

Regionsfunktion nr.1

Henvisningskriterier fra HF til RF: Skizofreni hos børn og unge på 12 år og ældre

Generelt

Side 1

Børn og unge med skizofreni hører ikke under HF. Udredning og behandling af skizofreni er for unge under 18 minimum er en regionsfunktion med baggrund i alvoren af det forventede sygdomsforløb og nødvendigheden af specialiseret og opdateret viden. Det vurderes ikke, at man trods stabil fase ved børn og unge kan varetage behandling på HF.

Udredning af skizofreni hos børn og unge på 12 år eller ældre (RF):

- Debuterende psykotisk lidelse: Her kan udredningen varetages på RF niveau og omfatter sv.t. e-dok dokument: 3.1.3.1. Diagnostik og udredning af børn og unge for skizofreni, fællespsykiatrisk retningslinje. Forud for henvisning til regionsfunktionen, skal der være stillet en uspecifik psykose-diagnose.

Regionsfunktion nr. 2

Henvisningskriterier fra HF til RF: "Affektive lidelser, angst og OCD, hvor et/flere kriterier 1-4 er opfyldt

Generelle bemærkninger:

Unipolær depression af lettere grad samt belastningsreaktioner med depressive symptomer behandles initialt i primær sektoren. Ved betydelige psykosociale belastninger forventes disse afhjulpnet i primær sektoren forud for henvisning til børnepsykiatrisk udredning og behandling, undtagen ved alvorlig selvmordsrisiko hvor aflastning fra psykosociale belastninger skal iværksættes i primærsektoren sideløbende med henvisning til psykiatrisk udredning og behandling.

Bipolar lidelse udredes og behandles altid på højt specialiseret niveau.

Kriterier henvisning fra HF til RF vedr. Affektive lidelser

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

- Recidiverende depression trods tidligere effektiv behandling i psykiatrien, henvises til RF ved 2. tilbagefald (3. sygdomsepisode).
- Unge, der reagerer med svær aggression og kan være farlige for andre.
- Forløb hvor den samlede kompleksitet har medført, at forløbet i behandlingsregi har været langvarigt (over 2 år) og uden tilstrækkelig diagnostisk afklaring eller behandlingseffekt.
- Ved alvorlig suicidalrisiko må behov for indlæggelse på hovedfunktionsniveau overvejes frem for henvisning til RF.

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udred-

ning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

Klinisk udredning på hovedfunktion skal som udgangspunkt indbefatte omfattende udredning og dokumentation af

- Anamnese
- Diagnostisk interview (f.eks. PSE/K-SADS)
- Somatisk undersøgelse incl. stillingtagen til evt. parakliniske undersøgelser
- Vurdering af behovet for kognitiv undersøgelse
- Undersøgelser vedrørende mistænkt komorbiditet (f.eks. ADOS undersøgelse ved mistanke om autismespektrumforstyrrelse eller opmærksomhedstest ved mistanke om ADHD).
- Overveje behov for, at undersøgelserne strækker sig over flere sessioner pga. de depressive symptomer og behov for kontaktetablering. Dette medfører ikke i sig selv behov for henvisning til regionsfunktion.

Det skal af henvisningen fremgå, om man har overvejet indlæggelse på hovedfunktionsniveau inden henvisning til regionsfunktion, for at se, om patienten "retter sig", efter at være blevet taget ud af det vante miljø (familie/skole).

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

1. Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg med psykoterapi (individuel eller i gruppe) hvor der ikke er begyndende effekt efter forsøg over mindst 8 sessioner (eller hvis pt. efter forsøg på psykoterapi vurderes ikke at kunne indgå i terapi, mindst 5- 8 sessioner hvor behandlingen rettes imod forældrene eller anden primær omsorgsperson) eller utilstrækkelig effekt efter 10-12 sessioner.
2. Mindst et behandlingsforløb inddragende medikamentel behandling i anbefalet dosering og sideløbende støttende/terapeutiske samtaler. Ét behandlingsforsøg omfatter præparatskift ved bivirkninger eller manglende effekt.

Behandling med Psykoterapi og medikamentel behandling under indlæggelse, hvor der yderligere er givet miljøterapeutisk behandling betragtes som to behandlingsforsøg.

Indledende psykoedukation om depression til forældre og barnet/den unge samt psykosocial aflastning kan ikke betragtes som et behandlingsforløb.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

- Ved komorbid ADHD, anorexia nervosa/bulimia nervosa eller psykose skal disse tilstande behandles før der kan træffes beslutning om at henvise til behandling af depression på RF på baggrund af komorbiditet.

Der henvises til RF ved:

- svær MR som vanskeliggør samtale behandling, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. MR ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med SSRI har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.

- ASD som vanskeliggør samtale behandling, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. ASD ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med SSRI har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.
- væsentlig komorbiditet i form af svær angst, OCD, adfærdsforstyrrelse, ADHD, spiseforstyrrelse eller psykose hvor funktionsniveauet er svært påvirket og hvor behandling af den enkelte lidelse hver for sig ikke har haft tilstrækkelig effekt.

Kriterier henvisning fra HF til RF vedr. Angst

Angst behandles alene i B&U psykiatrien (HF) hvis der er tale om betydelig funktionsnedsættelse (omfattende skolevægring, svær forpinthed) eller hvis relevant behandling i primærsektoren (terapeutisk forløb + psykosocial støtte) ikke har haft effekt. Forud for henvisning forudsættes væsentlige psykosociale belastninger afhjulpet (f.eks. skoleplacering, forældrekonflikter, mobning, relevant støtte for evt. kognitive vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser (ASD, ADHD)).

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

- Recidiverende angst trods effektiv behandling i psykiatrien, henvises til RF ved 2. tilbagefald (3. sygdomsepisode).
- Yderst sjældent relevant at henvise til RF alene pga. den samlede sværhedsgrad af sygdommen, udover de tilfælde som er beskrevet i punkt 2, 3 og 4.

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

Angstlidelser er som regel ikke vanskelige at diagnosticere, og diagnostisk uafklaret angst vil sjældent i sig selv give anledning til at henvise til RF. Klinisk udredning på hovedfunktionsniveau skal som hovedregel indbefatte omfattende udredning og dokumentation af:

- a. Bred børne- og ungdomspsykiatrisk anamnese
- b. Afklaring af det kognitive niveau
- c. Og hvis der er tale om flere angstlidelser: klinisk diagnostisk interview (ikke forældre-rapportering online) f.eks. PSE, K-SADS, ADIS eller DAWBA interview med barn og/eller forældre (følger de kliniske retningslinjer)

Der kan primært hos præpubertetsbørn opstå en diagnostisk tvivl i fht. årsagen til angstens sværhedsgrad, hvor der kan være tale om nedsat evne hos forældrene til at håndtere barnets angst. Hvis der er mistanke om, at nedsat forældreevne/overskud er medvirkende årsag til angsten, skal udredning under indlæggelse have været forsøgt, forud for henvisning til RF, eller det skal tydeliggøres hvorfor indlæggelse ikke er relevant.

Diagnostisk uafklaret komorbiditet, herunder ASD, MR, psykose eller depression kan give anledning til at henvise til RF, hvis patient efter grundig klinisk udredning af såvel angst som den mistænkte komorbiditet fortsat er diagnostisk uafklaret. Grundig klinisk udredning vil afhænge af den mistænkte komorbiditet, og relevante ekspertise vedrørende denne udredning skal inddrages. Observation under indlæggelse i hovedfunktion skal have været overvejet og gennemført med mindre væsentlige forhold taler imod indlæggelse.

og/eller

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

1. Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg med KAT (individuel eller i gruppe) hvor der ikke er begyndende effekt efter forsøg over mindst 8 sessioner (eller hvis pt. efter forsøg på KAT vurderes ikke at kunne indgå i terapi, mindst 5- 8 sessioner hvor behandlingen rettes imod forældrene eller anden primær omsorgsperson) eller utilstrækkelig effekt efter 10-12 sessioner.

og

2. Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg hvor man på baggrund af den konkrete sag (erfaringerne fra første behandlingsforsøg, komorbiditet, belastninger, familiedynamik o.a.) kan overveje KAT individuelt (hvis første behandlingsforsøg var i gruppe), SSRI + støttende/terapeutiske samtaler, anden terapiform eller miljøterapi under indlæggelse. Hvis andet behandlingsforsøg er et terapeutisk behandlingsforsøg, kan man supplere denne behandling med SSRI, uden at dette nødvendigvis medfører henvisning til RF.

Behandling med KAT eller SSRI under indlæggelse, hvor der yderligere er givet miljøterapeutisk behandling betragtes som to behandlingsforsøg.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

- Ved komorbid svær depression, anorexia nervosa/bulimia nervosa, ADHD eller psykose skal disse tilstande behandles før der kan træffes beslutning om at henvise til behandling af angst på RF. Det vil oftest være sværhedsgraden af den komorbide tilstand, der tilsiger behandling på RF jf. kriterierne for disse.

Der henvises til RF ved:

- Svær MR som vanskeliggør behandling med KAT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. MR ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med SSRI har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.
- ASD som vanskeliggør behandling med KAT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. ASD ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med SSRI har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.

Kriterier henvisning fra HF til RF vedr. OCD

OCD behandles alene i B&U psykiatrien (HF) hvis der er tale om OCD af moderat til svær grad omfattende betydelig funktionsnedsættelse (fx omfattende skolevægring, betydelig forpinthed, omfattende påvirkning af den sociale funktion) eller hvis relevant behandling i primærsektoren (terapeutisk forløb + psykosocial støtte) ikke har haft effekt. Forud for henvisning forudsættes væsentlige psykosociale belastninger forsøgt afhjulpnet (f.eks. skoleplacering, forældrekonflikter, mobning, relevant støtte for evt. kognitive vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser (ASD, ADHD)).

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

- Recidiverende OCD trods effektiv behandling i psykiatrien, henvises til RF ved 2. tilbagefald (3. sygdomsepisode).

Side 4

Det er yderst sjældent relevant at henvise til RF alene pga. den samlede sværhedsgrad af sygdommen, udover de tilfælde som er beskrevet i punkt 2, 3 og 4.

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

OCD er som regel ikke vanskelig at diagnosticere. OCD vil sjældent i sig selv give anledning til at henvise til RF. Ved diagnostisk uafklaret tilstand skal grundig klinisk udredning på hovedfunktionsniveau indbefatte omfattende udredning og dokumentation af:

- Bred børne- og ungdomspsykiatrisk anamnese
- Afklaring af det kognitive niveau
- klinisk diagnostisk interview (K-SADS, ADIS, DAWBA eller PSE)
- indhentning af oplysninger fra øvrigt netværk samt på baggrund af disse faglige vurderinger og de diagnostiske overvejelser, der fremkommer herved – supplere med specifikke spørgeskemaer f.eks. vedr. opmærksomhedsvanskeligheder, social funktion mv. (følger de kliniske retningslinjer)

Der kan primært hos præpubertetsbørn opstå en diagnostisk tvivl i fht. årsagen til OCD` s sværhedsgrad, hvor der kan være tale om nedsat evne hos forældrene til at håndtere barnets OCD symptomer og angst. Hvis der er mistanke om, at nedsat forældreevne/overskud er medvirkende årsag til OCD, skal udredning under indlæggelse have været forsøgt, forud for henvisning til RF, eller det skal tydeliggøres hvorfor indlæggelse ikke er relevant.

Diagnostisk uafklaret komorbiditet, herunder ASD, MR, psykose eller depression kan give anledning til at henvise til RF, hvis patient efter grundig klinisk udredning af såvel OCD som den mistænkte komorbiditet fortsat er diagnostisk uafklaret. Grundig klinisk udredning vil afhænge af den mistænkte komorbiditet, og relevante ekspertise vedrørende denne udredning skal inddrages. Observation under indlæggelse i hovedfunktion skal have været overvejet og gennemført med mindre væsentlige forhold taler imod indlæggelse.

og/eller

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

1. Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg med KAT (individuelt eller i gruppe) hvor der ikke er begyndende effekt efter forsøg over mindst 8 sessioner (eller hvis pt. efter forsøg på KAT vurderes ikke at kunne indgå i terapi, mindst 5- 8 sessioner hvor behandlingen rettes imod forældrene eller anden primær omsorgsperson) eller utilstrækkelig effekt efter 10-12 sessioner.

og

2. Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg hvor man på baggrund af den konkrete sag (erfaringerne fra første behandlingsforsøg, komorbiditet, belastninger, familiedynamik o.a.) kan overveje KAT individuelt (hvis første behandlingsforsøg var i gruppe), SSRI + støttende/terapeutiske samtaler, anden terapiform eller miljøterapi under indlæggelse. Hvis andet behandlingsforsøg er et terapeutisk behandlingsforsøg, kan man supplere denne behandling med SSRI, uden at dette nødvendigvis medfører henvisning til RF.

Behandling med augmentationsbehandling foregår på RF.

Side 5

Behandling med KAT eller SSRI under indlæggelse, hvor der yderligere er givet miljøterapeutisk behandling betragtes som to behandlingsforsøg.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

Ved komorbid svær depression, anorexia nervosa/bulimia nervosa, ADHD eller psykose skal disse tilstande behandles før der kan træffes beslutning om at henvise til behandling af angst på RF. Det vil oftest være sværhedsgraden af den komorbide tilstand, der tilsiger behandling på RF jf. kriterierne for disse.

Der henvises til RF ved:

- Svær MR som vanskeliggør behandling med KAT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. MR ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med SSRI har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.
- ASD som vanskeliggør behandling med KAT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. ASD ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med SSRI har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.

