



Psykiatri

Specialfunktionsbeskrivelser

Børne- og ungdomspsykiatri



NOTAT

Kristineberg 3
2100 København Ø.

Telefon 45 11 20 00
Direkte 45 11 20 67
Fax 45 11 20 07
Mail psykiatri@regionh.dk
Web www.psykiatri-regionh.dk

Ref.: Kristina Arnov Nielsen

Dato: 10. januar 2011

Oversigt over specialfunktionsbeskrivelser – børne- og ungdomspsykiatri

Regionsfunktioner
Opsøgende virksomhed og tidlig intervention over for unge med skizofreni
Psykotiske tilstande med komorbide udviklingsforstyrrelser og svært udadreagerende patienter...
Komplekse diagnostiske tilstande inden for affektive lidelser, ADHD, autismspektret, OCD og/eller Tourette-syndrom...
Patienter med spiseforstyrrelse og behov for døgnindlæggelse
Spæd- og småbørnspsykiatri
Børn (under 13 år) med behov for døgnindlæggelse
Primær vurdering af surrogatfængslede
Selvmordsforebyggelse hos børn og unge
Højt specialiserede funktioner
Behandlingsresistente psykotiske tilstande
Komplekse tilstande inden for affektive lidelser...
Uafklarede komplicerede diagnostiske tilstande inden for ADHD, autisme, OCD og/eller Tourette...
Særligt komplicerede patienter med spiseforstyrrelser og komorbide somatiske og/eller psykiatriske lidelser...
Spæd- og småbørn (0-3 årige) med svære neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseproblemer
Ungdomsretspsykiatrisk funktion vedr. mentalobservationer og dom til behandling under indlæggelse

BESKRIVELSE AF REGIONSFUNKTIONEN
<i>Opsøgende virksomhed og tidlig intervention over for unge med skizofreni</i>
FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER
Diagnoser, herunder bi-diagnoser
Skizofreni (F20.0 - 20.9), skizotypisk sindslidelse (F21) samt akut opståede psykoser inden for skizofrenispektret (F22.0 - 29.9). Målgruppen inkluderer alle incidente og prævalente cases uanset komorbiditet med misbrug (F10.0 - 19.9), og uanset komorbiditet med generelle, specifikke og/eller gennemgribende udviklingsforstyrrelser inden for F70.0, F80-83, F84.0-84.1, F84.5-84.9.
Eksklusionskriterier:
<ul style="list-style-type: none"> • Primære organiske psykoser (F00-09) • Primære stofrelaterede psykoser (F10-19) • Primær affektiv sindslidelse • Komorbide psykiske udviklingsforstyrrelser med moderat til svær grad af generel mental retardering og/eller svært udadreagerende adfærd
Symptomer
For skizofreni/psykose en eller flere af: <ul style="list-style-type: none"> • Psykosesymptomer (hallucinationer, vrangforestillinger, tankeforstyrrelser, skizofreni førsterangssymptomer, kataton adfærd, inadækvat affekt) • Negative symptomer (træghed, sløvhed, affekt-affladning, sprogfattigdom, initiativløshed, social tilbagetrækning) • Disorganiseret adfærd/tale <p>For skizotypi mindst fire af følgende: inadækvate/indsnævrede følelser, excentrisk/aparte udseende/adfærd, kontaktfattigdom, sære ideer/magisk tænkning, mistroiskhed eller paranoide ideer, obsessive ruminationer uden indre modstand, usædvanlige sanseoplevelser, vag/omstændelig tankegang/tale, mikropsykotiske episoder. Varighedskriteriet for skizotypi behøver ikke at være opfyldt ved betydeligt funktionstab.</p>
Sværhedsgrad/kompleksitet
Skizofreni, skizotypisk sindslidelse og akut opstående psykoser inden for skizofrenispektret (F22.0 - 29.9) inkluderes uanset sværhedsgrad mhp. at sikre et koordineret, kontinuerligt og tværfagligt udrednings- og behandlingstilbud.
Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling
Ved behandlingsresistens/ insufficient respons efter 3 måneders behandling med sufficente doser konsulteres specialfunktionen for behandlingsresistente psykotiske tilstande hos børn og unge.
Andre karakteristika ved målgruppen
Alder 12 - 17 år.
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?
Når der under et forløb i hovedfunktionen opstår mistanke om skizofreni, skizotypisk sindslidelse eller akut opstået psykose, bør patienten diagnostisk afklares i hovedfunktionen i samarbejde med regionsfunktionen for 'opsøgende virksomhed og tidlig intervention overfor unge med skizofreni'.

Når diagnosen er stillet, henvises patienten til regionsfunktionen, som overtager alle opgaver i forbindelse med fortsat udredning og behandling.
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra en evt. højt specialiseret funktions målgruppe og henvisningskriterier?
<p><i>Psykotiske tilstande med komorbide psykiske udviklingsforstyrrelser</i> med moderat til svær grad af generel mental retardering og/eller svært udadreagerende adfærd henvises til anden regionsfunktion med denne målgruppe.</p> <p><i>Behandlingsresistente psykotiske tilstande</i> behandles i en højt specialiseret regionsfunktion med denne målgruppe.</p> <p><i>Patienter med en retslig foranstaltning</i> (varetægtsfængsling, dom til anbringelse og/eller psykiatrisk behandling) og psykotisk lidelse behandles i specialfunktion med denne målgruppe. Regionsfunktionen for 'opsøgende virksomhed og tidlig intervention overfor unge med skizofreni' kan tilbyde konsulentbistand til udredning og behandling mhp. at overtage behandlingsansvaret for patienten, når/hvis de retslige foranstaltninger tillader et ambulante behandlingsforløb.</p>
FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD
Varighed og intensitet
<p>Funktionen inkluderer både udredning og behandling.</p> <p>Udredningen følger de regionale vejledninger om omfatter anamnese, somatisk undersøgelse inklusive blodprøver og EKG, psykiatrisk speciallægevurdering og diagnostisk interview, neuropsykologiske undersøgelser samt evt. miljøobservation.</p> <p>Funktionen gennemfører selv udredningen eller tilbyder konsulent bistand til hovedfunktionen, andre regionsfunktioner og højt specialiserede funktioner, når der er mistanke om skizofreni eller skizofrenispektrumtilstand. Konsulentfunktionen kan inkludere supervision af psykopatologiske interviews og vurderinger (videobaseret eller direkte patientkontakt, svarende til en 'second opinion'). Målet er at reducere varigheden af ubehandlet psykose inden for det børne- og ungdomspsykiatriske behandlingssystem.</p> <p>Behandlingen er multimodal og består af fasespecifikke og integrerede psykosociale og psykofarmakologiske interventioner varetaget af et specialiseret, tværfagligt team. Behandlingen følger de regionale vejledninger og består af psykofarmakologisk behandling med antipsykotika, samtaler med støttekontaktperson, evt. terapeutiske samtaler, familie-psykoedukation, evt. flerfamiliegruppe, social færdighedstræning og anbefalinger til socialforvaltning om støtteforanstaltninger. Dette inkluderer stillingtagen til behovet for støtte til skolegang/uddannelse, fritid/socialt aktiviteter samt evt. placering i dag eller døgninstitution.</p> <p>Den samlede pakke tilbydes alle patienter i målgruppen, men de enkelte elementer, medicin såvel som psykosociale interventioner, doseres individuelt. Intensiteten skal løbende justeres op eller ned afhængigt af patientens behov.</p>
Sammensætning af ambulante og stationære behandling
<p>Den fasespecifikke, integrerede behandling tilbydes af det specialiserede, tværfaglige team i hele aldersperioden for at sikre kontinuitet og fastholdelse af behandlingen. Intensiteten aftrappes efter behov.</p> <p>Behandlingen tilbydes således uanset om den unge i perioder er indlagt på psykiatrisk eller somatisk afdeling. Den forløbsansvarlige behandler samarbejder med indlæggelsesafdelingen i perioder, hvor den unge er indlagt, og tilbyder at besøge den unge samt at deltage i relevante behandlingskonferencer og netværksmøder.</p> <p>Patienter/ familier, der dropper ud af kontakt, og som fortsat har et behandlingsbehov, vil blive aktivt og vedholdende opsøgt med tilbud om støtte. Hvis patienten er psykotisk og frasiger sig al behandling til trods for gentagne forsøg på at motivere patienten</p>

for dette, skal teamet foretage en vurdering af, om bestemmelser vedr. tvangsindlæggelse er opfyldt og bør bringes i anvendelse (jf. Bekendtgørelse af lov om anvendelse af tvang i psykiatrien). Funktionen formulerer en individuel behandlingsplan for alle patienter. Ved forestående udskrivning inkluderer planen udskrivningsaftaler eller koordineringsplaner. Forældrene vil altid være inddraget i behandlingsplanen. Der skal kun bruges ressourcer på udgående virksomhed, når patienten ikke kan møde eller det vurderes mest hensigtsmæssigt af undersøgelses- eller behandlingsmæssige grunde.

Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse

Den fasespecifikke behandling sigter på at reducere stigma og øge håb, selvværd og mestring, samt øge kompliance med medicin og reducere stress. Desuden tilbydes konkret støtte og ledsagelse til patient og pårørende.

Det primære mål er at forebygge psykotisk tilbagefald og at øge muligheden for 'recovery' både mht. kliniske psykiatriske symptomer og social funktion.

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?

Hos børn og unge er psykofarmakologisk og psykosocial behandling vanskelig, og der er derfor behov for særlig faglig ekspertise, der kan understøtte en fasespecifik integreret behandling - og være udgående i kontakten, når patienten/familien ikke magter at møde på afdelingen.

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra en evt. højt specialiseret funktions udrednings-/behandlingstilbud?

Behandlingen adskiller sig fra de højt specialiserede funktioner (for patienter med psykotiske tilstande og alvorlige generelle og gennemgribende udviklingsforstyrrelser og/eller udadreagerende adfærd) ved at satse mere på at udvikle patientens kompetencer til at leve selvstændigt med sygdommen og undgå institutionalisering.

I rehabiliteringsfasen, når den akutte psykose er overstået, vil den forløbsansvarlige behandler tage initiativ til at eksterne støtte- og behandlingstilbud koordineres. Den unge sikres en realistisk plan for skolegang/uddannelse, fritidsaktiviteter og/eller tilknytning til arbejdsmarkedet. Den nødvendige sociale og økonomiske støtte sikres i samarbejde med socialforvaltning, pædagogisk-psykologisk rådgivning, skolen/studievejleder og jobcenter etc.

Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i regionsfunktionen?

Patienten kan afsluttes til voksenpsykiatrien, egen læge og/eller speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri. Patienter afsluttes i børne- og ungdomspsykiatrien, når de fylder 18 år. I forbindelse med langvarige forløb sikres mindst 6 mdr. i forvejen, at der etableres en individuel plan for det videre forløb i voksenpsykiatrien.

BESKRIVELSE AF REGIONSFUNKTIONEN
<i>Psykotiske tilstande med komorbide udviklingsforstyrrelser og/eller svært udadreagerende patienter</i>
FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER
Diagnoser, herunder bi-diagnoser
Målgruppen er meget heterogen og er svær at afgrænse diagnostisk. Der er to hovedgrupper: 1. En psykotisk tilstand eller en mistanke om en sådan eller en tilstand, som kan side-stilles med en psykose, dvs. alle former for psykoser: <ul style="list-style-type: none"> • Organiske psykoser F06.0-F06.3. • Skizofreni, paranoide psykoser, affektive psykoser F20-29 og 30-39. Samtidig skal der være tale om en alvorlig udviklingsforstyrrelse/mental retardering F70-79 og/eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse F84.0-F84.9. 2. Svært udadreagerende patienter.
Symptomer
Forstyrrelser i kommunikation, social interaktion og fantasi/særinteresser/stereotypier og/eller begavelse under normalområdet kombineret med positive og negative psykosesymptomer, udadreagerende adfærd, svær uro eller tilbagetrukkethed (meget forstyrret psykomotorisk tempo), evt. tab af færdigheder.
Sværhedsgrad/kompleksitet
Tilstande, som ikke kan tilgodeses i hovedfunktionen enten på grund af flere kompli- cerende diagnoser, meget lavt kognitivt niveau eller svær uro. I forbindelse med indlæggelse vurderes det, hvilket afsnits miljøterapi, der er bedst målrettet til at tage vare på patienten. Observation af effekt af medicinsk behandling på døgnbasis, når der har været omfattende vanskeligheder med at regulere og evaluere den psykofarmakologiske behandling. Svært udadreagerende adfærd.
Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling
Manglende respons på tidligere behandling, både psykofarmakologisk og psyko- terapeutisk, hos gruppen af mentalt retarderede eller udviklingsforstyrrede generelt kan også være indikation for henvisning.
Andre karakteristika ved målgruppen
Målgruppen er meget heterogen og kompleks og karakteriseres af, at diagnostik og behandling i høj grad baserer sig på observationer i og beskrivelser fra nærmiljøet frem for sproglige udtalelser fra og samtaler med patienten.
Centrale henvisningskriterier
Målgruppen er meget heterogen og er svær at afgrænse diagnostisk. Der er to hoved- grupper: 1. En psykotisk tilstand eller en mistanke om en sådan eller en tilstand, som kan side- stilles med en psykose, dvs. alle former for psykoser: <ul style="list-style-type: none"> • Organiske psykoser F06.0-F06.3. • Skizofreni, paranoide psykoser, affektive psykoser F20-29 og 30-39. Samtidig skal der være tale om en alvorlig udviklingsforstyrrelse/mental retardering F70-79 og/eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse F84.0-F84.9. 2. Svært udadreagerende patienter.

Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?
<p>Ved sværhedsgrad, kompleksitet og behov for mere intensive observationer og behandling. Ved behov for indlæggelse i et mere entydigt miljø med personale, som har viden og erfaring indenfor denne patientgruppe. Ved ambulante forhold brug for mere specialiseret observation og supervision til familien/institutionen.</p> <p>For de mentalt retarderedes vedkommende vil der med faldende IQ være større sandsynlighed for, at patienten tilhører målgruppen.</p> <p>Regionsfunktionens henvisningskriterier kræver flere parametre opfyldt end hovedfunktionernes – der skal hos den ene hovedgruppe ikke blot være mistanke om psykisk lidelse hos en person med mental retardering og/eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse, der skal også foreligge tegn på en psykotisk eller psykoselignende tilstand og en psykopatologi, som er meget kompleks og kræver specialiseret observation og behandling. Ofte vil der være tale om behandlingsresistens. Høj komorbiditet med både MR, PDD og udadreagerende adfærd. Situationer hvor MR er så omfattende, at patienten er i høj risiko til at lide psykisk og/eller fysisk skade af at være i en almen psykiatrisk sengeafdeling.</p> <p>Hos den anden hovedgruppe skal der være tale om svær uro.</p>
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra en evt. højt specialiseret funktions målgruppe og henvisningskriterier?
Ikke relevant.
FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD
Varighed og intensitet
<p>Varighed:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulant undersøgelse: måneder • Ambulant behandling: måneder til år • Indlæggelse: 1-3 måneder <p>Intensitet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulant undersøgelse: ca. 4-6 samtaler/observationer, deraf 1-2 i nærmiljø. • Ambulant behandling: ca. 6 årlige kontakter, kontrol af medicinsk behandling, netværksmøder, supervision af behandlingssted. • Indlæggelse: intensiv miljøobservation og –terapi, samtaler med forældre og personale fra nærmiljø samt samarbejde med PPR og socialforvaltning. <p>For alle behandlingstilbud gælder, at der vil være behov for en eller anden grad af familiebehandling.</p> <p>Akut opståede psykoser, fx mani, vil i nogle tilfælde kunne behandles relativt hurtigt (uger), mens mere snigende forløb med gradvis forværring trods tilsyneladende relevant socialpædagogisk miljø ofte vil kræve længere indlæggelse (måneder) mhp. diagnostisk afklaring og målrettet miljøterapi, således at der kan rådgives omkring videre foranstaltninger til patientens netværk.</p>
Sammensætning af ambulant og stationær behandling
<p>Alle patienter skal starte i ambulant behandling, med mindre der er behov for akut/subakut indlæggelse. Udgående team kan indgå umiddelbart med henblik på at undgå indlæggelse om muligt eller for at støtte, indtil indlæggelse er mulig.</p> <p>Ved ikke-akutte henvisninger opstartes ambulant undersøgelse.</p>

Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse
Forebyggelse i forhold til disse komplekse patienter drejer sig i høj grad om pædagogiske specialtilbud i det kommunale system i form af specialundervisning, støtte til forældre, botilbud med mere. Supervision og undervisning er derfor væsentlig i forhold til at opbygge kompetente miljøer i lokalområdet. På samme måde er supervision og deltagelse i netværksmøder centralt i forbindelse med at undgå tilbagefald.
Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?
Ved speciel ekspertise, især med hensyn til mental retardering og komplicerede børnepsykiatriske tilstande, samt ved mulighed for indlæggelse i et miljø specielt indrettet til patienter, som fungerer på et tidligt udviklingsniveau eller er i en svær regredieret tilstand og har behov for skærmning og et miljøpersonale med særlig viden og kompetencer. Funktionen tilbyder supervision og second-opinion i forhold til hovedfunktionen.
Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra en evt. højt specialiseret funktions udrednings-/behandlingstilbud?
Der er ikke et højt specialiseret tilbud for denne gruppe - regionstilbuddet er det mest specialiserede tilbud. Der er imidlertid en snitflade til den højt specialiserede funktion ”Uafklarede komplicerede diagnostiske tilstande inden for ADHD, autisme, OCD og/eller Tourette-syndrom”. Specielt autisme er nævnt både i den højt specialiserede funktion og i nærværende regionsfunktion. Ved normal begavelse visiteres hovedsageligt til den ovennævnte højt specialiserede funktion, og ved mental retardering henvises til nærværende regionsfunktion, hvis kriterierne ellers er opfyldt.
Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i regionsfunktionen?
Vil normalt forblive i regionsfunktionen indtil afsluttet behandling/overgang til voksenpsykiatrisk system.

BESKRIVELSE AF REGIONSFUNKTIONEN

Komplekse diagnostiske tilstande inden for affektive lidelser, ADHD, autismespektrum, OCD og/eller Tourettesyndrom...

FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER

Diagnoser, herunder bi-diagnoser

- F90.0-F90.9 + F98.8 Gruppen af hyperkinetiske forstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelse (ADHD)
- F84.0-F84.9 Autismespektrumforstyrrelser
- F42.0-F42.9 OCD
- F95.2 Tourettes Syndrom
- F30.0–F 31.9, F32.1, F33.1- F33.3, F34.0, F38.1 Affektive lidelser i form af unipolar depression. Patienter med verificeret eller begrundet mistanke om bipolar lidelse er ikke omfattet af regionsfunktionen, idet disse skal henvises til højt specialiseret funktion.

Lidelserne skal være behandlingsresistente eller komplicerede, og der vil ofte være komorbiditet indbyrdes samt med andre psykiatriske lidelser, som f.eks. angstlidelser og adfærdsforstyrrelser. Der kan være somatisk komorbiditet og komplicerede psykosociale forhold såsom manglende indsigt, begrænset motivation, begrænset evne til at mestre symptomer, begrænsede ressourcer i netværket, manglende skolegang eller tidligere behandlingsresistente depressioner.

Symptomer

- ADHD er karakteriseret ved hyperaktivitet, impulsivitet og opmærksomhedsforstyrrelse.
- Autismespektrumforstyrrelser er karakteriseret ved afvigende socialt samspil samt afvigende kommunikations-, adfærds-, interesse- og aktivitetsmønstre.
- OCD er karakteriseret ved tvangstanker og -handlinger, angst, adfærdssymptomer og undgåelsesadfærd.
- Tourettes syndrom (TS) er karakteriseret ved kombinerede komplicerede motoriske tics samt vokale tics.
- Affektive lidelser (unipolar depression) er karakteriseret ved nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse, nedsat energi eller øget træthed samt ledsagesymptomer i form af nedsat selvtillid eller selvfølelse, selvbebrejdelser eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, tanke- eller koncentrationsbesvær, agitation eller hæmning, søvnforstyrrelser og/eller appetit- eller vægtændring, som giver betydelig funktionsindskrænkning.

Sværhedsgrad/kompleksitet

Tilstanden er karakteriseret ved en eller flere af følgende:

- Indbyrdes komorbiditet mellem ovenstående lidelser eller komorbiditet med andre psykiatriske eller somatiske lidelser, hvilket medfører vanskeligheder ved diagnostik og/eller behandling.
- Behandlingsresistens (se nedenfor)

Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling

Der kan være tale om patienter, som ikke har responderet tilfredsstillende på tidligere behandlingstiltag i hovedfunktionen. For affektive lidelser (unipolar depression) gælder, at patienten ikke har responderet på evidensbaseret psykoterapi/psykoedukation,

<p>motion, lys og medicinsk behandling med to forskellige antidepressiva af typen SSRI, afprøvet i sufficient dosis af mindst 6 ugers varighed, og/eller har haft tidligere depressive episoder, som har været behandlingsresistente.</p> <p>Målgruppen omfatter også børn og unge, som i en periode efter behandling på højt specialiseret niveau har behov for stabiliserende behandling for at forebygge recidiv.</p>
<p>Andre karakteristika ved målgruppen</p>
<p>Svære emotionelle eller adfærdssymptomer, herunder svær affektabilitet og angst, selvmordsrisiko, søvnforstyrrelse, spiseforstyrrelse, psykose, komplicerende somatiske tilstande, herunder syndromer. I nogle tilfælde vil der være tale om mental retardering, som yderligere kan komplicere tilstanden, herunder medføre svære adfærdssymptomer. Sidstnævnte karakteristika ses især ved autismespektret.</p> <p>Der kan være komplicerede psykosociale forhold, såsom (disposition til) psykisk sygdom eller misbrug hos forældrene eller patienten, svære konflikter mellem forældrene og/eller patienten eller omsorgssvigt, men det er ikke et kriterium for at tilhøre målgruppen.</p>
<p>Centrale henvisningskriterier</p>
<p>Der skal være tale om enten komplicerende komorbiditet, svære ledsagende symptomer, såsom voldsom udadreagerende eller selvdestruktiv adfærd, eller behandlingsresistens.</p> <p>Det vil sige at mindst 1 af følgende forhold skal være til stede:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vanskelig differentialdiagnostik • Utilstrækkelig eller manglende respons på psykofarmakologisk behandling • Samtidig voldsom udadreagerende adfærd, psykose, svær selvdestruktivitet eller suicidalitet • Komplicerende komorbiditet, som betyder, at den psykofarmakologiske behandling og/eller den psykosociale intervention vanskeliggøres/er meget kompliceret eller uden effekt • Komplicerende psykosociale forhold som vanskeliggør behandlingen (se ovenfor)
<p>Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?</p>
<p>For hovedfunktionen er det ikke et krav, at der skal være uafklaret diagnostisk tilstand, komplicerende komorbiditet eller behandlingresistens.</p>
<p>Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra en evt. højt specialiseret funktions målgruppe og henvisningskriterier?</p>
<p>Ved højt specialiseret funktion er målgruppen karakteriseret ved en eller flere af flg.:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bipolar lidelse/manisk enkeltepisode • Behov for behandling med ECT • Medikamentel behandling kompliceret af svære bivirkninger • Psykofarmakologisk og/eller psykosocial behandling har været forsøgt i regionsfunktion uden effekt • Psykofarmakologisk behandling er kompliceret pga. andre psykiatriske lidelser eller somatiske lidelser, som medfører behov for vanskelig polyfarmaci eller samarbejde med andre specialer på højt specialiseret niveau
<p>FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD</p>
<p>Varighed og intensitet</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsvarighed: varierende mellem få måneder og flere år

<ul style="list-style-type: none"> • Mulighed for døgnindlæggelse og efterfølgende ambulant kontrol op til 18 års alderen • Miljøterapeutisk, psykofarmakologisk og psykoterapeutisk behandling • Ved OCD kan tilbydes eksponeringsterapi • Psykoedukativt tilbud til både patienter og pårørende • Familiebehandlingstilbud • Ved behov etableres et samarbejde med voksenpsykiatriens specialfunktioner vedrørende affektive lidelser, såvel under et forløb som ved overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien • Samarbejde med socialforvaltning og PPR med henblik på social efterbehandling • Supervision af og second opinion til afdelinger med hovedfunktion
Sammensætning af ambulant og stationær behandling
<p>Udredning og iværksættelse af behandling vil primært være ambulant. Der kan i en del tilfælde være behov for dag- eller døgnindlæggelse i perioder til udredning/behandling i tilfælde, hvor der er behov for miljøobservation med henblik på endelig diagnostisk afklaring. Der kan være behov for observation under opstart eller ændring af medikamentel behandling, miljøterapeutisk og adfærdsterapeutisk behandling. Der kan være behov for døgnindlæggelse, hvis patienten er forpint eller har behov for observation i aften-/nattetimerne. Døgnindlæggelse kan ske på såvel åbent som lukket afsnit.</p>
Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse
<p>Medicinsk behandling/ psykoterapi/ psykoedukation af barnet/den unge, samt psykoedukation af nære pårørende og evt. professionelt netværk. Regelmæssig ambulant opfølgning indtil barnet/den unge er i sikker bedring eller tilstanden er stabil.</p>
Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?
<p>Der er mulighed for døgnindlæggelse i lukket afsnit og med efterfølgende ambulant kontrol i regionsfunktionen. Der er mulighed for mere kompleks psykofarmakologisk behandling. Funktionen tilbyder længerevarende og mere intensiv kognitiv adfærdstræning og psykoterapi.</p>
Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra en evt. højt specialiseret funktions udrednings-/behandlingstilbud?
<p>Regionsfunktionen har ikke tilknyttet samarbejde med andre lægefaglige specialer på højt specialiseret niveau. Har ikke mulighed for iværksættelse af medikamentel behandling, der kræver særlig tilladelse eller omfatter meget kompleks behandling med polyfarmaci. Yderligere har den højt specialiserede funktion mulighed for intensiv, og specialiseret miljøterapi, psykoterapi, ECT og skærmede sengepladser til patienter med behov for dette samt med evt. behov for behandling under tvang.</p>
Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i regionsfunktionen?
<p>Kan afsluttes til hovedfunktion eller til praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri, når kriterierne for behandling i regionsfunktionen ikke længere er opfyldt (se ovenfor under centrale henvisningskriterier). For affektive lidelser (unipolar depression) gælder, at patienten afsluttes ca. 1 år efter at tilstanden har stabiliseret sig og barnet/den unge er blevet stemningsneutral samt at behandlingen er stabiliseret. Enkelte gange kan patienten afsluttes til almen praksis med samtidig kontakt til kommunale tilbud, når behandlingen er stabiliseret.</p>

