

Överenskommelse kring handläggning av psykiatrisk sjukdom

Gäller primärvård, habilitering och psykiatri.

Innehåll

Syfte och omfattning	1
Bakgrund	2
Huvudmännens ansvar	2
Funktionellt samarbete	4
Ansvarsfördelning vid viktiga diagnosgrupper uppdelat på vuxna samt barn, 0-18 år	7
Psykossjukdom	8
Bipolär sjukdom	8
Depressionssjukdom	10
Personlighetsstörning	12
Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar	13
Ätstörning	17
Somatoforma syndrom	19
Krisreaktion	20
Ångest och ångestsyndrom	21
Substansbruksyndrom (beroende och missbruk)	22
Remiss – innehåll	26
Uppföljning av överenskommelsen	28
Dokumenthistorik	29

Syfte och omfattning

Överenskommelsen beskriver ett funktionellt samarbete och strukturerat remissförfarande mellan primärvård, habilitering och psykiatrisk specialistvård som ger stöd till respektive verksamhet i sin behandling av patienten och bidrar till ett omhändertagande av god kvalitet och ett gott resultat.

Bakgrund

Psykisk ohälsa kan beskrivas som en nedsatt förmåga hos den enskilde att fungera – utifrån sina förutsättningar – på ett känslomässigt och/eller intellektuellt plan samt i ett socialt sammanhang.

Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen. Den utgör den största enskilda orsaken till ohälsa bland kvinnor, och bland männen kommer psykisk ohälsa på andra plats efter hjärt- och kärlsjukdomar.

Huvudmännens ansvar

Regionens ansvar

Ansvar:

- Primärvården har ett basansvar för psykisk ohälsa och ingår i första linjens psykiatri.
- Samtliga vårdcentraler ska tillhandahålla farmakologisk och psykologisk behandling samt psykosociala insatser.
- Habiliteringen har specialistkompetens inom området funktionsnedsättning och funktionshinder samt vilka konsekvenser det får i vardagen.
- Specialistpsykiatrien har huvudansvar vid allvarlig psykisk störning/sjukdom. Den psykiatriska vårdens inriktning är kvalificerad psykiatrisk utredning och behandling.
- Störningen/sjukdomen, och den funktionsnedsättning som är en följd av denna, kan variera över tid vilket innebär att personen ibland får sina behov tillgodosedda inom primärvården, ibland inom specialistpsykiatrien och/eller inom habiliteringen.
- Både specialistpsykiatrien och primärvården har olika utförare/vårdgivare.

Uppdrag Akademiska sjukhuset, verksamhetsområde psykiatri

För hela länet bedriva heldygnsvård, akutmottagning, öppenvård för beroende- och neuropsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri. Uppdraget för psykos- och affektiva sjukdomar gäller Uppsala, Knivsta och Håbo kommun.

Den specialiserade psykiatrien inom Akademiska sjukhuset är ett verksamhetsområde uppdelat på sektioner vilket innebär en högre ambition att följa patienten i vårdkedjan.

För närvarande finns följande sektioner:

1. Sektionen för Akut och konsultpsykiatri.
2. Sektionen för affektiva sjukdomar, inkluderar äldrepsykiatri.
3. Sektionen för Beroende och neuropsykiatri.
4. Sektionen för Psykosvård och rättspsykiatrisk vård.
5. Sektionen för barn och ungdomspsykiatri, en gemensam remissgång.

Varje sektion har en remissbedömningsgrupp som bedömer alla inkommande remisser efter gemensamma riktlinjer för medicinsk prioritering. Bedömning av remiss görs av specialistläkare tillsammans med annan kvalificerad behandlingspersonal.

Uppdrag Närpsykiatri inom Heby, Älvkarleby, Tierps och Östhammars kommuner

För patienter över 18 år i Heby, Älvkarleby, Tierp och Östhammars kommuner tillhandahålla öppenvårdsinsatser för psykos och affektiva sjukdomar. I uppdraget ingår inte specialiserad beroendevård, specialiserad äldrepsykiatri, svårare ätstörningar, rättspsykiatri samt barn- och ungdomspsykiatri.

Uppdrag Habilitering

Habiliteringen i Region Uppsala har specialistkompetens inom området funktionsnedsättning och funktionshinder samt vilka konsekvenser det får i vardagen. Habiliteringen erbjuder råd, stöd och interventioner till barn, ungdomar och vuxna med funktionsnedsättningar som är medfödda eller förvärvade, där behovet av insatser över tid ska vara omfattande och livslångt.

Habiliteringen är en specialistresurs utöver den hälso- och sjukvård som länets alla invånare har tillgång till. Habiliteringen ska komplettera andra verksamheter med konsultation samt get stöd till anhöriga och nätverk.

I interventionerna ingår: kartläggning, mångsidiga intensiva insatser, mångsidiga insatser och riktade insatser, upprättande av rehabiliterings- eller habiliteringsplaner samt hjälpmedelsförskrivning.

Habiliteringen vänder sig till personer med:

- Personer med grav synnedsättning enligt WHO:s definition.
- Personer med grav hörselnedsättning.
- Personer med kombinerad syn- och hörselnedsättning.
- Personer som är döva.
- Personer med autismspektrumtillstånd - avgränsning ADHD.
- Personer med intellektuell funktionsnedsättning.
- Personer med medfödda eller tidiga förvärvade hjärnskador som leder till rörelsehinder eller andra funktionsnedsättningar.
- Personer med flerfunktionshinder.
- Personer i yrkesverksam ålder, med förvärvad hjärnskada och i behov av habiliteringens specialistkompetens.

Habiliteringens husläkarmottagning vänder sig till personer som på grund av funktionshinder har svårt att få sina behov tillgodosedda inom den ordinarie primärvården. Det kan handla om att personen har en komplicerad medicinsk

problematik eller att funktionsnedsättningen kräver särskild kännedom om hur man bemöter och kommunicerar med personen på bästa sätt. Vid mottagningen arbetar distriktsläkare i nära samarbete med personal på habiliteringen och med specialistläkare. Den specialanpassade läkarmottagningen finns i habiliteringens lokaler i Uppsala, men läkarbesök kan även planeras till habiliteringens mottagningar i Bålsta, Enköping, Tierp och Östhammar. För att bli listad vid habiliteringens husläkarmottagning krävs pågående kontakt med habiliteringen.

Personer med syndrom tas emot för hälsokontroller på den så kallade syndrommottagningen om personen är listad på habiliteringens husläkarmottagning.

Huvudmännens gemensamma ansvar

Regionen (primärvård, habilitering och psykiatri) och kommunerna har ett gemensamt ansvar för att tillsammans med Försäkringskassan och Arbetsförmedlingen medverka vid rehabilitering av personer med psykiska funktionshinder.

Funktionellt samarbete

Funktionellt samarbete inom och mellan huvudmännen sker utifrån en ömsesidig respekt för varandras specialitet, uppdrag, kunskap och erfarenheter. I ett funktionellt samarbete är det viktigt att skapa mötesplatser. Det är angeläget med regelbundna möten på såväl ledningsnivå som på lokal nivå.

I ett funktionellt samarbete ingår:

- Handläggningsrutiner, t ex vårdprogram.
- Konsultationer per telefon till psykiatrin.
- Bedömningar, enstaka patientbesök av second opinion-karaktär.
- Samverkansforum.
- Gemensam utbildning/fortbildning/handledning.

Grundprinciper för samarbete

Remisstvång föreligger inte för vårdsökande patienter i specialistpsykiatrisk öppenvård. Överföring av vårdansvar mellan olika vårdinstanser ska däremot alltid ske genom ett remissförfarande. Det innebär att remitterande enhet får bekräftelse på att remissen är mottagen och ett besked om preliminär väntetid enligt regelverk. Väntetiden vid remiss till specialistvård bedöms enligt specialistpsykiatrins riktlinjer för medicinsk prioritering, där väntetiden inte ska överstiga 60 dagar. I de fall där specialistpsykiatrin inte övertar behandlingen av en remitterad patient bör remissvaret innehålla förslag på handläggning.

Planerad uppföljning av patienter som remitteras till primärvården kan förväntas ske tidigast efter 4 veckor. Vid behov av akut uppföljning inom enstaka veckor ska detta ske inom specialistpsykiatrin. Vid behov av avsteg från ovanstående ska detta ske genom ömsesidig överenskommelse, exempelvis via telefonkontakt. Primärvårdens psykologer

och kuratorer tar enbart emot interna remisser från vårdcentralen, och är inte någon direkt remissinstans för specialistpsykiatri.

Brukare kan själva ansöka om insatser från habiliteringen eller så kan läkare skriva remiss-önskemål är att det ska finnas diagnos och beskrivning av vilka konsekvenser funktionsnedsättningen får i vardagen. Remisstvång föreligger för vårdsökande till syncentralen och hörcentralen. Efter det att remiss/ansökan inkommit har habiliteringen 90 dagar på sig att erbjuda ett första besök vilket inte gäller barn och ungdomar med autismspektrumtillstånd där habiliteringen har en förstärkt vårdgaranti och måste ha ett första besök inom 30 dagar.

Den enhet som behandlar patienten ansvarar för receptförskrivning och eventuell sjukskrivning för detta tillstånd samt har ett förstahandsansvar för ordinerade psykologiska eller psykosociala insatser. Detta gäller inte då patienten tas emot för enbart second opinion-bedömning. Vid komplexa ärenden med t.ex. samsjuklighet, bör individuella överenskommelser avseende ansvarsfördelning göras genom personlig kontakt mellan behandlare.

Vid akutbesök ska i första hand patientens behov av akuta åtgärder bedömas. Där ingår recept, läkarintyg för sjukskrivning och behov av uppföljning i form av egenvårdsansvar eller remiss till annan vårdenhet (hälso- och sjukvårdsansvar). Kort sjukskrivningsperiod förordas i akut skede.

Alternativa kontaktvägar

Det finns telefonrådgivningsfunktioner för primärvården på vuxenpsykiatri och BUP. Se respektive hemsida.

Särskilda frågor

Tvångsvård - Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT och lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV

Vårdintygsbedömningar, psykiatri

Psykiatri ansvarar i huvudsak för vårdintygs-bedömningar av inom psykiatri aktuella patienter under kontorstid. Med aktuella patienter avses de som haft kontakt med vuxenpsykiatri de senaste 18 månaderna. Undantag från tidsgränsen kan göras för personer med psykisk sjukdom som under längre tid endast haft kontakt med psykiatri.

Då patienten är bosatt utanför Uppsala kommun kan primärvården på respektive ort bistå med vårdintyg även när det gäller psykiatri patienter, gäller framför allt äldre psykiatri patienter.

Vårdintygsbedömningar, primärvård

Under jourtid samt vid bedömning av patient som inte är känd av psykiatrien görs bedömning i första hand av primärvårdens läkare. Primärvårdens läkare ska alltid samråda med psykiatribakjouren i samband med vårdintyg.

Rehabilitering och sjukskrivningsärenden

Vid behov av utökat samarbete kring enklare rehabiliterings- och sjukskrivningsärenden, där t ex det försäkringsmedicinska beslutsstödet kräver psykiaterbedömning, kan detta i ett första skede skötas via telefonkonsultation. Rehabiliteringen kan vara behjälpliga för brukare som har en aktuell kontakt.

Vid svårare eller komplicerade ärenden rekommenderas SIP (samordnad individuell plan) om fler myndigheter är inblandade, dvs. kommun och region. När det gäller gemensamma ärenden mellan psykiatri och rehabilitering ska en vårdplan göras.

Körkortsfrågor

Psykiatrien handlägger körkortsärenden för patienter med aktuell kontakt inom specialistpsykiatrien.

Rehabiliteringen kan vara behjälpliga i körkortsärenden för brukare som har en aktuell kontakt.

Läkaransvar vid särskilda boenden

Vid särskilda boenden i kommunal regi har utsedda vårdcentraler ett tilläggsåtagande för läkaransvaret. Som regel finns för varje boendeenhet en eller flera utsedda distriktsläkare för detta primärvårdsansvar. Beroende på boendets inriktning och vårdtagargrupp bör distriktsläkaren ha tillgång till psykiatrisk konsult.

Specialistpsykiatrien har även i särskilda boendeformer patientansvar för de patienter som ingår i specialistpsykiatriens uppdrag. Denna kontakt kan vara konsultativ eller direkt patientkontakt.

Primärvården har ansvar för behandling av somatiska sjukdomar för psykiskt sjuka i särskilda boenden, på samma sätt som specialistpsykiatrien har ansvar för svårare psykiatriska sjukdomar inom särskilda boenden. Detta gäller även läkemedelsordinationer, vilket innebär att överenskommelse beträffande gränsdragningar sker individuellt i form av delat medicinskt ansvar. Läkemedelsgenomgångar i form av samråd mellan psykiatri, primärvård och apotekare kan med fördel kopplas till de årliga medicinska vårdplaneringar som genomförs på dessa boenden.

Rehabiliteringens husläkarmottagning har ansvar för personer boende på särskilt boende som är listade på denna mottagning.

Ansvarsfördelning vid viktiga diagnosgrupper uppdelat på vuxna samt barn, 0-18 år

Definition, "Huvudansvar"

Ansvarig för att en process, till exempel behandling, sätts i gång. Ansvaret sträcker sig ända till dess att annan huvudman tar över huvudansvaret. För att kunna ta ett huvudansvar kan man behöva stöd från vårdgrannar. Att ha personlig kontakt mellan behandlare per telefon är en viktig princip för att undvika missförstånd i komplexa ärenden. Vårdplaner, liksom samordnad individuell plan (SIP) är användbara redskap till hjälp i detta arbete.

Patienter med psykisk ohälsa har ett fluktuerande vårdbehov och kan därför behöva återkomma ett flertal gånger hos endera, eller båda huvudmännen.

Psykokssjukdom

Primärvård

Akuta symtom – kontakt med psykiatri.

Primärvården kan i vissa fall, efter ömsesidig överenskommelse sköta patienterna med konsultativt stöd från specialistpsykiatri men psykiatri ansvarar för läkemedelsförskrivningen.

Psykiatri

Huvudansvar.

Övrigt

För vårdintygsbedömning se bilaga tvångsvård.

Barn och unga, 0-18 år

Primärvård

Vid misstanke, konsultera BUPs telefonrådgivning, därefter överföring till BUP.

BUP

Huvudansvar.

Övrigt

I akuta situationer, kan vårdintyg skrivas i primärvården. Telefonkonsultation med BUP vid behov.

Bipolär sjukdom

Primärvård

Vid allvarlig/klar misstanke om bipolär sjukdom, helst efter telefonrådgivning, remiss till specialistpsykiatri för utredning.

Psykiatri

Huvudansvar.

Övrigt

Viss behandling kan efter ömsesidig överenskommelse skötas inom primärvården, t ex underhållsbehandling hos medicinskt stabila patienter i förekommande fall även med konsultativt stöd från specialistpsykiatri.

Barn och unga, 0-18 år

Primärvård

Vid misstanke, efter telefonrådgivning överföring till BUP.

BUP

Huvudansvar.

Övrigt

I akuta situationer, kan vårdintyg skrivas i primärvården. Telefonkonsultation med BUP vid behov.

Depressionssjukdom

Primärvård

Huvudansvar för lindrig och medelsvår depression.

Med huvudansvar menas första linjens utrednings- och behandlingsansvar.

Psykiatri

Remiss till psykiatri:

- För patienter med depressionstillstånd som inte svarat tillfredsställande på tre evidensbaserade behandlingsförsök, där både medicinsk och psykologisk behandling prövats. En remiss innebär inte nödvändigtvis att behandlingsansvaret ska övertas av psykiatri, utan kan innebära en konsultation eller second opinion. Vid akuta frågor rekommenderas telefonkonsultation.
- Vid svår depression med melankoliska inslag, allvarlig hämning eller psykotiska inslag.
- Vid misstanke om bipolär sjukdom, det vill säga med inslag av maniska eller hypomana perioder.
- Vid svårare depression under graviditet eller efter förlossning, även vid anamnes på detta rekommenderas en psykiatrisk konsultation för att diskutera handläggning.
- Vid uttalad självmordsrisk, efter bedömning med hjälp av bedömningsinstrument, lägst Suicidtrappan med mera. Se riktlinjer självmordsnära patienter.

Övrigt

Det är viktigt att fråga patienten om maniska eller hypomana perioder och om hereditet finns för bipolär sjukdom. Suicidriskbedömning ska göras och tidigare suicidförsök ska alltid efterfrågas.

Barn och unga, 0-18 år

Primärvård

Nedstämdhet och depressioner kan åtgärdas om symtomen är lindriga och svarar på kortare psykologisk behandling, upp till ca 8 sessioner.

För medicinering/bedömning, alltid överföring till BUP av de yngre grupperna.

BUP

Huvudansvar för alla komplicerade fall.

Övrigt

I akuta situationer, kan vårdintyg skrivas i primärvården. Telefonkonsultation med BUP vid behov.

Sömnpblem hos ungdomar behandlas med fördel i primärvården. Sömnhygieniska råd och ev. mildare sedativa enligt rekommendationer i FASS.

Personlighetsstörning

Primärvård

Huvudansvar om ej betydande funktionsnedsättning eller akut suicidrisk.

Remiss till psykiatri för utredning och diagnos när det föreligger misstanke om personlighetsstörning med betydande funktionsnedsättning.

Psykiatri

Diagnostik.

Behandling.

Övrigt

För aktiv behandling av personlighetsstörning med betydande funktionsnedsättning, uttalad självdestruktivitet och suicidalitet är psykiatri den naturliga instansen.

Lämpligen konsulteras vårdcentralens psykolog vid bedömning av dessa patienter före ev. remiss till psykiatri.

Barn och unga, 0-18 år

Diagnosen personlighetsstörning är inte tillämplig på unga.

Emotionellt Instabil personlighet och självskadebeteende remitteras till BUP.

Primärvård

Instabil personlighet och självskadebeteende remitteras till BUP.

BUP

Huvudansvar för diagnostik och behandling.

Övrigt

Telefonkonsultation med BUP, telefonrådgivning 018-611 25 29.

Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Vården av personer med neuropsykiatriska funktionsnedsättningar är en delad angelägenhet för primärvård, habilitering, psykiatri och kommun. För barn 0-6 år finns tydliga riktlinjer, se nedan. Det finns dock inga tydliga riktlinjer om vem som tar emot äldre barn, unga och vuxna för utredning gällande neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. Habilitering utreder huvudsakligen vid misstanke om autismspektrumstörning och psykiatri vid misstanke om ADHD. Om det är oklart vart remissen ska skickas rekommenderas kontakt med psykiatriens konsulttelefon. Om remissen hamnar fel kan mottagande enheten rikta om remissen till rätt instans.

Primärvård

Gör så här:

- Uppmärksamma neuropsykiatrisk problematik och göra basbedömning:
 - Barndomsanamnes och att påvisa att problematiken kvarstår.
 - Om möjligt använda screeningformulär för egenskattning av symtom ex ASRS(ADHD, gäller patientens nuvarande funktionshinder), WURS (egen skattning barndom), AQ (Autism – gäller patientens nuvarande funktionshinder), NF 5-15(säkerställa symtom i barndomen och besvaras av anhöriga)- Screeningformulär finns för nedladdning från Akademiska sjukhusets hemsida under verksamheter, Beroende och neuropsykiatri, Neuropsykiatri, vägen in. Införande på 1177.se och e-tjänst är under utveckling.
 - Somatisk status.
- Informera om Infoteket som är ett kunskapscentrum om funktionshinder och som tillhandahåller information, expertråd och föreläsningar.
- Informera om Närvårdsteamet, första linjens insatser vid neuropsykiatrisk problematik.
- Arbeta med sjukdomsförebyggande metoder.
- Erbjud stöd och behandling vid psykisk ohälsa ex lättare depressioner.

Habilitering

Gör så här:

- Utreder barn i förskoleåldern 0-6 år på misstanke om autism.
- Utreder de brukare som redan är aktuella.
- Utreder måttlig till svår neuropsykiatrisk funktionsnedsättning hos vuxna.

- Samarbetar med Uppsala kommun i Närvårdsteamet för neuropsykiatriska funktionsnedsättningar. De erbjuder samordnade insatser och psykoedukation vid misstanke om neuropsykiatrisk problematik.
- Utreder vuxna med frågeställning intellektuell funktionsnedsättning.
- Har ett livslångt omhändertagandeansvar för personer med grav funktionsnedsättning.
- Behandlingsinsatser kopplade till funktionsnedsättning.

Psykiatri

- Konsultstöd vid basbedömning.
- Konsultation vid remittering till specialistpsykiatri.
- Utredning, diagnostik och behandling med centralstimulerande läkemedel utifrån psykiatrins uppdrag/prioritering.
- Övrig behandling, psykolog, kurator, arbetsterapeut.

Specialistpsykiatrins uppdrag för utredning av neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Måttlig till svår funktionsnedsättning

- Exempelvis hemlöshet, skuldsanering, havererade gymnasiestudier eller oförmåga till egen försörjning trots upprepade försök.
- Patienter med misstanke om svår ADHD enligt DSM-5. Svår ADHD innebär många symtom utöver de som krävs för diagnosen, eller flera särskilt svåra symtom, eller att symtomen orsakar markant nedsättning av förmågan att fungera socialt eller i arbetslivet.
- Autismspektrumstörning på nivå 2-3 "kräver omfattande stöd" – "kräver mycket omfattande stöd" se DSM-5 för detaljerad beskrivning.
- Tourettes syndrom som innebär frekventa och omfattande tics vilka medför tydligt lidande och nedsatt social funktion och där behov av medicinsk eller psykologisk behandling är indicerad till följd av detta.

Samsjuklighet utan tillräcklig behandlingseffekt

Patienter som behandlas inom specialistpsykiatri med annan psykiatrisk diagnos där evidensbaserade behandlingsinsatser inte har haft tillräcklig eller utebliven effekt och det finns en allvarlig och befogad misstanke om underliggande neuropsykiatrisk problematik som orsak till detta.

Pågående beroendeproblematik

Patienter med en pågående beroendeproblematik, senaste återfall inom ett år alt nyutskrivna från behandlingshemsvistelse, där misstanke om neuropsykiatrisk funktionsnedsättning föreligger. Krav på verifierad drogfrihet under minst 6 veckor före utredning.

Allvarlig somatisk sjukdom

Patienter med allvarlig somatisk sjukdom, skada där obehandlad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning omöjliggör, försvårar adekvat behandling eller omvårdnad av sjukdomstillståndet.

Där funktionsnedsättningen påverkar föräldraskapet

Föräldrar med misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning där det befaras att funktionsnedsättningen påverkar förmågan till omhändertagandet av barnets grundläggande behov. För upplysningar avseende orosanmälan hänvisas till Socialstyrelsens hemsida.

Kriminalitet

Patienter som har kontakt med frivården och/eller kriminalvården. Det skall finnas en misstanke om en koppling mellan de kriminella handlingarna och den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen, exempelvis bristande impulskontroll. Patienten skall ingå i en vårdkedja.

Barn och unga, 0-18 år

Primärvård

Samverkan vid behov. Påtala eventuella behov av kartläggning inom skolan. Mödrahälsovårds- (MHV) och Barnhälsovårds- (BHV)- psykologer gör psykologisk basutredning av barn upp till 5 år.

BUP

Huvudansvar för diagnostik och farmakologisk behandling av ADHD.

BUP erbjuder också psykopedagogiska insatser till barn och familjer som har diagnos.

Övrigt

Habiliteringen och BUP har delat ansvar för barn och ungdomar med autismspektrumstörningar. Dessa mottagningar har en gemensam remissgrupp där man bedömer inkommande remisser. Det är viktigt att det finns en tydlig frågeställning på remissen. För information till patienter, anhöriga och vårdgivare finns information på nätet utarbetad i samverkan mellan patientföreningen Attention och BUP om neuropsykiatriska tillstånd, se [Självhjälp på vägen, sjalvhjallppavagen.se](http://sjalvhelp.pavagen.se).

Ätstörning

Primärvård

Huvudansvar för lindrig ätstörningsproblematik.

Basal somatisk utredning.

Behandling av lindrigare ätstörningar utan medicinska komplikationer:

- Patienter som inte uppfyller ätstörningsdiagnos, men har problem med restriktivt ätande, enstaka hetsätningar eller kompensatoriska beteenden, lindrigt missnöje med kroppen.
- Patienter med lindrig bulimi, enligt DSM-5: Frekvens av 3 episoder eller mindre per vecka med olämpliga kompensatoriska beteenden.
- Patienter med hetsätningsstörning.

Evidensbaserad behandling vid ätstörning är KBT-baserad, även självhjälsformat med stöd har visat sig effektivt.

Psykiatri

Huvudansvar vid medelsvåra och svåra ätstörningstillstånd.

Patienter med allvarigare ätstörningsproblematik ska remitteras till specialistpsykiatri.

Remiss till psykiatri:

- Om viktnedgången fortsätter trots insatt behandling.
- Vid misstanke om anorexia nervosa.
- Vid misstanke om medelsvår, svår eller mycket svår bulimi (se DSM-5).
- Vid behov av fördjupad diagnostik.
- Vid komplex samsjuklighet, t ex misstanke om svår personlighetsstörning, självskadebeteende eller självmordsrisk.

Barn och unga, 0–18 år

Primärvård

Ansvar och remiss:

- Ansvar för psykologiska insatser vid nydebuterat matmotstånd med utebliven viktuppgång före puberteten. Vid långdragna tillstånd utan viktuppgång och med långdtillväxt påverkan ska alltid pediatriker konsulteras alternativt specialist-BVC.
- Remiss till BUP vid misstanke om mer uttalad ätstörningsproblematik.

BUP

Huvudansvar för diagnostik och behandling.

Övrigt

Samtliga fall där oro finns för ätstörningsproblematik bedöms först av barnläkare, för att utesluta att somatisk sjukdom ligger bakom viktnedgången eller svårigheter att behålla maten.

Somatoforma syndrom

Primärvård

Huvudansvar.

Psykiatri

Differentialdiagnostik, second opinion, rådgivning/handledning, telefonkonsultation.

Barn och unga, 0-18 år

Primärvård

Kroppsliga symtom som huvudvärk, ont i magen och sömnsvärigheter ska identifieras och behandlas när orsaken är lättare eller medelsvår psykisk ohälsa.

BUP

Komplexa ärenden remitteras till BUP, vanligen efter barnläkarbedömning.

Krisreaktion

Primärvård

Huvudansvar.

Vid svårbehandlat tillstånd kontakta psykiatrin.

Psykiatri

Psykotiska symtom.

Suicidrisk.

Övrigt

Överväga samverkan med andra myndigheter/organisationer, till exempel kyrka, familjerådgivning. Suicidriskbedömning.

Barn och unga, 0-18 år

Primärvård

Huvudansvar.

BUP

Posttraumatiskt stress-syndrom (PTSD).

Ångest och ångestsyndrom

Här ingår paniksyndrom, generaliserat ångestsyndrom posttraumatiskt stressyndrom, fobier, social fobi, tvångssyndrom eller OCD.

Primärvård

Huvudansvar för lindriga och medelsvåra ångesttillstånd.

Psykiatri

Remiss till psykiatrin, telefonkonsultation som första kontakt rekommenderas innan remiss skrivs:

- För patienter med ångestsjukdom som inte svarat tillfredsställande på tre evidensbaserade behandlingsförsök, där både medicinsk och psykologisk behandling prövats. Det är inte säkert att patient behöver remitteras över utan tänk också på möjligheten till både telefonkonsultation och second opinion konsultation.
- Vid behov av fördjupad diagnostik.
- Vid svårare ångesttillstånd.
- Vid komplex samsjuklighet, t.ex. misstanke om svår personlighetsstörning.
- Vid självmordsrisk.

Barn och unga, 0-18 år

Primärvård

Huvudansvar för lindriga och medelsvåra ångesttillstånd.

BUP

Diagnoser:

- Svårare ångesttillstånd.
- Tvångssyndrom.
- Post traumatisk stress syndrom (PTSD).

Övrigt

Information på nätet om ångest och depression: [Snorkel, snorkel.se](https://snorkel.se).

Sömnpromblem hos ungdomar behandlas med fördel i primärvården. Sömnhygieniska råd och ev mildare sedativa enligt rekommendationer i FASS.

Substansbruksyndrom (beroende och missbruk)

Vården av personer med substansberoende är en delad angelägenhet för primärvård, psykiatri och socialtjänst där kommun och Region Uppsala har specifika uppdrag.

Primärvård

Tänk på:

- Vid riskbruk, screening, hälsobladet och biomarkörer som är känsliga nog för att fånga upp riskbruk/missbruk, B-PEth (fosfatidyletanol) samt kort rådgivning enligt MI. Remiss till beroendepsykiatri vid kvarstående höga biomarkörer trots initiala insatser.
- Påbörja och följa upp läkemedelsbehandling för patienter med ett riskbruk där behov av läkemedelsbehandling finns Campral, Naltrexon och Antabus.
- Okomplicerade läkemedelsnedtrappningar, t ex överkonsumtion av värkmedicin, bensodiazepiner etc.
- Vid misstanke om samtidig allvarlig psykisk sjukdom eller störning, konsultera eller remittera till psykiatri. Vid behov initiera samordnad vårdplan.
- Remiss till psykiatri för bedömning av läkemedelsassisterad behandling vid opiatmissbruk.
- Läkemedelsassisterad underhållsbehandling för patienter med långvarig smärta och opioidberoende ska remitteras till smärtcentrum för multidisciplinär utredning.
- Habilitering.

Screening för riskbruk för personer med pågående kontakt.

Psykiatri

Gäller för:

- Substansbrukssyndrom.
- Abstinensbehandling heldygnss- och öppenvård.
- Komplicerade läkemedelsnedtrappningar.
- Läkemedelsassisterad underhållsbehandling vid opiatmissbruk.
- Substansbrukssyndrom och samtidig allvarlig psykisk sjukdom/störning.

Övrigt

Lagen om vård av missbrukare kan vara aktuell, LVM-blankett, se bilaga tvångsvård.

Barn och unga, 0-18 år

Primärvård

När missbruk identifieras hos barn och unga ska socialtjänsten kontaktas för samordning av insatserna.

BUP

När missbruk identifieras hos barn och unga ska socialtjänsten kontaktas för samordning av insatserna.

Demenssjukdom och kognitiv sjukdom

Primärvård

Huvudansvar för basal utredning. Behandling och uppföljning efter fastställd diagnos.

Psykiatri

Utredning och behandling av patienter med kognitiv svikt och svårtolkade psykiatriska symtom. Särskilt vårdkrävande demenssjuka patienter som är i behov av behandling i slutenvård.

Habilitering

Habiliteringen utreder personer med måttligt till svår intellektuell funktionsnedsättning och misstänkt demens, t.ex. Downs syndrom.

Övrigt

Syftet med utredning är:

- Fastställa en sannolik diagnos.
- Ge information och underlag för behandlingsplan till patient, närstående, vårdgivare och/eller andra berörda.
- Ge optimal symtomlindrande behandling och förmedla psykologiskt, socialt och pedagogiskt stöd.
- Utesluta andra behandlingsbara sjukdomar som kan ge demensliknande symtom.

Geriatrisk minnesmottagning

Utredning av misstänkt demenssjukdom hos patienter i yrkesverksam ålder. Misstänkt demenssjukdom oavsett ålder där symtomen är oklara samt vid behov av second opinion efter basal utredning. Behandling och uppföljning av hemmaboende patienter och deras anhöriga med behov av kontakt med specialistmottagning.

Äldrepsykiatri

Primärvård

Huvudansvar för lindriga och medelsvåra svåra psykiska besvär.

Psykiatri

Specialistteam för nyinsjuknade äldre med en allvarlig psykisk sjukdom som är kopplad till åldrandet:

- Bedömning, utredning, behandling och behandlingsuppföljning.
- Initiera insatser i samverkan med primärvård och kommun.
- Konsultinsats, utbildning och handledning.

Övrigt

Psykiatrin samverkar med och ingår i samordnade insatser vad gäller information, utbildning och vägledning till patienter, närstående och vårdpersonal, främst inom kommunen.

Remiss – innehåll

Psykiatrins och habiliteringens önskemål på remissinnehållet

Remiss:

- Tydlig frågeställning eller diagnos.
- Beskrivning och konsekvens av funktionsnedsättning. T ex arbete, fritid, skolgång, socialt
- Hereditet för psykiatrisk sjukdom.
- Psykiatrisk anamnes och symtom.
- Aktuell medicinering – psykofarmaka och/eller annan medicin.
- Livsstil. Använd och hänvisa till livsstilsformuläret. Minimum alkohol och droger.
- Patienten ska ha informerats om att remiss skrivs till psykiatrisk specialistvård, i tillämpliga fall registrera samtycke.
- Anamnes på relevant somatisk ohälsa/sjukdom
 - Allergi, överkänslighet.
 - Somatisk status och utredning, differentialdiagnostik.
 - Lab. Status, för tillståndet relevant.

I förekommande fall:

- Tidigare psykiatrisk behandling, som samtal och psykolog.
- Tidigare psykofarmakologisk behandling; preparat, dosering, behandlingstid och medicinsk effekt.
- Användning av skattningsskalor avseende psykisk ohälsa – vilka? Resultat?
- Tidigare utredningar, som neuropsykiatriska funktionshinder.
- Fråga om svårigheter under barndom och skoltid vid neuropsykiatriska frågeställningar.

Om behov finns av konsultation och info till distriktsläkare och psykiater under pågående behandling ska telefonkontakt eller remissförfarande användas.

BUP

Använd den remiss som finns i Cosmic. Den innehåller de relevanta uppgifter som behövs för att kunna bedöma remissen.

Konsultationsteam habiliteringen och psykiatri för vuxna

Vid komplex problematik som rör flera vårdgivare kan ärenden aktualiseras vid exempelvis samverkansforum "Konsultationsteam habilitering-psykiatri". Syftet med forumet är att möjliggöra samordning och smidigt flöde mellan habilitering och psykiatri gällande NPF-ärenden. Utgångspunkten är att ha patient/ brukarfokus istället för avgränsningar i organisationen. Forumet har fasta representanter från olika mottagningar inom specialistpsykiatri samt från habiliteringen. Aktuella ärenden kan vara ärenden som redan är aktuella i båda verksamheterna och där det finns behov av att hitta samverkansformer. Det kan även vara ärenden som är aktuella hos en part, där man funderar på samarbete eller överlämning.

Exempel på ärenden:

- Remiss som avvisats på samtliga mottagningar.
- Brukare inom habiliteringen som behöver psykiatrisk läkarbedömning.
- Ärenden som både habilitering och psykiatri är inblandade i där det finns återkommande suicidrisk.

Primärvårdens önskemål på remissinnehållet

Remiss:

- Tidig återkoppling kring diagnostik.
- Bedömning och planering.
- Tydliggörande av behandlingsansvar och åtaganden.

Primärvårdens önskemål om remissinnehåll vid återremittering

Använd alltid remiss!

Remiss:

- Diagnos och beskrivning av funktionshinder.
- Prognos om möjligt.
- Bedömning avseende psykiatriska symtom, arbetsförmåga, eventuell kopia på intyg i syfte att underlätta fortsatt sjukskrivningshandläggning.
- Information om aktuell medicinering, planerad behandlingstid ev. provtagningar, ev. utsättningsförsök, skrivna recept.
- Insatser från psykiatriens sida och resultat av dessa insatser.
- Rekommendation till primärvården.

- Vilken uppföljning som planeras.
- Kommer patienten själv att kontakta vårdcentralen eller ska patienten kallas?
- Om behov finns av konsultation och info till distriktsläkare/psykiater under pågående behandling ska telefonkontakt eller remissförfarande användas.

Uppföljning av överenskommelsen

Ansvar

Förvaltningsdirektörer i respektive primärvård, habilitering och verksamhetschef i psykiatri.

Arbetsgruppens fortsatta arbete:

- Användbarhet.
- Nödvändiga förtydliganden, definitioner.
- Fortsatt arbete med att identifiera gemensamma problem vid gränsdragningar, och problem som kan uppstå på grund av exempelvis resursbrist.
- Revidering av överenskommelsen och uppdatering av länkar.

Överenskommelsen gäller tre år från och med 2017-10-06 och revideras då behov påtalas av endera parten.

Gunilla Svedström
Verksamhetschef
Verksamhetsområde psykiatri
Akademiska sjukhuset

Torun Hall
Tillförordnad Primärvårdsdirektör
Primärvården

Lena Dahlman
Förvaltningsdirektör
Hälsa- och habilitering

Privata husläkarmottagningar:
Carola Johansson, Öregrunds vårdcentral
Svante Svensson, Centrumkliniken
husläkarmottagning.

Dokumenthistorik

Dokumentet ersätter tidigare överenskommelse mellan psykiatri och primärvård gällande ansvaret vid psykiatrisk sjukdom som beslutades 2015-12-10. Våren 2016 uppmärksammades att även habiliteringen har ansvar inom psykiatrin, något som måste tydliggöras i överenskommelsen. Ett revideringsarbete startade i maj 2016 med representanter för de tre berörda förvaltningarna och med medicinsk rådgivare Inge Bruce som huvudförfattare. Reviderad överenskommelse var färdigställd den 6 oktober 2017.

Författare:

Tarja-Leena Kirvesniemi, sektionschef Psykiatri, Ola Duregård, sektionschef Psykiatri, Camilla Lilliu, verksamhetschef Hälsa och habilitering, Ingrid Meissner, verksamhetschef Hälsa och habilitering, Eva-Lena Sjöo, chefläkare offentlig primärvård, Carola Johansson, Öregrunds vårdcentral, Svante Svensson, Centrumkliniken husläkarmottagning och Inge Bruce, medicinsk rådgivare Regionkontoret.

Datum:

2017-10-06 Nytt dokument.

2023-07-23 Inge Bruce. Tillgänglighetsanpassat.