

## Arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri

### Uppdrag:

- Revidera samverkansdokumenten: APP I-III som förbereds för att läggas in i landstingets gemensamma ledningssystem.
- Ange ansvarsfördelning och hur denna ska följas upp
- Ta fram plan för informationsinsatser (kommunikationsplan) till berörda medarbetare - uppdaterade samverkansdokument ska kommuniceras med samtliga berörda i primärvård och vuxenpsykiatri.
- Vid behov, ta fram tydliga uppdragsbeskrivningar för samverksgrupper mellan vuxenpsykiatri och primärvården
- Redovisa uppdraget senast 2016-12-01 till hälso- och sjukvårdsdirektör och primärvårdsdirektör som återrapporterar i landstingsstyrelse och hälso- och sjukvårdsnämnd.

### Bakgrund

Vid genomgång av APP I-III konstateras att dokumenten som sådana i stort fortfarande är aktuella. Däremot har de inte implementerats i den omfattning som krävs för att de ska vara kända och tas i anspråk av berörda medarbetare när verksamheterna behöver samverka i individuella insatser och mer generellt.

Dokumenterna är fastställda som en "överenskommelse om samverkan och ansvarsfördelning mellan psykiatri och primärvård i insatser till personer med psykiatrisk problematik (APP I, II och III)". Den innehåller tre delar som beskriver arbetsfördelning mellan primärvård och psykiatri i insatser till personer med psykisk ohälsa, komplicerad psykiatrisk problematik eller psykisk funktionsnedsättning och till personer med riskbruk, missbruk eller beroende. Syftet med gällande överenskommelse är att förtydliga ansvarsfördelningen av insatser till målgruppen samt precisera de insatser som kräver samordning mellan primärvård och psykiatri.

Det är landstingsdirektören som fastställer förslag om tillägg eller ändring av dokumentet och vid tvister avgör berörda verksamhetschefer, alternativt primärvårdschef och hälso- och sjukvårdsdirektör efter samråd med landstingsdirektör. Överenskommelsen har utarbetats och reviderats i samråd mellan företrädare för primärvården och psykiatriska klinikerna i Västerbottens läns landsting 2007, 2008, 2009, 2012, 2013 och ett arbete med att ta fram vårdprogram för de tre målgrupperna startade 2014 men fullföljdes inte.

### Förslag

Gällande överenskommelse uppdateras och läggs in i landstingets ledningssystem att gälla fram till 2017-08-31. Det innebär att texter av rapportkaraktär har tagits bort. Riktlinjer för arbets- och ansvarsfördelning mellan psykiatri och primärvård för de tre målgrupperna kvarstår såsom de fastställdes tidigare. Det reviderade dokumentet föreslår vi att det läggs in som **riktlinje** i landstingets ledningssystem att gälla fram till 31 augusti 2017: Arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri, Styrande dokument, Riktlinjer, Dokumentnummer: 237384 (se bilaga 1)

För att säkerställa implementering bör uppföljning och revidering av gällande riktlinjer genomföras av de medarbetare som i sitt dagliga arbete är beroende av den lots som ett fungerande styrdokument kan utgöra. De har också den sakkunskap som krävs för att hålla riktlinjerna aktuella och levande. Sannolikheten att styrdokumentet nyttjas blir därmed också mycket större.

Revisionen bör därför ske i dialog mellan representanter från primärvård och psykiatri. I uppdraget ska nya nationella riktlinjer, analys och handlingsplan i PRIO 2017 samt övriga utbildningsinsatser och aktiviteter som planeras för 2017 inkluderas.

## Arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri

**Arbetsgrupp:** 6 representanter (3 från vardera psyk och PV) varav 2 med ledningsfunktion inom psykiatri och primärvård

**Uppdrag:** Revidera landstingets riktlinjer för Arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvården och psykiatrin (dok nr: 237384) enligt nedan:

### **Riskbruk, missbruk och beroendevård**

Revidera och uppdatera avsnittet i riktlinjen gällande riskbruk, missbruk och beroendevård. I arbetet beakta NR Missbruk (slutversion 2015) och pågående och planerade aktiviteter enligt PRIO inom riskbruk, missbruk och beroendevården.

