

Faglig visitationsretningslinje

**Visitation til integreret  
behandling af mennesker  
med psykisk lidelse og  
samtidig rusmiddelproblematik**



**Visitation til integreret behandling af mennesker med  
psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik**  
Faglig visitationsretningslinje

© Sundhedsstyrelsen, 2023.  
Publikationen kan frit refereres  
med tydelig kildeangivelse.

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

**Elektronisk ISBN:** 978-87-7014-566-4

**Sprog:** Dansk

**Version:** 1.0

**Versionsdato:** 7.9.2023

**Format:** pdf

**Foto:** Lars Wittrock for Sundhedsstyrelsen

Udgivet af Sundhedsstyrelsen,  
September 2023

# Indholdsfortegnelse

<b>1. Introduktion .....</b>	<b>4</b>
1.1. Baggrund .....	4
1.2. Formål.....	7
1.3. Litteraturhåndtering .....	7
1.4. Rets- og regelgrundlag.....	7
<b>2. Organisering af udredning og behandling til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.....</b>	<b>9</b>
2.1. No wrong door-princippet.....	9
2.2. Behandlingsforløb.....	10
2.3. Koordinering før, under og efter integreret behandling.....	13
2.4. Stepped-care model .....	14
<b>3. Henvisnings- og visitationsgrundlag .....</b>	<b>17</b>
3.1. Beskrivelse af målgruppen for integreret behandling i regionalt regi.....	17
3.2. Henvisnings- og visitationsforløb for patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik .....	20
<b>4. Monitorering og opfølgning .....</b>	<b>24</b>
<b>Referencer .....</b>	<b>26</b>
<b>Bilagsfortegnelse .....</b>	<b>28</b>
<b>Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning .....</b>	<b>29</b>
<b>Bilag 2: Henvisning og visitation.....</b>	<b>30</b>

# 1. Introduktion

## 1.1. Baggrund

Mennesker med psykisk lidelse og en samtidig rusmiddelproblematik har behov for behandling af både den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken. De kan samtidig have svære og komplekse sociale udfordringer, som også skal håndteres. Der er ofte en sammenhæng og indbyrdes påvirkning mellem hhv. den psykiske lidelse, rusmiddelproblematikken og de sociale forhold. Mennesker med de alvorligste psykiske lidelser lever i gennemsnit mellem 10-15 år kortere end den øvrige befolkning. De har en markant øget risiko for somatiske sygdomme og alvorlige helbredsproblemer, ofte i kombination med komplekse sociale problemer. Det betyder, at deres samlede livssituation er kompleks. Der er således ofte tale om mennesker med et stort behov for en helhedsorienteret og sammenhængende sundhedsfaglig og socialfaglig indsats. Det er ligeledes en gruppe, som, på grund af kompleksiteten i deres samlede situation, har særligt behov for støtte til at følge længerevarende behandlingsforløb.

Blandt mennesker med psykisk lidelse er der en betydelig andel, som har en samtidig rusmiddelproblematik. Eksempelvis viser en nyere undersøgelse, at andelen af patienter indlagt til psykiatrisk behandling, som har en samtidig rusmiddelproblematik, er 30-35 % (1).

I 2021 havde ca. 12.000 personer på 18 år og derover med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik en kontakt til psykiatrien (2-4). Det skal dog understreges, at der er tale om et afgrænset estimat, og at den samlede gruppe af mennesker i Danmark med psykisk lidelse i forskellig sværhedsgrad og samtidigt misbrug er betydeligt større.

Der er i den internationale litteratur konsensus om, at samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik bedst behandles integreret. Med 'integreret behandling' forstås, at både behandlingen af rusmiddelproblematikken og den psykiske lidelse betragtes samlet og sammenhængende, og at behandlingen af både psykisk lidelse og rusmiddelproblematik sker samtidigt, i ét behandlingstilbud. Det afspejles i anbefalinger fra bl.a. USA (5,6), Australien (7), England (8,9) og Norge (10).

Integreret behandling er ikke et fastlagt behandlingsprogram som sådan, men et ideal, der handler om at fjerne de barrierer for en sammenhængende hjælp, som er opstået i takt med, at indsatserne på tværs af systemer er blevet mere specialiserede. Der er ikke en fast standard for, hvad et integreret behandlingstilbud skal indeholde, men ud over samtidig psykiatrisk behandling og rusmiddelbehandling peges der overordnet på vigtigheden af et langsigtet perspektiv med et recovery-orienteret og rehabiliterende spor, der kan støtte opbygningen af færdigheder og et livsindhold, der ikke er centreret om rusmidler. Derudover anbefales der på tværs af kilder indledningsvis en grundig udredning, som kortlægger alle forhold, der er relevante for

en individuel planlægning af et integreret behandlingsforløb, samt organisering i ACT-lignende enheder (5,10).

I danske retningslinjer fra Sundhedsstyrelsen (11) peges der ift. alkoholafhængighed og psykisk lidelse på, at integreret behandling er 'god praksis'. Social- og Boligstyrelsens nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling (12) peger generelt på, at der bør være kompetencer til at tilbyde integreret eller koordineret behandling både i region og kommune. I den internationale litteratur hviler anbefalingerne dels på lovende studier, som dog er begrænsede af, at gruppen med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik er yderst heterogen (13). Anbefalingen om integreret behandling som god praksis trækker derfor væsentligt på en erkendelse af, at den behandling, der følger den traditionelle opdeling mellem psykiatrisk behandling og rusmiddelbehandling, ikke har tilstrækkelig virkning for denne målgruppe. Samtidig handler det også om at sikre adgang til hjælp, dvs. forebygge den eksklusion og stigmatisering, som gruppen historisk set har oplevet (14).

Det er i forbindelse med økonomiaftalerne for regioner og kommuner for 2023 aftalt, at Sundhedsstyrelsen og Social- og Boligstyrelsen udarbejder en faglig visitationsretningslinje for visitation til et regionalt forankret, samlet tilbud for patienter, der har en psykisk lidelse, som kræver behandling i den regionale psykiatri, og samtidig rusmiddelproblematik.

I økonomiaftalerne for regioner og kommuner for 2024 er det aftalt, at der etableres et samlet regionalt tilbud til mennesker med en psykisk lidelse og samtidigt behandlingskrævende misbrug, herunder, at den faglige visitationsretningslinje skal anvendes i forbindelse med den regionale visitation til tilbuddet. Tilbuddet ibrugtages pr. 1. september 2024 med en trinvis indfasning. Tilbuddet vil være fuldt ud indfaset i 2027. Ordningen skal følges løbende med henblik på at opnå erfaringer med målgruppen, indholdet og effekten af behandlingen i regionerne og den sideløbende udvikling i kommunerne.

Denne visitationsretningslinje for visitation til det regionale dobbeltdiagnosetilbud<sup>1</sup> træder i kraft 1. september 2024, og finder fra og med 1. september 2024 anvendelse på personer, som har aktuel kontakt i den regionale psykiatri og samtidig rusmiddel-diagnose, men som ikke har et samtidigt forløb i kommunal rusmiddelbehandling. Fra og med 1. juli 2025 finder den tillige anvendelse på personer, som har aktuel kontakt til kommunal misbrugsbehandling, og som inden for det seneste år har haft kontakt med den regionale psykiatri, og for personer, som har aktuel kontakt til den regionale psykiatri og inden for det seneste år har haft kontakt til kommunal misbrugsbehandling. Fra og med 1. juli 2026 finder den tillige anvendelse på personer, som har en aktuel kontakt til kommunal rusmiddelbehandling, men som ikke aktuelt er i psykiatrisk

---

<sup>1</sup> Der bør være opmærksomhed på, at alle patienter med et psykiatrisk behandlingsbehov skal henvises til den regionale psykiatri, uanset hvornår de jf. ikrafttrædelsestidspunktet af visitationsretningslinjen kan visiteres til det nye dobbeltdiagnosetilbud

behandling, men som er kendt med, eller hvor der er en stærk mistanke om, moderat til svær psykisk lidelse

I arbejdet med visitationsretningslinjen har styrelserne modtaget rådgivning fra en bredt sammensat, faglig arbejdsgruppe. Arbejdsgruppens sammensætning fremgår af bilag 1.

Denne faglige visitationsretningslinje omfatter personer fra 18 år og opefter.

Der er på nuværende tidspunkt relativt få erfaringer med og kompetencer inden for behandling af børn og unge under 18 år med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Derfor er det afgørende, at det også for målgruppen af børn og unge afdækkes, hvilke behov der er for et integreret behandlingsforløb, og hvilket indhold, der bør være til stede i indsatsen, for at sikre et behandlingsforløb af høj kvalitet. Det forventes derfor, at der i forlængelse af færdiggørelsen af visitationsretningslinjen for voksne iværksættes et arbejde med at beskrive en målrettet indsats til børn og unge under 18 år med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

Indtil arbejdet med at beskrive en målrettet indsats til børn og unge er færdigt, tager denne visitationsretningslinje dog udgangspunkt i, at en patient under 18 år, som nærmer sig aldersgrænsen, i særlige situationer, efter en konkret faglig vurdering og med inddragelse af både patienten og evt. dennes forældre, samt inddragelse af region og kommune, vil have mulighed for at modtage behandling i det integrerede tilbud for voksne. Henvisning af børn og unge under 18 år i disse særlige situationer skal ske jf. den gældende lovgivning, dvs. at rusmiddelbehandling jf. serviceloven § 52 kræver en børnefaglig undersøgelse og derved inddragelse af den kommunale børne- og ungeafdeling. Jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri bør patienter op til det 18. år varetages i børne- og ungdomspsykiatrien (15), ligesom undersøgelse og behandling af børn bør varetages af personale med kompetence og erfaring i at arbejde med børn (16). Hvis muligheden for integreret behandling benyttes til patienter under 18 år, skal det derfor foregå i tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatrien. Relevante kommunale instanser inddrages altid i forløbet. Familien bør så vidt muligt også inddrages. Samtidig er det væsentligt, at der er fokus på overgangen mellem børne- og ungdomspsykiatrien og psykiatrien samt overgangen mellem sektorerne.

