

**Version 2 – september 2024**

**Revurdering – januar 2025**

# **Patientforløbsbeskrivelse for patienter i ambulant integreret dobbeltdiagnosebehandling Psykiatrien Region Sjælland**

## Målgruppe

Målgruppen defineres ud fra diagnose (ICD10) og en række supplerende kriterier:

### Diagnoser:

DF00-99 sammen med rusmiddelproblematik

### Kriterier:

- Voksne (18+) med ko-morbid rusmiddelproblematik
- Patientens psykiske lidelse er af moderat til svær grad med psykiatrisk behandlingsbehov, og den psykiske lidelse kan ikke behandles uden en samtidig indsats med fokus på at stabilisere og/eller nedtrappe forbruget af rusmidler.
- Rusmiddelproblematikken er kendetegnet ved, at patienten har et vedvarende og skadeligt brug af rusmidler i en sådan grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nærtstående personer. Rusmidler omfatter fx alkohol, opioider, centralstimulerende stoffer så som kokain og amfetaminer, hallucinogener, cannabis og benzodiazepiner
- Funktionsevnen er påvirket i en sådan grad, at den enkeltes hverdag er kompleks og kaotisk
- Der har været utilstrækkelig virkning af et koordineret forløb eller patienten vurderes ikke til at kunne følge eller profitere af behandling i et koordineret behandlingstilbud

### Implementeringsfaserne i Integreret dobbeltdiagnosebehandling:

**Fase 1: 1.9.24 – 30.6.25:** Patienter som er i aktuel behandling i Psykiatrien, og som ikke har nogen samtidig behandling for rusmidler.

Patienter, som har haft behandlingskontakt med Psykiatrien indenfor det seneste år, vil have mulighed for at blive henvist til integreret dobbeltdiagnosebehandling i fase 1.

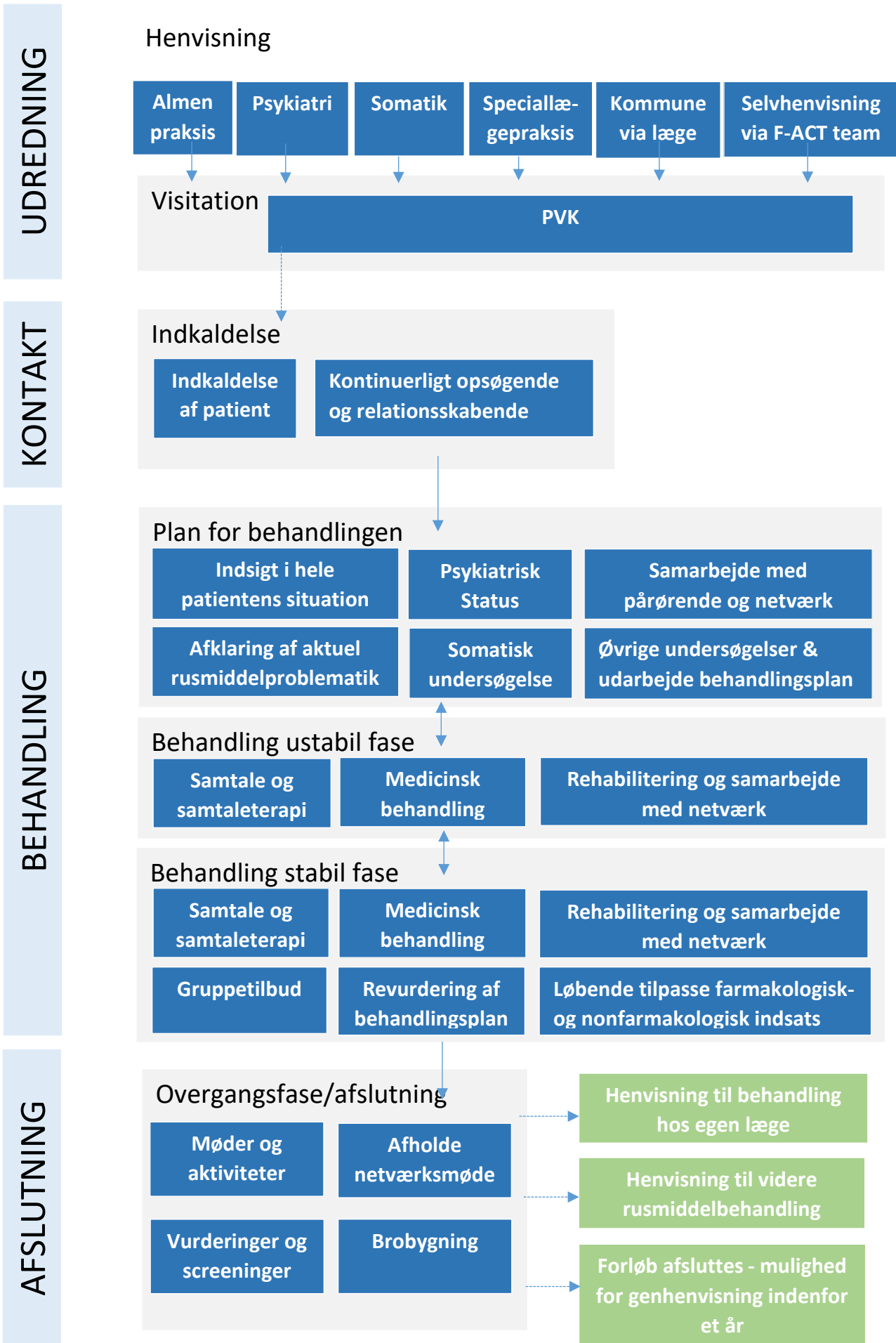
Det estimeres til at dreje sig om ca. 700 patienter i Region Sjælland