Tid: Påbörjas 2016-12-01 avslutas 2017-01-31

### **Psykisk ohälsa, depression, ångest**

Revidera och uppdatera avsnittet i riktlinjen gällande psykisk ohälsa, ångest och depression. I arbetet beakta NR Depression/ångest (presenteras 27 oktober 2016) och pågående och planerade aktiviteter enligt PRIO som rör vuxna personers psykiska ohälsa.

Tid: Påbörjas 2017-02-01 avslutas 2017-05-31

### **Omfattande psykiatrisk problematik, psykisk funktionsnedsättning**

Revidera och uppdatera avsnittet i riktlinjen gällande omfattande psykiatrisk problematik, psykisk funktionsnedsättning. I arbetet beakta kommande NR Schizofreni (eventuellt klar hösten 2017) och pågående och planerade aktiviteter enligt PRIO som rör målgruppen psykisk funktionsnedsättning. I arbetet engagera representant/er från habiliteringscentrum för målgruppen personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

Tid: Påbörjas 2017-03-01 avslutas 2017-05-31

Den reviderade riktlinjen i ledningssystemet ska förankras och implementeras i berörda verksamheter genom att:

- Ta fram en kommunikationsplan för implementering
- Presentera riktlinjen i primärvårdsrådet, allmänläkarkonsultgruppen och länsgrupp psykiatri
- Genomföra informationsinsatser och utbildning i samverkan mellan primärvård och psykiatri
- Riktlinjerna följs upp och revideras årligen. Förslagsvis att primärvården och psykiatrin kallar till samverkansmöte i juni varje år för uppföljning och revision av riktlinjen.

Uppföljning:

Ledningsfunktionen inom psykiatri och primärvård ansvarar för implementering, uppföljning och utbildningsinsatser i samverkan.

Bilaga:

1

Arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvården och psykiatri. Styrande dokument. Riktlinje (Dok nr 237384)

## Riktlinje Arbets- och ansvarsfördelning mellan primärvården och psykiatri

### Omfattning

Riktlinjerna gäller för personal inom primärvården och psykiatri vid insatser till vuxna personer med psykisk problematik och/eller personer i riskbruks-, missbruks- och beroendevård.

### 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.
- Socialtjänstlagen
- Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade
- SOSFS 2008:20 – reglerar samordning av insatser för re/habilitering

### Ansvar och befogenheter

**Psykiatriska klinikerna** ansvarar för specialiserad psykiatrisk vård utan remisstväng och patienten kan själv vända sig direkt till psykiatri. Men för att få insatser därifrån krävs att patienten har behov som faller inom specialistpsykiatriens ram.

**Primärvården** utgör ett komplement till den specialiserade psykiatriska vården i situationer där patienter inte har behov som faller inom specialistpsykiatriens ram. Hälsocentralerna har det primära ansvaret för bedömning och behandling av psykisk ohälsa för alla åldersgrupper.

**Psykiatrisjuksköterskorna** har en samordnande funktion mellan psykiatri, primärvård och socialtjänst i insatser riktade till enskilda patienter.

## Beskrivning/Genomförande

Problemområde/ Diagnos	Primärvården	Psykiatrin	Ater- /remiss till primärvård
<b>ADHD</b>	Screening med ASRS Remiss till psykiatri för utredning om screening talar för diagnos. I övrigt följa vårdpraxis.	Utredning och eventuell läkemedelsbehandling och psykopedagogisk behandling.	
<b>Autism/Asperger Tourettes syndrom</b>	Behandling utifrån symtom. Eventuell remiss initialt för utredning.	Utredning, habilitering, hjälpmedelsförskrivning. (Habiliteringscentrum ansvarar för patienter som tillhör person- kretsen enligt LSS)	I stabilt läge
<b>Bipolära syndrom</b>	Remitteras alltid till psykiater	Remitteras alltid till psykiater	När behov av specialistvård inte längre finns
<b>Depression</b>	Lindriga till måttliga depressioner  Konsultera eller remittera till psykiatrisk klinik: Vid terapirefraktära depressioner = När två på varandra följande behandlingar inte ger avsedd effekt  När evidensbaserad psykoterapi, ex KBT, prövats utan att ge avsedd effekt.	Vid svår depression  Vid tydlig och/eller akut suicidrisk	
<b>Kriser</b>	Utredning, vård och behandling	Vid svårare tillstånd eller vid tydlig suicidrisk	
<b>Personlighetsstörning</b>	Det är en mycket tidskrävande 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 ansvarar alltid för diagnostisering.		
<b>Posttraumatiskt stressyndrom (PTSD)</b>	Utredning, vård och traumafokuserad behandling	Vid långvarigt och komplext posttraumatiskt stressyndrom i behov av specialistkompetens för behandling	
<b>Psykosociala problem</b>	Utredning, vård och behandling	Vid samtidig psykiatrisk sjukdom	

Problemområde/ Diagnos	Primärvården	Psykiatrin	Åter- /remiss till primärvård
<b>Psykosomatiska problem</b>	Utredning, vård och behandling	Vid svårare symtom och i behov av psykiatrisk bedömning	
<b>Schizofreni eller schizofreniliknande tillstånd</b>	Se ansvarsfördelning mellan PV och psykiatri under rubrik nedan: Patienter som står på neuroleptikabehandling	Vid misstanke alltid remiss till psykiater	När behov av specialistvård inte längre finns, (i de fall patienten inte behandlas med neuroleptika, undantag kan göras efter särskild överenskommelse).
<b>Somatisk problematik</b>	Behandlas i primärvården, remiss till specialistklinik vid behov	Remiss till primärvård eller specialistklinik vid behov	För behandling i primärvård, för sjukskrivning etc.
<b>Sömnstörningar</b>	Utredning, vård och behandling	Vid svårare symtom och i behov av psykiatrisk bedömning	
<b>Utmattningssyndrom</b>	Utredning, vård och behandling. Ev remiss till stresskliniken.	Vid samtidig komplicerande psykiatrisk sjukdom	
<b>Ängestsyndrom (inklusive tvång/fobier)</b>	Lindriga till måttliga ångesttillstånd  Konsultera eller remittera till psykiatrisk klinik: Vid terapirefraktära ångesttillstånd = När två på varandra följande behandlingar inte ger avsedd effekt När evidensbaserad psykoterapi, ex KBT, prövats utan att ge avsedd effekt.	Vid svårare ångestsyndrom  Vid tydlig suicidrisk	
<b>Ätstörningar: Anorexi, bulimi</b>	Somatisk undersökning/utredning Vid lättare symtom och där man bedömer att tillståndet kan vara tillfälligt ges rådgivning och samtalsstöd (kurator och/eller dietist). Vid medel- till svåra symtom remittera till psykiatri eller Freja Anorexi/Bulimi C.	Vid symtom som kräver specialistbehandling.  Vid medel- till svåra symtom, se: Vårdprogram Ätstörningar	När behov av specialistvård inte längre finns

## Remiss och överföring av patienter med psykisk funktionsnedsättning

Remisser till Psykiatrin ska innehålla följande:

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

Remiss/överföring till Primärvården från Psykiatrin:

- EDI-remiss till distriktsläkare som vid behov hör av sig inom två veckor för begäran om överföringsmöte. Psykiater ska ha träffat patienten inom den senaste månaden innan överföring.
- Lämna aktuell sammanfattning av anamnes, status och diagnos
- Beskriv vårdförlopp
- Presentera resultat av gjorda utredningar och behov av uppföljning
- Presentera aktuell läkemedelslista samt behov av medicinering, nertrappning och eventuell utsättning
- Beskriv tillvägagångssätt om patienten försämras.
- Finns psykiatrisjuksköterska vid hälsocentralen bör denne kontaktas för dialog kring patienten.
- Vid behov kalla till samordningsmöte enligt rutiner för samordning av re/habiliteringsinsatser

## Patienter som står på Neuroleptikabehandling

Patienter med långvarig psykos eller annan psykisk funktionsnedsättning och som behandlas med neuroleptika identifieras och vårdas så gott som uteslutande inom psykiatrin.

