# Riktlinje för samverkanmellan primärvården och vuxenpsykiatrin

## Syfte

Riktlinjen anger ansvarsfördelningen mellan primärvården/vårdval psykisk hälsa och vuxenpsykiatrin i Region Kalmar län.

## Riktlinje

Patientens funktionsnivå och vårdbehov är avgörande för om en utredning och behandling ska ske i primärvården eller vuxenpsykiatrin oavsett psykiatrisk diagnos.
*Bilaga 1 Gränsdragningsdokument mellan primärvården och vuxenpsykiatrin* innehåller översikt över gränssnitt mellan primärvården respektive vuxenpsykiatrin vid olika diagnoser.

## Ansvar

Ansvaret för behandlingsinsatserna på respektive vårdnivå avser samtliga relevanta insatser av samtliga relevanta professioner. Sådana insatser kan vara suicidriskbedömning, beaktande av barn som anhöriga, psykologisk behandling, samtalsbehandling, stödinsatser, läkemedelsförskrivning, bedömning av arbetsförmåga, intyg och samarbete med kommunen och andra vårdinstanser.

Oavsett diagnos kan det finnas skäl till vård inom den specialiserade psykiatrin vid självmordsplaner, psykotiska symtom och svårhanterliga beteendestörningar som självskadebeteende, aggressivitet utlöst av psykisk sjukdom. Allvarlig funktionsinskränkning med svårigheter att klara ADL och skola/arbete kan vara anledning till kontakt med specialistpsykiatrin och även vid diagnoser som vanligen behandlas i primärvården.

Personer med neuropsykiatriska tillstånd eller personlighetssyndrom och relativt hög funktionsnivå har ~~ofta~~ ibland inte behov av kontakt med specialistpsykiatrin. Samsjuklighet med till exempel missbruk, depression eller ångesttillstånd kan ge symtomförstärkning som kan motivera bedömning och vård inom specialistpsykiatrin trots att vart och ett av tillstånden vanligen handläggs i primärvården.

**Äldre:** Personer över 65 år med välbehandlad psykossjukdom (eller motsvarande tillstånd tidigare behandlad i specialistpsykiatrin) och som bor på särskilt boende eller erhåller sin huvudsakliga vård i primärvården kan följas i primärvården och förskrivas basala psykofarmaka i ordinära doser. Möjlighet ska finnas till konsultstöd via psykiatrin/geriatriskkompetensoch vid behov återtagande av vårdansvaret till specialistpsykiatrin.

**Unga vuxna 18 till 23 år:** Ungdomsmottagningarna är tillsammans med primärvården första instans för bedömning och behandling vid psykiska symtom.Patienter inom barn- och ungdomspsykiatrin som efter 18 års ålder har fortsatt behov av specialistpsykiatrisk vård, eller om det råder oklarhet om det, ska remitteras till och bedömas i specialistpsykiatrin för bedömning avseende vårdnivå. Remiss till specialistpsykiatrin för yngre personer med förstämningssyndrom eller ångestsyndrom är motiverad om samtalsbehandling och behandlingsförsök med minst ett antidepressivt läkemedel har prövats utan förbättring. I specifika fall, såsom vid oklarhet omkring diagnos eller uttalad funktionsnedsättning kan remittering bli aktuell tidigare.

**Primärvårdens ansvar**

* Primärt möta, bedöma och behandla psykiska tillstånd (första linjens hälso- och sjukvård i befolkningen)
* Att skilja psykisk sjukdom från icke sjukliga tillstånd och reaktioner
* Att handlägga mild till måttlig grad av: ångesttillstånd, depressioner, krisreaktioner, sömnstörningar, stress, utmattningssyndrom, missbruk/beroende m.m
* Vid behov förskriva Neuroleptika och samråda med psykiatrin när så behövs
* Att göra vårdintygsbedömningar: Rutin Riktlinje för vårdintygskrivning finns på Navet.

**Psykiatrins ansvar**

* Psykiska tillstånd av allvarlig grad. Ofta, men inte alltid psykossjukdomar och bipolära sjukdomar
Tillstånd med kontinuerlig behandling med antipsykotiska läkemedel, litium eller centralstimulantia.
* Depression och ångestsyndrom med svåra symtom eller uttalad funktionsnedsättning samt vi samsjuklighet
* Tillstånd som kräver psykiatrisk slutenvård
* Psykiatrisk tvångsvård
* När primärvårdens insatser visat sig otillräckliga eller då behov föreligger av hjälp med diagnostik och bedömning. Vid depression och ångesttillstånd bör minst två olika läkemedel med olika profil samt relevant psykoterapi ha prövats i adekvat omfattning i primärvården innan remittering
* När psykiatrin har behandlingsresurser som inte rimligen kan finnas inom primärvården och behov föreligger (t.ex. dialektisk beteendeterapi, ECT)
* Vårdintygsbedömning av personer som är aktuella inom specialistpsykiatrin Rutin Riktlinje för vårdintygskrivning finns på Navet

# Bilaga 1: Gränsdragningsdokument mellan primärvård och vuxenpsykiatri för specifika diagnoser

##  Vårdnivå/remiss

## Affektiva störningar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagnos | Primärvård | Psykiatri | Återremiss till primärvårdpsykiatrin |
| **Depression** | Lindriga till medelsvåra depressioner ska handläggas i primärvården | Svåra depressioner med och utan psykotiska depressionssymtom, med grav hämning och alltid vid suicidriskÖvriga depressioner när behandlingsmöjligheterna inom primärvården är uttömdaNär speciella behandlingsformer finns som saknas hos annan vårdgivare; t.ex. ECT och specifik psykoterapeutisk kompetens där behov föreligger | Depression kan remitteras till primärvård när behov av specialistvård inte längre finns och åter till specialistvård vid försämring |

## Affektiva störningar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Diagnos | Primärvård | Psykiatri | Återremiss till primärvårdpsykiatrin |
| **Depression under graviditet och puerperium** | Vid lindrig tillmedelsvår depression kan samtalsbehandling ges av psykolog i samråd med specialistpsykiatrinvid behov.Se vårdprogram för depression post partum | Måttliga till svåra depressioner. Vid svår depression och vid misstanke om bipolärt syndrom, postpartumpsykos ska remiss ske skyndsamt. |  |
| **Bipolära syndrom**  | Vid misstankeremiss till psykiatrin | Alltid omhändertagande inom psykiatrin.Litiumbehandling Monitoreras inom specialistpsykiatrin  | Personer med känd bipolär sjukdom kan efter samråd i vissa fall följas upp av primärvården. Förutsättervälbehandlad sjukdomsbild efter längre stabil period och stabil medicinering med basala läkemedel i ordinära doserÅterremiss vid försämring |
| **Cykloid psykos/ Schizoaffektivt syndrom** | Vid misstanke remiss till psykiatrin | Alltid omhändertagande inom psykiatrin | Se bipolära syndrom |
| **Manisk psykos** | Vid misstanke remiss till psykiatrin | Alltid omhändertagande inom psykiatrin | Se bipolära syndrom |

## Beroende

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Diagnos | Primärvård | Somatik | Psykiatri | Återremiss till primärvårdpsykiatrin |
| **Beroende av läkemedel,eller alkohol****Beroende av narkotika****Blandmiss-bruk****Spelmissbruk****Övriga missbruk** | Primärvårdens huvuduppgift är primärpreventiv, uppmärksamma och diagnostisera riskbruk, missbruk och beroende av läkemedel och alkohol inklusive provtagningHandlägga missbruks-relaterade somatiska problem. I samarbete med kommunens missbruksvård understödja vård och behandling.SIP som verktyg för samordning och samverkan kring den enskilde och tydliggöra vem som gör vad för den enskilde. *Läkemedels-beroende handläggs primärt av den klinik som ansvarar för behandlingen/förskrivningen* | Missbruks-relaterade somatiska problem som inte kan handläggas i primärvården eller psykiatrin.*Läkemedels-beroende handläggs primärt av den klinik som ansvarar för behandlingen/förskrivningen* | Behandla och vid behov samverka med socialförvaltningen vid beroende och blandmissbrukSvår abstinens (narkotika, alkohol och läkemedel) och komplikationer till missbruk~~.~~ Vid avgiftning där det föreligger risk för delirium, abstinenskramper, suicid, kan inläggning bli aktuell.Substitutions-behandling vid opiodberoende.Övriga missbruk hanteras inom psykiatrinÖvrig beroende-problematik i samband med allvarlig psykiatrisk sjuklighet hanteras av psykiatrin*Läkemedelsberoende handläggs primärt av den klinik som ansvarar för behandlingen/förskrivningen* | För somatisk uppföljning vid behov, eller vid stabiliseringRemiss till primärvården för Antabus-förskrivningsamt prov-tagning |

## Beroende

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos** | **Primärvård** | **Somatik** | **Psykiatri** | **Återremiss till primärvårdpsykiatrin** |
| **Dubbeldiagnos (samtidig missbruks-diagnos och psykiatrisk diagnos)** | Lätt till måttlig psykisk störning vid samtidigt beroendeTänk på att kommunerna har behandlingsansvar |  | Beroende i kombination med svår till allvarlig psykisk störning även vid pågående missbrukSamordning av insatser från psykiatrin, kommun och primärvård för patient med dubbeldiagnos och stort vård- och stödbehovKonsultation med respektive vuxenpsykiatrisk enhet vid behov |  |
| **Handläggning av körkortsintyg** | Körkortsintyg och alkolås kan handläggas av allmänläkare när Transportstyrelsen så anger | Körkorts-intyghandläggsav specialist när Transport-styrelsen såanger.Ex. diabetes- och ögon-sjukdomar | Körkorts-intyghandläggsav specialist när Transport-styrelsen såanger. |  |

## Organiska psykiska störningar

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos** | **Primärvård** | **Somatik** | **Psykiatri** | **Återremiss till primärvård****psykiatrin** |
| **Konfusion** | Primär utredning för att utesluta somatisk genes | Behov av somatisk slutenvård | Vid substans/drog-relaterad konfusion vid behov av inläggning. Vid misstanke om cykloid psykos/ schizoaffektiv syndrom delirium, mani.Konfusoriska tillståndKonsultativ roll vid konfusoriska tillstånd i övrigt | Beroende på konfusionens orsak |
| **Demens inklusive alkohol-demens** | Basal utredning och hand-läggningÄldre patient med paranoida vanföre-ställningar p.g.a. sensorisk deprivation handläggs i primärvården | Avancerad utredning – remiss till mottagning med adekvat kompetens | Vid psykos med beteende-störning i samband med demens-sjukdom eller när psykosen är dominerande. | När psykos med beteende-störning är under kontroll |

## Organiska psykiska störningar

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos** | **Primärvård** | **Somatik** | **Psykiatri** | **Återremiss till primärvård****psykiatrin** |
| **Hjärnskadorrestsymtom** | Koordinering och samverkan med kommunal hemsjukvård alt. SÄBO och övriga sjukvårdenSIP samordnad individuell plan kan göras | Primär rehabilitering och initial handläggning på strokeenheter vid hjärnskador. | Vid behov av psykiatrisk konsultation och behandling vid dominerande psykiatriska komplikationer | I stabilt läge efter särskild överens-kommelse.  |
| **Psykotiskt syndrom orsakat av somatisk genes** | Lätta symtom somatisk utredning, om patienten har lätta symtom som klaras i öppenvård | Utreder och behandlar.I samråd vid behov med psykiatrin.  | Svåra symtom omgående remiss tillpsykiatrin för konsultation/diffe-rentialdiagnostik.Svåra tillstånd där symtomen omöjliggör behandling på somatisk klinik kan omhändertas inom psykiatrin.  | I stabilt läge efter särskild överens- kommelse. |

## Psykotiska tillstånd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos** | **Primärvård** | **Psykiatri** | **Återremiss till primärvård****psykiatrin** |
| **Schizofreni****Vanföreställningssyndrom****Postpartum-psykos****Kortvarig psykos****Utvidgad psykos****Substans-betingad (kemisk) psykos****Psykotiska syndrom****UNS** | Somatisk uppföljning – se återremissStöd till psykiatrin v.b av somatisk uppföljningunder pågående psykiatrisk kontaktAlla med misstänkt schizofreni och vanföreställnings-syndrom ska remitteras till psykiatrisk klinik, remittering ska ske omgående | Alla med misstänkt schizofreni och vanföreställnings-syndrom. | Personer med känd psykosdiagnos kan efter samråd i vissa fall följas upp av primärvården.Förutsätter lugn sjukdomsbild efter längre stabil period och stabil medicinering med basala läkemedel i ordinära doser |

## Ångesttillstånd och stressrelaterade tillstånd

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos** | **Primärvård** | **Psykiatri** | **Återremiss till primärvårdpsykiatrin** |
| **Paniksyndrom****Agorafobi****Specifik fobi****Social fobi****Generaliserad ångest** | Lätta till medelsvåra | Vid svåra eller invalidiserade symtom och vid terapiresistens vid behov. | När specialistvård inte längre behövs |
| **Tvångssyndrom** | Lätta | Medelsvåra till svåra samt vid svårare funktionshinder och terapiresistens remiss till psykiatrisk klinik | Förbättring så att behov för specialistvård inte finns |

## Ångesttillstånd och stressrelaterade tillstånd

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos** | **Primärvård** | **Somatik** | **Psykiatri** | **Återremiss till primärvårdpsykiatrin** |
| **Kriser och anpassningsstörningar** | Lätta till medelsvåra hanteras inom primärvården  | Lätta till medelsvåra hanteras inom den klinik där krisen uppstått | Svåra tillståndKriser med suicidriskKriser där bakomliggande psykopatologi misstänks kan behöva bedömas på psykiatrisk klinikKan, vid misstanke om bakomliggande psykopatologi, behöva specialistpsykiatrisk bedömning | När behov av specialistvård inte längre finns |
| **Posttraumatisk stressyndrom** | Uppmärksamma och behandla lättare tillstånd |  | Medelsvår till svåra med tydlig funktionsned-sättning | När behov av specialistvård inte längre finns |
| **Utmattningssyndrom** | Hanteras i PV |  |  |  |
| **Somatoforma syndrom** | Lätta till medelsvåra psykosomatisk besvär |  | Remitteras till psykiatrisk klinik vid svårare symtom för konsultation | När behov av specialistvård inte längre finns.Återremiss efter konsultation |

## Ätstörningar

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos** | **Primärvård** | **Psykiatri** | **Återremiss till primärvårdpsykiatrin** |
| **Anorexia Nervosa****Bulimia Nervosa****Övriga ätstörningarenligt ICD 10** | Vid misstanke om ätstörning. Somatisk undersökning/utredning och ev. remiss till psykiatrin | Remiss till psykiatrisk klinik (ABC klinik)  | När specialpsykiatriska insatser inte längre behövs |

## Övrigt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos m.m** | **Primärvård** | **Somatik** | **Psykiatri** | **Återremiss till primär-vårdpsykiatrin** |
| **Sömnstörningar** | Utreds och bedöms i primärvårdenRåd, information, eventuell samtals-behandling och medicinering | Neurologisk bedömningvid misstanke om narkolepsi och andra svårare komplexa sömn-störningar | Remiss till psykiatrin vid invalidiserande symtom där behandling inte hjälpt | När special-psykiatriska insatser inte längre behövs |
| **Personlighets-syndrom** | Misstänkt syndrom omhändertas inom primärvården |  | Vid svårare symtom och när behov av diagnostik föreligger remiss till psykiatrisk klinik | När special-psykiatriska insatser inte längre behövs |

## Övrigt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos** | **Primärvård** | **Somatik** | **Psykiatri** | **Åter- remiss till primär-vård****psykiatrin** |
| **Begåvnings-utredning** | Genomföra bedömninginför ev. remissSomatisk undersökning inklusive provtagning | Vuxenhabilitering ansvarar för utredning av misstänkt intellektuell funktionsnedsättning hos personer över 18 år som inte tidigare diagnostiserats | Utreds inom psykiatrin då samtidig svårare psykiatrisk diagnos finns och patienten har pågående psykiatrikontakt.Då misstanke om intellektuell funktions-nedsättning väcks vid bedömning och utredning av neuropsykiatriskt tillstånd | Vid behov av uppföljning, men ej i behov av specialiserad psykiatrisk vård |

## Övrigt

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Diagnos m.m** | **Primärvård** | **Somatik** | **Psykiatri** | **Åter- remiss till primär-vård****psykiatrin** |
| **Neuropsykiatri** | Initialt kartläggning (se ([Nationella vård- och insatsprogram](https://www.vardochinsats.se/adhd/kartlaeggning-och-utredning/initial-kartlaeggning-paa-primaervaardsnivaa-vuxna/)) medanamnes, funktions-bedömning, somatisk undersökning inklusive provtagning. Vidvälgrundad misstanke remiss till psykiatrin | Personer med stöd enligt LSS kan bli aktuella för habiliteringenVuxen-habiliteringen bidrar med vissa insatser vid IF.  | Utredning efter remiss och då basal utredning är gjord. Vid behov av läkemedels-behandling, psyko-pedagogiska och arbetstera-peutiska insatser kräver specialist-kompetens. Uppföljning av läkemedels-behandling vid ADHD. | Remiss till primär-vården vid behov av vård, där specialist-psykiatriska insatser ej krävs  |

## Vårdintygsbedömning

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Primärvård | Somatik | Psykiatri | Återremiss till primärvård |
| **Vårdintygsbedömning** | Om patienten är okänd eller intehar haft planerad kontakt inom psykiatrin (på 2 år)Akut vårdintygs- bedömning när primärjouren på psykiatrin inte är legitimerad. | Ansvarig läkare inom somatisk vård | Patient med planerad vårdkontakt inom psykiatrin |  |

## Vårdintyg

Vårdintyg (finns i Cosmic – måste skrivas ut) utfärdas av legitimerad läkare.
 - § 4 LPT
 - § 11 Konvertering från HSL till LPT för personer som vårdas på psykiatrisk klinik
 - § 5 LRV vårdintyg för häktade och anhållna personer

Vårdintyg måste vara korrekt och fullständigt ifyllt inklusive signerat och gjort i omedelbar anslutning till personlig undersökning

### Ändringshistorik

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datum | Ändring | Utf**örd av** |
|  |  |  |