Psykiatri

# CVD Orientering

## Marts 2018

**Visitation**

**Visitation til specialfunktioner**
Vedhæftet oversigt over visitation til specialfunktion – (side 3 og 4)

**Visitation til ældreteams – foreløbige kriterier**

- Henvisninger vedr. adfærdsforstyrrelser som led i kendt demenssygdom visiteres til Hukommelsesklinikken.
- Hvis Hukommelsesklinikken vurderer at pt. er færdigudredt for demenssygdom, i relevant antidemens behandling og der primært er tale om en sværere gerontopsykiatrisk problemstilling sendes henv. til CVI-PSYK med en begrundelse. Henv. sendes ATT Peter W Jepsen.
- Viderehenv. til CVI-PSYK kan ske efter vurdering af journal og henv. eller klinisk vurdering af pt.
- Pt. der henv. grundet adfærdsforstyrrelser, som ikke er diagn. med demens, men hvor der er mistanke om demens: Subakut behandling for sværere adfærdsforstyrrelse varetages af Gerontopsykiatrien. Hvis der er behov/indikation for udredning af demens foregår dette via Hukommelsesklinikken. Der kan være tale om parallelforløb.

| | Kendt demens diagnose | Mistanke om demens |
|---|---|---|
| Akut/subakut problem med sværere adfærdsforstyrrelse | Henv > Huk som kan varetage selv eller viderehenv til GerPsyk med begrundelse | Adfærdforstyrrelsen varetages initialt af GerPsyk.<br><br>Demens udredning varetages efterfølgende af Huk |
| Længevarende progredierende ikke subakut problem med sværere adfærdsforstyrrelse | Henv > Huk som kan varetage selv eller viderehenv til GerPsyk med begrundelse | Adfærdforstyrrelsen varetages initialt af GerPsyk.<br><br>Demens udredning varetages af Huk.<br><br>Vil ofte være parallelforløb |

**Intern visitation til DPC**
Ved interne henvsininger/flytninger skal pt. flyttes via amb best/ord i SP – her kan der bookes en 1. samtale på det modtagende center. (Vedhæft overigt over DPC – bilag 2)

**Visitation til angst-og depressionspakke**
CVI skal være opmærksom på muligheden for at *tilbagevise patienter, såfremt de ikke er forsøgt behandlet hos PPP*. Patientforløbsbeskrivelserne på Sundhed.dk lukker op for denne tolkning:

Angst:

Alle patienter bør i første omgang vurderes i almen praksis, og behandlingen iværksættes så vidt muligt i primærsektoren – både hvad angår medicin og terapi.

Lettere til moderate angst og OCD tilstande behandles som udgangspunkt i primærsektor enten med medicin og/eller samtale hos praktiserende læge eller *ved henvisning til privatpraktiserende psykiater og/eller med henvisning til kognitiv psykolog*, så vidt muligt med henvisning over sygesikringen (gældende til og med patienten er fyldt 38 år).

Patienter kan henvises til ambulant behandling i hospitalspsykiatrien, såfremt behandlingen i primærsektor (*herunder praktiserende speciallæge i psykiatri*) ikke har været virksom, eller hvis patienten er uafklaret, grundet svær symptombelastning og meget lavt funktionsniveau, og forløb i primærsektor ikke har givet tilstrækkelig afklaring.

Depressiv enkeltepisode:

Alle patienter bør i første omgang vurderes i almen praksis.

Patienter med lettere depression eller ukompliceret moderat depression udredes og behandles i almen praksis, evt. hos praktiserende psykolog.

Ved manglende effekt af behandling samt ved forværring, *bør pt henvises til speciallæge i psykiatri.*
Ved moderat depression af kompliceret grad såsom langvarig tilstand uden behandlingseffekt (>1 år), kompliceret med fysiske sygdomme fx apopleksi cerebri, mv., misbrug eller anden psykiatrisk komorbiditet og ved svær depression, henvises pt til ambulant hospitalspsykiatrisk behandling.

# Visitation til specialfunktioner

Sundhedsstyrelsens specialeplan sætter rammerne for, hvilke offentlige og private sygehuse, der må varetage specialiserede sygehusfunktioner i Danmark. Ca. en tiendedel af sygehusydelserne i Danmark planlægges på den måde af Sundhedsstyrelsen. Der er tale om funktioner, som Sundhedsstyrelsen stiller særlige krav til, fx fordi der er tale om sjældne tilstande og behandlinger, fordi varetagelse er meget kompleks, eller fordi funktionerne kræver særlige ressourcer.

Den nyeste revision af Sundhedsstyrelsens Specialevejledning for psykiatri trådte i kraft 1. juni 2017. Specialevejledningen ('specialeplanen') er udarbejdet som led i Sundhedsstyrelsens specialeplanlægning, jf. sundhedslovens §208, som omhandler organiseringen og varetagelsen af specialfunktioner på regionale og private sygehuse. Specialeplanen for psykiatri omfatter 15 regionsfunktioner og 10 højt specialiserede funktioner.

Det er karakteristisk for psykiske sygdomme, at den enkelte sygdom varierer i sværhedsgrad – også hos den enkelte patient. Det kan derfor være vanskeligt at vurdere, hvornår en psykisk sygdom er af en sådan sværhedsgrad, at patienten skal henvises fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau. Nedenstående kriterier indgår i beskrivelsen af de fleste regionsfunktioner til at skelne mellem, hvornår patienter kan behandles i hovedfunktion, og hvornår de skal henvises til regionsfunktion. Kriterierne anvendes dog ikke ved følgende regionsfunktioner: Somatoforme lidelser, personlighedsforstyrrelser, sexologisk lidelse, retspsykiatri og traumatiserede flygtninge.

Visitation til specialfunktioner sker efter henvendelse til CVI.

Når behandling i regionsfunktion er afsluttet, kan regionsfunktionsniveauet tilbagehenvise patienten til hovedfunktionsniveauet.

**Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau:**

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

og/eller

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

og/eller

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

og/eller

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

I de tilfælde, hvor de fire kriterier indgår i beskrivelsen af regionsfunktionen, må kriterierne anses for at være overordnet regionens egen fortolkning af, hvorledes den pågældende funktion skal varetages.

Region Hovedstadens Psykiatris (RHP) beskrivelse af de specialfunktioner, som varetages af RHP, fremgår af specialfunktionsbeskrivelserne. Disse er dog ikke à jourført i forhold til specialevejledning 2017.

Følgende funktioner er ophørt som specialfunktioner: Psykose og misbrug, selvmordsforebyggelse, neurorehabilitering og transkulturel psykiatri. Funktionen neurorehabilitering udbydes ikke længere i RHP. De øvrige funktioner videreføres som hovedfunktioner.

De højt specialiserede funktioner for skizofreni og affektive lidelser er ophørt, men videreføres som regionsfunktioner.

Nye regionsfunktioner er ADHD, autisme, tjenesterelateret PTSD samt telefonisk rådgivning til hovedfunktionsniveauet vedr. behandling af patienter med graviditetsønske, gravide og ammende. CVI visiterer ikke til denne sidste funktion.

**Generelle bemærkninger**:

1. Patienter henvises typisk efter at have gennemgået et (eller flere) forløb i **hovedfunktion** med vekslende, men overvejende ikke-tilfredsstillende resultat (jf. kriterie 3). Dette gælder dog ikke de specialfunktioner, for hvilke der ikke findes en egentlig hovedfunktion (fx liaisonpsykiatri).
2. I de specialfunktioner, som anvender kriterierne 1-4, ligger (jf. kriterie 2) en vigtig opgave, nemlig **diagnostisk afklaring** af patienter, som det ikke har været muligt klinisk at udrede i hovedfunktion. Denne opgave kan også omfatte **second opinion-vurderinger**.
4. Specialfunktionerne er i modsætning til pakkeforløbene ikke tidsmæssigt afgrænsede forløb.
5. Specialfunktionerne kan i nogle tilfælde varetages ved **rådgivning til hovedfunktionen**, dvs. uden at specialfunktionen selv varetager patientforløbet. Denne mulighed må overvejes ved varetagelse af de regionsfunktioner, som i dag ikke eller sjældent benyttes, fordi det er vanskeligt at overskue patientlogistikken (fx skizofreni og demens).