De relativt få patienter, som er i behandling med lægeordineret heroin i de fem kommunale klinikker, og som har en psykisk lidelse, der kræver behandling i den regionale psykiatri, vil som udgangspunkt skulle tilbydes et tæt koordineret behandlingsforløb delt mellem kommune og region. Denne gruppe er derfor ikke omfattet af denne visitationsretningslinje. Det er dog afgørende, at der sikres en tæt koordination mellem heroinbehandlingen og behandlingen af den psykiske lidelse. Der kan med fordel ses på, hvordan denne del af den samlede indsats løftes.

## **1.2. Formål**

En faglig visitationsretningslinje er et redskab målrettet til de fagpersoner, som skal visitere til et behandlingstilbud, og som beskriver rammerne for et behandlingstilbud og afgrænser målgruppen for tilbuddet. Formålet er at sikre, at den enkelte visiteres til det rette behandlingstilbud på det rette tidspunkt i forløbet. Visitationsretningslinjen er således ikke en klinisk retningslinje for *indholdet* af behandlingstilbuddet, men et værktøj, der skal understøtte ensartet visitation og organisering af behandlingstilbuddet. Se også flowchart i afsnit 3.2.1. for en visualisering af visitationsretningslinjens indhold.

Visitationsretningslinjen er især rettet mod fagprofessionelle, planlæggere og beslutningstagere i kommuner, regioner, praksissektor, kriminalforsorgen mv., der er involveret i henvisning, visitation, udredning og behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

Det nye integrerede tilbud vil på sigt, ud over at kunne tilbyde en mere effektiv behandling til mennesker med en psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, også kunne bidrage til at opbygge en stærk fælles faglighed, på tværs af social- og sundhedsområdet, ift. mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Hermed kan det integrerede tilbud bidrage til at løfte den samlede indsats for mennesker med en psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik i Danmark.

## **1.3. Litteraturhåndtering**

Visitationsretningslinjen er baseret på den faglige arbejdsgruppes viden og erfaring på området samt kendskab til evidensgrundlaget fra national og international litteratur. En systematisk litteratursøgning og -vurdering indgår ikke i udarbejdelsen af denne visitationsretningslinje.

## **1.4. Rets- og regelgrundlag**

Nedenstående afsnit beskriver lovhjemlen i Sundhedsloven og Serviceloven for det integrerede regionale tilbud, med udgangspunkt i nuværende lovgivning. Lovgivningen forventes at blive justeret i forbindelse med etablering af tilbuddet, og afsnittet vil herefter blive justeret i overensstemmelse hermed.

### **1.4.1. Behandling efter sundhedsloven**

Sundhedsfaglig behandling er underlagt sundhedslovens generelle bestemmelser, herunder at regionerne har en forpligtelse til at tilbyde behandling til patienter med et sundhedsfagligt begrundet behov for behandling, og at alle beslutninger forudsætter patientens informerede samtykke. Endvidere henvises til autorisationslovens bestemmelser om sundhedspersoners pligt til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Jf. sundhedsloven § 141 (17) skal kommunen tilbyde vederlagsfri behandling til borgere med alkoholmisbrug, som skal iværksættes senest 14 dage efter, at en borger

har henvendt sig. Behandling for alkoholmisbrug skal, for borgere i ambulante behandling, ydes anonymt, hvis borgeren ønsker det. Derudover har alle borgere ret til frit valg af behandlingssted. Efter sundhedsloven § 142 (17) tilbyder kommunen alle borgere, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, en vederlagsfri lægesamtale. Kommunen tilbyder borgere med et stofmisbrug vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler (substitutionsbehandling), og skal tilvejebringe tilbud om lægelig behandling ved at etablere behandlingstilbud. Vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelse.

#### **1.4.2. Behandling efter serviceloven (stofmisbrug)**

Jf. serviceloven § 101 (18) tilbyder kommunen social stofmisbrugsbehandling til personer med et stofmisbrug. Tilbuddet skal iværksættes senest 14 dage efter henvendelse. Det betyder, at der inden for 14 dage skal foretages en helhedsorienteret af-dækning med henblik på en kommunal afgørelse om behandling og kommunal visitation til et effektivt behandlingstilbud. Personer med et stofmisbrug, der af kommunen er visiteret til behandling, har ret til frit valg af offentlige og private behandlingstilbud, som har tilsvarende karakter som det, der er visiteret til, og som er godkendt af Socialtilsynet og registreret i Tilbudsportalen.

#### **1.4.3. Information og samtykke**

Jf. Sundhedsloven skal den enkelte have fyldestgørende information om behandlingen og give samtykke til udredning og behandling (17). Det er således en forudsætning at indhente samtykke før henvisning til behandling. Den enkelte og dennes pårørende bør systematisk og ligeværdigt inddrages i beslutninger om henvisning, udredning og behandling. Den enkeltes præferencer og behov bør være omdrejningspunktet for indsatsen, og der bør altid være en fyldestgørende og letforståelig information om behandlingen.

Informationen til den enkelte bør desuden indeholde oplysninger om fordele og ulemper ved at indgå i et behandlingsforløb, baseret på en konkret vurdering af, hvilke omstændigheder, der gør sig gældende for den enkelte patient, herunder patientens samlede helbreds-mæssige tilstand og sociale livsomstændigheder.

Jf. Sundhedsloven kan mindreårige patienter, der er fyldt 15 år, selv give informeret samtykke til behandling. Der skal således ikke indhentes et samtykke fra forældre-myndighedsindehaver, men alene fra den unge, som er fyldt 15 år. Forældre-myndighedsindehaver skal dog have information og inddrages i den unges stillingtagen.

Tilbud efter serviceloven § 101 og § 52 skal iværksættes med forældre-myndighedsindehaverens samtykke og kræver tillige samtykke fra den unge, når denne er fyldt 15 år.



## 2. Organisering af udredning og behandling til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik

Behandlingen til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik beskrives i denne retningslinje som foregående enten i et parallelt eller et integreret behandlingsforløb, og enten ambulantly (herunder fx ved en udgående funktion) eller under indlæggelse.

Det er frivilligt at indgå i et behandlingsforløb. Borgere, der er i målgruppen for et integreret tilbud, men ønsker at indgå i eller fortsætte i et parallelt forløb, eller indgå i et tilbud længere nede af trappen i stepped-care modellen, har til enhver tid mulighed for dette. Det er også muligt at vælge at indgå i behandling for enten den psykiske lidelse eller rusmiddelproblematikken. Fx må et pågående rusmiddelbrug og manglende ønske om rusmiddelbehandling ikke være en barriere for behandling i psykiatrien.

### 2.1. No wrong door-princippet

For mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik er det særligt vigtigt, at der er lettilgængelig adgang til behandling, og at muligheden for henvisning til regionen følger **No wrong door**-princippet. Det betyder, at uanset hvor patienten henvender sig for at få hjælp til den pågældende problemstilling, skal behovet for hjælp og behandling identificeres og imødekommes. Det kan være i almen praksis, den kommunale rusmiddelbehandling, hos en kommunal forvaltning eller akut i fx den regionale psykiatri eller på somatisk akutmodtagelse. Dette gøres gennem henvisning og brobygning til relevant hjælp, og det er centralt, at patienten ikke slippes, før der er sikret kontakt med det rette tilbud.

Det er således også centralt, at det ikke er muligt for den regionale psykiatri at afvise at behandle mennesker med psykisk lidelse på grund af en samtidig rusmiddelproblematik. Hvis der er et psykiatrisk behandlings- eller udredningsbehov, skal regionen håndtere dette enten i et integreret eller parallelt forløb. Derudover kan eksempelvis manglende eller ustabil fremmøde ikke begrunde en afvisning, og uhensigtsmæssig adfærd kan som udgangspunkt heller ikke ligge til grund for afvisning. Ligeledes kan den enkelte ikke afvises fra rusmiddelbehandling pga. en psykisk lidelse, og det er heller ikke grund til eksklusion fra behandling, at patienten ikke kan indgå i et gruppeforløb.

## 2.2. Behandlingsforløb

Der skelnes i denne visitationsretningslinje mellem to overordnede typer af samtidige behandlingsforløb for mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.

I det følgende beskrives som det første et parallelt behandlingsforløb, hvor behandlingen foregår parallelt i regionalt og kommunalt regi. Begrebet 'parallelt behandlingsforløb' dækker i denne retningslinje samlet over de to typer af behandlingsforløb, der i litteraturen ofte benævnes hhv. parallelle og koordinerede (de to øverste i nedenstående illustration). Som det andet beskrives det integrerede forløb i regionalt regi, som denne visitationsretningslinje beskriver henvisnings- og visitationskriterier for (den nederste i nedenstående illustration).

**Se nedenstående for illustration:**



### 2.2.1. Det parallelle behandlingsforløb

I et **parallelt behandlingsforløb** (*behandlingsforløb på tværs af sektorer*) varetages behandlingen af rusmiddelproblematikken af den kommunale rusmiddelbehandling, mens behandlingen af den psykiske lidelse varetages i den regionale psykiatri og/eller i primærsektoren (almen praksis, praktiserende speciallæge i psykiatri, psykolog). Et parallelt behandlingsforløb bør *altid* foregå koordineret, og der udarbejdes fx en koordinerende indsatsplan eller afholdes systematiske, jævnlige netværksmøder med inddragelse af alle relevante aktører omkring den enkelte og dennes pårørende.

Et parallelt behandlingsforløb vil som udgangspunkt være for mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik, som har et samlet funktionsniveau som gør, at de kan profitere af og følge et behandlingsforløb på tværs af region og kommune.

Den psykiatriske behandling kan foregå i primærsektoren (praktiserende læge, praktiserende speciallæge i psykiatri eller praktiserende psykolog) eller ambulantly i den regionale psykiatri. Behandlingen tilpasses den enkeltes situation og sygdom, og tilrettelægges derudover efter omfanget af rusmiddelproblematikken.

Behandlingen for rusmiddelproblematikken foregår i det parallelle forløb i kommunalt regi, og består af alkoholbehandling og hhv. den lægelige og socialfaglige stofmisbrugsbehandling (jf. også afsnit om rets- og regelgrundlaget samt boks 1 nedenfor).

Det er en grundlæggende forudsætning for sammenhængen i og effekten af et parallelt behandlingsforløb, at der er tæt koordination i mellem de to sektorer. En sammenhængende, koordineret og helhedsorienteret indsats er nødvendig for denne gruppe, og en sådan indsats vil kunne opnås gennem et godt og tæt tværsektorielt samarbejde mellem kommunen, regionen, praksissektoren og civilsamfundet. Ved start af behandlingen udarbejdes derfor en koordinerende indsatsplan eller en fælles behandlingsplan på baggrund af et netværksmøde eller lignende for hver enkelt person, med inddragelse af alle relevante aktører på tværs af sektorer (19).

Der kan etableres en tæt dialog mellem den kommunale rusmiddelbehandling og den regionale psykiatri om tilrettelæggelse af den rette indsats for borgeren. Den regionale psykiatri kan ligeledes yde psykiatrifaglig sparring til primærsektoren, således at de kommunale rusmiddelbehandlingscentre, almen praksis mv. kan henvende sig og hente den nødvendige rådgivning/sparring om målgruppen. Sparringsfunktionen kan bl.a. bidrage til vurdering af, om der er indikation for henvisning til integreret behandling, rådgive ift. de borgere, hvor der er mistanke om psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik og bidrage til et tættere tværsektorielt samarbejde om borgere i parallelle behandlingsforløb.

#### **Boks 1:** Gældende vejledninger og retningslinjer vedr. rusmiddelbehandling

Den kommunale rusmiddelbehandling består af alkoholbehandling og hhv. den lægelige og socialfaglige stofmisbrugsbehandling. Den sundhedsfaglige alkohol- og stofmisbrugsbehandling i kommunalt regi er beskrevet i en række af Sundhedsstyrelsens vejledninger og anbefalinger samt nationale kliniske retningslinjer (11,20).

Jf. Sundhedsstyrelsens vejledninger om misbrugsbehandling indgår identifikation af både akutte behandlingskrævende og øvrige psykiske problemstillinger i den lægelige misbrugsbehandling. Ligeledes anbefales det i Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje vedr. udredning og behandling af alkoholafhængighed og samtidig psykisk lidelse fra 2019, at der systematisk bør screenes for de hyppigst forekommende psykiske lidelser sammen med alkoholafhængighed, dvs. affektive lidelser, angstlidelser, personlighedsforstyrrelser samt psykotiske lidelser. Ligeledes bør der systematisk screenes for andre psykiske lidelser, herunder adfærds- og udviklingsforstyrrelser (fx ADHD og autisme).

Den sociale stofmisbrugsbehandling er beskrevet i Vejledning om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområde m.v. (21) og Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling (12). Social stofmisbrugsbehandling skal overordnet set øge borgerens funktionsniveau og højne borgerens livskvalitet med udgangspunkt i borgerens egne ønsker og mål i tråd med en recovery-orienteret tilgang.

### 2.2.2. Det integrerede behandlingsforløb

I et **integreret behandlingsforløb** er den sociale- og sundhedsfaglige behandling af rusmiddelproblematikken og behandling af den psykiske lidelse forankret i regionen.

Integreret behandling af rusmiddelproblematik og psykisk lidelse indebærer således, at begge lidelser betragtes samlet og sammenhængende, og behandles samtidigt i ét samlet behandlingstilbud (11), forankret i én sektor og forankret på én lokation. På baggrund af problemernes kompleksitet vil der typisk være brug for fælles, tværfaglige teams, som arbejder under fælles retningslinjer, ledelse mv.

Jf. definitionen af integreret behandling er det centralt, at den samlede behandling foregår på samme lokation, eller udgår fra denne, i regionalt regi. Behandlingen kan foregå under indlæggelse eller ambulante, herunder som udgående funktioner, telepsykiatriske funktioner mv. Der kan fx etableres udgående funktioner til borgerens hjem eller bo- og opholdssteder, og behandlingen kan også ske fx i kommunens rusmiddelbehandling eller gadeplansteam.

Det er centralt, at geografisk nærhed, tilgængelighed og fleksibilitet i tilbuddene sikres, fx gennem udgående funktioner. I forhold til substitutionsbehandling vil ansvaret for denne også ligge i det integrerede tilbud, så længe patienten er indskrevet her. Her er det afgørende at sikre geografisk nærhed, således at patienterne kan fortsætte substitutionsbehandling, mens de er i det integrerede tilbud. Mulighederne for dette vil kunne aftales lokalt ift. regionale forhold, afstande mv.

Den integrerede behandling styres via én samlet behandlingsplan. Det inkluderer både den psykiatriske behandling samt rusmiddelbehandling, som beskrevet ovenfor. Derudover sikres koordinering med øvrige sociale indsatser i kommunalt regi.

Regionen udarbejder ved behandlingens start fx en individuel, koordinerende indsatsplan og/eller afholder et netværksmøde med afsæt i hver enkelt patients ønsker og behov og med systematisk inddragelse af pårørende og alle relevante aktører på tværs af sektorer omkring patienten (19). Der sikres tværsektoriel koordinering, idet patienten kan have koordineringsbehov i forhold til øvrige eksisterende indsatser i kommunalt regi, herunder ift. beskæftigelse, bolig, social støtte mv. Der bør også være fokus på at inddrage de pårørendes behov for støtte og hjælp i forbindelse med behandlingen, og herunder bør der være særlig opmærksomhed på børn som pårørende.

For at sikre, at der både er psykiatriske og rusmiddelfaglige kompetencer til stede i tilbuddet, bør behandlingen varetages af et tværfagligt team. Teamet består af fx psykiatere/andre læger, psykologer/specialpsykologer, sygeplejersker/specialsygeplejersker, social- og sundhedsassistenter, fysio- og ergoterapeuter, socialrådgivere, socialpædagoger og recovery-mentorer/peer-medarbejdere.



Integreret behandling indebærer, at den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken behandles samtidigt. Ligeledes er det væsentligt med et socialfagligt perspektiv for at afhjælpe evt. sociale problemstillinger og understøtte progression i behandlingen. Alle faggrupper, der arbejder med den integrerede behandling, bør have samme evidensbaserede, faglige tilgang til behandlingen, og det skal sikres at der i behandlingsindsatsen er tilstrækkelige psykiatri- og socialfaglige kompetencer. Nuværende retningslinjer på området bygger på principperne for recovery-orienteret rehabilitering. I de nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling (12) anbefales det at anvende dokumenterede metoder baseret på aktuelt bedste viden fra forskning og praksis til at imødekomme den enkelte borgers behov og ønsker (12). Nuværende kliniske anbefalinger ift. behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik tilråder systematisk anvendelse af kognitiv adfærdsterapi (KAT) og brug af den motiverende samtale i tillæg til den medicinske behandling. Det er en grundlæggende og væsentlig behandlingsopgave at motivere og fastholde motivationen for behandling hos den enkelte patient. Behandlingen tilrettelægges så fleksibelt og tilgængeligt som muligt i forhold til den enkelte patient, og under hensyntagen til den enkeltes samlede funktionsniveau, sociale problemstillinger, boligsituation mv.

En gruppe af særligt udsatte borgere, typisk med svær grad af rusmiddelproblematik og svær psykisk lidelse samt komplekse sociale problemstillinger, vil have behov for en særligt fleksibelt tilrettelagt, målrettet og håndholdt indsats, hvor den enkelte følges meget tæt. Denne gruppe rummes ikke i eksisterende tilbud på trods af, at de har behov for en indsats.

### **2.3. Koordinering før, under og efter integreret behandling**

Et succesfuldt behandlingsforløb er betinget af en helhedsorienteret tilgang, der understøtter, at den enkelte samlet set får de indsatser, som vedkommende har behov for, ved at inddrage relevante aktører og sikre tæt koordination og forpligtende samarbejde på tværs af indsatser og sektorer.

Allerede ved henvisning til et behandlingsforløb bør der være opmærksomhed på de andre indsatser den enkelte modtager, og viden fra den kommunale helhedsorienterede afdækning inddrages i henvisning, så alle relevante faglige perspektiver belyser den enkeltes situation.

Behandlingen i det integrerede tilbud sker i tæt samarbejde og koordinering med kommunale botilbud, kommunale sociale indsatser og beskæftigelsesindsatser, den øvrige regionale psykiatri, praksissektoren og hvor det er relevant fx kriminalforsorgen og somatiske afdelinger. Det sker ved fx udarbejdelse af en koordinerende indsatsplan og/eller tværsektorielle netværksmøder for at sikre samarbejde og koordination.

For nogle patienter vil det være nødvendigt med et langvarigt integreret behandlingsforløb, hvor der løbende og kontinuerligt samarbejdes og koordineres med andre relevante aktører, for at sikre kontinuitet og fastholde tilknytning til behandling.

Nedenstående figur illustrerer samarbejdsfladerne på tværs af sektorer undervejs i forløbet fra henvisning til visitation og koordinering før, under og efter det integrerede forløb.