**Fase 2: 1.7.25 – 30.6.26:** Patienter som er i aktuel behandling i Psykiatrien, og som er i er kommunal behandling for rusmidler.

Det estimeres til at dreje sig om ca. 600 patienter i Region Sjælland

**Fase 3: 1.7.26 – 31.12.27:** Patienter der alene er i behandling i kommunalt regi for rusmidler, men som formodes kendt med moderat til svær psykisk lidelse.

Det estimeres til at dreje sig om ca. 100 patienter i Region Sjælland



## Kontakt

Formålet med kontaktfasen er at skabe grundlaget for et tillidsfuldt og trygt samarbejde mellem patienten, pårørende og behandlere. Patientkontakt minimum en gang ugentligt.

### 1. Indkaldelse af patient:

- Tage telefonisk eller virtuelt kontakt inden første møde
- Tage telefonisk kontakt til patient efter første udeblivelse

### 2. Opsøgende og relationsskabende arbejde:

- Behandlingen tager højde for, at det kan tage tid og kræve en vedvarende relationel indsats, før patienten har lyst, tillid og personlige ressourcer til at behandlingen kan foregå
- Motiverende samtaler
- Vedholdende og opsøgende kontakt over tre måneder, fysisk eller virtuelt
- Hvis det ikke er muligt at opnå kontakt til patienten, eller patienten udebliver gentagne gange, og der er grund til klinisk bekymring, aflægges hjemmebesøg
- Markører for klinisk bekymring er: Selvmordsadfærd eller tanker, manglende kontakt, konflikter med behandler eller læge, behandlingsambivalens, behandlingsbehov, psykofarmakologisk eller andre faktorer
- I tilfælde af at patienten ikke ønsker kontakt til ambulant enhed orienteres patientens praktiserende læge om bekymring
- Hvis patienten selv fravælger behandling i ambulant enhed, bør der være et notat om oplyste årsager, herunder hvordan dette valg er udtrykt
- Patienter der ikke kan skabes kontakt til, må ikke afsluttes uden en lægefaglig vurdering af behov for andre initiativer, såsom kontakt til patientens praktiserende læge og netværk
- Henviser orienteres, hvis man ikke kan etablere kontakt til patienten

### 3. Kriterier for overgang fra Kontakt til Plan for behandling

- Patienten er stabil i fremmøde, ved hjemmebesøg og telefonisk kontakt
- Patienten er motiveret for behandling og samarbejde med kontaktperson/team

## Plan for behandling

### Varighed af fase: 1-3 måneder

Formålet er at få indsigt i hele patientens situation, så behandlere og patient kan samarbejde om at patienten kan komme sig. Der afdækkes rusmiddelforbrug samt psykiske og somatiske forebyggende indsatser og behandlinger. Patientkontakt tilstræbes en gang ugentligt.

