

# Psykiatri och primärvårdens vårdöverenskommelser

**Gäller för:** Region Kronoberg

**Slutgranskare:** Roland Olofsson Dolk, enhetschef AMK

**Faktaägare:** Håkan Ivarsson, chefläkare primärvård  
Sandor Eriksson, verksamhetschef vuxenpsykiatri  
Susanne Winsth, verksamhetschef BUP

## Innehållsförteckning

Primärvården (PV) behandlar:.....	3
1 Depressioner.....	3
1.1 Ångestsyndrom.....	3
1.2 Krisreaktioner.....	3
1.3 Okomplicerade psykosomatiska tillstånd.....	3
1.4 Åldersbetingade psykiska symtom inklusive okomplicerad demensutredning.....	3
1.5 Missbruk och beroendetillstånd utan samtidig allvarligt psykiskt tillstånd 3	
1.6 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.....	3
1.7 Okomplicerade ätstörningstillstånd.....	3
1.8 Okomplicerade personlighetsstörningar.....	3
1.9 Suicidrisk.....	3
2 Specialistpsykiatri behandlar.....	4
2.1 Schizofrenier och andra psykoser.....	4
2.2 Affektiva syndrom.....	4
2.3 Förhöjd suicidrisk.....	4
2.4 Komplicerade ångesttillstånd.....	4
2.5 Komplicerade personlighetsstörningar.....	5
2.6 Komplicerade psykosomatiska tillstånd.....	5
2.7 Ätstörningstillstånd.....	5
2.8 Demenstillstånd.....	5
2.9 Abstinensbehandling/avgiftning vid beroende av alkohol och narkotiska preparat.....	5

2.10	Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar .....	5
2.11	Vårdintyg.....	5
2.12	Vårdintyg.....	6
2.13	Polishandräckning .....	6
3	Samverkan .....	7
3.1	Remiss .....	7
3.2	Remissvar.....	7
3.3	Telefonkontakt.....	7
3.4	Hembesök.....	7
3.5	Utbildning.....	7
3.6	Psykiatrisk bedömning i sjukskrivningsprocessen.....	8
3.7	Konsult och handledning.....	8
3.8	SIP (samordnad individuell plan).....	8

## Primärvården (PV) behandlar:

### 1 Depressioner

De flesta patienter med depression kan handläggas inom PV.

PV ansvarar för diagnostik, behandling och uppföljning av lätta och medelsvåra depressioner.

Kroniska okomplicerade depressioner med samtidig somatisk sjukdom, framför allt hos äldre.

#### 1.1 Ängestsyndrom

De flesta patienter med okomplicerade ångesttillstånd kan handläggas inom PV.

#### 1.2 Krisreaktioner

#### 1.3 Okomplicerade psykosomatiska tillstånd

Se rehabiliteringsriktlinje Somatiseringssyndrom

#### 1.4 Åldersbetingade psykiska symtom inklusive okomplicerad demensutredning

Se Vårdprogram för demenssjukdomar i Kronobergs län

#### 1.5 Missbruk och beroendetillstånd utan samtidig allvarligt psykiskt tillstånd

#### 1.6 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Identifiera problematiken och v b remittera till specialistenhet för utredning, behandling och habilitering. Erbjud åtgärder inom vårdvalsuppdraget t ex samtalsstöd och insatser vid sjukskrivning. Vara en förmedlande länk för insatser hos andra vårdgivare eller myndigheter.

Se rehabiliteringsriktlinje neuropsykiatriska funktionsnedsättningar.

#### 1.7 Okomplicerade ätstörningstillstånd

#### 1.8 Okomplicerade personlighetsstörningar

#### 1.9 Suicidrisk

Primärvårdsläkaren gör alltid en strukturerad suicidriskbedömning före remiss till specialistpsykiatri.

## 2 Specialistpsykiatrin behandlar

### 2.1 Schizofrenier och andra psykos

Psykosmisstanke.

Schizofreni.

Program för TOP (Tidigt Omhändertagande vid Psykos). Gäller nyinsjuknade unga personer upp till 35-års ålder där det finns stark misstanke om psykosutveckling. Kontakt med patienten etableras inom 24 timmar (vardagar) efter det att ärendet kommit till vår kännedom.

### 2.2 Affektiva syndrom

Bipolär sjukdom.

Svår depression: med eller utan psykotiska depressionssymtom, grav hämning.

Suicidrisk, suicidförsök.

Recidiverande depression – viktigt med differentialdiagnostik och ”intensiv” behandling. Vid stabil förbättring blir återremiss aktuell.

Svårbehandlad depression – utebliven förbättring efter två behandlingsförsök med olika typer av läkemedel i tillräcklig dos och under minst 4 – 6 veckor (längre tid för äldre) för varje preparat samt samtalsbehandling.

Patienter med intolerabla eller oväntade biverkningar.

### 2.3 Förhöjd suicidrisk

Strukturerad suicidriskbedömning

Uppföljning suicidprevention efter genomfört suicidförsök.

### 2.4 Komplicerade ångesttillstånd

Då hög samsjuklighet och låg funktionsnivå föreligger och då en integrerad behandling krävs.

Komplex klinisk symtomatologi – sådana svåra tillstånd kan vara: akut kristillstånd, svårare tvångssyndrom (OCD), svårt posttraumatiskt stress syndrom (PTSD), och svårare grad av Generellt ångestsyndrom (GAD).

### 2.5 Komplicerade personlighetsstörningar

T.ex. tillstånd med hög grad av självdestruktivitet och/eller låg funktionsnivå.

Diagnostisering sker vid specialistpsykiatri.

### 2.6 Komplicerade psykosomatiska tillstånd

Psykiatrisk bedömning.

Se rehabiliteringsrikslinje Somatiseringssyndrom

### 2.7 Ätstörningstillstånd

Anorexia nervosa.

Bulimi och ätstörning uns med komplikationer i form av annan psykisk sjuklighet eller fara för kroppslig hälsa.

### 2.8 Demenstillstånd

Utredning av svåra/oklara demenstillstånd enligt vårdprogrammet.

När patienter med svår BPSD-problematik (Beteende- och Psykisk Störning vid

Demenssjukdom) sviktar då det gäller psykofarmakologisk behandling och för omvårdnadshandledning.

## **2.9 Abstinensbehandling/avgiftning vid beroende av alkohol och narkotiska preparat**

Utredning och behandling av ”dubbeldiagnoser/samsjuklighet” = psykisk sjukdom + beroende/missbruksproblematik.

Underhållsbehandling vid heroin/opiatberoende.

## **2.10 Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar**

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar såsom ADHD/ADD och autismspektrumtillstånd utreds, medicineras med koncentrationshöjande farmaka samt erbjuds habiliteringsinsatser inom Habiliteringen. Vid samsjuklighet mellan neuropsykiatriska och specialistpsykiatriska tillstånd görs utredningen och behandlingen inom vuxenpsykiatri.

## **2.11 Vårdintyg**

Om sjukvårdspersonal erhåller information, som tyder på allvarlig psykisk sjukdom hos en person där vårdintygsbedömning kan bli aktuell, kontaktas i första hand vuxenpsykiatriens akutmottagning för att avgöra om psykiatri ska ta hand om vårdintygsbedömningen eller om läkaren i primärvården behöver göra det.

Primärvården ansvarar dygnet runt för vårdintygsbedömningar om inte patienten har en känd allvarlig psykiatrisk problematik eller en etablerad kontakt inom psykiatri.

Undantag är de patienter som blir aktuella på lasarettens vårdavdelningar och akutmottagningar, där respektive klinikjour gör dessa bedömningar.

Undantag göres också vid polisomhändertagande enligt 11§ polislagen, jämfört med 47§ första stycket LPT, då den omhändertagne skall föras till psykiatriens akutmottagning

## **2.12 Polishandräckning**

Om legitimerad läkare i allmän tjänst eller privat vårdgivare med vårdavtal fattat beslut om att en patient skall omhändertas för en vårdintygsbedömning så skall polisen på begäran biträda läkaren.

Vid vårdintygsbedömningar bör läkaren ta kontakt med behörig läkare på den psykiatriska vårdenhet som skall ta emot patienten för att få råd och handledning.

Om vårdintyg utfärdats skall läkaren alltid ta kontakt med behörig läkare på den psykiatriska vårdenhet som skall ta emot patienten för att avtala patientens besök och transport.

Om vårdintyg utfärdats av läkare i allmän tjänst eller privat vårdgivare med vårdavtal så skall polisen på begäran av läkaren föra patienten till den mottagande psykiatriska vårdenheten.

Den läkare som har utfärdat vårdintyget har ansvar för att vårdintyget kommer till den psykiatriska vårdenheten innan eller i anslutning till patientens besök.

### 3 Samverkan

#### 3.1 Remiss

Remiss till specialistpsykiatrin för konsultativ bedömning (vid svårigheter i patientärendet) och/eller för övertagande vid ovan nämnda diagnoser.

#### 3.2 Remissvar

Primärvården skall få besked i de fall remissen inte accepteras. Färdigbehandlade patienter återremitteras med remissvar eller remiss till primärvården.

#### 3.3 Telefonkontakt

Telefonkontakter kan alltid ske till psykiatrisk akutmottagning.

Psykiatrisk sjuksköterska på akutmottagningen kan ge rådgivning, sätta upp för besök hos dagjour eller förmedla ärendet direkt till specialist för rådgivning och handledning till distriktsläkare. *(Tjänste nummer till akutpsykiatriska mottagningen 9120, får ej lämnas ut)*

Telefonkontakt med vårdcentralen kan ske direkt med distriktsläkaren eller via tjänstetelefon som finns till varje vårdcentral.

#### 3.4 Hembesök

Personal från psykiatrin kan efter remiss delta i hembesök tillsammans med personal från primärvården för hjälp med psykiatrisk bedömning av en patient, som ej är aktuell inom psykiatrin.

Ett eventuellt vårdintyg utfärdas av distriktsläkaren i samråd med psykiatrisk specialist på den inrättning där patienten kan förväntas få sina vårdbehov tillgodosedda.

Psykiatrisk personal svarar själva för hembesök, bedömning och vårdintyg angående patienter som är aktuella inom psykiatrin.

#### 3.5 Utbildning

Vidareutbildning kan utformas dels som gemensamma möten för primärvården och psykiatrin dels som riktade utbildningsinsatser.

Viktiga områden är diagnostik och behandling av depression och ångesttillstånd, samt psykofarmakologisk och psykoterapeutisk behandling.

#### 3.6 Psykiatrisk bedömning i sjukskrivningsprocessen

Utöver ovanstående gäller att psykiatrisk kompetens konsulteras via Rehabteamen inom Primärvården. Om det därutöver föreligger behov av psykiatrisk kompetens kan specialistpsykiatrin efterfrågas enligt de riktlinjer som finns angivet i ”försäkringsmedicinskt beslutsstöd för psykiatriska sjukdomar och syndrom” från

Socialstyrelsen.

### **3.7 Konsult och handledning**

I psykiatrins uppdrag ingår att samarbeta med och ge en lättillgänglig konsultationsservice och/eller kortare handledning till primärvården, övrig somatisk vård, socialtjänsten m fl.

### **3.8 SIP (samordnad individuell plan)**

När en patient har behov av insatser både från socialtjänsten och från hälso- och sjukvården ska en gemensam planering för patienten göras. Om någon kallar till SIP måste de kallade komma (gäller även andra parter t ex kommunen).

**Vid upptäckt av felaktig information eller länk, vänligen meddela faktaägare.**