen i den regionale psykiatri udpeges med tydelighed for både patient/borger og pårørende, når et forløb opstartes. Ved behov for en kommunal indsats eller ved igangværende kommunal indsats, tages der kontakt til kommunen, hvis der gives samtykke til det. Hvis det vurderes hensigtsmæssigt i det konkrete forløb indkaldes til et indledende netværksmøde.
- Kontaktpersonen/teamet i kommunen er indgangen til de kommunale indsatser. Hvis borgeren ikke modtager en kommunal indsats, men vurderes at have behov for det, har den kommunale kontaktperson ansvar for, at borgeren udredes og visiteres til relevant social støtte. Eksisterende kommunale indsatser tilpasses efter behov.

Længerevarende forløb, herunder socialpsykiatriske indsatser

- Kontaktpersonerne i den regionale psykiatri og kommunen har løbende dialog og samarbejde om konkrete aftaler fx om hyppighed af netværksmøder. De deltager aktivt i relevante møder og holder hinanden orienterede om ændringer i behandlingsplanen eller kommunale indsatser.
- Når socialpsykiatriske tilbud bevilges, sikrer kontaktpersonerne videregivelse af relevant viden til bostøtte/botilbudsmedarbejder. Det kan være hensigtsmæssigt, at bostøtte/botilbudsmedarbejder udpeges som ny kontaktperson. Ved tilknytning af et **botilbudsteam** koordineres indsatsen mellem botilbuddet og botilbudsteamet.

Under indlæggelse

- Ved indlæggelsen udpeges kontaktperson på sengeafsnittet, som koordinerer forløbet ved at etablere samarbejde med kontaktpersoner i den ambulante indsats og i kommunen.
- Kontaktpersonen på sengeafsnittet planlægger netværksmøde ved behov, især ved længerevarende indlæggelser med behov for justering eller iværksættelse af kommunale indsatser, og har ansvaret for, at kommunen holdes orienteret om funktions-evne og forventet udskrivningsdato.
- **Kontaktpersonen i kommunen** påbegynder sagsbehandling parallelt med den psykiatriske indlæggelse.

Afslutningen af et forløb

- Kontaktpersonen i den regionale psykiatri sikrer i god tid inden afslutning af et ambulant forløb at relevante informationer overgår til næste behandlingssted og at et nyt behandlingssamarbejde kommer godt i gang. Kontaktpersonen koordinerer fx henvisning til nyt behandlingssted, epikrise til egen læge, afsluttende lægesamtale, overgang til nyt behandlingstilbud, og afsluttende netværksmøde.
- Borgerens kontaktperson i kommunen deltager i et afsluttende netværksmøde, og indhenter samtykke med henblik på videre koordinering og vidensdeling og sørger for, at borgeren er informeret om, hvor der kan søges hjælp, hvis borgerne får behov herfor efter forløbets afslutning.

10.2. Tværsektorielle netværksmøder

I de fleste forløb vil det være relevant at afholde tværsektorielle netværksmøder. Behovet stiger med varighed, sværhedsgrad og kompleksitet af psykoselidelsen samt antallet af samtidige indsatser. På netværksmøderne deltager patienten/borgeren, de pårørende og relevante kontaktpersoner/fagpersoner på tværs af sektorer. Mødet, der afholdes med samtykke fra den enkelte, fastlægger fælles mål og en plan for indsatsen og samarbejdet. Ligesom ansvarsfordeling på tværs af sektorer og fagområder aftales.

Tværsektorielle netværksmøder kan initieres af kommunen, den regionale psykiatri, eller være på anmodning fra personen selv eller de pårørende. Ved længerevarende behandlingsforløb vil der være behov for minimum et netværksmøde ved starten og afslutningen af forløbet, og på baggrund af en konkret vurdering også ved betydelige ændringer i situationen og indsatserne. Netværksmødet centrerer om den enkelte person med en åben og lyttende tilgang. Beslutninger tages i et ligeværdigt samarbejde mellem alle parter, og tager afsæt i principperne fra Åben Dialog (37). Netværksmødet bør tilrettelægges, så det er nemmest for deltagerne at deltage. Fx i faste tidsrum, som videomøder mv.

På det **første netværksmøde i starten af forløbet** udpeges borgerens/patientens kontaktpersoner i både region og kommune. Der tages stilling til, hvem den relevante deltagerkreds er. Formål, struktur og hyppighed af fremtidige møder fastlægges og der udarbejdes en fælles samarbejdsplan jf. afsnit 10.3.

Hyppigheden af netværksmøder i **længerevarende forløb** varierer og tilpasses den enkeltes behov, men kan fx afholdes hvis der skal bevilges en ny socialpsykiatrisk indsats eller hvis patienten skal udskrives efter indlæggelse. Den fælles samarbejdsplan justeres i forbindelse med hvert netværksmøde. Under længerevarende indlæggelse kan netværksmøder afholdes løbende ved behov, dog minimum i god tid før udskrivning. Jobcentersagsbehandler, IPS-konsulent, kommunal rusmiddelbehandler eller kriminalforsorgen, kan også deltage ved behov.

Ved afslutningen af et forløb planlægges et afsluttende netværksmøde hvor aftaler og planer efter forløbets afslutning koordineres, herunder behov for fortsat behandling og kommunale støttende indsatser. Kontaktpersonerne fra region og kommune deltager, og ved overdragelse af behandlingsansvaret til praktiserende læge eller speciallæge i psykiatri kan de også deltage i mødet.

10.3. Fælles samarbejdsplaner

For at sikre at indsatserne på tværs af sektorer tager afsæt i fælles mål og understøtter hinanden, udarbejdes en fælles samarbejdsplan på netværksmødet, hvor borgerens kommunale handleplan og den sundhedsfaglige behandlingsplan inddrages. Hvis netværksmødet afholdes ved afslutningen af en indlæggelse, hvor borgeren skal have en udskrivningsaftale/koordinationsplan eller koordinerende indsatsplan, bør denne også indgå.

Den fælles samarbejdsplan kan tage udgangspunkt i en netværksmødeskabelon, som kan bruges til at afgrænse problemstillinger og strukturere mødet. Kontaktpersonerne i hhv. den regionale psykiatri og kommunen har ansvar for løbende opfølgning og revision af samarbejdsplanen på opfølgende netværksmøder. Planen bør som minimum indeholde: formål, kontaktoplysninger på alle involverede parter, konkrete aftaler med ansvar og frister, samt en plan for eventuelle opfølgende møder. Ved borgerens/patientens samtykke kan samarbejdsplanen deles med relevante parter, såsom patientens praktiserende læge.

På det første netværksmøde i **indledningen af et forløb** udarbejdes en fælles samarbejdsplan, der inddrager patientens/borgerens behandlingsplan og evt. socialfaglige handleplan. Den kommunale sagsbehandler skal inddrages i udarbejdelsen af planer, da vedkommende har bemyndigelse til at iværksætte indsatser, i mod-sætning til andre kommunale medarbejdere. Fælles mål og planer for indsatsen aftales og indgår i samar-bejdsplanen.

Ved længerevarende forløb justeres samarbejdsplanen efter behov ved netværksmøder, og altid i god tid in-den afslutning af et behandlingsforløb eller en kommunal indsats. For patienter/borgere med langvarige og komplekse forløb bør behandlingsplanen og den socialfaglige handleplan være tæt koordinerede og indgå i sa-marbejdsplanen. Med patientens/borgerens samtykke kan samarbejdsplanen deles med andre fagpersoner i indsatsen, såsom den praktiserende læge, socialpsykiatrien eller beskæftigelsesindsatsen.

Samarbejdsplanen kan anvendes til at præcisere kommunikation og inddragelse mellem kontaktpersoner i den regionale psykiatri eller kommunen, herunder bostøtte eller medarbejder på botilbud, ved fx symptomforvær-ring, ønske om udtrapning af medicin, hvis behandlingsplanen ikke længere følges eller hvis borgeren/patien-ten på anden vis udviser tegn på forværring i sin tilstand og trivsel. Samarbejdsplanen kan også fastlægge klare rammer for samarbejdet mellem botilbuddet og den regionale psykiatri, herunder kommunikationsveje ved behov for en tværfaglig indsats.

Ved afslutningen af et forløb beskriver den fælles samarbejdsplan, hvilke indsatser der er behov for efter af-slutningen af forløbet, herunder en plan for opfølgningen i kommunen, hos egen læge eller ved praktiserende speciallæge i psykiatri. Samarbejdsplanen bør ved afslutningen også indeholde centrale elementer af patien-ten kriseplan/tilbagefaldsforebyggelsesplan.

Hvis afslutning sker i forbindelse med udskrivning efter en indlæggelse tages stilling til udarbejdelse af hhv. udskrivningsaftale (§ 13 a) eller koordinationsplan (§ 13 b), for de borgere, hvor det er relevant og lovpligtigt. Disse bør indgå i samarbejdsplanen. Hos borgere/patienter med samtidig rusmiddelproblematik kan i stedet udarbejdes en koordinerende indsatsplan (38).

11. Gennemgående indsatser og metoder i forløbet

I det følgende beskrives evidens- og vidensbaserede indsatser og metoder, som er vigtige elementer i forløbet af en psykoselidelse. Disse anbefales anvendt på tværs af sundheds- og socialområdet i varierende grad og af forskellig intensitet på baggrund af sværhedsgrad og varighed af psykoselidelsen, funktionsevnepåvirkningen, ressourcer og sociale faktorer mm. Indsatserne og metoderne som beskrives er:

- Forebyggelse og behandling af fysiske sygdomme
- Fysisk aktivitet og fysioterapeutiske indsatser
- Medicinsk behandling og indsatser som støtter adhærens til behandling og håndtering af bivirkninger
- Psykosociale indsatser og metoder
- Uddannelses- og beskæftigelsesindsatser

11.1. Forebyggelse og behandling af fysiske sygdomme

Mennesker med komplekse og langvarige psykoselidelser dør tidligere end den øvrige befolkning (2), og størstedelen af overdødeligheden kan tilskrives fysiske sygdomme (39). Det skyldes, at der både er en øget risiko for at udvikle fysiske sygdomme og dø af dem (40), og en risiko for at modtage en dårligere behandling af den fysiske sygdom (41). Det gælder særligt for dem, som også er i socialt udsatte positioner (42,43). Forebyggelse og behandling af fysiske sygdomme, herunder tandsundhed, er derfor meget vigtige elementer i forløbet, særligt for dem med langvarige og komplekse psykoselidelser, for at forbedre livskvalitet, levetid og generelt fysisk helbred. Nedenfor beskrives forebyggende indsatser i regioner, kommuner og almen praksis, som kan tilbydes igennem hele forløbet på baggrund af en individuel vurdering. Indsatserne aftales med den enkelte, herunder også i hvilket regi indsatsen skal tilbydes. Det er vigtigt for motivationen til at indgå i de forebyggende indsatser, at der blandt personalet er en støttende og motiverende tilgang (44).

Forebyggelse af fysisk sygdom hos mennesker med psykoselidelser

Rygning

- Der tilbydes hjælp til rygestop, selvom tidligere forsøg har været forgæves. Forskellige former for rygestopinterventioner kan overvejes (45,46).
- Der bør tages hensyn til den potentielt betydningsfulde virkning af at reducere rygning på omsætningen af andre lægemidler.
- Personer indlagt til døgnbehandling, som ikke ønsker rygestop, tilbydes nikotinerstatning for at hjælpe med reduktion eller midlertidigt rygestop.

Fysisk aktivitet

- Fysisk aktivitet tilbydes for at forebygge fysisk sygdom og bør indgå som en integreret del af behandlingen (47).

- Der tilbydes screening for fysisk aktivitetsniveau og risikofaktorer (KRAM-faktorer), og der tilbydes superviseret træning og andre indsatser, som understøtter fysisk aktivitet svarende til de generelle nationale anbefalinger (48).

Kost og vægt

- Hurtig vægtøgning eller overvægt kan være en bivirkning til den medicinske behandling, og medføre negativ indvirkning på fysisk helbred, medicincompliance og livskvalitet (49,50).
- Ved hurtig vægtøgning eller overvægt, unormale lipidniveauer eller udvikling af diabetes, bør livsstilsinterventioner med fokus på kost og vægt tilbydes (45).
- Interventionerne vælges på baggrund af, hvordan der bedst opnås en alliance med patienten, og hvad der er realistisk i den konkrete situation.

Der bør tilbydes rutinemæssig måling af vægt, samt kardiovaskulære og metaboliske risikofaktorer hos den praktiserende læge eller som en del af behandlingen i den regionale psykiatri.

Gennem hele forløbet bør der være fokus på opsporing og behandling af fysiske sygdomme, især hjerte-kar-sygdomme, lungesygdomme, diabetes og kræft. Stigmatisering og manglende sundhedskompetence, både i sundhedsvæsenet og hos patienterne, kan føre til underdiagnosticering og underbehandling. Derfor er det afgørende at hjælpe patienten/borgeren med at søge hjælp ved mistanke om fysisk sygdom, så behandlingen kan startes i rette tid. I nogle tilfælde kræver det en individuelt tilrettelagt, håndholdt og særlig hensyntagende indsats.

Nedenfor beskrives indsatser, som medarbejdere i både kommunale og regionale tilbud kan iværksætte på baggrund af en individuel vurdering for at modvirke ulighed i sundhed blandt mennesker med psykoselidelser:

Systematisk opsporing af fysiske sygdomme

- Når et behandlingsforløb opstartes i den regionale psykiatri, bør der tilbydes en systematisk screening for fysiske sygdomme, som fx kan foretages af en sygeplejerske som er oplært til at foretage screening for fysiske sygdomme, herunder opsporing af tandproblemer, samt støtte til deltagelse i kræftscreeningsprogrammer, vaccinationsprogrammer mv.
- Den praktiserende læge tilbyder herefter årligt en fokuseret somatisk undersøgelse til borgere med psykoselidelse som er i behandling med antipsykotisk medicin (51). Almen praksis skal selv være op-søgende og finde patienterne inden for målgruppen, da de ofte ikke selv vil tage kontakt.
- Den praktiserende læge tilbyder hvert 2. år et sundhedstjek til borgere som opholder sig på botilbud (51). Sundhedstjekket foregår på botilbuddet. Under særlige omstændigheder, fx ved komplicerede forløb, ved mange kontakter til det øvrige sundhedsvæsen, mange (gen)indlæggelser mv., kan sundhedstjekket efter aftale benyttes en gang årligt. Der henvises til vejledning fra Dansk Selskab for Almen Medicin for yderligere information (52).
- Ved indlæggelse til døgnbehandling på en psykiatrisk afdeling, bør tilsyn fra somatisk afdeling eller aftale om somatisk stuegang tilbydes, hvis der er symptomer på eller kendskab til fysiske sygdomme, som ikke er diagnosticeret eller behandlet optimalt.

Rettidig behandling af fysiske sygdomme

- Medarbejdere i alle sektorer bør praktisere et ”no wrong door” princip, hvor den enkelte støttes og hjælpes til at få adgang til den nødvendige sundhedshjælp uanset hvor vedkommende henvender sig.
- Der tilbydes kommunal sygepleje efter lægehenvielse til borgere med kroniske lidelser, herunder også til mennesker med psykoselidelser med behov for sygepleje. Der bør i hjemmesygeplejen være kompetencer til at udføre sygepleje hos borgere med svære psykiske lidelser, og kompetenceudvikling og mulighed for rådgivning fra psykiatrien kan med fordel indgå i samarbejdsaftaler mellem regioner og kommuner. Der henvises til gældende vejledning om hjemmesygeplejen (53).
- Hos borgere i socialt udsatte positioner bør en særlig målrettet indsats sikre rettidig behandling og støtte borgerne i at følge behandlingen af evt. fysiske sygdomme. Her vil det være væsentligt, at fx eksisterende udgående teams fra den regionale psykiatri, de kommende tilbud til mennesker med dobbeltdiagnoser, gadesygeplejersker og andre, der har kontakt med udsatte borgere, har en særlig opmærksomhed på fysiske sygdomme hos målgruppen og sikrer kontakt til den rette hjælp.

Tandsundhed

- Tandproblemer er hyppige hos målgruppen, som derfor bør støttes i adgangen til tandplejetilbud. Personer, som ikke kan benytte de almindelige tandplejetilbud i voksentandplejen eller omsorgstandplejen, skal tilbydes kommunal specialtandpleje (Sundhedsloven § 133) (54). Medarbejdere kan henvise direkte til specialtandplejen.
- Borgere i socialt udsatte positioner, som har svært ved at bruge de øvrige tandplejetilbud, og som har et konkret behov for tandpleje, visiteres til socialtandplejeordningen (Sundhedsloven § 134 a). Tilbuddet gives iht. retningslinjer for den kommunale tandpleje (55).

11.2. Fysisk aktivitet og fysioterapeutiske indsatser

Mennesker med psykoselidelser har ofte komplekse fysiske udfordringer, herunder fx fysiske sygdomme, forstyrret kropsoplevelse, og forandringer i muskel- og bevægelsesfunktion. Fysisk aktivitet bør anvendes som supplerende behandling hos mennesker med psykoselidelser for at forbedre symptomer, kognition og livskvalitet (47). Fysisk aktivitet har desuden positive effekter på det fysiske helbred, herunder risikomarkører for hjertekarsygdomme. Fysisk aktivitet kan foregå som superviseret træning eller som fysiske aktiviteter integreret i behandlingen, herunder evt. også som en del af miljøterapien under indlæggelse.

Superviseret træning kan indgå som en del af den fysioterapeutiske indsats til mennesker med psykoselidelser, men de fysioterapeutiske indsatser kan også inkludere kropsterapi og fysisk genoptræning og rehabilitering (56). Der savnes evidens for effekten af andre fysioterapeutiske metoder, men nogle patienter kan have gavn af metoder som virker sansestimulerende eller angstdæmpende, som fx afgrænsende massage eller let afspænding. Undersøgelser tyder på, at de specifikke fysioterapeutiske metoder i Basic Body Awareness Therapy (BBAT) er effektive i forhold til at dæmpe angst, bedre kropsbevidsthed og normalisere kropsoplevelsen (57,58), hvilket kan være vigtigt i forhold til at bedre funktionsevne, herunder at øge det fysiske aktivitetsniveau.

11.3. Medicinsk behandling og indsatser som støtter adhærens til behandling

Ved første psykoseepisode anbefales i udgangspunktet 1-2 års medicinsk behandling, som altid ledsages af andre behandlingsindsatser, da den bedste effekt opnås ved kombinationsbehandling (46). Hvis patienten ikke ønsker medicinsk behandling tilbydes øvrige behandlingsindsatser, og der aftales opfølgning indenfor en kort tidsramme, hvor behandlingsmuligheder igen drøftes. Diagnostisk uafklarede patienter med psykotiske symptomer skal om muligt observeres uden antipsykotisk behandling for at sikre afklaring. Ved tilbagefaldsepisoder er medicinsk behandling også afgørende, da ophør af behandling er en hyppig årsag til tilbagefald. Her bør medicinsk behandling også ledsages af andre behandlingsindsatser.

Valg af behandling sker bl.a. på baggrund af bivirkningsprofilen, og det er speciallæger i psykiatri som, i samarbejde med patienten, tager beslutning om opstart af behandling og monitorerer effekt og eventuelle bivirkninger i overensstemmelse med gældende vejledninger (59,60). Nogle antipsykotiske lægemidler er associeret med øget risiko for kardiologiske bivirkninger og kræver derfor en særlig opmærksomhed jf. gældende vejledning på området (61). Behandlingens fordele og ulemper, samt vejledning i håndtering af bivirkninger, samt mulige alternativer drøftes med patienten, så patienten kan træffe beslutning om sin behandling og håndtering af bivirkninger på det mest oplyste grundlag.

En række psykosociale indsatser kan understøtte den medicinske behandling, herunder fx psykoedukation som også indebærer, at den enkelte får viden om den medicinske behandling og hjælp til medicin håndtering (se afsnit 12.4.2).

Nedtrapning af antipsykotisk medicin bør være muligt, hvis patienten ønsker det, og kan foregå i regi af OPUS eller i andre specialiserede enheder, hvor der tilbydes tæt monitorering af symptomer ved speciallæge i psykiatri under langsom nedtrapning. En indledende dialog med patienten omkring en evt. fremadrettet plan for nedtrapning kan efter en individuel vurdering påbegyndes tidligt i forløbet. Forudsætninger for at påbegynde nedtrapning er fx ønske fra patienten om nedtrapning, uhensigtsmæssige bivirkninger eller manglende effekt af behandlingen. Nedtrapning af antipsykotisk medicin kan for patienter med første psykoseepisode forsøges 6-12 måneder efter opnået remission af psykotiske symptomer, og skal altid ske under tæt guidning og løbende monitorering under ansvar af speciallæge i psykiatri.

11.4. Psykosociale indsatser og metoder

Nedenfor beskrives psykosociale indsatser og metoder, som anbefales anvendt på tværs af forløbet.

11.4.1. Familiesamarbejde og familieinterventioner

Familiesamarbejde og familieintervention er en væsentlig del af behandlingen, og tilbydes i form af enkeltfamilieforløb og flerfamilieforløb, som psykoedukative manualbaserede forløb, da der bl.a. er evidens for, at familieinterventioner reducerer sandsynligheden for tilbagefald (62). Formålet er at etablere en tæt kontakt med patienten og familien, tilbyde psykoedukation til hele familien, styrke familien til at hjælpe patienten bl.a. med symptommestring og træning af sociale færdigheder, samt hjælpe de pårørende med krisehåndtering.

Særligt unge som udvikler en psykoselidelse, vil oftest have en tæt tilknytning til familien og andre omsorgspersoner, illustreret ved at 50-80 % af personer med første psykoseepisode bor sammen med eller har hyppig kontakt med familien, og ofte også er økonomisk afhængige af familien (63). Derfor er familieintervention særlig vigtig ved første psykoseepisode hos yngre personer. Familiemedlemmer har desuden selv en øget risiko for udvikling af en psykisk lidelse, og har derfor især stor gavn af gruppetilbud, hvor de kan spejle sig i andre pårørende, og hvor familien oplever, at belastningen reduceres.

11.4.2. Miljøterapi

Miljøterapi er en koordineret tværfaglig behandlingsindsats som foregår i et miljø f.eks. under en døgnindlæggelse eller i en døgninstitution, men som også kan foregå i den koordinerede tværfaglige indsats i eget hjem vha. kontaktperson, hjemmevejleder eller andre fagpersoner. Miljøterapiens opgave kan beskrives som at skabe betingelser, der muliggør og fremmer positiv forandring af patientens psykiske tilstand (64).

Der findes forskellige grundmodeller for miljøterapi som alle retter sig mod at støtte patientens udvikling i forhold til såvel psykologiske som praktiske vanskeligheder. Udover relationsarbejde, hvor alliancen mellem patient og behandler er særlig central, trænes også basale færdigheder i at omgås andre mennesker samt deltage i en almindelig dagligdag, herunder praktiske ADL færdigheder samt strategier til at "holde fri" fra den psykiske sygdom både sammen med andre og på egen hånd (fx lave kreative aktiviteter, se film, motionere), Dette med henblik på at erhverve strategier, som kan overføres til dagligdagen efter udskrivelsen. Kognitiv miljøterapi er en struktureret behandlingsform der giver patienten mulighed for at finde alternativer til uhensigtsmæssige reaktionsmønstre og udvikle nye færdigheder, med et fokus på problemløsning og psykoedukation (65,66).

11.4.3. Peer-støtte

Peer-støtte er en indsats, hvor personer med egne erfaringer med at have en psykisk lidelse, hjælper, støtter og rådgiver den enkelte borger/patient med formålet om at fremme bedring, livskvalitet og tilbagevenden til hverdagslivet. Peer-støtte bør ydes af en peer med egen erfaring med psykisk lidelse, som er kommet sig efter en psykoselidelse, og som er uddannet til at yde peer-støtte. Der er fx indikationer på, at peer-støtte har en positiv effekt på recovery (67).

Med afsæt i egne erfaringer har en peer kompetence til at styrke borgerens motivation og tro på, at det er muligt at leve et godt og meningsfuldt liv på trods af psykoselidelsen, samt indgyde et håb om at komme sig. Peer-medarbejdere kan fx rådgive om det at leve med en psykoselidelse, effektiv brug af medicin, mestring af symptomer, rådgive om støttemuligheder, stresshåndtering, forebyggelse af krise og tilbagefald, opbygning af et socialt netværk og opstilling af personlige mål, som kan understøtte recovery.

Peer-støtte kan være organiseret i kommunalt regi eller integreret i et regionalt behandlingstilbud. Nogle arbejder i samme funktioner som de øvrige medarbejdere på eksempelvis botilbud. Peerstøtte-indsatser kan tilrettelægges på forskellige måder afhængigt af borgerens/patientens behov og peermedarbejderens konkrete erfaringer. Peer-medarbejdere bør modtage støtte og supervision fra erfarne peer-medarbejdere.

11.4.4. Psykoedukation

Psykoedukation er en vigtig evidensbaseret indsats, som både er en integreret del af behandlingen af en psykoselidelse i den regionale psykiatri og som anvendes i de socialpsykiatriske indsatser i hele forløbet. Psykoedukation indebærer læring om den psykiske lidelse, og indeholder elementer af både information, vejledning

og undervisning. Formålet er at fremme sygdomsforståelse, mestring af symptomer, forebyggelse af tilbagefald, samt fokusere på muligheden for at man kan få det bedre eller blive helt rask. Der er god evidens for, at psykoedukation forbedrer samarbejdet om behandlingen, mindsker risikoen for tilbagefald og medfører færre indlæggelsesdage (68). Indsatsen bør være af høj og ensartet kvalitet, hvilket bedst kan opnås hvis psykoedukationen er manualbaseret. Psykoedukation kan foregå individuelt eller som struktureret gruppetilbud og personer med egne erfaringer med en psykoselidelse (peers) bør indgå.

Psykoedukation er en særlig vigtig indsats ved første psykoseepisode, hvor det er afgørende, at både personen med en psykoselidelse og de pårørende får information om lidelsen, symptomer, mestringsstrategier, forebyggelse af forværring mv. Hos unge er det særlig vigtigt, at hele familien tilbydes psykoedukation. Ligeledes er det væsentligt at tilbyde psykoedukation ved tilbagefald, i forhold til at få kendskab til de tidlige tegn på tilbagefald og mestring af disse.

11.4.5. Psykoterapi

Psykoterapi kan indgå i alle faser af behandlingen, undtagen i den akut psykotiske fase, og gennemføres, hvis patient og behandler sammen definerer det som en del af behandlingsplanen. Med afsæt i patientens behov og ressourcer aftales forløbets struktur, hyppighed og omfang ved begyndelsen af forløbet. Psykoterapi kan således både finde sted i psykotisk tilstand under indlæggelse eller i en stabil fase i ambulant regi.

Kognitiv adfærdsterapi (CBT) er den terapiform, som er bedst undersøgt, og hvor der er evidens for, at behandlingen kan mindske psykotiske og negative symptomer, forbedre samarbejdet om behandlingen og øge patientens livskvalitet (69).

I den første fase er det vigtigst at opbygge en relation til patienten, introducere patienten til metoden og opstille en problemliste og mål for terapien. Personale, der skal behandle patienter med CBT, skal have tilstrækkelige kompetencer, herunder evt. efteruddannelse i kognitiv adfærdsterapi, til at anvende metoden, så det sikres at behandlingen er af høj faglig kvalitet. Det anbefales, at behandlere, der bruger CBT, jævnligt superviseres af erfarne terapeuter.

11.4.6. Ergoterapeutiske indsatser

De ergoterapeutiske indsatser er aktivitetsorienterede og understøtter derfor også fysisk aktivitet, men indsatserne har et bredere sigte med at vedligeholde, genetablere eller forbedre funktionsevnen hos den enkelte, herunder er der også fokus på sansemodulation og energiforvaltning. De ergoterapeutiske indsatser er baseret på en række metoder, som også beskrives andetsteds i dette kapitel, da der bl.a. bruges kognitive og miljøterapeutiske behandlingsprincipper.

11.4.7. Recovery-orienteret rehabilitering

Recovery-orienteret rehabilitering er en faglig tilgang (33,70), der har et målrettet fokus på borgerens potentiale for at komme sig og leve et så selvstændigt liv som muligt, og som handler om hvordan den enkelte kan støttes i at indfri sit potentiale og realisere sine håb, ønsker og drømme for fremtiden, skabe mening i sin tilværelse og forme det liv, vedkommende selv ønsker.

Den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang skal tilpasses den enkeltes situation, behov og ønsker, og indsatsen og de faglige kompetencer skal matche den enkeltes funktionsevne og den øvrige kompleksitetsgrad, som den enkeltes liv er præget af.

Recovery-orienteret rehabilitering forudsætter et koordineret og tæt samarbejde på tværs af sektorer. Den enkeltes kommunale handleplan, den sundhedsfaglige behandlingsplan og den fælles samarbejdsplan, der udarbejdes og justeres på netværksmøderne (beskrevet i kapitel 10) skal afspejle den enkeltes ressourcer og ønsker for fremtiden omsat til konkrete og realistiske mål for indsatsen, så den er meningsfuld og motiverende for den enkelte.

Den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang tager udgangspunkt i, at den enkelte er eksperten på sit eget liv og skal mødes som sådan i en ligeværdig samarbejdsrelation. Indsatser skal igangsættes så tidligt som muligt med henblik på at forhindre en forværring af den enkeltes situation, og for at skabe det bedst mulige grundlag for at komme sig. For at sikre en effektiv indsats er det også vigtigt, at der arbejdes med evidensbaserede eller dokumenteret virksomme metoder, og at der følges systematisk op på om indsatsen virker og/eller fortsat er relevant i forhold til at bringe borgeren tættere på deres mål. Arbejdet skal ske koordineret på tværs af relevante områder og sektorer og med fokus på den enkeltes hele liv, og skal også involvere borgernes netværk og civilsamfundet, herunder foreningsliv, uddannelse og arbejdsmarked.

For at kunne arbejde recovery-orienteret rehabiliterende kræves det, at man har kendskab til tilgangen og dens grundlæggende principper samt dokumenteret virksomme metoder til målgruppen, at man kan etablere en god kontakt og relation til den enkelte, samt at fagpersoner kan indgå i et tæt og koordineret samarbejde med fagpersoner i andre sektorer omkring borgeren/patienten.

11.4.8. Social færdighedstræning og socialkognitiv træning

Hvor social færdighedstræning fokuserer på den adfærdsmæssige del af social interaktion, fokuserer social kognitiv træning på de mere subtile og komplekse aspekter af social interaktion.

Social færdighedstræning er en psykologisk intervention med fokus på at udvikle eller forbedre den sociale interaktion, sociale færdigheder eller interpersonelle færdigheder. Social færdighedstræning har effekt på sværhedsgraden af negative symptomer samt den generelle sociale funktionsevne (71,72). Da de negative symptomer er fremtrædende hos nogle patienter, og svære at behandle, er social færdighedstræning en vigtig del af behandlingen i hele forløbet hos nogle patienter/borgere.

Social kognitiv træning fokuserer fx på aflæsning af andre menneskers sindstilstand, intentioner og følelser. Desuden trænes evnen til situationsfornemmelse samt forståelse af humor, ironi og sarkasme. Træningen kan foregå i manualiserede gruppetilbud. Socialkognitiv træning har vist sig at have stor effekt på den sociale funktionsevne samt aspekter af social kognition så som mentalisering, følelses aflæsning og social perception (73).

Social færdighedstræning og social kognitiv træning kræver, at fagpersonerne har en viden om målgruppen og de særlige udfordringer, mennesker med psykoselidelser har, samt evt. relevant efteruddannelse indenfor de ovenfor nævnte metoder.

11.4.9. Traumebevidst tilgang

Indsatsen til mennesker med psykoselidelser tager udgangspunkt i den enkeltes egne perspektiver og erfaringer, og den traumebevidste tilgang kan derfor være gavnlig i indsatsen på tværs af sektorer. Undersøgelser

viser, at mennesker med psykoselidelser i højere grad lider af posttraumatiske belastningsreaktioner (PTSD) end baggrundsbefolkningen (74). Tilsvarende er risikoen for at udvikle psykose også mere end fordoblet efter en diagnose med enten belastningsreaktion eller PTSD (74). Metaanalyser af mennesker med psykoselidelser har desuden vist, at der er tre gange øget sandsynlighed for, at de har været udsat for traumatiske oplevelser i barndommen (75).

Traumebevidst tilgang (Trauma Informed Care) er en ramme for samarbejdet med borgeren/patienten, som tager udgangspunkt i, at mange mennesker med psykiske lidelser og/eller som lever i social udsathed, har oplevet traumer og kan have traumereaktioner, og at alle mennesker har gavn af at blive mødt med en bevidsthed om, at tidligere oplevelser kan have betydning for, hvordan man reagerer i en given situation. Den traumebevidste tilgang er ikke en behandlingsform, og indebærer ikke *behandling* af specifikke traumer hos den enkelte. I den traumebevidste tilgang forstår man traumer bredt, som noget der opstår, når et menneske oplever, at hændelser eller omstændigheder er fysisk eller følelsesmæssigt skadelige eller livstruende, og som vedvarende påvirker den enkeltes funktionsevne og trivsel i negativ retning (76).

For at arbejde traumebevidst, er det vigtigt, at alle fagpersoner er bevidste om traumers betydning for følelser og handlinger, kan genkende typiske tegn på traumatisering, kan respondere hensigtsmæssigt på evt. traumer og har viden om, hvad der potentielt kan udløse og forebygge traumereaktioner (77).

11.4.10. Åben Dialog og andre dialogværktøjer

Åben Dialog (ÅD) er en metode og tilgang, som via dialogiske netværkssamtaler inddrager patientens/borgers private og professionelle netværk, og som vægter dialog, inddragelse af alles perspektiver samt borgers indflydelse højt. Forandringer og løsninger for borgeren skabes ved at mobilisere ressourcerne i borgers netværk samt ved at understøtte borgers egen handlekraft. Tilgangen fra Åben Dialog er anvendelig fx til netværksmøder på tværs af sektorer og generelt i forhold til at sikre, at den enkelte inddrages i eget forløb og er i centrum for indsatsen.

Feedback-Informed Treatment (FIT) er et evidensbaseret dialog- og evalueringsredskab, der kan anvendes til flere målgrupper. Borgeren/patienten evaluerer løbende dels sin egen trivsel og dels oplevelsen af samarbejdet og indsatsens effekt. På den måde kan FIT være med til at forbedre relationen, kvaliteten og effektiviteten af indsatsen, fordi medarbejderne får et indblik i den enkeltes progression i forhold til trivsel og velbefindende og viden om, hvordan borgeren/patienten oplever samarbejdet og indsatsen (78).

Low Arousal 2 (LA2) er en samtale- og refleksionsmetode som anvendes til at forebygge voldsomme episoder og fremme trivsel. LA2 er inspireret af tilgangen Low Arousal og trækker på elementer fra Åben Dialog og Feedback-Informed Treatment (FIT).

11.4.11. Uddannelses- og beskæftigelsesindsatser

Gennem hele forløbet bør fokus være på at støtte den enkelte i at opnå eller fastholde tilknytning til beskæftigelse eller uddannelse for at opretholde et normalt hverdagsliv, bevare kompetencer og færdigheder samt indgå i meningsfulde fællesskaber. Nedenfor beskrives evidensbaserede indsatser samt muligheder i lovgivningen for særlige indsatser vedrørende uddannelse og beskæftigelse for mennesker med psykiske lidelser, som dermed også er gældende for mennesker med psykoselidelser.

Uddannelsesindsatser

På uddannelsesområdet bør der være opmærksomhed på at understøtte, at mennesker med psykiske lidelser kan tage en uddannelse eller fastholdes heri. Der kan peges på flere tiltag og opmærksomhedspunkter i forhold til at understøtte bl.a. specialpædagogisk støtte til studerende med funktionsnedsættelser, deltagelse i fællesskaber og læringsmiljøer på de videregående uddannelser mv. (79). Det er bl.a. vigtigt, at de videregående uddannelser informerer kommende studerende om deres muligheder for særlig støtte (fx handicaptillæg til SU mv.), og at institutionerne tilrettelægger studiestarten på en måde som kan rumme alle typer studerende. Herudover bør de videregående uddannelser have opmærksomhed på at tilrettelægge undervisningen under hensyntagen til de studerendes behov, fx i forhold til gruppearbejde, mindre hold mv. Studerende med funktionsnedsættelse har derudover mulighed for at få specialpædagogisk støtte (SPS), som er en individuel kompensation, som har til formål at sikre, at studerende med funktionsnedsættelser har mulighed for at deltage og gennemføre deres uddannelse på lige fod med andre (80).

Individuelle beskæftigelsesindsatser

Individuelt planlagt job med støtte (IPS) er en evidensbaseret beskæftigelsesindsats, hvor den regionale psykiatri og jobcentre samarbejder for at hjælpe mennesker med psykiske lidelser i ordinært job eller uddannelse, og hvor indsatsen er integreret i den psykiatriske behandling. IPS har vist signifikant positive effekter (81), selv for mennesker med langvarige psykoselidelser. IPS tager afsæt i borgerens ønsker og behov, og alle der ønsker at arbejde eller komme i uddannelse, kan deltage i en IPS-indsats uden krav om symptomfrihed eller fravær af rusmiddelproblematik eller sociale udfordringer. Fokus er på hurtig opstart i job eller uddannelse uden forudgående træning, hvor udgangspunktet er, at finde det rette job og de rette arbejdsomgivelser. IPS-konsulenten giver individuel støtte før, under og efter opstart i job eller uddannelse.

Mennesker der udskrives fra døgnbehandling på en psykiatrisk afdeling, har uanset varigheden af indlæggelsen ret til at få tildelt en udskrivningskoordinator, hvis de er berettiget til en beskæftigelsesindsats jf. *Lov om en aktiv beskæftigelsesindsats* (§ 6)⁸. Reglerne om udskrivningsmentor findes i *Lov om Aktiv Beskæftigelsesindsats (LAB)* § 167 (82), og det er jobcentret som har bevillingskompetencen. En udskrivningskoordinator er en mentor med særlige kompetencer til at støtte den enkelte i at vende tilbage til arbejdsmarkedet og hverdagslivet efter en udskrivning. Regionen informerer kommunen om udskrivningstidspunktet, hvorefter kommunens tildeler en mentor, hvis den enkelte ønsker det. Udskrivningskoordinatoren er til rådighed i mindst 6 måneder, op til 3 måneder før udskrivning, og skal hjælpe med at genetablere et normalt hverdagsliv med bolig, familie, økonomi, aktiviteter, netværk og arbejde eller uddannelse. Det primære fokus er at fastholde borgeren i beskæftigelse eller andre aktiviteter, der understøtter et beskæftigelsesrettet perspektiv.

