

Forklarende hjelpetekster for henvisningsgrunner

I det følgende er hver enkelt henvisningsgrunn beskrevet nærmere.

For hver henvisningsgrunn kommer først en kort opplisting av hva som er viktig ved akkurat denne henvisningsgrunnen (i blå farge) – deretter kommer utfyllende informasjon.

Når den elektroniske henvisningsmeldingen er implementert i legenes journalsystemer vil henvisende lege kunne få opp denne informasjonen i sitt eget system når det skal lages henvisning til det psykiske helsevernet for barn og unge.

Liste over henvisningsgrunner barnet:

- 1. Alvorlig bekymring for barn under 6 år**
- 2. Mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme)**
- 3. Mistanke om trasslidelse / atferdsforstyrrelse**
- 4. Mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD)**
- 5. Mistanke om Tourette syndrom**
- 6. Skolevegring**
- 7. Mistanke om angstlidelse**
- 8. Mistanke om tvangstanker / tvangshandlinger**
- 9. Mistanke om spiseforstyrrelse**
- 10. Mistanke om depresjon**
- 11. Mistanke om bipolar lidelse**
- 12. Vedvarende og alvorlig selvskading**
- 13. Mistanke om psykose**
- 14. Alvorlige psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer**
- 15. Alvorlige psykiske symptomer sekundært til somatisk sykdom**
- 16. Annet**

1. ALVORLIG BEKYMRING FOR BARN UNDER 6 ÅR

Viktig ved henvisning for alvorlig bekymring for barn under 6 år er:

- Beskriv bekymringsområdet (kontaktevne, sosialt samspill, aktivitet, atferd etc)
- Beskriv utviklingen (svangerskap, milepæler, nivå), og forhold i hjem/barnehage
- Somatisk status og helsetilstand, mental status (atferd/følelser/språk/kontaktevne)

Tidlig debuterende vansker kan ha store konsekvenser for utviklingsforløp og sosial tilpasning for barnet. I førskolealder er bekymring for yngre barns atferd og utvikling ofte knyttet til språk, evnenivå, samhandling, aggresjon/opposisjon, eller uro/konsentrasjon.

Det er viktig å ta foreldre eller andres bekymring på alvor, få en god beskrivelse av problemets art og utvikling, undersøke syn, hørsel, motorikk og andre somatiske forhold, og samarbeide med andre instanser som helsestasjon og PPT i vurderingen av barnet. Slik forutgående vurdering bør imidlertid ikke medføre vesentlig forsinkelse av henvisningen.

2. MISTANKE OM GJENNOMGRIPENDE UTVIKLINGSFORSTYRRELSE (AUTISME)

Viktig ved henvisning for mistanke om gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (autisme) er:

- Beskriv barnets språk, kontaktevne, sosialt samspill og spesielle atferdsmønstre
- Beskriv utviklingen (svangerskap, milepæler), hørsel, syn, evt. anfall (epilepsi?)
- Somatisk status og helsetilstand, mental status (atferd/følelser/språk/kontaktevne)

Autisme kjennetegnes ved betydelig svekket kommunikasjon, sosialt samspill og begrenset/repeterende atferdsmønstre. Ved barneautisme må alle de tre hovedkriteriene være oppfylt, samt at tilstanden må ha debutert før 3 års alder. Manglende blikkontakt og selvskadende atferd ses også hyppig. Diagnosen atypisk autisme er aktuell hvis ett av hovedkriteriene mangler. Ved barneautisme og atypisk autisme forekommer ofte samtidig psykisk utviklingshemning og epilepsi. Asperger syndrom diagnostiseres ofte først i skolealder, men er den hyppigste tilstanden innen denne gruppen. Barnet må da ha snakket til normal tid, og ha et normalt evnenivå – mange i denne gruppen har særinteresser som de er oppslukt av (oftest knyttet til faktakunnskap).

Rask henvisning er viktig ved mistanke om autisme, da intens trening av kommunikasjon og selvhjelpsferdigheter har vist å kunne forebygge selvskadende og utagerende atferd, og bedre barnets evne til selvstendighet. Det er viktig med en beskrivelse av barnets utvikling sosialt, språklig og atferdsmessig. Opplysninger om svangerskap/fødsel er relevant, samt slektsanamnese om språklig og sosial utvikling. Henviser bør vurdere differensialdiagnoser/komorbiditet, slik som epilepsi (kan forårsake raskt funksjonsfall), kromosomanomalier (inkludert Fragil X) og alvorlig psykisk utviklingshemning. Hørselsvurdering er særlig viktig ved autisme, da manglende språk også kan skyldes stort hørselstap/døvhet. Multiple pigmentforandringer i huden kan tyde på tuberøs sklerose.

3. MISTANKE OM TRASSLIDELSE / ATFERDSFORSTYRRELSE

Viktig ved henvisning for mistanke om trasslidelse/atferdsforstyrrelse er:

- Beskriv atferdsvanskene (sinne/aggresjon, trass/ulydighet, stjeling, mobbing etc)
- Beskriv varighet, omfang, og konsekvenser av vanskene, samt familiesituasjonen
- Somatisk status og helse, mental status, tidligere utredninger eller hjelpeinnsatser

Atferdsforstyrrelse kjennetegnes av vedvarende aggressiv eller utfordrende atferd som medfører brudd på sosiale forventninger. Hos barn under 10-års alder ser man ofte markert trass, aggresjon, ulydighet, provoserende og regelbrytende atferd. Hos eldre barn og ungdom ses mer alvorlige usosiale eller aggressive handlinger som er lovstridige eller som krenker andres rettigheter, som slåssing, mobbing, grusomhet mot dyr/mennesker, ildspåsettelse, stjeling, lyving, skulking, rømming, raserianfall, trusler.

Noen ganger foreligger risikofaktorer hos barnet som hyperkinetisk forstyrrelse, språk-/lærevansker, tics lidelse, depresjon eller rusmisbruk. Andre ganger antas faktorer knyttet til familie, skole eller kontakt med jevnaldrende å ha betydning for utviklingen av slik vedvarende negativ interaksjon med omgivelsene.

Henviser bør motivere barn/ungdom og/eller familie/nettverk for kontakt med hjelpeapparatet, siden varig atferdsforstyrrelse medfører risiko for manglende læring og utdanning, dårlig tilpasning i arbeidslivet, samt rusproblemer og psykiske tilleggsvansker. Det er viktig å vurdere risikofaktorer hos barnet/ungdommen eller familien/nettverket. I tillegg til behandling av grunnlidelser, samt systematisk veiledning til foresatte, kreves det ofte et samarbeid mellom instanser som barnehage/skole og barnevern i slike saker.

4. MISTANKE OM HYPERKINETISK FORSTYRRELSE (ADHD)

Viktig ved henvisning for mistanke om hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD) er:

- Beskriv barnets problemer med konsentrasjon og/eller overaktivitet/impulsivitet
- Gi eksempler fra hjem og barnehage/skole, samt en utviklings- og slektsanamnese
- Somatisk status og helsetilstand, mental status (atferd/følelser/språk/kontaktevne)

Hovedsymptomene på hyperkinetisk forstyrrelse er uttalt impulsivitet og overaktivitet, kombinert med store oppmerksomhets-/konsentrasjonsvansker. Symptomene må ha startet før skolealder, vart mer enn 6 måneder, være tydelig tilstede på flere arenaer (som hjemme, i barnehagen, på skolen).

Arvelige faktorer, prematuritet og rus i svangerskapet er kjente risikofaktorer. Man ser en overhyppighet av språk-, lære- og atferdsvansker, samt koordinasjonsproblemer. Mange har problemer sosialt, og ekskluderes av andre barn. Før skolealder er informasjon og veiledning til hjem og barnehage de viktigste tiltakene. Det er ofte indisert å prøve medikamentell behandling før skolestart.

Henvisningen bør inneholde opplysninger om aktuelle problemer, tidligere utredninger ved PPT, fastlege eller andre, somatisk og mental status, utviklingsmilepæler (motorikk, språk, renslighet), familiesituasjon, slektsanamnese (noen barnet ligner atferdsmessig?), fødsel og svangerskap, fysiske sykdommer, motorikk, språk, lek og sosial samhandling.

5. MISTANKE OM TOURETTE SYNDROM

Viktig ved henvisning for mistanke om Tourette syndrom er:

- Beskriv barnets motoriske og/eller vokale tics, deres omfang og varighet
- Beskriv evt. ledsagende symptomer/lidelser, funksjonstap, opplevd alvorlighet
- Somatisk status og helsetilstand, mental status (atferd/følelser/språk/kontaktevne)

Ved Tourette syndrom kjennetegnes av motoriske og vokale tics som skal ha forekommet i minst 12 måneder. Tics er ufrivillige, hurtige bevegelser eller rykninger i muskulatur eller plutselige, formålsløse lyder. Både motoriske tics (som blinking, grimaser, kast med hodet eller skulder, tramping, hopping, spretting) og vokale tics (som kremting, hosting, snøfting, kjønnsord, bannord) skal forekomme, men ikke nødvendigvis samtidig.

Tiksene kan variere i hyppighet og intensitet og i perioder være helt borte, men oppholdet skal ikke ha vart mer enn 2 måneder. Behandling ut over informasjon om tilstanden er ofte ikke nødvendig, men både spesifikk psykoterapi og medikamenter kan redusere tics.

Trekk av hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD, atferdsvansker, tvangslidelse og selvskading ses hyppig ved Tourette syndrom. Prognostisk og behandlingsmessig er det lite skille i forhold til kroniske motoriske eller vokale tics, hvor bare den ene typen tics forekommer. Forbigående tics (varighet under ett år) er svært vanlig, med en topp omkring 10års alder.

6. SKOLEVEGRING

Viktig ved henvisning for skolevegring er:

- Beskriv barnets problemer med å gå på skolen, somatiske symptomer, varighet
- Beskriv evt. utløsende faktorer, familiesituasjon, barnets tidligere funksjonsnivå
- Somatisk status og helsetilstand, mental status (atferd/følelser/språk/kontaktevne)

Problemer med å få barn/ungdom på skolen oppstår hyppigst etter ferier eller sykdomsfravær. Det kjennetegnes ved at barnet klager over hodepine, kvalme eller magesmerter når det skal på skolen. Når fysisk sykdom er utelukket (evt. ved legeundersøkelse) er det viktig å få barnet raskt tilbake på skolen. For å lykkes med dette er det ofte nødvendig med et nært samarbeid mellom hjem og skole, evt. med støtte fra andre instanser som PPT eller BUP. Bruk av internett og evt. rusmidler bør kartlegges.

7. MISTANKE OM ANGSTLIDELSE

Viktig ved henvisning for mistanke om angstlidelse er:

- Beskriv angsten (frykt for atskillelse, sosiale situasjoner, fobier, bekymring etc)
- Beskriv varighet, omfang, konsekvenser for funksjon i hverdagen / uavhengighet
- Somatisk status og helsetilstand, mental status (atferd/følelser/språk/kontaktevne)

Separasjonsangst med unormale angstreaksjoner hos barn og ungdom kan knytte seg til frykt for atskillelse fra omsorgspersoner (som skolevegring, frykt for fritidsaktiviteter, overnatte borte). Spesifikke fobier (for dyr, mørke, tannlege, heiser, åpne plasser etc) er også noen ganger hemmende. Sosial frykt kjennetegnes ved sterk frykt for andres vurdering som fører til unngåelse av situasjoner, sosial tilbaketrekning og isolasjon.

Symptomer på angst som vedvarer og medfører funksjonstap bør henvises for samtalebehandling. Medikamentell behandling er noen ganger også aktuelt. Behandling har ofte god effekt ved angst, og tidlig hjelp er viktig for å forebygge isolasjon, depresjon, rusproblemer og vansker i skole og arbeidsliv.

8. MISTANKE OM TVANGSTANKER / TVANGSHANDLINGER

Viktig ved henvisning for mistanke om tvangstanker/tvangshandlinger er:

- Beskriv tvangen (frykt for smitte/katastrofer, telling, sjekking, vasking etc)
- Beskriv varighet, omfang (antall timer daglig), og konsekvensene i hverdagen
- Somatisk status og helsetilstand, mental status (atferd/følelser/språk/kontaktevne)

Tvangslidelse (med omfattende vasking/dusjing, telling, sjekking etc) grunnet frykt for sykdom eller katastrofer debuterer også ofte tidlig, og en kan også se generalisert angst med hyppig bekymring for mange ulike ting som blant annet kan medføre søvnvansker.

Som for andre angstlidelser bør omfattende og vedvarende vansker henvises, men mange har bare enkelte tvangsmessige trekk som ikke krever behandling. Noen ganger kan god informasjon om for eksempel bakterier, sykdom etc. til pasient/pårørende være nyttig. Når behandling i form av psykoterapi eller medikamenter er påkrevet, bør denne vanligvis startes opp i spesialisthelsetjenesten.

9. MISTANKE OM SPISEFORSTYRRELSE

Viktig ved henvisning for spiseforstyrrelse er:

- Beskriv vekt, høyde, evt. vekttap, spisemønster, tanker om mat/vekt/utseende
- Beskriv evt. overdreven trening, svimmelhet, oppkast, avføringsmidler, amenoré
- Somatisk status (utseende, hud, blodtrykk, puls), elektrolytter og mental status

Anoreksi kjennetegnes av betydelig undervekt på grunn vekttap (eller manglende vektøkning hos barn), forstyrret spisemønster med redusert matinntak, noen ganger også økt fysisk aktivitet, oppkast, eller bruk av avføringsmidler. Det er ofte mulig å påvise betydelig økt opptatthet av vekt og utseende og pasienten har vanligvis unormale tanker om egen kropp, vekt, mat og kalorier. De føler seg overvektige, har sterk motvilje mot vektøkning, og uttalt frykt for å bli fete. Amenorre er vanlig hos jenter, eventuelt redusert vekst og forsinket pubertetsutvikling.

Bulimi kjennetegnes ved hyppige episoder med inntak av store mengder mat på kort tid, og påfølgende forsøk på vektreduksjon ved faste, oppkast, avføringsmidler, vanndrivende eller midler som reduserer matlysten. De fleste med bulimi er normalvektige.

Ved henvisning for spiseforstyrrelse er det viktig med opplysninger om opptatthet av vekt og utseende, spisemønster, hvor mye pasienten spiser, om pasienten kaster opp eller bruker avføringsmidler, aktuell vekt og høyde, eventuelt vekttap, varighet av problemene, opplysninger om familie/nettverk, somatisk og mental status, blodtrykk og puls, evt. også elektrolytter. Beskrivelse av pasientens forsøk på vektreduksjon og forestillinger om mat og kropp er også viktig for vurderingen.

10. MISTANKE OM DEPRESJON

Viktig ved henvisning for mistanke om depresjon er:

- Beskriv forekomst av tristhet, tap av interesse, økt tretthet, evt. sinne/irritasjon
- Beskriv varighet, funksjon, søvn, appetitt, nettverk, belastninger, spilleatferd, rus
- Somatisk status og helsetilstand, mental status (selvskadende atferd, suicidalitet)

Hovedsymptomer på depresjon er vedvarende senket stemningsleie (tristhet), interesse- og gledesløshet, samt økt tretthet og redusert aktivitetsnivå. Hos barn/ungdom ses ofte også økt irritabilitet og sinne. Andre vanlige symptomer er redusert konsentrasjon og selvtillit, følelse av mindreverdighet eller skyld, pessimisme, selvskading, selvmordstanker/-handlinger, endret søvn og appetitt. Symptomer på diffus angst og uro er svært vanlige, og kan ha startet før den depressive episoden.

Henvisningen bør inneholde opplysninger om den aktuelle episoden, somatisk og mental status, akutte eller kroniske belastninger, tidligere affektive episoder, rusmidler/legemidler, utvikling på skole/arbeid/fritid, familiesituasjon og slektsanamnese fokusert på affektive symptomer/ lidelser.

11. MISTANKE OM BIPOLAR LIDELSE

Viktig ved henvisning for mistanke om bipolar lidelse er:

- Beskriv forstyrrelser av stemningsleie (tristhet/depresjon, oppstemthet/mani)
- Beskriv evt. ukritisk atferd, psykotiske fenomener, stress/traumer, slektsbelastning
- Somatisk status og helsetilstand, mental status, bruk av medikamenter/rusmidler

Kjennetegnes ved minst to episoder med betydelig forstyrret stemningsleie/aktivitetsnivå. Ved minst en av episodene må stemningsleiet være hevet (hypomani eller mani). Det ses også blandede episoder og/eller psykotiske symptomer. Opphold mellom episodene er ofte kortere hos ungdom enn hos voksne (raskere svingninger). Lignende symptomer kan ses ved hyperkinetisk forstyrrelse (ADHD), atferdsvansker, eller som følge av rus eller medikamenter. Arvelige faktorer har betydning, men også psykisk stress eller traumer.

Henvisning er aktuelt ved mistanke om bipolar lidelse, selv om ikke alle kriterier for diagnosen er oppfylt. I henvisningen bør det redegjøres detaljert for aktuell og tidligere sykehistorie, somatisk og mental status, slektsanamnese, andre fysiske og psykiske sykdommer/plager, bruk av rusmidler eller medikamenter, funksjonsnivå og kontaktevne mellom episodene.

12. VEDVARENDE OG ALVORLIG SELVSKADING

Viktig ved henvisning for mistanke om vedvarende og alvorlig selvskading er:

- Beskriv selvskadingens art/form (risping, pinking, kutting, brenning, slag)
- Beskriv hyppighet, omfang, alvorlighet, varighet, traumer, nettverk, støtte
- Somatisk status (funn) og helsetilstand, mental status (atferd/følelser), rus

Selvskading som kutting, brenning, dunking/slag mot hodet, skjules og benektes ofte av pasienten på grunn av skamfølelse. Det kan oppdages ved direkte spørsmål, rutinemessig undersøkelse, eller ved behandling av skaden. Risikofaktorer inkluderer seksuelle overgrep, spiseforstyrrelse, kjærlighets sorg, mobbing. Slik atferd kan også skyldes påvirkning fra venner eller trender i ungdomsmiljøet. Pasienten bør motiveres for henvisning til psykisk helsevern for behandling.

Henvisning ved selvskading bør inneholde beskrivelse av aktuell problematikk, legens vurdering og grunnlaget for denne, opplysninger om fysisk og psykisk helse, belastninger hos pasient eller i familie/nettverk. Det er viktig å vurdere grad av hast og at pasienten er forsvarlig ivaretatt frem til hjelp i psykisk helsevern tilbys.