BESKRIVELSE AF REGIONSFUNKTIONEN
<i>Patienter med spiseforstyrrelse og behov for døgnindlæggelse</i>
FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER
Diagnoser, herunder bi-diagnoser
Forskellige diagnoser inden for spiseforstyrrelser - F.50.0, F 50.1, F 50.2, F 50.3, F 50.8 og F 50.9. Bi-diagnoser, f.eks. depression, angst, OCD, skal forefindes. Endvidere kan gennemgribende udviklingsforstyrrelser og personlighedsforstyrrelser være til stede.
Symptomer
Vægttab på mindst 15 % af normalvægt eller hurtigt vægttab, spiseforstyrret adfærd samt hypermotion. Ud over vægttabet indeholder ICD-10 kriterierne også undgåelse af fedende føde, forstyrret legemsopfattelse og endokrine forstyrrelser med amenorrhæa.
Sværhedsgrad/kompleksitet
Patienter med middelsvære til svære tilstande med større/hurtigt vægttab eller mellem 2 og 6 overspisninger og opkastninger om ugen. Selvindsigt og motivation er kun delvist til stede. Patienten behøver massiv støtte og struktur for at spise normalt. Familie og netværk magter ikke at varetage ansvar for patientens spisning. Der er lettere komorbiditet. Indikation for døgnindlæggelse er suicidalrisiko, somatisk truet tilstand og behov for aflastning af familien.
Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling
Utilstrækkelig effekt af den ambulante behandling eller recidiv efter tidligere behandling på regionfunktionsniveau. Behov for stabilisering på regionsniveau efter indlæggelse på højt specialiseret niveau.
Andre karakteristika ved målgruppen
Der er ofte behov for, at en forælder tager orlov fra arbejde og deltager aktivt i behandlingen under indlæggelse.
Centrale henvisningskriterier
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Opfylder diagnosekriterier + sværhedsgrad svarende til grad 3 og 4 ▪ Utilstrækkelig effekt af ambulante behandling ▪ Suicidalrisiko ▪ Akut krise i familien
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?
Hovedfunktionen med specialiserede ambulante teams har ansvar for spiseforstyrrelse grad 2-3. Der er ikke mulighed for indlæggelse på hovedfunktionsniveau. Henvisningerne kommer fra hovedfunktionen pga. en større kompleksitet, som ikke kan behandles på det niveau. Dvs. sværhedsgraden er højere end hovedfunktionens. Der tages i vurderingen også hensyn til at behandlingen skal kunne klares ud fra det standardsortiment af behandlingsmetoder, som findes på regionfunktionsniveau.
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra en evt. højt specialiseret funktions målgruppe og henvisningskriterier?
Målgruppen for regionsfunktionen har ikke behandlingsrefraktære spiseforstyrrelser, komplicerede recidiv, sværere komorbiditet eller behov for tvangsbehandling gentagne gange.

FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD

Varighed og intensitet

Patienter med behov for døgnindlæggelse på regionfunktionsniveau er oftest udredt og behandlet i ambulans regi før indlæggelsen. Indlæggelsestiden er estimeret til 1-3 måneder og med fokus på at kunne gøre patienten parat til en fortsat ambulans behandling. Regionsfunktionen tilbyder second opinion og supervision til hovedfunktionen, i den grad det er mere naturligt at patienter fortsætter et påbegyndt behandlingsforløb, og hvis der er tale om en kortvarig intervention. Regionsfunktionen skal samarbejde med de voksenpsykiiske centre med målet at skabe gode samarbejdsrelationer og lette overgangen mellem centrene for unge, der fylder 18 år.

Sammensætning af ambulans og stationær behandling

Regionsfunktionen er defineret som døgnbehandling. Hvis der ikke har været en forudgående ambulans kontakt udredes spiseforstyrrelsen med BAB-skemaer, og der foretages en klinisk vurdering mhp. komorbiditet og en somatisk udredning. Døgnindlæggelse på regionfunktionsniveau kan være forudgået af døgnindlæggelse på pædiatrisk afdeling.

Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse

Patienterne bliver i regionsfunktion på døgnafsnittet, så længe det vurderes nødvendigt, men målet er hele tiden at overføre patienten til ambulans behandling. Netværksmøder med kommunerne er vigtige. Patienten følges videre i ambulans behandling på hovedfunktionsniveau, og en god overlevering af patient og familie er vigtig for at forebygge recidiv. Konsulentbistand både til efterbehandlingsinstitutioner og ambulatorier på hovedfunktionsniveau kan behøves.

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?

Spiseforstyrrede børn og unge indlægges ikke på hovedfunktionsniveau. Behandlingen på døgnafsnittet på regionfunktionsniveau adskiller sig fra hovedfunktionsniveau ved at være døgnbehandling og dermed inddrage miljøterapi og være mere intensiv.

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra en evt. højt specialiseret funktions udrednings-/behandlingstilbud?

Regionsfunktionen foretager en udredning med et omfang, som retter sig mod denne patientgruppes sværhedsgrad. Dvs. udredningen er oftest ikke så intensiv som det højt specialiserede tilbuds. På højt specialiseret funktion er der en betydeligt mere intensiv udredning samt flere specifikke behandlingsmetoder for spiseforstyrrelse og komorbiditet. Herudover også intensiveret familierarbejde med de familier, som har sværere problemer.

Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i regionsfunktionen?

Til hovedfunktion: Patienten og familien skal kunne klare ambulans behandling.
Til højt specialiseret funktion: Ved utilstrækkelig effekt af behandlingen på regionniveau efter en periode på ca.3 mdr.

BESKRIVELSE AF REGIONSFUNKTIONEN
<i>Spæd- og småbørnspsykiatri</i>
FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER
Diagnoser, herunder bi-diagnoser
<p>Hoveddiagnoser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Udviklingsforstyrrelser (multisystem, generelle, specifikke og gennemgribende) • Neuroregulatoriske forstyrrelser/forstyrrelser af hyperaktivitet og opmærksomhed • Forældre-barn relationsforstyrrelser med psykiatriske symptomer hos barnet <p>Bi-diagnoser:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Emotionelle forstyrrelser • Adfærdsforstyrrelser • Spiseforstyrrelser • Søvnforstyrrelser • Sociale funktionsforstyrrelser, herunder tilknytningsforstyrrelser
Symptomer
<ul style="list-style-type: none"> • Forstyrrelser i socialt samspil og kontakt • Forstyrrelse/forsinkelse i kognitiv, sproglig og motorisk udvikling • Forstyrrelse i regulering/bearbejdning af stimuli • Forstyrrelser i regulering af aktivitet, koncentration, opmærksomhed og impulsivitet • Spiseproblemer/-forstyrrelser med/uden påvirkning af fysisk trivsel • Søvnforstyrrelser • Adfærdsafvigelser: bevægeanomier, røkken, stereotypier, mannerismer, aggressiv/impulsiv/selvstimulerende adfærd, selvmutilerende/selvskadende adfærd • Apati, tristhed, angstreaktioner, anspændthed, uro, udtalt gråd • Forstyrrelser i forældre-barn relationen
Sværhedsgrad/kompleksitet
<p>Kompliceret symptomatologi pga. komorbiditet og flere konkurrerende udløsende/vedligeholdende/forværende faktorer, fx:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Neuroudviklingsforstyrrelser og spiseforstyrrelser med forældre-barn relationsforstyrrelser. Neuroudviklingsforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser. • Psykisk forstyrrelse hos barnet komorbidity med psykopatologi hos forældre. • Psykisk forstyrrelse hos barnet komorbidity med somatisk (fx alvorlig væksthæmning) eller neuropædiatrisk (fx epilepsi) sygdom
Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling
Ikke tidligere behandlet eller utilstrækkeligt behandlingsrespons ved hovedfunktion.
Andre karakteristika ved målgruppen
<p>Psykiske sygdomme hos spæde og småbørn er præget af et kompleks samspil mellem neuro-regulatoriske, kognitive og fysiske symptomer, hvis præsentation er afhængigt af barnets udviklingstrin og forældre-/mor-barn relationen.</p> <p>Behandlingskrævende vanskeligheder overses eller fejltolkes ofte pga. mangelfuld viden om karakteristiske symptommanifestationer specielt hos spæde og småbørn under 2 år.</p>
Centrale henvisningskriterier

Kompliceret symptomatologi inden for følgende:

- Neuroudviklingsforstyrrelser og spiseforstyrrelser med forældre-barn relationsforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser.
- Psykisk forstyrrelse hos barnet komorbid med forstyrrelser i socialt samspil og kontakt
- Forstyrrelse/forsinkelse i kognitiv, sproglig og motorisk udvikling
- Forstyrrelse i regulering/bearbejdning af stimuli
- Forstyrrelser i regulering af aktivitet, koncentration, opmærksomhed og impulsivitet
- Spiseproblemer/-forstyrrelser med/uden påvirkning af fysisk trivsel
- Søvnforstyrrelser
- Adfærdsafvigelser: bevægeanomolier, rokken, stereotypier, mannerismer, aggressiv/impulsiv/ selvstimulerende, selvmutilerende/selvskadende adfærd
- Apati, tristhed, angstreaktioner, anspændthed, uro, udtalt gråd
- Forstyrrelser i forældre-barn relationen
- Psykopatologi hos forældre
- Psykisk forstyrrelse hos barnet komorbid med somatisk (fx alvorlig væksthæmning) eller neuropædiatrisk (fx epilepsi) sygdom

Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?

Hovedfunktionens henvisningskriterier er basal udredning og behandling af ukomplicerede og typiske psykiske forstyrrelser hos 0-3 årige (se ovenfor).

Regionsfunktionens målgruppe omfatter komplekse/atypiske eller komplicerede psykiske forstyrrelser, typisk/atypisk symptomatologi og/eller somatisk og psykiatrisk komorbiditet samt multifaktorielle risikofaktorer hos 0-3 årige.

Hvordan adskiller regionsfunktionen målgruppe og henvisningskriterier sig fra den højt specialiserede funktions målgruppe og henvisningskriterier?

Højt specialiseret funktions målgruppe omfatter udredning og/eller behandling af komplicerede neuropsykiatriske forstyrrelser og komplicerede spiseforstyrrelser.

FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD

Varighed og intensitet

Udredningen omfatter - ud over standardiseret anamnese og validerede spørgeskemaer (fx CBCL 1½-5), jf. retningslinjer i Diagnostic Classification DC:0-3 R - kortlægning af kognitive og neuro-regulatoriske funktioner, forældre-barn relationsundersøgelse (fx PC-ERA) samt diagnostiske tests (fx ADOS), somatisk screening og kortlægning af forældreressourcer/patologi.

Behandlingen omfatter – ud over rådgivning og vejledning til forældre/psyko-
edukation - følgende:

- Intervention over for barnet
- Intervention over for forældre-/mor-barn relationen
- Somatisk/medicinsk behandling
- Intervention over for psyko-sociale risikofaktorer, herunder behandling af psykisk syge i voksenpsykiatrisk/psykologisk regi samt støtteforanstaltninger i den sociale sektor

Diagnostisk udredning foretages primært ambulantly. Komplicerede tilfælde dagindlægges 1-3 uger. Samlet varighed 4-8 uger.

