



Beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser

Anbefalinger til tilrettelæggelse af
tværsektorielle indsatser



SUNDHEDSSTYRELSEN



Social- og
Boligstyrelsen

Beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser

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

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Elektronisk ISBN: 978-87-7014-613-5

Sprog: Dansk
Version: 01
Versionsdato: 22. maj 2024

Design og layout: Sundhedsstyrelsen

Foto: Sundhedsstyrelsen, iStock, Colourbox og Adobe Stock

Udgivet af Sundhedsstyrelsen
Juni 2024

Indholdsfortegnelse

1. Introduktion	6
1.1. Formål	7
1.2. Hvem kan bruge beskrivelsen?	7
2. Målgruppe	10
FORLØBET AF EN PSYKOSELIDELSE	12
3. Tidlig opsporing og henvisning	16
3.1. Tidlig opsporing via kommunale tilbud, politiet og civilsamfund	16
3.2. Tidlig opsporing på sundhedsområdet	16
3.3. Henvisning ved mistanke om psykoselidelse	17
4. Første psykoseepisode	20
4.1. Udredning og behandling i den regionale psykiatri	20
4.2. Kommunale indsatser ved første psykoseepisode	22
5. Tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser	26
5.1. Behandling i den regionale psykiatri ved tilbagefald	26
5.2. Kommunale indsatser ved tilbagefald	26
5.3. Håndtering af akutte kriser i regionale og kommunale tilbud	27
6. Langvarig og kompleks psykoselidelse	30
6.1. Behandling i den regionale psykiatri ved langvarig og kompleks psykoselidelse	30
6.2. Kommunale indsatser ved langvarig og kompleks psykoselidelse	31
7. Opfølgning	34
FÆLLES TVÆRSEKTORIEL TILGANG I DET SAMLEDE FORLØB	36
8. Samarbejde og koordination i det samlede forløb	40
8.1. Kontaktpersoner	40
8.2. Tværsektorielle netværksmøder	40
8.3. Fælles samarbejdsplaner	41
9. Gennemgående indsatser og metoder	44
9.1. Forebyggelse og behandling af fysiske sygdomme	44
9.2. Fysisk aktivitet og træning	44
9.3. Medicinsk behandling	44
9.4. Psykosociale indsatser og metoder	44
9.5. Individuelle uddannelses- og beskæftigelsesindsatser	44
10. Grupper med særlige behov	48
10.1. Debut af psykoselidelse før 18-årsalderen	48
10.2. Samtidig rusmiddelproblematik	48
10.3. Hjemløshed	48
10.4. Øget risiko for kriminalitet	48
10.5. Øget risiko for voldsomme episoder, magtanvendelse og tvang	49
10.6. Øget risiko for selvmordshandlinger	49
10.7. Udviklingshæmning	49
10.8. Etnisk minoritetsbaggrund	50
10.9. Gravide, kommende forældre og forældre	50
10.10. Ældre med psykoselidelser	50
Referencer	54



1

Introduktion

1. Introduktion

Psykoselidelser er alvorlige psykiske lidelser, som kan påvirke alle aspekter af en persons liv, herunder familie, sociale fællesskaber, uddannelse og beskæftigelse, forventet levetid, risiko for fysiske sygdomme og komplekse problemstillinger såsom rusmiddelproblemer og hjemløshed. En psykoselidelse kan derfor have betydelige konsekvenser både for den enkelte og for samfundet som helhed (1).

I Sundhedsstyrelsens og Social- og Boligstyrelsens faglige oplæg til en 10-årsplan for mental sundhed og psykiske lidelser, blev det anbefalet at løfte kvaliteten af det samlede forløb for mennesker med psykiske lidelser gennem udarbejdelse af tværsektorielle beskrivelser af forløb for børn/unge og voksne (2). I september 2022 blev der vedtaget en bred politisk aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed (3) og om styrkede indsatser til mennesker med svære psykiske lidelser. På den baggrund har Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen med inddragelse af relevante aktører i 2023-2024 udarbejdet beskrivelser af forløb for henholdsvis børn/unge og voksne med psykoselidelser.

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

I denne beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser præsenteres en række faglige anbefalinger til, hvordan man på tværs af sektorer

kan tilrettelægge den samlede indsats for voksne med psykoselidelser. Beskrivelsen tager så vidt muligt udgangspunkt i nationale og internationale retningslinjer og alternativt i den bedste tilgængelige faglige viden og praksis samt brugererfaringer fra mennesker med psykoselidelser. Lovgrundlaget omfatter sundhedsloven, psykiatriloven og serviceloven, der regulerer de sundhedsfaglige og sociale indsatser.

Sideløbende med udarbejdelsen af denne beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser er der udarbejdet en beskrivelse af forløbet for børn og unge med psykoselidelser. Beskrivelserne kan med fordel læses i sammenhæng, da de udgør faglige anbefalinger for hele forløbet fra de første symptomer, som måske allerede opstår i barndom eller tidlig ungdom, til langt ind i voksenlivet, hvor en del mennesker fortsat vil have behov for behandling og støtte.

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

¹ Der henvises til udmøntningsaftalen pr. 22/3-2024

1.1. Formål

Denne beskrivelse af forløb for voksne med psykoselidelser har til formål at fremme en sammenhængende, systematisk, ensartet, dokumenteret virksom og så vidt muligt evidensbaseret indsats af høj kvalitet til voksne med psykoselidelser. Som et væsentligt element beskrives ansvarsfordeling, opgaver og koordinering mellem alle involverede parter i forløbet.

Det overordnede mål er at sikre, at den samlede indsats støtter voksne med psykoselidelser i at leve et tilfredsstillende og meningsfuldt liv og skabe de bedst mulige betingelser for at komme sig. Beskrivelsen bygger på nedenstående principper (boks 1), som udgør fundamentet for indsatsen i hele forløbet.

1.2. Hvem kan bruge beskrivelsen?

Beskrivelsen er et værktøj, der kan anvendes af beslutningstagere, planlæggere og fagpersoner til at understøtte, at mennesker med psykoselidelser tilbydes en indsats af høj kvalitet på tværs af sektorer. Derudover kan den også anvendes af voksne med psykoselidelser og deres pårørende. Forløbet beskrives på et overordnet niveau, mens fagpersoner og andre særligt interesserede kan søge yderligere information i udgivelsen *Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser for voksne med psykoselidelser* (4), som uddyber de enkelte elementer.

Boks 1

Gennemgående principper for indsatsen til voksne med psykoselidelser

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



2

Målgruppe

2. Målgruppe

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

Boks 2

Målgruppeafgrænsning (primære psykoselidelser)

Målgruppen er personer over 18 år med primære psykoselidelser eller mistanke om psykoseudvikling, herunder i særlig grad personer med længerevarende psykoselidelser, hvor skizofreni typisk er den alvorligste af disse. Personer med organiske psykoser indgår som udgangspunkt ikke i målgruppen. Jf. WHO's internationale diagnoseklassifikationssystem ICD-11 drejer det sig om følgende lidelser:

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

Øvrige grupper, som indgår i målgruppen:

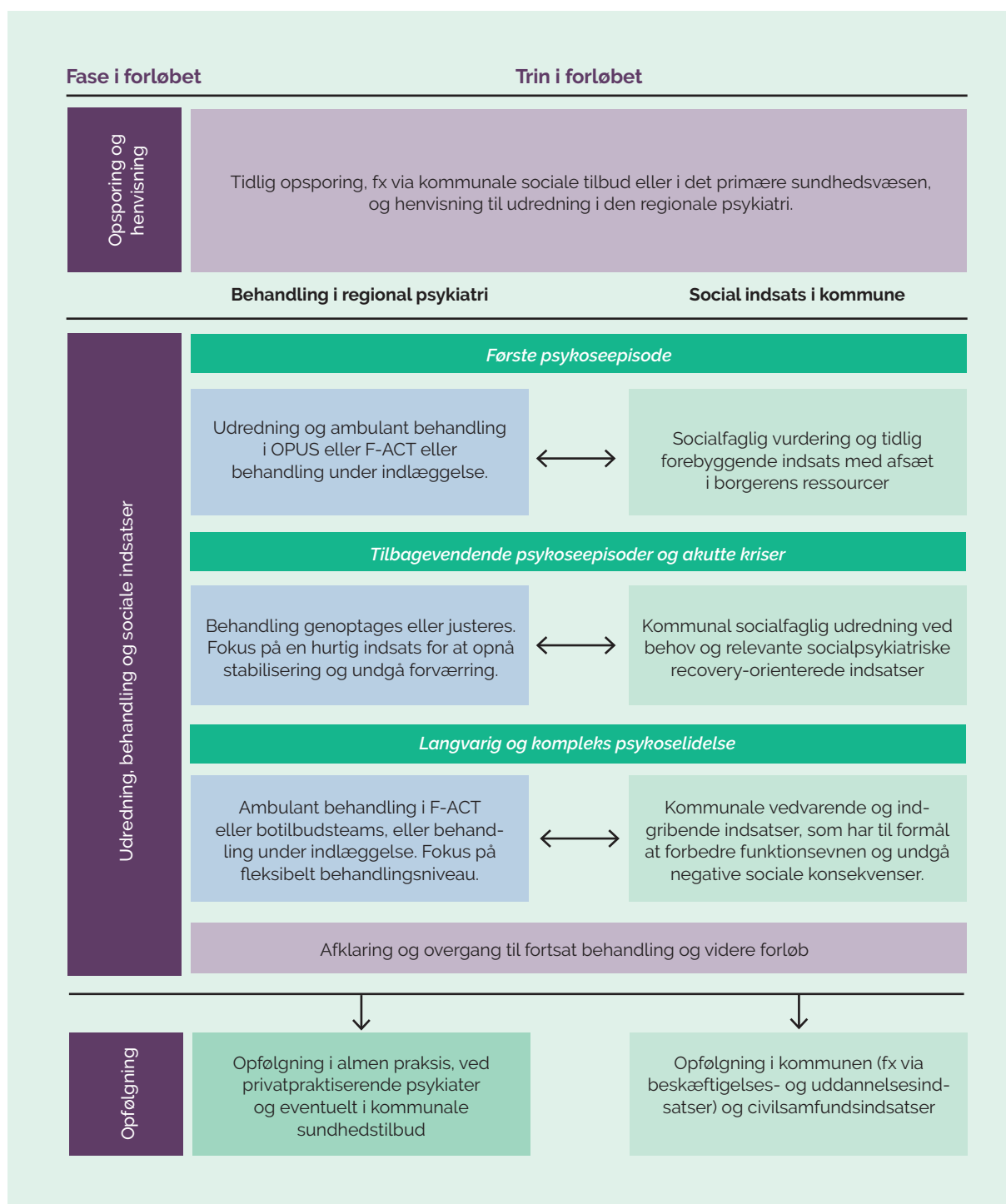
- **Personer med andre psykiske lidelser**, hvor der er mistanke om udvikling af samtidig primær psykoselidelse, eller hvor anden psykisk lidelse er sekundær til psykoselidelsen. Personer, som har psykotiske symptomer i sammenhæng med anden psykisk lidelse, indgår som udgangspunkt ikke i målgruppen.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

