

Klinisk retningslinje

Udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug

DMPG Rusmidler og psykiatri

Høringsversion

Version 1.0

Fagligt godkendt

[dd.mm.åååå] (DMPG Rusmidler og psykiatri)

Administrativt godkendt

[dd.mm.åååå] (SundK Retningslinjefunktionen)

Planlagt opdatering

31.01.2030

Indeksering

Rusmidler og psykiatri, Dobbeldiagnose, Udredning, Afhængighed,
Skadelig brug,

Indhold

1. Nyt siden sidst (ændringslog).....	5
2. Anbefalinger (centrale budskaber)	6
Udredning af rusmiddellidelser	6
Udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug	6
Testning og psykologisk undersøgelse.....	7
Somatisk screening/udredning	7
Afklaring af funktionsniveau og psykosociale forhold	7
3. Introduktion	9
Formål	10
Patientgruppe.....	10
Målgruppe for brug af retningslinjen	10
4. Evidensgrundlag	11
Udredning af rusmiddellidelser	11
Udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug	17
Testning og psykologisk undersøgelse.....	22
Somatisk screening/udredning	28
Afklaring af funktionsniveau og psykosociale forhold	32
5. Referencer	36
6. Metode	40
Litteratursøgning	40
Litteraturgennemgang.....	41
Sundhedsøkonomiske konsekvenser	41
Formulering af anbefalinger.....	41
Afvikling af unødvendige behandlinger og procedurer	42
Interessentinvolvering	42
Høring	42
Godkendelse.....	43
Behov for yderligere forskning	43
Forfattere og habilitet.....	43
Plan for opdatering.....	44
Version af retningslinjeskabelon	44
7. Monitorering	45
8. Implementering	46
9. Bilag	47
Bilag 1: Søgeprotokol og kvalitetsvurderinger	47
Bilag 2: AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test	51
Bilag 3: DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test.....	53
Bilag 4: Alkohol – E: Alcohol Use Disorders IdentificationTest - Ekstended	56
Bilag 5: DUDIT – E: Drug Use Disorders IdentificationTest – Ekstended	59

Bilag 6: Generelle screenings- og udredningsredskaber	61
Bilag 7: Redskaber til undersøgelse af sammenhænge i forbindelse med udredning	66
Bilag 8: Psykopatologi relateret til rusmiddelbrug.....	70
Bilag 9: Skadevirkninger ved Rusmiddelbrug.....	74
10. Om denne kliniske retningslinje.....	77

1. Nyt siden sidst (ændringslog)

Dette er første version af retningslinjen, hvorfor der ikke er ændringer at berette.

2. Anbefalinger (centrale budskaber)

Anbefalingernes styrke er graderet efter Oxford Levels of Evidence. En A-anbefaling bygger på evidens af høj kvalitet og udtrykker høj sikkerhed i anbefalingen. En D-anbefaling bygger på evidens af lav kvalitet og udtrykker lav sikkerhed i anbefalingen.

Udredning af rusmiddellidelser

1. Der skal indledningsvis foretages screening for rusmiddelbrug ved brug af AUDIT og DUDIT med henblik på afklaring og diagnosticering heraf i henhold til kapitel F1 i ICD-10 (B)
2. Der foretages grundig rusmiddelanamnese med henblik på kortlægning af debut, varighed og omfang af brugen af de enkelte rusmidler. Samtidig undersøges patientens oplevelse af rusmidlernes virkning og funktion samt motivation for ændring, eventuelt ved anvendelse af DUDIT-E og Alkohol-E (C)
3. Der skal tages stilling til forekomst af intoksikation, trang og abstinenssymptomer i udredningsforløbet. Abstinenssymptomer verificeres ved måling af vitale parametre og anvendelse af relevant screeningsværktøj (D)
4. Målet for behandlingen skal udarbejdes sammen med patienten og holdes som et dynamisk mål. Eksempler er afholdenhed eller reduceret indtag i skadesreducerende øjemed (D)
5. Urinscreeninger, alkoholpromillemåling eller blodprøver med henblik på påvisning af rusmiddel skal ikke anvendes rutinemæssigt i forbindelse med udredning og testning, men kan være indicerede ud fra en individuel vurdering (C)

Udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug

6. Hos en psykiatrisk diagnostisk uafklaret patient, bør der foretages semistruktureret diagnostisk interview med valideret værktøj med henblik på bred screening og udredning for psykopatologi i henhold til kapitel F0-9 i ICD-10 (C)
7. Der skal foretages grundig psykiatrisk anamnese med indsamling af relevante journaloplysninger og eventuelt andre sagsakter, suppleret med oplysninger fra pårørende eller andre informanter, hvor der indsamles oplysninger om dispositioner, kultur, udvikling og præmorbid psyke, sociale forhold og herunder en beskrivelse af opvækstvilkår, skolegang, uddannelse og arbejde samt eventuelle traumatiske hændelser, kriminalitet samt selvskade og suicidalitet (D)
8. Udredning af de specifikke psykiske lidelser følger de vanlige retningslinjer for diagnosegrupperne (B)
9. Der bør udarbejdes en tidslinje med registrering af tilstedeværelse af symptomer på psykopatologi, rusmiddelbrug og betydende livsbegivenheder for at undersøge sammenhængen mellem rusmiddellidelse og psykisk lidelse (D)
10. Resultatet af udredningen skal tolkes i lyset af rammerne i forbindelse med udredningen, herunder om patienten har været afholdende, haft abstinenser eller udtalt trang i forbindelse med udredningen (D)
11. Psykiatriske diagnoser som stilles under rusmiddelpåvirkning eller kort tid efter rusmiddelbrug bør revurderes efter minimum 4 ugers afholdenhed (C)

Testning og psykologisk undersøgelse

12. Anamnese skal optages i forhold til kognitiv funktion. Her afdækkes bl.a. tidligere og aktuelt rusmiddelbrug, somatiske forhold, overdoser, præmorbid funktion, herunder graviditets- og fødselskomplikationer, udviklingsanamnese, skolegang, indlæringsevne, arbejdsfunktion, mestringssevne i dagligdagen, og hvis muligt bør der inddrages pårørende/informanter med kendskab til patienten (D)
13. Patienter med samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse bør informeres om kognitive vanskeligheder som følge af rusmiddelbrug. Herefter vurderes det, om det er relevant at foretage en kognitiv testning (D)
14. Når det vurderes relevant for fx behandling, uddannelse eller arbejde, bør patienter med rusmiddelbrug og psykisk lidelse tilbydes udredning af kognitive vanskeligheder. Brug af tests og undersøgelser skal følge de vanlige principper for kognitiv udredning i forhold til de enkelte diagnosegrupper (D)
15. Kognitiv testning bør kun foregå, såfremt patienten virker motiveret for dette, da testen ellers risikerer at give et misvisende billede af patientens kognition. Sammen med patienten drøftes det optimale testtidspunkt. I forbindelse med testningen afdækkes motivation for reduktion/afholdenhed og støttende tiltag/rammer forud for testningen mhp. at sikre optimale betingelser (D)
16. Testning i perioder med rusmiddelbrug må forventes at påvirke patientens testprofil, hvorfor vurderingen skal foretages med væsentlige forbehold og sammenholdes med anamnesticke oplysninger (D)
17. Såfremt afdækning af den neuropsykologiske funktion er foretaget under rusmiddelpåvirkning eller kort tid herefter, bør der foretages revurdering efter en periode med længere afholdenhed (D)

Somatisk screening/udredning

18. Der skal foretages screening for somatisk lidelse og gennemføres objektiv somatisk undersøgelse ved læge med henblik på at foretage en generel helbredsbedømmelse samt afklare eventuelle somatiske skadevirkninger forårsaget af rusmiddelbrug (B)
19. Der skal måles vitalparametre, optages EKG samt tages blodprøver med henblik på bred screening af den somatiske helbredstilstand. Der kan herudover, ud fra anamnese og symptomer, være behov for specifikke blodprøver eller andre undersøgelser, herunder eventuelt billeddiagnostik, fx CT- eller MR-scanning af cerebrum eller røntgenundersøgelse af thorax (B)
20. Der skal tilbydes hiv- og hepatitisscreening til patienter med tidligere eller nuværende IV-rusmiddelbrug eller historik med anden oplagt risikoadfærd. Der kan tilbydes screening for andre seksuelt overførte sygdomme og øvrige infektionstilstande (syfilis, tuberkulose) (B)

Afklaring af funktionsniveau og psykosociale forhold

21. Patientens psykosociale forhold skal kortlægges i forbindelse med den psykiatriske udredning (B)
22. Der skal foretages vurdering af voldsrisiko (B)

23. Afklaring af funktionsniveau skal indgå som en del af den psykiatriske udredning. Der kan ud fra en individuel vurdering være behov for yderligere funktionsafklaring og funktionsbeskrivelse, herunder eventuelt afklaring af specifikke funktioner (D)

3. Introduktion

Denne retningslinje beskriver principperne for udredning af patienter med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelbrug, også kaldet dobbeltdiagnose. Dobeltdiagnose defineres af WHO som samtidig forekomst af psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser relateret til brug af rusmidler (alkohol og/eller stoffer) og en anden psykisk lidelse (1). Begge tilstande skal opfylde de diagnostiske kriterier i henhold til ICD-10.

Ud fra denne definition anslås det, at ca. 40.000 personer i Danmark lever med en dobbeltdiagnose (2). En nyere dansk undersøgelse har estimeret, at ca. 6.000 unge i alderen 18–24 år inden for en femårsperiode var registreret med både en psykisk lidelse og et rusmiddelproblem i de danske sundhedsregistre (3).

En betydelig andel af mennesker med psykisk lidelse har samtidig en rusmiddelproblematik. En nyere undersøgelse viser eksempelvis, at 30–35 % af patienter indlagt til psykiatrisk behandling har en samtidig rusmiddelproblematik (4) og at næsten halvdelen af alle indlagte patienter med en skizofrenidiagnose også har en rusmiddelproblematik (5).

Mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik har flere helbreds-mæssige og sociale udfordringer end andre. Udfordringerne hænger ofte sammen med sværhedsgraden af den psykiske lidelse og rusmiddelproblematikken og kan have stor betydning for den enkeltes livssituation (6). Der ses blandt andet øget forekomst af hjemløshed, økonomiske vanskeligheder og kriminalitet (2, 7). Komplekse sociale udfordringer kan have betydelig påvirkning af livskvalitet og funktionsevne, og føre til en høj grad af udsathed (6).

Mange patienter med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelbrug har negative erfaringer fra tidligere kontakt med behandlingssystemet. Det kan påvirke tilliden, behandlingsalliancen og udbyttet af behandlingen (2, 8). Udredning og behandling bør derfor tilrettelægges med fokus på motivation, relationsdannelse og kontinuitet, fordi det ofte er svært at etablere en behandlingsalliance, og fordi patienten kan have nedsat compliance (8).

Sammenhængen mellem psykisk lidelse og rusmiddelbrug er kompleks, og formentlig spiller flere årsagssammenhænge ind på samme tid. Både genetiske, miljømæssige og psykologiske faktorer kan have betydning. Rusmiddelbrug kan udløse eller forværre psykiske symptomer. Omvendt kan en rusmiddelproblematik være en direkte følge af psykisk lidelse, fx når patienten bruger rusmidler for at lindre eller håndtere psykisk ubehag (6).

Visse rusmidler, fx alkohol, kan have neurotoksiske effekter og skade centralnervesystemet, hvilket kan komplicere det kliniske billede (9). Det kan være vanskeligt at afgøre, om symptomerne skyldes rusmiddelbruget eller en anden psykisk lidelse. Derfor er kendskab til de forskellige stofgrupper og deres virkningsmekanismer centralt. Det gælder også kendskab til toksidromer (karakteristiske symptomkomplekser ved forgiftning), abstinenssymptomer og psykiske og somatiske følgevirkninger.

Psykiatrisk udredning bør ikke undlades alene på grund af aktuelt rusmiddelbrug, og udredningen bør være helhedsorienteret. Tilgangen bør generelt være pragmatisk med fokus på udredningens formål, herunder beskrivelse af symptomer, funktionsniveau og behandlingsbehov samt identifikation af barrierer for videre udredning og behandling. Udredningsforløbet bør tilpasses den enkelte patients aktuelle tilstand, funktionsevne og livssituation. Der bør udvises organisatorisk og klinisk fleksibilitet for at sikre en sammenhængende indsats. I udvalgte tilfælde kan dele af udredningen med fordel foregå under indlæggelse, og det kan være relevant at iværksætte behandling sideløbende med udredningen (6, 9, 10).

Pårørende, relevant netværk og myndigheder skal inddrages, i det omfang det er relevant for at understøtte udredningen og sikre sammenhæng i indsatsen. Der bør sikres en tydelig tilbagemelding til patienten og til relevante samarbejdspartnere.

Formål

Det overordnede formål med retningslinjen er at ensrette tilgangen til udredning af patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelbrug og dermed understøtte en evidensbaseret indsats på tværs af landet.

Mennesker med dobbeltdiagnose er en del af den kliniske hverdag i de psykiatriske enheder, men den kliniske praksis på området varierer betydeligt. Der er derfor behov for enighed om, hvordan udredningen bør foregå. Retningslinjen har til formål at gøre den nyeste viden om udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug let tilgængelig for det kliniske personale og dermed bidrage til en mere ensartet tilgang og en højere kvalitet på området.

Patientgruppe

Anbefalingerne er målrettet patienter med dobbeltdiagnose, som er i forløb i psykiatrien eller børne- og ungdomspsykiatrien i det danske sundhedsvæsen.

Dobeltdiagnose omfatter en rusmiddeldiagnose og en samtidig anden psykiatrisk diagnose. Målgruppen er derfor primært patienter med skadeligt brug af rusmidler eller afhængighedssyndrom, som samtidig er diagnostisk uafklarede, og hvor der er mistanke om psykisk lidelse af moderat til svær grad (11). Alle psykiatriske patienter skal systematisk screenes for rusmiddelbrug, fx ved første ambulante kontakt og ved indlæggelse. Retningslinjens generelle udredningsprincipper og anbefalinger kan desuden bruges til screening og udredning for rusmiddellidelse og anden psykisk lidelse hos alle psykiatriske patienter, både indlagte og ambulante.

Anbefalingerne bygger primært på litteratur om voksne fra 18 år, men de er også relevante for børn og unge under 18 år. For patienter under 15 år skal forældremyndighedsindehaveren give samtykke til udredningen.

Målgruppe for brug af retningslinjen

Retningslinjen skal primært understøtte det kliniske arbejde og udviklingen af den kliniske kvalitet. Den primære målgruppe er derfor klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien i det danske sundhedsvæsen.

Screening for rusmiddelbrug og psykisk lidelse foretages af sundhedsprofessionelle med relevante kompetencer. En grundig udredning og diagnosticering kræver derimod kendskab til sammenhængen mellem de enkelte rusmidlers virkningsmekanismer og psykopatologi og bør derfor foretages af fagpersoner med kompetencer på dette område. Udredningen omfatter en tværfaglig vurdering med deltagelse af en speciallæge eller specialpsykolog i psykiatri (voksne) eller i børne- og ungdomspsykiatri (børn og unge).

4. Evidensgrundlag

Udredning af rusmiddellidelser

1. Der skal indledningsvis foretages screening for rusmiddelbrug ved brug af AUDIT og DUDIT med henblik på afklaring og diagnosticering heraf i henhold til kapitel F1 i ICD-10 (B)
2. Der foretages grundig rusmiddelanamnese med henblik på kortlægning af debut, varighed og omfang af brugen af de enkelte rusmidler. Samtidig undersøges patientens oplevelse af rusmidlernes virkning og funktion samt motivation for ændring, eventuelt ved anvendelse af DUDIT-E og Alkohol-E (C)
3. Der skal tages stilling til forekomst af intoksikation, trang og abstinenssymptomer i udredningsforløbet. Abstinenssymptomer verificeres ved måling af vitale parametre og anvendelse af relevant screeningsværktøj (D)
4. Målet for behandlingen skal udarbejdes sammen med patienten og holdes som et dynamisk mål. Eksempler er afholdenhed eller reduceret indtag i skadesreducerende øjemed (D)
5. Urinscreeninger, alkoholpromillemåling eller blodprøver med henblik på påvisning af rusmiddel skal ikke anvendes rutinemæssigt i forbindelse med udredning og testning, men kan være indicerede ud fra en individuel vurdering (C)

Ad anbefaling 1

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 1 er adapteret fra den norske ROP-retningslinje *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (9). Evidensgrundlaget for anbefalingen bygger på de adapterede anbefalingers evidensgennemgang, som er beskrevet på side 44-57, herunder valideringsstudier for AUDIT (12) og DUDIT (13). Anbefalingen er desuden understøttet af DMPG Skizofrenis retningslinje *Diagnostisk udredning af børn, unge og voksne* (14) samt af god klinisk praksis inden for psykiatrien.

Afdækning af forbrug af alkohol, andre rusmidler samt anvendelse af lægemidler som rusmidler skal indgå som en rutinemæssig del af den psykiatriske udredning. I denne sammenhæng anvendes de strukturerede og validerede screeningsredskaber AUDIT og DUDIT som supplement til den kliniske vurdering og observation. AUDIT og DUDIT indgår som bilag, hhv. bilag 2 og 3.

Formålet med anvendelse af AUDIT og DUDIT er at understøtte en systematisk, ensartet og reproducerbar afdækning af rusmiddelbrug på tværs af patientforløb. Redskaberne bidrager til tidlig identifikation af problematisk brug og kan understøtte den kliniske vurdering, herunder differentialdiagnostiske overvejelser.

Screeningsredskaberne er ikke diagnostiske i sig selv og skal altid anvendes som supplement til en samlet klinisk vurdering, da der er betydelig individuel variation i sårbarhed over for rusmidlers påvirkning af psykisk symptomatologi. Rusmidler kan dæmpe, forværre eller ligne psykiske symptomer. For nogle patienter vil selv et begrænset forbrug af rusmidler kunne medføre forværring af symptomer ved alvorlig psykisk lidelse og nedsætte evnen til at mestre disse symptomer. For andre patienter ses ingen tydelig symptomforværring, selv ved et mere omfattende forbrug af rusmidler. Ved samtidig brug af flere rusmidler øges kompleksiteten yderligere. Endvidere kan både intoksikation og abstinensstilstande komplicere den diagnostiske afklaring.

Resultater fra AUDIT og DUDIT kan således ikke stå alene, men indgår som en del af en samlet, helhedsorienteret klinisk vurdering, hvor resultater fra screeninger fortolkes i sammenhæng med klinisk interview, psykopatologisk vurdering og vurdering af funktionsniveau.

Patientværdier og –præferencer

Mange patienter oplever skyld og skam i relation til deres rusmiddelbrug, eller at deres brug af rusmidler udgør en vigtig del af deres trivsel og håndtering af deres psykiske problemer. Samtidig har mange en frygt for at blive afvist i behandlingssystemet, hvis de deler åbent om deres rusmiddelbrug. Dette kan medføre, at patienten ikke er fuldt åben omkring sit forbrug. Det er derfor væsentligt at informere patienten om formålet med anvendelsen af screeningsredskaber og at sikre aktiv patientinddragelse.

Anvendelse af strukturerede screeningsværktøjer som anbefalet her kan understøtte samtalens struktur og bidrage til overblik for både patient og behandler.

Rationale

Anbefalingen er adapteret fra to anbefalinger i den norske ROP-retningslinje (9) vedrørende screening for henholdsvis alkoholbrug (AUDIT) og brug af narkotiske stoffer eller lægemidler (DUDIT). De oprindelige anbefalinger bygger på evidensniveau 1b (anbefalingsgrad A) for AUDIT og evidensniveau 3 (anbefalingsgrad B) for DUDIT jævnfør oversigt, s. 54 i ROP-retningslinjen. Da de to anbefalinger er sammenlagt til én samlet anbefaling, er anbefalingsgraden angivet som B.

Forfattergruppen vurderer, at systematisk screening for rusmiddelbrug er en vigtig forudsætning for korrekt udredning, diagnostik og udarbejdelse af korrekt og realistisk behandlingsplan. Anbefalingen er derfor formuleret med *skal* på baggrund af det adapterede evidensgrundlag og i overensstemmelse med god klinisk praksis.

Ad anbefaling 2 og 3

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 2 er adapteret fra den norske ROP-retningslinje (9). Anbefaling 3 er primært baseret på god klinisk praksis men er overstemmende med anbefalingerne i den norske retningslinje. Evidensgrundlaget for anbefalingerne er beskrevet på side 44–57. Ved tilpasning af anbefaling 2 til dansk kontekst er der desuden inddraget principper fra Motivational Interviewing (15) samt god klinisk praksis inden for klinisk psykiatri. Anbefalingerne er desuden understøttet af andre internationale guidelines, eksempelvis den Australske: *Guidelines on the management of co occurring alcohol and other drug and mental health conditions in alcohol and other drug treatment settings* (10).

Anamneseoptagelse og udarbejdelse af en systematisk tidslinje for rusmiddelbrug udgør et centralt klinisk redskab i den psykiatriske udredning. Tidslinjeanamnese bør anvendes systematisk til at skabe overblik over sammenhængen mellem rusmiddelbrug, symptomer og funktionsniveau over tid, jf. anbefaling 9.

Det er særligt vigtigt systematisk at afdække forbruget af de enkelte rusmidler, herunder debut af rusmiddelbrug, eventuelle perioder med afholdenhed, omfang og indtagelsesmåde. Herunder bør abstinensstilstande og episoder med forgiftning systematisk afdækkes, da disse kan have væsentlig diagnostisk betydning. Ligeledes undersøges patientens oplevelse af rusmidlernes virkning og funktion. Alkohol-E og DUDIT-E kan bruges som led i at afdække rusmidlers funktion og patientens motivation for ændring af rusmiddelbrug. Alkohol-E og DUDIT-E indgår som henholdsvis bilag 4 og 5.

Mange patienter har en betydelig indsigt i hvorfor de anvender rusmidler, samt hvilke symptomer eller belastninger de forsøger at regulere gennem brugen. Dette giver anledning til en undersøgende og

patientcentreret tilgang, hvor patientens oplevelser inddrages aktivt med henblik på at identificere underliggende faktorer og problemstillinger knyttet til rusmiddelbruget og omstændighederne omkring dette. Vedrørende yngre patienter indebærer dette at være særligt nysgerrig på forhold i identitetsdannelse, gruppetilhørsforhold og andet i ungdomskulturen, som er forbundet med rusmiddelbrug.

Oplysninger fra patienten bør vurderes i lyset af mulig genkaldelsesbias samt eventuel påvirkning af aktuelt psykisk tilstandsbillede. Hvor relevant og efter samtykke med patienten bør oplysninger suppleres med data fra pårørende, tidligere journalmateriale eller andre relevante kilder.

Identifikation af perioder med afholdenhed er ligeledes væsentlig i den diagnostiske afklaring, idet det giver mulighed for at vurdere psykiske symptomer og funktionsevne uden samtidige rusmiddelpåvirkninger.

En grundig og systematisk anamnese understøtter sondringen mellem psykiske symptomer udløst eller forværret af rusmiddelbrug og symptomer, der forekommer uafhængigt af rusmiddelbrug. Dette bidrager til en mere præcis diagnostisk vurdering samt til afdækning af behandlingsbehov, behandlingsmål og relevante indsatser.

Patientværdier og -præferencer

Der bør foretages en systematisk afdækning af debut af rusmiddelbrug, relevant anamnese samt patientens egen oplevelse af rusmidlernes virkning og funktion i hverdagen.

Patienter med et skadeligt forbrug eller afhængighed af rusmidler kan ofte udvise ambivalens i forhold til reduktion eller ophør af rusmiddelbrug. Denne ambivalens bør anerkendes som et almindeligt og forventeligt klinisk fænomen og bør ikke udgøre en barriere for udredning eller behandling.

Patienters oplevelse af, eller frygt for at opleve abstinenssymptomer eller trang til et eller flere rusmidler kan spille en rolle for motivation for udredning og opstart i behandling. Det er derfor vigtigt, at der ved udredning er fokus på patienternes bekymring for ubehag forbundet med abstinenssymptomer, både i form af dialog, undersøgelse og igangsættelse af medicinsk behandling hvis muligt.

Det bør tilstræbes, at patienten oplever mulighed for åbent at kunne udtrykke ønsker om forandring samt eventuelle bekymringer forbundet hermed. Afdækning af motivation bør tage udgangspunkt i patientens egne mål og præferencer og understøtte en individuel og patientcentreret tilgang, uden at patienten mødes med krav om et bestemt motivationsniveau for at indgå i udredning eller behandling.

