



m

Beskrivelse af:

- Hovedfunktionsniveau
- Regionsfunktionsniveau
- Højt specialiseret niveau

For specialet Psykiatri

PSYKIATRIEN

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

April 2017

Indholdsfortegnelse

Indledning.....	5
Målgruppebeskrivelse for Psykiatri og Børne- & Ungdomspsykiatri	6
Nationale kriterier for at henvise fra hovedfunktion til regionsfunktion	7
Pakkeforløb til udredning	8
Ældrepsykiatri (særligt DF00-09)	9
RF Demens	10
Skizofreni (DF20-29)	14
HF Prævalent skizofreni	15
HF Incident skizofreni	16
RF Skizofreni og skizofrenilignende tilstande	18
Affektive lidelser (DF30-39)	24
HF Prævalent bipolar affektiv lidelse	25
HF Depressiv enkeltepisode	26
HF Periodisk depression.....	27
RF Affektive lidelser samt manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse	28
Angst og tvangslidelser (DF40-43.2)	32
HF Angst og social fobi	33
HF Reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktion.....	35
HF OCD	36
RF Angst og tvangslidelser.....	38
PTSD (DF43.1)	42
HF PTSD	43
RF PTSD på baggrund af tjenesterelaterede belastninger og øvrige	45
HSF PTSD pga. tjenesterelaterede belastninger	49
Traumatiserede flygtninge (særligt DF43.1)	50
HSF Traumatiserede flygtninge med somatisk komorbiditet	51
Somatoforme lidelser (DF44.4-7, DF45, DF48.0)	52
RF Somatoforme og dissociative lidelser	53
Spiseforstyrrelser (DF50.0-50.3 og DF50.8-50.9)	57
HF Spiseforstyrrelser	58
RF Spiseforstyrrelser (voksne over 18 år)	60
HFS Spiseforstyrrelser	66
Sexologiske lidelser (DF52, DF65, DF66)	68
RF Sexologiske lidelser	69
HSF Særligt komplicerede somatiske og psykiske tilstande med seksuelle forstyrrelser	72
Personlighedsforstyrrelser (DF60 og DF61)	73
HF Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse	74
HF Evasiv personlighedsforstyrrelse	75
RF Personlighedsforstyrrelser	77
Oligofreni (DF70-79 og DF84)	81
RF Oligofreni med samtidig psykisk lidelse	82
Psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser (DF84)	86

RF Diagnosticering af psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser	87
ADHD (DF90.0-90.9)	89
HF ADHD	90
RF ADHD	91
Retspsykiatri (Z0460-Z0462, Z0468-Z0469 og DF65)	93
HF og RF Forløbsbeskrivelse for ambulant retspsykiatri	94
RF Retspsykiatri	95
HSF Behandling af sædelighedskriminelle jf. lovgivning	99
Telefonisk og skriftlig rådgivning til hovedfunktionsniveauet	100
RF Telefonisk og skriftlig rådgivning til hovedfunktionsniveau	101

Indledning

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

Dokumentet indeholder følgende:

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

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

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

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

- Hovedfunktionsniveau
- Regionsfunktionsniveau
- Højt specialiseret niveau

Vejledning vedr. registrering af specialniveau findes i PRI.

Målgruppebeskrivelse for Psykiatri og Børne- & Ungdomspsykiatri

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

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

Der henvises i øvrigt til gældende regionale og nationale vejledninger.

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

Nationale kriterier for at henvise fra hovedfunktion til regionsfunktion

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

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

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

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

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

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

Pakkeforløb til udredning

Pakkeforløb til udredning - Voksenpsykiatri

	Ydelser i udredningsforløbet, eksempelvis: • Anamnese • Psykiatrisk undersøgelse • Yderligere diagnosespecifik udredning • Gradvurdering • Afsluttende samtale Jf. udredningspakke	Tidsramme	Registrering i PAS
Afklarende samtale		1 time	AGA02A
Standard udredningspakke	Jf. diagnostiske redskaber beskrevet i de regionale pakkeforløb for de respektive diagnoser	2-3 timer	AGA03A
Udvidet udredningspakke	Jf. diagnostiske redskaber beskrevet i de regionale pakkeforløb for de respektive diagnoser	4-8 timer	AGA04A

Ældrepsykiatri (særligt DF00-09)

Hovedfunktionsniveau:

Ældre med psykisk sygdom varetages på hovedfunktionsniveau
Der er ikke udarbejdet nationalt pakkeforløb for ældrepsykiatri.
Der henvises til sygdomsspecifikke pakkeforløb på hovedfunktionsniveau.

Regionsfunktionsniveau:

- Demens med svær adfærdsforstyrrelse, skizofreni og skizofrenilignende tilstande hos ældre, affektive lidelser hos ældre samt angst- og tvangslidelser hos ældre, hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Nordjylland (BPS)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

Regionsfunktion:

RF Demens

I alt 11-18 timer + behandling

Funktionens målgruppe:
Funktion: Demens med svær adfærdsforstyrrelse, skizofreni og skizofrenilignende tilstande hos ældre, affektiv lidelse hos ældre samt angst- og tvangslidelser hos ældre
Hoveddiagnose: • 65+årige med demens eller formodet demens kompliceret af psykiatriske symptomer (BPSD) • 80+årige med demens eller formodet demens • 75+årige med nyidentificeret psykisk lidelse • 80+årige med alle psykiske lidelser, medmindre patienten mest hensigtsmæssigt fortsat behandles i almenpsykiatrisk regi <i>Demensudredningen og behandlingen foregår i samarbejde med neurologisk og geriatrik afdeling.</i> <i>Neurologisk afdeling udreder og behandler under 65-årige for demens og +65-79-årige med psykiatrisk set ukompliceret demens.</i> <i>Geriatrisk afdeling udreder og behandler ældre med demens, hvor demens er led i multimorbiditet.</i>
Bidiagnose: Patienter vil ofte have psykiatriske symptomer svarende til flere psykiatriske sygdomme (f.eks. depressive eller psykotiske symptomer ved demenslidelse). Patienterne har en høj grad af somatisk komorbiditet.
Symptomer, herunder sværhedsgrad/kompleksitet: • Demens med svære adfærdsproblemer, f.eks. progredierende kognitiv svækkelse ledsaget af personfarlig aggressivitet, hypersexualitet, svære psykotiske symptomer, svær behandelbar afmagt/depression/angst. (BPSD) • F20-29, som er svært behandelige/kroniske med f.eks. systematiserede vrangforestillinger, hallucinationer og/eller tankeforstyrrelser. Vanskelige behandelige tilstande på grund af f.eks. svær agitation, udadreagerende adfærd eller anden utilpasset adfærd. • F30-39, hvor de affektive symptomer er kompliceret af at være svært behandelige, idet forløbene er kroniske eller med hyppige recidiver trods tilsyneladende sufficient behandling med f.eks. antidepressiv og stemningsstabiliserende medicin med forskellige receptorprofiler samt ECT-behandling. • Sygdommene er af en sådan sværhedsgrad, at de medfører markant nedsat livskvalitet og store pleje- og omsorgsmæssige vanskeligheder for såvel pårørende som plejepersonale (høj "care-giver burden").
Kompliceret differential diagnostik: • Differentialdiagnostiske vanskeligheder efter udredning i hovedfunktion • Patienter med demens med differentialdiagnostiske problemer overfor andre psykiske lidelser • Betydelig somatisk komorbiditet kan bevirke differentialdiagnostiske problemer. Patienter med mistanke om demens og samtidigt misbrug • Patienter med anden etnisk baggrund, og hvor det grundet sprogsvækkelse kan være vanskeligt at foretage en demensudredning.
Svær komorbiditet:

• Patienter med komplicerende somatisk komorbiditet • Patienter som behandles med polyfarmaci med stor interaktionsrisiko og delirrisiko til følge.
Behandlingsresistens: • Manglende behandlingseffekt på hovedfunktionsniveau • Patienter med svær behandelbar sindslidelse, der kan profitere af specialiseret ældrepsykiatrisk udredning og behandling
Risikopatienter: • Patienter med psykofarmakologisk polyfarmaci. • Patienter med misbrug. • Patienter med alvorlig somatisk komorbiditet • Patienter der får kompliceret somatisk medicinering med stor risiko for interaktioner.
Særlige patientgrupper: • Komplicerede transkulturelle patienter • Selvmordstruede ældre • Patienter med senhjerneskader, kompliceret af demens med psykiatiske komplikationer
Henvisende instanser samt henvisningskriterier
Henvisende instanser: Hovedfunktionsniveau eller andre relevante specialfunktioner (specielt neurologi, geriatri og psykiatri, herunder særligt ældrepsykiatrien, der varetager patienter indenfor målgruppen på hovedfunktionsniveau).
Henvisningskriterier: Problemstilling på grund af diagnoser og af en sværhedsgrad, som ovenfor skitseret, og hvor behandling på hovedfunktionsniveau ikke er tilstrækkelig. Jf. endvidere afsnittet "Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion".
Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	<u>Demens F00–F09:</u> Ambulante patienter: Udredning og diagnostik kan indeholde følgende komponenter: • Forvisitationssamtale • Oplysninger fra pårørende og plejepersonale • MMSE • GDS (geriatric depression scale) • ADL-test • Andre relevante test – eksempelvis Mocca, NPI, ACE m.fl. • Neuropsykologisk undersøgelse • Billeddiagnostisk undersøgelse • Somatisk anamnese • Medicinsanering <u>Skizofreni F20-29:</u> Som udgangspunkt er patienter udredt tidligere.	7-10 timer

	Der henvises til regionsfunktion for Skizofreni og andre psykoser. Dog lægges der særlig vægt på komplicerende somatiske lidelser, og medicinbivirkninger- og interaktioner. <u>Affektiv lidelse F30-39:</u> Der henvises til regionsfunktion for komplicerede affektive lidelser. Dog lægges der særlig vægt på komplicerende somatiske lidelser, og medicinbivirkninger- og interaktioner.	
KRAM og somatisk undersøgelse	Der foretages KRAM-undersøgelse ved første eller anden samtale. Somatisk undersøgelse foretages ved egen læge. Vurdering af laboratorieprøver. BT/puls og EKG.	1 time
Behandling	Der udarbejdes en individuel behandlingsplan. Behandlingen vil ofte være både medikamentelle tiltag kombineret med sygeplejefaglige tiltag. Der er særlig opmærksomhed på medicin, herunder bivirkninger og interaktioner, og herunder muligheden for ikke medikamentelle tiltag	Måneder til år
Psykoedukation	<u>Vedr. F00-F09:</u> Psykoedukation retter sig for denne målgruppe fortrinsvis mod pårørende og plejepersonale <u>Vedr. F20-29 og F30-39:</u> Patienten inkluderes som udgangspunkt i tilbuddet om psykoedukation.	1-5 timer
Afslutning og evaluering	<u>Vedr. F00-F09:</u> Ved stabilitet i tilstanden. Patienter afsluttes ofte til demensfagpersoner i kommunen. Evaluering ved NPI. <u>Vedr. F20-29 og F30-39:</u> Afslutning i henhold til regionsfunktionsbeskrivelser.	2 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Demens med svær adfærdsforstyrrelse hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt. Udredningen varetages i tæt samarbejde med neurologi og intern medicin, geriatri - jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for psykiatri: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere	

	semistrukturerede interviews, som f.eks. SCAN/PSE. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg 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	
--	---	--

Senest opdateret den 12. december 2016

Skizofreni (DF20-29)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for voksne med prævalent skizofreni
 - Pakkeforløb for voksne med incident skizofreni
- Link til nationale pakkeforløb: [Nationale pakkeforløb](#)

Regionsfunktionsniveau:

- Skizofreni og skizofrenilignende tilstande, hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt

Varetages af Region Nordjylland (Klinik Syd og Klinik Nord)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

HF Prævalent skizofreni

Pakkeforløb for patienter med prævalent skizofreni på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland

	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Indledende samtale inkl. indhentning af journaloplysning fra tidligere forløb, andre regioner el lign. Status på effekt af behandling og bivirkninger ifm. aktuelle og tidligere behandling Oplysninger fra pårørende Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau.	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke http://www.regioner.dk/media/1712/pakkeforloeb-voksne-praevalent-skizofreni-2016-03-29.pdf			
Diagnostik og evalueringsmål	KRAM og somatisk undersøgelse Fortsat løbende vurdering af psykopatologi og behandlingseffekt Medicingennemgang med stillingtagen til aktuelt og tidligere behandling, herunder effekt og bivirkninger	2 timer	AAF22 ZZ0149AX
Behandling	Farmakologisk behandling - Ved opstart af psykofarmakologisk behandling tages relevante blodprøver og EKG - Behandling jf. nationale vejledninger - Systematisk opfølgning på effekt - Systematisk monitorering af bivirkninger Non-farmakologisk - Tilrettelægges individuelt, afhængig af behov for psykoterapi, psykoedukation, støttende samtaler mv. - Inddragelse af pårørende tilrettelægges individuelt	Min 1 gang/måned i opstartsfasen Min 1 gang/år med lægefaglig vurdering <i>I øvrigt efter behov</i> <i>Tilrettelægges efter behov</i> <i>Tilrettelægges efter behov</i>	AAF22 BVAA34A
Sammenhæng	Samarbejds møder afhængig af behov, herunder møder med socialpsykiatrien, egen læge, somatikken, jobcenter eller øvrige kommunale instanser	1-2 timer pr. møde	AAF22 BVAA34A BVAW2
Afsluttende samtale	Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske		AAF22 BVAA34A AGB99X1 AGB99X2

HF Incident skizofreni

Pakkeforløb for patienter med incident skizofreni på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland

	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale inkl. oplysninger fra pårørende Afsluttende samtale Inkl. information om tilstanden/sygdommens karakter og anbefalinger vedr. observation, behandling og plan for fortløbende udredning. Udredes i henhold til Danske Regioners udredningspakke (http://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/psykiatri)	Afklarende samtale: 1 time Standard udredning: 2-3 timer Udvidet udredning: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke	Danske Regioners behandlingspakke for incident skizofreni: http://regioner.dk/media/3355/behandlingspakke-voksne-incident-skizofreni-2016-maj-2.pdf		
Diagnostik og evalueringsmål	Indledende samtale inkl. behandlingsplan Dybdegående beskrivelse af psykopatologi, f.eks. ved anvendelse af PSE KRAM screening og somatisk undersøgelse Fortløbende udredning og systematisk stillingtagen til - Psykopatologi - Somatiske symptomer og bivirkninger - Misbrug - Kognitiv funktion og behov for kognitiv udredning - Sociale, netværk og økonomiske forhold	3-4 timer Tilrettelægges individuelt	AAF22 ZZ0149AX
Behandling	Farmakologisk behandling - Ved opstart af psykofarmakologisk behandling tages relevante blodprøver og EKG - Behandling jf. nationale vejledninger - Systematisk opfølgning på effekt - Systematisk monitorering af bivirkninger Non-farmakologisk behandling (tilrettelægges individuelt) - Løbende kontakt med primær behandler/kontaktlæge, herunder krisehåndtering, mestringsstrategier, psykoedukation og misbrug - Psykoedukation - o Gruppeforløb - o Individuel psykoedukation - o Pårørende - Stillingtagen til behov for social færdighedstræning i grupper eller individuelt	Min 1 gang/md i opstartsfasen Ellers efter behov 1-2 timer/uge 2 timer ugentligt á fx 10 gange Ved møder med primær behandler fx 1 time hver 14. dag	AAF22 BVAA34A

Sammenhæng, evaluering og tilbagefaldsforebyggelse	Løbende tværsektorielle samarbejds møder, afhængig af behov, herunder behov for mentor, sociale støttebehov, bostøtte, uddannelsesstøtte, kommunale samarbejdspartnere mv. Tilrettelægges af individuelle afsluttende netværksmøde forud for overgang til andet ambulant tilbud	1-2 timer pr. møde efter behov 1 gang á 1-2 timer før afslutning af forløbet	AAF22 BVAA34A BVAW2
Afsluttende samtale	Afsluttende samtale afholdes ifm. afsluttende netværksmøde Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske		AAF22 BVAA34A AGB99X1 AGB99X2

Regionsfunktion:

RF Skizofreni og skizofrenilignende tilstande

I alt: 22-29 timer (ekskl. behandling)

Funktionens målgruppe:
Funktion: Udredning og behandling af kompliceret skizofreni og skizofrenilignende tilstande
Hoveddiagnose: DF20-29
Bidiagnose: DF10 – DF34 samt DF60.2 – DF60.3 samt DF70
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet Mindst en af følgende svære og komplicerede psykotiske lidelser skal foreligge efter vurdering af en speciallæge i psykiatri ansat i hovedfunktionen: ▪ Behandlingsresistent skizofreni og andre psykoser (jf. afsnittet vedr. Behandlingsresistens) ▪ Komplicerede bivirkninger til antipsykotika. F.eks. alvorlig tilfælde af tardiv dyskinesi, QTC-forlængelse eller kritisk vægtøgning ▪ Diagnostisk usikkerhed, herunder mistanke om komplicerende neurologiske/somatiske lidelser ▪ Vedr. patienter med graviditetsønske, gravide eller ammende: Der gives telefonisk rådgivning fra regions- til hovedfunktionsniveau og patienterne kan henvises til behandling på regionsfunktionsniveau efter vurdering fra regionsfunktionen. ▪ Komplicerende misbrug eller komplicerede sociale forhold, herunder retslige vilkår ▪ Behov for second opinion, efter forudgående aftale
Kompliceret differential diagnostik: Der kan f.eks. være behov for specialiseret neuropsykiatrisk udredning på mistanke om komplicerende organisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse. Udredningen kan være særlig vanskelig på grund af komplicerende komorbiditet f.eks. massivt misbrug, somatisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse
Svær komorbiditet: Eksempelvis: • Patienter med samtidig somatisk sygdom, hvor der er behov for et samarbejde mellem specialer • Svært psykotiske patienter med svært behandleligt misbrug • Psykotiske patienter med PTSD • Psykotiske patienter med spiseforstyrrelse
Behandlingsresistens: Hvis der, trods behandling som beskrevet i hovedfunktionen sv.t. to behandlingspakker, ikke er tilfredsstillende respons. Henvises patienterne primært mhp. optimering af den antipsykotiske behandling, bør man først i hovedfunktionen have forsøgt behandling med minimum tre forskellige antipsykotika inklusiv clozapin i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år (2014) samt National Klinisk Retningslinje for Skizofreni (2015)

Risikopatienter: ▪ Patienter med komplicerede neurologiske/ somatiske komplikationer, herunder: - Epilepsi - Dialyse - Diabetes - Endokrinologiske sygdomme - Hjertesygdomme - Andre særlige somatiske sygdomme ▪ Kompliceret graviditet og amning ▪ Kompliceret misbrug ▪ Overvægtig/undervægtig ▪ Patienter der får risikobehandling og komplicerende bivirkninger i relation hertil (f.eks. antipsykotika/Leponex i forbindelse med somatisk sygdom)
Særlige patientgrupper: ▪ Transkulturelle patienter ▪ Patienter med behov for eksempelvis kognitiv træning med neuropsykologisk specialkompetence.
Henvisende instanser og henvisningskriterier: Patienter henvises som udgangspunkt fra hovedfunktionsniveau. Henvisninger fremsendes til Central Visitation, der vurderer henvisningen og videre visiterer til relevante udrednings- og behandlingstiltag. Henvisningskriterier: Jf. beskrivelse af diagnose og symptomer.

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Dybdegående beskrivelse af psykopatologi, evt. understøttet af semistruktureret interview, fx PSE. Kan suppleres med neuropsykiatrisk og funktionel udredning. Grundig gennemgang af hidtidige behandlingsforløb. Oplysning fra pårørende Socialfaglig udredning og kognitiv udredning. Patienter med misbrug: Hvis udredning af tilstanden påviser, at behandling kan varetages på hovedfunktionsniveau (tilbage-)visiteres patienten dertil. Hvis det ved udredningen eller under det primære behandlingsforløb viser sig, at det ikke reelt er muligt at etablere en egnet behandlingsrelation til patienten, afsluttes patienten til hovedfunktionen subsidiært egen læge afhængig af indsatsmulighederne.	9 -16 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	KRAM og somatisk undersøgelse Objektiv undersøgelse Laboratorieprøver: Elektrolytstatus Blodglucose	1 time

	Hæmoglobin L+D Lipider Lever- nyre og thyreoideafunction På indikation: HIV, Syfilis og Borelia Efter behov: Vitamin og mineralstatus Ekg Blodtryk og vital værdier ifm. somatisk undersøgelse MR-scanning eller EEG – efter lægelig vurdering	
Behandling	Behandling i regionsfunktion sker på baggrund af grundig speciallægelig- og tværfaglig udredning. Med udgangspunkt i udredningen, udarbejdes der en individuel behandlingsplan for individuel- og evt. gruppebehandling, - herunder psykoedukation. Behandling i henhold til Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling med antipsykotiske lægemidler til patienter over 18 år (2014) samt National Klinisk Retningslinje for Skizofreni (2015) Koordination til andre, eksterne, instanser Systematisk bivirkningsregistrering (skalaer) jf. RKKP dokumentalistrapport (2014) Hjemmebesøg efter behov – afhænger af patientens tilstand Samarbejde med somatik ved somatiske symptomer Tæt samarbejde mellem personalet i ambulatorium og sengeafsnit, herunder visitation til brugerstyrede senge (Klinik Nord) Motivationsarbejde Jeg-støttende, opsøgende samtaler. Efter en konkret vurdering af den individuelle problematik tages stilling til, om behandlingen kan foregå ved: • At patienten fortsætter på hovedfunktionsniveau med rådgivning og supervision fra regionsfunktionsniveauet • Ambulante forløb • Indlæggelsestilbud til patienter, som kræver tæt observation af psykopatologi og bivirkninger. Sværere adfærdsforstyrrelser danner ikke i sig selv grundlag for indlæggelse.	Flere år med løbende revurdering min. 1 x pr. år. OPUS 2 år behandling. OPT min. 2 år behandling

	Patienter med misbrug: Der er tale om et integreret behandlingsforløb af længere varighed – typisk år – afhængig af omfanget og betydningen af en række forhold: kompleksiteten af den psykiske lidelse og adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af misbruget, herunder evt. retslig foranstaltning. Typisk vil der i den første del af behandlingen og evt. i længere tid fortsat foreligge et væsentligt komplicerende misbrug og svære sociale vanskeligheder. Formaliseret samarbejde med kommunale misbrugscentre eller ambulatorium for misbrug i psykiatrien. Behandlingen i ambulatorium for misbrug består i en tværfaglig teambaseret, fasespecifik integreret ambulant behandlingsindsats tilrettelagt i overensstemmelse med gældende guidelines, og således baseret på motivationsfremmende samtaler, kognitivt baseret samtalebehandling, kognitiv adfærdsterapi i samarbejde med den psykosociale indsats, der koordineres med kommunen. Psykoedukation og den terapeutiske behandling (individuel eller i gruppe) har fokus på patientens misbrugssituation og den psykiske lidelse samtidig. Patienter med skizofreni, graviditet og misbrug Særlige psykofarmakologiske og neuropsykiatriske problemstillinger udredes og evt. behandling iværksættes. Kan ved behov konfereres til regionsfunktion vedr. rådgivning ift. behandling af patienter med graviditetsønske, gravide og ammende. Behandlingen – også den medikamentelle - skal ske i et formaliseret samarbejde med Familieambulatoriet, Gynækologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital med Familieambulatoriet som den koordinerende del. Evt Regionshospitalet Nordjylland jf. samarbejdsaftalen. Det er vigtigt, at behandlingen skifter fra hovedfunktions- til regionsfunktionsniveau under kompliceret graviditet (f.eks. misbrug); i hvert fald skal der laves formaliseret samarbejdsaftale mellem behandlere på de to niveauer.	
--	--	--

	Ambulatorium for misbrug inddrages i formaliseret samarbejde – konsulentfunktion – i Familieambulatoriet.	
Psykoedukation	Manualiseret psykoedukation, individuel og/eller gruppebaseret med inddragelse af pårørende.	10 timer
Afslutning og evaluering	Varigheden af behandlingen afgøres individuelt med udgangspunkt i de opstillede behandlingsmål. Intensiteten af behandlingen kan variere afhængigt af behovet på et givet tidspunkt i behandlingsforløbet. I OPUS sker afslutning efter 2 år. Opsøgende psykoseteam afslutter efter vurdering, dog efter min. 2 år, eller remission eller ophold i døgnbemandet institution. Pt. kan afsluttes til videre behandling hos egen læge, i primær sektor i en anden ambulant enhed, evt. i hovedfunktion. Stabilt forløb – kan defineres med hjælp fra GAF og/eller PANSS eller CGI – ved start og senere i forløbet. En del patienter i denne målgruppe har et livslangt behandlingsforløb i psykiatrien. Patienter med skizofreni, graviditet og misbrug Typisk 12-15 måneder fra ønske om graviditet til 3 måneder efter graviditet. I puerperiet varetages tilsyn/behandling af den psykiatriske afdeling, der har den almindelige tilsynsforpligtelse – se ovenfor vedr. formaliseret samarbejde mellem Psykiatri og Familieambulatorium. Patienter med misbrug: Når tilstanden under behandling i samarbejde med ambulatorium for misbrug har udvist en mere vedvarende stabilitet bestående i misbrugsafholdenhed subsidiært en væsentlig reduktion i anvendelse af misbrugsstoffer, afsluttes patienten. I almindelighed vil patienten blive afsluttet til hovedfunktionen, men i enkelte tilfælde vil patienten kunne afsluttes til egen læge.	2 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Skizofreni og skizofrenilignende tilstande, hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt. Gravide patienter varetages i tæt samarbejde med gynækologi/obstetrik, mens forældre med spædbørn varetages i tæt samarbejde med børne- og ungdomspsykiatri/pædiatri - jf.	

	Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for psykiatri: 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2. Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interviews, som f.eks. SCAN/PSE. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3. Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg 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.	
--	---	--

Senest opdateret den 8. februar 2017

Affektive lidelser (DF30-39)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for bipolar affektiv lidelse
- Pakkeforløb for depressiv enkeltepisode
- Pakkeforløb for periodisk depression

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

Regionsfunktionsniveau:

- Affektive lidelser, hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt samt manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse, som ikke er sekundær til anden lidelse

OBS! Manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau
Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

Funktionen varetages ikke på højt specialiseret niveau

HF Prævalent bipolar affektiv lidelse

Pakkeforløb for patienter med prævalent bipolar affektiv sindslidelse på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland

	Metoder og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale/forvisitation som kan fx inkludere PSE, HAMD-17, YMRS, GAF/PSP (symptom og funktion), SCL-90R og WHO-5. Gerne inddragelse af pårørende Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke Jf. http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforløb+i+psykiatrien		18 timer	AGB03A
Diagnostik og evalueringsmål	Indledende samtale KRAM og somatisk undersøgelse	1 time	ZZ0149AX hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted indenfor 30 dage
Behandling Herunder: Psykoterapi Psykofarmakologi Psykoedukation Pårørende Sammenhæng	Løbende stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling inkl. sundhedsmæssig støtte og vejledning Terapi tilbydes som individuelle sessioner inkl. psykoedukation og/eller gruppeterapi, herunder psykoterapi og psykoedukation med og uden pårørende Sammenhæng og kontinuitet, herunder netværksmøder Pårørendeinddragelse (herunder pårørendesamtaler. Desuden mulighed for deltagelse ved samtaler ifm. behandlingsforløb)	7-10 timer 2-5 timer 1 time 2 timer	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Sammenhæng: BVAA34A.
Evaluering og tilbagefaldsforebyggelse	Evaluering af behandlingsforløbet som kan fx inkludere PSE, HAMD-17, YMRS, GAF/PSP (symptom og funktion), SCL-90R, WHO-5 og stillingtagen til evt. opfølgning. Gerne inddragelse af pårørende.	1 time	AAF22 BVAA34A
Afsluttende samtale	Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	1 time	AAF22 BVAA34A AGB99X1 AGB99X2

HF Depressiv enkeltepisode

Pakkeforløb for patienter med depressiv enkeltepisode på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland

	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale som fx inkludere PSE, HAMD-17, GAF (symptom og funktion), SCL-90R og WHO-5. Gerne inddragelse af pårørende. Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau.	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke Jf. http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforløb+i+psykiatrien		18 timer	AGB04A
Diagnostik og evalueringsmål	Indledende samtale KRAM og somatisk	2 timer	ZZ0149AX hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted indenfor 30 dage
Behandling Herunder: Psykoterapi Psykofarmakologi Psykoedukation Pårørende Sammenhæng	Løbende stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling: fx 4 lægesamtaler á 30 minutter og 3 sygeplejerskesamtaler á 30 minutter	3,5 time	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Sammenhæng: BVAA34A.
	Psykoedukation i gruppe: fx 5 sessioner á 2 timer eller 12 sessioner á 90 minutter med 2 behandlere og 8 patienter	4,5 timer	
	Gruppeterapi: Fx 8 sessioner á 2 timer eller 12 sessioner á 90 minutter med 2 behandlere og 8 patienter	4,5 time	
	Pårørendesamtaler: fx 3 samtaler á 30 minutter	1,5 time	
Evaluering og tilbagefaldsforebyggelse	Evaluering af behandlingsforløbet som fx kan inkludere af PSE, HAMD-17, GAF (symptom og funktion), SCL-90R, WHO-5 og stillingtagen til evt. opfølgning. Gerne inddragelse af pårørende.	1 time	AAF22 BVAA34A
Afsluttende samtale	Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	1 time	AAF22 BVAA34A AGB99X1 AGB99X2

HF Periodisk depression

Pakkeforløb for patienter med periodisk depression på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland			
	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale som fx kan inkludere PSE, HAMD-17, GAF (symptom og funktion), SCL-90R og WHO-5. Gerne inddragelse af pårørende. Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau.	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke Jf. http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforløb+i+psykiatrien		18 timer	AGB05A
Diagnostik og evalueringsmål	Indledende samtale KRAM og somatisk	2 timer	ZZ0149AX hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted indenfor 30 dage
Behandling Herunder: Psykoterapi Psykofarmakologi Psykoedukation Pårørende Sammenhæng	Løbende stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling Ugentlig gruppeterapi: fx 20 sessioner á 90 min. med 2 behandlere og 8 patienter Psykoedukation: 8 sessioner á 2 timer og 16 patienter – med eller uden pårørende Pårørendesamtale	3,5 time 7,5 time 1 time 1 time	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Sammenhæng: BVAA34A.
Evaluerings og tilbagefaldsforebyggelse	Evaluerings af behandlingsforløbet kan fx inkludere PSE, HAMD-17, GAF (symptom og funktion), SCL-90R, WHO-5 og stillingtagen til evt. opfølgning. Gerne inddragelse af pårørende.	2 timer	AAF22 BVAA34A
Afsluttende samtale	Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	1 time	AAF22 BVAA34A AGB99X1 AGB99X2

Regionsfunktion:

RF Affektive lidelser samt manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse

I alt: 7 timer + Ugentlige terapisesioner á f.eks. 1 times varighed oftest i 6 mdr.

Funktionens målgruppe:
Målgruppe: Patienter med komplicerede affektive lidelser op til 75 år i forbindelse med nydiagnostik og op til 80 år ved kendt affektiv sygdom. Patienter over 80 år samt patienter med demens henvises til ældrepsykiatrien.
Hoveddiagnose F 30: Manisk enkeltepisode F 31: Bipolar sygdom F 32: Depressiv enkeltepisode F 33: Periodisk depression F 34: Vedvarende (kroniske) affektive tilstande Evt. F. 38 Andre affektive sindslidelser eller tilstande
Sværhedsgrad / kompleksitet Jf. Henvisningskriterier fra hovedfunktions- til regionsfunktionsniveau jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri: Affektive lidelser hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt 4) Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau. 5) Manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse, som ikke er sekundær til anden lidelse. 6) Vedrørende behandling af patienter med graviditetsønske, gravide og ammende gives telefonisk og skriftlig rådgivning til hovedfunktionsniveauet. Patienten skal konfereres med regionsfunktion. Såfremt regionsfunktion vurderer, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau, skal patienten henvises til den relevante regionsfunktion
Svær psykiatrisk og somatisk komorbiditet: Der er ikke opstillet inklusions-/eksklusionskriterier på baggrund af komorbiditet. Der vil blive foretaget en individuel vurdering af speciallæge ved henvisning.
Farmakologisk kompleksitet: • Patienter der får risikobehandling. (f.eks. MAO-hæmmer eller ny kompliceret kombinationsbehandling).
Henvisende instanser samt oplysninger henvisning skal indeholde
Henvisningen skal følge målgruppebeskrivelse. Henvisning fra egen læge/praktiserende speciallæge skal indeholde: • Psykiatrisk anamnese – herunder disposition for psykisk lidelse • Somatisk undersøgelse • Oplysninger fra pårørende, netværk og evt. plejepersonale • Klinisk psykiatrisk undersøgelse i henhold til ICD-10 • Differentialdiagnostiske overvejelser • Bedømmelse af lidelsens sværhedsgrad • Vurdering af komorbiditet

- Tidligere og aktuel misbrugsproblematik
- Selvmordsrisiko
- Oplysninger om tidligere afprøvet behandling samt vurdering af behandlingseffekt
- Arbejdsmarkedstilknytning og tidligere indsats mhp at genoptage arbejde/uddannelse (herunder varighed af evt. sygemelding)

Ved henvisning fra hovedfunktion til regionsfunktion skal følgende være belyst og vurderet:

- Psykiatrisk anamnese – herunder disposition for psykisk lidelse
- Somatisk undersøgelse
- Art og sværhedsgrad af affektiv sindslidelse
- Grundig beskrivelse af tidligere udredning samt differentialdiagnostiske overvejelser, hvis patienten er fortsat diagnostisk uafklaret, trods grundig udredning
- Oplysninger om tidligere afprøvet behandling samt vurdering af behandlingseffekt
- Oplysninger fra pårørende, netværk og evt. plejepersonale
- Vurdering af komorbiditet
- Tidligere og aktuel misbrugsproblematik
- Selvmordsrisiko
- Funktionsniveau og socialt (målt ved GAF), arbejdsmarkedstilknytning og tidligere indsats mhp at genoptage arbejde/uddannelse (herunder varighed af evt. sygemelding)
- Motivation og sygdomsindsigt

Patienten skal

- Have modtaget behandling for den affektive lidelse svarende til hovedfunktionsniveau
- Om muligt være sufficient behandlet for eventuel somatisk lidelse

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	• Udvidet udredning v/ speciallæge/psykolog (fx PSE) efter behov • Neuropsykiatrisk og neuropsykologisk udredning efter behov • Udredning af funktions vanskeligheder grundet manglende bedring v/ ergoterapeut • Afdækning og udredning af svær komorbiditet, eks. angst, misbrug, organiske diagnoser samt somatiske forhold der forhindrer behandling efter almindelig gældende retningslinier	3 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	• Somatisk anamnese og somatisk undersøgelse. Evt. udvidet somatisk og/eller biokemisk udredning i samarbejde med egen læge • Screening vedrørende kost, rygning, motion og alkohol. Det forudsættes at intervention og opfølgning sker i primær sektor.	1 time
Behandling	Behandlingen tilrettelægges individuelt og foregår ambulant. Behandlingen er som udgangspunkt en psykofarmakologisk behandling kombineret med en specialiseret psykoedukation og evt. psykoterapi. Samt evt. anvendelse af nye evidensbaseret behandlings muligheder, som endnu ikke er almindelig klinisk praksis.	Ugentlige terapisesioner á fx 1 times varighed oftest i 6 mdr.

