



Beskrivelse af:

- Hovedfunktionsniveau
- Regionsfunktionsniveau
- Højt specialiseret niveau

For specialet Børne- og ungdomspsykiatri

PSYKIATRIEN

Psykiatrien, Region Nordjylland
Mølleparkvej 10
9000 Aalborg
www.psykiatri.rn.dk

Marts 2017

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	4
Målgruppebeskrivelse for Psykiatri og Børne- & Ungdomspsykiatri	5
Nationale kriterier for at henvise fra hovedfunktion til regionsfunktion	6
Nationale kriterier for at henvise fra regionsfunktion til højt specialiseret funktion.....	7
Pakkeforløb til udredning	8
Skizofreni (DF06.0-F06.3, DF20-F29)	9
RF Skizofreni hos unge på 12 år og ældre	10
HSF Skizofreni hos børn og unge	13
Affektive lidelser (DF30-39)	15
HF Depression.....	16
RF Komplex affektiv lidelse.....	18
HSF Bipolar tilstande, ECT-behandling samt depressive tilstande.....	21
OCD (DF42)	23
HF OCD	24
RF Komplex angst og OCD	26
Somatoforme tilstande (DF44.4-7, DF45, DF48.0)	29
RF Somatoforme tilstande.....	30
Spiseforstyrrelser (DF 50.0-50.3, DF50.8-50.9).....	33
HF anoreksi.....	34
RF Spiseforstyrrelse hos unge fra og med 12 år.....	36
HSF Spiseforstyrrelser	42
Psykisk lidelse og mental retardering (DF70-79)	44
RF Psykiatriske tilstande med komplicerende mental retardering	45
Autisme (DF84)	48
HF Gennemgribende udviklingsforstyrrelse	49
RF Komplex autismspektrumforstyrrelse.....	51
ADHD (DF90.0-90.9 og DF98.8).....	54
HF ADHD	55
RF Komplex ADHD	57
Tourettes (DF95.2)	60
RF Komplex Tourette Syndrom	61
HSF Komplex neuropsykiatriske tilstande	64
Spæd- og småbørnspsykiatri (0-3-år inkl.)	66
RF Spæd- og småbørnspsykiatri.....	67
HSF Børn 0-5 år med behov for psykofarmakologisk behandling	70
Ungdomsretspsykiatri	72
HSF Ungdomsretspsykiatrisk funktion.....	73

Indledning

Formålet med dette dokument er at samle de beskrivelser, der er udarbejdet for at sikre, at patienter med samme psykiske sygdom og behov tilbydes ensartede udrednings- og behandlingsniveau af høj kvalitet.

Dokumentet indeholder følgende:

- National målgruppebeskrivelse for Psykiatri og Børne- og Ungdomspsykiatri
- Nationale kriterier for at henvise fra hovedfunktion til regionsfunktion
- Nationale kriterier for at henvise fra regionsfunktion til højt specialiseret funktion
- Oversigt over pakkeforløb til udredning (hovedfunktion)
- Link til de nationale pakkeforløb (hovedfunktion)
- Region Nordjyllands præcisering af pakkeforløb på hovedfunktionsniveau
- Region Nordjyllands beskrivelse af regionsfunktionerne
- Region Midtjyllands beskrivelse af de højt specialiserede funktioner

Beskrivelserne er en vejledning, der skal anvendes ved den faglige vurdering af, hvilket specialiseringsniveau patienten skal behandles på. En parameter afgør ikke i sig selv, hvorvidt en patient skal behandles i en specialiseret funktion, men derimod en kombination af mange parametre i den samlede kliniske vurdering.

Skønnes en patient at have behov for behandling på højt specialiseret niveau skal patienterne henvises til den region, der varetager den højt specialiserede funktion. Dette dokument indeholder en beskrivelse af de højt specialiserede funktioner, der skal henvises til i Region Midtjylland. Det forventes, at der *altid* er en forudgående dialog/kontakt mellem relevante medarbejdere i de to regioner, inden der fremsendes en henvisning til den højt specialiserede funktion i Region Midtjylland.

Beskrivelserne skal understøtte, at der sker en registrering af specialiseringsniveau i forhold til både ambulante og indlagte patienter, hvilket er obligatorisk for både psykiatrien og børne- og ungdomspsykiatrien. Det indebærer, at patienter skal vurderes i forhold til, om de skal behandles på:

- Hovedfunktionsniveau
- Regionsfunktionsniveau
- Højt specialiseret niveau

Vejledning vedr. registrering af specialniveau findes i PRI.

Målgruppebeskrivelse for Psykiatri og Børne- & Ungdomspsykiatri

Regionspsykiatrien tilbyder hospitalsbaseret udredning og behandling til patienter med psykisk sygdom der har følgende karakteristika:

Symptomer og adfærd	Betydelig forværring i symptomer Betydelig forpinthed Adfærd præget af betydelig ustabilitet, selvskade og/eller selvmordsrisiko samt truende adfærd Nyopståede psykotiske symptomer
Funktionsniveau	Betydelig nedsættelse i funktion hvad angår sociale og skole/arbejds-mæssige sammenhænge relateret til psykisk sygdom*
Diagnostik	Diagnostisk uklarhed evt. pga. manglende mental udvikling eller komorbiditet
Behandling	Utilstrækkelig effekt af forudgående behandling i primærsektor Ustabilt samarbejde om vedligeholdelsesbehandling

Der henvises i øvrigt til gældende regionale og nationale vejledninger.

*Hos personer med udviklingshæmning vurderes funktionsnedsættelsen i forhold til normal udvikling og begavelse.

Nationale kriterier for at henvise fra hovedfunktion til regionsfunktion

Nedenstående kriterier anvendes for udvalgte regionsfunktioner til at skelne mellem, hvornår patienter kan behandles på hovedfunktion, og hvornår der skal henvises til regionsfunktionsniveau. I tilfælde, hvor disse kriterier anvendes, fremgår det af beskrivelsen af regionsfunktionen (jf. specialevejledningen).

1. Samlet vurdering af patientens sygdomsgrad tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interview som f.eks. SCAN/PSE. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

og/eller

3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt.

og/eller

4. Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau.

Når patienten er udredt og den fortsatte behandling kan varetages på hovedfunktionsniveau, kan regionsfunktionsniveauet tilbagehenvise patienten til hovedfunktionsniveauet.

Nationale kriterier for at henvise fra regionsfunktion til højt specialiseret funktion

Nedenstående kriterier anvendes for udvalgte højt specialiserede funktioner indenfor børne- og ungdomspsykiatrien til at skelne mellem, hvornår patienter kan behandles på regionsfunktionsniveau, og hvornår der skal henvises til højt specialiseret funktion. I tilfælde, hvor disse kriterier anvendes, fremgår det af beskrivelsen af den højt specialiserede funktion (jf. specialevejledningen).

1. Samlet vurdering af patientens sygdomsgrad tilsiger, at patienten skal behandles på højt specialiseret niveau

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning på regionsfunktionsniveau. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den højt specialiserede funktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

og/eller

3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter gængs praksis på regionsfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt.

og/eller

4. Patienten har somatisk komorbiditet

Pakkeforløb til udredning

Pakkeforløb til udredning Børne- og ungdomspsykiatri

	Ydelser i udredningsforløbet (Førstegangsbesøg, individuel undersøgelse, forældresamtale, miljøobservation, tilbagemelding, netværksmøde) Link til national udredningspakke	Tidsramme	Registrering i PAS
Afklarende samtale	Jf. diagnostiske redskaber beskrevet i de regionale pakkeforløb for de respektive diagnoser	1,5 time	AHA01A
Basis udredningspakke	Jf. diagnostiske redskaber beskrevet i de regionale pakkeforløb for de respektive diagnoser	3,5 - 6,5 time	AHA02A
Standard udredningspakke	Jf. diagnostiske redskaber beskrevet i de regionale pakkeforløb for de respektive diagnoser	6,5 - 9,5 time	AHA03A
Udvidet udredningspakke	Jf. diagnostiske redskaber beskrevet i de regionale pakkeforløb for de respektive diagnoser	9,5 - 13,5 time	AHA04A

Skizofreni (DF20-F29)

Hovedfunktionsniveau:

Børn og unge med skizofreni varetages ikke på hovedfunktionsniveau

Regionsfunktionsniveau:

- Skizofreni hos børn og unge på 12 år og ældre
OBS! Varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau
Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Skizofreni hos børn på 4-11 år samt skizofreni hos børn på 12 år og ældre, hvor et/flere af kriterie 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Midtjylland

Regionsfunktion:

RF Skizofreni hos unge på 12 år og ældre

I alt 22-32 timer + 10-30 timer årligt til behandling

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Skizofreni hos unge på 12 år og ældre.
Hoveddiagnose / bidiagnose: Hoveddiagnoser: Skizofrenispektrumforstyrrelse (DF20.0-20.9) Bidiagnoser: Ingen krav om bidiagnoser. Følgende patienter tilhører <i>ikke</i> målgruppen for denne regionsfunktion: • Primære organiske psykoser (DF00-09) • Primære stofrelaterede psykoser (DF10-19) • Primær affektiv sindslidelse og komorbide udviklingsforstyrrelser med moderat til svær grad af generel mental retardering og/eller svært udadreagerende adfærd.
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet: Skizofreni hos børn og unge på 12 år og ældre varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau, og der er således ikke beskrevet symptomer i forhold til hovedfunktionsniveau.
Kompliceret differentialdiagnostik: • Patienter med tidligere diagnosticerede øvrige/andre neuropsykiatriske symptomer • Psykose med organisk baggrund, herunder som følge af medicinsk indikation, stofrelateret eller somatisk sygdom/tilstand • Patienter med svær debuterende affektiv lidelse • Patienter med skizotypi eller anden psykose (DF21 og DF22) • Patienter med traumer og dissociative symptomer. •
Svær komorbiditet: • Patienter med aktivt, behandlingsresistent misbrug af psykoaktive stoffer • Patienter med grundlæggende lavt kognitivt funktionsniveau • Patienter med komplicerende aktiv somatisk sygdom.
Behandlingsresistens: Når patienten ikke har vist symptomreduktion efter behandling af op til to antipsykotiske præparater afprøvet i min. 12 uger hver og i individuel tilpasset men psykosebehandlende doser.
Risikopatienter: • Patienter med vedvarende sidemisbrug • Patienter med svært nedsat sygdomsindsigt/selverkendelse • Ikke dansktalende patienter • Patienter af anden kulturel oprindelse • Patienter med konkurrerende somatisk sygdom • Patienter med svær utilstrækkelig psykosocial støtte.
Særlige patientgrupper: • Ikke dansktalende patient • Patienter med anden kulturel oprindelse • Patienter med generelt lavt funktionsniveau • Sansedeficits

Henvisningskriterier, herunder henvisende instanser
Henvisningskriterier: Kendt eller mistanke om skizofreni. Henvisende instanser: • PPR/kommunale forvaltninger • Pædiatere (ansat i sygehusafdeling eller i privat praksis) • Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere • Praktiserende læger

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	• Gennemgang af henvisning • Tidligere sagsakter • Aktuelt symptombillede • Præmorbid funktion • Evt. udlevering af spørgeskemaer, indhentning af skoleudtalelser, forventningsafstemning. • Anamneseoptagelse ved forældre eller anden omsorgsperson hvis pt. er anbragt udenfor hjemmet • Klinisk vurdering af patienten • Vold og selvmordsrisikovurdering • Konference • Behandlingsplan udarbejdes Screening for svær psykopatologi: • Diagnostisk interview • Klinisk vurdering Psykologisk undersøgelse: • Kognitiv udredning: Følgende domæner undersøges: Intellektuelt funktionsniveau, opmærksomhedsfunktion, forarbejdningshastighed, hukommelse, indlæring, abstrakt tænkning, social kognition og eksekutive Jf. endvidere: Opfyldelse af indikator 1b "Kognitiv udredning" – en praksis anvisning Link: Indikator 1b Kognitiv udredning • Evt. supplerende testning eller vurdering af psykologiske funktioner/psykopatologi/personlighed)	15-25 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse inkl. parakliniske og billeddiagnostiske undersøgelser.	1 time
Behandling	Medicinsk behandling: • Opfølgning af medicineffekt • Vurdering af bivirkninger	10-30 timer årligt

	Fast kontaktperson Støttende samtaler Kontakt med pårørende Vurdering af funktionsniveau	
Psykoedukation	Der gives manualiseret psykoedukation til patient og forældre, individualiseret og/eller i gruppe.	> 3 timer
Sociale foranstaltninger	Kontakt til kommunal socialrådgiver: • Støttemuligheder til patienten • Kontakt til misbrugskonsulent ved aktivt misbrug.	
Afslutning og evaluering	Netværksmøde. Stillingtagen til og eventuel forberedelse af videre opfølgning og behandling i voksenpsykiatrisk regi. Selvmordsrisikovurdering.	3 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion, regionsfunktion og højt specialiseret niveau	Børn og unge med skizofreni udredes og behandles på regionsfunktionsniveau. Vedligeholdelsesbehandling kan eventuelt foregå på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionen - jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri. Skizofreni hos børn på 4-11 år samt skizofreni hos børn på 12 år og ældre, hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt (jf. Sundhedsstyrelsen specialevejledning).	

Senest opdateret den 17. februar 2017

Højt specialiseret funktion, Region Midtjylland: (Opdateres)

HSF Skizofreni hos børn og unge

Psykotiske tilstande med komorbide udviklingsforstyrrelser og svært udadreagerende patienter og behandlingsresistente psykotiske tilstande.
Forventet antal nye patienter pr. år: 25 Forventet antal patientforløb pr. år: 45
Diagnostik / differentialdiagnostik
Uafklarede komplekse differentialdiagnostiske problemstillinger, som kræver omfattende udredning
Omfatter diagnoserne: F06.0 – F06.3, F10.5-F19.7 og F20-F29.
Sygdommens sværhedsgrad og funktionspåvirkning
Svært invaliderende symptomer og / eller manglende behandlingsmotivation som i alvorlig grad vanskeliggør udredning / behandling
Patienterne har en væsentlig funktionsnedsættelse og en høj grad af forpinthed. Hverdagen vil være præget af svær social funktionsnedsættelse, længerevarende manglende skolegang, manglende fritidsinteresser og socialt fællesskab med jævnaldrende.
Behandlingsforløb (f.eks. sygdomsindsigt, behandlingsalliance, tvang)
Behandlingsresistens, svære bivirkninger eller behov for kompliceret polyfarmaci
Behandlingsforløbet er præget af vedvarende psykotiske symptomer på trods af effektiv antipsykotisk behandling.
Komorbiditet
Omfattende og svært komplicerende komorbiditet som i alvorlig grad komplicerer diagnosticering / behandling
Målgruppen vil ofte være præget af komorbiditet med svære udviklingsforstyrrelser.
Somatisk sygdom
Somatiske forhold som får væsentlig betydning for udredning / behandling
Der er behov for omfattende antipsykotisk medicinsk behandling, f.eks. højriskobehandling med Leponex eller flerstoffbehandling. Derfor er der behov for nøje vurdering af den somatiske tilstand og løbende udvikling.
Misbrug
Omfattende misbrug som i alvorlig grad vanskeliggør behandling
Et vedvarende svært misbrug kan hos nogle patienter vanskeliggøre en positiv behandlingsrespons.
Kognitive forudsætninger
Påvirket kognitivt funktionsniveau som får betydelig indflydelse på diagnosticering og behandling
Svær kognitiv funktionsnedsættelse kan være en grundlæggende udviklingsvanskelighed. Det aktuelle kognitive funktionsniveau kan også være svært nedsat, betinget af den aktuelle svært behandlelige psykotiske tilstand.
Social funktion og baggrund
Komplicerende sociale og familiemæssige forhold som vanskeliggør diagnosticering og behandling
Der vil ofte være tale om patienter, som har været udsat for svære sociale belastninger, hvor omsorgssvigt, psykisk og fysisk seksuel misbrug kan forekomme. Forældrestøtten kan være utilstrækkelig og præget af forældrenes egne psykiske lidelser.

Hvad adskiller behandlingstilbuddet fra enten højere eller lavere specialiseringsniveau

Diagnostisk revurdering, herunder indikation for udredning af sjældne somatiske tilstande, der kan give psykotiske symptomer. F.eks. senfølger til cerebrale sygdomme.

Udredning og den første behandling vil oftest skulle foregå under indlæggelse. Opfølgende behandling vil oftest ske i tæt samarbejde med regionsfunktionen "Opsøgende og tidlig intervention for skizofreni".

Patienterne vil efter endt døgnbaseret behandling ofte have behov for socialpsykiatrisk behandling i døgninstitution. Der vil i den forbindelse ofte være behov for tæt samarbejde mellem døgninstitutionen, familien og den kommunale sektor og behandlingspsykiatrien.

Affektive lidelser (DF30-39)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for depression

Link til de nationale pakkeforløb: [Nationale pakkeforløb](#)

Regionsfunktionsniveau:

- Affektive lidelser hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Bipolar tilstande og patienter med behov for ECT-behandling samt depressive tilstande

Varetages af Region Midtjylland

HF Depression

Pakkeforløb for patienter med depression Hovedfunktionsniveau

	Metoder og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau Jf. http://www.regioner.dk/media/1261/udredningspakke.pdf Der anvendes i udgangspunktet standardpakken til udredning. Ved komorbiditet eller vanskelig diagnostisk afklaring kan der i nogle tilfælde være behov for udvidet udredningspakke. Anamnese (herunder uddybende familieanamnese) Diagnostisk interview: PSE, K-SADS, DAWBA, Hamilton, BYI, CY-BOCS, YGTSS, ADHD-RS, ADOS, ADI-R, SCID-II. Psykologisk undersøgelse: Kognitive- og neuropsykologiske tests, ved behov udvidet undersøgelse af bio-psyko-socialakser. Miljøobservation, legeobservation. Tilbage melding, diagnostisk netværksmøde. Somatisk undersøgelse (evt. radiologiske undersøgelser MR/CT-scanning, EEG).	Afklarende: 1,5 time Basis: 3,5–6,5 time Standard: 6,5–9,5 time Udvidet: 9,5–13,5 time	AHA01A AHA02A AHA03A AHA04A
Behandlingspakke jf. http://www.regioner.dk/media/1259/depression.pdf		23 timer	AHB04A
Indledende samtale / undersøgelse	Indledende samtale/undersøgelse inkl. drøftelse af behandlingsplan. Psykometri. KRAM	4 timer	AAF22 BVAA34A Somatisk us.: ZZ0149A
Behandling	Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling.	<u>I alt 16 timer</u>	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5

	Psykoterapi inkl. psykoedukation Psykofarmakologi Pårørende	9 timer 4 timer 3 timer	Psykofarmakologi: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5
Evaluering, sammenhæng, tilbagefaldsforebyggelse og afsluttende samtale	Monitorering/evaluering af behandlingsforløbet inkl. Hamilton, BYI og generelle funktionsniveau (GAPD) Opfølgning på behandling Afsluttende samtale med barn, forældre/pårørende* Netværksmøde Pakkeforløbet afsluttes Pakkeforløbet fortsættes i et andet forløb Pakkeforløbet afsluttes efter patientens/pårørendes ønske.	3 timer	AAF22 BVAA34A *Hvis samtale kun med forældre/pårørende: BVAA5 Afslutningsdato AGB99X1 AGB99X2 Sammenhæng: BVAA34A

Regionsfunktion:

RF Komplex affektiv lidelse

I alt 32-52 timer

Funktionens målgruppe:
Funktion: Affektive lidelser hvor et/flere af kriterierne for henvisning fra hovedfunktion til regionsfunktion er opfyldt (jf. specialevejledningen).
Hoveddiagnose: - F30-39 Affektive lidelser (manisk enkeltepisode, hypoman enkeltepisode, depression/depressioner, vedvarende affektive tilstande, andre affektive tilstande). - F31.x Bipolar affektiv sindslidelse undtaget (højt specialiseret).
Bidiagnose: Ingen krav.
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet: - Udtalte og omfattende affektive symptomer der kan være ledsaget af psykotiske symptomer og/eller øget selvmordsrisiko. - Hypomane/maniske enkeltepisoder - Høj grad af komorbiditet og psykosociale belastninger
Kompliceret differential diagnostik: - Udtalt komorbiditet og/eller uafklaret grundlæggende udviklingsforstyrrelser, der ikke er tilstrækkeligt støttet/behandlet. - Patienter med personlighedsforstyrrelser
Svær komorbiditet - Svær psykiatrisk komorbiditet - Misbrug hvor misbruget påvirker behandlingsforløbet - Somatisk sygdom der kræver samtidigt samarbejde med somatiske afdelinger
Behandlingsresistens: Patienten har ikke responderet tilfredsstillende på tidligere behandlingstiltag i hovedfunktion.
Risikopatienter: Ved høj grad af sårbarhed hos et individ enten på grund af biologiske/arvelige faktorer eller utilstrækkelige psykosociale omstændigheder i individets opvækst, øges risikoen for at udvikle kompleks affektiv lidelse.
Særlige patientgrupper: - Komplicerede psykosociale forhold f.eks. omsorgssvigt, sygdom eller misbrug hos forældrene - Mental retardering (ses særligt i relation til autismespektrumsforstyrrelser) - Patient af anden kulturel oprindelse - Sprogløse patienter.
Henvisende instanser samt henvisningskriterier
Henvisende instanser: - Hovedfunktioner - Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere - Børnelæger og andre speciallæger - Praktiserende læger - Kommunale instanser (PPR/forvaltningen)

Henvisningskriterier: • Den psykosociale akse forudsættes vurderet og relevante tiltag iværksat. • Patienten forudsættes i primærsektoren udredt for differentialdiagnostiske somatiske lidelser og at være behandlet for evt. somatisk lidelse. • Tiltag er afprøvet på hovedfunktionsniveau uden tilstrækkelig effekt. • Oplysninger og bilag jf. henvisningsskemaet er indhentet og medfølger henvisningen samt underskrevet samtykkeerklæring.
Adskillelse mellem målgruppen på henholdsvis hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau:
Komliceret psykofarmakologisk behandling (eventuel polyfarmaci), længerevarende og mere intensiv psykosocial intervention og netværkssamarbejde.
Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Anamnese (herunder uddybende familieanamnese) og diagnostiske instrumenter (PSE, K-SADS, DAWBA, Hamilton, BYI, CY-BOCS, YGTSS, ADHD-RS, ADOS, ADI-R, SCID-II) Psykologiske undersøgelser; Kognitive- og neuropsykologiske tests. Ved behov: Udvidet undersøgelse af bio-psykosocialakser evt. via netværksmøde/andre specialer (Pædiatri, Epileptisk hospital Filadelfia, Intern medicin, Klinisk genetisk m.fl.). Miljøobservationer. Legeobservationer. (Evt. inddragelse af tolk, hvilket gælder for hele behandlingsforløbet).	15-25 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse og evt. Radiologiske undersøgelser (MR/CT-skanning, EEG). Biokemiske undersøgelser. (KRAM og somatisk undersøgelse indgår som en del af udredningen).	1 time
Behandling	I forlængelse af behandling på hovedfunktionsniveau: • Evt. indlæggelse • Evt. polyfarmaci • Mere omfattende inddragelse af netværk (familie, forvaltning, skole/PPR mf.) • Mere intensive og længerevarende behandlingsforløb.	10-20 timer
Psykoedukation	I forlængelse af psykoedukation på hovedfunktionsniveau:	>3 timer

	• Evt. intensiveret qua sygdommens sværhedsgrad og sagens kompleksitet.	
Afslutning og evaluering	Jf. hovedfunktionsniveauet. • Netværksmøde • Større inddragelse af netværk og familie • Evaluering med Hamilton / BYI og generelle funktionsniveau (GAPD).	3 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Affektive lidelser hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt. Vedligeholdelsesbehandling kan eventuelt foregå på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionen - jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri: 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2. Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4. Patienten har svær grad af psykiatrisk komorbiditet.	

Senest opdateret den 28. februar 2017

HSF Bipolar tilstande, ECT-behandling samt depressive tilstande

"Komplekse tilstande inden for affektive lidelser, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret"	
Forventet antal nye patienter pr. år: 8 Forventet antal patientforløb pr. år: 15	
Hoveddiagnose	
F30-F39	
Diagnostik / Differentialdiagnostik	
Uafklarede komplekse differentialdiagnostiske problemstillinger som kræver omfattende udredning	
Patienten har været forsøgt behandlet på regionsfunktionsniveau uden effekt.	
Sygdommens sværhedsgrad og funktionspåvirkning	
Svært invaliderende symptomer og /eller manglende behandlingsmotivation som i alvorlig grad vanskeliggør udredning / behandling	
Patienter med alvorlig sygdom der ikke har responderet tilstrækkeligt på behandlingen på regionsfunktionsniveauet og/eller har sværere komorbide lidelser.	
Behandlingsforløb (fx sygdomsindsigt, behandlingsalliance, tvang)	
Behandlingsresistens, svære bivirkninger eller behov for kompliceret polyfarmaci	
Behandlingsresistens forstået ved, at der på hovedfunktions- eller regionsfunktionsniveau har været utilstrækkelig respons på mindst to præparater, samt hvor der på regionsfunktionsniveau har vist sig store bivirkninger ved forsøg med forskellige præparater.	
Komorbiditet	
Omfattende og svært komplicerende komorbiditet som i alvorlig grad komplicerer diagnosticering / behandling	
Patienter med omfattende og svær komorbiditet, som f.eks. svær mental retardering og udviklingsforstyrrelser samt vedvarende svær udadreagerende adfærd.	
Somatisk sygdom	
Somatiske forhold som får væsentlig betydning for udredning / behandling	
Gruppen kan varetages på regionsfunktionsniveau, såfremt der ikke er en sværere psykiatrisk årsag.	
Misbrug	
Omfattende misbrug som i alvorlig grad vanskeliggør behandling	
Patienter med sværere/psykotiske affektive lidelser og et komplicerende misbrug	
Kognitive forudsætninger	
Påvirket kognitivt funktionsniveau som får betydelig indflydelse på diagnosticering og behandling	
Svært nedsat funktionsniveau med en nedsættelse svarende til middelsvær til svær mental retardering.	
Social funktion og baggrund	
Komplicerende sociale og familiemæssige forhold som vanskeliggør diagnosticering og behandling	
Gruppen kan varetages på regionsfunktionsniveau, såfremt der ikke er en sværere psykiatrisk årsag.	

Hvad adskiller behandlingstilbuddet fra enten højere eller lavere specialiseringsniveau
Undersøgelse og behandling som forudsætter særlige ressourcer og specialiseret viden og erfaring med affektive lidelser inden for alle faggrupper. Intensiv miljøterapeutisk behandling. Meget kompleks psykofarmakologisk behandling med polyfarmaci og behov for længere tids opfølgning samt intensiv psykosocial intervention og netværkssamarbejde. Behandling med ECT.

OCD (DF42)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for OCD

Link til de nationale pakkeforløb: [Nationale pakkeforløb](#)

Regionsfunktionsniveau:

- Angst og OCD hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

Varetages ikke på højt specialiseret niveau

HF OCD

Pakkeforløb for patienter med OCD Hovedfunktion

	Metoder og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau Jf. http://www.regioner.dk/media/1261/udredningspakke.pdf Anamnese (herunder uddybende familieanamnese) Diagnostisk interview: PSE, K-SADS, DAWBA, Hamilton, BYI, CY-BOCS, YGTSS, ADHD-RS, ADOS, ADI-R, SCID-II Psykologisk undersøgelse: Kognitive- og neuropsykologiske tests, ved behov udvidet undersøgelse af bio-psyko-socialakser Miljøobservation, legeobservation Tilbagemelding, diagnostisk netværksmøde Somatisk undersøgelse (evt. ved behov radiologiske undersøgelser MR/CT-scanning, EEG).	Afklarende: 1,5 time Basis: 3,5–6,5 time Standard: 6,5–9,5 time Udvidet: 9,5–13,5 time	AHA01A AHA02A AHA03A AHA04A
Behandlingspakke Jf. http://www.regioner.dk/media/1258/ocd.pdf		26 timer	AHB05A
Indledende samtale	Indledende samtale inkl. drøftelse af behandlingsplan og netværksmøde. KRAM	1 time	AAF22 BVAA34A Somatisk us.: ZZ0149AX
Behandling	Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling Psykoterapi Psykofarmakologi	<u>I alt 23 timer</u> 12 timer 4 timer	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A

	Psykoedukation Pårørende Sammenhæng	3 timer 3 timer 1 time	Risikovurdering: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Sammenhæng: BVAA34A
Evaluerig, tilbagefaldsforebyggelse og afsluttende samtale	Monitorering/evaluering af behandlingsforløbet inkl. CY-BOCS og generelle funktionsniveau (GAPD) Opfølgning på behandling Afsluttende samtale med barn, forældre/pårørende* Pakkeforløbet afsluttes Pakkeforløbet fortsættes i et andet forløb Pakkeforløbet afsluttes efter patientens/pårørendes ønske	2 timer	AAF22 BVAA34A *Hvis det kun er forældre/pårørende: BVAA5 Afslutningsdato AGB99X1 AGB99X2

Regionsfunktion:

RF Kompleks angst og OCD

I alt 32-52 timer

Funktionens målgruppe:
Funktion: Angst og OCD hvor et/flere af kriterierne for henvisning fra hovedfunktion til regionsfunktion er opfyldt (jf. specialevejledningen).
Hoveddiagnose: • F40.0-40.9 Fobiske angsttilstande • F41.0-41.9 Andre angsttilstande • F42.0-42.9 Obsessiv-kompulsiv tilstande
Bidiagnose: Ingen krav.
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet: Udtale og omfattende tvangssymptomer evt. ledsaget komorbiditet i form af udviklingsforstyrrelse eller anden psykisk lidelse.
Kompliceret differential diagnostik: • Udtalt komorbiditet • Vanskelig differential diagnostisk afklaring særligt overfor autisme og psykose
Svær komorbiditet • Svær psykiatrisk komorbiditet herunder udviklingsforstyrrelse • Somatisk sygdom der kræver samtidigt samarbejde med somatiske afdelinger
Behandlingsresistens: Patienten har ikke responderet tilfredsstillende på tidligere behandlingstiltag i hovedfunktion.
Risikopatienter: Ved høj grad af sårbarhed hos et individ, enten på grund af biologiske/arvelige faktorer eller utilstrækkelige psykosociale omstændigheder i individets opvækst, øges risikoen for at udvikle kompleks sygdom.
Særlige patientgrupper: • Komplicerede psykosociale forhold, f.eks. omsorgssvigt, sygdom eller misbrug hos forældrene • Mental retardering (ses særligt i relation til autismspektrumsforstyrrelser) • Patient af anden kulturel oprindelse • Sprogløse patienter
Henvisende instanser samt henvisningskriterier
Henvisende instanser: • Hovedfunktioner • Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere • Børnelæger og andre speciallæger • Praktiserende læger • Kommunale instanser (PPR / forvaltningen)
Henvisningskriterier: • Den psykosociale akse forudsættes vurderet og relevante tiltag iværksat • Patienten forudsættes i primærsektoren udredt for differentialdiagnostiske somatiske lidelser og at være behandlet for evt. somatisk lidelse. • Tiltag er afprøvet på hovedfunktionsniveau uden tilstrækkelig effekt

- Oplysninger og bilag jf. henvisningsskema er indhentet og medfølger henvisningen samt underskrevet samtykkeerklæring.

Adskillelse mellem målgruppen på henholdsvis hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau:

Manglende effekt af kognitiv adfærdsterapi eller kompliceret psykofarmakologisk behandling (eventuel polyfarmaci), længerevarende og mere intensiv psykosocial intervention og netværkssamarbejde.

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Anamnese (herunder uddybende familieanamnese) og diagnostiske instrumenter (PSE, K-SADS, DAWBA, Hamilton, BYI, CY-BOCS, YGTSS, ADHD-RS, ADOS, ADI-R, SCID-II) Psykologiske undersøgelser; Kognitive- og neuropsykologiske tests. Ved behov: Udvidet undersøgelse af bio-psykosocialakser evt. via netværksmøde/andre specialer (Pædiatri, Epileptisk hospital Filadelfia, Intern medicin, Klinisk genetisk mf.) Miljøobservationer Legeobservationer (Evt. inddragelse af tolk, hvilket gælder for hele behandlingsforløbet).	15-25 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse og evt. Radiologiske undersøgelser (MR/CT-skanning, EEG). Biokemiske undersøgelser. (KRAM og somatisk undersøgelse indgår som en del af udredningen).	1 time
Behandling	I forlængelse af behandling på hovedfunktionsniveau: • Evt. indlæggelse • Evt. polyfarmaci • Mere omfattende inddragelse af netværk (familie, forvaltning, skole/PPR m.fl.) • Mere intensive og længerevarende behandlingsforløb.	10-20 timer
Psykoedukation	I forlængelse af psykoedukation på hovedfunktionsniveau: • Evt. intensiveret qua sygdommens sværhedsgrad og sagens kompleksitet.	>3 timer
Afslutning og evaluering	Jf. hovedfunktionsniveauet. • Netværksmøde	3 timer

	• Større inddragelse af netværk og familie. • Evaluering med CY-BOCS og generelle funktionsniveau (GAPD)	
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Angst og OCD hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt. Vedligeholdelsesbehandling kan eventuelt foregå på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionen - jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri: 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2. Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4. Patienten har svær grad af psykiatrisk komorbiditet.	

Senest opdateret den 27. februar 2017

Somatoforme tilstande (DF44.4-7, DF45, DF48.0)

Hovedfunktionsniveau:

Der er ikke udarbejdet pakkeforløb på hovedfunktionsniveau

Regionsfunktionsniveau:

- Somatoforme tilstande hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

Regionsfunktion:

RF Somatoforme tilstande

I alt 26,5-29,5 timer

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Somatoforme tilstande. Jf. endvidere beskrivelsen af "Henvisningskriterier" og "Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion" for en præcisering af regionsfunktionen.
Hoveddiagnose / bidiagnose: <u>Hoveddiagnoser:</u> DF 44.- Dissociative tilstande DF 45.- Somatoforme tilstande <u>Bidiagnoser:</u> -
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet: • Tilstande med forstyrrelser af fysiske funktioner, som normalt er under viljens kontrol samt tab af de almindelige sansekvaliteter. • Tilstande med smerter og andre komplekse sanseoplevelser, som overføres via det autonome nervesystem. • Symptomerne skal have varet mindst 6 måneder og medføre betydelig funktionsnedsættelse
Kompliceret differentialdiagnostik: Somatisk sygdom.
Svær komorbiditet: Psykose, svær depression, svær angst, svær ADHD, infantil autisme eller MR, hvor disse tilstande efter optimal behandling fortsat komplicerer behandlingen af de somatoforme symptomer.
Risikopatienter: • Patienter med kompliceret somatisk symptomatologi
Særlige patientgrupper: • Patienter med hyppige funktionelle krampetilfælde • Patienter med omfattende funktionelle lammelser eller blindhed • Patienter med svær funktionel lidelse af multiorgan type (symptomer fra mindst 3 organsystemer og svær funktionspåvirkning)
Henvisende instanser og henvisningskriterier
Henvisende instanser: • Hovedfunktioner • Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere • Børnelæger og andre speciallæger • Praktiserende læger • Kommunale instanser (PPR/forvaltningen) Henvisningskriterier:

Somatoforme tilstande behandles alene i børne- og ungdomspsykiatrien (RF), hvis der er tale om svære symptomer med betydelig funktionsnedsættelse (omfattende skolevægring, svær forpinthed) eller symptomer omfattende flere organsystemer. Eksempelvis belastningsudløst hovedpine og mavepine forventes behandlet i primærsektoren eller i pædiatrisk/somatisk regi.

Forud for henvisning forudsættes væsentlige psykosociale belastninger afhjulpet (f.eks. skoleplacering, forældrekonflikter, mobning, relevant støtte for evt. kognitive vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser (ASD, ADHD)). Det forudsættes, at patienten er grundigt somatisk udredt på henvisningstidspunktet, og at den funktionelle komponent klart kan adskilles fra en eventuelt veldefineret somatisk sygdom (f.eks. astma, diabetes, epilepsi, bindevævssygdom).

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Klinisk psykiatrisk undersøgelse (vurdering jf. ICD-10 kriterier) med henblik på at foretage differentialdiagnostiske overvejelser og bekræfte henvisningsdiagnose. Anamnese. Diagnostisk interview til udredning af eventuelt komorbiditet. Evt. supplerende psykologisk udredning. Evt. fysioterapeutisk undersøgelse. Evt. miljøobservation. Specifikke spørgeskemaer og psykometriske skalaer vedr. somatoforme tilstande.	6,5 – 9,5 time
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk vurdering med henblik på evt. supplerende udredning i somatisk regi.	1 time
Behandling	Psykoterapeutisk behandling: Behandling med evidensbaserede psykoterapeutiske metoder tilpasset den konkrete diagnose/patientgruppe. Forskellige retninger indenfor kognitiv-adfærdsterapi er de mest anvendte og undersøgte metoder, dog findes der også evidens for effekten af andre psykoterapeutiske metoder. Medikamentel behandling: Relevant farmakologisk behandling af evt. psykiatrisk komorbiditet. Evt. fysioterapeutisk behandling.	12 timer
Psykoedukation	Formidling af viden om udløsende, vedligeholdende og beskyttende faktorer.	3 timer
Sociale foranstaltninger	Netværksmøde.	1 time

Afslutning og evaluering	Løbende evaluering af behandlingsforløbet samt afsluttende vurdering.	3 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Somatoforme lidelser hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt: Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 1) Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter der er diagnostisk uafklarede, til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 2) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis (psykoterapi i form af KAT/ACT og specialiseret fysioterapi på hovedfunktionsniveau) med utilstrækkelig behandlingseffekt. Hvis patienten efter forsøg på KAT/ACT vurderes ikke at kunne indgå i terapi, da mindst 5-8 sessioner, hvor behandlingen rettes mod forældrene eller anden primær omsorgsperson. og/eller 3) Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau.	

Senest opdateret den 18. september 2017

Spiseforstyrrelser (DF 50.0-50.3, DF50.8-50.9)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for anoreksi

Link til de nationale pakkeforløb: [Nationale pakkeforløb](#)

Regionsfunktionsniveau:

- Spiseforstyrrelser hos patienter på 12 år og ældre hvor et/flere af kriterium 1-4 er opfyldt, herunder manglende bedring i løbet af et par måneder under behandling på hovedfunktionsniveau

Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Spiseforstyrrelser hos patienter på 4-11 år samt spiseforstyrrelser hos patienter på 12 år og ældre, hvor et/flere af kriterie 1-4 er opfyldt

Varetages af Region Midtjylland

HF anoreksi og bulimi

Pakkeforløb for patienter med anoreksi og bulimi Hovedfunktionsniveau			
	Metoder og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau Jf. http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforlob+i+psykiatrien Anamnese, somatisk undersøgelse og KRAM Diagnostisk interview: BAB S, A, B og F, GAPD, EDE-Q, K-SADS/PSE Fysioterapeutisk ressourceorienteret kropsundersøgelse samt psykologisk undersøgelse kan foretages som del af den fortløbende undersøgelse eller, når vægten er tilstrækkelig høj, evt. ADOS, CY-BOCS, SCID II.	Afklarende: 1,5 time Basis: 3,5–6,5 time Standard: 6,5–9,5 time Udvidet: 9,5– 3,5 time	AHA01A AHA02A AHA03A AHA04A
Behandlingspakke jf. http://www.regioner.dk/media/5549/pakkeforloeb-for-anorexi-og-bulimi-boern-og-unge.pdf		43 timer	AHB02A
Undersøgelse	Indledende samtale inkl. drøftelse og opdatering af behandlingsplan med fastsættelse af behandlingsmål	2-3 timer	ZZ0149AX hvis foretaget her. ZZV005B6 hvis foretaget andetsteds indenfor de seneste 30 dage Risikovurdering: BVAA34A
	Fortløbende undersøgelse, herunder undersøgelse af selvmordsrisiko, KRAM, somatisk tilstand og sygdom. Regelmæssig somatisk vurdering ved sundhedsfaglig behandler, ved tvivl inkl. ved læge, indtil patienten er stabil herefter ved mistanke om somatisk påvirkning eller mistanke om utilstrækkeligt behandlingsrespons vurdering af sundhedsfaglig behandler og opfølgning afhængigt af den kliniske tilstand og behandlingsrespons i henhold til gældende regler.	6 timer	
	Monitorering/evaluering af behandlingsforløbet inkl. GAPD og EDE-Q.	1 time	

Behandling	Det er individuelt, hvordan behandlingsforløbet sammensættes men det er i udgangspunktet indenfor følgende ramme: Farmakologisk behandling Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling Non-farmakologisk behandling Psykoterapi Psykoedukation Pårørende Diætist- og ernæringsvejledning	<u>1 time</u> 15-17 timer 3 timer 5 timer 2-4 timer	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5
Sammenhæng	Netværksmøde, telefonisk kontakt med tværsektoriel samarbejdspartner – koordination af indsatsen Tilbagefaldsprofylakse Afsluttende samtale med barn, forældre/pårørende Pakkeforløbet afsluttes Pakkeforløbet fortsættes i et andet forløb Pakkeforløbet afsluttes efter patientens/pårørendes ønske	3 timer 1 time 1 time	Sammenhæng: BVAA34A AAF22 BVAA34A *Hvis det kun er forældre/pårørende: BVAA5 Afslutningsdato AGB99X1 AGB99X2 AGB99X1 AGB99X2

Regionsfunktion:

RF Spiseforstyrrelse hos unge fra og med 12 år

I alt: 14,5-32 timer + behandling

Funktionens målgruppe:
Funktion: Spiseforstyrrelse hos unge fra og med 12 år
Hoveddiagnose: F50.0, F50.1, F50.2, F50.3 samt 50.8 (efter vurdering) I særlige tilfælde F50.0-9 specielt i forbindelse med udredning, hvor der ikke foreligger endelig diagnostisk afklaring. Generelt kan hovedfunktionsniveau varetages ambulant for moderate, svarende til primært grad 2-3. Regionsfunktionsniveau er målrettet ambulante tilbud til patienter over 12 år, hvor der er indikation for indlæggelse eller svarende til primært grad 3-4 Patienter med grad 4, hvor der over 3 måneder ikke er effekt af behandlingen defineres til grad 5 sv.t. højt specialiseret niveau. Det samme gælder patienter under 12 år, hvor der indikation for indlæggelse eller sværhedsgrad 3-4 i ambulante forløb.
Bidiagnose: Depression, OCD, ADHD, psykoser/skizofrenispektret samt belastningsreaktioner og gennemgribende udviklings-forstyrrelse, personlighedsforstyrrelse endvidere misbrug samt alvorlige somatiske lidelser.
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet Vægtangst, fedtfobi, forvrænget kropsopfattelse. Ved F50.0 og F50.1 signifikant vægttab og somatisk påvirkning i vekslende omfang af alle organer, herunder endokrine forstyrrelser af hypothalamiske hypofysære-gonadale system med amenorré, svækket libido og potens. Ved bulimisk endvidere restriktivt ernæringsindtag specielt undgåelse af fedende fødeemner. Ved F50.2 og F50.3 overspisningsanfald mindst 2 gange om ugen i mindst 3 måneder, kontroltab med spisetrang. Forsøg på at modvirke vægtøgning med mindst en af følgende opkastning, excessiv motion, laxatia, faste, afmagringspiller, diuretika, thyreoidin eller lignende samt forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme, der fremmer oven nævnte symptomer. Sværhedsgrad afhænger dels af omfang af spiseforstyrrelsen i henhold til graduering ved Sundhedsstyrelsen NKR Bulimi (2015) og NKR Anoreksi (2016) . Endvidere afhængig af evt. co-morbiditet og anden belastning samt evt. suicidalfare.'
Efter alvorlighed af symptomer ved AN inddeles således: Grad 1. Letteste tilfælde med begrænset vægttab, god selvindsigt, motivation og evne til at samarbejde omkring behandling og rekommandationer i hensigtsmæssig retning, herunder acceptere vægtøgning til målvægtområde samt normalisere spisemønster. Oftest behov for god støtte fra netværk og familie. Patienten er ikke suicidalfarlig. Patienten skønnes endvidere somatisk stabil uden behov for somatisk kontrol fraset vægtkontrol efter primære kliniske og parakliniske vurdering.

Grad 2. Patienter med F50.0 til F50.1 i middelsvær grad med betydeligt vægttab, men med evne til at ændre spiseadfærd med støtte samt fremstår somatisk stabil omend med nogen behov for kontrol, typisk tilstrækkeligt med ambulant kontakt én gang ugentligt, der er nogen selvindsigt og motivation og samarbejder godt omkring behandlingen med god støtte af familie. Evt. komorbiditet. Ingen suicidalimpulser eller suicidal tanker.

Grad 3. Sværere tilfælde af F50.0 til F50.1 med mere omfattende vægttab men med mulighed for at bevare ambulant behandling, da patienten udviser selvindsigt, motivation og evne til at samarbejde omkring behandlingsrekommendationer. Der er behov for daglig støtte til at følge behandlingsrekommendationer gerne med inddragelse af netværk. Evt. betydelig komorbiditet og evt. suicidalimpulser, men ikke skønnet suicidalfarlig. Patienten skal være cirkulatorisk og respiratorisk stabil tilstrækkeligt til at monitorering kan pågå ambulant. Patienten skal kunne spise selv. Vedrørende sucidale impulser og tanker skal patienten klart kunne tage afstand fra dette samt fremstå med god compliance og mulighed for akut henvendelse ved forværring eller mistanke herom.

Grad 4. Patienter med meget omfattende eller meget hurtigt vægttab, hvor intensiv ambulant behandling ikke skønnes forsvarligt på grund af patientens alvorlige almene påvirkning, mangelfuld sygdomsindsigt eller manglende motivation og compliance. Evt. med behov for omfattende støtte til at bryde uhensigtsmæssige adfærdsmønstre som opkastninger, motion, restriktiv spisning med mere. Mangelfuld støtte fra netværk samt svær komorbiditet eller evt. mistanke om suicidalrisiko. Endvidere med behov for hyppig klinisk monitorering inklusiv paraklinisk.

Grad 5. Patienter der er meget alvorligt truet med alvorlige eller langvarige symptomer, anbefales overflyttet til højt specialiseret funktion med henblik på videre behandling evt. midlertidig på somatisk afdeling indtil overflytning skønnes forsvarligt efter nærmere aftale.

Generelt indskærpes patienter med alvorlig spiseforstyrrelse er alment påvirkede, og der er indikation for skærpet opmærksomhed på mulig komorbiditet, idet symptombilledet kan være afvigende fra normen med svagere eller manglende symptomer, f.x. ved infektion. Der henvises til medicinsk/kirurgisk kompendium og anden relevant faglitteratur.

Efter alvorlighed af symptomer ved BN inddeles således:

Grad 1: Patienter med maksimalt en overspisningsepisode og opkastning per uge samt god psykologisk indsigt, god behandlingsmotivation og evne til at følge behandlingsrekommendationer. Behandlingen kan da foregå i primær sektor.

Grad 2 og 3: Patienter med middelsvær bulimia nervosa, eventuelt med psykiatrisk komorbiditet eller somatiske komplikationer og gentagne overspisningsepisoder og vægtregulerende adfærd dagligt, men med rimelig god sygdomsindsigt, behandlingsmotivation og compliance.

Patienten må ikke fremstå suicidalfarlig. Suicidalimpulser skal kunne afvises, og patienten skal kunne indgå aftaler om at undlade selvskade for, at ambulant behandling kan pågå.

Behandlingen omfatter ovennævnte behandlingselementer, fraset miljøterapeutisk behandling, som er forbeholdt indlagte patienter.

Grad 4: Patienter med alvorlig bulimia nervosa med gentagne daglige overspisningsepisoder, opkastninger, somatiske komplikationer, svær komorbiditet eller mistanke om suicidalfare.

Disse patienter bør være indlagt, eventuelt intensivt dagbehandlingstilbud alternativt døgnbehandlingstilbud i tværfagligt behandlerteam i lighed med ambulante behandlingstilbud, dog suppleret med intensivt miljøterapeutisk tilbud, herunder støtte til

samtlige måltider samt i perioderne omkring måltiderne. Der bør være skærpet opmærksomhed på somatiske komplikationer og suicidalfare.

Når patienten er tilstrækkeligt stabiliseret, kan behandlingen herefter følges af ambulant tilbud.

Grad 5: Alvorligste livstruende tilstande, hvor der er alvorlige somatiske komplikationer eller svære suicidaltrusler eller –impulser, herunder med svær komorbiditet. Patienten frembyder ikke god compliance, mangelfuld sygdomsindsigt og mangelfuld behandlingsmotivation.

Når patienten er stabiliseret tilstrækkeligt med hensyn til somatiske tilstande, normaliserede spisevaner og reetablering i vid udstrækning på sociale akse, kan der fortsat være behov for understøttende vejledende efterbehandling i måneder efterfølgende med henblik på at forebygge recidiv. Endvidere er det nødvendigt med opmærksomhed på inddragelse af socialforvaltningen med henblik på uddannelsesplaner, social støtte samt efterbehandling ved tandlæge med mere.

Ved tilbagefald tilbydes nyt behandlingstilbud.

Langvarigt alvorlige tilstande

For patienter med manglende motivation, hvor tilstanden fremstår langvarigt alvorlig, og hvor patienten ikke kan motiveres til at arbejde mod fuld remission, bør overvejes støttende behandling med lindrende behandlingssigte. Herunder arbejde med hjemkommune på at stabilisere patienten socialt, sikre støtteforhold i hjemmet samt følge patienten med henblik på støtte til at opnå en somatisk stabil tilstand samt ved indikation at indlægge patienten kortvarigt med henblik på at imødekomme subakutte og akutte komplikationer. Der bør ved disse patienter vedholdende være fokus på at motivere dem for, at indgå i et behandlingsforløb med henblik på fuld remission, idet håbet for fuld remission bør fastholdes.

Kompliceret differential diagnostik:

Ved børn og unge særligt fokus på udviklingsmæssige profil som led i den samlede børnepsykiatriske vurdering

For håndtering af alvorlige somatiske komplikationer henvises venligst til instruks vedrørende somatiske komplikationer.

Da spiseforstyrrelse ofte forekommer med anden sygdom foretages omfattende forundersøgelse med BAB-A, B, F og S samt screening for anden psykiatrisk lidelse og almen lægelig undersøgelse inkl. neurologisk undersøgelse og parakliniske undersøgelser i henhold til SST rekommandationer med henblik på at udelukke evt. somatisk lidelse.

Ved positive fund vurderes om tilstanden kan behandles i afsnit for patienter med spiseforstyrrelse eller om der er indikation for overflytning til andet afsnit med henblik på at sikre optimal behandling.

Endvidere vurderes, om videre undersøgelse kan varetages ambulant, eller om der er indikation for indlæggelse enten i psykiatrisk regi, evt. i samarbejde med somatisk afdeling på mistanke om somatisk lidelse.

Svær komorbiditet:

Jævnfør ovenfor foretages lægelig vurdering, hvorvidt pt. skønnes at kunne behandles i ambulant regi primært på regionsfunktionsniveau ved svær co-morbiditet, evt. under indlæggelse svarende til regionsniveau. Såfremt pt.s tilstand skønnes særligt kompliceret eller der ikke er tilstrækkelig effekt af iværksatte behandling indenfor ca. 3 måneder evt. tidligere såfremt der er indikation herfor, anbefales overflytning til højt specialiseret niveau.

Behandlingsresistens:

Patienter med ringe eller ingen sygdomsindsigt, udtalt ambivalens, mangelfuld behandlingsmotivation, reduceret compliance eller andre vedligeholdende faktorer, herunder alvorlig somatisk sygdom eller anden psykiatrisk sygdom. Endvidere patienter med recidiv.

Patienter indtil grad 4 inkl. kan behandles ambulant eller under indlæggelse i regionalt regi under forudsætning af, at der er effekt af behandlingen. Såfremt der ikke opnås tilstrækkelig effekt af behandlingen eller der ikke kan etableres en bæredygtig behandlingsalliance og pt. fremstår alvorligt truet er der indikation for overflytning til højt specialiseret funktion. Ved særligt komplicerede forhold specielt alvorlig psykiatrisk lidelse, svær suicidalfare eller livstruende somatiske symptomer svarende til grad 5 er indikation for overflytning til højt specialiseret funktion tilstede.

Risikopatienter:

Såfremt pt. fremstår somatisk stabil respiratorisk og cirkulatorisk samt ikke skønnes at have øget suicidal risiko, dvs. grad 1-3 kan ambulant behandling etableres. Indikation for døgnindlæggelse er alvorlig somatisk truet tilstand, svær belastning, indikation for tvang samt herunder evt. øget suicidalrisiko eller mistanke herom med indikation for frihedsberøvelse.

Overflytning til højt specialiseret funktion indiceret ved behov for tvangsbehandling andet end meget kortvarigt, alvorlig suicidalrisiko eller anden alvorlig selvskadende adfærd samt utilstrækkelig effekt i.h.h. til ovennævnte.

Særlige patientgrupper:

I forbindelse med co-morbiditet hos børn og unge er der oftest indikation for at inddrage forældre eller værge samt andet netværk i behandlingen også under indlæggelse.

I særlige tilfælde herunder længerevarende hvor patient og familie fremstår svært belastede og inddragelse af forvaltningen ikke er tilstrækkeligt kan være indikation for indlæggelse.

Ved graviditet bør altid overvejes overflytning til højt specialiseret funktion. Alternativt konference med afdeling med højt specialiseret funktion og intensivt samarbejde med gynækologisk-obstetrisk afdeling.

Patienter med udviklingsforstyrrelse frembyder særlige behandlingsbehov herunder skærpet fokus på særlige behov under og efter behandlingen.

Henvissende instanser samt henvisningskriterier

Henvissende instanser primært privat praktiserende læger samt andre somatiske afdelinger.

Henvisningen følger de generelle henvisningskriterier til B&U.

Henvisningskriterier:

- Mistanke om hoveddiagnose er F50.0, F50.1, F50.2, F50.3, F50.8 primært grad 2-4
- Alder fra 12 år
- Behov for vurdering af om andet behandlingsregi er indiceret, herunder diagnostisk uafklaret
- Behov for tværfaglig indsats
- Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt
- Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
--	---------	----------

Udredning og diagnostik	Anamneseoptagelse og klinisk vurdering. Standardiserede interviews rettet mod spiseforstyrrelser (BAB S, A, B og F), GAPD-score, EDE-Q-selvrapportering, evt. fysioterapeutisk ressourceorienteret kropsundersøgelse. Ved manglende umiddelbar behandlingseffekt/mistanke om komorbiditet: K-SADS/PSE, psykologisk undersøgelse, når vægten er tilstrækkelig høj, evt. ADOS ved tilstrækkelig vægt, CY-BOCS, SCID II.	5,5-12 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse som ved BAB S, EKG, evt. ekkokardiografi og/eller andre specifikke undersøgelser rettet mod somatiske symptomer, standardiserede biokemisk såkaldt anoreksi-pakke. Regelmæssig somatisk kontrol og parakliniske undersøgelser efter behov. Ved behov rekvireres somatisk tilsyn.	3-6 timer
Behandling	Psykoteraupautisk behandling, herunder miljøterapi i henhold til retningslinjer for spiseforstyrrelsesbehandling med deltagelse i samtalegruppe en gang ugentligt, familiesamtaler, evt. individuel terapeutiske samtaler regelmæssigt, evt. fysioterapeutisk behandling, evt. medikamentel behandling rettet mod komorbiditet.	1-3 måneder afhængigt af udgangsvægt og psykiske tilstand
Psykoedukation	Gives såvel individuelt som i gruppe. Gruppeforløb for forældre.	4-12 timer
Afslutning og evaluering	Udskrives ved stabil vægtøgning og stabil motivation for fortsat behandling, generelt stabiliseret psykisk tilstand. Fortsat behandling vurderes til at kunne varetages ambulant, mhp. evaluering af behandlingseffekt GAPD og EDE-Q.	2 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Spiseforstyrrelser hos patienter hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt, herunder ved manglende bedring i løbet af et par måneder under behandling på hovedfunktionsniveau. Varetages i et tæt samarbejde med pædiatri, intern medicin (endokrinologi og kardiologi). Der skal etableres lokale retningslinjer for tilsyn - jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri. 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2. Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller	

	3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4. Patienten har svær grad af psykiatrisk komorbiditet.	
--	---	--

Senest opdateret den 20. marts 2017

HSF Spiseforstyrrelser

"Særligt komplicerede patienter med spiseforstyrrelser og komorbide somatiske og/eller psykiatriske lidelser, hvor behandlingen har været langvarig og kompliceret" (Børne- og ungdomspsykiatrien) "Diagnostik og behandling af særligt komplicerede spiseforstyrrelser" (Psykiatrien) Forventet antal nye patienter pr. år B&U: 11 Forventet antal patientforløb pr. år B&U: 45 Forventet antal nye patienter pr. år Voksne: 40 Forventet antal patientforløb pr. år Voksne: 60
Hoveddiagnose
F50.0-F50.3, F50.8 og F50.9
Diagnostik / Differentialdiagnostik
Uafklarede komplekse differentialdiagnostiske problemstillinger, som kræver omfattende udredning
Spiseforstyrrelsesdiagnostikken er ikke kompliceret.
Sygdommens sværhedsgrad og funktionspåvirkning
Svært invaliderende symptomer og /eller manglende behandlingsmotivation som i alvorlig grad vanskeliggør udredning / behandling
Patienter med sværere tilstande og med hurtigt/udtalt vægttab samt massive overspisninger og opkastning som forårsager somatiske komplikationer. Patienterne vil ofte have et svært nedsat funktionsniveau.
Behandlingsforløb (fx sygdomsindsigt, behandlingsalliance, tvang)
Behandlingsresistens, svære bivirkninger eller behov for kompliceret polyfarmaci
Patienter med spiseforstyrrelse, hvor der et vedvarende er behov for tvangsanvendelse/tvangsbehandling. Patienter hvor der ikke er tilstrækkelig respons på behandlingen på regionsfunktionsniveau over længere tid, og hvor der ikke kan opnås en bæredygtig behandlingsalliance samt patienter uden sygdomsindsigt. Patienter med behov for længerevarende intensiv specialiseret ernæringsrehabilitering og psykoterapi samt patienter med gentagende recidiver, hvor der tidligere er forsøgt behandling på regionsfunktionsniveau.
Komorbiditet
Omfattende og svært komplicerende komorbiditet som i alvorlig grad komplicerer diagnosticering / behandling
Patienter med omfattende og svært komplicerende komorbiditet som bidiagnose tilhører den højt specialiserede funktion. Er den komorbide lidelse aktionsdiagnosen, kan patienten drøftes behandlet i afdelingen svarende til aktionsdiagnosen.

Somatisk sygdom
Somatiske forhold, som får væsentlig betydning for udredning/ behandling
Patienter, hvor spiseforstyrrelsen medfører særligt alvorlige somatiske lidelser, som kræver samarbejde med flere højt specialiserede somatiske afdelinger. Gravide spiseforstyrrede, hvor spiseforstyrrelsen er af så alvorlig karakter, at der er behov for samarbejde med højt specialiserede somatiske afdelinger.
Misbrug
Omfattende misbrug som i alvorlig grad vanskeliggør behandling
Aktivt misbrug umuliggør behandling af spiseforstyrrelsen.
Kognitive forudsætninger
Påvirket kognitivt funktionsniveau som får betydelig indflydelse på diagnosticering og behandling
Ikke relevant i forhold til vurdering af specialiseringsniveauet for patienter med spiseforstyrrelse.
Social funktion og baggrund
Komplicerende sociale og familiemæssige forhold som vanskeliggør diagnosticering og behandling
Patienter med spiseforstyrrelse hvor netværk/familie slet ikke har den fornødne sygdomserkendelse og vedvarende ikke kan yde den fornødne støtte. Patienter med svært belastet social baggrund som komplicerer behandlingen i væsentlig grad.
Hvad adskiller behandlingstilbuddet fra enten højere eller lavere specialiseringsniveau
Meget kompleks og intensiv behandlingsopgave med behov for længere tids opfølgning, intensiv psykosocial intervention, netværksarbejde, samt konsultativ funktion for hoved- og regionsfunktion.

Psykisk lidelse og mental retardering (DF70-79)

Hovedfunktionsniveau:

Patienter med psykisk lidelse og mental retardering varetages på hovedfunktionsniveau. Der er ikke udarbejdet pakkeforløb.

Regionsfunktionsniveau:

- Psykiatriske tilstande med komplicerende mental retardering, hvor udredning og/eller behandling er særlig vanskelig f.eks. pga. adfærdsproblemer eller kommunikative vanskeligheder
OBS! Varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau
Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

Regionsfunktion:

RF Psykiatriske tilstande med komplicerende mental retardering

I alt 22-36 timer

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Psykiatriske tilstande med komplicerende mental retardering, hvor udredning og/eller behandling er særlig vanskelig f.eks. pga. adfærdsproblemer eller kommunikative vanskeligheder.
Hoveddiagnose / bidiagnose: <u>Hoveddiagnoser:</u> Henvisningsårsagen vil typisk være kendt psykisk lidelse eller adfærdsmæssig forstyrrelse af en vis sværhedsgrad eller mistanke herom. <u>Bidiagnoser:</u> Kendt mental retardering (IQ under 70).
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet: En generel kognitiv udviklingsforsinkelse svarende til området for mental retardering af lettere, moderat eller sværere grad, der vanskeliggør vurdering og behandling af komorbid psykopatologi og/eller adfærdsforstyrrelse af en vis kompleksitet og sværhedsgrad.
Kompliceret differentialdiagnostik: • Patienter med somatisk sygdom/tilstand • Patienter med en misbrugsproblematik.
Svær komorbiditet: • Patienter med komplicerende somatisk sygdom, f.eks. epilepsi, syndrom, neurologisk lidelse, sansedeficits • Patienter med et komorbid misbrug • Patienter med flere komorbide psykiatriske lidelser, herunder emotionelle eller adfærdsmæssige vanskeligheder, der evt. medfører, at patienten er svært testbar. • Patienter uden sprog.
Behandlingsresistens: Når patienten ikke har vist symptomreduktion trods relevant pædagogisk støtte og aflastning samt eventuelt medicinsk behandling på hovedfunktionsniveau.
Risikopatienter: • Patienter med anden kulturel baggrund • Ikke-dansk talende patienter • Patienter med utilstrækkelig psykosocial støtte • Patienter der har været udsat for traumer og/eller overgreb.
Særlige patientgrupper: Patienter med somatisk komorbid sygdom, der kan spille ind i forhold til eventuelle medicinske behandlingstiltag.
Henvisningskriterier, herunder henvisende instanser
Henvisningskriterier: Kendt eller mistanke om kompliceret psykisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse hos en patient med en kendt mental retardering, hvor relevante pædagogiske tiltag i primær sektor eller behandlingstiltag på hovedfunktionsniveau ikke har vist sig tilstrækkelige til at opnå symptomreduktion. Henvisende instanser: • PPR/kommunale forvaltninger

- Pædiatere (ansat i sygehusafdeling eller i privat praksis)
- Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere
- Praktiserende læger

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	• Indhente relevante oplysninger/ undersøgelser i primær sektor • Anamneseoptagelse (udviklingsanamnese, somatik, psykosociale forhold, differentialdiagnostiske overvejelser og evt. psykiatrisk komorbiditet) • Psykologisk vurdering (kognitive niveau samt evt. specifikke vanskeligheder) • Psykiatrisk vurdering af evt. komorbiditet til den kendte mentale retardering. Instrumenter: ADOS, ADI, PSE, K-SADS, DAWBA, CY-BOCS, YGTS, SCID-II. • Eventuelt psykologiske undersøgelser. • Miljøobservationer. • Legeobservationer. • Netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere.	12-22 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	• KRAM-screening • Lægeundersøgelse, herunder evt. vurdering af somatisk komorbiditet i samarbejde med relevant somatisk speciale • Evt. blodprøver, EKG, EEG, CTC/MR-scanning cerebrum, genetisk undersøgelse.	1,5 time
Behandling	Pædagogiske tiltag samt stillingtagen til behandling af psykiatrisk komorbiditet til den mentale retardering, herunder evt. medicinsk behandling samt overvejelser omkring egnethed til terapi afhængigt af sværhedsgraden af retarderingen og karakteren og omfanget af den psykiatriske komorbiditet.	>3 timer
Psykoedukation	Der gives manualiseret psykoedukation til patient og forældre, individuelt og/eller i gruppe.	2-6 timer
Sociale foranstaltninger	Der tages evt. kontakt til forvaltningen med henblik på at koordinere indsatsen i forløbet.	0,5 time
Afslutning og evaluering	Tilbagelevering og evt. netværksmøde. Der gennemføres patienttilfredshedsundersøgelser.	3 timer

Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Psykiatriske tilstande med komplicerende mental retardering varetages på regionsfunktionsniveau, når udredning og/eller behandling er <i>særlig vanskelig</i> pga. adfærdsproblemer eller kommunikative vanskeligheder. Adskillelsen mellem hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau defineres ud fra, hvorvidt et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt jf. Sundhedsstyrelsens kriterier): 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal udredes eller behandles på regionsfunktionsniveau Og /eller 2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter der er diagnostisk uafklarede, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer Og /eller 3. Der har været gennemført mindst 2 behandlingsforsøg efter gængs praksis med utilstrækkelig behandlingseffekt Og /eller 4. Patienten har en svær grad af psykiatrisk komorbiditet udover den mentale retardering. Udredning og behandling varetages afhængig af den psykiatriske og evt. somatiske komorbiditet i tæt samarbejde med pædiatrien.	
--	--	--

Senest opdateret den 14. februar 2017.

Autisme (DF84)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for gennemgribende udviklingsforstyrrelser

Link til de nationale pakkeforløb: [Nationale pakkeforløb](#)

Regionsfunktionsniveau:

- Komplekse autismspektrumforstyrrelser hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt

Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Komplekse neuropsykiatriske tilstande Varetages af Region Midtjylland

HF Gennemgribende udviklingsforstyrrelse

Pakkeforløb for patienter med gennemgribende udviklingsforstyrrelser Hovedfunktion

	Metoder og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau Jf.: http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforløb+i+psykiatrien Indhold: • Indhente relevante oplysninger/ undersøgelser i primær sektor • Præ-1.kontakt: Skema om helbreds- og sociale oplysninger udfyldes • Etablering af patient og pårørendekontakt • Anamneseoptagelse (fokus på udviklingshistorie og somatik, differentialdiagnostiske overvejelser, psykiatrisk komorbiditet) • Samtale med patient • Konference • Undersøgelse af kognitivt funktionsniveau • Undersøgelse af socialt samspil og kommunikation • Undersøgelse af psykiatrisk komorbiditet Instrumenter: ADOS og ADI Eventuelt psykologiske undersøgelser, miljøobservationer, legeobservationer, netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere, somatisk undersøgelse (evt. radiologiske undersøgelser MR/CT-scanning, EEG)	Afklarende: 1,5 time Basis: 3,5–6,5 time Standard: 6,5–9,5 time Udvidet: 9,5–13,5 time	AHA01A AHA02A AHA03A AHA04A
Behandlingspakke Jf. http://www.regioner.dk/media/1257/udviklingsforstyrrelse.pdf		22 timer	AHB03A

Indledende samtale	Indledende samtale inkl. drøftelse af behandlingsplan og netværksmøde. KRAM (én gang årligt)	2 timer	AAF22 BVAA34A Somatisk us.: ZZ0149AX Netværksmøde: BVAW2
Behandling	Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling. Psykoedukation: Der gives manualiseret psykoedukation til patient og forældre, individualiseret og/eller i gruppe.	<u>I alt 18 timer</u>	AAF22 Psykofarmakologi: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 (gruppe) BRKP (individuel)
Evaluerig, tilbagefaldsforebyggelse Afsluttende samtale	Monitorering/evaluering af behandlingsforløbet ved klinisk evaluering Opfølgning på behandling Afsluttende samtale med barn, forældre/pårørende og stillingtagen til, hvorvidt: • Pakkeforløbet afsluttes • Pakkeforløbet fortsættes i et andet forløb • Pakkeforløbet afsluttes efter patientens/pårørendes ønske	1 time	AAF22 BVAA34A Afslutningsdato AGB99X1 AGB99X2

Regionsfunktion:

RF Komplex autismspektrumforstyrrelse

I alt: 19,5-27,5 timer

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Komplex autismspektrumforstyrrelse
Hoveddiagnose / bidiagnose: <u>Hoveddiagnoser:</u> F84.0-F84.9 <u>Bidiagnoser:</u> Der er ikke krav om bidiagnose men der vil ofte være komorbiditet (jf. nedenstående).
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet: En gennemgribende udviklingsforstyrrelse, der kan være kompliceret af en betydelig komorbiditet, manglende compliance (samarbejde), divergerende oplysninger o.lign., der vanskeliggør udredning eller medfører behandlingsresistens i forhold til givne anbefalinger eller afsøgte tiltag.
Kompliceret differentialdiagnostik: • Svær mental retardering, sansedeficits, manglende tale • Somatisk sygdom som epilepsi, neurodegenerative tilstande • Medfødt eller erhvervet hjerneskade • Tidligt svært depriverede børn/unge
Svær komorbiditet: • Mental retardering • Somatisk sygdom (syndrom, epilepsi) • Svære belastningsreaktioner, svære emotionelle og adfærdsmæssige symptomer, anden psykisk lidelse, anden betydelig udviklingsforstyrrelse (ADHD, tics) • Betydelig social isolation eller skolevægring • Misbrug
Behandlingsresistens: Behandlingen af autismspektrumforstyrrelse (ASF) er primært specialpædagogisk og varetages i primær sektor (kommunalt regi). Ved evt. komobiditet, hvor der er indikation for medicinsk behandling, behandles patienten på regionsfunktionsniveau, hvis patienten ikke responderer tilstrækkeligt på behandlingen på hovedfunktionsniveau.
Risikopatienter: Patienter med ASF og spiseforstyrrelse eller affektiv lidelse, hvor spiseforstyrrelse, selvmordstanker eller tvangstanker bliver en del af den autistiske symptomatologi, hvorved patienterne kan blive somatisk truede, have selvmordsadfærd, være svært selvskadende e.lign.
Særlige patientgrupper: • Patienter med anden etnisk baggrund der ikke taler dansk (behov for tolkebistand) • Patienter med anden kulturel/religiøs baggrund • Særligt udsatte patienter, hvor de psykosociale rammer er utilstrækkelige • Patienter med overvejelse om kønsidentitet som led i den autistiske symptomatologi. • Patienter med somatisk sygdom/tilstand hvor eventuel medicinsk behandling vanskeliggøres som følge heraf.
Henvisningskriterier, herunder henvisende instanser

Henvisningskriterier:

Patienter med en kendt eller mistænkt ASF, hvor betydelig komorbiditet og/eller betydelig social isolation, vurderes at vanskeliggøre udredning på hovedfunktionsniveau, eller hvor der vurderes at være behandlingsresistens (jf. ovenstående).

Henvisende instanser:

- PPR/kommunale forvaltninger
- Pædiatere (ansat i sygehusafdeling eller i privat praksis)
- Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere
- Praktiserende læger

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Indhold: • Indhente relevante oplysninger/undersøgelser i primær sektor • Præ-1.kontakt: Skema om helbreds- og sociale oplysninger udfyldes • Etablering af patient og pårørendekontakt • Anamneseoptagelse (fokus på udviklingshistorie og somatik, differentialdiagnostiske overvejelser, psykiatrisk komorbiditet) • Samtale med patient • Konference • Undersøgelse af kognitivt funktionsniveau • Undersøgelse af socialt samspil og kommunikation • Undersøgelse af psykiatrisk komorbiditet Instrumenter: ADOS, ADI, PSE, K-SADS, DAWBA, CY-BOCS, YGTS, SCID-II. Eventuelt psykologiske undersøgelser. Miljøobservationer. Legeobservationer. Netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere.	10-18 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	KRAM-screening. Somatisk undersøgelse og parakliniske undersøgelser. Instrumenter: Blodprøver, genetisk undersøgelse inkl. aCGH og Fra(X)-undersøgelse, MR/CT-skanning, EEG.	1,5 timer
Behandling	Behandlingen er primært specialpædagogisk og varetages i primær sektor (kommunalt regi).	>3 timer

	Eventuel behandling vil være af psykiatrisk komorbiditet inkl. kognitiv adfærdsterapi og medicinsk behandling.	
Psykoedukation	Gives til forældre og patient Instrument: Manualiseret psykoedukation	3 timer
Afslutning og evaluering	Netværksmøde Instrument: Systematiseret patienttilfredsundersøgelse	2 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Autismespektrumforstyrrelser hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt. Varetages i tæt samarbejde med pædiatri. Vedligeholdelsesbehandling kan eventuelt foregå på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionen. Jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri: 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau (jf. afsnit vedr. sværhedsgrad/kompleksitet samt afsnit vedr. risikopatienter) og/eller 2. Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer (jf. afsnit vedr. differentialdiagnostik) og/eller 3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt (jf. afsnit vedr. behandlingsresistens) og/eller 4. Patienten har svær grad af psykiatrisk komorbiditet (jf. afsnit vedr. svær komorbiditet).	

Senest opdateret den 14. februar 2017

ADHD (DF90.0-90.9 og DF98.8)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for ADHD

Link til de nationale pakkeforløb: [Nationale pakkeforløb](#)

Regionsfunktionsniveau:

- Komplex ADHD hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Komplekse neuropsykiatriske tilstande
Varetages af Region Midtjylland

HF ADHD

Pakkeforløb for børn og unge med ADHD på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland

	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau Jf. Link Der anvendes i udgangspunktet basis/standardpakken til udredning. Ved formodet komorbiditet eller vanskelig diagnostisk afklaring kan der i nogle tilfælde være behov for udvidet udredningspakke. Den udvidet udredningspakke benyttes ved alle førskolebørn Afklarende. Basis: 1,5 t anamnese, 0,5 t somatisk undersøgelse, 0,5 t KRAM, 1,0 t suppl. psykologisk undersøgelse, 1,0 t suppl. anamnese, 1,0 t tilbagemelding, 1,0 t netværksmøde. Standard: = Basis + 2-3 t kognitiv undersøgelse, el. 1,0 t suppl. anamnese, el. 1,0 t ADOS Udvidet: Basis/Standart + 3,0 t observation (ptt. fra 4 til 11 år), 1,5 t CY-BOCS, 3,5 t K-SADS/PSE, 1,0 t Hamilton/Angst, 1,0 t YGTS, el. 1,0 t suppl. anamnese, el. 1,0 t ADOS Somatisk undersøgelse (evt. radiologiske undersøgelser MR/CT-scanning, EEG)	Afklarende: 1,5 time Basis: max 6,5 timer Standard: max 9,5 timer Udvidet: max 13,5 timer	AHA01A AHA02A AHA03A AHA04A
Behandlingspakke		I alt 17 timer	AHB01A
Undersøgelse	Indledende samtale, behandlingsplan, informeret samtykke og forventningsafstemning KRAM og somatisk undersøgelse	1 time	AAF22 ZZ0149AX (somatisk us.)

Behandling Herunder: Psykoterapi	Psykoterapi • Monitorering af behandling med standardiserede spørgeskemaer	1 time	AAF22 BVAA34A
Farmakologisk behandling	Medicinopfølgning, justering, monitorering af bivirkninger og evt. plan for ned- og udtrapning af medicin • Monitorering af tilstand og behandling generelt • Behandlingskoordinering	7 timer	AAF22 BVAA34A
Psykoedukation	Forældre/pårørende/børn/unge – i gruppe Børn (Gruppe: fx 2 sessioner á 1 ½ timer) Unge (Gruppe: fx 2 sessioner á 2 timer)	2 timer (Gruppe: fx 2 sessioner á 4 timer)	BRKP8 (Gr.)
Pårørende	• Samtaler med barn og forældre/pårørende • Aftale om behandlingsplan og informeret samtykke • Inddragelse af pårørende i behandlingen	2 timer	AAF22 BVAA34A +BVAA5 (hvis forældre)
Sammenhæng	• Netværksmøde • Kontakt med samarbejdspartnere mv. • Koordination af indsatsen	3 timer	BVAW2 (Netværk)
Afsluttende samtale og tilbagefaldsforebyggelse	Med barn og forældre/pårørende Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	1 time	Ingen yderligere registrering AGB99X1 AGB99X2

Regionsfunktion:

RF Komplex ADHD

I alt: 22 ½ - 32 ½

Funktionens målgruppe:
Funktion: Komplekse diagnostiske tilstande forbundet med ADHD, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på hovedfunktionsniveau, eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret. (se næste side)
Hoveddiagnose: • DF90.0, DF90.1, DF90.8, DF90.9, DF98.8 eller DF98.8c Gruppen af hyperkinetiske forstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet (ADD)
Bidiagnose: Der vil langt overvejende være kompliceret komorbiditet til andre udviklingsforstyrrelser og/eller andre psykiske lidelser, ligeledes til følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser. Der kan være somatisk komorbiditet og komplicerende psykosociale forhold.
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet • Hyperkinetisk forstyrrelse er karakteriseret ved opmærksomhedsforstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet. Ved ADD er der ingen hyperaktivitet. • Komplicerede komorbiditet • Beskrivelse af funktionsniveauet (sværhedsgrad)
Kompliceret differential diagnostik: Kompliceret differentialdiagnostik som følge af omfattende komorbiditet. Endvidere kan der være tale om uafklaret diagnostisk tilstand kompliceret af psykosociale vanskeligheder eller behandlingsresistens.
Svær komorbiditet Der optræder ofte svær kompliceret komorbiditet med andre udviklingsforstyrrelser, som fx autismespektrumforstyrrelse, svære eksekutive vanskeligheder, mental retardering, Tourettes syndrom, følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser samt med andre psykiatriske lidelser, f.eks. psykoser, angstlidelser, depression og somatiske lidelser.
Behandlingsresistens: Patienten har ikke responderet tilfredsstillende på tidligere behandlingstiltag i hovedfunktion, ifald der har været afsøgt behandling
Risikopatienter: Ved høj grad af sårbarhed hos et individ, enten på grund af biologiske/arvelige faktorer eller utilstrækkelige psykosociale omstændigheder i individets opvækst, øges risikoen for at udvikle sygdom.
Særlige patientgrupper: • Komplicerede psykosociale forhold, f.eks. omsorgssvigt, sygdom eller misbrug hos forældrene • Mental retardering
Henvisende instanser samt henvisningskriterier
Henvisende instanser: • Hovedfunktioner • Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere • Børnelæger og andre speciallæger

- Praktiserende læger
- Kommunale instanser (PPR / forvaltningen)

Henvisningskriterier:

- Den psykosociale akse forudsættes vurderet og relevante tiltag iværksat og evalueret i samarbejde med forældre.
- Patienten forudsættes i primærsektoren udredt for differentialdiagnostiske somatiske lidelser og at være behandlet for evt. somatisk lidelse
- Tiltag er afprøvet på hovedfunktionsniveau uden tilstrækkelig effekt
- Oplysninger og bilag jævnfør henvisningsskema er indhentet og medfølger henvisningen samt underskrevet samtykkeerklæring

Adskillelse mellem målgruppen på henholdsvis hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau:

På regionsfunktionsniveau er der tale om uafklarede diagnostiske tilstande, trods grundig klinisk udredning, komplicerende differentialdiagnostik, svære ledsagende symptomer eller behandlingsresistens.

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Anamnese (herunder uddybende familieanamnese) og diagnostiske instrumenter (ADOS, ADI, PSE, K-SADS, DAWBA, CY-BOCS, YGTS, SCID-II) Eventuelt psykologiske undersøgelser Ved behov rekvireres udvidet undersøgelse af bio-psyko-socialakser evt. via liaison /andre specialer Netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere Miljøobservationer Legeobservationer (Evt. inddragelse af tolk, dette gælder for hele behandlingsforløbet)	13,5 time til 18,5 time
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse og evt. Radiologiske undersøgelser (MR/CT-skanning, EEG), Biokemiske undersøgelser. (KRAM og somatisk undersøgelse indgår som en del af udredningen)	1 time
Behandling	I forlængelse af behandling på hovedfunktionsniveau: Evt. indlæggelse Mere omfattende af inddragelse af netværk (familie, forvaltning, skole/PPR mf.) Mere intensive og længerevarende behandlingsforløb.	Fra 5-6 timer til 8 timer (ved evt indlæggelse)

Psykoedukation	I forlængelse af psykoedukation på hovedfunktionsniveau: evt. intensiveret qua sygdommens sværhedsgrad og sagens kompleksitet.	2-3 timer
Afslutning og evaluering	Jf. Hovedfunktionsniveauet Obligatorisk netværksmøde Større inddragelse af netværk og familie. Tilbagelevering til forældre, barnet/ den unge	2 time
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	ADHD hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt. Varetages i tæt samarbejde med pædiatri. Vedligeholdelsesbehandling kan eventuelt foregå på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionen. Jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri: 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2. Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4. Patienten har svær grad af psykiatrisk komorbiditet.	

Senest opdateret den 31. januar 2017

Tourettes (DF95.2)

Hovedfunktionsniveau:

Patienterne varetages på hovedfunktionsniveau

Der er ikke udarbejdet nationalt pakkeforløb

Regionsfunktionsniveau:

- Komplex Tourettes hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
- Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Komplekse neuropsykiatriske tilstande
- Varetages af Region Midtjylland

Regionsfunktion:

RF Komplex Tourette Syndrom

I alt: 22,5-29,5 time

Funktionens målgruppe:
Funktion: Komplekse diagnostiske tilstande relaterende til Tourettes Syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på hovedfunktionsniveau, eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret (jf. næste side).
Hoveddiagnose: F95.2 Tourettes Syndrom
Bidiagnose: Der vil ofte være komorbiditet til andre udviklingsforstyrrelser, andre psykiske lidelser samt følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser. Der kan være somatisk komorbiditet og komplicerende psykosociale forhold.
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet Tourettes Syndrom er karakteriseret ved kombinerede vokale og multiple motoriske tics.
Kompliceret differential diagnostik: Kompliceret differentialdiagnostik som følge af omfattende komorbiditet. Endvidere kan der være tale om uafklaret diagnostisk tilstand kompliceret af psykosociale vanskeligheder eller behandlingsresistens.
Svær komorbiditet Der vil ofte optræde svær indbyrdes komorbiditet med andre udviklingsforstyrrelser som ADHD, svære eksekutive vanskeligheder, autismspektrumforstyrrelse eller mental retardering, derudover med andre psykiatriske lidelser som f.eks. psykoser, angstlidelser, depression og OCD. Der kan være emotionelle- og adfærdsmæssige forstyrrelser ligesom der kan optræde somatisk lidelse.
Behandlingsresistens: Patienten har ikke responderet tilfredsstillende på tidligere behandlingstiltag i hovedfunktion.
Risikopatienter: Ved høj grad af sårbarhed hos et individ, enten på grund af biologiske/arvelige faktorer eller utilstrækkelige psykosociale omstændigheder i individets opvækst, øges risikoen for at sygdom.
Særlige patientgrupper: • Komplicerede psykosociale forhold, f.eks. omsorgssvigt, sygdom eller misbrug hos forældrene • Svær komorbid OCD, evt. med ADHD/opmærksomhedsforstyrrelser og autismspektrumforstyrrelse, kan komplicere udredning og behandling.
Henvisende instanser samt henvisningskriterier
Henvisende instanser: • Hovedfunktioner • Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere • Børnelæger og andre speciallæger • Praktiserende læger • Kommunale instanser (PPR / forvaltningen)

Henvisningskriterier: • Den psykosociale akse forudsættes vurderet og relevante tiltag iværksat, og evalueret i samarbejde med forældre. • Patienten forudsættes i primærsektoren udredt for differentialdiagnostiske somatiske lidelser og at være behandlet for evt. somatisk lidelse • Tiltag er afprøvet på hovedfunktionsniveau uden tilstrækkelig effekt • Oplysninger og bilag jævnfør henvisningsskema er indhentet og medfølger henvisningen samt underskrevet samtykkeerklæring.
Adskillelse mellem målgruppen på henholdsvis hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau:
På regionsfunktionsniveau er der tale om uafklarede diagnostiske tilstande, trods grundig klinisk udredning, komplicerende differentialdiagnostik, svære ledsagende symptomer eller behandlingsresistens.
Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Anamnese (herunder uddybende familieanamnese) og diagnostiske instrumenter (ADOS, ADI, PSE, K-SADS, DAWBA, CY-BOCS, YGTS, SCID-II) Eventuelt psykologiske undersøgelser Ved behov rekvireres udvidet undersøgelse af bio-psyko-socialakser evt. via liaison /andre specialer Netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere Miljøobservationer Legeobservationer (Evt. inddragelse af tolk, dette gælder for hele behandlingsforløbet)	13,5-18,5 time
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse og evt. Radiologiske undersøgelser (MR/CT-skanning, EEG), Biokemiske undersøgelser. (KRAM og somatisk undersøgelse indgår som en del af udredningen)	1 time
Behandling	I forlængelse af behandling på hovedfunktionsniveau: Evt. indlæggelse Mere omfattende af inddragelse af netværk (familie, forvaltning, skole/PPR mf.) Mere intensive og længerevarende behandlingsforløb.	Fra 5-6 timer til ? (evt indlæggelse)
Psykoedukation	I forlængelse af psykoedukation på hovedfunktionsniveau:	2-3 timer

	evt. intensiveret qua sygdommens sværhedsgrad og sagens kompleksitet.	
Afslutning og evaluering	Jf. Hovedfunktionsniveauet Obligatorisk netværksmøde Større inddragelse af netværk og familie. Tilbagelevering til forældre, barnet/ den unge	2 time
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Tourettes hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt. Varetages i tæt samarbejde med pædiatri. Vedligeholdelsesbehandling kan eventuelt foregå på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionen. Jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri: 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2. Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4. Patienten har svær grad af psykiatrisk komorbiditet.	

Senest opdateret den 31. januar 2017

HSF Komplekse neuropsykiatriske tilstande

"Uafklarede komplicerede diagnostiske tilstande inden for ADHD, autisme, OCD og /eller Tourette-syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau, eller hvor der er psykofarmakologisk behandlingsresistens" Forventet antal nye patienter pr. år: 8 Forventet antal patientforløb pr. år: 37 (Denne volumen er samlet set gældende for ADHD, ASF, OCD og Tourette syndrom)	
Hoveddiagnose	
F95.2	
Diagnostik/ Differentialdiagnostik	
Uafklarede komplekse differentialdiagnostiske problemstillinger som kræver omfattende udredning Patienter med uafklarede komplekse differentialdiagnostiske problemstillinger, som kræver udredning på højt specialiseret niveau.	
Sygdommens sværhedsgrad og funktionspåvirkning	
Svært invaliderende symptomer og /eller manglende behandlingsmotivation som i alvorlig grad vanskeliggør udredning / behandling Patienter med manglende effekt af kognitiv træning/terapi og psykofarmakologisk behandling, enten pga. svær Tourette syndrom og/eller komplicerende komorbiditet og en samtidig udtalt funktionsnedsættelse.	
Behandlingsforløb (fx sygdomsindsigt, behandlingsalliance, tvang)	
Behandlingsresistens, svære bivirkninger eller behov for kompliceret polyfarmaci Patienter med manglende behandlingsmotivation og svært invaliderende Tourette syndrom samt udtalt funktionsnedsættelse og forpinthet. Patienter med behov for længerevarende intensiv specialiseret kognitiv træning/terapi og tæt opfølgning af en højt specialiseret afdeling. Patienter med funktionspåvirkende kompleks komorbiditet, som i væsentlig grad komplicerer psykofarmakologisk behandling og nødvendiggør polyfarmaci, der kræver højt specialiseret ekspertise.	
Komorbiditet	
Omfattende og svært komplicerende komorbiditet som i alvorlig grad komplicerer diagnosticering / behandling Patienter med somatisk eller psykiatrisk komorbiditet, hvor der er behov for intensiv ambulant behandling eller indlæggelse i højt specialiseret regi og samarbejde mellem flere lægefaglige specialer på højt specialiseret niveau. Patienter hvor den somatiske komorbiditet i alvorlig grad hindrer/komplicerer den psykofarmakologiske behandling.	
Somatisk sygdom	
Somatiske forhold, som får væsentlig betydning for udredning behandling Patienter med Tourette syndrom og somatisk komorbiditet, hvor der er behov for tæt samarbejde med højtspecialiserede somatiske afdelinger, og hvor den somatiske komorbiditet i alvorlig grad komplicerer eller hindrer den psykofarmakologiske behandling.	
Misbrug	
Omfattende misbrug som i alvorlig grad vanskeliggør behandling	

Patienter med svært misbrug, der hindrer psykosocial intervention, og hvor påkrævet psykofarmakologisk behandling er uden effekt eller ikke kan iværksættes grundet svært misbrug.
Kognitive forudsætninger
Påvirket kognitivt funktionsniveau som får betydelig indflydelse på diagnosticering og behandling
Ved udredning og behandling af børn og unge med Tourette syndrom og mental retardering med betydelig påvirkning af adfærden og anden komorbiditet, som vanskeliggør behandling af den enkelte tilstand, og hvor der kræves medikamentel behandling med mere end et præparat.
Social funktion og baggrund
Komplicerende sociale og familiemæssige forhold som vanskeliggør diagnosticering og behandling
Patienter med familiemæssige forhold, som i væsentlig grad komplicerer behandlingen. Herunder patienter med forældre som har omfattende misbrug/psykiatriske lidelser, som hindrer psykosocial intervention samt muligheden for medikamentel behandling.
Hvad adskiller behandlingstilbuddet fra enten højere eller lavere specialiseringsniveau
Meget kompleks psykofarmakologisk behandling med polyfarmaci og behov for længere tids opfølgning samt intensiv psykosocial intervention, netværksarbejde, kognitiv adfærdsterapi/psykoterapi.

Spæd- og småbørnspsykiatri (0-3-år inkl.)

Hovedfunktionsniveau:

Varetages ikke på hovedfunktionsniveau

Regionsfunktionsniveau:

- Spæd- og småbørnspsykiatri (0-3-årig inkl.). Omfatter 0-3 årige børn med psykiske forstyrrelser, 0-3 årige børn af psykisk syge forældre samt gravide med svær psykisk sygdom
OBS! Varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau
Varetages af Region Nordjylland i formaliseret samarbejde med Region Midtjylland.

Højt specialiseret niveau:

- Børn (0-5 år med behov for psykofarmakologisk behandling fraset behandling med melatonin
Varetages af Region Midtjylland

Regionsfunktion:

RF Spæd- og småbørnspsykiatri

I alt: 22,5-29,5 time

Funktionens målgruppe:

Funktion:

Spæd- og småbørn 0-3 år (inkl.)

Spæd- og småbørnspsykiatri omfatter:

- 0-3 årige børn med psykiske forstyrrelser
- 0-3 årige børn af psykisk syge forældre
- Gravide med svær psykisk sygdom.

Hoveddiagnose:

Udviklingsforstyrrelser, primært gennemgribende eller generel forstyrrelse af evne til fastholdelse af opmærksomhed med eller uden ledsagende hyperaktivitet.

Bidiagnose:

Der vil ofte ses ledsagende komorbiditet i form af anden udviklingsforstyrrelse, herunder mental retardering samt social funktionsforstyrrelse, emotionelle eller adfærdsmæssige vanskeligheder, spise- og søvnforstyrrelser, ligesom der kan være komplicerende psykosociale forhold og/eller somatisk komorbiditet.

Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet

- Forstyrrelse i socialt samspil og kontakt
- Forstyrrelse/forsinkelse i kognitiv, sproglig og motorisk udvikling
- Forstyrrelse i regulering/bearbejdning af stimuli
- Forstyrrelse i regulering af aktivitet, opmærksomhed, koncentration og impulsivitet
- Spise- og/eller søvnforstyrrelser med/uden påvirkning af fysisk trivsel
- Adfærdsafvigelser - stereotyper, mannerismer, selvmutilerende/udadreagerende, selvstimulerende
- Følelsesmæssige afvigelser – angst og tristhed.

Kompliceret differential diagnostik:

Den differentialdiagnostiske afklaring vil som udgangspunkt, grundet den diagnostiske usikkerhed generelt ved aldersgruppen, kunne være kompliceret.

Differentialdiagnostisk kan være psykisk og/eller somatisk komorbiditet samt forekomst af komplicerende psykosociale faktorer som eksempelvis utilstrækkelige psykosociale rammer, hvor primære omsorgspersoner eksempelvis selv har egne tilgrundliggende udviklingsmæssige, tilknytningsmæssige eller psykiske vanskeligheder, eventuelt tillige misbrug, der kan være med til at vedligeholde et eventuelt symptombillede.

Svær komorbiditet

Der kan optræde indbyrdes komorbiditet mellem alle de beskrevne lidelser under hoved- og bidiagnoser samt med somatiske lidelser.

Somatisk komorbiditet fordrer samarbejde med andre lægelige specialer på højt specialiseret niveau.

Behandlingsresistens:

Behandlingsresistens er ikke relevant, da funktionen udelukkende varetages på regionsfunktionsniveau.

Risikopatienter:

Gravide med svær psykisk sygdom.

Ved behov kan relevante voksenpsykiatriske afdelinger få konsultativ bistand fra børne- og ungdomspsykiatrien.

Særlige patientgrupper:

En særlig patientgruppe er 0-3 årige børn af psykisk syge forældre. Her er der mulighed for, at relevante voksenpsykiatriske, pædiatriske og obstetriske afdelinger kan få konsultativ bistand fra børne- og ungdomspsykiatrien.

En særlig patientgruppe er endvidere 0-3 årige børn med uafklaret neuropædiatrisk komorbiditet eller svære spiseforstyrrelser, hvor der er brug for et parallelforløb i pædiatrisk regi.

Psykiske sygdomme hos spæd- og småbørn er præget af et komplekst samspil mellem neuroregulatoriske og fysiske symptomer, der afhænger af barnets udviklingstrin og forældre-barn relationen.

Særlige udfordringer ses således i udredning og eventuelt behandling af spæd- og småbørn, hvor der er komplicerede psykosociale forhold, f.eks. omsorgssvigt, sygdom eller misbrug hos forældrene, eller hvor der er somatiske komplikationer hos barnet.

Der er endvidere særlige udfordringer i forhold børn, hvor anden etnisk baggrund vanskeliggør udrednings- og behandlingsforløbet (evt. behov for tolkebistand).

Henvisende instanser samt henvisningskriterier

Henvisende instanser:

- PPR/kommunale forvaltninger
- Pædiatere (ansat i sygehusafdeling eller i privat praksis)
- Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere
- Praktiserende læger
- Voksenpsykiatrien (ved behov for konsultativ bistand i forhold til 0-3 årige børn af psykisk syge forældre samt gravide med svær psykisk sygdom).

Henvisningskriterier:

- Mistanke om udviklingsforstyrrelse indenfor det gennemgribende eller hyperkinetiske spektrum
- Forældremyndighedsindehavere samtykker til udredning og eventuelt behandling
- Der er foretaget somatisk udredning samt iværksat relevant behandling af eventuel somatisk lidelse.
- PPR/kommunal skal inden henvisning til børne- og ungdomspsykiatrien sikre, at der er tilstedeværelse af relevante psykosociale rammer. Det er endvidere vigtigt, at der er foretaget afdækning af barnets primære udviklingstrin samt iværksat nødvendig specialpædagogisk indsats, der matcher barnets udviklingstrin.
- Efter iværksættelse af udredning og relevant behandling af psykiatrisk lidelse hos den psykisk syge gravide/ forældre samt sikring af tilstrækkelige psykosociale rammer, kan der efter en konsultativ indsats henvises.

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Anamnese, evt. udvidet (psykosocial baggrund/tilknytning) Semistruktureret diagnostisk interview (ADI) Miljøobservation (evt. under dagindlæggelse) Evt. legeobservation. Psykologisk vurdering af udviklingsalder Evt. suppleret med psykologisk undersøgelse (ADOS, PC-ERA).	13,5-18,5 timer

	Evt. korrespondance med andre involverede specialer.	
KRAM og somatisk undersøgelse	KRAM Lægeundersøgelse	1 time
Behandling	Psykoedukation til forældre/netværk Vejledning vedr. regulationsforstyrrelser. Ved gravide/psykisk syge forældre, vil behandlingen hovedsageligt være af konsultativ art. Netværksmøder til koordineret indsats. Psykoteraeutisk behandling og/ eller forældretræning.	5-6 timer ekskl. psykoteraeutisk behandling eller forældretræning.
Psykoedukation	(jf. ovenstående) Kan evt. varetages i gruppe.	2-3 timer
Afslutning og evaluering	Afsluttes evt. med netværksmøde.	1 time
Kriterier for adskillelse mellem øvrige funktionsniveauer	Funktionen varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau (jf. specialevejledningen). Ved behov for psykofarmakologisk behandling, fraset behandling med melatonin, kan patienter henvises til behandling på højt specialiseret behandling.	

Senest opdateret den 22. februar 2017

Højt specialiseret niveau, Region Midtjylland (Opdateres)

HSF Børn 0-5 år med behov for psykofarmakologisk behandling

"Spæd- og småbørn (0-3 årige) med svære neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseproblemer"
Forventet antal nye patienter pr. år: 35 Forventet antal patientforløb pr. år: 50
Hoveddiagnose
F70-F90, F94.1, F94.8, F94.9 og F98.2
Diagnostik/ Differentialdiagnostik
Uafklarede komplekse differentialdiagnostiske problemstillinger, som kræver omfattende udredning
0-3-årige med meget komplekse neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseforstyrrelser og/eller svær komplicerende psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, eller hvor behandlingen ikke har haft den tilsigtede effekt på regionsfunktionsniveau. Gravide med svær psykisk sygdom og indlæggelse p.g.a. psykisk sygdom indenfor det seneste år.
Sygdommens sværhedsgrad og funktionspåvirkning
Svært invaliderende symptomer og/eller manglende behandlingsmotivation, som i alvorlig grad vanskeliggør udredning/ behandling
0-3-årige med svære neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseforstyrrelser, hvor barnets vanskeligheder i betydelig grad er belastende i forhold til forældrenes sociale og/eller kognitive ressourcer og/eller hvor behandlingen kompliceres af begrænsninger i forældrenes sociale og/eller kognitive ressourcer.
Behandlingsforløb (fx sygdomsindsigt, behandlingsalliance, tvang)
Behandlingsresistens, svære bivirkninger eller behov for kompliceret polyfarmaci
Hvor der har været utilstrækkelig eller manglende respons på behandling i regionsfunktionen. Patienter med manglende compliance, og hvor det ikke har været muligt at etablere en behandlingsalliance Forældre/patienter uden sygdomsindsigt. Patienter med behov for længerevarende intensiv psykoterapi.
Komorbiditet
Omfattende og svært komplicerende komorbiditet, som i alvorlig grad komplicerer diagnosticering/ behandling
V. både svære spiseforstyrrelser og svære regulationsforstyrrelser på flere områder og/eller kromosomfejl, som i alvorlig grad komplicerer diagnosticering/behandling.
Somatisk sygdom
Somatiske forhold, som får væsentlig betydning for udredning/ behandling
Somatisk syge 0-3-årige børn, der har udviklet svære spise- og/eller relations- og tilknytningsforstyrrelser, som følge af den somatiske sygdom, hvor behandlingen ofte skal foregå i et samarbejde med andre lægelige specialer på et højt specialiseret niveau. Svær spiseforstyrrelse med påvirket højde, vægt, hvor det er livstruende, hvis ikke der igangsættes behandling.
Misbrug
Omfattende misbrug, som i alvorlig grad vanskeliggør behandling
V. børn af forældre med svært misbrug, der hindrer psykosocial intervention.

Kognitive forudsætninger
Påvirket kognitivt funktionsniveau som får betydelig indflydelse på diagnosticering og behandling
Hvis både barn og forældre er retarderede, og dette har betydelig indflydelse på diagnosticering og behandling.
Social funktion og baggrund
Komplicerende sociale og familiemæssige forhold som vanskeliggør diagnosticering og behandling
Børn af svært psykisk syge forældre uden sygdomserkendelse, hvor de sociale forhold og de psykiatriske lidelser gensidigt påvirker hinanden, så der er behov for intensivt samarbejde med kommunen eller voksenpsykiatrien.
Hvad adskiller behandlingstilbuddet fra enten højere eller lavere specialiseringsniveau
Tilbuddet omfatter særligt specialiserede udredningsmetoder og instrumenter. Der tilbydes mere kompleks og specialiseret behandling. Meget kompleks og intensiv behandlingsopgave med behov for længere tids opfølgning, intensiv psykosocial intervention og netværksarbejde, ofte i et intensivt samarbejde med sociale myndigheder.

Ungdomsretspsykiatri

Hovedfunktionsniveau:

Varetages ikke på hovedfunktionsniveau

Regionsfunktionsniveau:

- Der er ikke funktion på regionsfunktionsniveau men behandlingen kan i stabil fase varetages på lavere funktionsniveau (end HSF)
Varetages i et formaliseret samarbejde mellem Region Midtjylland og Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Ungdomsretspsykiatrisk funktion, herunder mentalobservationer under indlæggelse og børn og unge med dom til behandling
Varetages af Region Midtjylland

Højt specialiseret funktion, Region Midtjylland: (Opdateres)

HSF Ungdomsretspsykiatrisk funktion

"Ungdomspsykiatrisk funktion vedr. mentalobservationer og dom til behandling under indlæggelse"	
Forventet antal nye patienter pr. år: 20 Forventet antal patientforløb pr. år: 35	
Hoveddiagnose	
Funktionen er ikke defineret ud fra diagnostiske kriterier.	
Diagnostik / Differentialdiagnostik	
Vanskelig diagnostik / svære differentialdiagnostiske problemstillinger	
For patienter med dom til ambulant behandling med mulighed for indlæggelse og patienter med dom til behandling vil indlæggelsen være på højt specialiseret niveau. Varetægtsfængslede i surrogat der har behov for indlæggelse. 15-18 årige hvor der er truffet beslutning om mentalobservation. Mentalobservationer vil hyppigst ske ambulant i den højt specialiserede enhed eller ved afsagt kendelse under indlæggelse ligeledes i den højt specialiserede enhed.	
Sygdommens sværhedsgrad og funktionspåvirkning	
Svære og funktionspåvirkende symptomer som vanskeliggør udredning / behandling	
Målgruppen defineres qua den organisatoriske karakteristik.	
Behandlingsforløb (fx sygdomsindsigt, behandlingsalliance, tvang)	
Utilstrækkelig eller manglende respons på behandling	
Målgruppen defineres qua den organisatoriske karakteristik.	
Komorbiditet	
Komplicerende komorbiditet som vanskeliggør diagnosticering / behandling	
Patientgruppen vil ofte være præget af svære komorbide lidelser, som f.eks. adfærdsforstyrrelser, der stiller krav om høj personalekompetence og flugtsikkerhed.	
Somatisk sygdom	
Somatiske forhold som får væsentlig betydning for udredning / behandling	
Målgruppen defineres qua den organisatoriske karakteristik.	
Misbrug	
Komplicerende misbrug som besværliggør diagnosticering / behandling	
Misbrug vil ofte være en komplicerende faktor for målgruppen.	
Kognitive forudsætninger	
Påvirket kognitivt funktionsniveau som får betydelig indflydelse på diagnosticering og behandling	
Der vil være en overvægt af patienter med kognitiv funktionsnedsættelse og adfærdsforstyrrelser.	
Social funktion og baggrund	

Komplicerende sociale og familiemæssige forhold som vanskeliggør diagnosticering og behandling
Patienterne vil ofte være præget af svære sociale og familiemæssige forhold.
Hvad adskiller behandlingstilbuddet fra enten højere eller lavere specialiseringsniveau
Patienterne har behov for omfattende udredning af den psykiatriske lidelse og komorbide lidelser. Det er patienter, som efter udredning har behov for omfattende behandling af den psykiske lidelse under samtidig hensynstagen til de idømte retsforanstaltninger. Mentalobservationer vil ofte blive udført ambulant, men kan ved afsagt kendelse også foregå under indlæggelse. Patienter, som udskrives fra den højt specialiserede funktion, vil vanligt udskrives til ambulant opfølgning på hovedfunktionsniveau på baggrund af et fortsat behov for psykiatrisk opfølgning samt retslige vilkår.