Regionsfunktion nr. 3

Henvisningskriterier fra HF til RF: "Psykiatriske tilstande med komplicerede mental retardering, hvor udredning og/eller behandling er særlig vanskelig f.eks. pga. adfærdsproblemer eller kommunikative vanskeligheder

Side 1

Udredning

Når der pga. retarderingsgrad:

- ikke kan opnås en tilstrækkelig sikker diagnostik ved gængse undersøgelsesmetoder for aldersgruppen (eks. ADOS, kognitive tests som WISC/WPPSI) og vurdering af funktionsniveau målt ved ABAS (Adaptive Behavior Assessment System, 5 spørgeskemaer til belysning af adaptiv adfærd/ tilpasningsfærdigheder)
- eller hvor undersøgelse ikke er gennemførlig
- eller hvor der er betydende somatisk komorbiditet, der komplicerer det diagnostiske billede.
- Somatisk komorbiditet kan f.eks. være:
 - Syndromer - eks. Prader Villi, Fragilt - X, tuberøs sclerose, 22q11, Downs syndrom
 - Epilepsi
 - Encefalit
 - Somatiske tilstande som hjertelidelser, stofskiftelidelser, autoimmune tilstande, trivsels- og spiseforstyrrelser GI - lidelser, sansedefekter- blindhed, døvhed eller sværere grader af syns- og hørehandicaps.
- Beslutning om viderehenvisning skal træffes på konference.

Ovenstående vil ofte være tilfældet når retarderingsgraden/ funktionsniveauet målt med ABAS ligger i området moderat til svær mental retardering.

Behandling

Patienter med psykiatriske tilstande med mental retardering henvises til RF når:

- der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter gængs praksis på regionsfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt
- somatisk komorbiditet komplicerer behandlingen eller når behandling for somatisk lidelse komplicerer en børne- og ungdomspsykiatrisk medikamentel behandling.
-
- Somatisk komorbiditet kan f.eks. være:
 - Syndromer - eks. Prader Willi, Fragilt - X, tuberøs sclerose, 22q11, Downs syndrom
 - Epilepsi
 - Encefalit
 - Somatiske tilstande som hjertelidelser, stofskiftelidelser, autoimmune tilstande, trivsels- og spiseforstyrrelser GI - lidelser, sansede defekter- blindhed, døvhed eller sværere grader af syns- og hørehandicaps.
- Når der på psykiatrisk indikation skal benyttes præparater, der ligger udenfor gængs børne- og ungdomspsykiatrisk behandling (f.eks. antiepileptika for adfærdsvanskeligheder og emotionelle svingninger, CS behandling udover for ADHD/ ADD)
- Ved behov for en mere specialiseret viden i forhold til den nonfarmakologiske behandling af børn hvor retarderingsgraden/ funktionsniveauet målt med ABAS ligger i området moderat til svær mental retardering og der er komplicerende psykiatrisk komorbiditet.
- Supplerende til ovenstående vil der under de specifikke diagnosegrupper være angivelse af hvornår en patient med en given diagnose i kombination med MR henvises til regionsfunktion mhp. behandling.
- Patienten kan tilbagevisiteres til HF, når behandlingen er stabil og tåles godt af patienten.

Regionsfunktion nr. 4



Henvisekriterier fra HF til RF vedr. regionsfunktionen: "Komplekse neuropsykiatriske tilstande inden for ADHD, autismespektrumforstyrrelse og Tourettes syndrom, hvor et/flere af ovenstående kriterier 1-4 er opfyldt

Dato: 08.03.2017

Henvisekriterier vedr. ADHD

Side 1

ADHD behandles alene i B & U psykiatrien (HF), hvis der er tale om ADHD af moderat til svær grad omfattende betydelig funktionsnedsættelse, og indsats/relevant behandling i primærsektoren ikke har haft tilstrækkelig effekt.

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

Det er kun yderst sjældent relevant at henvise til RF alene pga. den samlede sværhedsgrad af sygdommen, udover de tilfælde som er beskrevet i punkt 2,3 og 4, samt udredning af børn under 4 år.

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

- ADHD er sjældent svær at udrede på HF. Der kan være tilfælde med komplicerende somatisk lidelse (fx svær epilepsi, neurologisk/ neurokirurgiske tilstande), hvor det er ønskeligt med særlig udredning for opmærksomhedsforstyrrelse.
- Diagnostisk uafklaret komorbiditet som OCD, Tourette, ASD, MR, depression, psykose, angst, adfærdsforstyrrelse, kan give anledning til udredning på RF, såfremt patienten efter grundig klinisk udredning på HF fortsat er uafklaret.

og/eller

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

lingseffekt

1. Der har været afprøvet minimum tre forskellige præparater godkendt til ADHD behandling, fx methylphenidat i relevant dosering og afprøvning, samt enten elvanse, attentin eller strattera uden tilstrækkelig effekt, ligesom det forudsættes at relevant nonfarmakologisk behandling er foretaget.
2. Flerstofsbehandling, fx antipsykotika/ antidepressiva og ADHD medicin (minimum 3 psykiatriske præparater), samt evt. medicin mod somatisk lidelse. Dog tæller melatonin ikke med. Somatisk behandling, som komplicerer den psykofarmakologiske behandling.

og/eller

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

Ved komorbid svær depression, anorexia nervosa/ bulimia nervosa, eller psykoser vil disse tilstande skulle behandles før der kan træffes beslutning om at henvise til behandling af ADHD på regionsfunktion. Det vil ofte være sværhedsgraden af den comorbide tilstand, der tilsiger behandling på regionsfunktion, jf kriterierne for disse.

Der kan overvejes henvisning på regionsfunktion, ved svær mental retardering/svær ASD, kombineret med ADHD, hvor pædagogiske og medicinske tiltag ikke har været tilstrækkelige, og hvor indlæggelse har været overvejet eller effektueret.

Henvisningskriterier vedr. Autismespektrumforstyrrelse

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

- Ved komplicerende somatiske tilstande, som epilepsi, syndromer, som vanskeliggør udredning med gængse metoder.
- Børn og unge med alvorlig syns- og hørenedsættelse i moderat til svær grad
- Udredning af børn under 4 år.

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

Følgende skal være dokumenteret udført:

- naturalistisk observation (småbørn, skolebørn]
 - samtale med patient (unge)
 - anamnese
 - ADOS
 - psykologisk undersøgelse
 - psykiatrisk lægeundersøgelse
-
- Patienter henvises til RF når der ikke kan opnås en tilstrækkelig sikker diagnostik/differentialdiagnostik ved udredning med ved gængse undersøgelsesmetoder for aldersgruppen, jævnfør BUP-DK's nationale retningslinjer
 - eller hvor undersøgelse ikke er gennemførlig.

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

Gængs praksis svarer til beskrivelsen i den national kliniske retningslinje fra det Børne- og Ungdomspsykiatriske Selskab i Danmark.

Henvi sning til regionsfunktion mhp. behandling vil kunne være indiceret pga:

- sværhedsgraden af de autistiske vanskeligheder, f.eks. resulterende i skolevægren eller social isolation, som kræver specialiseret viden i forhold til nonfarmakologisk behandling.
- komplikation af behandlingen af den komorbide psykiatriske tilstand betinget af ASF Der er begrænset evidens for medikamentel behandling af autistiske kernesymptomer. Henvi sning til RF mhp. medikamentel behandling kommer således primært på tale der hvor kombinationen af ASF og komorbid psykiatrisk sygdom udgør en særlig problemstilling i forhold til indikation og valg af præparat, hvor der er utilstrækkelig effekt af den medikamentelle behandling eller hvor somatiske tilstande komplicerer behandlingen.
- adfærdsforstyrrelser hvor der ikke har været tilstrækkelig effekt af nonfarmkologisk indsats, herunder også patienter med alvorlig selvdestruktiv adfærd.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

- Ofte sværhedsgraden af den komorbide tilstand der nødvendiggør behandling på RF, jf. kriterierne ovenfor. Ofte vil det imidlertid være en forudsætning for effekt af behandlingen af den komorbide tilstand at ASF er diagnosticeret og at der er iværksat behandling herfor.
- Det skal være dokumenteret, at man har forsøgt gængs behandling af psykiatrisk komorbiditet.
- ASF og kriminalitet og ASF og misbrug.

Tourette Syndrom

TS behandles alene i B&U psykiatrien (HF) hvis der er tale om TS af moderat til svær grad omfattende betydelig funktionsnedsættelse (fx skolevægning, forpinthed, påvirkning af den sociale funktion, somatiske symptomer) og/eller hvis relevant behandling i primærsektoren (terapeutisk forløb + psykosocial støtte) ikke har haft effekt. Forud for henvi sning forudsættes væsentlige psykosociale belastninger forsøgt afhjulpnet (f.eks. skoleplacering, forældrekonflikter, mobning, relevant støtte for evt. kognitive vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser (ASD, ADHD)).

- Ift. småbørn under 7 år henvises ptt.'er til småbørnsafsnittet også med lettere og moderat sværhedsgrad. Dette mhp. forebyggelse.

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

- Vurdering af sygdomsgrad ved det semistrukturerede interview YGTSS (YALE)

- Recidiverende svære tics trods effektiv behandling i psykiatrien, henvises til RF ved 2. tilbagefald (3. sygdomsperiode). Ift. 3. sygdomsperiode er det tvingende nødvendigt med en belastningsvurdering.
- Det er kun yderst sjældent relevant at henvide til RF alene pga. den samlede sværhedsgrad af sygdommen, udover de tilfælde som er beskrevet i punkt 2, 3 og 4.

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

TS er som regel ikke vanskelig at diagnosticere. TS vil sjældent i sig selv give anledning til at henvide til RF.

- Grundig klinisk udredning på hovedfunktionsniveau skal indbefatte afklaring af det kognitive niveau, samt oftest også klinisk diagnostisk interview (ikke forælderreportering online) med f.eks. K-SADS, eller DAWBA interview med barn og/eller forældre og evt. PSE til at afklare komorbiditet.
- Der kan være ganske få tilfælde med komplicerende somatisk lidelse (fx svær epilepsi, neurologisk/neurokirurgiske tilstande), hvor der er indikation for særlig diagnostisk udredning for TS.
- Hvis der er mistanke om, at nedsat forældreevne/overskud er medvirkende årsag til vedligeholdelse af TS symptomerne, skal udredning under indlæggelse have været forsøgt, forud for henvisning til RF, eller det skal tydeliggøres hvorfor indlæggelse ikke er relevant.
- Diagnostisk uafklaret komorbiditet, herunder ASD, MR, psykose eller depression kan give anledning til at henvide til RF, hvis patient efter grundig klinisk udredning af såvel TS som den mistænkte komorbiditet fortsat er diagnostisk uafklaret.
- Observation under indlæggelse i hovedfunktion skal have været overvejet og gennemført med mindre væsentlige forhold taler imod indlæggelse.

og/eller

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

1. Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg med ERP/HRT og mindst ét mere (individuel eller i gruppe) hvor der ikke er begyndende effekt efter forsøg over mindst 8 sessioner (eller hvis pt. efter forsøg på ERP/HRT vurderes ikke at kunne indgå i terapi, mindst 5- 8 sessioner hvor behandlingen rettes imod forældrene eller anden primær omsorgsperson) eller utilstrækkelig effekt efter 10-12 sessioner. I behandlingen skal der indgå forældrevejledning/undervisning herunder ifht forværende og vedligeholdende faktorer

og

2. Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg hvor man på baggrund af den konkrete sag (erfaringerne fra første behandlingsforsøg, komorbiditet, belastninger, familiedynamik o.a.) kan overveje ERP/HRT individuelt (hvis første behandlingsforsøg var i gruppe), supplerende medikamentel behandling + støttende/terapeutiske samtaler, anden terapiform eller miljøterapi under indlæggelse. Hvis andet behandlingsforsøg er et terapeutisk be-

handlingsforsøg, kan man supplere denne behandling med medicin (mere specifikt? Fx antipsykotika og clonidin?), uden at dette nødvendigvis medfører henvisning til RF.

Motivation hos unge skal være til stede for at opnå behandlingseffekt.
Behandling med flerstofsterapi og behandling med nitoman foregår på RF.

Behandling med KAT eller medicin under indlæggelse, hvor der yderligere er givet miljøterapeutisk behandling betragtes som to behandlingsforsøg.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

Ved komorbid svær depression, anorexia nervosa/bulimia nervosa, ADHD eller psykose vil disse tilstande skulle behandles før der kan træffes beslutning om at henvise til behandling af TS på RF. Det vil oftest være sværhedsgraden af den komorbide tilstand, der tilsiger behandling på RF jf. kriterierne for disse.

- Der henvises til RF ved svær MR som vanskeliggør behandling med ERP/HRT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. MR ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med medicin har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.
- Der henvises til RF ved ASD som vanskeliggør behandling med ERP/HRT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. ASD ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med medicin har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.

Regionsfunktion nr.5

Henvisningskriterier fra HF til RF: Spiseforstyrrelser hos patienter på 12 år og ældre, hvor et/flere af ovenstående kriterier 1-4 er opfyldt, herunder ved manglende bedring i løbet af et par måneder under behandling på hovedfunktionsniveau.

Dato: 08.03.2017

Gængs praksis svarer i nedenstående til retningslinjerne udstukket af i Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark.

Side 1

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

Meget hurtigt og meget stort vægttab med fx svær hypokaliæmi kombineret med EKG-forandringer, lavt fosfat i forbindelse med opstart af reernæring, alvorlige svære somatiske komplikationer og særdeles udtalt kompenserende adfærd som fx intensiv tvangsmotivon, massive provokerede opkastninger og/eller misbrug af laksantia/diuretika og helt manglende sygdomsindsigt og behandlingsmotivation.

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

Ved ptt. med mistanke om de mest almindelige alvorlige komorbide lidelser knyttet til spiseforstyrrelser: fx autismespektrumforstyrrelse, svær depression eller svær personlighedsforstyrrelse, kan samtidig udredning på andre afsnit være nødvendigt.

Ved såvel alvorlig anoreksi som alvorlig komorbid lidelse kan samtidig eller skiftevis behandling for spiseforstyrrelsen og fx depression eller personlighedsforstyrrelse være nødvendig. Jf gældende kliniske retningslinjer.

og/eller

3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforløb efter

gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt

Dette kriterium er i de specielle bemærkninger til spiseforstyrrelser skærpet således, at der kun skal have været gennemført ét behandlingsforløb.

Ved et behandlingsforløb forstås et FBT forløb (Family-Based Treatment) med 15 – 20 manualiserede sessioner eller tilsvarende ambulant behandling.

- Et behandlingsforløb med utilstrækkelig behandlingsforløb svarer i praksis til manglende bedring i løbet af et par måneder.
- Det er et generelt princip, at patienter, der henvises fra HF (hovedfunktion) til RF (regionfunktion)niveau som minimum bør være set af en læge.

og/eller

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

Der skal tages stilling til hvilken lidelse, der er den primære eller dominerende og også hvad der er aktionsdiagnose. Afgivende afsnit/afdeling skal konkret angive begrundelse for, hvad der er "grund-morbus" og aktions-diagnose, og herunder begrunde hvilken af disse, som det aktuelt er mest fagligt relevant at tage udgangspunkt i mht. diagnostik og behandling.

Alvorlig spiseforstyrrelsen kan være komorbid til fx svær Skizofreni eller alvorlig svær depression, og sådanne patienter skal behandles i regionsfunktion eller højt specialiseret funktion for disse lidelser og anoreksibehandlingen skal varetages under hensyn til fremgang i den primære behandling. Modsat kan der fx være komorbid OCD, personlighedsforstyrrelse eller lignende, som fordrer overgang fra hovedfunktion til regionsfunktion.

Regionsfunktion nr. 6

Henvisningskriterier fra HF til RF: Spæd- og småbørnspsykiatri 0-3 år (inkl.). Spæd- og småbørnspsykiatri omfatter 0-3 årige børn med psykiske forstyrrelse, 0-3 årige børn af psykisk syge forældre samt gravide med svær psykisk sygdom (med henblik på forberedelse af behandlingsalliance)

Regionsfunktionen omfatter følgende grupper:

1. De 0-3 årige børn med psykiske forstyrrelser (angstlidelser, belastnings- og tilpasningsreaktioner, spiseforstyrrelser, adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser omfattende ADHD, tilknytningsforstyrrelser og udviklingsforstyrrelser, herunder autisme spektrum forstyrrelser)
2. De 0-3 årige børn af psykisk syge forældre, uanset om det er far eller mor. Den psykiske sygdom skal være med aktuelle symptomer.
3. Gravide med svær psykisk sygdom: alle gravide med skizofreni og bipolar lidelse. Derudover gravide med moderat til svær depression, personlighedsforstyrrelse, behandlingskrævende spiseforstyrrelse, moderat til svær udviklingsforstyrrelse og autisme spektrum forstyrrelser samt gravide med moderat til svær angst.

Regionsfunktion nr.7

Henvisningskriterier fra HF til RF: "Somatoforme tilstande, hvor et/flere af ovenstående kriterier 1-4 er opfyldt.

Dato: 08.03.2017

Somatoforme tilstande behandles alene i B&U psykiatrien (HF) hvis der er tale om svære symptomer med betydelig funktionsnedsættelse (omfattende skolevægring, svær forpinthed) eller symptomer omfattende flere organsystemer. Eksempelvist belastningsudløst hovedpine og mavepine forventes behandlet i primærsektoren eller i pædiatrisk/somatisk regi.

Forud for henvisning forudsættes væsentlige psykosociale belastninger afhjulpnet (f.eks. skoleplacering, forældrekonflikter, mobning, relevant støtte for evt. kognitive vanskeligheder og udviklingsforstyrrelser (ASD, ADHD)).

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

Svære somatoforme symptomer som giver anledning til at henvise til RF kan indbefatte:

- hyppige funktionelle krampetilfælde
- omfattende funktionelle lammelser eller blindhed
- svær funktionel lidelse af multiorgan type (symptomer fra mindst 3 organsystemer og svær funktionspåvirkning).

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

Grundig klinisk udredning indbefatter i psykiatrisk regi:

- en vurdering med stillingtagen til det samlede (somatiske og psykiatriske) symptom billede
- vurdering af det kognitive niveau samt vurdering ved speciallæge med klinisk eller struktureret diagnostisk interview (f.eks. PSE) vedrørende såvel somatiske som psykiatriske symptomer.
- Desuden indbefatter grundig klinisk udredning en vurdering i somatisk regi i fht. somatisk forklaring på de somatiske symptomer.

og/eller

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

- Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg skal indbefatte KAT (individuel eller i gruppe) over mindst 5-8 sessioner (eller hvis pt. efter forsøg på KAT vurderes ikke at kunne indgå i terapi, mindst 5- 8 sessioner hvor behandlingen rettes imod forældrene eller anden primær omsorgsperson) eller utilstrækkelig effekt efter 10-12 sessioner. Behandling med ACT/mindfulness betragtes som et behandlingsforsøg med KAT (3. bølge).
- Mindst ét behandlingsforsøg skal være gennemført på hovedfunktionsniveau i børne- og ungdomspsykiatrisk regi.

Behandling under indlæggelse i Børne- og Ungdomspsykiatrisk regi med kombination af miljø-terapeutisk, fysioterapeutisk og psykoterapeutisk behandling betragtes som **to** behandlingsforsøg.

og/eller

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

F.eks. psykose, svær depression, infantil autisme eller MR hvor disse tilstande efter optimal behandling fortsat komplicerer behandlingen af de somatoforme symptomer.

Højtspecialiseret funktion nr. 8

Henvisningskriterier fra RF til HSF: "Skizofreni hos børn på 4-11 år samt skizofreni hos børn på 12 år og ældre, hvor et/flere af ovenstående kriterier 1-4 er opfyldt"

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

- Mistanke om skizoaffektiv lidelse
- Unge med skizofreni, der er gravide eller ønsker graviditet.
- Somatisk lidelse, der kan komplicere den medikamentelle behandling og som kræver et tæt samarbejde med somatikken

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

- Der skal være foretaget PSE/K-SADS
- Der skal være foretaget kognitiv test
- Der skal være foretaget semistruktureret interview
- Diagnostisk afklaring under døgnindlæggelse

og/eller

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

Gængs praksis bygger på følgende:

- a) [Diagnostik og udredning af børn og unge for skizofreni, fællespsykiatrisk retningslinie 3.1.3.1](#)
- b) [Behandling af børn og unge med skizofreni, fællespsykiatrisk retningslinie 3.1.3.2](#)

- Et behandlingsforløb svarer til afprøvning af 1 førstevalgspræparat (risperdal, quetiapin, abilify), hvor der er afprøvet max. dosis i minimum 2 måneder, hvor evt ophør grundet bivirkninger ikke tæller som et afprøvet behandlingsforløb.
- Iværksat relevant social intervention på arbejde, fritid, botilbud/hjemmet.
- Der skal foreligge serumværdi(er) af antipsykotika

og/eller

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

- Komplicerende komorbid lidelse som autisme, ADHD, svære personlighedsforstyrrelser, affektive lidelser, mental retardering, svær OCD, misbrug, som har interferens med udredning eller behandling af grundlidelsen. Skal være forsøgt udredt, jævnfør gængs praksis/udredningspakker for de enkelte lidelser.
- Der skal tages stilling til hvilken lidelse, der er den primære eller dominerende og hvad der er aktionsdiagnosen. Afgivende afsnit/afdeling skal konkret angive begrundelse for, hvad der er "grund-morbus" og aktions-diagnose, og herunder begrunde hvilken af disse, som det aktuelt er mest fagligt relevant at tage udgangspunkt i mht. diagnostik og behandling.

Højtspecialiseret funktion nr. 9

Henvisningskriterier fra RF til HSF: "Bipolar tilstande og patienter med behov for ECT-behandling, samt depressive tilstande, hvor et/flere af ovenstående kriterier 1-4 er opfyldt"

Gængs praksis svarer til beskrivelsen i den national kliniske retningslinje fra det børne- og ungdomspsykiatriske selskab i Danmark.

Side 1

Henvisningskriterier Bipolare tilstande

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

- Debuterende bipolar lidelse er HSF.
- Udredning og behandlingsopstart med stemningsstabiliserende behandling (lithium, antipsykotikum, antiepileptikum).
- Behov for ECT behandling er HSF.
- Unge med bipolar lidelse, som er gravide.
- Somatisk lidelse, der kan komplicere den medikamentelle behandling.

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

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

- Kompliceret bipolar lidelse med hyppige indlæggelser trods relevant behandling samt blandingstilstande (rapid cykling).

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet

Komplicerende misbrug og andet psykiatrisk komorbiditet som autisme, ADHD, mental retardering, svær OCD.

Henvisningskriterier Depressive tilstande

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

Patienter med svær depression vurderet ud fra ICD10 kriterier f.eks. ved brug af PSE (semi-struktureret interview), som er til stede og påvirker patientens funktionsniveau i løbet af døgnet og på tværs af kontekster (dvs. skole/hjem/fritid), og forpintheden er objektiv registrerbar

og/eller

2. Patienten er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning på regionsfunktionsniveau vha. f.eks. PSE-semistruktureret interview eller Hamilton-score . Patienter, der er diagnostisk uafklaret, henvises til den højt specialiserede funktion, som bedst kan dække over patientens symptomer

Ved mistanke om skizo affektiv lidelse og depression med svær psykose, hvor der er første-rangssymptomer.

og/eller

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

Meget udfordrende samarbejde med patienten eller netværket.

Ikke effekt af KAT eller anden samtalerapeutisk behandling, medikamentel behandling efter afprøvning af:

- to stoffer,
- præparatskift
- øget dosering
- og der er gået 5-6 måneder i henhold til kliniske retningslinjer.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet

- Ved svær ADHD, mental retardering, autisme, angst, psykose, anorexi og/eller OCD.
- Der skal tages stilling til hvilken lidelse, der er den primære eller dominerende og hvad der er aktionsdiagnosen. Afgivende afsnit/afdeling skal konkret angive begrundelse for, hvad der er "grund-morbus" og aktionsdiagnose, og herunder begrunde hvilken af disse, som det aktuelt er mest fagligt relevant at tage udgangspunkt i med hensyn til diagnostik og behandling.

Højtspecialiseret funktion nr.10

Henvisekriterier fra RF til HSF: "Komplekse neuro-psykiatriske tilstande , hvor et/ eller flere af ovenstående kriterier 1-4 er opfyldt og / eller ved komplicerende somatisk komorbiditet . Varetages i tæt samarbejde med pædiatri"

Henvisekriterier vedr. Autisme

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

- ASF i kombination med moderat / sværere grader af mental retardering målt med ABAS og kombination af anden psykiatrisk tilstand, komorbiditet med hyperkinetisk adfærdsforstyrrelser/ svært behandlelig ADHD, alvorlig spiseforstyrrelse, svær depression, svær angst, OCD, svær adfærdsforstyrrelse, herunder selvdestruktiv adfærd.
- Funktionsniveau/ retarderingsgrad måles bedst med ABAS (Adaptive Behavior Assessment System). 5 spørgeskemaer til belystning af adaptiv adfærd/ tilpasningsfærdigheder]
- ASF resulterende i længere varende skolevæggen og isolation trods relevant specialpædagogisk indsats, kriminalitet og misbrug
- ASF i kombination med komplicerende somatisk lidelse – epilepsi, syndromer, alvorlige sansedefekter som blind- og døvhed.
- Komplicerede sociale / familiære aspekter, som psykisk sygdom hos forældre, kulturelle aspekter i forhold til acceptproblematik.

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

Følgende skal være dokumenteret udført:

- naturalistisk observation (småbørn, skolebørn]
 - samtale med patient (unge)
 - anamnese
 - ADOS
 - psykologisk undersøgelse
 - psykiatrisk lægeundersøgelse
-
- Mulighed for udredning under dag-/ døgnindlæggelse skal indgå i overvejelserne og fremgå af henvisningen forud for evt. henvisning til HSF.
 - Hvis sikker diagnostik/ differentialdiagnostik af den psykiatrisk tilstand ikke har været muligt eller undersøgelser ikke har kunnet gennemføres. Stillingtagen til viderevisitring skal være drøftet med speciallæge.

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

Gængs praksis svarer til beskrivelsen i den national kliniske retningslinje fra det børne- og ungdomspsykiatriske selskab i Danmark.

Den specialpædagogiske behandling af autisme varetages primært i kommunalt regi og vil derfor ikke være selvstændig indikation for henvisning til HSF, men behandling af autisme i kombination med svær komorbiditet kan være indikation for behandling på HSF. Der forudsættes, at der har været afprøvet relevant social interaktion før henvisning til HSF.

Opretholdes som beskrevet – i de tilfælde hvor der foreligger kliniske retningslinjer skal disse anvisninger være fulgt.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet

Ved svær grad af psykisk komorbiditet – mener jeg er dækket af ovenstående – jeg tror der skulle have stået somatisk komorbiditet, som hos voksenpsykiaterne.

Der skal tages stilling til hvilken lidelse, der er den primære eller dominerende og også hvad der er aktionsdiagnose. Afgivende afsnit/afdeling skal konkret angive begrundelse for, hvad der er "grund-morbus" og aktionsdiagnose, og herunder begrunde hvilken af disse, som det aktuelt er mest fagligt relevant at tage udgangspunkt i med hensyn til diagnostik og behandling.

Henvisningskriterier vedr. ADHD

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

- Behandling af patienter anbragt på institution (social eller retslig foranstaltning), som følges med den medicinske behandling.
- Medicinsk behandling af ADHD hos børn under 6 år

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

Ved diagnostisk uafklaret tilstand skal grundig klinisk udredning på RF niveau indbefatte:

- afklaring af det kognitive niveau, samt klinisk diagnostisk interview med fx Kiddie Sads eller Dawba med barn og / eller forældre.
- De diagnostiske interviews skal være gennemført af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller specialpsykolog.

og/eller

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

- Kombinationsbehandling med 3 præparater eller anvendelse af off label behandling indicerer ikke i sig selv henvisning til højt specialiseret funktion.

og/eller

- Opstart af medicinsk behandling af ADHD hvor der er påvist EKG forandringer i kombination med disposition til kardiologisk lidelse skal ske i samarbejde med (ambulant/under indlæggelse) pædiatrisk afdeling. Tilsvarende skal der ske et samarbejde med neurologisk afdeling ved neurologisk lidelse (epilepsi)

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet

Der skal tages stilling til hvilken lidelse, der er den primære eller dominerende og hvad der er aktionsdiagnosen. Afgivende afsnit/afdeling skal konkret angive begrundelse for, hvad der er "grund-morbus" og aktionsdiagnose, og herunder begrunde hvilken af disse, som det aktuelt er mest fagligt relevant at tage udgangspunkt i med hensyn til diagnostik og behandling.

Ved komorbid svær depression, anorexia nervosa/ bulimia nervosa, eller psykoser skal der ske en individuel vurdering i samarbejde med relevante afsnit af om behandling af disse tilstande skal ske før eller samtidig med behandling af ADHD.

Det vil ofte være sværhedsgraden af den komorbide tilstand, der tilsiger behandling på HSF, jf. kriterierne for disse.

Der kan overvejes henvisning på HSF, ved svær mental retardering/svær ASD, kombineret med ADHD, hvor pædagogiske og medicinske tiltag på RF ikke har været tilstrækkelige, og hvor indlæggelse har været overvejet eller effektueret.

Henvisningskriterier vedr. Tourette Syndrom

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

Det er kun yderst sjældent relevant at henvise til HSF alene pga. den samlede sværhedsgrad af sygdommen udover de tilfælde, som er beskrevet i punkt 2, 3 og 4.

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

Ved diagnostisk uafklaret tilstand skal grundig klinisk udredning på RF niveau indbefatte:

- udvidet anamnese, diagnostisk interview (KSADS), kognitiv vurdering og somatisk/neurologisk udredning.
- De diagnostiske interviews skal være gennemført af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller specialpsykolog.

Der kan primært hos præpubertetsbørn opstå en diagnostisk tvivl i fht. årsagen til sværhedsgraden af TS i kombination med komorbiditet.

- Hvis der er mistanke om, at nedsat forældreevne/overskud er medvirkende årsag til vedligeholdelse af TS symptomerne, kan udredning under dag-/døgnindlæggelse have været forsøgt, forud for henvisning til HSF, eller det skal tydeliggøres, hvorfor indlæggelse ikke er relevant.
- Diagnostisk uafklaret komorbiditet, herunder ASF, MR, psykose eller depression kan give anledning til at henvise til HSF, hvis patient efter grundig klinisk udredning på RF af såvel TS som den mistænkte komorbiditet fortsat er diagnostisk uafklaret.
- Observation under indlæggelse i HF og/eller RF skal have været overvejet og gennemført med mindre væsentlige forhold taler imod indlæggelse.

og/eller

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

- Hvis man har afprøvet terapeutisk og medikamentel behandling, eller hvis somatisk lidelse komplicerer medicinopstart så er det HSF.
- Recidiverende svære tics trods effektiv multimodal behandling i psykiatrien på RF, henvises til HSF
- Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg med exposure response prevention (ERP) / habit reversal training (HRT) (individuelt eller i gruppe) hvor der ikke er begyndende effekt efter forsøg over mindst 8 sessioner (eller hvis pt. efter forsøg på ERP/HRT vurderes ikke at kunne indgå i terapi, mindst 5- 8 sessioner hvor behandlingen rettes imod forældrene eller anden primær omsorgsperson) eller utilstrækkelig effekt efter 10-12 sessioner. I behandlingen skal der indgå forældrevejledning/undervisning herunder ved forværende og vedligeholdende faktorer

og

- Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg hvor man på baggrund af den konkrete sag (erfaringerne fra første behandlingsforsøg, komorbiditet, belastninger, familiedynamik o.a.) har afprøvet ERP/HRT individuelt (hvis første behandlingsforsøg var i gruppe), medikamentel behandling i kendte effektive doser + støttende/terapeutiske samtaler, anden terapiform eller miljøterapi under indlæggelse.
- Behandling med flerstofsterapi medfører ikke umiddelbart viderehenvisning til HSF. Derimod kan henvisning til HSF komme på tale ved betydelige bivirkninger i relation til medikamentel behandling samt ved behov for supplerende eksperimentel behandling

Behandling med ERP/HRT eller medikamentel behandling under indlæggelse, hvor der yderligere er givet miljøterapeutisk behandling betragtes som to behandlingsforsøg.

- Medicinsk behandling af TS i samarbejde med pædiatrien/neurologisk afdeling ved svære somatiske lidelser (neurologisk, kardiologisk), hvor det kan være nødvendigt at opstarte medicinsk behandling under indlæggelse på de somatiske afdelinger.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

Der skal tages stilling til hvilken lidelse, der er den primære eller dominerende og hvad der er aktionsdiagnosen. Afgivende afsnit/afdeling skal konkret angive begrundelse for, hvad der er "grund-morbus" og aktionsdiagnose, og herunder begrunde hvilken af disse, som det aktuelt er mest fagligt relevant at tage udgangspunkt i med hensyn til diagnostik og behandling.

Ved komorbid svær depression, anorexia nervosa/bulimia nervosa, ADHD eller psykose vil disse tilstande skulle behandles før der kan træffes beslutning om at henvise til behandling af TS på HSF. Det vil oftest være sværhedsgraden af den komorbide tilstand, der tilsiger behandling på HSF jf. kriterierne for disse.

Der henvises til HSF ved:

- svær MR som vanskeliggør behandling med KAT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. MR ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med medikamentel behandling har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.
- ved ASF som vanskeliggør behandling med KAT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. ASF ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor dag-/døgnindlæggelse og/eller behandling med medikamentel behandling har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.

Henvisningskriterier vedr. OCD

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

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

OCD er som regel ikke vanskelig at diagnosticere. OCD vil sjældent i sig selv give anledning til at henvise til HSF. Ved diagnostisk uafklaret tilstand skal grundig klinisk udredning på regionsfunktionsniveau indbefatte:

- afklaring af det kognitive niveau, samt klinisk diagnostiske interviews (ikke forældre-rapportering online) med f.eks. K-SADS, ADIS eller DAWBA interview med barn og/eller forældre.
- De diagnostiske interviews skal være gennemført af speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller specialpsykolog.

Der kan primært hos præpubertetsbørn opstå en diagnostisk tvivl ift. årsagen til OCD`s sværhedsgrad, hvor der kan være tale om nedsat evne hos forældrene til at håndtere barnets OCD symptomer og angst.

- Hvis der er mistanke om, at nedsat forældreevne/overskud er medvirkende årsag til OCD, skal udredning under indlæggelse have været forsøgt, forud for henvisning til HSF, eller det skal tydeliggøres hvorfor indlæggelse ikke er relevant.
- Diagnostisk uafklaret komorbiditet, herunder ASF, MR, psykose eller depression kan give anledning til at henvise til HSF, hvis patient efter grundig klinisk udredning på RF af såvel OCD som den mistænkte komorbiditet fortsat er diagnostisk uafklaret. Grundig klinisk udredning vil afhænge af den mistænkte komorbiditet, men speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri eller specialpsykolog skal indgå i udredningen.
- Observation under indlæggelse i hovedfunktion eller regionsfunktion skal have været overvejet og gennemført med mindre væsentlige forhold taler imod indlæggelse.

og/eller

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

- Recidiverende OCD trods effektiv multimodal behandling i psykiatrien på RF, henvises til HSF
- Hvis man har afprøvet terapeutisk og medikamentel behandling, eller hvis somatisk lidelse komplicerer medicinopstart så er det HSF.
- Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg med KAT (individuel eller i gruppe) hvor der ikke er begyndende effekt efter forsøg over mindst 8 sessioner (eller hvis pt. efter forsøg på KAT vurderes ikke at kunne indgå i terapi, mindst 5- 8 sessioner hvor behandlingen rettes imod forældrene eller anden primær omsorgsperson) eller utilstrækkelig effekt efter 10-12 sessioner.

og

Side 6

- Mindst ét aktuelt behandlingsforsøg hvor man på baggrund af den konkrete sag (erfaringerne fra første behandlingsforsøg, komorbiditet, belastninger, familiedynamik o.a.) har afprøvet KAT individuelt (hvis første behandlingsforsøg var i gruppe), SSRI + støttende/terapeutiske samtaler, augmentationsbehandling, anden terapiform eller miljøterapi under indlæggelse.
- Behandling med augmentationsbehandling medfører ikke umiddelbart viderehenvisning til HSF. Derimod kan henvisning til HSF komme på tale ved betydelige bivirkninger i relation til augmentationsbehandling samt ved behov for supplerende eksperimentel behandling

Behandling med KAT eller SSRI/augmentationsbehandling under indlæggelse, hvor der yderligere er givet miljøterapeutisk behandling betragtes som to behandlingsforsøg.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet.

Der skal tages stilling til hvilken lidelse, der er den primære eller dominerende og hvad der er aktionsdiagnosen. Afgivende afsnit/afdeling skal konkret angive begrundelse for, hvad der er "grund-morbus" og aktionsdiagnose, og herunder begrunde hvilken af disse, som det aktuelt er mest fagligt relevant at tage udgangspunkt i med hensyn til diagnostik og behandling.

Ved komorbid svær depression, anorexia nervosa/bulimia nervosa, ADHD eller psykose vil disse tilstande skulle behandles før der kan træffes beslutning om at henvise til behandling af OCD på HSF. Det vil oftest være sværhedsgraden af den komorbide tilstand, der tilsiger behandling på HSF jf. kriterierne for disse.

Der henvises til HSF ved:

- svær MR som vanskeliggør behandling med KAT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. MR ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med SSRI/augmentationsbehandling har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.
- ASF som vanskeliggør behandling med KAT, hvor relevant miljøterapeutisk støtte i fht. ASF ikke har haft tilstrækkelig effekt og hvor indlæggelse og/eller behandling med SSRI/augmentationsbehandling har været overvejet/effektueret i tillæg til støttende samtaler.

Højtspecialiseret funktion nr. 11

Henvisningskriterier fra RF til HSF: "Spiseforstyrrelser hos patienter på 4-11 år samt spiseforstyrrelser hos patienter på 12 år og ældre, hvor et/flere af ovenstående kriterier 1-4 er opfyldt"

Side 1

Gængs praksis svarer i nedenstående til retningslinjerne udstukket af i Børne- og ungdomspsykiatrisk Selskab i Danmark.

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

Meget hurtigt og meget stort vægttab, med fx svær hypokaliæmi kombineret med EKG-forandringer, lavt fosfat i forbindelse med opstart af reernæring, alvorlige svære somatiske komplikationer og særdeles udtalt kompenserende adfærd som fx intensiv tvangsmotivon, massive provokerede opkastninger og/eller misbrug af laksantia/diuretika og helt manglende sygdomsindsigt og behandlingsmotivation.

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

- Ved ptt. med mistanke om de mest almindelige alvorlige komorbide lidelser knyttet til spiseforstyrrelser: fx autismspektrumforstyrrelse, svær depression eller svær personlighedsforstyrrelse, kan samtidig udredning på andre afsnit være nødvendigt.
- Ved såvel alvorlig anoreksi som alvorlig komorbid lidelse kan samtidig eller skiftevis behandling for spiseforstyrrelsen og fx depression eller personlighedsforstyrrelse være nødvendig, jævnfør gældende kliniske retningslinjer.

og/eller

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

- Ved et behandlingsforløb på regionsfunktionsniveau forstås en mere intensiv behandling ambulant end FBT (Family-Based Treatment) forløb eller lignende. Derudover skal indlæggelse i regionsfunktion være forsøgt uden at det har ført til tilfredsstillende resultat.
- Det er et generelt princip, at beslutning om henvisning af patienter, der henvises fra RF (regionfunktion) til HSF (højtspecialiseret funktion) skal træffes på konference med deltagelse af speciallæge.

4. Patienten med svær grad af psykiatrisk komorbiditet

- Der skal tages stilling til hvilken lidelse, der er den primære eller dominerende og også hvad der er aktionsdiagnose. Afgivende afsnit/afdeling skal konkret angive begrundelse for, hvad der er "grund-morbus" og aktions-diagnose, og herunder begrunde hvilken af disse, som det aktuelt er mest fagligt relevant at tage udgangspunkt i mht. diagnostik og behandling.
- Alvorlig spiseforstyrrelsen kan være komorbid til fx svær skizofreni eller alvorlig svær depression, og sådanne patienter skal behandles i regionsfunktion eller højt specialiseret funktion for disse lidelser og anoreksibehandlingen skal varetages under hensyn til fremgang i den primære behandling. Modsat kan der ved en svær anoreksi fx være komorbid svær OCD, personlighedsforstyrrelse eller lignende, som fordrer overgang fra regionsfunktion til højt specialiseret funktion i behandlingen.

Højtspecialiseret funktion nr. 12



Henvisningskriterier fra RF til HSF: "Ungdomsretspsykiatri, herunder mentalobservationer under indlæggelse og børn- og unge med dom til behandling"

- HSF – både under udarbejdelsen af mentalerklæring (uanset om den laves ambulant eller under indlæggelse)
- ved varetagelse af de retspsykiatriske patienter med dom til anbringelse/ dom til behandling/ dom til ambulant behandling.
- Unge anbragt på lukket social døgninstitution med særlige pladser til unge med psykiske lidelser efter beslutning af dommer. (f.eks. Grenen/Dalstrups 5 pladser) Både ift. undersøgelser og eventuelt efterfølgende behandling – uanset ambulant/indlæggelse.

Højtspecialiseret funktion nr. 14

Henvisningskriterier fra RF til HSF: "Børn på (0-5 år) med behov for psykofarmakologisk behandling, fraset behandling med melatonin".

Før stillingtagen til henvisning til højtspecialiseret funktion mhp. psykofarmakologisk behandling skal følgende være vurderet på HF/RF-niveau for de 4-5-årige og på RF-niveau for de 0-3-årige:

- Har der været iværksat og afprøvet relevant pædagogisk indsats i hjemmet i 3-6 mdr. uden tilstrækkelig effekt?
- Har der været iværksat og afprøvet relevant pædagogisk indsats i institutionen i 3-6 mdr. uden tilstrækkelig effekt?