



Afdækning af tværfaglige udgående teams i den regionale psykiatri



Afdækning af tværfaglige udgående teams i den regionale psykiatri

© 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

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,
Juni 2024

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	3
Introduktion	4
1. Resume	5
2. Læsevejledning	7
3. Metode.....	7
4. Afdækning af evidensgrundlaget for tværfaglige udgående teams	8
4.1. Tværfaglige udgående teams målrettet voksne.....	8
4.2. Tværfaglige udgående teams målrettet børn og unge	11
5. Kortlægning af regionale tværfaglige udgående teams	12
5.1. Tværfaglige udgående teams målrettet voksne.....	12
5.2. Tværfaglige udgående teams målrettet børn og unge	23
5.3. Viden om og erfaringer med brug af tværfaglige udgående teams.....	26
6. Konklusion	29
Referenceliste	30
Bilagsfortegnelse.....	34
Bilag 1: Oversigt over udgående tværfaglige teams	35
Bilag 2: Evidensafdækning ift. brug af tværfaglige udgående teams	39
6.1. Metoderamme	39
6.2. Resultater af systematisk søgning	43

Introduktion

I Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens *Fagligt oplæg til en 10-årsplan for mental sundhed og mennesker med psykiske lidelser* (1), anbefales det at løfte kvaliteten i det samlede forløb for børn, unge og voksne med svære psykiske lidelser gennem tværsektorielle og tværfaglige forløbsbeskrivelser. Herunder anbefales det, at der etableres specialiserede, tværfaglige udgående teams i hele landet baseret på evidensbaserede tilbud, men at effekten og erfaringerne med de eksisterende tilbud afdækkes forud herfor. I september 2022 blev der vedtaget en bred politisk aftale om en *10-års plan for psykiatrien og mental sundhed* (2), hvor det bl.a. fremgik at indsatsen til mennesker med svær grad af psykisk lidelse skal styrkes via udarbejdelse og implementering af forløbsbeskrivelser, og som led heri blev der afsat midler til en afdækning af anvendelsen og erfaringerne med tværfaglige udgående teams i den regionale psykiatri.

Et tværfagligt udgående team i den regionale psykiatri er et ambulans behandlingstilbud, som tilbydes enten helt eller delvist i patientens hjem, eller i en lokation tæt på borgerens bopæl, med mulighed for hjemmebesøg.

Udover den psykiatriske behandling spiller de udgående teams også en central rolle i at sikre sammenhængende forløb ved overgange mellem forskellige sektorer eller behandlingstilbud. De kan også i varierende grad koordinere kontakten til kommunale indsatser, skole, uddannelse, beskæftigelse mm. for at sikre en helhedsorienteret indsats. Et tilbud om behandling via et tværfagligt udgående team kan være kortvarigt eller længevarende, og der findes forskellige typer af teams målrettet specifikke grupper af mennesker med psykiske lidelser, herunder især mennesker med svære psykiske lidelser, som har behov for tværfaglige, sammenhængende og individuelt tilpassede behandlingsindsatser.

Formålet med afdækningen er at skabe et overblik over regionernes tværfaglige udgående teams, deres evidensgrundlag, og om de er implementeret ensartet på tværs af landet. Der indgår også en afdækning af hvilke erfaringer der er med at etablere disse teams. Afdækningen skal desuden kvalificere Sundhedsstyrelsens nuværende og kommende arbejde med at udarbejde beskrivelser af forløb for specifikke målgrupper blandt mennesker med psykiske lidelser. Målet er at sikre ensartethed og høj kvalitet i behandlingstilbuddet på tværs af landet og støtte en hensigtsmæssig ressourceanvendelse i regionerne.

Afdækningen består af en beskrivelse af tværfaglige udgående teams i den regionale psykiatri, idet regionerne på Sundhedsstyrelsens forespørgsel, har indsendt oversigter over forekomsten af udgående teams via et spørgeskema udarbejdet til formålet. Supplerende er der inddraget erfaringsopsamlinger og rapporter, som evaluerer de regionale behandlingsindsatser. Evidensafdækningen indeholder en gennemgang af systematisk fremsøgte internationale guidelines og systematiske oversigtsartikler, omhandlende effekten af behandling som tilbydes via tværfaglige udgående teams.

Det er vigtigt at bemærke, at rapporten ikke dækker kommunale udgående teams. Dog samarbejder de fleste regionale tværfaglige udgående teams tæt med kommunen for at sikre koordinering og samarbejde med kommunale indsatser. Evidensafdækningen i denne rapport er ikke specifik for en sektor, og kan derfor anvendes som vidensgrundlag på tværs af sektorer.

1. Resume

Afdækningen består både af en systematisk litteratursøgning efter guidelines og systematiske oversigtsartikler, som har til formål at afdække evidensen for brugen af tværfaglige udgående teams, og en overordnet kortlægning af tværfaglige udgående teams i den regionale psykiatri udført via spørgeskemaundersøgelse.

Evidensgennemgangen viser samlet set at:

- Evidensen tyder på en effekt af tidlig specialiseret intervention (svarende til OPUS) til personer med debuterende psykoselidelse. Tidlig specialiseret intervention har sandsynligvis en række positive effekter, herunder på funktionsniveau, antallet af indlæggelser og frafald fra behandling.
- Der er god evidens for brug af Assertive community treatment (ACT) og Intensive case management (ICM). Begge metoder omhandler intensiv og individuelt tilpasset behandling og støtte til mennesker med svære psykiske lidelser, og kan indgå i forskellige typer af udgående teams. Evidensen peger på, at ACT muligvis kan reducere risikoen for indlæggelser og hjemløshed, mindske frafald fra behandling samt øge sandsynligheden for at patienten kan bo selv og komme i arbejde. ICM er udviklet på baggrund af ACT og Case Management (CM), hvor ICM understreger vigtigheden af en lav patient/behandler-ratio (færre end 20). Evidensen peger på, at ICM muligvis kan reducere varighed af indlæggelse samt øge tilknytningen og mindske frafald fra behandling.
- Der findes ikke systematiske oversigtsartikler, metaanalyser eller randomiserede studier, som kan påvise en effekt af F-ACT, som er en organiseringsmodel for udgående behandling, som anvender en modificeret udgave af ACT til voksne. Der er dog studier, som peger på en effekt i forhold til medarbejdernes tilfredshed og organisering af arbejdet. Et kontrolleret studie af F-ACT i Danmark peger på mulige positive effekter af F-ACT, men konkluderer, at der er behov for randomiserede kontrollerede studier og analyser af omkostningseffektivitet, før en fuld implementering af F-ACT kan anbefales.
- Evidensen tyder på en effekt af crisis intervention/resolution teams (CRT). CRT tilbydes som en kortvarig intensiv specialiseret hjemmebehandling til mennesker, der oplever en psykisk krise, med det formål at afværge indlæggelse, hvor det er muligt. Den samlede vurdering er, at CRT muligvis kan reducere antallet af genindlæggelser, reducere belastningen for familien samt føre til større patienttilfredshed.
- Der blev ikke fremsøgt guidelines eller oversigtsartikler, som kan pege på en sikker evidens for brugen af udgående teams specifikt til ældre, patienter på botilbud, patienter med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik (dobbeltdiagnoser) samt børn og unge.

Kortlægningen af regionernes tværfaglige udgående teams viser, at udbredelse og organiseringen af de tværfaglige udgående teams varierer på tværs af landet. Mens visse typer af teams er til stede i alle regioner, er

andre ikke ensartet udbredt. Der er betydelig variation i målgruppeafgrænsning, indhold og organisering, især inden for børne- og ungdomspsykiatrien.

Kortlægningen viser samlet set at:

- Alle regioner har OPUS-teams, der fokuserer på tidlig intervention ved debuterende psykoselidelser til unge voksne. Dog er målgruppeafgrænsning og organisering forskellig på tværs af regioner.
- Alle regioner har F-ACT-teams til personer med svære psykiske lidelser og behov for en fleksibel eller intensiv behandling. Disse teams er typisk integreret i lokal- eller distriktspsykiatrien, men der er betydelige forskelle i både målgruppeafgrænsning og organisering. Nogle regioner har også teams målrettet borgere på botilbud (botilbudsteams), inspireret af F-ACT-modellen, samt F-ACT-teams målrettet personer med bipolar lidelse.
- Alle regioner har akutteams målrettet personer med akut opstået eller forværret psykisk lidelse. Dog varierer indholdet og organiseringen af disse teams betydeligt mellem regionerne.
- Alle regioner har retspsykiatriske teams for personer med samtidige retslige foranstaltninger.
- De fleste regioner har udgående teams målrettet ældre med psykiske lidelser.
- Derudover er der i varierende grad udgående funktioner rettet mod specifikke målgrupper med behov for tæt opfølgning, ofte knyttet til specialiserede ambulatorier eller specialfunktioner.
- I de fleste regioner findes der psykoseteams for børn og unge, men derudover er de udgående tværfaglige teams til børn og unge mindre målgruppespecifikke, og synes i højere grad defineret af lokale behov og organiseringer frem for faglig konsensus.

Over en årrække er forskellige modeller for tværfaglige udgående teams desuden afprøvet i satspuljefinansierede projekter. Her konkluderes det, at projekterne generelt har været succesfulde. Dog er der mangel på ensartethed på tværs af regioner og få gennemgående målepunkter for effekten af de udgående teams som etableres i projektperioden. Dette har resulteret i stor variation inden for de samme projekter, hvilket gør det vanskeligt at konkludere noget entydigt om effekten udover afrapportering af generelt positive erfaringer.

Samlet set vurderes det, at regionernes organisering af udgående tværfaglige teams på nogle områder, er i overensstemmelse med evidensgrundlaget, men at der også ift. en stor del af de udgående teams mangler viden om effekt og omkostningseffektivitet.

Regionernes etablering af OPUS-teams understøttes af evidens, og til dels også akutteams. Dette forudsætter dog, at organiseringen af de enkelte teams, er i overensstemmelse med principperne i den model, som evidensen bygger på. Etableringen af F-ACT-teams sker på et mere usikkert evidensgrundlag, da der ikke findes randomiserede studier som undersøger effekten. Studier af lavere kvalitet peger dog på mulige positive effekter. På nuværende tidspunkt er der dog bedst evidens for behandlingseffekt ved brug af ACT. For at opnå den effekt bør F-ACT-teams organiseres således, at ACT integreres i behandlingen i F-ACT-teamet.

Det er vanskeligt på nationalt niveau at videreføre en indsats baseret på de udgående teams som er etableret i regi af satspuljefinansierede projekter, da der ikke kan opstilles en ensartet model på baggrund af de regionale erfaringer, og sjældent kan påvises sikre effekter af indsatsen, ej heller om indsatsen er omkostningseffektiv. Der er desuden stor variation ift. om den enkelte region vælger at videreføre indsatsen, hvilket også gør det vanskeligt at evaluere effekten på længere sigt.

Det er derfor vigtigt, at der tilknyttes forskningsprojekter eller anden længerevarende evaluering/monitorering, når der etableres nye udgående teams, da det ellers ikke er muligt at påvise en behandlingseffekt og

dermed om ressourcerne bruges rigtigt. De regionale indsatser bør overordnet tilrettelægges i overensstemmelse med interventioner som er dokumenteret effektive, og bør derfor også så vidt det er muligt være tro mod de modeller, som ligger til grund for evidensen. Der er på flere områder behov for mere viden om effekten af indsatserne før der kan peges på en ensartet national udrulning.

2. Læsevejledning

I kap. 3 beskrives metoden overordnet, og denne uddybes i bilag 2. I kap. 4 opsummeres resultaterne af den afdækning som er udarbejdet vedr. evidensgrundlaget for tværfaglige udgående teams målrettet børn, unge og voksne med svære psykiske lidelser. I kap. 5 gives et overblik over tværfaglige udgående teams i den regionale psykiatri baseret på regionernes tilbagemelding på et spørgeskema udarbejdet af Sundhedsstyrelsen. Herunder beskrives overordnet, hvilke målgrupper de forskellige teams henvender sig til, sammensætningen og kompetencerne hos personalet og ikke mindst, hvilket fagligt indhold indsatserne består af, samt eventuelle erfaringer med brugen af disse teams. I kap. 6 konkluderes på resultaterne af afdækningen.

3. Metode

Hvad angår kortlægningen af de tværfaglige udgående teams har regionerne på Sundhedsstyrelsens forespørgsel, indsendt oversigter over forskellige indsatser i psykiatrien via to spørgeskemaer, som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet til formålet. Derudover er der supplerende inddraget erfaringsopsamlinger og rapporter, som evaluerer de regionale behandlingsindsatser. I bilag 1 findes en oversigt over de forskellige typer af tværfaglige udgående teams.

Evidensafdækningen indeholder en gennemgang af systematisk fremsøgte guidelines og systematiske oversigtsartikler, omhandlende effekten af behandling som tilbydes via tværfaglige udgående teams. En metodekonsulent har ekstraheret resultaterne fra den fremsøgte litteratur, hvorefter der er foretaget en kvalitetsvurdering og hertil udarbejdet en sammenfattende vurdering af evidensen. Udvalgte retningslinjer er vurderet ved hjælp af [AGREE II](#) værktøjet, og systematiske oversigtsartikler ved hjælp af [AMSTAR](#) værktøjet.

Kvaliteten af evidensen er så vidt muligt vurderet ud fra 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (GRADE-metoden), som er en udbredt og internationalt anerkendt metode til at formulere kliniske anbefalinger baseret på en evidensvurdering. Der henvises til Sundhedsstyrelsens metodehåndbog med henblik på uddybende forklaring på, hvordan evidensen vurderes med GRADE-metoden ([Metodehåndbogen-2018.ashx \(sst.dk\)](#)). Kvaliteten præsenteres for hvert effektmål, og kan vurderes til at være enten høj, moderat, lav eller meget lav afhængigt af, hvor stor en tiltro der er til det resultat, som rapporteres. Der er kun medtaget litteratur af moderat til høj kvalitet. I bilag 2 beskrives metode og evidensafdækning uddybende.

4. Afdækning af evidensgrundlaget for tværfaglige udgående teams

I dette afsnit opsummeres resultaterne af den afdækning, Sundhedsstyrelsen har udarbejdet vedrørende evidensgrundlaget for tværfaglige udgående teams målrettet børn, unge og voksne med svære psykiske lidelser. Afsnittet tager udgangspunkt i en systematisk litteratursøgning efter guidelines og systematiske oversigtsartikler for perioden 2012 til april 2023. Der henvises til yderligere beskrivelse i bilag 1, som uddyber de forskellige typer af teams/indsatser som omtales, og bilag 2, som uddyber søgestrategi og metode for kvalitetsvurdering af evidensen. Resultatgennemgangen nedenfor er opdelt i to afsnit, der gennemgår evidensen for indsatser målrettet hhv. voksne og børn/unge. De fleste indsatser, der omtales og som er undersøgt, henvender sig til voksne. En detaljeret gennemgang af resultaterne fremgår af bilag 2.

4.1. Tværfaglige udgående teams målrettet voksne

For guidelines såvel som systematiske oversigtsartikler, centrerer indsatserne sig omkring følgende modeller; Specialized Early Intervention (SEI), Assertive Community Treatment (ACT), Crisis Resolution Teams (CRT) og Intensive Care Management (ICM). Afsnittet er således opdelt svarende til disse indsatser, men indeholder også en beskrivelse af Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT), da dette er en meget udbredt udgående behandlingsmodel i den regionale psykiatri i Danmark. Til sidst i afsnittet findes også en beskrivelse af litteratur, som omhandler andre indsatser til specifikke målgrupper, herunder ældre og patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

4.1.1. Specialiseret tidlig intervention ved psykose

I international litteratur benævnes indsatsen specialiseret tidlig intervention (specialized early intervention, SEI) ved psykose, og indsatsen svarer i hovedtræk til den danske OPUS-model. Randomiserede studier udført i regi af OPUS indgår derfor også i den samlede evidensvurdering. Vurderingen af evidensen bygger på i alt syv randomiserede studier, som indgår i to oversigtsartikler fra 2020 (3), som vurderes til at være af høj kvalitet.

Resultaterne viser, at den specialiserede tidlige intervention som helhed kan være med til at øge antallet af patienter i recovery, øge det generelle funktionsniveau, reducere antallet af patienter, som afbryder behandling, samt reducere antallet af indlæggelser. Effekten synes at være bedst i perioden efter endt behandling. Længerevarende interventioner på op til 3 år kan, sammenlignet med standard-varigheden på 18-24 måneder, muligvis som det eneste, reducere antallet af patienter som afbryder behandlingen.

Ud fra kvalitetsvurderingen af studierne via GRADE-metoden, vurderes det, at tiltroen til resultaterne for den specialiserede tidlige intervention med en varighed på 18-24 måneder, bør tages med forbehold, da de inkluderede studier er af svingende kvalitet (moderat til lav kvalitet). Dette skyldes primært at studierne rapporterer brede konfidensintervaller og at relativt få patienter indgår i nogle af studierne. På baggrund af kvalitetsvurderingen vurderes det samlet set, at specialiseret tidlig intervention sandsynligvis reducerer frafaldet fra behandling, og muligvis øger det generelle funktionsniveau, antallet af patienter i recovery og antallet af indlæggelser.

Den samlede evidensvurdering af studier, som beskriver en længerevarende indsats på op til 3 år, viser at studierne kvalitet er lav til meget lav. Effekten af en intervention af længere varighed end 24 måneder er derfor usikker, selvom der muligvis kan være en effekt på antallet af patienter, som fastholdes i behandling.

4.1.2. Assertive Community Treatment (ACT)

ACT er den bedst undersøgte indsats, og er målrettet mennesker med svære psykiske lidelser, som er vanskelige at fastholde i et behandlingsforløb. Patienterne har typisk psykoselidelser, bipolar lidelse eller depression med psykose. Interventionen bygger på tværfaglige, udgående teams, hvor medarbejderne i hvert team deler ansvaret for patienten. Behandlingen foregår i eget hjem eller i patientens nærmiljø. Behandlingen sammenlignes med standard behandling i form af almindelige ambulante forløb, rehabilitering i hospitalsregi og case-management metode. Vurderingen af evidensen er baseret på fem guidelines (4-7) og en systematisk oversigtsartikel fra 2017 (8), som inkluderer 15 randomiserede studier.

Resultaterne viser, at der som udgangspunkt er enighed om, at ACT bør tilbydes patienter med svære psykiske lidelser, her især patienter med psykoselidelser, som har svært ved at engagere sig i/blive fastholdt i et behandlingsforløb, og som konsekvens deraf får hyppige tilbagefald og/eller har sociale problemer.

Effektestimaterne er baseret på en oversigtsartikel af høj metodisk kvalitet. Ud fra en kvalitetsvurdering via GRADE-metoden, vurderes kvaliteten af studierne dog at være af svingende kvalitet fra moderat til meget lav, hvilket særligt skyldes risikoen for bias i de inkluderede studier. Den samlede vurdering er, at ACT muligvis kan reducere sandsynligheden for psykiatrisk indlæggelse, mindske frafald fra behandling, hjælpe patienten til at bo selvstændigt, mindske sandsynligheden for hjemløshed, samt øge chancerne for, at patienten kan komme i arbejde. På baggrund af lav kvalitet, kan det ikke bekræftes, at interventionen har en effekt på den sociale funktion, de psykiatriske kernesymptomer, eller kriminel adfærd.

4.1.3. Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT)

F-ACT er en modificeret udgave af ACT, som i Danmark er udrullet i mere eller mindre grad i alle regioner. Indsatsen er intensiv og henvender sig til mennesker med svær psykisk sygdom, særligt psykoselidelser, men i flere regioner indgår også patienter med misbrug og/eller en retslig foranstaltning. F-ACT-modellen er en hollandsk udviklet model (9), som i Danmark anvendes i en tilpasset form. F'et står for fleksibel og betyder i praksis, at der i F-ACT-teamet er vide rammer for at op- og nedskalere den helhedsorienterede, fleksible, udgående støtte til patienten.

Der blev i de to systematiske litteratursøgninger ikke fundet evidens for brugen af F-ACT til voksne. Der blev supplerende foretaget en søgning efter primærstudier, hvor der ikke blev fundet randomiserede studier, som evaluerer effekten af F-ACT. Flere tidligere studier har søgt at evaluere effekten af F-ACT sammenlignet med en kontrolgruppe eller undersøgt effekten i forbindelse med overgang fra standardbehandling til F-ACT. Studierne er af svingende kvalitet og ofte uden en veldefineret kontrolgruppe. I et nyligt studie fra Danmark som inkluderede godt 2000 patienter (10), blev effekten af F-ACT dog sammenlignet med standardbehandling i et kontrolleret set-up. Resultaterne indikerede, at patienter i F-ACT-gruppen havde færre indlæggelser og flere ambulante kontakter end patienter som modtog standardbehandling, men studiet kunne ikke bekræfte at patienter i F-ACT-gruppen havde færre indlæggelsesdage, blev udsat for mindre tvang, havde mindre selvskade eller færre dødsfald. Studiet konkluderer, at F-ACT bør evalueres via randomiserede kontrollerede forsøg, der inkluderer beregninger af omkostningseffektivitet, før der sker en bredere implementering.

4.1.4. Crisis intervention/resolution teams (CRT)

CRT er en tværfaglig specialiseret indsats, hvor der tilbydes kortvarig intensiv hjemmebehandling til mennesker, der oplever en psykisk krise, med det formål at afværge indlæggelse, hvor det er muligt. Vurderingen af evidensen bygger på to guidelines (11,12), og en systematisk Cochrane oversigtsartikel fra 2015 (13), som inkluderer otte randomiserede studier. Der blev ikke fundet yderligere, nyere systematiske oversigtsartikler med dertilhørende metaanalyser i litteratursøgningen.

Der er generelt enighed om at anbefale brug af CRT til personer med svære psykiske lidelser i forbindelse med en akut opstået psykisk krise eller akut forværring af kendt psykisk lidelse. Det nævnes, at CRT muligvis har den bedste effekt, hvis der er tale om en 24-timers tilgængelighed, og hvis en psykiater indgår som en del af teamet.

Effektestimaterne baseres på en Cochrane oversigtsartikel af høj metodisk kvalitet. Ud fra en kvalitetsvurdering af de enkelte studier via GRADE, vurderes kvaliteten af de inkluderede studier at være svingende fra lav til meget lav, primært på grund af risiko for bias, få inkluderede patienter og upræcise effektestimater. Den samlede vurdering er, at CRT muligvis kan reducere antallet af genindlæggelser, aflaste de pårørende samt føre til større patienttilfredshed. Der er usikker evidens for en effekt på patientens symptomniveau målt ved symptom-skala værktøj, det psykosociale funktionsniveau eller livskvaliteten.

På tværs af alle guidelines og oversigtsartikler understreges det, at der er behov for flere studier som undersøger effekten.

4.1.5. Intensive Case Management (ICM)

ICM udgør ikke i sig selv en model for et udgående tværfagligt team, men er en specialiseret metode, der sigter mod at yde langvarig støtte og behandling til mennesker med svære psykiske lidelser, som ikke har behov for indlæggelse. ICM er udviklet på baggrund af Assertive Community Treatment (ACT) og Case Management (CM), hvor ICM understreger vigtigheden af en lav patient/behandler-ratio (færre end 20) og en højintensiv indsats. Vurderingen af evidensen bygger på tre guidelines (11,12,14), og en systematisk oversigtsartikel fra 2017 (15), som er baseret på 40 randomiserede studier.

På tværs af studierne er der overordnet konsensus om, at ICM bør tilbydes til personer med svære psykiske lidelser, som har en høj indlæggelsesrate, og som er svære at motivere og fastholde i behandlingsforløb.

Effektestimaterne baseres på førnævnte oversigtsartikel, som vurderes at være af høj metodisk kvalitet. Ud fra en kvalitetsvurdering via GRADE, vurderes kvaliteten af de enkelte studier at rangere fra lav til meget lav, primært grundet risiko for bias i de inkluderede studier.

Den samlede vurdering viser, at ICM muligvis kan reducere varigheden af indlæggelser, øge fastholdelse i behandling samt mindske frafald. Det er uvist, om ICM har en indvirkning på patienternes mulighed for at være i beskæftigelse. Der ses indikation for, at jo højere indlæggelsesraten er ved baseline, samt jo mere ICM er tro mod ACT modellen, desto bedre effekt er der på varigheden af indlæggelserne.

4.1.6. Psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik

Evidensvurderingen ift. tværfaglig udgående behandling til patienter med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik er baseret på en retningslinje samt én oversigtsartikel (16), som undersøger en intervention som består af udgående, tværfaglige teams som anvender ACT til voksne patienter med svære psykiske lidelser og rusmiddelproblematikker. Oversigtsartiklen vurderes til at være af høj kvalitet og inkluderer fire randomiserede studier. I retningslinjen af APA publiceret i 2021, vurderes det, at det er usikkert, om ACT har en effekt ift. mennesker med psykiske lidelser og samtidige rusmiddelproblematikker.

Ifølge effektestimaterne er der ingen effekt af interventionen. Ud fra en kvalitetsvurdering af de enkelte studier via GRADE vurderes kvaliteten af evidensen til at være lav til meget lav, og tiltroen til resultaterne er derfor usikker.

4.1.7. Ældre

Der er kun identificeret én systematisk oversigtsartikel (17), som undersøger effekten af tværfaglig hjemmebehandling til ældre over 60 år med en psykiatrisk diagnose. Oversigtsartiklen består af tre randomiserede kontrollerede studier, og vurderes metodisk til at være af lav kvalitet.

To af studierne undersøger effekten af psyko-geriatrike teams, mens det tredje studie undersøger effekten af ACT. Alle studier sammenlignes med standardbehandling, som består af støtte fra egen læge eller konventionel ambulant behandling. Kvaliteten af studierne vurderes i oversigtsartiklen til at være af moderat kvalitet, og viser at psyko-geriatrik hjemmebehandling muligvis reducerer depressive symptomer samt øger funktionsniveauet og livskvaliteten. Det studie som undersøger ACT viser, at ACT muligvis øger tilknytningen til de forskellige behandlingstilbud samt reducerer risiko for frafald.

Samlet set vurderes evidensen at være usikker.

4.1.8. Housing First i kombination med udgående psykiatrisk behandling

Der blev ikke fundet studier, som direkte undersøger effekten af en intervention, som svarer til de botilbudsteam, som i dag er etableret i nogle regioner. Flere studier undersøger effekten af interventionen Housing First (HF) i kombination med ACT eller ICM, som ikke direkte kan sammenlignes med botilbudsteam, men indeholder nogle af de samme elementer. Nedenfor beskrives derfor evidensen for HF i kombination med udgående psykiatrisk behandling.

Der blev i alt identificeret 13 relevante randomiserede kontrollerede undersøgelser (18-28), som undersøger effekten af "housing first" (HF). HF er en helhedsorienteret tilgang til hjemløshed, hvor borgeren tilbydes en selvstændig bolig og samtidig modtager individuelt tilrettelagt bostøtte. På tværs af de enkelte studier tilbydes HF i forskellige kombinationer med ACT eller ICM. Størstedelen af disse studier stammer fra ét stort multicentrestudie udført i Canada. Ni af studierne bygger således på samme studieprotokol, hvor man i årenes løb har foretaget ændringer i protokollen. Der er med al sandsynlighed tale om de samme patienter, som man analyserer på forskellige vis (18-25). To studier bygger på det samme multicentrestudie fra Frankrig, hvoraf det ene undersøger effekten efter 2 år og det andet efter 4 år (18-25). Det resterende studie er et selvstændigt studie med egen studieprotokol (28). Risiko for bias vurderes til at være høj i alle studierne, hvilket overvejende skyldes manglende blinding og risiko for selektiv rapportering af effektmål.

Den samlede vurdering er, at HF kombineret med ACT muligvis øger antallet af patienter som er i en stabil boligsituation, gør at patienterne hurtigere får en bolig og har en bolig i længere tid, samt øger livskvaliteten over en 2-årig periode. Over en 7-årig periode var der en reduktion i antallet af indlæggelsesdage, antal besøg på skadestuen samt antallet af anholdelser, ligesom der sås en effekt ift. opnåelse af stabil boligsituation og funktionsevne. For deltagere med skizofreni som skal opstartes i medicin, er der muligvis en større adhærence til antipsykotisk medicin hos dem der modtager HF kombineret med ACT indenfor en 2-årig periode.

Der henvises til bilag 2 med henblik på en beskrivelse af resultaterne fra de enkelte studier, herunder beskrives resultater for de studier som fokuserer på specifikke subgrupper og forskellige opfølgningstider.

4.2. Tværfaglige udgående teams målrettet børn og unge

Ved litteratursøgningen blev der kun identificeret én systematisk oversigtsartikel (29), som undersøger effekten af tværfaglige udgående teams målrettet børn og unge. Denne omhandler interventionen youth-ACT til børn og unge i alderen 6-18 år med svære psykiske lidelser, som har været vanskelige at fastholde i andre

behandlingsindsatser. Oversigtsartiklen inkluderer otte studier, og vurderes til at være af lav kvalitet. Resultaterne beskrives narrativt i artiklen, og de inkluderede studier har forskellige studiedesigns, og er af metodisk lav kvalitet og med manglende kontrolgruppe. Evidensen vurderes derfor usikker, og det er ikke muligt at konkludere noget om effekten, blandt andet fordi resultaterne på tværs af studierne er heterogene.

5. Kortlægning af regionale tværfaglige udgående teams

Der er gennem en årrække sket en øget specialisering inden for den ambulante psykiatriske behandling med etablering af flere målgruppespecifikke tværfaglige udgående teams. Det er dog erfaringen, at der for en del af de tværfaglige udgående teams er forskelle i det faglige indhold, graden af tværfaglighed, tilgængelighed, koordinering og samarbejde med andre indsatser mm. på tværs af landet.

De tværfaglige udgående teams er typisk målrettet specifikke grupper, enten baseret på diagnoser, sværhedsgrad af psykisk lidelse/funktionsniveau eller samtidige problemstillinger såsom rusmiddelproblematik, retslige foranstaltninger eller lignende. F-ACT-teams udgør i dag den mest udbredte model for tværfaglige udgående teams i Danmark. Andre udgående teams fokuserer på behandling til fx personer med debuterende psykoselidelser (OPUS-teams), personer med samtidigt stofmisbrug, retslige foranstaltninger eller ældre patienter. Derudover findes der teams, der arbejder med akut opstået eller forværret psykisk lidelse, hvor patienten ikke nødvendigvis behøver en forudgående visitation.

Alle fem regioner har indsendt beskrivelser af de behandlingstilbud, der tilbydes gennem tværfaglige udgående teams i deres region, og har efterfølgende fået mulighed for at kvalificere afrapporteringen i denne rapport. Formålet har været at skabe et overblik over de nuværende indsatser og organiseringen samt identificere, hvilke målgrupper der indgår i de forskellige tilbud, sammensætningen og kompetencerne hos personalet og ikke mindst, hvilket fagligt indhold indsatserne består af, samt eventuelle erfaringer med brugen af disse teams.

5.1. Tværfaglige udgående teams målrettet voksne

Nedenfor vil de forskellige regionale tværfaglige teams målrettet voksne patienter blive gennemgået. Disse teams er OPUS, F-ACT, akutteams, udgående funktion henvendt til ældre, udgående retspsykiatriske teams og øvrige udgående teams.

5.1.1. Tidlig intervention ved psykoselidelser (OPUS)

OPUS er et behandlingsforløb med en varighed i op til 2 år målrettet unge mellem 18-35 år med debuterende psykose og/eller nyligt diagnosticeret skizofreni. I tabel 1 ses et overblik over ligheder og variationer mellem regionerne i forhold til udbredelsen af OPUS. I Region Midtjylland tilbydes OPUS til voksne op til 67 år, mens Region Sjælland har organiseret sig i hhv. OPUS, som behandler patienter med debuterende psykoselidelse, og i TOP, som beskæftiger sig med tidlig opsporing af psykose hos personer fra 15 år. Det er altså forskelligt på tværs af regionerne, hvilke aldersgrupper, der tilbydes behandling i OPUS.

Patienter, der er i behandling i OPUS, har ofte ugentlige kontaktpersonsamtaler, der suppleres med for eksempel psykoedukation, social færdighedstræning, eller andre behandlingsindsatser. Indsatsen er tværfaglig og i teamet indgår som oftest speciallæger, sygeplejersker, ergoterapeuter, fysioterapeuter og psykologer. Nogle steder er peer-medarbejdere også en fast bestanddel af personalegruppen. Patienten er som oftest visiteret til tilbuddet af praktiserende læger, et somatisk eller psykiatrisk sygehus eller privatpraktiserende psykiatere.

På baggrund af regionernes indmeldte beskrivelse af OPUS, vurderes det, at det faglige indhold (behandlingen) i alle regionerne overordnet set er på linje med OPUS-modellen, men at der er betydelige forskelle i både målgruppeafgrænsningen og organiseringen af behandlingstilbuddet.

Tabel 1: Oversigt over OPUS-teams

	Målgruppe	Patient-/behandler-ratio (caseload)	Personalesammensætning	Organisering
Region Hovedstaden	Patienter i alderen 18-35 år med debuterende psykose, som kan udvikle sig til skizofrenispektrum lidelser (F20-spektrum).	Varierende og afhængig af patientoptag. Gennemsnitligt 12-14 patienter pr. primærbehandler.	Sekretærer, sygeplejersker, psykologer/specialpsykologer, socialrådgivere, ergoterapeuter/fysioterapeuter og læger.	Fem OPUS-ambulatorier- ét på hvert af de fem store almenpsykiatriske centre (Amager, København, Glostrup, Ballerup og Nordsjælland). Et ambulatorie består af 1-4 teams.
Region Midtjylland	Patienter i alderen 18-67 år, som for første gang skal i behandling for skizofreni.	Gennemsnitligt 12-15 patienter pr. primærbehandler.	Ergoterapeuter, psykologer og sygeplejersker, der fungerer som primærbehandlere. Endvidere er der tilknyttet læger, fysioterapeut, socialrådgiver, recoverymentor og sekretærer.	Ét OPUS team, som er forankret i Afdeling for Psykoser, Aarhus Universitetshospital. Regionspsykiatrierne arbejder ikke med selvstændige OPUS-team. I stedet udbydes behandlingen til incident skizofreni i pakkeforløb i regi af psykoseteams.
Region Sjælland	Patienter i alderen 14-35 år, der for første gang får symptomer på en psykose (OPUS). Regionens indsats for tidlig opsporing af psykose (TOP) henvender sig til personer i alderen 15-65 år.	OPUS: Antal patienter i behandling, opgjort i november 2022 var 377. Gennemsnitligt 14 patienter pr. behandler. TOP: Antal telefonsamtaler årligt var ca. 300. Antal patientkontakter med fremmøde var 130.	OPUS: læger, sygeplejersker, ergoterapeuter og psykologer. I alt 36 OPUS-behandlere, hvor ikke alle er på fuld tid. TOP: fire sygeplejersker, suppleret med tværfaglig konference.	Der er mulighed for OPUS behandling i alle Distriktspsykiatrier i Region Sjælland. TOP-teamet dækker hele regionen (organiseret under Kompetencecenter for debuterende psykose i Psykiatrien Øst).

Region Nordjylland	Patienter i alderen 18-35 år nydiagnosticeret med skizofreni.	Caseload pr. behandler er ikke oplyst, men ambulatorieret havde i april 2023 ca. 110 - 120 patienter i forløb.	Læger, psykologer, sygeplejersker og ergoterapeuter, hvor de tre sidstnævnte er primærbehandlere. Derudover bistand fra psykose-områdetets socialrådgivere, og i nogle forløb indgår også musikerterapeuter, fysioterapeuter og kostvejleder.	Ambulatorium for Unge med Skizofreni (OPUS) er en del af Almenpsykiatrisk afdeling, Syd i Psykiatrien, Region Nordjylland. Ambulatoriet dækker hele regionen.
Region Syddanmark	Patienter under 30 år med nydiagnosticeret skizofreni.	Caseload er ikke fast defineret.	Ledende overlæge, specialpsykolog, sygeplejerske, ergoterapeut og socialrådgiver.	Tre teams er forankret ved psykiatrisk afdeling. Hhv. Esbjerg, Odense og Aabenraa.

5.1.2. F-ACT

Et F-ACT-team varetager fleksibel, udgående og opsøgende psykiatrisk behandling. Indsatsen er fleksibel og intensiv og henvender sig til mennesker med svær psykisk sygdom, særligt psykoselidelser, men i flere regioner indgår også patienter med misbrug og/eller en retslig foranstaltning. F-ACT-modellen er en hollandsk udviklet model, der bygger på modellen Assertive Community Treatment (ACT), og som er implementeret i en tilpasset version i Danmark.

Tabel 2 viser, at den regionale ambulante psykiatri i varierende grad har organiseret sig i F-ACT-teams, der typisk er forankret i lokal-/distrikpsykiatrien, og nogle steder, fx i Region Hovedstaden, er distrikpsykiatrien omorganiseret til kun at bestå af F-ACT teams, mens Region Syddanmark og Region Sjælland beskriver, at deres 21 F-ACT-teams er lokaliseret i eller under distrikpsykiatrierne. Målgruppen for indsatsen er primært voksne med psykoselidelser, der har behov for intensiv behandling.

I Region Hovedstaden og i Region Sjælland har man også F-ACT Bipolarteam, som er organiseret på samme måde som et alment F-ACT-Team, men som varetager behandling for mennesker med bipolar lidelse, som har brug for et fleksibelt behandlingstilbud. F-ACT bipolar er i Region Hovedstaden tilknyttet et forskningsprojekt, som skal undersøge effekten af interventionen.

I Region Hovedstaden er nogle botilbudsteams¹ også forankret i F-ACT, andre steder med selvstændig ledelse. I Region Sjælland har man også F-ACT-Botilbudsteams, som henvender sig til voksne, der er bosat på et regionalt, kommunalt, selvejende eller privat bosted, og som har behov for tværfaglig ambulante behandling. Region Midtjylland har også udgående funktion til bosteder.

Region Hovedstaden har desuden seks F-ACT-teams med en herberg-/forsorgshjemsfunktion.

På baggrund af regionernes indmeldelser ses det, at alle regioner har etableret F-ACT-teams som på nogle områder har en ensartet organisering, men hvor der også er stor variation ift. målgruppeafgrænsning, forankring, udbredelse mm.

¹ Botilbudsteams varetager den psykiatriske behandling og opfølgning for henviste beboere på botilbud.

Tabel 2: Oversigt over F-ACT-teams

	Målgruppe	Patient/behandler-ratio (caseload)	Personalesammensætning	Organisering
Region Hovedstaden	<p>Patienter i alderen 18-70 år med psykoselidelser, bipolare lidelser og komplicerede ikke-psykotiske lidelser, som vanskeliggør og forhindrer patienten i at følge et pakkeforløb. Desuden også patienter med rusmiddelproblematik, på bosteder eller med retslige foranstaltninger, der tilhører ovennævnte diagnosegrupper.</p>	<p>De 41 F-ACT-teams har i 2022 fået ca. 7500 nye patienter henvist. Et team har 150-230 patienter tilknyttet. Caseload pr. medarbejder er 30-45, men der arbejdes med shared caseload.</p>	<p>Sygeplejersker, specialpsykologer/psykologer, ergoterapeuter, recovery-mentorer, socialrådgivere og læger.</p> <p>Behandling varetages af en fast kontaktperson, når patienten er i en stabil fase. Intensiv (ACT) teambehandling indebærer, at patienterne har kontakt med flere teammedlemmer. Patienten beholder sin faste kontaktperson og læge uanset hvilken behandling, der tilbydes.</p>	<p>15 psykiatriske ambulatorier med et til fire teams, og i alt 41 teams. I alt seks psykiatriske centre (Amager, København, Glostrup, Ballerup, Nordsjælland og Bornholm) med samlet 15 psykiatriske ambulatorier arbejder efter F-ACT modellen, og i hvert ambulatorium er der et til fire teams.</p> <p>Den tidligere lokal-psykiatri som var organiseret i Distriktspsykiatriske teams og Opsøgende psykose teams er omorganiseret til F-ACT.</p> <p>Regionen har desuden seks F-ACT-teams med en herberg-/forsorgshjemsfunktion.</p>
Region Midtjylland	<p>Personer på 18 år og derover med alvorlig psykisk lidelse.</p>	<p>Caseload er 300-350 patienter pr. team.</p>	<p>Læger, psykologer, recovery-mentorer/peer-medarbejdere, sygeplejersker, socialrådgivere, ergoterapeuter og fysioterapeuter. Derudover er der også repræsenteret kompetencer inden for misbrug og retspsykiatri.</p>	<p>Tre teams er tilknyttet Afdeling for Psykoser, Aarhus Universitetshospital, og er derfor målrettet patienter med psykoselidelser. Hvert team har en særlig samarbejdsrelation med et sengeafsnit og konkrete botilbud i Aarhus Kommune.</p> <p>Et team er tilknyttet Regionspsykiatrien Midt, og er målrettet de udsatte borgere med svære psykiske lidelser. Her anvendes en F-ACT-model som ligger sig tættere op ad den hollandske (tværsektoriel), og hvor der er etableret samarbejde med kommunerne; Skive, Viborg og Silkeborg.</p>

Region Sjælland	Patienter over 18 år, med behandlingsbehov i almen- og ældrepsykiatrien.	Caseload pr. behandler er ikke oplyst, men hvert team har i gennemsnit 240 patienter tilknyttet.	Læger, psykologer, sygeplejersker, ergoterapeuter/fysioterapeuter/socialpædagoger, socialrådgivere samt peermedarbejdere. Funktionen som klinisk kontaktperson kan varetages af en psykolog, en sygeplejerske, en ergoterapeut, en fysioterapeut, en socialpædagog eller en socialrådgiver.	Der er i alt 21 F-ACT-teams organiseret under distriktspsykiatrierne. Heraf tre specialiserede teams for patienter med bipolar lidelse, tre ældreteams (over 70 år), to specialiserede teams for botilbudspatienter samt specialfunktion ift. botilbudsstøtte i flere af de almenene F-ACT-teams. For patienter med bipolar lidelse er der etableret et team pr. afdeling, som dækker hele afdelingens geografi. Indsatsen i forhold til patienter på botilbud er organiseret forskelligt i de tre afdelinger.
Region Nordjylland	Patienter over 18 år primært indenfor psykoseområdet.	Caseload pr. kontaktperson er ikke oplyst, men på et år er der tilknyttet ca. 2.100 patienter til de otte F-ACT-teams, og hvert team har tilknyttet mellem 200-350 patienter.	Læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, social- og sundhedsassistenter (ikke alle teams) og peermedarbejdere.	Der er etableret otte F-ACT-teams, som dækker hele regionen, og er forankret i den ambulante psykiatri.
Region Sydjylland	Patienter over 18 år med komplekse psykiske lidelser. Det varierer, hvorvidt målgruppen er diagnosespecifik.	Caseload er ikke fast defineret.	Læger, sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere, fysioterapeuter, ergoterapeuter, peermedarbejdere mv.	Implementeringen er i gang i alle afdelinger, og målsætningen er, at der skal være mindst et F-ACT-team i hver af psykiatrisygehusets 13 lokalpsykiatrier ved udgangen af 2024.

5.1.3. Akutteams

Alle regioner har akut-teams målrettet mennesker med akut opstået eller forværret psykisk lidelse (Tabel 3), og hvor den enkelte kan tilbydes besøg af et akutteam fremfor en akut indlæggelse i psykiatrien. Det er på tværs af regionerne forskelligt, hvad formålet er med akutteamet og hvad den akutte indsats indeholder. I nogle regioner er akutteams internt organiseret forskelligt.

Region Midtjylland har fx syv akutteams, der er organiseret på flere måder. Typisk kan et team aktiveres i tilfælde, hvor patienter kan udskrives, hvis de efterfølgende støttes med en intensiv opfølgning i en kortere periode, eller hvor indlæggelse kan forebygges gennem en kortvarig intensiv støtte.

I Region Syddanmark har man også etableret flere typer af akutteams. Fx en mobil skadestue, der er et forløb på max. fire uger til personer fra 18 år, som har været indlagt på et døgnafsnit i afdelingen, og som efter udskrivelse har behov for opfølgning i en ambulans udslusningsperiode eller som er i akut psykiatrisk krise, som alternativ til behandling under indlæggelse. Regionen har også en akut psykiatrisk udrykningstjeneste (APU-teams), som kan kontaktes af politi, praktiserende læge, botilbud med samarbejdsaftale og vagtlæge, som har behov for vejledning i håndtering af borgere/patienter.

I flere regioner er akutteams forankret i de psykiatriske akutmodtagelser eller i de udgående ambulante teams. Det er forskelligt, hvordan personalet er sammensat. De fleste teams er bemandede af læger og sygeplejersker, men nogle steder også af psykologer og socialrådgivere.

Table 3: Oversigt over akutteams

	Målgruppe	Personalesammen-sætning	Organise-ring	Visitation	Fagligt indhold
Region Hoved-staden	Patienter over 18 år med behov for kortvarig ambulans akut opfølgning, der kan afkorte eller anvendes i stedet for en indlæggelse, og som ikke er i målgruppen for andre ambulante tilbud, som vil kunne varetage opfølgningen. Andre teams forudsættes selv at kunne varetage akut opfølgende og stabiliserende behandling til patienter, der modtager behandling fra eller er i målgruppen for et af disse tilbud.	Primært sygeplejersker, psykologer, socialrådgivere og læger.	5 akutteams og 1 udgående psykiatrisk team, som arbejder efter samme patientforløbsbeskrivelse, men har en kortere åbnings-tid pga. teamets størrelse.	Interne henvisninger fra primært akutmodtagelser, sengeafsnit eller Fælles-telefonen for de psykiatriske akutmodtagelser.	Der kan visiteres til tre forløb: Afklarende, forberedende og stabiliserende forløb. I det afklarende forløb behandles den akutte problemstilling og behov for opfølgende behandling i primærsektor eller relevant psykiatrisk behandling afklares. I det forberedende forløb støttes patienten til at kunne starte i et ambulans forløb. I det stabiliserende forløb, har patienten allerede et aktivt behandlingsforløb, men har brug for et kort stabiliserende behandlingsforløb, som alternativ til indlæggelse på et åbent afsnit.
Region Midtjyl-land	Personer over 18 år med akut opstået eller forværret psykisk lidelse, eller hvor patienten kan understøttes i tidligere udskrivelse ved intensiv opfølgning i en kortere periode.	Sygeplejersker, social- og sundhedsassistenter og pædagoger. Primært erfarent personale. Hvis der ikke indgår læger i teamet, er der adgang til bistand fra læger.	Syv teams som er organiseret forskelligt dækker hele regionen. Tilgængelighed og bemanning varierer efter lokale behov. Patienten kan typisk ses i hjemmet eller ambulans.	Visitation foregår via Akutmodtagelse, hurtige Ambulante Tider, klinikker og sengeafsnit. Nogle teams modtager henvisninger fra praktiserende læger, sengeafdelinger, bostøtte osv.	Alle afdelinger i voksenpsykiatrien, Region Midtjylland har akutteams som har til formål at forebygge indlæggelser og genindlæggelser, medvirke til tidlig udskrivelse, lette overgangen fra indlæggelse til udskrivelse samt sikre samarbejde med relevante samarbejdspartnere, herunder andre pårørende, bosteder, kommuner og praktiserende læger. Alle teams tilbyder intensive behandlingsforløb på 2-12 uger. Patienterne har mulighed for kontakt med psykiatrien op til flere gange dagligt.

Region Sjælland	Patienter over 18 år uanset diagnose, nye eller kendte, som henvender sig i psykiatrisk akutmodtagelse med nyopstået eller akut forværring af psykisk lidelse, og som alternativt skulle indlægges eller tilbydes akut ambulans opfølgning i andet regi. Eller patienter som udskrives til hjemmet fra psykiatrisk akutmodtagelse eller sengeafsnit, med behov for tæt opfølgning, samt vurdering af om patienten skal henvises til et ambulans tilbud.	Sygeplejersker, sekretær, læger, psykologer og socialrådgivere.	Der er tre teams, som har åbent alle hverdage og lørdag i dagtimerne, og som samarbejder både med sengeafsnit og med de lokale psykiatriske klinikker og distriktspsykiatrier.	Patienten kan henvises fra psykiatrisk akutmodtagelse eller fra sengeafsnit.	Det tilstræbes, at patienten kontaktes inden for 24 timer efter visitation, og senest inden for 48 timer. Der gives mulighed for akutte og planlagte hjemmebesøg, medicinsk behandling og udarbejdelse af behandlingsplan senest ved 3. kontakt, psykoedukation og tværfaglig indsats. Perioden for indsatsen er på seks uger eller frem til overgangen til andet regi.
Region Nordjylland	Patienter over 18 år med behov for en hurtig og intensiv indsats over en kortere periode i eget hjem. Målgruppen er primært patienter, som har affektive sindslidelser, men også patienter, som har personlighedsforstyrrelser eller tilpasningsreaktioner.	Primært sygeplejersker og i nogle teams også en social- og sundhedsassistent. Hertil kommer samarbejde med læger og andre faggrupper fra psykiatrien.	Tre mobilteams tilknyttet tre åbne sengeafsnit. Teamet kan kontaktes i dagtimerne på hverdage. Ved kontakt på andre tidspunkter, henvises til det sengeafsnit, som teamet er tilknyttet eller til PAM.	Primært intern henvisning fra de sengeafsnit, teamet er tilknyttet. Dette med henblik på ambulans opfølgning efter indlæggelse, hvor der ydes støtte i patientens eget hjem gennem besøg og/eller ved telefonisk kontakt.	Teamet kan være et alternativ til indlæggelse og en hjælp i den første tid efter udskrivelse fra sengeafsnittet. Hvis lægen vurderer, at der er brug for mere støtte i den første tid efter udskrivning er det muligt at få tilbud om at modtage behandling via mobilteamet i en periode på op til 30 dage.
Region Syd Danmark	Mobil skadestue til patienter over 18 år med psykiatrisk diagnose, som har været indlagt og har behov for ambulans opfølgning i en udslusningsperiode - eller er i akut psykiatrisk krise. Akutpsykiatrisk udrykningstjeneste (APU) er et tilbud til samarbejdspartnere – fx politi, praktiserende læge eller botilbud. Henvendelser til APU skal omhandle voksne borgere	Mobil skadestue: Tværfagligt personale, herunder pædagoger, SSA, sygeplejersker. APU: Psykiatrisk sygeplejerske.	Der er fem teams ift. mobil skadestue. Vedr. akut udrykningstjeneste er der fire teams, som er forankret på tværs af de fire psykiatriske akutmodtagelser. Tilbuddet er døgnbemandet. I	Mobil skadestue: Læge i akutmodtagelse visiterer til mobil skadestue på baggrund af patientsamtale. APU: Samarbejdspartnere henvender sig telefonisk og i samarbejde med psykiatrisk	Mobil skadestue tager kontakt til patienten indenfor 24 timer, hvor der tilbydes opfølgning på en henvendelse i psykiatrisk akutmodtagelse eller efter udskrivelse. Behandlingsforløbet kan have en varighed på op til fire uger. APU: Bemandes af en erfaren psykiatrisk sygeplejerske, som yder psykiatrifaglig rådgivning og vejledning af samarbejdspartnere i akutte situationer.

	fra 18 år uanset evt. diagnose.		tidsrummet 21-13 dækkes tilbuddet af et team.	sygeplejerske vurderes behov.	
--	---------------------------------	--	---	-------------------------------	--

5.1.4. Udgående funktion målrettet ældre patienter

Alle regioner, fraset Region Syddanmark, har i varierende grad etableret udgående teams, der henvender sig til ældre patienter med psykiatriske diagnoser (se tabel 4 nedenfor). Region Sjælland beskriver, at deres indsats svarer til F-ACT-teams, blot med de ældre som målgruppe. Region Hovedstaden er ved at implementere F-ACT i de ældrepsykiatriske teams, som allerede er udgående i forhold til patienter, der har behov for det. Region Midtjylland har tre teams for ældre med en udgående funktion.

Overordnet er der tale om et uensartet tilbud på tværs af regionerne, hvoraf Region Syddanmark ikke har etableret nogen udgående funktion specifikt henvendt til ældre.

Tabel 4: Oversigt over udgående funktion målrettet ældre patienter

	Målgruppe	Patient/behandler-ratio (caseload)	Personalesammensætning	Organisering	Fagligt indhold
Region Hovedstaden	Patienter med psykiatrisk lidelse på 70+ år, som ikke kan behandles i primær- eller sekundærsektoren.	Ca. 50-60 patienter pr. medarbejder. Nogle patienter ses ugentligt, andre hver 2. eller 3. uge. Patienter som ikke kan afsluttes pga. medicinsk behandling ses mindre hyppigt.	Læger, sygeplejersker, en psykolog og en socialrådgiver på deltid samt en sekretær.	Der er 5 ældrepsykiatriske teams, hvoraf det ene (Glostrup) desuden har hoved- og regionsfunktion.	Patienterne møder i ambulatoriet hvis de har mulighed for dette, og ellers tilbydes hjemmebesøg. Nogle teams besøger altid patienten hjemme ved første kontakt.
Region Midtjylland	Patienter over 67 år med psykisk lidelse eller demens.	Vides ikke.	Sygeplejersker, læger, psykologer og lægesekretærer.	Tre forskellige teams med en udgående funktion, der er tilpasset den enkelte patients behov.	Behandlingen består primært af samtaler, psykoedukation, medicinsk behandling, evt. NADA-behandling, og støtte i at inddrage relevante samarbejdspartnere. Ved demens tilbydes typisk medicinsk behandling og en kortere opfølgingsperiode med hjemmebesøg.

Region Sjælland	Patienter over 70 år med behandlingsbehov i almen- og ældrepsykiatrien.	Ligesom F-ACT	Ligesom F-ACT	Tre teams, der er organiseret som F-ACT. Ældrepsykiatrien har et team pr. afdeling.	Baseret på F-ACT modellen.
Region Nordjylland	Målgruppen er patienter med demens uanset alder. Patienter på Ældrepsykiatrisk Sengeafsnit, som efter en indlæggelse har brug for særlig støtte.	Vides ikke, men ved behandling fra mobilteamet vil patienten i en periode på op til 30 dage jævnligt få besøg af en behandler.	Sygeplejersker og social- og sundhedsassistenter, men der kan også trækkes på læger og andre faggrupper fra Psykiatrien.	Tilknyttet Ældrepsykiatrisk Sengeafsnit N4, Ældrepsykiatrisk Afdeling. Tæt samarbejde med ældrepsykiatrisk sengeafsnit og ambulatorium.	Behandling opstartes under indlæggelsen, hvis lægen vurderer, at der efter udskrivelse er behov for ekstra støtte. Behandlingen er primært besøg og telefonisk kontakt på plejehjem, hvor behandleren sparrer med plejepersonale i forhold til plejefaglige tiltag.
Region Syddanmark	Der er ikke særskilte udgående teams for ældre.				

5.1.5. Udgående retspsykiatriske teams

Alle regioner har retspsykiatriske teams, der henvender sig til borgere med psykiske lidelser og en samtidig retslig foranstaltning (Tabel 5). Ofte har borgerne en dom til behandling, samt komplekse, sociale problemstillinger. Flere regioner beskriver, at indsatsen foregår i et tæt samspil med andre aktører, som fx socialpsykiatrien, kriminalforsorgen, kommuner osv. På tværs af regionerne arbejder de udgående teams generelt med behandling af den psykiske lidelse, samtidig med, at der arbejdes med forebyggelse af ny kriminalitet. Derudover er de udgående teams tværfaglige, og i Region Syddanmark beskrives det, at speciallægerne i teamet har en retspsykiatrisk ekspertuddannelse.

Tabel 5: Udgående retspsykiatriske teams

	Målgruppe	Patient/behandler-ratio (caseload)	Personalesammensætning	Organisering	Fagligt indhold
Region Hovedstaden	Patienter over 18 år som er udskrevet med en retslig foranstaltning og patienter med en retslig foranstaltning, som har komplekse	Ikke oplyst	Teamleder, læge, sygeplejersker, socialrådgiver og en sekretær.	Teamet er tilknyttet afdeling R på Psykiatrisk Center Sct. Hans, men er fysisk beliggende i Glostrup og Østerbro. Overlægen i ambulatoriet er behandlingsansvarlig for alle patientforløb i teamet.	Formålet er at behandle den psykiske lidelse og reducere risikoen for fornyet kriminalitet, herunder også at nedbringe behov for genindlæggelse, og øge kontinuiteten i behandlingen, samt at

	problemstillinger.			Behandlingsforløbet forgår i tæt samspil med en række andre aktører som hospitaler, kommuner, socialpsykiatri, misbrugsinstitutioner, kriminalforsorg, pårørende etc.	hjælpe patienten til at fungere i eget hjem. Teamet styrker patientens relation til behandlingen i samarbejde med de øvrige aktører.
Region Midtjylland	Patienter over 18 år med en psykiatrisk diagnose og en behandlingsdom.	Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital: teamet følger ca. 80 patienter. Personalet har også andre opgaver, og caseload derfor ikke oplyst. Regionspsykiatrien Midt, Klinik for Retspsykiatri: 117 patienter tilknyttet klinikken på nuværende tidspunkt fordelt på otte medarbejdere med behandlingsfunktion.	Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital: speciallæger med retspsykiatrisk ekspertuddannelse, specialsygeplejersker, socialrådgivere, specialpsykolog og lægesekretærer. Regionspsykiatrien Midt, Klinik for Retspsykiatri: Speciallæger i psykiatri, sygeplejersker, socialrådgivere, psykologer og sekretærer.	Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital og Regionspsykiatrien Midt, Klinik for Retspsykiatri.	Retspsykiatrisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital: Teamet besøger som udgangspunkt patienterne en gang om ugen. I stabile perioder kan patienter ses op til hver dag. Behandlingen tilrettelægges individuelt og i tæt samarbejde med Kriminalforsorgen og kommunale instanser. Regionspsykiatrien Midt, Klinik for Retspsykiatri: Behandling foregår som udgangspunkt i klinikken, men kan i nogle tilfælde også foregå hjemme hos patienten, på bosted eller over telefon/video.
Region Sjælland	Psykiatriske patienter over 18 år med dom til behandling. Forløbet kan være kompliceret af fx rusmiddelproblemer, sociale problemstillinger eller risikoen for fornyet kriminalitet.	Ét team med plads til 145 patienter. De to overlæger har ca. halvdelen af patienterne hver, sygeplejerskerne og SSA fungerer som kontaktperson, og har mellem 10 og 19 patienter hver.	To overlæger, 11 sygeplejersker, en SSA og en sekretær. Der er tæt samarbejde mellem lægerne og de respektive kontaktpersoner.	Tilknyttet Region Sjællands retspsykiatri med kompetencecenter i Slagelse. Teamet har en udekørende funktion og dækker hele regionen.	Støttende indsats med fokus på den koordinerede indsatsplan (KIP) i samarbejde med kommunen, kriminalforsorgen og socialpsykiatrien samt andre relevante samarbejdspartnere. Patienterne støttes til rusmiddelbehandling i det omfang, det kan lade sig gøre. Teamet arbejder ligeledes recovery-orienteret.

Region Nordjylland	Patienter over 18 år med dom til behandling, og hvor der ikke er behov for eller krav om, at behandlingen skal foregå under indlæggelse. Patienterne har forskellige psykiske lidelser - eller er under udredning.	Ikke oplyst, men ambulatoriet har årligt ca. 110 patienter og aktuelt (april 2023) ca. 90 patienter.	Speciallæger i psykiatri, ambulatoriesygeplejerske og ved behov socialrådgiver og psykolog.	Ambulatorieret er en del af Retspsykiatrisk Afdeling og er fysisk placeret i Psykiatrien i Aalborg.	Behandling på regionfunktionsniveau. Behandlingen tilrettelægges individuelt under hensyntagen til både psykisk tilstand og risiko for kriminalitet. Ved behandlingens start foretages en vurdering af risiko for fornyet kriminalitet og laves en behandlingsplan. Behandlingsplanen dækker hele behandlingsforløbet uafhængigt af, om patienten er indlagt eller ambulat.
Region Syddanmark	Patienter over 18 år med en behandlingsdom.	Er ikke fast defineret. Der er fire teams og cirka 600 patienter.	Tværfaglige kompetencer, blandt andet specialsygeplejersker, speciallæger i psykiatri med retspsykiatrisk ekspertuddannelse.	Psykiatrisk afdeling Middelfart har udefunktion i lokalpsykiatrierne rundt i hele regionen.	Opsøgende og udekørende behandling, herunder koordinering med Kriminalforsorgen, kommunale indstanser m.fl. Behandlingen tilrettelægges individuelt under hensyntagen til både psykisk tilstand og risiko for kriminalitet.

5.1.6. Øvrige udgående teams

Der findes forskellige andre målgruppespecifikke udgående teams på tværs af regionerne, hvoraf Region Hovedstaden har flest.

Region Hovedstaden og Region Midtjylland har indsatser til patienter med psykisk lidelse og samtidigt misbrug. I Region Hovedstaden foregår det i et specialambulatorium, som også tilbyder opsøgende kontakt, mens det i Region Midtjylland er forankret i Afdeling for Psykoser, Aarhus Universitetshospital Psykiatrien.

I Region Nordjylland findes der en indsats, der forsøger at nedbringe antipsykotisk medicin blandt beboere med demens på plejecentrene. Projektet er henvendt til frontpersonalet på plejecentrene, som kan få rådgivning og vejledning.

Region Hovedstaden har teams målrettet mennesker, der har en psykisk lidelse og bor på gaden (gadeplansteams). Tilbuddet er forankret i Psykiatrisk Center Amager. Region Hovedstaden har desuden en udgående funktion henvendt til voksne flygtninge eller familiesammenførte til flygtninge med traumer, som er forankret i Psykiatrisk Center Ballerup, der har en regionsfunktion for traumatiserede flygtninge.

Region Midtjylland har desuden regionsdækkende selvskade- og botilbudsteams. Selvskadeteams har fokus på både forebyggende og opfølgende indsatser forankret i patientens nærmiljø, samt akutte indsatser i psykiatrien og/eller somatik målrettet patienten og sundhedspersonale. Botilbudsteams er målrettet personale på bosteder og borgere på bosteder.

Slutteligt har både Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark Oligofrenopsykiatriske teams, der behandler udviklingshæmmede med psykisk lidelse.

5.2. Tværfaglige udgående teams målrettet børn og unge

Regionernes tværfaglige udgående teams til børn og unge er væsentligt mindre målgruppenspecifikke, og synes i højere grad defineret af lokale behov og organiseringer, sammenlignet med de tværfaglige udgående teams til voksne. Nedenfor er de tværfaglige udgående teams opdelt i 'psykoseteams' og 'øvrige udgående funktioner til børn og unge'.

5.2.1. Psykoseteams

Psykoseteams til børn og unge er etableret i alle regioner, fraset Region Nordjylland (se tabel 6).

I Region Hovedstaden afprøves i øjeblikket OPUS YOUNG, som er en to-årig intensiv behandlingsindsats for 12-17-årige børn og unge med psykotiske symptomer og deres familier. Her bliver patienten tilknyttet en fast primærbehandler, som er tovholder for behandlingen igennem de to år, og som skal sikre, at der er sammenhæng i behandling, social indsats, skole- og beskæftigelse, samt at der er en god overgang til anden behandling efter endt behandling i OPUS-Young. Også Region Midtjylland og Region Syddanmark har OPUS-teams til børn, som umiddelbart indeholder samme behandlingsprincipper som i Region Hovedstaden. Region Sjælland har organiseret sig i hhv. OPUS, som behandler patienter med debuterende psykose, og i TOP, som beskæftiger sig med tidlig opsporing af psykose i alderen 14-65 år, hvor både patienter fra børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien således er i målgruppen. Region Nordjylland har ikke deciderede psykoseteams henvendt til børn og unge, men patienter i alderen 7-13 år fra Region Nordjylland visiteres til den højt specialiserede funktion i Region Midtjylland.

Tabel 6: Psykoseteams målrettet børn og unge

	Målgruppe	Patient/behandler-ratio (caseload)	Personalesammensætning	Organisering	Fagligt indhold
Region Hovedstaden	OPUS YOUNG for 12-17-årige børn og unge med psykotiske symptomer og deres familier.	Ikke oplyst, men der tilknyttes en fast primærbehandler, som er tovholder for behandlingen.	Børne- ungdomspsykiater, specialpsykologer, psykologer, specialsygeplejersker, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger, fysioterapi og/eller ergoterapeut.	OPUS YOUNG er et forskningsprojekt, under forskningsenheden ved Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center. Forsøgsdeltagerne randomiseres til behandling i OPUS YOUNG eller standardbehandling.	Patienter der randomiseres til OPUS YOUNG får tilbud om 2-årig intensiv psykosocial og medicinsk behandling og opfølgning.

<p>Region Midtjylland</p>	<p>Psykoseteam junior: Udredning og behandling af skizofreni hos børn i alderen 7-13 år på regions- og højt-specialiseret niveau i Region Midt, og på højt specialiseret niveau for patienter hjemmehørende i Region Nord.</p> <p>OPUS B&U: Børn/unge i alderen 14-18 år, der diagnosticeres med psykoselidelse for første gang. De unge følges i ambulatoriet til de bliver 21 år efter de 2 første år i OPUS.</p>	<p>Psykoseteam Junior: Patienterne indgår som en del af den samlede patientgruppe i Sengeafsnit 1. Aktuelt er der i gennemsnit indlagt 2-3 børn med skizofreni, derudover følges de resterende.</p> <p>OPUS B&U: Aktuelt er der 35 ptt. tilknyttet OPUS, hvoraf nogle er i et obs.forløb mhp. afklaring af, om de har skizofreni. Der er en caseload på ca. 13-15 patienter pr. behandler.</p>	<p>Psykoseteam Junior: Speciallæge, tre psykologer (to specialpsykologer og en specialist), sygeplejerske og socialrådgiver.</p> <p>OPUS B&U: speciallæger, psykologer, sygeplejersker, socialrådgiver og fysioterapeut.</p>	<p>Psykoseteam Junior: Forankret i Sengeafsnit 1, Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling/Psykiatrien, Aarhus Universitetshospital.</p> <p>OPUS: Forankret i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdeling, Psykiatrien i TUP1, Team for Ungdomspsykiatri 1Afdeling, Psykiatrien.</p>	<p>Psykoseteam Junior: Udredning, behandling under indlæggelse, ambulant opfølgning og samarbejde med eksterne samarbejdspartnere. Patienterne udredes under indlæggelse, og følges efterfølgende ambulant ind til de fylder 14 år.</p> <p>OPUS: Udover grundig udredning består behandlingen bl.a. af Medicinskbehandling, psykoterapi, psykoedukation, kognitiv træning, familiesamtaler, netværksmøder og psykometri.</p>
<p>Region Sjælland</p>	<p>OPUS: Patienter mellem 14-35 år. Patienter mellem 14 og 17,5 år behandles ambulant i OPUS-team Roskilde i tilknytning til Børne- og ungdomspsykiatriens ungdomspsykiatriske afsnit U1.</p> <p>TOP: Patienter mellem 15-65 år.</p>	<p>OPUS: Antal patienter i behandling, opgjort i november 2022 var 377. Caseload pr. behandler var 14.</p> <p>TOP: Antal telefonsamtaler årligt var ca. 300. Antal patientkontakter med fremmøde var 130 (varierer i varighed/frekvens)</p>	<p>OPUS: speciallæger, sygeplejersker, ergoterapeuter og psykologer. I alt 36 OPUS-behandlere i Psykiatrien Region Sjælland, selvom ikke alle er på fuld tid.</p> <p>TOP: Teamet er bemandet af fire sygeplejersker, suppleret med tværfaglig konference.</p>	<p>OPUS er forankret i alle distriktspsykiatrier i Region Sjælland</p> <p>Et TOP- team dækker hele regionen, som er organiseret under Kompetencecenter for debuterende psykose i Psykiatrien Øst.</p>	<p>OPUS: Tager udgangspunkt i Pakkeforløb for incident skizofreni og består af medicinsk behandling, psykosociale interventioner samt psykoedukation til patienter og pårørende.</p> <p>TOP: TOP er evidensbaseret med udgangspunkt i forskningsprojektet TIPS. Indledes med et grundigt klinisk interview samt et struktureret psykopatologisk interview med fokus på tidlige tegn på psykose (PANSS).</p>
<p>Region Nordjylland</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>	<p>-</p>

Region Syddanmark	Patienter under 18 år med nydiagnosticeret skizofreni.	Vides ikke.	Tværfaglige kompetencer, blandt andet ledende overlæge, specialpsykolog, sygeplejerske, ergoterapeut og socialrådgiver.	I alt fire teams i børne- og ungdomspsykiatrien.	Behandling sker med udgangspunkt i OPUS koncept, herunder blandt andet medicin, kognitiv terapi, samtaler, forældreinddragelse, kurser og ungegrupper.
-------------------	--	-------------	---	--	--

5.2.2. Øvrige udgående funktioner til børn og unge

Udover specifikke psykoseteams, har regionerne adskillige indsatser til børn og unge, hvor den udgående funktion dækker over bredere indsatser og målgrupper. Der kan ikke beskrives en systematik ift. hvordan indsatserne er udbredt og organiseret, og nedenfor nævnes indsatserne derfor i vilkårlig rækkefølge for hver region.

I Region Sjælland er for eksempel indsatsen fremskudt funktion etableret som en del af Bakkehuset. Bakkehuset tilbyder behandling til børn og unge under 18 år, der har henvendt sig i Psykiatrisk Akutmodtagelse, og ikke har behov for indlæggelse.

I Region Hovedstaden har man udgående børneteams, forankret i et sengeafsnit, til børn i alderen 7-13 år, der skal undersøges og behandles for forskellige former for psykiske lidelser. Derudover har Region Hovedstaden også F-ACT-teams til unge, der blev startet op i 2019 og 2020. F-ACT er her organiseret anderledes end i voksenpsykiatrien grundet den store udredningsopgave i forhold til børn og unge, og det er ikke med de nuværende ressourcer muligt at være lige så udkørende. Patientgrundlaget er et andet i Børne- og Ungdomspsykiatrisk Center, idet der er en større del af patienterne, som kun har behov for udredning og psykoedukation med opfølgning i kommunalt regi. F-ACT-teams til unge er ultimo august 2021 igangsat på tre ambulatorier. Region Hovedstaden har desuden indsatser til børn og unge med spiseforstyrrelser.

I Region Nordjylland har man også etableret en udgående indsats TUT, som henvender sig til børn og unge med symptomer på psykisk sygdom i lettere grad, og som ikke har behov for en indsats i børne- og ungdomspsykiatrien.

I Region Syddanmark findes der et Mobilteam (B&U) til børn og unge op til 18 år med psykiatriske problemstillinger, uanset om de har forløb i psykiatrien eller ej. I Region Midtjylland eksisterer der et udgående team på ungeområdet, der henvender sig til børn og unge i alderen 14-19 år, der tilbydes individuelle forløb som fx alternativ til indlæggelse i psykiatrien. Region Syddanmark har også et udgående team -Tilbage til skole, som er målrettet børn og unge under 19 år, som skal vende tilbage til skolen og fastholdes i en stabil skolegang, mens de er i udredning eller behandling for deres psykiske lidelse. Barnet/den unge kan visiteres til indsatsen, hvis der er massivt fravær i skolen, og indsatsen består af hjemmebesøg og tværsektorielle møder.

Psykiatrien i Region Midtjylland har desuden etableret en Tværfaglig Udgående Funktion (TUF), som en del af det samlede indlæggelsestilbud for døgnindlagte børn i alderen 7-13 år. TUF er en del af behandlingstilbudet, og varetager alle opgaver i forbindelse med overgange, samarbejde mellem sektorer, udgående behandling, opfølgning efter udskrivelse mm. Region Midtjylland har også indsatser til børn og unge med spiseforstyrrelser.

5.3. Viden om og erfaringer med brug af tværfaglige udgående teams

Gennem en årrække er forskellige modeller for tværfaglige udgående teams blevet afprøvet og evalueret på tværs af regionerne. Afprøvningerne har som typisk haft udgangspunkt i satspuljefinansierede projekter, hvoraf de væsentligste er beskrevet nedenfor.

Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri, 2022

Formålet med etableringen af regionale ambulante akutteams var, at tilbyde et alternativ til indlæggelse til borgere med behov for akut psykiatrisk behandling. Behandlingen skulle foregå i borgerens eget hjem eller nærmiljø. Projekterne udsprang af *satspuljeprojektet: Forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri*, hvor fem projekter, ét i hver region, fik satspuljemidler til at afprøve behandling via ambulante akutteam-behandling.

Overordnet viste resultaterne i evalueringen (30), foretaget af DEFACTUM på vegne af Sundhedsstyrelsen i 2017, at behandling via ambulante akutteams har potentiale for at fungere som alternativ til indlæggelse. Konkret viste resultaterne, at projekterne i Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland fungerede særligt godt som alternativ til indlæggelse med overensstemmende behandlingsintensitet og behandlingsindhold. Der blev dog også identificeret en række udfordringer ved implementeringen. De mest centrale udfordringer på tværs af projekterne var speciallægemangel og tværsektorielle udfordringer, både med de privatpraktiserende læger, koordination med forskellige kommunale instanser omkring understøttelse af behandling, relevante tilbud for borgeren mv. samt etablering af fortsat behandlingsforløb i efterfølgende ambulante regi.

Det har ikke været muligt at vurdere om erfaringen med og rammerne for de daværende akutteams er videreført i de aktuelle akutteams i de enkelte regioner.

Evaluering af tværsektorielle teams med henblik på nedbringelse af tvang, 2021

Formålet med disse tværsektorielle teams var at levere en tidlig indsats og mindske unødvendige og konfliktfyldte indlæggelser. De tværsektorielle udgående teams skulle forebygge tilbagefald og indlæggelser ved at understøtte ensartet og høj kvalitet i indsatsen for udsatte grupper, som tidligere var blevet tvangsindlagt. De tværsektorielle teams skulle således være med til at styrke samarbejdet mellem region og kommune og understøtte en helhedsorienteret og koordineret indsats på tværs af sektorerne. Det var hensigten, at de tværsektorielle teams blev organiseret og tilrettelagt med udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens *Model for tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang* (31).

Evalueringen (32), der blev udarbejdet af Implement Consulting Group og udgivet i 2021, viste, at en målrettet, koordineret indsats og et tæt samarbejde mellem region og kommune virker. I de tre involverede regioner var der færre tvangsindlæggelser i løbet af projektperioden. Den målrettede indsats betød også, at der generelt var færre indlæggelser. Særligt Region Nordjylland og Region Midtjylland havde gode resultater. Her faldt antallet af tvangsindlæggelser med henholdsvis 37,5% og 55,5%. Region Nordjylland og Region Sjælland havde cirka 30% færre indlæggelser uden tvang.

Evalueringen fokuserede således i høj grad på anvendelsen af tvang, men evalueringen pegede også på, at de fælles teams bør arbejde ud fra en generel samarbejdsmodel, som har et bredere fokus end at forebygge tvangsindlæggelser. Modellen kan bidrage til et bedre samarbejde mellem den regionale psykiatri, de

kommunale tilbud og almen praksis og gøre den samlede indsats over for patienter med svære psykiske lidelser mere sammenhængende og koordineret.

Region Midtjylland og Region Sjælland har oplyst, at erfaringerne fra projektet ikke er videreført i de nuværende tværfaglige udgående teams, og det har ikke været muligt at få svar på, om de øvrige regionerne har videreført erfaringerne.

Evaluering af tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien, 2018

Regeringens Udvalg om Psykiatri anbefalede i 2013, at regionerne, som et led i at højne kvaliteten af den faglige indsats, etablerede opsøgende og udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien. Der blev efterfølgende afsat midler til en indsats i satspuljeaftalerne for henholdsvis 2014-2017 og 2015-2018 til afprøvning og implementering af tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien, der skulle bestå af de regionale kernepersoner omkring barnet dvs. børne- og ungdomspsykiatere, psykologer og sygeplejersker, men projekterne skulle også samarbejde med kommunale myndigheder og involvere dem i dialogen omkring barnet/den unge.

Formålet med de tværfaglige udgående teams var at etablere en helhedsorienteret og mindst mulig indgribende indsats over for barnet/den unge, således at behandling og skolegang i videst muligt omfang blev sammentænkt. Teamet skulle også have en brobyggende og koordinerende funktion, f.eks. ved at sikre sammenhæng og kvalitet i undervisningen under indlæggelsen og undervisningen i kommunen efter udskrivning fra sygehuset.

Evalueringen (33), der blev udarbejdet af COWI og udgivet i 2018, konkluderede, at de tværfaglige udgående teams gav mere sammenhængende og koordinerede forløb for den enkelte patient og dennes pårørende - både ved indlæggelse og udskrivning.

Derudover er det beskrevet i evalueringen, at projekterne skabte større fokus på vigtigheden af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde omkring børn og unge. De kommunale fagpersoner fra PPR og skoler, der var involveret i dialogen med TUT, blev i bedre stand til at håndtere børn både før og efter indlæggelse og/eller ambulantly behandling. De kvalitative data viste mere konkret, at skoleledere, lærere, pårørende og de tværfaglige udgående teams vurderede, at indsatsen sikrede mere stabil skolegang før, under og efter behandling - både behandling og under indlæggelse, samt mindre skolefravær for børn med lettere psykiatriske udfordringer, som ikke har været indlagt eller været i ambulantly behandling.²

Flere projekter havde desuden som målsætning med indsatsen at reducere antallet af genindlæggelser. Det var dog ikke muligt at sige noget overordnet om, hvorvidt genindlæggelserne blev reduceret, da der ikke var adgang til diagnoseopdelte statistik, så man kunne sammenligne grupper.

Tværfaglige udgående teams til børn og unge skabte overordnet kontinuitet i forløbene, og det blev beskrevet, at teamet udfyldte et hul mellem overgang mellem indlæggelse og udskrivelse.

I Region Sjælland er de gode erfaringer fra TUT projektet videreført til Bakkehuset. Erfaringerne for samarbejdet med PPR og skolerne er bibeholdt, og der er stort fokus på sikring af stabil skolegang. I Region Nordjylland har man bibeholdt TUT, og har gode erfaringer hermed.

² Det var ikke muligt for projekterne og evaluatoren at etablere et tilstrækkeligt kvantitativt datagrundlag til at kunne konkludere noget autoritativt vedrørende projekternes effekt på målgruppens trivsel og forebyggelse af funktionstab i forbindelse med skolegang.

Evaluering af afprøvning af fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien, 2022

I satspuljeaftalen på sundhedsområdet for 2018-2021 blev der afsat midler til afprøvning af modeller for fremskudt regional psykiatri, som skulle styrke den tidlige indsats for børn og unge med mistroivsel eller tegn på en psykisk lidelse såsom lette tilfælde af spiseforstyrrelser, angst, depression og selvskadende adfærd med videre. I alt modtog seks projekter, fem regioner, midler fra puljen til at afprøve en fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien.

Evalueringen, der er udarbejdet af Implement Consulting Group og udgivet i 2022, havde blandt andet til formål at undersøge om en fremskudt funktion resulterede i tidligere og mindre indgribende indsatser og således en styrket indsats ift. udredning og behandling overfor barnet/den unge. Evalueringen pegede på, at samarbejdet på tværs af sektorer havde stor værdi i forhold til at skabe sammenhæng og faglig kvalitet i indsatserne. Det er blevet påpeget, at det er væsentligt, at regioner, kommuner og frivillige organisationer finder en god og relevant struktur for samarbejde om målgruppen. Samtidig giver det faglig udvikling, når specialiseret viden fra den regionale børne- og ungepsykiatri kan komme konkret i spil i nærmiljøet. Det ruster fagpersonale tæt på børn og unge til tidligt at kunne opspore tegn på begyndende psykiske lidelser. Det gøres fx ved, at specialpsykologer ansat i børne- og ungepsykiatrien underviser og superviserer det kommunale fagpersonale.

Projekterne spændte som sagt over flere forskellige målgrupper. Der var især fokus på tilbud til børn og unge med symptomer på angst og depression samt selvskade og begyndende spiseforstyrrelser. Evalueringen pegede på, at familierne har gavn af en helhedsorienteret indsats, og at indsatserne har gjort en positiv forskel.

I Region Sjælland var fremskudt funktion ét af de tre satspuljeprojekter, der blev søgt ift. etablering af Bakkehuset tilbage i 2019, og erfaringerne er derfor videreført i Bakkehuset. I Region Nordjylland er erfaringerne videreført i TUT, og i Region Hovedstaden blev STIME etableret som en del af fremskudt funktion, og erfaringerne er videreført i den aktuelle organisering af STIME. Det er uklart i hvilket omfang erfaringerne fra øvrige regioner er videreført.

Sammenfatning

Der har samlet set igennem en årrække været forskellige modeller for tværfaglige udgående teams, hvoraf nogle er afprøvet i regi af satspuljefinansierede projekter, hvoraf der jf. ovenstående er gennemgået følgende: forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri, tværsektorielle teams med henblik på nedbringelse af tvang, tværfaglige udgående teams i børne- og ungdomspsykiatrien og afprøvning af fremskudt regional funktion i børne- og ungdomspsykiatrien. I erfaringsopsamlingerne konkluderes det, at projekterne har overordnet været succesfulde. I etableringen af udgående teams via de satspuljefinansierede projekter er der dog få krav til ensartethed på tværs af regioner og få gennemgående målepunkter for effekten af projekterne. De forskellige modeller for udgående teams bliver derfor etableret med meget stor variation indenfor det samme projekt, og det er derfor meget vanskeligt éntydigt at konkludere noget om effekten, udover at der ofte rapporteres om positive erfaringer. Det er derfor også ofte vanskeligt på nationalt niveau at videreføre en indsats baseret på satspuljefinansierede projekter, da der ikke kan opstilles en énsartet model på baggrund af de regionale erfaringer, og sjældent kan peges på sikre effekter af indsatsen. Ligeledes er der stor variation ift. om den enkelte region vælger at videreføre indsatsen, hvilket ligeledes gør det vanskeligt at evaluere effekten på længere sigt.

6. Konklusion

Denne rapport har ved en afdækning af tværfaglige udgående teams afdækket en central behandlingsindsats i den regionale psykiatri, for mennesker med svære psykiske lidelser, som har behov for en mere intensiv behandlingsindsats end den, der tilbydes i de gængse ambulante behandlingsforløb. Afdækningen skal understøtte og fungere som vidensgrundlag for det fortsatte arbejde med at løfte kvaliteten for den samlede indsats til mennesker med svære psykiske lidelser (1).

Samlet set vurderes regionernes organisering af udgående tværfaglige teams at være delvist i overensstemmelse med evidensgrundlaget. Der mangler dog viden om effekt og omkostningseffektivitet for en stor del af de udgående teams. Etableringen af OPUS-teams og delvist akutteams understøttes af evidens. Etableringen af F-ACT-teams sker på et mere usikkert evidensgrundlag, da der ikke findes randomiserede studier, der undersøger effekten. Studier af lavere kvalitet peger dog på mulige positive effekter af F-ACT. På nuværende tidspunkt er der bedst evidens for behandlingseffekt ved brug af ACT, så det er vigtigt, at F-ACT-teams organiseres således, og at der afsættes ressourcer til, at ACT indgår som en integreret del af behandlingen i F-ACT-teamet.

Det er vanskeligt på nationalt niveau at videreføre en indsats baseret på de udgående teams, som er etableret i regi af satspuljefinansierede projekter, da der ikke kan opstilles en ensartet model på baggrund af de regionale erfaringer, og sjældent kan påvises sikre effekter af indsatsen, ej heller om indsatsen er omkostningseffektiv. Ligeledes er der stor variation ift. om den enkelte region vælger at videreføre indsatsen, hvilket også gør det vanskeligt at evaluere effekten på længere sigt.

Det er gennemgående en udfordring, at der i en del tilfælde er etableret udgående tværfaglige teams, hvor der endnu ikke er tilstrækkelig viden om effekten af dem. Det er derfor vigtigt, at der tilknyttes forskningsprojekter eller anden længerevarende evaluering/monitorering, når der etableres nye udgående teams, da det ellers ikke er muligt at påvise en behandlingseffekt og dermed om ressourcerne bruges rigtigt. De regionale indsatser bør overordnet tilrettelægges i overensstemmelse med interventioner, der er dokumenteret effektive, og bør derfor også så vidt det er muligt inden for de økonomiske rammer, være tro mod de modeller, som ligger til grund for evidensen. Fremadrettet er der på flere områder behov for mere viden om effekten af de tværfaglige udgående teams, før der kan peges på en ensartet national udrulning.

Referenceliste

- (1) Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022.
- (2) Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. 2022. 1-23.
- (3) Puntis S, Minichino A, Crescenzo FD, Harrison R, Cipriani A, Lennox B. Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2020(11).
- (4) Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD001089.
- (5) Latimer EA. Economic impacts of assertive community treatment: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 1999;44(5):443-454.
- (6) Lauriello J, Bustillo J, Keith SJ. A critical review of research on psychosocial treatment of schizophrenia. *Biol Psychiatry* 1999;46(10):1409-1417.
- (7) Scott JE, Lisa B D. Assertive Community Treatment and Case Management for Schizophrenia. the American Psychological Association 1995:657-668.
- (8) McDonagh MS, Dana T, Selph S, Devine EB, Cantor A, Bougatsos C, et al. Treatments for Schizophrenia in Adults: A Systematic Review. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2017.
- (9) Van Veldhuizen J, Bahler M. Manual Flexible Assertive Community Treatment (FACT). 2015.
- (10) Nielsen CM, Hjorthøj C, Killaspy H, Nordentoft M. The effect of flexible assertive community treatment in Denmark: a quasi-experimental controlled study. *Lancet Psychiatry* 2021;8(1):27-35.
- (11) Gaebel W, Kerst A, Janssen B, Becker T, Musalek M, Rössler W, et al. EPA guidance on the quality of mental health services: A systematic meta-review and update of recommendations focusing on care coordination. *Eur Psychiatry* 2020;63(1): e75.
- (12) Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Becker T, Riedel-Heller SG. S3 guideline on psychosocial therapies in severe mental illness: evidence and recommendations. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 2015;265(3):173-188.
- (13) Murphy SM, Irving CB, Adams CE, Waqar M. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;2015(12):CD001087.
- (14) Addington D, Abidi S, Garcia-Ortega I, Honer WG, Ismail Z. Canadian Guidelines for the Assessment and Diagnosis of Patients with Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. *Can J Psychiatry* 2017;62(9):594-603.
- (15) 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.

- (16) Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Sitharthan T, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database Syst Rev* 2013(10):CD001088.
- (17) Klug G, Gallunder M, Hermann G, Singer M, Schuller G. Effectiveness of multidisciplinary psychiatric home treatment for elderly patients with mental illness: a systematic review of empirical studies | *BMC Psychiatry* | Full Text. *BMC Psychiatry* 2019:1-12.
- (18) Aubry T, Bourque J, Goering P, Crouse S, Veldhuizen S, LeBlanc S, et al. A randomized controlled trial of the effectiveness of Housing First in a small Canadian City. *BMC Public Health* 2019;19(1):1154.
- (19) Aubry T, Goering P, Veldhuizen S, Adair CE, Bourque J, Distasio J, et al. A Multiple-City RCT of Housing First With Assertive Community Treatment for Homeless Canadians With Serious Mental Illness. *Psychiatr Serv* 2016;67(3):275-281.
- (20) Kozloff N, Adair CE, Palma Lazgare LI, Poremski D, Cheung AH, Sandu R, et al. "Housing First" for Homeless Youth With Mental Illness. *Pediatrics* 2016;138(4): e20161514.
- (21) Poremski D, Stergiopoulos V, Braithwaite E, Distasio J, Nisenbaum R, Latimer E. Effects of Housing First on Employment and Income of Homeless Individuals: Results of a Randomized Trial. *Psychiatr Serv* 2016;67(6):603-609.
- (22) Lachaud J, Mejia-Lancheros C, Durbin A, Nisenbaum R, Wang R, O'Campo P, et al. The Effect of a Housing First Intervention on Acute Health Care Utilization among Homeless Adults with Mental Illness: Long-term Outcomes of the At Home/Chez-Soi Randomized Pragmatic Trial. *J Urban Health* 2021;98(4):505-515.
- (23) O'Campo P, Stergiopoulos V, Nir P, Levy M, Misir V, Chum A, et al. How did a Housing First intervention improve health and social outcomes among homeless adults with mental illness in Toronto? Two-year outcomes from a randomised trial. *BMJ Open* 2016;6(9): e010581.
- (24) Stergiopoulos V, Mejia-Lancheros C, Nisenbaum R, Wang R, Lachaud J, O'Campo P, et al. Long-term effects of rent supplements and mental health support services on housing and health outcomes of homeless adults with mental illness: extension study of the At Home/Chez Soi randomised controlled trial. *Lancet Psychiatry* 2019;6(11):915-925.
- (25) Urbanoski K, Veldhuizen S, Krausz M, Schutz C, Somers JM, Kirst M, et al. Effects of comorbid substance use disorders on outcomes in a Housing First intervention for homeless people with mental illness. *Addiction* 2018;113(1):137-145.
- (26) Tinland A, Loubière S, Boucekine M, Boyer L, Fond G, Girard V, et al. Effectiveness of a housing support team intervention with a recovery-oriented approach on hospital and emergency department use by homeless people with severe mental illness: a randomised controlled trial. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2020;29: e169.
- (27) Loubière S, Lemoine C, Boucekine M, Boyer L, Girard V, Tinland A, et al. Housing First for homeless people with severe mental illness: extended 4-year follow-up and analysis of recovery and housing stability from the randomized Un Chez Soi d'Abord trial. *Epidemiol Psychiatr Sci* 2022;31: e14.
- (28) Rezansoff SN, Moniruzzaman A, Fazel S, McCandless L, Procyshyn R, Somers JM. Housing First Improves Adherence to Antipsychotic Medication Among Formerly Homeless Adults

With Schizophrenia: Results of a Randomized Controlled Trial. *Schizophr Bull* 2017;43(4):852-861.

(29) Vijverberg R, Ferdinand R, Beekman A, Van Meijel B. The effect of youth assertive community treatment: a systematic PRISMA review | *BMC Psychiatry* | Full Text. *BMC Psychiatry* 2017:1-18.

(30) Sundhedsstyrelsen. Evaluering af forsøg med ambulante akutteams i den regionale psykiatri. 2017. 1-138.

(31) Sundhedsstyrelsen. Model for tværsektorielle teams til nedbringelse af tvang. 2018. 1-19.

(32) Implement Consulting Group. Evaluering af fælles tværsektorielle teams med henblik på nedbringelse af tvang. Satspulje-projekt - Sundhedsstyrelsen. 2022. 1-97.

(33) COWI. EVALUERING AF TVÆRFAGLIGE UD-GÅENDE TEAMS. 2018.

(34) Brouwers MC, Kho ME, Browman GP, Burgers JS, Cluzeau F, Feder G, et al. AGREE II: advancing guideline development, reporting and evaluation in health care. *CMAJ* 2010;182(18):839.

(35) Shea BJ, Reeves BC, Wells G, Thuku M, Hamel C, Moran J, et al. AMSTAR 2: a critical appraisal tool for systematic reviews that include randomised or non-randomised studies of healthcare interventions, or both. *BMJ* 2017;358:j4008.

(36) Craig TKJ, Garety P, Power P, Rahaman N, Colbert S, Fornells-Ambrojo M, et al. The Lambeth Early Onset (LEO) Team: randomised controlled trial of the effectiveness of

specialised care for early psychosis. *BMJ* 2004;329(7474):1067.

(37) Grawe RW, Falloon IRH, Widen JH, Skogvoll E. Two years of continued early treatment for recent-onset schizophrenia: a randomised controlled study. *Acta Psychiatr Scand* 2006;114(5):328-336.

(38) Kuipers E, Holloway F, Rabe-Hesketh S, Tennakoon L. An RCT of early intervention in psychosis: Croydon Outreach and Assertive Support Team (COAST). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(5):358-363.

(39) Petersen L, Jeppesen P, Thorup A, Abel M, Øhlenschlaeger J, Christensen TØ, et al. A randomised multicentre trial of integrated versus standard treatment for patients with a first episode of psychotic illness. *BMJ* 2005;331(7517):602.

(40) Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Cipriani A, Lennox B, Harrison R. Specialised early intervention teams (extended time) for recent-onset psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;11(11):CD013287.

(41) Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2020;177(9):868-872.

(42) McDonagh MS, Dana T, Selph S, Devine EB, Cantor A, Bougatsos C, et al. Treatments for Schizophrenia in Adults: A Systematic Review. Rockville (MD) : Agency for Healthcare Research and Quality (US), 2017.

(43) Addington D, Anderson E, Kelly M, Lesage A, Summerville C. Canadian Practice Guidelines for Comprehensive Community Treatment for Schizophrenia and Schizophrenia

Spectrum Disorders. *Can J Psychiatry* 2017;62(9):662-672.

(44) Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2000(2):CD001089.

(45) Burns T, Catty J, Dash M, Roberts C, Lockwood A, Marshall M. Use of intensive case management to reduce time in hospital in people with severe mental illness: systematic review and meta-regression. *BMJ* 2007;335(7615):336.

(46) Marshall M, Lockwood A. Assertive Community Treatment for People with Severe Mental Disorders. *Cochrane database of systematic reviews (Online)* 2000;2:CD001089.

(47) National Collaborating Centre for Mental Health, (UK). *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Primary and Secondary Care (Update)*. Leicester (UK): British Psychological Society, 2009.

(48) Carpenter R, Falkenburg J, White T, Tracy D. Crisis teams: Systematic review of their effectiveness in practice. *Psychiatrist* 2013;37:232-237.

(49) Paton F, Wright K, Ayre N, Dare C, Johnson S, Lloyd-Evans B, et al. Improving outcomes for people in mental health crisis: a rapid synthesis of the evidence for available models of care. *Health Technol Assess* 2016;20(3):1-162.

(50) Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, Fitzgerald C, Fullarton K, Mosse L, et al. Implementation of the Crisis Resolution Team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2015;15:74.

(51) Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane Database Syst Rev* 2006(4):CD001087.

Bilagsfortegnelse

Bilag 1: Oversigt over udgående tværfaglige teams

Bilag 2: Evidensafdækning ift. brug af tværfaglige udgående teams

Bilag 1: Oversigt over udgående tværfaglige teams

Voksenpsykiatri:

Akutteams, Crisis resolution/intervention teams (CRT/CIT)

Overordnet formål og målgruppe:

Psykiatriske Crisis Resolution Teams (CRT) eller akutteams er tværfaglige psykiatriske teams, som tilbydes kortvarig intensiv hjemmebehandling til mennesker, der oplever en psykisk krise. Formålet er at håndtere kriser på en måde som reducerer behovet for indlæggelse, og fremmer bedring og stabilisering af den enkeltes psykiske helbredssituation. Målgruppen er personer som oplever akutte psykiske kriser, for eksempel alvorlig depression, angst, psykose eller selvmordsrisiko. Dette kan inkludere personer med kendte psykiske lidelser, så vel som dem som oplever en krise for første gang.

Vurdering af udbredelse:

Alle regioner i varierende grad. Akutteams er organiseret forskelligt på tværs af regioner. I nogle regioner henvender tilbuddet sig primært til patienter, der allerede er i psykiatrisk behandling i den pågældende region. Nogle akutteams tilbyder også rådgivning til fagpersoner.

OPUS (Opsøgende behandling af psykotiske unge)

Overordnet formål og målgruppe:

OPUS er et specialiseret tværfagligt ambulante behandlingstilbud målrettet til personer over 18 år, som for første gang skal i behandling for en psykoselidelse. Behandlingsforløbet varer op til to år. Målet er at intervenere så tidlig som muligt i sygdomsforløbet for at reducere symptomer og funktionsniveau, forbedre prognosen og fremme bedring. Der tilbydes en fast kontaktperson gennem forløbet. Et OPUS-team skal samtidig sikre, at der er sammenhæng mellem den ambulante, den sygehusbaserede og den sociale indsats i behandlingsforløbet.

Vurdering af udbredelse:

Alle regioner

OP-teams (Opsøgende Psykiatrisk Team)

Overordnet formål og målgruppe:

OP-teamet er et specialiseret tilbud, ved Psykiatrisk Center Sankt Hans og Psykiatrisk Center Glostrup, henvendt til patienter, der er udskrevet, men stadig har en retslig foranstaltning. OP-teamet er baseret på ACT "assertive community treatment" - modellen, men er samtidig justeret efter frivillighedsprincippet i ACT, da patientgruppen er underlagt en retslig foranstaltning. Psykiatrisk Center Sankt Hans har desuden OP-teams tilknyttet afdeling M for dobbeltdiagnoser.

Vurdering af udbredelse:

Region Hovedstaden (Sct. Hans, PC Glostrup)

F-ACT (Flexible Assertive Community Treatment) teams:**Overordnet formål og målgruppe:**

F-ACT er et udgående fleksibelt ambulant behandlingstilbud til borgere over 18 år med alvorlige psykiske lidelser fx psykoselidelser, affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser og lavt funktionsniveau evt. kombineret med misbrug. Behandlingen er tværfaglig og baseret på en opsøgende, fleksibel, udkørende og vedholdende indsats. F-ACT-teamet tilbyder behandling bestående af en kombination af medicin, samtale, vejledning og støtte.

Vurdering af udbredelse:

Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Nordjylland, Region Midtjylland

ACT (Assertive Community Treatment) teams:**Overordnet formål og målgruppe:**

Assertive Community Treatment (ACT) teams er en fleksibel og tværfaglig specialiseret støttemetode, hvis formål er, at tilbyde en helhedsorienteret støtte, til personer med alvorlige psykiske lidelser, herunder særligt dem som har samtidige komplekse problemstillinger såsom hjemløshed og rusmiddelproblematikker, og har været vanskelige at opretholde kontakt til med sædvanlige behandlingstilbud. Støtten gives i borgernes hjem eller der, hvor borgeren opholder sig.

Vurdering af udbredelse:

Der findes ikke umiddelbart regional udbredelse, men andre tilbud som f.eks. F-ACT indeholder elementer af ACT. ACT findes dog kommunalt (fx i Odense Kommune) og anbefales i kombination med housing first metoden til borgere i hjemløshed eller risiko for hjemløshed.

FUT (Det Fælles Udrykningsteam):**Overordnet formål og målgruppe:**

De fælles udrykningsteams er teams bestående af to politibetjente og en psykiatrisk sygeplejerske, der kører ud til opgaver, som involverer personer med psykiske lidelser. De fælles udrykningsteams kan deeskallere konfliktniveauet og mindske anvendelsen af magt, tvangsindlæggelser og tvangsindgreb for personer med psykiske lidelser.

Vurdering af udbredelse:

Region Syddanmark (tidligere satspuljeprojekt med to andre regioner).

Botilbudsteams:*Overordnet formål og målgruppe:*

Botilbudsteams er ambulante tværfaglige udgående teams for borgere, der bor på socialpsykiatriske botilbud. Botilbudsteamenes formål er at styrke den psykiatriske behandling af borgere med svære og komplekse psykiske lidelser, hvor der hyppigt er medicinsvigt, genindlæggelser, tvang mm. Formålet er desuden at understøtte et sammenhængende forløb på tværs af sektorer og tilbyde psykiatrifaglig sparring og rådgivning til medarbejdere på botilbud. Botilbudsteams har netop en særlig forståelse for beboernes kompleksitet, det tilbud beboerne er visiteret til, den kommunale organisatoriske ramme, den lovgivning, som botilbuddene er underlagt og rammerne under en hospitalsindlæggelse.

Vurdering af udbredelse:

Primært Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Gadeplansteam:*Overordnet formål og målgruppe:*

Gadeplansteams er teams målrettet personer over 18 år, som opholder sig i København, Frederiksberg, Tårnby eller Dragør kommune, hvor der er en begrundet mistanke om psykisk sygdom, og som enten overnatter på gaden, i natcafeer, har ophold på herberg, er sofasovere eller som er funktionelle hjemløse, dvs. ikke kan opholde sig i egen bolig. Teamet varetager udredning og behandling ift. målgruppen - herunder afklaring af og igangsættelse af kommunale støttefunktioner, bolig og relevant ambulans opfølgning. Når der er plan herfor og patienten er i stabil psykiatrisk behandling afsluttes patienten fra Gadeplansteamet. Ud over psykiatrisk ambulans behandling varetager Gadeplansteamet opsøgende funktion af personer, der endnu ikke er identificerede psykisk syge, og som opholder sig på gadeplan eller på herberger etc. Behandlingsindsatsen ift. hjemløse personer styrkes via teamets tilstedeværelse i hjemløsemiljøet, et tæt samarbejde med kommunale indsatser og andre relevante samarbejdspartnere.

Vurdering af udbredelse:

Region Hovedstaden (Teamet, der hører under Psykiatrisk Center Amager, består af 8 sygeplejersker, en afdelingspsygeplejerske og en overlæge.)

Børne- og ungdomspsykiatri:**TUT (Tværfagligt Udgående Team)***Overordnet formål og målgruppe:*

TUT er en tværfaglig enhed i Børne- og Ungdomspsykiatrien, der giver rådgivning og sparring til kommuner i sager om børn og unge i mistrivsel, hvor der samtidig er mistanke om psykiatriske problemstillinger. TUT kan inddrages af kommunen uagtet om et barn eller en ung har været eller skal henvises til Børne- og Ungdomspsykiatrien. Finder egen læge at et barn/familie har en psykosocial problemstilling, der med nytte

kunne tages op mellem kommune, egen læge og fagperson fra børne-, ungdomspsykiatrien (TUT), kan barnets kommune kontaktes.

Vurdering af udbredelse på regioner:

Region Nordjylland

TUF (Tværfagligt Udgående Funktion)

Overordnet formål og målgruppe:

Tværfaglig Udgående Funktion (TUF) er en del af det samlede indlæggelsestilbud for døgnindlagte børn i alderen 7-13 år, som varetager alle opgaver i forbindelse med overgange, samarbejde mellem sektorer, udgående behandling, opfølgning efter udskrivelse mm. TUF kan sættes i gang både før, under og efter en indlæggelse. Opfølgningen bliver varetaget uden indlæggelse op til tre måneder efter udskrivelse. I TUF er det både speciallæger, psykologer, socialrådgiver som miljøpersonale (sygeplejersker og pædagoger) fra sengeafsnittet, der i tæt samarbejde med lærere fra Børne- og Ungdomspsykiatrisk Afdelings interne skole, yder undervisning under indlæggelsen. Dette skaber en større sammenhængskraft og kontinuitet, da det er de samme fagpersoner, der varetager udredning og behandling under indlæggelsen, og som efterfølgende følger op og er tovholdere i overgangene.

Vurdering af udbredelse:

Region Midtjylland (Tidligere TUT)

OPUS-YOUNG

Overordnet formål og målgruppe:

OPUS YOUNG behandlingsteam giver 12-17-årige børn og unge med psykotiske symptomer og deres familier, der randomiseres til OPUS YOUNG, et tilbud om 2-årig intensiv psykosocial og medicinsk behandling og opfølgning. Man bliver som patient tilknyttet en fast primærbehandler, der skal fungere som tovholder for behandlingen igennem de 2 år og sikre, at der er sammenhæng i behandling, social indsats og skole- og beskæftigelsessystemet samt en god overgang til anden behandling efter endt OPUS YOUNG behandling. Til forskel fra OPUS i voksenpsykiatrien dækker OPUS YOUNG hele regionen og samarbejder med 29 kommuner. Behandlerteamet består af børne- ungdomspsykiater, specialpsykologer, psykologer, specialsygeplejersker, sygeplejersker, socialrådgivere, pædagoger og fysio- og/eller ergoterapeut

Vurdering af udbredelse:

Region Hovedstaden (pt. et forskningsprojekt)

Bilag 2: Evidensafdækning ift. brug af tværfaglige udgående teams

I dette bilag vil evidensafdækningen ift. brug af tværfaglige udgående teams blive gennemgået. Først gennemgås metoderammen for den systematiske litteratursøgning, og herefter præsenteres resultaterne. Interventionerne fordeler sig overordnet på følgende områder: specialiseret tidlig intervention, Assertive Community Treatment (ACT), Crisis Resolution Teams (CRT) og Intensive Care Management (ICM). Derudover beskrives interventioner henvendt til specifikke målgrupper som fx ældre, børn og unge og mennesker med dobbeltdiagnoser.

6.1. Metoderamme

Der er ved brug af relevante søgetermer søgt efter eksisterende MTV-rapporter, retningslinjer, konsensusrapporter, systematiske oversigtsartikler og metaanalyser inkl. Cochrane oversigtsartikels publiceret fra 2013 til 2023, publiceret enten på engelsk, dansk, norsk og svensk.

Målgruppen for de udgående tværfaglige teams er mennesker med svære psykiske lidelser. Populationen er ikke afgrænset på specifikt diagnoseniveau. Interventionen er den samlede tværfaglige behandling, som foregår i regi af de forskellige typer af udgående teams. De forskellige udgående teams kan være målrettet til en bred gruppe af patienter med svære psykiske lidelser eller til specifikke målgrupper såsom patienter med psykisk lidelse og stofmisbrug eller første-episode psykoser. Det er ikke på forhånd fastsat, hvad man ønsker at måle effekten af intervention på ift. udvælgelse af litteratur, men det er dog et krav, at udvalgte studier skal omhandle udfaldsmål af direkte betydning for patienterne, som fx antal indlæggelser og evt. brug af tvangsindlæggelse/tvang under indlæggelse, grad af recovery/remission, anvendelsen af medicin, patient- eller pårørendetilfredshed, måling af trivsel eller funktionsniveau.

Nedenstående søgetermer for interventionen er anvendt: *Assertive Community Treatment (ACT), Assertive Case Management, Community-based psychiatric care, Community psychiatric service, Community mental health team (CMHT), Community-Engaged Collaborative Care, Crisis resolution teams (CRTs), Flexible assertive community treatment (F-ACT), Home-Based Care, Intensive Case Management (ICM), Mental Health Assertive Outreach Teams, Mental health Crisis Resolution Teams, Modified assertive community treatment, Multidisciplinary care teams, Multidisciplinary outpatient psychiatric teams, Multidisciplinary outreach psychiatric teams, Patient Care Teams, Outpatient Mental Health Teams, Specialized early intervention teams, Specialized Early Intervention Services, Recovery-focused community mental health services, Community mental health services, Deinstitutionalizing mental health care.*

Målgruppen er afgrænset med følgende søgeord: *Severe mental illnesses/severe mental illness, Psychiatric patients, Recent-onset psychosis/psychosis, Schizophrenia Spectrum Disorder/First-Episode Schizophrenia Spectrum Disorder.*

Der er søgt systematisk efter relevant litteratur i følgende databaser: G-I-N international, NICE (UK), TRIP, SIGN, HTA Database, Netpunkt, SBU, Sverige, Socialstyrelsen, Sverige, Folkhälsomyndigheten, Sverige, Helse-direktoratet, Norge, FHI, Norge, Center for Kliniske Retningslinjer, NHMRC, Australien, CPG Infobase: Clinical Practice Guidelines, Canada, American Psychiatric Association (APA), European Psychiatric Association, Med-line (OVID platform), Embase (OVID platform), PsycInfo (OVID platform), Cinahl (EBSCO platform).

Første trin i sorteringen af den fremsøgte litteratur er foretaget på baggrund af titel og abstract, hvorefter der er hentet fuldtekstartikler på alle umiddelbart relevante referencer. Alle fuldtekstartikler er gennemgået af to uafhængige fagpersoner, og de enkelte referencer er vurderet på baggrund af de kriterier, som er sat for udvælgelse af litteraturen. Ved uenighed er dette blevet drøftet, indtil der er opnået konsensus. Der er taget stilling til relevansen af de fremsøgte artikler ud fra afgrænsningen af interventionen og populationen.

Guidelines/oversigtsartikler er inkluderet, hvis de opfyldte følgende kriterier:

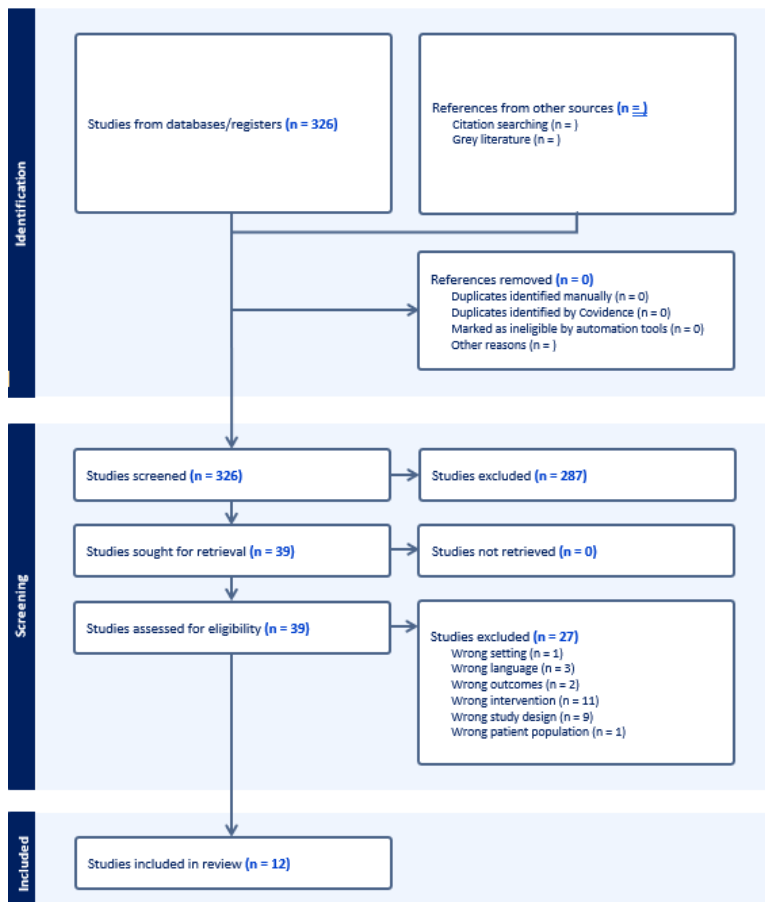
- Artiklen matcher kravene for studiedesign dvs. systematisk guideline, oversigtsartikel eller metaanalyse
- Artiklen matcher population (mennesker med svære psykiske lidelser) og intervention (tværfaglige udgående teams eller indsatser som er sammenlignelige)
- Artiklen rapporterer resultater for mindst ét udfaldsmål af direkte betydning for patienten
- Artiklen er skrevet på engelsk eller et af de skandinaviske sprog.

Sorteringsprocessen er illustreret i flowcharts nedenfor (se flowchart 1 og 2). Sidenhen er hver enkelt publikation gennemgået for relevante data og ekstraheret af en metodekonsulent. Efterfølgende er hver publikation verificeret af mindst én fagperson. Hvis muligt er data samlet i tabelform, og hvis det ikke har været muligt, er resultaterne beskrevet narrativt.

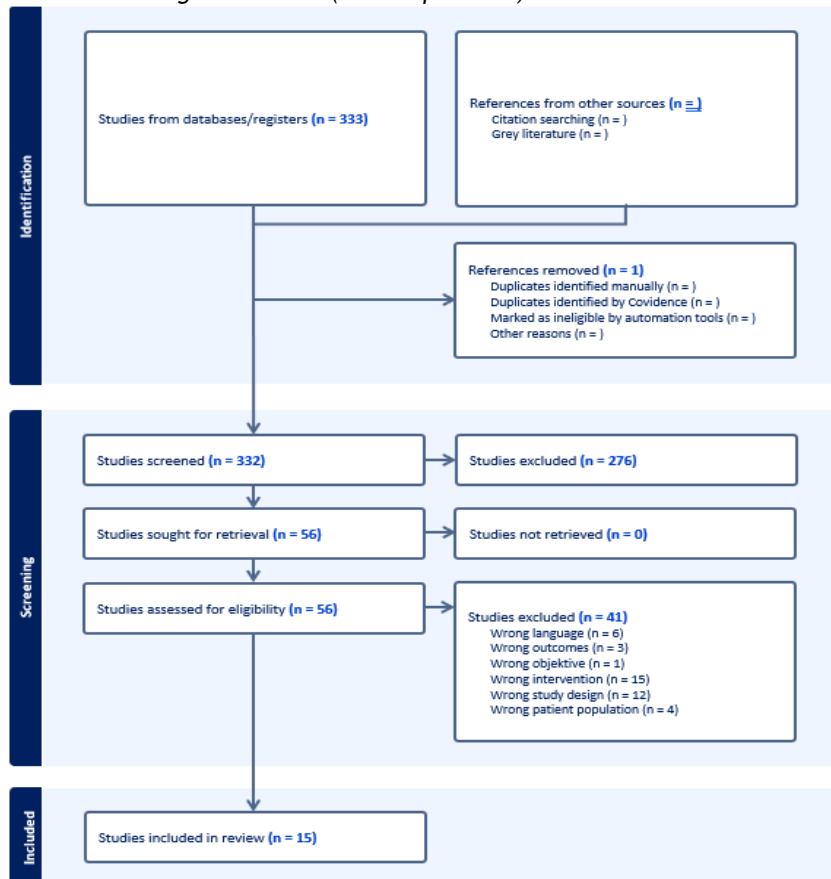
Kvaliteten af de udvalgte guidelines/oversigtsartikler vurderes ved hjælp af AGREE (34) og systematiske oversigtsartikler vurderes ved hjælp af AMSTAR (35)

Der er lavet separat litteratursøgning for botilbudsteams eller teams som kan sidestilles hermed, og i den forbindelse er der også søgt på primærlitteratur (randomiserede studier). Derudover er foretaget supplerende søgning på primærlitteratur vedr. F-ACT teams mhp. at identificere eventuelle randomiserede studier som omhandler interventionen F-ACT sammenlignet med standardbehandling.

Flowchart 1: Tværfaglige udgående teams (2012-2017):



Flowchart 2: Udgående teams (2018 - april 2023):



Kvaliteten af resultaterne er blevet vurderet ved brug af 'Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation' (GRADE-metoden), som er en udbredt og internationalt anerkendt metode til at formulere kliniske anbefalinger baseret på vurderinger af evidens.

I GRADE vurderingen tages der stilling til følgende domæner:

- Graden af risiko for bias
- Inkonsistente resultater
- Manglende overførbarhed
- Upræcist effektestimat
- Publikationsbias

Ud fra en samlet vurdering af disse nævnte domæner, bliver tiltroen til estimerne kategoriseret som værende enten meget lav, lav, moderat eller høj.

Randomiserede kontrollerede studier vurderes som udgangspunkt til at være af høj kvalitet, men denne kan nedgraderes hvis effektestimerne er behæftet med risiko for bias, er upræcise (grundet bredt konfidensinterval, få studier/patienter), bygger på indirekte evidens, hvis resultaterne på tværs af studierne er

heterogene eller hvis der er tegn på publikationsbias. I de tilfælde hvor der ikke findes meta-analyser præsenteres narrative oversigtsartikler istedet.

6.2. Resultater af systematisk søgning

I dette afsnit præsenteres effektestimaterne for de enkelte interventioner samt tiltroen til estimaterne. Effektestimaterne baseres på de nyeste, mest opdaterede systematiske oversigtsartikler, hvori der indgår meta-analyser. Disse oversigtsartikler kan enten være identificeret i de eksisterende guidelines eller via den systematiske litteratursøgning. Effektestimaterne er taget direkte fra de identificerede oversigtsartikler. Interventionerne fordeler sig overordnet på følgende områder; specialiseret tidlig intervention, Assertive Community Treatment (ACT), Crisis Resolution Teams (CRT), Intensive Care Management (ICM). Derudover var få interventioner henvendt til specifikke målgrupper som fx ældre, børn og unge og mennesker med dobbeltdiagnoser.

6.2.1. Specialiseret tidlig intervention

Specialiseret tidlig intervention er beskrevet i flere retningslinjer. Retningslinjen af the Canadian Schizophrenia Guidelines (14) publiceret i 2017, anbefaler tidlig intervention til alle patienter med første-gangs psykoser, uanset alder eller varighed af den ubehandlede psykose. Det omtales ikke hvilke udfaldsmål, der er undersøgt. Der henvises til en retningslinje af NICE, dog uden at denne fremgår af referencelisten.

Retningslinjen fra NICE, publiceret i 2014, omtaler brugen af tidlig intervention. Evidensen bygger på fire RCT-studier (36-39). Evidensen viser, at tidlig intervention, målt efter endt behandling, kan reducere antallet og varigheden af indlæggelser, reducere tilbagefald, have en positiv indvirkning på graden af psykotiske symptomer samt øge sandsynligheden for, at patienterne kommer i arbejde. Der blev ikke fundet nogen positiv effekt på udfaldsmål ved en 12 måneders follow-up periode efter endt behandling. Selve retningslinjen vurderes at være af høj kvalitet ud fra AGREE.

Systematiske oversigtsartikler

Der blev identificeret to cochrane oversigtsartikler, som undersøger specialiseret tidlig intervention til patienter med første-episode psykoselidelse (3,40). Begge vurderes til at være af høj kvalitet ud fra AMSTAR.

Puntis 2020a (3) har undersøgt effekten af tidlig intervention i specialiserede multidisciplinære teams, hvor forskellige indsatser, herunder medicinsk behandling, psykologbehandling, psykoedukation, støtte til beskæftigelse mm. tilbydes af specialister. Der sammenlignes med standard behandling i ambulante teams, hvor der ikke er inkluderet en specialist eller er fokus på de tidlige faser af en psykoselidelse. Studiet er baseret på data fra tre RCT-studier og et kluster-RCT-studie. Gennemsnitsalderen i de inkluderede studier er mellem ca. 23 til 27 år. Behandlingsvarigheden rangerer fra 18 til 24 måneder.

Puntis 2020b (40) har undersøgt samme form for intervention med den ændring, at interventionen nu tilbydes over en længere periode. Varigheden af interventionen skulle være mindst 3 år, og som minimum 1 år længere end standardbehandlingen. Interventionen sammenlignes med samme interventioner af standard varighed. Studiet er baseret på data fra tre RCT, hvoraf alderen rangerer fra 16 til 36 år.

Effektestimater

Standardvarighed af interventionen (Puntis 2020a)

Outcome	Effektestimater, Antal RCT (antal patienter)	GRADE vurdering	Sammenfatning
Recovery	RR 1.41, 95% CI 1.01 til 1.97 RCT = 2 (n = 194)	Lav kvalitet (grundet indirekte evidens og upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller))	Tidlig intervention øger muligvis antallet af patienter i recovery
Afkobling fra diverse sundhedstjenester	RR 0.50, 95% CI 0.31 til 0.79 RCT = 3 (n = 630)	Moderat kvalitet (grundet upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller))	Tidlig intervention reducerer sandsynligvis antallet af patienter som bliver afkoblet fra diverse sundhedstjenester
Indlæggelser	RR 0.91, 95% CI 0.82 til 1.00 RCT = 4 (n = 1145)	Lav kvalitet (grundet upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller) og få patienter)	Tidlig intervention reducerer muligvis antallet af indlæggelser
Indlæggelsesdage	MD -27 dage, 95% CI -53.68 til -0.32 RCT = 1 (n = 547)	Lav kvalitet (grundet upræcist effektestimater (brede konfidensintervaller) og få patienter)	Effekten på antallet af indlæggelsesdage er usikker
Generelle funktionsniveau	SMD 0.37, 95% CI 0.07 til 0.66 RCT = 2 (n = 467)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og indirekte evidens)	Tidlig intervention øger muligvis det generelle funktionsniveau

Længerevarende intervention (Puntis 2020b)

Outcome	Effektestimater, Antal RCT (antal patienter)	GRADE vurdering	Sammenfatning
Afkobling fra diverse sundhedstjenester	RR 0.45, 95% CI 0.27 til 0.75 RCT = 2 (n = 380)	lav kvalitet (grundet høj indirekte evidens)	Tidlig intervention af længere varighed reducerer muligvis antallet af patienter som bliver afkoblet fra diverse sundhedsydelser
Recovery	RR 1.13, 95% CI 0.97 til 1.37 RCT = 3 (n = 380)	meget lav kvalitet (grundet indirekte evidens og upræcist effekt estimat (få events))	Effekten af recovery er usikker
Indlæggelsesraterne	RR 1.55, 95% CI 0.68 til 3.52 RCT = 1 (n = 160)	Meget lav kvalitet (grundet upræcist effekt estimat (få patienter/studier))	Effekten på indlæggelsesraten er usikker
Antallet af indlæggelsesdage	MD -2.70, 95% CI -8.30 til 2.90 RCT = 1 (n = 400)	Meget lav kvalitet (grundet upræcist effekt estimat (få patienter/studier))	Effekten på antallet af indlæggelser er usikker
Generelle funktionsniveau	SMD 0.23, 95% CI -0.29 til 0.76 RCT = 2 (n = 560)	Meget lav kvalitet (grundet høj heterogenitet og upræcist effekt estimat (få patienter/studier))	Effekten på det generelle funktionsniveau er usikker

CI: confidence interval, RR: risk ratio, MD: mean difference, SMD: standardised mean difference, RCT: randomised controlled trial

6.2.2. Assertive community treatment (ACT)

I dette afsnit præsenteres effektestimaterne for interventionen Assertive community treatment (ACT) publiceret i henholdsvis guidelines og i systematiske oversigtsartikler. Tiltroen til disse estimater vil ligeledes blive gennemgået.

Guidelines

Retningslinjen fra American Psychiatric Association (APA) (41), publiceret i 2021, anbefaler overordnet, at patienter med skizofreni tilbydes ACT, hvis de har haft problemer med at følge behandlingen, har hyppige tilbagefald eller sociale problemer som eksempelvis hjemløshed eller kriminalitet. ACT kan reducere genindlæggelser og øge patienternes mulighed for at klare hverdagen og komme i arbejde. Retningslinjen fandt ikke nogen klar indikation på, at ACT har en effekt for personer med misbrug. Resultaterne er baseret på data fra et systematisk oversigtsartikel af McDonagh et al 2017 (42). Retningslinjen vurderes til at være af høj kvalitet ud fra AGREE.

The Canadian Schizophrenia Guidelines (43), publiceret i 2017, bestående af en adaptation af eksisterende anbefalinger fra bl.a. SIGN og NICE, anbefaler at ACT tilbydes patienter med tilbagevendende psykoseepisoder efter samme kriterier som retningslinjen fra APA. Tilsvarende retningslinjen fra APA, baseres denne anbefaling på, at ACT kan reducere genindlæggelser samt øge patienternes mulighed for at klare hverdagen og komme i arbejde. Derudover kan ACT sandsynligvis øje livskvaliteten hos patienterne, uden at det har en indvirkning på de samlede behandlingsomkostninger. ACT er desuden mest effektiv hos de patienter, som har hyppige indlæggelser. Evidensen er baseret på fem oversigtsartikler af Scott et al 1995 (7), Lauriello et al 1999 (6), Latimer et al 1999 (5), Marshall et al 2011 (44) og Burns et al 2007 (45). Retningslinjen vurderes til at være af moderat kvalitet ud fra AGREE.

Retningslinjen fra det tyske selskab for psykiatri, psykoterapi og neurologi (DGPPN) (12), publiceret i 2015, anbefaler, at personer med svær psykisk sygdom bør tilbydes ACT, hvis der er høj risiko for frafald af behandling. Hjemløse med svær psykisk sygdom bør i særdeleshed have adgang til ACT. ACT kan, ifølge anbefalingen, reducere omkostningerne ift. hospitalsbehandlingen. Retningslinjen er baseret på data fra et cochrane review af Marshall et al 2000 (46) og en retningslinje fra NICE publiceret i 2009 (47). Retningslinjen vurderes til at være af høj kvalitet ud fra AGREE.

Systematiske oversigtsartikler

APAs retningslinje, publiceret i 2021, har inkluderet det nyeste systematiske oversigtsartikel, der har undersøgt effekten af ACT. (8) McDonagh et al 2017 er lavet i forlængelse af et tidligere cochrane oversigtsartikel af Marshall et al 2000 suppleret med ét ekstra RCT. Det systematiske oversigtsartikel indeholder således data fra 15 RCT og vurderes til at være af høj metodisk kvalitet ud fra AMSTAR.

Studiepopulationen består af patienter med svær psykisk sygdom, som er svære at motivere og fastholde i et behandlingsforløb. Patienterne er diagnosticeret med skizofreni/ skizofreni-spektrum-lidelser, bipolar sygdom eller depression med psykose. Gennemsnitsalderen på tværs af studierne var 29 til 48 år. Interventionen består af tværfaglige, udgående teams, der deler ansvaret for patienten. Behandlingen foregår i eget hjem eller i patientens nærmiljø. Interventionen sammenlignes med standard behandling i form af simple ambulante forløb, rehabilitering i hospitalsregi og case management.

Effektestimater

Outcome	Effektestimater, Antal RCT (antal patienter)	GRADE vurdering	Sammenfatning
Bo selvstændigt	OR 0.52, 95% CI 0.35 til 0.79 RCT = 4 (n = 798)	Moderat kvalitet (grundet risiko for bias)	ACT reducerer muligvis sandsynligheden for <i>ikke</i> at bo selv (e.g større sandsynlighed for at bo selv)
Hjemløshed	OR 0.20, 95% CI 0.09 til 0.47 RCT = 4 (n = 492)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og heterogenitet)	ACT reducerer muligvis sandsynligheden for at være hjemløs
Arbejdsløshed	OR 0.46, 95% CI 0.21 til 0.99 RCT = 3 (n = 1040)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og heterogenitet)	ACT reducerer muligvis sandsynligheden for at være arbejdsløs
Indlæggelser	OR 0.59, 95% CI 0.41 til 0.85 RCT = 6 (n = 1047)	Moderat kvalitet (grundet heterogenitet)	ACT reducerer muligvis sandsynligheden for at patienterne bliver indlagt
Frafald	OR 0.51, 95% CI 0.41 til 0.63 RCT = 12 (n = 2265)	Moderat kvalitet (grundet risiko for bias)	ACT reducerer muligvis sandsynlighed for frafald fra studiet
Sociale funktionsniveau	MD 0.03, 95% CI -0.28 til 0.34 RCT = 3 (n = 206)	Lav evidens (grundet risiko for bias og upræcist effektestimater (bredt konfidensinterval))	Der er muligvis ingen effekt på den sociale funktion
Anholdelser	OR 1.17, 95% CI 0.60 til 2.29 RCT = 2 (n = 604)	Lav evidens (grundet risiko for bias og upræcist effektestimater (bredt konfidensinterval))	Der er muligvis ingen effekt på sandsynligheden for anholdelser
Fængsling	OR 1.19, 95% CI 0.70 til 2.01 RCT = 4 (n = 471)	Lav evidens (grundet risiko for bias og upræcist effektestimater (bredt konfidensinterval))	Der er muligvis ingen effekt på sandsynligheden for fængsling
Kontakt med politiet	OR 0.76, 95% CI 0.32 til 1.79 RCT = 2 (n = 149)	Meget lav evidens (grundet risiko for bias, upræcist effektestimater (bredt konfidensinterval) og heterogenitet)	Effekten på sandsynligheden for kontakt med politiet er usikker
Psykiatriske kernesymptomer	MD -0.14, 95% CI -0.36 til 0.08 RCT = 3 (n = 255)	Lav kvalitet (grundet bredt konfidensinterval og heterogenitet)	Der er muligvis ingen effekt på de psykiatriske kernesymptomer

CI: confidence interval, OR: odds ratio, MD: mean difference, RCT: randomised controlled trial

6.2.3. Crisis resolution teams (CRT)

I dette afsnit præsenteres effektestimaterne for intervention Crisis resolution teams (CRT publiceret i henholdsvis guidelines og i systematiske oversigtsartikler. Tiltroen til disse estimater vil ligeledes blive gennemgået.

Guidelines

Retningslinjen fra EPA (11), publiceret in 2020, anbefaler CRT til patienter med svær psykisk sygdom. Ifølge retningslinjen er CRT omkostningseffektivt samtidig med, at interventionen kan reducere indlæggelsesrater og øge patienttilfredsheden. Retningslinjen er baseret på data fra et systematisk oversigtsartikel af Carpenter et al 2013 (48), et cochrane oversigtsartikel af Murphy et al 2015 (13), samt en medicinsk teknologivurdering af Paton et al 2016 (49). Det anbefales desuden, at CRT tilbydes som en 24 timers service, og at der inkluderes en psykiater i teamet. Evidensen for dette er baseret på data fra en oversigtsartikel af Wheeler et al 2015 (50). Retningslinjen vurderes til at være af høj kvalitet ud fra AGREE.

Retningslinjen af the Canadian Schizophrenia Guidelines (14), publiceret i 2017, anbefaler CRT som akut behandling til patienter med psykoser eller skizofreni, som i forbindelse med en akut episode er i risiko for indlæggelse. Denne anbefaling er baseret på en høj patienttilfredshed ved interventionen. Der er dog behov for yderligere studier, der undersøger effekten af CRT. Retningslinjen er baseret på data fra en oversigtsartikel, der ikke er referencer til, og vurderes ligeledes til at være af moderat kvalitet ud fra AGREE.

Retningslinjen fra DGPPN (12), publiceret i 2015, anbefaler at patienter med svær psykisk sygdom bør tilbydes CRT i forbindelse med en akut episode. CRT kan ifølge retningslinjen reducere antallet af patienter, som falder fra deres behandling, samt reducerer indlæggelsesraten og varigheden af den akutte behandling i hospitalsregi. Derudover er CRT en intervention, som er vellidt af både patienterne og familierne. Retningslinjen er baseret på data fra et cochrane oversigtsartikel af Joy et al 2006 (51) samt en retningslinje fra NICE publiceret i 2009 (47). Selve retningslinjen vurderes til at være af høj kvalitet ud fra AGREE.

Systematiske oversigtsartikler

Retningslinjen fra EPA og retningslinjen fra DGPPN henviser begge til samme cochrane oversigtsartikel, der undersøger effekten af CRT. Murphy et al 2015 er en opdatering af Joy et al 2006. Der blev ikke fundet yderligere, nyere systematiske oversigtsartikler med dertilhørende meta-analyser.

Murphy et al 2015 er baseret på data fra otte RCT (13). Populationen består af patienter over 18 år med svær psykisk sygdom, herunder særligt patienter med skizofreni/skizofreni-spektrum-lidelser. Patienter med depression og neurosis var også inkluderet. Interventionen var en krise-orienteret behandling, der benytter tværfaglige teams, og hvor at patienterne blev behandlet i eget hjem eller i deres nærmiljø. Interventionen blev sammenlignet med standard behandling, hvilket i alle studier var hospitalsindlæggelse. Oversigtsartiklen vurderes til at være af moderat kvalitet baseret på AMSTAR.

Effektestimater

Outcome	Effektestimater, Antal RCT (antal patienter)	GRADE vurdering	Sammenfatning
Genindlæggelser	RR 0.75, 95% CI 0.50 til 1.13 RCT = 1 (n = 369)	Lav kvalitet (grundet upræcist effektestimater (bredt	CRT reducerer muligvis antallet af genindlæggelser

		konfidensinterval og få patienter/studier))	
Byrden på familien	RR 0.34, 95% CI 0.20 til 0.59 RCT = 1 (n = 120)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og få studier)	CRT reducerer muligvis byrden på familien
Mentale status	MD -4.03, 95% CI -8.18 til 0.12 RCT = 2 (n = 248)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og upræcist effektestimater (bredt konfidensinterval))	CRT har muligvis ingen effekt på den mentale status målt ved Brief Psychiatric Rating scale
Psykosociale funktionsniveau	MD 5.50, 95% CI -0.26 til 11.66 RCT = 1 (n = 142)	Meget lav kvalitet (grundet høj risiko for bias og upræcist effektestimater (få studier og bredt konfidensinterval))	Effekten på det psykosociale funktionsniveau målt ved global assessment scale er usikker
Livskvalitet	MD -1.5, 95% CI -5.51 til 2.15 RCT = 1 (n = 226)	Meget lav kvalitet (grundet høj risiko for bias og upræcist effektestimater (få studier og bredt konfidensinterval))	Effekten på livskvaliteten målt ved Manchester Short assessment er usikker
Patienttilfredshed	MD 5.40, 95% CI 3.91 til 6.89 RCT = 1 (n = 137)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og upræcist effektestimater (få patienter/studier))	CRT fører muligvis til større patienttilfredshed, målt ved Client Satisfaction Questionnaire

CI: confidence interval, RR: risk ratio, MD: mean difference, RCT: randomised controlled trial

6.2.4. Intensive care management (ICM)

I dette afsnit præsenteres effektestimaterne for Intensive care management (ICM) publiceret i henholdsvis guidelines og i systematiske oversigtsartikler. Tiltroen til disse estimater vil ligeledes blive gennemgået.

Guidelines

Retningslinjen fra European Psychiatric association (EPA) (11), publiceret i 2020, anbefaler ICM til personer med svær psykisk sygdom, som har en høj indlæggelsesrate og som er svære at motivere og fastholde i et behandlingsforløb. Ifølge retningslinjen forkorter ICM længden af indlæggelser, mindsker frafald og forbedrer patienternes sociale funktion. Retningslinjen er baseret på data fra et cochrane oversigtsartikel af Dieterich et al 2017 (15). Selve retningslinjen vurderes til at være af høj kvalitet ud fra AGREE.

Retningslinjen af the Canadian Schizophrenia Guidelines (43), publiceret i 2017, anbefaler ligeledes at ICM tilbydes til patienter med skizofreni eller psykoser, som er svære at motivere og fastholde i deres behandlingsforløb. Evidensen bygger på et cochrane oversigtsartikel af Marshall et al 2000³. Selve retningslinjen vurderes til at være af moderat kvalitet ud fra AGREE.

³ Marshall M, Gray A, Lockwood A, Green R. Case management for people with severe mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2000;(2):CD000050. (trukket tilbage)

Retningslinjen fra DGPPN (12), publiceret i 2015, fandt, at ICM har den bedste effekt for de patienter, som i forvejen har en høj indlæggelsesrate. Retningslinjen fandt ligeledes, at effekten af ICM er højere, hvis organiseringen følger ACT. Evidensen er baseret på data fra et cochrane oversigtsartikel af Dietrich et al 2017 (15) og en retningslinje publiceret af NICE i 2009 (47). Selve retningslinjen vurderes til at være af høj kvalitet ud fra AGREE.

Systematiske oversigtsartikler

Retningslinjen fra EPA og retningslinjen fra DGPPN baserer begge deres anbefaling om ICM på et cochrane oversigtsartikel af Dietrich et al 2017 (15). Der blev ikke fundet nogen yderligere, nyere systematiske oversigtsartikler med tilhørende meta-analyser.

Oversigtsartiklen af (15) er baseret på data fra 40 RCT-studier. Oversigtsartiklen vurderes til at være af høj kvalitet baseret på AMSTAR. Populationen består af patienter med svær psykisk sygdom, diagnosticeret med skizofreni/skizofreni-spektrum-lidelser, bipolar sygdom eller depression med psykose. Gennemsnitsalderen på tværs af studierne er 38 år. Oversigtsartiklen undersøger effekten af ICM og ikke-intensiv case management sammenlignet med standard behandling. Interventionen tolkes som ICM, hvis den er formet ud fra Assertive Community Treatment (ACT), Assertive outreach model eller Case management modellen. Det er desuden et krav, at hvert team som maksimum skal være ansvarlige for 20 patienter. Ikke-ICM indeholder samme elementer som ICM, men her er teamet ansvarlig for mere end 20 patienter. Standard behandling er defineret som simple, ambulante forløb, som ikke er struktureret ud fra en ACT-model eller en case management model. En meta-regression fandt desuden, at jo højere indlæggelsesraten er ved baseline, samt jo mere ICM er tro mod ACT modellen, desto bedre er ICM til at reducere længden af indlæggelserne.

Effektestimater

Outcome	Effektestimater, Antal RCT (antal patienter)	GRADE vurdering	Sammenfatning
Indlæggelsesdage	MD -0.86, 95% CI -1.37 til -0.34 RCT = 24 (n = 3595)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og høj heterogenitet)	ICM fører muligvis til en mindre reduktion i indlæggelsesdage
Frafald	RR 0.68, 95% CI 0.58 til 0.79 RCT = 13 (n = 1798)	Lav kvalitet (grundet høj risiko for bias)	ICM reducerer muligvis frafald fra studiet
Arbejdsløshed	RR 0.70, 95% CI 0.49 til 1.0 RCT = 4 (n = 1129)	Meget lav kvalitet (grundet høj risiko for bias og høj heterogenitet)	Effekten på arbejdsløshed er usikker
Fastholdelse i et forløb	RR 0.70, 95% CI 0.52 til 0.95 RCT = 7 (n = 1970)	Lav kvalitet (grundet høj risiko for bias)	ICM øger muligvis fastholdelsen af patienterne i et forløb

CI: confidence interval, RR: risk ratio, RCT: randomised controlled trial

6.2.5. Multidisciplinær hjemmebehandling (ældre)

Der blev identificeret én systematisk oversigtsartikel (17), som undersøger effekten af multidisciplinær hjemmebehandling til hjemmeboende ældre over 60 år med en psykiatrisk diagnose. Oversigtsartiklen er vurderet af lav kvalitet ifølge AMSTAR. Resultaterne beskrives narrativt.

Oversigtsartiklen inkluderer tre RCT'er. To af disse studier undersøger effekten af psykogeriatriske teams, mens det tredje studie undersøger effekten af ACT. I alle tre studier sammenlignes interventionen med standardbehandlingen, der består af støtte fra egen læge eller konventionel ambulans behandling. Kvaliteten af de tre studier vurderes til at være af moderat kvalitet.

Resultater viser, at psykogeriatrisk hjemmebehandling kan reducere depressive symptomer, øge funktionsniveauet og øge livskvaliteten. Det studie, som undersøger effekten af ACT viser, at ACT kan øge tilknytningen til de forskellige behandlingstilbud samt reducerer risikoen for frafald. Forfatterne af oversigtsartiklen konkluderer, at især psykogeriatrisk hjemmebehandling kan have en positiv indvirkning på ældre med psykiske symptomer. Der pointeres dog, at flere studier er nødvendige.

6.2.6. Dobbeldiagnoser

Et enkelt cochrane oversigtsartikel, som undersøger brugen af ACT til patienter med dobbeldiagnoser, blev identificeret. Populationen bestod af voksne patienter med svær psykisk sygdom og misbrug. Interventionen bestod af udgående, multidisciplinære teams, der inkluderede ACT. Der blev sammenlignet med standardbehandling. Der var 4 RCT inkluderet. Oversigtsartiklen vurderes til at være af høj kvalitet ud fra AMSTAR.

Effektestimater

Outcome	Effektestimater, Antal RCT (antal patienter)	GRADE vurdering	Sammenfatning
Frafald	RR 1.09, 95% CI 0.82-1.45 RCT = 3 (n = 603)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og få patienter)	ACT har muligvis ingen effekt på frafald
Død	RR 1.18, 95% CI 0.39 til 3.57 RCT = 2 (n = 421)	Lav kvalitet (grundet risiko for bias og bredt konfidensinterval)	ACT har muligvis ingen effekt på død
Brug af alkohol	RR 1.15, 95% CI 0.84 til 1.56 RCT = 1 (n = 143)	Meget lav kvalitet (grundet risiko for bias og få patienter)	Effekten på brug af alkohol er usikker
Stofmisbrug	RR 0.89, 95% CI 0.63 til 1.25 RCT = 1 (n = 85)	Meget lav kvalitet (grundet risiko for bias og få patienter)	Effekten på stofmisbrug er usikker
Generelle funktionsniveau	MD 0.40, 95% CI -2.47 til 3.27 RCT = 1 (n = 170)	Meget lav kvalitet (grundet risiko for bias og få patienter)	Effekten på det generelle funktionsniveau målt ved global assessment of funktioning scale er usikker
Livskvalitet	MD 0.10, 95% CI -0.18 til 0.38 RCT = 2 (n = 373)	lav kvalitet (grundet risiko for bias og få patienter)	ACT har muligvis ingen effekt på livskvaliteten målt ved general life satisfaction score

CI: confidence interval, RR: risk ratio, MD: mean difference, RCT: randomised controlled trial

6.2.7. Youth-ACT (børn og unge)

Der blev identificeret én systematisk oversigtsartikel (29), der undersøger effekten af youth-ACT til børn og unge i alderen 6 til 18 år med svær psykisk sygdom, som har udvist dårligt engagement ift. tidligere

psykosociale indsatser. Oversigtsartiklen vurderes til at være af lav kvalitet ud fra AMSTAR. Resultaterne beskrives narrativt. Oversigtsartiklen inkluderer 13 studier. Otte af studierne havde et præ-postdesign uden en kontrol gruppe, mens et studie havde et quasi-experimentelt design med en dertilhørende kontrol gruppe. Fire af studierne var RCT, hvori effekten af en mono-disciplinær variation af youth-ACT sammenlignes med anden form for ambulat behandling. Ingen af de inkluderet studier blev vurderet til at være af høj kvalitet.

10 af studierne viste, at youth-ACT muligvis reducerer sværhedsgraden af de psykiatriske symptomer, mens at et studie ikke fandt nogen effekt på dette udfald. Otte af studierne rapporterer om en mulig positiv effekt på den generelle funktionsevne. Fem studier viser en mulig positiv effekt på både frekvensen og varigheden af hospital indlæggelserne.

6.2.8. Housing first + udgående psykiatrisk behandling (botilbudsteams)

I dette kapitel beskrives en opsummering af hvilken evidens der findes for effekten af botilbud. Kapitlet tager udgangspunkt i en systematisk litteratursøgning efter randomiserede kontrollerede forsøg (RCT) for perioden 2013-2023. Der blev ikke identificeret studier med interventioner/teams som direkte kan sammenlignes med de botilbudsteams som er etableret i nogle regioner i Danmark. Derimod blev der fundet 13 relevante randomiserede studier, som omhandler effekten af metoden Housing First (HF) i kombination med et tværfagligt udgående team baseret på ACT eller ICM. Resultaterne præsenteres narrativt. Risiko for bias er vurderet for alle de inkluderede studier ved brug af Cochrane risk of bias tool (version 1).

Størstedelen af studierne (9 ud af 13) stammer fra ét stort multicentrestudie udført i Canada. Ni af studierne bygger på samme studieprotokol, hvor man i årenes løb har foretaget ændringer i protokollen. Der er med al sandsynlighed tale om de samme patienter, som man analyserer på forskellige vis. De enkelte publikationer varierer ift. præsentation af subgrupper, målte outcomes og tidspunkt for opfølgning. Ens for dem er at deltagerne er voksne over 18 år med svære psykiske lidelser, som enten er hjemløse eller har en usikker boligsituation. I alle de ni studier undersøger man effekten af HF i forskellige kombinationer med ACT eller ICM. Der sammenlignes med standard behandling, som bygger på allerede eksisterende tilbud. De enkelte studier undersøger hver især forskellige udfaldsmål, dog med en generel tendens til at rapportere om en stabil boligsituation. Der er en variation i hvor mange og hvilke patienter der er inkluderet samt hvor lang tid patienterne følges i de enkelte studier. Risiko for bias vurderes til at være høj i alle studierne, hvilket overvejende skyldes manglende blinding og risiko for selektiv outcome reporting.

I de følgende gennemgås publikationerne fra multicentrestudiet fra Canada. I studiet af Aubry et al 2016 består interventionen er HF+ACT sammenlignet med standardbehandling over en 2-årig periode (19). Resultaterne viser at HF+ACT-gruppen i højere grad har en stabil boligsituation (71% versus 29%), hurtigere bliver indlogeret (73 versus 220 dage), samt er indlogeret i længere tid (218 versus 115 dage) sammenlignet med standard behandling. HF+ACT-gruppen rapporterer om højere livskvalitet, og bedre funktionsniveau ude i samfundet i løbet af det første år. Denne effekt forsvinder i løbet af det sidste år af studiet.

I studiet af Aubry et al 2019 (18), består interventionen er HF+ACT sammenlignet med standardbehandling. Deltagerne er de samme som i Aubry 2016, men her er kun medtaget patienter fra mindre byer. Resultaterne vurderes over en 2-årig periode. Resultaterne viser at HF+ ACT fører til en hurtigere reduktion af hjemløshed og at sandsynligheden for at opnå en stabil boligsituation er tre gange større i HF+ACT-gruppen. HF+ACT fører

desuden til en forbedret livskvalitet, forbedret følelse af at være en del af samfundet og større grad af recovery.

Unge

Studiet af Kozloff et al 2016 (20) omhandler specifikt unge i alderen 18 til 24 år. Interventionen er HF kombineret med enten ACT eller ICM sammenlignet med standard behandling. Resultaterne vurderes over en 2-årig periode. Gruppen som modtager HF+ACT/ICM har øget sandsynlighed for at opnå en stabil boligsituation samt længere tids indlogering sammenlignet med standard behandling. Interventionsgruppen er således indlogeret i 437 ud af 645 dage (65% af tiden) imens kontrolgruppen er indlogeret i 189 ud af 582 dage (31% af tiden).

Inddeling i patienter med højt og moderat behov for støtte

I studiet af Proemski et al 2016 (21) inddeles patienterne i to grupper, for hhv. dem med stort - og moderat behov for støtte. Deltagere med stort behov for støtte modtager enten HF+ACT (n = 469) eller standard behandling (n = 481). Deltagere med moderat behov for støtte modtager enten HF+ICM (n = 689) eller standard behandling (n = 509). Resultaterne vurderes over en 2-årig periode. Resultaterne viser at dem med moderat behov for støtte har lavere odds for at få et job, hvis de havde modtaget HF+ICM sammenlignet med standardbehandling. For dem med stort behov for støtte, er der ingen forskel i sandsynligheden for at komme i job for dem som modtager HF+ACT sammenlignet med standard behandling.

I studiet af Lachaud et al 2021 (22) inddeles patienterne i to grupper, for hhv. dem med stort - og moderat behov for støtte. Dem med stort behov for støtte modtager enten HF+ACT (n = 97) eller standard behandling (n = 100). Dem med moderat behov for støtte modtager enten HF+ICM (n = 204) eller standard behandling (n = 174). Forskellen fra Proemski et al 2016 er at resultaterne nu vurderes over en 7-årig periode. Resultaterne viser at for dem med stort behov for støtte er der ingen effekt af HF+ACT på indlæggelser, men at der er en reduktion af antal dage indlagt og antallet af besøg på skadestuen. For patienter med behov for moderat støtte fører HF+ICM til et større antal af indlæggelser samt flere besøg på skadestuen, imens at der ikke er nogen effekt på antal af dage indlagt.

I studiet af O'Campo et al 2016 (23) fokuseres der på patienterne med stort behov for støtte, som enten modtager HF+ACT (n= 97) eller standard behandling (n = 100). Resultaterne vurderes ligeledes over en 7-årig periode og minder således meget om studiet af Lachaud et al 2021 (forskellen er rapportering af outcomes). Resultaterne viser at HF+ACT fører til højere grad af "stable housing", større funktionsevnen ude i samfundet og færre anholdelser. Der var ingen forskel mellem grupperne i forhold til brug af sundhedsydelser, integration i samfundet eller misbrug.

Etniske grupper

I studiet af Stergiopoulos et al 2015 (24) undersøges effekten af HF+ICM til etnisk forskelligartede hjemløse voksne (n = 204) sammenlignet med standard behandling (n = 174). Deltagerne inddeles i to grupper ud fra etnicitet. Der er således en "racialized" gruppe bestående af deltagere som identificerer dem selv som værende ikke-kaucasiske eller ikke-hvide samt en "non-racialized" gruppe bestående af deltagere med blandet etnicitet eller anden etnicitet. Resultaterne vurderes over en 7-årig periode. På tværs af deltagerne (e.g uden stratificering på baggrund af etnicitet), viser resultaterne at HF+ICM medfører større grad af "stable housing"

(75.1% versus 95%), bedre funktionsniveau ude i samfundet og færre dage med alkoholproblemer sammenlignet med standard behandling. Ved sammenligning mellem "racialized" og "non-racialized" deltagere, viser resultaterne at "racialized" deltagere som modtager HF+ICM bruger flere penge på alkohol, og bliver mindre integreret i samfundet sammenlignet med "non-racialized" deltagere som modtager HF+ICM.

I studiet af Stergiopoulos et al 2019 inddeles deltagerne i dem med behov for hhv. stor - og moderat støtte. Dem med stort behov for støtte tildeles enten HF+ACT (n = 97) eller standard behandling (n = 100). Patienter med moderat behov for støtte inddeles yderligere i grupper ud fra etnicitet, hvor de enten tildeles HF+ICM, HF+ethnoracial-specific ICM (samlet antal n= 204) eller standard behandling (n= 174). Studiet er tidsmæssigt inddelt i 2 faser. I fase 1 bliver grupperne fulgt i 2 år. I fase 2 følger man grupperne i yderligere 4 år. Resultaterne viser at antallet af dage i "stable housing" samlet set er højere for dem som modtager enten HF+ACT, HF+ICM eller HF+ER+ICM sammenlignet med standard behandling (ses både fase 1 og fase 2). Ved det sidste år af studiet (år 6) var 85.51% af dem med stort behov for støtte (og som modtog HF+ACT) i "stable housing", sammenlignet med 60.33% som modtog standard behandling. For dem med moderat behov for støtte, som modtog enten HF+ICM eller HF+ER+ICM, lå dette på 88.16% sammenlignet med 78.22% for dem som modtog standard behandling.

Misbrug

I studiet af Urbanoski et al 2018 (25) undersøger man effekten af HF+ACT/ICM (n = 1265) sammenlignet med standard behandling (n = 990) til deltager med og uden et misbrug. Resultaterne vurderes over en 2-årig periode. Resultaterne viser at HF+ACT/ICM har samme effekt på dem med misbrug som for dem uden et misbrug, idet at begge grupper viser en forbedring i "stable housing", funktionsniveauet i samfundet, livskvalitet, og mentale symptomer sammenlignet med standard behandling.

Multicentrestudie fra Frankrig

To af studierne bygger på den samme studieprotokol fra Frankrig (NCT01570712). Fælles for de to studier er at patienterne er voksne over 18 år, de er hjemløse eller har en usikker boligsituation, og har en diagnose på enten bipolar sygdom eller skizofreni. Interventionen består af "Housing First" (HF), hvori deltagerne har adgang til selvstændig indlogering og støtte fra et ACT-team. Kontrolgruppen er standard behandling som bestående af allerede eksisterende tilbud. Der er tale om den samme patientgruppe, som følges over tid. Risiko for bias blev vurderet til at være høj i begge studier, hvilket overvejende skyldes manglende blinding.

I studiet af Tinland et al 2020 (26) bliver deltagerne fulgt over en 2-årig periode. Resultaterne viser ingen forskel i hospitalsindlæggelser eller besøg på skadestuen mellem de to grupper (HF+ACT (n = 353) sammenlignet med standard behandling (n = 350)). Patienterne som modtager HF+ACT har dog færre indlæggelsesdage samt højere grad af "stable housing" sammenlignet med standardbehandling. Der er ingen forskel i de mentale symptomer, alkoholindtagelsen eller misbrug af rusmidler

I studiet af Loubiere et al (27) følges deltagerne over en 4-årig periode. Resultaterne viser at patienter i HF+ACT-gruppen (n = 90) udviser bedre autonomy, højere grad af "stable housing", samt har færre indlæggelsesdage end kontrolgruppen (n = 151). HF+ACT-gruppen har samtidig større indtag af alkohol sammenlignet med kontrolgruppen. Der er ingen forskel mellem grupperne i forhold til selv-rapporteret mentale symptomer eller rusmiddelfafhængighed.

Øvrige

Opstart af anti-psykotisk medicin

Studiet af Rezansoff et al 2017 (28) undersøger voksne over 18 år, som er hjemløse, har skizofreni og står til at skulle påbegynde antipsykotisk medicin. Deltagerne modtager enten 1) "congregate Housing First" med tilstedeværelse af støtte på adressen, herunder sundhedsfaglig hjælp og et apotek (n = 107), 2) "scattered site Housing First" med ACT (n = 90) eller 3) standardbehandling bestående af allerede eksisterende tilbud (n = 100). Resultaterne vurderes over en 2-årig periode. Resultaterne viser at adhærence til antipsykotisk medicin er højere hos dem som modtager "scattered site Housing First" + ACT (e.g. tilsvarende intervention som anvendt i studierne fra Canada) sammenlignet med standard behandling. Der var ingen forskel i outcomes mellem congregate Housing first gruppen og dem som modtog standard behandling.

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Sundhed for alle ♥+●