

Omfattning Arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri

Riktlinjerna gäller för personal inom primärvården och psykiatri vid insatser till vuxna personer med 1) psykisk ohälsa, depression, ångest, 2) omfattande psykiatrisk problematik och psykisk funktionsnedsättning, 3) patienter med riskbruk, missbruk och beroende.

Bakgrund

Primärvård och psykiatri har många gemensamma patienter där flödet mellan verksamheterna är relativt stort. Det är ibland svårt att precisera ansvarsfördelning mellan primärvården och psykiatri då diagnosen i sig inte alltid säger var patienten bör behandlas. Utöver diagnosen avgör också personlighetsfaktorer såsom individuell sårbarhet och/eller levnadsomständigheter om patienten behöver psykiatriens specialistresurser eller kan behandlas i primärvården. Patienten kan tidvis behöva behandling eller vård inom psykiatri och dessemellan i primärvården vilket också kräver tydliga rutiner för överföring av patientärenden.

Syfte

Riktlinjerna tydliggör arbets- och ansvarsfördelningen mellan primärvården och psykiatri, för att säkerställa patientens vård och behandling.

Lagar och andra krav

- Hälso- och sjukvårdslagen (2017:30)
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade (1993:387)
- Socialtjänstlagen (2001:453)
- Körkortslagen (1998:408) - anmälningsskyldighet
- Vapenlagen (1996:67) - anmälningsskyldighet

Ansvar och befogenheter

Psykiatricentrum Västerbotten ansvarar för specialiserad psykiatrisk vård för invånare över 17 år. För att få insatser därifrån krävs att patienten har behov som faller inom specialistpsykiatriens ram.

Primärvården har det primära ansvaret d.v.s. är första linjen för bedömning och behandling av psykisk ohälsa för alla åldersgrupper.

Habiliteringscentrum - vuxenhabiliteringen ger insatser till personer som ingår i LSS-målgrupp och som gjort en vårdbegäran/ansökan.

LSS gäller för personer med:

- utvecklingsstörning och personer med autism eller autismsliknandetilstånd
- betydande och bestående begåvningsmässig funktionsnedsättning efter hjärnskada i vuxen ålder

- andra stora och varaktiga fysiska eller psykiska funktionsnedsättningar som medför betydande svårigheter i den dagliga livsföringen och ett omfattande behov av stöd och service

Beskrivning/Genomförande

Funktionsnivå

Nedanstående definition av funktionsnivå (lindrig, medelsvår och svår) gäller för samtliga diagnoser i dokumentet.

Lindrig	Patienten klarar sina vardagssysslor
Medelsvår	Patienten klarar inte sina vardagssysslor såsom arbete och vardagsliv
Svår	Patienten har ofta suicidtankar och har svårt att bry sig om grundläggande behov som att äta eller dricka.

Suicidprevention

För stöd gällande suicidprevention se Handlingsplan suicidprevention för Västerbottens läns landsting 2017-2019: [Handlingsplan för suicidprevention VLL 2017-2019](#)

Hjälpmedel

Ansvar och roller gällande förskrivning av hjälpmedel har inte beaktats i detta dokument, utan hanteras på en annan nivå i landstingets organisation.

Remiss och överföring av patienter mellan primärvård och Psykiatricentrum Västerbotten

Remisser till Psykiatricentrum Västerbotten ska innehålla följande:

- Anamnes – psykiatrisk och somatisk
- Aktuella symtom samt prövad och aktuell behandling
- Resultat av utredningar
- Historik kring sjukskrivning för aktuell sjukperiod
- Frågeställning

Remiss/överföring till primärvården från Psykiatricentrum Västerbotten

- Av remissen ska framgå orsak till överföring.
- Distriktsläkare hör vid behov av sig för begäran om överföringsmöte efter inkommen remiss.
- Primärvården ska ange orsak till att ej överta en patient.
- Psykiater ska ha träffat patienten inom den senaste månaden innan överföring
- Aktuell sammanfattning av anamnes, status och diagnos inklusive suicid- och våldsriskbedömning ska lämnas.
- Vårdförlopp ska beskrivas.
- Resultat av gjorda utredningar och behov av uppföljning ska presenteras.
- Aktuell läkemedelslista samt behov av medicinering, nertrappning och eventuell utsättning ska presenteras.
- Tillvägagångssätt om patienten försämras ska beskrivas.
- Psykiaterin ska vid behov kalla till samordningsmöte enligt rutiner för samordning av re/habiliteringsinsatser.

1. Psykisk ohälsa, depression, ångest

För att klassificera psykisk ohälsa ska hänsyn tas till både patientens symtom och funktionsnivå.

Problemområde/ Diagnos	Primärvården	Psykiatricentrum Västerbotten	Åter- /remiss till primärvård
Suicidrisk	Vid depression eller av andra skäl uppmärksammas suicidrisk ska alltid en bedömning göras om en klinisk suicidrisk-bedömning på specialistnivå är nödvändig. Om problematiken är medelsvår och suicidtankar finns, men inte bedöms som akut suicidrisk fortsätter behandlingskontakten i primärvården, men med kontinuerliga uppföljande bedömningar. Primärvården har även i uppdrag att bedöma behov av insatser från andra verksamheter som t.ex. socialtjänst och elevhälsa.	Psykiatrin ansvarar för utredning, bedömning, behandling och stödinsatser som kräver specialistkunskaper exempelvis akut risk för suicid. Specialistläkare ansvarar ytterst för den kliniska suicidrisk-bedömningen. Psykiatrin bedömer även om behov finns av insatser från andra verksamheter.	
Bipolära syndrom	Remitteras alltid till psykiater. Bedömningsformulär för bipolaritet kan användas.	Specialistpsykiatrians ansvar.	När behov av specialistvård inte längre finns.
Depression	Primärvården bedömer, utreder och behandlar lindriga till medelsvåra depressioner. Patienter som inte uppnått tillfredsställande behandlingsresultat efter försök med två olika antidepressiva mediciner och samtalsbehandling, remitteras till psykiatrin.	Svårare tillstånd, som till exempel suicidalitet, psykiatrisk komorbiditet, kvarstående allvarlig funktionsnedsättning eller uteblivet behandlingsresultat trots samtalsbehandling och medicinering remitteras till psykiatrin.	

Problemområde/ Diagnos	Primärvården	Psykiatricentrum Västerbotten	Åter- /remiss till primärvård
Kriser	Kriser med normalt förlopp ska skötas inom primärvården. Överväg samverkan med andra organisationer, t.ex. föreningar, kyrkoverksamhet m.m.	Patienten remitteras till psykiatrin vid ett långdraget förlopp, samtidig suicidal problematik eller annan allvarlig komorbiditet.	
Personlighetsstörning	Det är en patientgrupp som ofta söker till primärvården med somatiska klagomål. Handläggning av denna grupp är kompetenskrävande och kontinuerligt samråd eller konsultation mellan primärvård och psykiatri är nödvändig.	Psykiatrin utreder och diagnostiserar personer med misstanke om personlighetsstörning med en funktionsnedsättning som inte bättre förklaras av annat i patientens tillstånd eller livsföring. Patienter med betydande funktionsnedsättning/ personlighetsstörningar och samtidigt svåra psykiatriska symtom, som till exempel blandmissbruk, psykosinslag och suicidalt beteende ska skötas inom psykiatrin.	
Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)	Lindriga symtom, det vill säga med relativt intakt funktionsnivå, omhändertas inom primärvården.	Medelsvåra till svåra tillstånd, som till exempel suicidalitet, psykiatrisk komorbiditet, funktionsnedsättning eller uteblivet behandlingsresultat remitteras till psykiatrin.	
Psykosomatiska problem	Utredning, vård och behandling i primärvården. Det krävs samverkan mellan primärvård och psykiatri för behandling av denna patientgrupp.	Remiss till psykiatrin vid svårare symtom och vid behov av psykiatrisk bedömning.	
Somatisk problematik	Behandlas i primärvården. Funktionsnivå och samsjuklighet ska	Remiss till psykiatrin vid behov.	För behandling i primärvård, för sjukskrivning etc.

Problemområde/ Diagnos	Primärvården	Psykiatricentrum Västerbotten	Åter- /remiss till primärvård
Sömnstörningar	Sköts som enskild diagnos inom primärvården med psykopedagogiska insatser och farmakologi.	Remiss till psykiatri vid misstanke om psykiatrisk samsjuklighet.	
Utmattningssyndrom	Remiss till stressrehabilitering i de fall insatser och behandlingsförsök ej gett avsedd effekt. Vårdpraxis Utmattningssyndrom	Remiss till psykiatri vid misstanke om samtidig komplicerande psykiatrisk sjukdom och uteblivet behandlingsresultat.	
Ängestsyndrom (paniksyndrom, specifika fobier, social ångest)	Lindriga till medelsvåra ångesttillstånd behandlas inom primärvården.	Svårare tillstånd, som till exempel suicidalitet, psykiatrisk komorbiditet, kvarstående allvarlig funktionsnedsättning eller uteblivet behandlingsresultat trots samtalsbehandling och medicinering remitteras till psykiatri.	
Tvångssyndrom	Lindriga symtom, det vill säga med relativt intakt funktionsnivå, omhändertas inom primärvården.	Medelsvåra till svåra tillstånd, funktionsnedsättning eller uteblivet behandlingsresultat remitteras till psykiatri.	
Ätstörningar	Viktigt med tidig diagnostik och intervention. Den initiala utredningen och diagnostiken i primärvården måste utesluta somatisk genes. Om man bedömer att tillståndet kan vara tillfälligt ges rådgivning.	Efter att somatisk genes uteslutits i primärvård, sker fortsatt utredning och behandling inom psykiatri. Se Reviderat vårdprogram för ätstörningar i Västerbotten	.

2. Omfattande psykiatrisk problematik och psykisk funktionsnedsättning

Problemområde/ Diagnos	Primärvården	Psykiatricentrum Västerbotten	Habiliterings- centrum	Åter- /remiss till primärvård
ADHD	Se remissmall: "Underlag inför remiss till psykiatrisk klinik för bedömning av ADHD/ADD diagnos" på vårdpraxis Remissmall	Utredning och eventuell läkemedels- behandling och psykopedagogisk behandling.		
Autism- spektrum- tillstånd	Behandling utifrån symtom. Remiss till psykiatri för utredning vid misstanke om autismspektrum- tillstånd.	Utredning samt behandling vid specialist- psykiatrisk samsjuklighet.	Insatserna ges utifrån personens funktions- nedsättning och ska bidra till god hälsa och bästa möjliga funktionsförmåga samt skapa goda villkor för ett självständigt liv och ett aktivt deltagande i samhället. Vid behov sker samverkan med primärvård och/eller psykiatri.	
Schizofreni och schizofreni- liknande tillstånd	Se ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri under avsnittet nedan: "Patienter som står på neuroleptika- behandling".	Vid misstanke alltid remiss till psykiater. Patienter med långvarig psykos eller annan psykisk funktions- nedsättning och som behandlas med neuroleptika identifieras och vårdas så gott som uteslutande inom psykiatri.		När behov av specialist- vård inte längre finns, (i de fall patienten inte behandlas med neuro- leptika, undantag kan göras efter särskild överens- kommelse).

Patienter som står på neuroleptikabehandling

Med sin grundsjukdom utgör patienter som står på neuroleptikabehandling en riskgrupp för att drabbas av livsstilsrelaterade sjukdomar. Medicineringen i sig kan också innebära negativ påverkan på metabola riskfaktorer. I enlighet med riktlinjer för uppföljning av neuroleptikabehandling har behandlande läkare ansvar för att metabol screening genomförs och att metabola riskfaktorer beaktas vid neuroleptikaförskrivning.

Screening	Somatisk bedömning inklusive neuroleptikakontroll ordineras regelbundet med högst 18 månaders intervall. Vid avvikande fynd skrivs remiss till hälsocentralen.
Remiss	När hälsotillstånd och medicinering bedöms stabilt kan patienten, i vissa fall och efter särskild överenskommelse mellan primärvård och psykiatri, överföras till sin hälsocentral och det medicinska behandlingsansvaret tas över av läkare vid hälsocentralen.
Somatiska problem	Grundansvaret för den somatiska vården ligger hos primärvården. Vid svårare psykiska besvär finns alltid behov av en god samverkan mellan psykiatri och primärvård. Kontinuerlig kontakt samt tydlighet om hur man får kontakt måste klargöras vid övertagandet. Det är viktigt att se sitt gemensamma ansvar för patienten och att man kommunicerar när saker inte verkar fungera, samt att man hjälper varandra att ge akt på både psykiska och somatiska symtom. Medicinska bedömningar vid symtom på somatisk sjukdom sköts via den hälsocentral där patienten är listad. Behandlande läkare hanterar även ordination av läkemedel kopplade till somatisk sjukdom.
Metabola problem	Om dessa är behandlingskrävande ska patienten remitteras för detta från psykiatrin till primärvården. Man ska då samverka i rutiner för uppföljning. Unga personer som behandlas med neuroleptika tenderar att få en snabbare viktökning med risk att utveckla metabola rubbningar. Därför bör man i samverkan med Barn- och ungdomspsykiatrin vara uppmärksam på risk för metabola komplikationer i samband med övertagandet till vuxenpsykiatrin.
Fast vårdkontakt	En fast vårdkontakt bör erbjudas i primärvården för denna patientgrupp.
Återinsjuknande	Om patient som överförs till primärvården försämras, kontaktas psykiatrin som träffar patienten inom två veckor. Vid akut försämring, konsultation samma dag.

3. Patienter med riskbruk, missbruk och beroende

Patienten remitteras till Psykiatricentrum Västerbotten om man bedömer att patienten också har en svår psykiatrisk sjukdom samtidigt med ett pågående missbruk eller beroende av alkohol, narkotika eller läkemedel.

Gemensamma insatser för primärvård och Psykiatricentrum Västerbotten

- Uppmärksamma och förhindra riskabelt bruk av läkemedel. Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel ska alltid ske med särskilt ansvarstagande och försiktighet. Huvudregeln är att insättande enhet primärt ansvarar för utsättning av läkemedel och tar fram en plan för utsättande.
- Informera och stötta anhöriga, särskilt barn till patienter med missbruk. Särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd om barnets förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans missbrukar alkohol eller annat beroendeframkallande medel.
- Vid graviditet, där barnet löper risk att skadas på grund av missbruk, ska Specialistmödravården engageras.

Insatser för primärvård respektive Psykiatricentrum Västerbotten

Problemområde/ Diagnos	Primärvården	Psykiatricentrum Västerbotten
Patienter med riskbruk, missbruk och beroende	<ul style="list-style-type: none">• Upptäcka, diagnostisera och behandla riskbruk, missbruk och beroende av alkohol och narkotika enligt vårdprogram. Missbruket ska dokumenteras i journalen.• Påbörja stödjande, motiverande behandling vid riskbruk, missbruk och beroende liksom eventuell farmakologisk behandling enligt vårdprogram, samt följa upp insatt behandling med återbesök och provtagning blod och urin i förekommande fall. Primärvården ansvarar för medicindelning. Om geografiskt avstånd eller annan omständighet motiverar medicindelning av annan vårdgivare, görs särskild överenskommelse i det enskilda fallet.• I samråd med patient och övriga aktörer, t.ex. arbetsgivare, initiera samverkan med Socialtjänst.• Vid läkemedelsberoende ansvarar primärvården för minst två planerade utsättningsförsök	<ul style="list-style-type: none">• Ansvara för konsultation och rådgivning gentemot primärvården då denna specialistkompetens efterfrågas. Kontaktvägar för primärvården är antingen via skriftlig remiss eller via telefonkontakt med bakjouren inom Psykiatricentrum Västerbotten.• Ansvara för patienter som är i behov av avgiftning i slutenvård.• Ansvara för abstinensbehandling då specialistvård av beroendetillståndet krävs.• Ansvara för patienter i öppenvård med samsjuklighet där psykiatrisk diagnos kräver specialistvård.• Ansvara för uttrappning av läkemedel vid läkemedelsberoende där

	<p>innan patienten remitteras till vald specialistenhet, exempelvis beroendeenhet inom psykiatrin.</p> <ul style="list-style-type: none">• Skriva LVM-intyg för LVM-utredning enligt § 9 och inför transport till LVM-hem, undantaget patienter som har sin tillhörighet inom psykiatrin.	<p>primärvården genomfört minst två planerade utsättningsförsök och bedömer att specialistkompetens behövs.</p> <ul style="list-style-type: none">• Ansvara för insatser vid LARO.
--	---	--

Dokumentation och arkivering

Insatser enligt denna riktlinje noteras i patientjournalen.

Historik

Ersätter APP I (2013-11-18) APP II (2012-09-21) och APP III (2012-09-24)

Utarbetat av

Representanter från primärvården, Psykiatricentrum Västerbotten samt Habiliteringscentrum med processtöd från hälso- och sjukvårdsdirektörernas stab.

Referenser och förändringar

Avsnittet placeras sist i dokumentet och hanteras av systemet

Dokumentinformation
Referenser: Nej
Förändringar sedan senaste utgåva: