

Regionsfunktion:

RF Kompleks ADHD

I alt: 22½-32½

Funktionens målgruppe:
Funktion: Komplekse diagnostiske tilstande forbundet med ADHD, hvor den diagnostiske vurdering ikke kan afklares på hovedfunktionsniveau, eller hvor den psykofarmakologiske behandling er særligt kompliceret. (se næste side)
Hoveddiagnose: <ul style="list-style-type: none">• DF90.0, DF90.1, DF90.8, DF90.9, DF98.8 eller DF98.8c Gruppen af hyperkinetiske forstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelse uden hyperaktivitet (ADD)
Bidiagnose: Der vil langt overvejende være kompliceret komorbiditet til andre udviklingsforstyrrelser og/eller andre psykiske lidelser, ligeledes til følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser. Der kan være somatisk komorbiditet og komplicerende psykosociale forhold.
Symptomer, herunder sværhedsgrad/kompleksitet <ul style="list-style-type: none">• Hyperkinetisk forstyrrelse er karakteriseret ved opmærksomhedsforstyrrelse, hyperaktivitet og impulsivitet. Ved ADD er der ingen hyperaktivitet.• Komplicerede komorbiditet• Beskrivelse af funktionsniveauet (sværhedsgrad)
Kompliceret differential diagnostik: Kompliceret differentialdiagnostik som følge af omfattende komorbiditet. Endvidere kan der være tale om uafklaret diagnostisk tilstand kompliceret af psykosociale vanskeligheder eller behandlingsresistens.
Svær komorbiditet Der optræder ofte svær kompliceret komorbiditet med andre udviklingsforstyrrelser, som fx autismespektrumforstyrrelse, svære eksekutive vanskeligheder, mental retardering, Tourettes syndrom, følelsesmæssige og adfærdsmæssige forstyrrelser, tilknytningsforstyrrelser samt med andre psykiatriske lidelser, f.eks. psykoser, angstlidelser, depression og somatiske lidelser.
Behandlingsresistens: Patienten har ikke responderet tilfredsstillende på tidligere behandlingstiltag i hovedfunktion, ifald der har været afsøgt behandling
Risikopatienter: Ved høj grad af sårbarhed hos et individ, enten på grund af biologiske/arvelige faktorer eller utilstrækkelige psykosociale omstændigheder i individets opvækst, øges risikoen for at udvikle sygdom.
Særlige patientgrupper: <ul style="list-style-type: none">• Komplicerede psykosociale forhold, f.eks. omsorgssvigt, sygdom eller misbrug hos forældrene• Mental retardering

Henvisende instanser samt henvisningskriterier

Henvisende instanser:

- Hovedfunktioner
- Privat praktiserende børne- og ungdomspsykiatere
- Børnelæger og andre speciallæger
- Praktiserende læger
- Kommunale instanser (PPR / forvaltningen)

Henvisningskriterier:

- Den psykosociale akse forudsættes vurderet og relevante tiltag iværksat og evalueret i samarbejde med forældre.
- Patienten forudsættes i primærsektoren udredt for differentialdiagnostiske somatiske lidelser og at være behandlet for evt. somatisk lidelse
- Tiltag er afprøvet på hovedfunktionsniveau uden tilstrækkelig effekt
- Oplysninger og bilag jævnfør henvisningsskema er indhentet og medfølger henvisningen samt underskrevet samtykkeerklæring

Adskillelse mellem målgruppen på henholdsvis hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau:

På regionsfunktionsniveau er der tale om uafklarede diagnostiske tilstande, trods grundig klinisk udredning, komplicerende differentialdiagnostik, svære ledsagende symptomer eller behandlingsresistens.

Funktionens udrednings- og behandlingstilbud:

	Indhold	Varighed
Udredning og diagnostik	Anamnese (herunder uddybende familieanamnese) og diagnostiske instrumenter (ADOS, ADI, PSE, K-SADS, DAWBA, CY-BOCS, YGTS, SCID-II) Eventuelt psykologiske undersøgelser Ved behov rekvireres udvidet undersøgelse af bio-psyko-socialakser evt. via liaison /andre specialer Netværksmøder med kommunale samarbejdspartnere Miljøobservationer Legeobservationer (Evt. inddragelse af tolk, dette gælder for hele behandlingsforløbet)	13,5 time til 18,5 time
KRAM og somatisk undersøgelse	Somatisk undersøgelse og evt. Radiologiske undersøgelser (MR/CT-skanning, EEG), Biokemiske undersøgelser. (KRAM og somatisk undersøgelse indgår som en del af udredningen)	1 time

Behandling	I forlængelse af behandling på hovedfunktionsniveau: Evt. indlæggelse Mere omfattende af inddragelse af netværk (familie, forvaltning, skole/PPR mf.) Mere intensive og længerevarende behandlingsforløb.	Fra 5-6 timer til 8 timer (ved evt indlæggelse)
Psykoedukation	I forlængelse af psykoedukation på hovedfunktionsniveau: evt. intensiveret qua sygdommens sværhedsgrad og sagens kompleksitet.	2-3 timer
Afslutning og evaluering	Jf. Hovedfunktionsniveauet Obligatorisk netværksmøde Større inddragelse af netværk og familie. Tilbagelevering til forældre, barnet/ den unge	2 time
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	ADHD hvor et/flere af nedenstående kriterier er opfyldt. Varetages i tæt samarbejde med pædiatri. Vedligeholdelsesbehandling kan eventuelt foregå på hovedfunktionsniveau i formaliseret samarbejde med regionsfunktionen. Jf. Sundhedsstyrelsens henvisningskriterier i specialevejledning for børne- og ungdomspsykiatri: <ol style="list-style-type: none"> 1. Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau og/eller 2. Patienter er diagnostisk uafklaret trods grundig klinisk udredning. 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 svær grad af psykiatrisk komorbiditet. 	

Senest opdateret den 31. januar 2017