Behandling foregår både ambulantly og stationært. Varighed på 8-42 uger, afhængig af

sværhedsgrad og kompleksitet.
Sammensætning af ambulante og stationære behandlinger
<p>Behandlingen omfatter:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ambulant behandling, herunder udgående funktion og liasonfunktion • Stationær dagbehandling af barnet sammen med omsorgsperson (forældre, dagpleje o.lign.) <p>Konsulentbistand/liasonfunktion/supervision og second opinion til hovedfunktion og efter aftaler med hovedfunktion til primær sektor eller socialsektoren.</p>
Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse
Forebyggelse af recidiv: Efter-ambulant forløb (4-16 uger).
Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?
Regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud udgår fra en spæd- og småbørnspsykiatrisk enhed med mulighed for både ambulante og stationære udredning og behandling. Regionfunktionstilbudet omfatter specialiserede undersøgelses- og behandlingsmetoder for de 0-3 årige, herunder specifikke diagnostiske instrumenter og specifikke metoder for mor-barn relationsbehandling.
Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra en evt. højt specialiseret funktions udrednings-/behandlingstilbud?
Diagnostisk komplekse og behandlingsmæssigt refraktære tilfælde af svære neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseforstyrrelser, der kræver særlig fagkundskab med hensyn til undersøgelses- og behandlingsmetoder samt tæt samarbejde med pædiatrisk afdeling henvises til højt specialiseret funktion.
Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i den højt specialiserede funktion?
<p>Udredning afsluttes, når barnet er diagnostisk afklaret (inden for 8 uger).</p> <p>Behandlingen afsluttes, når barnets symptomer og funktion er bedret (varighed 8-42 uger).</p> <p>Ukomplerede tilfælde afsluttes til hovedfunktionen eller, efter særlige aftaler med hovedfunktionen, til fortsat behandling i primær sektor eller i socialt regi. Komplerede/behandlingsrefraktære tilfælde afsluttes til højt specialiserede funktion.</p>

BESKRIVELSE AF REGIONSFUNKTIONEN

Børn (under 13 år) med behov for døgnindlæggelse

FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER

Diagnoser, herunder bi-diagnoser

Da målgruppen defineres qua den organisatoriske karakteristik (døgnindlæggelse) frem for en diagnostisk karakteristik, vil der for denne målgruppe forekomme en bred og varieret mængde af diagnoser og symptomer.

Målgruppen omfatter sygdomme med symptomer, som er så svære eller komplicerede, at det kræver diagnostik og ofte behandling under døgnindlæggelse, frem for ambulantlyt udredning i sygehusregi (hovedfunktionens målgruppe).

Som hoved- eller bi-diagnoser kan forekomme:

- Skizofreni og andre psykoser
- Affektive lidelser, fx depression og maniodepressive lidelser
- Angst og tvangslidelser
- Psykisk betingede legemlige symptomer
- Belastnings- og tilpasningsreaktioner
- Psykiske lidelser hos mentalt retarderede
- Gennemgribende udviklingsforstyrrelser
- Adfærds- og følelsesmæssige forstyrrelser i barndommen: Hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD), opmærksomhedsforstyrrelser (ADD), emotionelle forstyrrelser.
- Spiseforstyrrelser svarende til målgruppen for regionsfunktionen

Der vil ofte men ikke altid forekomme bidagnoser. Bidiagnoserne vil kunne være en (eller flere) af de ovenstående eller være bidiagnoserne:

- Tilknytningsforstyrrelser
- Tourettes Syndrom
- Adfærdsforstyrrelser
- Inferioritas intellektualis eller mental retardering (let eller middel)
- Somatiske sygdomme
- Suicidalitet
- Misbrugsrelaterede psykiske tilstande

Symptomer

Målgruppen er præget af at have udtalte og/eller talrige symptomer, der ofte vil medføre forpinthed og/eller funktionsnedsættelse hos patienten og påvirke og belaste familien og omgivelserne.

Sværhedsgrad/kompleksitet

Målgruppen er præget af, at der ofte er svære symptomer og/eller symptomerne er så komplekse, at diagnostikken vanskeliggøres. Ofte vil symptomerne være komplekse, fordi patienterne har en høj grad af komorbiditet. Symptomerne vil ofte, men ikke altid have en sværhedsgrad, der medfører en funktionsnedsættelse, så patienterne ikke kan gennemføre en normal skolegang.

Udredningen og behandlingen kan eventuelt være kompliceret af manglende indsigt, begrænset motivation og begrænset evne til at mestre symptomerne hos patienten og/eller forældrene samt begrænsede ressourcer i netværket.

Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling
Målgruppen vil omfatte patienter, der tidligere er børnepsykiatrisk undersøgt, men udviser behandlingsresistens eller utilstrækkeligt respons på tidligere ambulante børne- og ungdomspsykiatriske behandling, og patienter, der er forsøgt udredt ambulant (hovedfunktionsmålgruppen), hvor dette ikke har kunnet lade sig gøre på grund af symptomernes kompleksitet. Det kan derfor blive nødvendigt med observation under døgnindlæggelse mhp. yderligere diagnostisk vurdering/revurdering, udredning for evt. komorbiditet, der kræver specifik behandling og/eller justering og optimering af en psykofarmakologisk behandling.
Andre karakteristika ved målgruppen
Målgruppen er bl.a. karakteriseret af, at den indeholder de sværeste og mest sjældne psykopatologiske tilstande hos børn. Som hovedregel udredes og/eller iværksættes psykofarmakologisk behandling af patienter under 13 år med sjældne sygdomme som fx skizofreni, andre psykoser, mani-depressivitet o. lign. under døgnindlæggelse. Målgruppen vil også indeholde børn med en kendt børnepsykiatrisk diagnose, hvor der er opstået gradvis eller akut forværring af tilstanden.
Centrale henvisningskriterier
Børn mellem 7 – 13 år: <ul style="list-style-type: none"> • med så udtalte og/eller talrige symptomer, at det medfører forpinthed og/eller funktionsnedsættelse hos patienten og påvirker og belaster familien og omgivelserne, eller der er så svære symptomer pga. komorbiditet, så ambulant udredning og ambulant iværksættelse af behandling ikke er muligt. • der tidligere er børnepsykiatrisk undersøgt, men udviser behandlingsresistens eller utilstrækkelig respons på tidlige ambulante behandling. • der følges ambulant børnepsykiatrisk i en hovedfunktion eller en højtspecialiseret enhed, hvor der er opstået en gradvis eller akut forværring af tilstanden, der kræver døgnindlæggelse.
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?
Fraset de ikke så hyppigt forekommende diagnoser hos børn under 13 år (se ovenfor), adskiller målgruppen sig ikke diagnostisk. Der er dog oftere komorbiditet. Det er her sværhedsgraden og kompleksiteten af psykopatologien i kombination med den psykologiske, psykosociale og funktionsmæssige tilstand hos patienten og familien, der afgør, i hvilket regi patienten behandles.
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra en evt. højt specialiseret funktions målgruppe og henvisningskriterier?
Der er her ikke en egentlig diagnostisk adskillelse af målgrupperne, idet der forekommer døgnindlæggelser af børn under 13 år fra den højt specialiserede målgruppe. Det drejer sig om: <ul style="list-style-type: none"> • Behandlingsresistente psykotiske tilstande. • Komplekse tilstande inden for affektive lidelser, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau, eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret. • Uafklarede komplicerede diagnostiske tilstande inden for ADHD, autisme, OCD og/eller Tourettes-syndrom, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på regionsfunktionsniveau, eller hvor der er psykofarmakologisk behandlingsresistens. Mange af disse patienter vil have en så udtalt sværhedsgrad af symptomatologien, at udredning og iværksættelse/justering af den psykofarmakologiske behandling ikke

vil være mulig ambulant. Der kan også opstå et døgnindlæggelsesbehov for patienter, der følges ambulant af en højtspecialiseret enhed, fordi der er opstået gradvis eller akut forværring af tilstanden.

Derimod vil børn under 14 år med spiseforstyrrelser, der hører til en højt specialiseret målgruppe, blive indlagt på et specialiseret spiseforstyrrelsesafsnit. Det drejer sig om særligt komplicerede patienter med spiseforstyrrelser og komorbide, somatiske og/eller psykiatriske lidelser, hvor behandlingen har været langvarig og kompliceret.

FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD

Varighed og intensitet

Intensiteten er døgnindlæggelse – oftest med ophold hjemme i weekends.

Varigheden for udredningsforløb er oftest 10 – 12 uger. Der ses dog længere indlæggelsesforløb ved sværere, komplekse, behandlingskomplicerede eller resistente behandlingsforløb.

Sammensætning af ambulant og stationær behandling

Inden døgnindlæggelse kan forekomme et ambulant forløb. Efter en døgnindlæggelse vil der ofte forekomme et efterambulant behandlingsforløb, især i forbindelse med medicinsk behandling.

Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse

Risikoen for tilbagefald søges mindsket ved tidlig inddragelse af og konsulenttydelser til de kommunale samarbejdspartnere med henblik på at etablere den sociale efterbehandling. Regionsfunktionen tilbyder supervision og second opinion til hovedfunktionerne.

Der gives relevant psykoedukation og familiebehandling til patienten og familien, ligesom den medicinske behandling varetages af døgnafsnittet, indtil patienten er stabil.

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?

Den adskiller sig ved en intensiv udredning, observation, pleje og behandling under døgnindlæggelse.

Der er særlig opmærksomhed omkring vigtigheden af risikovurdering, herunder vurdering af patientens selvmordsrisiko og eventuelle farlighed.

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra en evt. højt specialiseret funktions udrednings-/behandlingstilbud?

Den adskiller sig ved en intensiv udredning, observation, pleje og behandling under døgnindlæggelse.

Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i regionsfunktionen?

Udredning og evt. behandlingen afsluttes efter døgnindlæggelsen er ophørt. Patienterne afsluttes som hovedregel til hovedfunktionen men kan også henvises til videre opfølgning via kommunerne (socialforvaltningen og PPR) mhp. at etablere det relevante tilbud til barn og familie.

Ved forsat behov for ambulant psykofarmakologisk eller anden specifik børnepsykiatrisk behandling, viderehenvises til lokale hovedfunktionsenheder eller praktiserende børne- og ungdomspsykiatere, når tilstanden er stabil. Såfremt tilstanden er mere kompliceret, henvises til ambulant opfølgning i den pågældende højt specialiserede funktion.

BESKRIVELSE AF REGIONSFUNKTIONEN	
<i>Primær vurdering af surrogatfængslede</i>	
FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER	
Diagnoser, herunder bi-diagnoser	
14-17 årige varetægtsfængslede personer med mistanke om psykotiske tilstande, maniske tilstande og svære depressive tilstande, svær ADHD, svær adfærdsforstyrrelse, svær personlighedsforstyrrelse og autismespektrumforstyrrelser, eventuelt kompliceret af alvorlig suicidalrisiko og anden, allerede kendt, psykiatrisk symptomatologi, om hvem der er truffet en afgørelse om en mentalobservation.	
Symptomer	
Symptomer på betydelige psykiske funktionsnedsættelser; kognitive, adfærds- og følelsesmæssige umodne og uhensigtsmæssige reaktionsmønstre til løsning af konflikter.	
Sværhedsgrad/kompleksitet	
Symptomer på betydelige psykiske funktionsnedsættelser, og risikoen for udadreagerende adfærd skal vurderes.	
Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling	
Ikke relevant.	
Andre karakteristika ved målgruppen	
Personer, som er varetægtsfængslede i surrogat, eller som bliver psykiske syge under afsoningen i Kriminalforsorgens regi.	
Centrale henvisningskriterier	
14-17 årige varetægtsfængslede personer med mistanke om psykotiske tilstande, maniske tilstande og svære depressive tilstande, svær ADHD, svær adfærdsforstyrrelse, svær personlighedsforstyrrelse og autismespektrumforstyrrelser, eventuelt kompliceret af alvorlig suicidalrisiko og anden, allerede kendt, psykiatrisk symptomatologi.	
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens målgruppe?	
De adskiller sig derved at være varetægtsfængslede i surrogat i arresthuse, fængsler og sikrede ungdomsinstitutioner.	
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra en evt. højt specialiseret funktions målgruppe?	
Der er ikke truffet beslutning om mental observation eller pådømt retspsykiatrisk foranstaltning.	
FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD	
Varighed og intensitet	
En til to ambulante samtaler i regionsfunktionens regi. Endvidere vurdering af indikation for mentalobservation. Patienten kan herefter afsluttes.	
Sammensætning af ambulant og stationær behandling	
Overvejende ambulant psykiatrisk vurdering i regionsfunktionen. Er der tillige indikation for indlæggelse, skal det ske i den højt specialiserede retspsykiatriske funktion (sikkerhedsmæssig indikation).	
Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse	
Regionsfunktionen har til opgave at vurdere, om det er relevant at gennemføre en psykiatrisk undersøgelse, og – i bekræftende fald – om den psykiatriske undersøgelse og evt. behandling skal/kan ske ambulant eller under indlæggelse i den højt	

specialiserede funktion. Altså en særligt visiterende funktion med en vurdering af ”indikationen” for dels omfanget af undersøgelse- og behandlingsplanen, dels en eventuel mentalobservation.

Der er ingen oplagte overlap mellem denne specifikke regionsfunktion i børne- og ungdomspsykiatrien og tilsvarende retspsykiatriske regions- eller højt specialiserede funktioner i almenpsykiatrien.

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra en evt. højt specialiseret funktions udrednings-/behandlingstilbud?

Udredningen har som mål at vurdere den psykiatriske problemstilling - både niveauet for den psykiatriske undersøgelses- og behandlingsplan og nødvendigheden af en eventuel mentalobservation.

Altså en særligt visiterende funktion, som vil pege på en relevant undersøgelses- og behandlingsplan og en evt. psykiatrisk efterbehandling i regi af enten hovedfunktionen eller i den højt specialiserede funktion.

Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i regionsfunktionen?

Er der ved vurderingen fundet tegn på behandlingskrævende psykopatologi, har regionsfunktionen til opgave at tage stilling til, om den videre psykiatriske undersøgelse og eventuel behandling skal ske ambulant eller under indlæggelse i enten hovedfunktionens regi eller i den højt specialiserede funktion.

BESKRIVELSE AF REGIONSFUNKTIONEN
<i>Selvordsforebyggelse hos børn og unge</i>
FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER
Diagnoser, herunder bi-diagnoser
Børn og unge til og med det 17. år med diagnoserne X60.-X84, dvs. børn og unge med tilbagevendende selvmordsforsøg og/eller selvmutilerende adfærd. Ingen anden betydende psykiatrisk lidelse.
Symptomer
Børn og unge med tilbagevendende suicidal adfærd/påtrængende suicidale tanker: Aktuelle selvmordstanker, aktuelle selvmordsplaner, evt. handlinger, fremstår forpint, præget af håbløshed, ude af stand til at angive årsager til fortsat at leve, tager ikke afstand fra selvmordshandlinger, bekymring fra netværket, grad af impulsivitet, grad af planlægning. Dvs. en kompleks og kompliceret tilstand.
Sværhedsgrad/kompleksitet
Barnet/den unge skal have en kompleks og kompliceret tilstand, se ovenfor, og behandlingen i hovedfunktionen ikke er tilstrækkelig. Sværhedsgraden/kompleksitet skal forstås som graden/mængden af visse symptomer i form af impulsivitet og eller planlægning, tab af nærtstående, selvmordsforsøg i familien, tidligere selvmordsforsøg, fysisk sygdom hos patienten, psykosociale forhold, netværkets ressourcer, anden psykisk lidelse, misbrug, kognitive ressourcer, tidligere traumer/overgreb.
Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling
Barnet/den unge skal have gennemgået behandling på hovedfunktionsniveau og ikke responderet tilstrækkeligt på dette.
Andre karakteristika ved målgruppen
Centrale henvisningskriterier
Børn og unge der har et kompliceret og komplekst symptombillede, og som ikke har responderet på behandling på hovedfunktionsniveau.
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?
Barnet/den unge har svært behandlelige affektreguleringsvanskeligheder i form af recidiverende selvmordsforsøg/ alvorlig selvbeskadigelse. Symptombilledet er komplekst og kompliceret, og patienten har ikke responderet på behandling på hovedfunktionsniveau.
Hvordan adskiller regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier sig fra en evt. højt specialiseret funktions målgruppe og henvisningskriterier?
Der er ingen højt specialiseret funktion for gruppen børn og unge med disse symptomer.
FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD
Varighed og intensitet
For børn og unge, der henvises til regionsfunktionen, vil behandlingen forventes at løbe over 3-6 måneder med stor intensitet i starten i form af specialiseret behandling, fx dialektisk adfærdsterapi, individuelt og i gruppe med inddragelse af familie eller andet relevant netværk i op til 12-16 uger for derefter at aftage med længere intervaller imellem samtalerne. Derudover etableres et tæt samarbejde med

socialforvaltningen med henblik på at få etableret en udvidet støtte til barnet/den unge i hjemmet eller evt. mulighed for dag-/døgnbehandling.

Da der forligger begrænset evidens for behandling af børn og unge med disse problemer, er det et område, hvor der skal etableres yderligere forskning med tilhørende klinisk database.

Derudover vil regionsfunktionen tilbyde vejledning, rådgivning - herunder supervision og mulighed for second opinion - undervisning med tilhørende undervisningsmateriale til såvel andre hoved -og specialfunktioner inden for regionens børne- og ungdomspsykiatriske centre som tværsektorielt og til voksenpsykiatrien i regionen. Som led i dette skal samarbejdet med voksenpsykiatrien og kommunerne videreudvikles.

Sammensætning af ambulante og stationære behandling

Regionsfunktion har såvel et døgntilbud (åbent og lukket) samt et ambulante tilbud. Det fremtidige ambulante behandlingstilbud er beskrevet ovenfor, aktuelt vil tilbuddet være rådgivning, undervisning samt supervision til det professionelle personale.

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?

Regionsfunktionen har et specialiseret behandlingstilbud til målgruppen, jf. ovenfor, og har derudover en mere overordnet funktion med følgende arbejdsopgaver:

- Videreudvikling af samarbejdet med: børne- og ungdomspsykiatriske centre regionalt og nationalt, kommuner (behandlingskæder), praktiserende læger og praktiserende speciallæger, voksenpsykiatrien, primærsektoren og andre forskningsenheder.
- Forskning: registrering af data i klinisk database samt forskning i forebyggelse og behandling
- Undervisning: etablere undervisningsmateriale til fagpersoner (nøglepersoner), børne- og ungdomspsykiatrien og pårørende samt forestå undervisning regionalt til fagpersoner (nøglepersoner)

Hvordan adskiller regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud sig fra en evt. højt specialiseret funktions udrednings-/behandlingstilbud?

Ikke relevant

Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i regionsfunktionen?

Udredningen afsluttes i regionsfunktionen, når der ikke er fundet anden sværere psykopatologi end tilbagevendende selvmordstanker samt tilhørende adfærd. Hvis der findes anden behandlingskrævende psykopatologi, henvises barnet/den unge til relevant afsnit på hovedfunktionsniveau, regionsfunktionsniveau eller højt specialiseret niveau.

Børn og unge, der har gennemgået det specialiserede behandlingstilbud, afsluttes enten til primærsektoren eller til hovedfunktionen med henblik på videre opfølgning i henhold til behandlingsplanen. Her indgår en vurdering af om selvmordsrisikoen er minimeret, således at barnet/den unge kan fortsætte med et mindre intensivt ambulante tilbud svarende til hovedfunktionens kapacitet på dette område, og behandlingstilbuddet i primærsektoren kan varetage efterbehandlingen.

Litteraturhenvisninger

- SST 2007: Vurdering og visitation af selvmordstruede, rådgivning til sundhedspersonale.
- Regional vejledning vedr. selvmordsrisiko – vurdering af.
- ”Unge selvmordstanker og selvmordsadfærd af Bo Andersen, Iben Stephensen, mfl. 2009 ved Center for selvmordsforskning(CSF), ministeriet for sundhed og forebyggelse.
- Rapport: Unge selvmordsforsøg. CSF 2009.

BESKRIVELSE AF DEN HØJT SPECIALISEREDE FUNKTION
<i>Behandlingsresistente psykotiske tilstande</i>
FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER
Diagnoser, herunder bi-diagnoser
Behandlingsresistente psykotiske tilstande: F06.2 Organisk paranoid eller skizofren sindslidelse. F20.0-F29.9 Skizofreni, paranoide psykoser samt skizoaffektive psykoser. F31.2, F33.3 Bipolære affektive tilstande med psykotiske symptomer.
Symptomer
Psykotiske symptomer: hallucinationer, vragforestillinger, skizofrene tankeforstyrrelser, bizar adfærd, katatone symptomer, negative symptomer ofte sammen med affektive forstyrrelser og suicidal tanker/handlinger eller svær selvskade. Komorbiditet vil ofte være udviklingsforstyrrelser og misbrug.
Sværhedsgrad/kompleksitet
Svære psykotiske symptomer, hvor der er behov for udredning og evt. for længerevarende skærmning og indlæggelse. De psykotiske symptomer skal være af en sværhedsgrad, så de bevirker en væsentlig funktionsnedsættelse og høj grad af forpinthed hos patienten. Social funktion i forhold til familie, kammerater, skole, fritidsinteresser, hygiejne mv. vil være nedsat. Endvidere ses nedsat livskvalitet, manglende subjektiv følelse af veltilpashed og tilfredshed, og endelig kan behovet for vedvarende eller hyppige indlæggelser være øget. Komorbiditet med udviklingsforstyrrelse ses ofte, men ved komorbiditet skal den psykotiske diagnose være den aktuelle aktionsdiagnose. Kompleksitet og komorbiditet skal være undersøgt ved standard børne- og ungdomspsykiatrisk udredning med anamnese, klinisk interview, miljøobservation og psykologisk undersøgelse. Der vil være behov for yderligere skizofreniundersøgelser. Der vil ofte være behov for højrisikobehandling (Leponex, Litium, ECT). Der vil ofte være risiko for selvskade/selv mord/fare. Der kan være andre/somatiske komplikationer.
Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling
Psykotiske symptomer, der trods effektiv antipsykotisk og anden behandling ikke bedres i løbet af 12 uger. Behandling med mindst to antipsykotiske præparater i minimum seks uger skal være forsøgt. Psykotiske symptomer inkluderer positive symptomer, negative, kognitive og depressive symptomer/angstsymptomer samt suicidalitet og vedvarende adfærdsforstyrrelse. I vurderingen af behandlingsrespons medtages også andre funktionelle kriterier såsom social funktion i forhold til familie, kammerater, skole, fritidsinteresser, hygiejne mv. Endvidere ses på livskvalitet, manglende subjektiv følelse af veltilpashed og tilfredshed, og endelig behovet for vedvarende eller hyppige indlæggelser.
Andre karakteristika ved målgruppen
<ul style="list-style-type: none"> • Social belastning og traumer vil hyppigt ses i anamnesen. • Omsorgssvigt, psykisk, fysisk og seksuelt misbrug kan forekomme. • Forældre støtte kan være utilstrækkelig og præget af kontakt til psykisk syge og/eller misbrugende forældre og et resourcefattig netværk. • Der vil være behov for tæt samarbejde med socialforvaltning.
Centrale henvisningskriterier
<ul style="list-style-type: none"> • Svære psykotiske symptomer, social funktionsnedsættelse og høj grad af forpint-

hed trods relevant undersøgelse og behandling i 12 uger.

- Usædvanligt sygdomsbillede, fx hurtig kognitiv forværring, tiltagende bizar adfærd eller paradoks reaktion på behandling.
- Særligt komplicerede bivirkninger til antipsykotisk behandling.

Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?

Høj grad af belastning og manglende ændring i tilstanden trods adekvat behandling i 12 uger. Dette vil ofte ses sammen med øget forekomst af komorbiditet. Der vil ofte være vedvarende suicidalrisiko og gentagne forsøg med selvskade.

Målgruppen adskiller sig fra højt specialiseret tilbud til *unge med komplekse affektive lidelser* ved at have skizofrene psykotiske symptomer. Skizofreniudredning evt. suppleret med andre undersøgelser er indiceret.

Målgruppen adskiller sig fra regionsfunktionen *Opsøgende virksomhed og tidlig intervention over for unge med skizofreni* ved at være undersøgt og behandlet i mindst 12 uger uden tegn på bedring og have social funktionsnedsættelse og høj grad af forpinthet med behov for yderligere undersøgelse og behandling. I forhold til *Opsøgende virksomhed og tidlig intervention over for unge med skizofreni* vil den højt specialiserede enhed undersøge mere bredt for diagnostisk afklaring og komorbiditet, så behandlingen kan målrettes, og så relevant behandlingstilbud kan opstilles i samarbejde med socialforvaltning.

Målgruppen adskiller sig fra psykotiske unge med mental retardering og autisme ved, at de skizofrene psykotiske symptomer er mere overskyggende. Funktionen medtager ikke *Psykotiske tilstande med komorbide psykiske udviklingsforstyrrelser* med moderat - svær grad af generel mental retardering og/eller svært udadreagerende adfærd, idet der henvises til anden regionsfunktion med denne målgruppe.

FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD

Varighed og intensitet

Behandlingsvarighed: Individualiseret forløb. Som udgangspunkt kortvarige forløb op til et halvt år. Tilbuddet kan bestå i vejledning af de primære behandlere, behandling, indlæggelse.

Den højt specialiserede funktion kan tilbyde:

- Vurdering af indikation for undersøgelse for sjældne organiske tilstande, der kan give skizofrenilignende symptomer, som fx: Wilsons sygdom, Chorea Huntington, Velofacialcardial syndrome, 22q11.2 og autoimmune hjernesygdomme.
- Mere specifik neurokognitiv og psykopatologisk udredning som fx CANTAB, SANS/SAPS, SCID interview og ADI/ADOS.
- Mere specifik miljøterapeutisk observation og behandling.
- Specialiseret psykofarmakologisk behandling med monitorering af serumværdier og evt. gentest. Ved behov konsultation med børne- ungdomspsykiatrisk farmakologisk specialiserede læger eller voksenpsykiatere med særlig ekspertise.
- Psykoterapi, hvor indiceret.
- Målrettet psykoedukativt tilbud til forældre, som tilpasses forældregruppens forskellige behov og ressourcer.
- Tæt samarbejde med primære behandlere og socialforvaltning om behandling og efterbehandling, idet denne målgruppe som oftest vil have behov for efterbehand-

Sammensætning af ambulant og stationær behandling
<p>Tæt samarbejde med regionsfunktionen <i>Opsøgende virksomhed og tidlig intervention over for unge med skizofreni</i>. Der lægges vægt på at undgå uhensigtsmæssige brud i kontaktperson-funktionen og/eller i psykoterapeutiske tilbud.</p> <p>Tæt samarbejde med hovedfunktionssengeafsnit. Evt. kan patienten forblive indlagt i hovedfunktion og undersøges af højt specialiseret funktion på konsulentbasis. Specialfunktionen tilbyder supervision og second opinion til hovedfunktionen.</p> <p>Samarbejde på konsulentbasis med neuropædiatere, den højt specialiserede funktion for affektive lidelser i børne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatere og andre eksperter. Der samarbejdes med voksenpsykiaternes specialfunktion mhp. at skabe sammenhængende patientforløb.</p>
Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse
<p>Funktionen er tertiær, og målet er at forebygge genindlæggelser. Tilbagefald forsøges forebygget ved behandlingsplaner – også for efterbehandling fastlagt ved netværksmøder og erklæringer. Ved behov gives ambulant opfølgning, indtil andet tilbud kan overtage (fx hovedfunktion/regionsfunktion, psykiatrisk konsulent på bosted, praktiserende speciallæge). I god tid inden patienten fylder 18 år indledes samarbejde med voksenpsykiatriens specialfunktioner i relation til sammenhængende patientforløb.</p>
Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?
<p>Almen børne- ungdomspsykiatrisk undersøgelse foregår i hovedfunktion/ regionsfunktion. Skizofreniudredning og udredning af affektive symptomer foregår i henhold til regionens vejledning om skizofreniudredning af børn og unge med anamnese, speciallægevurdering, diagnostisk interview, somatisk undersøgelse (inkl. blodprøver) og psykologisk undersøgelse.</p>
Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i den højt specialiserede funktion?
<p>Behandlingen i højt specialiseret funktion afsluttes, når de psykotiske symptomer er aftaget, funktionsniveauet bedret og graden af forpinthed aftaget. Patienten afsluttes til fortsat behandling i hovedfunktion/regionsfunktion, voksenpsykiatrisk specialfunktion, behandlingstilbud i socialt regi eller praktiserende læge.</p> <p>Laveste effektive behandlingstiltag tilstræbes, så patienten hurtigst muligt tilbagehenvises til hovedfunktion/ regionsfunktion. Det forsøges af samme grund at undgå behandlingsbrud i forhold til en evt. kontaktperson og/eller psykoterapeutisk alliance i hovedfunktionen/ regionsfunktionen.</p> <p>Ved afslutning til behandlingstilbud i socialt regi, fx en døgninstitution, følges patienten ambulant, indtil overdragelse til psykiatrisk speciallægekonsulent eller praktiserende speciallæge kan foregå.</p> <p>I få tilfælde vil blive afsluttet til praktiserende læge, fx ved manglende behandlingsalliance eller komplet recovery.</p>

Referencer

Christian G Huber, Dieter Naber, Martin Lambert: Incomplete remission and treatment resistance in first-episode psychosis: definition, prevalence and predictors. *Expert Opin Pharmacother.* (2008) 9(12):2027-2038.

Leucht S, Davis JM, Engel RR, Kissling W, Kane JM. Definitions of response and remission in schizophrenia: recommendations for their use and their presentation. *Acta Psychiatr Scand* 2009; 119 (Suppl 438) 7-14.

BESKRIVELSE AF DEN HØJT SPECIALISEREDE FUNKTION

Komplekse tilstande inden for affektive lidelser...

FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER

Diagnoser, herunder bi-diagnoser

F 30.0 – F 31.9, F32.1, F33.1- F33.3, F34.0, F38.1 som er behandlingsresistente eller komplicerede (manglende indsigt, begrænset motivation, begrænset evne til at mestre symptomer, begrænsede ressourcer i netværket, manglende skolegang, tidligere behandlingsresistente depressioner), eller hvor der er komorbiditet med F10, F 40, F41, F42, F43.1, F45.0, F60-F61.1, F70, F84, F90.

Symptomer

Bipolar lidelse/manisk enkelt episode:

Symptomer svarende til ICD-10 diagnoserne F30.0- F31.9.

Ved en hypoman episode forstås en tilstand karakteriseret ved løftet eller irriteret stemningsleje i mere end eller lig med 4 dage samt mere end eller lig med 3 af følgende symptomer og med nogen påvirkning af dagliglivsfunktioner: øget aktivitet eller rastløshed, øget taletrang, koncentrationsbesvær eller letafledelighed, nedsat søvnbehov, øget seksuel energi, købetrang, overmodig adfærd, øget selskabelighed, overfamiliaritet.

En manisk episode kan være med eller uden psykotiske symptomer, og ved en mani forstås en tilstand med forhøjet stemningsleje uden grund og kan variere fra ubekymret jovialitet til ustyrlig eksaltation. Opstemtheden, eksaltationen eller eretismen skal vare i mere end eller lig med 1 uge, eller der skal være behov for indlæggelse. Derudover skal der være mere end eller lig med 3(4 ved eretisk stemning) af følgende samt nogen påvirkning af dagliglivsfunktioner: hyperaktivitet, rastløshed, uro, talepres, tankeflugt, hæmningsløs adfærd, nedsat søvnbehov, øget selvfølelse, grandiositet, distaktibilitet eller usamlethed, hensynsløs, uansvarlig adfærd, øget sexdrift.

Bipolar affektiv sindslidelse er karakteriseret ved to eller flere episoder, hvor barnet eller den unges stemningsleje og aktivitetsniveau har været tydeligt ændret med såvel en hypomani eller mani som en depression.

Unipolar depression:

Symptomer svarende til ICD-10 diagnoserne ved moderat og svær depression, som er behandlingsresistente og/eller komplekse og/eller med komorbiditet og/eller med manglende psykologisk indsigt, og som ikke kan håndteres i regionsfunktionen.

Symptomerne er min. 2(moderat) eller 3(svær) af følgende tredepressive kernesymptomer: nedtrykthed, nedsat lyst eller interesse, nedsat energi eller øget træthed, samt mindst 4(moderat) eller 5(svær) af følgende depressive ledsagesymptomer: nedsat selvtillid eller selvfølelse, selvbekræftelser eller skyldfølelse, tanker om død eller selvmord, tanke- eller koncentrationsbesvær, agitation eller hæmning, søvnforstyrrelser, appetit- eller vægtændring og som giver betydelig funktionsindskrænkning.

Sværhedsgrad/kompleksitet

Bipolar lidelse/manisk enkelt episode:

Alle bliver behandlet i højt specialiseret funktion.

<p><u>Unipolar depression:</u> Særligt svære og komplicerede affektive lidelser, herunder med komorbiditet.</p>
<p>Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling</p>
<p><u>Bipolar lidelse/manisk enkelt episode:</u> Alle bliver behandlet i højt specialiseret funktion.</p>
<p><u>Unipolar depression:</u> Har ikke responderet på behandling i regionsfunktion, har været indlagt og/eller har behov for ECT.</p>
<p>Andre karakteristika ved målgruppen</p>
<p>Barnet /den unge har svær disposition til psykisk lidelse i familien. Børn/unge med tidligere recidiverende svære og komplicerede affektive lidelser, som ikke har kunnet behandles i regionsfunktion - f.eks. ved manglende eller begrænset respons på behandling - og som har behov for polyfarmakologisk behandling.</p>
<p>Centrale henvisningskriterier</p>
<p>Overordnet: Den affektive lidelse skal være primær og ikke sekundær til anden psykiatrisk sygdom. Patienter med unipolar depression samt unipolar manisk første episode tilbydes et tidsbegrænset behandlingsforløb.</p>
<p><u>Bipolar lidelse/manisk enkelt episode:</u> Alle børn/unge med diagnosticeret eller begrundet mistanke om bipolar lidelse/manisk enkelt episode henvises til højt specialiseret funktion.</p>
<p><u>Unipolar depression:</u> Patienter, der uden sufficient effekt er behandlet på regionsfunktionsniveau (se ovenfor).</p>
<p>Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?</p>
<p><u>Bipolar lidelse/manisk enkelt episode:</u> Alle børn/unge med bipolar lidelse/manisk enkelt episode behandles i højt specialiseret regi</p>
<p><u>Unipolar lidelse:</u> Børn/unge med affektive lidelser, som har behov for behandling med ECT og/eller polyfarmakologisk behandling, herudover diagnostisk særligt vanskelige og/eller er særligt komplicerede og behandlingsresistente.</p>
<p>FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD</p>
<p>Varighed og intensitet</p>
<p><u>Unipolar- og bipolar lidelse:</u> Behandlingsvarighed: op til flere år. Intensitet: evt. indlæggelse. Ambulant typisk initialt minimum 1-2 gange per måned og herefter hver eller hver anden måned. Behandlingstilbuddet inkluderer: medicinsk behandling, psykoedukation til både barnet/den unge samt nære pårørende/familie samt evidensbaseret terapi (individuel og/eller i gruppe). Derudover etableres et tæt samarbejde med socialforvaltningen med henblik på at få etableret en udvidet støtte til barnet/den unge i hjemmet eller evt. mulighed for dag-/døgnbehandling</p>
<p>Derudover tilbydes rådgivning, vejledning og supervision og second opinion til børne- og ungdomspsykiatriske centre med regionsfunktion og hovedfunktion. Der tilby-</p>

des kollegial gensidig rådgivning og vejledning med voksenpsykiatriens specialfunktioner vedrørende affektive lidelser, både ved igangværende patientforløb samt i relation til et sammenhængende patientforløb ved overgangen fra børne- og ungdomspsykiatrien til voksenpsykiatrien.
Sammensætning af ambulante og stationære behandlinger
Behandlingen kan være såvel ambulant som stationær med mulighed for indlæggelse i åbent eller lukket døgnafsnit. Endvidere skal der være adgang til ECT-behandling.
Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse
Medicinsk behandling/psykoterapi/psykoedukation af barnet/den unge samt psykoedukation af nære pårørende/familie og evt. professionelt netværk. Regelmæssig ambulant opfølgning indtil barnet/den unge er i sikker bedring og tilstanden er stabil.
Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?
<u>Unipolar -og bipolar lidelse:</u> Den højt specialiserede funktion har særlig ekspertise inden for udredning og behandling af de komplekse og komplicerede affektive lidelser, herunder behandling med bl.a. ECT samt polyfarmakologisk behandling i kombination med psykoedukation og psykoterapi af barnet/den unge og familien, hvor behandling på regionsniveau har været utilstrækkelig.
Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i den højt specialiserede funktion?
<u>Bipolar lidelse/manisk enkelt episode:</u> Patienter med bipolar lidelse følges på højt specialiseret niveau, indtil de skal videreføres til fortsat behandling i voksenpsykiatrien.
<u>Unipolar depression:</u> Patienten afsluttes til hoved-/regionsfunktionen/praktiserende speciallæge i børne- og ungdomspsykiatri/psykiatri, når patienten er stemningsneutral og i en stabil behandling.

Litteraturliste

- ”Målgruppeafgrænsning i Voksenpsykiatrien”, 2009 Region Hovedstaden
- Vejledning i behandling af depression hos børn og unge, 2010
- Udredning af bipolare lidelser: Se vejledning for unipolar lidelse, NICE 38, (AACAP 2006)
- Behandling af bipolare lidelser: NICE 38, AACAP 2006
- Behandling af de unipolare lidelser: Se regional vejledning, TORDIA studie 2009-2010 Emslie

BESKRIVELSE AF DEN HØJT SPECIALISEREDE FUNKTION

Uafklarede komplicerede diagnostiske tilstande inden for ADHD, autismespektret, OCD og/eller Tourette-syndrom...

FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER

Diagnoser, herunder bi-diagnoser

- F90.0-F90.9+F98.8: Hyperkinetiske forstyrrelser og opmærksomhedsforstyrrelser
- F84.0-F84.9: Autismespektrum forstyrrelser
- F42.0-F42.9: OCD
- F95.2: Tourette-syndrom

Ved disse lidelser er der ofte komorbiditet indbyrdes samt med andre psykiatriske lidelser, som fx affektive lidelser, angstlidelser og adfærdsforstyrrelser. Der kan være somatisk komorbiditet og komplicerede psykosociale forhold.