	Behandlingen er tilrettelagt som en kombination af individuel – og gruppebehandling v/ læge, psykolog og sygeplejerske med kompetencer på specialiseret niveau. Der er indlagt løbende evaluering af behandlingen med relevante screeningsinstrumenter og lægesamtaler.	
Afslutning og evaluering	Ved afslutning til hovedfunktionsniveau udarbejdes fremadrettet behandlingsplan med beskrivelse af behandlingsbehov på hovedfunktionsniveau og evt. epikrise. Der overleveres informationer jvf. gældende regler og under hensyntagen til samtykke, til samarbejdspartnere vedrørende patientens behandling og beskrivelse af funktionsniveau, der kan danne grundlag for vurdering af støtteforanstaltninger i kommunalt regi. Patienten kan afsluttes til praksis når: • Patienten er psykisk stabiliseret og ikke længere har brug for psykiatrisk speciallægeassistance eller tværfaglig indsats • Patienten responderer og er stabil i behandling således at almen praksis kan varetager den videre opfølgning og kontrol efter • Patienten møder ustabilit og motivation samt compliance påvirker behandlingen således at udredning og behandling ikke skønnes at kunne gennemføres. • Patienten forlanger sig afsluttet i behandlings-psykiatrien. Ved afslutning til praktiserende læge udarbejdes udførlig epikrise som indeholder vejledende behandlingsplan, herunder hvorledes den farmakologiske behandling skal håndteres, hvor længe den skal vare, og hvornår patienten bør genhenvises. Patienten kan afsluttes til hovedfunktionsniveau når: • Patienten responderer på behandling med tilstrækkelig effekt og der ikke længere er behov for specialiseret eller særlig tværfaglig indsats • Patienten vurderes ikke at kunne profitere af fortsat behandling på regionsfunktionsniveau.	3 timer

Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Affektive lidelser hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt samt manisk enkeltepisode eller nyligt diagnosticeret bipolar lidelse. Som ikke er sekundær til anden lidelse - jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier fra hovedfunktions- til regionsfunktionsniveau i specialevejledning for psykiatri: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg 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.	
--	---	--

Senest opdateret den 16. marts 2017

Angst og tvangslidelser (DF40-43.2)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for angst og social fobi
- Pakkeforløb for reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktion
- Pakkeforløb for OCD

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

Regionsfunktionsniveau:

- Angst og tvangslidelser, hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
- Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

HF Angst og social fobi

Pakkeforløb for patienter med angst og socialfobi på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland

	Metoder og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale Hvis relevant kan følgende anvendes: PSE, ADIS-IV, BAI, GAF (Global Assessment of Functioning), CGI-sværhedsgrad af sygdom (Clinical Global Impressions) SCL-90R og WHO-5. Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau.	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke	Jf. http://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/psykiatri Jf. endvidere Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (SST, 2007)	15 timer	AGB01A
Diagnostik	Indledende samtale KRAM og stillingtagen til somatisk tilstand Behandlingsplan og behandlingsmål	1 time	ZZ0149A hvis foretaget her. ZZV005B6 hvis foretaget andetsteds indenfor de seneste 30 dage
Behandling Herunder: Psykoterapi Psykofarmakologi Psykoedukation Pårørende Tilbagefaldsforebyggelse Sammenhæng	Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling Gruppeterapi: 20 sessioner ugentligt á 90 min. med 2 behandlere og op til 8 patienter eller Individuel terapi: 10 individuelle terapisessioner á 45 min. Sammenhæng i behandlingsforløbet Psykoedukation: 8 sessioner á 2 timer med 16 patienter Tilbagefaldsforebyggelse Behovstilpasset individuel indsats	1 time 7½ time ½ time 1 time 1 time 1 time	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Tilbagefaldsforebyggelse: BVAA34A Sammenhæng: BVAA34A.
Evaluering og afsluttende samtale	Evaluering af behandlingsforløbet. Hvis relevant kan følgende anvendes: ADIS-IV, BAI, GAF (Global Assessment of Functioning), CGI-sværhedsgrad af sygdom (Clinical Global Impressions), SCL-90R WHO-5. Stillingtagen til evt. opfølgning	2 timer	AAF22 BVAA34A

	Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske		Ingen yderligere registrering AGB99X1 AGB99X2
--	--	--	---

HF Reaktion på svær belastning og tilpasningsreaktion

Pakkeforløb for patienter med svær belastning og tilpasningsreaktion på hovedfunktionsniveau i RN			
	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale. Hvis relevant kan følgende anvendes: PSE, HTQ del IV, GAF (Global Assessment of Functioning), CGI (Clinical Global Impressions), PSP, SCL-90R og WHO-5. Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau.	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakker	Jf. http://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/psykiatri Jf. endvidere Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (SST, 2007)	26 timer	AGB02A
Diagnostik	Indledende samtale KRAM og stillingtagen til somatisk tilstand Behandlingsplan og behandlingsmål	1 time	ZZ0149AX hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted inden for 30 dage
Behandling Herunder: Psykoterapi Psykofarmakologi Psykoedukation Pårørende Tilbagefaldsforebyggelse Sammenhæng	Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling Individuel terapi: 20 sessioner á 45 minutter eller Gruppeterapi: 40 sessioner á 90 min. med 2 behandlere og op til 8 patienter Behandling af kompliceret forhold Psykoedukation: 8 sessioner á 2 timer med 2 behandlere og med 16 patienter Tilbagefaldsforebyggelse	2 timer 15 timer 3 timer 2 timer 1 time	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Tilbagefaldsforebyggelse: BVAA34A Sammenhæng: BVAA34A
Evaluering og afsluttende samtale	Evaluering af behandlingsforløbet. Hvis relevant kan følgende anvendes: HTQ del IV, GAF (Global Assessment of Functioning), WHO-5, CGI (Clinical Global Impressions), PSP. Stillingtagen til evt. opfølgning Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	2 timer	AAF22 BVAA34A Ingen yderligere registrering AGB99X1 AGB99X2

HF OCD

Pakkeforløb for patienter med OCD på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland			
OCD	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale. Hvis relevant kan følgende anvendes: PSE, Y-BOCS, GAF (Global Assessment of Functioning), CGI-sværhedsgrad af sygdom (Clinical Global Impressions), SCL-90R og WHO-5. Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau.	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke	Jf. http://www.regioner.dk/sundhed/psykiatri-og-social/psykiatri Jf. endvidere Referenceprogram for angstlidelser hos voksne (SST, 2007)	15 timer	AGB06A
Diagnostik	Indledende samtale KRAM og stillingtagen til somatisk tilstand Behandlingsplan og behandlingsmål	1 time	ZZ0149AX hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted indenfor 30 dage
Behandling Herunder: Psykoterapi Psykofarmakologi Psykoedukation Pårørende Tilbagefaldsforebyggelse Sammenhæng	Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling Ugentlig gruppeterapi: 20 sessioner á 90 min. med 2 behandlere og op til 8 patienter eller Individuel terapi: 10 sessioner á 45 minutter Psykoedukation: 8 sessioner á 2 timer med 16 patienter Tilbagefaldsforebyggelse Behovstilpasset individuel indsats	1,5 time 7,5 time 1 time 1 time 1 time	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Tilbagefaldsforebyggelse: BVAA34A Sammenhæng: BVAA34A
Evaluerings og afsluttende samtale	Evaluerings af behandlingsforløbet.	2 timer	AAF22 BVAA34A

	Hvis relevant kan følgende anvendes: Y-BOCS, GAF (Global Assessment of functioning), CGI-sværhedsgrad af sygdom (Clinical Global Impressions), SCL-90R og WHO-5. Stillingtagen til evt. opfølgning. Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske		Ingen yderligere registrering AGB99X1 AGB99X2
--	---	--	--

RF Angst og tvangslidelser

I alt 53 timer

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Angst- og tvangslidelser, hvor et/flere af kriterie 1-4 er opfyldt
Hoveddiagnose / bidiagnose: Målgruppen omfatter normalt begavede personer med <u>Hoveddiagnoser:</u> F40-42, angstlidelser og obsessiv/kompulsiv lidelse (OCD) F43.1 (undtaget personer med flygtningestatus, som har været udsat for traumer – jf. målgruppen for regionsfunktionen "Traumatiserede flygtninge") F43.2, tilpasningsreaktioner <u>Bidiagnoser:</u> Betydende comorbiditet vil ofte forekomme. Komorbide tilstande (herunder affektive lidelser, personlighedsforstyrrelser, spiseforstyrrelser, Tourettes syndrom, ADHD og misbrug) skal være behandlede, og de comorbide symptomer må ikke være dominerende.
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet: Symptomvarighed på mere end 1 år samt: • Svære angstlidelser, hvor vedvarende symptomer svarende til agorafobi, socialfobi, panikangst og generaliseret angst er til stede ofte eller hele tiden og derved påvirker patientens hverdag i betydelig grad. • Svære OCD-lidelser, hvor der er svære obsessive og/eller kompulsive symptomer i mange timer dagligt. Erhvervs- eller uddannelsesevne er påvirket. • Svær belastningsreaktion
Kompliceret differentialdiagnostik: • Detaljeret angstudredning, evt. ADIS-IV • Tidligere behandlingstiltag og effekt • Somatisk udredning • Vurdering af ressourcer i forhold til deltagelse i behandling
Svær komorbiditet: Ved svær komorbiditet er angstlidelsen en sekundær lidelse. Behandlingen skal derfor rettes mod den primære lidelse, og angstbehandlingen indgå som et integreret led i behandlingsregimet for den primære lidelse. Ved psykiatriske lidelser så som skizofreni, depression og personlighedsforstyrrelse med associeret angst skal behandlingen rettes mod den primære lidelse. Patienter med en primær angstlidelse kompliceret af svær komorbiditet skal behandles på regionsfunktion.
Behandlingsresistens: Der har været utilstrækkelig effekt af tidligere behandlingsforløb i hovedfunktion
Risikopatienter: • Patienter med alvorlige somatiske lidelser, eksempelvis hjertelidelser, kronisk smertetilstand etc. • Patienter med alvorlige tilknytningsforstyrrelser. • Patienter med forhøjet suicidal og voldsrisiko
Særlige patientgrupper: Patienter som ikke tåler behandling med tilgængelige, anvendelige psykofarmaka.

Henvisningskriterier, herunder henvisende instanser
Patienten forudsættes i primærsektoren: • Udredt for differentialdiagnostiske somatiske lidelser • Være sufficient behandlet for eventuel somatisk lidelse • Være screenet for angstlidelse med ASS (Angst-Symptom-Spørgeskema) Angst-symptom-spørgeskemaet ASS Følgende vurdering finder overvejende sted på hovedfunktionsniveau inden henvisning til regionsfunktionsniveau: • Patienten skal være vurderet for grad af kompleksitet mhp.: a. Socialt funktionsniveau (social invalidering (fx isolering i hjemmet og manglende evne til at benytte offentlige transportmidler), dårligt socialt netværk) b. Psykiatrisk komorbiditet c. Tidligere og aktuel misbrugsproblematik d. Suicidalitet e. Arbejdsmarkedstilknytning (herunder varighed af evt. sygemelding) f. Motivation og sygdomsindsigt Henvisningskriterierne følger målgruppeafgrænsning. Patienten skal opfylde et af nedenstående kriterier: • Patienten skal indenfor de seneste år have været forsøgt behandlet i hovedfunktion med utilstrækkeligt resultat, og skønnes ikke at kunne remittere på yderligere et hovedfunktionsforløb. • Komplicerende faktorer eller svær symptomatologi, der entydigt nødvendiggør behandling ud over hovedfunktionens behandlingsmuligheder.
Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Forsamtale inkl. PSE, ADIS-IV, BAI, GAF, SCL-90R og WHO-5. CGI-sværhedsgrad af sygdom (Clinical Global Impressions), PSP Ved OCD: Y-BOCS. Ved PTSD: HTQ Del IV.	6 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	Der skal optages somatisk anamnese af patienterne. Der skal sikres screening vedrørende kost, rygning, alkohol og motion. Det forudsættes, at intervention og opfølgning i vidt omfang foregår i primær sektor. For patienter i ambulant behandling forventes metabolisk og anden somatisk udredning udført via praktiserende læge/vanlig somatisk behandler.	1 time

	Patienterne skal være udredt for eventuel thyreoidea og hjertelidelse.	
Behandling	Behandlingen foregår ambulant i form af psykoterapi eventuel kombineret med medicinsk behandling på baggrund af individuel stillingtagen. Behandlingen foregår individuel eller ved gruppeterapi eller kombination af individuel- og gruppeterapi. Stillingtagen til medicinsk behandling og evaluering af behandlingseffekten. Individuel terapi: 48 sessioner á 45 min. Eller Gruppeterapi: 40 sessioner á 120 min. med 2 behandlere og op til 8 patienter med mulighed for supplering af individuel terapi Behandlingsvarighed og -intensitet tilpasses den enkelte patient. Behandlingsintensiteten vil være høj i det initiale behandlingsforløb Herefter kommer en fastholdende og støttende fase, som kan udstrækkes til maksimalt 2 år. Forebyggelse/tilbagefaldsprofylakse er integreret i behandlingen.	36 timer indenfor max. 2 år 4 timer (8 x 30 min.)
Psykoedukation	Psykoedukation er inkluderet i ovenstående behandlingsforløb.	Inkluderet i behandlingsforløbet
Sociale foranstaltninger	Screening for sociale problemstillinger og evt. intervention ved socialrådgiver med psykiatrierfaring. Når yderligere intervention vurderes relevant er tidsforbruget i gennemsnit 9 timer pr. forløb. Indsatsen skal sikre at patienten ved afslutning fra behandlerpsykiatrien har fået afklaret/etableret velfungerende kommunale støtteforanstaltninger.	1 time 3 timer (Skønnes relevant i 1/3 x 9 timer)
Afslutning og evaluering	Behandlingen afsluttes, når: • Patienten er helbredt eller behandling skønnes at kunne videreføres i hovedfunktion eller ved praktiserende læge. • Patienter der skønnes ikke at kunne profitere af behandling på regionsfunktionsniveau vil blive afsluttet til praktiserende læge og eventuelt støttende funktioner i kommunalt regi. Evaluering af behandlingsforløbet inkl. ADIS-IV, BAI, GAF, SCL-90R og WHO-5.	2 timer

	Ved OCD: Y-BOCS. Ved PTSD: HTQ Del IV. CGI-sværhedsgrad af sygdom (Clinical Global Impressions), PSP. Samt stillingtagen til opfølgning i andet regi eller nyt forløb på regionsfunktionsniveau efter afslutning.	
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau - jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interviews, som f.eks. SCAN/PSE. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis og på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4) Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau	

Senest opdateret den 13. januar 2017

PTSD (DF43.1)

(ekskl. traumatiserede flygtninge)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for PTSD

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

Regionsfunktionsniveau:

- Behandling af PTSD på baggrund af tjenesterelaterede belastninger eller andre tilsvarende belastninger hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt

OBS! PTSD på baggrund af tjenesterelaterede belastninger varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau

Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

- Psykiatriske lidelser, primært PTSD med eller uden komorbiditet på baggrund af tjenesterelaterede belastninger i relation til militærtjeneste, primært udsendelse

Varetages af Region Midtjylland

HF PTSD

Pakkeforløb for patienter med PTSD (ekskl. krigsveteraner og traumatiserede flygtninge) på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland

OCD	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale. Hvis relevant kan følgende anvendes: PSE (Present State Examination), GAF (Global Assessment of Functioning), CGI-sværhedsgrad af sygdom (Clinical Global Impressions), PSP (Personal and Social Performance), HTQ-R (Harvard Trauma Questionnaire – Revised) dansk version del IV, ADIS (Anxiety Disorders Interview Schedule). Patienter med komorbiditet (f.eks. angst, depression, somatoforme lidelser, misbrug, personlighedsforstyrrelse) udredes med henblik på vurdering af primær sindslidelse.	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke	Jf. http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforløb+i+psykiatrien Pakkeforløbet for PTSD er tilrettelagt ud fra følgende litteratur: • Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angstlidelser for voksne, 2007 • Specialevejledningen for psykiatri (2016) • Danske Regioners målgruppebeskrivelse • Rapport fra Sundhedsstyrelsen vedr. behandling af PTSD hos veteraner – anbefalinger for fremtidig planlægning af i sundhedsvæsenet, Sundhedsstyrelsen 2010 • MTV om behandling og rehabilitering af PTSD – herunder traumatiserede flygtninge, Region Syddanmark, Center for kvalitet, 2008.	29 timer	AGBO9A
Diagnostik	Indledende samtale KRAM og stillingtagen til somatisk tilstand Behandlingsplan og behandlingsmål	1 timer	AAF22 Somatisk us.: ZZ0149AX
Behandling	Traumefokuseret terapi Adfærdstræning/eksponering Stressmanagement Social færdighedstræning Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt ved behandling og vurdering af ressourcer generelt til behandlingsforløb.	2 timer	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A + evt. fysioterapi Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A

Sammenhæng	Ugentlig gruppeterapi: 40 sessioner á 90 min. med 2 terapeuter og 8-10 pt. Eller: Individuel terapi: 20 sessioner á 45 min. Eller: Kombinationsbehandling med gruppe/individuel	I alt 15 timer	Psykoedukation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Tilbagefaldsforebyggelse: BVAA34A Sammenhæng: BVAA34A
	Psykoedukation i gruppe: 8 sessioner á 2 timer med 16 patienter	1 time	
	Pårørendesamtale	2 timer	
	Behandling af komplicerende forhold, herunder fysisk og psykisk stresskontrol, social færdighedstræning m.v.	2 timer	
	Sammenhæng (herunder individuel indledende samtale, kontakt til praktiserende læge for at sikre eventuel fortsat behandling i primær sektor, kontakt til kommune for at sikre, at evt. hjælp efter Serviceloven vurderes samt evt. uddannelses- og beskæftigelsesindsats)	2 timer	
	Tilbagefaldsforebyggelse	1 time	
Evaluerings og afsluttende samtale	Behovstilpasset individuel indsats	1 time	AAF22 BVAA34A Ingen yderligere registrering AGB99X1 AGB99X2
	Evaluerings af behandlingsforløbet. Hvis relevant kan følgende anvendes: PSE (Present State Examination), GAF (Global Assessment of Functioning), CGI-sværhedsgrad af sygdom (Clinical Global Impressions), PSP (Personal and Social Performance), HTQ-R (Harvard Trauma Questionnaire – Revised) dansk version del IV, ADIS (Anxiety Disorders Interview Schedule). Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	2 timer	

Regionsfunktion:

RF PTSD på baggrund af tjenesterelaterede belastninger og øvrige

Det samlede udrednings- og behandlingsforløb forventes at vare 1-2 år.

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Behandling af PTSD på baggrund af tjenesterelaterede belastninger (e.g. militær, politi, beredskab, sundhedspersoner m.v.) eller andre tilsvarende belastninger.
Hoveddiagnose / bidiagnose: <u>Hoveddiagnose:</u> F 43.1 Posttraumatisk belastningsreaktion. <u>Bidiagnoser:</u> Patienterne vil hyppigt have komorbide lidelser med ikke-psykotiske diagnoser form af depression F32-34, angst F40-49, personlighedsforstyrrelse F60-62 eller misbrugsproblematik F10-19. Patienter med et betydeligt dagligt misbrug og afhængighed skal søges behandlet for deres misbrug inden henvisning. Psykotiske tilstande kan forekomme.
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet: Symptomerne er af en sådan sværhedsgrad og kompleksitet, at de har medført en betydelig funktionsnedsættelse, og fremtræder med følgende: • Tilbagevendende genoplevelser af traumet i flashbacks • Påtrængende erindringer eller mareridt • Stærkt ubehag ved udsættelse for omstændigheder der minder om traumet og ofte undgåelse af alt der minder om traumet • Delvis, eller eventuel fuld amnesi for den traumatiske oplevelse • Vedvarende symptomer på psykisk overfølsomhed eller alarmberedskab. Der optræder 2 eller flere af nedenstående symptomer: • Ind-eller gennemsovningsbesvær • Koncentrationsbesvær • Irritabilitet eller vredesudbrud • Hypervigilitet • Tilbøjelighed til sammenfaren I visse tilfælde kan der være psykotiske symptomer eller dissociative forstyrrelser. Kronisk PTSD kan udvikles, hvor der også er høj grad af psykiatrisk komorbiditet. Patienterne har generelt typisk følgende problemstillinger: • Social tilbagetrækning og isolation • Selvmordsrisiko • Affektdysregulation • Længerevarende sygemelding eller manglende tilknytning til arbejdsmarked. • Begrænset/utilstrækkelig effekt af tidligere behandlingstiltag
Kompliceret differentialdiagnostik: Udredningen kan være særlig vanskelig på grund af komplicerende komorbiditet f.eks. massivt misbrug, psykotisk tilstand, personlighedsforstyrrelse og udviklingsforstyrrelse.
Svær komorbiditet:

Ved svær komorbiditet skal øvrige lidelser være velbehandlede eller af mindre sværhedsgrad, herunder somatisk lidelse. Den komorbide lidelse må ikke være så dominerende, at det indikerer primær behandling for denne og vanskeliggør udredning for PTSD.

Behandlingsresistens:

Der har været utilstrækkelig effekt af tidligere behandlingsforsøg, enten på hovedfunktionsniveau eller regionsfunktionsniveau eller i andet relevant behandlingsregi. For nogle patienter, specielt patienter med kronisk tilstand, vil behandlingsmålet være symptomlindring og at forebygge yderligere forringelse af funktionsevne.

Risikopatienter:

- Patienter med fremtrædende selvmordstanker og/eller patienter med alvorlige selvmordsforsøg
- Patienter med grundlæggende personlighedsforstyrrelse.

Særlige patientgrupper:

Patienter der samtidig er i fysisk genoptræning.

Henvisende instanser og henvisningskriterier

Henvisende instanser:

Patienter kan henvises fra praktiserende læger samt andre somatiske og psykiatriske afdelinger samt Veteranernes Militære Psykologiske Afdelinger (MPA)

Henvisninger fremsendes til Central Visitation, der vurderer henvisningen og videre visiterer til relevante udrednings- og behandlingstilbud.

Henvisningskriterier:

Patienter med PTSD på baggrund af tjenesterelaterede belastninger (e.g. militær, politi, beredskab, sundhedspersoner m.v.) eller andre tilsvarende belastninger, hvor tidligere relevant behandlingsforløb har vist sig utilstrækkelig.

I henvisningen skal følgende være belyst:

- Traumehistorie
- Grundig beskrivelse af tidligere udredning og behandling
- Diagnoser og psykiatrisk komorbiditet
- Funktionsevne indenfor relationer, socialt netværk og arbejdsmarkedet
- Behandlingsmotivation
- Suicidal risiko/selvmodsforsøg
- Tidligere og aktuel misbrugsproblematik
- Somatiske problemstillinger
- Medicin.

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

Jvf. Sundhedsstyrelsens referenceprogram for angst, 2007 samt Sundhedsstyrelsens rapport "Behandling af PTSD hos veteraner – anbefalinger for fremtidig planlægning i sundhedsvæsenet", 2010.

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Behandlingen indledes med udredning som hovedsageligt består af nedenstående. Anamnese og klinisk vurdering. Kan understøttes af: • Psykologisk assesment	Det samlede udrednings- og behandlingsforløb forventes at vare 1-2 år. Herefter skal der foretages

	• Diagnostisk interview med PSE (Present State Examination) • HTQ-R • GAF • Selvevalueringsinstrumenter Fysioterapeutisk udredning/vurdering. Dele af udredningen kan undlades, såfremt den del er gennemført forudgående i forbindelse med andet forløb.	en klinisk vurdering af det videre forløb.
KRAM og somatisk undersøgelse	Vurdering af behov for somatisk udredning Vurdering af KRAM. Det forudsættes, at intervention og opfølgning i vidt omfang foregår i primær sektor.	-
Behandling	Behandlingen vil primært bestå af: • Fokus på sikkerhed og stabilisering samt stresskontrol • Psykoedukation • Traumefokuseret psykoterapi efter gældende retningslinjer og tilpasset patientens samlede ressourcer • Farmakologisk behandling kan komme på tale ved de sværeste tilstande, ligesom indlæggelse kan være nødvendigt. Specifikt for veteraner skal der samarbejdes med Veterancentrenes Militær Psykologiske Afdelinger (MPA). For andre faggrupper inddrages eksisterende tilbud indenfor specifikke faggruppe.	-
Psykoedukation	Psykoedukation er som hovedregel altid et element i den samlede behandlingsindsats.	-
Sociale foranstaltninger	Inddragelse af pårørende og/eller sagsbehandler eller andre samarbejdspartnere, i kommunalt regi med fokus på netværksdannelse og inklusion på arbejdsmarkedet. Specifikt for veteraner skal der samarbejdes med Veterancentrenes Militær Psykologiske Afdelinger (MPA). For andre faggrupper inddrages eksisterende tilbud indenfor specifikke faggruppe.	-
Afslutning og evaluering	Vurdering af funktionsniveau og prognose. Inddragelse af egen læge, pårørende og andre relevante samarbejdspartnere.	-
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Behandling af PTSD på baggrund af tjenesterelaterede belastninger behandles på regionsfunktionsniveau og/eller højt specialiseret niveau. PTSD på baggrund af andre tilsvarende belastninger behandles på hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri angiver kriterier for adskillelse	

	mellem hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interviews, som f.eks. SCAN/PSE. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg 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	
--	---	--

Senest opdateret den 8. februar 2017

Højt specialiseret funktion, Region Midtjylland: (Opdateres)

HSF PTSD pga. tjenesterelaterede belastninger

<i>"Vurdering og behandling af patienter med psykiatriske lidelser, primært svær PTSD med eller uden komorbiditet på baggrund af tjenesterelaterede belastninger i relation til militærtjeneste, primært udsendelse"</i>	
Hoveddiagnoser / bidiagnoser	
Hoveddiagnoser: PTSD (F43.1) og andre svære angsttilstande, depression (moderat til svær) og personlighedsændring efter katastrofeoplevelse (F62.0)	
Kompliceret differentialdiagnostik	
- Højt specialiseret og evidensbaseret tværfaglig udredning, diagnostik og behandling - De mest alvorlige og mest komplekse traumerelaterede psykiske lidelser (inkl. tidvise psykotiske symptomer og øget suicidalrisiko) - Kompliceret sygdomsbillede med mange instanser involveret	
Svær komorbiditet	
- Sværere komorbiditet, der ikke kan behandles på et lavere specialiserings-niveau eller ved Forsvarets netværk af psykologer - Herunder svær komorbiditet med to eller flere komorbide diagnoser	
Behandlingsresistens	
- Patienter med tidligere resultatløse behandlingsforløb trods velgennemført behandling - Komplicerede og behandlingsresistente patienter f.eks. med særligt behov for langvarig, specialiseret, tværfaglig, differentieret behandling. - Herudover behov for specialkompetence inden for psykofarmakologisk behandling	
Risikopatienter	
- Patienter med kompliceret misbrug. - Traumer i barndommen eller dyssocial familiebaggrund - En komplicerende somatisk lidelse, som patienten ikke tidligere har modtaget adækvat behandling for. - Patienter der ikke aktuelt søger adækvat behandling for/ikke forstår nødvendigheden af behandlingen af den somatiske sygdom - Sværere kranietraumer og anden hjerneorganisk lidelse	
Særlige patientgrupper	
- Særlig kompliceret psykofarmakologisk behandling - Langvarig og svær suicidalproblematik - Voldsproblematik, kriminalitet, misbrugsproblematik - Komorbiditet mellem traumatisk hjerneskade og PTSD	

Traumatiserede flygtninge (særligt DF43.1)

Hovedfunktionsniveau:

Patienterne varetages ikke på hovedfunktionsniveau

Regionsfunktionsniveau:

Ambulant behandling på regionsfunktionsniveau varetages af Rehabiliteringscenter for flygtninge, Aalborg (RCF Aalborg).

Indlæggelse sker i Psykiatrien, Region Nordjylland (i henhold til optageområde)

Højt specialiseret niveau:

- Traumatiserede flygtninge med svær samtidig psykisk og/eller somatisk komorbiditet

Varetages af Region Midtjylland

Højt specialiseret funktion, Region Midtjylland: (Opdateres)

HSF Traumatiserede flygtninge med somatisk komorbiditet

<i>"Diagnostik og behandling af særligt komplicerede traumatiserede flygtninge"</i>	
Hoveddiagnoser / bidiagnoser	
- Ikke-psykotiske traumerelaterede diagnoser, primært: F32-F34, F40-F48 (særligt F43.1) samt F62.0	
Kompliceret differentialdiagnostik	
- Højt specialiseret og evidensbaseret tværfaglig udredning, diagnostik og behandling, hvor det psykiatriske sygdomsbillede er kompliceret af patientens/familiens kulturelle baggrund - De mest alvorlige og mest komplekse traumerelaterede psykiske lidelser (inkl. tidvise psykotiske symptomer og øget suicidalrisiko) - Kompliceret sygdomsbillede med mange instanser involveret	
Svær komorbiditet	
Sværere komorbiditet, der ikke kan behandles på regionsfunktionsniveau, herunder svær komorbiditet med to eller flere komorbide diagnoser	
Behandlingsresistens	
- Behandlingsresistens, der ikke kan behandles på regionsfunktionsniveau, herunder særligt komplicerede og behandlingsresistente patienter f.eks. med særligt behov for langvarig, specialiseret, tværfaglig, differentieret behandling. - Herudover behov for specialkompetence inden for psykofarmakologisk behandling.	
Risikopatienter	
- Patienter med en komplicerende somatisk lidelse, som patienten ikke tidligere har modtaget adækvat behandling for. - Patienter der ikke aktuelt søger adækvat behandling for/ikke forstår nødvendigheden af behandlingen af den somatiske sygdom - Sværere kranietraumer og anden hjerneorganisk lidelse.	
Særlige patientgrupper	
- Særlig kompliceret psykofarmakologisk behandling - Langvarig og svær suicidalproblematik - Voldsproblematik, kriminalitet, misbrugsproblematik - Komorbiditet mellem traumatisk hjerneskade og PTSD	

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

Hovedfunktionsniveau:

Patienterne varetages ikke på hovedfunktionsniveau men henvises fra andre specialer til regionsfunktion i psykiatrien.

Regionsfunktionsniveau:

- Somatoforme lidelser og dissociative lidelser (liaisonpsykiatri) med en varighed i mere end seks måneder og med sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF <50, hvor relevant behandling har været iværksat i almen praksis og/eller på somatisk afdeling uden tilstrækkelig effekt

OBS! Varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau

Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

Regionsfunktion:

RF Somatoforme og dissociative lidelser

I alt: 48 timer (individuel forløb)

28 timer (gruppeforløb)

Funktionens målgruppe:
Funktion: Komplicerede somatoforme lidelser og dissociative lidelser
Hoveddiagnose: DF44.4, 44.5, 44.6 og 44.7 DF45 DF48.0
Bidiagnose: -
Målgruppebeskrivelse Sygdomsvarighed i mere end seks måneder og med en sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF (Global Assessment of Functioning) under 50, hvor relevant behandling har været iværksat i almen praksis og/eller på somatisk afdeling uden tilstrækkelig effekt. Kompliceret differential diagnostik: Patienterne skal være systematisk udredt på hovedfunktionsniveau i somatisk regi i en sådan grad, at der ikke hersker tvivl om, at den somatoforme eller dissociative tilstand er hovedproblematikken, og at andre psykiatriske lidelser enten er udelukket eller optræder som bidiagnoser.
Svær komorbiditet: • Patienterne skal fungere på et niveau, hvor de kan modtage ambulant behandling, og hvor indlæggelse ikke er påkrævet. • Der er for denne patientgruppe et u hensigtsmæssigt stort forbrug af sundhedsydelser i somatisk regi
Behandlingsresistens: • Utilstrækkelig effekt af behandling for somatoforme eller dissociative lidelser i primær sektor og/eller på somatisk afdeling • Psykiatrisk komorbid sygdom bør være forsøgt behandlet på hovedfunktionsniveau eller i en anden regionsfunktion.
Risikopatienter: • Patienter med kompliceret somatisk symptomatologi eller truet funktionsniveau • Yngre patienter med kompliceret somatisk symptomatologi
Særlige patientgrupper: Herunder: • Behov for specialiseret farmakologisk, specialiseret psykoterapeutisk og psykoedukativ behandling • Komplicerede psykosociale problematikker • Behov for specialiseret tværfaglig behandling • Selvmordstruede patienter
Henvisende instanser samt henvisningskriterier
Henvisende instans: Patienter med somatoforme og dissociative lidelser varetages ikke på hovedfunktionsniveau i

psykiatrien, men henvises fra andre specialer, når de opfylder kriterierne for regionsfunktionen i psykiatrien.
 Ambulatorium for Liaisonpsykiatri i Klinik Syd modtager henvisninger fra Aalborg Universitetshospital (matriklerne Nord og Syd).
 Ambulatorium for liaisonpsykiatri modtager ikke patienter, der kan behandles i andet regi i Psykiatrien, Region Nordjylland.

Henvisningskriterier:

Det skal af henvisningen fremgå, at patienten tilhører den ovenfor beskrevne målgruppe. Patienten skal være fyldt 18 år. Det forudsættes, at patienten er grundigt somatisk udredt på henvisningstidspunktet oftest i samarbejde med praktiserende læge, praktiserende speciallæger, og/eller somatisk sygehus(e). I øvrigt henvises til PRI-dokumentet [Eksterne henvisninger til voksenpsykiatrien](#)

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	- Klinisk psykiatrisk undersøgelse (vurdering jf. ICD-10 kriterier) med henblik på at foretage differentialdiagnostiske overvejelser og bekræfte henvisningsdiagnose - Struktureret klinisk diagnostisk interview (ved behov) (f.eks. PSE, SCID-I, M.I.N.I.) - Anvendelse af relevante diagnostiske redskaber ved mistanke om psykiatrisk komorbiditet, der ikke dækkes af ovenstående - Specifikke redskaber/spørgeskemaer indenfor området (f.eks. Bodily Distress Syndrome-skema) med henblik på yderligere differentiering af patienter til undergrupper i forhold til symptommønstre - Psykometriske skalaer og spørgeskemaer til bestemmelse af baseline-tilstand til brug ved evaluering af behandlingen (jf. endvidere afsnittet "Afslutning og evaluering").	5 timer
KRAM og somatisk undersøgelse	Forud for henvisning til behandling af somatoforme- og dissociative lidelser skal der foreligge en grundig somatisk udredning. KRAM-screening og eventuel intervention varetages i den henvisende enhed i somatikken, jf. PRI-dokumentet Ambulatorium for liaisonpsykiatri i Region Nordjylland	0 timer
Behandling	<i>Psykoterapi:</i>	

	• Stillingtagen til individuel behandling eller gruppebehandling. • Behandling med evidensbaserede psykoterapeutiske metoder tilpasset den konkrete diagnose/patientgruppe. Forskellige retninger indenfor kognitiv-adfærdsterapi er de mest anvendte og undersøgte metoder, dog findes der også evidens for effekten af andre psykoterapeutiske metoder. • Ugentlige individuelle sessioner á 1 times varighed i op til 30 uger ELLER gruppeterapi i form af 20 sessioner á 2 timers varighed (8 deltagere og 2 terapeuter) <i>Medicin:</i> • Farmakologisk behandling efter lægelige vurdering. • Løbende monitorering af behandlingens effekt og af eventuelle bivirkninger. • Lægelig konsultation og tilpasning af medicin efter behov. • 6 samtaler á 30 minutter i forbindelse med opstart og opfølgning af den medicinske behandling • Relevant behandling af evt. psykiatrisk komorbiditet Forskningsresultater, der vedrører fagområdet (somatoforme og dissociative lidelser) undersøges løbende, og den psykoterapeutiske og farmakologiske behandling vil blive afstemt i takt med ny viden.	33 timer ved individuelt forløb (psykoterapi + medicinsk behandling) og 13 timer ved gruppeforløb (psykoterapi + medicinsk behandling)
Psykoedukation	Formidling af viden om udløsende, vedligeholdende og beskyttende faktorer.	5 timer
Afslutning og evaluering	Evaluering af behandlingens effekt gennem relevante indikatorer <i>Evaluering</i> - Patient registrering form mhp. evaluering (registrering af både patient- og systemrelaterede data, f.eks. socio-demografiske data, stressende livssituationer, anamnese, henvisningskarakteristika, diagnose, funktionsniveau, behandlingform m.m.) - Psykometriske skala (f.eks. CMDQ (Common Mental Disorders Questionnaire): Somatiske, psykiske samt alkoholrelaterede problemer; SCL-90-R: Vurdering af	5 timer

	psykiske problemer/ psykopatologiske symptomer generelt og mere specifik; BDI/BAI: Vurdering af angst- og depressive symptomers sværhedsgrad; GAF: Vurdering af funktionsniveau; SF-36: Fysisk og psykisk helbred samt trivsel; CGI- I: Vurdering af behandlingseffekten) <i>Afslutning</i> - Kriterier for afslutning: Remission symptommæssigt og funktionsmæssigt eller manglende compliance/ustabilt fremmøde i et omfang der bevirker at behandlingen ikke kan gennemføres - "Consult letter" til praktiserende læge og evt. anden opfølgende instans (strategier til fremadrettet håndtering af klager og symptomer) - Stillingtagen til ekstern opfølgning: F.eks. afslutning til den henvisende instans, viderehenvisning til anden psykiatrisk enhed. - Stillingtagen til nyt pakkeforløb i nuværende enhed	
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Patienter med somatoforme og dissociative lidelser varetages ikke på hovedfunktionsniveau i psykiatrien, men henvises fra andre specialer, når de opfylder kriterierne for regionsfunktionen i psykiatrien – jf. endvidere afsnittet "Henvisende instanser".	

Senest opdateret den 21. december 2016

Spiseforstyrrelser (DF50.0-50.3 og DF50.8-50.9)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for spiseforstyrrelser

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

Regionsfunktionsniveau:

- Spiseforstyrrelser hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt eller hvor BMI <16

OBS! Spiseforstyrrelser med BMI <16 varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau

Varetages af Region Nordjylland

Højt specialiseret niveau:

- Spiseforstyrrelser, hvor patienten har været igennem et relevant behandlingsforløb på regionsfunktionsniveau uden tilstrækkelig effekt
- Varetagelse af Region Midtjylland

HF Spiseforstyrrelser

Pakkeforløb for patienter med spiseforstyrrelser på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland			
	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Samtale, vurdering og anamnese BAB-A+B+S,EDE-Q, standard undersøgelses inkl. neurologisk undersøgelse, EKG og blodprøver, anorexipakke. Evt. GAF score (symptom og funktion) Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke http://www.regioner.dk/media/5550/pakkeforloeb-for-anorexi-og-bulimi-voksne.pdf	Jf. http://www.regioner.dk/media/5550/pakkeforloeb-for-anorexi-og-bulimi-voksne.pdf	29 timer	AGB08A
Undersøgelse	Indledende samtale inkl. behandlingsplan KRAM og somatisk undersøgelse	2 timer	ZZ0149AX hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted indenfor 30 dage
	Fortløbende undersøgelse Fortløbende undersøgelse, herunder undersøgelse af selvmordsrisiko, KRAM, somatisk tilstand og sygdom. Regelmæssig somatisk vurdering ved sundhedsfaglig behandler, ved tvivl inkl ved læge, indtil patienten er stabil herefter ved mistanke om somatisk påvirkning eller mistanke om utilstrækkeligt behandlingsrespons vurdering af sundhedsfaglig behandler og opfølgning afhængigt af den kliniske tilstand og behandlingsrespons i hht gældende regler. Monitorering/evaluering af behandlingsforløbet inkl. EDE-Q.		
	Psykometri	1 time	

Behandling	Farmakologisk behandling Stillingtagen til medicin og evaluering af effekt af behandling	1 time	AAF22 Individuel terapi: BRSP1 Gruppeterapi: BRSP5 Behandling: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A Psykoeducation: BRKP8 Pårørende: BVAA5 Sammenhæng: BVAA34A.
	Non-farmakologisk behandling Stillingtagen til behov for diætist, fysioterapi m.m. <u>Anoreksi:</u> Individuel terapi – fx 20 sessioner á 45 min inkl. psykoeducation . Pårørende inddrages efter aftale Indledende gruppe psykoeducation <u>Bulimi:</u> Assesment, somatisk kontrol Gruppeterapi – fx 12 sessioner med 2 behandlere á 3 timer og op til 8 patienter Individuelle samtaler og møder med pårørende Indledende gruppe psykoeducation	2 timer 15 timer 3 timer 1 time <u>I alt 18 timer</u>	
Sammenhæng	Netværksmøder, telefonisk kontakt med tværsektoriel samarbejdspartner, koordination af indsatsen Tilbagefaldsprofylakse Afsluttende samtale Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	2 timer 1 time 1 time	AAF22 BVAA34A AGB99X1 AGB99X2

Regionsfunktion:

RF Spiseforstyrrelser (voksne over 18 år)

I alt: 21-40 timer

Funktionens målgruppe:
Funktion: Spiseforstyrrelser (voksne)
Hoveddiagnose: F50.0, F50.1, F50.2, F50.3 Generelt kan hovedfunktionsniveau varetages ambulant for moderate, svarende til primært grad 2-3. Regionsfunktionsniveau er målrettet ambulante tilbud samt pt. forløb, hvor der er indikation for indlæggelse eller svarende til primært grad 3-4 Patienter med grad 4, hvor der over 3 måneder ikke er effekt af behandlingen defineres til grad 5 (højt specialiseret niveau).
Bidiagnose: Depression, personlighedsforstyrrelse, OCD, ADHD, psykoser, samt belastningsreaktioner og gennemgribende udviklingsforstyrrelse, endvidere misbrug samt alvorlige somatiske lidelser.
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet Vægtangst, fedtfobi, forvrænget kropsopfattelse. Ved F50.0 og F50.1 signifikant vægttab og somatisk påvirkning i vekslende omfang af alle organer, herunder endokrine forstyrrelser af hypothalamiske hypofysære-gonadale system med amenorré, svækket libido og potens. Ved bulimisk endvidere restriktivt ernæringsindtag specielt undgåelse af fedende fødeemner. Ved F50.2 og F50.3 overspisningsanfald mindst 2 gange om ugen i mindst 3 måneder, kontroltab med spisetrang. Forsøg på at modvirke vægtøgning med mindst en af følgende opkastning, excessiv motion, laxantia, faste, afmagringspiller, diuretika, thyreoidin eller lignende samt forstyrret legemsopfattelse med frygt for fedme, der fremmer ovennævnte symptomer. Sværhedsgrad afhænger dels af omfang af spiseforstyrrelsen i henhold til graduering ved Sundhedsstyrelsen NKR Bulimi (2015) og NKR Anoreksi (2016) . Endvidere afhængig af evt. co-morbiditet og anden belastning samt evt. suicidalfare. Efter alvorlighed af symptomer ved AN inddeles således: Grad 1. Letteste tilfælde med begrænset vægttab, god selvindsigt, motivation og evne til at samarbejde omkring behandling og rekommandationer i hensigtsmæssig retning, herunder acceptere vægtøgning til målvægtområde samt normalisere spisemønster. Oftest behov for god støtte fra netværk og familie. Patienten er ikke suicidalfarlig. Patienten skønnes endvidere somatisk stabil uden behov for somatisk kontrol fraset vægtkontrol efter primære kliniske og parakliniske vurdering. Grad 2. Patienter med F50.0 til F50.1 i middelsvær grad med betydeligt vægttab, men med evne til at ændre spiseadfærd med støtte samt fremstår somatisk stabil omend med nogen behov for kontrol, typisk tilstrækkeligt med ambulant kontakt én gang ugentligt, der er

nogen selvindsigt og motivation og samarbejder godt omkring behandlingen med god støtte af familie. Evt. komorbiditet. Ingen suicidalimpulser eller suicidal tanker.

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

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

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

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

Efter alvorlighed af symptomer ved BN inddeles således:

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

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

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

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

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

Disse patienter bør være indlagt, eventuelt intensivt dagbehandlingstilbud alternativt døgnbehandlingstilbud i tværfagligt behandlerteam i lighed med ambulante behandlingstilbud, dog suppleret med intensiv miljøterapeutisk tilbud, herunder støtte til samtlige måltider samt i perioderne omkring måltiderne. Der bør være skærpet opmærksomhed på somatiske komplikationer og suicidalitet.

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

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

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

Ved tilbagefald tilbydes nyt behandlingstilbud.

Langvarigt alvorlige tilstande:

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

Kompliceret differential diagnostik:

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

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

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

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

Svær komorbiditet:

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

Behandlingsresistens:

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

Patienter indtil grad 4 inkl. kan behandles ambulant eller under indlæggelse i regionalt regi under forudsætning af, at der er effekt af behandlingen. Såfremt der ikke opnås tilstrækkelig effekt af behandlingen eller der ikke kan etableres en bæredygtig behandlingsalliance og pt.

fremstår alvorligt truet er der indikation for overflytning til højt specialiseret funktion. Ved særligt komplicerede forhold specielt alvorlig psykiatrisk lidelse, svær suicidalfare eller livstruende somatiske symptomer svarende til grad 5 er indikation for overflytning til højt specialiseret funktion tilstede.

Risikopatienter:

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

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

Særlige patientgrupper:

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

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

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

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

Ved længerevarende sygdom hos voksne er fokus på den sociale akse væsentlig for fuld remission, herunder forsørgelse/uddannelse afgørende og fordrer velfungerende samarbejde mellem primære og sekundære sektor.

Henvisende instanser samt henvisningskriterier

Patienter kan henvises fra praktiserende læger samt andre somatiske og psykiatriske afdelinger. Henvisningen følger de generelle kriterier. Henvisningen visiteres via amb. for spiseforstyrrelser.

Henvisningskriterier:

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

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Anamneseoptagelse og klinisk vurdering. Standardiserede interviews rettet mod spiseforstyrrelser (evt. BAB F hvis patienten er hjemmeboende), GAF-score, EDI-selvrapportering, evt.	5-11 timer Standard: Afkørende samtale :1 time. Standardudredningspakke:

	fysioterapeutisk ressourceorienteret kropsundersøgelse. Ved manglende umiddelbar behandlingseffekt/mistanke om komorbiditet – PSE, psykologisk undersøgelse når vægten er tilstrækkelig høj, evt. ADOS ved tilstrækkelig vægt, Y-BOCS, SCID II.	2-3 timer. Udvidet udredningspakke: 4-8 timer.
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse som ved BAB S, EKG, evt. ekkokardiografi og/eller andre specifikke undersøgelser rettet mod somatiske symptomer, standardiserede biokemisk såkaldt anoreksi-pakke. Regelmæssig somatisk kontrol og parakliniske undersøgelser, efter behov. Ved behov registreres somatisk undersøgelse.	3-9 timer
Behandling	Behandling I: Ambulant tilbud med 1-2 ugentlige besøg i 3-18 måneder, afhængig af behov. Behandling II: Intensivt ambulant tilbud med ca. 3 ugentligt besøg i 3-18 måneder, afhængig af behov Behandling III: Indlæggelse Alle typer af behandling indeholder individuel terapi, gruppeterapi og fysioterapi med løbende evaluering, fx efter 6 og 12 måneder.	Afhængig af behov
Psykoedukation	Psykoedukation gives såvel individuelt som i gruppe. Gruppeforløb for pårørende.	4-6 timer
Afslutning og evaluering	Udskrives ved stabil vægtøgning, stabil motivation for fortsat behandling, generel stabiliseret psykisk tilstand. Fortsat behandling vurderes at kunne varetages ambulant. Ny GAF og EDI mhp. vurdering af behandlingseffekt.	2 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Spiseforstyrrelser hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt eller hvor BMI<16. Varetages i et tæt samarbejde med intern medicin og endokrinologi - jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier til regionsfunktionsniveau i specialevejledning for psykiatri: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk	

	udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interviews, som f.eks. SCAN/PSE. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg 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	
--	---	--

Senest opdateret den 20. marts 2017

Højt specialiseret funktion, Region Midtjylland (Opdateres)

HFS Spiseforstyrrelser

"Særligt komplicerede patienter med spiseforstyrrelser og komorbide somatiske og/eller psykiatriske lidelser, hvor behandlingen har været langvarig og kompliceret" (Børne- og ungdomspsykiatrien) "Diagnostik og behandling af særligt komplicerede spiseforstyrrelser" (Psykiatrien)
Hoveddiagnose
F50.0-F50.3, F50.8 og F50.9
Diagnostik/ Differentialdiagnostik
Uafklarede komplekse differentialdiagnostiske problemstillinger, som kræver omfattende udredning
Spiseforstyrrelsesdiagnostikken er ikke kompliceret.
Sygdommens sværhedsgrad og funktionspåvirkning
Svært invaliderende symptomer og/eller manglende behandlingsmotivation som i alvorlig grad vanskeliggør udredning/behandling
Patienter med sværere tilstande og med hurtigt/udtalt vægttab samt massive overspisninger og opkastning som forårsager somatiske komplikationer. Patienterne vil ofte have et svært nedsat funktionsniveau.
Behandlingsforløb (fx sygdomsindsigt, behandlingsalliance, tvang)
Behandlingsresistens, svære bivirkninger eller behov for kompliceret polyfarmaci
Patienter med spiseforstyrrelse, hvor der et vedvarende er behov for tvangsanvendelse/tvangsbehandling. Patienter hvor der ikke er tilstrækkelig respons på behandlingen på regionsfunktionsniveau over længere tid, og hvor der ikke kan opnås en bæredygtig behandlingsalliance samt patienter uden sygdomsindsigt. Patienter med behov for længerevarende intensiv specialiseret ernæringsrehabilitering og psykoterapi samt patienter med gentagende recidiver, hvor der tidligere er forsøgt behandling på regionsfunktionsniveau.
Komorbiditet
Omfattende og svært komplicerende komorbiditet som i alvorlig grad komplicerer diagnosticering/behandling
Patienter med omfattende og svært komplicerende komorbiditet som biddiagnose tilhører den højt specialiserede funktion. Er den komorbide lidelse aktionsdiagnosen, kan patienten drøftes behandlet i afdelingen svarende til aktionsdiagnosen.
Somatisk sygdom
Somatiske forhold, som får væsentlig betydning for udredning/ behandling
Patienter, hvor spiseforstyrrelsen medfører særligt alvorlige somatiske lidelser, som kræver samarbejde med flere højt specialiserede somatiske afdelinger. Gravide spiseforstyrrede, hvor spiseforstyrrelsen er af så alvorlig karakter, at der er behov for samarbejde med højt specialiserede somatiske afdelinger.
Misbrug
Omfattende misbrug som i alvorlig grad vanskeliggør behandling
Aktivt misbrug umuliggør behandling af spiseforstyrrelsen.
Kognitive forudsætninger
Påvirket kognitivt funktionsniveau som får betydelig indflydelse på diagnosticering og behandling

Ikke relevant i forhold til vurdering af specialiseringsniveauet for patienter med spiseforstyrrelse.
Social funktion og baggrund
Komplicerende sociale og familiemæssige forhold som vanskeliggør diagnosticering og behandling
Patienter med spiseforstyrrelse hvor netværk/familie slet ikke har den fornødne sygdomserkendelse og vedvarende ikke kan yde den fornødne støtte. Patienter med svært belastet social baggrund som komplicerer behandlingen i væsentlig grad.
Hvad adskiller behandlingstilbuddet fra enten højere eller lavere specialiseringsniveau
Meget kompleks og intensiv behandlingsopgave med behov for længere tids opfølgning, intensiv psykosocial intervention, netværksarbejde, samt konsultativ funktion for hoved- og regionsfunktion.

Sexologiske lidelser (DF52, DF65, DF66)

(ekskl. kønsidentitetsforhold)

Hovedfunktionsniveau:

Patienterne varetages ikke på hovedfunktionsniveau men henvises fra andre specialer til regionsfunktion i psykiatrien

Regionsfunktionsniveau:

- Sexologisk lidelse, hvor patienten har behov for behandling i sygehusvæsenet

OBS! Varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau

Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

- Diagnostik og behandling af særligt komplicerede somatiske og psykiatriske tilstande med seksuelle forstyrrelser, specielle handicap, intersex tilstande og seksuelle problemer i forbindelse med vold, incest og lignende

Varetages af Region Midtjylland

Regionsfunktion:

RF Sexologiske lidelser

I alt gennemsnitligt 32 timer

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Sexologiske lidelser, hvor patienten har behov for behandling i sygehusvæsenet.
Hoveddiagnose / bidiagnose: • DF52.0-9 • DF65.0-9 Alle patienter har en psykiatrisk hoveddiagnose og den sexologiske lidelse som bidiagnose. Patienter med diagnosen F65.4 skal henvises til retspsykiatrien for behandling. Sædelighedskriminelle henvises til den højt specialiserede funktion i Risskov.
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet: Symptomerne skal være moderate til alvorlige, generende for patienten og påvirke livskvalitet/parforhold.
Kompliceret differential diagnostik: • Differentialdiagnostiske vanskeligheder efter udredning i hovedfunktion • Sværere non-organiske seksuelle funktionsforstyrrelser • Nogle sværere organiske seksuelle funktionsforstyrrelser
Svær komorbiditet: • Lægemedelinducerede seksuelle problemer opstået i forbindelse med behandling af patientens psykiske grundlidelse, og som det ikke er muligt at træffe foranstaltninger i forhold til på hovedfunktionsniveau. • Komorbiditet med alvorlig psykisk lidelse, bl.a. angst, depression og/eller personlighedsforstyrrelse
Behandlingsresistens: Manglende behandlingseffekt efter udredning og behandling i hovedfunktion
Risikopatienter: • Patienter der får risikobehandling, eksempelvis særlige risici ved operation, strålebehandling, farmakologisk behandling
Særlige patientgrupper: -
Henvisningskriterier, herunder henvisende instanser
Henvisning skal indeholde oplysninger i henhold til tjeklisten for den gode henvisning suppleret med følgende: • Seksuel dysfunktion der har stået på i længere tid, og hvor patienten har været forsøgt behandlet i primær- eller sekundærsektoren. • Beskrivelse af psykisk lidelse, nuværende behandling heraf, nuværende psykisk tilstand Patienter med sexologisk lidelse varetages ikke på hovedfunktionsniveau i psykiatrien, men henvises fra andre specialer, når de opfylder kriterierne for regionsfunktionen i Psykiatrien. Henvisende instans er i udgangspunktet det speciale, der har været behandlingsansvarlig i en længere periode.

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Forsamtale inkl.: Indledning (Henvisningsårsag, alder, social og civil status) Nuværende problem Beskrivelse, debuttidspunkt, forsøgt indtil nu. Evt. parforholdet (tiltrækning, skilsmissetrusler). Undersøgelser indtil nu inkl. blodprøvesvar. Sexologisk anamnese <u>Mandlige patienter:</u> Rejsningsevne. Kan han få rejsning, kan rejsning opretholdes. Ejakulationsevne. Varighed fra penetration til ejakulation. Tidligere seksuelle erfaringer / funktion / overgreb Lyst inkl. til onani <u>Kvindelige patienter:</u> Orgastisk Lubrikation Smerter Lyst inkl. til onani Tidligere seksuelle erfaringer / funktion / overgreb Øvrige organsystemer Medicin Kan lidelsen være bivirkning til igangværende medikamentel behandling. KRAM og somatisk undersøgelse Der skal optages somatisk anamnese af patienter på regionsfunktionsniveau. Der skal sikres screening vedrørende kost, rygning, alkohol og motion. Det forudsættes, at intervention og opfølgning i vidt omfang foregår i primær sektor. For patienter i ambulant behandling forventes metabolisk og anden somatisk udredning udført via praktiserende læge/vanlig somatisk behandler. Patienterne skal være urologisk og gynækologisk udredte.	1-2 timer

Behandling	Ved psykiatrisk hoveddiagnose og sexologisk bidiagnose: Behandlingen foregår ambulant som psykoterapi eventuel kombineret med anden psykoterapeutisk behandling og/eller hjemmeøvelser eksempelvis sensualitetstræning, start/stop-teknik, medicinsk behandling på baggrund af individuel stillingtagen. Behandlingen foregår individuelt, men inkluderer en eventuel partner. Behandlingsvarighed og -intensitet tilpasses den enkelte patient. Behandlingsintensiteten vil være høj i det initiale behandlingsforløb og kan derefter reduceres. Behandlingen vil være et supplement til den relevante hoveddiagnoses behandling. Behandlingen foregår i øvrigt som nævnt ovenfor. Forebyggelse/tilbagefaldsprofylakse er integreret i behandlingen.	Individuelt tilpasset; gennemsnitligt 30 timer fordelt over 1-2 år, med mulighed for forlængelse ved særlige komplicerede tilstande
Psykoedukation	Psykoedukation er inkluderet i ovenstående behandlingsforløb.	Inkluderet i behandlingsforløbet
Afslutning og evaluering	Behandlingen afsluttes, når: • Patienten er helbredt eller behandling skønnes at kunne videreføres ved praktiserende læge eller eventuelt i vanlig psykiatrisk behandling, hvis denne er hoveddiagnose • Patienten skønnes ikke at kunne profitere af behandlingen. Stillingtagen til opfølgning i andet regi efter afslutning.	2 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Sexologisk lidelse hvor patienten har behov for behandling i sygehusvæsenet.	

Senest opdateret den 15. december 2016

Højt specialiseret funktion, Region Midtjylland: (Opdateres)

HSF Særligt komplicerede somatiske og psykiske tilstande med seksuelle forstyrrelser

<i>"Diagnostik og behandling af særligt komplicerede seksuelle forstyrrelser, herunder somatisk handicappede med seksuelle problemer i forbindelse med vold, incest og lign."</i>	
Hoveddiagnose	
F52, F66, F66, Z70.8-Z70.9	
Diagnoser / bidiagnoser	
• F52 • Z70 • F65 • F66 Patienter med diagnosen F65.4 skal henvises til retspsykiatrien for behandling.	
Kompliceret differentialdiagnostik	
• Differentialdiagnostiske vanskeligheder efter udredning i regionsfunktionen. • Sværere non-organiske seksuelle funktionsforstyrrelser. • Sværere organiske seksuelle funktionsforstyrrelser. • Sværere seksuelle udviklings- og orienteringsforstyrrelser. • Sværere seksuelle afvigelser	
Svær komorbiditet	
• Svær komorbiditet der ikke kan behandles på regionsfunktionsniveau. •	
Behandlingsresistens	
• Behandlingsresistens der ikke kan behandles på regionsfunktion.	
Risikopatienter	
• Patienter, der er behandlingsresistente trods behandling på regionsfunktionsniveau: • Komorbiditet med somatiske lidelser, herunder: • Visse cancerformer sequelae efter samme • Handicap hos unge (Spina bifida Q05 m.v.) • Nyresygdomme (N18 m.v.) • Gynækologiske lidelser (N80, E28.2) • Endokrinologiske lidelser (E10-E14, E4-E5 m.v.) • HIV-smittede (B20-B24) • Visse kromosonafvigelser og medfødte misdannelser	
Særlige patientgrupper	
• Kompliceret udredning og behandling af seksuelle afvigelser (F65), herunder sjældne former for seksuelle afvigelser.	

Personlighedsforstyrrelser (DF60 og DF61)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse
- Pakkeforløb for evasiv personlighedsforstyrrelse

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

Regionsfunktionsniveau:

- Personlighedsforstyrrelser med en sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF <40 eller patienter med svær selvskadende adfærd eller udadreagerende adfærd OBS! Varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau

Varetages af Region Nordjylland (APS og BPS)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

HF Emotionel ustabil personlighedsforstyrrelse

Pakkeforløb for patienter med emotionel ustabil personlighedsforstyrrelser på hovedfunktionsniveau i RN

	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale med anamnese gerne inddragelse af pårørende Vurdering ved fx PSE og SCID-II. Somatisk anamnese og KRAM Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau.	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke	Jf. http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforløb+i+psykiatrien	59 timer	AGB07A
Diagnostik og evalueringsmål	Indledende samtale med behandlingsplan, forventningsafstemning og behandlingsmål. Gerne med inddragelse af pårørende. Vurdering af behov for somatisk undersøgelse	1 time	ZZ0149A hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted indenfor 30 dage
Behandling Herunder: Psykoterapi Psykofarmakologi Psykoedukation Pårørende Sammenhæng	Stillingtagen til evt. medicin og evaluering af effekt ved behandling Psykoedukation: fx 8 sessioner á 1.5-2 timer med 14 patienter Gruppeterapi over 1½ år ugentligt: fx 60 sessioner med 2 behandlere og op til 8 patienter <i>og/eller</i> Individuel terapi: 40 sessioner á 45 min. Inddragelse af pårørende og netværksmøder med relevante parter fx midtvejs (efter behov)	1 timer 1 timer 22,5 timer 30 timer 1 time <u>I alt 52,5 timer</u>	Vanlig proc.reg. Vanlig proc.reg. Vanlig proc.reg. Vanlig proc.reg.
Evaluering og tilbagefaldsforebyggelse	Evaluering af behandlingsforløbet med klinisk vurdering og fx SCL, IIP eller GAF Stillingtagen til behov for opfølgning	1,5 timer	Vanlig proc.reg.
Afsluttende samtale	Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	1 time	Ingen yderligere registrering AGB99X1 AGB99X2

HF Evasiv personlighedsforstyrrelse

Pakkeforløb for patienter med evasiv personlighedsforstyrrelser på hovedfunktionsniveau i Region Nordjylland

	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
Udredningspakke	Forsamtale med anamnese gerne inddragelse af pårørende Vurdering ved fx PSE og SCID-II. Somatisk anamnese og KRAM Udredes i henhold til udredningspakken på hovedfunktionsniveau	Afklarende: 1 time Standard: 2-3 timer Udvidet: 4-8 timer	AGA02A AGA03A AGA04A
Behandlingspakke	Jf. http://www.regioner.dk/psykiatri/pakkeforløb+i+psykiatrien	34 timer	AGB07A
Diagnostik og evalueringsmål	Indledende samtale. Gerne med inddragelse af pårørende. Behandlingsplan udfærdiges med inddragelse af patienten med fokus på de væsentligste problemstillinger (hypersensitivitet over kritik, frygten for ikke at slå til og social hæming, herunder dårligt funktionsniveau). Caseformulering og behandlingsalliance. Vurdering af behov for somatisk undersøgelse. Løbende vurdering af eksekutive funktioner og sociale støttebehov	1 time	ZZ0149A hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted indenfor 30 dage
Behandling	Stillingtagen til evt. medicin, herunder medicinopfølgning/justering eller medicinudtrapning. Der er aktuelt ikke evidens for at tilbyde medicinsk behandling til patienter med en isoleret personlighedsforstyrrelse, men kan overvejes til patienter med co-morbide lidelser fx depression eller angst Gruppeforløb tilbydes til alle patienter i målgruppen. fx 40 sessioner á 90 minutter med 2 behandlere og op til 8 patienter samt psykoedukation i gruppe fx 8 sessioner á 1.5-2 timer med 14 patienter i optil 12 mdr Individuelle forløb: Gruppeterapien kan suppleres med individuel samtaleterapi især til patienter med lavt funktionsniveau – primært med henblik på at fastholde patienten i et gruppeforløb. Desuden pårørende samtale. I alt optil 40 sessioner á 45 min. Netværksmøder med relevante parter fx midtvejs (efter behov)	2 timer 15 timer 13 timer 1 time	Vanlig proc.reg. Vanlig proc.reg. Vanlig proc.reg. Vanlig proc.reg.
Evaluering og tilbagefaldsforebyggelse	Anvendelse af standardiseret skala (fx SCL-90, GAF, semi-struktureret interview (fx SCIT-2)) med henblik på løbende evaluering af behandlingseffekt	1 timer	Vanlig proc.reg.

Afsluttende samtale	Afsluttende samtale inkl evaluering af behandlingsforløb fx ved brug af psykometriske tests og relevant inddragelse af pårørende	1 time	Ingen yderligere registrering AGB99X1 AGB99X2
	Opfølgende samtale med henblik på tilbagefaldsforebyggelse kan tilbydes fx 3-6 mdr efter afsluttet behandlingsforløb Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske	1 time	

Regionsfunktion:

RF Personlighedsforstyrrelser

I alt 103 timer

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Personlighedsforstyrrelser med en sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF <40 eller patienter med fx selvskadende eller svært udadreagerende adfærd eller høj grad af isolation eller eksklusion.
Hoveddiagnose: Målgruppen omfatter normalt begavede personer med en kompleks personlighedsforstyrrelse og betydelig funktionsnedsættelse indenfor følgende diagnoser: F60.3 Emotionel ustabil personlighedsstruktur F60.6 Ængstelig (evasiv) personlighedsstruktur F60.7 Dependent personlighedsstruktur F60.0 Paranoid personlighedsstruktur F60.1 Skizoid personlighedsstruktur F60.4 Histrionisk personlighedsstruktur F60.5 Tvangspræget personlighedsstruktur F60.8 Anden specifik forstyrrelse af personlighedsstrukturen (narcissistisk og passiv-aggressiv) F61.0 Blandet personlighedsstruktur <i>Ikke indbefattet i funktionen:</i> F60.2 Dyssocial personlighedsstruktur udgør en behandlingsmålgruppe, der væsentligt afviger fra behandlingsrammen i hoved- og regionsfunktion for personlighedsforstyrrelser, idet de har behov for en længerevarende socialpædagogisk indsats, hvortil der ikke findes evidensbaserede behandlingsformer. Bi-diagnoser: Patienterne vil hyppigt have ko-morbide lidelser i form af flere personlighedsdiagnoser, depression, angst, ADHD, OCD, misbrug eller spiseforstyrrelse. Øvrige lidelser skal være velbehandlede eller af mindre sværhedsgrad end personlighedsforstyrrelsen. Den ko-morbide lidelse må ikke så dominerende, at det indikerer primær behandling for denne og vanskeliggør udredning for personlighedsforstyrrelsen. Patienter med et betydeligt dagligt misbrug og afhængighed skal som udgangspunkt behandles primært for deres misbrug inden henvisning eller som minimum være indstillet på at gå i samtidig, aktiv misbrugsbehandling i kommunalt regi.
Symptomer: Personlighedsforstyrrelser viser sig ved en forstærkning af almindelige personlighedstræk i en sådan grad, at det giver problemer og forringer personens evne til at indgå i relationer, håndtere følelser og impulskontrol. Det indebærer indgroede, ufleksible og problemskabende mønstre i personlighedsstrukturen. Det medfører skrøbelig, ustabil eller negativ selvopfattelse, samt forstyrret evne til empati og mentaliseringsevne. Sværhedsgrad / kompleksitet: Patienter som modtages til behandling i regionsfunktion lider af personlighedsforstyrrelse i en sådan sværhedsgrad og kompleksitet, at de har en betydelig funktionsnedsættelse. Patienterne har typisk følgende komplicerende problemstillinger: • Social invalidering (f. eks. hyppige konflikter med omgivelser eller isolation i hjemmet) • Dårligt socialt netværk (insufficient / dysfunktionelt på afgørende områder) • Længerevarende sygemelding eller manglende tilknytning til arbejdsmarked

• Psykiatrisk ko-morbiditet (angst, depression, spiseforstyrrelse, ADHD samt andre personlighedsdiagnoser) • Selvmordsrisiko • Svær selvskadende adfærd eller svær udadreagerende adfærd • Tidligere misbrugsproblematik • Tidligere traumer eller seksuelle overgreb		
Kompliceret differential diagnostik: • Patienter med behov for yderligere udredning udover, hvad der er beskrevet for hovedfunktion fx behov for specialiseret neuropsykiatrisk udredning på mistanke om komplicerende organisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse • Udredningen kan være særlig vanskelig på grund af komplicerende komorbiditet f.eks. massivt misbrug eller somatisk lidelse • Behov for second opinion		
Svær komorbiditet: Jf. ovenstående		
Behandlingsresistens: Der har været utilstrækkelig effekt af tidligere behandlingsforløb i hovedfunktion, såvel psykoterapi for personlighedsforstyrrelse som behandling for ko-morbide lidelser.		
Risikopatienter: Patienter med selvskadende adfærd, selvmordsadfærd og udadreagerende adfærd		
Særlige patientgrupper: Jf. ovenstående		
Henvisningskriterier, herunder henvisende instanser		
Patienter henvises som udgangspunkt fra hovedfunktionsniveau, men kan modtages direkte fra primærsektoren, efter individuel vurdering.		
Patienter med svær personlighedsforstyrrelse, primært emotionelt ustabil (F60.3) eller evasiv (F60.6), men også F60.0, F60.1, 60.4, F60.5, F60.7, F60.8 og F61.0 med et lavt funktionsniveau og hvor mindre omfattende behandling/hovedfunktionsniveau skønnes eller har vist sig utilstrækkelig.		
I henvisningen skal følgende være belyst: • Grundig beskrivelse af tidligere udredning og behandling af såvel personlighedsforstyrrelse som komorbide lidelser • Diagnoser, somatisk og herunder psykiatrisk, herunder vurdering af sværhedsgraden om den komorbide lidelse må ikke så dominerende, at det indikerer primær behandling for denne og vanskeliggør udredning for personlighedsforstyrrelsen • Funktionsevne indenfor relationer, socialt netværk og arbejdsmarkedet • Behandlingsmotivation • Suicidal risiko • Selvskadende adfærd • Tidligere og aktuel misbrugsproblematik		
Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud		
	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Udredning kan være foretaget fyldestgørende på hovedfunktionsniveau eller i andet relevant regi Kan suppleres med psykologisk assesment, diagnostisk interview med PSE,	4-8 timer

	personlighedsdiagnosevurdering med SCID-II, BAI, BDI, Selvrapporteringsskemaer (IIP, SCL-90R), WHO-5 og/eller GAF Ved behov kan yderligere udredes for ADHD (ASRS + DIVA), for intelligensniveau (WAIS) samt for Aspergers syndrom (RAADS).	
KRAM og somatisk undersøgelse	Det sikres, at det er optaget relevant somatisk anamnese. Der sikres, at der er foretaget screening vedrørende kost, rygning, alkohol og motion, hvor det forudsættes, at intervention og opfølgning i vidt omfang foregår i primær sektor. Ved symptomer på spiseforstyrrelse/uregelmæssig spisning/over-/undervægt henvises til diætist.	1 time
Behandling	<i>Varighed:</i> Behandlingen af svære personlighedsforstyrrelser kræver et individuelt tilrettelagt forløb, som kan bestå af Kombinations-behandling med individuel terapi fx 1 gang ugentligt (80 sessioner á 45 min) og gruppeterapi 1 gang ugentligt i fx 2 år (80 sessioner á 90 min. med 2 behandlere og 8 patienter) efter en evidensbaseret metode. ELLER Individuel terapi indtil patienten evt. er klar til gruppeforløb eller kan tilbagehenvises til hovedfunktionsniveau. Der vil ofte være behov for medicinsanering, idet mange af patienterne ved henvisningen er uhensigtsmæssigt medicineret. Som udgangspunkt er der ikke evidens for medicinsk behandling af en personlighedsforstyrrelse, men medicin kan anvendes efter individuel lægevurdering og oftest til behandling af patientens komorbiditeter (fx antidepressiva, stemningsstabiliserende medicin eller antipsykotika i små doser). <i>Sammensætning af ambulant og stationær behandling:</i> Det kan ved svær affekt, selvskadende adfærd eller selvmordsadfærd blive nødvendigt med kortvarigt indlæggelse. Strækker behovet for indlæggelse sig over mere end få dage, hvor affekten kan lægge sig, skal det i hvert enkelt tilfælde vurderes om det er relevant med fortsat ambulant behandling og risiko for regression ved langvarig indlæggelse. Der forventes nært samarbejde mellem sengeafsnit og ambulatoriet, så der undgås	I alt 90 timer Fx 60 individuelle timer + 30 gruppe timer

	uhensigtsmæssig medicinering under en indlæggelse. <i>Forebyggelse/tilbagefald:</i> Patientgruppen er kendetegnet ved at symptombelastningen (selvmordsforsøg, selvskadende adfærd og behovet for indlæggelse) kan falde markant under psykoterapi, men at det generelle funktionsniveau er det sidste der bedres. Det er derfor væsentligt at have fokus på dette såvel i den individuelle terapi som i gruppeterapi. Der skal i den individuelle terapi i videst muligt omfang inddrages pårørende, sagsbehandler eller andre samarbejdspartnere i kommunalt regi. Der bør i hele behandlingsforløbet være fokus på at understøtte de rehabiliteringstiltag der igangsættes. Patienterne bør i en periode efter endt behandlingsforløb have adgang til enkelte samtaler efter behov, for at forebygge at en kortvarig krise fører til et længerevarende tilbagefald.	
Psykoedukation	Psykoedukationen påbegyndes så tidligt i forløbet som muligt. Der kan tilbydes fx 6 sessioner á 2 timer. Hvis patienten ikke er i stand til at indgå i gruppe, gives der individuel psykoedukation integreret i psykoterapien.	1 time
Afslutning og evaluering	Patienten afsluttes når: • Patienten er i stand til at klare sig uden psykiatrisk behandling evt. med overgang til praksissektoren, kommunen eller primærsektor eller en boform • Patienten ikke længere opfylder kriterier for en personlighedsforstyrrelse • Yderligere psykoterapi ikke skønnes at have effekt • Patienten møder så ustabil, at behandlingen ikke kan gennemføres Evaluering af behandlingsforløbet kan foretages med fx PSE, SCID-II, BAI, BDI, IIP, SCL-90R, GAF (symptom og funktion) og WHO-5.	3 timer
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Følgende kriterier indgår i vurderingen af adskillelse mellem hoved- og regionsfunktion: 1. Funktionsniveau (vedvarende GAF > 40) <i>eller</i> 2. Svær selvskadende adfærd <i>eller</i> svær udadreagerende adfærd Jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri.	

Senest opdateret den 20. marts 2017

Oligofreni (DF70-79 og DF84)

Hovedfunktionsniveau:

Patienter med oligofreni varetages på hovedfunktionsniveau
Der er ikke udarbejdet pakkeforløb for oligofreni

Regionsfunktionsniveau:

- Oligofrene med samtidig psykisk lidelse hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Nordjylland (BPS)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

Regionsfunktion:

RF Oligofreni med samtidig psykisk lidelse

I alt: 3-5 timer + behandling

Funktionens målgruppe:
Funktion: Oligofreni med samtidig psykisk lidelse
Hoveddiagnose: <u>Målgruppe</u> Det er en forudsætning for henvisning til regionsfunktionen, A) At patienten opfylder diagnostiske kriterier for mental retardering ICD F70-73 B) At patienten er psykisk syg eller udviser adfærdsproblemer af betydeligt omfang, og C) At patienten qua sin intellektuelle retardering eller udviklingsforstyrrelse kræver en specialindsats. Eksempler: • En kompliceret udredning og diagnostik, hvor udredningen af det psykiatriske sygdomsbillede er kompliceret som følge af patientens retardering og utilstrækkelige sproglige formåen. • Hvor talrige instanser er involveret i en kompliceret sygdomsproblematik, som kræver en specialindsats. En tilstand, som er kompliceret som følge af flere psykiatriske diagnoser hos en psykisk udviklingshæmmet patient.
Bidiagnose: -
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet Det overordnede træk ved patientgruppen er patienternes intellektuelle retardering og/ eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse, samt at patienternes utilstrækkelige verbale færdigheder på afgørende vis indvirker på sygdomsmanifestationen. Psykiatrisk kan det dreje sig om psykotiske tilstande inkl. psykotisk adfærd, affektive lidelser, potentiel demens, specielt ved Downs syndrom inkl. demensudredning, voldsom angst, døve/ blinde med psykiatriske problemer, sjældne syndromer f.eks. Prader-Willi, Retts syndrom og hyperseksualitet. Desuden adfærdsforstyrrelser, herunder personfarlig adfærd, eller vedvarende behandlingsresistente svære adfærdsforstyrrelser. Psykofarmakologiske problemstillinger, herunder interaktioner og bivirkninger. Tilstandene kan kompliceres af somatiske problemer, som i langt de fleste tilfælde udgøres af epilepsi. Patienternes tilstand er præget af høj kompleksitetsgrad som følge af indvirkningen af den intellektuelle retardering/gennemgribende udviklingsforstyrrelse. Kompleksitetsgraden gør, at de ikke umiddelbart kan behandles efter vanlige behandlingsprincipper i hovedfunktion, hvor de evt. er forsøgt behandlet, men hvor tilstandene kræver yderligere ekspertise. Der kan være tale om: • Personer, der er vanskelige at diagnosticere pga. udviklingshæmningens/den gennemgribende udviklingsforstyrrelses indflydelse på symptomatologien. • Personer, der har særlige komplicerende somatiske lidelser (epilepsi). • Personer, hvis lidelse og samlede sociale situation nødvendiggør kontakt til en række sundheds- og sociale instanser. • Tilstande, som ikke kan tilgodeses i hovedfunktionen, enten på grund af flere komplicerende diagnoser eller patienternes meget lave kognitive niveau. • Tilstande kompliceret af psykiatrisk eller somatisk komorbiditet, hvor symptomer

eller diagnostisk kompleksitet medfører behov for observation og/eller behandling under døgnindlæggelse, f. eks. ved aggression og affektlabilitet, hyperaktivitet, affektive lidelser, psykose, selvmordsrisiko, spiseforstyrrelse, svær søvnforstyrrelse og komplicerende somatiske tilstande og/eller i kombination med svære komplicerende psykosociale forhold.

Indlæggelse vil foregå på lokal almenpsykiatrisk afdeling med tilbud om supervision. Herunder observation af effekt af medicinsk behandling på døgnbasis, når der har været omfattende vanskeligheder med at regulere og evaluere den psykofarmakologiske behandling.

Kompliceret differential diagnostik:

Målgruppen er karakteriseret ved, at patienternes intellektuelle retardering og/eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse samt utilstrækkelige verbale færdigheder på afgørende vis indvirker på sygdomsmanifestationen og dermed på udredningen og behandlingen, som ofte kræver specialindsats og involvering af talrige instanser.

Svær komorbiditet:

Der kan være tale om flere psykiatriske diagnoser hos en oligofren patient (fx psykotiske tilstande, affektive lidelser, demens, angst eller hyperseksualitet) eller somatisk komorbiditet og/eller komplicerende psyko-sociale forhold.

Behandlingsresistens:

Manglende respons på tidligere behandling hos gruppen af mentalt retarderede, kan være indikation for henvisning.

Risikopatienter:

Patienter med adfærdsforstyrrelser, herunder personfarlig adfærd, samt selvmordstruede patienter.

Særlige patientgrupper:

- Downs syndrom-patienter med symptomer på Alzheimers demens
 - Patienter med sjældne syndromer, f.eks. Prader-Willi eller Retts syndrom
- Patienter med epilepsi

Henvisende instanser samt henvisningskriterier

Henvisning til regionsfunktion skal ske ved fremsendelse af henvisning fra praktiserende læge, eller speciallæge i hovedfunktionen.

Henvisning til regionsfunktionen kræver flere parametre opfyldt sammen med udredning på hovedfunktionsniveau. Der skal ikke blot være mistanke om psykisk lidelse hos en person med mental retardering og/eller gennemgribende udviklingsforstyrrelse, der skal også foreligge tegn på en tilstand, som er meget kompleks og kræver specialiseret observation og behandling.

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Før behandling påbegyndes indhentes grundig anamnese. På grund af manglende sproglig evne er det hovedreglen at anamnestiske oplysninger indhentes ved samtale med pårørende og/eller pædagogisk personale. Hvor oplysninger findes fra tidligere psykiatrisk undersøgelse eller behandling indhentes disse.	2-4 timer

	Hvor diagnosen mental retardering er usikker udføres intelligenstagning med WAIS 4. Klinisk psykiatrisk undersøgelse og observation af den henviste. Ved mistanke om demens anvendes Gottfires-Bräne-Steen (GBS) skalaen.	
KRAM og somatisk undersøgelse	Der optages somatisk anamnese. Supplerende klinisk somatisk og paramedicinske undersøgelser foretages i almen praksis.	1 time
Behandling	Behandlingen vil overvejende bestå af psykofarmakologisk behandling, når indikation herfor foreligger. Det er hovedreglen at psykoterapeutisk behandling ikke lader sig gennemføre på grund af patientens nedsatte intelligens.	Varierende antal konsultationer af ca. 1 times varighed
Psykoedukation	Under forløbet af behandlingen er samarbejde med pårørende og personale af afgørende betydning. Denne indsats vil ofte have karakter af generel vejledning og psykoedukation.	Varierende
Afslutning og evaluering	Langt de fleste psykiatriske sygdomstilstande hos udviklingshæmmede er af langvarig eller kronisk karakter. Det er derfor nødvendigt med meget langvarige behandlingsforløb, der ofte strækker sig over måneder til år. Når patienten langvarigt har været i en stabil tilstand afsluttes behandlingen.	
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Ambulatorium for psykisk udviklingshæmmede varetager ambulant psykiatrisk udredning og behandling af alle udviklingshæmmede patienter med psykisk lidelse (både som aktions- og bidiagnose) uanset patientens bopæl/ophold på døgninstitution. Ambulatoriet varetager udredning og behandling på både hoved- og regionsfunktionsniveau. Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau - jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med	

	anvendelse af en eller flere semistrukturerede interviews, som f.eks. SCAN/PSE. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis og på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4) Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau Der er ikke specialiserede sengepladser til patienter med oligofreni, og indlæggelse foregår således i relevant sengeafsnit i almen voksenpsykiatrien. Ambulatorium for psykisk udviklingshæmmede har tilsyns-/rådgivningsfunktion i forhold til patienter, der er indlagte i almenpsykiatrisk sengeafsnit.	
--	---	--

Senest opdateret den 24. januar 2017

Psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser (DF84)

Hovedfunktionsniveau:

Varetages på hovedfunktionsniveau.

Der er ikke udarbejdet nationalt pakkeforløb

Regionsfunktionsniveau:

- Diagnosticering af psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser, der ikke er diagnosticeret i barndommen, herunder autisme og Aspergers Syndrom, hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

Regionsfunktion:

RF Diagnosticering af psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser

I alt 7-10 timer

Regionsfunktionens målgruppe	
Funktion:	Diagnosticering af psykiske udviklings- og adfærdsforstyrrelser, der ikke er blevet diagnosticeret i barndommen, herunder autisme og Aspergers Syndrom.
Hoveddiagnose / bidiagnose:	<u>Hoveddiagnoser:</u> F 84.1(0) – karakteriseret ved sen begyndelsestidspunkt F 84.5 F 84.8-9 <u>Bi-diagnoser:</u> Oftest vil patienter med udviklings- og adfærdsforstyrrelser og anden samtidig psykiatrisk co-morbiditet som udgangspunkt behandles for denne lidelse.
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet:	• Patienter, hvor der er behov for medicinsk behandling • Særligt udfordrende sociale eller pædagogiske problemstillinger, der medfører behov for koordination og inddragelse af den specialiserede psykiatri
Kompliceret differentialdiagnostik:	• Patienter med lidelser indenfor skizofreni-spektret, som ikke er psykotiske • Patienter med OCD, social fobi eller ængstelig personlighedsforstyrrelser, som ikke er bedret på medicinsk behandling og terapi
Svær komorbiditet:	Oftest vil patienter med anden samtidig psykiatrisk co-morbiditet som udgangspunkt behandles for denne lidelse i relevant psykiatrisk regi
Behandlingsresistens:	Indenfor dette sygdomsspektrum er der sjældent tale om behandlingsresistens, men oftere diagnose-usikkerhed og behov for second opinion
Risikopatienter:	• Patienter med særligt farlig adfærd
Særlige patientgrupper:	• Udredning og behandling af voksne med Tourettes syndrom varetages i samarbejde med ambulatorium for bevægeforstyrrelser, Aalborg Universitetshospital. •
Henvisningskriterier, herunder henvisende instanser	
Patienterne kan henvises fra praktiserende læge eller hovedfunktionsniveau.	

