

Regionsfunktion:

RF Personlighedsforstyrrelser med en sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF <40 eller patienter med selvskadende adfærd eller svært udadreagerende adfærd

Indledning

Patienter udredes og behandles som udgangspunkt først på hovedfunktionsniveau.

Udredning og behandling på hovedfunktionsniveau er for en række sygdomme beskrevet i de [Nationale pakkeforløb](#).

Hovedfunktionen henviser til regionsfunktionen, når udredning og behandling på hovedfunktionsniveau ikke er tilstrækkelig, og det vurderes, at patienten har behov for en yderligere specialiseret indsats.

Patienten kan henvises tilbage til hovedfunktionen, når dette vurderes relevant (hvis der er opnået sufficent effekt af behandling, eller hvis regionsfunktionen ikke vurderer, at patienten drager nytte af regionsfunktionens behandling). Dette beror på en faglig vurdering og aftale mellem hovedfunktionen og regionsfunktionen.

I særlige tilfælde kan regionsfunktionen henvise patienten til højt specialiseret funktion.

Indenfor de fagområder, hvor der både er hovedfunktion og regionsfunktion, gives der ved behov rådgivning/vejledning fra regionsfunktionen til hovedfunktionen.

I den følgende tekst beskrives alene den indsats, der er særlig og kendetegnende for regionsfunktionen.

Yderligere information og materiale er at finde på Psykiatriens hjemmeside vedr. [Specialeplanlægning](#).

Regionsfunktionens målgruppe
Funktion: Personlighedsforstyrrelser med en sværhedsgrad af sygdommen svarende til GAF <40 eller patienter med svær selvskadende eller svær udadreagerende adfærd eller høj grad af isolation eller eksklusion fra samfundet.
Hoveddiagnose: 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 Patienterne vil hyppigt have komorbide lidelser. Den komorbide lidelse må ikke være så dominerende, at det indikerer primær behandling for denne og vanskeliggør udredning af personlighedsforstyrrelsen. Ikke omfattet af målgruppen: F60.2 Dyssocial personlighedsstruktur.

Symptomer og kompleksitet:

Patienter med behov for yderligere udredning udover, hvad der er beskrevet for hovedfunktionsniveauet - f.eks. behov for specialiseret neuropsykiatrisk udredning på mistanke om komplicerende organisk lidelse eller udviklingsforstyrrelse.

Henvisende instanser og henvisningskriterier**Henvisende instanser:**

Henvisning til regionsfunktionen sker fra hovedfunktionen.

Hovedfunktionen kan tage kontakt til regionsfunktionen med henblik på:

- A) Afklaring/vurdering/råd hos regionsfunktionen forløber for/afklaring (en assistanceydelse) af, hvorvidt der er behov for at henvise en patient til RF som ikke er blevet viderehenvist til RF endnu, eller om patienten med lidt vejledning fra RF kan fortsætte udredning/behandling på hovedfunktionsniveau.
- B) Vurdering/afklarende samtale med patienten
- C) Overtagelse af behandling på regionsfunktionsniveau

Henvisningskriterier:

Før hovedfunktionen henviser en patient til regionsfunktionen, skal hovedfunktionen have opbygget et indledende kendskab til patienten, hvilket omfatter:

1. Forsøg på behandling (ikke nødvendigvis et helt pakkeforløb) men eksempelvis afprøvet individuelt forløb, påpeget evt. behov for relevant støtte i primærsektor og vurderet behov for og igangsat medicinsk behandling.
2. En bred diagnostisk udredning forventes gennemført og kan bestå af PSE, SCID 5, WAIS, grundig anamnese samt beskrivelse af eventuelle tidligere behandlingsforløb, se nedenstående vedr. henvisning.

I udgangspunktet kan patienter udelukkende henvises fra hovedfunktionsniveau efter forudgående aftale med speciallæge/specialpsykolog ved månedlige konferencer eller lederen af Ambulatorium for Personlighedspsykiatri, hvorefter der henvises direkte til ambulatoriet.

I henvisningen skal følgende være belyst:

- Grundig beskrivelse af tidligere udredning og behandling af såvel personlighedsforstyrrelse som komorbide lidelser, samt hvorfor behandling på hovedfunktionsniveau ikke længere er tilstrækkelig.
- Diagnoser (somatiske og psykiatriske) herunder vurdering af sværhedsgraden. Den komorbide lidelse må ikke være så dominerende, at det indikerer primær behandling for denne og vanskeliggør udredning for personlighedsforstyrrelsen.
- Funktionsevne indenfor relationer, socialt netværk og arbejdsmarkedet.
- Behandlingsmotivation og forventet effekt af yderligere indsats på regionsfunktionsniveau.

Patienterne har typisk flere af følgende komplicerende problemstillinger:

- Udtalt ambivalent eller desorganiseret tilknytningsforstyrrelse.
- 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/uddannelsessystem.
- Betydelig psykiatrisk og/eller somatisk komorbiditet.
- Høj grad af dissociation.

- Misbrug.
- Svær selvskade/høj selvmordsrisiko.

Misbrug er ikke et eksklusionskriterium men diagnosticering og behandling vanskeliggøres. Udredning og behandling kan gennemføres, hvis patienten er indstillet på at få misbruget under kontrol. Det skal i henvisningen være beskrevet, at patienten skal være motiveret for at indgå i misbrugsbehandlingen.

Jf. desuden afsnittet "Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau".

Regionsfunktionens udrednings- og behandlingstilbud

	Indhold
Udredning og diagnostik	Udredning kan være foretaget fyldestgørende på hovedfunktionsniveau eller i andet relevant regi. Kan suppleres med psykologisk assessment, diagnostisk interview med PSE, personlighedsdiagnosevurdering med SCID-5 WHO-5 og/eller GAF.

	Indhold
Behandling	<p>Behandlingen af svære personlighedsforstyrrelser kræver et individuelt tilrettelagt og tværfagligt forløb, som kan bestå af enten individuel behandling og/eller gruppeterapi. Psykoedukation vil altid indgå og er individuelt tilrettelagt.</p> <p><i>Sammensætning af ambulans og stationær behandling:</i> Det kan ved svær affekt, selvskadende adfærd eller selvmordsadfærd blive nødvendigt med kortvarig eller formålstjenstlig 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 ambulans behandling og risiko for regression ved langvarig indlæggelse.</p> <p>Der forventes nært samarbejde mellem ambulatoriet og sengeafsnittet, så der undgås uhensigtsmæssig medicinering og tvang samt sikres en god overgang mellem ambulatoriet og sengeafsnittet.</p> <p><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. Der skal i behandlingsforløbet i videst muligt omfang inddrages pårørende, sagsbehandler eller andre samarbejdspartnere i kommunalt regi med fokus på rehabiliteringstiltag.</p> <p><i>Ved behov for indlæggelse</i> Patienten indlægges som udgangspunkt på hovedfunktionsniveau. Indlæggelser på regionsfunktionsniveau er som udgangspunkt derfor altid elektive. Akutte indlæggelser er som udgangspunkt altid på sygehuset i patientens optageområde. Såfremt der opstår et akut indlæggelsesbehov i forbindelse med en konsultation på RF-niveau, må RF vurdere, hvorvidt patienten er i stand til at blive transporteret til den henvisende afdeling, eller hvorvidt patienten må indlægges akut på nærmeste sygehus. Såfremt RF tidligt i behandlingsforløbet vurderer, at der kan være behov for, at en indlæggelse sker uden for samtaledagene i RF, kan der tages tidlig stilling til dette i behandlingsforløbet og dette indskrives i koordinationsplanen/behandlingsplanen (elektiv) Behandlingsansvaret for patienten er forankret, der hvor patienten er indlagt.</p>
Afslutning og evaluering	<p>Patienter kan afsluttes fra regionsfunktion til hovedfunktion eller til opfølgning i primærsektoren.</p>

	Indhold
Kriterier for adskillelse mellem hovedfunktion og regionsfunktion	<p>Jf. specialevejledningen indgår følgende kriterier i vurderingen af adskillelsen mellem hovedfunktionsniveau og regionsfunktionsniveau:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Funktionsniveau (vedvarende GAF <40) <p>Eller</p> <ul style="list-style-type: none"> • Svær selvskadende adfærd <i>eller</i> svær udadreagerende adfærd <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 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 16. juni 2023