

Nr. 6 2001

God socialpsykiatrisk standard i behandling af unge og voksne med skizofreni

*Udvalget for
Socialpsykiatriske Behandlingsmetoder
i Psykiatri*

Merete Nordentoft
Anders Kelstrup
Karin Garde
Karin Helle Aggernæs
Inge M. Eldrup
Else Bonde

Indholdsfortegnelse

Forord 1

Indledning 2

Afgrænsning af socialpsykiatri 2

Om god socialpsykiatrisk standard i behandlingen af unge og voksne, der lider af skizofreni 2

Elementer i behandlingsforløb ved skizofreni 3

1. Skizofreni 3

Diagnose, ICD-10. 3

Sygdomsfaser og forløbsformer 3

Epidemiologi 3

Årsager til skizofreni 5

2. Skizofrenibehandlingens organisering 8

3. Henvendelse 9

Frivillig henvendelse 9

De unge 10

Tvangsindlæggelse 10

4. Udredning af skizofrenisuspekterede symptomer 11

Sygehistorie og undersøgelse 11

Indhentning af oplysninger fra pårørende 11

Udredning af unge 12

Visitation til behandling 12

5. Døgnbehandling, stabilisering og udskrivelse 12

Organisation af døgnbehandling 12

Personalets forudsætninger 13

Behandlingsindhold under døgnindlæggelse 13

Unge med skizofreni 14

Overgang fra udskrivning til ambulante behandlingskontakt 15

Opsøgende psykoseteam 15

Patienter, der kommer i behandling for

debuterende psykose 16

6. Rehabilitering 16

Rehabilitering af unge 17

7. Amtslige og kommunale sociale foranstaltninger

for personer, der lider af skizofreni 17

Udvikling og lovgrundlag 17

Boligtilbud 17

Væresteder 18

Støtte- og kontaktpersoner 18

Undervisning og kulturelle tilbud 19

Beskæftigelse 19

Unge med skizofreni 20

8. Forebyggende foranstaltninger 20

Information om psykisk sygdom 20

Opsøgende og tidlig intervention 20

Tilbud til børn af forældre med skizofreni 20

9. Særlige grupper 21

Patienter som lider af skizofreni og har misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer 21

Fremmedsprogede 21

Svært anbringelige/hjemløse 22

Kriminelle personer med skizofreni 22

Litteratur 22

FORORD

Dansk Psykiatrisk Selskabs Udvalg for Socialpsykiatrisk Behandling har udarbejdet disse retningslinier for god socialpsykiatrisk behandling af skizofreni.

Dansk Psykiatrisk Selskabs bestyrelse har fundet det betydningsfuldt, at der udarbejdes et sæt retningslinier for god socialpsykiatrisk standard i behandling af skizofreni på baggrund af den store omlægning af skizofrenibehandlingen, som har fundet sted. Tidligere tilbragte mennesker, der led af skizofreni, størstedelen af deres liv i store psykiatriske institutioner, mens de samme nu lever en langt større del af deres liv uden for de psykiatriske institutioner og skal have deres liv til at fungere i et samspil med en lang række institutioner i kommunalt og amtskommunalt regi. Behandlingsindsatsen i sygdommens tidlige faser er meget vigtig, og det er derfor af stor betydning, at der opbygges behandlingstilbud, der sigter på tidlig opsporing og intervention.

Der er i Danmark i amterne forskellige modeller for opbygning af de nødvendige behandlings- og støttetilbud, og der er ikke ensartede standarder for denne opbygning. Disse retningslinier skal tjene som Dansk Psykiatrisk Selskabs bud på, hvad der er god kvalitet i den socialpsykiatriske behandling af mennesker med skizofreni.

At beskrive god standard for socialpsykiatrisk behandling af skizofreni kan ikke gøres løsrevet fra psykofarmakologisk behandling og psykoterapeutisk behandling. For at undgå at fremstillingen bliver fragmenteret, er farmakologisk og psykoterapeutisk behandling berørt, selvom de ikke er emnet for denne redegørelse. Socialpsykiatrisk behandling retter sig mod mange andre patientgrupper end netop dem med skizofreni. I omtalen af hvad god standard er for visitation, udredning og behandling kan det med god ret hævdes, at de standarder der nævnes også bør være gældende for patienter med andre diagnoser. Disse afsnit er medtaget i redegørelsen for at give et helhedsbillede af, hvordan et behandlingsforløb af en person med skizofreni bør hænge sammen.

Merete Nordentoft

INDLEDNING

Afgrænsning af socialpsykiatri

Psykiatriens tre grundlæggende dimensioner er: den biologiske, den psykologiske og den sociologiske. Socialpsykiatrien udgør psykiatriens sociologiske aspekt. Socialpsykiatrien beskæftiger sig således med:

- De samfundsmæssige forholds betydning for sindslidelsernes opståen, udvikling og forløb.
- Samfundets institutioner for behandling, revalidering og omsorg for sindslidende.
- Samfundets forebyggende indsats over for sindslidende.

Socialpsykiatrien er således en bred disciplin, der for det første omfatter vores videnskabelige og praktiske forståelse af hvilken betydning de sociale forhold, samfundsforholdene, har for sindslidelseernes ætiologi. Herunder betydningen af kulturens, miljøets, levevilkårenes, familieforholdenes betydning for de psykiske lidelsers opståen, forløb og prognose.

For det andet omfatter socialpsykiatrien vores teoretiske og praktiske viden om samfundets institutioner til behandling, revalidering og omsorg for sindslidende. Dette inkluderer vores historiske og sociologiske forståelse af psykiatrien, det nuværende hospitalsvæsen og den distriktspsykiatriske organisation samt den fremtidige organisering af behandlingsvæsenet. Det omfatter yderligere vores viden om nytten af de nyere såkaldte socialpsykiatriske foranstaltninger såsom væresteder, bofællesskaber, støtte- og kontaktpersonordninger mv., der i de senere år er etableret i amtsligt og kommunalt regi.

For det tredje omfatter socialpsykiatrien vores teoretiske og praktiske viden om samfundets forebyggende indsats over for sindslidelser. Dette inkluderer identifikation af risikogrupper, opfølgning og tidlig intervention over for sygdomstruede, information, oplysning og uddannelse af særlige målgrupper i befolkningen og befolkningen som helhed.

Om god socialpsykiatrisk standard i behandlingen af unge og voksne, der lider af skizofreni

Herværende redegørelse er en gennemgang af, hvad Dansk Psykiatrisk Selskab betragter som god socialpsykiatrisk standard i behandlingen af unge og voksne med skizofreni. Denne gennemgang tager blandt andet udgangspunkt i Sundhedsstyrelsens publikation »Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien«, 1995.

I redegørelsen skitseres indledningsvis sygdommen skizofreni mht. diagnose (efter ICD-10), typer, forløbsformer og faser, epidemiologi og årsagsforhold. Efterfølgende beskrives den psykiatriske behandlingsorganisering, først generelt og herefter mere specifikt, nemlig opdelt i elementer: henvendelse, udredning og visitation, behandling, stabilisering, udskrivning og rehabilitering. I omtalen af de forskellige typer behandling er især lagt vægt på deres organisatoriske og institutionelle aspekter. Ligeledes belyses hvilke standarder der bør gælde for socialpsykiatriske foranstaltninger, herunder den sociale indsats for mennesker med skizofren sindslidelse, der ofte vil have forankring i amternes og/eller kommunernes socialvæsen. Der peges endelig i rapporten på

særlige samfundsmæssige, forebyggende foranstaltninger over for unge og voksne med skizofreni, ligesom problemerne vedrørende særlige grupper blandt disse kommenteres.

Elementer i behandlingsforløb ved skizofreni

Sygdommen skizofreni kan forløbe meget forskelligt, og det er meget variabelt hvor invaliderende sygdommen er og i hvor høj grad der kan opnås effekt ved psykofarmakologisk og psykosocial behandling. Psykiatrisk behandling af psykisk sygdom er i Sundhedsstyrelsens målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien blevet opdelt i forskellige faser: *henvendelsesfase, visitationsfase, udredningsfase, behandlingsfase, rehabiliteringsfase og stabiliserings- og udskrivelsesfase* (1). Problemet med faseopdelingen, når det gælder skizofreni, er, at det kommer til at virke som om den ene fase løbemæssigt afløser den anden, og det er langt fra altid tilfældet. Ofte er der tale om, at flere former for indsats foregår på en gang, for eksempel kan udredning, behandling og rehabilitering godt finde sted samtidigt. Udredning, behandling og rehabilitering kan i nogle tilfælde finde sted efter udskrivelse eller uden indlæggelse overhovedet. Der kan også ofte være tale om, at en person, som opfattes som værende i stabiliseringsfasen, får tilbagefald og får behov for genindlæggelse, eller at man for eksempel i stabiliseringsfasen møder et behov for yderligere udredning. Vi har derfor ikke opretholdt inddelingen i faser, men beskriver i stedet forskellige *elementer i et behandlingsforløb af skizofreni*.

1. SKIZOFRENI

Diagnose, ICD-10

Siden 1. januar 1994 har man i dansk psykiatri anvendt *ICD-10* (2). Brugen af ICD-10, når det gælder diagnosen skizofreni indebærer markante ændringer i forhold til tidligere:

De psykiske lidelser, herunder *skizofreni*, defineres ved deres symptomer og kliniske fremtræden, ikke på grundlag af evt. bagvedliggende årsager såsom psykiske traumer.

Diagnosen *skizofreni* skal stilles, når bestemte symptomer har været til stede *i mindst en måned* (i modsætning til tidligere, hvor især det langvarige forløb, var grundlag for diagnosen).

De symptomer, der skal ligge til grund for diagnosen skizofreni, er

- såkaldte 1. rangs symptomer (tankepåvirkningsoplevelser, 3. persons hørelsehallucinationer, styringsoplevelser, legemlige påvirkningsoplevelser, vrangagtige sanseoplevelser)
- eller vedvarende bizarre vrangforestillinger
- eller mindst to af følgende:
 - vedvarende hallucinationer med vrangforestillinger uden affektivt indhold, sproglige tankeforstyrrelser,
 - kataton adfærd
 - negative symptomer.

Samtidigt skal det udelukkes, at der er en organisk baggrund for lidelsen.

Reglerne for diagnostik i ICD-10 betyder, at betegnelsen skizofreni bruges om en del lidelser, der tidligere blev klassi-

ficeret som forbigående psykotiske lidelser (med varighed over en måned). Diagnosen skizofreni er således i dag ikke nødvendigvis ensbetydende med en kronisk eventuelt livslang lidelse.

Vedrørende den nærmere specifikation af de symptomer, som danner grundlag for diagnosen skizofreni, henvises til ICD-10-diagnoserne under F20, som omfatter:

F20 Skizofreni

- F20.0 paranoid skizofreni
- F20.1 hebefren skizofreni
- F20.2 kataton skizofreni
- F20.3 udifferentieret skizofreni
- F20.4 post-skizofren depression
- F20.5 skizofren residualtilstand
- F20.6 simpel skizofreni
- F20.8 anden skizofreni
- F20.9 uspecificeret skizofreni.

Herudover er også sygdomsenheden skizoaffektiv lidelse omfattet af redegørelsen:

F25 Skizoaffektiv lidelse

- F25.0 Skizoaffektiv psykose, manisk type
- F25.1 Skizoaffektiv psykose, depressiv type
- F25.2 Skizoaffektiv, blandet manisk depressiv type.

Sygdomsfaser og forløbsformer

Man kan beskrive sygdomsforløbet ved skizofreni med følgende fire typiske faser (se Fig. 1):

1. Den *præmorbid fase*, det vil sige perioden fra fødsel til det tidspunkt, hvor forstadierne til psykosen sætter ind.
2. Den *prodromale fase*, det vil sige perioden før psykosen bryder ud, men hvor varselssymptomer eller prodromalsymptomer viser sig.
3. Selve *sygdomsfasen* med fuld udvikling af de psykotiske symptomer.
4. Det efterfølgende *langtidsforløb* med eller uden psykotiske faser.

Den socialpsykiatriske behandling og/eller intervention er naturligt forskellig afhængig af i hvilken fase i sygdomsforløbet en person med skizofreni befinder sig.

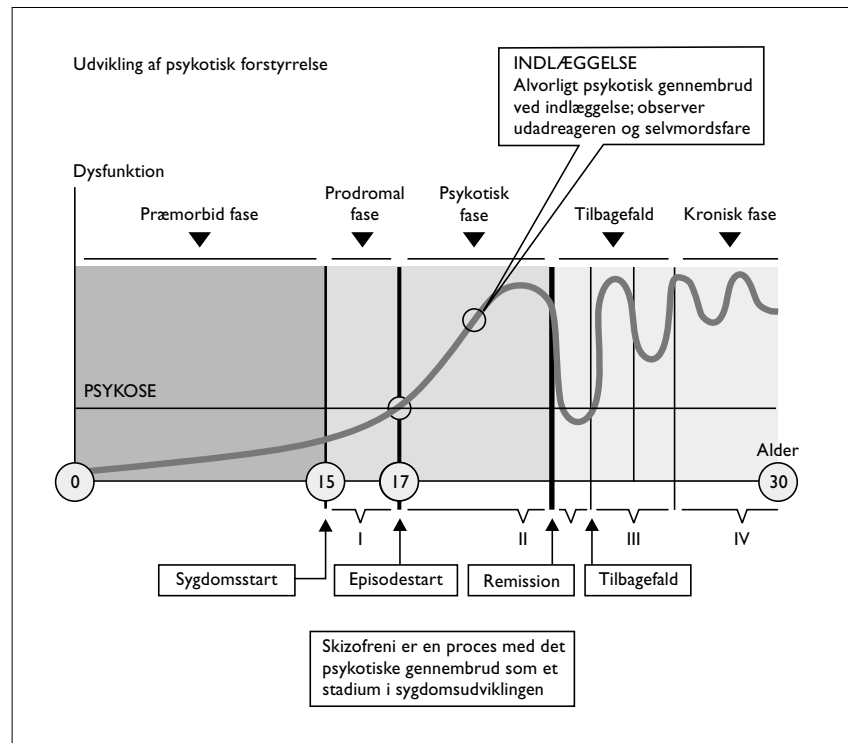
Langtidsforløbet er meget varierende ved skizofreni (3). Man regner i dag med at 20% af dem der kommer i behandling ikke har flere psykotiske gennembrud efter den første psykotiske fase. 30% har fortsat psykotiske symptomer med mellemrum, men kan klare sig rimeligt. Andre 30% har svære psykotiske faser, og for ca. 20% er psykosen vedvarende og svær trods behandling.

Epidemiologi

Incidensen af skizofreni, dvs. tilkomsten af nye tilfælde af skizofreni i befolkningen lå i Danmark frem til omkring 1986 relativt konstant med omkring 0,09 nye tilfælde per 1.000 indbyggere per år (se Fig. 2*).

*) Tal fra Det Psykiatriske Centralregister.

Fig. 1. Skizofrenistadier.



Incidensen har imidlertid fra slutningen af 1980'erne til i dag været stigende og ligger i slutningen af 1990'erne på omkring 0,24 nye tilfælde per 1.000 indbyggere per år. Incidensen af skizofreni er ulige fordelt. I Københavns Kommune er incidensen i 1998 0,59, dvs. over det dobbelte af landsgennemsnittet, men incidensen i landområderne er helt nede på 0,17, dvs. mindre end en tredjedel af incidensen i København.

Den samlede *prævalens* af skizofreni i Danmark er 207 per 100.000 indbyggere eller i alt omkring 10.935 patienter med skizofreni i Danmark i kontakt med hospitalsvæsnet som hel-døgns-, deldøgns- eller ambulante patienter (jf. Fig. 3). Som det fremgår viser prævalensen den samme ujævne geografiske fordeling som incidensen. Prævalensen af skizofreni i Københavns Kommune er således 487 personer med skizofreni per 100.000 indbyggere, mens prævalensen på landet (dvs. i Bornholms, Vestsjællands, Storstrøms, Ribe, Sønderjyllands, Ringkjøbing og Viborg Amter) kun er 159 per 100.000 indbyggere. I de mellemstore byer som Århus og Odense er prævalensen intermedier, nemlig henholdsvis

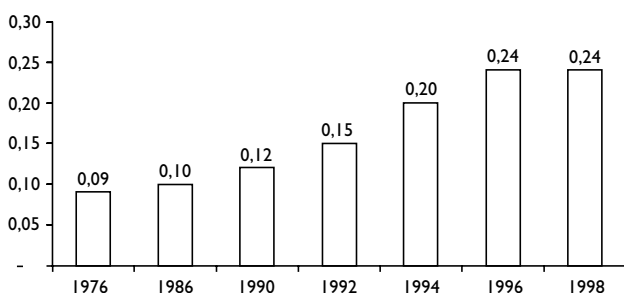


Fig. 2. Antal nye tilfælde af skizofreni i Danmark 1976-1988 (per 1.000 indbyggere).

287 og 255 personer med skizofreni per 100.000 indbyggere.

Den ovenfor beskrevne fordeling af såvel incidens som prævalens af skizofreni i forskellige lokaliteter i landet med en ophobning i storbyområderne er kendt også fra udenlandske undersøgelser i sammenlignelige lande (jf. afsnittet om årsager til skizofreni).

Der er ikke nogen sikker forklaring på, at incidensen af skizofreni i Danmark var stagnerende indtil slutningen af firserne (4) og herefter har været stigende (jf. Fig. 2). Én meget sandsynlig årsag er imidlertid ændringen i diagnostisk praksis med indførelsen af ICD-10 per 1. januar 1994 og dermed udvidelsen af de diagnostiske kriterier for skizofreni. En anden væsentlig mulighed er, at udbygningen af distriktspsykiatri og ambulant psykiatri i 1990'erne har medvirket til, at langt flere psykisk lidende, herunder mennesker med skizofreni, er kommet i kontakt med hospitalsvæsnet. En tredje mulighed er, at der kan være tale om en reel stigning i antallet af nye tilfælde af skizofreni i befolkningen, hvilket på in-

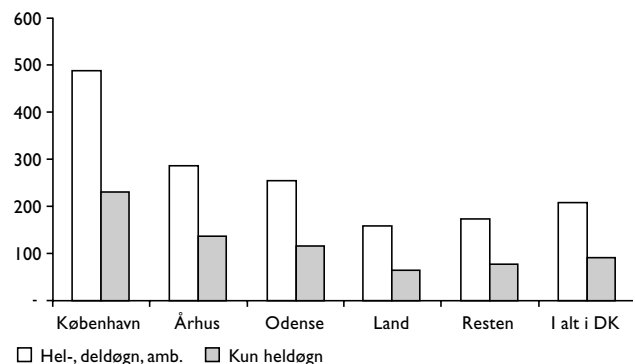


Fig. 3. Antal personer med skizofreni i kontakt med hospitalsvæsnet i 1998 (per 100.000 indbyggere).

deværende tidspunkt ikke synes at være dokumenteret. I den samme periode har der været et betydeligt fald af sengepladser i det psykiatriske sygehjævn. Mens man i midten af 1970'erne var oppe på et maksimum på omkring 12.000 psykiatriske sengepladser, er man i 1998 nede på en samlet sengekapacitet på 4.170¹ (idet faldet delvis skyldes at man i 1987 administrativt overførte 2.600 sengepladser fra sundhedssektoren til plejehjem i den sociale sektor). Tidligere var personer med skizofreni ofte langtidsindlagt på de psykiatriske hospitaler. I de seneste årtier er indlæggelsesvarighederne faldet markant. Antallet af patienter med skizofreni, der havde været indlagt i mere end ét år var således 1.597 patienter i 1976; 708 patienter i 1986 og 292 patienter i 1998¹. Antallet af genindlæggelser af patienter med skizofreni var tilsvarende 4.087 genindlæggelser i 1976; 5.601 genindlæggelser i 1986 og 7.765 genindlæggelser i 1998 .

I dag vil de fleste patienter med skizofreni være udskrevne og leve i samfundet, men vil blive genindlagt eventuelt kortvarigt i forbindelse med sociale belastningssituationer eller tilbagefald i psykose. I 1976 var sengedagsforbruget for patienter med skizofreni i alt 872.097 sengedage; i 1986 var sengedagsforbruget 550.682 sengedage og i 1998 var det 503.834 sengedage.

Som følge af udbygningen af den ambulante indsats vil en stigende andel af gruppen af patienter med skizofreni have kontakt med hospitalsvæsnets via psykiatriske ambulatorier eller distriktspsykiatrien. Der er ikke en ligelig kønsfordeling blandt personer med skizofreni. Der er flere mænd end kvinder, der har skizofreni. Incidensen af skizofreni var således i 1998 i Danmark 0,28 nye tilfælde af skizofreni per 1.000 mænd, medens incidensen var 0,19 nye tilfælde af skizofreni per 1.000 kvinder. Tilsvarende var prævalensen af skizofreni i 1998 per 100.000 mænd/kvinder på landsbasis 255 mænd resp. 160 kvinder, der havde været i kontakt med hospitalsvæsnets som heldøgns-, deldøgns- eller ambulante patienter .

De fleste personer med skizofreni er mellem 20 og 25 år, når diagnosen stilles. Diagnosen stilles gennemsnitlig cirka tre år tidligere hos mænd end hos kvinder (5). Der går ofte 2-3 år fra de første symptomer viser sig til patienten kommer i kontakt med det psykiatriske behandlingssystem. Man regner med, at 20% af det samlede antal, der lider af skizofreni, aldrig kommer i behandling (4).

Samfundets udgifter til skizofreni er betydelige. Med et årligt forbrug af sengedage på 503.834 (1998) til en pris af kr. 2.340 (fritvalgstaksten) per seng per dag bliver den direkte hospitalsudgift til behandling af patienter med skizofreni knap 1,2 mia. kroner. Udgifterne til ambulante behandling af patienter med skizofreni skønnes yderligere at være omkring 0,5 mia. på årsbasis (6). Hertil kommer udgifter til førtidspension på omkring 2,6 mia. kroner per år samt udgifter til andre sociale ydelser herunder socialpsykiatriske foranstaltninger.

Årsager til skizofreni

Man har i dag ikke en sikker viden om årsagerne til skizofreni. Der er ikke enighed om, hvorvidt skizofreni skal op-

fattes som en enkelt specifik sygdom, der kan vise sig på forskellige måder, eller som en gruppe af forskellige sygdomme, der har visse symptomer til fælles (7). Der er dog i dag konsensus om, at både biologiske, psykologiske og sociale forhold er af betydning for sygdomsudviklingen (8, 9).

Det er almindeligt i dag at forstå skizofreniudviklingen ud fra en såkaldt »stress-sårbarheds«-model (10). Den formodede genetisk betingede eller tidligt erhvervede disposition gør den unge, som senere udvikler skizofreni, særligt sårbar over for belastninger og stressfaktorer. Der kan være tale om organisk sårbarhed af centralnervesystemet, inkl. sårbarhed over for skadelige påvirkninger i fostertilstanden, under fødslen eller senere i opvæksten. Ligeledes kan den disponerede være særlig sårbar over for psykologiske og sociale begivenheder og stressfaktorer såvel i barndommen som senere i livet.

Skizofreni og arvelige forhold: Mens risikoen for at udvikle skizofreni i befolkningen er omkring en procent, er risikoen for skizofreni mange gange større jo tættere man er beslægtet med en person, der lider af skizofreni. Risikoen for udvikling af skizofreni er således omkring 12%, hvis en forælder eller søskende har skizofreni. Hvis begge forældre har skizofreni, er risikoen omkring 46%. Konkordansen for enæggede tvillinger ligger på omkring 50%, medens den er ca. 18 for toæggede tvillinger (11).

I adoptionsstudier og tvillingforskning vedrørende skizofreni såvel i Danmark som internationalt er det godtgjort at arveanlæg er af væsentlig betydning for udvikling af skizofreni (12). Der udøves en betydelig forskningsmæssig indsats på at kortlægge generne for mennesker med skizofreni og identificere loci, der er af betydning for skizofreniudviklingen (13). Det ser ud til, at den biologiske arv ved skizofreni næppe kun er knyttet til et enkelt gen men snarere til flere gener på flere kromosomer (14). Ligeledes er der stadig den mulighed, at nogle udvikler skizofreni uden at være arveligt disponerede.

Skizofreni og hjerneforandringer: Der findes påviselige organiske hjerneforandringer hos mange patienter med skizofreni, fx forandringer i form af forstørrede sideventrikler og formindskede temporallapper (15). Visse undersøgelser viser, at centralnervesystemet hos patienter med skizofreni er særligt vulnerabelt med hensyn til fysiske fødselskomplikationer (16). Undersøgelser af hjernens blodflow in vivo ved hjælp af moderne visualiseringsteknikker viser flere abnormiteter, herunder at patienter med skizofreni kan have vanskeligheder ved at aktivere hjernens frontallapper (hypofrontalitet) (17). I visse undersøgelser er påvist abnormiteter i spillet mellem frontallap og temporallap hos patienter med skizofreni (18). De hidtil påviste hjerneforandringer hos patienter med skizofreni har foreløbig ikke givet nogen entydig neuropsykologisk forklaring på skizofreniens psykopatologi.

Den biologiske skizofreniforskning har siden fremkomsten af antipsykotika forsøgt at identificere abnorm aktivitet af transmittersubstanser i hjernens forskellige funktionelle systemer som årsag til udviklingen af psykotiske symptomer. Dopaminhypotesen (19, 20), der postulerer en øget dopaminerg aktivitet hos personer med skizofreni, er forladt i sin

1) Tal fra Det Psykiatriske Centralregister.

klassiske udgave. Nyere forskning peger på formentligt sekundære forstyrrelser i flere transmittersystemer som respons på ovenfor beskrevne forstyrrelser i udviklingen af hjernen hos personer med skizofreni (21, 22). Psykotiske symptomer ved skizofreni (hallucinationer og vrangforestillinger) og visse forstyrrelser i informationsbearbejdningen kan dæmpes eller fjernes ved blokade af mindst 70-80% af hjernens dopamin D₂-receptorer (23), formentligt fordi dopaminblokadaen forhindrer, at cortex overbelastes med indtryk, men antipsykotisk effekt kan også opnås ved modulering af andre receptorsystemer (24). Antipsykotikas virkningsmekanisme understreger betydningen af samspillet mellem miljø og biologi, og hermed behovet for at beskytte psykotiske patienter mod mange samtidige stimuli i et stressende miljø.

Skizofreni og psykologiske forhold: Skizofreniudvikling og skizofrenisymptomer kan søges forklaret ud fra psykologiske teorier som for eksempel psykodynamisk teori, perceptionspsykologi, kognitiv psykologi, personlighedspsykologi, udviklingspsykologi mv. (25). De psykologiske teorier kan give en referensramme til forståelsen af en del af skizofrenisymptomerne og til forståelsen af den psykologiske udvikling for mennesker med skizofrenisygdommen, men det er fortsat beskedent, hvad der forskningsmæssigt er bevist vedrørende psykologiske årsager til skizofreni.

I en finsk epidemiologisk undersøgelse er to grupper sammenlignet, en gruppe hvis fædre døde under svangerskabet og en gruppe hvis fædre døde i løbet af første leveår. Det blev påvist, at risikoen for skizofreni er større, hvis barnefaderen er død under moderens svangerskab. Dette kan tolkes som et udtryk for at alvorlige, psykiske stresspåvirkninger kan have betydning for en senere skizofreni (26).

Børn, der senere udvikler skizofreni, er hyppigere end andre børn præget af relativt sen motorisk og kognitiv udvikling sammenlignet med normale. Ligeledes kan andre uspecifikke symptomer som tics, grimassering, neglebidning mv. være betydeligt hyppigere end hos normale. Også i 7-8-årsalderen har flere børn, som senere udvikler skizofreni, dårligere motoriske funktioner. Færre af de børn som senere udvikler skizofreni kommer i gymnasiet og flere har været henvist til psykolog eller børnepsykiater sammenlignet med deres jævnaldrende. Deres præmorbid adfærd og psykiske udvikling kan være præget af antisocial adfærd, der oftest går ud over de nærmeste pårørende: utilfredshed; depressive tilbøjeligheder; afhængighed af de voksne; social isolation i forhold til kammerater på grund af speciel adfærd (27). Der er dog tale om symptomer og adfærdsforstyrrelser, der ikke er specifikke for børn og unge, som senere udvikler skizofreni (28-30).

Der har været fremsat adskillige teorier der antager, at skizofreni opstår som et resultat af abnorme familiesamspil inklusive såkaldt *double-bind* eller selvmodsigende kommunikation i familien (31); splittelse og stress hos forældrene med irrationel adfærd og virkelighedsforvrængning (32); overdreven kontrol og familiemytedannelse (33); pseudo-gensidighed og diffus kommunikation (34). Megen af denne forskning er imidlertid blevet kritiseret for metodiske fejl (35) og man har i dag forladt teorier om en ren psykologisk

familiegenese til skizofreni. Moderne kommunikationsforskning i familier til patienter med skizofreni synes snarere at konkludere, at kommunikationsforstyrrelserne i disse familier må opfattes som udtryk for en genetisk bestemt familiær sårbarhed over for skizofreni (36). Der er samtidig adoptionsundersøgelser, der påviser, at psykologiske forhold i adoptions hjemmet kan være afgørende for, om et adoptivbarn født af en skizofren mor (dvs. arveligt disponeret) udvikler skizofreni (37).

Det synes yderligere godtgjort, at det følelsesmæssige klima i familien, såkaldte *expressed emotions* (EE, dvs. mængden af kritiske kommentarer, fjendtlighed og følelsesmæssig overinvolvering i familien) kan have betydning for recidiv af psykotiske symptomer. Det er således undersøgelser, der tyder på, at et højt niveau af EE i familien gør det mere sandsynligt, at en person med skizofreni recidiverer og genindlægges med psykose (38). Det er dog fortsat uafklaret om det høje niveau af EE i familien skal betragtes som væsentlig årsag til recidivet, eller om det er det begyndende recidiv, der skaber et højt stressniveau og dermed et højt niveau af EE i familien (39).

Skizofreni og sociale forhold: Undersøgelser over udbredelse af skizofreni i den industrialiserede del af verden viser, at der er en ophobning af skizofreni i storbyerne og specielt i disses slumkvarterer (40). Der synes ikke at være nogen endelig eller enkel forklaring på disse forhold. Det har været anset for sandsynligt, at en del mennesker med skizofreni føler sig tiltrukket af de anonyme miljøer i storbyerne og søger ind til disse, men nyere undersøgelser har vist, at der fødes flere personer med skizofreni i storbyerne, for eksempel København, end i mindre byer eller på landet (41). Personer med skizofreni klarer sig dårligere socialt og økonomisk end andre, hvorfor de ofte vil komme til at tilhøre socialt dårligere stillede befolkningslag end deres forældre. Endelig kan man opstille den hypotese, at de stressfaktorer, der gør sig gældende i de dårligt stillede grupper i befolkningen (økonomiske problemer, arbejdsløshed, kriminalitet, stofmisbrug, opløste familier, groft omsorgssvigt m.m.) samt mulige fysiske miljøfaktorer (sygdom, kost, misbrug m.m.), kan være med til at øge risikoen for udvikling af skizofreni hos arveligt disponerede personer.

Undersøgelser over udbredelsen af skizofreni i forskellige områder i verden viser, at der findes skizofreni i alle samfund og alle kulturer (42). WHO's undersøgelser fra 1980'erne viser således, at man ved brug af et meget snævert skizofrenibegreb finder relativt beskedne forskelle mellem sygdomsrisikoen i forskellige lande (1:2). Hvis man bruger et mere bredt skizofrenibegreb bliver de geografiske forskelle betydelige. Risikoen for skizofreni er således tre gange så stor på landet i Indien (Chandigarh) sammenlignet med Danmark (Århus). Særlige geografisk afgrænsede områder rundt omkring i verden har en hyppighed af skizofreni (prævalens), der kan være over ti gange så stor som den almene.

Der er ingen sikre forklaringer på disse forskellige hyppigheder. Det kan skyldes lokale forskelle i den genetiske disposition til sygdomme eller mulige miljøfaktorer fx virusinfektioner eller andre fosterskader, der har forskellig ud-

bredelse. Sandsynligvis spiller psykologiske og sociale faktorer en betydelig rolle. Det er et interessant fund fra WHO-undersøgelserne at mennesker med skizofrenilidelsen i udviklingslandene har et gunstigere sygdomsforløb end en tilsvarende gruppe i vor udviklede del af verden. Forklaringen på dette må være endnu ikke nærmere udforskede fysiske og/eller kulturelle miljøforskelle.

Det er påvist i mange undersøgelser, at skizofreni er hyppigere i indvandrergrupper, end blandt såvel de stambefolkninger som indvandrerne kommer fra, som de befolkninger, som de er immigreret til (43-46). Der kan være talrige forklaringer på dette som for eksempel de traumer, som indvandrerne eller flygtningene har oplevet ved at forlade sit land; det stress, det giver at skulle leve i en fremmed kultur; vanskelighederne ved at leve sig ind i og forstå den kulturelle kontekst; den diskrimination, som indvandrerne er udsat for; eksposition for nye virus og andre forhold i det fysiske miljø. Skizofreni hos etniske minoriteter som for eksempel indvandrere eller flygtninge kan udvise kulturelle forskelle både med hensyn til symptomatologi og med hensyn til sproglige og andre kulturelle barrierer, så såvel erkendelsen af sygdommen som behandling og social intervention kan være vanskelig.

2. SKIZOFRENI BEHANDLINGENS ORGANISERING

Skizofrenibehandlingen i Danmark er ligesom anden psykiatrisk behandling organiseret i og af landets amter, respektive Københavns og Frederiksbergs Kommuner. I behandlingen medvirker den primære sundhedstjeneste (praktiserende læger, speciallæger, hjemmesygepleje mv.), amternes psykiatriske sygehusvæsen (i København og Frederiksberg: Hovedstadens Sygehusfællesskab) med tilhørende distriktspsykiatriske ambulatorier eller centre. I visse amter er der organiseret et snævert samarbejde mellem distriktspsykiatri og socialpsykiatri.