Symptomer

- ADHD er karakteriseret ved hyperaktivitet, impulsivitet og opmærksomhedsforstyrrelse.
- Autismespektrum er karakteriseret ved afvigende socialt samspil, kommunikation og adfærds-, interesse- og aktivitetsmønstre.
- OCD er karakteriseret ved tvangstanker og -handlinger, angst, adfærdssymptomer og undgåelsesadfærd.
- Tourettes syndrom (TS) er karakteriseret ved kombinerede, komplicerede motoriske tics samt vokale tics.

Sværhedsgrad/kompleksitet

Patienten kan have uafklaret diagnostisk tilstand pga. andre samtidige psykiske eller somatiske symptomer, som har været forsøgt udredt i regionsfunktionen.

Behov for intensiv miljøterapeutisk behandling, herunder evt. under skærmede forhold.

Behov for en kombination af ovenstående og psykoterapeutisk tilbud, evt. familiebehandlingstilbud, eller samarbejde med andre specialer på højt specialiseret niveau.

Patientens symptomer er svært invaliderende med udtalt funktionsnedsættelse og forpinthed, hvor det evt. er nødvendigt at anvende tvang.

Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling

Der kan være tale om utilfredsstillende respons på behandling udført i regionsfunktionen.

Andre karakteristika ved målgruppen

Ekstremt vanskelige tilfælde som diagnostisk eller behandlingsmæssigt kræver intensiv undersøgelses- og behandlingsindsats som beskrevet ovenfor.

En del patienter kan have mental retardering som komplicerende faktor. Dette gør sig især gældende for patienter med autisme.

Centrale henvisningskriterier

- Komplekse differentialdiagnostiske problemstillinger
- Svære symptomer kombineret med svær komorbiditet
- Behandlingsresistens
- Tvangsbehandling

Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?

Ved højt specialiseret funktion er målgruppen karakteriseret ved en eller flere af føl-

gende:

- Der har været vanskeligheder ved farmakologisk behandling pga. behandlingsresistens, svære bivirkninger eller behov for kompliceret polyfarmaci.
- Patienten kan have uafklaret diagnostisk tilstand pga. andre samtidige psykiske eller somatiske symptomer, som har været forsøgt udredt i regionsfunktionen.
- Behov for intensiv miljøterapeutisk behandling, herunder evt. under skærmede forhold.
- Behov for en kombination af ovenstående og psykoterapeutisk tilbud, evt. familiebehandlingstilbud, eller samarbejde med andre specialer på højt specialiseret niveau.
- Patientens symptomer er svært invaliderende med udtalt funktionsnedsættelse og forpinthed, hvor det evt. er nødvendigt at anvende tvang.

FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD

Varighed og intensitet

Funktionen tilbyder differentieret udrednings- og behandlingstilbud, således at der er mulighed for både dag- og døgnindlæggelse og opfølgende ambulante behandling. Ved døgnindlæggelse er der mulighed for skærmede pladser til udadreagerende og meget urolige patienter.

Funktionen har samarbejde med andre tilknyttede specialer såsom pædiatri, neuropædiatri, voksenpsykiatri, neurologi og genetik på højt specialiseret niveau, og inkluderer både miljøterapeutisk, psykofarmakologisk og psykoterapeutisk behandling, herunder familiebehandling. Ved OCD kan tilbydes eksponeringsterapi.

Har psykoedukativt tilbud til både patienter og pårørende.

Har samarbejde med socialforvaltning og PPR med henblik på social efterbehandling.

Den højt specialiserede funktion har konsulent- og supervisionsvirksomhed i forhold til hoved- og regionsfunktionen og har forpligtelse til forskning og udvikling af fagområdet. Funktionen kan tilbyde "second opinion".

Den højt specialiserede funktion har en snitflade til regionsfunktionen "Psykotiske tilstande med komorbide udviklingsforstyrrelser". Psykotiske patienter med udviklingsforstyrrelser og med behov for døgnindlæggelse, evt. under skærmede forhold, vil kunne tilbydes dette på nærværende højt specialiserede funktion.

Sammensætning af ambulante og stationære behandling

Den højt specialiserede funktion giver mulighed for at differentiere behandlingstilbuddet, idet patienternes behov for ambulante og stationære behandling, herunder behandling af mere intensiv karakter, kan være skiftende i sygdomsforløbet. Nogle patienter vil efter døgnindlæggelse kunne afsluttes til regions- eller hovedfunktion, mens andre vil have behov for et dag- eller ambulante behandlingstilbud på højt specialiseret niveau i en længere periode.

Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse

Varetages ved ambulante efterbehandlingsforløb eller konsulent-/supervisionsvirksomhed til hoved- og regionsfunktionen.

Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?

Den højt specialiserede funktion kan tilbyde skærmede pladser på døgnafsnittet, kompleks farmakologisk behandling, inkl. polyfarmaci, ved svært behandlelige symptomer og ved somatisk og psykiatrisk komorbiditet, intensiv miljøterapeutisk behandling, og mulighed for at kombinere dette med psykoterapi og familierapi af særligt komplicerede tilfælde. Der er samarbejde med tilknyttede specialer på højt specialiseret niveau og samarbejde med regionsfunktionen "Psykotiske tilstande med komorbide udviklingsforstyrrelser".

Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i den højt specialiserede funktion?

Patienter, som efter et udrednings- og/eller behandlingsforløb i den højt specialiserede funktion fremtræder stabile, hvor der ikke er hyppige tilbagefald af svært behandlelige eller uafklarede symptomer, kan afsluttes til regions- eller hovedfunktion.

Patienter, som vedvarende har behov for behandling svarende til det højt specialiserede niveau, kan være tilknyttet denne funktion i en længere periode.

BESKRIVELSE AF DEN HØJT SPECIALISEREDE FUNKTION

Særligt komplicerede patienter med spiseforstyrrelser og komorbide somatiske og/eller psykiatriske lidelser

FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER

Diagnoser, herunder bi-diagnoser

Komplicerede spiseforstyrrelser inden for diagnoserne F 50.0, 50.1, 50.2, 50.3, 50.8 og 50.9. Alvorlig sygdomsgrad med følgende bidiagnoser:
 Psykose, sværere gennemgribende udviklingsforstyrrelser, svær OCD, alvorligere personlighedsforstyrrelser, angst, depression, somatiske lidelser, f.eks. diabetes.
 Børn/unge, som ud over en kompliceret spiseforstyrrelse med komorbiditet, også har svært psykosocialt belastede familier, som viser sig i ICD-systemet på akse 5.

Symptomer

Vægttab på over 15-25 % af normalvægt eller hurtigt vægttab samt spiseforstyrret adfærd – jvf. diagnostiske kriterier i ICD10, som ud over vægttabet også indeholder undgåelse af fedende føde, forstyrret legemsopfattelse og endokrine forstyrrelser med amenorrhea. Alvorlig komorbiditet, som kan vise sig med forskellige symptomer, såsom sænket stemningsleje, angst, tvangstanker og -handlinger, rigiditet og problemer i socialt samspil, vrangforestillinger og hallucinationer, misbrug eller personlighedsforstyrrelse.

Sværhedsgrad/kompleksitet

- Spiseforstyrrelse grad 4 + grad 5. Udtalt vægttab eller overspisninger eller opkastninger talrige gange dagligt, hvor det somatiske helbred er alvorligt truet.
- Selvindsigt, motivation og evne til at bekæmpe tvangsprægede tanker og spiseforstyrret adfærd er dårlig.
- Svær komorbiditet i form af angst, depression, gennemgribende udviklingsforstyrrelse, psykose, misbrug eller personlighedsforstyrrelse.
- Netværk og familie kan ikke yde tilstrækkelig støtte.

Hvis der er en så patologisk spiseadfærd, at der kræves et struktureret miljø med daglig observation eller overvågning, kan behandlingen foretages i højt specialiseret dagbehandling. Behandlingen sker på højt specialiseret døgnafdeling, når der er behov for monitorering hele døgnet, overvågning pga. alvorlig suicidalrisiko eller behov for tvangsbehandling (herunder både sondeernæring, tvangsmedicinering, evt. fastholdelse og fast vagt).

Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling

Ikke tilstrækkelig effekt af behandlingen på regionfunktionsniveau inden for en rimelig tidsramme. Forældrene magter ikke at varetage ansvar for spisningen.

Andre karakteristika ved målgruppen

Intensiv støtte til familien er påkrævet, ofte i tæt samarbejde med socialforvaltning da forældrene til disse patienter hyppigt er kriseprægede/traumatiserede af sygdommens indflydelse på hele familien.

Centrale henvisningskriterier

Opfylder diagnosekriterier, mindst grad 4 i henvisningskriterierne, såsom: vægttab mere end 15 %, dårlig psykologisk indsigt, dårlig motivation for behandling, dårlig evne til at bekæmpe obsessive tanker. Overvågning og struktur er nødvendig under spisning og på flere andre områder. Patienten har komorbiditet.

Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?

Sværhedsgrad af spiseforstyrrelsen og komorbiditet:

Den højt specialiserede målgruppes patienter er ofte ikke i stand til at spise selv og har dårlig sygdomsindsigt. Der er ofte brug for tvangsbehandling. Komorbiditeten er mere kompliceret og spiseforstyrrelsen forværres af den. Forældrene kræver mere specifik og intensiv støtte. Forældrene kan have egne psykiske eller sociale vanskeligheder.

Hovedfunktionens/regionsfunktionens målgruppe er mindre kompliceret og familien kan udnytte gængs familierapi og rådgivning.

Henvisningen kommer oftest fra hovedfunktionen eller regionfunktionen og kan både være med henblik på ønske om ambulante og/eller stationære behandling.

FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD

Varighed og intensitet

Udredning af spiseforstyrrelse som på hovedfunktionens/regionfunktionsniveau. Herudover også udredning for komorbiditet, somatisk udredning af potentielle senkomplikationer og kontrol af disse. Udredning og behandling foregår i højt specialiseret ambulatorium som højt specialiseret dagbehandling eller ved døgnindlæggelse på højt specialiseret niveau med overvågning og evt. tvangsbehandling til vægtstigning/vægtnormalisering.

Metoderne inkluderer støtte og kognitiv terapi til barnet/den unge, psykoedukation, fysioterapi, forældre støtte og måltidstræning. Herudover er familierapi og flerfamilierapi - begge metoder med fokus på at øge familiens ressourcer og give forældrene en aktiv rolle i at bekæmpe sygdommen. Behandling for komorbiditet er et andet vigtigt område, som udformes efter retningslinjer, som foreligger for de enkelte tilstande, som eksempelvis selvforståelsesgrupper for patienter med gennemgribende udviklingsforstyrrelse og kognitiv terapi for patienter med tvangslidelse.

Ved døgnindlæggelse på højt specialiseret niveau pågår behandlingen, indtil patienten med støtte fra familien klarer at øge vægt/holde vægt ved weekendophold i hjemmet, hvorefter behandlingen i første omgang overgår til højt specialiseret dagbehandling eller højt specialiseret behandling i ambulante regi. Der anbefales således, at patienter, der kræver højt specialiseret behandling, primært fortsætter i dette regi, eftersom de komplicerende faktorer sjældent forsvinder og kræver specifikke behandlingsindsatser. Desuden er kontinuiteten i behandlingen til en vis grad recidivforebyggende. Der er ofte brug for tæt samarbejde med socialforvaltning og specialskoler samt etablering af sociale støtteforanstaltninger pga. af de komorbide lidelser.

Gennemsnitlig varighed 1 til 3 år. Den højt specialiserede funktion tilbyder second opinion og supervision til hovedfunktionen og til regionsfunktion, i den grad det er mere naturligt at patienter fortsætter et påbegyndt behandlingsforløb, og hvis der er tale om en kortvarig intervention. Den højt specialiserede funktion samarbejder med de voksenpsykiiske centre med målet at skabe gode samarbejdsrelationer og lette overgangen mellem centrene for unge, der fylder 18 år.

Sammensætning af ambulante og stationære behandling

Vurderes ud fra behov for daglig intensiv støtte og struktur i forhold til vægtøgning, som bedst kan ydes på et døgnafsnit eller i dagbehandling. Tvangsbehandling på døgnafsnit kan være nødvendig. Laveste tilstrækkelige niveau hele tiden.

Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse
<p>Patienterne bliver på højt specialiseret niveau, så længe det vurderes nødvendigt, men intensiteten på behandlingen mindskes. Netværksmøder med kommunerne er vigtige. Hvis komorbiditeten kan behandles, således at tilstanden er stabil, kan patienten følges videre i ambulant behandling på hovedfunktionsniveau og en god overlevering af patient og familie er vigtig for at forebygge recidiv. Konsulentbistand både til efterbehandlingsinstitutioner og ambulatorier på hovedfunktionsniveau kan behøves.</p>
Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?
<p>Den højt specialiserede funktion har en bredere udredning i forhold til komorbiditet og kognitive ressourcer. Der er flere differentierede behandlingstilbud. Der er mulighed for mere intensiv og individuelt tilrettet behandling i forhold til komorbiditet, f.eks. i form af selvforståelsesgrupper vedrørende autisme-relaterede vanskeligheder. Der lægges også vægt ved metodisk motivationsarbejde. Der er mulighed for hjemmebesøg, specialiseret dag- og døgnbehandling og tvangsbehandling. Der er fokus på senkomplikationer og mulighed for aktiv opsøgende opfølgning. Der er behov for flere netværksmøder og samarbejde med andre specialer.</p>
Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i den højt specialiserede funktion?
<p>Når kompleksiteten mindskes, reduceres behandlingsintensiteten. Når patienten er stabil mhp. både spiseforstyrrelses symptomer og komorbiditetssymptomer, kan patienten afsluttes til ambulant behandling i hovedfunktionen eller til døgnbehandling i regionsfunktionen. Det vil kunne tage fra 1-3 år. Patienten kan afsluttes til efterbehandling i kommunalt regi, når der ikke findes tilstrækkelig støtte i hjemmet til at understøtte den ambulante behandling, som kræves for at vægten kan stabilisere sig over tid.</p>

BESKRIVELSE AF DEN HØJT SPECIALISEREDE FUNKTION

Spæd- og småbørn (0-3 årige) med svære neuroregulatoriske forstyrrelser og spiseproblemer

FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER
Diagnoser, herunder bi-diagnoser

Svære neuroudviklingsforstyrrelser (multisystem, gennemgribende og generelle).
Kompliserede neuroregulatoriske vanskeligheder og tilknytningsforstyrrelser.

Kompliserede spiseforstyrrelser, herunder spiseforstyrrelser som komplikation til kongenitte GI-og cardielle misdannelser og spiseforstyrrelser kompliceret med neuroregulatoriske vanskeligheder, tilknytningsforstyrrelser og multisystem/ gennemgribende udviklingsforstyrrelser.

Symptomer

- Forstyrrelser i socialt samspil og kontakt
- Forstyrrelse/forsinkelse i kognitiv, sproglig og motorisk udvikling
- Forstyrrelse i regulering/bearbejdning af stimuli
- Forstyrrelser i regulering af aktivitet, koncentration, opmærksomhed og impulsivitet
- Spiseproblemer/forstyrrelser med/uden påvirkning af fysisk trivsel
- Søvnforstyrrelser
- Adfærdsafvigelse: bevægeanomali, rokke, stereotypier, mannerismer, aggressiv/impulsiv/selvstimulerende adfærd, selvmuterende/selvskadende adfærd
- Apati, tristhed, angstreaktioner, anspændthed, uro, udtalt gråd
- Forstyrrelser i forældre-barn relationen

Sværhedsgrad/kompleksitet

Kompleks symptomatologi pga. psykiatrisk og somatisk komorbiditet og flere konkurrerende udløsende/vedligeholdende/forværende faktorer, fx:

- Neuroudviklingsforstyrrelser og spiseforstyrrelser med forældre-barn relationsforstyrrelser. Neuroudviklingsforstyrrelser og tilknytningsforstyrrelser.
- Psykisk forstyrrelse hos barnet komorbid med psykopatologi hos forældre.
- Psykisk forstyrrelse hos barnet komorbid med somatisk (fx alvorlig væksthæmning) eller neuropædiatrisk (fx epilepsi) sygdom.

Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling

Ikke tidligere behandlet eller utilstrækkeligt behandlingsrespons ved hoved- eller regionsfunktion.

Andre karakteristika ved målgruppen

Psykiske sygdomme hos spæde og småbørn er præget af et kompleks samspil mellem neuroregulatoriske, kognitive og fysiske symptomer, hvis præsentation er afhængigt af barnets udviklingstrin og forældre-/mor-barn relationen.

Behandlingskrævende vanskeligheder overses eller fejltolkes ofte pga. mangelfuld viden om karakteristiske symptommanifestationer specielt hos spæde og småbørn under 2 år. Symptomer på komorbide neurologiske/genetiske sygdomme komplicerer det kliniske billede i særlig grad ved svære neuro-udviklingsforstyrrelser.

Tilsvarende betyder komorbid somatisk sygdom og somatiske komplikationer ved alvorlige spiseforstyrrelser risiko for forværrede psykiske symptomer pga. CNS påvirkning i tilslutning til under-/fejlernæring og væske/elektrolyt derangement.

Relationsproblemer forstærker kompleksiteten ved ovenstående tilstande.

Centrale henvisningskriterier
Svære neuroudviklingsforstyrrelser (multisystem, gennemgribende og generelle). Komplicerede neuroregulatoriske vanskeligheder og tilknytningsforstyrrelser. Komplicerede spiseforstyrrelser, herunder spiseforstyrrelser som komplikation til kongenitte GI-og cardielle misdannelser og spiseforstyrrelser kompliceret med neuroregulatoriske vanskeligheder, tilknytningsforstyrrelser og multisystem/ gennemgribende udviklingsforstyrrelser.
Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?
Ved sygdommens sjældenhed, kompleksitet eller sværhedsgrad mht. udredning og behandling. Ved behov for spæd- og småbørnspsykiatrisk-pædiatrisk parallelløb (uafklarede neuropædiatriske tilstande med CNS-symptomer, svære spiseforstyrrelser krævende ernæring ved NG, PEG eller IV).
FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD
Varighed og intensitet
Det, som er beskrevet for regionsfunktionen for spæd- og småbørnspsykiatri, gælder også for den højt specialiserede funktion. Ved sjældne og komplicerede neuropsykiatriske lidelser med komplekse neurologiske symptomer og ved komplicerede spiseforstyrrelser er tæt somatisk monitorering og ernæringsregime nødvendigt. Denne patientgruppe er i særlig risiko for hyppige infektioner, gastro-intestinale symptomer (kvalme, opkastninger, obstipation), dehydrering, samt under-/fejlernæring (mangeltilstande mht. proteiner, vitaminer, mineraler, salte, sporstoffer). Symptomer på somatiske komplikationer kan være vage og ukarakteristiske med risiko for at blive overset/fejltolket/underbehandlet. Ved højt specialiseret funktion forestår specialuddannede læger og sygeplejersker behandlingen i tæt samarbejde med pædiatrisk specialafdeling (herunder mht. indikation for sondebehandling/sondesponering). Varighed: 1. Neuroregulatoriske forstyrrelser/forstyrrelser af aktivitet og opmærksomhed med komorbiditet (6-16 uger) 2. Spiseforstyrrelser med komorbiditet, sonde (8-40 uger)
Sammensætning af ambulant og stationær behandling
1. 6 uger stationær, 10 uger ambulant 2. 8-16 uger stationær, 10-16 uger ambulant Konsulentbistand til hovedfunktion/regionsfunktion og supervision og second opinion til hovedfunktion/regionsfunktion og, efter aftaler med hovedfunktion/regionsfunktion, til primær sektor eller socialsektoren.
Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse
Forebyggelse af recidiv: Efterambulant forløb (4-16 uger afhængigt af tilstandens stabilitet, fx mht. spiseproblemer).
Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?
Kompleksitet, sværhedsgrad og sjældenhed.
Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i den højt specialiserede funktion?
Afsluttes til regionsfunktion eller hovedfunktion, når tilstanden ikke længere er kompliceret og ikke længere kræver specialiseret viden. Afsluttes via konsulentfunktion til regions- eller hovedfunktion.

BESKRIVELSE AF DEN HØJT SPECIALISEREDE FUNKTION
<i>Ungdomsret psykiatrisk funktion vedr. mentalobservationer og dom til behandling under indlæggelse</i>
FUNKTIONENS MÅLGRUPPE OG HENVISNINGSKRITERIER
Diagnoser, herunder bi-diagnoser
<ul style="list-style-type: none"> • 14 -17 årige foranstaltningssdomte patienter, som er idømt enten dom til anbringelse dom til psykiatrisk behandling og skal indlægges, eller følge ambulante behandling i henhold til dom til ambulante psykiatrisk behandling eventuelt med mulighed for indlæggelse. • Patienter, som er varetægtsfængslede i surrogat på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, enten efter kendelse efter lægelig beslutning eller mentalobservander efter retskendelse, eller psykisk syge straffasonere. • Patienter, som man kan mistænke lide af sindssygelige organiske tilstande, psykotiske lidelser, manier og psykotiske depressioner, hyperkinetisk (ADHD) adfærdsforstyrrelse, autismespektrumforstyrrelser, alvorlig svækkelse af psykiske funktioner og med mental retardering om hvem, der er truffet en afgørelse om en mentalobservation.
Symptomer
<p>Patienterne, som skal behandles i den højt specialiserede funktion, har symptomer og fund forenelige med ovenstående diagnostiske grupper; patienterne vil kunne være præget af svært forstyrret adfærd, affektlabilitet, aggression, agitation og angst og ofte i kombination med psykose, og de fremtrædende personlighedstræk vil være oppositionelle og dyssociale.</p>
Sværhedsgrad/kompleksitet
Ovenstående diagnostiske grupper eventuelt i kombination med alvorlig suicidalrisiko.
Behandlingsresistens/respons på tidligere behandling
Ikke relevant.
Andre karakteristika ved målgruppen
<p>Børne- og ungdomspsykiatrien og den retspsykiatriske ekspertise i almenpsykiatrien skal indlede et samarbejde om særligt vanskelige patienter med komplicerede psykiatriske tilstande og sikkerhedsmæssige vilkår inden - og efter - det fyldte 18. år.</p> <p>Patienterne, som har behov for psykiatrisk behandling under særlig kontrollerede forhold, kan være præget af adfærdsforstyrrelse med højt aggressionsniveau, tendens til vold, flugtrisiko og misbrug.</p> <p>Retspsykiatrisk ekspertise medfører indiskutabelt behov for personaleuddannelse, sikkerhed, sikring og beskæftigelsesmuligheder for patienterne.</p>
Centrale henvisningskriterier
<p>Indlæggelseskrævende psykiatrisk behandling hos retspsykiatriske patienter, misligholdelse af ambulante psykiatrisk behandling, afgørelse om mentalobservation under indlæggelse eller dom til anbringelse eller psykiatrisk behandling.</p> <p>Surrogatvaretægtsfængslede mhp. psykiatrisk behandling under indlæggelse eller psykisk syge straffasonere.</p>
Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions målgruppe og henvisningskriterier sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens målgruppe og henvisningskriterier?

<p>Patienten er underlagt en retslig foranstaltning (mentalobservation) eller idømt retslig foranstaltning.</p>
<p>FUNKTIONENS UDREDNINGS-/BEHANDLINGSTILBUD</p>
<p>Varighed og intensitet</p>
<p>Udredningen, som sker under mentalobservationen, varer som hovedregel seks uger for de ambulante undersøgelser og under indlæggelse cirka otte uger i henhold til Rigsadvokatens meddelelse nr. 5/2007.</p> <p>Udredning og behandling skal ske efter de almindelige undersøgelses- og behandlingsplaner, og varigheden anslås til 3 – 12 måneder.</p> <p>De to specialer (børne- og ungdomspsykiatrien og voksenpsykiatrien) samarbejder om konkrete patienter, som under deres forløb i børne- og ungdomspsykiatrien bliver myndige.</p>
<p>Sammensætning af ambulant og stationær behandling</p>
<p>Mentalobservation; ambulant og under indlæggelse. Modtagelse af nye, akutte retspsykiatriske patienter til indlæggelse. Efterambulant behandling af retspsykiatriske patienter. Inddragelse af forældrene, pårørende og de kommunale forvaltninger er obligatorisk i de psykiatriske undersøgelses- og behandlingsplaner for de børne- og ungdomspsykiatriske patienter.</p>
<p>Forebyggelse/tilbagefaldsforebyggelse</p>
<p>Ikke relevant.</p>
<p>Hvordan adskiller den højt specialiserede funktions udrednings-/behandlingstilbud sig fra hovedfunktionens/regionsfunktionens udrednings-/behandlingstilbud?</p>
<p>Alle retspsykiatriske patienter udredes og behandles i den højt specialiserede funktion.</p>
<p>Hvornår og hvortil afsluttes udredningen/behandlingen i den højt specialiserede funktion?</p>
<p>Mentalobservation afsluttes efter seks uger for de ambulante undersøgelsers vedkommende, mens mentalobservationerne under indlæggelse oftest gennemføres i løbet otte uger, og de afsluttes begge i henhold til kendelse.</p> <p>De foranstaltningdømte patienter afsluttes afhængig af klinisk forløb til enten hovedfunktionen (hvis de ikke længere er retspsykiatriske), psykiatriske efterbehandlingsinstitutioner eller ved myndighed til voksenpsykiatrien.</p> <p>Patienter, som er varetægtsfængslede i surrogat på børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling, eller psykisk syge strafafsonere vil afhængig af klinisk forløb og efter endt behandling blive ført tilbage til de sikrede institutioner, arresthuse og fængsler. Eller afhængig af behov blive afsluttet til egen læge, hovedfunktionen eller løsladt efter kendelse.</p>