**Figur 1: Samarbejde og koordination i forløbet**



#### 2.4. Stepped-care model

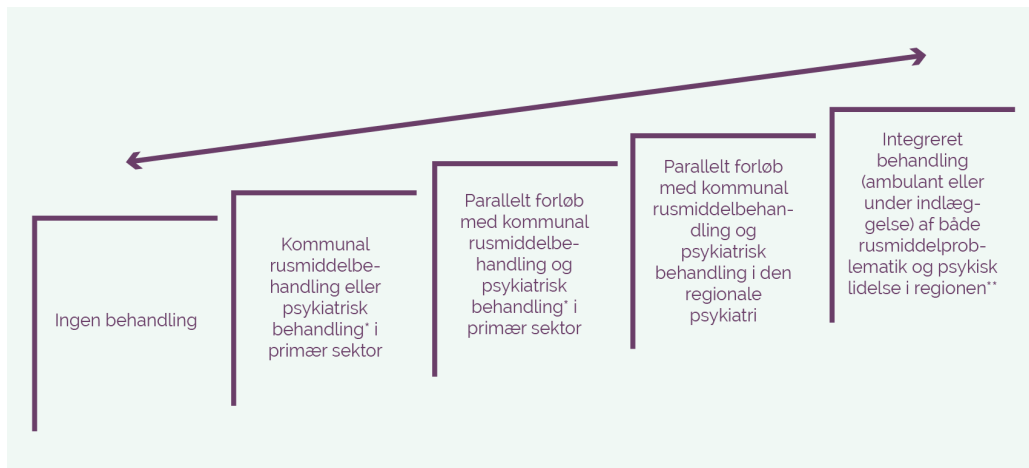
Behandlingstilbuddene til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik organiseres efter en stepped-care model (graderet indsats), hvor valget af interventionens intensitet bestemmes ud fra sværhedsgraden af den enkeltes problemstillinger. Det er centralt i modellen, at den enkelte kommer ind i et tilbud på det rette niveau, ikke sendes for ofte frem og tilbage mellem forskellige tilbud, og at der er mulighed for at sikre en smidig tilbagevisitation.

Stepped-care modellen har til formål at sikre, at den enkelte til enhver tid modtager en indsats på rette niveau. Den samme person kan på forskellige tidspunkter have behov for forskellig intensitet i indsatsen. Har man forsøgt med et parallelt behandlingstilbud igennem en periode uden resultat, bør patienten efter stepped-care tilgangen henvises til et integreret behandlingstilbud for at opnå et bedre behandlingsresultat og undgå forværring. Omvendt kan patienter, der er i bedring efter et integreret behandlingsforløb, overgå til et parallelt behandlingsforløb, som er koordineret mellem kommune og region.

Der tages løbende stilling til, hvilket indsatsstrin den enkelte patient bør behandles og følges på. Den enkelte skal altid inddrages i valget af indsatsstrin, og det er centralt, at der arbejdes aktivt og systematisk med at inddrage den enkeltes ønsker til behandlingen, samt den enkeltes viden, præferencer og ressourcer.

Stepped-care modellen for mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik er illustreret i nedenstående figur.

**Figur 2: Stepped-care model**



\* Psykoterapeutisk og/eller medicinsk behandling hos psykolog, psykiater eller egen læge

\*\* I tæt samarbejde med bopælskommune vedr. bolig, beskæftigelse o.l.

Figuren oven for illustrerer de forskellige niveauer i behandlingen. Bevæger man sig til højre i modellen bliver integrationen af behandlingen tiltagende intensiveret. Det betyder ikke, at man kun kan flytte sig ét trin ad gangen, eller at man nødvendigvis starter på det laveste trin. Der kan godt være indikation for at springe flere trappetrin over i begge retninger på trappen, eller at starte midt på trappen. Sværhedsgraden af den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken samt kompleksiteten i den enkeltes liv kan ændre sig løbende, og man kan derfor i forskellige perioder befinde sig på de forskellige trappetrin i modellen.

Det er centralt at sikre, at forløbet er fleksibelt indrettet, og at overgange mellem de forskellige behandlingsniveauer koordineres, så mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik ikke bliver sendt for ofte frem og tilbage mellem forskellige typer af tilbud i kommunalt og regionalt regi. Det er derfor afgørende med et tæt og forpligtende samarbejde på tværs af region og kommune.

Patienter, der har været i behandling i det integrerede tilbud bør kunne få behandling ved behov, herunder fx ved tilbagefald eller forværring af sygdom, uden ny visitation i minimum ét år efter at behandlingsmålet er nået og eventuelt længere, hvis patientens samlede situation tilsiger det. Her kan patienten eller patientens kontaktperson i det aktuelle behandlingstilbud kontakte det integrerede tilbud ift. at indgå i behandling igen. Udskrivning eller tilbagehenvielse til kommunale tilbud, herunder overgang fra integreret til parallelt tilbud, foregår i dialog mellem region, kommune og borger. Formålet er at sikre en kontinuerlig, sammenhængende og hurtig indsats for den enkelte. Dette skyldes, at sværhedsgraden af både den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken kan have en cyklisk og ustabil karakter, hvor det er særligt vigtigt, at der skabes en stabilitet og kontinuitet i behandlingstilbuddet. Samtidig er

en tillidsfuld relation mellem patient og behandler et vigtigt led i, at den enkelte kan profitere af behandlingen og få opfyldt sit behandlingsbehov.

Behandlingsforløb bør ikke afsluttes/afbrydes administrativt, fx på baggrund af at patienten ikke møder op eller lignende, idet dette vil medføre usammenhængende patientforløb.



## 3. Henvisnings- og visitationsgrundlag

### 3.1. Beskrivelse af målgruppen for integreret behandling i regionalt regi

Den overordnede målgruppe for det integrerede behandlingstilbud er mennesker med behandlelige psykiske lidelser af moderat til svær grad, som har et psykiatrisk behandlingsbehov og samtidig rusmiddelproblematik. Derudover er funktionsevnen samtidig påvirket i en sådan grad, og den enkeltes hverdag så kompleks og kaotisk, at den enkelte ikke vurderes at kunne følge eller profitere af behandling i et parallelt behandlingstilbud. Mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, som ikke har profiteret af tilbud på et lavere indsatsstrin igennem en periode, vil også være målgruppe for tilbuddet. Som nævnt i baggrundsafsnittet, er det altid frivilligt for den enkelte at indgå i det integrerede tilbud, og patienten kan altid vælge et parallelt tilbud.

Sammenhængen mellem psykisk lidelse og rusmiddelproblematik er kompleks, og flere samtidige årsagssammenhænge gør sig formentligt gældende. Det gælder bl.a., at mennesker med psykisk lidelse kan have symptomer, som de midlertidigt oplever lindret ved at bruge rusmidler, og at mekanismer såsom psykologiske faktorer, miljø- og opvækstfaktorer, genetik og neurologiske mekanismer også spiller en væsentlig rolle (22).

Blandt mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik vil de to tilstande ofte gensidigt påvirke og forstærke hinanden. En rusmiddelproblematik kan udløse eller forværre en psykisk lidelse, men en rusmiddelproblematik kan også være en direkte følge af psykisk sygdom, fx når rusmiddelproblematikken starter som et forsøg på at lindre symptomer og forpinthed hos den enkelte. En rusmiddelproblematik kan også føre til alvorlige skader på hjerne og centralnervesystem, som igen kan føre til en yderligere forværring af en psykisk lidelse. Desuden er der en sammenhæng mellem rusmiddelproblematikken og den enkeltes samlede funktionsniveau.

Mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik kan dertil have andre helbredsmæssige eller sociale udfordringer, som ofte er sammenhængende med sværhedsgraden af hhv. den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken, og som kan påvirke den enkeltes samlede livssituation betydeligt. Det kan fx være samtidige, somatiske sygdomme, komplekse sociale udfordringer såsom hjemløshed og økonomiske vanskeligheder mv. Dette kan samlet set føre til en betydelig påvirkning af livskvalitet og funktionsevne, og føre til en høj grad af udsathed, som yderligere kan medføre en forværring af den samlede tilstand. Forståelse for kompleksiteten ift.

både sammenhængen mellem psykisk lidelse og rusmiddelproblematik og den enkeltes samlede livssituation er vigtig for at tilrettelægge en helhedsorienteret social- og sundhedsfaglig indsats.

Selvom psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik kan have alvorlige psykiske, fysiske og sociale konsekvenser for den enkelte, og medføre et stort behandlingsbehov, falder denne gruppe let uden for rammerne af de gængse behandlingstilbud. Det har også hidtil været vanskeligt at tilbyde denne gruppe en tilstrækkelig behandlingsindsats, som tager højde for de særlige udfordringer, de måtte have, samt kompleksiteten i deres samlede livssituation. Ligeledes har mange mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik tidligere haft negative oplevelser i behandlingssystemet, som kan have indflydelse på, hvorvidt den enkelte kan profitere af behandling samt indgå positive relationer til behandlere.

Mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik er en meget heterogen gruppe. Der vil være nogle, som godt kan følge et behandlingstilbud, som fx foregår på en bestemt lokation, mens andre vil have en sværhedsgrad af psykisk lidelse og rusmiddelproblematik og/eller en samlet kompleksitet i deres samlede livssituation, som gør, at de har behov for en meget fleksibelt tilrettelagt og håndholdt indsats. Muligheden for udredning kan således fx vanskeliggøres af en kompleks kombination af udfordringer hos den enkelte, samt at symptomer på psykisk lidelse kan udløses af eller være en direkte følge af langvarig rusmiddelproblematik. Derfor bør en behandlingsindsats indledningsvist ske samtidig med en løbende udredning.

Der er et kontinuum ift. hhv. funktionsevnepåvirkning, sværhedsgraden af den psykiske lidelse og sværhedsgraden af rusmiddelproblematikken. Målgruppen for integreret behandling vil som udgangspunkt være dem, som både har en lav funktionsevne samt moderat til svær grad af psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Den enkelte kan godt have moderat grad af både psykisk lidelse og rusmiddelproblematik, men hvor der er sociale problemstillinger eller anden kompleksitet i den samlede situation, som medfører et behov for integreret behandling. Ligeledes kan den enkeltes funktionsevne, psykiske lidelse og rusmiddelproblematik være påvirket i forskelligt omfang på forskellige tidspunkter i forløbet. Behovet for integreret behandling er derfor ikke statisk.

### **3.1.1. Oftest forekommende psykiske lidelser hos målgruppen**

Det vurderes, at diagnoser blandt mennesker, som opfylder ovenstående målgrupppekriterier, typisk vil være psykososer, herunder stofudløste psykososer, skizofreni, svær grad af affektive lidelser såsom bipolar lidelse eller depression med psykotiske symptomer eller svær grad af angstlidelser som fx posttraumatisk belastningsreaktion (PTSD). Mennesker med personlighedsforstyrrelser, ADHD eller andre behandlelige psykiske lidelser i svær grad, kan også være i målgruppen for tilbuddet. Der vil som oftest være tale om psykiske lidelser af længerevarende og/eller tilbagevendende karakter.

En gruppe af dem, som har en psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, er diagnostisk uafklarede, selvom de har svære psykiatriske symptomer. Dette kan skyldes, at de, på grund af kompleksiteten og samspejlet mellem hhv. den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken, har været vanskelige at udrede og diagnosticere i den hidtidige indsats, trods et stort behandlingsbehov. Hvis der er diagnostisk uafklaret psykisk lidelse, eller begrundet mistanke om psykisk lidelse i kombination med rusmiddelproblematik, skal den enkelte ikke afvente udredning i den almene psykiatri, før der kan henvises til det regionale integrerede tilbud. Udredning kan foregå i det integrerede tilbud. Funktionsnedsættelse eller trivselsproblemer forud for debut af rusmiddelproblematik indikerer, at der er tale om en bagvedliggende psykisk lidelse, ligesom rusmiddelproblematik kan være det første symptom på debut af en alvorlig psykisk lidelse.

### **3.1.2. Rusmiddelbrug**

Personer med en rusmiddelproblematik er kendetegnet ved, at de har et vedvarende og skadeligt brug af rusmidler i en sådan grad, at det medfører skader eller problemer for vedkommende selv og/eller nærtstående personer. Skaderne vedrører personens psykiske og fysiske tilstand samt sociale funktion.

Rusmidler omfatter fx alkohol, opioider og opioidlignende stoffer, centralstimulerende stoffer f.eks. kokain, amfetamin og amfetaminlignende stoffer, hallucinogener, cannabispræparater samt benzodiazepiner.

### **3.1.3. Særlige udfordringer ift. unge**

Unge befinder sig i en afgørende livsfase, hvor de udvikler sig fysisk, psykisk, socialt og personligheds-mæssigt. Hvis man i denne periode har psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, ses der ofte også vanskeligheder i forhold til skole- og uddannelsessystemet, bolig, økonomi og tilknytning til arbejdsmarkedet samt indvirkning på de familiære og sociale relationer.

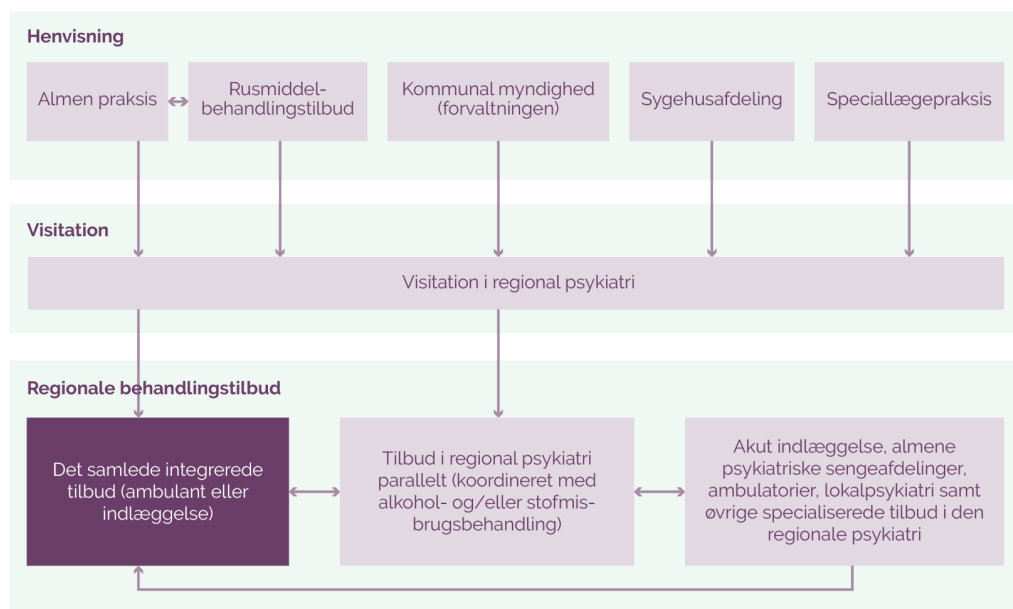
Unge er således en særlig gruppe, hvor det er afgørende, at der sættes ind med den rette og rettidige hjælp og et helhedsorienteret perspektiv for at forebygge, at udfordringerne vokser sig større eller bliver af mere permanent karakter. Som nævnt indledningsvist anbefales det i den internationale litteratur at tilbyde integreret behandling til mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, og der bør derfor være et særligt fokus på at sikre adgang til et integreret tilbud for målgruppen af unge. Der bør i tilbuddet være særlig opmærksomhed på inddragelse af forældre, særlige tilgange fx i forhold til specifikke psykiske lidelser eller behandlingsmetoder, samt en særlig opmærksomhed på at sikre let adgang til tilbuddet og samarbejde på tværs af sektorer.

Både i kommunalt og regionalt regi overgår man fra barn til at have status som voksen ved det fyldte 18. år. Det kan være en stor omvæltning i den unges liv, og jo flere sociale og/eller sundhedsfaglige indsatser den unge modtager, jo større vil omvælt-

ningen være. I regionalt regi er overgangen fra børne- ungeambulatorierne til voksenambulatorierne ofte forankret i såkaldte "transitionsforløb". Ved et transitionsforløb forstås den proces, hvor den unge styrkes i autonomi, egenomsorg, udvikling af sundhedskompetencer og forberedelse til behandling i voksenregi. Jf. Sundhedsstyrelsens "Anbefalinger for transition fra børne og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi" (23) bør der derfor være fokus på at sikre et godt transitionsforløb fra ung til voksen for unge under 25 år i både regioner og kommuner.

### 3.2. Henvissings- og visitationsforløb for patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik

#### 3.2.1. Flowchart over visitationsforløbet



Flowchartet viser den enkeltes vej fra henvissning over visitation, og frem til personen kommer ind i det integrerede tilbud. Under 'Henvissning' ses de instanser, der kan henvise til regional visitation til tilbuddet, dvs. almen praksis, rusmiddelbehandlingstilbud, kommunale forvaltninger, sygehusafdelinger og speciallægepraksis. Jf. Sundhedslovens §79, samt i Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. § 11, er det udgangspunktet kun læger eller tandlæger, som kan henvise til behandling på sygehus (17,24) (se også bilag 1 om henvissning og visitation). Dog kan regionen, jf. sundhedsloven § 79, give øvrige autoriserede sundhedspersoner, samt andre myndigheder, ret til at henvise til sygehusbehandling, når regionsrådet forinden har offentliggjort, at disse har adgang til henvissning.

Relevante informationer og en afdækning af den enkeltes samlede situation vil ske med inddragelse af relevante faggrupper, og den tilknyttede læge vil derefter sende den konkrete henvissning, medmindre der laves lokale aftaler. Hvis der laves lokale



aftaler om fx en sparringsfunktion fra den regionale psykiatri ud til den kommunale rusmiddelbehandling, kan det være tilstrækkeligt ift. at andre faggrupper kan hen- vise.

Henvisningen til det regionale integrerede tilbud foregår således på baggrund af målgruppeafgrænsningen, konkretiseret i henvisningskriterierne, som beskrives nærmere nedenfor. Viden fra en evt. kommunal afdækning indgår i forbindelse med ud- arbejdelse af henvisningen.

Henvisningen sendes til psykiatriens visitation i den enkelte region, hvorefter henvis- ning og patient vurderes, før visitation til det integrerede behandlingstilbud. En del af denne initiale vurdering omfatter også en indledende afdækning af funktionsevne, fysisk og psykisk helbredstilstand, rusmiddelbrug, sociale problemstillinger samt den samlede kompleksitet af den enkeltes situation. Der vil også kunne henvises direkte fra andre psykiatriske afdelinger til det integrerede tilbud, samt som tidligere nævnt fra fx akutmodtagelser. Henvisning fra andre regionale afdelinger uden om den regi- onale visitation følger de enkelte regioners retningslinjer, således at henvisning til det integrerede tilbud tilpasses regionernes øvrige tilrettelæggelse af henvisninger.

Under 'Visitation', som sker i regionalt regi, foregår den mere uddybende faglige vur- dering, ift. hvilket specifikt tilbud, den enkelte bør tilbydes. Her vil der også foretages en helhedsorienteret afdækning og faglig vurdering af den enkeltes samlede situa- tion. Hvis patienten ifølge denne vurdering indgår i målgruppen for det integrerede tilbud, tilbydes dette. Under visitationsforløbet kan regionen vurdere, at personer, som tilhører målgruppen for et integreret behandlingstilbud, med fordel alligevel kan behandles i en parallel indsats delt mellem den regionale psykiatri og rusmiddelbe- handling i kommunen. Dette kan ske i de tilfælde, hvor patient og bopælskommune er enige i denne vurdering, eller hvis patienten selv vælger en parallel indsats.

### **3.2.2. Henvisningskriterier**

Henvisning tager som nævnt udgangspunkt i en individuel, helhedsorienteret afdæk- ning af, hvilket behandlingsbehov den enkelte borger har, og borgerens hidtidige for- løb. I dette indgår karakter og sværhedsgrad af den psykiske lidelse og rusmiddel- problematikken, den samlede funktionsevne, samt graden af komorbiditet, som fx kan omfatte behandlingskrævende fysiske sygdomme og komplekse sociale pro- blemstillinger (se mere om vurdering af funktionsevne mv. i bilag 2 om henvisning og visitation).

Følgende grupper vil kunne henvises til psykiatriens visitation i den enkelte region, med henblik på visitation til det integrerede tilbud:

- Personer med moderat til svær psykisk lidelse, samtidig rusmiddelproblematik samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et parallelt forløb

- Personer med moderat til svær psykisk lidelse, samtidig rusmiddelproblematik, samt nedsat funktionsevne, hvor der har været utilstrækkelig virkning af et parallelt behandlingsforløb
- Personer med rusmiddelproblematik og stærk mistanke om moderat til svær psykisk lidelse, samt nedsat funktionsevne, som ikke vurderes at kunne indgå i et parallelt forløb
- Personer med rusmiddelproblematik og stærk mistanke om moderat til svær psykisk lidelse, samt nedsat funktionsevne, hvor der har været utilstrækkelig virkning af et parallelt behandlingsforløb

I vurderingen bør desuden indgå sværhedsgraden/kompleksiteten af rusmiddelproblematikken, forekomst af sociale og andre problemstillinger, kompleksiteten i den samlede livssituation, patientens egne ønsker til behandlingen samt patientens viden, præferencer og ressourcer. Det beror på en konkret klinisk vurdering, om der visiteres til integreret behandling ambulantly eller under indlæggelse.

### **Særlige forhold for konkrete målgrupper i forbindelse med henvisning**

I de tilfælde, hvor der er enighed mellem en patient under 18 år, kommunen og regionen om, og hvor en konkret faglig vurdering tilsiger, at det mest hensigtsmæssige for patienten vil være at modtage behandling i regi af det regionale tilbud, vil dette kunne lade sig gøre, hvis patienten nærmer sig 18 år.

Ift. borgere med komorbide fysiske sygdomme gøres der i henvisningen opmærksom på, hvilke fysiske sygdomme, der er tale om, og der bør sikres tæt koordination med somatisk sygehusafdeling og/eller almen praksis.

Graviditet er en helt særlig livsomstændighed, hvor sundhedsvæsenets indsats ikke kun skal varetage kvindens helbred, men også skal søge at forebygge, at det ufødte barn bliver skadet af morens rusmiddelforbrug. Gravide med rusmiddelproblemer følges i de regionale familieambulatorier, som tilbyder en specialiseret tværfaglig svangreomsorg med fokus på graviditeten, fødslen og efterfødselsperioden. Efter behov koordinerer ambulatorierne det tværsektorielle samarbejde. Ift. gravide med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, som opfylder henvisningskriterierne til det regionale integrerede behandlingstilbud, gøres i henvisningen opmærksom på graviditeten. Tærsklen for henvisning bør være lav under graviditet, ligesom ventetid skal minimeres, ikke mindst af hensyn til det kommende barn.

### **3.2.3. Den regionale visitation**

Efter henvisning vurderer visitationen i regionen, om den enkelte er i målgruppen for det samlede integrerede tilbud. Det vil her som tidligere nævnt være væsentligt, at viden fra den kommunale afdækning indgår i visitationen.

Den social- og sundhedsfaglige vurdering i den centrale visitation skal bl.a. indeholde en vurdering af behovet for at intensivere behandlingen jf. stepped-care modellen,

således at det kun er de personer, som falder inden for henvisningskriterierne beskrevet ovenfor, og som har et psykiatrisk behandlingsbehov, der kan visiteres videre til det integrerede tilbud.

Nogle patienter er veludredte, og der er ikke tvivl om, at de tilhører målgruppen. De vil kunne visiteres direkte til det integrerede behandlingstilbud i regionen.

For andre patienter med mere komplekse symptomer og sociale belastninger, kan det kræve en længerevarende, specialiseret udredning og eventuel behandling i regi af det integrerede behandlingstilbud, før det kan afgøres, om en patient er i målgruppen for behandling i dette regi eller bedre får den nødvendige hjælp i et andet regi. Den diagnostiske proces kan vanskeliggøres af, at underliggende psykisk lidelse kan kamufleres af en rusmiddelproblematik eller psykiatriske symptomer kan være udløst af en rusmiddelproblematik. Det kan derfor være nødvendigt, at borgeren er indlagt med henblik på afrusning og/eller abstinensbehandling, mens observationer og den diagnostiske proces foregår, sideløbende med at der evt. iværksættes behandling målrettet arbejdsdiagnoser (obs.-diagnoser) undervejs i udredningen. Det er væsentligt, at viden fra den kommunale afdækning kontinuerligt opdateres og inddrages i behandlingsindsatsen.

Se bilag 2 for eksempler på temaer, som det er vigtigt at komme omkring ifm. henvisning og visitation. Dette omfatter både en social- og sundhedsfaglig afdækning af den enkeltes samlede situation.

## 4. Monitorering og opfølgning

I den politiske aftale vedr. en 10-årsplan for psykiatri og mental sundhed fra 2022 er der en målsætning om, at mennesker med psykiske lidelser og samtidig rusmiddelproblematik får en mere sammenhængende og effektiv behandling. Med denne visitationsretningslinje og etableringen af et nyt integreret tilbud tages første skridt til at forbedre kvalitet og sammenhæng for målgruppen. Visitationsretningslinjen kan således også ses som et led i et fagligt løft af den samlede, tværsektorielle indsats til mennesker med psykisk lidelse og rusmiddelproblematik.

Implementering af et nyt integreret tilbud kræver et tæt og løbende samarbejde på tværs (som nævnt i afsnit 2.3.). Regioner og kommuner skal derfor i samarbejde etablere formaliserede og forpligtende samarbejdsstrukturer, herunder for eksempel tværsektorielle koordinationsudvalg, som er koblet til de nye sundhedsklynger. Her kan henvisnings- og visitationsprocessen løbende drøftes og justeres ift. at sikre et velfungerende tværsektorielt samarbejde.

Der er stadig begrænset viden om behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, og der er samtidig behov for at følge implementering og kvalitet i det nye integrerede behandlingstilbud. I forbindelse med etablering af behandlingstilbuddet bør der derfor ske en systematisk dataopsamling og opfølgning på både kvalitet i behandlingen og patientoplevels kvalitet med udgangspunkt i den enkeltes samlede forløb.

Det kan ske gennem etablering af en eller flere kvalitetsdatabaser for mennesker med rusmiddelproblematik og samtidig psykisk lidelse. Et kommende arbejde med indikatorer bør bygge videre på allerede eksisterende registre (Register over stofmisbrugere i behandling (SIB) og Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB)) for at undgå yderligere dokumentationsprocesser og arbejdsgange. Der bør på sigt vælges indikatorer, som afspejler både den sociale og den sundhedsfaglige del af indsatsen samt opstilles mål for behandlingskvaliteten. Indikatorer bør følge nationale retningslinjer og vejledninger, og bør både bidrage til og tilpasses i takt med, at der udvikles kvalitetsstandarder på området.

Der bør opbygges tværfaglige og tværsektorielle vidensmiljøer, som kan bidrage til at understøtte en langsigtet faglig udvikling og kontinuerlig kvalitetsforbedring i den samlede indsats for mennesker med psykiske lidelser på tværs af praksissektor, kommune og region, herunder udarbejdelse af faglige retningslinjer og udbredelse af evidensbaserede og dokumenteret virksomme indsatser. Et stærkt fagligt miljø båret af tværfaglige grupper kan således være med til at understøtte kontinuerlig kvalitetsforbedring og fælles faglig retning og kompetenceopbygning, bl.a. inden for det samlede dobbeltdiagnoseområde.

Når det samlede tilbud har fungeret i en periode, vil det være væsentligt at evaluere tilbuddet og se på erfaringerne mhp. at vurdere, hvordan den faglige visitationsretningslinje fungerer, samt behovet for at foretage evt. justeringer ift. målgruppeafgræsning og visitation mv.

## Referencer

1. Mårtensson S, Düring SW, Johansen KS, Tranberg K, Nordentoft M. Time trends in co-occurring substance use and psychiatric illness (dual diagnosis) from 2000 to 2017 - a nationwide study of Danish register data. *Nord J Psychiatry* 2023;77(4):411-419.
2. Det Nationale Alkoholbehandlingsregister (NAB). Opdateret: 2023. Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/alkoholbehandlingsregisteret>.
3. Sundhedsdatastyrelsen. Register over stofmisbrugere i behandling (SIB). Opdateret: 2022. Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/stofmisbrugere-i-behandling>.
4. Sundhedsdatastyrelsen. Landspatientregistret (LPR). Opdateret: 2023. Link: <https://sundhedsdatastyrelsen.dk/da/registre-og-services/om-de-nationale-sundhedsregistre/sygdomme-laegemidler-og-behandlinger/landspatientregisteret>.
5. SAMHSA (2013). Substance Abuse Treatment For Persons With Co-Occuring Disorders. 2005.
6. SAMHSA (2020). Substance Use Disorder Treatment for People with Co-Occurring Disorders: Treatment Improvement Protocol. 2020.
7. Christina Marel, Katherine L Mills, Rosemary Kinston, Kevin Gournay, Mark deady, Frances Kay-Lambkin, et al. Co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings. 2016.
8. National Institute for Health and Care Excellence, (NICE). coexisting-severe-mental-illness-psychoosis-and-substance-misuse-assessment-and-management-in-healthcare-settings-35109443184325. 2011.
9. National Institute for Health and Care Excellence, (NICE). Coexisting severe mental illness and substance misuse: Community health and social care services. 2016.
10. Helsedirektoratet. Utredning, behandling og oppfølging av personer med ROP-lidelser – Nasjonal faglig retningslinje (fullversjon) (1). 2012.
11. Sundhedsstyrelsen. National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse. 2019.
12. Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. 2020.



13. Donald M, Dower J, Kavanagh D. Integrated versus non-integrated management and care for clients with co-occurring mental health and substance use disorders: a qualitative systematic review of randomised controlled trials. Soc Sci Med 2005;60(6):1371-1383.
14. Muser KT, Noordsy DL, Drake RE, Smith LF. Integrated treatment for dual disorders: A guide to effective practice. 2003.
15. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning Børne- og ungdomspsykiatri 220621. 2021.
16. Sundhedsstyrelsen. Specialevejledning for Paediatri den 04. april 2022.
17. Sundhedsloven, LBK nr. 210. Opdateret: 2022. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2005/546#P210>.
18. Serviceloven, VEJ nr. 9449. Opdateret: 2020. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2015/1284#P101>.
19. Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. 2014.
20. Sundhedsstyrelsen. Vejledninger om behandling af stofmisbrug. Opdateret: 2019. Aug 1, 2023. Link: <https://www.sst.dk/da/viden/forebyggelse/stoffer/behandling-af-stofmisbrug/vejledninger>.
21. Retsinformation. Vejledning om behandlingstilbud på det sociale stofmisbrugsområde m.v. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/retsinfo/2020/9449>.
22. Dansk Psykiatri Selskab. Dansk Psykiatri Selskabs Hvidbog 2021-2031. 2021.
23. Sundhedsstyrelsen. Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi. 2020.
24. Retsinformation. Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. BEK nr. 657. Opdateret: 2019. Link: <https://www.retsinformation.dk/eli/lta/2019/657>.

# Bilagsfortegnelse

**Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning**

**Bilag 2: Henvisning og visitation**

## Bilag 1: Arbejdsgruppens sammensætning

Repræsentant	Organisation
Niels Sandø Pedersen	Sundhedsstyrelsen (formand)
Rafai Atia	Kommunernes Landsforening
Kirsten Hansen (ind til 31. januar 2023) Josefina Krausing (fra februar 2023)	Danske Regioner
Merete Nordentoft (ind til januar 2023) Signe Düring (fra januar 2023)	Dansk Psykiatrisk Selskab
Per Sørensen	Region Hovedstadens Psykiatri (udpeget af Danske Regioner)
Tina Gram Larsen	Region Nordjylland (udpeget af Danske Regioner)
Mads Uffe Pedersen	Center for Rusmiddelforskning (udpeget af KL)
Mie Carstensen	Københavns Kommune (udpeget af KL)
Sofie Rasmussen	Danske Patienter
Kira West	Rådet for Social Udsatte
Helle Petersen (ind til oktober 2022) Lene Caspersen (fra oktober 2022)	Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
Linda Hardisty Bramsen	Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Charlotte Nielsen	Foreningen for ledere af offentlig rusmiddelbehandling
Katrine Schepelern Johansen (fra november 2022)	Kompetencecenter for Dobbelt diagnose, Region Hovedstadens Psykiatri
Sekretariat	
Sara Korngut	Sundhedsstyrelsen
Christine Brot	Sundhedsstyrelsen
Laura Toftegaard Pedersen	Sundhedsstyrelsen
Sarah Wåhlin-Jacobsen	Sundhedsstyrelsen
Vibe Ballegaard	Sundhedsstyrelsen
Elisabeth Thomassen	Social- og Boligstyrelsen
Henriette Zeeberg	Social- og Boligstyrelsen
Rune Løgstrup	Social- og Boligstyrelsen
Lone Kæstrup	Social- og Boligstyrelsen

## **Bilag 2: Henvisning og visitation**

### **Uddybning af rammer for henvisning og visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik**

Nedenstående omfatter en beskrivelse af oplysninger som er vigtige at afdække, når mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal henvises til den regionale psykiatri med henblik på visitation og senere behandling i et integreret behandlingstilbud.

Der tages udgangspunkt i definitioner af henvisning og visitation, som anvendes inden for det sundhedsfaglige område (boks 1). Selvom der er tale om en sundhedsfaglig kommunikation, vurdering og beslutning om et behandlingstilbud, indgår der i de enkelte trin ikke kun sundhedsfaglige oplysninger, men fx også oplysninger om sociale forhold. Visitationen til integreret behandling foretages på baggrund af en helhedsorienteret vurdering af sværhedsgraden af psykisk lidelse og rusmiddelproblematik, graden af nedsat funktionsevne og sociale forhold, dvs. den samlede sygdomskompleksitet. I henvisningen til den regionale psykiatri bør de mest centrale oplysninger om borgeren fremgå, jf. beskrivelsen af den gode henvisning nedenfor (boks 2). Uddybende oplysninger fx om tidligere forbrug af rusmidler og effekt af tidligere behandling, detaljerede oplysninger om funktionsniveau, kommunale indsatser, sociale forhold mm., kan indsamles i samarbejde med personen der henvises, og med samtykke suppleres med information fra henvisende læge/kommune/kommunale rusmiddelbehandlingstilbud fx i forbindelse med udredning og påbegyndt behandling i det integrerede tilbud.

Det er vigtigt at sikre fyldestgørende oplysninger på henvisningen, da det muliggør en god faglig visitation. Hvis det ikke er muligt at indsamle alle de ønskede informationer, bør en klinisk vurdering foretages på baggrund af den tilgængelige information.

**Boks 1:** Definitioner af henvisning, visitation og udredning i den faglige visitationsretningslinje

**Henvisning:** en faglig kommunikation, der sammenfatter en vurdering af en borgers tilstand og behandlingsbehov med henblik på overdragelse af konkret behandlingsansvar i næste led i sundhedsvæsenet, som kan være sygehus, speciallægepraksis m.v.

**Visitation:** en faglig vurdering og beslutning om det initiale behandlingstilbud, på baggrund af en konkret beskrivelse af en borgers tilstand og behandlingsbehov som oplyst ved henvisning og/eller via øvrige informationskilder.

**Udredning:** en samlebetegnelse for de faglige indsatser og undersøgelser som f.eks. optagelse af sygehistorie, klinisk undersøgelse, blodprøver m.v., der alle har til formål at sandsynliggøre eller afvise en eller flere sygdomme.

**Gældende lovgivning for henvisning, visitation og udredning**

Det er i sundhedsloven § 79, samt i Bekendtgørelse om ret til sygehusbehandling m.v. § 11, om henvisning til sygehusbehandling fastsat, at det i udgangspunktet kun er læger eller tandlæger, som kan henvise til behandling på sygehus. Dog kan regionen give øvrige autoriserede sundhedspersoner samt andre myndigheder, ret til at henvise til sygehusbehandling, som det f.eks. er tilfældet for henvisning fra PPR eller sundhedsplejersker til børne- og ungdomspsykiatrien. Ved behov for akut behandling, hvor henvisning ikke kan indhentes forinden, kan krav om henvisning fraviges, ligesom sygehuset efter en konkret vurdering kan yde sygehusbehandling til en person, der ikke er henvist til behandling, når omstændighederne taler derfor.

Der er ingen lovfastede krav til henvisningens udformning, så denne kan principielt gives både ved telefonisk henvendelse og ved skriftlig (f.eks. elektronisk meddelelse) m.v. Der er etableret standarder for digitaliserede henvisninger, som er implementeret i eksisterende IT-systemer, og sygehusene kan have fastsat krav til modtagelse af henvisninger, herunder gennem servere, centrale visitationsenheder m.v.

Senest 8 hverdage efter at sygehuset har modtaget en henvisning, skal sygehuset oplyse om dato og sted for undersøgelse eller behandling, ventetider, rettigheder ift. frister for udredning og behandling, frit sygehusvalg, udvidet frit sygehusvalg m.v. Såfremt sygehuset ved sin visitation har valgt væsentligt at afvige fra det behandlingstilbud, som henvisende læge har informeret patienten om, bør der gøres opmærksom herpå i et brev til patienten. Desuden bør sygehuset sikre, at denne information tilgår henvisende læge, som fortsat har behandlingsansvaret indtil patientens første fremmøde på sygehus, og derfor har behov for at kende indholdet i sygehusets information og tilbud.

Generelt gælder for alle der henvises til udredning på sygehus, at de er omfattet af reglerne om ret til hurtig udredning. Retten betyder, at sygehuset inden for 30 dage

skal tilbyde undersøgelse og på den baggrund enten kunne informere om behandlingsmuligheder, eller kunne afkræfte mistanken om sygdom. Fristen beregnes fra den dato, hvor sygehuset har modtaget henvisning til den dato, hvor den enkelte er endeligt udredt og kan blive informeret om, hvad udredningen viser. Hvis sygehuset ikke selv kan udrede patienten inden for 30 dage, skal sygehuset forsøge at lave aftale om udredning inden 30 dage på andre offentlige eller private sygehuse og klinikker.

### **Den gode henvisning til den regionale psykiatri**

Nedenstående er baseret på regionernes vejledninger til læger om, hvilke oplysninger der ønskes medsendt i en henvisning til psykiatrien, samt en vurdering af, hvilke oplysninger, der er særligt vigtige, når der henvises med henblik på visitation til et regionalt behandlingstilbud for patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik.



**Boks 2:** Oplysninger som anbefales oplyst i henvisningen til den regionale psykiatri med henblik på visitation til integreret behandlingstilbud for patienter med psykisk lidelse eller begrundet mistanke herom og samtidig rusmiddelproblematik.

1. Kontaktoplysninger: navn, CPR-nummer, adresse og telefonnummer. Navn og kontaktoplysninger på relevante pårørende og andre kontaktpersoner. For patienter på bosteder, herberger mv. gerne samtykke til, at den regionale psykiatri kan kontakte personale på bostedet, samt kontaktoplysninger for dem.
2. Henvisningsdiagnoser
3. Aktuell psykiatrisk problemstilling: primære symptomer og sværhedsgrad, oplysninger om aktuelle og tidligere behandlingstiltag og effekten heraf, vurdering af selvmordsrisiko.
4. Oplysninger om rusmiddelproblematik: type (alkohol og/eller stoffer og hvilket stof), symptomer, varighed og omfang/mængde hvis muligt at angive, rusmidlernes funktion for borgeren, effekt af aktuell og tidligere rusmiddelbehandling.
5. Klinisk objektiv beskrivelse, og evt. svar på rating-skala, diagnostisk skema eller struktureret diagnostisk interview, hvis dette er udført.
6. Aktuelle funktionsniveau, og ændringer i dette.
7. Tidligere psykiatriske diagnoser, tidligere indlæggelse eller ambulante forløb i psykiatrien, forløb hos praktiserende psykiater eller psykolog, tidligere selvmordsforsøg og selvskade.
8. Fysisk sygdom: oplysninger om aktuelle fysiske sygdomme, fysisk undersøgelse hvis relevant samt undersøgelser foretaget for at udelukke fysisk årsag til psykiatrisk lidelse, relevante blodprøvesvar.
9. Sociale forhold: uddannelse/beskæftigelse, boligforhold, pårørende og eventuelle børn, aktuelle kommunale støtteforanstaltninger og eventuelle sociale følgevirkninger af psykisk lidelse/rusmiddelproblematik. Eventuelt behov for tolk, hvis der er sprogbarriere.
10. Oplysning om evt. personfarlig kriminalitet
11. Ajourført medicinliste.
12. Samlede vurdering af hvilket behandlingstilbud patienten har behov for, og patientens eget ønske om behandling.
13. Information givet til patienten og patientens samtykke til videregivelse af oplysninger

Hvis henvisende læge eller øvrige fagpersoner tilknyttet borgeren vurderer, at der er andre oplysninger, som er vigtige at videreformidle til psykiatriens visitation, tilføjes disse til henvisningen. Det kunne fx være supplerende oplysninger fra en kommunal socialfaglig udredning eller andre relevante oplysninger fra fagpersoner i et behandlingstilbud, hvor borgeren aktuelt er tilknyttet. Dette forudsætter samtykke fra borgeren.

### **Afklaring og afdækning af behandlingsbehov**

Inden henvisningen kan finde sted, skal det afklares, om borgeren er i målgruppen for behandling i den regionale psykiatri, og henvisende læge eller øvrige fagpersoner skal desuden kende borgeren så godt, at de væsentligste oplysninger er tilgængelige og kan kommunikeres videre jf. "Den gode henvisning" ovenfor. Hvis der vurderes at være et grundlag for at henvise borgeren, kan det også tage tid at afklare borgerens eget ønske om behandling og eventuelt arbejde med at motivere borgeren til henvisning til psykiatriens visitation. Da borgeren kan henvises både fra psykiatrisk speciallægepraksis, almen praksis, anden sygehusafdeling, kommunale forvaltninger og rusmiddelbehandlingstilbud via kommunalt ansatte læger mm., vil der være en variation i hvordan henvisningen udfyldes og hvilke oplysninger henvisningen indeholder. Der bør dog ved henvisning med henblik på visitation til et integreret behandlingstilbud altid indgå oplysninger om: mistænkt psykisk lidelse og en vurdering af sværhedsgrad, aktuel rusmiddelproblematik og en vurdering af sværhedsgrad, påvirkning af funktionsevne – herunder centrale sociale faktorer som påvirker funktionsevnen.

Nedenfor gives eksempler på hvordan det kan afklares om borgeren er i målgruppen for behandling i det integrerede tilbud. Der kan i forbindelse med afklaringen anvendes en række validerede redskaber. Anvendelsen af validerede redskaber til afdækning af behandlingsbehovet afhænger af hvor borgeren henvises fra, hvad kompetenceniveauet er hos de medarbejdere som er tilknyttet borgeren, forudgående kendskab til borgeren mv.

### ***Er der symptomer som tyder på moderat til svær psykisk lidelse?***

Det anbefales, at borgere som opsøger behandling for en rusmiddelproblematik, systematisk screenes for symptomer på psykisk lidelse, fordi psykisk lidelse er hyppigt forekommende hos borgere med en rusmiddelproblematik, og både kan være årsagen til og/eller forårsaget af en rusmiddelproblematik. Denne screening bør udføres af fagligt kvalificerede medarbejdere, f.eks. via et systematisk interview hvor der spørges ind til tidligere og aktuelle psykiske symptomer, og hvis de rette faglige kompetencer er tilstede, så vidt muligt med brug af validerede screeningsredskaber<sup>2,3</sup>. Det er dog ikke et krav at der anvendes validerede screeningsredskaber, men

<sup>2</sup> Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling" (Socialstyrelsen, 2020), og Nationale kliniske retningslinjer for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse (Sundhedsstyrelsen, 2016)

<sup>3</sup> Dette sker jf. nuværende retningslinjer efter borgerne er indskrevet i behandling. Når de indskrives i behandling sker det på baggrund af en helhedsorienteret afdækning, som skal omfatte borgerens: 1. forbrug af rusmidler, herunder både stoffer og alkohol, 2. sociale forhold, herunder sociale netværk og familiemæssige forhold, 3. fysiske og psykiske helbred, 4. arbejde og/eller uddannelse, 5. boligforhold og 6. andre relevante forhold, herunder anden hjælp, som personen modtager.

det kan være en fordel for det tværsektorielle samarbejde og kan kvalificere henvisningen. Egentlig udredning og diagnosticering bør foretages af fagpersoner med kompetencer til det som fx psykolog/psykiater/læge.

Der findes mange forskellige screeningsredskaber, og der udvikles og valideres løbende nye redskaber. Nogle redskaber er alment kendte, validerede og kan anvendes bredt på tværs af sektorer og fagligheder.

### ***Er der en aktuel rusmiddelproblematik?***

Det skal identificeres, om den enkelte har en aktuel rusmiddelproblematik, og det er derfor nødvendigt inden henvisning at foretage en grundig afdækning af det nuværende rusmiddelbrug. Denne afdækning kan foretages i de kommunale rusmiddelbehandlingstilbud, som en del af afdækningen af behandlingsbehovet, når en borger henvender sig med et ønske om rusmiddelbehandling. I almen praksis og hos praktiserende psykiatere bør en lignende afdækning finde sted, når patienter henvender sig med tegn på psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. I Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling samt behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse, er angivet retningslinjer for både afdækning og specialiseret screening og udredning<sup>4,5,6</sup>.

I afsnittet neden for ses eksempler på værktøjer, som kan anvendes i forbindelse med udredning af misbrug.

### ***Hvor påvirket er borgerens funktionsevne og hvilke sociale faktorer påvirker den enkelte?***

I forbindelse med den helhedsorienterede afdækning af den enkelte borgers samlede helbredssituation (herunder sociale situation, mentalt helbred mv.) er det vigtigt inden henvisning at afdække, i hvor svær grad den enkelte borgers funktionsevne er påvirket af psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik, og hvilke sociale faktorer, som har betydning for den samlede helbredssituation. Der kan eksempelvis anvendes spørgsmål fra de redskaber som ofte anvendes i de kommunale rusmiddelbehandlingstilbud til at belyse borgerens funktionsevne og sociale faktorer, som har indvirkning på den samlede belastningsgrad.

WHO's ICF-model (International Classification of Functioning) kan anvendes som ramme for en helhedsorienteret afdækning af en borgers funktionsevne<sup>7</sup>, hvor både fysiske, psykiske og sociale problemområder integreres. Jf. ICF-modellen er funktionsevnen således sammensat af flere komponenter og ud fra den kontekst (omgivelsesmæssigt og personligt), som borgeren befinder sig i.

---

<sup>4</sup> Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling (Socialstyrelsen, 2020)

<sup>5</sup> National klinisk retningslinje for udredning og behandling af samtidig alkoholafhængighed og psykisk lidelse (Sundhedsstyrelsen 2019)

<sup>6</sup> Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin (Sundhedsstyrelsen 2017)

<sup>7</sup> WHO's International Classification of Functioning

ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) er udviklet af WHO, og beskriver en persons funktionsevne som en kombination af kroppens funktioner, aktiviteter og deltagelse i samfundet. Tilgangen er bio-psyko-social, og tager hensyn til både fysiske, psykiske og sociale faktorer, der påvirker en persons funktionsevne. ICF-modellen er bredt anvendt på tværs af fagområder, og vurderer en persons funktionsevne på flere niveauer. Det første niveau er kroppens funktioner og strukturer, der omfatter en persons fysiske og psykiske helbredstilstand. Det andet niveau er aktiviteter, der omfatter de daglige handlinger en person udfører. Det tredje niveau er deltagelse, der omfatter en persons evne til at deltage i samfundet og udføre daglige opgaver.

GAF (Global Assessment of Functioning) <sup>8</sup> er en anden model, som er udviklet af American Psychiatric Association, og som primært bruges til at vurdere psykiske lidelser. Derfor anvendes GAF ofte som vurderingsværktøj i psykiatrien. GAF vurderer en persons funktionsevne på en skala fra 0 til 100 ud fra symptomer på psykisk sygdom, funktionsevne i forhold til arbejde og uddannelse, samt evne til at udføre daglige aktiviteter og opretholde sociale relationer.

Der er et overlap mellem de to modeller, men ICF-modellen er en bredere vurdering sammenlignet med GAF, da ICF tager højde for en persons funktionsevne på flere niveauer. Begge modeller kan anvendes i en vurdering af, om en patient falder indenfor målgruppen for behandling i et integreret tilbud.

---

<sup>8</sup> Hall RC. Global assessment of functioning. A modified scale. *Psychosomatics*. 1995 May-Jun;36(3):267-75. doi: 10.1016/S0033-3182(95)71666-8. PMID: 7638314.

## Visitation i den regionale psykiatri

Oplysningerne fra henvisningen vil blive anvendt i visitationen i den regionale psykiatri, hvor der foretages en samlet vurdering af om borgeren skal visiteres til et integreret behandlingstilbud eller et andet psykiatrisk tilbud. Det er væsentligt, som beskrevet i visitationsretningslinjen, at der anvendes et "no wrong door" princip, hvor borgeren ikke afvises, men i stedet hjælpes til at finde det mest velegnede tilbud, og følges derhen, hvis borgeren ønsker det.

Jo mere fyldestgørende en henvisning er, des mere oplyst et grundlag vil visitationen kunne udføres på. I nogle regioner kan borgeren blive indkaldt til en visiterende samtale i psykiatriens visitation, hvor validerede redskaber til afdækning af psykisk lidelse og rusmiddelproblematik ofte vil blive anvendt. Anvendelsen af validerede redskaber kan medvirke til en ensartet videregivelse af oplysninger på tværs af sektorer og fagligheder, og et mere sammenhængende forløb for borgeren. Visitationsprocessen og det konkrete indhold i denne tilrettelægges af den enkelte region med baggrund i retningslinjer og forløbsbeskrivelser på specifikke sygdomsområder.

Som tidligere nævnt i visitationsretningslinjen, kan det for nogle patienter med komplekse symptomer og sociale belastninger kræve en længerevarende, specialiseret og fleksibelt tilrettelagt udredning og eventuel behandling i regi af det integrerede behandlingstilbud, før det kan afgøres, om en patient er i målgruppen for behandling i dette regi.

**Sundhed for alle ♥ + ●**