### 4. Indsigt i hele patientens situation

- Patienten mødes med åbenhed, forståelse og interesse for hele patientens situation
- Opmærksomhed på patientens egen motivation og ønsker til behandlingen, herunder patientens egen oplevelse og vurdering af sin psykiske og fysiske tilstand
- Der etableres et rummeligt, tillidsfuldt samarbejde mellem patient, pårørende og behandlere
- Samarbejdet leder til fælles problemforståelse og beslutninger om en meningsfuld behandling for patienten
- Opdatering af sygehistorie, herunder henvisningsårsag og sygehistorie
- Patientressourcesamtale med fokus på patientens tidligere erfaringer med mestring, patientens styrker og ressourcer samt patientens håb og drømme, der kan være fundamentet for den videre behandling

- Eventuelt etablere kontakt til peer-medarbejder

#### **5. Afklaring af aktuel rusmiddelproblematik**

- Gennemgang af rusmidler ifm. AOP
- Screening af rusmidler ved brug af AUDIT/DUDIT
- Fokus på en forståelse af rusmidlets funktion for patienten, herunder blik for hvilken rolle rusmiddelforbruget spiller i patientens sociale liv og hverdag – og hvad der kan fylde tiden meningsfuldt ud, når et mindsket forbrug frigiver tid og eventuelle tidligere udfordringer dukker op
- Påbegynde arbejde med skadesreduktion
- Fokus på abstinenser/abstinensbehandling, herunder opmærksomhed på patientens egne erfaringer med abstinensbehandling
- Ved overforbrug af benzodiazepiner udarbejdes der en nedtrappingsplan

#### **6. Psykiatrisk status**

- Struktureret og/eller semistruktureret interview (f.eks. PSE og MINI)
- Psykopatologisk vurdering og beskrivelse, diagnosticering og stillingtagen til psykofarmakologisk behandlingsbehov
- Voldsrisikovurdering
- Vurdering af funktionsevne (GAF) samt patientens egen opfattelse af funktionsevne
- Social screening med dialog om og vurdering af patientens sociale situation: Børn, bolig, økonomi, uddannelse, arbejdssituation osv. Dialog om og vurdering af akutte eller komplekse sociale problemstillinger, herunder vurdere behov for familie-/børnesamtale og tage stilling til underretning til kommunal familieenhed
- Vurdering af selvmordsrisiko
- Udarbejde kriseplan og identificering af tidlige advarselstegn

#### **7. Somatisk undersøgelse**

- Objektiv somatisk opmærksomhed (inkl. grovneurologisk undersøgelse og stetoskopi) i psykiatrisk regi ved læge
- Opmærksomhed på mulig somatisk komorbiditet fx infektioner, karlæsioner, KOL, TB, tandsygdomme, seksuelt overførte sygdomme og viderehenvielse ved behov
- Sårundersøgelse og afklare hvem der kan forestå sårplejen
- D3, Folat, B12, Jern efter klinisk vurdering
- Screening for Hepatitis C/HIV
- Tilbud om relevant vaccination for kroniske infektioner fx Hepatitis
- Kontakt og opfølgning ved andre kliniske specialer, idet patientmålgruppen ofte er somatisk dårlig
- Eventuelt følge patienten til praktiserende læge eller i regi af andre specialer ved behov

#### **8. Pårørende og samarbejde med netværk**

- Tilbud til patient om inddragelse af pårørende (herunder pårørendesamtale, familiesamtale og andre lign. tilbud)
- Løbende samarbejde om relationer og inddragelse af netværket
- Børnesamtaler har et særligt fokus og skal altid tilbydes
- Opstart af samarbejde med patientens netværk; afholde netværksmøde
- Ved retslige foranstaltninger; dom påtegnes og samarbejde med Kriminalforsorgen opstartes

## 9. Øvrige undersøgelser efter lægelig vurdering:

### a. Parakliniske undersøgelser

- Ordination af blodprøver og EKG (hvis ikke disse er foretaget for mindre end 30 dage siden)
- Efter behov ordineres blodprøver, EEG, CT, MR-scanning m.m.

### b. Kognitiv screening

- Afhængig af psykiatrisk grundmorbus anvendes test batteri eller grundig uddannelsesanamnese, alternativt skoleanamnese

### c. Vurdering af funktionsniveau

Efter vurdering kan foretages eksempelvis:

- MOCA, AMPS, COPM – ligeledes muligt at anvende PSP, MOHOST og ESI
- Desuden kan benyttes observation af patienten i aktivitet eksempelvis ved hjemmebesøg, hvor boligforhold og patientens funktion i hjem- og nærmiljø vurderes

### d. Vurdering af fysisk niveau

Efter vurdering kan foretages eksempelvis:

- BARS, ROK, almen fysioterapeutisk undersøgelse

### e. Psykologisk undersøgelse

- Psykologisk undersøgelse (kognitiv testning iht. Den Nationale Skizofrenidatabase for diagnosen F20)

### f. Psykometrisk vurdering

Ved vurdering kan der foretages yderligere psykometrisk vurdering:

- Psykologisk testning benyttes ved tvivl om diagnoser mhp. differentialdiagnostik
- Hamilton ved depression, PANSS, PSE, Young m.fl.

## 10. Udarbejde behandlingsplan

- Lægen, behandlerne og patienten samt evt. pårørende samarbejder om at lægge en meningsfuld behandlingsplan, hvor behandlingen integreres i patientens liv. Er der hjemmel til at behandle patienten uden samtykke, skal behandlerne stadig forsøge at etablere et samarbejde og opnå, at behandlingen giver mening for patienten. Fokus på inddragelse af pårørende, hvis patienten samtykker til det
- Fokus på patientens ønsker til behandlingen og meningsfulde mål, herunder f.eks. skadesreduktion, kontrolleret forbrug, ned- eller udtrapning samt et meningsfuldt liv med et mindre rusmiddelforbrug, f.eks. gennem fokus på CHIME-elementerne
- Samlet vurdering og opsamling af konklusioner fra punkt 3-8
- Aftale mål for behandlingen og træffe beslutninger i fællesskab, herunder en samtale om hvad der skal være opnået, før behandlingen kan afsluttes
- Psykofarmakologisk behandling, medicingennemgang og bivirkningsscreening
- Kopi af behandlingsplan udleveres til patienten og sendes til patientens praktiserende læge
- Stillingtagen til niveau af udgående indsats f.eks. hvor hyppigt patienten skal tilses
- Patienten opfordres til at deltage i netværksmøde. Det afdækkes sammen med patienten, hvem der er de rette personer til at deltage i netværksmødet. Som udgangspunkt deltager patienten i netværksmødet, men ved tilsagn fra patienten kan et netværksmøde afholdes uden dennes medvirken

## Behandling

### Behandlingen består af tre elementer:

1. Samtale behandling
2. Medicinsk behandling
3. Rehabilitering og samarbejde med netværk

Elementernes indhold er beskrevet i de følgende faser.

Første skridt i behandlingen er fokuseret på stabilisering af tilstand.

## Behandling ustabil fase

### Varighed af fase: Uger-måneder

Formålet med fasen er at fastholde kontakten til patienten og reducere skade eller risiko for skade, samt at nå de mål for livet, patienten har og som er aftalt og indskrevet i behandlingsplanen. Fokus på at opretholde den samlede behandlingsindsats gennem fleksibel og opsøgende patientkontakt.

### 11. Samtale og samtaleterapi

Stabilisering af patienten som aftalt og beskrevet i behandlingsplanen:

- Opsøgende, fleksibel og intensiveret patientkontakt, i eller udenfor ambulatoriet, mhp. vurdering af: Psykiatrisk status, rusmiddelforbrug og adfærd, somatisk status, behov for justering af medicinsk behandling, risikovurdering ift. selvskaade, selvmord og kriminalitet og psykosocial status
- Motiverende samtaler, samtaler der styrker troen på bedring
- Adfærdsfokuserede tilgange ift. adfærdssændring, inkl. kædeanalyser mv. til at kortlægge for patienten og behandler, hvor der er interventionsmuligheder
- Samtale om årsager til ustabilitet, adressere presserende problemer
- Fokus på, hvordan rusmiddelforbruget former hverdagen, og hvad der kan fylde tiden meningsfuldt ud, når et mindsket forbrug frigiver tid og eventuelle tidligere udfordringer dukker op
- Opfølgende screeninger efter individuel vurdering
- Igangsættelse af kriseplan, herunder kontinuerlig selvmordsrisikovurdering
- Løbende orientering til øvrige behandlere i teamet
- Etablere kontakt til peer-medarbejder, hvis patienten ønsker det
- Eventuelt indlæggelse, frivilligt eller jf. psykiatriloven
- Revurdering af behandlingsplan

### 12. Medicinsk behandling

Konsultation med stillingtagen til:

- Behandlingsintensitet
- Indlæggelse
- Psykofarmakologisk behandling
- Basismonitorering ved psykofarmakologisk behandling, herunder bl.a. UKU generel
- Medicingennemgang ved ændring af medicin
- Recept- og medicinudlevering, herunder fokus på observation ved indtag samt vurdering af virkning og bivirkninger
- Parakliniske undersøgelser
- Ansøgning om medicintilskud

### 13. Rehabilitering og samarbejde med netværk

- Fokus på et langsigtet recovery-orienteret og rehabiliterende spor, der kan støtte opbygning af færdigheder og livsindhold, der ikke er centreret om rusmidler
- Tilbud til patient om inddragelse af pårørende (herunder pårørendesamtale, familie/børnesamtale og andre lign. tilbud)
- Støtte i kontakt til arbejde, fritidsinteresser eller andre meningsfulde aktiviteter for patienten
- Tæt samarbejde med praktiserende læge. Hyppige tilbagemeldinger om patientens status
- Indhente hyppige opfølgninger hos relevante kontakter i netværket, f.eks. kommune, bosted osv.
- Eventuelt inddrage PSP (Politi, Social, Psykiatri) i samarbejdet om forebyggelse af forværring
- Tilbud til patient om deltagelse i gruppetilbud (f.eks. recoverygruppe, rusmiddelforbrugsgruppe, socialfærdighedstræningsgruppe)
- Kontakt til kommunale tilbud
- Kontakt til IPS-konsulent, hvis patient ikke har arbejde eller uddannelse
- Tilbud til patient om psykoedukationsgruppe for pårørende, herunder henvisning til relevante børne- og ungegrupper
- Indkalde til og afholde netværksmøde; samarbejde med netværket med fokus på fælles forståelse for patientens situation og koordinering af aftaler

### Behandling stabil fase

**Varighed af fase: 6 måneder – 3 år**

Formålet med fasen er at behandlingen forløber i overensstemmelse med aftalt behandlingsplan, herunder med blik for nye mål i behandlingen da forløbet ikke er lineært. Patienten støttes ift. at kunne overgå/vende tilbage til et koordineret behandlingstilbud.

### 14. Samtale og samtaleterapi

Gennemførelse af behandlingsmål i behandlingsplanen

- Fokusområder i behandlingsplanen kan bearbejdes individuelt eller i gruppebehandling
- Psykoedukation og symptomhåndtering, individuelt eller i gruppebehandling
- Revurdere aftaler om udlevering og indtag af medicin
- Observation af virkning og bivirkning
- Individuel/gruppe kognitiv adfærdsterapi, herunder fokus på rusmiddelforbrug og social adfærd
- Samtale om, hvad der skal være det endelige behandlingsmål og videre forløb efter afslutning i F-ACT
- Etablere kontakt til peer-medarbejder, hvis patienten ønsker det
- Opfølgning på somatisk tilstand og virologi i evt. vacciner
- Løbende tilpasse både farmakologisk- og nonfarmakologisk indsats; medicin aftale, behandlingsbehov psykologisk, fysisk og socialt, kriseplan, lægeerklæringer, statusattester, medicinpas
- Dialog med og vejledning af patient mhp. dennes deltagelse i møder med kommunale eller andre instanser, og i særlige situationer tillige deltagelse

### 15. Medicinsk behandling

Konsultation med stillingtagen til:

- Behandlingsintensitet
- Psykofarmakologisk behandling



- Basismonitorering ved psykofarmakologisk behandling, herunder UKU generel
- Medicingennemgang ved ændring af medicin
- Løbende evaluering af den medicinske behandling i samarbejde med patienten og eventuelt patientens netværk
- Recept- og medicinudlevering
- Parakliniske undersøgelser
- Læge sender årligt orienteringsbrev til praktiserende læge om ordination af medicin
- Ansøgning om medicintilskud
- Opfølgende screeninger efter individuel vurdering; selvmordsscreening, bivirkningsscreening (UKU generel), risikovurdering, kriseplaner (recidiv forebyggelse, selvmordsforebyggelse) og opfølgning på viral screening med tilbud om vaccination

#### **16. Rehabilitering og samarbejde med netværk**

- Fokus på et langsigtet recovery-orienteret og rehabiliterende spor, der kan støtte opbygning af færdigheder og livsindhold, der ikke er centreret om rusmidler
- Informere om rettigheder og etablere kontakt til rette instanser vedr. forsørgelse, bolig, arbejde og uddannelse
- Vurdere om patienten skal støttes i at skabe eller genskabe kontakt til pårørende og netværk
- Tilbud til patient om inddragelse af pårørende (herunder pårørendesamtale, familie/børnesamtale og andre lign. tilbud)
- Brobygning til tilbud i patientens nærmiljø, i kommunalt regi såvel som privat regi. Herunder støtte i kontakt til arbejde, fritidsinteresser eller andre meningsfulde aktiviteter for patienten, såsom f.eks. et værested, eventuelt understøttet af peer-medarbejder
- Tilbud til patient om deltagelse i gruppetilbud (f.eks. recoverygruppe, rusmiddelbrugsgruppe, socialfærdighedstræningsgruppe, problemløsningsgruppe, angstmestrings gruppe, kropsgruppe)
- Samarbejde med pårørende, botilbud og/eller andet netværk
- Medicinudlevering og instruktion til botilbud
- Social opfølgning efter patientens behov. Ansøgninger om sociale ydelser, støtte til økonomisk sanering og struktur mm.
- Indkalde til og afholde netværksmøde; samarbejde med netværket med fokus på fælles forståelse for patientens situation og koordinering af aftaler
- Samarbejde med praktiserende læge, der inviteres med til netværksmøde og får tilsendt referat
- Sikre der i samarbejde med andre aktører planlægges træning i udførelse og mestring af hverdagsaktiviteter i hjem og nærmiljø, herunder eksponering i vante omgivelser, hvis patienten har behov
- Eventuelt tilpasset/superviseret fysisk aktivitet
- Eventuelt følge patient til andre somatiske behandlinger, tandlæge eller retsmøder
- Læge sender årligt orienteringsbrev til praktiserende læge om ordination af medicin

#### **17. Revurdering af behandlingsplan**

- Ligeværdigt samarbejde mellem patient og behandlere om mål og succeskriterier for behandlingen
- Løbende tilpasse møde- og medicinaftale, behov for psyko-fysisk-social intervention, kriseplan, lægeerklæringer, statusattester, medicinpas
- Revurdering ved væsentlige ændringer i patientens tilstand eller ønsker og mål for livet

- Revideres mindst en gang årligt, inkluderer: Psykiatrisk vurdering, somatisk status og gennemgang, selvmordsscreening, bivirkningsscreening, rusmiddelscreening, vurdering af funktionsniveau, opfølgning på retslig foranstaltning
- Kopi af revideret behandlingsplan udleveres til patienten og sendes til patientens praktiserende læge

#### 18. Kriterier for overgang fra behandling i stabil fase til overgangsfase/afslutning

- I 75% af forløbet er der opnået kontakt med patienten
- Den integreret dobbeltdiagnosebehandling vurderes at have effekt

### Overgangsfase/afslutning

#### Varighed af fase: Planlægges over det sidste halve år af behandlingen

Fasen har til formål at sikre at patientens hverdagstrivsel og funktionsniveau er tilstrækkeligt godt til, at patienten kan overgå til koordineret behandling på en tryk og sikker måde, eller helt afsluttes.