Hos personer, som har en eksisterende bostøtte, IPS-konsulent, kontaktperson eller anden mentor tilknyttet, bør det overvejes og planlægges hvordan opgaverne og ansvaret fordeles mellem de forskellige fagpersoner, og om den person som har den tætteste relation til borgeren kan varetage udskrivningskoordinatorens opgaver.

⁸ Det betyder, at personer der fx modtager førtidspension, ikke kan få mentorstøtte ved udskrivelse fra en psykiatrisk afdeling, medmindre personen har et ønske om at vende tilbage i beskæftigelse eller uddannelse

12. Grupper med særlige behov

En integreret og helhedsorienteret tilgang er afgørende for flere særligt sårbare grupper af mennesker med psykoselidelser, som står overfor komplekse udfordringer og derfor har særlige behov. Kapitlet nedenfor beskriver derfor målrettede indsatser på tværs af regioner og kommuner for disse grupper.

12.1. Debut af psykoselidelse før 18-årsalderen

Hos unge med tidlig debut af psykoselidelse er de psykotiske symptomer ofte uspecifikke, under udvikling, eller udløst af andre psykiske lidelser eller rusmiddelbrug. Hos disse børn og unge vil psykoselidelsen ofte være ubehandlet i en længere periode, og der er en øget risiko for et mere alvorligt forløb (83). Tidlig opsporing er derfor afgørende, og der henvises til *Beskrivelse af forløb for børn og unge med psykoselidelser* for en uddybende beskrivelse af tidlig opsporing til denne målgruppe.

Overgangen til voksenlivet, når den unge fylder 18 år og opnår fuld myndighed, og skal forholde sig til uddannelse, job, bolig og økonomi, kan være kompleks og udfordrende. Hvis der fortsat er behov for behandling og kommunale indsatser, vil der også være en overgang til voksenpsykiatrien og til voksenområdet i kommunen. Tæt samarbejde mellem alle parter, herunder også skolen/ungdomsuddannelsen og familien, er afgørende i forbindelse med disse overgange. Det er særlig vigtigt at styrke og inddrage den unges netværk, herunder både forældre, søskende og andre som er tæt på den unge. Forberedelse af overgangen til voksenpsykiatrien og til voksenområdet i kommunen bør starte op til et år i forvejen og inkludere et overlap og et tæt samarbejde mellem fagpersonerne på områderne, og de fagpersoner som arbejder med målgruppen af unge, bør have særlige kompetencer til at yde vejledning og støtte til de unge og deres familier. Kommunen har i den forbindelse pligt til at vurdere, om unge i alderen 18 til 22 år, der op til deres 18. år har været anbragt uden for hjemmet eller haft en fast kontaktperson skal have hjælp i form af efterværn (Serviceloven § 76). Støtten der ydes, skal være tidlig og helhedsorienteret, og tilrettelægges på baggrund af en konkret vurdering. Støtten skal bygge på den unges ressourcer og inddrage den unges synspunkter med passende vægt i forhold til alder og modenhed (Serviceloven § 46).

Der henvises til *Beskrivelse af forløb for børn og unge med psykoselidelser* for en mere detaljeret beskrivelse af overgangsfasen i både regioner og kommuner. Der henvises desuden til Sundhedsstyrelsens *Anbefalinger for transitionsforløb fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi* (84), og Social- og Boligstyrelsens publikationer om efterværn (85).

12.2. Samtidig rusmiddelproblematik

Mennesker med psykoselidelser, især skizofreni, har en øget risiko for at udvikle rusmiddelproblemer (86). Samtidig rusmiddelproblematik komplicerer ofte forløbet, fordi psykoselidelse og rusmiddelproblemer gensidigt påvirker og forstærker hinanden, hvilket gør diagnosticering og behandling mere udfordrende. En rusmiddelproblematik kan desuden medføre kognitive problemer, og også øge også risikoen for voldsomme episoder (87). Dertil vil der ofte være andre helbredsrelevante og sociale udfordringer som fysiske skader og

sygdomme, social isolation, hjemløshed mv. Den samlede påvirkning fører til en høj grad af udsathed. Den samlede kompleksitet betyder, at der er et stort behov for at den enkelte støttes i det behandlingsforløb, personen har behov for, og at den sundheds- og socialfaglige indsats er helhedsorienteret og sammenhængende.

Der er god dokumentation for, at integreret behandling af psykoselidelser og samtidig rusmiddelproblematik forbedrer effekten af behandlingen (88,89). Der er derfor truffet aftale om, at der etableres et samlet regionalt tilbud til mennesker på 18 år og derover med behandlingskrævende psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, der implementeres fra september 2024 med en trinvis indfasning til 2027 (90). Erfaringer med målgruppen samt indhold og effekt af behandlingen skal indhentes i de kommende år i regionerne og sideløbende skal udviklingen i kommunerne følges.

Valget mellem integreret behandling i den regionale psykiatri, eller parallel og koordineret behandling i den kommunale rusmiddelbehandling⁹, afhænger af flere faktorer og kræver altid en individuel klinisk vurdering. Dette inkluderer overvejelser om ambulant behandling eller indlæggelse. Der henvises til den faglige visitationsretningslinje, som beskriver kriterier for henvisning af patienter til integreret behandling i den regionale psykiatri (90).

De kommunale tilbud skal tilbyde indsatser med fokus på sammenhæng mellem rusmiddelproblematikker, psykoselidelse og eventuelt andre problematikker. Der tages afsæt i den recovery-orienterede rehabiliterende tilgang og et fokus på borgerens behov, ressourcer og motivation. Såfremt borgeren ikke er parat til at modtage behandling, tilbydes en indsats, der modner borgerens parathed, eksempelvis ved at styrke faktorer i omgivelserne, som kan understøtte borgerens udvikling. Derudover arbejdes der med skadesreduktion for den enkelte borger og for omgivelserne, ligesom der skal arbejdes med forskellige tiltag, som kan være alternativer til rusmiddelforbruget. Der samarbejdes om at forebygge og håndtere eventuelle skader og udfordringer, der kan opstå som følge af rusmiddelforbruget, såsom sundhedsmæssige, psykiske, sociale og økonomiske følgeskader.

12.3. Hjemløshed

Mange mennesker i hjemløshed har en psykisk lidelse, og ca. 40 % har både en psykisk lidelse og en rusmiddelproblematik (91). Psykiske lidelser er hyppigst blandt yngre kvinder i hjemløshed, hvor ca. 80 % af de 25-29-årige kvinder vurderes at have en psykisk lidelse. Mennesker med psykoselidelser og samtidig hjemløshed har meget komplekse og sammensatte problemer, og er blandt de mest udsatte grupper i samfundet. Derfor er der behov for en opsøgende, helhedsorienteret og særlig indsats til denne målgruppe på tværs af social- og sundhedsområdet. Denne indsats kan sikres ved, at der etableres et tæt samarbejde mellem den kommunale hjemløshedsindsats jf. servicelovens lovgivning på hjemløshedsområdet (§ 85 a) og et udgående psykiatrisk team baseret på ACT-metoden, da der er god evidens for at denne kombinerede indsats både fører til en forbedring af de sociale problemstillinger og den psykiske lidelse.¹⁰

Nedenfor uddybes indsatsen til mennesker med psykoselidelser i hjemløshed:

⁹ Kommunerne har, ifølge servicelovens § 101, pligt til at yde social stofmisbrugsbehandling til borgere med behandlingskrævende stofmisbrug. Det er kommunen, der har ansvaret for at visitere personer med et alkoholmisbrug til et relevant behandlingstilbud (sundhedslovens § 141).

¹⁰ Afdækning af udgående tværfaglige teams i den regionale psykiatri. Sundhedsstyrelsen 2024.

- *Housing First*-tilgangens specialiserede støttemetoder anvendes jf. servicelovens lovgivning på hjemløshedsområdet (§ 85 a). Kommunen tilbyder en selvstændig bolig samt en individuelt tilrettelagt bostøtte baseret på de specialiserede støttemetoder ACT, ICM og CTI. Metoderne er baseret på, at et lavt antal borgere er tilknyttet den enkelte medarbejder (lavt case-load). Der henvises til Social- og Boligstyrelsens manual om Housing First-tilgangen¹¹
- *En integreret social- og sundhedsfaglig indsats* sikres ved at opsøgende kommunale medarbejdere identificerer et muligt behov for behandling for såvel psykiske som fysiske sygdomme, er brobyggere til sundhedsvæsenet, og hjælper borgeren til at fremmøde til psykiatrisk og somatisk udredning og behandling. Den psykiatriske behandling og den kommunale støtte, samt eventuel samtidig behandling af rusmiddelproblemer, bør så vidt muligt integreres i et fælles tværgående forløb. Der kan med fordel tilbydes en ACT-indsats, som integrerer alle nødvendige støtte- og behandlingsindsatser i ét team omkring den enkelte borger. Der henvises i øvrigt til de Nationale retningslinjer for indsatsen mod hjemløshed¹².
- *Fælles aftaler* mellem kommunen og den regionale psykiatri kan sikres, ved at der i starten af forløbet afholdes et netværksmøde, hvor der indgås fælles aftaler om, hvilken kommunal støtte og psykiatrisk behandling, der er behov for. Der udarbejdes individuelle koordinerende indsatsplaner til borgere med både svær psykisk lidelse og misbrug og med meget komplekse sociale problemer¹³
- *Fysiske helbredsproblemer* er hyppige hos målgruppen, og kommunale medarbejdere sikrer kontakt til den praktiserende læge, som kan tilbyde udvidet konsultationstid, samt andre relevante sundhedstilbud. Derudover er det god praksis at kommunalt sundhedsfagligt personale, fx en gadesygeplejerske, tilbyder basal sygepleje til målgruppen.

12.4. Øget risiko for kriminalitet

Der kan i sjældne tilfælde være en risiko for voldsomme episoder udøvet af mennesker med psykoselidelser (92). Faktorer såsom samtidig rusmiddelproblematik, tidligere kriminalitet og impulsivitet samt ubehandlet psykoselidelse kan øge risikoen (93). For at forebygge vold og kriminalitet, er det afgørende at sikre, at særligt patienter i øget risiko får en tilstrækkelig behandling - både af deres psykoselidelse og et eventuelt misbrug (94). Det er ligeledes vigtigt, at mennesker med psykoselidelser som har begået kriminalitet og som har fået en dom til behandling, tilbydes tilstrækkelig behandling og sociale indsatser, for at forebygge ny kriminalitet (95). De mest komplekse patienter, som hyppigt er farlige eller udadreagerende som følge af deres psykoselidelse, herunder patienter som opholder sig på botilbud, kan have behov for døgnbehandling i den regionale psykiatri.

Indsatser til forebyggelse af voldsomme episoder og kriminalitet hos mennesker med psykoselidelser:

- *Generelle trivselsunderstøttende indsatser* baseret på recovery-orienteret rehabilitering som faglig tilgang.
- *Helhedsorienteret afdækning af borgerens situation, ressourcer og udfordringer* med henblik på at styrke borgere og medarbejders mestringsstrategier ved mistrivsel, der kan føre til voldsomme

¹¹ Housing First-tilgangen. Manual til hjemløshedsområdet. Socialstyrelsen 2022.

¹² Nationale retningslinjer for indsatsen mod hjemløshed, Socialstyrelsen 2020.

¹³ Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Sundhedsstyrelsen 2014.

episoder. Herunder også en afdækning af sociale- og sundhedsmæssige forhold der kan påvirke trivsel og øge stress.

- *Systematiske risiko- og trivselsvurderinger* udføres ved mistanke om øget risiko for vold eller ved behov for vurdering af andre årsager. Vurderingen foretages vha. strukturerede værktøjer baseret på evidens eller bedste faglige praksis og retningslinjer, og inkluderer også beskyttende faktorer.
- *Forebyggende tiltag for patienten/borgeren* iværksættes ved moderat til høj risiko for vold. Der udarbejdes en forebyggelsesplan, som inkluderer tilpasning af indsatserne med henblik på at mindske risikoen. Planen bør drøftes og besluttet i et tværfagligt forum. Intensiv ambulant opfølgning jf. principperne for ACT, bør overvejes, enten i F-ACT-team eller i specialiserede udgående teams. Døgnbehandling overvejes til patienter med de mest komplekse udfordringer, herunder patienter som opholder sig på botilbud, og som hyppigt er farlige eller udadreagerende.
- *Forebyggende tiltag for medarbejdere* iværksættes ved moderat til høj risiko for vold, herunder at borgeren/patienten altid ses af to personer under sikre forhold. Medarbejdere i hyppig kontakt med målgruppen bør have viden om forebyggelse af voldsomme episoder og kende til handleveje.
- *Kriseplanen* tilpasses på baggrund af en risikovurdering, og der anvendes *deeskalerende metoder* både ifm. den psykiatriske behandling og i de kommunale indsatser (fx low arousal, se kapitel 12).
- *Rusmiddelbehandling* overvejes altid ifm. rusmiddelproblematik, herunder evt. henvisning til integreret behandling i den regionale psykiatri.
- *Henvisning til specialfunktioner* overvejes, hvis kriterierne for henvisning er opfyldt, og derudover overvejes også mulighed for sparring med højere specialiseringsniveau med henblik på second-opinion.
- *Et styrket tværsektorielt samarbejde* mellem den regionale psykiatri og kommunen bør altid overvejes ved øget risiko for vold. Herunder drøftes mulighed for indlæggelse og eventuel tvangsindlæggelse. Der tages altid kontakt til politiet ved overhængende fare for vold eller ved risiko for vold mod specifikke personer.
- *PSP-samarbejdet* skal sikre en koordineret og forebyggende indsats mellem politi, sociale myndigheder og social- og behandlingspsykiatrien. Medarbejdere bør have kendskab til mulighederne i PSP-samarbejdet. Der henvises til gældende vejledning¹⁴

Nogle mennesker med en psykoselidelse har begået kriminalitet, for hvilken de typisk er blevet idømt en foranstaltningsdom, som kan være dom til anbringelse på en psykiatrisk afdeling, dom til psykiatrisk behandling med mulighed for indlæggelse eller ambulant behandling - enten med mulighed for indlæggelse eller uden mulighed for tvungen indlæggelse. Hvis det drejer sig om særlig farlighed kan patienten ved dekret fra Justitsministeriet anbringes på Sikringsafdelingen under Retspsykiatrisk afdeling med henblik på behandling. Herudover vil nogle patienter, der mistænkes for kriminalitet, men endnu ikke har fået en dom, kunne varetægtsfængsles i surrogat på en lukket psykiatrisk afdeling. Patienter, der har fået en foranstaltningsdom, og hvor der ikke er behov for eller krav om, at behandlingen skal foregå under indlæggelse følges ambulant, fx i retspsykiatriske teams, som findes i alle regioner.

Nedenfor uddybes vigtige elementer i den retspsykiatriske behandling til mennesker med psykoselidelser:

¹⁴ Vejledning om politiets samarbejde med de sociale myndigheder og psykiatrien som led i indsatsen over for socialt udsatte personer (PSP-samarbejdet) og om videregivelse af oplysninger i forbindelse med samarbejdet. Justitsministeriet. VEJ nr 60 af 10/07/2009.

Retspsykiatrisk forløb hos mennesker med psykoselidelser som har fået en foranstaltningsdom

- Patienter som har fået en foranstaltningsdom, modtager generelt samme behandling og sociale indsatser som andre patienter. Et vigtigt element i behandlingen vil dog være, at man gennem hele behandlingsforløbet også forholder sig til den kriminalitet som er begået, og at behandlingen også har til formål at forebygge ny kriminalitet.
- Det retspsykiatriske forløb består af en opstart, et behandlingsforløb og en afslutning af forløbet, samt tilsyn fra kriminalforsorgen, og skal følge gældende lovgivning og vejledninger på området, for at sikre et sammenhængende forløb, som opfylder formålet om at ny kriminalitet forebygges.
- Patienter som modtager ambulant behandling følges i retspsykiatriske behandlingsteams med særlige kompetencer til at varetage retspsykiatriske patienter, hvis behandling i et almindelig ambulant tilbud ikke vurderes tilstrækkeligt.

12.5. Øget risiko for voldsomme episoder, magtanvendelse og tvang

Fokus på forebyggelse af magtanvendelse i socialpsykiatrien

I kommunerne fastsætter serviceloven rammerne for magtanvendelse på eksempelvis kommunale botilbud. Der knytter sig en vejledning til servicelovens paragraffer om magtanvendelse: Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper. En borger kan klage til kommunalbestyrelsen over anvendelse af magt.

Der er flere initiativer inden for det kommunale område i forhold til arbejdet med forebyggelse af magtanvendelse og voldsomme episoder. Nogle af disse metoder og tilgange beskrives nedenfor, og det er væsentligt, at disse bruges i kommunalt regi til at forebygge en forværring af borgerens psykiske lidelse, hvilket kan forebygge en eventuel tvangsindlæggelse.

Samlet set peger forskning, undersøgelser og erfaringer fra socialpædagogisk praksis på, at flere elementer er centrale i forebyggelsen af magtanvendelser og voldsomme episoder. Social- og Boligstyrelsen har i 2017 udgivet Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse (96). Der er ligeledes i 2019 udgivet håndbøger til hhv. borgere og pårørende, fagpersoner og myndighedspersoner for at udbrede og understøtte kendskabet til reglerne om magtanvendelse (97). Formålet med vejledninger og retningslinjer er at understøtte retssikkerhed for borgerne, samt trivsel og tryghed for både borgere og medarbejdere på landets botilbud samt på boformer for hjemløse og herigennem at nedbringe omfanget af voldsomme episoder og magtanvendelser. Retningslinjerne peger bl.a. på, at der bør være fokus på fremme af borgernes trivsel gennem borgerinddragelse og mestring, systematiske risikovurderinger, konflikt-nedtrapning, refleksion og læring efter en voldsom episode, organisatoriske forhold som ledelse, faglige kompetencer og et godt arbejdsmiljø, samt understøttelse af det tværsektorielle samarbejde.

Dokumenterede metoder og indsatser til forebyggelse af voldsomme episoder og magtanvendelser

- Omlægning til recovery-orienteret rehabilitering
- Brug af dokumenterede metoder til fremme af trivsel og recovery, samt forebyggelse af voldsomme episoder, såsom LA2, Åben Dialog og FIT

- Systematisk arbejde med registrering af voldsomme episoder og magtanvendelser på organisationsniveau
- Kompetenceudvikling i konfliktnedtrapning og deeskalering
- Udarbejdelse og implementering af klare og konkrete *lokale* retningslinjer til forebyggelse, håndtering og læring af voldsomme episoder og magtanvendelser på de konkrete tilbud

Fokus på forebyggelse og nedbringelse af tvang i den regionale psykiatri

Mennesker med psykoselidelser er den største diagnosegruppe blandt de mennesker, der udsættes for tvangsforanstaltninger (herunder tvangsindlæggelser) i den regionale psykiatri. Derudover er der viden om, at mennesker, som bliver indlagt i den regionale psykiatri med tvang, har en øget risiko for at blive udsat for tvang under indlæggelse.

Sundhedsstyrelsen har i 2020 udgivet *Anbefalinger til nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser*. Anbefalingerne vedrører anvendelse af tvang i den regionale psykiatri. Det tvangsforebyggende arbejde er dog overlappende til arbejdet med at forebygge og nedbringe voldsomme episoder og magtanvendelse i kommunalt regi, og det er derfor afgørende, at arbejdet med at nedbringe tvang ses i sammenhæng med det arbejde, der allerede pågår i kommunerne med at forebygge magtanvendelse og voldsomme episoder. Det anbefales, at alle, der arbejder med nedbringelse eller forebyggelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser, bør arbejde med udgangspunkt i tilgangen i de seks kernestrategier (98). Disse er: 1) Ledelse med henblik på organisationsændringer, 2) Anvendelse af data til informationsbaseret praksis, 3) Udvikling af personalets kompetencer og faglighed, 4) Anvendelse af tvangsforebyggelsesværktøjer, 5) Patientens rolle i psykiatriske afdelinger, 6) Anvendelse af debriefing-teknikker.