Rationale

Anbefaling 2 er adapteret fra anbefalinger i den norske ROP-retningslinje (9) vedrørende kortlægning af rusmiddelbrug, og formuleringen er tilpasset dansk kontekst. De oprindelige anbefalinger bygger på evidensniveau 4 (anbefalingsgrad C). Da anbefalingen er baseret på disse anbefalinger, videreføres denne gradering.

Anbefaling 3 er primært baseret på god klinisk praksis, men det er forfattergruppens vurdering at det er vigtigt at screene for abstinenssymptomer og toxidromer ift. afklaring af akut medicinsk behandlingsbehov samt at kendskab til abstinenser tillige er nødvendigt i udredningsøjemed med henblik på differentialdiagnostisk skelnen.

Ved mistanke om behandlingskrævende abstinenser skal patienten undersøges herfor med verificerede screeningsredskaber og måling af vitalparametre.

Det er forfattergruppens vurdering at anamnese med fokus på rusmiddelbrug bør indgå som et væsentligt beslutningsgrundlag for behandlingsplanlægning og prioritering af indsatser samt at den viden, der opnås gennem denne del af udredningen, udgør et væsentligt fundament for udredning,

diagnostik, behandlingsopstart, etablering af behandlingsalliance og planlægning af en sammenhængende behandlingsindsats.

Ad anbefaling 4

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 4 er adapteret fra den norske ROP-retningslinje (9). Evidensgrundlaget for anbefalingen bygger på den adapterede anbefalings evidensgennemgang, som er beskrevet på side 44–57. Ved tilpasning af anbefalingen til dansk kontekst er der desuden inddraget principper fra Motivational Interviewing (15) samt god klinisk praksis inden for klinisk psykiatri.

Motivation er fluktuerende uanset hvilken ændring, der forsøges opnået, også for mennesker uden dobbeltdiagnose, og det er vigtigt at se motivation for rusmiddelbehandling i det lys. Arbejdet med motivation for ændring er en del af arbejdet med dobbeltdiagnose og er afgørende for at styrke engagement i behandling og sikre, at behandlingen adresserer patientens mål på en relevant måde.

Ændringer i patientens motivation giver vigtig viden om patientens forandringsproces og skal derfor adresseres løbende i behandlingsforløbet. En central del af dette er at anerkende patientens bekymringer, hvad enten man er enig i dem eller ej og sikre, at man har samme forståelse af situationen. Som en del af dette skal der afklares hvilke ændringer og strategier patienten har prøvet tidligere, herunder hvad der har været hjælpsomt og hvad der ikke har.

I den norske retningslinje anbefales det at bruge Alkohol-E og DUDIT-E som led i motivationsafdækning, dette kan anvendes såfremt det kan supplere den gennemgående tilgang der tager afsæt i Motivational Interviewing (15). Alkohol-E og DUDIT-E indgår som henholdsvis bilag 4 og 5.

Patientværdier og –præferencer

Mål for behandling bør udarbejdes i fællesskab med patienten og baseres på patientens værdier, præferencer og aktuelle situation. Behandlingsmål bør betragtes som dynamiske og kan justeres løbende i takt med patientens udvikling og kliniske forløb.

Behandlingsmål kan eksempelvis omfatte afholdenhed, reduktion i rusmiddelindtag eller skadesreduktion, afhængigt af patientens ønsker, ressourcer og kliniske tilstand.

Patientens perspektiver på rusmiddelbrug, herunder motivation, ambivalens og eventuelle bekymringer ved ændringer i forbrug, bør aktivt inddrages i målfastsættelsen. Det bør tilstræbes, at patienten oplever reel medinddragelse og ejerskab over behandlingsmålene, således at disse understøtter engagement og behandlingsalliance.

Rationale

Anbefalingen er adapteret fra en anbefaling i den norske ROP-retningslinje vedrørende målsætning for behandlingen, og formuleringen er tilpasset dansk kontekst. ROP-retningslinjen angiver ikke evidensniveau eller anbefalingsgrad for anbefalingen.

Forfattergruppen vurderer, at en fælles og dynamisk målsætning for behandlingen, der udarbejdes i samarbejde med patienten, er i overensstemmelse med god klinisk praksis inden for psykiatrien. Anbefalingen videreføres derfor som en konsensusbaseret anbefaling.

Ad anbefaling 5

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 5 er adapteret fra den norske ROP-retningslinje (9). Evidensgrundlaget for anbefalingen bygger på den adapterede anbefalings evidensgrundlag, som er beskrevet på side 44-57. Anbefalingen er desuden tilpasset dansk kontekst på baggrund af forfattergruppens vurdering af relevans og anvendelighed i dansk klinisk praksis.

Den tyske retningslinje omhandlende alkoholafhængighed (16) anbefaler en mere konsekvent tilgang til blodprøvescreening, men ikke til direkte påvisning af alkohol, men brug af biokemiske organmarkører som vil være påvirket ved stort brug af alkohol. I denne retningslinje omtales somatiske skadesvirkninger forårsaget af rusmidler, under afsnittet om somatisk udredning samt bilag 9.

Der findes begrænset evidens for, at rutinemæssig biologisk screening for rusmidler forbedrer den diagnostiske udredning i psykiatriske eller psykologiske vurderinger. Egen rapportering og strukturerede interviews udgør derfor som udgangspunkt den primære informationskilde ved vurdering af rusmiddelbrug og psykiatriske symptomer.

Biologisk screening kan dog i enkelte tilfælde være et relevant supplement, fx ved diagnostisk tvivl, ved uoverensstemmelse mellem kliniske observationer og anamnesticke oplysninger eller når patienten selv efterspørger en test. Særligt ved akutte tilstande, hvor det er uklart om der er tale om en rusmiddeludløst tilstand, kan test mhp. påvisning af rusmiddelindtag være et supplement til diagnostisk afklaring sammenholdt med kendskab til kliniske toxidromer. Denne diagnostiske afklaring har betydning for akutte behandlingstiltag, både i forhold til at opstarte relevant behandling for en eventuel forgiftningstilstand eller abstinensstilstand relateret til indtag af rusmidler, men også ved akutte psykiatriske tilstande hvor behandling med psykofarmaka er indiceret, kan biologisk screening for rusmidler være relevant med henblik på at forebygge lægemiddelinteraktioner og bivirkninger.

Ved testresultater er det derudover vigtigt at indtænke risiko for falsk positive og negative resultater (17).

Patientværdier og –præferencer

Rutinemæssig drug screening kan opleves som kontrollerende og potentielt påvirke behandlingsalliance og tillid mellem patient og behandler negativt. Mange patienter foretrækker, at oplysninger om rusmiddelbrug baseres på dialog og egen rapportering.

Patienterne bør informeres grundigt om, hvorfor det er vigtigt for udredning og behandling at der rapporteres korrekt omkring brugen af rusmidler – da det ellers kan have negative implikationer for udredning og behandling.

I nogle tilfælde kan det være nødvendigt, særligt ved akutte tilstande, for at sikre korrekt diagnostik og behandling. Patienter kan også selv have ønske om en test mhp. afklaring af rusmiddelstatus, f.eks. for at dokumentere afholdenhed.

Det er afgørende, at patienten inddrages i grundlaget for testning, så samarbejde om patientens behandlingsmål ikke udfordres ifm. testningen.

Rationale

Anbefalingen er adapteret fra en anbefaling i den norske ROP-retningslinje (9) vedrørende samme emne, og formuleringen er tilpasset dansk kontekst (se oversigt, s. 54 i ROP-retningslinjen). Den oprindelige anbefaling bygger på evidensniveau 4 (anbefalingsgrad C), og denne gradering videreføres til den adapterede anbefaling.

Forfattergruppen har ved formuleringen af anbefalingen lagt vægt på, at der er begrænset evidens for, at rutinemæssig biologisk screening for rusmidler forbedrer den diagnostiske udredning. Desuden kan rutinemæssig drug screening opleves som kontrollerende og potentielt påvirke behandlingsalliance og tillid mellem patient og behandler negativt. Forfattergruppen vurderer derfor, at afdækning af rusmiddelbrug som udgangspunkt bør ske gennem dialog og patientens egen rapportering, mens biologisk screening kan anvendes som supplement ved en individuel klinisk vurdering. En undtagelse kan dog være ved begæring fra retssystemet, hvor der er krav om gennemførelse af urinscreening. I disse tilfælde er det behandlingsmæssigt relevant at italesætte formål og de professionelles holdning til testen inden resultater anvendes til klinisk beslutning.

Praktiske overvejelser angående anbefaling 1-5

Udredning af patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal være helhedsorienteret, og udredningsforløbet skal tilpasses den enkelte patients aktuelle tilstand, funktionsevne og livssituation. Når retningslinjen implementeres, er det vigtigt at udvise organisatorisk og klinisk fleksibilitet for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

For at kunne undersøge patientens oplevelse af de enkelte rusmidler, deres funktion for patienten og patientens motivation for ændring kræves kendskab til rusmidlernes virkningsmekanismer.

Klinisk kendskab til toksidromer, abstinens tilstande og de psykiske og fysiske skadevirkninger af de enkelte rusmidler er nødvendigt i både udredning og behandling. Sundhedspersoner, der varetager udrednings- og behandlingsforløb for patienter med rusmiddellidelse, bør derfor have særlige kompetencer på dette område. Det skal sikre, at der iværksættes relevante tiltag, herunder udredning og behandling af eventuel forgiftning, behandlingskrævende abstinenser og skadevirkninger af rusmiddelindtaget. Kendskabet er desuden vigtigt i den differentialdiagnostiske vurdering, fordi symptomer relateret til rusmiddelbrug overlapper med symptomer på anden psykisk lidelse.

Patienten bør informeres om, at formålet er at afdække rusmiddelbrug og symptomer så præcist som muligt for at sikre en valid udredning og en behandlingsindsats, der er tilpasset patientens samlede problematik.

Behandlingsrelationen bør vægtes højt. Patientens motivation for at afdække sit rusmiddelbrug bør undersøges og drøftes i samarbejde med patienten. Der skal være plads til, at patienten kan have brug for tid til at opbygge tillid til, at åbenhed om aktivt rusmiddelbrug ikke fører til udelukkelse fra behandling.

Som led i udredningen vurderes det, om patienten kan være afholdende eller reducere sit forbrug. Det kræver, at man undersøger patientens motivation for at ændre sit rusmiddelbrug, og forudsætter viden om rusmiddelbehandling, herunder terapeutiske interventioner som kognitiv adfærdsterapi (KAT) og motiverende samtale (MI) (15). Der kan være behov for samtidig rusmiddelbehandling under udredningsforløbet. Målet for rusmiddelbehandlingen skal være dynamisk, og udredningsforløbet tilpasses derefter.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 1-5 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☐ Ja ☒ Ved ikke ☐

Ved ja, angiv da anbefalingens nr.: 2-4

Det vurderes at der er behov for uddannelse og kvalificering af sundhedspersoner relateret til anbefalingerne om udredning af rusmiddellidelse i forbindelse med udredning for anden psykisk lidelse. Det er behov ændring af eksisterende arbejdsgange og det skønnes at implementeringen vil medføre øget tidsmæssige brug personaleressourcer.

Udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug

6. Hos en psykiatrisk diagnostisk uafklaret patient, bør der foretages semistruktureret diagnostisk interview med valideret værktøj med henblik på bred screening og udredning for psykopatologi i henhold til kapitel F0-9 i ICD-10 (C)
7. Der skal foretages grundig psykiatrisk anamnese med indsamling af relevante journaloplysninger og eventuelt andre sagsakter, suppleret med oplysninger fra pårørende eller andre informanter, hvor der indsamles oplysninger om dispositioner, kultur, udvikling og præmorbid psyke, sociale forhold og herunder en beskrivelse af opvækstvilkår, skolegang, uddannelse og arbejde samt eventuelle traumatiske hændelser, kriminalitet samt selvskade og suicidalitet (D)
8. Udredning af de specifikke psykiske lidelser følger de vanlige retningslinjer for diagnosegrupperne (B)
9. Der bør udarbejdes en tidslinje med registrering af tilstedeværelse af symptomer på psykopatologi, rusmiddelbrug og betydende livsbegivenheder for at undersøge sammenhængen mellem rusmiddellidelse og psykisk lidelse (D)
10. Resultatet af udredningen skal tolkes i lyset af rammerne i forbindelse med udredningen, herunder om patienten har været afholdende, haft abstinenser eller udtalt trang i forbindelse med udredningen (D)
11. Psykiatriske diagnoser som stilles under rusmiddelpåvirkning eller kort tid efter rusmiddelbrug bør revurderes efter minimum 4 ugers afholdenhed (C)

Ad anbefaling 6-9

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 6–8 om diagnostisk interview og anamnese bygger på generelle konsensusanbefalinger og god klinisk praksis for udredning af psykisk lidelse. Anbefalingerne bygger desuden på den norske ROP-retningslinje (9) hvor evidensgrundlaget er beskrevet på s. 44–57. De understøttes af anbefalingerne i den tyske retningslinje om psykiatrisk udredning ved samtidig alkoholafhængighed (16).

Anbefaling 9 bygger på anbefaling 28 i den norske ROP-retningslinje (9) og evidensgrundlaget for denne, som er beskrevet på s. 44–57.

I Danmark stilles psykiatriske diagnoser efter ICD-10 (1). Kendskab til DSM-5 (18) kan dog være relevant ved fortolkning af den internationale litteratur og ved brug af visse diagnostiske interviews og forskningsbaserede anbefalinger.

Det er god klinisk praksis og i overensstemmelse med anbefalingerne i litteraturen, at diagnostik foretages på baggrund af en samlet klinisk vurdering. Her integreres anamnesticke oplysninger, journaloplysninger, observationer, den psykopatologiske undersøgelse, resultater fra semistrukturerede interviews og øvrige relevante oplysninger. Oplysningerne suppleres med information fra pårørende eller andre relevante samarbejdspartnere. Sagsakter fra kommunen og øvrige journaloplysninger fra andre instanser kan også have relevans i udredningssammenhæng.

Brug af semistrukturerede interviews kan øge den diagnostiske validitet og bidrage til en systematisk vurdering af psykopatologien, særligt ved komplekse kliniske problemstillinger.

Litteraturen anbefaler en systematisk gennemgang af psykopatologien ved hjælp af validerede semistrukturerede interviews, fx PSE eller SCAN. Hos børn og unge kan K-SADS (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia) anvendes. SCAN/PSE er ICD-10-baserede semistrukturerede værktøjer med evidensniveau B (19, 20). K-SADS anbefales til børn og unge i internationale retningslinjer (21).

Der er i litteraturen konsensus om, at udredning af de specifikke psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser følger de vanlige principper for de enkelte diagnosegrupper. Det er dog vigtigt at sammenholde patientens psykiske symptomer med rusmiddelproblematikken og livssituationen i øvrigt for at kunne skelne diagnostisk og tolke udredningens resultater. Se bilag 6 – *Generelle screenings- og udredningsredskaber*.

En central opgave i den psykiatriske udredning ved samtidig rusmiddelbrug er at skelne mellem psykiske symptomer, der er udløst af rusmiddelbrug, og symptomer, der er udtryk for en selvstændig psykisk lidelse. Psykiske symptomer, der optræder i forbindelse med intoksikation eller abstinens, kan diagnosticeres under F10–F19 Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktive stoffer (11), forudsat at de diagnostiske kriterier er opfyldt. Se bilag 8 – *Psykopatologi relateret til rusmiddelbrug*. Bilaget indeholder bl.a. en figur, der viser, hvordan de forskellige rusmiddelgrupper kan give psykopatologi ved henholdsvis intoksikation, abstinens og som vedvarende tilstand.

Den norske ROP-retningslinje (9) anbefaler, at udredningen hos patienter med mistanke om dobbeltdiagnose omfatter både rusmiddelbruget, den psykiske lidelse og sammenhængen mellem de to tilstande. Bilag 7 – *Redskaber til undersøgelse af sammenhænge ifm udredning* indeholder en tidslinje samt et flowchart og figurer, der illustrerer de tidsmæssige sammenhænge mellem rusmiddelbrug og psykisk lidelse.

Patientværdier og –præferencer

Udredningsforløbet tager udgangspunkt i den enkelte patients kliniske tilstand, funktionsniveau og livssituation. Formålet med udredningen og planen for forløbet gennemgås med patienten. Det bør tilstræbes, at patienten oplever reel medinddragelse og ejerskab over udredningsprocessen, så engagement, alliance og compliance understøttes.

En grundig anamnese kan bidrage til, at patienten føler sig forstået i et bredere perspektiv frem for alene at blive vurderet ud fra sit aktuelle rusmiddelbrug eller sine psykiatriske symptomer. Det er forfattergruppens erfaring, at mange patienter ønsker at blive udredt og gerne vil deltage i et interview, men kan have svært ved at gennemføre et meget langt undersøgelsesforløb. Udredningen og interviewene bør derfor tilpasses patientens kliniske tilstand.

Inddragelse af pårørende og informanter kan for mange patienter opleves som støttende og kan øge udredningens validitet. Det er dog altid vigtigt, at det sker med respekt for patientens autonomi.

Rationale

Anbefaling 6–8 bygger primært på generelle principper og god klinisk praksis for psykiatrisk udredning og er i overensstemmelse med evidensgrundlaget i den norske og den tyske retningslinje. Anbefalingsgraderingerne er så vidt muligt overført derfra. Anbefalingerne er dog ikke overtaget direkte, fordi de har skullet tilpasses dansk kontekst. Anbefaling 6 og 7 har derfor fået henholdsvis evidensniveau C og D. Anbefalingerne bygger desuden på konsensus og vurderes at være i overensstemmelse med

god klinisk praksis i dansk psykiatri og med andre DMPG-retningslinjer om henholdsvis udredning af skizofreni og andre primære psykoselidelser (14), udredning af depression hos børn, unge og voksne (22) og udredning af ADHD hos voksne i hospitalspsykiatrien (23).

Litteraturen anbefaler en helhedsorienteret og systematisk udredning, hvor de psykiske symptomer sammenholdes med patientens rusmiddelproblematik, livshistorie og livsvilkår. Ved psykiatrisk udredning af patienter med en rusmiddelproblematik er det centralt at skelne mellem psykiske symptomer, der er udløst af rusmiddelbrug, og symptomer, der er udtryk for en selvstændig psykisk lidelse. Intoksikation, abstinensstilstande og følgevirkninger af rusmiddelbrug kan udløse, efterligne eller forværre symptomer på en række psykiske lidelser. Forfattergruppen vurderer derfor, at kendskab til rusmidlernes farmakologiske virkninger, abstinenssyndromer, toksidromer og differentialdiagnostiske problemstillinger er en væsentlig forudsætning for udredningen.

Forfattergruppen anbefaler, at der udarbejdes en systematisk tidslinje over både rusmiddelbrug og psykiske symptomer. Tidslinjen bør omfatte debut, udvikling, omfang og mønster af rusmiddelbruget, de anvendte rusmidler, patientens oplevelse af rusmidlernes virkning og funktion, perioder med intoksikation og abstinens samt eventuelle somatiske og psykiske følgevirkninger. Tidslinjen bør samtidig beskrive debut og udvikling af de psykiske symptomer og ændringer i funktionsniveau. Formålet er at undersøge den tidsmæssige sammenhæng mellem rusmiddelbrug og psykopatologi og dermed styrke den diagnostiske afklaring. Det er særligt vigtigt at afdække, om de psykiske symptomer var til stede, før rusmiddelbruget begyndte, og om de fortsætter i perioder med reduceret rusmiddelbrug eller afholdenhed, fx under længerevarende indlæggelser. Disse oplysninger kan være afgørende for vurderingen af, om der er tale om en primær psykisk lidelse eller en rusmiddelrelateret tilstand. Se bilag 7 – *Redskaber til undersøgelse af sammenhænge ifm udredning*, som indeholder en tidslinje samt et flowchart og figurer, der illustrerer de tidsmæssige sammenhænge mellem rusmiddelbrug og psykisk lidelse.

Den tidsmæssige kortlægning bør desuden ses i sammenhæng med patientens livshistorie og væsentlige belastninger. Oplysninger om udviklingshistorie, traumatiske hændelser, sociale forhold og andre risikofaktorer kan bidrage væsentligt til forståelsen af symptomudviklingen. Patienter med omfattende rusmiddelbrug har en øget forekomst af traumatiske livshændelser, herunder vold, seksuelle overgreb og andre former for udsathed, hvilket kan have betydning for både symptombilledet og behandlingsbehovet.

Ad anbefaling 10-11

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 10 bygger på anbefaling 80 i den norske ROP-retningslinje (9) og på god klinisk praksis. Anbefaling 11 bygger på anbefaling 30 og 79 i den norske ROP-retningslinje (9) og evidensgrundlaget for disse. Anbefalingen er i overensstemmelse med anbefalingerne i den tyske retningslinje om psykiatrisk udredning ved skadeligt brug af alkohol og alkoholafhængighed (16) og vurderes også at være i overensstemmelse med DSM-5-kriterierne (18). Evidensgrundlaget for anbefaling 10 og 11 er beskrevet på s. 55–57 og s. 89 i den norske ROP-retningslinje (9).

Den norske ROP-retningslinje (9) anbefaler, at kortlægning og udredning gennemføres, selvom det ikke er muligt at opnå afholdenhed, og at resultatet af udredningen tolkes i lyset af rusmiddelpåvirkningen. Retningslinjen beskriver desuden, at hvis afholdenhed er vigtig for at kunne vurdere og diagnosticere en alvorlig psykisk lidelse, og patienten ikke er i stand til at opnå den, bør der iværksættes tiltag i form af optimerede sociale støtteforanstaltninger og eventuelt indlæggelse.

Aktivt rusmiddelbrug under udredningsforløbet giver større diagnostisk usikkerhed, og der er i litteraturen konsensus om at anbefale revurdering af tilstanden. Ifølge anbefaling 30 i den norske ROP-retningslinje (9) bør psykiatriske diagnoser revurderes efter mindst 4 ugers afholdenhed, hvis de er stillet på baggrund af udredning under rusmiddelpåvirkning eller kort tid efter. Tilsvarende anbefaler anbefaling 80 revurdering efter 1–6 måneders afholdenhed, hvis den diagnostiske udredning er foretaget under rusmiddelpåvirkning eller abstinensreaktioner eller kort tid efter.

Patientværdier og –præferencer

Udredningsforløbet tager udgangspunkt i den enkelte patients kliniske tilstand, funktionsniveau og livssituation. Formålet med udredningen og planen for forløbet gennemgås med patienten. Det bør tilstræbes, at patienten oplever reel medinddragelse og ejerskab over udredningsprocessen, så engagement, alliance og compliance understøttes.

En grundig anamnese kan bidrage til, at patienten føler sig forstået i et bredere perspektiv frem for alene at blive vurderet ud fra sit aktuelle rusmiddelbrug eller sine psykiatriske symptomer. Det er forfattergruppens erfaring, at mange patienter ønsker at blive udredt og gerne vil deltage i et interview, men kan have svært ved at gennemføre et meget langt undersøgelsesforløb. Udredningen og interviewene bør derfor tilpasses patientens kliniske tilstand.

Inddragelse af pårørende og informanter kan for mange patienter opleves som støttende og kan øge udredningens validitet. Det er dog altid vigtigt, at det sker med respekt for patientens autonomi.

Rationale

Anbefaling 10 er baseret på god klinisk praksis og anbefaling 80 i den norske ROP-retningslinje (9). Anbefaling 11 er baseret på anbefaling 30 og 79 i den norske ROP-retningslinje (9) samt enslydende anbefalinger fra den tyske retningslinje (16) og vurderes at være i overensstemmelse med DSM-5-kriterierne (18) og god klinisk praksis.

Anbefaling 11 som er adapteret fra anbefaling 30 i den norske ROP-retningslinje er stort set enslydende. Den norske anbefaling 30 bygger på evidensniveau 4 (anbefalingsgrad C), og denne gradering videreføres til den adapterede anbefaling.

Aktivt rusmiddelbrug under udredningsforløbet giver større diagnostisk usikkerhed, og patientens motivation for afholdenhed bør derfor afdækkes. Der bør så vidt muligt sættes ind med sociale støtteforanstaltninger, og netværket bør inddrages. Rammerne for udredningen skal tilpasses den enkelte patient, og det bør overvejes, om opstart af behandling eller eventuelt indlæggelse i forbindelse med udredningen er indiceret.

Klinisk praksis har historisk varieret, og i nogle tilfælde er udredningen blevet udskudt, indtil patienten var afholdende. Forfattergruppen vurderer, at der fortsat er stor forskel på tilgangen på tværs af de psykiatriske enheder i Danmark. Den tilgængelige litteratur peger imidlertid på, at psykiatrisk udredning bør påbegyndes tidligt og løbende kvalificeres i takt med ændringer i patientens kliniske tilstand og rusmiddelbrug.