#### 19. Afsluttende møder og aktiviteter

I samarbejde med patienten drøftes følgende videre behov og ønsker

- Psykiatrisk/psykisk status, rusmiddelforbrug og adfærd, effekt af og behov for justering af den medicinske behandling, social status og personligt netværk
- Fokus på ressourcer og den udvikling patienten har været igennem
- Brug af "Guide til et godt hverdagsliv"
- Medicinordination og -udlevering, herunder ansøgning om tilskud
- Tilbud til patient om afsluttende pårørendesamtale, herunder familie/børnesamtale
- Afsluttende samtaler med pårørende, herunder børn

Der lægges en udfasningsplan i forhold til kontaktintensitet. Afslutning planlægges i god tid, så der sikres en god overgang til kommunal/privat rusmiddelbehandling og ventetid til evt. andet behandlingstilbud minimeres. Afslutning planlægges i det omfang følgende er opnået:

- Vedvarende forbedring af symptomer i stabil fase i minimum 3 måneder
- Når behandlingsplanens mål er opnået, eller tæt på at være opnået

#### 20. Afsluttende vurderinger og screeninger

Efter individuel vurdering foretages;

- Selvmordsscreening, bivirkningsscreening, rusmiddelscreening, risikovurdering for retspsykiatriske patienter, kriseplan, ajourføring i fælles medicinkort (FMK) status/opfølgning på somatiske undersøgelser, beskrivelse af funktionsniveau
- Voldsrisikovurdering for ikke retspsykiatriske patienter
- "Vejen tilbage" - aftale kriterier for at komme retur til integreret behandling. "Vejen tilbage" skal fremgå af overleveringsdokumentet
- Vurdere behov for fortsat behandlingsforløb for grundlidelse; fortsættelse af relevant patientforløbsbeskrivelse
- Evalueringsamtale af behandlingsforløb med patienten og eventuelt patientens netværk

#### 21. Netværksmøde

- Indkalde til og afholde netværksmøde; samarbejde med netværket med fokus på fælles forståelse for patientens situation og koordinering af aftaler

## 22. Brobygning

- Sikre overgang til koordineret forløb med varetagelse af rusmiddelbehandling i kommunalt eller privat regi. Patienten skal have et tydeligt billede af hvordan overgangen vil ske trygt og sikkert. Afsæt i Maslows behovspyramide: Bopæl, økonomi, osv.
- Udarbejde plan for overgang og det videre forløb i samarbejde med pårørende og civilsamfundsaktører
- Henvisning til andet behandlingstilbud
- Følge patienten til opstartsmøder og aktiviteter i kommune og netværk, eventuelt ved peer-medarbejder, da risiko for tilbagefald minimeres med peer-aktiviteter i brobygninger
- Praktiserende læge og henviser oplyses om muligheden for genhenvisning ved tilbagefald eller selvhenvielse indenfor et år

Såfremt patientens forløb afsluttes uden fortsat behandlingsforløb for grundlidelsen:

- Ved overdragelse af patienten til praktiserende læge afholdes et overdragelsesmøde med patientens deltagelse hos praktiserende læge
- Overdragelse til eventuel opfølgning hos privatpraktiserende psykiater eller privatpraktiserende psykolog (egen læge i evt. ventetid)
- Efter individuel vurdering ved læge/specialpsykolog fastholdes behandlingsansvaret indtil evt. nyt behandlingssted formelt har accepteret at påtage sig behandlingsansvar
- Epikrise sendes til praktiserende læge.

Patienter som ikke møder op, ikke ønsker at modtage behandling eller ikke kan findes af opsøgende medarbejdere, må ikke afsluttes uden en lægefaglig vurdering af, om tilstanden er så alvorlig, at der skal tages andre initiativer. Disse overvejelser skal fremgå af epikrisen.

En patient kan selvhenvende sig til det F-ACT team, som patienten tidligere har været tilknyttet, indenfor et år efter afslutning. Når en patient henvender sig og gerne vil tilbage i forløb, så skal patienten samtykke til at personalet kan slå op i patientens journal og igangsætte/påføre kode på integreret behandling. F-ACT teamet orienterer herefter PVK.