Der arbejdes allerede i høj grad med dette på de psykiatriske afdelinger, og dette arbejde bør fortsætte fremadrettet.

Der bør ligeledes fremadrettet være fokus på det tværsektorielle samarbejde i forløbet forud for en evt. tvangsindlæggelse, idet flere tvangsindlæggelser eller konfliktfyldte indlæggelser derved potentielt kan forebygges. De gennemgående værktøjer, som er beskrevet i denne forløbsbeskrivelse, vil styrke samarbejdet på tværs af region, kommune og almen praksis, og derved også kunne forebygge indlæggelser med tvang. Ligeledes vil muligheden for tidlig opsporing af psykose samt fokus på forebyggelse af tilbagefald forventeligt kunne forebygge forværring af psykoselidelsen, og derved potentielt forebygge tvangsindlæggelser. De indsatser, som er beskrevet i kapitlet i forhold til langvarig og kompleks psykoselidelse, herunder behandling og opfølgning i F-ACT og de indsatser, der er koblet dertil, vil styrke kvaliteten i den generelle behandling af mennesker med svær psykisk lidelse, herunder psykoselidelse, og derved også kunne forebygge fx konfliktfyldte situationer, der kan ende i tvang.

Nedbringelse og forebyggelse af tvang under og op til indlæggelse

Alle, der arbejder med nedbringelse eller forebyggelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser, bør arbejde med udgangspunkt i dokumenterede metoder. Ved indlæggelse spørges ind til patientens præferencer og der udarbejdes en forhåndstilkendegivelse. Der udarbejdes ligeledes kriseplaner for alle patienter, hvor det vurderes, om der er risiko for fx uadadreagerende adfærd, der kan forårsage brug af tvang. De deeskalerende

metoder nævnt i ovenstående afsnit om forebyggelse af voldshandlinger kan også anvendes til forebyggelse af tvang. Der gennemføres systematiske eftersamtaler med patienten efter en tvangsepisode.

Udskrivnings- og koordinationsplaner udarbejdes for alle patienter, som har krav herpå jf. psykiatriloven med henblik på at forebygge gentagne indlæggelser med tvang

12.6. Øget risiko for selvmordshandlinger

Mennesker med psykoselidelser har en øget risiko for selvmordshandlinger, hvilket har store konsekvenser for både patienten/borgeren selv og de pårørende. Det er derfor vigtigt, at fagpersoner systematisk kompetenceudvikles i håndteringen af mennesker i risiko for selvmordshandlinger, herunder at selvmordsrisikovurderinger foretages på et korrekt grundlag. Derudover bør personer i øget risiko eller tidligere øget risiko for selvmordshandlinger have en kriseplan, da dette er et vigtigt selvmordsforebyggende redskab som kan mindske selvmordsadfærd.

Nærmere information kan findes i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handlingsplan for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg¹⁵.

12.7. Udviklingshæmning

Psykoselidelser er hyppigere hos personer med moderat til svær udviklingshæmning end i baggrundsbefolkningen. Mennesker med lettere psykisk udviklingshæmning og psykoselidelser modtager i udgangspunktet de samme tilbud som andre mennesker med psykoselidelser. Udredning og behandling af mennesker med middel- til svær udviklingshæmning og psykoselidelser er ofte vanskelig, og derfor oftest en specialistopgave som varetages i specialfunktion jf. gældende specialevejledning for psykiatri (6). De kommunale indsatser afhænger også af graden af psykisk udviklingshæmning, men selv ved lettere psykisk udviklingshæmning, vil der ofte være en mere udtalt funktionsevnedækkelse end hos andre mennesker med psykoselidelser, og dermed også et større behov for støtte. Der kan ofte også være behov for specialiserede tilbud på det kommunale område til mennesker med moderat til svær udviklingshæmning og psykoselidelse, herunder specialiserede socialpædagogiske tilbud. Der kan her være tale om mindre botilbud, satellitboliger eller enkeltmandstilbud efter servicelovens §107 og §108. Der henvises til Social- og Boligstyrelsens publikationer om psykisk udviklingshæmning med henblik på uddybende beskrivelse af målgruppen (100).

12.8. Etnisk minoritetsbaggrund

Personer med etnisk minoritetsbaggrund har generelt en højere risiko for at udvikle en psykoselidelse sammenlignet med baggrundsbefolkningen (101), og samtidig har de i nogle tilfælde mindre kontakt og adgang til sundhedsvæsenet (102). Der kan være barrierer i forhold til tidlig opsporing og adgang til behandling pga. fx sprog- og kommunikationsbarrierer, kulturelle barrierer eller stigmatisering omkring psykiske lidelser. Dette kan bl.a. udgøre en barriere for inddragelse af netværk. Derudover er der en øget risiko for at personer med

¹⁵ Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg, Fagligt oplæg til national handlingsplan, Sundhedsstyrelsen, 2024. [Fagligt oplæg til national handlingsplan for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg Sundhedsstyrelsen.pdf \(ism.dk\)](#)

etnisk minoritetsbaggrund indlægges i psykiatrien, udsættes for tvang under indlæggelse, og på sigt får en retspsykiatrisk dom.

Hos personer med psykoselidelser med minoritetsbaggrund, kan det derfor være nødvendigt at vurdere, om der er specielle forhold, som gør at tidlig opsporing, behandling og sociale indsatser i kommunen skal tilpasses individuelt. Fx kan der være anden psykisk lidelse, traumer, tidligere alvorlige belastende oplevelser, kulturelle forhold eller sprogbarrierer, som gør, at der er behov for specielle tiltag. Disse tiltag kunne indbefatte ekstra tid i konsultationen, assistance fra en tolk eller behovet for et tættere samarbejde med familien eller den henvisende instans. Det er vigtigt, at der jf. sundhedsloven stilles vederlagsfri tolkebistand til rådighed, når det lægefagligt skønnes, at en tolk er nødvendig for behandlingen. Sundhedspersonalet bør igennem behandlingsforløbet have adgang til støtte og rådgivning fra fagfolk med erfaring indenfor transkulturelt arbejde.

12.9. Gravide, kommende forældre og forældre

For gravide, kommende forældre, og dem, der allerede har børn og lider af en psykoselidelse, er der behov for en særlig indsats for at sikre den rette støtte til hele familien og for at sikre børnenes trivsel. Under graviditet og i den tidlige spædbarnsperiode er særlig støtte nødvendig, da denne fase er sårbar for kvinder med psykoselidelser, og der er større risiko for tilbagefald lige efter fødslen. Særlige støtteforanstaltninger og opfølgning kan være nødvendig for at sikre en tryk start for både forældre og barn. Samarbejde og koordination på tværs af fagligheder og sektorer er særlig vigtig for denne gruppe, så der etableres en koordineret og individuelt tilpasset indsats, der prioriterer barnets tarv og skaber trygge rammer for familien. Nedenfor uddybes tilbudene til gravide med psykoselidelser.

Tilbud fra regioner og kommuner til gravide med psykoselidelser

- Der henvises til Sundhedsstyrelsens svangreanbefalinger med henblik på tilrettelæggelsen af indsatsen til gruppen af gravide i sårbare og socialt udsatte positioner¹⁶.
- Behandlingen af patienter med graviditetsønske, gravide og ammende kan i nogle tilfælde varetages på hovedfunktionsniveau efter telefonisk og skriftlig rådgivning fra regionsfunktion, men skal altid konfereres med regionsfunktion. Såfremt regionsfunktionen vurderer, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau, skal patienten henvises hertil jf. den til enhver tid gældende specialeplan.
- Hvis der er grund til at antage, at der kan opstå behov for hjælp og støtte til et barn efter fødslen, skal der foretages en screening i kommunen, som skal afdække, hvilken hjælp forældrene har brug for og hvilke støtteindsatser, der skal iværksættes (Barnets lov § 24-27).
- Der er ligeledes familieambulatorier i alle regioner, som et tilbud til gravide, der har eller har haft et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler, eller til gravide, der har behov for ekstra støtte af sociale eller psykiske årsager. Behandlingen varetages i et tværfagligt team. Praktiserende læger, jordemødre, sundhedsplejersker og andre professionelle inden for sundheds- og socialområdet kan henvise gravide, deres partnere og børn til det regionale familieambulatorium.

¹⁶ Anbefalinger for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen, 2022

Mennesker med psykoselidelser som er forældre

Børn af forældre med psykoselidelser har selv en øget risiko for at udvikle psykisk lidelse (103). Når en forælder diagnosticeres med en psykoselidelse, er det vigtigt at tilbyde den nødvendige støtte til familien, fordi hele familien påvirkes af lidelsen og det er vigtigt, at forældre med psykoselidelse får støtte til at varetage børnenes behov undervejs i forløbet. I den regionale psykiatri skal der være opmærksomhed på, om patienten har børn og om børnenes behov varetages. Under indlæggelse skal der sikres tryghed for både forældre og barn, og hvis børnenes netværk ikke er tilstrækkeligt, bør kommunens familieafdeling kontaktes.

Tilbud til børnene skal tilpasses den enkelte familie og koordineres mellem den regionale psykiatri, kommunens socialforvaltning og eventuelt almen praksis. Samarbejde med forældrene om nødvendige hjælpeforanstaltninger er afgørende for barnets trivsel. Hvis personalet er bekymret for børnenes tarv og ikke kan få forældrenes tilladelse til at involvere relevante personer, skal socialforvaltningen underrettes. Fagpersoner har en vigtig opgave med at være med til at forebygge fysisk og psykisk omsorgssvigt hos børn, som er pårørende.

Tilbud fra regioner, kommuner og civilsamfund til familier som er ramt af psykoselidelse

- *I den regionale psykiatri tilbydes familie- og børnesamtale* til patienter med børn under 18 år, og fagpersoner i den regionale psykiatri støtter patienten i at deltage i en familiesamtale og i at tale med sit barn om den psykiske lidelse og sørge for, at barnet bliver hørt og inddraget.
- Kommunen skal sørge for at børn og unge har mulighed for at få gratis rådgivning (Barnets lov § 28) og at forældre kan få gratis familieorienteret rådgivning til løsning af vanskeligheder i familien (Barnets lov § 29). Begge tilbud skal kunne gives som et åbent og anonymt tilbud.
- Kommunen skal, når det vurderes at barnet eller den unge har behov for det, tilbyde tidligt forebyggende indsatser (Barnets lov § 28), herunder fx familierettede indsatser eller netværks- eller samtalegrupper.
- Der henvises til *Det Nationale Kompetencecenter for Børn og Unge i familier med psykisk sygdom*, som formidler et overblik over, hvilke tilbud der er til børn i familier med psykisk sygdom i kommuner og civilsamfund samt værktøjer, som kan bruges af fagpersoner, som møder børn, der er pårørende.

12.10. Ældre med psykoselidelser

Psykoselidelser optræder ofte anderledes og med andre symptomer hos ældre end hos yngre personer, og der vil derudover ofte være flere fysiske sygdomme tilstede, som kan komplicere tilstanden. Ældre med psykoselidelser kan have behov for et specialiseret behandlingstilbud jf. kriterierne i den til enhver tid gældende specialevejledning i psykiatri (6), og der vil være behov for at der etableres et tæt samarbejde med både praktiserende læger, somatiske hospitalsafsnit og kommunale tilbud herunder plejehjem, for at sikre en helhedsorienteret og tilstrækkelig indsats til målgruppen. De sociale tilbud under serviceloven skal tilsvarende tilbyde den relevante og tilstrækkelige støtte til de særlige udfordringer, ældre borgere med psykoselidelser kan have.

Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark. 2022. 1-460.
- (2) Plana-Ripoll O, Pedersen CB, Agerbo E, Holtz Y, Erlangsen A, Canudas-Romo V, et al. A comprehensive analysis of mortality-related health metrics associated with mental disorders: a nationwide, register-based cohort study. *Lancet* 2019;394(10211):1827-1835.
- (3) Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022:1-208.
- (4) Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. 2022. 1-23.
- (5) Hansen HG, Starzer M, Nilsson SF, Hjorthøj C, Albert N, Nordentoft M. Clinical Recovery and Long-Term Association of Specialized Early Intervention Services vs Treatment as Usual Among Individuals with First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorder: 20-Year Follow-up of the OPUS Trial. *JAMA Psychiatry* 2023;80(4):371-379.
- (6) Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for psykiatri. 2023.
- (7) Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical Characteristics and Predictors of Outcome of Schizophrenia-Spectrum Psychosis in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26(5):410-427.
- (8) Santesteban-Echarri O, Paino M, Rice S, González-Blanch C, McGorry P, Gleeson J, et al. Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev* 2017; 58:59-75.
- (9) van Dee V, Schnack HG, Cahn W. Systematic review and meta-analysis on predictors of prognosis in patients with schizophrenia spectrum disorders: An overview of current evidence and a call for prospective research and open access to datasets. *Schizophr Res* 2023; 254:133-142.
- (10) Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br J Psychiatry* 2009;194(1):18-24.
- (11) S.M. Harrigan, P.D. McGorry, H. Krstev. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? 2003:1-14.

- (12) P. Jeppesen, L. Petersen, A. Thorup, M.-B. Abel, J. Øhlenschläger, T.Ø. Christensen, et al. The association between pre-morbid adjustment, duration of untreated psychosis and outcome in first-episode psychosis | Psychological Medicine | Cambridge Core. 2008.
- (13) Sundhedsstyrelsen. PsykInfoerne. Mar 5. 2024. Link: <https://www.sst.dk/da/en-af-os/psykinfoerne>.
- (14) Rigspolitiets Nationale Beredskabsafdeling. Beredskabets arbejde med personer med psykiske lidelser. 2018.
- (15) Retsinformation. Bekendtgørelse af lov om politiets virksomhed. Opdateret: 2019.01/02. 2024. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (16) Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. Psychol Med 2010;40(10):1585-1597.
- (17) Sundhedsstyrelsen. SOMATISK AKUTMODTAGELSE | Ulyshed i sundhed.
- (18) Christine Merrild Posselt, Nikolai Albert, Merete Nordentoft, Carsten Hjorthøj. The Danish OPUS Early Intervention Services for First-Episode Psychosis: A Phase 4 Prospective Cohort Study with Comparison of Randomized Trial and Real-World Data | American Journal of Psychiatry. 2021:1-11.
- (19) Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Cipriani A, Lennox B, Harrison R. Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. Cochrane Database Syst Rev 2020;11(11):CD013288.
- (20) Marianne Melau, Nikolai Albert, Merete Nordentoft. Programme fidelity of specialized early intervention in Denmark. 2019:1-6.
- (21) Benjamin Arnfred, Daniel Thaysen-Petersen, Signe Düring, Anders Fink-Jensen and Merete Nordentoft. Brug af virtual reality inden for psykiatrien. Mar 5., 2024. Link: <https://ugeskriftet.dk/videnskab/brug-af-virtual-reality-inden-psykiatrien>.
- (22) Remmers van Veldhuizen, Michiel Bähler. Manual Flexible Assertive Community Treatment, FACT manual. 2013. 1-69.
- (23) Danske Regioner. Pakkeforløb for Incident Skizofreni. 2016. 1-3.
- (24) Retsinformation. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v. Opdateret: 2022. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (25) Alvarez-Jimenez M, Priede A, Hetrick SE, Bendall S, Killackey E, Parker AG, et al. Risk factors for relapse following treatment for first episode psychosis: a systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. Schizophr Res 2012;139(1-3):116-128.

- (26) Starzer M, Hansen HG, Hjorthøj C, Albert N, Nordentoft M, Madsen T. 20-year trajectories of positive and negative symptoms after the first psychotic episode in patients with schizophrenia spectrum disorder: results from the OPUS study. *World Psychiatry* 2023;22(3):424-432.
- (27) Almuqrin A, Georgiades A, Mouhitzadeh K, Rubinic P, Mechelli A, Tognin S. The association between psychosocial stress, interpersonal sensitivity, social withdrawal and psychosis relapse: a systematic review. *Schizophrenia (Heidelb)* 2023;9(1):22.
- (28) Retsinformation. Vejledning om hjælp og støtte efter serviceloven. Opdateret: 2015. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (29) Socialstyrelsen. Faglige pejlemærker for kvalitet i bostøtten. 2021.
- (30) Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. 2023. 1-38.
- (31) Socialstyrelsen. Anbefalinger til god kvalitet på botilbud. 2021. 1-116.
- (32) Praktiserende Lægers Organisation. Overenskomst om almen praksis 2022. 2022. 1-160.
- (33) Socialstyrelsen. Recovery-orienteret rehabilitering. Vejledning i praksis. 2023. 1-31.
- (34) Retsinformation. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. Opdateret: 2018. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (35) Retsinformation. Bekendtgørelse om genoptræningsplaner og om patienters valg af genoptræningstilbud efter udskrivning fra sygehus. Opdateret: 2018. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (36) Dieterich M, Irving CB, Bergman H, Khokhar MA, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2017;1(1):CD007906.
- (37) Mary Olson, Jaako Seikkula, Douglas Ziedonis. The key elements of dialogic practice in open dialogue: fidelity criteria. 2014:1-33.
- (38) Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerede indsatsplaner. 2014. 1-33.
- (39) Weye N, Momen NC, Whiteford HA, Christensen MK, Iburg KM, Santomauro DF, et al. The contribution of general medical conditions to the non-fatal burden of mental disorders: register-based cohort study in Denmark. *BJPsych Open* 2022;8(6):e180.
- (40) Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børghlum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *N Engl J Med* 2020;382(18):1721-1731.

- (41) Behandlingsrådet. Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser. 2023. 1-134.
- (42) Syddansk Universitet. Dødelighed og brug af sundhedsvæsenet blandt socialt udsatte mennesker i Danmark. Opdateret: 2023. Mar 5. 2024. Link: https://www.sdu.dk/da/sif/rapporter/2023/doedelighed_og_brug_af_sundhedsvaesnet_blandt_socialt_udsatte_mennesker_i_danmark.
- (43) Julie Mackenhauer. Disparities in Emergency Care Among Patients with Mental Illness. 2022. 1-102.
- (44) Roberts SH, Bailey JE. Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed methods studies. J Adv Nurs 2011;67(4):690-708.
- (45) Vidensråd for forebyggelse. Psykisk sygdom og ændringer i livsstil. 2015. 1-85.
- (46) NICE. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE), 2014.
- (47) Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-review of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). Eur Psychiatry 2018; 54:124-144.
- (48) Sundhedsstyrelsen. Forebyggelsespakke. Fysisk aktivitet. 2018. 1-32.
- (49) Weiden PJ, Mackell JA, McDonnell DD. Obesity as a risk factor for antipsychotic noncompliance. Schizophr Res 2004;66(1):51-57.
- (50) Allison DB, Mackell JA, McDonnell DD. The impact of weight gain on quality of life among persons with schizophrenia. Psychiatr Serv 2003;54(4):565-567.
- (51) Praktiserende Lægers Organisation. Vejledning i anvendelse af overenskomstens ydelser. 2022. 1-40.
- (52) Dansk Selskab for Almen Medicin. Sundhedstjek til borgere på botilbud. Opdateret: 2022. Mar 5. 2024. Link: <https://www.dsam.dk/vejledninger/sundhedstjek/sundhedstjek-til-borgere-pa-botilbud>.
- (53) Retsinformation. Vejledning om hjemmesygepleje, VEJ nr. 102. Opdateret: 2006. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.