13. PSYKOSE

Viktig ved henvisning for psykose er:

- Anamnese på aktuelle symptomer/atferdsendringer og prodromalsymptomer
- Somatisk og mental status, rusmiddelbruk, utvikling i skole, hjem og fritid
- Eventuelle belastende livshendelser, omsorgssituasjon, tidligere tiltak

Psykotiske symptomer omfatter vrangforestillinger (deriblant forfølgelsesideer), hallusinasjoner (for hørsel, syn, lukt, smak eller berøring), opplevelse av tankepåvirkning, tankeavbrudd/-innskytelser (med neologismer, usammenhengende eller irrelevant tale), følelsesavflating, katatoni (som eksitasjon, negativisme, mutisme eller stupor).

Psykososer kan debutere akutt med dramatiske atferdsendringer, eller gradvis med utvikling av merkelige ideer og rar oppførsel. Psykososer kan forutgå av en prodromalfase over flere måneder med redusert interesse for skole, arbeid, sosiale aktiviteter, utseende og hygiene, i kombinasjon med generell angst, lett depresjon og forvirring.

14. ALVORLIGE PSYKISKE REAKSJONER ETTER TRAUMER, KRISER ELLER KATASTROFER

Viktig ved henvisning for psykiske reaksjoner etter traumer, kriser eller katastrofer er:

- Beskrivelse av det aktuelle traumet, livsendringer eller andre hendelsesforløp
- Barnets og omgivelsenes reaksjoner, tidligere helsetilstand og mental status
- Familie og nettverk, sosial og materiell støtte, samt andre instansers rolle

Akutt belastningslidelse etter alvorlige traumer eller kriser varer fra timer til 1-3 dager, og kjennetegnes ved et blandet og skiftende bilde med forvirring, eventuelt også tristhet, angst, sinne, fortvilelse, overaktivitet eller tilbaketrekning. Kan vanligvis håndteres av familie/nettverk, evt. i samarbeid kommunal helse- og sosialtjeneste.

Ved tilpasningsforstyrrelse starter symptomene innen 1 måned etter en belastende hendelse eller betydelig livsendring, og varer sjelden ut over 6 måneder. Symptomer kan omfatte nedtrykthet, bekymring, angst, maktesløshet, manglende evne til å planlegge, problemer med daglige rutiner. Aggressiv atferd kan forekomme hos ungdom, hos barn kan regresive fenomener ses.

Ved posttraumatisk stresslidelse starter symptomene innen 6 måneder etter en hendelse eller situasjon av usedvanlig truende eller katastrofal art. Symptomene kan omfatte «flashbacks», mareritt, «nummenhet», følelsesmessig avflatning, distansering fra andre, og unngåelse av aktiviteter, steder, situasjoner eller personer som minner om traumet.

15. ALVORLIGE PSYKISKE SYMPTOMER SEKUNDÆRT TIL SOMATISK SYKDOM

Viktig ved henvisning for alvorlige psykiske symptomer etter somatisk sykdom er:

- Det bør redegjøres for den somatiske sykdommens/skadens art og forløp
- Beskriv barnets psykiske reaksjoner, familieforhold og andre instansers rolle
- Barnets funksjon i hjem, skole, fritid

Barn og unge kan vise uttalte psykiske reaksjoner ved alvorlige somatiske sykdommer. Dette kan blant annet ses ved kroniske sykdommer som diabetes, astma, kreft og hjertesykdom, eller ved akutte alvorlige skader eller sykdommer (f.eks. brannskader). Symptomer kan omfatte angst, uro, forvirring, tristhet, tilbaketrekning, bekymring, likegyldighet, regressiv atferd, irritabilitet, protest, og atferdsvansker. Ved alvorlig eller langvarig reaksjon bør henvisning til psykisk helsevern vurderes.

16. ANNET

Viktig ved henvisning for annet er:

- Beskrivelse av den aktuelle problematikken, somatisk og mental status
- Barnets utviklingshistorie, tidligere sykdommer, familiesituasjon, slektsanamnese
- Barnets funksjon i hjem, skole og fritid.

Dette punkt benyttes hvis årsaken til henvisningen ikke dekkes av de andre punktene.