Med sin grundsjukdom utgör de 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.

<b>Screening</b>	Somatisk bedömning inklusive neuroleptikakontroll ordinerar regelbundet med högst 18 månaders intervall. Vid avvikande fynd skrivs remiss till hälsocentralen
<b>Remiss</b>	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.
<b>Somatiska problem</b>	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.
<b>Metabola problem</b>	Om dessa är behandlingskrävande ska patienten remitteras för detta från psykiatri 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 ungdomspsykiatri vara uppmärksam på risk för metabola komplikationer i samband med övertagandet till vuxenpsykiatri.
<b>Fast vårdkontakt</b>	En fast vårdkontakt bör erbjudas i primärvården för denna patientgrupp, helt i enlighet med förfrågningsunderlag för Hälsoval Västerbotten.
<b>Återinsjuknande</b>	Om patient som överförs till primärvården försämras, kontaktas psykiatri som träffar patienten inom två veckor. Vid akut försämring, konsultation samma dag.
<b>Samordnad individuell plan (SIP)</b>	Individuell plan kan säkerställa att patientens behov av insatser blir tillgodosedda. Samverkan i planeringen underlättar den fortsatta samordningen av insatser. För samordning av re/habilitering ska landstingets rutiner för samordnad vårdplan och samordning av re/habilitering enligt SOSFS 2008:20 följas.

### Patienter med riskbruk, missbruk och beroende

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

#### Insatser vid Psykiatri:

- Ansvara för konsultation och rådgivning gentemot primärvården då denna specialistkompetens efterfrågas.
- Ansvara för konsultation och rådgivning när patient remitteras tillbaka till primärvården.
- Ansvara för patienter som är i behov av avgiftning i slutenvård.
- Ansvara för patienter i öppenvård med samsjuklighet där psykiatrisk diagnos kräver specialistvård.
- Ansvara för abstinensbehandling då specialistvård krävs
- Ansvara för uttrappning av läkemedel vid läkemedelsberoende där primärvården genomfört minst två planerade utsättningsförsök och bedömer att specialistkompetens behövs.
- Ansvara för insatser vid LARO

#### Insatser vid Primärvården:

- Upptäcka, diagnostisera och behandla riskbruk, missbruk och beroende enligt vårdprogram. Missbruket ska dokumenteras i journalen.
- Uppmärksamma och förhindra riskabelt bruk av läkemedel. Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel ska alltid ske med särskilt ansvarstagande och försiktighet.
- Påbörja stödjande, motiverande behandling 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 initiera samverkan med Socialtjänst.
- Erbjudna samordnad individuell plan (SIP) då det finns behov av insatser från flera aktörer
- Vid läkemedelsberoende ansvarar primärvården för minst två planerade utsättningsförsök innan patienten remitteras till vald specialistenhet, exempelvis beroendeenhet inom psykiatrin.
- Informera och stötta anhöriga, särskilt barn till patienter med missbruk.
- Skriva LVM-intyg för LVM-utredning enligt § 9 och inför transport till LVM-hem, undantaget patienter som har sin tillhörighet inom psykiatrin.
- Utfärda läkarintyg för att styrka lämplighet att inneha körkort.
- Anmälansansvar gäller för all hälso- och sjukvård vid misstanke om att barn far illa (SoL) och vid vapen- och körkortsinnehav enligt vapen- och körkortslagen.
- Vid graviditet, där barnet löper risk att skadas på grund av missbruk, ska Specialistmödravården engageras.

## 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 i ledningsfunktion från primärvården samt psykiatriska kliniken i Västerbottens läns landsting med processtöd från ledningsstaben.

## Referenser och förändringar

*Avsnittet placeras sist i dokumentet och hanteras av systemet*

Dokumentinformation
Referenser: Nej
Förändringar sedan senaste utgåva: