

Psykiatri

KAG Dobbeldiagnose Outcome book

2025



RHP-KAG Dobbeldt diagnose outcome book er udarbejdet af:

Anders Fink-Jensen, Morten Kistrup, Mette Bruun Ibsen

Chanette Stokholm Damgaard, Solvej Mårtensson, Katrine Schepelern
Johansen, Sidsel Busch, Signe Wegmann Düring, Ditte Maria Sivertsen,
Mie Pyrmer, Anica Hand

Indhold

1. Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri	4
1.1 Baggrund	4
1.2 Region Hovedstadens Psykiatris vision for KAGs	4
1.3 Organisering af Kliniske Akademiske Grupper	5
2. Introduktion til KAG Dobbelt diagnose	7
2.1 Begrebet dobbelt diagnose	7
2.2 Baggrund for KAG Dobbelt diagnose	7
2.3 Vision og motivation for KAG Dobbelt diagnose	8
2.4 Organisering af KAG Dobbelt diagnose	8
2.5 Snitflader til øvrige KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri	12
3. Beskrivelse af patientpopulation	13
3.1 Omfang af dobbelt diagnose i Region Hovedstadens Psykiatri	13
3.2 Patientperspektiv på dobbelt diagnosebehandling	15
4. Behandlingstilbud til patienter med dobbelt diagnoser	17
4.1 Behandlingstilbud, indsatser og projekter forud for implementering af integreret dobbelt diagnosebehandling	17
4.2 Behandlingstilbud og indsatser i integreret dobbelt diagnosebehandling	19
5. Diagnostik, kliniske retningslinjer og evidens	21
5.1 Diagnostiske overvejelser ved dobbelt diagnose	21
5.2 Kliniske retningslinjer	22
5.3 Evidens	23
6. Inputs fra KAG Partnere og startevent	26
7. Udviklingsindsatser: Arbejdsproces og mål for 2024 og 2025	28
7.1 Nuværende indsatser	28
7.2 Kommende indsatser i KAG Dobbelt diagnose	29
8. Litteratur	31

1. Kliniske Akademiske Grupper i Region Hovedstadens Psykiatri

1.1 Baggrund

I Region Hovedstadens Psykiatri er der etableret fire Kliniske Akademiske Grupper (KAGs) for henholdsvis bipolar lidelse, psykoterapi, skizofreni og dobbelt diagnose. Det centrale omdrejningspunkt for de fire KAGs er at sikre en tættere integration mellem klinik, forskning og kompetenceudvikling og at fremme en evidens-baseret behandling af høj og ensartet kvalitet.

Formålet med KAGs er, at den kliniske kvalitet løftes, og at der sikres systematisk opsamling af ny viden. Ambitionen er, at nye forskningsresultater hurtigere omsættes til klinisk praksis, ligesom forskningen bygger på erfaringer fra klinikken. Konkret skal det ske ved, at KAGs skal stå i spidsen for udarbejdelsen af kliniske standarder for behandlingen inden for KAGens område i hele Region Hovedstadens Psykiatri, ligesom KAGs skal understøtte kompetenceløft inden for KAGens faglige område.

Hvad er en outcome book?

Alle KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri skal årligt udarbejde en outcome book. En outcome book er en skriftlig aftale mellem Direktion, Ledelsesforum og KAG Ledelsen om de områder, som KAGen skal arbejde med.

En outcome book præsenterer KAGens vision, mål, patientpopulation og udfordringer inden for KAGens område samt planlagte udviklings- og implementeringsindsatser.

1.2 Region Hovedstadens Psykiatris vision for KAGs

Med KAGs ønsker Region Hovedstadens Psykiatri at:

- Understøtte, at Region Hovedstadens Psykiatri tilbyder den bedste psykiatriske behandling i Danmark, der er specialiseret, af høj ensartet kvalitet og evidensbaseret, hvor mulighederne, der ligger i at være et specialehospital, udnyttes og kan være til inspiration for andre hospitaler i Danmark
- Patienter oplever en bedre, evidensbaseret og mere sammenhængende behandling
- Bidrage til at bringe pårørende tættere på behandlingen
- Udvikle og beskrive organisationens recovery-orientering i forhold til KAGen
- Samspillet mellem klinik, forskning og uddannelse bliver tættere integreret og kan berige hinanden, og tager udgangspunkt i de udfordringer, der opleves i klinikken
- Drive forskning, som sætter internationale standarder inden for det psykiatriske forskningsfelt og opbygge forskningsmiljøer, som er internationalt anerkendte og tiltrækker de stærkeste nationale og internationale samarbejdspartnere

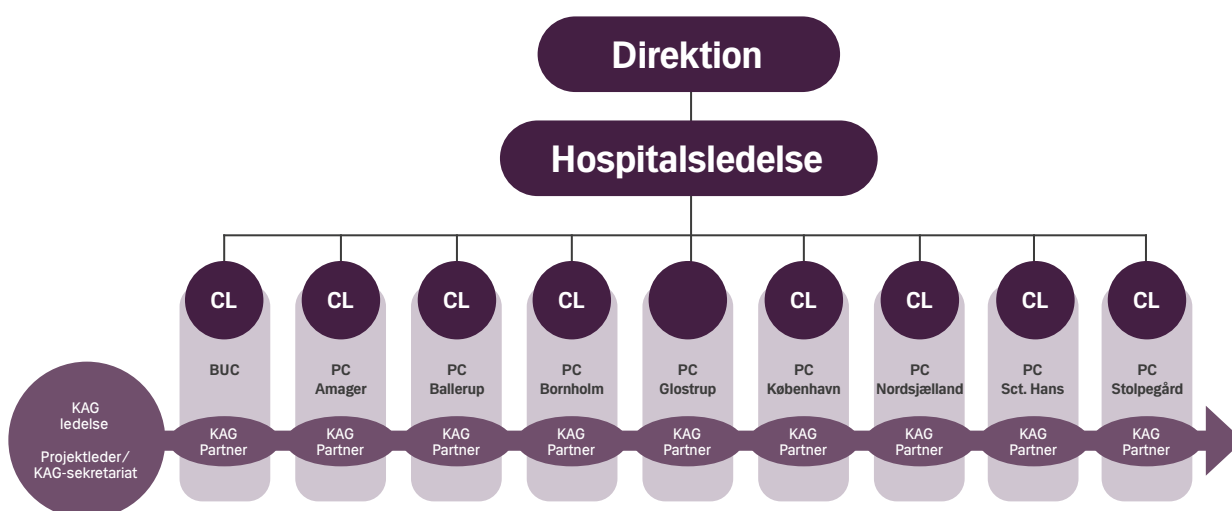
- Øge den faglige stolthed blandt alle medarbejdere og skabe en klar faglig samhørighed på tværs af organisationen med henblik på at sikre øgede muligheder for rekruttering og fastholdelse af personale
- Alle medarbejdere til enhver tid har de nødvendige kompetencer i forhold til den tilbudte behandling

1.3 Organisering af Kliniske Akademiske Grupper

KAGs er en del af en matrixstruktur med linjeledelsen og KAG Ledelserne - se Figur 1. Snitfladerne i en matrixorganisation er mange, og opbygningen af konstruktive arbejdsrelationer er afgørende for at sikre engagement på tværs i organisationen.

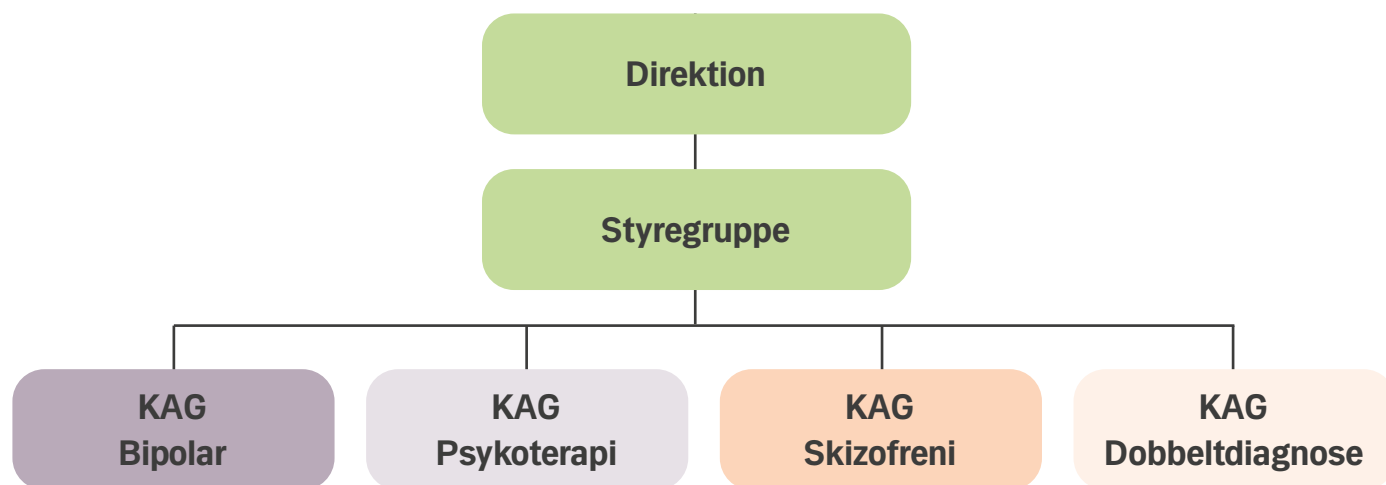
Denne ledelsesdimension kræver samarbejde samt løsningsorienteret kommunikation, for at beslutninger ikke trækker ud, og for at der ikke opstår forvirring i forhold til kommandoveje for det involverede personale. Principper i forhold til ansvar og besluthedsmandat i forbindelse med KAG-arbejdet er beskrevet i et særskilt notat omkring ledelseshierarki og samarbejdssnitflader.

Figur 1.



For at kunne følge og understøtte arbejdet med KAGs, er der etableret en fælles ramme omkring arbejdet, se Figur 2. Direktionen er overordnet ansvarlig for alle KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri. Under direktionen er der en styregruppe bestående af Region Hovedstadens Psykiatri lægefaglige direktør, programejer, programleder og projektejerne i de fire KAGs. Betjeningen af styregruppen er forankret i Økonomi- og Organisationsafdelingen.

Figur 2.



2. Introduktion til KAG Dobbeldiagnose

I det følgende kapitel beskrives begrebet dobbeldiagnose, baggrund, vision og motivation for KAG Dobbeldiagnose samt organiseringen af KAG Dobbeldiagnose.

2.1 Begrebet dobbeldiagnose

WHO definerer begrebet dobbeldiagnose som "... *the co-occurrence in the same individual of a psychoactive substance use disorder and another psychiatric disorder*" (1: 36), som på dansk kan oversættes til "... *den samtidige forekomst af en rusmiddellidelse og en anden psykiatrisk lidelse hos det samme individ*". Det er denne oversatte definition af begrebet dobbeldiagnose, som anvendes i KAG Dobbeldiagnose.

2.2 Baggrund for KAG Dobbeldiagnose

Baggrunden for KAG Dobbeldiagnose er en række kliniske og organisatoriske udfordringer for patienter med dobbeldiagnose, som KAG Dobbeldiagnose ønsker at bidrage til at forbedre.

Det er påvist, at patienter med en psykisk lidelse, som også har en rusmiddelproblematik, har en dårligere prognose i forhold til den psykiske lidelse sammenlignet med patienter, som ikke anvender rusmidler (2, 3). Det skyldes både, at rusmidlerne kan forværre de psykiatriske symptomer (ibid.), men også de udfordringer, som dobbeldiagnose giver i forhold til selve behandlingen (4, 5) og konsekvenser af patienternes sociale omstændigheder (6). Patienter med dobbeldiagnose har ofte en dårligere compliance med behandlingen (7, 8), flere udfordringer med fremmøde og fastholdelse i behandling (9, 10), og er i højere risiko for genindlæggelser og kontakt til den akutte del af sundhedsvæsenet (11). Det ses desuden, at antipsykotisk polyfarmaci er meget udbredt i gruppen (12) og at indtag af rusmidler øger risikoen for tvangsfiksering (13).

Patienter med dobbeldiagnose er ligesom andre patienter med psykiatriske lidelser gennemsnitligt mere somatisk syge sammenlignet med baggrundsbefolkningen (14, 15). Dette skyldes både direkte konsekvenser af rusmiddelforbruget, herunder en højere infektionsrisiko (16), men er også konsekvenser af en belastende livsstil samt manglende behandling af somatisk sygdom (6). Den somatiske sygdom kan påvirke den psykiatriske lidelse (17, 18) og medvirker til en væsentligt forøget dødelighed sammenlignet med både baggrundsbefolkningen og andre psykiatriske patienter (19). Den forhøjede dødelighed skyldes desuden ulykker og selvmord, herunder dødsfald på grund af overdosis af rusmidler (20). I analyser af danske data fremgår det, at psykiatriske patienter med rusmiddeldiagnoser potentielt modtager en dårligere behandling for somatisk sygdom, trods højere sygelighed, fordi deres rusmiddelforbrug forhindrer dem i at deltage i standard udrednings- og behandlingstilbud (21, 22) og har en højere dødelighed (23).

Mange patienter med dobbeldiagnose har oplevet den anviste behandling som usammenhængende, utilstrækkelig og unyttig eller oplevet at blive afvist, når de søger behandling (24-26). Dette hænger formentligt sammen med fraværet af retningslinjer og guidelines til både den psykosociale og den medicinske del af behandlingen.

KAG Dobbelt diagnose ønsker at være med til at styrke og udbygge de eksisterende indsatser, så der på længere sigt bliver bedre, mere effektive og koordinerede behandlingsstrategier for patienter med dobbelt diagnose på tværs af organisationen og sektorer.

2.3 Vision og motivation for KAG Dobbelt diagnose

Det er KAG Dobbelt diagnoses vision, at Region Hovedstadens Psykiatri altid tilbyder mennesker med samtidig psykiatrisk lidelse og rusmiddelproblematik et evidensbaseret, standardiseret, effektivt og sammenhængende behandlingsforløb af høj kvalitet, hvor begge lidelser behandles samtidigt. KAG Dobbelt diagnose vil bidrage med ny evidens og viden på dobbelt diagnoseområdet og være garant for, at patienter med dobbelt diagnoseproblematikker bliver behandlet med udgangspunkt i den enkelte patients behov og ønsker.

KAG Dobbelt diagnose vil konkret realisere visionen ved at sætte og udarbejde kliniske standarder for behandlingen baseret på faglighed og evidens; ved systematisk at løfte kompetenceudviklingen inden for dobbelt diagnoseområdet på alle niveauer i det kliniske arbejde, og ved at initiere forskningsprojekter og -samarbejder på både nationalt og internationalt plan.

KAG Dobbelt diagnoses arbejde er motiveret af mangeårige kliniske erfaringer med dobbelt diagnosepatienter. Det er en patientgruppe, der har manglet specialiseret og sammenhængende behandling i et komplekst felt, hvor der er sparsom evidens og viden. Dobbelt diagnosefeltet og patientgruppen har indtil nu været både underbelyst, underbehandlet og underprioriteret.

KAG Dobbelt diagnose ser arbejdet som en unik mulighed for at yde en afgørende og nødvendig indsats for denne gruppe af patienter og er drevet af motivationen til at afhjælpe de kliniske udfordringer, som kan stå i vejen for sufficient behandling. KAG Dobbelt diagnose har erfaring for, at både integreret og parallel koordineret behandling virker for patientgruppen, og at selv små behandlingsmæssige indsatser har en stor effekt for denne gruppe af psykiatriske patienter.

2.4 Organisering af KAG Dobbelt diagnose

KAG Dobbelt diagnose er en del af Region Hovedstadens Psykiatri strategi for at fremme integrationen mellem klinik, forskning og kompetenceudvikling. Inspireret af de positive erfaringer med KAG Bipolar og KAG Psykoterapi og en grundig evaluering af implementeringsarbejdet, besluttede direktionen i Region Hovedstadens Psykiatri i 2022 at igangsætte og forberede to nye kliniske akademiske grupper, KAG Skizofreni og KAG Dobbelt diagnose. Ved at etablere nye KAGs på to store kliniske områder styrkes det faglige netværk yderligere på tværs af de psykiatriske centre, hvilket bidrager til en evidensbaseret og mere ensartet behandling.

I løbet af 2023 blev der i hver af de nye KAGs etableret en KAG Ledelse, ansat en projektleder og samlet en KAG Partnergruppe på tværs af alle centre. En af de første opgaver for KAG'en er at definere visionen, kortlægge området og pege på konkrete indsatsområder, som beskrives i denne første outcome book. Derudover har KAG Dobbelt diagnose siden starten af 2024 bidraget til implementeringen af det integrerede dobbelt diagnosetilbud.

KAG Dobbelt diagnose Ledelse

KAG Dobbelt diagnose består af en tredelt ledelse; Anders Fink-Jensen, professor, overlæge, dr. med., Morten Kistrup, psykolog, specialist og supervisor i psykoterapi og Mette Bruun Ibsen, sygeplejerske, udviklingskonsulent og specialist i kognitiv adfærdsterapi.



Anders Fink-Jensen

Anders Fink-Jensen er professor i klinisk psykiatri, overlæge i psykiatri og leder af Neuro-psykiatrisk Laboratorium. Anders var ansat i forskningsafdelingen for CNS sygdomme hos Novo Nordisk fra 1988-1997, heraf de senere år som leder af det neurofarmakologiske område.

Anders har psykiatrisk erfaring fra kliniske ansættelser i Region Hovedstadens Psykiatri siden 1998, afbrudt af et enkelt års ansættelse på neurologisk afdeling på Bispebjerg Hospital.

Desuden har Anders i en årrække været ansat i psykiatrisk udrykningstjeneste, været medlem af Retslægerådet, formand for Dansk Psykiatrisk Selskab samt medlem af Forskningsrådet (Danmarks Frie Forskningsfond, Sundhed og Sygdom), hvor han var henholdsvis næstformand og formand fra 2019 til 2022.

Anders har primært forsket i psykotiske tilstande og stof- og alkoholafhængighed - både klinisk og præ-klinisk.

Morten Kistrup

Morten Kistrup er autoriseret klinisk psykolog, specialist og supervisor i psykoterapi.

Morten har bred psykiatrisk erfaring fra både ambulant og sengebaseret psykiatri. Siden 2017 har han været afsnitsleder af Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling (APU), som har udviklet en ny model for specialiseret og sammenhængende behandling på tværs af sektorer for mennesker med dobbelt diagnose.

Morten har særligt kendskab til dobbelt diagnose, psykoterapi, psykiatri, stigmatisering og recovery-orienteret praksis. Han har deltaget i forskning og arbejdet med formidling og publiceret artikler, bog og bogkapitler.



Mette Bruun Ibsen

Mette Bruun Ibsen er uddannet sygeplejerske med en Master i Voksenuddannelse og BA i erhvervssprog og international erhvervskommunikation.

Mette har været ansat i Region Hovedstadens Psykiatri siden 2004, hvor hun har arbejdet med integreret dobbelt diagnosebehandling i alle årene – både som sygeplejerske, leder og udviklingskonsulent.

Mette har mange års erfaring med strategisk kompetenceudvikling inden for særligt kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtale, e-læring og er specialist i kognitiv adfærdsterapi.



KAG Dobbelt diagnose Projektleder

Chanette Stokholm Damgaard

Til at understøtte og sikre sammenhængen i det strategiske arbejde, herunder udviklings- og koordineringsopgaver er Chanette Stokholm Damgaard ansat som projektleder i KAG Dobbelt diagnose.

Chanette er ergoterapeut med 13 års klinisk erfaring fra Region Hovedstadens Psykiatri og har derudover arbejdet i KAG Psykoterapi og Sekretariatet for Behandlingseffekt.

KAG Dobbelt diagnose Sekretariatet

KAG Dobbelt diagnose Sekretariatet har til opgave at understøtte aktiviteterne i KAG Dobbelt diagnose. Opgaverne omfatter blandt andet beskrivelser og analyser af dobbelt diagnoseområdet, udarbejdelse af undervisningsmateriale til kompetenceudvikling, samt varetagelse af forskningsaktiviteter.

Sekretariatet udgøres dels af det tidligere Kompetencecenter for Dobbelt diagnose, og dels af forskningsmedarbejdere fra SPOR-projektet.

KAG Partnere

KAG Partnerne i Region Hovedstadens Psykiatri har følgende opgaver:

- KAG Partnerne er bindeled imellem KAG Ledelsen og det enkelte psykiatriske center og understøtter beslutninger og implementering.
- KAG Partnerne bidrager med input (se kapitel 6) og involveres i beslutninger om, hvilke initiativer KAG Dobbelt diagnose skal iværksætte på tværs af Region Hovedstadens Psykiatri og ikke mindst i beslutninger om centerspecifikke initiativer. KAG Partnerne bidrager til implementering af nye initiativer inden for KAG'en og inddrages i udarbejdelse af implementeringsplan.
- KAG Partnerne har haft denne outcome book til høring. Bogen er gennemgået sammen med KAG-ledelsen og KAG Partnernes inputs er indarbejdet inden udgivelse.

Organisationsdiagram pr. 01.11.2024



2.5 Snitflader til øvrige KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri

Patienter med dobbeltdiagnose findes inden for de patientgrupper eller områder, som de øvrige tre KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri dækker. Danske forskningsstudier viser, at det er blandt gruppen af patienter med skizofreni og bipolar lidelse, vi finder nogle af de største forekomster af dobbeltdiagnose (27, 28). Også KAG Psykoterapi har snitflade til KAG Dobbeldt diagnose, da dobbeltdiagnosepatienter modtager eller vil skulle modtage psykoterapi på lige fod med andre patienter i psykiatrien, som led i deres behandlingsforløb. Den tværgående organisering omkring de fire KAGs (styregruppe, fælles programleder, fælles møder mellem projektledere m.m.) giver muligheder for løbende at have fokus på snitfladerne og sikre konstruktivt, løsningsorienteret samarbejde.

3. Beskrivelse af patientpopulation

Begrebet dobbeldiagnose, som er defineret i kapitel 2, dækker over forskelligartede patienter og problemer (29), f.eks. fra patienter med en svær skizofrenilidelse og et kaotisk brug af multiple rusmidler inklusiv opioidafhængighed, til patienter med en emotionel ustabil personlighedsstruktur og afhængighed af cannabis, til patienter med periodisk depression og et skadeligt brug af alkohol.

Fælles for mange patienter med dobbeldiagnose er, at brugen af rusmidler kan forstærke de udfordringer, som de øvrige psykiske lidelser giver. Derudover kan brugen af rusmidler i sig selv give en række symptomer og vanskeligheder, både psykiatrisk, somatisk og socialt, og behandlingssystemerne har generelt været dårlige til at hjælpe gruppen, blandt andet på grund af et delt behandlingsansvar mellem psykiatri og rusmiddelbehandling.

I det følgende opgøres nye kvantitative data fra Region Hovedstadens Psykiatri om antallet af dobbeldiagnosepatienter, rusmiddeldiagnoser og medicinsk behandling af rusmiddelproblematikker, internationale data om dobbeldiagnose samt kvalitative studier om patientperspektivet på dobbeldiagnosebehandling.

3.1 Omfang af dobbeldiagnose i Region Hovedstadens Psykiatri

Dette afsnit er baseret på et særudtræk af data fra Region Hovedstadens Psykiatri for hele 2023. Der var i denne periode 53.880 unikke patienter, hvoraf 49.651 havde en diagnose i ICD-10 F-kapitlet (psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser). Vi har i dette afsnit set på hvor mange af disse 49.651 patienter, der kan defineres som dobbeldiagnosepatienter* og hvilke rusmiddeldiagnoser, der er givet.

I tabel 1 ses, at antal dobbeldiagnosepatienter ved anvendte definition i 2023 var 3.483 patienter eller svarende til 7% af alle patienterne. Andelen er størst blandt patienter med en diagnose i psykospektrummet (DF2) og blandt patienter med en diagnose for en forstyrrelse af personlighedsstruktur eller adfærd (DF6) henholdsvis 12,8% og 11%.

I tillæg til de patienter, der kan defineres som dobbeldiagnosepatienter, er der 1.019 patienter, som kun optræder med en rusmiddeldiagnose i 2023. Disse tælles ikke med som dobbeldiagnose, da de ikke har en anden psykisk lidelse.

* Følgende definition af dobbeldiagnose er anvendt: en rusmiddeldiagnose (skadeligt forbrug DF1x1, afhængighedssyndrom DF1x2 eller abstinensstilstande DF1x3) i kombination med anden psykisk lidelse DF0, DF2-DF9 inden for samme år. Til at fordele patienter i forhold til anden psykisk lidelse har vi anvendt hierarkiet i ICD-10.

Tabel 1

Fordeling af unikke patienter i Region Hovedstadens Psykiatri i 2023 i forhold til tilstedeværelse af diagnoser for skadelig brug, afhængighedssyndrom og abstinensstilstand.

Diagnosekoder	Alle	DF1x1 (skadelig brug)	DF1x2 (afhængighedssyndrom)	DF1x3 (abstinensstilstand)	Dobbelt diagnosepatienter DF1x1, DF1x2 eller DF1x3	
	n	n	n	n	n	%
DF0	1.282	24	73	7	89	6.9
DF2	11.299	385	1.248	37	1.450	12.8
DF3	11.378	207	685	42	831	7.3
DF4	9.458	163	516	41	623	6.6
DF5	2.628	8	23	0	28	1.1
DF6	2.069	63	193	11	228	11.0
DF7	746	4	8	0	9	1.2
DF8	3.499	9	20	3	30	0.9
DF9	6.273	48	165	16	195	3.1
Total	48.632	911	2.931	157	3.483	7.2
Kun DF1	1.019	157	706	141		
Total	49.651	1.068	3.637	298	3.483	7.0

I tabel 2 er opgjort, hvilke rusmiddeldiagnoser, der er stillet fordelt på typer af rusmidler og primær psykiatrisk diagnose. * Alkoholrelaterede diagnoser (F12) er de mest hyppig forekommende, idet de ses hos 4,9% af alle patienter. Dernæst kommer cannabisdiagnoser med 3,4% og den mere uspecifikke diagnose, multiple eller andre psykoaktive stoffer, hos 1,2%.

Blandt patienter med en diagnose i psykospektrummet, personlighedsforstyrrelser og adfærdsförstyrrelserne er cannabisdiagnoser dog mere hyppige end alkoholdiagnoser.

* Her er alle rusmiddeldiagnoser anvendt inden for hver rusmiddelkategori

Tabel 2

Fordeling af unikke patienter i Region Hovedstadens Psykiatri i 2023 i forhold til rusmiddeltyper.

Diagnose-koder	Alle	DF10 Alkohol		DF11 Opioider		DF12 Cannabis		DF13 Sedativer eller hypnotika		DF14 eller DF15 Kokain eller andre central stimulanter		DF17 Nikotin		DF16 eller DF18 Hallucinogener eller flygtige opløsningsmidler		DF19 multiple eller andre psykoaktive stoffer	
	n	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
DF0	1.282	59	4.6	8	0.6	29	2.3	4	0.3	5	0.4	2	0.2	0	0.0	14	1.1
DF2	11.299	567	5.0	123	1.1	784	6.9	60	0.5	114	1.0	21	0.2	3	0.0	294	2.6
DF3	11.378	521	4.6	36	0.3	280	2.5	45	0.4	40	0.4	5	0.0	2	0.0	63	0.6
DF4	9.458	333	3.5	59	0.6	224	2.4	74	0.8	28	0.3	2	0.0	1	0.0	71	0.8
DF5	2.628	16	0.6	0	0.0	13	0.5	2	0.1	3	0.1	0	0.0	0	0.0	7	0.3
DF6	2.069	110	5.3	13	0.6	115	5.6	17	0.8	14	0.7	1	0.0	1	0.0	38	1.8
DF7	746	5	0.7	0	0.0	8	1.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	4	0.5
DF8	3.499	14	0.4	2	0.1	16	0.5	4	0.1	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	0.1
DF9	6.273	89	1.4	9	0.1	99	1.6	16	0.3	14	0.2	0	0.0	0	0.0	42	0.7
Subtotal	48.632	1.714	3.5	250	0.5	1.568	3.2	222	0.5	218	0.4	31	0.1	7	0.0	536	1.1
Kun DF1	1.019	704	69.1	37	3.6	122	12.0	19	1.9	70	6.9	2	0.2	2	0.2	60	5.9
Total	49.651	2.418	4.9	287	0.6	1.690	3.4	241	0.5	288	0.6	33	0.1	9	0.0	596	1.2

Tallene i tabel 1 og tabel 2 skal dog behandles varsomt, da det er kendt, at rusmiddeldiagnoserne ikke bliver registreret i det omfang, som de burde. Dette har mange årsager og er beskrevet i flere artikler (28, 30). Vi har en klar forventning om, at der fremadrettet vil være mere fokus på at sætte de rette rusmiddeldiagnoser, og at der derfor vil kunne identificeres flere dobbeltdiagnosepatienter i behandling i psykiatrien. KAG Dobbelt diagnose vil følge denne udvikling.

3.2 Patientperspektiv på dobbeltdiagnosebehandling

Et nyligt studie har undersøgt patienter med dobbeltdiagnoses oplevelse af brugen af rusmidler. Studiet viser, at patienterne oplever både positive og negative effekter ved deres brug af rusmidler. En gennemgang af spørgeskemaer fra 737 patienter med dobbeltdiagnose i Danmark viste følgende negative effekter ved rusmiddelbruget: at føle sig deprimeret, økonomiske problemer, at tabe interessen for daglige aktiviteter, problemer med helbredet og problemer på arbejdet. De tre hyppigste positive effekter var afslapning, forbedret søvn og at kontrollere negative følelser (31). En kvalitativ interviewundersøgelse om dobbeltdiagnosepatienters møde med behandlingssystemet i Danmark har vist, at patienter med dobbeltdiagnose ofte oplever at blive mødt med en afvisende og opgivende holdning i det psykiatriske behandlingssystem. De føler sig som andenrangs patienter og rapporterer, at de ikke får tilstrækkelig hjælp til de problemer, de slås med, herunder rusmiddelproblemer. Patienter med en rusmiddelproblematik oplever ofte at blive mødt med fordomme, mistro og mistænksomhed (26).

Patienter med dobbeltdiagnose efterspørger et behandlingsmiljø, hvor de føler sig velkomne (32). De ønsker behandlere med høj faglighed og viden om rusmidler, som aktivt spørger ind til deres rusmiddelproblematikker, dets konsekvenser, og tilbyder behandling for de problemer, rusmidlerne kan skabe (26, 33).

Dobbelt diagnosepatienter anser det som afgørende for gode behandlingsforløb, at behandlerne besidder stærke relationelle kompetencer som varme, forståelse og oprigtighed (34: 71-88). Behandlerne skal kunne opbygge tillid hos patienterne ved at vise, at de vil hjælpe og at patienterne fortjener hjælpen (35), især i svære perioder (36). Ifølge patienterne er det også essentielt, at behandlere bidrager til at skabe håb ved at fremhæve patienternes potentialer og muligheder for at leve et godt liv (34: 71-88), og ikke giver op ved slip eller tilbagefald (37).

Mange patienter oplever den behandling, de anvises, som fragmenteret og usammenhængende (24). De sætter stor pris på, at behandlingen er holistisk, fleksibel og sikrer kontinuitet (37). For patienterne betyder kontinuitet vedvarende og langvarige relationer til de samme behandlere (35). De fremhæver også vigtigheden af at blive accepteret, føle sig nyttige og blive godt behandlet i deres lokalsamfund som afgørende for at komme sig (33). Ifølge patienterne kan behandlere støtte deres medborgerskab ved at relatere til dem som hele mennesker, fremme empowerment og aktiv deltagelse samt tilbyde praktisk og tilgængelig hjælp (38).

Ifølge patienterne er der behov for en bred indsats, der både omfatter behandling af psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, samt støttetilbud og aktivitetsmuligheder, der giver mulighed for at fylde livet med noget meningsfyldt. Dette indebærer at åbne for forskellige muligheder og understøtte patienternes engagement i disse aktiviteter (37).

4. Behandlingstilbud til patienter med dobbelt diagnoser

Region Hovedstadens Psykiatri har et omfattende og veletableret kendskab til og mange års erfaring med behandling af patienter med dobbelt diagnose, både ambulant og under indlæggelse.

Siden 2007 har ansvaret for rusmiddelbehandlingen været placeret i kommunerne, og ansvaret for behandlingen af psykiske lidelser har været placeret i regionerne – enten hos praktiserende læge, praktiserende speciallæge eller i den regionale behandlingspsykiatri. Regionerne har dog ansvaret for begge dele under indlæggelse.

I dette kapitel beskrives Region Hovedstadens Psykiatris behandlingstilbud til patienter med dobbelt diagnose samt centrale dobbelt diagnoseindsatser og projekter forud for implementeringen af integreret dobbelt diagnosebehandling. Disse erfaringer danner et solidt grundlag for det videre arbejde i KAG Dobbelt diagnose.

Efterfølgende beskrives organiseringen og behandlingstilbud i forbindelse med implementeringen af integreret dobbelt diagnosebehandling.

4.1 Behandlingstilbud, indsatser og projekter forud for implementering af integreret dobbelt diagnosebehandling

4.1.1 Ambulant behandling

I de ambulante behandlingstilbud i Region Hovedstadens Psykiatri er der stor forskel på, hvordan man arbejder med patienter med dobbelt diagnose. I de psykiatriske ambulatorier (F-ACT), herunder også botilbudsteams og OPUS-teams modtager man patienter, der har dobbelt diagnose. I de ambulante pakkeforløb modtager man ikke patienter med dobbelt diagnose. Disse patienter henvises enten til Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling (APU) på Psykoterapeutisk Center Stolpegård eller de psykiatriske ambulatorier (F-ACT) på de øvrige psykiatriske centre. Desuden tilbydes ambulant behandling til patienter med svær dobbelt diagnose i Specialambulatoriet under Psykiatrisk Center Sct. Hans.

Ambulatoriet for Psykoterapeutisk Udvikling (APU)

Ambulatorie for Psykoterapeutisk Udvikling (APU) på Psykoterapeutisk Center Stolpegård blev etableret i 2017 for at udvikle og udbrede en ny model for specialiseret og sammenhængende behandling mellem psykiatri og kommunale rusmiddelcentre til mennesker med ikke-psykotisk psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Modellen består af psykiatrisk behandling med tværdiagnostisk, evidensbaseret og fleksibel psykoterapi, recovery-orienteret praksis samt parallelt og koordineret tværsektorielt samarbejde med faste netværksmøder og koordinering af behandling. APU er foreløbig udbredt til 11 ud af 29 kommuner i Region Hovedstaden, men mangler de sidste 18 kommuner for at være et regionsdækkende tilbud. APU-modellen er forenelig med beskrivelsen af det parallelle behandlingsforløb i psykiatrien i den nye faglige visitationsretningslinje (39).

Sammenhængende Psykiatri Og Rusmiddelbehandling (SPOR)

Sammenhængende Psykiatri- og Rusmiddelbehandling (SPOR) blev igangsat i 2021 for at udvikle og styrke en model for koordineret psykiatri- og rusmiddelbehandling for mennesker med svær psykisk sygdom og samtidig rusmiddelproblematik. SPOR modellen har til formål at tilpasse den eksisterende behandling på tværs af sektorer mellem den ambulante psykiatri (psykiatriske ambulatorier (F-ACT) og OPUS) og kommunernes rusmiddelbehandling (både kommunale og private leverandører). SPOR er for nuværende udbredt i to kommuner.

Specialambulatoriet

Specialambulatoriet under afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans tilbyder ambulant integreret behandling til en gruppe patienter med psykotisk lidelse og kompliceret afhængighed. Målgruppen er ofte dobbeltdiagnosepatienter med en adfærd, der vanskeliggør behandling i eksisterende ambulante enheder. Tilbuddet er et opsøgende psykiatrisk team (MOPS) med 80 pladser og behandlingen indbefatter bl.a. motiverende og støttende samtaler, kognitiv adfærdsterapi, somatisk screening og behandling. Formålet med behandlingen er, at patienten opnår stabilitet, kompetencer og motivation til at fortsætte behandling i den almene ambulante psykiatri.

Dobbeldiagnose ressourcepersoner i psykiatrisk ambulatorium (F-ACT)

I modellen for psykiatrisk ambulatorium (F-ACT) er det beskrevet, at der i hvert team skal være to fuldtidsårsværk med kompetencer inden for dobbeltdiagnoseområdet. I Region Hovedstadens Psykiatri er dette efterkommet ved, at der i hvert team i de psykiatriske ambulatorier (F-ACT) er udpeget to ressourcepersoner, som har været på et 5-dages kursus om dobbeltdiagnose.

Netværksmøder

I den ambulante parallelle behandling af mennesker med dobbeltdiagnose er der behov for koordination mellem psykiatri og rusmiddelbehandling. Det primære arbejdsredskab til at sikre koordination af behandlingsindsatser på tværs af sektorer er netværksmøder, hvorfor systematisk afholdelse af netværksmøder er centralt i både de psykiatriske ambulatorier (F-ACT), OPUS, APU og SPOR. Netværksmøder er en generel indsats i Region Hovedstadens Psykiatri med formålet at styrke samarbejdet mellem psykiatri og kommune. Der er udarbejdet en skabelon til afholdelse af netværksmøder.

4.1.2 Stationær behandling

Region Hovedstadens Psykiatri har ligeledes specialiserede dobbeltdiagnoseindsatser inden for den stationære behandling. Der findes også indsatser og initiativer, der har til formål at styrke indsatsen for dobbeltdiagnosepatienter i den sengebaserede psykiatri.

Afdeling M

Afdeling M på Psykiatrisk Center Sct. Hans har specialfunktion for hele Region Hovedstadens Psykiatri og varetager elektiv integreret dobbeltdiagnosebehandling. Afdelingen har 78 senge udelukkende til patienter med dobbeltdiagnose og behandlingen indbefatter farmakologisk behandling, nonfarmakologisk behandling i form af motiverende samtaler, kognitiv adfærdsterapi og dialektisk adfærdsterapi samt hjælp til at få løst sociale problemstillinger. Behandlingen har et tværfagligt fokus, så rusmiddelforbruget og den anden psykiske lidelse adresseres samtidigt og ud fra forskellige faglige vinkler.

Socialsygeplejersker og socialoverlæger

Fra foråret 2022 blev der ansat socialsygeplejersker og socialoverlæger i Region Hovedstadens Psykiatri, fordelt på de fem centre med akutmodtagelse og Bornholm. Derudover er der ansat en fagligt koordinerende socialsygeplejerske, der blandt andet arbejder med kvalitetsudvikling af funktionen. Formålet med socialsygeplejersker og socialoverlæger er at styrke patientforløbene for socialt udsatte patienter i Region Hovedstadens Psykiatri, herunder patienter med rusmiddelproblemer.

Akutmodtagelse og akutteam

I 2018 estimerede Danske Regioner m.fl., at ca. 1/3 af patienterne i de psykiatriske akutmodtagelser havde både en psykisk lidelse og en rusmiddelproblematik (40). De psykiatriske akutmodtagelser spiller derfor en vigtig rolle i forhold til dobbelt diagnosepatienter, herunder afgang af patienter med skadeligt brug af alkohol og alkoholafhængighed. For disse patienter arbejder akutmodtagelserne og akutteams med brobygning til den kommunale alkoholbehandling. For andre dobbelt diagnosepatienter kan der være tale om korterevarende, stabiliserende ophold på de akutte sengeafsnit. For patienter i substitutionsbehandling har akutmodtagelse og sengeafsnittene en vigtig opgave med at varetage substitutionsbehandlingen, så længe patienterne er indlagt. Akutteams er organisatorisk forankret i akutmodtagelsen og kan tilbyde kortere forløb tilpasset den enkelte patients behov. Akutteams kan være opsøgende og udekørende, og kan støtte og behandle patienterne i deres eget hjem. Indsatsen kan bl.a. sikre overgangen til ambulant behandling eller kommunalt forløb.

Psykiatrisk Center København – 6. KAT-dag

Psykiatrisk Center København har tilbudt en dags supplerende undervisning i kognitiv adfærdstherapie til dobbelt diagnosepatienter til alle medarbejdere på døgnafsnittene. Baggrunden for denne indsats var, at op mod halvdelen af centerets tvangsepisoder involverede patienter med dobbelt diagnoseproblematikker, hvorfor der var behov for at øge medarbejdernes kompetencer ift. patientgruppen.

4.2 Behandlingstilbud og indsatser i integreret dobbelt diagnosebehandling

Fra 1. september 2024 begyndte alle fem regioner i Danmark at tilbyde integreret behandling til patienter med dobbelt diagnose. I den forbindelse er der etableret et tværregionalt samarbejde, blandt andet med at udarbejde fælles, overordnede beskrivelser for patientforløb for henholdsvis ambulante og indlagte patienter, der skal tilbydes integreret behandling.

I økonomiaftalen for 2024 er det estimeret, at målgruppen på landsplan udgør ca. 9.200 patienter. Det forventes, at 2.901 af disse patienter findes i Region Hovedstaden.

Målgruppen for integreret dobbelt diagnose behandling er af Sundhedsstyrelsen beskrevet således:

- 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

Der er aftalt en gradvis implementering af integreret dobbeldiagnosebehandling over en 3-årig periode:

1. september 2024 startede integreret behandling til patienter, der allerede er i behandling i psykiatrien for deres psykiske lidelse, og som har et rusmiddelproblem, som de ikke modtager behandling for. Det er estimeret, at denne gruppe på landsplan udgør ca. 4.600 personer, og 1.435 i Region Hovedstadens Psykiatri.

Fra 1. juli 2025 udbredes integreret behandling til patienter, der både er i behandling for deres psykiske lidelse i psykiatrien og også er i et behandlingsforløb for deres rusmiddelproblemer i rusmiddelbehandlingen, men som har brug for et integreret forløb. Det estimeres, at denne gruppe på landsplan udgør ca. 4.000 personer og 1.248 i Region Hovedstadens Psykiatri.

Fra 1. juli 2026 inkluderes personer, som kun er i rusmiddelbehandling, men som er kendt med, eller hvor der er mistanke om, samtidig psykisk lidelse. Det estimeres, at denne gruppe på landsplan udgør ca. 700 personer og 218 i Region Hovedstadens Psykiatri.

Som det fremgår af tallene, er det kun en mindre del af dobbeldiagnosepatienterne, som det forventes vil skulle tilbydes integreret behandling. Det er i Region Hovedstadens Psykiatri besluttet, at den integrerede behandling kommer til at ligge i de psykiatriske ambulatorier (F-ACT), OPUS-ambulatorierne og de forskellige specialambulatorier, herunder retspsykiatrisk ambulatorium og gadeplansteamet. Derudover skal der også kunne tilbydes integreret behandling under indlæggelse i hovedfunktion.

De tværregionale patientforløbsbeskrivelser indbefatter bl.a. følgende nye aktiviteter: Arbejde med skadesreduktion, farmakologisk rusmiddelbehandling, motiverende samtale, kognitiv adfærdsterapi, substitutionsbehandling, tilbud om vaccination og prævention, støtte til at (gen)skabe kontakt til pårørende/netværk, eventuelt følgeskab til somatisk behandling, støtte/følgeskab til peer-netværk og eventuelt værested til 'at sætte i stedet for'.

Desuden skal følgende aktiviteter udvides og systematiseres: rusmiddelscreening, aftaler om medicin, somatisk screening/komorbiditet, medicingennemgang, diagnosticering.

De øvrige dobbeldiagnosepatienter skal i henhold til den nye faglige visitationsregningslinje tilbydes parallel og koordineret behandling. Dvs. at man i psykiatriske ambulatorier (F-ACT), OPUS og de øvrige ambulatorier skal tilbyde behandling til dobbeldiagnosepatienter i både koordinerede forløb og i integrerede forløb. Desuden tilbyder APU parallel og koordineret dobbeldiagnosebehandling til patienter med samtidig ikke-psykotisk psykisk lidelse og rusmiddelproblematik i målgruppe for ambulant psykoterapeutisk behandling i samarbejde med de kommunale rusmiddelcentre.

5. Diagnostik, kliniske retningslinjer og evidens

I dette kapitel introduceres relevante overvejelser om diagnostik ved dobbeldiagnose, nationale og internationale kliniske retningslinjer, samt evidens for behandling på dobbeldiagnoseområdet.