Distriktspsykiatrien og det psykiatriske sygehusvæsen er i de fleste amter samt Københavns og Frederiksbergs Kommuner underlagt sundhedsforvaltningen, mens psykiatrien i visse amter er delvist eller helt underlagt socialforvaltningen eller har sin egen psykiatريفorvaltning.

Den sociale indsats for sindslidende – herunder unge og voksne med skizofreni er dels underlagt de amtslige socialforvaltninger, dels de kommunale socialvæsner og er nærmere beskrevet i kapitel 7.

Den praktiserende læge har en central rolle som den instans, der ofte vil være den første i sundhedsvæsenet, der kommer i kontakt med nye tilfælde af skizofreni. Den praktiserende læge bør have et grundlæggende kendskab til skizofreniens prodromale og tidlige symptomer med henblik på viderehenvisning, ofte til nærmere undersøgelse på distriktspsykiatrisk center eller psykiatrisk døgnafsnit. Ved sygdomsudbrud med akut psykose, kan der blive tale om akut indlæggelse på psykiatrisk afdeling, eventuelt ved tvang. Tvangsindlæggelser vil oftest ske på baggrund af lægeerklæring fra praktiserende læge eller lægevagten. Landets praktiserende speciallæger i psykiatri vil i deres klientel indimellem have personer, der er på vej ind i en skizofren ud-

vikling. I mange tilfælde vil den praktiserende speciallæge henvise patienter med skizofreni til nærmere undersøgelse og udredning i distriktspsykiatrien eller på psykiatrisk afdeling. De praktiserende læger og speciallæger vil de fleste steder i landet desuden have en rolle, som den primære behandler for visse patienter med kronisk velbehandlet skizofreni, hvor den praktiserende læge eller speciallæge vil tilbyde støttende samtale og antipsykotisk medicinering, evt. i samarbejde med den lokale, kommunale hjemmesygepleje. Det kan her dreje sig om patienter, der også er brugere af de amtslige eller kommunale sociale foranstaltninger for sindslidende.

Distriktspsykiatrien er i Danmark fra 1997 udbygget i en sådan grad, at alle borgere i alle kommuner i landet har adgang til og mulighed for henvisning til et distriktspsykiatrisk ambulatorium eller center. Målgruppen for den distriktspsykiatriske behandlingsindsats er først og fremmest patienter, der har behov for aktiv tværfaglig og tværsektoriel behandlingsindsats. Det drejer sig overvejende om patienter med sværere sindslidelser, især med skizofreni, andre psykoser af mere langvarig karakter og sværere personlighedsforstyrrelser.

I Danmark har alle patienter med skizofreni således principiel mulighed for ambulante behandling i landets distriktspsykiatriske ambulatorier eller for at få besøg i hjemmet af distriktspsykiatriske sygeplejersker eller tilsvarende personale. Landets distriktspsykiatriske ambulatorier betjener på denne måde en meget stor del af de kroniske patienter med skizofreni med ambulante støttende samtaler og medikamentel behandling. En del patienter med skizofreni vil have meget begrænset motivation eller overskud til at møde ambulante på distriktspsykiatrisk ambulatorium uden støtte fra pårørende eller for eksempel socialpsykiatrisk ansatte støttekontaktpersoner. I mange distriktspsykiatriske enheder lægges der betydelig vægt på det opsøgende psykiatriske arbejde over for patienten i hjemmet.

Der findes i alle amter adgang til psykiatriske modtageafdelinger eller intensivafdelinger evt. med tilknyttet psykiatrisk skadestue. Der er således over hele landet mulighed for at få indlagt psykiatriske patienter akut. En betydelig del af den akutte skizofrenibehandling, herunder akut skærmmning, foregår således under indlæggelse på landets modtageafdelinger eller intensivafdelinger, der derfor har en væsentlig udredningsopgave af den psykotiske patient med hensyn til differentialdiagnose og komorbiditet samt ansvaret for akut psykosebehandling og vejledning og støtte til eventuelle pårørende.

En væsentlig del af sygehuspsykiatrien udgøres i de fleste af landets amter af almenpsykiatriske (dvs. ikke-specialiserede) behandlingsafsnit med et relativt blandet klientel af psykiatriske patienter med vidt forskellige diagnoser. En del personer med skizofreni, som har brug for døgnindlæggelse, kan være velplacerede på et sådant afsnit, især hvis de har kendskab til og tillid til personalet for eksempel fra tidligere indlæggelser og dersom døgnafsnittet kan tilbyde et hensigtsmæssigt miljø og tidssvarende fysiske rammer og faciliteter (eneværelser mv.). En del af de mere urolige og sværere psykotiske patienter med skizofreni er dårligt place-

rede i et sådant almenpsykiatrisk behandlingsmiljø, dels fordi de eventuelt virker skræmmende på andre patienter eller forstyrrende på miljøet og dels fordi deres behandling og et hensigtsmæssigt behandlingsmiljø kræver særlige ressourcer og tilrettelæggelse. Der er på denne baggrund en udvikling flere steder i sygehuspsykiatrien i retning af at oprette specialiserede psykiatriske døgnafsnit, herunder særlige *psykoseafsnit*, der er normeret til at kunne rumme urolige patienter med skizofreni, eller særlige afsnit for *patienter der både har en psykoselidelse og misbruger rusmidler* eller særlige *langtidsafsnit* for patienter med skizofreni med intensivt behandlingsbehov under langvarig indlæggelse.

En stor del af det *retspsykiatriske klientel* udgøres af personer, der lider af skizofreni (se nærmere herom i kapitel 9).

3. HENVENDELSE

Frivillig henvendelse

Henvendelse til det psykiatriske behandlingssystem for unge og voksne med skizofreni kan gå gennem mange forskellige kanaler (47). En del henvender sig enten på eget initiativ eller på familiens opfordring til egen læge eller i psykiatrisk modtagelse/skadestue. Nogle henvises fra behandling hos psykologer i forskellige regier, fx i studenterrådgivningen eller andre rådgivningsklinikker eller hos privat praktiserende psykologer. Nogle henvises fra speciallægekonsulenter i socialforvaltningen, fra somatiske hospitalsafdelinger, fra herberger og forsorgshjem, politi og lægevagt. Endelig kommer nogle få henvisninger fra instanser, som de syges vrangforestillinger har bragt dem i kontakt med, som for eksempel skadedyrlaboratoriet eller arbejdsmedicinsk klinik. Disse henvendelser vil ofte gå via egen læge eller politiet.

Specielt for personer med skizofreni gælder, at mange ikke opfatter deres tilstand som en sygdom og derfor ikke selv søger lægehjælp. Det er derfor specielt for behandlingen af skizofreni betydningsfuldt, at henvendelse til det psykiatriske behandlingssystem er enkelt og lettilgængeligt. Der bør i alle amter være et *døgnåbent akut henvendelsessted*, i større byer for eksempel en psykiatrisk skadestue, og patienten skal informeres om, at der kan man altid henvende sig, og skal opmuntres til at gøre det, når han eller hun føler behov for det. Samme information kan gives til patientens pårørende og til samarbejdspartnere i sundheds- og socialvæsen og politi. Skadestuerne skal være således bemandede, at der er mulighed for, at patienten umiddelbart bliver modtaget af personalet, og at en læge kan tilkaldes omgående i tilfælde, hvor en lægelig indsats er nødvendig straks. Ved henvendelser med problemstillinger af ikke helt uopsættelig karakter, bør det tilstræbes, at de pågældende efter højst en times ventetid kan komme til at tale med en læge.

Herudover skal der være let adgang til det distriktspsykiatriske system. I målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien (48) er det anført, at der i distriktspsykiatriske centre skal være en ordning, der sikrer mulighed for modtagelse af akutte henvendelser fra patienter, der allerede er i behandling, altså en vagtordning i dagtimerne. Derudover skal der være mulighed for subakut henvendelse inden for få dage, og

generelt skal henviste patienter indkaldes til forvisitations-samtale inden for to uger. For samarbejdspartnere i sundheds-, social-, skolevæsen og politi skal det være let at få kontakt med relevant personale i de distriktspsykiatriske centre og henvise patienter.

Mennesker med skizofreni kan have svært ved at skulle møde op i et distriktspsykiatrisk center og skulle overholde bestemte mødetider. Det er derfor nødvendigt, at der er mulighed for at foretage opsøgende hjemmebesøg fra distriktspsykiatrien til patienterne, eventuelt sammen med relevante samarbejdspartnere. Muligheden for hjemmebesøg skal kunne anvendes på vid indikation, umiddelbart eller i løbet af få dage. Patienten skal altid i forvejen informeres om hjemmebesøget, medmindre helt særlige forhold taler imod det, som for eksempel en mulig tvangssituation.

Undersøgelser af patienter der lider af skizofreni viser klart, at patienter med kort psykosevarighed inden behandling klarer sig bedst mht. sygdommens varighed og sværhedsgrad (49, 50). Der er ikke tvivl om, at det er skadeligt for det sociale forløb for patienten at have langvarige ubehandlede symptomer. Muligheden for at opretholde et almindeligt socialt liv forringes med længden af ubehandlet psykose, og risikoen for et mere kompliceret forløb på grund af misbrug, kriminalitet og social isolation og deroute øges. Det er derfor vigtigt, at der gøres en indsats for at forkorte varigheden af ubehandlede psykosesymptomer ved at oplyse om vigtigheden af tidlig intervention og ved at gøre henvendelses- og henvisningsveje korte og ubureaukratiske.

Flere steder i verden arbejder man med at forsøge at forkorte varigheden af ubehandlet psykose (47, 51, 52). Det sker ved at der foretages en betydelig oplysningsindsats i forhold til almen praksis, socialvæsen, uddannelsessteder og almenbefolkning. Som et led i bestræbelserne har man nogle steder valgt at lade henvisning til psykiatrisk behandling kunne foregå frit, således at for eksempel sagsbehandlere og studievejledere direkte kan kontakte psykiatrien og requirere en vurdering evt. i den syges egne omgivelser, i hjemmet, på uddannelsessted eller socialkontor. En sådan lettilgængelighed har den gunstige virkning, at varigheden af ubehandlet psykose mindskes.

Der bør arbejdes med rutiner, der kan muliggøre at andre end læger (for eksempel studievejledere, præster, socialrådgivere) kan henvise personer til en samtale med henblik på bedømmelse og diagnostik af eventuel skizofreni eller skizofreniform lidelse. I nogle tilfælde kan det mest hensigtsmæssige være, at psykiatriens første kontakt med en person med skizofrenisuspekte symptomer arrangeres for eksempel i den syges hjem, i den praktiserende læges konsultation eller i den sociale institution eller behandlingsinstitution, hvor patienten måtte opholde sig. Dette vil i særlig grad gælde patienter med store sociale problemer og vanskeligheder ved at bruge sædvanlige henvisningsveje. I nogle tilfælde vil henvisningsvejen være somatisk afdeling, og da skal der dels være mulighed for henvisning til psykiatrisk skadestue, og det bør være en standard at alle somatiske afdelinger kan ordinere et psykiatrisk tilsyn og at dette bliver udført af en speciallæge i psykiatri, da diagnostik af skizofreni er en specialisopgave. Speciallægen skal vurdere

patienten og give anbefalinger vedrørende behandlingsindsatsen.

I flere amter i Danmark er der forsøgsordninger med *psykiatrisk udrykningstjeneste*. Målgruppen for disse ordninger er personer med akut behandlingskrævende tilstande, som ikke på anden måde kan sikres behandling. De foreløbige erfaringer tyder på, at der er en behandlingskrævende gruppe personer med vidt forskellig problematik, og herunder også nogle, der lider af skizofreni, som kan profitere af udrykningstjenestens tilbud.

God socialpsykiatrisk standard vil være:

- et døgnåbent akut henvendelsessted, i større byer for eksempel en psykiatriske skadestue
- let adgang til distriktskykiatrien, mulighed for akut henvendelse i dagtimerne og subakut bedømmelse i løbet af få dage
- let adgang for samarbejdspartnerne til kontakt med personale på psykiatriske sengeafdelinger og i distriktskykiatrien
- muligheden for at foretage opsøgende hjemmebesøg og test fra distriktskykiatrien
- henviste patienter skal kunne indkaldes til forvisitation i distriktskykiatrien inden for to uger
- der skal lægges vægt på oplysning til lokalområdet med henblik på bedre muligheder for tidlig intervention.

De unge

Specielt ved mistanke om skizofreni hos unge under 18 år gælder, at diagnostik er vanskelig og en specialistopgave, idet prodromalsymptomer og debutsymptomer i denne alder er ukarakteristiske (53). Det bør være en generel standard, at alle primære behandlere har nem adgang til børne/ungdomspsykiatriske specialister. Kapaciteten i de børne/ungdomspsykiatriske behandlingssystemer bør være så stor, at der er mulighed for at se langt flere unge end dem, der præcis lider af skizofreni, for med langt større sikkerhed at finde de syge.

Det er vigtigt allerede ved den første kontakt at inddrage det professionelle netværk omkring den unge.

God socialpsykiatrisk standard vil være:

- subakut bedømmelse i løbet af få dage
- børne/ungdomspsykiatrien skal være let at gå til, med opsøgende virksomhed og mulighed for hjemmebesøg
- personalet i børne/ungdomspsykiatrien skal være indstillet på udvidet grad af samarbejde med den unges forældre, skole, skolepsykolog og socialforvaltning
- praktiserende læger, socialforvaltning, skolepsykologer skal kende debutsymptomerne og kende mulighederne for hjælp til den unge i det psykiatriske system, fx gennem oplysningsvirksomhed fra børne/ungdomspsykiatrien.

Tvangsindlæggelse

En betydelig del af de, der har skizofreni, har ikke opfattelsen af at være psykisk syge og mener følgelig ikke at have et behov for behandling. I nogle tilfælde skal de ifølge psykiatriloven under behandling. Det kan være aktuelt hvis psykiatrilovens bestemmelser for tvangsindlæggelse er opfyldt, dvs.:

hvis det vil være uforsvarligt ikke at indlægge med henblik på behandling,

herudover skal følgende kriterier være opfyldt:

- den pågældende er sindssyg eller befinder sig i en tilstand, der ganske må sidestilles hermed,
- og*
- udsigten til helbredelse eller betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet.
- eller*
- den pågældende frembyder en umiddelbar og nærliggende fare for sig selv eller andre.

Omkring halvdelen af alle tvangsindlæggelser i Danmark gælder patienter med skizofreni (54, 55).

Spørgsmålet om tvangsindlæggelse er altid forbundet med et dilemma mellem hensynet til patientens autonomi, hensynet til patientens helbredstilstand og hensynet til andres sikkerhed. I en del tilfælde er tvangsindlæggelse nødvendig, for at behandlingen kan etableres eller genoptages, og derved kan yderligere helbredsforringelse eller direkte farlige situationer forebygges. Tvangsindlæggelse skal kunne arrangeres i disse tilfælde så lidt krænkende for patienten som muligt.

Situationer hvor behovet for tvangsindlæggelse opstår er meget belastende for patienten og de pårørende og ofte også for den praktiserende læge, som i de fleste tilfælde er den, der iværksætter tvangsindlæggelsen. I mange tilfælde viser det sig, at de pårørende har stået i vanskelige situationer med en svært syg person, som ikke bliver tvangsindlagt. Det kan dreje sig om, at patienten eventuelt ikke er hjemme, når lægen kommer for at foretage en vurdering, eller at patienten kortvarigt er i stand til at skjule sine symptomer ved lægeundersøgelsen, eller at lægen ikke har mulighed for at tage ud til patienten, når det er nødvendigt.

Politi, psykiatrisk afdeling og almen praksis må arbejde sammen om arbejdsgange, så det sikres, at praktiske vanskeligheder ikke stiller sig i vejen for at tvangsindlæggelse kan finde sted, når det er nødvendigt. Der skal fastlægges, hvem der er ansvarlig for, at behandlingen etableres for at undgå, at en person, der har skizofreni, forbliver ubehandlet i årevis, fordi ansvaret for tvangsindlæggelse ikke er entydigt placeret.

Fra de distriktskykiatriske centre og de psykiatriske afdelinger bør der ydes vejledning over for praktiserende læger med hensyn til psykiatrilovens bestemmelser for tvangsindlæggelse og med hensyn til for eksempel muligheden for ved hjælp af politi og læsesmed at skaffe sig adgang til patientens bolig for at gennemføre en vurdering. Tvangsindlæggelse er en ofte kompliceret og tidskrævende proces. Den psykiatriske afdeling og herunder det distriktskykiatriske center kan således komme til at bruge mange timer på at forberede en tvangsindlæggelse af en patient, der har været tilknyttet psykiatrien i samarbejde med den praktiserende læge, som effektuerer tvangsindlæggelsen.

Ofte er det de pårørende, der tager initiativ til at kontakte lægen for at få iværksat en tvangsindlæggelse, men nogle patienter har næsten intet netværk. I de tilfælde er det andre såsom politi, sociale myndigheder, viceværter eller distriktspsykiatrien, der har et ansvar for at tage initiativet.

God socialpsykiatrisk standard i skizofrenibehandlingen er:

- politi, psykiatrisk afdeling og almen praksis må arbejde sammen om arbejds gange, så det sikres, at praktiske vanskeligheder ikke stiller sig i vejen for at tvangsindlæggelse kan finde sted, når det er nødvendigt
- alle de involverede professionelle bør have indgående kendskab til psykiatrilovens bestemmelser
- ansvaret for initiativ til gennemførelse af tvangsindlæggelse bør lægges fast.

Specielt for unge under 18 år gælder at enhver ung kan, uanset forældrenes accept, indlægges efter psykiatrilovens bestemmelser, hvis den unge opfylder betingelserne for tvangsindlæggelse. Psykiatriloven bør anvendes ved ufrivillig indlæggelse af unge under 18 år for at sikre dem den beskyttelse som psykiatriloven indebærer, også selvom forældrene accepterer barnets indlæggelse og uanset barnets alder. Psykiatriloven gælder også for unge under 18 år og står over forældremyndighedsloven.

4. UDREDNING AF SKIZOFRENISUSPEKTE SYMPTOMER **Sygehistorie og undersøgelse**

Udredning af personer, der henvender sig med skizofrenisuspekte symptomer, er en vanskelig opgave, som kræver betydelig grundighed. I nogle tilfælde er symptomatologien afgrænset til enkeltområder, og den syge kan umiddelbart fremtræde som kun præget af ret diskrete psykopatologiske fænomener. En del personer med skizofreni forsøger at skjule deres symptomer, og diagnosticering kan da være vanskelig. Diagnosticering af skizofreni er både hos unge og voksne en specialopgave, som kan løses under psykiatrisk indlæggelse eller i et distriktspsykiatrisk center med tilknytning til en hospitalsafdeling. Udredning, diagnostik og behandling af personer med debuterende skizofreni fordrer et tværfagligt behandlingspersonale og adgang til specialiserede undersøgelser. Det er en specialopgave at afklare om et givet symptomkompleks kan være symptomer på skizofreni. Afklaring af diagnosen har store konsekvenser for den enkelte, og det er derfor betydningsfuldt at sikre, at diagnostikken foregår med stor ekspertise, så risikoen for fejldiagnosticering mindskes.

Der skal foretages en grundig journaloptagelse med gennemgang af nuværende og tidligere psykiske symptomer. Afklaring af symptomer kan med fordel ske ved anvendelse af et systematisk diagnostisk interview. Et sådant interview vil, afhængigt af patientens tilstand og symptomer, vare mellem ½ og 2 timer. Der skal indhentes oplysninger om tidligere forløb i form af udskrivningsbreve eller erklæringer. Affektive lidelser, organiske hjernelidelser, psykotiske tilstande

udløst af indtagelse af euforiserende stoffer, udviklings- og personlighedsforstyrrelser kan være vigtige differentialdiagnoser.

En udredning af somatisk sygelighed dels ved de psykiatriske læger, der varetager udredningen, og om nødvendigt henvisning til speciallæger i relevante somatiske specialer. Der bør være adgang til rutinemæssige røntgenundersøgelser og laboratorieprøver, (bl.a. til udredning af eventuel rusmiddelindtagelse) og nødvendige specialundersøgelser for eksempel MR-scanning eller CT.

Ud over en grundig beskrivelse af de psykopatologiske fænomener kan der være behov for en psykologisk testning, som kan gennemføres af psykologer ved de distriktspsykiatriske centre eller de psykiatriske afdelinger. Et specielt formål med den psykologiske testning er at få kortlagt graden af kognitiv dysfunktion hos den syge, da dette kan have behandlingsmæssige og beskæftigelsesmæssige og andre konsekvenser.

Der er derudover behov for en grundig beskrivelse af de sociale forhold, og der vil oftest være brug for at inddrage socialrådgivere mhp. at indhente sociale sektorens oplysninger om hvilke ydelser og tilbud patienten aktuelt modtager. Der kan være en række akutte sociale opgaver som huslejebetaling, sygemelding, arrangementer omkring hjemmeboende børn. Ofte viser det sig, at en person med skizofreni har behov for støtte til løsning af sociale problemer for eksempel vedrørende boligsituation, forhold til arbejdsmarked eller uddannelsessystem, økonomiske forhold, eventuel revalidering eller pensionsansøgning. Herudover er det vigtigt at undersøge på hvilke områder en patient med skizofreni har positive ressourcer. Det kan dreje sig om evne til selv at klare egne forhold, om kreative evner, om sociale relationer til personer, der kan støtte. Fysioterapeutisk og ergoterapeutisk vurdering kan i den sammenhæng være meget værdifulde for at klarlægge funktionsvanskeligheder og rehabiliteringsmuligheder.

Indhentning af oplysninger fra pårørende

For alle aldersgrupper gælder, at de pårørende i udredningsfasen kan være til utrolig stor hjælp, idet de kan bidrage med oplysninger om patientens psykiske tilstand, om den sociale situation og om patientens positive ressourcer. Hertil kommer, at de pårørende ofte selv har brug for hjælp, og der kan være behov for kriseintervention. Der skal efter indlæggelse eller kontakt være mulighed for en samtale mellem de pårørende og den psykiatriske læge i løbet af få dage. De pårørende kan give et billede af, hvorledes patienten har fungeret tidligere, og tavshedspligten over for de pårørende forhindrer ikke, at pårørende giver informationer til personalet og heller ikke at de pårørende rådgives i situationer, hvor den syge frembyder symptomer eller adfærd, som de har svært ved at forstå og håndtere.

Det sker, at patienten modsætter sig, at de pårørende informeres og inddrages i behandlingen, men det er undtagelsen. For det meste giver patienten uden problemer sit samtykke til, at de pårørende inddrages i behandlingen. I de tilfælde hvor patienten modsætter sig kontakt med de pårørende kan det dreje sig om at patienten skammer sig

over at være i behandling – og dette kan i nogle tilfælde bearbejdes. I andre tilfælde er der tale om en psykotisk fundret fjendtlighed over for de pårørende, som oftest vil ændres under behandlingen. Endelig er der tilfælde, hvor der ligger en reel konflikt mellem patient og pårørende til grund for patientens ønske om at de pårørende ikke inddrages. I disse tilfælde må patientens ønske respekteres, men der er da mulighed for at give de pårørende en generel orientering om sygdommens natur, behandlingssystemets opbygning, øvrige hjælpemuligheder, virkningen af antipsykotisk virkende medicin etc.

God socialpsykiatrisk standard for udredning af personer med skizofrenisuspekte symptomer omfatter:

- grundig gennemgang af de psykiske symptomer, bedst sikret ved at psykiatere under uddannelsen oplæres i et større systematisk psykopatologisk interview
- psykologisk testning blandt andet med henblik på kortlægning af eventuel kognitiv dysfunktion
- mulighed for støtte til udredningen ved henvisning til speciallæger i relevante somatiske specialer og til laboratorieprøver og nødvendige specialundersøgelser for eksempel MR-scanning eller CT
- inddragelse af socialrådgivere mhp. at undersøge hvilke ydelser og tilbud patienten er berettiget til og/eller aktuelt modtager
- fysioterapeutisk og ergoterapeutisk vurdering med henblik på at klarlægge funktionsvanskeligheder og rehabiliteringsmuligheder
- indkaldelse af de pårørende til samtale kort tid efter indlæggelse/henvendelse med henblik på uddybning af sygehistorien og belysning af patientens ressourcer og behov.

Udredning af unge

De unge med skizofreni bør have mulighed for samme grundige udredning som voksne. Herudover skal man allerede fra starten af indlæggelsen arbejde på at inddrage familien. Forløbet planlægges og udføres i fællesskab med familien. Alle unge bør have mulighed for udredning i en børne/ungdomspsykiatrisk afdeling. Der skal tages hensyn til pubertetens indflydelse på normaludviklingen i disse år og til eventuelle tidligere børnepsykiatriske tilstande som fx Aspergers syndrom eller andre gennemgribende og specifikke udviklingsforstyrrelser, der i ungdomsårene kan udvikle sig til psykoselignende tilstande. De specielle pubertetspsykososer vil også være differentialdiagnoser til skizofreni.

God socialpsykiatrisk standard vil være:

- alle amter bør have en børne/ungdomspsykiatrisk afdeling. De unge kan have behov for et lukket afsnit og for afsnitsopdeling i små enheder, så overstimulering undgås. Ellers har de unge patienter behov for fysiske rammer, som beskrevet for de voksne patienter
- forældre har brug for umiddelbar støtte og inddragelse i behandlingsplaner.

Visitation til behandling

Når henvendelse og den første nødvendige udredning er overstået skal patienten visiteres til et relevant behandlingstilbud. En vigtig retningslinie i visitationsprocessen er at søge at opnå en overensstemmelse med patienten om hvilket behandlingstilbud, der er det mest hensigtsmæssige. Patienten bør altid tilbydes og søges motiveret for det behandlingstilbud, som vides at ville give den bedste prognose. Ofte vil det samtidigt være det mindst indgribende niveau for behandlingen. Kan behandlingen gennemføres på optimal vis uden indlæggelse er det at foretrække, og man kan understøtte den mulighed ved at tilbyde intensiv støtte fra behandlingsteam i distriktspsykiatrien eller ved at tilbyde dagindlæggelse. Er indlæggelse nødvendig, kan det så lade sig gøre på en åben afdeling? Er det nødvendigt med indlæggelse på lukket afdeling, kan man så forsvarligt lade patienten få udgang til gøremål, som patienten betragter som vigtige, eventuelt ledsaget af personale?

I visitationsprocessen er det vigtigt, at der findes gode behandlingstilbud at henvise til, og at behandlingssystemet ikke reelt er enstregt, således at for eksempel eneste mulighed for akut behandlingsindsats er indlæggelse på lukket afdeling. I visiteringsprocessen er hensynet til kontinuitet væsentligt, og det må tilstræbes, at patientens behandlingsforløb tilrettelægges, så der indbygges så få regiskift som muligt.

En vigtig retningslinie for visitationsarbejdet er i den akutte fase at søge at etablere strukturerede og forudsigelige omgivelser og søge at reducere overstimulering og stressfyldte begivenheder. Midlerne til dette kan være, at behandlerteamet foretager intervention i patientens hjem med støtte til familien eller indlæggelse på en afdeling, hvor der er lagt vægt på gode rolige forhold gennem hensigtsmæssig indretning og størrelse og god personalenormering.

5. DØGNBEHANDLING, STABILISERING OG UDSKRIVELSE

Organisation af døgnbehandling

God socialpsykiatrisk standard under døgnindlæggelse vil ved skizofrenibehandling være afhængig af samspillet mellem individ og omgivelser og vil derfor i behandlingsfasen på psykiatrisk afdeling omfatte miljøbehandling i videste forstand.

De fysiske forhold må kunne opfylde behovet for åben, lukket og skærmet funktion, ideelt inden for samme afsnit med henblik på at *bevare kontinuitet og undgå traumatiserende flytninger*. Enhederne skal være små (10-12 patienter afhængigt af patientsammensætningen), idet større eller mindre enheder erfaringsmæssigt medfører ulemper for såvel personale som patienter. Der skal være enestuer, rummelige opholdsrum, aktivitetsrum og gangarealer, som imødekommer behovet hos visse patienter med skizofreni for at kunne holde afstand. Direkte adgang til havearealer imødekommer behovet for rummelighed og muligheden for frisk luft. Afsnittene på en afdeling skal differentieres, således at patienterne er til mindst mulig gene for hinanden. *Belægningsprocenten* må for at forebygge overflytninger, som ikke

er begrundet i patienternes behandlingsbehov, *ikke overstige 90*. Dette er især vigtigt på afsnit med akut funktion, hvor belægningsprocent på 100 og derover ikke imødekommer muligheden for hurtig genindlæggelse og opretholdelse af kontinuitet.

Personalets forudsætninger

Personalets uddannelsesniveau skal imødekomme kravet om professionel holdning og viden om patientens psykiske udvikling og aktuelle psykiske funktion. Dette opnås ved løbende undervisning, kursustilbud, supervision og sygeplejefaglig vejledning. Personalnormeringen skal opfylde som mindste mål, at der er tid til omsorg og aktivering, til drøftelse af information om sygdommen og omstændighederne heromkring, efter reglerne for kontaktpersonordning. Personalesammensætningen er optimalt en ligelig kønsfordeling, som opfylder patientens behov for såvel mandlige som kvindelige identifikationsmuligheder. Personaleudskiftningen skal være lav af hensyn til kontinuiteten, og en andel af plejepersonalet bør have opnået særlig kompetence ved *kvalificerende psykiatrisk efteruddannelse, specialuddannelse og miljøterapeutisk efteruddannelse*. Kontaktordning i form af kontaktperson eller team fremmer kontinuitet, selvom det er en kendsgerning, at en døgndækket afdeling vil have et mål af kontinuitetsbrud pga. skiftende vagter, kurser og ferier. Vagtplanlægning kan i nogen grad imødekomme kontinuitetsbehovet.

Ergo- og fysioterapeuter skal indgå i behandlingen med særlige aktiverings- og træningstilbud. Disse tilbud er af stor praktisk og psykologisk betydning.

Med hensyn til læge-, socialrådgiver- og psykolognormering gælder, at den skal være tilstrækkelig stor til at patienten uden ventetid kan få opfyldt relevante behov for undersøgelse, samtaler, rådgivning, beslutninger vedrørende behandlingstilbud og familiesamtaler.

Behandlingsklimaet på afdelingen skal være præget af miljøterapeutiske kvaliteter som engagement, støtte, praktisk orientering, orden og organisation, programklarhed og det lavest mulige niveau af vrede og aggression. Behandlingsklima kan løbende måles med fx undersøgelsesinstrumentet Ward Atmosphere Scale (56, 57) i kvalitetssikringsøjemed.

Behandlingsindhold under døgnindlæggelse

Akut indsat behandling omfatter samme elementer som planlagt behandling, men indgriben og håndtering af de akutte elementer fordrer ofte hurtig udredning såvel somatisk som psykiatrisk og dermed hyppige revisioner af behandlingsplanen. Den omfatter diagnostik på højt kompetenceniveau og udarbejdelse af behandlingsplan, som revideres med relevante intervaller, jævnfør psykiatrilovens cirkulære om at der skal lægges behandlingsplaner for alle døgnindlagte inden for en uge. Ved akut indsat behandling vil samtidig kontakt med pårørende oftest være af betydning for begge parter, og det involverede personale må have kendskab til kriseterapeutiske principper med henblik på at gøre indlæggelsessituationen mindst mulig traumatisk for patient og pårørende.

Behandling er under indlæggelse organiseret via afsnitskonferencer med deltagelse af læge, tværfagligt personale samt kontaktpersoner fra plejepersonalet. Behandlingen har tre hovedområder: Psykofarmakologisk, miljøterapeutisk og psykologisk.

Behandlingsplanen omfatter:

1. Diagnose
2. Plan for supplerende undersøgelser
3. Behandling
 - a) Medicinsk
 - b) Psykoterapeutisk
 - c) Socialt
4. Mål for behandling
5. Tidspunkt for opfølgning af behandlingsplan
6. Patientens holdning til behandlingsplan.

Psykofarmakologisk behandling ordineres og vedligeholdes af læger i samarbejde med kontaktpersoner fra plejepersonalet mhp. løbende registrering af virkning og bivirkninger. Der skal være adgang til psykofarmakologisk ekspertise mhp. rådgivning i tvivlstilfælde og løbende adgang for de involverede til opdatering af psykofarmakologisk viden.

Behandlingen hviler på regelsættet om information og samtykke og omfatter grundig vejledning, oplysning og dialog med patienten om midlernes virkning, bivirkning og formål, som forudsætning for patientens accept af behandlingen. For patienter med skizofreni kan denne del af behandlingen vanskeliggøres af manglende sygdomserkendelse.

Psykoterapeutisk behandling skal kunne ydes på alle niveauer, fra støttende til indsigtsgivende terapi og kan udøves af læger, psykologer og andre med psykoterapeutisk uddannelse. En patient med skizofreni vil ofte have behov for lange behandlingsforløb, da etablering af terapeutisk alliance tager lang tid. Kontinuitet er en forudsætning, idet terapeutisk er mere traumatisk for patienter med skizofreni end for andre patienter. De fleste patienter kan profitere af støttende og kognitivt præget terapi, som indebærer realitetskorrektion, mens en mindre gruppe kan profitere af indsigtsgivende terapi.