Forløbet af en psykoselidelse

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

Figur 1 giver et overblik over de mulige faser i forløbet, og beskrivelsen i kapitel 3-7 følger denne struktur. Kapitel 3 beskriver tidlig opsporing og henvisning til den regionale psykiatri, kapitel 4-6 omhandler den regionale behandling og de kommunale indsatser i de forskellige faser (første psykoseepisode, tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser samt langvarig og kompleks psykoselidelse). Endelig beskrives opfølgningen efter afsluttet behandlingsforløb i kapitel 7.

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





3

Tidlig opsporing og henvisning

3. Tidlig opsporing og henvisning

Tidlig opstart af behandling og psykosociale indsatser er afgørende for den langsigtede udvikling af en psykoselidelse (5-7). Internationalt er der enighed om, at varigheden af ubehandlet psykose ikke bør overstige tre måneder (8,9). Det er derfor af stor betydning, at en psykoselidelse opspores tidligt, så der kan foretages en grundig udredning, tilbydes behandling og de rette psykosociale indsatser uden forsinkelse, og så de langvarige følger-virkninger af en psykoselidelse kan forebygges.

3.1. Tidlig opsporing via kommunale tilbud, politiet og civilsamfund

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

Det anbefales, at medarbejdere i relevante tilbud reagerer på adfærd og tegn, som kan være udtryk for en psykoselidelse eller anden alvorlig psykisk lidelse og kender deres handlevæje, men dog uden at de behøver have indgående kendskab til konkrete symptomer eller diagnoser. Medarbejdere i socialpsykiatrien og på rusmiddelcentre anbefales at have en grundviden om psykiske lidelser, som gør dem i stand til at identificere tegn på en psykoselidelse og tilbyde den nødvendige støtte. Hvis kommunale medarbejdere har kontakt til en person med tegn på psykoselidelse, indledes et samarbejde med borgeren om at opsøge den nødvendige hjælp. Kontakten til borgeren forsøges fastholdt, selv om borgeren i første omgang ikke

ønsker hjælp, og medarbejderen kan med borgerens samtykke tilbyde at tage kontakt til egen læge eller den regionale psykiatri. Ved behov for rådgivning kan medarbejderen kontakte den regionale psykiatri med henblik på faglig rådgivning. Ved akut fare for personen selv eller andre, skal der handles uopsætteligt og ringes alarm til 112 og/eller politiet.

Politiet er forpligtet til at tage sig af udsatte personer, der ikke kan tage vare på sig selv, og de har bemyndigelse til at frihedsberøve med henblik på lægeundersøgelse eller overgivelse til andres varetægt (10). Politiet kan derfor være de første, som får kontakt til en person med en psykoselidelse, som fx er hjemløs, har en svær rusmiddelproblematik og/eller alvorlige psykotiske symptomer. Et tæt myndighedssamarbejde er afgørende for borgere, der har behov for hjælp, men måske ikke ønsker det eller ikke selv kan opsøge hjælp.

3.2. Tidlig opsporing på sundhedsområdet

Den første kontakt i forløbet er oftest den praktiserende læge og dernæst de akutte sundhedstilbud, men vejen til behandling kan være meget varierende (11). Sundhedspersoner har et overordnet kendskab til symptomer på psykoselidelser og risikofaktorer og bør reagere hurtigt på en konkret mistanke om, at en person er ved at udvikle en psykoselidelse.

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

Psykiatrisk speciallægepraksis udreder henviste patienter og bør altid vurdere, om der er tegn på en psykoselidelse. Hvis dette er tilfældet, henvises til den regionale psykiatri til fortsat udredning og behandling. Hvis den enkelte ikke ønsker henvisning, og tilstanden er ukompliceret, kan behandlingen fortsættes i psykiatrisk speciallægepraksis. På psykologpraksisområdet, hvor behandling sker under psykologordningen, bør der ved mistanke om psykoselidelse henvises tilbage til almen praksis.

Somatisk akutmodtagelse modtager bl.a. patienter i akut krise, patienter med akut rusmiddelforgiftning eller selvskaade eller selvmordshandlinger, og hvor der i nogle tilfælde kan være en underliggende psykoselidelse. Hvis den enkelte ikke er kendt i psykiatrien, og der er mistanke om psykoselidelse eller anden alvorlig psykisk lidelse, kontaktes den regionale psykiatri med henblik på sparring og psykiatrisk tilsyn, så den berørte person kan blive henvist til den rette hjælp og behandling. Derudover modtager psykiatrisk akutmodtagelse akutte psykiatriske patienter, herunder også patienter, som ikke tidligere er kendt i psykiatrien. Sundhedspersoner i den psykiatriske akutmodtagelse bør derfor opspore ubehandlet psykoselidelse og, hvis tilstanden er akut, indlægge til fortsat udredning eller henvise til fortsat ambulante udredning. Sundhedspersonale i den regionale psykiatri skal generelt være opmærksomme på symptomer på psykoselidelse, med henblik på opsporing og evt. henvisning til et specialiseret behandlingstilbud.

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

3.3. Henvisning ved mistanke om psykoselidelse

Hvis en læge vurderer en person og mistænker en psykoselidelse, henvises med informeret samtykke til udredning i den regionale psykiatri. Lægen henviser til den centrale psykiatriske visitation, som varetager visitation til rette tilbud. Hvis en psykoselidelse opspores af andre fagpersoner, tages med den enkeltes samtykke typisk kontakt til egen læge, som derefter kan vurdere og henvise til den regionale psykiatri.

Alle, der henvises til udredning, er omfattet af reglerne om ret til hurtig udredning (12). Der henvises til indlæggelse, hvis en person vurderes til fare for sig selv eller andre, har samtidig rusmiddelproblematik, som ikke kan håndteres ambulante, har svært nedsat funktionsniveau på grund af alvorlige psykotiske symptomer, eller hvis behandling under indlæggelse er påkrævet for at sikre optimal udredning og behandling.

Hvis den enkelte ikke ønsker indlæggelse, og det ikke er muligt at motivere til frivillig indlæggelse, har lægen pligt til at overveje, om psykiatrilovens paragraffer om tvangsindlæggelse skal bringes i anvendelse (13). Hvis lægen kontaktes af fx de pårørende eller politiet, har lægen pligt til at sørge for, at personen bliver set og vurderet, eventuelt med hjælp fra politiet, hvis tilstanden berettiger dette, eller hvis det ikke er muligt at få kontakt til personen. Ved tvivl om behov for indlæggelse/tvangsindlæggelse indhentes rådgivning fra den regionale psykiatri.



4

Første psykoseepisode

4. Første psykoseepisode

I forbindelse med den første psykoseepisode er der gode muligheder for at forhindre forværring af en psykoselidelse og forebygge negative følgevirkninger. Målet er, at den enkelte med den rette indsats på sigt kan opnå bedring og komme sig. Dette understøttes ved, at behandlingen i den regionale psykiatri i den tidlige fase er intensiv og modsvares af et tæt samarbejde mellem region og kommune og en tilsvarende indsats i kommunen. I dette kapitel beskrives forløbet ved første psykosepisode, herunder udredning og behandling i den regionale psykiatri samt anbefalede kommunale indsatser. Uddybende information om de enkelte elementer kan tilgås i *Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser for voksne med psykoselidelser* (4).

4.1. Udredning og behandling i den regionale psykiatri

Udredningen påbegyndes der, hvor personen med symptomer på en psykoselidelse, først vurderes. Det kan være i en ambulant funktion, ved indlæggelse i den regionale psykiatri eller i psykiatrisk speciallægepraksis.

Personer i alderen 18-35 år, som vurderes at have en første psykoseepisode, og som falder inden for målgruppebeskrivelsen, visiteres til opsøgende behandling af unge med psykosesyntomer (OPUS), som er en udgående ambulant behandlingsmodel målrettet unge med første psykoseepisode (14,15). Personer over 35 år visiteres til Flexible Assertive Community Treatment (F-ACT). F-ACT er også en udgående ambulant behandlingsmodel, men henvender sig til en bredere målgruppe af patienter med svære psykiske lidelser (16). F-ACT kan både tilbydes til personer over 35 år med første psykosepisode og til dem, der har behov for fortsat ambulant behandling efter afsluttet forløb i OPUS, eller som har tilbagevendende psykoseepisoder og ikke længere er i målgruppen for behandling i OPUS.

4.1.1. Psykiatrisk udredning af første psykosepisode

Det psykiatriske udredningsforløb i den regionale psykiatri er tværfagligt og kan foregå parallelt med, at behandlingen opstartes. Ud over den diagnostiske udredning foretages en udredning af andre forhold, som har betydning for, hvilken behandling

og støtte der er behov for. Udredning og behandling af første psykosepisode foregår i udgangspunktet på hovedfunktionsniveau, medmindre der vurderes at være behov for udredning og behandling på specialfunktionsniveau jf. den til enhver tid gældende specialeplan for psykiatri.

Diagnostisk udredning følger den kliniske retningslinje vedrørende diagnostisk udredning af børn, unge og voksne med skizofreni og andre primære psykoselidelser, som er udviklet i et samarbejde mellem Danske Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) og Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) (17). Derudover omfatter det tværfaglige udredningsforløb en undersøgelse af neurokognitiv og socialkognitiv funktion samt sociale støttebehov (18).

På baggrund af udredningen udarbejdes så hurtigt som muligt og i tæt samarbejde med den berørte person og evt. de pårørende en behandlingsplan, som har til formål at sikre, at der er enighed om målet for behandlingen, og om hvad der skal ske i behandlingsforløbet. Behandlingsplanen tager udgangspunkt i det aktuelle sygdomsbillede samt individuelle mål, styrker og ressourcer og indeholder bl.a. en beskrivelse af psykiatriske/somatiske diagnoser, funktionsniveau, sociale forhold, medicingennemgang, behandlingsindsatser, mål for behandlingen, informeret samtykke samt støtte og rehabiliteringsaktiviteter anbefalet af behandlingsteamet, herunder fysisk sundhed. Behandlingsplanen opdateres løbende af den regionale psykiatri og inddrager øvrige relevante indsatser, herunder fx kommunale indsatser og civilsamfundsindsatser samt ønsker i forhold til beskæftigelse og uddannelse. Hvis personen har mindreårige børn, bør det desuden sikres, at børnenes behov varetages.

4.1.2. Ambulant behandling af første psykosepisode hos 18-35-årige (OPUS)

Personer i alderen 18-35 år med første psykosepisode eller med en psykoselidelse, hvor der ikke tidligere er gennemført et intensivt behandlingsforløb, tilbydes et behandlingsforløb i OPUS. Behandlingen igangsættes så hurtigt som muligt ved tydelige psykotiske symptomer, selv om der er tvivl om den endelige diagnose. Kriterierne bør være fleksible, så personer, som falder uden for aldersgruppen, kan tilbydes forløb i OPUS på baggrund af en konkret individuel vurdering, og så der kan tilbydes forløb

trods tidligere behandling for en psykoselidelse i børne- og ungdomspsykiatrien. Der bør desuden kunne genvisiteres til forløb i OPUS, hvis der fx har været manglende behandlingstilknytning i tidligere forløb, langvarige indlæggelser, samtidig rusmiddelproblematik eller en ustabil social situation, som har påvirket muligheden for at gennemføre et behandlingsforløb.

Behandlingen i OPUS følger de internationale evidensbaserede principper for tidlig intervention ved psykose hos unge voksne (såkaldt Early Intervention Services, EIS), og kriterierne i Danske Regioners pakkeforløb for "Incident skizofreni" og udføres i overensstemmelse med de faglige standarder for OPUS-modellen (19). Varigheden af behandlingen er i udgangspunktet to år, men kan afsluttes tidligere eller forlænges ved individuelt vurderet behov. Det tværfaglige team i OPUS består af sundheds- og socialfaglige medarbejdere, som alle (fraset læger) kan fungere som kontaktpersoner (i OPUS benævnt primærbehandleren). En forudsætning for effekten af OPUS er, at der er en lav personale-patient-ratio for kontaktpersonerne. Kontaktpersonen har den opsøgende og primære kontakt med den unge og har ansvar for at koordinere en helhedsorienteret indsats, involvere de pårørende og koordinere forløbet med kommunen gennem blandt andet netværksmøder. Der tilknyttes derudover altid en speciallæge i psykiatri (kontaktlæge).

Behandlingsindsatserne i OPUS har til formål at forebygge yderligere sygdomsudvikling, øge funktionsniveauet og understøtte recovery og inkluderer psykoedukation, kognitiv/adfærdsterapeutisk case management og behandling, medicinsk behandling, familiesamarbejde og -intervention, social færdighedstræning og socialkognitiv træning, fysisk træning mv. Uddannelses- og beskæftigelsesrettede indsatser integreres i behandlingen fx ved et forløb med Individuelt Planlagt job med Støtte (IPS) eller en tilsvarende indsats. Der etableres samarbejde med andre behandlingstilbud, hvis andre samtidige psykiske lidelser eller fysiske sygdomme medfører et behov for en koordineret behandlingsindsats. Personer med en samtidig rusmiddelproblematik bør på baggrund af konkret klinisk vurdering visiteres til enten kommunal rusmiddelbehandling parallelt med behandlingen i OPUS eller til integreret behandling i den regionale psykiatri (20).

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

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

I F-ACT har én eller flere kontaktpersoner den opsøgende og primære kontakt med personen med en psykoselidelse og har ansvaret for at koordinere en helhedsorienteret indsats. Det tværfaglige team består af sundheds- og socialfaglige medarbejdere ligesom i OPUS. Der tilknyttes ligeledes altid en speciallæge i psykiatri (kontaktlæge). I overensstemmelse med F-ACT-modellen bør kontaktpersonen have en personale-patient-ratio, der muliggør længerevarende intensiv opfølgning og en helhedsorienteret tilgang. Der bør i teamet være kompetencer til at behandle første psykoseepisode, eksempelvis via specialisering, efteruddannelse eller erfaring fra ansættelse i OPUS.

Behandlingen består af en række indsatser, som generelt svarer til indsatserne i OPUS. Når behandlingen målrettes en ældre aldersgruppe, kan der dog være andre behov end hos den yngre del af målgruppen. Behandlingen tilpasses derfor til den enkelte persons individuelle behov og indeholder bl.a. tilbud om psykoedukation, kognitiv/adfærdsterapeutisk case management og behandling, pårørendesamarbejde og -intervention, medicinsk behandling, koordinering af indsatsen i samarbejde med kommunen, tilbagefaldsforebyggelse mm.

Der bør desuden være et særligt fokus på forebyggelse af fysiske sygdomme og behovet for kommunale indsatser generelt, herunder særligt ift. beskæftigelsesindsatser. Der etableres samarbejde med andre behandlingstilbud, hvis andre samtidige psykiske lidelser eller fysiske sygdomme medfører, at der er behov for en koordineret behandlingsindsats. Derudover integreres uddannelses- og beskæftigelsesrettede indsatser i behandlingen fx ved et forløb med IPS eller en tilsvarende indsats.

4.1.4. Behandling under indlæggelse ved første psykoseepisode

Akut indlæggelse i en kortere eller længere periode kan ofte være nødvendigt ved første psykoseepisode, eksempelvis ved meget svære og funktionsnedsættende psykotiske symptomer, svære selvmordstanker, akut opstået krise, samtidig rusmiddelproblematik, en ustabil social situation eller ved akut forværring af symptomerne. Hvis den ambulante behandling ikke har den ønskede effekt, kan indlæggelse også overvejes for at tilpasse behandlingen og overvåge behandlingsrespons.

Der kan både indlægges på et åbent eller et lukket sengeafsnit. Valget af sengeafsnit afhænger af den enkeltes tilstand, herunder særligt om personen er til fare for sig selv eller andre. Behandlingen planlægges så vidt muligt i et tæt samarbejde med den berørte person. Den medicinske behandling tilpasses og monitoreres, og der tilbydes øvrige evidensbaserede behandlingsindsatser fra flere forskellige faggrupper, som samarbejder om både udredning og behandling.

4.2. Kommunale indsatser ved første psykosepisode

De kommunale indsatser skal tage udgangspunkt i den enkeltes behov, være fleksible og tage højde for sygdomsudviklingen og variationer i forløbet. Hos en del borgere er kompleksiteten lavere i starten af forløbet, da negative sociale følgevirkninger endnu ikke er tydelige, og i de tilfælde er en mindre indgribende støtte ofte tilstrækkelig. Dog kan den akutte fase af den første psykosepisode også være præget af kaos, krise og svære symptomer, eller der kan have været symptomer i en længere periode, inden psykoselidelsen opdages, og på den baggrund kan komplekse sociale problemer allerede være til stede ved første psykosepisode. I de tilfælde er der ofte behov for en mere intensiv støtte fra kommunen.

I det følgende beskrives tidlige forebyggende indsatser, som kan være relevante ved første psykosepisode. Der henvises til afsnit 5.2 og 6.2 for en beskrivelse af mere intensive støttende tilbud.

Der findes en række muligheder inden for rammerne af serviceloven for at tilbyde borgere mindre indgribende støtte, der kan mindske risikoen for en forværring af situationen. Disse indsatser er forankret i servicelovens §82 (a-d), og kan med fordel tages i anvendelse tidligt i forløbet. Tilbuddene har et forebyggende sigte, findes i de fleste kommuner og kan som regel benyttes uden forudgående visitation.

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

Det anbefales, at der i de tidlige forebyggende tilbud er viden om psykiske lidelser og tegn på forværring heraf, rådgivning af pårørende, rådgivningsmuligheder og civilsamfundstilbud samt viden om dokumenteret virksomme metoder og redskaber i den tidlige forebyggende indsats, herunder psykoedukation.

Ved første psykosepisode vil der ofte også være behov for andre kommunale indsatser, herunder støtte til fastholdelse af uddannelse og beskæftigelse, hvis den enkelte vurderes at være i målgruppen herfor.



5

Tilbagevendende psykoseepisodes og akutte kriser

5. Tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser

Efter en symptomfri eller stabil periode kan nogle opleve tilbagevendende psykoseepisoder, hvor symptomerne forværres, og funktionsevnen falder, og hvor det bliver nødvendigt at genoptage eller intensivere behandlingen og de sociale indsatser. Risikoen er størst i den tidlige fase og ved samtidig rusmiddelproblematik, langvarig ubehandlet psykose, flere negative symptomer, ophør med medicin eller ved psykosociale stressfaktorer. Ved akutte kriser er en hurtig indsats afgørende, herunder at der er adgang til hjælp døgnet rundt.

En mindre andel af dem, som får en psykoselidelse, har vedvarende symptomer efter første psykoseepisode (21). Indsatserne til denne gruppe omtales i kapitel 6 om langvarig og kompleks psykoselidelse. Nedenfor beskrives udredning, behandling og kommunale indsatser ved tilbagevendende psykoseepisoder og akutte kriser. Uddybende information kan tilgås i udgivelsen *Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser for voksne med psykoselidelser* (4).

5.1. Behandling i den regionale psykiatri ved tilbagefald

Hvis tidligere behandlingsforløb er afsluttet, henvises til et nyt behandlingsforløb, og behandlingen genoptages, hvis der ved visitationen i den regionale psykiatri findes grundlag herfor. Resultaterne fra den første udredning og behandlingsforløbet i forbindelse med første psykoseepisode gennemgås og revurderes. Ved tilbagefald af en psykoselidelse tilbydes behandling enten i OPUS eller i F-ACT, afhængigt af hvor i forløbet den enkelte er, og hvor der senest har været et behandlingsforløb. Kontinuitet i behandlere/kontaktpersoner bør om muligt prioriteres.

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

Behandlingen tilbydes som ved første psykosepisode af et tværfagligt team i regi af enten OPUS eller F-ACT i eget hjem, nærmiljøet eller ved fysisk fremmøde i ambulatorium. Behandlingsplanen drøftes på en tværfaglig konference, hvor det besluttes hvilken behandling, der skal tilbydes, og

hvilke medarbejdere i teamet, der skal involveres i behandlingen. Som ved første psykosepisode bør kontaktpersonen have en personale-patient-ratio, der muliggør en intensiv opfølgning og en helhedsorienteret tilgang. Kontaktpersonen er ansvarlig for, at der udarbejdes af kriseplan og/eller tilbagefaldsforebyggelsesplan (se boks 3) i samarbejde med patienten og evt. de pårørende. Uddannelses- og beskæftigelsesrettede indsatser integreres også i behandlingen, eksempelvis ved hjælp af en IPS-konsulent.

5.1.2. Behandling under indlæggelse ved tilbagefald

Ved behov for behandling under indlæggelse i forbindelse med tilbagefald opdateres behandlingsplanen, der tilbydes evidensbaserede behandlingsindsatser, og der udarbejdes en kriseplan/tilbagefaldsforebyggelsesplan. Beslutningen om hvilket sengeafsnit, der skal indlægges på, afhænger af, hvor akut en tilstand, der er tale om, og om den enkelte er til fare for sig selv eller andre. Når der ikke længere er behov for behandling under indlæggelse, afsluttes til opfølgende ambulante behandling.

5.2. Kommunale indsatser ved tilbagefald

Ved tilbagefald vil der ofte også være behov for en socialfaglig udredning og vurdering i kommunen for at vurdere støttebehovet, da borgere i denne målgruppe typisk vil have behov for en mere indgribende indsats end de forebyggende tilbud nævnt under første psykosepisode. Den socialfaglige udredning skal afdække borgerens samlede funktionsevne samt omfatte en helhedsorienteret sagsoplysning, der afdækker borgerens ressourcer og udfordringer på tværs af både fysiske, mentale, sociale og sundhedsmæssige områder. Borgeren skal tilbydes en handleplan for indsatserne efter serviceloven, som udarbejdes i samarbejde med borgeren. Hvis borgeren har komplekse og sammensatte problemer, kan handleplanen erstattes af en helhedsorienteret plan, som indeholder beskæftigelsesrettede indsatser og øvrige indsatser fra andre forvaltninger og myndigheder (22).

Personer med tilbagefald af psykoselidelse kan i en kortere eller længere periode have behov for mere intensiv støtte, som fx socialpædagogisk støtte i eget hjem (§85) eller ophold på et midlertidigt botilbud (§107). I den socialpædagogiske støtte i eget hjem og i de midlertidige botilbud anbefales det, at der er viden om miljøterapi, tværfagligt samarbejde og koordination, komorbiditet (dvs. samtidige andre psykiske eller fysiske sygdomme), medicinbehandling og kompetencer til at samarbejde med borgeren om den medicinske behandling samt viden om, hvordan man via fokus på progression og progressionsmålinger løbende kan følge borgerens udvikling.

5.3. Håndtering af akutte kriser i regionale og kommunale tilbud

Ved en akut forværring af en psykoselidelse (akut krise) bør de regionale ambulante tilbud (hhv. OPUS, F-ACT eller botilbudsteam) kunne tilbyde en akut

tid til vurdering, hvis personen i forvejen følges dér. Hvis den enkelte enten ikke er tilknyttet et ambulante tilbud eller er i en akut krise uden for ambulatoriets åbningstid, kan et udgående akutteam tilbyde en vurdering og kortvarig hjemmebehandling, eller ved behov visitere til indlæggelse. Den psykiatriske akutmodtagelse er desuden åben for selvhenvendelse, eller personen kan følges dertil af læger, kommunale medarbejdere, politi, pårørende mm.

Det anbefales desuden, at kommunen har tilbud, som kan opsøges af borgere i akutte kriser, herunder at der er adgang til et døgnåbent og døgnbemandet socialt akuttilbud, hvor den enkelte kan henvende sig uden visitation og forudgående aftale.



6

**Langvarig
og kompleks
psykoselidelse**

6. Langvarig og kompleks psykoselidelse

Ved langvarig og kompleks psykoselidelse er der oftest behov for flere samtidige indsatser og i nogle tilfælde livslang støtte. Skizofreni er den mest almindelige diagnose inden for denne del af målgruppen. Ofte er der andre samtidige problemer til stede, såsom kognitive forstyrrelser, andre psykiske lidelser, rusmiddelproblemer, fysiske sygdomme eller komplekse sociale problemstillinger såsom hjemløshed, som påvirker funktionsevnen betydeligt. Behandlingen i den regionale psykiatri og indsatserne i kommunen bør for denne del af målgruppen dække livsområder som fx bolig, familie, sociale netværk, sundhed, beskæftigelse samt kultur- og fritidstilbud.

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

Behandlingstilbuddet til personer med langvarige og komplekse psykoselidelser er tværfagligt, individuelt tilpasset og recovery-orienteret. Forløbet vil ofte bestå af et længerevarende ambulante behandlingsforløb, enten via et F-ACT-team, hvis personen bor i egen bolig, eller via et botilbudsteam ved ophold på botilbud. Eventuelt kan der i perioder være behov for behandling under indlæggelse på et sengeafsnit. En del forløb vil være omfattet af Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende specialeplan for psykiatri. Det er vigtigt, at specialfunktionerne anvendes, så der er mulighed for at få en vurdering på et højere specialiseringsniveau, hvis der er tale om komplekse eller behandlingsrefrakter symptomer.

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

F-ACT tilbydes til personer, som har langvarige og komplekse psykoselidelser med betydelig funktionsnedsættelse, eller til personer, som oplever tilbagefald og har behov for intensiv opfølgning. Når der er en samtidig rusmiddelproblematik, foretages en individuel vurdering med henblik på, om visitation til det integrerede regionale behandlingstilbud er mere hensigtsmæssigt. For personer med psykoselidelser i hjemløshed er det afgørende, at kommunen inddrages med henblik på at sikre en bolig (23), samtidig med at der tilbydes intensiv behandling i F-ACT.

Indsatserne i F-ACT planlægges i et tæt samarbejde med den enkelte og evt. de pårørende, og der udarbejdes en individuelt tilpasset behandlingsplan. Behandlingen er fleksibel og kan skifte mellem: (a) individuel opfølgning hvor en kontaktperson har den primære og ikke-intensive kontakt med den enkelte, men kan inddrage andre teammedlemmer ved behov og (b) intensiv og tværfaglig opfølgning, som tilbydes af flere fagpersoner i teamet. Det tværfaglige team består af sundheds- og socialfaglige medarbejdere, og der er en kontaktlæge tilknyttet i hele forløbet uanset behandlingsniveau.

Behandlingen foregår enten i eget hjem eller andre steder, som foretrækkes af den enkelte. Hovedmålet er at hjælpe den enkelte med at opnå et tilfredsstillende og meningsfuldt liv på trods af de udfordringer, der følger med psykoselidelsen. Fokus på beskæftigelse, bolig og økonomi er gennemgående i indsatsen, og der samarbejdes med relevante kommunale medarbejdere omkring disse indsatser. Modeltrofasthed til F-ACT-modellen vægtes højt for at sikre den nødvendige faglige kvalitet, herunder opretholdelse af en tilstrækkelig lav personale-patient-ratio, som muliggør intensiv opfølgning til alle med behov for dette.

Behandlingen kan omfatte evidensbaserede behandlingsindsatser som bl.a. psykoedukation, kognitiv/adfærdsterapeutisk case management og behandling, pårørendesamarbejde, medicinsk behandling, social færdighedstræning, fysisk træning mm. Særlig opmærksomhed rettes mod optimering af den medicinske behandling, oparbejdelse af mestningsstrategier, recovery-orienteret rehabilitering, forebyggelse af kriser og tilbagefald og koordinering af indsatsen i samarbejde med kommunen. Der lægges stor vægt på forebyggelse og behandling af fysiske sygdomme. Rådgivning om kost, motion og søvn samt håndtering af fysiske sygdomme tilbydes. Teamet skal have viden om de hyppigste fysiske sygdomme hos målgruppen og en særlig opmærksomhed på dem, der har samtidige rusmiddelproblemer. Støtte til at søge egen læge og deltage i forebyggende sundhedstilbud er også en del af indsatsen.

6.1.2. Ambulant behandling af langvarig og kompleks psykoselidelse i botilbudsteams

Målgruppen for behandling og opfølgning i et botilbudsteam er personer, som bor på et kommunalt,

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

6.1.3. Behandling under indlæggelse ved langvarig og kompleks psykoselidelse

Behandling under indlæggelse på et psykiatrisk sengeafsnit kan af forskellige årsager være nødvendigt hos personer med langvarige og komplekse psykoselidelser. Indlæggelsen kan være akut og stabiliserende under kriser/tilbagefald, intensiv på grund af alvorlige symptomer eller længerevarende og med et rehabiliterende sigte. Under indlæggelsen er samarbejdet med socialpsykiatrien og de kommunale myndigheder vigtigt. Vurderes psykoselidelsen at være så alvorlig eller kompleks, at behandlingen skal foregå på specialfunktionsniveau jf. den til enhver tid gældende specialeplan for psykiatri, visiteres hertil.

Der vil oftest være en lovgivningsmæssig forpligtelse til at udarbejde en udskrivningsaftale eller koordinationsplan ved udskrivning (24). Regionen er ansvarlig for udarbejdelsen, mens kommunen er forpligtet til at følge op på den. Hvis behandlingen efter udskrivning fortsættes i F-ACT eller botilbudsteam, indgår det ambulante behandlingstilbud i udarbejdelsen og opfølgningen på aftalen eller planen.

6.2. Kommunale indsatser ved langvarig og kompleks psykoselidelse

For mennesker med langvarig og kompleks psykoselidelse vil der ofte være behov for en vedvarende og omfattende indsats i kommunen på grund af lav funktionsevne, komplekse sociale problemer og selvstigmatisering, som kan udgøre en barriere i

forhold til at tage imod hjælp. Denne del af målgruppen vil grundet kompleksiteten ofte modtage en bred vifte af både social- og sundhedsrettede indsatser, herunder rusmiddelbehandling. Indsatserne har det fælles mål at øge eller stabilisere funktionsevnen.

Der vil typisk være behov for intensiv og varig støtte efter serviceloven i botilbud eller botilbudslignende tilbud. Dette kan både være tilbud efter almenboliglovens § 105 med støtte efter serviceloven § 85 og tilbud efter servicelovens § 108, som er længerevarende botilbud, der visiteres til borgere med en varig nedsat funktionsevne og permanent behov for omfattende hjælp. I udgangspunktet skal botilbudet altid arbejde henimod at bringe den enkelte så tæt på et selvstændigt liv som muligt inden for rammerne af botilbuddet (25).

På længerevarende botilbud anbefales det, at der bl.a. er viden om og kompetencer til at arbejde med borgerens helbred, herunder forebyggelse af fysisk sygdom, adgang til sundhedsfaglig rådgivning uden for tilbuddet, medicin og medicin håndtering samt kompetencer til at samarbejde med borgeren om den medicinske behandling, indgående viden om psykoselidelser og tegn på forværring heraf, kompetencer i forhold til at arbejde systematisk med forebyggelse af voldsomme episoder, kendskab til borgerens retssikkerhed og viden om, hvordan selvmordsrisiko identificeres og afhjælpes.

I nogle tilfælde er der behov for social stofmisbrugsbehandling (i henhold til servicelovens §§ 101 og 101 a og Sundhedslovens § 142) eller tilknytning til det regionale integrerede behandlingstilbud. Dertil vil målgruppen også ofte have behov for sundhedsydelse efter sundhedsloven, såsom hjemmesygeplejebistand til medicinadministration og sårpleje mv. I sammenhæng hermed tilbyder almen praksis hvert andet år sundhedstjek til borgere, som opholder sig på botilbud (26). Sundhedstjekket foregår på botilbuddet.

Når borgere modtager indsatser på tværs af kommunale forvaltninger og lovgivningsområder, bliver koordination og sammenhæng afgørende for et sammenhængende forløb.



7

Opfølgning

7. Opfølgning

Efter et afsluttet forløb i den regionale psykiatri tilpasses opfølgningsperioden individuelt og i samarbejde med den enkelte. Intensiteten i opfølgningen varierer og afhænger af psykoselidelsens varighed, sværhedsgrad og kompleksitet. Der kan planlægges opfølgning i den regionale psykiatri, eller forløbet kan afsluttes med videregivelse af anbefalinger om opfølgning til relevante medarbejdere i kommunen eller almen praksis. Hvis der er behov for opfølgning af kommunale indsatser, aftales opfølgningen på et afsluttende netværksmøde og beskrives i en fælles samarbejdsplan (udbydes i kapitel 8.3). Det fremgår af den fælles samarbejdsplan og i afsluttende brev til egen læge (epikrise), hvortil der skal rettes henvendelse ved tegn på tilbagefald, ligesom det også skal være tydeligt for personen selv.

Når behandlingsforløbet i den regionale psykiatri afsluttes, vil der ofte være behov for en grad af opfølgning i almen praksis, som overordnet set varetager rollen som tovholder, når der ikke pågår behandling andre steder i sundhedsvæsenet. Opfølgning i almen praksis kan fx bestå af opfølgning på den medicinske behandling og evt. bivirkninger, opfølgning på fysisk sygdom, på evt. forværrede symptomer, selvmordstanker og -adfærd, ændringer i det sociale miljø, der kan have betydning for forværring mv. Almen praksis kan henvise til psykiatrisk speciallægepraksis, og den regionale psykiatri angiver i de anbefalinger for opfølgning, som beskrives i epikrisen, kriterier for, hvornår det vurderes relevant enten at henvise til psykiatrisk speciallægepraksis eller genhenvise til den regionale psykiatri.

Kommunen har jf. serviceloven altid et ansvar for at følge op på, om borgeren får den nødvendige hjælp og støtte, og om hjælpen fortsat opfylder sit formål. Kommunens opfølgning pågår både under og efter

behandlingsforløbet i den regionale psykiatri og fastlægges på baggrund af en vurdering af behov, da der ikke er lovgivningsmæssige krav til opfølgningshyppigheden. Voksenudredningsmetoden (VUM 2.0) lægger dog op til, at opfølgningstidspunktet allerede fastlægges ved opstart af indsatsen. En tæt, løbende og systematisk opfølgning på indsatsen bør danne grundlag for den løbende justering og tilpasning, så det sikres, at indsatserne altid svarer til borgerens aktuelle situation og behov. I forbindelse med opfølgningen kan der opstå kritiske situationer og eventuelt tilbagevendende psykoseepisoder. Derfor anbefales det, at alle kommuner har et beredskab, der kan håndtere dette, samt at medarbejderne kender til borgerens kriseplan og ved, hvor de skal rette kontakt ved akut behov for hjælp.

I forbindelse med opfølgning i det primære sundhedsvæsen bør den regionale psykiatri i forbindelse med afslutningen af et forløb vurdere, om der som en del af opfølgningen er et lægefagligt begrundet behov for kommunal genoptræning eller vedligeholdelsestræning og i så fald udarbejdes en individuel genoptræningsplan jf. den til enhver tid gældende vejledning for dette (27).

Øvrige kommunale tilbud kan også indgå i opfølgningen efter afsluttet forløb i den regionale psykiatri. Fx kan mange mennesker med psykoselidelser have behov for en opfølgende indsats, som understøtter den enkelte i at opnå eller fastholde tilknytning til beskæftigelse eller uddannelse.

Fælles tværsektoriel tilgang i det samlede forløb

Denne del af beskrivelsen af forløbet omhandler fælles tilgange i det samlede forløb på tværs af sektorer og fagområder. Således beskrives det tværsektorielle samarbejde og koordinationen i forløbet i kapitel 8, mens kapitel 9 kort opridser gennemgående indsatser og metoder, som anbefales anvendt på tværs af sektorer, fordi de er dokumenteret virksomme og kan indgå i flere typer af indsatser i regioner og kommuner. Til sidst beskrives i afsnit 10 den samlede tværsektorielle indsats til den del af målgruppen som har særlige behov.



