

Hermed nyhedsbrev fra CVD, som denne gang er ganske 'tungt', da der er gået noget tid siden sidst. Kort fortalt drejer indholdet sig om to screeningsredskaber, som vi vil tage i brug i CVD, samt information om diverse visitationsprocesser – herunder også om visitation til BUC.

Screening for autismspektrumlidelse

Hvis der rejses mistanke om autismspektrumlidelse ved den kliniske visitation i CVD, kan følgende anvendes:

Screening for Aspergers syndrom, df845, jf. df840 (Ver. ICD-10)

I. Vejledende screeningsspørgsmål:

A. Ingen forsinkelse af impressivt eller ekspressivt sprog

B. Kvalitativt afvigende socialt samspil og kommunikation

- 1 Afvigende socialt samspil/kompetencer
 - Blikkontakt (intens eller mangelfuld), mimik (begrænset).
 - Udvikling af relationer til jævnaldrende – deles interesser med andre?
 - Fortrækker soloaktiviteter – manglende interesse i andre og trives godt alene.
 - Mere knyttet til ting?
 - Ikke glad for sociale sammenkomster/venskaber - akavet tilnærmelse til andre.
 - Manglende interesse i at delagtiggøre andre når noget sker.
 - Svært ved indlevelse, fornemme på andre hvordan de føler.
 - Ikke berørt af film – indlever sig ikke.
 - Svært ved at regne andres hensigter ud/forstår f.eks. ikke metaforer og ironi.
 - Svært ved at sætte sig i andres sted.
 - Svært ved at læse mellem linjerne og bruge en hvid løgn.
 - Forholder sig bevidst til reglerne for sociale situationer eller opfatter ofte ting meget konkret
- 2 kvalitativt afvigende kommunikation herunder forestillingsevne
 - Drejer samtale over på egen interesse – taler om det samme.
 - Har svært ved small-talk – svært at holde en samtale i gang, ved ikke hvis tur det er.
 - Taler detaljeret og måske for meget (observer selv).
 - Kan ikke se hvis andre keder sig en samtale.
 - Kommer utilsigtet til at fornærme andre/manglende situationsfornemmelse.
 - Svært ved rollelege som barn, svært som voksen at lege rollelege med børn.
 - Svært ved at forestille sig hvordan det må være at være en anden.
 - Svært ved at finde på historier (evne til "frit emne" i skolen).

- Manglende interesse i fiktion – kun i det som vedrører fakta. Er interessen alderssvarende? Formål med at se serier (evt. lære det sociale)?

C. Indsnævret, repetitiv, stereotyp adfærd eller usædvanligt intense særinteresser (rigiditet)

- Optaget af interesse så alt andet glemmes og frustration hvis afbrydes.
- Har brug for forudsigelighed - ting skal foregå på samme måde hver gang (sameness).
- Manglende evne til at omstille sig – brug for struktur og faste vaner (rigid).
- Manglende evne til at gøre noget spontant på andres initiativ.
- Særlige bevægelser når oprevet eller glad.
- Optaget af delelementer, tal, mønstre.
- Går langt for at få sin pointe igennem i en diskussion.
- Øget – eller nedsat - sensibilitet over for lyd, lys, lugte, berøring, teksturer eller konsistens

II. ICD-10 kriterier for Aspergers syndrom, df845, jf. df840:

A. Ingen forsinkelse af impressivt eller ekspressivt sprog

B1. Kvalitativt afvigende socialt samspil med hensyn til:

- 1) Blikkontakt, mimik, kropsholdning, gestikulation
- 2) Udvikling af fælles interesser, aktiviteter og emotioner med jævnaldrende
- 3) Emotionelt respons, situationsfornemmelse eller integration af social, emotionel og kommunikativ adfærd
- 4) Spontan delagtiggørelse af andre i fornøjelser, interesser eller aktiviteter

B2. Kvalitativt afvigende kommunikation med hensyn til:

- 1) Talesprog
- 2) Evne til spontan samtale
- 3) Brug af ord og sætninger, som er stereotype, repetitive eller ideosynkratiske
- 4) Spontan deltagelse i varieret "som-om" leg

B3. Indsnævret, repetitiv, stereotyp adfærd eller usædvanligt intense særinteresser (rigiditet)