Aktuelt rusmiddelbrug bør derfor ikke i sig selv føre til, at psykiatrisk udredning udskydes eller undlades. Diagnostik under aktivt rusmiddelbrug bør dog foretages med forsigtighed på grund af den større diagnostiske usikkerhed. Det er desuden vigtigt at afklare formålet med udredningen og at tolke resultatet i lyset af rusmiddelpåvirkningen. En systematisk diagnostisk udredning er en forudsætning for at kunne iværksætte en relevant og målrettet behandling. Forfattergruppen vurderer, at manglende eller forsinket diagnostisk afklaring kan betyde, at behandlingsindsatsen ikke i tilstrækkelig grad afspejler patientens samlede kliniske problemstilling.

Hos patienter med samtidig rusmiddelbrug kan den diagnostiske afklaring imidlertid være vanskelig, fordi rusmiddelpåvirkning, abstinens tilstande og psykiske lidelser kan give overlappende symptomer. Forfattergruppen vurderer, at kendskab til rusmidlernes virkningsmekanismer er en forudsætning for at kunne skelne mellem rusmiddeludløste symptomer og primære psykiatriske symptomer.

Bilag 7 – *Redskaber til undersøgelse af sammenhænge ifm udredning* indeholder en tidslinje samt et flowchart og figurer, der illustrerer de tidsmæssige sammenhænge mellem rusmiddelbrug og psykisk lidelse. Bilag 8 – *Psykopatologi relateret til rusmiddelbrug* indeholder en oversigt iht ICD-10 over symptomer relateret til rusmidler og primære psykiske lidelser. Bilag 8 indeholder desuden en figur, der viser, hvordan de forskellige rusmiddelgrupper kan præsentere psykopatologi ved henholdsvis intoksikation, abstinens og som vedvarende tilstand, samt en figur over psykiske symptomer og virkninger af de enkelte rusmiddelgrupper.

Der er i litteraturen konsensus om at psykiatriske diagnoser der er baseret på udredning, hvor patienten i forløbet har haft betydende rusmiddelbrug, bør revurderes efter mindst 4 ugers afholdenhed. Det er forfattergruppens holdning at diagnoser ligeledes bør revurderes ved betydende reduktion eller ændring af rusmiddelbrug.

Praktiske overvejelser angående anbefaling 6-11

Udredning af patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal være helhedsorienteret, og udredningsforløbet skal tilpasses den enkelte patients aktuelle tilstand, funktionsevne og livssituation. Udredning og behandling af rusmiddellidelse og anden psykisk lidelse kræver en tværfaglig og ofte tværsektoriel indsats med inddragelse af netværket. Når retningslinjen implementeres, er det vigtigt at udvise organisatorisk og klinisk fleksibilitet for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Det er vigtigt at afklare formålet med udredningen. Det gælder fx en patient med kaotisk rusmiddelbrug, som er psykiatrisk diagnostisk uafklaret, hvor der er kendskab til eller mistanke om moderat til svær psykisk lidelse, og hvor afholdenhed ikke er et realistisk behandlingsmål. Her kan udredningen have til formål at afklare funktionsniveauet og pege på skadesreducerende tiltag, tentative diagnoser, eventuelle barrierer for den videre udredning og behov for sociale støtteforanstaltninger. Rusmiddelbrug alene bør ikke føre til, at udredning afvises. Formålet med udredningen fastlægges i stedet ud fra en individuel vurdering af patientens kliniske tilstand og af, hvilke rammer der kan etableres omkring udredningsforløbet.

Indsamling af faktuelle oplysninger, herunder anamnesticke oplysninger og psykosociale forhold, kan foretages af sundhedspersonale på tværs af faggrupper. En indledende screening eller vurdering af psykopatologi kan foretages af sundhedspersonale med generel viden om psykopatologi. Anamneseoptagelsen kan dog også have til formål at skabe behandlingsalliance og have et behandlingsmæssigt fokus. Ud fra en individuel vurdering kan det derfor være hensigtsmæssigt, at den sundhedsperson, der primært varetager udredningsforløbet, også indsamler og undersøger de faktuelle oplysninger.

Den grundige udredning af psykopatologien og dens sammenhæng med rusmiddelbruget bør varetages af sundhedspersonale med kompetencer på området. Det kræver kendskab til stofgrupperne, viden om de enkelte rusmidlers funktion og kendskab til de fysiske og psykiske symptomer, der er forbundet med brugen af dem. Klinisk kendskab til toksidromer, abstinens tilstande og de psykiske og fysiske skadevirkninger af de enkelte rusmidler er nødvendigt i både udredning og behandling. Sundhedspersoner, der varetager udrednings- og behandlingsforløb for patienter med rusmiddellidelse, bør derfor have særlige kompetencer på dette område. Det skal sikre, at der iværksættes relevante tiltag, herunder udredning og behandling af eventuel forgiftning, behandlingskrævende abstinenser og

skadevirkninger af rusmiddelindtaget. Kendskabet er desuden vigtigt i den differentialdiagnostiske vurdering, fordi symptomer relateret til rusmiddelbrug overlapper med symptomer på anden psykisk lidelse.

Udredningen bør foretages af eller i samarbejde med en specialpsykolog eller speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri med særlige kompetencer på området. Udredning, diagnosticering og vurdering af behandlingstiltag konfereres med en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri med særlige kompetencer på området.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 6-11 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☐ Ja ☒ Ved ikke ☐

Ved ja, angiv da anbefalingens nr.: 6-11

Det vurderes, at der er behov for uddannelse og kompetenceudvikling af sundhedspersoner i forhold til anbefalingerne om udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug. Der er desuden behov for at ændre eksisterende arbejdsgange, og det vurderes, at implementeringen vil kræve flere personaleressourcer.

Testning og psykologisk undersøgelse

12. Anamnese skal optages i forhold til kognitiv funktion. Her afdækkes bl.a. tidligere og aktuelt rusmiddelbrug, somatiske forhold, overdoser, præmorbid funktion, herunder graviditets- og fødselskomplikationer, udviklingsanamnese, skolegang, indlæringsevne, arbejdsfunktion, mestringsevne i dagligdagen, og hvis muligt bør der inddrages pårørende/informanter med kendskab til patienten (D)
13. Patienter med samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse bør informeres om kognitive vanskeligheder som følge af rusmiddelbrug. Herefter vurderes det, om det er relevant at foretage en kognitiv testning (D)
14. Når det vurderes relevant for fx behandling, uddannelse eller arbejde, bør patienter med rusmiddelbrug og psykisk lidelse tilbydes udredning af kognitive vanskeligheder. Brug af tests og undersøgelser skal følge de vanlige principper for kognitiv udredning i forhold til de enkelte diagnosegrupper (D)
15. Kognitiv testning bør kun foregå, såfremt patienten virker motiveret for dette, da testen ellers risikerer at give et misvisende billede af patientens kognition. Sammen med patienten drøftes det optimale testtidspunkt. I forbindelse med testningen afdækkes motivation for reduktion/afholdenhed og støttende tiltag/rammer forud for testningen mhp. at sikre optimale betingelser (D)
16. Testning i perioder med rusmiddelbrug må forventes at påvirke patientens testprofil, hvorfor vurderingen skal foretages med væsentlige forbehold og sammenholdes med anamnesticke oplysninger (D)
17. Såfremt afdækning af den neuropsykologiske funktion er foretaget under rusmiddelpåvirkning eller kort tid herefter, bør der foretages revurdering efter en periode med længere afholdenhed (D)

Ad anbefaling 12

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 12 baseres på den norske ROP-retningslinje (9), som understøtter en bred og helhedsorienteret udredning ved samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse. Retningslinjen anbefaler systematisk kortlægning af aktuelt og tidligere rusmiddelbrug, psykisk og somatisk helbred, funktionsevne, social funktion, uddannelse og arbejde mm. Retningslinjen understøtter også indhentning af oplysninger fra pårørende og andre informanter, særligt når sygdomsindsigt, hukommelse eller funktionsniveau er påvirket.

Den norske retningslinje inddrager ikke specifik evidens eller direkte anbefalinger vedrørende anamnese ift. kognition. Denne anbefaling hviler derfor på elementer fra den norske retningslinje og på god klinisk praksis, herunder almindelige neuropsykologiske principper i behandling.

Patienter med samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse udgør en heterogen patientgruppe, hvor mange individuelle og sociale faktorer kan påvirke funktionsevnen. Kognitive vanskeligheder kan være relateret til rusmiddelbrug inkl. overdoser og abstinenser samt psykisk lidelse, men kan også være præmorbide, udviklingsbetingede og relateret til somatisk sygdom, sociale belastninger, traumer mfl. (9).

Patienter med samtidige psykiske lidelser og rusmiddelbrug udgør en kompleks patientgruppe, hvor kognitive vanskeligheder ofte spiller en væsentlig, men undertiden overset rolle i udredning, behandling og rehabilitering. Mange patienter med samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse har udfordringer relateret til blandt andet opmærksomhed, hukommelse, indlæring, eksekutive funktioner og social kognition. Disse vanskeligheder kan have betydelig indflydelse på patientens evne til at forstå information, indgå i behandling, følge aftaler, regulere adfærd og mestre hverdagslivet (9).

Patientværdier og –præferencer

Patienter med samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse vil ofte opleve vanskeligheder med hukommelse, koncentration, struktur og planlægning, indlæring og daglig mestring. En grundig anamnese kan bidrage til, at patienten oplever sig forstået i et bredere perspektiv fremfor alene vurderet ud fra aktuelt rusmiddelbrug eller psykiatriske symptomer. Inddragelse af pårørende og informanter kan for nogle patienter opleves støttende og bidrage til øget validitet i udredningen. Det er dog altid væsentligt, at dette sker med respekt for patientens autonomi og i enighed med patienten.

Rationale

Anbefaling 12 omhandlende anamnesticke oplysninger om kognitiv funktion bygger primært på god klinisk praksis, men er i overensstemmelse med generelle anbefalinger omhandlende psykiatrisk udredning, herunder DMPG's øvrige retningslinjer.

På trods af lavt evidensgrundlag for anbefalingen vurderer forfattergruppen at en bred anamnese er afgørende for en differentialdiagnostisk udredning og for forståelse af funktion over tid, herunder vurdering af rehabiliteringspotentiale samt planlægning af behandling og støtte efter endt behandling. Dette bakkes op af generelle anbefalinger og god klinisk praksis omhandlende psykiatrisk udredning, hvor tolkning af testresultater vil være begrænsede uden en anamnestic kontekst, idet mange andre faktorer kan påvirke testresultater.

I en psykiatrisk kontekst kan kognitive vanskeligheder let fejltolkes som manglende motivation, modstand mod behandling eller lav compliance. Samtidig kan psykisk lidelse, langvarigt rusmiddelbrug, tidligere traumatiske begivenheder, udviklingsforstyrrelser og eventuelle erhvervede hjerneskader påvirke den kognitive funktion på komplekse og overlappende måder. Det understreger behovet for en systematisk og tværfaglig opmærksomhed på vurdering af kognition som en integreret del af den

kliniske vurdering. En øget opmærksomhed på kognitive vanskeligheder kan således bidrage til mere realistisk behandlingsplanlægning, bedre tilpasning af interventioner og øget mulighed for behandlingsmæssig deltagelse. Det kan samtidig reducere risikoen for, at patienter fejlagtigt beskrives som "uengagerede" eller "ikke-motiverede", når der i stedet kan være tale om betydelige kognitive eller neuropsykologiske belastninger.

Forfattergruppen vurderer at kognitiv og neuropsykologisk funktion derfor ikke alene bør forstås som et specialiseret udredningsområde for neuropsykologer, men som et fælles klinisk opmærksomhedspunkt for sundhedspersonale i psykiatrien. Observationer af patientens funktion i samtaler, evne til at omsætte information, planlægge, skabe struktur og fastholde aftaler kan give væsentlig viden om patientens behandlingsforudsætninger og behov for støtte.

Generelt har anbefalingerne 12-17 til formål at skabe en ramme for, at sundhedspersonale i psykiatrien har fokus på at identificere, forstå og tage højde for kognitive vanskeligheder hos patienter med komplekse psykiske lidelser og rusmiddelbrug.

Ad anbefaling 13

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefalingen hviler på den norske ROP-retningslinje (9), herunder anbefaling 34 hvor evidensgrundlaget er beskrevet på side 55-57 samt på god klinisk praksis og er overensstemmende med anbefalinger i DMPG's øvrige retningslinjer omhandlende psykiatrisk udredning.

Den norske retningslinje anbefaler at neurokognitive funktioner altid skal vurderes som led i udredningen. Der beskrives, at rusmiddelbrug kan påvirke psykiske symptomer, funktionsniveau, sygdomsforløb og en diagnostisk udredning. Samtidig findes der en overrepræsentation af mennesker med nedsatte eller påvirket kognitive funktion inden for målgruppen (9).

Den norske retningslinje understøtter indirekte relevansen af at informere patienter om mulige kognitive konsekvenser ved rusmiddelbrug. Der findes dog ikke direkte anbefalinger i retningslinjen, som omhandler psykoedukation til patienter og pårørende angående påvirkning af kognition som følge af rusmiddelbrug. Denne anbefaling hviler derfor primært på god klinisk praksis.

Patientværdier og -præferencer

Mange patienter kan opleve en lettelse ved at få forklaret, at vanskeligheder med koncentration, hukommelse eller planlægning kan hænge sammen med samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse. Dette fokus kan dermed både øge patienternes sygdomsforståelse og styrke motivation for behandling. Informationen bør dog altid tilpasses den enkelte patient og gives på en måde, der ikke fremstår stigmatiserende eller belærende.

Rationale

Anbefaling 13 hviler på anbefaling 34 i den norske ROP-retningslinje (9) med anbefaling om at neurokognitive funktioner altid skal vurderes som led i den psykiatriske udredning. Der findes dog ikke direkte anbefalinger om at patienterne bør informeres om kognitive vanskeligheder som følge af rusmiddelbrug og at derefter tages stilling til indikation for testning og således er anbefalingen primært baseret på god klinisk praksis. Anbefalingen bakkes op af generelle principper for psykiatrisk udredning, herunder øvrige DMPG'er hvor det anbefales at kognitive funktioner afdækkes og det skal vurderes om der er behov for kognitiv testning i forbindelse med den psykiatriske udredning (14, 22, 23).

Anbefaling 34 i den norske retningslinje har evidensniveau D. Forfattergruppen vurderer at anbefaling 13 har samme lave evidensniveau (D), men at anbefalingen er vigtig, da kendskab til kognitive

vanskeligheder hos patienten kan have stor differentialdiagnostisk betydning, samt betydning for tilrettelæggelse af udrednings- og behandlingsforløbet. Dette kan igen bidrage til oplevelse af relevans for patienten, øget kompliance, bedre effekt af indsatsen, og forbedret funktionsniveau og mestring. Det er derfor afgørende, at patienter med samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse vurderes i forhold til deres almene kognitive funktion.

Psykoedukation om følgevirkninger af nedsat kognitiv funktion, uanset om dette er relateret til rusmiddelbrug eller præmorbiditet, kan være afgørende for en gensidig forventningsafstemning om mål for behandling og patientens øgede indsigt i egen tilstand. Forfattergruppen vurderer, at behovet for kognitiv testning altid bør bero på klinisk relevans og forventet anvendelighed i behandling og rehabilitering.

Ad anbefaling 14

Litteratur og evidensgennemgang

Den norske ROP-retningslinje understøtter betydningen af at afdække funktionsevne for individuel tilpasning af behandlingsplan, forløb og rehabilitering ved samtidig rusmiddelbrug og psykisk lidelse (9). Da retningslinjen ikke indeholder direkte anbefalinger om neuropsykologisk udredning, hviler anbefalingen primært på god klinisk praksis og eksisterende neuropsykologiske principper.

Patientværdier og -præferencer

Patienter kan opleve, at en kognitiv udredning giver forklaring på vedvarende vanskeligheder, forbedrer forståelsen af egne ressourcer og begrænsninger og understøtter motivation for behandling. Derudover kan patienter opleve, at en kognitiv udredning øger adgang til hjælpemidler og støtte. Samtidig kan nogle patienter opleve kognitiv udredning som belastende eller angstprovokerende, særligt hvis de tidligere har haft negative erfaringer med udredning eller skoleforløb. Dette bør indtænkes i formidling og rammer for tests samt i tilbagemelding på tests.

Rationale

Anbefalingen hviler primært på god klinisk praksis, da den ikke direkte kan genfindes i den litteratur som ligger til grund for retningslinjen. Dog er der ikke foretaget en sekundær søgning specifikt for kognitiv udredning og testning og således er det ikke undersøgt om der i litteraturen er evidens der bakker anbefalingen op. Således er anbefalingen primært baseret på god klinisk praksis og generelle principper for udredning.

Kognitive vanskeligheder kan påvirke evnen til at profitere af behandling, deltage i uddannelse og arbejde arbejdsfunktion samt hæmme den sociale funktion og funktionen i hverdagen. Forfattergruppen vurderer derfor at det vigtigt at indsamle viden og eventuelt undersøge/teste for aktuel funktion. Ligeledes finder forfattergruppen indikation for at anbefale at udredningen følger almindelige neuropsykologiske principper og skal tilpasses den enkelte diagnosegruppe og patientens aktuelle kliniske situation.

Ad anbefaling 15

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 15 er baseret på konsensus og god klinisk praksis og underbygges af evidensgennemgangen i ROP-retningslinjen (9). Den norske ROP-retningslinje understøtter betydningen af vurdere og arbejde med patientens motivation for kognitiv udredning, at udredningen hviler på et samarbejde med patienten og at tilgangen er individuelt tilpasset. Retningslinjen beskriver også, at aktivt rusmiddelbrug kan komplicere vurdering og diagnostik.

Patientværdier og –præferencer

Patienter vil ofte profitere af at blive inddraget aktivt i beslutninger om testning og hvordan den bedst kan foregå. Motivation og oplevelse af mening med udredningen kan have betydning for patientens engagement og performance og dermed testvaliditet.

Rationale

Anbefalingen er baseret på konsensus og god klinisk praksis og underbygges af evidensgennemgangen i ROP-retningslinjen. Dog er der ikke foretaget en sekundær søgning specifikt for kognitiv udredning og testning og således er det ikke undersøgt om der i litteraturen er evidens der bakker anbefalingen op. Således er anbefalingen primært baseret på god klinisk praksis og generelle principper for udredning og vurderes således med ringe evidensniveau. Trods manglende højt evidensgrundlag er det forfattergruppens vurdering, i overensstemmelse med god klinisk praksis og evidensgrundlaget i den norske ROP-retningslinje, at det er nødvendigt at afdække patientens motivation for kognitiv testning og rammerne herfor og at testning kun bør foretages såfremt patienten er motiveret og rammerne for testningen er forenelige hermed. Dette begrundes med at rusmiddelbrug, ustabil klinisk tilstand og manglende motivation under udredning og testning kan medføre misvisende testresultater (9). Udredningen skal derfor foregå i sikre og trygge rammer med afklaring af behov for støtte til reduktion eller afholdenhed før testning for at sikre validitet og klinisk anvendelighed af resultaterne. Det er ligeledes forfattergruppens vurdering at patientens motivation og oplevelse af meningsfuldhed har afgørende betydning for både validiteten af testningen samt indgår som et centralt parameter i en afklaring af om patienten er motiveret for at arbejde hen mod at reducere rusmiddelbrug eller være afholdende i forbindelse med testningen.

Ad anbefaling 16

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 16 hviler på evidensgrundlaget i den norske ROP-retningslinje (9) samt konsensusvurdering for god klinisk praksis.

Den norske ROP-retningslinje understøtter, at aktivt rusmiddelbrug kan påvirke testresultater, symptom-billede, diagnostik og vurdering af kognitiv funktion. Retningslinjen fremhæver forsigtighed ved diagnostik under påvirkning eller abstinens og anbefaler i disse tilfælde opfølgende udredning (9). Dette understøtter anbefalingen om, at neuropsykologiske testresultater skal fortolkes med væsentlige forbehold ved aktivt rusmiddelbrug samt evt. planlægning af opfølgende udredning, når patienten er i en mere stabil fase.

Patientværdier og –præferencer

Patienter kan udtrykke motivation for at indgå i en kognitiv udredning, men alligevel ikke lykkes med at reducere rusmiddelbrug eller være afholdende på det aftalte tidspunkt for udredningen. Dette kan skyldes flere faktorer, som er forbundet med den enkelte patients livssituation. I disse tilfælde er det vigtigt ikke at genoptage forventningsafstemning ift. betydningen af at inddrage fokus på patientens kognitive funktion i planlægningen af behandling.

Rationale

Anbefaling 16 hviler på evidensgrundlaget i den norske ROP-retningslinje samt konsensusvurdering for god klinisk praksis. Dog er der ikke foretaget en sekundær søgning specifikt for kognitiv udredning og testning og således er det ikke undersøgt om der i litteraturen er evidens der direkte understøtter anbefalingen. På den baggrund vurderes anbefalingen med evidensniveau D.

Det er klinisk velkendt at et aktivt rusmiddelbrug kan påvirke en række forskellige kognitive funktioner, hvilket der må tages forbehold for ifm. kognitiv udredning og test, herunder opmærksomhed, indlæring, hukommelse, tempo, eksekutive funktioner m.m. Klinisk er der konsensus om, at det er nødvendigt at resultater fra kognitiv udredning skal fortolkes i en triangulering efter gældende standarder for kognitiv udredning, herunder viden om patientens tidligere og nuværende funktion (anamnese), klinisk observation samt aktuelt vurdering.

Forfattergruppen vurderer derfor at anbefalingen er af høj klinisk relevans og overensstemmende med generelle principper for at sikre mere valid diagnostik, trods at anbefalingen har et lavt evidensniveau.

Ad anbefaling 17

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 17 baseres primært på konsensus og god klinisk praksis. Den norske ROP-retningslinje understøtter, at kognitive undersøgelser bør foretages med forsigtighed under aktivt rusmiddelbrug (9). Den norske ROP-retningslinje anbefaler at psykiatriske diagnoser som er baseret på udredning med rusmiddelbrug eller kort tid herefter, revurderes efter mindst 4 ugers afholdenhed og anbefaling 11 i denne retningslinje er adopteret herfra.

Patientværdier og –præferencer

Nogle patienter kan opleve det meningsfuldt at få mulighed for revurdering af deres kognitive funktion efter en periode med reduktion eller afholdenhed, særligt hvis der kan være tvivl om den diagnostiske udredning eller kliniske fund.

Rationale

Anbefalingen om en periode med afholdenhed før re-testning baserer sig primært på konsensus og god klinisk praksis – og bør altid bero på en klinisk vurdering af den enkelte sag. Her bør også medtages viden om rusmidlernes virkning, varighed af forbruget, halveringstid etc.

Den norske ROP-retningslinje anbefaler at psykiatriske diagnoser som stilles i perioder med rusmiddelbrug revurderes efter mindst 4 ugers afholdenhed. Denne anbefaling har evidensniveau C. Det er forfattergruppens vurdering at anbefaling om revurdering af psykiatriske diagnoser ved afholdenhed også har relevans ved kognitiv testning da patientens kognitive funktioner kan være påvirket ved rusmiddelbrug, herunder både i påvirket tilstand, abstinens tilstand og som resultat af et langvarigt og/eller højt forbrug af rusmidler. Således vurderes kognitiv udredning efter en periode med reduktion eller afholdenhed kan bidrage til mere valide resultater. Hertil vurderer forfattergruppen at re-testning bør følge en klinisk vurdering og kun foretages når kliniker og patient sammen vurderer, at dette kan bidrage til ny relevant viden.

Praktiske overvejelser angående anbefaling 12-17

Udredning af patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal være helhedsorienteret, og udredningsforløbet skal tilpasses den enkelte patients aktuelle tilstand, funktionsevne og livssituation. Udredning og behandling af rusmiddellidelse og anden psykisk lidelse kræver en tværfaglig og ofte tværsektoriel indsats med inddragelse af netværket. Når retningslinjen implementeres, er det vigtigt at udvise organisatorisk og klinisk fleksibilitet for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

En bred og systematisk anamnese kan være tidskrævende og kræve tværfaglige ressourcer. Til gengæld kan en grundig initial udredning mindske risikoen for fejldiagnoser og uhensigtsmæssig planlægning af behandling og forløb. Den kan også understøtte målrettede rehabiliteringsindsatser, herunder

tilpasning af støtte i forbindelse med behandling og andre aktiviteter som uddannelse, arbejde og inklusion i sociale fællesskaber. En bred og systematisk anamnese har derfor et vigtigt potentiale for at forbedre funktionsevnen hos mennesker med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelbrug. God planlægning og forberedelse af den kognitive udredning kan mindske behovet for gentagne undersøgelser og risikoen for fejlfortolkninger.