8

Samarbejde og koordination i det samlede forløb

8. Samarbejde og koordination i det samlede forløb

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

Nedenfor beskrives kerneelementer i et tæt, tværsektorielt samarbejde og koordination i det samlede forløb for voksne med psykoselidelser, som er få gennemgående kontaktpersoner, systematisk brug af tværsektorielle netværksmøder og fælles samarbejdsplaner.

8.1. Kontaktpersoner

Voksne med psykoselidelser kan opleve at have mange overgange og parallelle indsatser i region og kommune i forløbet, hvilket kan udfordre muligheden for at danne tillidsfulde relationer til kontaktpersoner. Det er således centralt i alle faser, at den enkelte har så få gennemgående kontaktpersoner omkring sig som muligt for at forenkle forløbet og styrke relationen mellem patient/borger og kontaktperson. Derudover styrkes samarbejdet mellem sektorer og fagområder ved, at få gennemgående kontaktpersoner mere effektivt kan dele information, koordinere de forskellige aftaler og planer, som udarbejdes, og have let adgang til at kontakte hinanden, hvis der gives samtykke fra personen selv.

Kontaktpersonerne har en gennemgående rolle som primær kontaktperson og en koordinerende rolle ind i hhv. de regionale og kommunale indsatser. De varetager en case manager-funktion og planlægger indsatsen i tæt samarbejde med

patienten/borgeren, de pårørende og øvrige fagpersoner, som indgår i indsatsen, og de har overblik over de aftaler og planer som udarbejdes, herunder fælles samarbejdsplaner (se uddybende i kap.8.3), og så vidt muligt indblik i planer, som udarbejdes i en anden sektor. De har ansvar for at understøtte samarbejdet på tværs og et sammenhængende forløb for den enkelte på baggrund af individuelle behov og mål, men skal ikke have detaljeret kendskab til alle indsatserne i forløbet.

Det er vigtigt, at kontaktpersonerne har en relation til den enkelte og deltager fx i netværksmøder. Udskiftning i kontaktpersoner sker i samarbejde med personen med en psykoselidelse og de pårørende og med fokus på at sikre kontinuitet i overdragelsen, samt at informationer om den enkeltes aktuelle situation, plan og mål gives videre til den næste kontaktperson.

8.2. Tværsektorielle netværksmøder

I de fleste forløb vil det være relevant at afholde tværsektorielle netværksmøder. På netværksmøderne deltager personen med en psykoselidelse, de pårørende, relevante kontaktpersoner og øvrige fagpersoner på tværs af sektorer. Mødet, der afholdes med samtykke fra den enkelte, fastlægger fælles mål og en plan for indsatsen og samarbejdet. Tværsektorielle netværksmøder kan initieres af kommunen, den regionale psykiatri eller være på anmodning fra personen selv eller de pårørende. Ved længerevarende behandlingsforløb vil der være behov for minimum ét netværksmøde ved start og afslutning af forløbet og på baggrund af en konkret vurdering ved betydelige ændringer i indsatserne. Formål med, struktur på og hyppighed af fremtidige møder fastlægges på det første netværksmøde, og der udarbejdes en fælles samarbejdsplan (afsnit 8.3). Netværksmødet centrerer om den enkelte person med en åben og lyttende tilgang, og beslutninger tages i et ligeværdigt samarbejde mellem alle parter.

8.3. Fælles samarbejdsplaner

For at sikre at indsætterne på tværs af sektorer tager afsæt i fælles mål og understøtter hinanden, udarbejdes en fælles samarbejdsplan på netværksmødet, hvor borgerens kommunale handleplan og den sundhedsfaglige behandlingsplan inddrages. Hvis netværksmødet afholdes ved afslutningen af en indlæggelse, hvor der skal udarbejdes en udskrivningsaftale, koordinationsplan eller koordinerende indsatsplan, indgår denne også i samarbejdsplanen. Overblik over de forskellige planer i hhv. region og kommune i relation til en fælles samarbejdsplan

illustreres i boks 3, og deres indbyrdes relation uddybes desuden i *Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser for voksne med psykoselidelser* (4).

Den fælles samarbejdsplan kan tage udgangspunkt i en netværksmødeskabelon. Planen bør som minimum indeholde formål med planen, kontaktoplysninger på alle involverede parter, konkrete aftaler med ansvar og frister samt en plan for eventuelle opfølgende møder. Hvis der gives samtykke kan den fælles samarbejdsplan deles med relevante parter såsom almen praksis.

Boks 3

Planer, som kan anvendes i forløbet, og indgå i en fælles samarbejdsplan

- **Den sundhedsfaglige behandlingsplan** udarbejdes af de behandlingsansvarlige fagpersoner i den regionale psykiatri og angiver mål, metoder og tidsrammer for behandlingen. Planen kan inddrage andre indsatser, fx kommunale indsatser og civilsamfundsindsatser samt ønsker i forhold til beskæftigelse og uddannelse. Der skal altid opstilles en behandlingsplan til personer, som indlægges på en psykiatrisk afdeling (jf. psykiatriloven § 3 stk. 3).
- **Borgerens kommunale handleplan** udarbejdes af relevante medarbejdere i kommunen til borgere med betydelig nedsat fysisk eller psykisk funktionsevne eller alvorlige sociale problemer (jf. servicelovens § 141) og beskriver indsatser, der kan tilbydes efter serviceloven. Ved komplekse problemer kan handleplanen erstattes af en helhedsorienteret plan, fx hvis borgeren modtager hjælp fra kommunens beskæftigelses-, sundheds- eller uddannelsesforvaltning.
- **Udskrivningsaftale eller koordinationsplan** (jf. psykiatrilovens § 13 a og b) udarbejdes for personer, som udskrives fra behandling på en psykiatrisk afdeling og modtager indsatser efter serviceloven, eller hvor det antages, at personen ikke selv vil opsøge nødvendig behandling eller sociale tilbud efter udskrivning. Udskrivningsaftalen indgås mellem personen selv, den psykiatriske afdeling, relevante myndigheder og evt. privatpraktiserende sundhedspersoner. Der udarbejdes en koordinationsplan, hvis der ikke ønskes medvirken til at indgå en udskrivningsaftale.
- **Kriseplan/tilbagefaldsforebyggelsesplan** er en plan for, hvordan kriser og selvmordstanker håndteres bedst muligt af den berørte person, og hvilke strategier og redskaber den enkelte kan anvende i situationen for at undgå forværring eller opnå stabilisering.
- **Genoptræningsplan** udarbejdes i forbindelse med afslutningen af et forløb, hvis der vurderes at være et lægefagligt begrundet behov for kommunal genoptræning eller vedligeholdelsestræning (jf. Sundhedslovens § 140). Genoptræningsplanen udarbejdes ved fald i funktionsevnen (aktivitetsmæssigt, kognitivt, emotionelt og/eller socialt) op til den aktuelle sygehuskontakt, og hvor en forbedring vurderes mulig med en målrettet tidsafgrænset kommunal sundhedsfaglig indsats.



9

Gennemgående indsatser og metoder

9. Gennemgående indsatser og metoder

Nedenstående gennemgående metoder og indsatser tilbydes i varierende grad og med forskellig intensitet til målgruppen på tværs af sektorer i forløbet, bl.a. på baggrund af en individuel vurdering af sværhedsgraden af psykoselidelsen, funktionsevnepåvirkning, ressourcer og sociale faktorer. Indsatserne og metoderne skitseres kort nedenfor, og en uddybende faglig beskrivelse kan tilgås i *Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser for voksne med psykoselidelser* (4).

9.1. Forebyggelse og behandling af fysiske sygdomme

Der tilbydes forebyggende sundhedstilbud såsom tilbud om hjælp til ryggestop, screening for fysisk aktivitetsniveau og risikofaktorer (KRAM-faktorer) samt fokus på kost og vægt ved vægtøgning eller overvægt som bivirkning til den medicinske behandling. Der er desuden fokus på systematisk opsporing og rettidig behandling af fysiske sygdomme, særligt hjerte-kar-sygdomme, lungesygdomme, diabetes og kræft. Fx tilbud om systematisk screening for udvalgte fysiske sygdomme ved opstart af behandlingsforløb, årlig fysisk helbredsundersøgelse til personer i behandling med antipsykotisk medicin (28), sundhedstjek til borgere på botilbud (26), støtte til at få adgang til nødvendig sundhedshjælp som fx kommunal sygepleje (29) og målrettede tilbud til borgere i socialt udsatte positioner. Det er desuden vigtigt, at der sikres adgang til tandpleje, herunder støtte til kommunal specialtandpleje (30) eller socialtandplejeordningen (31).

9.2. Fysisk aktivitet og træning

Fysisk aktivitet eller superviseret træning integreres i behandlingen (32), eller der tilbydes fysioterapeutiske indsatser (33).

9.3. Medicinsk behandling

Den medicinske behandling tilbydes jf. de til enhver tid gældende vejledninger (34,35), og der tilbydes indsatser som understøtter adhærens til behandlingen samt håndtering af bivirkninger. Hvis den enkelte selv ønsker nedtrapning af antipsykotisk medicin, eller der lægefagligt vurderes at være grundlag for nedtrapning, tilbydes dette under tæt guidning og løbende monitorering under ansvar af speciallæge i psykiatri.

9.4. Psykosociale indsatser og metoder

Psykosociale, videns- og så vidt muligt evidensbaserede indsatser og metoder tilbydes i hele forløbet, herunder familiesamarbejde og familieinterventioner, miljøterapi, peer-støtte indsatser, psykoedukative indsatser, psykoterapeutiske metoder, ergoterapeutiske indsatser, recovery-orienteret rehabilitering, social færdighedstræning og socialkognitiv træning, traumebevidst tilgang og dialogværktøjer (herunder åben dialog). Indsatserne tilpasses individuelt til den enkeltes situation og forløb.

9.5. Individuelle uddannelses- og beskæftigelsesindsatser

Der kan bl.a. tilbydes specialpædagogisk støtte til studerende med funktionsnedsættelser (36) og individuelt planlagt job med støtte (IPS), hvor den regionale psykiatri og jobcentre samarbejder for at hjælpe mennesker med psykiske lidelser i ordinært job eller uddannelse, og hvor indsatsen er integreret i den psykiatriske behandling (37).



10

**Grupper med
særlige behov**

10. Grupper med særlige behov

En integreret og helhedsorienteret tilgang er afgørende for flere sårbare grupper blandt personer med psykoselidelser, som står over for komplekse udfordringer og derfor har særlige behov. Kapitlet nedenfor beskriver hvilke målrettede indsatser, der anbefales på tværs af regioner og kommuner til disse grupper. Der henvises til *Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser for voksne med psykoselidelser* (4), som uddyber indsatserne til de enkelte målgrupper.

10.1. Debut af psykoselidelse før 18-årsalderen

Forberedelse af overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien og fra det kommunale børne- og ungeområde til voksenområdet i kommunen starter op til et år i forvejen og inkluderer et overlap og et tæt samarbejde mellem fagpersonerne på områderne. Fagpersoner, som arbejder med målgruppen af unge, bør have særlige kompetencer til at yde vejledning og støtte til unge og deres familier. Der henvises desuden til *Beskrivelse af forløb for børn og unge med psykoselidelser* for en detaljeret beskrivelse af overgangsfasen i både regioner og kommuner og til Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for transitionsforløb fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi (38) samt Social- og Boligstyrelsens publikationer om efterværn (39-41).

10.2. Samtidig rusmiddelproblematik

Der er dokumentation for, at integreret behandling af psykoselidelser og samtidig rusmiddelproblematik forbedrer effekten af behandlingen (42), og på den baggrund er der truffet aftale om at etablere et samlet regionalt tilbud til personer på 18 år og derover med behandlingskrævende psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Tilbuddet implementeres fra september 2024 med en trinvis indfasning frem mod 2027. Der henvises til den faglige visitationsretningslinje for mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, som beskriver kriterier for henvisning til den integrerede behandling i den regionale psykiatri (43).

Valget mellem integreret behandling i den regionale psykiatri eller parallel og koordineret behandling i kommunal rusmiddelbehandling afhænger af flere faktorer og kræver altid en individuel vurdering.

10.3. Hjemløshed

Personer med psykoselidelser og samtidig hjemløshed har meget komplekse og sammensatte problemer og er blandt de mest udsatte grupper i samfundet. Derfor er der behov for en opsøgende, helhedsorienteret og særlig indsats til denne målgruppe på tværs af social- og sundhedsområdet. Housing First-tilgangens specialiserede støttemetoder anvendes jf. servicelovens lovgivning på hjemløshedsområdet (§ 85 a) (23). Kommunen tilbyder en selvstændig bolig samt en individuelt tilrettelagt bostøtte baseret på specialiserede støttemetoder. Der henvises til vejledningen på området samt Social- og Boligstyrelsens manual om Housing First-tilgangen (44). Derudover sikres opmærksomhed på en integreret social- og sundhedsfaglig indsats, fælles aftaler mellem den regionale psykiatri og kommunen samt behandling af fysiske sygdomme hos målgruppen.

10.4. Øget risiko for kriminalitet

Det er afgørende at sikre, at personer, som har en øget risiko for at udøve kriminalitet som følge af en psykoselidelse og en eventuel samtidig rusmiddelproblematik, får en tilstrækkelig behandling. Det er ligeledes vigtigt, at personer med psykoselidelser, som har begået kriminalitet, og som har fået en dom til behandling, tilbydes tilstrækkelig behandling og sociale indsatser for at forebygge ny kriminalitet.

Systematiske risiko- og/eller trivselsvurderinger udføres ved mistanke om øget risiko for vold eller ved behov for vurdering af andre årsager. Forebyggende tiltag iværksættes ved moderat til høj risiko for vold, og der udarbejdes i et tværfagligt forum en plan for, hvordan den psykiatriske behandling og de kommunale indsatser kan tilpasses for at mindske risikoen. Behandling under indlæggelse overvejes til de mest komplekse patienter, indtil en forvær-

ret tilstand er stabiliseret. Dette inkluderer også borgere, som opholder sig på botilbud, eller som hyppigt er til fare for sig selv eller andre. Hvis der er udarbejdet en kriseplan til brug ved akutte kriser, tilpasses denne på baggrund af en risikovurdering. Der anvendes deeskalerende metoder på tværs af sektorer. Forebyggende tiltag for medarbejdere iværksættes, hvis der er moderat til høj risiko for vold. Medarbejdere, som hyppigt er i kontakt med målgruppen, bør have viden om forebyggelse af voldshandlinger og kende deres handleveje.

10.5. Øget risiko for voldsomme episoder, magtanvendelse og tvang

Det er vigtigt, at der på tværs af social- og sundhedsområdet er fokus på at forebygge og nedbringe voldsomme episoder, magtanvendelse og tvang.

Der henvises til Social- og Boligstyrelsens håndbøger til hhv. borgere, pårørende, fagpersoner og myndighedspersoner vedrørende regler om magtanvendelse (45) samt nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse (46). Socialpsykiatrien fokuserer i forebyggelsen af voldsomme episoder og magtanvendelse på omlægning til recovery-orienteret rehabilitering, brug af dokumenterede metoder til fremme af trivsel og recovery, systematisk arbejde med registrering og læring på organisationsniveau, kompetenceudvikling i konfliktnedtrapning og deeskalering samt udarbejdelse og implementering af klare og konkrete lokale retningslinjer.

Der henvises desuden til Sundhedsstyrelsens anbefalinger til nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser (47). Anbefalingerne vedrører anvendelse af tvang i den regionale psykiatri, og det anbefales, at alle, der arbejder med at nedbringe eller forebygge anvendelsen af tvang, bør arbejde med udgangspunkt i tilgangen i de seks kernestrategier på området. Det er centralt, at der ved en indlæggelse spørges ind til den enkeltes præferencer, og der udarbejdes en forhåndstilken-

degivelse. Der udarbejdes ligeledes en kriseplan til personer, hvor der vurderes at være risiko for fx udadreagerende adfærd, der kan øge risikoen for brug af tvang.

10.6. Øget risiko for selvmordshandlinger

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

Nærmere information kan findes i Sundhedsstyrelsens faglige oplæg til en national handlingsplan for forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg².

10.7. Udviklingshæmning

Psykoselidelser er hyppigere hos personer med moderat til svær udviklingshæmning end i baggrundsbefolkningen. Mennesker med lettere udviklingshæmning og psykoselidelser modtager i udgangspunktet de samme tilbud som andre personer med psykoselidelser. Udredning og behandling af personer med middelsvær til svær udviklingshæmning og psykoselidelser er ofte vanskelig og derfor oftest en specialistopgave, som varetages på specialfunktionsniveau jf. den til enhver tid gældende specialeplan for psykiatri. Der henvises til Social- og Boligstyrelsens publikationer om udviklingshæmning med henblik på en uddybende beskrivelse af målgruppen (48).

² Forebyggelse af selvmord og selvmordsforsøg. Fagligt oplæg til national handlingsplan. Sundhedsstyrelsen, 2024.

10.8. Etnisk minoritetsbaggrund

Personer med etnisk minoritetsbaggrund har generelt en højere risiko for at udvikle en psykoselidelse sammenlignet med baggrundsbefolkningen, og samtidig har de i nogle tilfælde mindre kontakt og adgang til sundhedsvæsenet. Hos personer med psykoselidelser med minoritetsbaggrund kan det være nødvendigt at vurdere, om der er specielle forhold, som gør, at tidlig opsporing, behandling og sociale indsatser i kommunen skal tilpasses individuelt. Fx kan der være anden psykisk lidelse, traumer, tidligere alvorlige belastende oplevelser, kulturelle forhold eller sprogbarrierer, som gør, at der er behov for specielle tiltag.

Det er vigtigt, at der jf. sundhedsloven stilles vederlagsfri tolkebistand til rådighed, når det lægefagligt skønnes, at en tolk er nødvendig for behandlingen. Derudover er det vigtigt, at sundhedsfaglige medarbejdere har adgang til rådgivning fra fagpersoner med erfaring indenfor transkulturel psykiatri, og at der ved behov henvises til specialfunktionsniveau jf. den til enhver tid gældende specialeplan for psykiatri.

10.9. Gravide, kommende forældre og forældre

For gravide, kommende forældre og forældre med en psykoselidelse kan der være behov for en særlig indsats for at sikre børnenes trivsel og den rette støtte til hele familien. Der henvises til Sund-

hedsstyrelsens svangre-anbefalinger med henblik på tilrettelæggelsen af indsatsen til gruppen af sårbare og socialt udsatte gravide (49). Behandlingen af kvinder med graviditetsønske, gravide og ammende varetages jf. den til enhver tid gældende specialeplan for psykiatri, hvilket ofte vil betyde, at der skal henvises til en specialfunktion. Hvis der er grund til at antage, at der kan opstå behov for hjælp og støtte til et barn efter fødslen, skal der foretages en screening i kommunen, som skal afdække hvilken hjælp forældrene har brug for og hvilke støtteindsatser, der skal iværksættes (Barnets lov § 24-27). Der er ligeledes familieambulatorier i alle regioner med tilbud til gravide, der har eller har haft et forbrug af afhængighedsskabende medicin, alkohol og/eller andre rusmidler eller har behov for ekstra støtte af sociale eller psykiske årsager (50).

10.10. Ældre med psykoselidelser

Psykoselidelser optræder ofte anderledes og med andre symptomer hos ældre end hos yngre personer, og der vil derudover ofte være flere fysiske sygdomme til stede, som kan komplicere psykoselidelsen. Ældre med psykoselidelser kan have behov for et behandlingstilbud i en specialfunktion jf. kriterierne i den til enhver tid gældende specialeplan for psykiatri, og der vil være behov for, at der etableres et tæt samarbejde med både praktiserende læger, somatiske afdelinger, kommunale tilbud og plejehjem for at sikre en helhedsorienteret og tilstrækkelig indsats til målgruppen.



Referencer

Referencer

- (1) Sundhedsstyrelsen. Sygdomsbyrden i Danmark. 2022. 1-460.
- (2) Sundhedsstyrelsen. Fagligt oplæg til en 10-årsplan. Bedre mental sundhed og en styrket indsats til mennesker med psykiske lidelser. 2022:1-208.
- (3) Sundhedsministeriet. Aftale om en 10-årsplan for psykiatrien og mental sundhed. 2022. 1-23.
- (4) Sundhedsstyrelsen. Fagligt grundlag for tilrettelæggelse af tværsektorielle indsatser for voksne med psykoselidelser. 2024
- (5) Stentebjerg-Olesen M, Pagsberg AK, Fink-Jensen A, Correll CU, Jeppesen P. Clinical Characteristics and Predictors of Outcome of Schizophrenia-Spectrum Psychosis in Children and Adolescents: A Systematic Review. *J Child Adolesc Psychopharmacol* 2016;26(5):410-427.
- (6) Santesteban-Echarri O, Paino M, Rice S, González-Blanch C, McGorry P, Gleeson J, et al. Predictors of functional recovery in first-episode psychosis: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clin Psychol Rev* 2017;58:59-75.
- (7) van Dee V, Schnack HG, Cahn W. Systematic review and meta-analysis on predictors of prognosis in patients with schizophrenia spectrum disorders: An overview of current evidence and a call for prospective research and open access to datasets. *Schizophr Res* 2023;254:133-142.
- (8) Crumlish N, Whitty P, Clarke M, Browne S, Kamali M, Gervin M, et al. Beyond the critical period: longitudinal study of 8-year outcome in first-episode non-affective psychosis. *Br J Psychiatry* 2009;194(1):18-24.
- (9) S.M. Harrigan, P.D. McGorry, H. Krstev. Does treatment delay in first-episode psychosis really matter? 2003:1-14.
- (10) Retsinformation. Bekendtgørelse af lov om politiets virksomhed. Opdateret: 2019.01/02. 2024. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (11) Anderson KK, Fuhrer R, Malla AK. The pathways to mental health care of first-episode psychosis patients: a systematic review. *Psychol Med* 2010;40(10):1585-1597.
- (12) Retsinformation. Sundhedsloven § 82 b. Opdateret: 2019.01/02. 2024. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (13) Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Vejledning om anvendelse af tvang m.v. i psykiatrien. 2023. 1-16.
- (14) Christine Merrild Posselt, Nikolai Albert, Merete Nordentoft, Carsten Hjort-høj. The Danish OPUS Early Intervention Services for First-Episode Psychosis: A Phase 4 Prospective Cohort Study With Comparison of Randomized Trial and Real-World Data | *American Journal of Psychiatry*. 2021.
- (15) Puntis S, Minichino A, De Crescenzo F, Cipriani A, Lennox B, Harrison R. Specialised early intervention teams for recent-onset psychosis. *Cochrane Database Syst Rev* 2020;11(11):CD013288.
- (16) Remmers van Veldhuizen, Michiel Bähler. Manual Flexible Assertive Community Treatment, FACT manual. 2013. 1-69.

- (17) Danske Multidisciplinære Grupper. Skizofreni og andre primære psykose-lidelser. 2023. 1-35.
- (18) Danske Regioner. Pakkeforløb for Incident Skizofreni. 2016. 1-3.
- (19) Marianne Melau, Nikolai Albert, Merete Nordentoft. Programme fidelity of specialized early intervention in Denmark. 2019:1-6.
- (20) Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. 2023. 1-38.
- (21) Starzer M, Hansen HG, Hjorthøj C, Albert N, Nordentoft M, Madsen T. 20-year trajectories of positive and negative symptoms after the first psychotic episode in patients with schizophrenia spectrum disorder: results from the OPUS study. *World Psychiatry* 2023;22(3):424-432.
- (22) Retsinformation. Bekendtgørelse af lov om en aktiv beskæftigelsesindsats. Opdateret: 2022. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (23) Retsinformation. Lov om ændring af lov om social service, lov om almene boliger m.v., lov om leje af almene boliger og forskellige andre love. Lov nr. 482. Opdateret: 2023. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (24) Retsinformation. Psykiatriloven § 13 a. Opdateret: 2019.06/02. 2024. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (25) Socialstyrelsen. Anbefalinger til god kvalitet på botilbud. 2021. 1-116.
- (26) Dansk Selskab for Almen Medicin. Sundhedstjek til borgere på botilbud. Opdateret: 2022.Feb 6., 2024. Link: <https://www.dsam.dk/vejledninger/sundhedstjek/sundhedstjek-til-borgere-pa-botilbud>.
- (27) Retsinformation. Vejledning om genoptræning og vedligeholdelsestræning i kommuner og regioner. Opdateret: 2018. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (28) Praktiserende Lægers Organisation. Vejledning i anvendelse af overens-komstens ydelser. 2022. 1-40.
- (29) Retsinformation. Vejledning om hjemmesygepleje, VEJ nr. 102. Opdateret: 2006. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (30) Retsinformation. Bekendtgørelse om tandpleje, BEK nr. 959. Opdateret: 2022. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (31) Retsinformation. Den kommunale tandpleje. VEJ nr 9382 Opdateret: 2023. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (32) Stubbs B, Vancampfort D, Hallgren M, Firth J, Veronese N, Solmi M, et al. EPA guidance on physical activity as a treatment for severe mental illness: a meta-re-view of the evidence and Position Statement from the European Psychiatric Association (EPA), supported by the International Organization of Physical Therapists in Mental Health (IOPTMH). *Eur Psychiatry* 2018;54:124-144.
- (33) Berit Hvalsøe, Lene Nyboe. Lærebog i psykiatri for ergoterapeuter og fysioterapeuter 2009.
- (34) Medicinrådet. Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende antipsykotika til behandling af psykotiske tilstande hos voksne. 2020. 1-10.

- (35) Sundhedsstyrelsen. Vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til personer over 18 år med psykotiske lidelser. Opdateret: 2014.Feb 6., 2024.
Link: <https://www.sst.dk/da/udgivelser/2014/vejledning-om-beh-m-antipsykotiske-laegemidler-til-personer-over-18-aar-med-psykotiske-lidelser>.
- (36) Retsinformation. Bekendtgørelse om særlige tilskud til specialpædagogisk bistand m.v. til elever, kursister og deltagere med funktionsnedsættelser eller tilsvarende svære vanskeligheder. Opdateret: 2020.
Link: <https://www.retsinformation.dk/>.
- (37) Christensen TN, Wallstrøm IG, Stenager E, Hellström L, Bojesen AB, Nordentoft M, et al. 30-Month Follow-Up of Individual Placement and Support (IPS) and Cognitive Remediation for People with Severe Mental Illness: Results from a Randomized Clinical Trial. *Psychiatry J* 2023;2023:2789891.
- (38) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi. 2020. 1-56.
- (39) PwC. Unges vej ind i voksenlivet. Analyse af efterværnet. 2022. 1-66.
- (40) PwC. Investering i Efterværn. Tværgående evaluering. 2021:1-69.
- (41) Socialstyrelsen. Pejlemærker for kvalitet i efterværn. 2021. 1-20.
- (42) National Institute for Health and Care Excellence, (NICE). Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. 2016. 1-65.
- (43) Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. 2023. 1-38.
- (44) Socialstyrelsen. Housing First-tilgangen. 2022. 1-52.
- (45) Socialstyrelsen. Til fagpersoner. Regler om brug af magt over for voksne med betydelig og varigt nedsat psykisk funktionsevne. Opdateret: 2019.Feb 9., 2024.
Link: <https://sbst.dk/udgivelser/2019/til-fagpersoner-regler-om-brug-af-magt-over-for-voksne-med-betydelig-og-varigt-nedsat-psykisk-funktionsevne>.
- (46) Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for forebyggelse af voldsomme episoder på botilbud samt på boformer for hjemløse. 2017. 1-110.
- (47) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for nedbringelse af tvang for mennesker med psykiske lidelser. 2021. 1-53.
- (48) Social- og boligstyrelsen. Udgivelser om udviklingshæmning.Feb 6., 2024.
Link: <https://sbst.dk/handicap/udviklingshaemning/udgivelser>.
- (49) Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for svangreomsorgen. 2022. 1-319.
- (50) Retsinformation. VEJ nr 49. Vejledning om etablering af regionale familieambulatorier. Opdateret: 2009. Link: <https://www.retsinformation.dk/>.

Sundhed for alle ♥ + ●