5.1 Diagnostiske overvejelser ved dobbeldiagnose

Når et menneske lider af dobbeldiagnose, opstår flere faglige udfordringer i udredningen, både i forhold til screening og diagnostik. Man kan nærmest tale om 'dobbeldiagnosens paradoks', idet definitionen dækker over samtidig forekomst, mens der samtidig eksisterer en praksis, hvor man undlader at diagnosticere anden psykisk lidelse grundet forekomsten af rusmiddelproblematikken.

I ICD-10 fremgår det, at organisk ætiologi skal udelukkes, hvilket udover "hjerneorganisk" også omfatter "stoforganisk" betinget af brugen af alkohol eller andre psykoaktive substanser. Dette kan forståeligt nok føre til, at vi ikke diagnosticerer anden psykisk lidelse, når der er et aktivt rusmiddelproblem. Samtidig undlades det ofte i klinikken at spørge systematisk til brug af rusmidler og stilles ikke rusmiddeldiagnoser.

Det anbefales altid at afdække brug af rusmidler ved klinisk assessment. Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) (41) og Drugs Use Disorders Identification Test (DUDIT) (42) er klinisk validerede spørgeskemaer på 11 og 12 items, som er udviklet til at screene for henholdsvis alkohol og stofrelateret problematik. Både AUDIT og DUDIT findes i en kort C-udgave, som refererer til Consumption (på dansk forbrug), som med henholdsvis tre og fire spørgsmål hurtigt kan afdække, om der er tale om en mulig rusmiddelproblematik. Og de øvrige items afspejler diagnostiske kriterier for afhængighed. AUDIT og DUDIT er derfor et godt udgangspunkt for systematisk diagnostik.

I ICD-10 kapitel F10-19 om Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af psykoaktive stoffer (alkohol og andre psykoaktive stoffer) forefindes rusmiddeldiagnoserne. Kapitlet indbefatter både F1x.1 skadeligt brug med et brugsmønster, som medfører, at helbredet skades, fysisk eller psykisk skade, som er klar påviselig og varighed på mindst en måned eller gentagne inden for 1 år samt F1x.2 Afhængighedssyndrom med gentagen brug af et psykoaktivt stof, som omfatter tre eller flere af samtidig trang, svækket evne til at styre indtagelse, standse eller ned-sætte brugen, abstinenssymptomer eller indtagelse for at undgå disse, tolerans, dominerende rolle og vedvarende brug trods erkendt skadevirkning. Det lille x referer til type af rusmiddel, f.eks. F10.2 Alkoholafhængighedssyndrom.

Vedrørende diagnostik af anden psykisk lidelse ved aktivt brug af rusmidler anbefales en systematisk og samtidig pragmatisk klinisk vurdering, hvor både anamnese, historik samt perioder med symptomer uden indtagelse af rusmidler, tages i betragtning trods brug af rusmidler. Det er alt for ofte tilfældet, at der afvises udredning og behandling af den dobbelte diagnose på baggrund af en rusmiddelproblematik, hvilket kan virke paradoksalt, når en dobbeldiagnose er defineret ved den samtidige forekomst af begge lidelser.

5.2 Kliniske retningslinjer

I det følgende fremdrages de væsentligste anbefalinger fra de kliniske retningslinjer.

I en gennemgang af internationale retningslinjer beskrives et højt sammenfald af ligheder mellem retningslinjer fra bl.a. Norge, Sverige, England og også USA og Australien (43): Psykiske lidelser og rusmiddelproblematik bør behandles samtidigt, der bør koordineres på tværs af indsatser, og behandlingen bør være tværfagligt forankret. I forhold til behandlingstilgangen er en række anbefalinger også gennemgående: Tilgangen til patienten bør være åben og behandlingen bør være fleksibel, vedholdende og kendetegnet ved terapeutisk optimisme. Der peges også på specifikke behandlingsmetoder på tværs af de kliniske retningslinjer; især motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi, men også bl.a. dialektisk adfærdsterapi, mindfulness, tilbagefaldsforebyggelse og belønning til fremme af ønsket adfærd anbefales i de internationale kliniske retningslinjer.

Både nationalt og internationalt fremhæves integreret behandling som best practice i forhold til patienter med dobbelt diagnose (39, 44-49). Dette skal dog ses i lyset af, at evidensen på området generelt ikke er stærk (50-52).

Der er især fire nationale retningslinjer, som er relevante i forhold til det integrerede, regionale behandlingstilbud:

- *Retningslinje for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner*
Sundhedsstyrelsen og Socialstyrelsen (53)
- *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige med substitutionsmedicin*
Sundhedsstyrelsen (54)
- *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling. Viden til gavn*
Socialstyrelsen (55)
- *Faglig visitationsretningslinje. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik*
Sundhedsstyrelsen & Social- og Boligstyrelsen (39)

De fire ovenstående danske kliniske retningslinjer omhandler behandlingen af mennesker med dobbelt diagnose, men udgør ikke en samlet retningslinje, som den norske kliniske retningslinje (49).

Retningslinjen for koordinerende indsatsplaner (53) beskriver, hvordan man kan organisere samarbejdet mellem psykiatri og rusmiddelbehandling for mennesker i parallelle, ambulante forløb ved hjælp af koordinerende indsatsplansmøder og koordinerende indsatsplaner. Det skal i denne forbindelse bemærkes, at man Region Hovedstadens Psykiatri har valgt at bruge betegnelsen netværksmøder og netværksplaner med henblik på at sikre en sammenhængende indsats. Der er udviklet en enkel netværksmødeskabelon med formål, deltagere, aftaler og opfølgning, som anvendes i den kliniske praksis.

I forhold til dobbelt diagnoseområdet indeholder Sundhedsstyrelsens vejledning til læger der behandler patienter med opioidafhængighed med substitutionsmedicin (54), et afsnit, der beskæftiger sig med ansvarsfordeling. Det beskrives i denne vejledning, at kommunerne har ansvaret for rusmiddelbehandlingen, at regionerne har ansvaret for behandling af psykisk lidelse, og at regionerne har ansvaret for behandlingen af begge dele under indlæggelse.

Socialstyrelsens nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling (55) er en systematiseret samling af anvisninger til behandlingstilbud, der giver et fælles grundlag for et fælles grundlag for social behandling af afhængighed af stoffer. Retningslinjerne omhandler primært rusmiddelproblemer, men berører ligeledes dobbelt diagnose. Det anbefales, at der screenes for psykiske lidelser, når borgere henvender sig med ønske om rusmiddelbehandling, og at der kan være behov for en mere grundig udredning. Derudover peger retningslinjerne på, at indsatser i forhold til rusmidler bør være helhedsorienterede, og ske i samarbejde med andre relevante aktører, herunder psykiatrien.

Sundhedsstyrelsens og Socialstyrelsens faglige visitationsretningslinjer (39) indeholder, ud over beskrivelse af målgruppen til det regionale dobbelt diagnosebehandlingstilbud, overordnede principper for behandling: Den psykiske lidelse og rusmiddelproblematik skal begge behandles. Dette kan ske enten integreret, hvor regionen behandler begge dele samtidigt, eller parallelt, hvor regionen behandler den psykiske lidelse og kommunen behandler rusmiddelproblemet og behandlingen koordineres mellem sektorerne. Retningslinjen beskriver en 'stepped care' tilgang, hvor behandlingen på forskellige trin tilpasses patientens tilstand og funktionsevne. Derudover nævnes 'no wrong door' som et guidende princip. Det betyder, at behandlingsstedet, hvor patienten henvender sig, enten selv skal tilbyde behandling eller sikre brobygning og forløbskoordination til et andet relevant behandlingstilbud. Man kan således ikke 'gå ind ad en forkert dør'.

Desuden beskrives tilgængelighed og fleksibilitet, som væsentlige principper for behandling i den nye retningslinje.

De på nuværende tidspunkt gældende danske retningslinjer giver således ikke ret mange konkrete anbefalinger i forhold til metoder i forhold til udredning og behandling. Det forventes dog, at det arbejde, der dels foregår i regi af Sundhedsstyrelsens National Kliniske Anbefalinger (NKA) og i regi af De Multidisciplinære Psykiatri Grupper (DMPG) i nær fremtid vil komme med en række mere konkrete anbefalinger inden for dobbelt diagnoseområdet.

5.3 Evidens

En gennemgang af systematiske reviews og metaanalyser af evidens af behandlingen af dobbelt diagnose viser visse udfordringer med at sammenstille forskellige kliniske studier, idet målgruppen ofte varierer eller patienter med rusmidler er ekskluderet fra studier af effekt af behandling. Samtidig dækker betegnelsen dobbelt diagnose over flere forskellige kombinationer af psykiske lidelser og rusmiddellidelser.

Et anvendeligt klinisk princip kan være at se på evidensen for behandling ved en enkelt lidelse i en dobbelt diagnose, når der mangler evidens for den dobbelte lidelse.

5.2.1 Effekt af integreret behandling

Et systematisk review fra 2023 undersøger integreret behandling vs. ikke-integreret behandling til patienter med dobbelt diagnose. Patienter med PTSD og rusmiddelforbrug udgjorde over halvdelen af materialet (55%). Man inkluderede randomiserede kontrollerede studier (n=11) publiceret mellem 2009-2018, og fandt at integreret behandling forbedrede patientens psykiatriske symptomer, men der var ingen signifikante forskelle ift. nedsat rusmiddelforbrug eller behandlingsretention. Overordnet vurderede man, at der ikke var tilstrækkelig evidens til at fremhæve integreret behandling over ikke-integreret behandling til patienter med dobbelt diagnose (56). Dette review peger yderligere på, at patienter med svære psykiske lidelser som f.eks. bipolar affektiv sindslidelse, skizofreni eller

skizo-afektive lidelser ofte ekskluderes fra studier (Ibid.). Der er dog en række udfordringer ved studiet, bl.a. målgruppe (overvejende PTSD) samt at den ikke-integrerede behandling, som studiet sammenligner den integrerede behandling med, primært har fokus på rusmiddelproblemer.

5.2.2 Effekt af non-farmakologisk behandling

Samme problematik understreges i et Cochrane Review, der undersøger psykosociale interventioner til dobbelt diagnose-populationer med svær psykisk sygdom og rusmiddelforbrug (51). Man undersøgte bl.a. integreret behandling samt metoderne kognitiv adfærdsterapi, motiverende samtale og belønning til fremme af ønsket adfærd overfor standard behandling. Ud af de 41 inkluderede studier omhandlede kun 4 studier integreret behandling og disse var publiceret mellem 1995-2006. Dermed ses et behov for nyere litteratur på området. Generelt blev evidensen af de 41 studier vurderet som værende lav/meget lav, særligt pga. risiko for bias, undersøgelsesmetoder af lav kvalitet, eller for få deltagere i studierne (Ibid.). Det er således svært at dokumentere en entydig effekt af de forskellige metoder på baggrund af dette review. Samme resultat findes i et nyere review fra 2024 (57).

Der findes ligeledes studier af behandling af psykotisk lidelse og cannabisforbrug. Et dansk eksempel er CapOpus (58). Generelt har der været tale om at kombinere TAU med KAT eller MI. En gennemgang af 11 RCT'er viser, at det ikke er lykkedes at reducere cannabis-brug i denne gruppe med de nævnte psykosociale behandlingsmetoder (59).

Kognitiv adfærdsterapi (KAT)

Det fremgår af kliniske retningslinjer, at der anbefales kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtale, som non-farmakologisk behandling af patienter med dobbelt diagnose, som elementer i god klinisk praksis.

Dette er et rationale hviler bl.a. på, at kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtale har nogen påvist effekt hos ikke-dobbelt diagnose-populationer (60), dvs. rettet mod rusmiddelaafhængighed uden tilstødende psykisk lidelse, hvilket behandles i det følgende.

I en metaanalyse fra 2019 (61) undersøges effekten af kognitiv adfærdsterapi i forhold til rusmiddelproblemer hos mennesker uden en anden psykisk lidelse, hvor de primære sammenligningsmål er frekvens af forbrug og mængde. Desuden sammenlignes med henholdsvis ingen/minimal behandling og så en anden behandlingsmodalitet. Det konkluderes, at kognitiv adfærdsterapi er mere effektiv end ingen/minimal behandling, mens kognitiv adfærdsterapi ikke er dokumenterbart bedre end hverken en non-specifik eller en specifik behandlingsmodalitet i forhold til rusmiddelproblemer.

Motiverende samtale (MI)

En metaanalyse fra 2021 undersøgte effekten af motiverende samtale til patienter med psykose og rusmiddelaafhængighed (62). Man opdelte de inkluderede studier i "kun MI" (motiverende samtale alene) og "mixed MI" (motiverende samtale blandet med anden intervention) og fandt at "kun MI" til denne målgruppe ikke havde en effekt på hverken forbrug eller symptomer, til gengæld fandt de en lille, men dog signifikant forskel i reduktion af forbrug ved "mixed MI", men ikke forskel på symptomer. De konkluderede, at effekterne er begrænsede og materialet for heterogent (Ibid.).

I en dansk litteraturgennemgang vedrørende evidens for alkoholbehandling vurderes det, at effekten af motiverende samtale er moderat og lig med eller større end ved brug af andre psykologiske interventioner (63). Gennemgangen har primært fokus på alkoholproblemer, men der indgår dog

ligeledes studier, som også omhandler psykisk lidelse og dobbelt diagnose. Behandlingseffekten af motiverende samtale ses størst inden for første halvår og aftager løbende. Kognitiv adfærdsterapi og motiverende samtale kan med fordel kombineres (ibid.). Samtidigt vurderer et Cochrane review fra 2023 forsigtigt, at motiverende samtale til personer med rusmiddelforbrug kan reducere forbruget, men kun når man sammenligner med ingen intervention. Det understreges også, at evidensen er meget begrænset, og der bør udvises forsigtighed i forhold til konklusioner (64).

5.2.3 Effekt af farmakologisk behandling

Dette afsnit om farmakologisk behandling er baseret på systematisk litteratursøgning *. Den samlede evidens for farmakologisk behandling af patienter med dobbelt diagnose er sparsom. Derfor vil den farmakologiske behandling rette sig mod både at behandle den psykiatriske lidelse og rusmiddellidelsen, for eksempel med trangreducerende lægemidler, som det anbefales i alkohol NKR (44), og en afvejning af den samlede risiko ved at påbegynde antidepressiv, stemningsstabiliserende eller antipsykotisk behandling, afhængigt af den risiko det enkelte lægemiddel påfører patienten i forhold til det, eller de, konkrete rusmidler der anvendes (65, 66).

Der er sparsom litteratur, der understøtter, at behandlingen har effekt på både rusmiddellidelsen og den psykiatriske lidelse, men der kan ses effekt på én af delene.

Der er god evidens for trangreducerende lægemidler ved afhængighed af alkohol, og i mindre grad for andre rusmidler, ligesom skadereducerende tiltag ved substitutionsbehandling er hensigtsmæssige og veldokumenterede (67).

Vedrørende antipsykotisk virkende lægemidler og farmakologisk behandling ved affektive lidelser, er der begrænset evidens for effekt på rusmiddel indtag, men nogen evidens for effekt på symptomerne ved den psykiske lidelse (68), og er der et klinisk behandlingsbehov, for eksempel ved psykose, anses det for god klinisk praksis at forsøge at behandle efter bedste faglige standard, og i henhold til gældende retningslinjer (69).

5.2.4 Fremtidig forskning

Generelt forefindes udfordringer i videnskabelige studier og metastudier og sparsom evidens for behandling af patienter med dobbelt diagnose. Der er således behov for fremtidig forskning for at sikre evidensbaseret behandling til patienter med dobbelt diagnose. Aktuelt anvendes anbefalinger for god klinisk praksis på baggrund af nationale og internationale kliniske retningslinjer.

* Søgning:

Dual diagnos* OR severe mental illness OR comorbid OR co-morbid OR co-occurrent OR mental disorder*

AND

Substance use disorder OR addiction OR dependen* OR Addict OR alcohol OR substance OR schizophrenia OR bipolar OR mania OR maniodepressive OR affective disorder* OR mood disorder OR personality disorder*

AND

Psychopharmacology OR antipsychotic* OR neuroleptic OR stabilizing OR lithium OR antidepressant*

6. Inputs fra KAG Partnere og startevent

Ultimo februar 2024 afholdt KAG Dobbelt diagnose et startevent med det formål at introducere KAG Dobbelt diagnoses formål og opgaver samt sikre inddragelse og samarbejde med KAG Partnere og relevante fagpersoner på dobbelt diagnoseområdet i Region Hovedstadens Psykiatri.

Til eventet deltog KAG Styregruppe, centrenes KAG Partnere, repræsentanter fra stabene og en lang række fagpersoner på dobbelt diagnoseområdet – herunder både ledere, medarbejdere og recoverymentorer.

Som led i at få skabt et fælles overblik over ønsker til KAG Dobbelt diagnoses fremtidige arbejde blev eventets deltagere inddelt i grupper, der skulle bidrage med forslag til fremtidige standarder for behandlingen, til kompetenceudviklingen og til forskningen. Den efterfølgende bearbejdning af inputs, ønsker og behov fra eventet viste, at der i meget høj grad blev peget på de samme kliniske udfordringer, der kalder på en fremtidig løsning.

Arbejdsgrupperne, der beskæftigede sig med behovet for faglige standarder, anbefalede, at der arbejdes videre med:

- Indledende rusmiddelscreening med Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) og Drug Use Disorder Identification Test (DUDIT) for blandt andet at afdække rusmiddelproblemets omfang, systematisere brugen af screeningsredskaber og skelne mellem typer af rusmiddelproblematik samt sikre og understøtte diagnostik.
- Forebyggende arbejde – herunder rusmiddelscreening - i Børne- og Ungdomspsykiatrien.
- Skadesreduktion, der sigter mod at reducere de sundhedsmæssige, sociale og økonomiske aspekter af rusmiddelproblematikken uden at insistere på afholdenhed.
- Farmakologisk behandling ved rusmiddelproblematik – herunder substitutionsbehandling, ambulant afrusning og ambulant abstinensbehandling.
- Non-farmakologisk behandling, der bygger på best practice og evidens og sikrer fælles kliniske retningslinjer for, hvilken behandling, der skal tilbydes.
- Koordinerende indsatsplaner og netværksmøder. Hvordan kan møderne bedst koordineres, planlægges og systematiseres.
- Somatisk undersøgelse. Øget viden og forståelse for de komplikationer forskellige rusmidler forårsager.
- Udredning af underliggende traumer og andre psykosociale forhold. Der er behov for kliniske vejledninger for patienter, hvor der er mistanke om psykiatrisk lidelse, men diagnosen ikke kan stilles på grund af rusmiddelproblematik.

Arbejdsgrupperne, der beskæftigede sig med behovet for kompetenceudvikling, anbefalede, at der arbejdes videre med:

- Kognitiv adfærdsterapi. Der skal sikres et fælles fundament, som er en udbygning af allerede eksisterende udbud og materiale.
- Motiverende samtale. At tale om rusmiddelproblematikker skal være en naturlig del af behandlingen og der skal være afsat tid til at inkorporere nye metoder, herunder til booster-undervisning og supervision.

- Dialektisk adfærdsterapi. Kompetenceudvikling i færdighedstræning er essentielt, det er urealistisk med standardiseret dialektisk adfærdsterapi i alle tilbud.
- Diagnostiske screeningsredskaber (AUDIT og DUDIT). Vigtigt med klare arbejdsgange; hvem udfylder og hvornår samt forståelse af, hvorfor det er vigtigt at udfylde og hvordan resultaterne kan benyttes i den videre behandling.
- Manual til psykoedukation. Der er behov for materiale til både individuelle og gruppeforløb – herunder hold-ud færdigheder, accept af konsekvenser ved rusmiddelbrug og affektregulering.

Endeligt anbefalede arbejdsgruppen, der beskæftigede sig med forskning, at der arbejdes videre med:

- Farmakologisk behandling til dobbelt diagnosepatienter. Der mangler evidens på området samt fokus på polyfarmaci og behovet for at ændre nuværende praksis.
- Følgforskning i forbindelse med implementering af integreret dobbelt diagnosebehandling. Hvem, hvor, hvad og hvordan går det.
- Kompetenceløft – at man følger effekten af det omfattende kompetenceløft, der gennemføres i forbindelse med det nye integrerede behandlingstilbud

Anbefalingerne fra arbejdsgrupperne tages med i KAG Dobbelt diagnoses videre arbejde og prioriteres ift. de igangværende og kommende opgaver, der allerede er besluttet i forhold til Region Hovedstadens Psykiatri indsats i relation til den integrerede dobbelt diagnosebehandling, der påbegyndes september 2024. På den måde sikres stringens i arbejdet.

Desuden har KAG-partnerne ved gennemgang af outcomebog den 2. september 2024 bidraget med bl.a. følgende ideer til mulige forskningsprojekter i regi af KAG Dobbelt diagnose:

- Projekt om skift mellem medicinsk behandling med Metadon og Buprenorphin (mikrodosering)
- Afprøvning af psykoterapeutisk behandlingsmetode i form af Brief Integrated Motivational Intervention (BIMI)
- Skadesreducerende indsats i form af patient og pårørende undervisning i brugen af Nalaxon næsespray

7. Udviklingsindsatser: Arbejdsproces og mål for 2024 og 2025

I dette kapitel beskrives nuværende og kommende udviklingsindsatser i KAG Dobbelt diagnose samt initiativer til forskningsprojekter og -samarbejder.

7.1 Nuværende indsatser

KAG Dobbelt diagnose er etableret i sammenhæng med den politiske beslutning om at implementere integreret dobbelt diagnosebehandling i psykiatrien, jf. ny faglig visitationsretningslinje (39). I forlængelse heraf foregår aktuelt et omfattende arbejde i Region Hovedstadens Psykiatri og tværregionalt med at beskrive patientforløb, kliniske standarder for udredning og behandling samt planlægge og udarbejde materiale til kompetenceløft til kliniske medarbejdere. KAG Dobbelt diagnose fungerer som faglig garant og er ansvarlig for den faglige kvalitet af denne indsats i Region Hovedstadens Psykiatri.

KAG Dobbelt diagnose samarbejder tæt med programledelsen i Kvalitetsafdelingen, som varetager planlægning og implementering af integreret dobbelt diagnosebehandling og HR som er ansvarlig for kompetenceudvikling. Desuden deltager KAG Dobbelt diagnose i tværregionale grupper som faglig ekspertise.

KAG Dobbelt diagnose bidrager til og kvalificerer udarbejdelsen af materiale til systematisk kompetenceløft i form af e-læring:

- Implementering af integreret dobbelt diagnosebehandling
- Introduktion til integreret dobbelt diagnosebehandling
- Rusmidler og rusmiddelbehandling
- Farmakologisk rusmiddelbehandling – substitutionsbehandling og alkoholabstinenser

og fremmødekurser:

- Dobbelt diagnosebehandling
- Farmakologisk rusmiddelbehandling
- Substitutionsbehandling
- Motiverende samtale
- Kognitiv adfærdsterapi
- Dialektisk adfærdsterapi

KAG Dobbelt diagnose bidrager til udvælgelse af klinisk validerede screeningsværktøjer til diagnostik af rusmiddelproblematikker og understøttelse i Sundhedsplatformen.

KAG Dobbelt diagnose bidrager i samarbejde med faglige specialister og repræsentanter fra relevante behandlingstilbud til udarbejdelse af de kliniske tillæg til patientforløbsbeskrivelser for den integrerede dobbelt diagnosebehandling.

KAG Dobbelt diagnose sikrer tilgængelighed af kliniske værktøjer, manualer, nationale og internationale retningslinjer og patientforløbsbeskrivelser på intranettet.

KAG Dobbelt diagnose bidrager med data om patientgruppen for at skabe overblik over og mulighed for at følge patienter med dobbelt diagnose og behandlingen i Region Hovedstadens Psykiatri, som er opgjort i denne første udgave af KAG Dobbelt diagnose outcome book.

7.2 Kommende indsatser i KAG Dobbelt diagnose

Systematisk litteraturgennemgang af evidens

KAG Dobbelt diagnose ønsker fremadrettet at gennemføre en systematisk litteraturgennemgang af evidensen for såvel farmakologisk som non-farmakologisk behandling af mennesker med dobbelt diagnose for herved at sikre høj faglig kvalitet af kliniske anbefalinger til behandlingsmetoder, kompetenceløft og forskningsinitiativer.

Brugerinvolvering

KAG Dobbelt diagnose ønsker i samarbejde med Kompetencecenter for Recovery at afprøve en ny metode for brugerinvolvering for at sikre meningsfuld inddragelse af brugerne i KAG Dobbelt diagnoses arbejde. Det er intentionen at udvikle og afprøve en metode, som er anvendelig ved organisatoriske indsatser, og kan bruges på tværs af KAGs i Region Hovedstadens Psykiatri. På baggrund af dette inddrages én eller flere bruger- og/eller pårørenderepræsentanter i idéudviklingen inden igangsættelse af indsatsen.

7.3 Forskning

KAG Dobbelt diagnose ønsker løbende at initiere nye forskningsprojekter og etablere samarbejde med både nationale og internationale forskningsmiljøer for at bidrage til øget viden inden for feltet. Nedenfor beskrives igangværende og planlagte forskningsprojekter.

Monitorering af integreret behandling

Projektet følger opstart og implementering af integreret behandling til dobbelt diagnosepatienter i Region Hovedstadens Psykiatri. Som en del af forskningsprojektet udfyldes spørgeskemaet CMPPQ af deltagere på fremmødekurset 'Dobbelt diagnosebehandling' ved start og slut for at monitorere deltagernes egen opfattelse af kompetencer inden for dobbelt diagnosebehandling. Yderligere vil 100 tilfældige kursister blive kontaktet efter 4-6 måneder for at forstå langtidseffekterne af kompetenceudviklingen samt kursisternes erfaring med dobbelt diagnosebehandlingen. Projektet er opstartet september 2024.

Test og behandling for blodbårne vira blandt personer med dobbelt diagnose

Projektet tilrettelægges og udføres i et samarbejde mellem Infektionsmedicinsk Afdeling, Hvidovre Hospital, Region Hovedstadens Psykiatri, KAG Dobbelt diagnose og Afdeling M. Formålet med projektet er at tilvejebringe viden og data, der kan forbedre forebyggelse, muliggøre tidligere stillet diagnose og bedre behandling af de tre blodbårne infektionssygdomme human immundefekt virus (HIV), hepatitis C virus (HCV) og hepatitis B virus (HBV). Der er bevilliget midler til gennemførelse af projektet.

Effekt af tredje-bølge kognitiv terapi til patienter med ikke-psykotisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik

Forskningsenheden på Psykoterapeutisk Center Stolpegård ønsker i samarbejde med KAG Dobbelt diagnose at iværksætte et randomiseret klinisk forsøg og undersøge effekten af tredje-bølge

kognitiv adfærdsterapi plus standardbehandling i rusmiddelcentrene sammenlignet med standardbehandling i rusmiddelcentrene alene til patienter med samtidig ikke-psykotisk psykisk lidelse og rusmiddelproblematik. Der ansøges om midler til at gennemføre et feasibility forsøg.

AUDIT og DUDIT som et klinisk outcome mål?

AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test) og DUDIT (Drug Use Disorders Identification Test) er oprindeligt udviklet som screeningsværktøjer, der kan afdække forbrug og afhængighed inden for det seneste år. I klinikken anvendes disse skemaer imidlertid ligeledes som follow-up outcome mål med et kortere tidsinterval, f.eks. seneste måned, seneste 3 eller 6 måneder (særligt AUDIT-C og DUDIT-C med fokus på forbrug). Der er således et potentiale for at anvende AUDIT og DUDIT til andre formål end screening, men der mangler studier, der undersøger anvendelsen af skalaerne, som et outcome mål med kortere tidsintervaller. KAG Dobbeldiagnose ønsker på sigt at undersøge anvendelse af skalaerne, da dette skønnes klinisk relevant. Der kan med fordel etableres kontakt til internationale forskningsmiljøet inden for feltet, som har kliniske erfaringer hermed.

Effekt af GLP-1 receptor stimulation ved alkoholforbrug hos patienter med skizofreni og rusmiddelproblematik

Projektet er baseret på prækliniske data og kliniske fund hos patienter med udelukkende alkoholafhængighedssyndrom. Det antages, at injektion med semaglutid en gang om ugen, vil reducere alkoholindtaget hos personer diagnosticeret med skizofreni og komorbidity alkoholafhængighedssyndrom. Der er bevilliget midler til gennemførelsen af Ph.d.

On Dual Diagnosis System changes (ODDS)

ODDS tilrettelægges og udføres i et samarbejde mellem KAG Dobbeldiagnose Sekretariatet, Region Hovedstadens Psykiatri, Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet og Det Sektorfrie Forebyggelseslaboratorium, Region Hovedstaden. Projektets omdrejningspunkt er en af de største organisatoriske ændringer inden for det psykiatriske område i nyere tid. Formålet er at beskrive en baseline før ændringen, beskrive overgangen, og så følge op på resultatet - primært ift. om målsætningerne med ændringen bliver opnået, og om indsatsen ift. gruppen bliver bedre set ift. baseline. Projektet forventes afsluttet i 2025.

COMBO: Samtidig ordination af ADHD-medicin og antipsykotika – et voksende paradoksalt mønster

Projektet har til formål at beskrive udviklingen i antallet af patienter i samtidig behandling med medicin til behandling af ADHD og antipsykotika i perioden 2011-2022, herunder demografi, diagnoser og sygdomshistorik; at undersøge konsekvenserne af kombinationsbehandlingen på sociale og sundhedsmæssige forhold samt forskelle i geografi og placering af udskrivende sektor. Igangværende Ph.D.

TRACK: Forløb, behandling og sammenhæng for patienter med dobbeldiagnose

Projektets overordnede formål er at skabe en vidensbase ift. ambulante tværsektorielle forløb for patienter med dobbeldiagnose. Dette undersøges ved at beskrive patientpopulationen, deres forløb samt at afdække implementeringen af SPOR-modellen ved at undersøge faktorer med betydning for denne proces fra både patient- og medarbejderperspektiv. Projektet forventes afsluttet i 2025.

8. Litteratur

(1-18, 20-29, 31-40, 43-69)

1. WHO. Lexicon of alcohol and drug terms. Geneva: World Health Organization; 1994.
2. 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;254:133-42.
3. Tokumitsu K, Norio YF, Adachi N, Kubota Y, Watanabe Y, Miki K, et al. Real-world clinical predictors of manic/hypomanic episodes among outpatients with bipolar disorder. *PLoS One.* 2021;16(12):e0262129.
4. Pinderup P. Challenges in working with patients with dual diagnosis. *Advances in Dual Diagnosis.* 2018;11(2):60-75.
5. Pinderup P. Behandling af dobbelt diagnose i psykiatrien. En undersøgelse af satspuljeprojektet "Styrket indsats for dobbelt diagnosticerede voksne". København: Institut for Psykologi, KU, ph.d.-afhandling; 2018.
6. Benjaminsen L, Birkelund JF, Enemark MH, Andrade SB. Socialt udsatte borgeres brug af velfærdssystemet. Samfundsøkonomiske aspekter. København: VIVE; 2018.
7. Buckley PF, Brown ES. Prevalence and consequences of dual diagnosis. *J Clin Psychiatry.* 2006;67(7):e01.
8. Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Klamerus E, Foglia E, Murray R, et al. Poor medication adherence and risk of relapse associated with continued cannabis use in patients with first-episode psychosis: a prospective analysis. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(8):627-33.
9. Chilton J, Crone D, Tyson PJ. Clinical Outcomes From a 10-Week Follow-Up Psychoeducational Program for Dual Diagnosis. *J Dual Diagn.* 2018;14(2):102-10.
10. Daigre C, Rodríguez L, Roncero C, Palma-Álvarez RF, Perea-Ortueta M, Sorribes-Puertas M, et al. Treatment retention and abstinence of patients with substance use disorders according to addiction severity and psychiatry comorbidity: A six-month follow-up study in an outpatient unit. *Addict Behav.* 2021;117:106832.
11. Jørgensen KB, Nordentoft M, Hjorthøj C. Association between alcohol and substance use disorders and psychiatric service use in patients with severe mental illness: a nationwide Danish register-based cohort study. *Psychological medicine.* 2018;1-9.
12. Jobe LB, Mårtensson S, Düring SW. Polypharmacy in antipsychotic pharmacological treatment among patients with dual diagnosis in Denmark. *Nord J Psychiatry.* 2024;78(2):112-9.

13. Mårtensson S, Johansen KS, Hjorthøj C. Dual diagnosis and mechanical restraint – a register based study of more than 30,000 patients and 6,500 episodes of mechanical restraint in the Capital Region of Denmark from 2010-2014. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2019;73(3):169-77.
14. Batki SL, Meszaros ZS, Strutyński K, Dimmock JA, Leontieva L, Ploutz-Snyder R, et al. Medical Comorbidity in patients with schizophrenia and alcohol dependence. *Schizophrenia Research*. 2009;107(2-3):139-46.
15. Momen NC, Plana-Ripoll O, Agerbo E, Benros ME, Børglum AD, Christensen MK, et al. Association between Mental Disorders and Subsequent Medical Conditions. *New England Journal of Medicine*. 2020;382(18):1721-31.
16. Farrell M, Martin NK, Stockings E, Bórquez A, Cepeda JA, Degenhardt L, et al. Responding to global stimulant use: challenges and opportunities. *Lancet*. 2019;394(10209):1652-67.
17. Cui R, Tate SR, Cummins K, Skidmore JR, Brown SA. Chronic physical health problems moderate changes in depression and substance use among dual diagnosed individuals during and after treatment. *Subst Use Misuse*. 2015;50(2):174-83.
18. Šprah L, Dernovšek MZ, Wahlbeck K, Haaramo P. Psychiatric readmissions and their association with physical comorbidity: a systematic literature review. *BMC Psychiatry*. 2017;17(1):2.
19. WHO. Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders. Geneva; 2024.
20. Hjorthøj C, Østergaard MLD, Benros ME, Toftdahl NG, Erlangsen A, Andersen JT, et al. Association between alcohol and substance use disorders and all-cause and cause-specific mortality in schizophrenia, bipolar disorder, and unipolar depression: a nationwide, prospective, register-based study. *Lancet Psychiatry*. 2015;2(9):801-8.
21. Behandlingsrådet. Ulighed i den somatiske behandling af patienter med psykiske lidelser. Patientforløb, barrierer og indsatser. Aalborg: Behandlingsrådet; 2024.
22. Virgilsen LF, Vedsted P, Falborg AZ, Pedersen AF, Prior A, Jensen H. Routes to cancer diagnosis for patients with pre-existing psychiatric disorders: a nationwide register-based cohort study. *BMC Cancer*. 2022;22(1):472.
23. Behandlingsrådet. Behandlingsrådets rapport vedrørende ulighed i somatisk behandling af patienter med psykiske lidelser. Aalborg: Behandlingsrådet; 2023.
24. Ness O, Borg M, Davidson L. Facilitators and barriers in dual recovery: a literature review of first-person perspectives. *Advances in Dual Diagnosis*. 2014;7(3):107-17.
25. Pedersen PV. Socialt Udsattes Møde med Sundhedsvæsenet. København: Statens Institut for Folkesundhedsvidenskab; 2019.
26. Johansen KS, Busch S, Pinderup P, Mårtensson S, Poulsen H, Larsen JL. Dobbelt diagnosepatienters møde med det psykiatriske behandlingssystem. *Tidsskrift for Forskning i Sygdom og Samfund*. 2018;28:155-72.

27. Toftdahl NG, Nordentoft M, Hjorthøj C. Prevalence of substance use disorders in psychiatric patients: a nationwide Danish population-based study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2016;51(1):129-40.
28. Mårtensson S, Düring SW, Johansen KS, Jensen KT, 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. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2022.
29. Iudici A, Girolimetto R, Volponi G, Eletto A. Dual Diagnosis and Application Problems in the Use of the Construct: A Review of Literature. *J Nerv Ment Dis*. 2020;208(3):181-9.
30. Hansen SS, Munk-Jørgensen P, Guldbaek B, Solgård T, Lauszus KS, Albrechtsen N, et al. Psychoactive substance use diagnoses among psychiatric in-patients. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;102(6):432-8.
31. Düring SW, Austin SF, Mårtensson S, Johansen KS. Perceived advantages and disadvantages of substance use in a dual diagnosis population with severe mental disorders and severe substance use disorder. Considering the self-medication hypothesis. *Nord J Psychiatry*. 2024;78(4):281-9.
32. De Ruyscher C, Vanheule S, Vandeveld S. 'A place to be (me)': a qualitative study on an alternative approach to treatment for persons with dual diagnosis. *Drugs: Education, Prevention and Policy*. 2019;26(1):50-9.
33. Brekke E, Lien L, Davidson L, Biong S. First-person experiences of recovery in co-occurring mental health and substance use conditions. *Advances in Dual Diagnosis*. 2017;10(1):13-24.
34. Johansen KS, Busch S, Düring SW, Jobe LB, Mårtensson S, Larsen JL. Sammen om dobbelt diagnose. En tværfaglig grundbog om samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblemer. Frederiksberg: Samfundslitteratur; 2022.
35. Brekke E, Lien L, Biong S. Experiences of Professional Helping Relations by Persons with Co-occurring Mental Health and Substance Use Disorders. *Int J Ment Health Addict*. 2018;16(1):53-65.
36. Pettersen H, Ruud T, Ravndal E, Havnes I, Landheim A. Engagement in assertive community treatment as experienced by recovering clients with severe mental illness and concurrent substance use. *Int J Ment Health Syst*. 2014;8(1):40.
37. De Ruyscher C, Vandeveld S, Vanderplasschen W, De Maeyer J, Vanheule S. The Concept of Recovery as Experienced by Persons with Dual Diagnosis: A Systematic Review of Qualitative Research From a First-Person Perspective. *J Dual Diagn*. 2017;13(4):264-79.
38. Brekke E, Clausen HK, Brodahl M, Lexén A, Keet R, Mulder CL, et al. Service User Experiences of How Flexible Assertive Community Treatment May Support or Inhibit Citizenship: A Qualitative Study. *Front Psychol*. 2021;12:727013.

39. Sundhedsstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Faglig visitationsretningslinje. København: Sundhedsstyrelsen; 2023.
40. Lægeforeningen, Dansk Psykiatrisk Selskab, Bedre Psykiatri, Danske Regioner. Mental sundhed - Et samlet behandlingstilbud til mennesker med psykisk sygdom og misbrug. København: Danske Regioner; 2018.
41. Saunders JB, Aasland OG, Babor TF, de la Fuente JR, Grant M. Development of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): WHO Collaborative Project on Early Detection of Persons with Harmful Alcohol Consumption--II. *Addiction*. 1993;88(6):791-804.
42. Berman AH, Bergman H, Palmstierna T, Schlyter F. Evaluation of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT) in criminal justice and detoxification settings and in a Swedish population sample. *Eur Addict Res*. 2005;11(1):22-31.
43. Thylstrup B, Jobe LB, Schrøder S, Johansen KS. Unge og Dobbelt diagnose 1. Rapport om retningslinjer om udredning og behandling uden for Danmark. Aarhus: Center for Rusmiddelforskning; 2023.
44. Sundhedsstyrelsen. National Klinisk Retningslinje for Udredning og Behandling af Samtidig Alkoholafhængighed og Psykisk Lidelse. København: Sundhedsstyrelsen; 2019.
45. NICE. Coexisting severe mental illness (psychosis) and substance misuse: assessment and management in healthcare settings: National Institute for Health and Care Excellence; 2011.
46. NICE. Coexisting severe mental illness and substance misuse: community health and social care services. National Institute for Health and Care Excellence; 2016.
47. SAMHSA. Substance Use Disorder Treatment for People With Co-Occurring Disorders. Updated 2020. Rockville: SAMHSA Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2020.
48. Marel C, Mills KL, Kingston R, Gournay K, Deady M, Kay-Lambkin F, et al. Co-occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings. 2016.
49. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser: Helsedirektoratet Oslo; 2020.
50. Hakobyan S, Vazirian S, Lee-Cheong S, Krausz M, Honer WG, Schutz CG. Concurrent Disorder Management Guidelines. Systematic Review. *J Clin Med*. 2020;9(8).
51. Hunt GE, Siegfried N, Morley K, Brooke-Sumner C, Cleary M. Psychosocial interventions for people with both severe mental illness and substance misuse. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2019(12).
52. Torrens M, Rossi PC, Martinez-Riera R, Martinez-Sanvisens D, Bulbena A. Psychiatric co-morbidity and substance use disorders: treatment in parallel systems or in one integrated system? *Subst Use Misuse*. 2012;47(8-9):1005-14.

53. Sundhedsstyrelsen. Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. København: Sundhedsstyrelsen; 2014.
54. Sundhedsstyrelsen. Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin. Lovkrav og anbefalinger. København: Sundhedsstyrelsen; 2017.
55. Socialstyrelsen. Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling. Odense: Socialstyrelsen; 2020.
56. Chetty A, Guse T, Malema M. Integrated vs non-integrated treatment outcomes in dual diagnosis disorders: A systematic review. *Health SA Gesondheid*. 2023;28(0).
57. Siddiqui S, Mehta D, Coles A, Selby P, Solmi M, Castle D. Psychosocial Interventions for Individuals With Comorbid Psychosis and Substance Use Disorders: Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Studies. *Schizophrenia Bulletin*. 2024.
58. Hjorthøj CR, Fohlmann A, Larsen AM, Gluud C, Arendt M, Nordentoft M. Specialized psychosocial treatment plus treatment as usual (TAU) versus TAU for patients with cannabis use disorder and psychosis: the CapOpus randomized trial. *Psychol Med*. 2013;43(7):1499-510.
59. Hjorthøj C, Fohlmann A, Nordentoft M. Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders - a systematic review. *Addict Behav*. 2009;34(6-7):520-5.
60. Baandrup L, Østrup Rasmussen J, Klokke L, Austin S, Bjørnshave T, Fuglsang Bliksted V, et al. Treatment of adult patients with schizophrenia and complex mental health needs - A national clinical guideline. *Nord J Psychiatry*. 2016;70(3):231-40.
61. Magill M, Ray L, Kiluk B, Hoadley A, Bernstein M, Tonigan JS, et al. A meta-analysis of cognitive-behavioral therapy for alcohol or other drug use disorders: Treatment efficacy by contrast condition. *J Consult Clin Psychol*. 2019;87(12):1093-105.
62. Wang W, Chau AKC, Kong P, Sun X, So SH. Efficacy of Motivational Interviewing in Treating Co-occurring Psychosis and Substance Use Disorder: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Clin Psychiatry*. 2021;83(1).
63. Becker U, Andersen K, Christiansen R, Mellentin A, Mistarz N, Nielsen B, et al. Litteraturgennemgang af evidens vedrørende alkoholbehandling. Odense: Enheden for Klinisk Alkoholforskning; 2023.
64. Schwenker R, Dietrich CE, Hirpa S, Nothacker M, Smedslund G, Frese T, et al. Motivational interviewing for substance use reduction. *Cochrane Database Syst Rev*. 2023;12(12):Cd008063.
65. Wilson RP, Bhattacharyya S. Antipsychotic efficacy in psychosis with co-morbid cannabis misuse: A systematic review. *J Psychopharmacol*. 2016;30(2):99-111.
66. Martinotti G, Chiappini S, Mosca A, Miuli A, Santovito MC, Pettorruso M, et al. Atypical Antipsychotic Drugs in Dual Disorders: Current Evidence for Clinical Practice. *Curr Pharm Des*. 2022;28(27):2241-59.

67. Ipser JC, Wilson D, Akindipe TO, Sager C, Stein DJ. Pharmacotherapy for anxiety and comorbid alcohol use disorders. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;1(1):Cd007505.
68. Agabio R, Trogu E, Pani PP. Antidepressants for the treatment of people with co-occurring depression and alcohol dependence. *Cochrane Database Syst Rev.* 2018;4(4):Cd008581.
69. Medicinrådet. Baggrund for Medicinrådets behandlingsvejledning vedrørende antipsykotika til behandling af psykotiske tilstande hos voksne. København: Medicinrådet; 2020.



Psykiatri

Kontaktoplysninger

Anders Fink-Jensen, anders.fink-jensen@regionh.dk

Morten Kistrup, morten.kistrup@regionh.dk

Mette Bruun Ibsen, mette.bruun.ibsen@regionh.dk

Chanette Stokholm Damgaard, chanette.stokholm.damgaard@regionh.dk