Sundhedspersonalet bør generelt foretage en klinisk vurdering af patientens kognitive funktion ved kontakter i psykiatrien ud fra patientens kliniske fremtræden. Anamnesticke oplysninger om den kognitive funktion kan også indsamles af sundhedspersonale på tværs af faggrupper. En grundig udredning og psykologisk testning skal foretages af en psykolog med kompetencer på området. Ved testning af patienter med samtidig rusmiddelbrug skal psykologen desuden have viden om symptomer relateret til de enkelte rusmidler, så indikationen for og eventuelle barrierer mod testning kan vurderes. Psykologen skal også kende de særlige opmærksomhedspunkter og differentialdiagnostiske vanskeligheder, der kan påvirke testningen og testresultatet. Testning i perioder med rusmiddelbrug skal derfor foretages med væsentlige forbehold og sammenholdes med anamnesticke oplysninger, jf. anbefaling 16.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 12-17 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☐ Ja ☒ Ved ikke ☐

Ved ja, angiv da anbefalingens nr.: 12-17

Kognitiv udredning kræver ressourcer og kan medføre øgede udgifter. Til gengæld kan afdækningen medvirke til at forbedre behandling, reducere tilbagefald og støtte op om behandling og bedringsprocesser.

Inddragelse af kognitiv testning kan dog medføre øget ressourceforbrug i specialiserede tilbud og øge behovet for behandlingsteams med tværfaglige kompetencer. Det vurderes, at tidlig identifikation af kognitive vanskeligheder kan understøtte mere målrettede indsatser, reducere frafald og forbedre behandlingseffekt, og dermed reducere sundhedsøkonomiske udgifter.

Planlægning og forberedelse af kognitiv udredning kan reducere behovet for gentagne undersøgelser eller fejlfortolkninger. Der kan dog være øgede omkostninger forbundet med at skulle stabilisere klienten til testning og indgå i et motiverende og støttende forløb forud for testsituationen. Gentagen testning som del af en kognitiv udredning kan medføre øgede omkostninger og øget ressourceforbrug. Men ved gentagelse af en kognitiv udredning når en patient er mere stabil i behandling kan medføre øgede omkostninger og ressourceforbrug. Samtidig kan indhentning af mere valide vurderinger reducere risiko for fejlagnostik, forbedre behandlingsindsats og effekt og målrette rehabilitering.

Det vurderes at der er behov for uddannelse og kvalificering af sundhedspersoner relateret til anbefalingerne om kognitiv udredning og testning.

Somatisk screening/udredning

18. Der skal foretages screening for somatisk lidelse og gennemføres objektiv somatisk undersøgelse ved læge med henblik på at foretage en generel helbredsbedømmelse samt afklare eventuelle somatiske skadevirkninger forårsaget af rusmiddelbrug (B)
19. Der skal måles vitalparametre, optages EKG samt tages blodprøver med henblik på bred screening af den somatiske helbredstilstand. Der kan herudover, ud fra anamnese og symptomer, være

behov for specifikke blodprøver eller andre undersøgelser, herunder eventuelt billeddiagnostik, fx CT- eller MR-scanning af cerebrum eller røntgenundersøgelse af thorax (B)

20. Der skal tilbydes hiv- og hepatitisscreening til patienter med tidligere eller nuværende IV-rusmiddelbrug eller historik med anden oplagt risikoadfærd. Der kan tilbydes screening for andre seksuelt overførte sygdomme og øvrige infektionstilstande (syfilis, tuberkulose) (B)

Ad anbefaling 18-20

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 18–20 er adapteret fra anbefalinger i den norske ROP-retningslinje vedrørende somatisk udredning. Evidensgrundlaget bygger på de adapterede anbefalingers evidensgennemgang, som er beskrevet fra side 49 og frem i ROP-retningslinjen (9). Anbefalingerne understøttes desuden af en rapport fra 'Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd' (VIVE) (2) samt studier af Lien et al. (2006) (24) og Gesch et al. (2002) (25).

Patienter med rusmiddelbrug og psykiatrisk lidelse har øget forekomst af somatiske sygdomme og højere mortalitet. Således skal der være fokus herpå for at bedre den generelle sundhed og nedsætte dødeligheden, samt øge livskvaliteten for patienterne. Behandling af ledsagende somatiske tilstande skal være understøttende i forhold til bedring af rusmiddelproblematikken og psykiatriske tilstande. I psykiatrisk udredningsøjemed er det vigtigt at udelukke organisk årsag til symptomer på psykiske lidelser.

Som ved udredning for psykiske lidelser i al almindelighed, bør somatisk anamnese og undersøgelse være en fast del af den samlede udredning for psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Der anbefales at rette en særlig opmærksomhed på tilstande som hyppigt optræder sammen med brug af forskellige rusmidler, herunder fokus på art, omfang og indtagelsesmåde af de forskellige rusmidler – se bilag 9- *Skadevirkninger ved rusmiddelbrug* for skematisk oversigt over de typiske skadevirkninger ved de enkelte rusmiddeltyper. Ligeledes kan en del af tilstandene være relateret til omstændighederne ved rusmiddelbrug fx ustabile boligforhold, vold, sexarbejde mv.

Den norske guideline angiver følgende områder som værende af særlig betydning for personer med rusmiddelbrug:

Tandstatus

Rusmiddelbrug er ofte forbundet med dårlig tandstatus og andre mundhulegener, hvilket en forsøgsordning i kommunalt regi i Norge har vist (9). Dårlig tandstatus kan skyldes en kombination af dårlig ernæring og mundhygiejne samt skadelig virkning af rusmidler, hvoraf nogle kan give mundtørhed, særlig i kombination med psykofarmaka. Personer med rusmiddelproblemer har dårligere tandstatus end baggrundsbefolkningen.

Ernæring

I den norske guideline refereres et studie foretaget i Oslo, at personer med rusmiddelproblemer, i sammenligning med den almene befolkning, i mindre grad spiser grøntsager, brød og frugt, men i højere grad indtager kager og sukkerholdige drikke. Samme undersøgelse viste, at personer med rusmiddelproblematik har et meget lavt indtag af en lang række vitaminer, fibre og protein. Der henvises i den norske guideline desuden til, at enkelte studier har antydnet, at kostindtag baseret på højt indhold af sukker og lavt indhold af vitaminer kan bidrage til koncentrationsbesvær, uro og reduceret impuls-kontrol (24, 25). Dårlig tandstatus kan være en medvirkende årsag til uhensigtsmæssigt kostindtag.

Skader ved langvarig brug af alkohol

Alkohol er det rusmiddel som medfører flest somatiske skadevirkninger ved langvarigt højt forbrug. Der kan forekomme polyneuropati med skader på nerver i arme og ben, hvilket leder til nedsat bevægelsefunktion samt paræstesier med prikkende, snurrende, brændende eller sovende fornemmelse i de berørte kropsområder.

Ligeledes kan der opstå skader på centralnervesystemet som følge af mangel på vitamin B1 (thiamin). I værste fald kan denne tilstand udvikle sig til Wernickes encephalopati/Korsakoffs psykose.

Vedvarende indtag af alkohol kan fremkalde inflammationstilstande i spiserøret og mavesækken samt tilstande med blødning. Langvarigt alkoholindtag giver desuden øget risiko for cancer i spiserøret.

Alkohols vedvarende påvirkning af leveren kan medføre leverskader, herunder leversteatose med abnorm akkumulation af fedtstoffer i leveren. Langvarigt alkoholindtag kan desuden medføre udvikling af alkoholisk hepatitis og levercirrhose. Tilsvarende kan det føre til inflammations- og cancertilstande i bugspytkirtlen.

Alkohol kan give skader på muskelvæv, heriblandt hjertemuskulaturen (kardiomyopati) og kan generelt påvirke det kardiovaskulære. Blandt andet er overforbrug af alkohol en af de vigtigste kendte risikofaktorer for hypertension og højt alkoholforbrug medfører øget risiko for apopleksi.

Desuden kan der ses skader i forbindelse med alkoholrelaterede ulykker og vold.

Infektionssygdomme

I Sundhedsstyrelsens opgørelse af sundhedsrelaterede konsekvenser af stofmisbrug (26) angives, at der i 2023 blev registreret 7 HIV-tilfælde hvor den smittede havde samtidigt IV-misbrug. Dette er et fald i forhold til 2022, hvor der blev registreret 19 tilfælde, og 10 tilfælde i 2021. I alt har der siden 2014 været registreret mellem 138 og 285 tilfælde per år på landsplan – med det laveste antal i 2021. Andelen af nye konstaterede AIDS-tilfælde, hvor smittemåden var anmeldt som intravenøst stofbrug, har i perioden ligget mellem 0 og 7 pct. af de samlede antal anmeldte AIDS-tilfælde.

Antallet af registrerede tilfælde af hepatitis B og C i hele befolkningen har været relativt stabil med et lille fald i perioden fra 2014 til 2023. I perioden fra 2014 til 2022 har andelen af akutte hepatitis-tilfælde, hvor smittemåden er anmeldt som værende intravenøst stofbrug, varieret mellem 0 og 42 pct. for hepatitis B og mellem 25 og 83 pct. for hepatitis C. Andelen af kronisk hepatitis-tilfælde, hvor smittemåden er anmeldt som værende intravenøst stofbrug, har i samme periode ligget mellem 1 pct. og 8 pct. for hepatitis B og mellem 57 pct. og 78 pct. for hepatitis C.

Det må forventes at antallet af tilfælde med infektionssygdomme relateret til stofbrug er underdiagnosticeret, da en stor andel af personer med stofmisbrug ikke screenes regelmæssigt for disse tilstande.

Seksuel sundhed

Mennesker med svær psykisk lidelse udsættes langt oftere for seksuel vold end baggrundsbefolkningen og rusmiddelbrug øger risikoen yderligere da rusmiddelbrug kan medføre nedsat dømmekraft og perioder med bevidsthedspåvirkning. Derudover kan rusmiddelafhængighed fører til færden i et risikofyldt miljø samt føre til salg af seksuelle ydelser (27). Grundet øget risikoadfærd, herunder ubeskyttet sex, er der øget risiko for seksuelt overførte sygdomme samt uønsket graviditet (28-30).

Borgere med samtidig psykisk lidelse og rusmiddelbrug har således øget risiko på flere områder inden for seksuel og reproduktiv sundhed, hvorfor oplysninger om seksualadfærd og prævention indgår i den somatiske udredning.

Det anbefales i øvrigt at have opmærksomhed på tuberkulose, KOL og øvrige livstilssygdomme.

Patientværdier og –præferencer

Tandstatus har stor betydning for rusmiddelbrugerne af hensyn til lindring af smerteproblemer samt bedring af social funktion (9). Bedring af tandstatus kan således have en positiv virkning i forhold til overordnet sundhedstilstand samt patienternes oplevede livskvalitet. Klinisk er det erfaringen at de fleste patienter ønsker at have foretaget somatisk udredning og erkendelse og behandling af somatiske tilstande kan medvirke til at styrke behandlingsalliancen.

Rationale

Anbefaling 18–20 er adapteret fra anbefaling 22 i den norske ROP-retningslinje (9). Den oprindelige anbefaling bygger på evidensniveau 3 (anbefalingsgrad B), som videreføres til de tre adapterede anbefalinger. Opdelingen af den oprindelige anbefaling i tre selvstændige anbefalinger vurderes at være understøttet af evidensgennemgangen på side 49–53 i ROP-retningslinjen.

Praktiske overvejelser angående anbefaling 18-20

Udredning af patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal være helhedsorienteret, og udredningsforløbet skal tilpasses den enkelte patients aktuelle tilstand, funktionsevne og livssituation. Udredning og behandling af rusmiddellidelse og anden psykisk lidelse kræver en tværfaglig og ofte tværsektoriel indsats med inddragelse af netværket. Når retningslinjen implementeres, er det vigtigt at udvise organisatorisk og klinisk fleksibilitet for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

For at kunne foretage en somatisk udredning er det nødvendigt at kende de enkelte rusmidlers potentielle somatiske skadevirkninger. Udredningen omfatter oplysninger om, hvilke rusmidler patienten bruger, og i hvilket omfang. Den omfatter også oplysninger om, hvordan de forskellige rusmidler indtages, så eventuelle skadevirkninger og relaterede sygdomme kan udredes. Desuden indgår viden om patientens rusmiddelmiljø for at afdække eventuelle relaterede somatiske tilstande og risici, fx vold og hovedtraumer, seksuel risikoadfærd og manglende prævention.

Ved somatiske skadevirkninger af rusmiddelbrug kan der være behov for en tværfaglig indsats, der involverer kommunale aktører, andre sygehusafdelinger og behandlingstilbud samt patientens praktiserende læge. Hos en del patienter med rusmiddellidelse vil afholdenhed ikke være et realistisk mål, og der bør derfor iværksættes skadesreducerende tiltag.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 18-20 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☐ Ja ☒ Ved ikke ☐

Ved ja, angiv da anbefalingens nr.: 18, 19 og 20

Det vurderes at der er behov for uddannelse og kvalificering af sundhedspersoner ved implementering af anbefaling 18-20 og at implementeringen muligvis vil medføre øjet tidsforbrug af personalemæssige ressourcer. Da alle psykiatriske patienter i udredningsforløb i forvejen bør screenes for somatisk lidelse og patienter i behandlingsforløb bør få foretaget somatisk undersøgelse, er forfattergruppen i tvivl om anbefalingerne vil få væsentlig sundhedsøkonomiske konsekvenser relateret til personalekvalificering og ressourcer.

Afklaring af funktionsniveau og psykosociale forhold

21. Patientens psykosociale forhold skal kortlægges i forbindelse med den psykiatriske udredning (B)
22. Der skal foretages vurdering af voldsrisiko (B)
23. Afklaring af funktionsniveau skal indgå som en del af den psykiatriske udredning. Der kan ud fra en individuel vurdering være behov for yderligere funktionsafklaring og funktionsbeskrivelse, herunder eventuelt afklaring af specifikke funktioner (D)

Ad anbefaling 21-22

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 21–22 er adapteret fra anbefalinger i den norske ROP-retningslinje vedrørende *Utreddning av psykososiale forhold* og *'Utreddning av voldsrisiko'* (9). Evidensgrundlaget er beskrevet på side 51–54 i ROP-retningslinjen. Ved tilpasningen til dansk kontekst er der desuden inddraget data fra rapporter fra VIVE (3, 31).

Den norske ROP-retningslinje (9) anbefaler, at der foretages en kortlægning af patientens boligsituation, familie og netværk, ernæring og helbred og eventuel kriminalitet. Retningslinjen anbefaler desuden, at adfærdsmønstre, der indebærer en risiko for voldelig adfærd, udredes, så der kan iværksættes relevante behandlings- og opfølgningstiltag. Nedenstående er overtaget fra den norske retningslinje, medmindre en anden reference er angivet.

Boligsituation

Tal fra et dansk registerstudie og rapporter fra VIVE viser, at hjemløshed er mere udbredt blandt patienter med dobbeltdiagnose (31). Generelt er der flere hjemløse mænd end kvinder, men for kvinder øger samtidig psykisk lidelse og rusmiddelproblematik risikoen for hjemløshed mere end for mænd. Ifølge det danske registerstudie er risikoen for hjemløshed 6,5 gange højere for mænd med dobbeltdiagnose og 13 gange højere for kvinder med dobbeltdiagnose. Derudover er der en gruppe, som har en bolig, men som ikke er i stand til at bo alene eller opholde sig i boligen, og som dermed er funktionelt hjemløse.

Familie og netværk

Nogle patienter har et begrænset netværk, som primært kan bestå af personer, der også er socialt udsatte og har psykiske vanskeligheder eller rusmiddelbrug eller er en del af det kriminelle miljø.

Økonomi og beskæftigelse

Der er stor variation i indtægtsforhold og gæld blandt mennesker med dobbeltdiagnose, men ifølge tal fra VIVE har en stor del af mennesker med dobbeltdiagnoseproblematik økonomiske udfordringer (2, 3). VIVE rapporten fra 2020 (2) anslår at 26-36 % af mennesker med dobbeltdiagnose er i beskæftigelse. VIVE rapporten fra 2024 (3) omhandlende uge fra 18- 24 år, anslår at ca 19 procent af de unge med dobbeltdiagnose er i beskæftigelse.

Økonomi og beskæftigelse

Der er stor variation i indkomstforhold og gæld blandt mennesker med dobbeltdiagnose, men ifølge VIVE har en stor del af dem økonomiske udfordringer (2). VIVE-rapporten fra 2020 (2) anslår, at 26–

36 % af mennesker med dobbeltdiagnose er i beskæftigelse. VIVE-rapporten fra 2024 (3) om unge i alderen 18–24 år anslår, at ca. 19 % af de unge med dobbeltdiagnose er i beskæftigelse.

Kriminalitet og voldsrisiko

Der er en højere forekomst af vold og kriminalitet blandt patienter med dobbeltdiagnose, som i større eller mindre grad hænger sammen med rusmiddelproblematikken og den psykiske lidelse. VIVE-rapporterne fra 2020 og 2024 (2, 3) viser, at mennesker med dobbeltdiagnose oftere er i kontakt med det strafferetlige system. Klinisk erfaring viser, at en del patienter har gæld i det kriminelle miljø, og at nogle begår kriminalitet eller sælger seksuelle ydelser for at skaffe penge til rusmidler eller til at betale gæld i det kriminelle miljø.

Det er vigtigt at afdække kriminalitet, herunder typen af kriminalitet, årsagerne og de situationer, den finder sted i. Formålet er at kunne iværksætte sociale eller behandlingsmæssige tiltag, der kan forebygge fremtidig kriminalitet. Afdækningen er også vigtig for vurderingen af voldsrisiko.

Voldsrisikovurdering i psykiatrien er en systematisk proces, der skal forudsige og forebygge aggressiv og voldelig adfærd mod personale og medpatienter. Den bygger på kliniske observationer, anamnese og validerede screeningsredskaber som fx BVC og V-RISK-10 (32-34).

Patientværdier og –præferencer

Patienter med dobbeltdiagnose kan have et så kaotisk liv, at deres basale livsvilkår er truet. Det er derfor nødvendigt at etablere de grundlæggende rammer i form af tilstrækkelige sociale støtteforanstaltninger. Det skal først og fremmest forbedre patienternes livsvilkår, men det er også en forudsætning for en psykiatrisk udredning, at patientens basale behov er dækket. Det er vigtigt at tage højde for patientens kultur, interesser og værdier for at nå frem til en fælles forståelse af problemer, udfordringer og ressourcer og dermed kunne pege på, hvilke sociale støtteforanstaltninger der skal iværksættes. Det kan dog være en udfordring, hvis patienten har nedsat indsigt i egen tilstand eller situation, herunder nedsat sygdomsindsigt, og derfor afviser relevante sociale tiltag som fx botilbud eller modsætter sig behandling. Tilgangen bør være motiverende, og skadesreducerende tiltag bør iværksættes ud fra princippet om mindste middel. Patienten kan dog være i en tilstand, hvor tvangsforanstaltninger er nødvendige, jf. lovgivningen. Pårørende eller andet netværk bør inddrages i udredningsforløbet.

Rationale

Anbefaling 21 er adapteret fra anbefaling 23 i den norske ROP-retningslinje (9), men er i nærværende retningslinje formuleret mere overordnet, idet de enkelte delelementer beskrives i afsnittet *Litteratur og evidensgennemgang*. Forfattergruppen vurderer, at denne tilpasning ikke ændrer anbefalingens faglige grundlag, hvorfor evidensniveau 3 og anbefalingsgrad B videreføres til den adapterede anbefaling.

Anbefaling 22 er tilpasset fra anbefaling 29 i den norske ROP-retningslinje (9). Den oprindelige anbefaling bygger på evidensniveau 3 (anbefalingsgrad B), og denne gradering er videreført til den tilpassede anbefaling.

Kortlægning af patientens aktuelle psykosociale forhold, herunder boligsituation, familie, netværk, kultur, økonomi, arbejde eller uddannelse og eventuel kriminalitet, indgår i den psykiatriske udredning. Det samme gælder anamnesticke oplysninger om disse forhold, jf. anbefaling 7.

Det er vigtigt at afdække de psykosociale forhold, så der i samarbejde med kommunen og patientens netværk kan iværksættes sociale støtteforanstaltninger og andre tiltag. Det skal forbedre patientens

generelle livskvalitet, sundhed og funktionsniveau, men det er også nødvendigt for at sikre rammerne for udredningen, herunder behandlingscompliance. Desuden er oplysninger fra informanter ofte værdifulde i udredningen.

Forfattergruppen vurderer, at kortlægning af patientens psykosociale forhold og vurdering af voldsrisiko er nødvendige elementer i en fagligt forsvarlig psykiatrisk udredning. Anbefalingerne er derfor formuleret med "skal", da de vurderes at være afgørende for den videre diagnostik, behandlingsplanlægning og patientsikkerhed og er i overensstemmelse med god klinisk praksis.

Ad anbefaling 23

Litteratur og evidensgennemgang

Anbefaling 23 er konsensusbaseret og bygger på forfattergruppens vurdering af god klinisk praksis. Anbefalingen understøttes af den norske ROP-retningslinje (9), hvor afdækning af funktionsniveau indgår som en del af udredningen, samt af øvrige diagnosespecifikke retningslinjer i DMPG-regi (14, 22, 23).

Begrebet funktionsevne beskriver en persons mulighed for aktivitet og deltagelse i dagligdagen og i samfundslivet. Afklaringen af funktionsniveauet omfatter de psykosociale forhold, der er beskrevet i anbefaling 21.

Den Internationale Klassifikation af Funktionsevne, Funktionsevnenedsættelse og Helbredstilstand (ICF) er både en teoretisk model for den biopsykosociale forståelse og et redskab til systematisk beskrivelse af funktionsevnen. Med ICF er det muligt at beskrive en borgers eller patients funktionsevne med fokus på krop, aktivitet og deltagelse samt de helbredsmæssige og kontekstuelle faktorer, der påvirker funktionsevnen (35).

Aktivitet betegner en persons udførelse af opgaver eller handlinger på individniveau, mens aktivitetsbegrænsninger er de vanskeligheder, personen har med at udføre aktiviteten. Aktiviteter kan være basale personlige eller praktiske gøremål (ADL-funktioner), fx gangfunktion, madlavning og personlig hygiejne.

I psykiatrien anvendes GAF ofte til at vurdere det psykosociale funktionsniveau. GAF er en generisk vurderingsskala, som kan anvendes til alle psykiatriske patienter på tværs af diagnoser. Den bruges til at vurdere sværhedsgraden af den psykiske lidelse, men hos patienter med dobbeltdiagnose er funktionsniveauet påvirket af både rusmiddelbrug og psykisk lidelse samt af øvrige personlige og omgivelsesmæssige faktorer (36).

Udredning af patientens funktionsniveau indgår direkte eller indirekte i den psykiatriske udredning. Funktionspåvirkning kan enten være et diagnostisk kriterium, fx ved udredning for primær opmærksomhedsforstyrrelse, eller mere indirekte sige noget om sværhedsgraden af den psykiske tilstand. Afklaringen af funktionsniveauet har dermed diagnostisk betydning.

Udredning af funktionsniveauet er også nødvendig for at afklare eventuelle barrierer for udredning eller behandling. En udredning af funktionsniveau, herunder psykosociale forhold, kan således have til formål at beskrive funktionsniveauet og anbefale de sociale og kommunale støtteforanstaltninger, der er nødvendige for at sikre rammerne for den psykiatriske udredning og behandling. Funktionsniveauet har desuden betydning for, hvilke behandlingsmuligheder der er relevante.

Der kan ud fra en individuel vurdering være behov for yderligere funktionsafklaring med en grundig funktionsbeskrivelse eller en beskrivelse som undersøger specifikke vanskeligheder.

Patientværdier og –præferencer

Afklaring af funktionsniveauet er vigtigt for at kunne anbefale og iværksætte relevante støtteforanstaltninger og eventuelle behandlingsmæssige tiltag som har betydning for patientens levevilkår, livskvalitet og helbred. Det er dog vigtigt at tage højde for patientens værdier og interesse for at finde frem til en fælles forståelse af problemer, udfordringer og ressourcer for at kunne pege på hvilke sociale støtteforanstaltninger der skal sættes i værk. Dette kan udfordres af, at patienter f.eks. kan have nedsat sygdomsindsigt og afviser relevante sociale tilbud eller modsætter sig behandling. Der bør være en motiverende tilgang med inddragelse af netværk.

Rationale

Anbefaling 23 er konsensusbaseret og bygger på forfattergruppens vurdering af god klinisk praksis. Anbefalingen er desuden i overensstemmelse med øvrige diagnosespecifikke udredningsretningslinjer i DMPG-regi. Forfattergruppen vurderer, at afklaring af patientens funktionsniveau er en nødvendig del af den psykiatriske udredning og har væsentlig betydning for den diagnostiske vurdering, behandlingsplanlægning samt vurdering af behov for støtte- og rehabiliteringsindsatser. Anbefalingen er derfor formuleret med *skal* på trods af det begrænsede evidensgrundlag.