Miljøterapi finder overvejende sted under heldøgns-/døgnindlæggelse. Den bygger på den erfaring, at struktur og forudsigelighed i behandlingsmiljøet virker positivt ind på funktionsniveauet for patienter, der lider af skizofreni. Det gælder både holdningen til sygdommen, kontakten med andre og vedligeholdelse af færdigheder eller indhentning af funktionstab, som patienten måtte have lidt under sin sygdom. Der skal således være praktiske muligheder for strukturering af hverdagen ved fx fast dagsprogram, adgang til undervisnings-, uddannelses- og fritidsaktiviteter, som indeholder både praktisk og social træning. En sådan organisation forudsætter en løbende, psykologisk teoretisk funderet diskussion og analyse af patienternes og personalets samspil om behandling og en løbende supervision heraf. I miljøterapien indgår alle personalegrupper (læge, psykolog, sygeplejerske, socialrådgiver, ergoterapeut og eventuelt andre faggrupper). Plejepersonalet bør være uddannet og trænet i

miljøterapi. Det skal understreges, at især for patienter med skizofreni er det væsentligt, at der er få, gennemgående personer involveret.

Patientens sociale situation skal afklares under indlæggelsen med hensyn til bolig, forsørgelsesgrundlag, erhvervs-evne, uddannelse/uddannelsesplaner, funktionsniveau og netværk. Udredning heraf er en forudsætning for velgennemført udslusning. Optræning mhp. at genvinde tabte sociale færdigheder finder sted som nævnt i kapitel 6: Rehabilitering.

Familieintervention med inddragelse af pårørende kan finde sted i form af gensidig information, familiesamtaler, familiebehandling og psykoedukation. Dette fordrer, at familien altid inden for en kort tid vil kunne tale med en kompetent, velunderrettet person fra pleje- eller behandlergruppen mhp. at undgå at videregive forskellige og måske modstridende informationer. De pårørende bør i løbet af nogle måneder efter patientens første henvendelse kunne tilbydes deltagelse i et gruppeforløb, hvor de undervises psykoedukativt, hvorved de får indblik i for eksempel de store sygdommes ætiologi og prognose, behandlingsmuligheder, problemer for de pårørende, sociallovgivningen og psykiatriloven. Der er flere steder i USA og Europa gode erfaringer med intensiveret inddragelse af familien ved længerevarende forløb i grupper, hvor flere familier deltager (58), og denne behandlingsform afprøves også flere steder i Danmark. Målet med familiebehandlingen er at: nedsætte risikoen for recidiv af psykose hos patienterne, bedre patienternes sociale funktionsniveau, øge indsigten i sygdommens natur og kendskabet til behandlingssystemets opbygning, nedsætte belastningen af familierne og bedre familiefunktion. Alle forskellige typer af familiebehandling understreger værdien af de pårørendes involvering i behandlingen og understreger betydningen af samarbejde mellem det psykiatriske behandlingssystem og familierne. Ud over information om sygdommen og behandlingstilbuddene omfatter nogle familiebehandlingstilbud træning i problemløsning i familierne, forbedret kommunikation og stressreduktion. Der er beskrevet forskellige typer af intervention, og de fleste undersøgelser tyder på, at recidivfrekvensen kan formindskes ved familieintervention (59-63).

Specielt for det børne/ungdomspsykiatriske klientel gælder at undervisning af den unge og familien er vigtig. Der er en stigende erkendelse af de vanskeligheder, som opleves af søskende til unge med skizofreni. Det kan dreje sig om angst for selv at blive syg, mistolkning af små ikke patologiske tegn og skyldfølelse. Søskende bør have et tilbud om deltagelse i pårørendegrupper.

Patienter med skizofreniforme symptomer kan profitere af *patientundervisning*, dvs. undervisning i årsagsforhold, symptomer, prognose og behandlingsmuligheder ved sygdommen. Denne information må tilpasses patientens aktuelle evne til at modtage og bearbejde informationen. Både patienten og dennes familie bør informeres om tidlige tegn på psykose og vejledes i at søge hjælp i tidlig fase af eventuelt recidiv. En sådan information og vejledning kan hjælpe patienten med at bedre sin egen kontrol med sygdommen og forebygge recidiv.

Tvang i behandlingen finder udelukkende sted under heldøgnindlæggelse, og lovgrundlaget er Lov om frihedsberøvelse og anden tvang i psykiatrien (64). Visse patienter med skizofreni er i særlig risiko for tvangsudøvelse, idet manglende sygdomsindsigt og vrangforestillinger i forhold til omgivelserne hindrer, at den syge selv søger hjælp. Tvang udføres med respekt for den enkelte patients integritet. Det er væsentligt, at holdningen til tvangsudøvelsen er professionelt præget med grundlag i det mindste middels princip, hvorfor løbende undervisning og indgående drøftelse af den praktiske anvendelse af tvang er nødvendig. Alle personalegrupper skal være oplært i forebyggelse af voldsepisoder, og der skal være adgang til debriefing efter overståede voldsepisoder. Tvang omfatter brug af frihedsberøvelse (tvangsindlæggelse og tvangstilbageholdelse), tvangsmidler (fx fiksering) og tvangsbehandling. Forud for iværksættelse af tvang skal overtalelse til frivillig behandling og bedst mulig information om hensigten med behandlingen forsøges. Patienten skal tillige orienteres om klagemuligheder, beskikkelse af patientrådgiver. Tvangen skal udøves i kortest mulig tid og skal stå i et rimeligt forhold til det, man opnår ved tvangen. For nogle patienter med skizofreni vil tvangen udstrækkes over uger, sjældnere måneder på grund af sygdomsintensiteten, de medicinske midlers langsomme virkning og for at opnå hensigten med tvangen, at sikre behandlingen.

God socialpsykiatrisk standard for behandling under døgnindlæggelse af mennesker med skizofreni:

- belægningsprocenten bør ikke overstige 90
- enhederne skal være små (10-12 patienter per afsnit)
- personale på sengeafdelingerne skal være veluddannet
- der bør være trænings- og aktiveringstilbud, ledet af ergo- og fysioterapeuter
- tilstrækkelig normering af læger, psykologer og socialrådgivere for at tilgodese undersøgelser, samtaler, rådgivning og familiesamtaler
- behandlingstilbuddene skal være præget af overskuelighed og struktur
- patientundervisning anbefales indført
- familierne anbefales inddraget, gerne i et længerevarende struktureret undervisnings- og samtaletilbud
- patienternes sociale situation skal afklares, og der skal tages initiativer til nødvendige forbedringer/justeringer
- der skal regelmæssigt afholdes kurser med fokus på forebyggelse af voldsepisoder og tvang.

Unge med skizofreni

Efter grundig udredning vil der ofte være et langt behandlingsforløb, som foregår med varierende intensitet. Det starter oftest med heldøgnindlæggelse, og aftrappes så gradvist til ambulante støtte med længerevarende mellemrum. En faktor af særlig betydning for forløbet af behandlingen af de unge er behandlerkontinuitet. Ellers har de unge patienter med skizofreni de samme behov som de voksne patienter.

God socialpsykiatrisk standard for behandlingen af unge med skizofreni:

- inddragelse af familien, undervisning af forældre og eventuelt søskende hver for sig.
- hurtig kontakt til det professionelle netværk, især uddannelsesinstitutioner men også socialforvaltninger
- inddragelse af undervisnings/erhvervsaspektet i behandlingen, så de unge dropper mindst muligt ud af det tilbud de eventuelt er i gang med
- samtaleterapeutisk tilbud samtidigt med den psykofarmakologiske behandling.

Overgang fra udskrivning til ambulante behandlingskontakt

Udskrivningen skal i videst muligt omfang forberedes tidligt i forløbet med inddragelse af patienten, de pårørende og de instanser, der efter udskrivelsen skal være i kontakt med patienten, således at fortsat behandling og social funktion sikres bedst muligt. Ved udskrivningssamtale kan anvendes en tjekliste, som gennemgår alle behandlingsmæssige, plejemæssige og sociale tiltag. Psykiatrilovens bestemmelser for særligt vanskeligt stillede patienter om udskrivningsaftale og koordinationsplan skal efterleves. For mange indlagte er besøg på fremtidige væresteder og aktivitetssteder vigtig, da patienter med skizofreni i højere grad end andre vil kunne reagere negativt på forandringer.

Det er således vigtigt, at indlagte patienter, der udskrives fra sengeafdeling eller fra dagpatientstatus i dagafdeling eller sengeafsnit, har kontakt med den medarbejder fra distriktspsykiatrien og eventuelt socialpsykiatrien, som skal stå for kontakten med patienten. Der bør være standarder for, hvor lang tid der må gå fra henvisning til distriktspsykiatrisk center, indtil første samtale finder sted. Intensiv ambulante opfølgning ved et opsøgende psykoseteam i distriktspsykiatrisk regi kan være nødvendig hos patienter med særlig udtalt psykosocial problematik.

Omvendt kan patienter, som er tilstrækkelig stabile og har mindre behov for distriktspsykiatrisk centers brede tilbud, overgå til praktiserende speciallæge, hvilket kan udgøre en langvarig kontinuerlig støtte til patienter med et stabiliseret sygdomsforløb og indebære en mindre institutionspræget behandlingsform. I de tilfælde er en tidlig kontakt til den praktiserende speciallæge en vigtig forudsætning for behandlingsforløb uden u hensigtsmæssige kontinuitetsbrud.

Nogle patienter med skizofreni kan behandles udelukkende i ambulante regi, og her vil adgangen til subakut henvisning ofte være relevant. Sundhedsstyrelsens redegørelse vedrørende målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatri anbefaler (48), at der skal være mulighed for subakut henvisning (inden for to dage), og almindeligt henviste patienter skal kunne modtages til forvisitationssamtale i løbet af to uger.

I forbindelse med revisionen af psykiatriloven i 1998 er to nye begreber blevet introduceret: *udskrivningsaftaler og koordinationsplaner* (64). Både udskrivningsaftaler og koordinationsplaner skal etableres for patienter, hvis det i forbin-

delse med udskrivning fra psykiatrisk afdeling må antages, at patienten ikke vil følge behandlingen efter udskrivelsen. I forbindelse med udskrivningsaftalen indgår patienten selv i aftalen, mens patienten ved koordinationsplanen ikke behøver at samtykke. Ved begge foranstaltninger fastlægges det, hvem der har ansvaret for at følge patientens tilstand, og der er ved begge foranstaltninger åbnet mulighed for, at de involverede parter kan udveksle de for sagen nødvendige informationer. Ansvaret for at tage initiativ til en eventuel senere tvangsindlæggelse bliver dermed også fastlagt.

For en stor gruppe af patienter med skizofreni vil den ambulante behandling skulle varetages af opsøgende psykoseteam eller delelementer fra denne behandlingsform kan udnyttes i behandlingen, se næste afsnit.

God standard i overgang fra indlæggelse til udskrivning er:

- planlægning af forløb efter udskrivelse skal starte tidligt under indlæggelsen.
- patienten, de pårørende, distriktspsykiatri og evt. socialpsykiatri skal inddrages i denne planlægning.
- kontakten med distriktspsykiatri og evt. socialpsykiatri skal etableres før udskrivelse
- systematisk stillingtagen til forskellige typer af vanskeligheder, der kan opstå efter udskrivelse
- stillingtagen til om patienten opfylder betingelserne for at der skal indgås udskrivningsaftaler eller koordinationsplaner.

Opsøgende psykoseteam

Der foreligger solid videnskabelig evidens for, at det er gavnligt for patienter med skizofreni og nedsat social funktions-ejne at være i behandling med det, der på engelsk kaldes Assertive Community Treatment (6, 65). Metoden er udviklet i USA med henblik på at tilbyde patienter med skizofreni eller anden behandlingskrævende svær psykisk sygdom et behandlingstilbud tilpasset deres funktionsniveau og sociale situation. Metoden kaldes på dansk opsøgende psykoseteam. Det er mere intensiv behandlingsform end hidtil kendt i dansk distriktspsykiatri, og metoden skal i de kommende år afprøves i Danmark.

Behandlingen i opsøgende psykoseteam er baseret på, at en gruppe patienter tilknyttes et tværfagligt team af professionelle, som har ansvaret for i gennemsnit ti patienter per behandler. Det tværfaglige team skal indeholde personalegrupperne: psykiater, psykiatrisk sygeplejerske og socialrådgiver, og herudover er det hensigtsmæssigt med psykolog, ergoterapeut, eventuelt fysioterapeut og socialpædagog. Metoden bygger på opsøgende hjemmebesøg, som i perioder, hvor der er behov for det, kan gennemføres dagligt, støtte til at få den nødvendige behandling og de sociale goder, som den pågældende har behov for. Ideelt er teamet til rådighed syv dage ugentligt, 24 timer i døgnet og der er ingen tidsbegrænsning på indsatsen (66). Teamet er ansvarlig for at inddrage patientens familie og netværk i behandlingen og ansvarlig for at der udvikles en individuelt skræddersyet plan til imødekomme af patientens behov. Det kan for eksempel dreje sig om at støtte patienten i, at der bliver udfær-

diget ansøgning om ny bolig, om at støtte patienten i at afstå fra hashrygning eller at prøve at overbevise patienten om at regelmæssig indtagelse af antipsykotisk medicin vil mindske de psykotiske symptomer. I en stor mængde undersøgelser har det vist sig, at metoden er standardbehandlingen overlegen med hensyn til at fastholde patienterne i behandling, stabilisere boligsituationen, bedre beskæftigelsesforhold, mindske kriminalitet og bedre bruger- og pårørendetilfredshed. I de fleste modeller tildeles hver patient en personlig professionel behandler, oftest som en del af behandling i et multidisciplinært team. Denne person kaldes i engelsksproget litteratur: *clinical case manager*. Der er ikke fundet en dækkende dansk betegnelse, men flere steder har man valgt at kalde en sådan figur for primærbehandler eller individuel behandler og den samlede behandlergruppe for opsøgende psykoseteam. Personalet i de opsøgende psykoseteam kan udgå fra sundhedssektoren, eller der kan sammensættes team af personale, der udgår fra både sundheds- og socialsektor. I distriktpsykiatrien i Danmark har man mange steder valgt at inddelle personalet i team, men der er da ofte tale om at hvert team sammen har en meget stor, blandet gruppe patienter i behandling, og at hvert personale er involveret i 40-100 patienter. Denne form for organisering imødekommer ikke i tilstrækkelig grad behovene hos dårligt fungerende patienter med skizofreni. For disse patienter er behovet for støtte i dagligdagen ofte meget stort, og der bør etableres særlige team, der behandler patienter med skizofreni, og behandlerne i disse team bør højst have tilknyttet ca. ti patienter hver. Der bør ikke være tidsgrænser for tilknytningen til disse team. Behandlerne skal i forhold til patienten være opsøgende, vedholdende og fleksible og arbejde på at etablere en alliance omkring behandlingen og sikre patientens kontakt til behandlingssystemet i kritiske faser. Behandleren er ansvarlig for at patientens behov evalueres, og at der etableres de nødvendige behandlings- og støttetilbud.

God standard for opsøgende psykoseteam:

- opsøgende psykoseteam bør tilbydes til en stor andel af patienter med skizofreni
- personale-patient-ratio: 1:10
- ingen tidsbegrænsning af tilknytningen
- opsøgende, vedholdende kontakt
- fleksibilitet med hensyn til tid og sted for patientkontakten
- regelmæssig justering af behandlingsplan med hensyn til medicinering af psykisk lidelse, misbrug, somatisk lidelse, sociale problemer, aktiviteter, kontakt til familie
- tværfaglig personalesammensætning
- hjemmebesøg anvendes hyppigt
- patientens netværk inddrages
- patientens deltagelse i aktiviteter i lokalområdet understøttes.

Patienter, der kommer i behandling for debuterende psykose

Behandlingen af personer, der første gang kommer i psykiatrisk behandling på grund af psykose, er en særlig opgave.

For de fleste af disse menneskers vedkommende er der tale om, at psykosen betyder at deres liv ændres på en lang række områder. Der kan være tale om, at planer for arbejde, uddannelse og bolig må ændres. Indtægtsgrundlaget skal som følge heraf ofte også ændres, og det er på grund af alle disse forhold, samt på grund af selve psykosen, en voldsom omstillingsproces både for den unge, der er ramt af psykosen, og for dennes familie. Det er derfor hensigtsmæssigt, at der udvikles og etableres specialprogrammer for denne patientgruppe, hvori der er mulighed for at tilbyde en intensiv kontakt, medicinsk behandling, hjælp til afklaring af de mange uløste sociale spørgsmål, hjælp til bearbejdning af den eksistentielle krise, hjælp til opretholdelse og regulering af kontakt med familien, uddannelse i symptomer, forløb og behandling ved psykose og skizofreni, træning i sociale færdigheder. Alt dette foregår bedst i regi af specialprogrammer, der kan organiseres så patientgrundlaget tillader etablering af familiebehandling og etablering af grupper for træning af sociale færdigheder og eventuelle andre grupper.

6. REHABILITERING

Ved rehabilitering forstås genskabelse af den psykiatriske patients evner og kvalifikationer. For den, som har skizofreni, har udbruddet af eller tilbagefaldet i psykose ofte betydet et betydeligt tab af sociale færdigheder, selvtilid og tidligere indlærte evner og funktioner. Målsætningen for rehabiliteringen er at søge at indhente så meget som muligt af dette funktionstab på alle områder.

Rehabilitering bør startes, så snart den akutte udredning og behandling er sat i værk. Rehabiliteringen bør foregå sideløbende med den øvrige behandling på psykiatrisk afdeling og skal fortsættes i forbindelse med patientens udskrivning til ambulant behandling og/eller til sociale foranstaltninger. De aktiverende sociale foranstaltninger kan i sig selv blive en væsentlig del af patientens fortsatte rehabilitering.

Den rehabiliterende indsats over for patienten under indlæggelsen kan hensigtsmæssigt tage udgangspunkt i en konkret vurdering af patientens aktuelle funktionsniveau. Den rehabiliterende indsats kan lidt skematisk deles op i to dele:

1. De områder, hvor patienten ved træning kan opnå en bedre funktion.
2. Funktionsdeficit, som ikke direkte kan ændres, men som må kompenseres.

Den konkrete rehabilitering vil indeholde elementer af begge slags. Men det kan være klagende at identificere dels de optræningsmæssige dels de kompenserende aspekter af forskellige behandlingstilbud.

Rehabiliteringen kan tilrettelægges under indlæggelsen som særlige træningsprogrammer eller gruppeaktiviteter. Ligeledes vil der være både optræningsmæssige og kompenserende aspekter i den tidligere omtalte psykoseteamfunktion, idet en af opgaverne er at støtte patienten i at gennemføre aktiviteter og gøremål, som ikke vil kunne lade sig gøre uden støtte fra en fra teamet eller fra en anden støtteperson. Den rehabiliterende indsats kan og bør således fortsættes efter patientens udskrivning af et opsøgende psy-

koseteam, i distriktspsykiatrisk regi eller som en del af den kommunale eller amtslige socialpsykiatriske indsats for personer med skizofreni.

God socialpsykiatrisk standard i rehabilitering af patienter med skizofreni er:

- specialiserede behandlingstilbud mhp. vedligeholdelse, udvikling og genopbygning af almindelige daglige færdigheder og sociale færdigheder
- træning i socialt samvær med andre
- træning i kommunikation med andre
- træning i at etablere og fastholde netværk
- træning i daglige færdigheder
- træning i at løse praktiske problemer
- udvikling af evne til at kunne observere symptomer på tilbagefald
- tilegnelse af viden om og evne til at håndtere medicin
- idræt, kropslig træning og motion.

Rehabilitering af unge

Specielt for unge med skizofreni gælder i rehabiliteringsfasen, at de har specielt behov for intensiv indsats. Ofte er uddannelse blevet afbrudt af sygdommen, deres tidligere netværk af kammerater kan være ødelagt. De har behov for støtte til i så vid udstrækning som deres sygdom tillader det atter at genoptage uddannelse på realistisk niveau, støtte til så vidt muligt at blive integreret i normale ungdomskulturer.

Særligt for de unge gælder, at de er midt i en adskillelse fra familien. Det er ofte meget problematisk, præget af ambivalente følelser, fx med udadreageren eller selvdestruktive handlinger til følge. Det er vigtigt at tage hensyn til dette i behandlingen, bl.a. ved at *medinddrage familien i forløbet*. Hvis de er i gang med et *uddannelses/undervisningsforløb*, er risikoen for »drop out« stor. Der skal derfor gøres en indsats for at støtte op om deres uddannelse eller beskæftigelse. Endelig er *bosituationen* vigtig; en fremtid i et værelse i ensomhed ude i byen med tilsyn fra forvaltningen er ikke tiltrækkende eller acceptabel, men desværre ikke en ukendt nødløsning. For alle patienter, men især for de unge, er *behandlertilværelsen* også i efterbehandlingsfasen helt afgørende for, at de ikke dropper ud af behandlingen, og for at de kan tro på, at det psykiatriske system er brugbart og nødvendigt for netop dem og kan hjælpe dem.

God socialpsykiatrisk standard vil være:

- planlægning af den unges uddannelsesforløb
- inddragelse af familien
- fortsættelse af samtaleforløb i en lang opfølgning
- socialforvaltningen bør tidligt inddrages vedrørende bolig-situationen
- alle amter bør have efterbehandlingssteder af 1-2 års varighed, med henblik på social træning over længere tid
- alle amter bør have beskyttede bomuligheder for unge med skizofreni - værelser/lejligheder med psykiatrisk uddannet personale tilknyttet
- der bør tages kontakt til fritidsaktiviteter, som den unge kan magte.

7. AMTSLIGE OG KOMMUNALE SOCIALE FORANSTALTNINGER FOR PERSONER, DER LIDER AF SKIZOFRENI

Udvikling og lovgrundlag

I løbet af 1980'erne og især i begyndelsen af 1990'erne blev det politisk erkendt, at indskrænkningen af sengepladser i det psykiatriske sygehusvæsen og den dermed sammenhængende omfattende udskrivning af psykiatriske patienter (inkl. patienter med skizofreni) ikke var blevet fulgt op af et modsvarende socialt omsorgstilbud, som forudsat i bilstandsloven. Denne erkendelse har været medvirkende til at der i 1990'erne har været en omfattende vækst i de amtslige og kommunale sociale tilbud til sindslidende, såkaldte »socialpsykiatriske« foranstaltninger (67).

Lovgrundlaget for de sociale foranstaltninger for landets borgere, herunder sindslidende borgere og hermed personer med skizofreni, var tidligere især bilstandsloven. Per 1. juli 1998 er denne erstattet af retssikkerhedsloven, Lov om aktiv socialpolitik og Lov om social service. Hertil kommer Lov om social pension der har undergået betydelige ændringer per 1. juli 1998. Lov om specialundervisning for voksne og Lov om støtte til folkeoplysning indeholder bestemmelser, der er af betydning for sindslidendes kompenserende undervisning og kulturelle tilbud.

De sindslidende med skizofreni vil på grund af deres ofte langvarige og kroniske sygdom udgøre en væsentlig og typisk del af klientellet i de amtslige og kommunale socialpsykiatriske institutioner og foranstaltninger. Personalet vil ofte være social- og sundhedsassistenter, socialpædagoger eller andre social- og sundhedsfagligt uddannede eventuelt med tidligere ansættelser i psykiatrien som baggrund. Det personale, der arbejder i socialpsykiatrien, bør have et basalt kendskab til psykiatri og sindslidelser, herunder til skizofreni. Det bør løbende have adgang til uddannelse, der tager sigte på at omgås, kommunikere med og give omsorg til psykotiske. Det bør kende indholdet i psykiatrilovens bestemmelser vedrørende udøvelse af tvang, specielt tvangslidelse. Personalet bør ligeledes løbende have mulighed for supervision ved kvalificerede supervisorer af deres arbejde med mennesker med psykotiske lidelser, herunder skizofreni. Det er af væsentlig betydning, at der etableres og udvikles et godt samarbejde mellem den amtslige og kommunale socialpsykiatri og den sygehus- eller distriktspsykiatrisk baserede behandlingspsykiatri med gensidig respekt for hinandens ressortområder.

Videnscenter for Socialpsykiatri har udgivet en publikation, der giver retningslinier for god standard i kommunernes sociale tilbud til sindslidende (68).

Boligtilbud

I 1987 overførtes de tidligere psykiatriske plejehospitaler (»H-plejehjem«) til amternes socialforvaltninger som såkaldte *særlige plejehjem* eller *psykiatriske plejehjem*. Der er sket i skift af beboere fra det tidligere fortrinsvist gerontopsykiatriske klientel til 20-50-årige med svært behandlelig skizofreni (69). De tidlige psykiatriske plejehjem udgør fortsat i dag et botilbud for sindslidende herunder de sværest invaliderede og mest omsorgskrævende patienter med kro-

nisk forløbende skizofreni og andre psykisk syge. Botilbudet suppleres af social, herunder socialpædagogisk støtte, pleje mv. døgnet rundt, som udøves af det ansatte personale. Den »nye« målgruppe for de tidligere plejehjem har skabt et udækket behov for kvalificeret speciallægekonsulentbetjening af institutionerne til varetagelse af intensiv ambulant behandling, inklusive ofte kompliceret medikamentel behandling.

Selvom der i dag i socialektoren gøres en betydelig indsats for at afvikle institutionsbegrebet og udluse så mange beboere som muligt til mindre indgribende foranstaltninger, vil der fortsat være en gruppe svært psykisk syge, herunder nogle af de sværest invaliderede patienter med skizofreni, der vil have behov for bolig og pleje med maksimal omsorg på sådanne særlige psykiatriske plejehjem. Disse bør være tidssvarende indrettet med varierede aktivitets tilbud, og der bør være tilknyttet tilstrækkelig psykiatrisk ekspertise til at den ofte komplicerede behandling kan varetages.

En mindre gruppe af landets sindslidende regnes for *særligt vanskeligt stillede sindslidende*. Disse er for flertallet vedkommende mænd, som ofte er karakteriseret ved en kombination af alvorlig sindslidelse (som fx skizofreni), misbrug, stærkt afvigende adfærd og hyppige konflikter, kriminalitet, isolation og problemer med at færdes, hvor der er mange mennesker. En del vil være boligløse og tilhøre »posefolket«. En øget indsats for denne gruppe indgår i regeringens og amternes »fremrykningsaftaler«. Det er fortsat væsentligt, at der i hvert amt respektive amtskommune etableres et tilstrækkeligt antal pladser på døgninstitutioner eller sygehusafdelinger bl.a. til gruppen af særligt vanskeligt stillede personer med skizofreni. En del af de særligt vanskeligt stillede vil kunne hjælpes ved en intensiv kontakt til et opsøgende psykoseteam.

Der findes i dag i landets forskellige kommuner en meget uensartet vifte af forskellige *bofællesskaber for sindslidende*, etableret efter bestemmelser fra den tidligere bistandslov, nu Lov om social service. Der har i 1990'erne været en fortsat og betydelig vækst i antallet af pladser til sindslidende i disse kommunale, evt. amtslige bofællesskaber. Til bofællesskaberne er der ofte knyttet forskellige former for støtte, for eksempel ansatte medarbejdere, der yder beboerne støtte på forskellige tider af døgnet. Til bofællesskabet knyttes undertiden andre aktiviteter såsom værested for sindslidende og/eller støtte-kontaktcenter.

Også disse sociale botilbud i form af bofællesskaber er af stor betydning for en væsentlig del af udskrevne patienter med skizofreni. Der bør i hver kommune i landet være adgang til at tilbyde personer med skizofreni, der ikke trives ved eller kan klare at bo i egen bolig, plads i bofællesskaber med forskellige grader af støtte og varierende grader af kollektivitet.

Pladser på de tidligere såkaldte *§ 105-institutioner (forsorgshjem, herberger, beskyttede pensionater, krisecentre mv.)* er beregnet til midlertidigt ophold for personer, der ikke har eller ikke kan opholde sig i egen bolig, og som på grund af særlige sociale vanskeligheder har behov for botilbud eller aktiverende støtte og omsorg, der ikke kan ydes efter andre regler i loven.

Disse institutioner er ikke specielt rettet mod eller egnede til sindslidende, men benyttes ikke desto mindre i betydelig udstrækning af personer med sindslidelse, herunder kronisk psykotiske som fx patienter med skizofreni. Dette har i en årrække været et alvorligt problem, dels for de pågældende institutioner, dels for de indskrevne psykotiske sindslidende.

Ophold på forsorgshjem mv. er ikke hensigtsmæssigt for mennesker med sindslidelser og specielt ikke psykoselidelser, herunder skizofreni. Disse bør overalt i landet kunne tilbydes bolig på »særlige plejehjem«, i institutioner for »særligt vanskeligt stillede«, i bofællesskaber eller i egen bolig med relevante støtteforanstaltninger.

Væresteder

I begyndelsen af 1990'erne kunne kun en ganske lille del af landets kommuner i landet tilbyde pladser i *væresteder for sindslidende*. I de efterfølgende år er der over hele landet sket en eksplosiv vækst i antallet af etablerede væresteder for sindslidende. I dag har langt størstedelen af landets kommuner tilbud om plads på værested til kommunens sindslidende, herunder til mennesker med skizofreni. Væresteder er enten etableret i kommunen selv eller som en del af et tværkommunalt samarbejde eller i samarbejde med amt og/eller private organisationer som fx Landsforeningen Sind.

De etablerede væresteder varierer i struktur og målsætning over et bredt spektrum. Groft set kan man tale om to hovedtyper:

- væresteder med sigte på de svagest fungerende, hvor aktiviteterne typisk retter sig efter meget basale fysiske, psykiske og sociale behov
- væresteder som et tilbud til dem, der i højere grad kan klare sig selv, men som har brug for et fristed, hvor de på egne præmisser kan dyrke interesser og aktiviteter.

Værestederne adskiller sig således ved, hvor intensiv social støtte de kan give den enkelte, respektive hvor megen selvstændighed, der kræves af brugeren. Mange væresteder er udbygget med rådgivende og opsøgende arbejde, som fx kan etableres via støttekontaktpersoner tilknyttet værestedet.

Da en meget stor del af pensionister med skizofrenilidelse har problemer med selvaktivering og med opretholdelse af sociale kontakter, er det af væsentlig betydning, at der i hver enkelt kommune, og med en beliggenhed, der tillader den sindslidendes transport til værestedet, er adgang til et sådant værested. Det kan være en fordel at væresteder knyttes til bofællesskaber for psykisk syge.

Støtte- og kontaktpersoner

Per 1.8.1996 ændredes bistandsloven til at omfatte § 68 c, der bestemte at: »Kommunalbestyrelsen kan tilbyde personer med sindslidelser en *støtte- og kontaktperson*«. Denne bestemmelse er videreført i Lov om social service. Målgruppen for ordningen er de mest socialt udsatte og isolerede grupper af sindslidende, som ikke almindeligvis gør brug af eller kan gøre brug af de allerede etablerede tilbud. Sigtet er dels, at støttekontaktpersonen opnår en stabil kontakt med den sindslidende, dels at den sindslidende hjælpes til at gøre brug af allerede etablerede tilbud.

Også med hensyn til kommunalt ansatte støttekontaktpersoner er der i løbet af 1990'erne sket et sandt boom af ansættelser i landets kommuner. En del pensionister med skizofreni har på grund af deres lidelse store problemer med isolation og social kontakt, og de udgør en central målgruppe for de kommunale støttekontaktpersonordninger. Der bør i hver kommune i landet være ansat et tilstrækkeligt antal støttekontaktpersoner til at opfylde dette behov. Der bør udvikles et snævert samarbejde mellem disse og den lokale psykiatri og distriktspsykiatri.

Undervisning og kulturelle tilbud

Også *undervisnings- og kulturelle tilbud til sindslidende* er af væsentlig betydning for mennesker med skizofreni. En del unge afbrydes i et uddannelsesforløb på grund af psykose, eller sygdommen debuterer så tidligt, at de slet ikke når at starte en uddannelse. Det er derfor vigtigt at give især yngre patienter med debuterende eller manifest skizofreni kompenserende undervisning. Lov om specialundervisning for voksne pålægger amterne at sikre, at der i amtet ydes sådan kompenserende specialundervisning for psykisk syge. Dette tilbud bør også omfatte personer med skizofreni. Kommunerne har ifølge lov om støtte til folkeoplysning mulighed for at yde forhøjet tilskud til blandt andet undervisning for voksne med handicap på mindre hold end sædvanligt. Loven tillader også, at kommunerne giver støtte blandt andet til Landsforeningen Sinds »Lilleskoler for voksne«. En del af de bedre fungerende personer med skizofreni vil kunne have udbytte af sådanne aktiverende og kulturelle tilbud evt. på »Lilleskoler for voksne«.

Det er gennem mange undersøgelser vist, at *idræt*, for eksempel i form af løb eller andre former for motion, kan være til gavn for sindslidende, dels med henblik på at genopbygge en ofte forsømt kropslig kondition, dels fordi idræt synes at gavne helbredelsen af mange former for sindslidelse. Idræt udgør en struktureret aktivitet med mulighed for social kontakt, og det giver fysisk velvære og selvtillid at kunne præstere noget. I en del tilfælde vil personer med skizofreni kunne deltage i normalsamfundets idrætstilbud. Mange vil dog have brug for en positiv særbehandling, som kan etableres som særlige idrætsklubber for sindslidende eller gennem afholdelse af særlige idrætsarrangementer i amtet eller kommunen.

Det bør i hver enkelt kommune sikres, at de sindslidende har adgang til kulturelle, undervisningsmæssige og sportslige aktiviteter, der retter sig direkte til sindslidende borgere, herunder personer med skizofreni.

Beskæftigelse

Ifølge lov om aktiv socialpolitik kan der gives hjælp til *revalidering* i form af blandt andet forrevalidering, arbejdsprøvnings, uddannelse, optræning hos private eller offentlige arbejdsgivere, hjælp til selvstændig virksomhed mv. Da diagnosen skizofreni i dag ikke nødvendigvis er ensbetydende med en svær og evt. livslang lidelse, men også kan omfatte personer med forbigående psykotiske lidelser (med varighed over en måned), vil der være en del personer, som har fået diagnosticeret skizofreni, som efter remission af psyko-

sen vil være berettiget til og bør tilbydes revalideringsforanstaltninger. En del af de bedre fungerende personer med diagnosticeret skizofrenilidelse vil via sådan revalidering kunne kvalificere sig til enhver vsmæssigt arbejde.

Enkelte personer med skizofreni bør tilbydes *fleksjob*, dvs. job med tilskud fra det offentlige og bl.a. aftalt under hensyn til den ansattes arbejdsevne. Betingelserne for at kunne opnå fleksjob (med løn efter gældende overenskomst på området) er, at revalideringsmulighederne er udtømte, at patienten har en varig begrænsning i arbejdsevnen, og at vedkommende ikke er blevet tilkendt social pension. Tilbud om fleksjob er alternativ til tilkendelse af social pension.

Blandt dem, der lider af skizofreni, vil en stor del have en så alvorlig nedsættelse af arbejdsevnen, at de vil være berettiget til *social pension*. I forbindelse med ændringerne i lov om social pension per juli 1998, er det blevet indskærpet, at alle aktiverings- og revalideringsmuligheder skal være afprøvet. På trods af denne bestemmelse må det forventes, at en del mennesker med skizofreni allerede fra sygdommens udbrud vil være så hårdt ramte, at egentlig aktivering og revalidering vil være meningsløs og en betydelig belastning for patienten. I sådanne tilfælde bør patienten, når vedkommende er psykiatrisk udredt og har modtaget relevant psykiatrisk behandling, på baggrund af den psykiatriske vurdering af arbejdsevnen tilbydes social pension. I andre tilfælde bør pensionen først tilkendes efter afprøvning af relevante forsøg på aktivering og beskæftigelse.

Blandt de personer, der har opnået social pension på grund af sygdommen skizofreni, kan det være af væsentlig betydning yderligere at få mulighed for et *skånejob med løntilskud*. Betingelserne herfor er, at vedkommende har varig begrænsning i arbejdsevnen, at revalideringsmulighederne er udtømte og at vedkommende oppebærer social pension. Lønnen for dette arbejde vil ofte være lav, men værdien i at have et skånejob kan være en betydelig forbedret livskvalitet. Der bør i hver kommune være et tilstrækkeligt udbud af sådanne skånejob hos private eller offentlige arbejdsgivere til de personer med skizofreni, som bor i kommunen og kan magte et skånejob. En del af skånejobbene kan etableres på *beskyttede værksteder*, hvor patienter kan arbejde i beskyttede og strukturerede rammer og støttet af personale med en vis viden om og erfaring med at arbejde med sindslidende.

Placeringen af psykiatriske patienter, herunder patienter med skizofreni, i de relevante jobtyper og nicher i det offentlige og private arbejdsmarked, er en specialopgave, der kan være vanskelig at løse både for socialrådgivere ansat i psykiatrien og for patientens kommunale sagsbehandlere. Det kan være hensigtsmæssigt på amtslig eller tværkommunal basis at ansætte en jobkonsulent eller erhvervsvejleder, der tager sig specielt af dette område og specialiserer sig i at op-søge og forhandle jobmuligheder i lokalområdet for de psykiatriske patienter.

God socialpsykiatrisk standard:

- der bør i amtet være adgang til og mulighed for at placere de sværest invaliderede personer med skizofreni på særlige psykiatriske plejehjem med maksimal pleje og omsorg

- der bør i hvert amt etableres et tilstrækkeligt antal pladser til gruppen af særligt vanskeligt stillede skizofrene med misbrug
- der bør i hver kommune være mulighed for at tilbyde pensionister med skizofreni plads i bofællesskaber med forskellige grader af støtte og varierende grader af kollektivitet
- personer med skizofreni eller anden psykose bør ikke henvises til ophold på forsorghjem, herberger mv. (§ 105-institutioner)
- der bør for personer med skizofreni i hver enkelt kommune være adgang til et værested for sindslidende med en beliggenhed, der tillader den sindslidendes transport til værestedet
- der bør i hver kommune i landet være ansat et tilstrækkeligt antal støttekontaktpersoner, og der bør udvikles et tæt og hensigtsmæssigt samarbejde sektorerne imellem
- det bør i hver enkelt kommune sikres, at de sindslidende, herunder de som har skizofreni, har adgang til kulturelle, undervisningsmæssige og sportslige aktiviteter, der retter sig direkte mod sindslidende
- flexjob bør kunne tilbydes til nogle personer med skizofreni som alternativ til social pension. Mange bør tilbydes social pension og herudover tilbydes skånejob
- der bør på amtslig eller tværkommunal basis ansættes en jobkonsulent eller specialiseret erhvervsvejleder til placering af mennesker med skizofreni i relevante hensyntagende jobtyper på arbejdsmarkedet.

Unge med skizofreni

For *unge med skizofreni* gælder, at der ofte er behov for sociale foranstaltninger i form af placering i særlige behandlingstilbud. At den unge er anbragt i et værelse eller en lejlighed med tilsyn eventuelt dagligt, er ofte ikke tilstrækkeligt og sætter den unge i en situation, hvor der hurtigt vil ske tilbagefald efter udskrivning fra børne/ungdomspsykiatrisk afdeling. Den unge bør placeres i egentlige behandlingstilbud i form af boenheder, hvor professionelt personale er sammen med den unge døgnet igennem, og hvor der for eksempel bor 4-6 unge ad gangen. Personalet skal blandt andet støtte den unge i uddannelses/undervisningsforløb, eventuelt ved, at der er undervisnings- eller værkstedsmuligheder på boinstitutionen. Der bør være psykolog knyttet til stedet med henblik på at tilbyde de unge individuelle samtaler eller samtaleterapi. Personalet bør modtage regelmæssig supervision og bør have et tæt samarbejde med den børne/ungdomspsykiatriske afdeling evt. i form af konsulentordning. Den unge bør have mulighed for at opholde sig på institutionen i et par år.

God socialpsykiatrisk standard vil være:

- der bør i alle amter være mulighed for at give unge med skizofreni et behandlingstilbud der rummer såvel mulighed med støtte fra professionelt personale som støtte til uddannelse/undervisning, adgang til psykologsamtaler, supervision i tæt samarbejde med børne/ungdomspsykiatrien.

8. FOREBYGGENDE FORANSTALTNINGER

Information om psykisk sygdom

Psykiatrien må arbejde aktivt med at formidle information om psykisk sygdom til befolkningen. Dette arbejde kan tage udgangspunkt i de distriktspsykiatriske centre, som bør tage *initiativer i forhold til lokalbefolkningen ved at formidle mundtlig og skriftlig lettilgængelig information om de vigtigste psykiske lidelser og behandlingen af dem.* Dette kan ske i samarbejde med patient- og pårørendeorganisationer. Der bør gøres et arbejde for at ændre det skræmmebillede, der er af psykiatrisk behandling i offentligheden. Psykiatrisk behandling er forbundet med mange negative forestillinger. Det betragtes som skamfuldt at være i psykiatrisk behandling, og psykiatriske patienter opfattes som skræmmende, utilregnelige, livsvarigt syge. Psykiatrisk behandling er ofte forbundet med forestillinger om store doser medicin, der virker næsten bedøvende, bæltefiksering og tvang. Det væsentlige der adskiller psykiatrisk behandling fra somatisk behandling er, at blandt psykisk syge er der visse grupper, hvis dømmekraft ikke altid er intakt på alle områder, og dette betragtes som både skræmmende og ydmygende. Den psykiatriske behandling kan imidlertid i mange tilfælde sikre, at patienten kan føre en tilværelse med mange positive kvaliteter. Dette bør forbedres yderligere og formidles til offentligheden. En sådan indsats for at gøre psykiatriens ansigt mere menneskeligt vil have stor betydning for at mindske tærsklen for henvendelse.

Opsøgende og tidlig intervention

Som nævnt i kapitel 3 viser undersøgelser af patienter med skizofreni klart, at patienter med kort psykosevarighed inden behandling klarer sig bedst mht. sygdommens varighed og sværhedsgrad. Det er ikke belyst, om disse resultater afspejler en biologisk skadelig effekt af ubehandlet psykose og dermed en sand effekt af tidlig behandling eller om de kan henføres til andre prognostisk gunstige forhold, som fx god sygdomsindsigt og ønske om samarbejde ved behandling. Der er imidlertid ikke tvivl om, at det er skadeligt for det sociale forløb for patienten at have langvarige ubehandlede symptomer. Muligheden for at opretholde et almindeligt socialt liv forringes med længden af ubehandlet psykose, og risikoen for et mere kompliceret forløb på grund af misbrug, kriminalitet og social isolation og derudover øges. Der bør sættes på bred information til offentligheden og til psykiatriens samarbejdspartnere mhp. at sænke tærsklen for henvendelse til psykiatrisk afdeling eller distriktspsykiatrisk center. Det er derfor vigtigt, at der gøres en indsats for at forkorte varigheden af ubehandlede psykosesymptomer ved at oplyse om vigtigheden af tidlig intervention og ved at gøre henvendelses- og henvisningsveje korte og ubureaukratiske.

Tilbud til børn af forældre med skizofreni

Børn af forældre, der lider af skizofreni, har betydelig øget risiko for psykisk lidelse i barndom, ungdom og voksenalder i form af øget hyppighed af skizofreni og øget hyppighed af emotionelle og adfærdsmæssige vanskeligheder af forbigående og varig karakter på grund af genetisk disposition til skizofreni og miljømæssige faktorer (70-73).

Når en forælder har fået stillet diagnosen skizofreni har børnene behov for at blive frataget et ansvar de nemt påtager sig. Der bør etableres en handleplan for børnene, ofte i samarbejde med socialforvaltningen. Det er i høj grad prognosen for sygdommen og den basale sociale funktion hos forældrene, samt barnets konstitution og øvrige livsomstændigheder, der er af betydning for støtteforanstaltningernes omfang. I graviditeten, og den tidlige spædbaralder, vil der være behov for speciel støtte, da perioden er sårbar for kvinderne og af væsentlig betydning for børnenes udvikling (74, 75). I tiden op til en indlæggelse af den syge forælder er der specielt fare for omsorgssvigt af børnene, idet forælderen kan være fluorid psykotisk og dermed ude af stand til at tage vare på barnet.

Omkring $\frac{2}{3}$ af børnene bor sammen med den syge forælder og ca. $\frac{1}{2}$ af disse bor alene med den syge (76, 77). Et ukompliceret fødselsforløb og gode livsvilkår, bl.a. adgang til andre voksne omsorgspersoner (78) er beskyttende faktorer for børnene.

Personalet på voksenpsykiatriske afdelinger og distriktspsykiatriske centre, skal være opmærksomme på om patienterne har børn. Man skal forhøre sig om børnenes liv, graden af involvering af andre stabile voksne i barnets liv, og hvordan børnene klarer sig. Man må i det omfang det er muligt opnå patientens tillid til at kunne udforske dette område nærmere. Under indlæggelse har forældrene behov for at føle tryk ved barnets pasning. Det bør sikres, at barnet opholder sig hos en kendt omsorgsperson, der er accepteret af den syge forælder, for at sikre kontinuitet for barnet og undgå loyalitetskonflikt. Barnet har desuden behov for at kunne opretholde det normale hverdagsliv, herunder skolegang, daginstitution, kammerater, kontakt med den øvrige familie osv. Barnet har behov for at der tales åbent om den syge forælder og dennes indlæggelse. Socialforvaltningen bør kontaktes hvis børnenes netværk ikke er tilstrækkeligt.

Tilbud til børnene skal individualiseres og tilpasses den enkelte familie, idet behovet for indsats er forskelligartet og kan dreje sig om sociale foranstaltninger eller tilbud af behandlingsmæssig karakter. Tiltagene bør derfor koordineres mellem voksenpsykiatrien, børnepsykiatrien, det primære sundhedsvæsen, de amtslige børnerådgivningscentre og socialforvaltningerne.

Mulighederne for samarbejde med forældrene om nødvendige hjælpeforanstaltninger til børnene er afgørende for, hvorvidt barnet kan vokse op hos den syge forælder, uden at dets udvikling er truet. I de tilfælde, hvor personalet har fået bekymring for børnenes tarv, og det ikke har været muligt at få forældrenes tilladelse til at involvere relevante personer i barnets situation, har personalet skærpet indberetningspligt til socialforvaltningen.

God socialpsykiatrisk standard vil være:

- særligt tilbud til disse børn opvæksten igennem skal sikres
- de der får kendskab til børnene bør sikre sig at der er et tilstrækkeligt netværk, der tager vare på barnet op til og under og efter en indlæggelse. Personalet i voksenpsykiatrien

skal sikre kontakt til socialforvaltningen hvis der er behov herfor

- børnene bør sikres kontinuerlig kontakt til raske voksne
- barnet har behov for at se og høre at andre tager ansvar for den syge forælder
- barnet har behov for hjælp til at besøge den syge forælder under betryggende forhold og har behov for efterfølgende at tale herom
- børnegrupper som pårørendegruppe kan være et relevant og godt tilbud, relevant information om forældrenes sygdom kan mindske barnets skyldfølelse
- nogle af børnene har individuelle behandlingsbehov der bør sikres
- det skal være enkelt for personalet videre at etablere kontakt til andre samarbejdspartnere, der kan være behjælpelige med at klargøre barnets behov for yderligere hjælp; konsulentfunktion fra børnepsykiatrien er en mulighed.
- de forskellige involverede instanser bør koordinere indsatsen
- der bør oprettes vidensgrupper på amtsplan, der kan rådspørges i specielt komplicerede sager. Dette kunne sikre bedre mulighed for at vejlede i de rette tilbud til børnene i et respektfuldt samarbejde med forældrene.

9. SÆRLIGE GRUPPER

Patienter som lider af skizofreni

og har misbrug af alkohol eller euforiserende stoffer

En særlig undergruppe blandt de patienter, der lider af skizofreni er de, der foruden skizofrenilidelsen har et misbrug af alkohol, medicin eller euforiserende stoffer. Flertallet i denne patientgruppe er mænd. Størstedelen af disse patienter kan behandles under indlæggelse på almene psykiatriske sengeafdelinger og i distriktspsykiatrien og i opsøgende psykoseteam, men der er behov for at der eksisterer særlige behandlingstilbud, der retter sig mod både den psykotiske lidelse og misbruget. Der er flere steder i landet oprettet særlige afsnit, der modtager specielt denne patientgruppe, ligesom man i København har et specielt ambulatorium. Flere steder er bofællesskabspladser særligt oprettet for denne gruppe. *Det er nødvendigt, at der findes behandlingstilbud rettet mod denne gruppe, der ellers let vil blive afvist i behandlingstilbud, der retter sig specielt mod psykotiske eller patienter med misbrug.* En forudsætning for vellykket behandlingsindsats er, at patienter med varierende motivationsgrad kan modtages, idet man ikke altid kan forudsætte, at patienterne er topmotiverede hverken for antipsykotisk behandling eller behandling af misbrug.

Fremmedsprogede

Fremmedsprogede patienter med skizofreni, har dels samme symptomatologi som andre patienter med samme lidelse og dels symptomer betinget af patientens særlige baggrund - herunder ofte alvorlige traumatiseringsoplevelser. Fremmedsprogede patienter kan have en meget anderledes kulturel baggrund, og dette kan indebære, at såvel patienten som dennes familie har en anden sygdomsopfattelse end den vestlige og en anden opfattelse af, hvad der er god sygdoms-

behandling. Dette forhold stiller særlige krav til behandlingssystemet. Enhver migration, frivillig eller tvungen, indeholder elementer af tab, traumer og tilpasningsstrategier til en anden fremmed kultur.

Behandlerne bør møde udtryksformerne hos de fremmedsprogede patienter med skizofreni med åbenhed og nysgerrighed og forsøge at skaffe sig viden på området. En fast tilknytning af professionelle tolke i de hyppigst forekommende sprog kan være en ressource, idet disse ofte kan fungere som kulturformidlere. Det må undgås, at der opstår myter om disse befolkningsgrupper, der kan hindre at de får den optimale behandling.

Der bør etableres ekspertfunktioner, hvor der samles særlig viden om fremmedkulturelle patienter, der lider af skizofreni mhp. forskning og optimering af behandlingen blandt andet gennem undervisning og vejledning af de daglige behandlere.

Svært anbringelige/hjemløse

En del personer med skizofreni har meget svært ved at tilpasse sig det psykiatriske behandlingssystem og de krav, de møder i samfundet i det hele taget. En del kan ikke honorere de krav, der stilles for at opretholde egen bolig, selv med diverse kendte bostøtteordninger. Det drejer sig fortrinsvist om mandlige patienter. For en dels vedkommende er der tale om, at skizofrenilidelsen er kompliceret af misbrug af alkohol eller psykoaktive stoffer (79). En målrettet, individualiseret, intensiv og langvarig indsats over for disse mennesker kan altid føre til en forbedring af deres situation og tilstand (80, 81). I nogle tilfælde er tvangsindlæggelse og tvangsbehandling nødvendig. En del har brug for langvarigt ophold på psykiatrisk afdeling eller i andet døgntilbud, hvor der er en rummelig asylfunktion, og hvor krav og forventninger om fremskridt er små, og tolerancen over for anderledes adfærd er stor. Det er en specialopgave, som det almindelige behandlingssystem kan have svært ved at indpasse i sine rutiner, fordi den er meget ressourcekrævende og fordi patientgruppens adfærd i nogle tilfælde kan virke skræmmende på andre patienter (82). Opgaven må søges løst og ansvaret for behandling af gruppen må placeres entydigt.

Kriminelle personer med skizofreni

Skizofreni er forbundet med en betragtelig overrisiko for at begå voldskriminalitet. Personer, der er utilregnelige på grund af sindssygdom, straffes i henhold til den danske straffelov ikke, men idømmes så godt som altid i stedet en mere eller mindre restriktiv behandlingsforanstaltning, der er tidsbestemt, og som kun kan ændres eller ophæves ved ny retskendelse.

Det anslås, at omkring 500 af de personer, der er underkastet en behandlingsforanstaltning, har skizofreni. Langt størstedelen af disse er mænd. Af de 500 dømte personer med skizofreni er formentlig ca. 75 dømt til anbringelse i psykiatrisk sygehus og kan således ikke udskrives uden domsændring. Der gælder desuden særlige regler for tildeling af friheder til de anbringelsesdømte. De øvrige er dømt til behandling eller ambulante behandling og som regel desuden til tilsyn af Kriminalforsorgen under udskrivning. Overlægen

kan i henhold til de fleste af dommene tilbageholde den dømte, når han er indlagt, og indlæggelse kan ske imod den dømtes vilje, når overlæge og Kriminalforsorg er enige.

Med hensyn til tvangsbehandling og fysisk magtanvendelse gælder psykiatriloven på samme måde som for alle andre psykiatriske patienter.

Der dømmes til psykiatrisk behandling, ikke til »retspsykiatrisk behandling«, idet det er tanken, at den idømte behandling ikke skal adskille sig fra al anden psykiatrisk behandling, men ved klinisk faglighed modvirke den med kriminaliteten demonstrerede farlighed.

Patienter, der er idømt en tidsbestemt foranstaltning, bliver beskikket en bistandsværge, hvis opgave det er at tilse, at foranstaltningen ikke udstrækkes unødigt længe. Anklagemyndigheden forespørger i øvrigt regelmæssigt den behandlende overlæge, om spørgsmålet om opretholdelse af den idømte foranstaltning bør prøves ved retten.

Som al anden psykiatrisk behandling i tiltagende grad foregår ambulante, bliver i disse år flere og flere af de kriminelle patienter med skizofreni behandlet uden for døgn-behandlingsinstitution. Det skal hertil anføres, at mange af de patienter med skizofreni, som begår kriminalitet, har særlige vanskeligheder med hensyn til social tilpasning, ofte desuden et komplicerende stofmisbrug samt vanskeligheder ved at samarbejde om den medikamentelle behandling. Den ambulante behandling er derfor særlig ressourcekrævende.

Til gengæld indebærer de fleste idømte foranstaltninger en ekstra samarbejdspartner, sagsbehandleren i Kriminalforsorgen. Og om nødvendigt kan der gribes hurtigt ind med ufrivillig indlæggelse.

Nogle er dømt for en kriminel handling, som de i ikke psykotisk fase selv vil stå uforstående over for, andre er i nogen grad integreret i et kriminelt miljø og har kriminel adfærd også i ikke psykotiske faser. Den ambulante behandling af behandlingsdømte patienter med skizofreni bør i de fleste tilfælde være intensiv med hyppig kontakt og evaluering af behov for forskellige typer social støtte. Behandlingsprincipper for opsøgende psykoseteam kan anvendes i forhold til denne gruppe.

Litteratur

1. Sundhedsstyrelsens ekspertgruppe. Målsætninger for kvalitet i voksenpsykiatrien. København: Komiteen for Sundhedsoplysning, 1995.
2. World Health Organisation. ICD-10. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. 1. ed. Geneva: World Health Organisation, 1992.
3. Parnas J. Det skizofrene spektrum. In: Hemmingsen R, Parnas J, Sørensen T, Gjerris A, Bolwig TG, Reisby N, eds. Klinisk psykiatri. København: Munksgaard, 1994.
4. Munk-Jørgensen P. Faldende førstegangsindlæggelsesrater for skizofreni i Danmark. Århus: Institut for Psykiatrisk Grundforskning, 1995.
5. Häfner H, Riecher-Rössler A, Heiden W, Maurer K, Fätkenheuer B, Löffler W. Generating and testing a causal explanation of the gender difference in age at first onset of schizophrenia. Psychol Med 1993; 23: 925-40.
6. Vendsborg P, Nordentoft M, Hvenegaard A, Søgaard J. Opsøgende psykoseteam. Assertive Community Treatment. En medicinsk teknologi vurdering. 1. ed. København: DSI Institut for Sundhedsvæsen, 1999.
7. Kringlen E. Is the concept of schizophrenia useful from an aetiological point of view? A selective review of findings and paradoxes. Acta Psychiatr Scand Suppl 1994; 384: 17-25.
8. Kendler KS, Eaves LJ. Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. Am J Psychiatry 1986; 143: 279-89.

9. Tienari P. Implications of adoption studies on schizophrenia. *Br J Psychiatry* 1992; 161: 52-8.
10. Yank GR, Bentley KJ, Hargrove DS. The vulnerability-stress model of schizophrenia: advances in psychosocial treatment. *Am J Orthopsychiatry* 1993; 63: 55-69.
11. Gottesman II. Schizophrenia Genesis. The Origin of Madness. New York: W.W. Freeman and Company, 1991.
12. Kety SS, Rosenthal D, Wender PH. The biologic and adoptive families of adopted individuals who became schizophrenic: prevalence of mental illness and other characteristics. In: Wynne LC, Cromwell RL, Matthysse S, eds. *The Nature of Schizophrenia*. New York: John Wiley & Sons, 1978.
13. Hyllested A. Skizofreni. Aktuelle biologiske ætiologiske teorier. *Ugeskr Læger* 1996; 158: 4273-7.
14. McGuffin P, Asherson P, Owen M, Farmer A. The strength of the genetic effect. Is there room for an environmental influence in the aetiology of schizophrenia? [see comments]. *Br J Psychiatry* 1994; 164: 593-9.
15. Chua SE, McKenna PJ. Schizophrenia – a brain disease? A critical review of structural and functional cerebral abnormality in the disorder. *Br J Psychiatry* 1995; 166: 563-82.
16. Cannon TD, Mednick SA. The schizophrenia high-risk project in Copenhagen: three decades of progress. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1993; 370: 33-47.
17. Rubin P. Neurobiological findings in first admission patients with schizophrenia or schizophreniform disorder. Thesis. København: Lægeforeningens forlag, 1996.
18. Holzman PS. Thought disorders and the fundamental disturbance of schizophrenia. In: Fog R, Gerlach J, Hemmingsen R, eds. *Schizophrenia*. København: Munksgaard, 1995.
19. Fog R, Munkvad I, Randrup A. Biologisk skizofreniforskning. *Ugeskr Læger* 1976; 138: 2039-41.
20. Carlsson A. Antipsychotic drugs, neurotransmitters, and schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1978; 135: 165-73.
21. Glenthoj BY, Hemmingsen R. Transmitter dysfunction during the process of schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1999; 395: 105-12.
22. Glenthoj BY, Mackeprang T, Bille AE, Hemmingsen RP. Transmitterforstyrrelser hos skizofrene. Betydning for kognitive funktioner og behandling. *Ugeskr Læger* 1999; 161: 1391-8.
23. Farde L, Wiesel FA, Halldin C, Sedvall G. Central D2-dopamine receptor occupancy in schizophrenic patients treated with antipsychotic drugs. *Arch Gen Psychiatry* 1988; 45: 71-6.
24. Dansk Psykiatrisk Selskab, Udvalget for biologiske behandlingsmetoder. Behandling med antipsykotika. Vejledende retningslinier. *Ugeskr Læger* 1998; 160: Suppl 5.
25. Brun B, Tang M. Psykologiske teorier i relation til skizofreniudvikling. *Ugeskr Læger* 1996; 158: 4283-7.
26. Huttunen MO, Niskanen P. Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 429-31.
27. Rutter M. Relationships between mental disorders in childhood and adulthood. *Acta Psychiatr Scand* 1995; 91: 73-85.
28. Cannon M, Jones P, Huttunen MO, Tanskanen A, Huttunen T, Rabe-Hesketh S et al. School performance in Finnish children and later development of schizophrenia: a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry* 1999; 56: 457-63.
29. Isohanni I, Jarvelin MR, Jones P, Jokelainen J, Isohanni M. Can excellent school performance be a precursor of schizophrenia? A 28-year follow-up in the Northern Finland 1966 birth cohort [see comments]. *Acta Psychiatr Scand* 1999; 100: 17-26.
30. Jones P, Rodgers B, Murray R, Marmot M. Child development risk factors for adult schizophrenia in the British 1946 birth cohort. *Lancet* 1994; 344: 1398-402.
31. Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland JH. Towards a theory of schizophrenia. *Beh Sci* 1956; 1: 251-64.
32. Lids T. Schizophrenia and the family. *Psychiatry* 1958; 21: 21-7.
33. Laing RD. *The divided self*. London: Tavstock Publications, 1960.
34. Wynne LC, Ryckoff I, Day J, Hirsch S. Pseudomutuality in the family relations of schizophrenics. *Psychiatry* 1958; 21: 205-20.
35. Hirsch S, Leff J. *Abnormalities in parents of schizophrenics*. London: Institute of Psychiatry, 1975.
36. Docherty NM, Gordinier SW, Hall MJ, Cutting LP. Communication disturbances in relatives beyond the age of risk for schizophrenia and their associations with symptoms in patients. *Schizophr Bull* 1999; 25: 851-62.
37. Tienari P, Wynne LC, Moring J, Lahti I, Naarala M, Sorri A et al. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research [see comments]. *Br J Psychiatry Suppl* 1994; 23: 20-6.
38. Leff J, Vaughn C. *Expressed emotion in the families. Its significance for mental illness*. New York: Guilford Press, 1985.
39. Boye G, Munkvold OG, Bentsen H, Notland TH, Lersbryggen AB, Oskars-son KH et al. Pattern of emotional overinvolvement in relatives of patients with schizophrenia: A stress syndrome analogue? *Nord J Psychiatry* 1998; 52: 493-9.
40. Hollingshead AB, Redlich FL. *Social class and mental illness*. New York: John Wiley and Sons, 1958.
41. Mortensen PB, Pedersen CB, Westergaard T, Wohlfahrt J, Ewald H, Mors O et al. Effects of family history and place and season of birth on the risk of schizophrenia [see comments]. *N Engl J Med* 1999; 340: 603-8.
42. Jablenski A, Sartorius N, Ernberg G, Anker M, Cooper JE, Day R et al. Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organisation Ten-Country Study. *Psychological Medicine Monograph Supplement* [20]. 1992.
43. Harrison G, Glazebrook C, Brewin J, Cantwell R, Dalkin T, Fox R et al. Increased incidence of psychotic disorders in migrants from the Caribbean to the United Kingdom [see comments]. *Psychol Med* 1997; 27: 799-806.
44. Harrison G. Searching for the causes of schizophrenia: the role of migrant studies. *Schizophr Bull* 1990; 16: 663-71.
45. Ødegaard Ø. Psykosernes epidemiologi. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1970; 24: 15-21.
46. Marsella AJ. Cross-cultural research on severe mental disorders: issues and findings. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1988; 344: 7-22.
47. McGlashan TH, Johannessen JO. Early detection and intervention with schizophrenia: rationale. *Schizophr Bull* 1996; 22: 201-22.
48. Sundhedsstyrelsen. Målsætninger for kvalitet i distriktspsykiatrien. København: Sundhedsstyrelsen, 1998.
49. Wyatt RJ. Neuroleptics and the natural course of schizophrenia. *Schizophr Bull* 1991; 17: 325-51.
50. Edwards J, Maude D, McGorry PD, Harrigan SM, Cocks JT. Prolonged recovery in first-episode psychosis. *Br J Psychiatry Suppl* 1998; 172: 107-16.
51. Birchwood M, McGorry P, Jackson H. Early intervention in schizophrenia [editorial] [see comments]. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 2-5.
52. McGorry PD, Edwards J, Mihalopoulos C, Harrigan SM, Jackson HJ. EPPIC: an evolving system of early detection and optimal management. [Review] [75 refs]. *Schizophr Bull* 1996; 22: 305-26.
53. Aarkrog T, Mortensen KV. Schizophrenia in early adolescence. A study illustrated by long-term cases. *Acta Psychiatr Scand* 1985; 72: 422-9.
54. Poulsen HD. Diagnoses among committed and detained psychiatric patients in Denmark. *Int J Law Psychiatry* 1997; 20: 459-68.
55. Poulsen PM, Kramp P. *Psykiatrilovsundersøgelsen. 1, 1-1047*. København: Justitsministeriets Retspsykiatriske Klinik, 1996.
56. Friis S. Characteristics of a good ward atmosphere. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 74: 469-73.
57. Friis S. Measurements of the perceived ward milieu: a reevaluation of the Ward Atmosphere Scale. *Acta Psychiatr Scand* 1986; 73: 589-99.
58. McFarlane WR. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 679-87.
59. Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D. Community oriented family based psychosocial interventions. *Cochrane Library* 1999; 1.
60. Leff J, Berkowitz R, Shavit N, Strachan A, Glass I, Vaughn C. A trial of family therapy versus a relatives' group for schizophrenia. Two-year follow-up. *Br J Psychiatry* 1990; 157: 571-7.
61. Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C. A two-year follow-up of a behavioural intervention with families. *Br J Psychiatry* 1989; 154: 625-8.
62. Falloon IR, Boyd JH, McGill CW. *Family care of schizophrenia*. New York: Guilford Press, 1984.
63. Falloon IRH, Boyd JL, McGill, CW, Razani J, Moss HB et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia. A controlled study. *N Engl J Med* 1982; 306: 1437-40.
64. Justitsministeriet. Lovafdelingen. Revision af psykiatriloven (L 133). København: Justitsministeriet, 1996.
65. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. *Cochrane Library* 1998; 5(2).
66. Stein LI, Santos AB. *Assertive community treatment of persons with severe mental illness*. New York, London: W.W. Norton & Company, INC., 1998.
67. Socialministeriet & Sundhedsministeriet. Regeringens statusrapport over tilbuddene til sindslidende 1997 og 1998. København: Socialministeriet & Sundhedsministeriet, 1999.
68. Videnscenter for Socialpsykiatri. *Kvalitet i socialpsykiatrien*. Videnscenter for Socialpsykiatri, 2000.
69. Jensen P, Wang AG, Aggernæs HK. Fra psykiatrisk plejehjem til bocenter for yngre sindslidende. *Ugeskr Læger* 2000; 162: 1214-8.
70. Rutter M, Quinton D. Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychol Med* 1984; 14: 853-80.
71. Kendler KS, Gruenberg AM, Strauss JS. An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish Adoption Study of Schizophrenia. V. The relationship between childhood social withdrawal and adult schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1982; 39: 1257-61.

72. Parnas J. Risk factors in the development of schizophrenia: contributions from a study of children of schizophrenic mothers. *Dan Med Bull* 1986; 33: 127-33.
73. Mednick SA, Parnas J, Schulsinger F. The Copenhagen High-Risk Project, 1962-86. *Schizophr Bull* 1987; 13: 485-95.
74. Kastrup M, Lier L, Rafaelsen OJ. Psychiatric illness in relation to pregnancy and childbirth I. Methodological considerations. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1989; 43: 531-4.
75. Lier L, Kastrup M, Rafaelsen OJ. Psychiatric Illness in relation to pregnancy and childbirth II. Diagnostic profiles, psychosocial and perinatal aspects. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift* 1989; 43: 535-41.
76. Wang AR, Goldschmidt VV. Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatr Scand* 1994; 90: 459-65.
77. Skovgaard AM, Gjerris A. Børnepsykiatrisk intervention i forbindelse med distriktspsykiatrien. Et toårigt forsøgsprojekt med børnepsykiatrisk konsulentfunktion. *Ugeskr Læger* 1995; 157: 7007-11.
78. Kauffman C, Grunebaum H, Cohler B, Gamer E. Superkids: competent children of psychotic mothers. *Am J Psychiatry* 1979; 136: 1398-402.
79. Nordentoft M. Hjemløse på gadeplan i København. *Ugeskr Læger* 1994; 156: 3032-9.
80. Marcos LR, Cohen NL, Nardacci D, Brittain J. Psychiatry takes to the streets: The New York City initiative for the homeless mentally ill. *Am J Psychiatry* 1990; 147: 1557-61.
81. Shern DL, Felton CJ, Hough RL, Lehman AF, Goldfinger S, Valencia E et al. Housing outcomes for homeless adults with mental illness: results from the second-round McKinney program. *Psychiatr Serv* 1997; 48: 239-41.
82. Pilely P, Brandt P. Posefolket. København: Projekt Udenfor, 1998.