- (54) Retsinformation. Bekendtgørelse om tandpleje, BEK nr. 959. Opdateret: 2022. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (55) Retsinformation. Den kommunale tandpleje. Opdateret: 2023. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (56) Berit Hvalsøe, Lene Nyboe. Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter 2009.
- (57) Hedlund L, Gyllensten AL. The experiences of basic body awareness therapy in patients with schizophrenia. J Bodyw Mov Ther 2010;14(3):245-254.
- (58) Gertrud Roxendal. Body awareness therapy and the body awareness scale, treatment and evaluation in psychiatric psysiotherapy. 1985. 1-60.
- (59) Medicinrådet. Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende antipsykotika til behandling af psykotiske tilstande hos voksne. 2020. 1-10.
- (60) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser. Opdateret: 2014.Feb 6,. 2024. Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/vejledning-om-beh-m-antipsykotiske-laegemidler-til-personer-over-18-aar-med-psykotiske-lidelser>.
- (61) Dansk Cardiologisk Selskab, Dansk Psykiatrisk Selskab. Arytmi-risiko ved anvendelse af psykofarmaka. 2011. 1-27.
- (62) Rodolico A, Bighelli I, Avanzato C, Concerto C, Cutrufelli P, Mineo L, et al. Family interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. Lancet Psychiatry 2022;9(3):211-221.
- (63) Addington J, Collins A, McCleery A, Addington D. The role of family work in early psychosis. Schizophr Res 2005;79(1):77-83.
- (64) Torben Schjødt, Torben Heinskou. Miljøterapi - på dynamisk grundlag af Torben Schjødt m.fl. 2007.
- (65) Nicole Rosenberg, Mikkel Arendt. Kognitiv terapi - nyeste udvikling Hans Reitzels forlag, 2012.
- (66) Irene Henriette Oestrich, Lennart Holm. Kognitiv Miljøterapi 2006.
- (67) Høgh Egmos C, Heinsvig Poulsen C, Hjorthøj C, Skriver Mundy S, Hellström L, Nørgaard Nielsen M, et al. The Effectiveness of Peer Support in Personal and Clinical Recovery: Systematic Review and Meta-Analysis. Psychiatr Serv 2023;74(8):847-858.

- (68) Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev 2011;2011(6):CD002831.
- (69) Jauhar S, McKenna PJ, Radua J, Fung E, Salvador R, Laws KR. Cognitive-behavioural therapy for the symptoms of schizophrenia: systematic review and meta-analysis with examination of potential bias. Br J Psychiatry 2014;204(1):20-29.
- (70) Socialstyrelsen. Organisatoriske forudsætninger. Recovery-orienteret rehabilitering i socialpsykiatrien. 2023.
- (71) Galderisi S, Kaiser S, Bitter I, Nordentoft M, Mucci A, Sabé M, et al. EPA guidance on treatment of negative symptoms in schizophrenia. Eur Psychiatry 2021;64(1):e21.
- (72) Turner DT, McGlanaghy E, Cuijpers P, van der Gaag M, Karyotaki E, MacBeth A. A Meta-Analysis of Social Skills Training and Related Interventions for Psychosis. Schizophr Bull 2018;44(3):475-491.
- (73) Nijman SA, Veling W, van der Stouwe ECD, Pijnenborg GHM. Social Cognition Training for People with a Psychotic Disorder: A Network Meta-analysis. Schizophr Bull 2020;46(5):1086-1103.
- (74) Okkels N, Trabjerg B, Arendt M, Pedersen CB. Traumatic Stress Disorders and Risk of Subsequent Schizophrenia Spectrum Disorder or Bipolar Disorder: A Nationwide Cohort Study. Schizophr Bull 2017;43(1):180-186.
- (75) Freedman R. Investigating Trauma as a Risk Factor for Psychosis. Schizophr Bull 2017;43(1):1-2.
- (76) Substance Abuse and Mental Health Services Administration. SAMHSA's Concept of Trauma and Guidance for a Trauma-Informed Approach. 2014. 1-27.
- (77) Social- og Boligstyrelsen. Anbefalinger til at arbejde traumebevidst i den sociale indsats med voksne. 2023. 1-34.
- (78) Swantje Bargmann. Feedback informed treatment: En grundbog København: Akademisk Forlag, 2017.
- (79) Uddannelses og forskningsministeriet. Bedre vilkår for studerende med funktionsnedsættelser. 2022.
- (80) Retsinformation. Bekendtgørelse om særlige tilskud til specialpædagogisk bistand m.v. til elever, kursister og deltagere med funktionsnedsættelser eller tilsvarende svære vanskeligheder. Opdateret: 2020. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.

- (81) Christensen TN, Wallstrøm IG, Stenager E, Hellström L, Bojesen AB, Nordentoft M, et al. 30-Month Follow-Up of Individual Placement and Support (IPS) and Cognitive Remediation for People with Severe Mental Illness: Results from a Randomized Clinical Trial. *Psychiatry J* 2023; 2023:2789891.
- (82) Retsinformation. Vejledning om mentorordningen i lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Opdateret: 2023. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (83) Johanna Immonen, Erika Jaaskelainen, Hanna Korpela, Jouko Miettunen. Age at onset and the outcomes of schizophrenia: A systematic review and meta-analysis - PMC. 2017.
- (84) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi. 2020. 1-56.
- (85) PwC. Unges vej ind i voksenlivet. Analyse af efterværnet. 2022. 1-66.
- (86) Petersen SM, Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. Schizophrenia is associated with increased risk of subsequent substance abuse diagnosis: A nation-wide population-based register study. *Addiction* 2019;114(12):2217-2226.
- (87) Fazel S, Gulati G, Linsell L, Geddes JR, Grann M. Schizophrenia and violence: systematic review and meta-analysis. *PLoS Med* 2009;6(8): e1000120.
- (88) National Institute for Health and Care Excellence, (NICE). Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. 2016. 1-65.
- (89) Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse - ROP-lidelser. 2012. 1-128.
- (90) Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. 2023. 1-38.
- (91) VIVE. Hjemløshed i Danmark 2022. National kortlægning. 2022. 1-146.
- (92) Whiting D, Gulati G, Geddes JR, Fazel S. Association of Schizophrenia Spectrum Disorders and Violence Perpetration in Adults and Adolescents From 15 Countries: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2022;79(2):120-132.
- (93) Whiting D, Lichtenstein P, Fazel S. Violence and mental disorders: a structured review of associations by individual diagnoses, risk factors, and risk assessment. *Lancet Psychiatry* 2021;8(2):150-161.
- (94) Justitsministeriet RK. Er der en sammenhæng mellem behandling/støtte af psykisk syge og kriminalitet? 2019. 1-34.

- (95) Folketinget Rigsrevisionen. Retsspsykiatriske patienters forløb. 2021. 1-60.
- (96) Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse. 2017. 1-110.
- (97) Socialstyrelsen. Til fagpersoner. Regler om brug af magt over for voksne med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne. Opdateret: 2019. Feb 9. 2024. Link: <https://sbst.dk/udgivelser/2019/til-fagpersoner-regler-om-brug-af-magt-over-for-voksne-med-betydelig-og-varigt-nedsat-psykisk-funktionsevne>.
- (98) Kevin Ann Huckshorn. Six Core Strategies for Reducing Seclusion and Restraint Use. 2008.
- (99) Christina Petrea Larsen. IMV-Modellen. The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal behaviour. 2021. 1-23.
- (100) Social- og Boligstyrelsen. Udgivelser om udviklingshæmning. Opdateret: 2023. Mar 21. 2024. Link: <https://sbst.dk/handicap/udviklingshaemning/udgivelser>.
- (101) Jongsma HE, Turner C, Kirkbride JB, Jones PB. International incidence of psychotic disorders, 2002-17: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health 2019;4(5):e229-e244.
- (102) Sundhedsstyrelsen, Statens Institut For Folkesundheds. Sundheden blandt borgere med etnisk minoritetsbaggrund. 2023. 1-76.
- (103) Thorup AAE, Laursen TM, Munk-Olsen T, Ranning A, Mortensen PB, Plessen KJ, et al. Incidence of child and adolescent mental disorders in children aged 0-17 with familial high risk for severe mental illness - A Danish register study. Schizophr Res 2018; 197:298-304.

Bilagsfortegnelse

- Bilag 1:** Målgruppens demografi
- Bilag 2:** Arbejdsgruppens sammensætning
- Bilag 3:** Vidensgrundlag for forløbsbeskrivelsen
- Bilag 4:** Principper for god praksis i det samlede forløb
- Bilag 5:** Lovgivning
- Bilag 6:** Evaluering og monitorering
- Bilag 7:** Ordliste

Bilag 1: Målgruppens demografi

I dette afsnit foretages en demografisk beskrivelse af målgruppen for denne forløbsbeskrivelse, herunder en deskriptiv analyse af generelle karakteristika for målgruppen samt sygehusaktivitet, uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning samt brug af sociale serviceydelser. Målgruppen er afgrænset til personer som er fyldt 18 år pr. 1. januar i opgørelsesåret, har bopæl i Danmark på behandlingstidspunktet, og har haft kontakt til sygehusvæsenet med nedenstående diagnoser som aktionsdiagnose inden for de seneste fem år forud for opgørelsesåret. Følgende diagnoser er inkluderet:

- D10-19.7: Rusmiddeludløste psykoser
- DF20: Skizofreni
- DF21: Skizotypisk sindslidelse
- DF22: Paranoide psykoser
- DF23: Akutte og forbigående psykoser
- DF25: Skizoaffektive psykoser
- DF28: Andre ikke-organiske psykoser
- DF29: Ikke specificeret ikke-organisk psykose

Da en person kan være diagnosticeret med diagnoser fra forskellige diagnosegrupper kan samme person optræde flere gange i afsnittets tabeller. Diagnosegrupperne kan derfor ikke summeres på tværs.

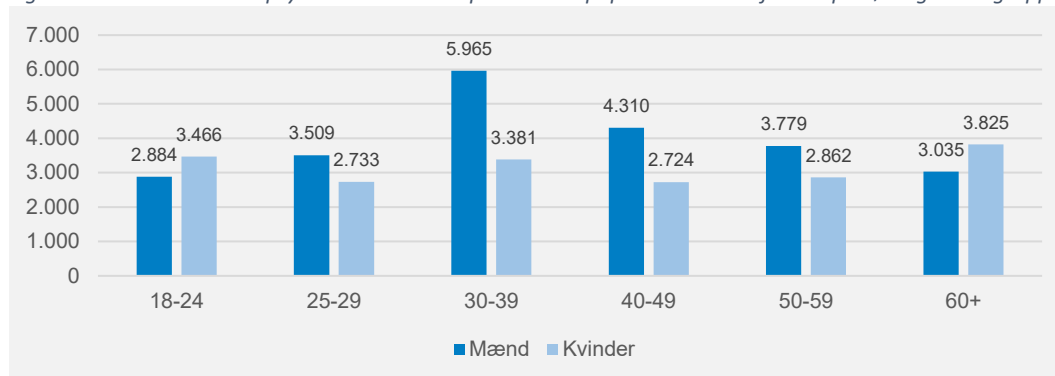
Opgørelsen er baseret på en 5-årig periode med henblik på at afgrænse en samlet og aktuel målgruppe, hvor registre på hhv. sundheds- og socialområdet (unikke cpr-numre) samkøres, så data så vidt muligt beskriver aktuelle diagnoser og tilsvarende aktuel sygehusaktivitet og brug af sociale serviceydelser relateret til målgruppen for forløbsbeskrivelsen.

Generelle karakteristika

I 2022 var 42.473 voksne i Danmark registreret med én eller flere af ovenstående diagnoser indenfor en 5-årig periode¹⁷. Heraf var 55% mænd, og den hyppigste forekomst var i aldersgruppen 30-39 år (figur 1).

¹⁷ Opgørelsen omfatter ikke personer, der pr. 1. januar i opgørelsesåret har haft kontakt til sygehusvæsenet med aktionsdiagnose inden for en eller flere af de pågældende diagnosegrupper en eller flere gange, inden for de seneste 5 år forud for opgørelsesåret. Opgørelserne er afgrænset til personer med dansk bopæl. Alder er opgjort pr. 1. januar i opgørelsesåret.

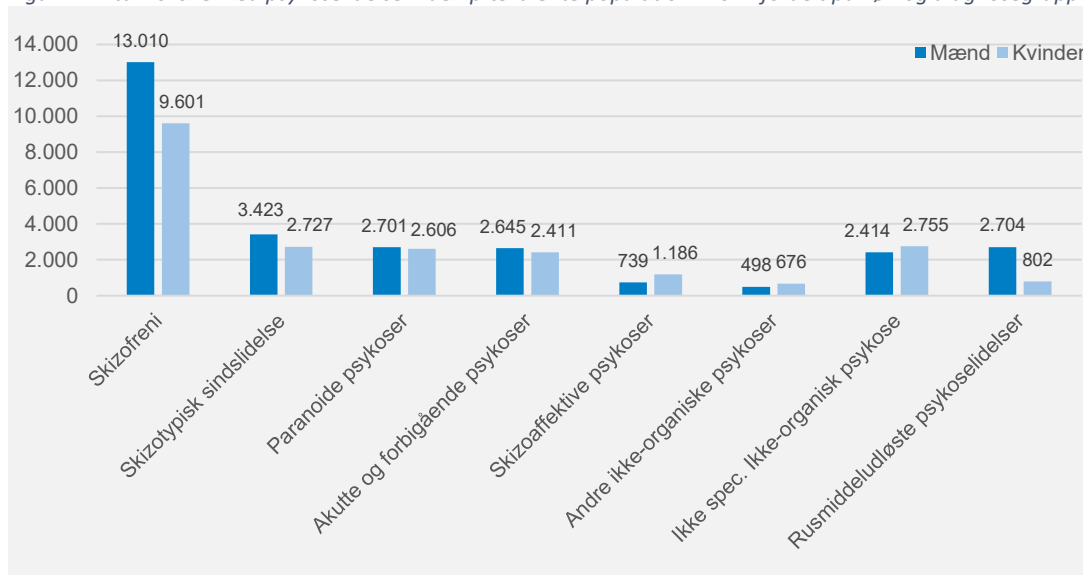
Figur 4: Antal voksne med psykoselidelser i den prævalente population i 2022 fordelt på køn og aldersgrupper



Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

Skizofreni var den hyppigste diagnose i 2022 (22.611 personer), efterfulgt af skizotypisk sindslidelse (6.150 personer) og paranoide psykoser (5.307 personer). Et opmærksomhedspunkt er her, at den enkelte kan blive registreret med flere diagnoser i løbet af et år. Kønsfordelingen var tilnærmelsesvis lige fordelt, med undtagelse af skizofreni og rusmiddeludløste psykoselidelser, hvor der observeres en overrepræsentation af mænd sammenlignet med kvinder, samt ved ikke spec. ikke-organisk psykose, hvor der observeres en overrepræsentation af kvinder sammenlignet med mænd (figur 2). I perioden 2017-2022 var der en stabil forekomst af de fleste diagnoser, men dog et fald i forekomsten af voksne med akutte og forbigående psykoser, og en stigning i forekomsten af skizotypisk sindslidelse og ikke specificeret ikke-organisk psykose¹⁸.

Figur 2: Antal voksne med psykoselidelser i den prævalente population i 2022 fordelt på køn og diagnosegrupper

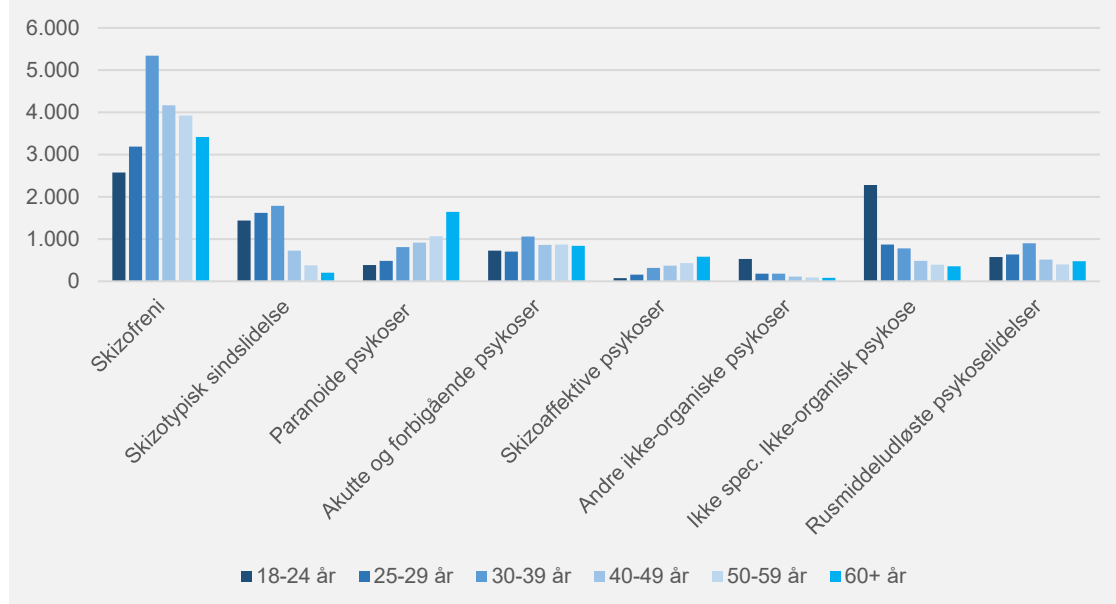


Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

¹⁸ Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

Aldersfordelingen indenfor hver diagnose illustreres i figur 3 nedenfor. I 2022 var der en overrepræsentation af 18-24-årige med ikke-spec. ikke-organisk psykose, af 30-39-årige med skizofreni og af 60+ årige med paranoide psykoser. En del af forklaringen på at flere unge har ikke-specificerede psykoselidelser, er formentlig, at mange er i den første fase af psykoselidelsen og eventuelt i et udredningsforløb. Det må derfor forventes at flere i denne diagnosekategori, senere vil få en anden og mere specifik psykosediagnose.