- 1) Udtalt optagethed af 1 eller flere stereotype, indsnævrede interesser, afvigende med hensyn til indhold eller fokus – eller: optagethed af 1 eller flere interesser, afvigende med hensyn til intensitet og afgrænsning, men ikke indhold eller fokus
- 2) Tvangspræget fastholden ved specifikke, formålsløse rutiner eller ritualer
- 3) Stereotype, repetitive motoriske manéerer
- 4) Optagethed af delelementer eller detaljer uden funktionel betydning (så som tings lugt, konsistens, berøringsfornemmelse eller lyde)

- C. Symptomerne har været til stede siden den tidlige udviklingsperiode
- D. Symptomerne medfører klinisk signifikant forringelse af social, beskæftigelsesmæssig eller anden væsentlig funktionsevne (DSM 5)

Screeningen for autismespektrumlidelse vil typisk finde sted ved 2. samtalen, men kan ved tidlig mistanke også gennemføres ved 1. samtale. Screeningen gennemføres altid forud for visitation til udredning for autismespektrumlidelse på PC Glostrup. Screeningen dokumenteres i SP i følgende skabelon:

III. Dokumentation i SP:

Skemaet indsættes i AOP-notatet som SmartTekst (PSYKCVDAUTISMESCREEN). Positive svar uddybes i respektive bokse i fritekst.

<p>Screening for autismespektrumlidelse (df845/9):</p> <p><u>Livslangt:</u> Kvalitative og primære udfordringer i det sociale samspil:</p> <input type="text"/> <p>Indsnævrede, stereotype eller monomanisk skiftende (sær)interesser, ritualer eller vaner:</p> <input type="text"/> <p>Gennemgribende tvangspræg, rigiditet og/eller perfektionisme:</p> <input type="text"/> <p>Sanseforstyrrelser med autistisk kvalitet og mønster:</p> <input type="text"/>
--

Screening for personlighedsforstyrrelse

Dokumentation af personlighedsforstyrrelse efter ICD-10 i CVD

Indledning

Personlighedsforstyrrelser er dybt gennemgribende og vedvarende adfærdsmønstre, som manifesterer sig ved unuancerede reaktioner på en række personlige og sociale forhold. De repræsenterer ekstreme eller betydende afvigelser fra den måde, hvorpå et gennemsnitsmenneske i en given kultur føler, tænker, opfatter og især forholder sig til andre. Sådanne adfærdsmønstre er i reglen stabile og omfatter multiple adfærdsmæssige og psykologiske funktioner. De er hyppigt, men ikke altid forbundet med forskellige grader af subjektivt ubehag og nedsat social funktionsevne. Nogle af disse tilstande og adfærdsmønstre opstår tidligt i patientens udviklingsforløb som resultat af såvel konstitutionelle faktorer som miljøpåvirkning, mens andre erhverves senere i livet. De manifesterer sig sædvanligvis i barndommen og

vedvarer igennem voksenalderen. Den anslås, at ca. 10-15% af den danske befolkning har en personlighedsforstyrrelse.

ICD-10 beskriver 8 specifikke personlighedsforstyrrelser. De diagnostiske kriterier for alle specifikke personlighedsforstyrrelser forudsætter, at **generelle kriterier** for personlighedsforstyrrelse (kriterium A) er opfyldt.

Diagnostik

1. **Screening for personlighedstræk.** Nedenstående spørgsmål kan stilles. Pt.s svar dokumenteres i stikordsform:
 - a. Hvorledes vil du beskrive dig selv som person?
 - b. Hvorledes tror du, at andre vil beskrive dig som person?
2. Hvis undersøgeren skønner, at det er personlighedsforstyrrelsen, som er pt.s aktuelle psykiatriske hovedproblem, og de generelle kriterier for personlighedsforstyrrelser er opfyldt, skal der ske en nærmere afklaring af den specifikke personlighedsforstyrrelse.
3. ICD-10 anvendes i CVD til diagnosticering og dokumentation af **specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen**:
 - a. ICD-10 anvendes pragmatisk og med passende klinisk skønsomhed ift. indkredsning af potentiel Df6031 og Df606, både hvad angår de generelle kriterier og den specifikke trækkonstellation.
 - i. Eventuelt ledsagende personlighedstræk fra andre personlighedsforstyrrelser er ikke ekskluderende – så længe kriterierne for Df606 eller Df6031 er opfyldt, og en af disse lidelser vurderes at være grundmorbus.
 - b. Såfremt pt. kan diagnosticeres med anden personlighedsforstyrrelse end Df6031 eller Df606 og ikke visiteres til behandling i RHP pakkeforløb, kan diagnosen journalføres. Som hovedregel afsluttes pt. dog fra CVD under observationskoden: DZ039, hvis diagnosen falder uden for MGB.
4. **Dokumentation af personlighedsforstyrrelse:**
 - a. SP-SmartPhrase PSYKCVIICDPERSONSKEMA indhentes i AOP-notat og benyttes til dokumentation.
 - b. Angiv om de **generelle kriterier for personlighedsforstyrrelse (df60)** er opfyldt,
 - c. Angiv antallet af opfyldte **diagnostiske kriterier (ICD-10)** i felterne for nedenstående personlighedskategorier:
 - i. Df6030 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur (EUP), impulsiv type: Cutoff=3/5.
 - ii. **Df6031 Emotionelt ustabil personlighedsstruktur (EUP), borderline type:** Cutoff=2/5+3/5, heraf (2) fra df6030.
 - iii. **Df606 Ængstelig (evasiv) personlighedsforstyrrelse:** Cutoff=4/6.
 - d. Eksempler, adfærd og indtryk kan skrives i fritekst.
 - e. Konklusion skrives i fritekst.

Dokumentation i SP

Specifikke forstyrrelser af personlighedsstrukturen efter ICD-10, opgørelsesskema

Generelle kriterier for df60 (3 af 6 kriterier opfyldt)	
I. Karakteristiske vedvarende mønstre for adfærd og oplevelsesmåde som afviger fra det forventede og accepterede for ≥ 2 af følgende områder: <ol style="list-style-type: none"> (1) erkendelse, holdning (2) følelsesliv (3) impuls kontrol og behovstilfredsstillelse (4) interpersonelle forhold II. Adfærden gennemgribende unuanceret, utilpasset, uhensigtsmæssig III. Adfærden går ud over pt. selv eller omgivelserne IV. Varighed siden barndom og adolescens V. Ikke udtryk for eller følge af anden psykisk lidelse eller (VI) organisk sygdom	
Personlighedsstruktur (ICD-10)	
EUP Impulsiv type (df6030) (3 af 5 kriterier opfyldt)	(1) Tendens til at handle impulsiv og uoverlagt (2) Stridbarhed, især ved impulsfrustration (3) Affektlabilitet, eksplosivitet (4) Manglende udholdenhed (5) Ustabilt og lunefuldt humør
EUP Borderline type (df6031) (2 af 5 kriterier opfyldt + 3 af 5 kriterier fra df6030)	(1) Forstyrret og usikker identitetsfølelse (2) Tendens til intense og ustabile forhold til andre (3) Udtalt tendens til at undgå at blive ladet alene (4) Tendens til selvdestruktivitet (5) Kronisk tomhedsfølelse
Ængstelig (evasiv) (df606) (4 af 6 kriterier opfyldt)	(1) Udbredt ængstelighed og anspændthed (2) Mindreværdsfølelse (3) Tendens til at føle afvisning og kritik i sociale situationer (4) Tilbageholdenhed over for andre ved usikkerhed om forhåndsaccept (5) Begrænset livsudfoldelse på grund af bekymring for fysisk sikkerhed (6) Tendens til at undgå sociale aktiviteter af frygt for kritik eller afvisning

Visitation til pakkeforløb via PAMA

1. Det fremgår af VIP/CVD pkt. 4.8 (at)... Patienter, der henvender sig i akutmodtagelserne, og skal henvises til pakkeforløb, skal henvises via CVD - af akutmodtagelsen. Henvisningen skal være konfereret på bagvagnsniveau.
2. Henvisningen skal være begrundet. Det er ikke tilstrækkelig begrundelse, at pt. 'skal udredes'. Det hænger sammen med, at udredning i udgangspunktet ikke nødvendigvis er en hospitalsopgave. Det er CVD, som på baggrund af de foreliggende oplysninger afgør, om en henvist pt. skal udredes.

3. CVD kan, så længe der er kapacitet, vælge at visitere en pt., som skal behandles i primære sundhedssektor, til praktiserende psykiater (PPP) inden for udrednings- og behandlingsretten (monitoreres i VOK).
4. Akutmodtagelsen må ikke afslutte en pt. med besked til pt. om at gå til egen læge for at blive henvist til psykiatrien via CVD. Det skyldes bl.a. at hvis CVD tilbageviser henvisningen, vil egen læge med rette være forvirret, idet han jo oplever, at han blot gør, hvad psykiatrien har bedt ham om.

Regionsfunktionen for demens med svær adfærdsforstyrrelse

Med virkning fra d.1. oktober 2020, udvides regionsfunktionen for demens med svær adfærdsforstyrrelse på Psykiatrisk Center Glostrup, til også at varetage alle henvisninger af ambulante patienter under 70 år med svære adfærdsforstyrrelser pga. demens. Ved behov for indlæggelse, sker dette fortsat på det center patienten hører til ift. optageområde.

Visitationskriterier til Regionsfunktion for bipolar lidelse

Generelle kriterier:

1. Patienter med nydiagnosticeret enkeltstående mani eller bipolar lidelse (indenfor max 1 år – tidligere 2 år)
2. Patienter under 30 år diagnosticeret med enkeltstående mani eller bipolar lidelse

Det nye er, at for patienter under 30 år er tidsgrænsen bortfaldet. Hvis en patient under 30 år tidligere er diagnosticeret med bipolar lidelse, spiller det ingen rolle, hvornår denne diagnose er stillet.

Ingen af disse to grupper må tidligere have gennemgået et regionsfunktionsforløb for bipolar lidelse.

Patienter, som har haft et tidligere forløb i BUC, kan visiteres efter ovenstående. Forløb i BUC udelukker ikke visitation til regionsfunktionen.

Patienter skal opfylde kriterierne for bipolar lidelse som beskrevet i ICD-10.

Hypomani defineres som: en afgrænset periode med unaturligt og vedvarende forøget ekspansivt eller irriterende stemningsleje OG unaturlig og vedvarende forøget målrettet aktivitet eller energi, som varer 4 på hinanden efterfølgende dage og er til stede det meste af dagen, næsten hver dag.

Mani defineres som: en afgrænset periode med unaturligt og vedvarende forøget ekspansivt eller irriterende stemningsleje OG unaturlig og vedvarende forøget målrettet aktivitet eller energi, som varer mindst en uge og er til stede det meste af dagen, næsten hver dag (eller indlæggelse nødvendig)

Vedrørende gravide med bipolar lidelse:

Alle kvinder med bipolar lidelse, som ønsker graviditet, og alle gravide med bipolar lidelse skal visiteres til Regionsfunktion i KAL (AAL), såfremt de har bopæl i Region Hovedstaden.

Patienter henvist på mistanke om psykose

Den rutinemæssige screening for psykosesyntomer udvides til at omfatte alle patienter mellem 18 og 35 år. Se nyhedsbrev fra marts 2019, hvor screeningen er beskrevet.

Børne- og ungdomspsykiatrisk visitation

Dobbeltforløb

Efter ønske fra BUC er det besluttet at ændre henvisningspraksis, således at man samtidig kan henvises til akut-teamet og til ambulante udredning. Sådanne henvisninger skal med andre ord ikke tilbagevises.

Visitation til børne- og ungdomspsykiatrisk center

Pr. 1. december 2020 overgår visitationen af alle henvisninger på børneområdet fra BUC til CVD. Dette indebærer også, at større børn kan indkaldes til klinisk visitation i CVD på linje med unge patienter.

CVD har i tæt samarbejde med BUC arbejdet på at beskrive de processer, som denne ændring indebærer – herunder indkaldelse af patienter, visitation, udredning, kriterier etc.

Vejledningen for CVD-BUC, redigeres i forbindelse med ændringen, og kan snart ses på VIP.

Det betyder, at vi skal sige farvel til visitatorerne fra BUC – og samtidig sige tak for et godt og smidigt samarbejde gennem årene.

Vedhæftet nyhedsbrevet er to flowskemaer, der beskriver de centrale elementer i processerne fra henvisning til BUC.

Vi har ansat en specialsygeplejerske, der skal hjælpe os med den store opgave:

Ny sygeplejerske i CVD – visitation af større børn:

Jeg hedder Charlotte Eisemann og har arbejdet mange år i psykiatrien, først i voksenpsykiatrien og siden 1998 med børn og unge.

Jeg har bestridt mange forskellige funktioner i døgn- og ambulante regi, med klinisk arbejde og ledelse.

Gennem de seneste 2 år har jeg taget en sundhedsfaglig kandidat på KU. Jeg har netop afsluttet med et speciale, hvor jeg har undersøgt forældres oplevelser og erfaringer med at mestre, når deres barn diagnosticeres med skizofreni.

Jeg glæder mig til at tage fat på et nyt kapitel i mit arbejdsliv, lære en masse nyt og blive en del af den spændende arbejdsplads CVD.