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Indledende samtale med klinisk vurdering og interview.	1-2 timer

	Inddragelse af pårørende	
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse	1 time
Behandling	Socialpædagogisk støtte Sjældent behov for medicinsk behandling, men evt. behandling af psykiatisk bi-diagnose, hvis psyk er den primære	
Psykoedukation	Tilrettelægges individuelt med pårørende Koordination med evt. kommunale institutioner.	1-2 timer 1-2 timer
Sociale foranstaltninger	Netværksmøder. Der vil oftest være behov for 2 møder.	Ca. 3 timer
Afslutning og evaluering	Netværksmøderne vil oftest fungerer som afsluttende møder.	
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau - jf. SST specialevejledning for psykiatri: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg 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.	

Senest opdateret den 20. marts 2017

ADHD (DF90.0-90.9)

Hovedfunktionsniveau:

- Pakkeforløb for ADHD

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

Regionsfunktionsniveau:

- ADHD, hvor et/flere af kriterierne 1-4 er opfyldt
Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

HF ADHD

Pakkeforløb for patienter med ADHD - voksenpsykiatri

[illegible]

Regionsfunktion:

RF ADHD

I alt 16 timer

Regionsfunktionens målgruppe		
Funktion: ADHD		
Hoveddiagnose / bidiagnose: <u>Hoveddiagnoser:</u> F90.0 <u>Bidiagnoser:</u> • Væsentlige somatisk lidelse, afhængig af risiko for farmakologiske interaktioner • Betydende neuropsykiatrisk lidelse(r), fx svær Tourette		
Symptomer herunder sværhedsgrad / kompleksitet: Mindst en af følgende svære og komplicerede tilstande skal foreligge efter vurdering af en speciallæge i psykiatri ansat i hovedfunktionen: • Behandlingsresistent ADHD • Komplicerede bivirkninger til den medicinske behandling, fx svært vægttab, organpåvirkning, eller ADHD-medicin induceret psykose, hvor behandling på hovedfunktionsniveau med almindeligt anvendte præparater mod psykose og ADHD ikke har været tilstrækkelig • Behov for second opinion ved særlig diagnostisk usikkerhed efter særskilt aftale		
Svær komorbiditet: Patienter med anden psykiatrisk co-morbiditet, behandles som udgangs for denne tilstand. Behandling for ADHD kan tilrettelægges samtidig, men vil fortrinsvist foregå på hovedfunktionsniveau. Patienter med betydende bipolar lidelse kan konfereres.		
Behandlingsresistens: Patienten har modtaget behandling på hovedfunktionsniveau efter gældende kliniske retningslinjer		
Risikopatienter: ▪ Patienter med komplicerede neurologiske/ somatiske tilstande, herunder fx epilepsi, hjertesygdom, inflammatorisk tarmsygdom ▪ Svær undervægt		
Henvisningskriterier, herunder henvisende instanser		
Patienter kan udelukkende henvises fra hovedfunktionsniveau efter forudgående aftale med regionsklinikken. Henvisninger fremsendes til Central Visitation, der vurderer henvisningen og videre visiterer Henvisningskriterier: Jf. beskrivelse af diagnose og symptomer.		

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Klinisk interview, psykiatrisk anamnese evt. DIVA Inddragelse af pårørende og eller netværk	6 timer

KRAM og somatisk undersøgelse	Forventes udført ifm. eller forud for henvisning Hos risikopatienter koordineres behandling med relevant somatisk afdeling	1 time
Behandling	Tilrettelægges individuelt Typisk medicinsk behandling efter gældende retningslinjer herunder NKR (2015) og RADS (2016) med behov for månedlig kontrol med stillingtagen til effekt og bivirkninger indtil stabilisering eller optimal behandling er opnået efter højst efter 1 års behandling Evt. behov for behandling i anden ambulant enhed for co-morbid lidelse	4 timer
Psykoedukation	Tilrettelæggelse individuelt Gerne inddragelse af pårørende	2 timer
Sociale foranstaltninger	Typisk behov for socialrådgivning eller lign.	2 timer
Afslutning og evaluering	Afsluttes typisk il hovedfunktionsniveau eller egen læge. Afsluttende samtale. Gerne inddragelse af pårørende	1 time
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau - jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri: 1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2) Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning, gerne med anvendelse af en eller flere semistrukturerede interviews. Patienter der er diagnostisk uafklaret, henvises til den regionsfunktion, som bedst kan dække over patientens symptomer og/eller 3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis på hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt og/eller 4) Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau	

Senest opdateret den 16. marts 2017

Retspsykiatri (Z0460-Z0462, Z0468-Z0469 og DF65)

Hovedfunktionsniveau:

- Forløbsbeskrivelse for ambulant retspsykiatri

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

Regionsfunktionsniveau:

- Retspsykiatri, diagnostik og behandling af patienter, der har en retslig foranstaltning

OBS! Varetages udelukkende på regionsfunktionsniveau

Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

- Særligt farlige psykotiske patienter, jf. lov om anvendelse af tvang

• Behandling af personer med tanker om at udøve sædelighedskriminelle handlinger og dømte sædelighedskriminelle
Varetages af Region Midtjylland

HF og RF Forløbsbeskrivelse for ambulant retspsykiatri

Forløbsbeskrivelse for ambulant retspsykiatri hovedfunktion- og regionsfunktionsniveau i Region Nordjylland Tidsrammen er afhængig af sanktionens længde

	Metode og indhold	Tidsramme	Registrering i PAS
	Der henvises til PRI-dokumenterne Forløbsbeskrivelse Retspsykiatri og Patienter med dom til behandling eller dom til anbringelse der beskriver den samlede behandling – såvel ambulant som under indlæggelse.		
Indledende samtale KRAM og somatisk undersøgelse			AAF22 ZZ0149AX hvis foretaget her ZZV005B6 hvis foretaget andet sted indenfor 30 dage
Behandling Herunder: Psykoterapi Udarbejdelse af behandlingsplan Psykofarmakologi Risikovurdering Psykoedukation Pårørende Sammenhæng			AAF22 Psykoterapi: BRSP Behandlingsplan: BVAA34A Psykofarmakologi: BVAA34A Risikovurdering: BVAA34A Psykoedukation: BRKP Pårørende: BVAA5 Sammenhæng: BVAA34A
Samarbejde og koordination med primærsektor			AAF22 BVAA34A
Evaluering og tilbagefaldsforebyggelse			AAF22 BVAA34A
Afsluttende samtale	Pakke slut, forløb afsluttes Pakke slut, fortsættes i andet forløb Pakke slut efter patientens ønske		Ingen yderligere registrering AGB99X1 AGB99X2

Regionsfunktion:

RF Retspsykiatri

Funktionens målgruppe:
Funktion: Retspsykiatri. Diagnostik og behandling af patienter, der har en retslig foranstaltning. Patienter med lavere sygdomsgrad, lav farlighed og uden komplicerende misbrug kan varetages på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionsniveau. Det, der adskiller de to funktioner, er især de særlige juridiske problemstillinger, som knytter sig til den enkelte patients behov for behandling og kontrol dvs. høj kriminalitetsrecidivrisiko og/eller alvorlig kriminalitet.
Hoveddiagnose: Målgruppen for denne regionsfunktion er juridisk defineret og omfattet af diagnoserne: Z0460 – Retspsykiatrisk observation. Z0461 – Dom til psykiatrisk behandling. Z0462 – Dom til psykiatrisk anbringelse. Z0468 – Anden retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning. Z0469 – Retspsykiatrisk undersøgelse eller foranstaltning UNS. De sidstnævnte diagnoser er inkluderet i de nationale beskrivelser, men har hidtil ikke været beskrevet i vores regionsfunktion. (For beskrivelse af retspsykiatrisk observation og indhold i mentalundersøgelser henvises til Retspsykiatriens kontorinstruks, som løbende revideres – og da denne opgave ikke har behandlingskarakter, er den her ikke beskrevet nærmere). Z0468 og Z0469 indlægges overvejende i Klinik Nord og Syd, og udredning, diagnostik og behandling tilrettelægges afhængigt af konkret problemstilling og beskrives derfor ikke nærmere i denne beskrivelse. Størstedelen af gruppen vil have diagnosen Z0461 og kun en ganske lille del vil have diagnosen Z0462. Jf. gældende visitationskriterier vil følgende patienter blive indlagt i retspsykiatrisk sengeafsnit: A. Alle med kendelse til mentalobservation under indlæggelse. B. Patienter med kendelse til ambulant mentalundersøgelse, som har behov for indlæggelse og hvor det konkret vurderes at indlæggelsen mest hensigtsmæssigt foregår i et af de Retspsykiatriske sengeafsnit C. Anbringelsesdømte. D. Patienter fra Retspsykiatrisk Ambulatorium med indlæggelsesbehov. §69-omfattede patienter indlægges i Retspsykiatrisk sengeafsnit, hvis dette er muligt, men kan efter konkret vurdering indlægges i almenpsykiatrisk sengeafsnit. I Retspsykiatrisk Ambulatorium behandles patienter med ny dom til psykiatrisk behandling, som ikke tidligere har haft kontakt til almenpsykiatrien i egen region, eller hvis de på henvissningstidspunktet har været behandlet i retspsykiatrisk regi i anden region. Det vurderes endvidere på visitationstidspunktet på baggrund af oplysninger i sagen, om forløb eller pådømt kriminalitet begrundet behandling i regionsfunktion. I forløbet kan patienter, der vurderes at have været placeret uhensigtsmæssigt endvidere henvises til hovedfunktion eller regionsfunktion.
Bidiagnose: Patienterne med behov for regionsfunktionsbehandling er karakteriseret ved den alvorligste

kriminalitet og/eller de alvorligste sindslidelser. Diagnostisk er der ud over Z-diagnosen tale om en heterogen gruppe, og gruppen vil sædvanligvis være karakteriseret af flere af følgende: • Adfærdsforstyrrelse med tendens til aggressivitet. • Kompromitteret sygdomserkendelse. • Flugtrisiko. • Udtalt social belastning. • Restsymptomer trods optimal antipsykotisk behandling eller andre komplicerende/forstyrrende faktorer for behandling (herunder f.eks. alvorlig somatisk sygdom). • Misbrug af alkohol eller andre psykoaktive stoffer. • Kompromitteret kognitiv funktion. Diagnostisk vil der således være tale om en bred gruppe, hvoraf flertallet af de indlagte patienter dog vil være lidende af diagnoser inden for F2x.x-spektret. Den hyppigste bidiagnose vil herudover være misbrug, dvs.: F1x.x
Symptomer, herunder sværhedsgrad / kompleksitet: Jf. ovenfor
Kompliceret differentialdiagnostik: For en del af disse patienter er det vedvarende en problemstilling at afklare, hvilke symptomer, der forårsages af den psykiatriske lidelse og hvilke, der må tilskrives et komplicerende misbrug.
Svær komorbiditet: Jf. ovenfor.
Behandlingsresistens: Jf. ovenfor.
Risikopatienter: Patientpopulationen kan i kraft af kompleks kronisk psykisk lidelse OG kriminalitetsrisiko på flere måder defineres som risikopatienter, hvor såvel risiko for patienten selv som risiko for andre må medtænkes i behandlingen: • Patienter med behov for kompleks medicinering • Patienter med komplicerende somatiske problemstillinger • Patienter med udtalt misbrug • Patienter karakteriseret af høj farlighed (akut eller mere vedvarende)
Særlige patientgrupper: En del af gruppens § 69-omfattede patienter ville ikke falde inden for psykiatriens målgruppe, hvis ikke de havde en retslig foranstaltning.
Henvisende instanser samt henvisningskriterier Patienterne kan henholdsvis henvises af anklagemyndigheden eller tidligere behandlere i andre regioner. Endvidere kan udvalgte patienter efter konkret vurdering henvises internt til/fra retspsykiatrien til/fra regionens almenpsykiatri. (Der henvises til regionens "visitationskriterier for patienter henvist til retspsykiatrien i Region Nordjylland").

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Generelt vedr. forløb Udredning og diagnostik	Der henvises til forløbsbeskrivelsen for retspsykiatri (udarbejdet i regi af Danske Regioner), der gælder for både hoved- og regionsfunktionsniveau: Forløbsbeskrivelse Retspsykiatri Der vil sædvanligvis ved behandlingens start foreligge en mentalundersøgelse.	Foreligger som udgangspunkt.
KRAM og somatisk undersøgelse	De retspsykiatriske patienter adskiller sig ikke fra psykiatriens øvrige patienter, hvorfor dette foretages, jf. gældende instrukser for psykiatriens øvrige patienter.	
Behandling	Behandlingen af de retspsykiatriske patienter har to hovedformål, nemlig at bedre den psykiske tilstand og reducere risikoen for kriminalitetsrecidiv. For gruppen, hvor behandlingen både kan foregå ambulant og under indlæggelse, er det vedvarende en opgave at vurdere, hvornår der er behov for indlæggelse, og hvornår ambulant behandling er tilstrækkelig. Behandlingen tilrettelægges individuelt under hensyntagen til både psykisk tilstand og risiko for kriminalitet med behandlingsansvarlig overlæge som centralt omdrejningspunkt med vekslende kombinationer af støtte fra andre faggrupper. Ved behandlingens start skal der umiddelbart foretages en vurdering af risiko for fornyet kriminalitet og laves en behandlingsplan (jf. gældende instruks) senest en uge efter indlæggelse eller ved påbegyndelse af det ambulante forløb. Behandlingsplanen skal dække hele behandlingsforløbet uafhængigt af, om patienten er indlagt eller ambulant.	Varigheden afhænger, jf. nedenfor af konkret vurdering og (for de fleste af patienterne) af dommens varighed.
Psykoedukation	Psykoedukationen foregår, jf. gældende instrukser, for psykiatriens øvrige patienter, men må ofte indledes individuelt og kan ikke nødvendigvis gennemføres i gruppe.	
Afslutning og evaluering	Der foretages, jf. ovenfor, løbende vurdering af tilstand/farlighed/kriminalitetsrisiko. I forløbet bør det endvidere løbende vurderes, om patienterne med henblik på sikring af overgange og mest hensigtsmæssig behandling fortsat skal behandles i regionsfunktionen (eller om primært vurderet	I forløbet foretages som minimum evaluering årligt i kraft af årlige udtalelser til Statsadvokaten, og afslutning

	hovedfunktionsforløb mere hensigtsmæssigt skal ændres til regionsfunktion, jf. også nedenfor). Specielt bør det i slutningen af forløbet overvejes, hvordan den videre behandling efter dommens ophævelse kan tilrettelægges mest hensigtsmæssigt, og om overgang til hovedfunktion inden ophævelse af dom vurderes at sikre overgangen bedre end efter dommen.	kan først ske, når dommen ophæves.
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	Det er en grundlæggende præmis, at størstedelen af patienterne med de beskrevne diagnoser behandles på hovedfunktionsniveau, og at det af hensyn til patientens samlede forløb og kontinuitet i behandlingen vil afhænge af en konkret vurdering, om behandlingen mest hensigtsmæssigt foregår på hovedfunktionsniveau eller regionsfunktionsniveau, jf. tidligere. De anbringelsesdømte vil altid ved dommens start behandles i regionsfunktion. Generelt vil patienter, der tidligere har været behandlet i almenpsykiatrien, således fortsat skulle behandles der. Der foretages primær vurdering af nyhenviste sager, og der er i forløbet mulighed for ændret behandlingsniveau (herunder patienter, som under behandling i hovedfunktionen har begået ny kriminalitet trods behandlingen, og hvor regionsfunktionen vurderes at kunne nedsætte risikoen for recidiv). Regionsfunktionen skal endvidere supervisere/rådgive hovedfunktionen og varetage undervisningsopgaver vedr. retspsykiatri.	

Højt specialiseret funktion, Region Midtjylland: **(Opdateres)**

HSF Behandling af sædelighedskriminelle jf. lovgivning

<i>"Behandling af sædelighedskriminelle"</i>
Hoveddiagnoser / bidiagnoser
• F65 • Z04.68
Kompliceret differentialdiagnostik
• Andre psykiske/somatiske lidelser.
Svær komorbiditet
• Flere seksuelle afvigelser hos samme person.
Behandlingsresistens
• Behandling forsøgt uden effekt.
Risikopatienter
• Mange har stor ambivalens i forhold til behandling, og der kan være vekslende grad af benægtelse og bagatellisering i forhold til risiko for potentielt risikoadfærd.
Særlige patientgrupper
• Svært socialt belastede (mange flytninger og lignende).

Telefonisk og skriftlig rådgivning til hovedfunktionsniveauet (Særligt DF20-29 og DF30-39)

Hovedfunktionsniveau:

Funktionen varetages ikke på hovedfunktionsniveau

Regionsfunktionsniveau:

- Telefonisk og skriftlig rådgivning til hovedfunktionsniveauet vedr. patienter med graviditetsønske, gravide og ammende
Varetages af Region Nordjylland (APS)

Højt specialiseret niveau:

Der findes ikke funktion på højt specialiseret niveau

Regionsfunktion:

RF Telefonisk og skriftlig rådgivning til hovedfunktionsniveau