Praktiske overvejelser angående anbefaling 21-23

Udredning af patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal være helhedsorienteret, og udredningsforløbet skal tilpasses den enkelte patients aktuelle tilstand, funktionsevne og livssituation. Udredning og behandling af rusmiddellidelse og anden psykisk lidelse kræver en tværfaglig og ofte tværsektoriel indsats med inddragelse af netværket. Når retningslinjen implementeres, er det vigtigt at udvise organisatorisk og klinisk fleksibilitet for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Patientens psykosociale forhold kan afklares af sundhedspersonale. Det er vigtigt at afklare, hvordan rusmiddelbruget påvirker disse forhold, så der kan iværksættes relevante sociale støtteforanstaltninger og andre tiltag. Det kan fx være væsentligt at afklare, om patienten sælger seksuelle ydelser eller begår kriminalitet for at betale for rusmidler. Afklaring af patientens økonomi, netværk, boligsituation og funktionsniveau er nødvendig for at kunne iværksætte tiltag og sikre tilstrækkelige rammer for den psykiatriske udredning.

En grundig afklaring af patientens funktionsniveau ved hjælp af specifikke undersøgelser og test kræver sundhedspersonale, der er kvalificeret til det

Sundhedsøkonomiske konsekvenser ved enkelte anbefalinger

Skønnes implementeringen af anbefaling 21- 23 at medføre ændringer i ressourceforbrug eller driftsbudget (arbejdsgange, personaletid, apparatur mv.) i forhold til nuværende praksis?

Nej ☐ Ja ☐ Ved ikke ☒

Afklaring af funktionsniveauet er en del af den generelle psykiatriske udredning. Hos patienter med samtidig rusmiddellidelse og psykisk lidelse vurderes afklaringen dog at kunne være mere tidskrævende, da patientgruppen oftere har komplekse problemstillinger og flere psykosociale belastninger.

5. Referencer

1. Organization. WH. Lexicon of alcohol and drug terms. Switzerland: World Health Organization; 1994.
2. Benjaminsen L, Enemark MH. Brug af velfærdssystemet blandt borgere med misbrug - En registerbaseret analyse af de samfundsøkonomiske aspekter af stof- og alkoholmisbrug. København K, Danmark: VIVE – Viden til Velfærd; Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2020. <https://www.vive.dk/media/pure/15640/5378245>.
3. Benjaminsen L, Enemark MH. Brug af velfærdssystemet blandt unge med dobbeltdiagnose – En registerbaseret undersøgelse af brug af indsatser og ydelser blandt unge med både en psykisk lidelse og et misbrug. VIVE – Viden til Velfærd; Det Nationale Forsknings- og Analysecenter for Velfærd; 2024. <https://www.vive.dk/media/pure/ov94m95z/25564005>.
4. 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):411–9, doi: 10.1080/08039488.2022.2134921.
5. Mårtensson S, Johansen KS, Hesse M, Jobe LB, Düring SW. Changes in co-occurring substance diagnosis among patients admitted to psychiatric treatment over a twenty-year period. Acta Psychiatr Scand. 2022;145(2):226–8, doi: 10.1111/acps.13389.
6. Sundhedsstyrelsen, Social og Boligstyrelsen. Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. 2300 København S; 2023 07.09.2023. Report No.: 978-87-7014-566-4, <https://www.sst.dk/media/aowkubd0/visitationsretningslinje-dobbeltdiagnose.pdf>.
7. Nilsson SF, Laursen TM, Hjorthøj C, Nordentoft M. Risk of homelessness after discharge from psychiatric wards in Denmark: a nationwide register-based cohort study. Acta Psychiatr Scand. 2019;140(5):477–89, doi: 10.1111/acps.13082.
8. Priester MA, Browne T, Iachini A, Clone S, DeHart D, Seay KD. Treatment Access Barriers and Disparities Among Individuals with Co-Occurring Mental Health and Substance Use Disorders: An Integrative Literature Review. Journal of Substance Abuse Treatment. 2016;61:47–59, doi: 10.1016/j.jsat.2015.09.006.
9. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig rus- og psykisk lidelse – ROP-lidelser. 2022 13.06.2022. Report No.: 978-82-8081-246-9, <https://www.helsebiblioteket.no/innhold/lenker/retningslinjer-og-veiledere/rus/rop-lidelser-nasjonal-faglig-retningslinje-for-utredning-behandling-og-oppfolging-av-personer-med-samtidig-ruslidelse-og-psykisk-lidelse>.
10. Marel C, Mills KL, Kingston R, Gournay K, Deady M, Kay-Lambkin F, et al. Guidelines on the Management of Co-occurring Alcohol and Other Drug and Mental Health Conditions in Alcohol and Other Drug Treatment Settings. 2nd Edition ed. Sydney, Australia: Centre of Research Excellence in Mental Health and Substance Use, National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales; 2016.
11. Bertelsen A. WHO ICD-10: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser - Klassifikation og Diagnostiske kriterier: Munksgaard; 2000 28. februar 2000.
12. Bohn MJ, Babor TF, Kranzler HR. The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): validation of a screening instrument for use in medical settings. J Stud Alcohol. 1995;56(4):423–32, doi: 10.15288/jsa.1995.56.423.
13. Hildebrand M. The Psychometric Properties of the Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT): A Review of Recent Research. J Subst Abuse Treat. 2015;53:52–9, doi: 10.1016/j.jsat.2015.01.008.

14. Gruppe DMP. Skizofreni og andre primære psykoselidelser - diagnostisk udredning af børn, unge og voksne. DMPG Skizofreni; 2023. <https://www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-skizofreni/skizofreni-og-andre-primare-psykoselidelser---diagnostisk-udredning-af-born-unge-og-voksne/>.
15. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Kbh.: Nota; 2017. Available from: <https://nota.dk/bibliotek/bogid/634679>.
16. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie PuND. Screening, Diagnose und Behandlung alkoholbezogener Störungen. Leitlinie. 2020, doi:
17. DSKB. Retningslinje for misbrugsanalysering for klinisk biokemiske laboratorier. 2022. https://dskb.dk/wp-content/uploads/2022/05/DSKB-Misbrugsretningslinje_version-2_2022_final.pdf.
18. Association AP. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Text Revision (DSM-5-TR): American Psychiatric Association; 2022.
19. Wing JK, Sartorius N, Üstün TB. Diagnosis and Clinical Measurement in Psychiatry : a reference manual for SCAN. Cambridge, UK ;: Cambridge University Press; 1998.
20. Pedersen K, Bertelsen A. Present state examination. Ny udgave 2018 ed. Kbh.: Munksgaard; 2018.
21. Nishiyama T, Sumi S, Watanabe H, Suzuki F, Kuru Y, Shiino T, et al. The Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia Present and Lifetime Version (K-SADS-PL) for DSM-5: A Validation for Neurodevelopmental Disorders in Japanese Outpatients 2019.
22. Dansk Multidisciplinær Psykiatri Gruppe D. Udredning for depression hos børn, unge og voksne. DMPG Depression; 2025. <https://www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-depression/udredning-for-depression/>.
23. Gruppe DMP. Udredning af ADHD hos voksne i hospitalsregi. DMPG ADHD; 2023. <https://www.dmpg.dk/dmpgerne/dmpg-adhd/udredning-af-adhd-hos-voksne-i-hospitalsregi/>.
24. Lien L, Lien N, Heyerdahl S, Thoresen M, Bjertness E. Consumption of Soft Drinks and Hyperactivity, Mental Distress, and Conduct Problems Among Adolescents in Oslo, Norway. American Journal of Public Health. 2006;96(10):1815–20, doi: 10.2105/AJPH.2004.059477.
25. Gesch CB, Hammond SM, Hampson SE, Eves A, Crowder MJ. Influence of Supplementary Vitamins, Minerals and Essential Fatty Acids on the Antisocial Behaviour of Young Adult Prisoners: Randomised, Placebo-Controlled Trial. The British Journal of Psychiatry. 2002;181(1):22–8, doi: 10.1192/bjp.181.1.22.
26. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsrelaterede konsekvenser 2024: Narkotikasituationen i Danmark 2024 - Delrapport 4. København: Sundhedsstyrelsen; 2025. <https://www.sst.dk/udgivelser/2025/Narkotikasituationen-delrapport-4-2024>.
27. Khalifeh H, Moran P, Borschmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. Psychol Med. 2015;45(4):875–86, doi: 10.1017/s0033291714001962.
28. Meade CS. Sexual risk behavior among persons dually diagnosed with severe mental illness and substance use disorder. Journal of Substance Abuse Treatment. 2006;30(2):147–57, doi: 10.1016/j.jsat.2005.11.005.
29. Terplan M, Hand DJ, Hutchinson M, Salisbury-Afshar E, Heil SH. Contraceptive use and method choice among women with opioid and other substance use disorders: A systematic review. Preventive Medicine. 2015;80:23–31, doi: <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2015.04.008>.
30. Sundhedsstyrelsen. Familieambulatorier 2023 [cited 2026 13. oktober]. Available from: <https://www.sst.dk/vidensbase/graviditet-og-smaaboern/svangreomsorgen/familieambulatorier>.

31. Benjaminsen L. Hjemløshed i Danmark 2026 - National kortlægning. København K; 2026. <https://www.vive.dk/media/pure/4z6bg0ov/31475673>.
32. Kös T, Bräunig P, Hausam J. The predictive validity of the V-RISK-10 and BVC among involuntarily admitted patients. *Front Psychiatry*. 2024;15:1342445, doi: 10.3389/fpsyt.2024.1342445.
33. Psykiatriakademiet. Vurdering af voldsrisiko med V-RISK-10 (AUH): Region Midtjylland; [Available from: <https://www.psykiatriakademiet.rm.dk/kursuskatalog/v/vurdering-af-voldsrisiko-med-v-risk-10-auh/>].
34. Hvidhjelm J. BRØSET VIOLENCE CHECKLIST (BVC). https://www.psykiatri-regionh.dk/centre-og-social-tilbud/Psykiatriske-centre/Psykiatrisk-Center-Sct.-Hans/forskning/Documents/Metoder/4_BR%C3%98SET%20VIOLENCE%20CHECKLIST.pdf.
35. Statens Serum Institut. ICF: International klassifikation af funktionsevne, funktionsevnenedsættelse og helbredtstilstand: Munksgaard; 2003.
36. Pedersen G, Karterud S. The symptom and function dimensions of the Global Assessment of Functioning (GAF) scale. *Compr Psychiatry*. 2012;53(3):292–8, doi: 10.1016/j.comppsy.2011.04.007.
37. Thylstrup B, Jobe LB, Schrøder S, Johansen KS. Unge og dobbeltdiagnose: Rapport 1. Retningslinjer om udredning og behandling uden for Danmark. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet; 2023. https://psy.au.dk/fileadmin/site_files/filer_rusmiddelforskning/dokumenter/rapporter/2023/Rapport_1._Unge_og_dobeltdiagnose_-_Udenlandske_retningslinjer_om_udredning_og_behandling.pdf.
38. Johansen KS, Schrøder S, Jobe LB, Thylstrup B. Unge og dobbeltdiagnose: 2. Rapport om nationale retningslinjer om udredning og behandling i Danmark. Aarhus: Psykologisk Institut, Aarhus Universitet; 2023. <https://pure.au.dk/portal/da/publications/unge-og-dobeltdiagnose-2-rapport-om-nationale-retningslinjer-om-/>.
39. Midt R. Udredning i psykiatrien, fælles psykiatri, regional retningslinje. <https://e-dok.rm.dk/app/documents/XC1257E0B003E499DC1258D31004C38C6?db=RM>.
40. Sundhedsstyrelsen. Oversigt over stoffer 2025 [cited 2026 13. oktober].
41. Gruppe DMP. Udredning af ADHD hos børn og unge i hospitalsregi og speciallægepraksis. DMPG ADHD; 2025. <https://www.dmpg.dk/siteassets/02-dmpger/adhd/udredning-af-born-og-unge-for-adhd/dmpg-adhd---udredning-af-adhd-hos-born-og-unge-i-hospitalsregi-og-speciallagepraksis-v1.0.pdf>.
42. Alshoabi SA, Hamid AM, Gameraddin MB, Suliman AG, Omer AM, Alsultan KD, et al. Risks of khat chewing on the cardiovascular, nervous, gastrointestinal, and genitourinary systems: A narrative review. *J Family Med Prim Care*. 2022;11(1):32–6, doi: 10.4103/jfmpc.jfmpc_1254_21.
43. Kalakonda B, Al-Maweri SA, Al-Shamiri HM, Ijaz A, Gamal S, Dhaifullah E. Is Khat (*Catha edulis*) chewing a risk factor for periodontal diseases? A systematic review. *J Clin Exp Dent*. 2017;9(10):e1264–e70, doi: 10.4317/jced.54163.
44. Castellani D, Pirola GM, Gubbiotti M, Rubilotta E, Gudarù K, Gregori A, et al. What urologists need to know about ketamine-induced uropathy: A systematic review. *Neurourol Urodyn*. 2020;39(4):1049–62, doi: 10.1002/nau.24341.
45. Andrade C. Ketamine-Associated Uropathy During Therapeutic and Nontherapeutic Use: Prevalence, Clinical Features, Mechanisms, and Strategies for Risk Reduction. *J Clin Psychiatry*. 2025;86(4), doi: 10.4088/JCP.25f16083.
46. Hahn I-H. MDMA Toxicity. *Medscape*. 2023, doi:

47. Votaw VR, Geyer R, Rieselbach MM, McHugh RK. The epidemiology of benzodiazepine misuse: A systematic review. *Drug Alcohol Depend.* 2019;200:95–114, doi: 10.1016/j.drugalcdep.2019.02.033.
48. Boon M, van Dorp E, Broens S, Overdyk F. Combining opioids and benzodiazepines: effects on mortality and severe adverse respiratory events. *Annals of Palliative Medicine.* 2020;9(2):542–57, doi:

6. Metode

Litteratursøgning

Til udarbejdelsen af denne kliniske retningslinje er der taget udgangspunkt i to rapporter fra 2023, som kortlægger nationale og internationale retningslinjer for udredning og behandling af unge med dobbelt-diagnose. Rapporterne er udarbejdet i et samarbejde mellem Center for Rusmiddelforskning, Psykologisk Institut ved Aarhus Universitet og Region Hovedstadens Psykiatri (37, 38).

Rapporterne indgår som led i projektet *“Fra viden til praksis for unge med dobbeltdiagnose – afdækning af international og dansk viden om guidelines og centrale referencepunkter”*. Formålet med projektet var at skabe et fælles vidensgrundlag for øget fokus og udvikling på området for unge med dobbeltdiagnose, gennem et systematisk overblik over eksisterende nationale og internationale retningslinjer.

Projektet har resulteret i tre rapporter i serien *“Unge og dobbeltdiagnose”*, hvor:

- Rapport 1 afdækker retningslinjer fra internationale kilder (37)
- Rapport 2 afdækker retningslinjer fra Danmark (38)

De nævnte rapporter har fungeret som primær inspirationskilde til nærværende kliniske retningslinje. Vi har, med forfatterens samtykke, genanvendt deres systematiske litteratursøgning, evidensgennemgang og kritiske vurdering af de inkluderede retningslinjer.

Litteratursøgningen fra de oprindelige rapporter blev opdateret af en metodekonsulent i Retningslinjefunktionen. De oprindelige litteratursøgninger blev gennemført i januar 2022 og søgestrategierne blev genanvendt med en opdateret søgeperiode fra januar 2022 til 9. juli 2025.

Forfattergruppen bag denne kliniske retningslinje har fastsat følgende inklusionskriterier:

- Målgruppe: personer med samtidig rusmiddelproblematik og psykisk lidelse (børn, unge, voksne og ældre)
- Sprog: dansk, svensk, norsk, tysk eller engelsk
- Publikationstype: nationale og internationale kliniske retningslinjer

Der blev foretaget systematiske søgninger i følgende internationale og nordiske guideline-databaser og videnscentre: G-I-N International Guideline Library, National Institute for Health and Care Excellence (NICE, UK), Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), Norwegian Institute of Public Health/Kunnskapssenteret, Helsedirektoratet (Norge), Socialstyrelsen (Sverige), SBU – Statens beredning för medicinsk och social utvärdering (Sverige), Sundhedsstyrelsen (Danmark), Dansk Psykiatrisk Selskab, Ministry of Health (New Zealand), American Psychiatric Association (APA) – Psychiatry Online, The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP), American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (AACAP) – Practice Parameters, Addiktiv Medicin (danske retningslinjer), Karta Riktlinjer (svensk oversigt over internationale psykiatriske retningslinjer) samt NEIDA – National Evidence-based Interventions Database for Addiction.

De nationale vidensbanker fra de to rapporter blev samtidig opdateret for at sikre dækning af nypublicerede retningslinjer siden 2022. Derudover blev der gennemført supplerende søgninger i databaserne PsycInfo og PubMed samt ad hoc-søgninger via relevante faglige netværk for at identificere eventuelt overset grå litteratur.

Den fulde søgeprotokol fremgår af bilag 1.

Litteraturgennemgang

Den opdaterede litteratursøgning identificerede i alt 27 kliniske retningslinjer. Titler og abstracts blev screenet af mindst to uafhængige medlemmer af forfattergruppen, hvorefter 21 retningslinjer blev inkluderet til fuldtekstvurdering. På baggrund af de foruddefinerede inklusions- og eksklusionskriterier blev i alt otte retningslinjer vurderet som potentielt relevante og indgik i forfattergruppens systematiske kortlægning. Forfattergruppen fastsatte som inklusionskriterium, at kun retningslinjer med en AGREE II-score på mindst 70 % i domæne 3 (*Rigour of Development*) blev inkluderet, idet dette blev vurderet en forudsætning for adaptation til dansk kontekst. Alle retningslinjer blev derfor kvalitetsvurderet ved hjælp af AGREE II. For de retningslinjer, hvor der allerede forelå en AGREE II-vurdering fra rapporterne *Unge og dobbeltdiagnose*, blev disse vurderinger anvendt. De resterende retningslinjer blev AGREE vurderet af to uafhængige bedømmere fra henholdsvis Retningslinjefunktionen i SundK og forfattergruppen. Eventuelle uoverensstemmelser på mere end to point blev drøftet og afklaret ved konsensus.

De potentielt relevante retningslinjer blev herefter vurderet med henblik på adaptation. To retningslinjer opfyldte samtlige inklusionskriterier, herunder kravet om en AGREE II-score på mindst 70 % i domæne 3 (*Rigour of Development*).

På baggrund af den systematiske kortlægning, de metodiske kvalitetsvurderinger samt forfattergruppens kliniske og faglige vurderinger blev det besluttet primært at adaptere anbefalinger og dertilhørende evidensgrundlag fra *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (9).

Den norske ROP-retningslinje (9) beskriver metodegrundlag og litteratursøgning på side 19–24 i den originale publikation. Retningslinjen opnåede 77,1 % i AGREE II domæne 3 (*Rigour of Development*) samt over 70 % i fem af de seks AGREE II-domæner. Retningslinjen blev derfor vurderet at have tilstrækkelig metodisk kvalitet til adaptation i nærværende kliniske retningslinje. Den fulde AGREE II-vurdering fremgår af bilag 1.

Forfatterne bag den norske ROP-retningslinje har ikke gennemført en systematisk litteratursøgning og gennemgang vedrørende kognitiv udredning og testning af målgruppen. Der er derfor ikke identificeret et evidensgrundlag for anbefalingerne i den norske retningslinje. Forfattergruppen har på denne baggrund valgt at formulere konsensusbaserede anbefalinger, da kognitiv udredning og testning vurderes væsentlig for en fyldestgørende anamnese og udredning. Ved opdatering af nærværende retningslinje forventes gennemført en særskilt litteratursøgning efter sekundær- og primærlitteratur på området.

Sundhedsøkonomiske konsekvenser

Sundhedsøkonomen i Retningslinjefunktionen afdækker på nuværende tidspunkt, om de anbefalinger, hvor der er angivet "ja" eller "ved ikke" til potentiel merudgift, skal undersøges nærmere gennem en sundhedsøkonomisk analyse.

Formulering af anbefalinger

Forfattergruppen har i perioden maj 2025 til september 2026 holdt tre fysiske heldagsmøder samt løbende kortere onlinemøder. Evidensgrundlaget og udkastene til anbefalinger er gennemgået, drøftet og formuleret i fællesskab. Anbefalingerne blev efterfølgende behandlet ved den interne faglige høring i DMPG Rusmidler og psykiatri den 25. september 2026, hvor de indkomne bemærkninger blev gennemgået, og den endelige formulering blev fastlagt. Der har ikke været behov for formelle afstemninger, da forfattergruppen har opnået konsensus om anbefalingernes indhold og formulering.

Anbefalingerne er udarbejdet med udgangspunkt i styrken af den tilgængelige evidens og en samlet vurdering af evidensgrundlag, klinisk relevans og anvendelighed i dansk kontekst. Størstedelen af anbefalingerne og det tilhørende evidensgrundlag er tilpasset fra den norske *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser* (9). Anbefalingernes formuleringer er tilpasset dansk klinisk praksis, mens evidensgraderingerne er videreført, da begge retningslinjer anvender Oxford Levels of Evidence.

Anbefalingernes styrke er formuleret i overensstemmelse med evidensniveauet. I enkelte tilfælde er anbefalinger baseret på et lavere evidensniveau formuleret med "skal", når der foreligger bred klinisk konsensus, etableret god klinisk praksis eller et fagligt stærkt rationale for, at indsatsen bør tilbydes alle relevante patienter. Disse afvigelser fra det direkte evidensgrundlag er beskrevet og begrundet under de enkelte anbefalinger.

Afvikling af unødvendige behandlinger og procedurer

Ifølge anbefaling 5 skal urinscreeninger, alkoholpromillemåling eller blodprøver til påvisning af rusmidler ikke anvendes rutinemæssigt i forbindelse med udredning og testning, men de kan være indicerede ud fra en individuel vurdering. Ved formuleringen af anbefalingen har forfattergruppen lagt vægt på, at der er begrænset evidens for, at rutinemæssig biologisk screening for rusmidler forbedrer den diagnostiske udredning. Rutinemæssig rusmiddeltestning kan desuden opleves som kontrollerende og kan påvirke behandlingsalliancen og tilliden mellem patient og behandler negativt. Forfattergruppen vurderer derfor, at rusmiddelbrug som udgangspunkt bør afdækkes gennem dialog og patientens egen rapportering, mens biologisk screening kan anvendes som supplement ud fra en individuel klinisk vurdering.

Forfattergruppen vurderer ikke, at anbefalingen medfører en væsentlig ændring af den gældende kliniske praksis på området. Retningslinjen omhandler psykiatrisk udredning, og anbefalingen fastslår alene, at målinger til påvisning af rusmidler ikke skal foretages rutinemæssigt i forbindelse med udredning og testning. Det fremgår samtidig af anbefalingen, at test for rusmidler kan være indiceret ud fra en individuel vurdering. Der kan desuden være andre behandlingsmæssige indikationer for test, som ikke er beskrevet i denne retningslinje.

Interessentinvolvering

Patienter har ikke været direkte involveret i udarbejdelsen af denne kliniske retningslinje. Patient- og pårørendeforeninger har haft mulighed for kommentering i den offentlige høring. I DMPG Rusmidler og psykiatri sidder desuden en patient- og en pårørenderepræsentant, som har medvirket til den interne tværgående høring samt i faglige godkendelse af retningslinjen. Forfattergruppen bag retningslinjen er tværfagligt sammensat og omfatter speciallæger i psykiatri, speciallæge i Børne- og Ungdomspsykiatri samt specialpsykolog og psykologer der ikke er ansat i psykiatrien, men har relevant erfaring og kendskab på området henholdsvis med stor erfaring indenfor rusmiddelforskning og med kompetenceudviklingen på området.

Høring

Denne kliniske retningslinje har været i intern faglig høring i DMPG Rusmidler og psykiatri d. 25.09.2026 samt i offentlig høring i **perioden xxxx til xxxx**. Retningslinjen blev sendt til alle regioner, relevante faglige selskaber og patientforeninger samt gjort offentligt tilgængelig på hjemmesiden <https://www.dmpg.dk> med invitation til at afgive høringssvar.

Forfattergruppen modtog høringssvar fra xxx, ii, kk og ooo. Efter høringsperiodens afslutning gennemgik forfattergruppen samtlige høringssvar og foretog relevante justeringer af retningslinjen. Den reviderede retningslinje blev herefter sendt til endelig faglig godkendelse i DMPG Rusmidler og psykiatri.

Godkendelse

Faglig godkendelse

Angiv hvem der fagligt har godkendt retningslinjen og beskriv godkendelsesprocessen. Retningslinjens indhold skal afspejle konsensus i det faglige selskab.

Administrativ godkendelse

Dato for administrativ godkendelse udfyldes af Retningslinjefunktionen.

Behov for yderligere forskning

Fremtidig forskning bør rette sig mod udvikling og videreudvikling af redskaber, der kan støtte den diagnostiske udredning. Det er særligt vigtigt at designe studier, der kan understøtte skelnen mellem symptomer relateret til rusmiddellidelse og symptomer på anden psykisk lidelse. Der er også behov for forskning i redskaber, der kan støtte den somatiske udredning med fokus på skadevirkninger af rusmiddelbrug.

I forbindelse med udarbejdelsen af denne retningslinje er der ikke søgt litteratur om specifikke rusmidler eller specifikke psykiske lidelser. Der er heller ikke foretaget en sekundær søgning om undersøgelse og testning af den kognitive funktion ved samtidig rusmiddelbrug. Der kan derfor foreligge evidens på disse områder, som ikke er medtaget i retningslinjen.

Evidensen om udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug hos børn og unge er yderst sparsom, og det er ønskeligt, at denne gruppe bliver bedre repræsenteret i forskningen.

Der er desuden behov for mere forskning i skadesreduktion og i tilgange til patientgruppen set fra patientens perspektiv. Endelig er der behov for forskning i effekten af inddragelse af netværket og af tværfagligt og tværsektorielt samarbejde, hvor patient- og pårørendeperspektivet inddrages.

Forfattere og habilitet

- Mille Kjær Sørensen, Speciallæge i Psykiatri, Overlæge, Afdeling for Psykoser, Psykiatrien Aarhus Universitetshospital.
- Signe Wegmann Düring, Speciallæge i Psykiatri, Overlæge Ph.d., forskningslektor, Psykiatrien i Region Sjælland, Psykiatriens Forskningsenhed.
- Ole Schjerning, Speciallæge i Psykiatri, Overlæge, Ph.d., Psykiatrien i Region Syddanmark, Retspsykiatrisk Afdeling Middelfart.
- Birgitte Thylstrup, Lektor ved Psykologisk Institut, Center for rusmiddelforskning, Aarhus Universitet
- Rasmus Wistoft, Specialpsykolog, Enhed for Regionsfunktion for tjenesterelateret PTSD, Region Nordjylland
- Lasse Petersen, Autoriseret Psykolog, Privat praktiserende, Specialist i psykoterapi, Aarhus
- Jimmi Badawey, Speciallæge i Psykiatri, Børne- og ungdomspsykiatrisk Center, Region Hovedstadens psykiatri

Forfatterne til denne retningslinje arbejder eller forsker inden for psykiatrien eller har ansættelse indenfor rusmiddelforskning og har deltaget i fagligt samarbejde, herunder forskningsprojekter, udvikling af forsøgsprotokoller, undervisning og kompetenceudvikling. Det er vores opfattelse, at aktiviteterne er bredt ud over alle potentielle interessenter og derfor ikke samlet set kan opfattes som en interessekonflikt.

Patientværdier/præferencer er i retningslinjen baseret på forfattergruppens kliniske vurdering. Det har ikke været muligt for forfattergruppen at inddrage patienter og pårørende ifm. udarbejdelse af retningslinjen ud over høringssvar. Ved fremtidig revision af retningslinjen kan overvejes mere systematisk inddragelse af patienter og pårørende for bedst muligt at kvalificere patientværdier/præferencer i retningslinjen.

Plan for opdatering

Retningslinjen forventes opdateret om tre år. Såfremt den adapterede retningslinje ikke er blevet opdateret inden den planlagte opdatering af nærværende retningslinje, vil litteratursøgningen for de udvalgte anbefalinger blive opdateret. Den identificerede litteratur vil herefter blive gennemgået systematisk og vurderet på ny som en integreret del af opdateringsprocessen.

DMPG Rusmidler og psykiatri er ansvarlig for at iværksætte opdateringsprocessen og inviterer medlemmer af den eksisterende forfattergruppe samt eventuelt nye deltagere til at medvirke i arbejdet. For at understøtte den fremtidige opdatering er arbejdsprocessen arkiveret i regi af SundK. Her er dokumentation for søgestrategier, evidenstabeller, kvalitetsvurderinger af de inkluderede retningslinjer samt øvrigt relevant baggrundsmateriale gemt.

Version af retningslinjeskabelon

Retningslinjen er udarbejdet i version 1.0 af SundK retningslinjeskabelonen.

7. Monitorering

Udvikling af kvaliteten på denne kliniske retningslinjes område kan evt. understøttes af viden fra Dansk Database for Integreret Dobbeldiagnosebehandling (IDD) i regi af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

8. Implementering

Implementeringen af retningslinjen sker gennem aktiviteter i DMPG og øvrige relevante indsatser med henblik på at sikre kendskab til og anvendelse blandt relevante faggrupper. Retningslinjens centrale budskaber fastholdes, samtidig med at der tages hensyn til lokale organisatoriske og faglige forhold.

Udredning af patienter med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik skal være helhedsorienteret, og udredningsforløbet skal tilpasses den enkelte patients aktuelle tilstand, funktionsevne og livssituation. Udredning og behandling af rusmiddellidelse og anden psykisk lidelse kræver en tværfaglig og ofte tværsektoriel indsats med inddragelse af netværket. Når retningslinjen implementeres, er det vigtigt at udvise organisatorisk og klinisk fleksibilitet for at sikre en sammenhængende og helhedsorienteret indsats.

Udredning af psykopatologien og dens sammenhæng med rusmiddelbruget bør varetages af sundhedspersonale med særlige kompetencer på området, da det kræver kendskab til rusmidlernes funktion og til de fysiske og psykiske symptomer, der er forbundet med brugen af dem. Kompetencerne skal sikre, at der iværksættes relevante tiltag, herunder udredning og behandling af eventuel forgiftning, behandlingskrævende abstinenser og afdækning af skadevirkninger af rusmiddelindtaget. Kendskab til de enkelte rusmiddelgrupper er desuden afgørende for at kunne undersøge sammenhængen med psykopatologien og skelne mellem rusmiddeludløste tilstande og primære psykiske lidelser. Forfattergruppen anbefaler, at udredningen foretages af eller i samarbejde med en specialpsykolog eller speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri med særlige kompetencer på området. Udredning, diagnosticering og vurdering af behandlingstiltag bør konfereres med en speciallæge i psykiatri eller børne- og ungdomspsykiatri med særlige kompetencer på området. Psykologisk testning bør foretages af kvalificeret sundhedspersonale.

Forfattergruppen vurderer, at implementeringen af retningslinjen vil kræve ændring af eksisterende arbejdsgange, da udredningsforløbene skal tilpasses den enkelte patient. Implementeringen vurderes desuden at kræve flere personaleressourcer, og det vil være nødvendigt at tilpasse den enkelte behandlers patientantal (caseload) derefter. Der er også behov for uddannelse og kompetenceudvikling af sundhedspersonalet i forbindelse med implementeringen. Endelig kan mangel på specialiserede faggrupper, herunder speciallæger i psykiatri og neuropsykologer, blive en udfordring.

9. Bilag

Bilag 1: Søgeprotokol og kvalitetsvurdering

Titel	Udredning af psykisk lidelse ved samtidig rusmiddelbrug. Version 1.0
DMPG	Rusmidler og psykiatri
Kontakt med metodespecialist	Kamilla Horn Diedrichsen (KHD)
Tovholder	Mille Kjær
Senest udfyldt	09/07/2025

Afgrænsning af emne	
Baggrund	Udredningsprincipper for patienter med dobbeltdiagnose Denne søgning er en opdatering fra den systematiske søgning efter internationale og nationale retningslinjer omhandlende, børn og unge voksne med dobbeltdiagnose. <i>"Formålet er at bidrage til et fælles afsæt for øget fokus og udvikling i Danmark gennem et systematisk overblik over den aktuelle viden på området unge (ca. 12-25 år) med dobbeltdiagnose, opdelt i tre rapporter i serien 'Unge og dobbeltdiagnose'"</i> Rapport 1 afdækker retningslinjer fra internationale kilder (37) Rapport 2 afdækker retningslinjer fra Danmark (38) Forfatterne bag de to rapporter har stillet deres søgestrategier og metodebeskrivelse til rådighed, hvilket har muliggjort en opdatering af den eksisterende litteratursøgning som grundlag for nærværende retningslinje.
Inklusions- og eksklusionskriterier	Publikationsperiode: januar/2022-juli/2025. Population: Mennesker med rusmiddelproblematik med samtidig psykisk lidelse, børn, unge, voksne og ældre. Sprog: dansk, engelsk, norsk, svensk, tysk Publikationstyper: Nationale og internationale guidelines/kliniske retningslinjer

Søgning efter guidelines

Der blev anvendt søgetermer relateret til blandt andet *dobbeltdiagnose, samtidige psykiske lidelser og rusmiddelproblematikker*.

Databaser	Antal hits 2022-2025	Dato for søgning	Ansvarlig for søgningen
G-I-N International http://www.g-i-n.net/library/international-guidelines-library	0	08/07/2025	KHD
NICE (UK) https://www.nice.org.uk/guidance/pub-lished?type=apg.csq.cq.mpg.ph.sg.sc	0	08/07/2025	KHD
Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) http://www.sign.ac.uk/our-guidelines.html	0	08/07/2025	KHD
Kunnskapscenteret (Norge) https://www.fhi.no/div/bibliotek/	0	08/07/2025	KHD
Dansk Psykiatrisk Selskab	0	08/07/2025	KHD
Helsedirektoratet (Norge) https://helsedirektoratet.no/retningslinjer	4	08/07/2025	KHD
Socialstyrelsen (Sverige) http://www.socialstyrelsen.se/	0	08/07/2025	KHD
Sundhedsstyrelsen	2	08/07/2025	KHD
SBU (Sverige) http://www.sbu.se/en/publications/	0	08/07/2025	KHD
Ministry of Health NZ	0	08/07/2025	KHD
American Psychiatric Association (APA) Psychiatry Online	0	08/07/2025	KHD
The Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists (RANZCP) https://www.ranzcp.org/files/resources/college_state-ments/clinician/cpg/schizophrenia-disorders-cpg.aspx	0	08/07/2025	KHD
Practice Parameters (aacap.org)	0	08/07/2025	KHD
https://additivmedicin.dk/guidelines/	0	08/07/2025	KHD
Karta riktlinjer Svensk oversigt over internationale retningslinjer i psykiatrien	0	08/07/2025	KHD
NEIDA https://www.neida.co.uk/	0	08/07/2025	KHD
PsycInfo	7	08/07/2025	KHD
PubMed	10	08/07/2025	KHD
Ad hoc (netværk, google)	2	08/07/2025	KHD
Rapport opdatering Rapporter opdateret litteratursøgning.xlsx	5	08/07/2025	KHD

Søgestrategi

PsyclINFO

S15	S5 AND S11 AND S13	7 hits
S5	XB Mental health OR XB mental illness OR XB Mental vulnerability OR XB psychological disorder* OR DE "Psychiatric Patients"	
S11	TI Guideline*	
S13	S2 OR S3 OR S4	
S2	Dual diagnosis	
S3	DE "Dual Diagnosis"	
S4	DE "Substance Use and Addiction Measures" OR DE "Substance Use Disorder" OR DE "Alcohol Use Disorder" OR DE "Cannabis Use Disorder" OR DE "Drug Abuse" OR DE "Drug Dependency" OR DE "Inhalant Abuse" OR DE "Opioid Use Disorder" OR DE "Tobacco Use Disorder" OR DE "Substance Use Treatment" OR DE "Alcohol Treatment" OR DE "Drug Courts" OR DE "Protective Behavioral Strategies" OR DE "Twelve Step Programs"	

Bemærkning: Søgningen er gjort smal, grundet mange irrelevante resultater.

PubMed

(((((("Psychiatry"[MeSH Terms] OR ("Mental Health"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "Mental Health"[All Fields] OR ("mental disorders"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "mental disorders"[All Fields] OR ("mental"[All Fields] AND "illness"[All Fields]) OR "mental illness"[All Fields] OR ((("mental"[All Fields] OR "mentalities"[All Fields] OR "mentality"[All Fields] OR "mentalization"[MeSH Terms] OR "mentalization"[All Fields] OR "mentalizing"[All Fields] OR "mentalize"[All Fields] OR "mentalized"[All Fields] OR "mentally"[All Fields]) AND ("vulnerabilities"[All Fields] OR "vulnerability"[All Fields] OR "vulnerable"[All Fields] OR "vulnerables"[All Fields])) OR ((("psychologic"[All Fields] OR "psychological"[All Fields] OR "psychologically"[All Fields] OR "psychologization"[All Fields] OR "psychologized"[All Fields] OR "psychologizing"[All Fields]) AND "disorder"[All Fields]) OR "Psychiatric Patients"[All Fields]) OR "Mental Health"[MeSH Terms]) AND ("Substance Use Disorder"[Title/Abstract] OR "Alcohol Use Disorder"[Title/Abstract] OR "Cannabis Use Disorder"[Title/Abstract] OR "Drug Abuse"[Title/Abstract] OR "Drug Dependency"[Title/Abstract] OR "Inhalant Abuse"[Title/Abstract] OR "Opioid Use Disorder"[Title/Abstract] OR "Substance Use Treatment"[Title/Abstract] OR "Alcohol Treatment"[Title/Abstract] OR "Substance-Related Disorders"[MeSH Terms])) OR "diagnosis, dual psychiatry"[MeSH Terms]) AND "Guidelines as Topic"[MeSH Terms] AND ("english"[Language] AND 2022/01/01:2025/12/31[Date - Publication])) AND (english[Filter])

Translations 64 hits

(((((("Substance-Related Disorders"[MeSH Terms] OR ("substance related"[All Fields] AND "disorders"[All Fields]) OR "Substance-Related Disorders"[All Fields] OR "substance"[All Fields] OR "substance use"[All Fields] OR "Substance-Related Disorders"[MeSH Terms]) AND ("Mental Health"[MeSH Terms] OR ("mental"[All Fields] AND "health"[All Fields]) OR "Mental Health"[All Fields])) OR "Mental Health"[MeSH Terms]) AND "english"[Language]) OR "diagnosis, dual psychiatry"[MeSH Terms]) AND "english"[Language] AND "Guidelines as Topic"[MeSH Terms]) AND ((english[Filter]) AND (2022:2025[pdat]))

Bemærkning: Søgningen er gjort smal, grundet mange irrelevante resultater.

36 hits

10 hits

uploadet til
Covidence

Kvalitetsvurdering AGREE II

Tabel 1 - Vurdering af den metodiske kvalitet med AGREE II domæne 3: Rigour of development

Retningslinje og årstal	Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med samtidig ruslidelse og psykisk lidelse – ROP-lidelser, Helsedirektoratet, 2022	
	Reviewer 1	Reviewer 2
Systematisk litteratursøgning	7	7
Udvælgelseskriterier	7	7
Litteratur- og evidensvurdering	6	6
Formulering af anbefalinger	7	5
Sundhedsfordele, risici og bivirkninger	6	6
Rationale mellem evidens og anbefalinger	6	6
Interessentinvolvering	6	6
Revision og opdatering	1	1
Total	46	44
Samlet score (%)*	77,1	

*En samlet score over 70% tolkes som høj metodisk kvalitet.
Med afsæt i domæne 3, indeholdende 8 items, er 'Minimum mulig score' lig 8, imens 'Maksimum mulig score' er 56.

Tabel 2 - Fuld AGREE II vurdering af ROP-retningslinjen

AGREE II	Domain 1: Scope and Purpose		Domain 2: Stakeholder involvement		Domain 3: Rigour of development		Domain 4: Clarity of presentation		Domain 5: Applicability		Domain 6: Editorial Independence	
	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%	Total	%
Reviewer 1	21	100	19	90.4	46	77.1	21	94.4	21	68.8	11	75
Reviewer 2	21	100	21	94.4	44	71.1	19	94.4	20	68.8	11	75
*En samlet score over 70% tolkes som høj metodisk kvalitet.												

Bilag 2: AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test

Valideret screeningsredskab udarbejdet af WHO som hjælper med at identificere patienter med alkoholproblematikker. Anvendes som led i den første udredning og afklaring.

AUDIT-C

- De første 3 spørgsmål i AUDIT kaldes for AUDIT-C
- Hvis patienten samlet scorer under 4 point på de første 3 spørgsmål i skemaet, så er det ikke nødvendigt at udfylde resten af skemaet.
- Der er ikke mistanke om et alkoholproblem

Udregning:

- Spørgsmål 1-8: Svar giver 0,1,2,3 eller 4 point.
- Spørgsmål 9-10: Svar giver 0,2 eller 4 point.
- Maksimalt antal point: 40 Point.

Vurdering af resultatet

- 0-7 point (For kvinder og ældre 5-6): Der er ikke umiddelbart mistanke om alkoholforbrug.
- 8-15 point: Tyder på storforbrug af alkohol.
- 16-19 point: Tyder på et skadeligt forbrug af alkohol.
- ≥ 20 point: Tyder på alkoholafhængighed.
- HUSK: Diagnosticering skal ske med ICD-10

AUDIT Alcohol Use Disorders Identification Test

Her er et antal spørgsmål om dine alkoholvaner

Vi er taknemmelige hvis du svare så nøjagtigt og ærligt som muligt ved at markere det alternativ, der gælder for dig.

Indsæt patientmærkat

Løbenr.

1. Hvor ofte drikker du alkohol?	Aldrig ☐	1 gang om måneden eller sjældnere ☐	2-4 gange om måneden ☐	2-3 gange om ugen ☐	4 gange eller mere om ugen ☐
2. Hvor mange genstande får du typisk en dag, hvor du drikker alkohol?	1 - 2 ☐	3 - 4 ☐	5 - 6 ☐	7 - 8 ☐	9 eller flere ☐
3. Hvor ofte får du 6 genstande eller mere ved en enkelt lejlighed?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Mådeligt ☐	Ugentligt ☐	Dagligt eller næsten dagligt ☐
4. Hvor mange gange har du i løbet af det seneste år oplevet, at du ikke kunne holde op med at drikke, når du først var begyndt?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Mådeligt ☐	Ugentligt ☐	Dagligt eller næsten dagligt ☐
5. Hvor mange gange i løbet af det seneste år har dit alkoholforbrug medført, at du ikke gjorde de ting, som normalt forventedes af dig?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Mådeligt ☐	Ugentligt ☐	Dagligt eller næsten dagligt ☐
6. Hvor mange gange i løbet af det seneste år haft behov for at drikke alkohol om morgenen for at komme i gang efter et stort alkoholforbrug dagen inden?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Mådeligt ☐	Ugentligt ☐	Dagligt eller næsten dagligt ☐
7. Hvor ofte har du i løbet af det seneste år haft skyldfølelse over at have drukket, eller har fortrudt at have drukket?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Mådeligt ☐	Ugentligt ☐	Dagligt eller næsten dagligt ☐
8. Hvor mange gange har du i løbet af det seneste år været ude af stand til at huske, hvad der skete aftenen inden, fordi du havde drukket?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Mådeligt ☐	Ugentligt ☐	Dagligt eller næsten dagligt ☐
9. Er du selv eller andre kommet til skade pga. dit alkoholforbrug?	Nej ☐	Ja, men ikke inden for det sidste år ☐	Ja, inden for det sidste år ☐		
10. Har en slægtning eller ven eller læge eller andet sundhedspersonale udtrykt bekymring over dit alkoholforbrug eller forslået dig at skære ned på det?	Nej ☐	Ja, men ikke inden for det sidste år ☐	Ja, inden for det sidste år ☐		

Bilag 3: DUDIT – Drug Use Disorders Identification Test

Screeningsredskab som hjælper med at identificere patienter med rusmiddelproblematikker, der ikke er alkohol. Anvendes som led i den første udredning og afklaring.

Udregning:

- Spørgsmål 1-9: Svar giver 0,1,2,3 eller 4 point.
- Spørgsmål 10-11: Svar giver 0,2 eller 4 point.
- Maksimalt antal point: 44 point

Vurdering af resultater

- 6 point eller mere (mand over 25 år): Der er mistanke om rusmiddelproblematik.
- 7 point eller mere (mand under 25 år): Der er mistanke om rusmiddelproblematik.
- 2 point eller mere (kvinde over 25 år): Der er mistanke om rusmiddelproblematik.
- 3 point eller mere (kvinde under 25 år): Der er mistanke om rusmiddelproblematik.
- 25 point eller mere: Der er mistanke om afhængighed.
- HUSK: Diagnosticering skal ske med ICD-10

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Her er et antal spørgsmål om stoffer. Vi er taknemmelige hvis du svarer så nøjagtigt og ærligt som muligt ved at markere det alternativ, der gælder for dig.

	☐ Mand ☐ Kvinde	Alder				
1. Hvor ofte anvender du andre stoffer end alkohol? (Se listen over stoffer på bagsiden.)	Aldrig ☐	En gang om måneden eller sjældnere ☐	2-4 gange om måneden ☐	2-3 gange om ugen ☐	4 gange eller mere om ugen ☐	
2. Anvender du mere end et stof ved samme lejlighed?	Aldrig ☐	En gang om måneden eller sjældnere ☐	2-4 gange om måneden ☐	2-3 gange om ugen ☐	4 gange eller mere om ugen ☐	
3. Hvor mange gange i løbet af en typisk dag tager du stoffer, når du anvender stoffer?		0 ☐	1 - 2 ☐	3 - 4 ☐	5 - 6 ☐	7 eller mere ☐
4. Hvor ofte bliver du kraftig påvirket af stoffer?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐	
5. Har du det sidste år oplevet at din længsel efter stoffer har været så stor at du ikke kunne stå imod?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐	
6. Hvor ofte i løbet af det sidste år er det sket, at du ikke kunne stoppe med at tage stoffer når først du er begyndt?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐	
7. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du taget stoffer og så ladet være med at gøre noget som du burde have gjort?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐	
8. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du haft behov for at tage nogen form for stof om morgenen efter et stort stofindtag dagen inden?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐	
9. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du haft skyldfølelse eller dårlig samvittighed på grund af, at du har anvendt stoffer?	Aldrig ☐	Sjældnere end én gang om måneden ☐	Hver måned ☐	Hver uge ☐	Dagligt eller næsten hver dag ☐	
10. Er du eller andre kommet til skade (psykisk eller fysisk) på grund af at du har anvendt stoffer?	Nej ☐	Ja, men ikke i løbet af det sidste år ☐			Ja, i løbet af det sidste år ☐	
11. Har en slægtning eller ven, læge eller sygeplejerske eller andre været urolige for dit brug af stoffer eller sagt til dig at du bør stoppe med at tage stoffer?	Nej ☐	Ja, men ikke i løbet af det sidste år ☐			Ja, i løbet af det sidste år ☐	

Vend for at se listen over stoffer



Dansk version: Jacob Johansen, Psykiatrisk Sct. Hans, 4000 Roskilde
tlf 46 33 46 33, e-mail jacob.johansen@sct.hans.dk

© 2002 Anne H. Berman, Hans Bergman, Tom Palmstierna & Frans Schlyer, version 2
Karolinska Institutet. Frågor: anne.h.berman@ki.se

LISTE OVER STOFFER

(OBS! IKKE ALKOHOL)

Cannabis	Amfetamin	Kokain	Opiater	Hallucinogener	Oplosningsmidler	GHB og andre
Marijuana	Methamfetamin	Crack	Heroin	Ecstasy	Fortynder	GHB
Hash	Fenmetraline	Freebase	Opium	LSD	Triklorætylen	Anabolske steroider
Hasholie	Khat	Koka-blade	Rygeheroin	Mescaline	Benzin	Lattergas
	Betelnød			Peyote (kaktus)	Gas	Amylnitrit (poppers)
	Ritaline			PCP, Englestøv	Oplosningsmiddel	Antikolinergika
	(Methylphenidat)			Psilocybin (svampe)	Lim	(Disipal, Akineton)
	Dexamin			DMT		
	(Amfetamin)			Muskat		

TABLETTER - LÆGEMIDLER

Tabletter tæller som stoffer når du tager:

- lægemidler mere eller oftere end lægen har sagt du bør gøre
- tabletter for at have det sjovt, føle velbehag, blive "høj" eller for at prøve deres virkning
- tabletter du har fået fra et familiemedlem eller en ven
- tabletter du har købt på det "sorte marked" eller stjålet

SOVE/BEROLIGENDE MIDLER

Alopam	Lexotan	Risolid
Alprazolam	Midazolam	Ronal
Alprox	Mogadon	Sonata
Apodorm	Nimadorm	Stilnoct
Apozepam	Nitrazepam	Stesolid
Broman	Noctamide	Tafil
Diazepam	Oxabenz	Temesta
Dormicum	Oxapax	Trizolam
Flunipam	Oxazepam	Valaxona
Flunitrazepam	Pacisyn	Valium
Frisium	Pronoctan	Zolpidem
Halcion	Imoclone	Zonoc
Hexalid	Imovane	Zopiclone
Klopoxid	Imozop	

SMERTESTILLENDE

Abalgin	Kodimagnyl	Paracetamol
Actiq	Kodein	Paratabs
Buprenorfin	Kodipar	Perfalgan
Bupivacain-morfin	Malfin	Petidin
Contalgin	Mandolgin	Pinex
Depolan	Matrifin	Pinex comp.
Dolol	Metadon	Skopolamin
Doltrad	Metracop	Suboxone
Doloxene	Morfin	Subutex
Durogesic	Nobligan	Tadol
Fentanyl	Norspan	Temgesic
Fortamol	OxyContin	Tradolan
Jurnista	OxyNorm	Tramadol
Ketogan	Palladon	Transtec
Kodamid	Pamol	Vilan
	Panodil	

Tabletter tæller IKKE som stoffer når du har fået dem udskrevet af læge og du tager dem i rette mængde.

Bilag 4: Alkohol – E: Alcohol Use Disorders Identification Test - Ekstended

Alkohol – E er et skema til mere dybdegående udforskning af funktionen af alkohol. Skemaet bruges hos patienter med erkendt alkoholproblematik og anvendes til:

- At kortlægge alkoholforbruges
- At udforske positive og negative aspekter ved alkoholbruget
- At afdække motivation for forandring.

Alcohol - E

Alcohol Use Disorders Identification Test—Extended

Løbenr



☐ Mand ☐ Kvinde

Alder

Så ofte bruger jeg følgende alkoholholdige drikke:	Aldrig	Har drukket nogle gange	1 gang pr måned eller sjældnere	2-4 gange pr måned	2-3 gange pr uge	4 gange pr uge eller mere	Sæt et X også her hvis du mener ved tilbagefald eller enkelte episoder
Lys øl (op til 2,7 %)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Øl/alk.sodav./Cider (maks 4,7%)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stærk øl/alk. sodav./Cider (4,8% og mere)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vin (7 – 15 %)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hedvin (15 – 40 %)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spiritus (30 – 60 %)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andet med alkohol i.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvad er positivt for dig ved brug af alkohol?	Slet ikke	Lidt	Noget	Meget	Rigtig meget
1. Sover bedre.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bliver rolig og afslappet.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bliver glad.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Føler mig stærk.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Føler mig "normal".	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bliver kreativ (får mange idéer, gør kunstneriske ting)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Bliver aktiv (rydder/vasker op, vasker bilen, arbejder og lign.)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Jeg elsker alle og hele verden.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Får øget selvtillid.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Får færre smerter i ryggen, nakken, hoved osv.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Får fornemmelse af, at alt ordner sig.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Livet uden alkohol er kedeligt.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Kan bedre styre følelser som angst, vrede og depression.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Med alkohol, kan jeg fungere socialt.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Med alkohol, føler jeg at jeg er en del af gruppen.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Jeg får bedre kontakt med andre.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Jeg får mere ud af mit liv.	☐	☐	☐	☐	☐

Vend for at udfylde bagsiden

Alcohol - E

Alcohol Use Disorders Identification Test—Extended

Løbenr



☐ Mand ☐ Kvinde

Alder

Så ofte bruger jeg følgende alkoholholdige drikke:	Aldrig	Har drukket nogle gange	1 gang pr måned eller sjældnere	2-4 gange pr måned	2-3 gange pr uge	4 gange pr uge eller mere	Sæt et X også her hvis du mener ved tilbagefald eller enkelte episoder
Lys øl (op til 2,7 %)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Øl/alk.sodav./Cider (maks 4,7%)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Stærk øl/alk. sodav./Cider (4,8% og mere)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vin (7 – 15 %)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hedvin (15 – 40 %)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Spiritus (30 – 60 %)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Andet med alkohol i.....	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvad er positivt for dig ved brug af alkohol?	Slet ikke	Lidt	Noget	Meget	Rigtig meget
1. Sover bedre.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bliver rolig og afslappet.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bliver glad.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Føler mig stærk.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Føler mig "normal".	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bliver kreativ (får mange idéer, gør kunstneriske ting)	☐	☐	☐	☐	☐
7. Bliver aktiv (rydder/vasker op, vasker bilen, arbejder og lign.)	☐	☐	☐	☐	☐
8. Jeg elsker alle og hele verden.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Får øget selvtillid.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Får færre smerter i ryggen, nakken, hoved osv.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Får fornemmelse af, at alt ordner sig.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Livet uden alkohol er kedeligt.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Kan bedre styre følelser som angst, vrede og depression.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Med alkohol, kan jeg fungere socialt.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Med alkohol, føler jeg at jeg er en del af gruppen.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Jeg får bedre kontakt med andre.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Jeg får mere ud af mit liv.	☐	☐	☐	☐	☐

Vend for at udfylde bagsiden

Bilag 5: DUDIT – E: Drug Use Disorders Identification Test – Ekstended

DUDIT – E er et skema til mere dybdegående udforskning af funktionen af rusmidlernes funktion. Skemaet bruges hos patienter med erkendt rusmiddelproblematik, der ikke er alkohol, og anvendes til:

- At kortlægge specifik rusmiddelbrug
- At udforske positive og negative aspekter ved rusmiddelbruget
- At afdække motivation for forandring.

DUDIT-E
Drug Use Disorders Identification Test

Løbenr

☐ Mand ☐ Kvinde Alder

Så ofte bruger jeg følgende stoffer: (se DUDIT - liste over stoffer)

	Aldrig	Har testet det nogle gange	1 gang om måneden eller sjældnere	2-4 gange om måneden	2-3 gange om ugen	4 gange om ugen eller oftere	Sæt et X herunder hvis du mener brug ved tilbagefald eller i afgrænsede perioder
Cannabis	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Amfetaminer	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Kokain	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Opiater	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Hallucinogener	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Opfølsningsmidler	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
GHB og andre	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tabletter (sove/beroligende)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tabletter (smertestillende)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Tobak (cigaretter, cigarer, pipetobak, snus)	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Hvad er positivt for dig ved brug af stoffer?

	Slet ikke	Lidt	Noget	Meget	Absolut
1. Sover bedre.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Bliver afspændt og afslappet.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Bliver glad.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Føler mig stærk.	☐	☐	☐	☐	☐
5. Føler mig "normal".	☐	☐	☐	☐	☐
6. Bliver kreativ (får mange idéer, gør kunstneriske ting).	☐	☐	☐	☐	☐
7. Bliver aktiv (rengøring, vasker op, bilvask, arbejder og lign.).	☐	☐	☐	☐	☐
8. Jeg elsker alle og hele verden.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Får øget selvtillid.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Får færre smerter i ryg, nakke, hoved o.s.v.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Får en fornemmelse af, at alt ordner sig.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Livet uden stoffer er kedeligt.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Kan bedre styre følelser som angst, vrede og depression.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Med stoffer, kan jeg fungere socialt.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Med stoffer, føler jeg at jeg er en del af gruppen.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Jeg får bedre kontakt med andre.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Jeg får mere ud af mit liv.	☐	☐	☐	☐	☐

Vend for at udfylde bagsiden 

Hvad er negativt for dig ved af bruge stoffer?	Aldrig	Spædhere end én gang om måneden	Hver måned	Hver uge	Dagligt eller næsten hverdag
1. Jeg har i det forløbne år haft problemer på arbejde, skolen eller hjemme på grund af stoffer.	☐	☐	☐	☐	☐
2. Jeg har i det forløbne år søgt læge- eller hospital behandling eller haft medicinske problem (f.eks. hukommelsestab eller hepatitis) på grund af stoffer.	☐	☐	☐	☐	☐
3. Jeg har i det forløbne år været op at skændes eller anvendt vold, når jeg har været påvirket af stoffer.	☐	☐	☐	☐	☐
4. Jeg har i det forløbne år haft problemer med politiet på grund af stoffer.	☐	☐	☐	☐	☐
	Slet ikke	Lidt	Noget	Meget	Absolut
5. Bliver angst.	☐	☐	☐	☐	☐
6. Får selvmordstanker.	☐	☐	☐	☐	☐
7. Undgår andres selskab.	☐	☐	☐	☐	☐
8. Får hovedpine, kvalme eller opkastninger.	☐	☐	☐	☐	☐
9. Har mindre kontakt med venner.	☐	☐	☐	☐	☐
10. Har svært ved at koncentrere mig.	☐	☐	☐	☐	☐
11. Lysten til sex bliver mindre.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Ødelægger min økonomi.	☐	☐	☐	☐	☐
13. Bliver passiv.	☐	☐	☐	☐	☐
14. Får dårligere helbred.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Bliver hensynsløs.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Ødelægger mit familieliv.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Ser alt som et stort kaos.	☐	☐	☐	☐	☐

Hvad mener du om stoffer?	Slet ikke	Delvis	Ja, absolut
1. Trives du med at tage stoffer?	☐	☐	☐
2. Føler du dig træt af, at anvende stoffer?	☐	☐	☐
3. Har du i løbet af det sidste år været bekymret for dit forbrug af stoffer?	☐	☐	☐
4. Er du klar til at arbejde med at ændre dit forbrug af stoffer?	☐	☐	☐
5. Synes du, at du har brug for professionel hjælp til at ændre dit forbrug af stoffer?	☐	☐	☐
6. Tror du at du kan få den rette professionelle hjælp?	☐	☐	☐
7. Tror du at du kan blive hjulpet af professionel behandling for dit forbrug af stoffer?	☐	☐	☐
8. Synes du, at det er vigtigt at ændre dit forbrug af stoffer?	☐	☐	☐
9. Tror du det bliver vanskeligt at ændre dit forbrug af stoffer?	☐	☐	☐
10. Har du allerede ændret dit forbrug af stoffer og søger efter måder at hjælpe dig selv med at undgå tilbagefald?	☐	☐	☐

Bilag 6: Generelle screenings- og udredningsredskaber

Tabel 3 viser en oversigt over generelle screenings- og udredningsredskaber fordelt på diagnosegrupperne (F0–9). Skemaet er udarbejdet på baggrund af PSE, diagnosespecifikke DMPGer samt retningslinjen: *Udredning i psykiatrien, fælles psykiatri, regional retningslinje* fra region midt (39).

Af oversigten fremgår spørgsmål som kan bruges ved den indledende brede screening for psykopatologi i de diagnostiske kapitler F0-9. Oversigten viser også screeningsværktøjer og validerede semistrukturerede interviews som bruges til screening og til den videre udredning af de diagnosespecifikke lidelser.

Tabel 3 - Oversigt over generelle screenings- og udredningsredskaber

Kliniske temaer	Screeningsspørgsmål	Udredningsredskaber
F0: Organiske lidelser		
Svækkelse/forandring i kognitive funktioner. Psykiatriske følger til somatisk sygdom.	Vurdering/ udredning af den kognitive funktion. Kendte neurodegenerative lidelser Vurder problemer i forhold til følgende: • hukommelsen • finde ordene • skrive og regne nedsat muskelkraft, føleforstyrrelser, problemer med koordination eller andre neurologiske problemer. F.eks problemer med gangfunktion eller finere bevægelser, f.eks. til knapper og snøreband?	MMSE BASIC MoCA
F1: Misbrug		
Afhængighed, skadeligt brug	• Se denne retningslinje	DUDIT AUDIT
F2: Skizofreni, skizotypi, psykoser		
Perceptionsforstyrrelser, hallucinationer, subjektive tankeforstyrrelser, styringsoplevelser og vrangforestillinger	Perceptionsforstyrrelser • Har der været noget usædvanligt ved den måde, tingene ser ud på? • Har du haft en følelse af, at det hele var uvirkeligt? • Har du selv følt dig uvirkelig, ligesom "ikke rigtigt til stede"? Hallucinationer • Har du hørt stemmer eller lyde når der ikke var nogen til stede eller noget, der forklarede det? - eller som andre ikke kunne høre?	PSE Rorschach test DES EASE Se DMPG for udredning af skizofreni

	- Har du haft syner, som andre ikke kunne se? - eller oplevet lugt-, smags-, eller legemlige fornemmelser, som var uforklarlige? Subjektive tankeforstyrrelser - Kan du tænke klart? Eller er der noget, som forstyrrer eller påvirker dine tanker? - Kan nogen læse dine tanker? Hvordan gør de det? Styringsoplevelser - Har du oplevet, at din vilje blev erstattet af en anden vilje, så du blev styret udefra af en fremmed kraft eller magt? Vrangforestillinger - Har du haft en følelse af, at der foregik noget mærkeligt eller uforklarligt omkring dig? - Har du været genstand for påfaldende opmærksomhed? Har du modtaget besked gennem aviser eller fjernsyn? Er du blevet generet eller forfulgt? - Har du usædvanlige evner eller kræfter? Har du gjort noget galt? Har du haft andre usædvanlige oplevelser?	
F3: Affektive lidelser		
Stemningsforandring af patologisk karakter	Stemningsforandring – depressive symptomer For det adspurgte spørges ind til periodisk/varighed - Har du følt dig ked af det eller nedtrykt? - Har du haft svært ved at glæde dig over noget? - Har du tabt lysten til det hele? - Har du mistet interessen for det du plejer? - Har du tabt energien og kræfterne? Stemningsforandring – mani og hypomani For det adspurgte spørges ind til periodisk/varighed - Har du følt dig opstemt, overglad eller eksalteret? - Har du følt dig: - Konstant irriteret? - Utålmodig over for andre? - Tilbøjelig til at fare op hele tiden?	PSE YRMS HAM-D17 MAS-M Se DMPG for udredning af depression og bipolar affektiv sindslidelse
F4: Angstlidelser		
Uproportional bekymring, anspændthed og/eller uro	- Har du følt dig bange eller angst? - Optræder angsten i særlige situationer, som du måske prøver at undgå? - Hvad er du bange for? - Er du plaget af tilbagevendende tvangstanker og/eller handlinger? - Har du på noget tidspunkt været udsat for, eller vidne til, en yderst ubehagelig eller livstruende begivenhed?	PSE Y-BOCS ADIS IV ITQ HTQ

- Er du bange for alvorlig fysisk sygdom? (somatiseringstilstand)

Panikangst

- Oplever du af og til en pludselig bølge af voldsom angst eller ubehag, altså et panikanfald?
- Hvis ja: Hvor ofte sker det?
 - Frygter du at få et nyt anfald?
 - I hvilke situationer opstår panikanfaldene?

Agorafobi

- Har du tendens til at gå i panik i visse situationer, eller undgår du dem, fordi du kunne reagere med panik?

Socialfobi

- Føler du dig angst eller nervøs i sociale situationer, hvor du risikerer at blive iagttaget eller vurderet af andre, eller når du møder nye mennesker?
- Hvis ja: Hvad er du bange for i sociale situationer?

Generaliseret angst

- Har du indenfor de sidste måneder vedvarende været bekymret eller nervøs for en række situationer eller aktiviteter i hverdagen?
- Hvis ja: Hvilke slags ting bekymrer du dig over?
 - Har du været meget nedtrykt i de perioder, hvor du bekymrer dig? (depression skal udelukkes)

OCD

- Er du for tiden plaget af tilbagevendende tvangstanker, dvs. tanker, forestillinger eller tilskyndelser, der forekommer upassende eller meningsløse, uden at du kan forhindre, at de dukker op?
- Føler du dig nogle gange tvunget til at gentage en handling eller gentage noget i hovedet om og om igen i et forsøg på at mærke mindre ubehag?

PTSD

- Har du på noget tidspunkt været udsat for, eller vidne til, en yderst ubehagelig, livstruende eller traumatisk begivenhed som f.eks. overfald, voldtægt, en som bliver alvorligt såret eller dræbt, kamphandlinger, ulykker eller natur- eller menneskeskabte katastrofer?
- Hvis ja: Er du på nuværende tidspunkt plaget af tilbagevendende tanker eller mareridt om begivenheden?
 - Undgår du tanker om hændelsen, eller ting der minder om hændelsen?
 - Har du i løbet af den seneste måned været særlig opmærksom eller vagtsom, selvom der ikke har været nogen konkret fare eller trussel?

F5: Spiseforstyrrelser

Patologisk spise-mønster og/eller op-tagethed af egen vægt	• Føler du dig overvægtig eller fed? Er du bange for at blive fed? (OBS: springes over ved åbenlys overvægt) • Begrænser eller forsøger du at begrænse din spisning eller dit kalorieindtag mhp. vægttab eller undgåelse af vægtøgning? • Har du kompenserende adfærd mhp. vægttab? • Har der været tilbagevendende episoder med spiseanfald pga. ubændig spisetrang?	PSE
F6: Personlighedsforstyrrelser		
Vedvarende, utilpas-sede adfærds- og oplevelsesmønstre, der kan skade pati-enten selv eller om-givelserne	• Hvordan vil du beskrive dig selv som person? • Er dine følelser svagere eller stærkere end andres? • Gør du ting uden at overveje konsekvenserne? • Hvilken rolle har du typisk i relation til andre? (overinvolve-ret? tilbagetrukket?) • Har du på noget tidspunkt selvskadet?	SCID V LPFS-BF 2.0
F7: Mental retardering		
Markante indlæ-ringsvanskeligheder	• Har du gennemført folkeskolens fulde afgangseksamen? • Gennemførte du med hjælp eller støtte?	WAIS IV WISC-V
F8: Psykiske udviklingsforstyrrelser		
Livslange sociale samspilsvanske-ligheder, kommuni-kative vanskelighe-der og stereotyp ad-færd/særinteresser	• Er det svært for dig at: • se, hvad andre mennesker føler eller tænker bare ved at kigge på deres ansigt? • i sociale sammenhænge at vide, hvad der forventes af dig? • "læse mellem linjerne", når nogen taler? • fungere i gruppearbejde? • smalltalke? • give øjenkontakt til en anden person? • Overstimuleres du meget let ved lyd, lys, smag, lugt, berø-ring?	RAADS-14 RAADS-80 SPQ ADI-R AQ EQ ADOS Se DMPG for ud-redning af autisme-spektrum forstyr-relse
F9: Opmærksomhedsforstyrrelser		
Aktuelle og før 12-årsalderen vanske-ligheder med op-mærksomhed, kon-centration og hyper-aktivitet/impulsivitet	• Har du ofte problemer med at færdiggøre de sidste detaljer i dine projekter, specielt efter at de mere interessante dele er overstået? • Oplever du regelmæssigt problemer med at organisere op-gaver og aktiviteter? • Har du problemer med at huske aftaler eller andre forpligtel-ser?	DIVA-5 TOVA ASRS Se DMPG for ud-redning af ADHD

	• Har du tendens til at undgå eller udskyde opgaver, der kræver en længere mental indsats?	
--	--	--

Høringsversion

Bilag 7: Redskaber til undersøgelse af sammenhænge i forbindelse med udredning

Jf. anbefaling 9 anbefaler forfattergruppen, at der udarbejdes en systematisk tidslinje over både rusmiddelbrug og psykiske symptomer. Tidslinjen bør omfatte debut, udvikling, omfang og mønster af rusmiddelbruget, de anvendte rusmidler, patientens oplevelse af rusmidlernes virkning og funktion, perioder med intoksikation og abstinens samt eventuelle somatiske og psykiske følgevirkninger. Tidslinjen bør samtidig beskrive debut og udvikling af de psykiske symptomer og ændringer i funktionsniveau.

Rusmiddelbrug kan ligne, forstærke eller sløre symptomer på psykisk lidelse. Formålet med tidslinjen er at undersøge den tidsmæssige sammenhæng mellem rusmiddelbrug og psykopatologi og dermed styrke den diagnostiske afklaring. Det er særligt vigtigt at afdække, om de psykiske symptomer var til stede, før rusmiddelbruget begyndte, og om de fortsætter i perioder med reduceret rusmiddelbrug eller afholdenhed, fx under længerevarende indlæggelser. Disse oplysninger kan være afgørende for vurderingen af, om der er tale om en primær psykisk lidelse eller en rusmiddelrelateret tilstand.

Den tidsmæssige kortlægning bør desuden ses i sammenhæng med patientens livshistorie og væsentlige belastninger. Oplysninger om udviklingshistorie, traumatiske hændelser, sociale forhold og andre risikofaktorer kan bidrage væsentligt til forståelsen af symptomudviklingen. Patienter med omfattende rusmiddelbrug har en øget forekomst af traumatiske livshændelser, herunder vold, seksuelle overgreb og andre former for udsathed, hvilket kan have betydning for både symptombilledet og behandlingsbehovet.

Figur 1 illustrerer en tidslinje og figur 2 viser et flowdiagram som kan bruges til at skelne mellem rusmiddeludløst tilstand og primær psykisk lidelse. Tidslinjen og flowdiagrammet er udarbejdet på baggrund af retningslinjens anbefalinger, og dertilhørende evidensgrundlag, med inspiration fra regionalt undervisningsmateriale. Flowdiagrammet er en modificeret udgave af en tilsvarende model i undervisningsmaterialet (*Undervisningsmateriale, 2020, Lasse Petersen og Tine Holm, Team for Dobbelt diagnose, AUH Psykiatrien*)

Figur 3 illustrerer tidsmæssige sammenhænge mellem rusmiddelbrug og psykopatologi. Figuren viser øverst et forløb, hvor rusmiddelbruget debuterer før psykopatologien, og hvor symptomerne ophører ved afholdenhed eller kort tid derefter. Dette er foreneligt med rusmiddeludløste psykiske symptomer. Nederst vises et forløb, hvor symptomerne debuterer før rusmiddelbruget og fortsætter i perioder med afholdenhed. Dette er foreneligt med primær psykisk lidelse. Figuren er udarbejdet af forfattergruppen med inspiration fra undervisningsmateriale (*Undervisningsmateriale, 2020, Lasse Petersen og Tine Holm, Team for Dobbelt diagnose, AUH Psykiatrien*).

Tidslinje ved dobbeltdiagnose

Navn: _____

Dato: _____

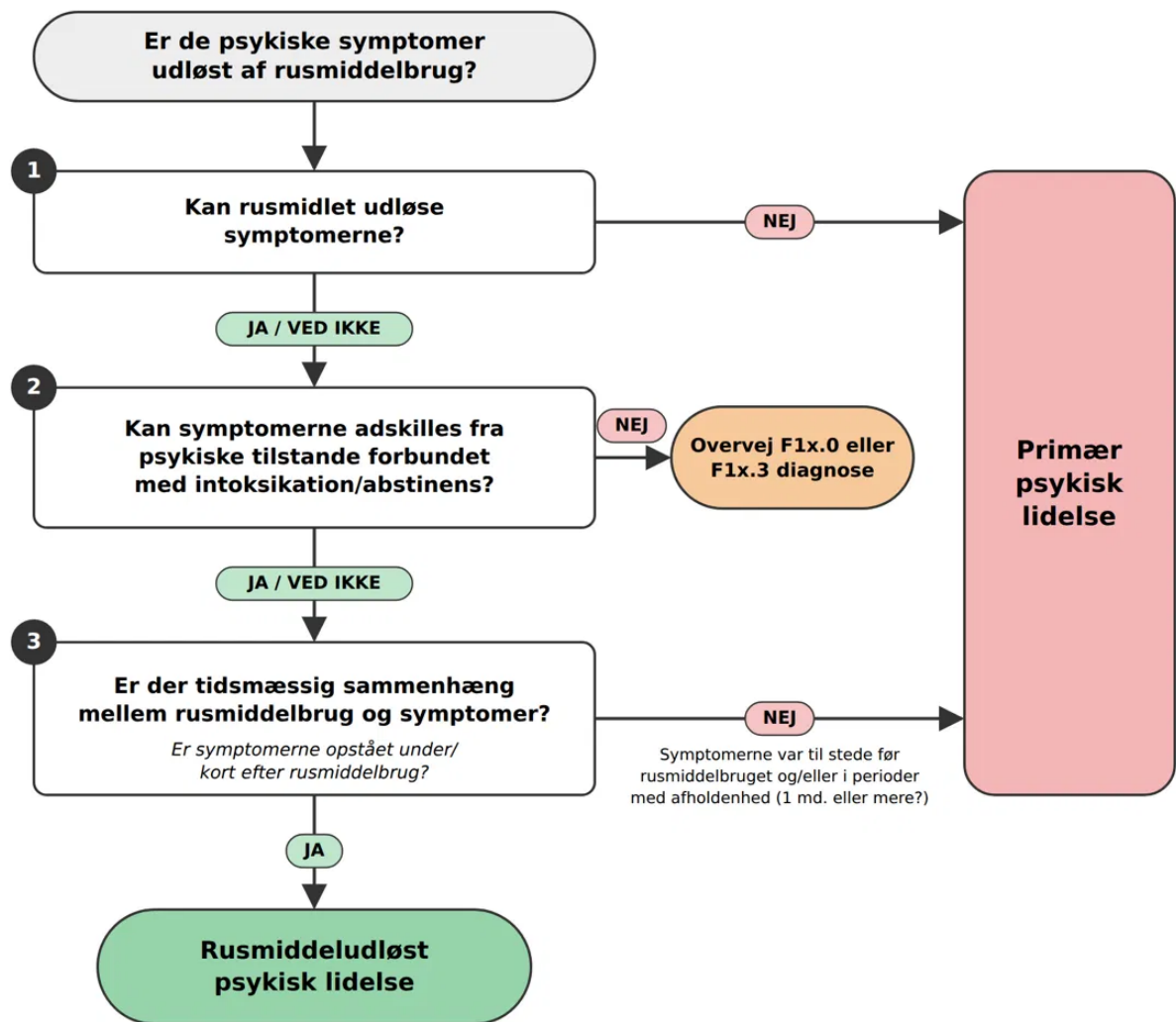
LIVSBEGIVENHEDER OG BELASTNINGER	
Vigtige livsbegivenheder og psykosociale belastninger	

RUSMIDLER	
Alkohol	
Stof 1	
Stof 2	
Stof 3	

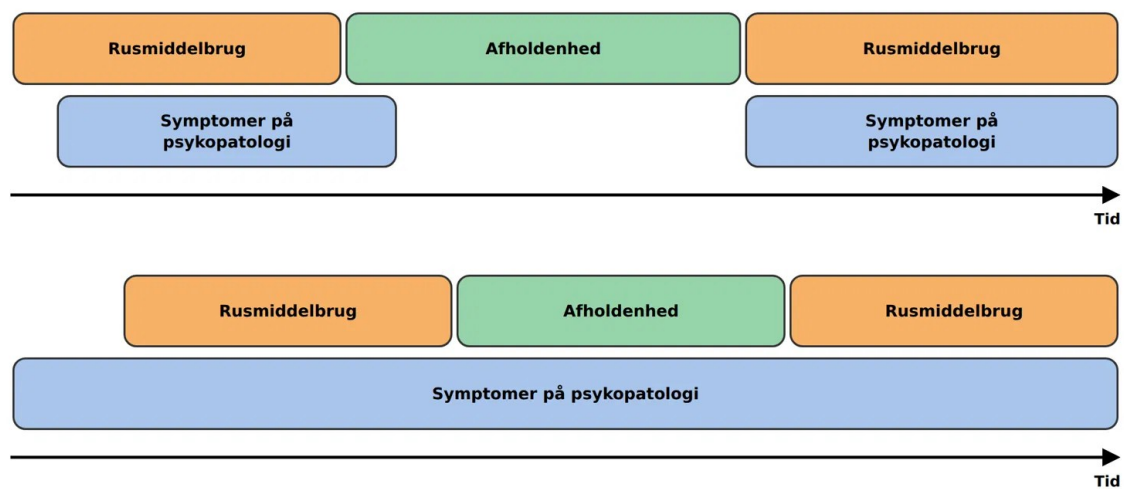
PSYKISKE SYMPTOMER	
Psykose	
Angst	
Mani ↑	
Depression ↓	
ADHD	
Andet	

Alder / årstal

Figur 1 - Tidslinje



Figur 2 - Flowdiagram



Figur 3 - Sammenhænge mellem rusmiddelbrug og psykopatologi

Bilag 8: Psykopatologi relateret til rusmiddelbrug

Bilag 8 beskriver opmærksomhedspunkter vedrørende differentialdiagnostiske vanskeligheder ved udredning af psykopatologi ved samtidig rusmiddelbrug, jf. anbefaling 10.

Oversigten i tabel 4 er udarbejdet på baggrund af den norske retningslinje (9) med inddragelse af den tyske retningslinje (16) og DMPG-retningslinjer (14).

Brug af rusmidler kan være forbundet med en subjektiv oplevelse af mindre indre ubehag, afslapning og midlertidig lindring af psykiske symptomer eller belastningstilstande. Den oplevede symptomlindring kan bidrage til, at rusmiddelbruget opretholdes eller eskaleres, særligt hos personer med samtidig psykisk lidelse.

Rusmidler påvirker samtidig en række centrale kognitive funktioner. Det kan bl.a. give nedsat koncentrationsevne, hukommelse, opmærksomhed, motorisk koordination og reaktionstid samt nedsat dømmekraft og ræsonneringsevne. Rusmidler kan desuden nedsætte impuls kontrollen og hæmningerne, hvilket øger risikoen for uhensigtsmæssige handlinger og risikoadfærd.

De psykiske skadevirkninger af rusmidler varierer betydeligt og afhænger af både rusmidlets type, dosis, varighed af brugen og den enkelte persons biologiske og psykologiske sårbarhed. Personer med alvorlige psykiske lidelser er ofte særligt følsomme over for rusmidlers destabiliserende effekter. Dette gælder især personer med psykoselidelser og bipolar lidelse, hvor rusmiddelbrug kan øge risikoen for symptomforværring, tilbagefald og nedsat behandlingseffekt. Tilsvarende kan personer med svære personlighedsforstyrrelser opleve en forværring af emotionel ustabilitet, impulsivitet og interpersonelle vanskeligheder som følge af rusmiddelbrug.

Tabel 5 viser psykiatriske diagnoser associeret med forskellige stofklasser. Tabellen svarer til tabellen "Diagnoses associated with substance class" i DSM-5, i kapitlet *Substance-Related and Addictive Disorders* (18).

Tabel 4 - Rusmiddeludløste symptomer og psykopatologi iht ICD-10:

ICD-10 Kapitel	Psykopatologi
F0: Organiske psykiske lidelser	Der skal være særlig opmærksomhed på organisk lidelse hos ældre. Rusmiddelbrug øger risikoen for kognitive påvirkninger og følgevirkninger, herunder demensudvikling. Obs udvikling af Wernickes/ Korsakoffs psykose som følge af alkoholafhængighedsyndrom. Rusmiddelbrug øger risiko for hjerneorganisk skade, herunder hovedtraumer, apopleksi, hypoxisk hjerneskade som kan medføre posttraumatisk hjernesyndrom, organisk personligheds- eller adfærdsforstyrrelse.
F1: Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af brug af alkohol og andre psykoaktive stoffer	Akut intoksikation med hhv delir, perceptionsforvrængninger. obs Patologisk rus ved alkohol Abstinensstilstand med delir Psykotisk tilstand under eller indenfor 2 uger efter. Psykotiske symptomer varer i mere end 48 timer, men varighed ikke over et halvt år. Den rusmiddeludløste psykose er som udgangspunkt forbigående og aftager, når rusmidlet er ude af kroppen, og hjernen genvinder sin normale funktion. Varigheden varierer afhængigt af rusmidlets type, mængde, brugsmønster og den enkelte persons sårbarhed, men symptomerne vil ofte aftage over dage til uger. Hos nogle personer kan symptomerne dog persistere længere.

	Anamnestisk syndrom Residuale tilstande fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer: flashbacks, personligheds- eller adfærdsforstyrrelser, demens, anden vedvarende kognitiv forstyrrelse mm.
F2: Psykoselidelser	<i>Differentialdiagnostiske overvejelser</i> Det kan være vanskeligt at skelne mellem en rusmiddeludløst psykose og en primær psykotisk lidelse, særligt hvis personen fortsætter med at anvende rusmidler. Ved udredningen indgår blandt andet vurdering af den tidsmæssige sammenhæng mellem rusmiddelbrug og symptomdebut symptomernes udvikling under abstinens og ved vedvarende afholdenhed, tidligere psykotiske episoder uden rusmiddelpåvirkning, familær disposition til psykotiske lidelser, symptomprofil, herunder tilstedeværelse af negative symptomer og kognitive vanskeligheder, samlede psykiatriske og somatiske vurdering. Det er ligeledes relevant at inddrage viden om det enkelte rusmiddel. Forskellige rusmidler påvirker hjernen og kroppen forskelligt og det er ikke alle rusmidler, der er forbundet med at kunne udløse psykotiske symptomer – ligesom risikoen for udvikling af rusmiddeludløst psykose også varierer mellem rusmidler. Eksempelvis er brug af centralstimulerende stoffer (amfetamin og kokain) forbundet med en markant øget risiko ved hyppigt brug – hvor brug af opioider i mindre grad associeres med psykosesymptomer. Ligeledes er det vigtigt at skelne mellem om symptomerne opstår under indtagelse eller i perioden efter (abstinensfasen). I abstinensfasen er det hovedsageligt alkohol der kan være associeret med psykotiske symptomer, men der er også rapporteret om sammenhæng mellem psykosesymptomer og benzodiazepinabstinenser. Her henvises til DSM-5 side 290 som vejledning ift. differentialdiagnostik. En dansk undersøgelse (Arendt et al., 2005a) konkluderede, at personer som har været diagnosticeret med cannabisudløst psykose, havde en stor risiko for senere at udvikle en primær skizofrenilidelse. Der bør derfor være en øget opmærksomhed over for patienter, der tidligere er diagnosticeret med en cannabisudløst psykotisk tilstand. I DMPGen for Skizofreni og andre primære psykoselidelser - diagnostisk udredning af børn, unge og voksne, 2023 findes følgende anbefaling: Ved formodede stofinducerede psykoser bør primær psykoselidelse overvejes ved: • Psykosesymptomer der varer >1 måned efter ophør af rusmiddelbrug • Gentagne episoder med stofinduceret psykose • Psykosesymptomer der varer >6 måneder uanset rusmiddelbrug Den tyske guideline differentierer mellem alkoholudløste psykoser som typisk opstår under eller umiddelbart efter alkoholindtagelse og primære psykoser. Oftest vil de alkoholinducerede psykoser være karakteriseret ved hallucinationer, vrangforestillinger og forstyrret realitetsvurdering, men ofte med bevaret bevidsthed og symptomerne aftager som regel indenfor få dage til uger efter afholdenhed. Primære psykoser skelnes fra alkoholinducerede ved sygdomsvarighed over 4 uger efter afholdenhed og ofte vil der være familær disposition og tidligere psykotiske episoder uafhængigt af alkohol. På trods af at der ikke er noget evidens der peger direkte på cannabismisbrug som udløsende årsag til sekundære negative symptomer, er det nævnt flere steder i EPA Guidelinen, og i den refererede litteratur i DMPG-retningslinjen for Negative symptomer ved skizofreni og andre primære psykoselidelser; 2026.

F3: Affektive lidelser	Det er vanskeligt at skelne mellem konsekvenser af rusmiddelbrug og symptomer på bipolar lidelse, depression og angst. I den tyske retningslinje fremhæves det at depressiv symptomatologi typisk aftager inden for de første 2-4 ugers afholdenhed, hvorimod primære depressioner antages persistere udover 4 uger med afholdenhed. Af den norske retningslinje fremgår det at symptomer på depression og angst er først nedadgående 4 uger efter endt alkoholmisbrug. Det anføres i den norske guideline at depressionssymptomer kan forsvinde under påvirkning af opioider I DMPGen Udredning for depression for børn, unge og voksne; 2025 fremgår det at rusmiddelbrug er en hyppig psykiatrisk komorbiditet til depression og at rusmiddelbrug er en risikofaktor for depression der medfører en dårligere behandlingseffekt. Symptomer på bipolar lidelse er særligt associeret med intoksikation/abstinensfase ifbm., brug af alkohol, benzodiazepiner og centralstimulerende stoffer. Bipolar lidelse er i mindre grad associeret med brug af cannabis eller opioider (DSM-5) Symptomer på depression vurderes at kunne opstå i både intoksikations- og abstinensfase ifbm. brug af alkohol, benzodiazepiner, opioider og centralstimulerende stoffer. Omvendt ses ikke nogen tydelig sammenhæng mellem brug af cannabis og depressive symptomer (DSM-5).
F4: Angst, tilpassnings- og belastningsreaktioner	Angstsymptomer kan være at skelne fra abstinenssymptomer og angstsymptomer kan maskeres ved brug af forskellige rusmidler. Der er højere forekomst af traumer hos patienter med rusmiddelfafhængighed. I den tyske retningslinje angives: 30-50 % af personer med PTSD har samtidig alkoholmisbrug, og alkoholaafholdenhed forbedrer prognosen for PTSD markant. Angstsymptomer ses hyppigt ifbm. brug af rusmidler. Angstsymptomer kan opstå ifbm. intoksikationsfasen på tværs af de forskellige rusmidler. I abstinensfasen er det dog primært alkohol, benzodiazepiner og centralstimulerende stoffer der er associeret med symptomer på angst (DSM-5) Obsessive kompulsive tilstande (OCD) opstår sjældent som følge af rusmiddelbrug og er primært forbundet med brug af centralstimulerende stoffer (DSM-5) Den norske ROP retningslinje angiver følgende: PTSD symptomatologi har specifikke karakteristika som gør det lettere at adskille denne fra rusmiddeludløste symptomer. Dette er særligt gældende for flashbacks/påtrængende erindringer. Omvendt kan mange rusmidler sløre symptomer på PTSD og dæmpe et overaktivt nervesystem eller bruges til at reducere den psykiske påvirkning ved genoplevelseseffekter.
F5: Spiseforstyrrelser	Der er overlappende symptomer ift funktionen af rusmiddelbrug og spiseforstyrrelser. Herunder ift coping, trang, ritualiseret adfærd.
F6: Personlighedsforstyrrelser	Den tyske retningslinje angiver følgende: op til 50% af personer med alkoholfafhængighed opfylder kriterierne for personlighedsforstyrrelse. Hyppigt emotionel ustabil, dyssocial og narcissistisk type.
F7: Mentalretardering	Begavelsesmæssige vanskeligheder er vigtige at afklare da dette kan differentielagnostisk betydning ift at skelne symptomer relateret til begavelsesmæssige udfordringer, rusmiddeludløst eller anden psykisk lidelse og samtidig er det væsentligt at et udrednings- og behandlingsforløb tager højde for eventuelle begavelsesmæssige udfordringer.
F8: Udviklingsforstyrrelser	Rusmiddelbrug kan sløre en eventuel underlæggende autismespektrum forstyrrelse. Omvendt kan ASF have betydning ift patientens forståelse af eget rusmiddelbrug og behandlingstiltag.

F9: Adfærds- og opmærksomhedsforstyrrelser	Den tyske retningslinje angiver følgende: Rusmiddellidelse ses hyppigt som komorbiditet ved ADHD. Diagnostik kræver særlig erfaring da rusmidler kan maskere eller efterligne ADHD symptomer. Hyppigt søvnforstyrrelser Obs vold og suicidalitet. Det skønnes at ca 50 % af børn og unge med dobbeltdiagnose har opmærksomhedsforstyrrelse (41).

Tabel 5 - Psykiatriske diagnoser associeret med forskellige stofklasser.

	PSYKOSE- LIDELSE	BIPOLAR LIDELSE	DEPRESSION	ANGST	OCD	SØVN- FORST.	SEKSUELLE FORST.	DELIR	NEURO- KOGNITIVE FORST.
STIMULANSER	●	●●	●●	●●	●●	●●	●	●	
HALLUCINOGENER	●	●	●	●				●	
CANNABIS	●			●		●●			
KETAMIN/PCP	●	●	●	●				●	
BENZODIAZEPINER	●●	●●	●●	●		●●	●●	●●	●●●
ALKOHOL	●●	●●	●●	●●		●●	●●	●●	●●●
OPIATER			●●	●		●●	●●	●●	

● VED BRUG ● I ABSTINENSFASEN ● VEDVARENDE

Bilag 9: Skadevirkninger ved Rusmiddelbrug

Evidensgrundlaget for tabel 6 bygger på viden fra sundhedsstyrelsen (40, 42-48).

Tabel 6 - Oversigt over forskellige rusmidlers administrationsveje, potentielle skader og særlige risici.

Rusmiddel type	Administrationsveje	Administrationsrelaterede skader	Særlige risici og forslag
Alkohol	Peroral	- Mundhule gener - Sygdomme i det gastrointestinale system, både lokalgenerende og langtidseffekter som cancer, karskaderelaterede og degenerative - Ligeledes skader på nervesystemet distalt og centralt.	- Inspicer mundhule - Spørg til opkastninger, diarré og blødning - Levertal og lever UL scanning - Inspicere huden og hele kroppen for atrofi af muskler - Neurologisk undersøgelse med fokus på ataksi og gangbesvær samt den kognitive funktion - Husk altid opmærksomhed på vitamin B1 og B12
Cannabis	Inhalation peroral	- Mundhule gener - Lungerelaterede skader - Kognitiv funktionsnedsættelse	- Vær opmærksom på caries ved mundtørhed - Lungefunktionsundersøgelse - Evt. rgt af thorax - Øget risiko for c. oralis og lungerelateret sygdom. - Cannabinoid hyperemesis-syndrom: spørg til cykliske opkastninger - Spiselige produkter: forsinket virkning og risiko for overdosering - Syntetiske cannabinoider: risiko for svær forgiftning (krampe, arytmie, akut nyreskade)
Kokain	Intranasal Anvendes også på andre slimhinder IV anvendelse	- Atrofi af slimhinde med skade på underliggende strukturer grundet karkonstriktion - Ligeledes risiko for kredsløbsoverbelastning og takyarytmi ved langvarig brug - Karskader: absces og atrofi af kar - Endokardit - Kroniske og akutte infektioner (HIV, Hepatitis B+C, syfilis, tuberkulose)	Næseskillevæg evt med huldannelse Mundhule slimhinde Vaginal og rektal slimhinde skade Obs for indstiksteder EKG Stetoskopi af hjerte obs mislyde Ekko kardiografi Blodprøver Røntgen af thorax
Andre central stimulerende	Oftest tablet form Kan knuses og bruges intranasal Kan være receptpligtig centralstimulerende	- Mundhule problemer ved sugetablet form - Atrofi af slimhinde med skade på underliggende strukturer grundet karkonstriktion	- Næseskillevæg evt med huldannelse - Mundhule slimhinde - Vaginal og rektal slimhinde skade - Obs for indstiksteder

	IV anvendelse	Ligeledes risiko for kredsløbs- overbelastning og takyarytmi ved langvarig brug - Karskader: absces og atrofi af kar - Endokardit - Kroniske og akutte infektioner (HIV, Hepatitis B+C, syfilis, tu- berkulose)	- EKG - Stetoskopi af hjerte obs mislyde - Ekko kardiografi - Blodprøver - Røntgen af thorax
Opioider	Peroral/ sublingual Rygning IV anvendelse	- Risiko for lunge skader og - skader på strube - Mundhule gener fra røg, - is- kæmiske skader og karies - Karskader: absces og atrofi af - kar - Endokardit - Kroniske og akutte infektioner (HIV, Hepatitis B+C, syfilis, tu- berkulose)	- Vaginal og rektal slimhinde skade - Obs for infektion - EKG - Stetoskopi af hjerte obs mislyde - Ekko kardiografi - Blodprøver - Røntgen af thorax - Overdosisrisiko med respirations- depression, øget ved samtidig ben- zodiazepin/alkohol – overvej na- loxon-udlevering - Metadon: QTc-forlængelse – EKG - Spørg til obstipation og hormonelle forstyrrelser (hypogonadisme) - Tandstatus
Hallucinogener (alle typer)	Peroral	- Primære risiko er psykose af længere varighed - Ulykker - Få direkte organskader; - Vedvarende perceptionsfor- styrrelser (HPPD) - Svampe: risiko for forveksling med giftige svampe - Stoffer solgt som LSD kan være NBOMe med risiko for kramper og hypertermi	Skærme pt mod ulykker
Khat	Peroral	- Mundhule: keratotiske slimhin- deforandringer/leukoplaki, paro- dontitis, misfarvning af tænder, mundtørhed - Mave-tarm: obstipation, gastri- tis - Lever: toksisk hepatitis - Kardiovaskulært: takykardi, hypertension, øget risiko for AMI og apopleksi - Nedsat appetit, vægttab, søvnforstyrrelser	- Inspicer mundhule og tandstatus - BT og puls, evt. EKG - Levertal - Vægt og ernæringsstatus - Obs psykose ved højt forbrug
Ketamin	Intranasal Peroral	- Ketamin-uropati: ulcerativ cy- stit, nedsat blærekapacitet, i	- Spørg til hyppig/smertefuld vand- ladning og hæmaturi

	IV/IM Sjældnere rygning	svære tilfælde hydronefroze og nedsat nyrefunktion - Mavesmerter ("K-cramps"), galdevejsdilatation og forhøjede levertal - Skader på næseslimhinde ved intranasal brug - Ved IV-brug: injektionsrelaterede skader som ved øvrige rusmidler - Hukommelsesbesvær ved længerevarende brug	- Urinstix og urindyrkning - Kreatinin/eGFR, levertal og basisk fosfatase - Evt. UL af nyrer og urinveje og henvisning til urolog - Obs ulykker og nedkøling ved dissociation
MDMA	Peroral (tablet, krystal, pulver) Sjældnere intranasal	- Akut: hypertermi, rhabdomyolyse, hyponatriæmi, serotonergt syndrom, takykardi, hypertension, arytmie, kramper, sjældent akut leversvigt - Kæbespændinger og tænder-skæren (bruxisme) - Nedstemthed i dagene efter brug	- Spørg til samtidig serotonerg medicin (SSRI, MAO-hæmmere, tramadol) - BT, puls og EKG - Ved akut påvirkning: temperatur, natrium, CK, lever- og nyretal - Tandstatus - Varierende og ofte høj dosis samt forurening med andre stoffer
Benzodiazepiner	Peroral (receptpligtige og illegale, herunder falske tabletter og designer-benzodiazepiner) Sjældnere intranasal eller IV (knuste tabletter)	- Respirationsdepression, særligt i kombination med opioider, alkohol eller andre sederende stoffer - Sedation og kognitiv påvirkning - Fald og frakturer, ulykker herunder trafik - Tolerance og afhængighed - Abstinenser med risiko for kramper og delir ved brat ophør - Ved IV-brug: injektionsrelaterede skader inkl. iskæmi ved arteriel injektion	- Kortlæg dosis (omregn til diazepamækvivalenter) - Afdæk samtidig brug af opioider og alkohol - Planlæg aftrapning frem for brat ophør; obs abstinenskramper - Designer-benzodiazepiner har ukendt styrke - Kognitive test tolkes med forbehold under aktuelt brug

10. Om denne kliniske retningslinje

Denne kliniske retningslinje er udarbejdet med afsæt i aftale om, at Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut skal understøtte udarbejdelsen af landsdækkende kliniske retningslinjer i en række faglige miljøer, som en del af en styrket indsats for kliniske retningslinjer i Danmark. Formålet med indsatsen er at sikre en evidensbaseret tilgang til behandling på tværs af sundhedsvæsenet, for derigennem at understøtte at patienter og borgere modtager behandling af høj og ensartet kvalitet. Retningslinjen er udformet af og til sundhedsprofessionelle miljøer og godkendt af relevante faglige selskaber. Den administrative godkendelse er foretaget af Retningslinjefunktionen under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut.

Retningslinjen er tiltænkt klinisk arbejdende sundhedsprofessionelle i det danske sundhedsvæsen og indeholder systematisk udarbejdede udsagn, der kan bruges som beslutningsstøtte af fagpersoner og patienter i konkrete kliniske situationer.

De kliniske retningslinjer fungerer som faglig rådgivning, og er ikke i sig selv juridisk bindende. I den konkrete situation er det sundhedspersonalets faglige skøn, der afgør den bedste tilgang for den enkelte patient. Selv ved nøje overholdelse af anbefalingerne kan et succesfuldt behandlingsresultat ikke garanteres. I nogle tilfælde kan det være hensigtsmæssigt at vælge en behandlingsmetode med lavere evidensstyrke, hvis den vurderes at passe bedre til patientens individuelle behov. Selvom de kliniske retningslinjer ikke er juridisk bindende, anvendes de f.eks. ved tilsyn samt klage- og erstatningssager til vurdering af 'omhu og samvittighedsfuldhed'. Det er derfor hensigtsmæssigt at dokumentere evt. afvigelser fra retningslinje anbefalingerne i patientjournalen samt relevant begrundelse for behandlingsvalg jf. reglerne om journalføring. Læseren bør også være opmærksom på lovgivning, bekendtgørelser, myndighedsvejledninger o.l. på området, da de ikke altid indgår i retningslinjerne.

Retningslinjeskabelonen er udviklet i overensstemmelse med internationale kvalitetsstandarder som fastlagt af AGREE II, GRADE og RIGHT.

Denne retningslinje er udarbejdet med støtte fra Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, der finansieres af Danske Regioner.