

# Regionsfunktion: Kompliceret angst og tvangslidelser I alt 53 timer

<b>Regionsfunktionens målgruppe</b>
<b>Funktion:</b> Komplicerede angst- og tvangslidelser
<b>Hoveddiagnose/bidiagnose:</b> 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.
<b>Symptomer herunder sværhedsgrad/kompleksitet:</b> Symptomvarighed på mere end 1 år samt: <ul style="list-style-type: none"><li>• 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.</li><li>• Svære OCD-lidelser, hvor der er svære obsessive og/eller kompulsive symptomer i mange timer dagligt. Erhvervs- eller uddannelsesevne er påvirket.</li><li>• Svær belastningsreaktion</li></ul>
<b>Kompliceret differentialdiagnostik:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Detaljeret angstudredning, evt. ADIS-IV</li><li>• Tidligere behandlingstiltag og effekt</li><li>• Somatisk udredning</li><li>• Vurdering af ressourcer i forhold til deltagelse i behandling</li></ul>
<b>Svær komorbiditet:</b> 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.
<b>Behandlingsresistens:</b> Der har været utilstrækkelig effekt af tidligere behandlingsforløb i hovedfunktion
<b>Risikopatienter:</b>

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.

**Symptomer, herunder sværhedsgrad/kompleksitet**

Jf. ovenstående.

**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
<b>Udredning og diagnostik</b>	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

<b>KRAM og somatisk undersøgelse</b>	<p>Der skal optages somatisk anamnese af patienterne.</p> <p>Der skal sikres screening vedrørende kost, rygning, alkohol og motion.</p> <p>Det forudsættes, at intervention og opfølgning i vidt omfang foregår i primær sektor.</p> <p>For patienter i ambulans behandling forventes metabolisk og anden somatisk udredning udført via praktiserende læge/vanlig somatisk behandler.</p> <p>Patienterne skal være udredt for eventuel thyreoidea og hjertelidelse.</p>	<p>1 time</p>
<b>Behandling</b>	<p>Behandlingen foregår ambulans i form af psykoterapi eventuel kombineret med medicinsk behandling på baggrund af individuel stillingtagen.</p> <p>Behandlingen foregår individuel eller ved gruppeterapi eller kombination af individuel og gruppeterapi.</p> <p>Stillingtagen til medicinsk behandling og evaluering af behandlingseffekten.</p> <p>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 supplerings af individuel terapi</p> <p>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.</p> <p>Forebyggelse/tilbagefaldsprofylakse er integreret i behandlingen.</p>	<p>36 timer indenfor max. 2 år</p> <p>4 timer (8 x 30 min.)</p>
<b>Psykoedukation</b>	<p>Psykoedukation er inkluderet i ovenstående behandlingsforløb.</p>	<p>Inkluderet i behandlingsforløbet</p>
<b>Sociale foranstaltninger</b>	<p>Screening for sociale problemstillinger og evt. intervention ved socialrådgiver med psykiatrierfaring.</p> <p>Når yderligere intervention vurderes relevant</p>	<p>1 time</p> <p>3 timer</p>

	er tidsforbruget i gennemsnit 9 timer pr. forløb. Indsatsen skal sikre at patienten ved afslutning fra behandlerpsykiatrien har fået afklaret/etableret velfungerende kommunale støtteforanstaltninger.	(Skønnes relevant i 1/3 x 9 timer)
<b>Afslutning og evaluering</b>	<p>Behandlingen afsluttes, når:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Patienten er helbredt eller behandling skønnes at kunne videreføres i hovedfunktion eller ved praktiserende læge.</li> <li>• Patienter der skønnes ikke at kunne profitere af behandling på regionsfunktionsniveau vil blive afsluttet til praktiserende læge og eventuelt støttende funktioner i kommunalt regi.</li> </ul> <p>Evaluering af behandlingsforløbet inkl. ADIS-IV, BAI, GAF, SCL-90R og WHO-5. 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.</p>	2 timer
<b>Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion</b>	<p>Kriterier for at henvise fra hovedfunktionsniveau til regionsfunktionsniveau - jf. Sundhedsstyrelsens specialevejledning for psykiatri:</p> <p>1) Samlet vurdering af patienten tilsiger, at patienten skal behandles på regionsfunktionsniveau</p> <p>og/eller</p> <p>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</p> <p>og/eller</p> <p>3) Der har været gennemført mindst to behandlingsforsøg efter gængs praksis og på</p>	

	<p>hovedfunktionsniveau med utilstrækkelig behandlingseffekt</p> <p>og/eller</p> <p>4) Patienten har somatisk komorbiditet, der medfører diagnostiske eller behandlingsmæssige problemer, der ikke kan varetages på hovedfunktionsniveau</p>	
--	--	--

Senest opdateret den 13. januar 2017