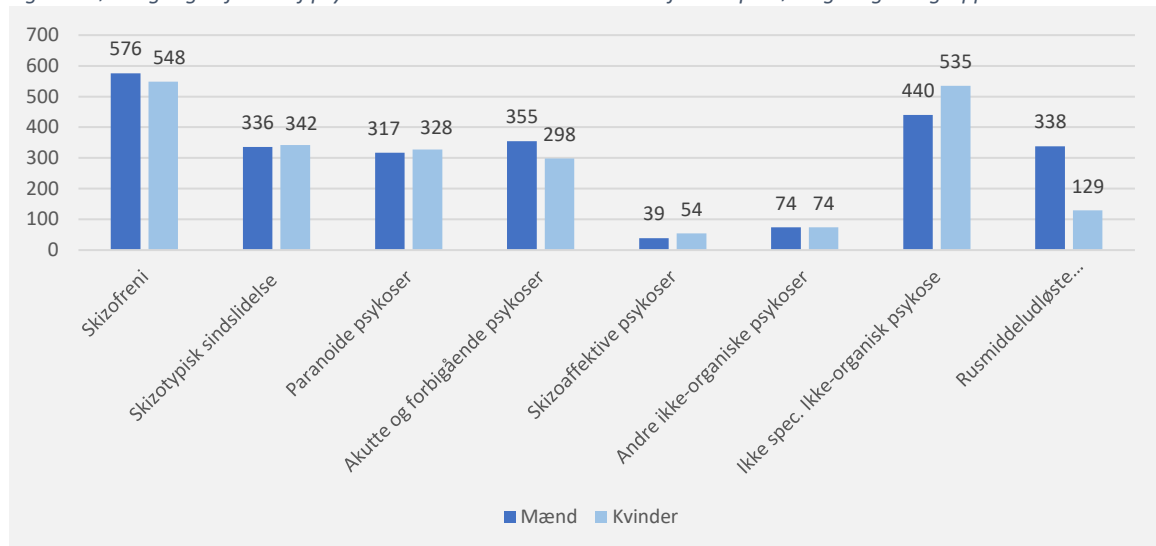
Figur 3: Antal voksne med psykoselidelser i den prævalente population i 2022 fordelt på alders- og diagnosegrupper



Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

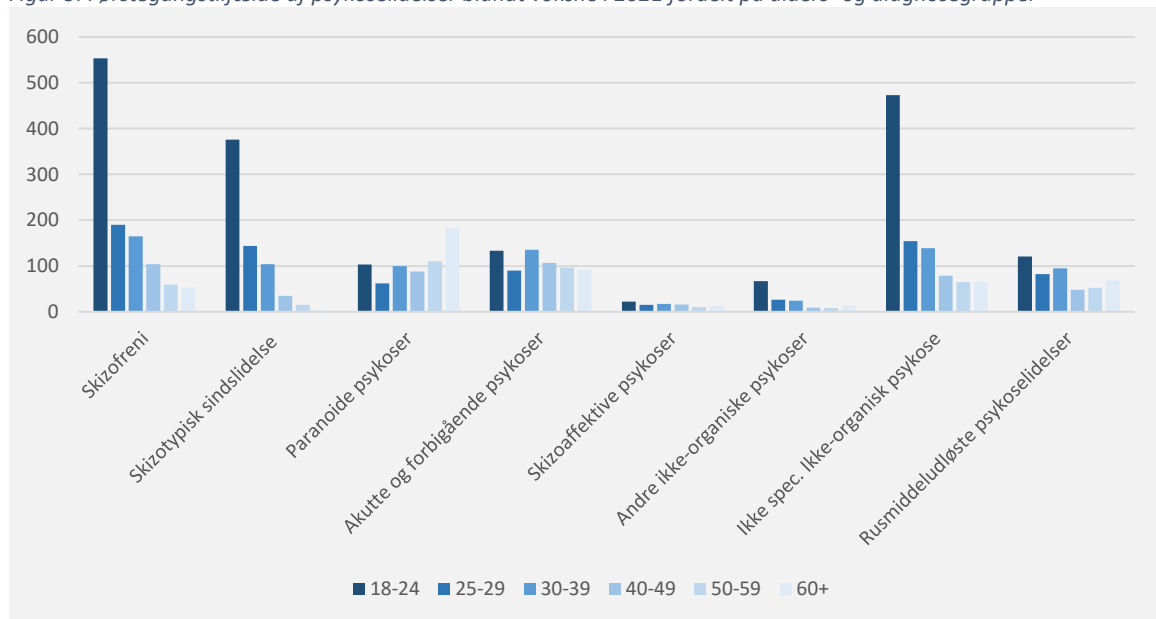
Da de nyeste tal for den prævalente population i opgørelsen er opgjort pr. 1. januar 2022, er de nyeste tal for førstegangstilfælde af psykoselidelse blandt voksne i opgørelsen fra 2021. Det fremgår af figur 4, at der indenfor de specifikke diagnosegrupper var en overrepræsentation af mænd med førstegangstilfælde af rusmiddeludløste psykoser samt akutte og forbigående psykoser i 2021, mens der indenfor ikke spec. Ikke-organisk psykose var en overrepræsentation af kvinder sammenlignet med mænd samme år (figur 4). Aldersfordelingen illustreres i figur 5.

Figur 4: Førstegangstilfælde af psykoselidelser blandt voksne i 2021 fordelt på køn og diagnosegrupper



Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen.

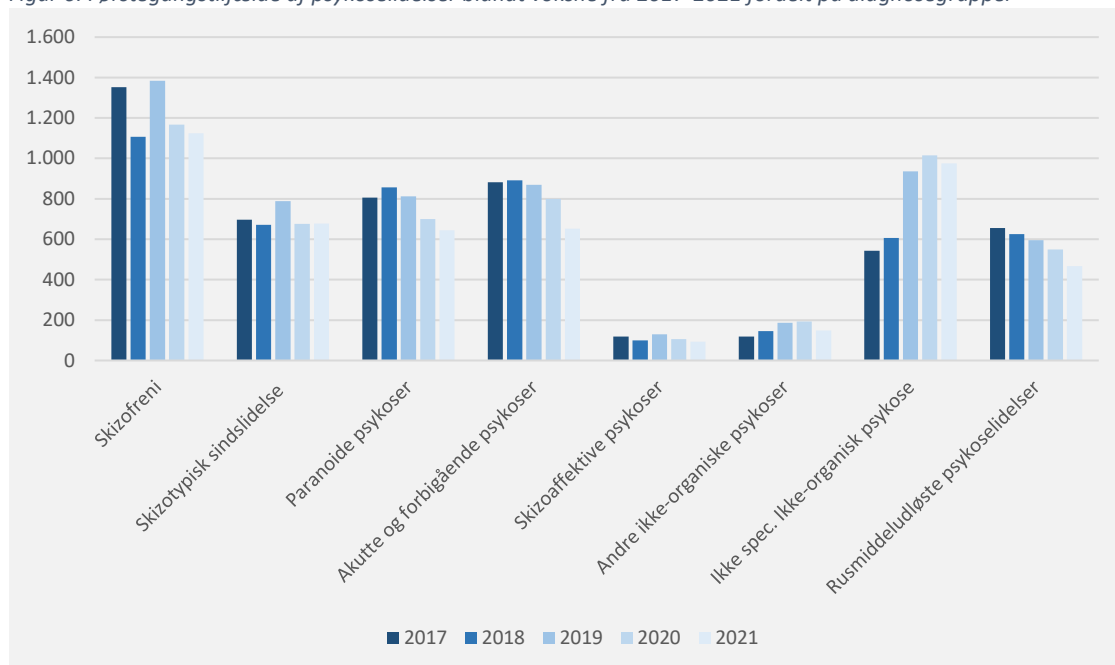
Figur 5: Førstegangstilfælde af psykoselidelser blandt voksne i 2021 fordelt på alders- og diagnosegrupper



Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

I perioden 2017-2021 ses der et fald i antallet af årlige nye tilfælde indenfor diagnosegrupperne skizofreni, paranoide psykoser, akutte og forbigående psykoser og rusmiddeludløste psykoselidelser, men en stigning i ikke specificeret ikke-organiske psykoser (figur 6).

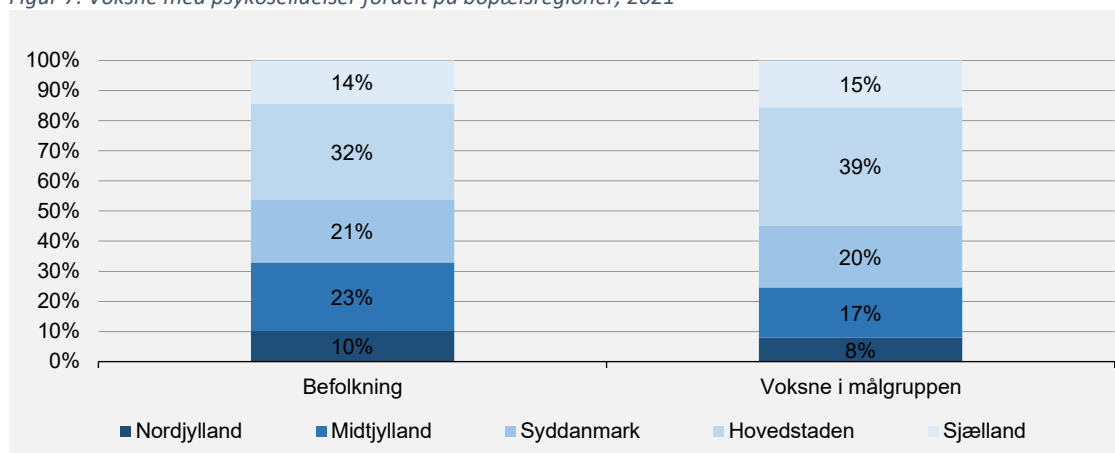
Figur 6: Førstegangstilfælde af psykoselidelser blandt voksne fra 2017-2021 fordelt på diagnosegrupper



Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

I de enkelte regioner er der tilnærmelsesvis samme andel af voksne med psykoselidelser som har bopæl som fordelingen af bopælsregion i den resterende befolkning. Dog er der en relativt større andel af voksne med psykoselidelser i Region Hovedstaden og en relativt mindre andel i Region Midtjylland (figur 7).

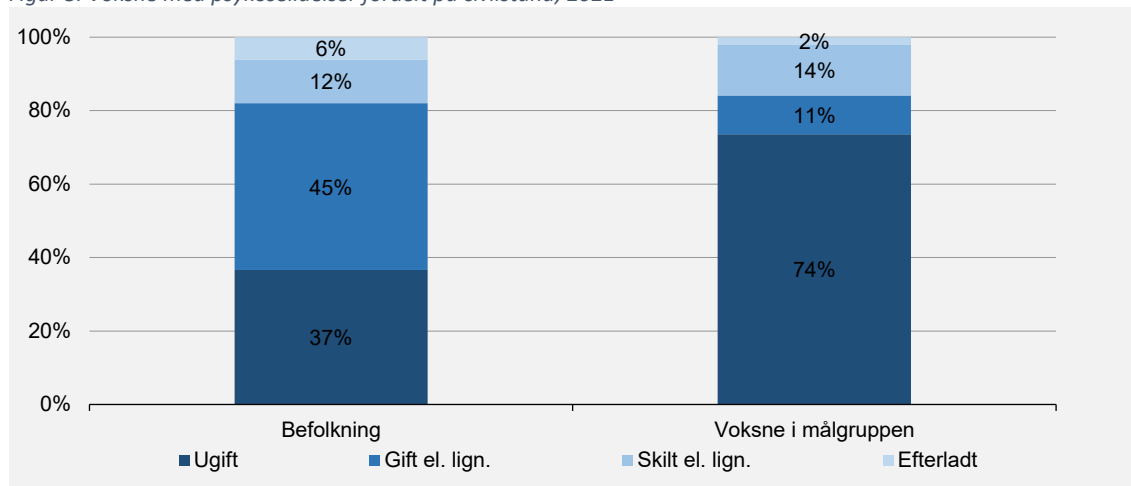
Figur 7: Voksne med psykoselidelser fordelt på bopælsregioner, 2021



Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

Civiltilstanden for voksne med psykoselidelser er illustreret i figur 8, hvoraf det ses, at en markant større andel voksne med psykoselidelser er ugifte sammenlignet med den resterende befolkning.

Figur 8: Voksne med psykoselidelser fordelt på civilstand, 2021



Anm.: Personer på 18 år og derover med en diagnose inden for psykoselidelser i 2021, og som indgår i befolkningen pr. 31/12-2021. Skilt el. lign. vedrører personer, der er blevet skilt eller har fået ophævet partnerskab. Gift el.lign. vedrører personer, der er gift (+ separeret) eller i registreret partnerskab. Efterladt vedrører personer, der er enke/enkemand eller længstlevende af 2 partnere. Civilstand er opgjort pr. 31/12-2021.

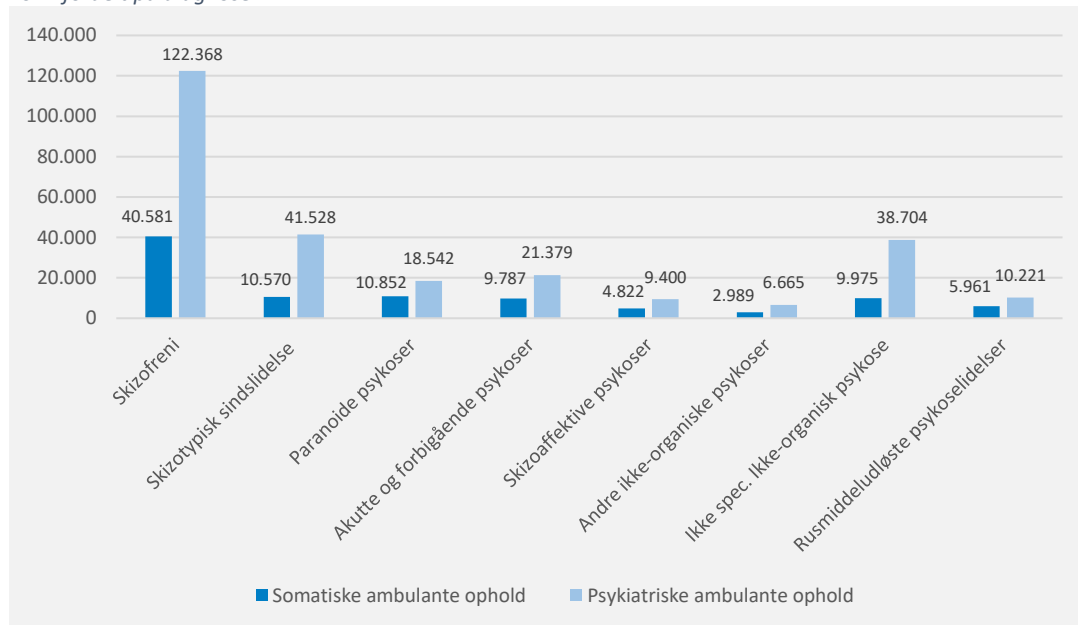
Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

Sundhedsydelser

Hos voksne med psykoselidelser blev der i 2022 i alt registreret 286.274 ambulante ophold og 28.226 indlæggelser. Både psykiatriske ambulante ophold og psykiatriske indlæggelser udgjorde størstedelen af sygehusopholdene hos voksne med psykoselidelser i 2022 sammenlignet med somatiske ophold¹⁹. Diagnosen skizofreni var hyppigst både ift. somatiske og psykiatriske ambulante ophold samt somatiske og psykiatriske indlæggelser i 2022 (figur 9,10).

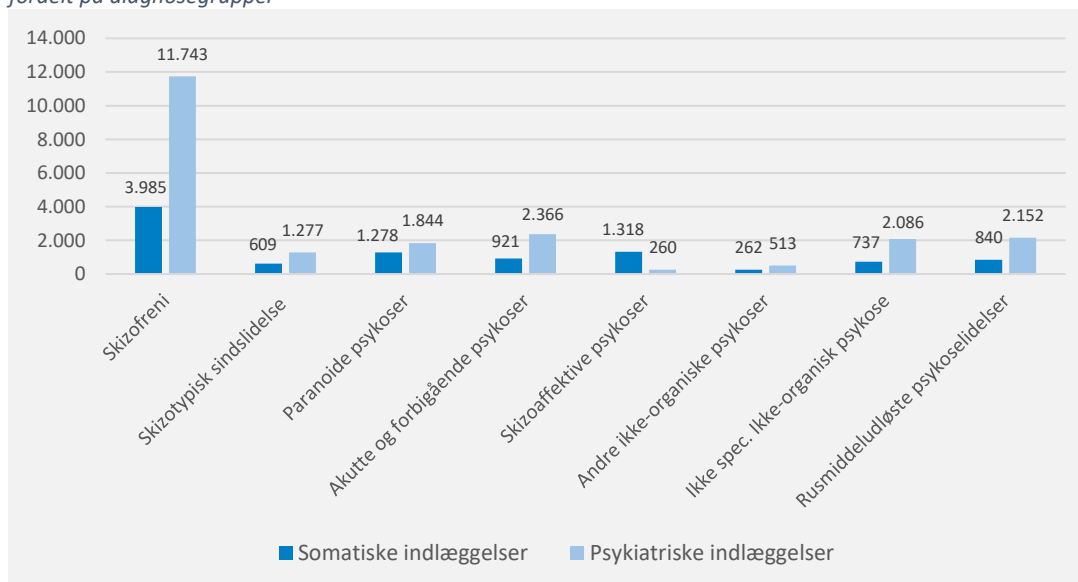
¹⁹ Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

Figur 9: Somatiske og psykiatriske ambulante ophold blandt voksne med psykoselidelser i den prævalente population i 2022 fordelt på diagnoser



Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

Figur 10: Somatiske og psykiatriske indlæggelser blandt voksne med psykoselidelser i den prævalente population i 2022 fordelt på diagnosegrupper

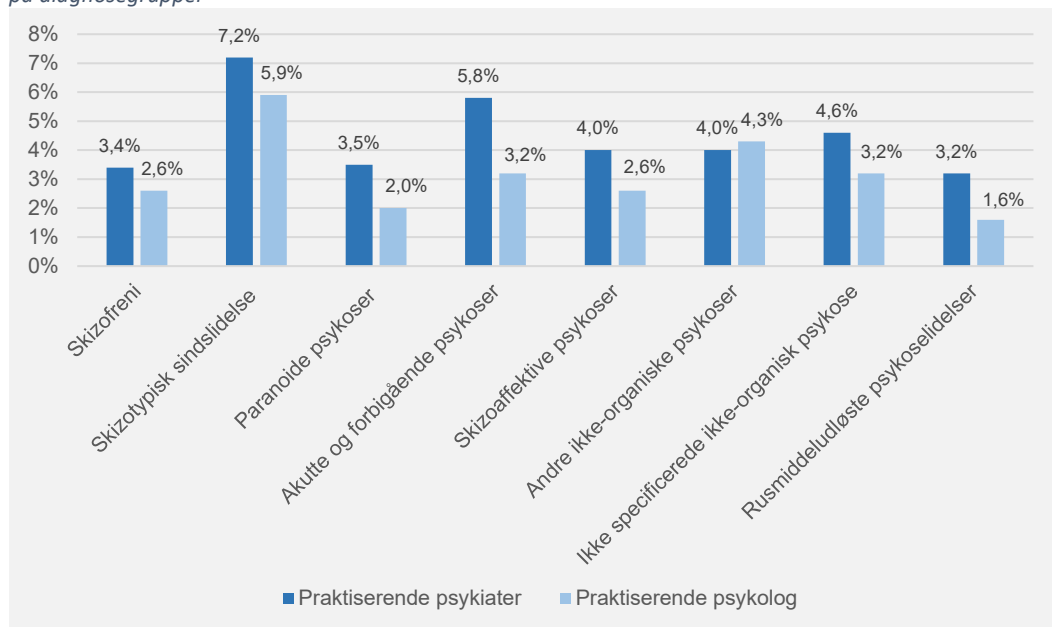


Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

Kontakt til henholdsvis praktiserende psykiater og praktiserende psykolog i 2022 fordelt på diagnoser er illustreret i figur 11. Heraf ses det, at der generelt er en større andel, som har kontakt til psykiater end til

psykolog, og at andel med kontakt til privatpraktiserende psykiater var hyppigst blandt personer med skizotypisk sindslidelse, akutte og forbigående psykoselidelser og ikke-specificerede non-organiske psykoser.

Figur 11: Andel af voksne med psykoselidelser i den prævalente population med kontakt til praksissektoren i 2022 fordelt på diagnosegrupper



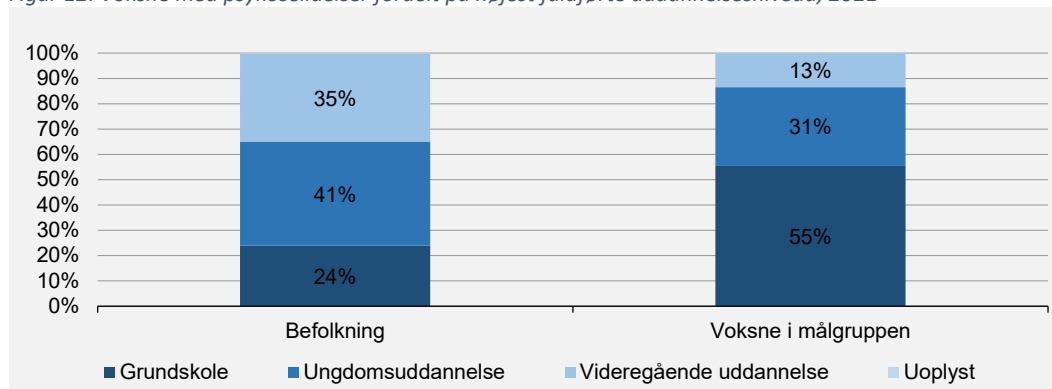
Kilde: Landspatientregistret og CPR-registret pr. 10. marts 2023 samt Sygesikringsregistret pr. 10. oktober 2023 - Sundhedsdatastyrelsen

Uddannelses- og arbejdsmarkedstilknytning

Voksne med psykoselidelser oplever i højere grad ikke at uddanne sig videre end grundskolen sammenlignet med baggrundsbefolkningen. Tal fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik viser, at 55% af voksne med psykoselidelser har grundskolen som deres højeste fuldførte uddannelse²⁰. Til sammenligning er dette tal 24% for den resterende befolkning (figur 12).

²⁰ Data om uddannelse er opgjort fra registrene UDDA og KOTRE. I UDDA er der opgjort data på voksne med psykoselidelsers højeste fuldførte uddannelsesniveau pr. 30/9 2021. De opdeles således: 1) Grundskole (inkl. uoplyst), 2) Ungdomsuddannelse, 3) Gymnasiale uddannelser, erhvervsfaglige uddannelser, 4) Videregående uddannelse, 5) Korte videregående uddannelser, mellemlange videregående uddannelser/Bachelor, lange videregående uddannelser, Ph.d. I KOTRE er der opgjort 25-åriges status for ungdomsuddannelse pr. 30/9 2021. For at fremgå af dette, skal personer være 25 år pr. 31/12 2021. Det er kun muligt at blive registreret med én status.

Figur 12: Voksne med psykoselidelser fordelt på højest fuldførte uddannelsesniveau, 2021

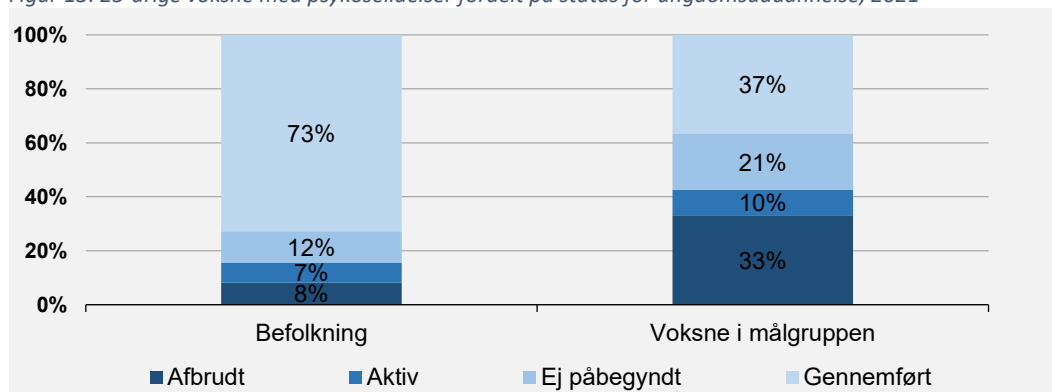


Anm.: Personer på 18 år og derover med en diagnose inden for psykoselidelser pr. 1/1 i opgørelsesåret, og som indgår i befolkningen pr. 31/12 i året før opgørelsesåret. Højest fuldførte uddannelse er opgjort pr. 30/09-2021.

Kilde: Social- og Boligstyrelsens egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

Den samme tendens kan observeres ifm. status for ungdomsuddannelse for 25-årige med en psykoselidelse. Her har 33% af 25-årige voksne med psykoselidelser afbrudt deres ungdomsuddannelser, mens dette tal er 8% for 25-årige i den resterende befolkning (figur 13).

Figur 13: 25-årige voksne med psykoselidelser fordelt på status for ungdomsuddannelse, 2021



Anm.: Personer på 25 år med en diagnose inden for psykoselidelser pr. 1/1 i opgørelsesåret, og som indgår i befolkningen pr. 31/12 i året før opgørelsesåret. Status på ungdomsuddannelse er opgjort pr. 30/09-2021.

Kilde: Social- og Boligstyrelsens egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

I 2021 var 14% af voksne med psykoselidelser i beskæftigelse sammenlignet med 51% af den øvrige befolkning. Hertil var 12% af voksne med psykoselidelser ledige, og 70% var i 2021 uden tilknytning til arbejdsmarkedet, hvor 41% heraf var på førtidspension (tabel 1)²¹.

Tabel 1: Voksne med psykoselidelser fordelt på arbejdsmarkedstilknytning, 2021

	Befolkning	Voksne i målgruppen
Beskæftigelse i alt	51 %	14 %
Ordinær beskæftigelse	48 %	9 %
Tilskud til beskæftigelse	1 %	2 %

²¹ Arbejdsmarkedstilknytning er opgjort efter DREAM-databasen fra Beskæftigelsesministeriet på baggrund af ugentlige ydelsesoplysninger. Inddelingen er som følgende: 1) Beskæftigelse - hhv. ordinære vilkår, løntilskud og fleksjob. 2) Ledig - hhv. nettoledige, virksomhedsrettet aktivering og uddannelsesrettet aktivering. 3) Uden arbejdsmarkedstilknytning hhv. passive ydelsesmodtagere, tilbagetrækning (førtidspension, efterløn, fleksydelse og folkepension) og 4) Selvforsørgelse/uoplyst.

Fleksjob	2 %	3 %
Ledige i alt	3 %	12 %
Nettoledige	1 %	1 %
Virksomhedsrettet aktivering	1 %	3 %
Uddannelsesrettet aktivering	1 %	8 %
Uden arbejdstilknytning i alt	39 %	70 %
Passiv ydelsesmodtager	3 %	14 %
Under uddannelse	7 %	7 %
Tilbagetrækning	28 %	49 %
- Heraf førtidspension	4 %	41 %
Selvforsørgelse/uoplyst	7 %	4 %

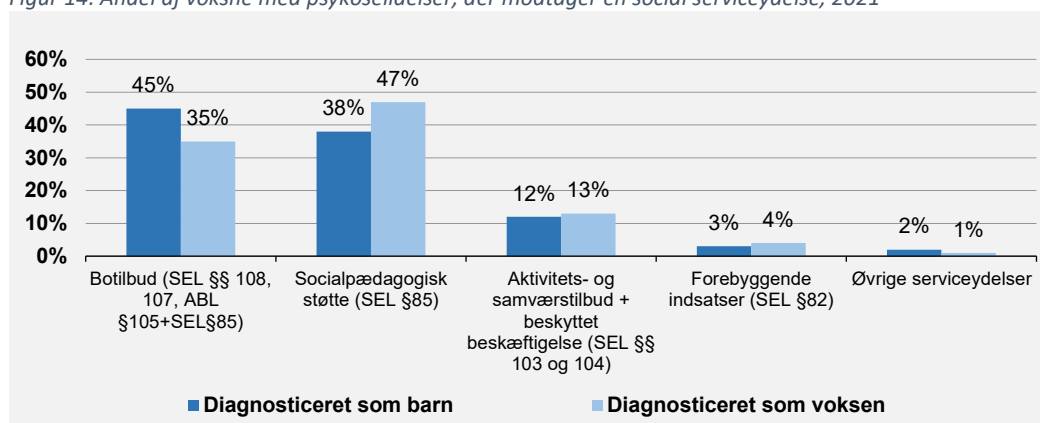
Anm.: Personer på 18 år og derover med en diagnose inden for psykoselidelser pr. 1/1 i opgørelsesåret, og som indgår i befolkningen pr. 31/12 i året før opgørelsesåret. Arbejdsmarkedstilknytning er opgjort i uge 48 2021.

Kilde: Social- og Boligstyrelsens egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

Sociale serviceydelser

I 2021 modtog ca. 30% af voksne med en psykoselidelse en social serviceydelse²². Heraf modtog størstedelen enten støtte i form af botilbud (SEL §§ 108, 107, ABL §105+SEL §85) eller socialpædagogisk støtte (SEL §85) (figur 14). I 2019 modtog 5% af voksne med psykoselidelse stofmisbrugsbehandling og 3% havde i 2019 haft et ophold på et herberg/forsorgshjem.

Figur 14: Andel af voksne med psykoselidelser, der modtager en social serviceydelse, 2021



Anm.: Personer på 18 år og derover med en diagnose inden for psykoselidelser pr. 1/1 i opgørelsesåret, og som indgår i befolkningen pr. 31/12 i året før opgørelsesåret. En borger kan fremgå flere gange, hvis borgeren har modtaget flere forskellige ydelser. Ikke alle borgere i målgruppen har modtaget ydelser, jf. tabel 2. Øvrige ydelser dækker over behandling (§102), borgerstyret personlig assistance (BPA) (§96), ledsageordning (§97), kontaktperson for døvblinde (§98) samt konstant tilskud efter § 95. Sociale serviceydelser er opgjort pr. 31/12-2021.

Kilde: Social- og Boligstyrelsens egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

Andelen som modtager sociale serviceydelser stiger markant i perioden efter diagnosetidspunktet (tabel 2).

²² Ydelser efter Serviceloven er trukket fra følgende registre; HANDIC, SMDB_VBGF samt HERB_FORSORG_MV_F og HERB_FORSORG_MV_I. Alle tal er opgjort i løbet af 2021. Endvidere er ydelserne i HANDIC opgjort for den del af målgruppen, der er blevet diagnosticeret første gang i 2019, i henholdsvis 2018-2019 (før diagnose) og 2019-2022 (efter diagnose).

Tabel 2: Andel af voksne med psykoselidelser, som er diagnosticeret første gang som voksen i 2019, der har modtaget en social serviceydelse i løbet af 1 år inden diagnosticering samt i løbet af de følgende 3 år efter diagnosticering

	1 år inden diagnose	Følgende 3 år efter diagnose
Botilbud (SEL §§ 108, 107, ABL §105+SEL §85)	4,3 %	7,7 %
Socialpædagogisk støtte (SEL §85)	10,1 %	20,0 %
Aktivitets- og samværstilbud + beskyttet beskæftigelse (SEL §§ 103 og 104)	1,7 %	3,1 %
Forebyggende indsatser (SEL §82)	0,7 %	7,8 %
Øvrige serviceydelser	0,4 %	0,3 %

Anm.: Personer på 18 år og derover med en diagnose inden for psykoselidelser pr. 1/1 i opgørelsesåret, og som indgår i befolkningen pr. 31/12 i året før opgørelsesåret. 3.787 borgere er blevet diagnosticeret første gang i 2019 i alderen 18+ år.

Kilde: Social- og Boligstyrelsens egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

Tabel 3: Andel af voksne med psykoselidelser, som er diagnosticeret første gang som voksen i 2019, der har modtaget en social serviceydelse i løbet af 1 år inden diagnosticering

	3 år efter diagnose
Modtager ikke en ydelse	35 %
Modtager en ydelse på samme trin	42 %
Modtager en mindre indgribende ydelse	9 %
Modtager en mere indgribende ydelse	14 %

Anm.: Personer på 18 år og derover med en diagnose inden for psykoselidelser pr. 1/1 i opgørelsesåret, og som indgår i befolkningen pr. 31/12 i året før opgørelsesåret. 547 borgere er blevet diagnosticeret første gang i 2019 i alderen 18+ år og har modtaget en social serviceydelse i løbet af 1 år inden de blev diagnosticeret. Opgørelsen er ikke afhængig af, hvilken ydelse, man har modtaget.

Kilde: Social- og Boligstyrelsens egne beregninger på baggrund af data fra Sundhedsdatastyrelsen og Danmarks Statistik.

Sociale serviceydelser

- **Forebyggende indsats** (§82 a: Gruppebaseret socialpædagogisk hjælp og (kun fra juli 2020), §82 b: Individuel tidsbegrænset socialpædagogisk hjælp og støtte (kun fra juli 2020), Socialpædagogisk støtte i eget hjem, §85: Socialpædagogisk støtte i eget hjem)
- **Botilbud** (ABL §105 + SEL §85: Botilbudslignende tilbud, §107: Midlertidige botilbud, §108: Længe-revarende botilbud)
- **Aktivitets- og samværstilbud samt beskyttet beskæftigelse** (§103: Beskyttet beskæftigelse, §104: Aktivitets- og samværstilbud)
- **Øvrige ydelser** (§95: Kontant tilskud til ansættelse af hjælpere, §96: Borgerstyret personlig assistance, §97: Ledsageordning, §98: Kontaktperson for døvblinde, §102: Øvrig behandling)
- **Stofmisbrugsbehandlingsforløb** efter §101
- **Ophold på herberg eller forsorgshjem** efter §110

Bilag 2: Vidensgrundlag for forløbsbeskrivelsen

I udarbejdelsen af denne forløbsbeskrivelse er Sundhedsstyrelsen blevet rådgivet af en arbejdsgruppe, bredt sammensat af medlemmer med videnskabelig, organisatorisk eller praksisnær sundheds- eller social-faglig ekspertise fra forskellige fag- og sektorområder, samt af brugerrepræsentanter og mennesker med egne erfaringer med at leve med en psykoselidelse. Derudover har Sundhedsstyrelsen løbende indhentet rådgivning fra fagpersoner med særlig faglig viden inden for specifikke områder.

Beskrivelsen af den faglige bedste praksis beskrevet i dette faglige grundlag bygger på en systematisk litteratursøgning efter internationale guidelines omhandlende indsatser til mennesker med psykoselidelser, herunder skizofreni. Søgestrategien er fastlagt af Sundhedsstyrelsens informationsspecialist i samarbejde med projektgruppen. I litteraturgennemgangen er der søgt efter konsensusrapporter, MTV'er og kliniske guidelines/retningslinjer i perioden 2013-2023. Den udvalgte litteratur er kvalitetsvurderet af Sundhedsstyrelsens metodekonsulent, og kun litteratur som vurderes at være af høj faglig kvalitet er inddraget i det videre arbejde. Anden relevant litteratur, som fx systematiske reviews eller randomiserede studier, er inddraget i det omfang et specifikt område ikke er blevet dækket af en guideline/klinisk retningslinje, og arbejdsgruppen har haft kendskab til studier af høj kvalitet som kan danne baggrund for faglig konsensus, men der er ikke udført en systematisk litteratursøgning efter systematiske reviews eller randomiserede studier.

Det er vigtigt at pointere, at dette faglige grundlag ikke har karakter af en klinisk retningslinje, og der henvises til Sundhedsstyrelsens arbejde med Nationale Kliniske Anbefalinger (NKA) og regionernes arbejde med multidisciplinære psykiatrigrupper (DMPG), hvor der udarbejdes kliniske anbefalinger eller retningslinjer for udvalgte områder. Der henvises til resultaterne fra kliniske retningslinjer og guidelines - både danske og internationale - hvis det er vurderet, at de er gældende og af høj kvalitet. Derudover er vejledninger og anbefalinger som tidligere er publiceret af Social- og Boligstyrelsen og Sundhedsstyrelsen inddraget i det omfang, de vurderes fortsat at være gældende, ligesom Sundhedsstyrelsens afdækning af udgående teams og målgruppespecifikke indsatser under indlæggelse i psykiatrien indgår i forløbsbeskrivelsen²³.

²³ Målgruppespecifikke sengepladser i den regionale psykiatri, Sundhedsstyrelsen 2024; Afdækning af tværfaglige udgående teams, Sundhedsstyrelsen 2024.

Bilag 3: Principper for god praksis i det samlede forløb

Nedenfor beskrives en række gennemgående principper for god praksis i hele forløbet. Principperne skal ses som det samlede grundlag for at løfte kvaliteten i indsatsen til mennesker med psykoselidelser, på tværs af sektorer, indsatser, fagligheder og metoder.

En recovery-orienteret tilgang, der støtter den enkelte i at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv og i at komme sig.

Recovery-orienteret rehabilitering er en faglig tilgang, der har et målrettet fokus på den enkeltes potentiale for at komme sig og leve et så selvstændigt liv som muligt. Recovery-orienteret rehabilitering handler om, hvordan den enkelte kan støttes i at indfri sit potentiale og realisere sine håb, ønsker og drømme for fremtiden, skabe mening i sin tilværelse og forme det liv, vedkommende selv ønsker. Indsatsen tilrettelægges med udgangspunkt i, at mennesker med psykoselidelser kan komme sig. Det vil sige komme til at trives og leve et tilfredsstillende og meningsfyldt liv, uanset hvilke udfordringer, den enkelte oplever, og om man fortsat har symptomer eller ej.

Inklusion og bekæmpelse af stigmatisering, så der skabes et støttende og inkluderende miljø, hvor den enkelte føler sig accepteret og forstået.

Mennesker med psykoselidelser oplever ofte stigmatisering, negative sociale reaktioner og fordomme, som fører til diskriminering og marginalisering, og generelt underminerer generelle menneskerettigheder. Stigmatisering kan i værste fald afholde den enkelte fra at søge hjælp til deres psykiske lidelse, hvilket kan forsinke eller forhindre tidlig intervention og behandling og dermed chancerne for at bliver helt rask igen.

Det er vigtigt at fremme inklusion og bekæmpe stigmatisering af personer med psykoselidelser, for at skabe et støttende og inkluderende miljø, der medvirker til at den enkelte føler sig accepteret og forstået, øge behandlingsengagementet og tilliden til fagpersoner, motivere personer med psykoselidelser til at søge hjælp tidligere og undgå selvstigmatisering, som kan have en negativ påvirkning på de langsigtede konsekvenser af at have en psykoselidelse samt den oplevede livskvalitet. Dette understøttes i forskellige fællesskaber både i og uden for behandlingen.

Brug af dokumenteret virksomme - og så vidt muligt evidensbaserede - metoder, som anvendes på tværs af hele forløbet.

For at sikre en effektiv indsats er det vigtigt, at indsatsen baseres på evidensbaserede eller dokumenteret virksomme metoder. Der findes i dag effektive og evidensbaserede metoder og indsatser til at behandle psykoselidelser, og det er et mål med denne forløbsbeskrivelse at understøtte, at disse metoder og indsatser tages i brug i endnu højere grad. Flere af metoderne anvendes allerede på tværs af sundheds- og socialområdet, og fælles tilgange og metoder understøtter, at indsatsen opleves sammenhængende og meningsfuld for den enkelte.

En fleksibel indsats, som tilpasses den enkeltes unikke behov og præferencer.

Psykoselidelser er komplekse og varierer betydeligt fra person til person. Hvad der virker som en effektiv behandlingsmetode for én person, fungerer måske ikke for en anden. Derfor er det afgørende at tilpasse hele tilgangen til behandlingen samt sociale indsatser til den enkeltes unikke behov og symptomer. Overordnet er psykisk sundhed ofte påvirket af forskellige faktorer, herunder sociale, kulturelle og biologiske. En fleksibel og bio-psyko-social tilgang gør det muligt at tage højde for disse faktorer og tilbyde behandling og støtte, der tager hensyn til den enkeltes livssituation. Alle indsatser skal således tilpasses individuelt for at opnå bedst mulige resultater. Måden, man møder den enkelte på, kan derfor se forskellig ud, alt efter hvilken livssituation, den enkelte befinder sig i, hvordan vedkommende fungerer i det daglige og hvilke ressourcer og muligheder, der er til stede i den enkeltes liv. Med andre ord, så er det vigtigt, at indsatsen og de faglige kompetencer matcher funktionsevne og den øvrige kompleksitetsgrad, som den enkeltes liv er præget af.

Tæt og løbende opfølgning er derudover en vigtig forudsætning for, at indsatsen hele tiden er den rette, og dermed for, at den bidrager til at fremme den enkeltes funktionsevne og oplevet livskvalitet. Ligeledes peger forskning på, at systematisk og kontinuerlig opfølgning og tilpasning af praksis er vigtig, da det er med til at sikre, at praksis løbende justeres og tilpasses i forhold til målgruppens aktuelle situation og behov²⁴.

Tidlige indsatser, som forbedrer den enkeltes mulighed for at komme sig og undgå langvarige konsekvenser af psykoselidelsen.

En tidlig, støttende indsats til mennesker i svær eller længerevarende psykisk mistrivsel kan potentielt forebygge senere udvikling af en psykisk lidelse, men har især betydning i forhold til at forebygge et langvarigt funktionstab og alvorlige sociale, økonomiske og personlige skadevirkninger for den enkelte. Indsatser skal igangsættes så tidligt som muligt med henblik på at forbedre den enkeltes muligheder for at blive rask og undgå langvarige konsekvenser af psykoselidelsen. For mennesker med psykoselidelser vil en intensiv indsats i både den regionale psykiatri og i kommunen allerede i den tidlige fase kunne forebygge sygdomsudvikling og et langtrukket sygdomsforløb med store omkostninger for den enkelte og for samfundet. Det anbefales derfor at der investeres tilstrækkelige ressourcer i opstarten bl.a. med henblik på at sikre og støtte op om en effektiv behandlingsindsats så tidligt som muligt.

Tæt og ligeværdigt samarbejde, som styrker den enkeltes selvbestemmelse og sikrer systematisk inddragelse og støtte til pårørende.

Indsatserne til mennesker med psykoselidelser bør tilrettelægges i et tæt og ligeværdigt samarbejde med den enkelte, så behandling og sociale indsatser altid er den rette i forhold til den enkeltes unikke behov og præferencer. Som medarbejder skal man kunne lytte til borgeren/patienten, og have tillid til og tro på den enkelte. Samarbejdet skal bidrage til at forbedre effekten af behandlingen og indsatserne, nedbryde stigmatisering og styrke den enkeltes selvbestemmelse og dermed muligheder for at komme sig. De pårørende, som den enkelte ønsker inddraget, bør inddrages systematisk i hele forløbet og de pårørende tilbydes støtte ved behov²⁵. Pårørende vil ofte være familien, fx en ægtefælle, men det kan også være personer fra den enkeltes netværk, eksempelvis en nabo eller en god ven. Det er de pårørende der kender borgeren bedst og de er derfor en central ressource i forløbet.

Inddragelse af pårørende og/eller netværk er ikke bare vigtigt for den enkelte, som gennemgår behandling. Pårørende oplever ofte en betydelig følelsesmæssig belastning, når deres familiemedlemmer eller nære

²⁴ Zeira, A., Canali, C., Vecchiato, T., Jergeby, U., Thoburn, J., & Neve, E. (2008). Evidence-based social work practice with children and families: a cross national perspective. *European Journal of Social Work*: 57-72.

²⁵ <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2018/koncept-for-systematisk-inddragelse-af-paaroerende> d. 27/6-2023

venner gennemgår behandling. De kan føle sig magtesløse, bekymrede, skyldige eller stressede på grund af den situation, de står over for.

Sammenhængende og integrerede indsatser, som sikrer en tværfaglig og helhedsorienteret indsats, hvor der arbejdes med fælles mål, viden og opgaveløsning på tværs af regioner og kommuner.

Alle indsatser i den enkeltes forløb bør være sammenhængende og integrerede på tværs af forskellige organisationer og forskellig lovgivning. En udfordring i forhold til at sikre sammenhæng er, at behandlingen organisatorisk er placeret i regionen, og den sociale indsats organisatorisk er placeret i kommunen. Indsatsen er således underlagt forskellig lovgivning, finansiering og organisationsstruktur samt forskellige faglige tilgange. En integreret indsats kræver derfor, at beslutningstagere og ledere understøtter fagpersonernes mulighed for at samarbejde om at tilbyde en sammenhængende, tværfaglig og helhedsorienteret indsats til den enkelte person med en psykoselidelse, så indsatsen opleves som en helhed, på trods af at indsatserne tilbydes i forskellige sektorer. Det er centralt, at der arbejdes ud fra en bio-psyko-social tilgang, således at forskellige faglighedens kompetencer kan sikre et helhedsorienteret og sammenhængende forløb af høj kvalitet, og så den enkelte tilbydes alle relevante tilbud i de forskellige faser i forløbet.

For mennesker med psykoselidelser, som modtager indsatser på tværs af både den regionale psykiatri, evt. somatiske sygehusafdelinger, lokalpsykiatrien og på tværs af kommune og region, er koordination, samarbejde og samtidighed i indsatserne centralt. Der kan opstilles nedenstående forudsætninger for at kunne arbejde tæt og koordineret:

- **Fælles mål**, hvor man arbejder ud fra et sæt klare fælles mål på tværs af region og kommune, og har samme opfattelse af formålet med opgaven.
- **Fælles viden**, hvor de enkelte faggrupper kender og forstår hinandens faglighed, opgaver og vilkår, og dermed ved, hvordan de hver især bidrager til helheden og en sammenhængende opgaveløsning.
- **Fælles opgaveløsning**, hvor de forskellige faggrupper bidrager til en helhedsorienteret indsats med fokus på den enkeltes hele liv. Alle medvirkende parter i det samlede forløb på tværs af sektorer skal vide, hvordan faggrupper og øvrige aktører i den enkeltes liv kan bidrage til den fælles opgaveløsning.

For at opfylde forudsætningerne kan der være behov for at etablere forpligtende samarbejdsstrukturer på tværs af sektorer, som understøtter et sammenhængende og helhedsorienteret forløb. Derudover kan ansvars- og opgavefordelingen præciseres i samarbejdsaftaler mellem de forskellige sektorer og fagområder som er involveret i det samlede forløb.

Bilag 4: Lovgivning

Sundhedsloven

Sundhedsfaglig behandling, forebyggelse og sundhedsfremme er underlagt sundhedslovens generelle bestemmelser, herunder at regionerne har en forpligtelse til at tilbyde behandling til patienter med et sundhedsfagligt begrundet behov for behandling, og at alle beslutninger forudsætter patientens informerede samtykke, samt at kommunerne har ansvaret for at etablere forebyggende og sundhedsfremmende tilbud til borgerne. Loven er bygget op omkring nogle gennemgående principper (§2), som sikrer at det enkelte menneske får opfyldt behovet for, 1) Let og lige adgang til sundhedsvæsenet, 2) Behandling af høj kvalitet, 3) Sammenhæng mellem ydelserne, 4) Valgfrihed, 5) Let adgang til information, 6) Et gennemsigtigt sundhedsvæsen og 7) Kort ventetid på behandling. Endvidere henvises til autorisationslovens bestemmelser om sundhedspersoners pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Psykiatriloven

Psykiatriloven indeholder en række bestemmelser, hvorefter behandlingen skal tilrettelægges bedst muligt for den enkelte. Patienten har i forbindelse med indlæggelsessamtalen og ved udarbejdelse af en behandlingsplan, mulighed for at tilkendegive præferencer i forhold til behandlingen, herunder behandlingens form og indhold. Mennesker, der er psykotiske, er på grund af deres tilstand ikke altid i en position, hvor de selv kan sige fra eller gøre opmærksom på fejl, mangler, mv. Derfor har de krav på en helt særlig menneskeretlig opmærksomhed, hvilket også er udtrykt adskillige gange fra Den Europæiske Menneskerettighedsdomstol²⁶.

Psykiatriloven giver hjemmel til, at indlæggelse og behandling kan indledes eller fortsættes uden patientens informerede samtykke. Tvang kan i henhold til psykiatrilovens § 1, stk. 2 udelukkende finde sted i forbindelse med indlæggelse og behandling på psykiatrisk eller børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling på offentlige sygehuse.

Psykiatriloven regulerer en række tvangsforanstaltninger, men det følger af mindstemiddelsprincippet, at tvang ikke må benyttes, før der er gjort, hvad der er muligt for at opnå patientens frivillige medvirken, jf. psykiatrilovens § 4, stk. 1.

Fordi tvangsanvendelse er så indgribende, er der retssikkerhedsgarantier knyttet til beslutninger om tvangsanvendelse. Bl.a. skal patienter, der udsættes for tvang, have beskikket en patientrådgiver, tvangen skal protokolføres og indberettes, og patienten har mulighed for at klage over tvangsindgrebet og skal modtage en efter samtale.

Der skal under lægeligt ansvar opstilles en behandlingsplan for alle patienter, som indlægges på en psykiatrisk afdeling (jf. psykiatriloven § 3 stk. 3²⁷). Ansvarsfordelingen ift. hvilke fagpersoner som skal udarbejdelse

²⁶ Juridisk notat - tvang i psykiatrien. Bilag til anbefalinger. Institut for Menneskerettigheder, 2013.

²⁷ Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien m.v., LBK nr 185 af 01/02/2022, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. [Psykiatriloven \(retsinformation.dk\)](https://retsinformation.dk)

behandlingsplanen, hvordan der samarbejdes med patient og pårørende og hvad behandlingsplanen lovmæssigt skal indeholde, beskrives i vejledningen til psykiatriloven²⁸. Behandlingsplanen skal udarbejdes senest en uge efter indlæggelsen. Under indlæggelse er det overlægen som har ansvaret for at opstille en behandlingsplan. Overlægen kan bemyndige en anden læge eller sundhedsperson til at udarbejde en behandlingsplan.

Serviceoven

Serviceoven er en rammelov med det afsæt, at indsatsen skal tilpasses borgerens individuelle støttebehov. Mange kommuner har vedtaget lokale standarder og serviceniveauer, men der er ikke nationale retningslinjer, som stiller krav til, hvordan kommunerne skal udfylde serviceovens rammer.

Formålet med hjælpen efter serviceoven er at fremme den enkeltes mulighed for at udvikle sig og for at klare sig selv eller at lette den daglige tilværelse og forbedre livskvaliteten (SEL §1, stk. 2). Hjælpen efter serviceoven bygger på den enkeltes ansvar for sig selv og sin familie og på den enkeltes ansvar for at udvikle sig og udnytte egne potentialer, i det omfang det er muligt for den enkelte. Hjælpen tilrettelægges på baggrund af en konkret og individuel vurdering af den enkelte persons behov og forudsætninger og i samarbejde med den enkelte (SEL §1, stk. 3).

I kommunerne fastsætter serviceoven rammerne for magtanvendelse på eksempelvis kommunale botilbud. Magtanvendelse er kun en mulighed, hvis det viser sig umuligt at løse situationen med en socialpædagogisk indsats og andre mindre indgribende indsatser. Et eksempel på en af reglerne om brug af magt er, at personalet gerne må føre en person væk fra en situation, hvis personen er til fare for sig selv eller andre. Det kan også være kortvarigt at fastholde eller føre en person væk fra en situation, når det er nødvendigt for at afværge, at vedkommende forårsager væsentlig ødelæggelse af indbo eller andre værdier. Der knytter sig en vejledning til serviceovens paragraffer om magtanvendelse: Vejledning om magtanvendelse og andre indgreb i selvbestemmelsesretten over for voksne, herunder pædagogiske principper. En borger kan klage til kommunalbestyrelsen over anvendelse af magt.

²⁸ Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien, VEJ nr 9552 af 10/08/2020, Indenrigs- og Sundhedsministeriet. [Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien \(retsinformation.dk\)](#)

Bilag 5: Ordliste

I afsnittet nedenfor findes en oversigt over centrale begreber og faglig terminologi som anvendes i denne forløbsbeskrivelse.

Behandling

Tiltag, der har til formål at helbrede eller lindre patientens lidelse og symptomer.

Diagnose

Et sundhedsfagligt redskab, der afgrænser sygdomme og tilstande i forhold til hinanden på baggrund af symptomer og fund.

Forebyggelse (universel, selektiv, indikeret)

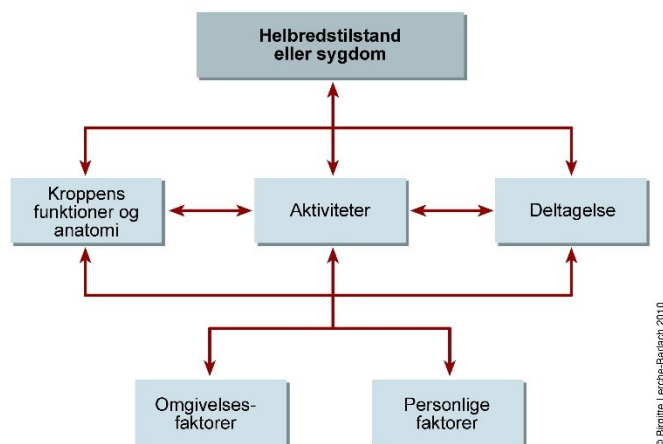
Aktivitet, der søger at forhindre opståen og udvikling af sygdomme, psykosociale problemer, eller ulykker, og dermed fremmer folkesundheden. Universel forebyggelse har til formål at øge befolkningens sundhed generelt uagtet risikofaktorer eller risikoadfærd, og dermed hindre sygdom og psykosociale problemer. Selektiv forebyggelse er målrettede indsatser blandt befolkningsgrupper i øget risiko, med hensigt at opspore og begrænse sygdom og risikofaktorer tidligst muligt. Indikeret forebyggelse retter sig mod grupper med kendt risikoadfærd eller og skal bremse tilbagefald og forhindre udvikling og forværring af kroniske tilstande og funktionsnedsættelser

Forløb

Et forløb defineres i denne forløbsbeskrivelse som de organisatoriske rammer og faglige indsatser, både ift. behandling og kommunale indsatser, som mennesker med psykoselidelser indgår i og tilbydes igennem forløbet. Forløbet defineres således af udviklingen over tid af den pågældende psykoselidelse og eventuelle andre udfordringer i den enkeltes forhold, og af de elementer, som typisk indgår ift. udvikling af symptomer og opsporing, udredning, behandling og opfølgning. De kommunale indsatser, herunder særligt de sociale indsatser, er for mange mennesker med en psykoselidelse helt centrale i forhold til at støtte den enkelte i et meningsfuldt liv med mest mulig livskvalitet.

Funktionsevne

Funktionsevne defineres jf. ICF (International Classification of Functioning) som en samlet betegnelse for samspillet mellem kroppens funktioner og anatomi, aktiviteter, deltagelse samt de omgivelsesmæssige og personlige faktorer. ICF angiver aspekter af samspillet mellem et individ (med en given helbredstilstand) og individets kontekstuelle faktorer (omgivelsesfaktorer og personlige faktorer). Vurdering af funktionsevnen tager ofte udgangspunkt i, hvordan den enkelte udfører aktiviteter af betydning for almindelig daglig livsførelse. ICF omfatter hele patientens funktionsevne - ikke kun funktionsevnenedsættelsen, men også ressourcerne. ICF inkluderer faktorer i patientens kontekst (omgivelsesmæssige og personlige), er interaktiv, cirkulær og årsagsneutral. Helbredet ses i relation til funktionsevnen og ikke som en isoleret tilstand. Funktionsevne og helbredstilstand ses også associeret med personlige faktorer og omgivelsesfaktorer.



De "personlige faktorer" er ikke klassificeret i ICF, men er medtaget i figuren, fordi de er væsentlige og betydningsfulde bl.a. for personens adfærd og mestringsevne. De personlige faktorer består af træk, egenskaber, kompetencer hos den enkelte borger (hvad man har med sig i rygsækken), som ikke er en del af helbred eller helbredsrelaterede tilstande. Disse faktorer kan også omhandle køn, etnisk baggrund, alder, vaner, livsstil m.m.

Misbrug

Et fysisk og/eller psykisk skadeligt brug af et rusmiddel eller lægemiddel.

Myndighed

Myndigheden i en kommune visiterer til de ydelser borgeren kan få tildelt. Visitatoren i Myndighedsafdelingen foretager en socialfaglig udredning og visiterer til ydelsen, hvorefter bestillingen overgår til udfører-delen, der leverer ydelsen til borgeren.

Psykatri

Speciale der varetager forebyggelse, diagnostik, behandling, opfølgning og rehabilitering af patienter med psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser hos voksne fra og med 18 år.

Psykisk lidelse

Overordnet betegnelse for lidelser, som relaterer sig til en forstyrrelse af den enkeltes tanker, følelsesmæssige regulering eller adfærd, og som oftest medfører nedsat funktionsevne i dagligdagen, skaber ubehag og reducerer livskvaliteten hos den enkelte. Begrebet anvendes som en fælles term for det begreb, som social- og sundhedsområdet hver især på forskellig vis og med forskelligt perspektiv forholder sig til, når der tages afsæt i borgernes funktionsevne, udfordringer og ressourcer.

Recovery-orienteret rehabilitering

Recovery-orienteret rehabilitering tager udgangspunkt i to forskellige begreber.

Recovery betyder at komme sig og beskriver et borger/patient-perspektiv med henblik på at komme sig/blive rask og fri for sygdom, at overvinde funktionsnedsættelser og at opnå et for den enkelte et meningsfuldt og tilfredsstillende liv.

Rehabilitering er et fagligt begreb og betegner en samarbejdsproces mellem en person, pårørende, professionelle og andre relevante parter. Rehabiliteringsindsatser har fokus på at genskabe og vedligeholde den bedst mulige fysiske, mentale og sociale funktionsevne for den enkelte med henblik på at opnå størst mulig selvstændighed og selvbestemmelse.

En recovery-orienteret rehabiliterende tilgang handler således om at målrette den rehabiliterende indsats, så patienten/borgeren kan indfri sine håb, ønsker og drømme med sigte på at komme sig og få et meningsfuldt og tilfredsstillende liv med størst mulig selvstændighed. Der er fokus på borgerens ressourcer, og at den professionelle og patienten/borgeren tror på, at den enkelte kan lykkes.

Remission

Sundhedsfagligt begreb, som beskriver den periode, hvor symptomer på sygdom er forsvundet helt (fuld remission) eller delvist (delvis remission).

Socialfaglig udredning

Udredning i kommunalt regi af den enkeltes fysiske og mentale funktioner, sociale forhold og sundhedsforhold, omgivelsesfaktorer, aktivitet og deltagelse, herunder også et fokus på den enkeltes ønsker, håb og drømme.

Socialpsykiatri

Betegnelsen for det sektorområde i kommunerne der leverer specialiserede sociale indsatser til voksne med psykiske lidelser og/eller sociale problemer. Socialpsykiatrien dækker politikker, ledelse, sagsbehandling, sociale tilbud og indsatser, opsporing, tidlig indsats og forebyggelse, samarbejde på tværs af social, sundhed, psykiatri, uddannelse og beskæftigelse samt brobygning til civilsamfundet.

Sundhedsfaglig udredning

En række undersøgelser, fx optagelse af sygehistorie og klinisk undersøgelse, der alle har til formål at sandsynliggøre eller afvise en eller en række af sygdomme og tilstande med henblik på visitation til den rette indsats.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥ + ●