

Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HS 2019 - 00498) giltig till 2022-12-31
Utarbetad av f.d. Sektorsråden för allmänmedicin och vuxenpsykiatri

Syfte

Patienten ska uppleva att övergången mellan primärvård och psykiatri (och vice versa) sker på ett sömlöst och patientsäkert sätt. En väl fungerande konsultationsmodell ger förutsättningar för ett gott samarbete. Patientens bästa ska vara vägledande vid tolkning av ansvarsfördelningen.

Förändringar sedan föregående version

Anpassning till ny mall och sen tidigare en mindre redaktionell förändring har gjorts för att uppdatera nomenklatur och förtydliga gällande ansvarsfördelning vid autismspektrumtillstånd.

Bakgrund

Samhällskostnaderna för psykisk ohälsa beräknas årligen uppgå till ca 70 miljarder kr varav huvuddelen utgörs av indirekta kostnader. Var tredje patient som besöker primärvården har någon form av psykisk ohälsa medan endast 7 % får en psykiatrisk diagnos. Studier visar att ca 80 % av patienter med depression presenterar sina problem som kroppsliga. Personer med psykiatrisk diagnos står för ca 40 % av alla sjukskrivningar. Cirka 3 % av en befolkning har en pågående kontakt inom specialistpsykiatri.

För samverkan med Västra Götalands kommuner samt Habilitering och Hälsas ansvar vid psykisk sjukdom hänvisas till [Överenskommelse mellan VGR och VästKom om personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk](#)

Behandling

Vårdprocess - vårdnivå

Vårdnivå avgörs efter medicinsk bedömning och patientens funktionsnivå. Patientens fria val är grundläggande för all vård och behandling inom vårdnivån.

Suicidriskbedömning ska göras vid all kontakt med patienter med psykiatrisk sjuklighet. Se [RMR Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning/ handläggning](#)

Primärvårdens ansvar:

- Tidig upptäckt och bedömning av psykiatriska tillstånd hos de patienter som söker denna vårdnivå.
- Somatisk bedömning och behandling av de tillstånd som faller under primärvårdens ansvar, av patienter med all psykiatrisk sjuklighet.
- Behandlingsinsatser för patientgrupper enligt fördelning nedan.

Specialistpsykiatrins ansvar:

- Tidig upptäck och bedömning av psykiatriska tillstånd hos de patienter som söker denna vårdnivå.
- Erbjuder alla patienter uppföljning efter suicidförsök. Återremittering till primärvården ska inte ske förrän suicidrisken bedöms vara så låg att primärvården kan förväntas fortsätta den psykiatriska vården i enlighet med ansvarsfördelningen.
- Konsultationsansvaret innefattar att erbjuda löpande konsultationsinsatser och vid behov fördjupade behandlingsinsatser (ex vis då primärvårdens insatser ej givit resultat) samt bedömning om övertagande av vård
- Patienter med komplex symtomatologi och nedsatt funktionsnivå eller där primärvårdens insatser ej givit resultat
- Behandlingsinsatser av patientgrupper enligt fördelning nedan.

I enskilda fall och efter ömsesidig överenskommelse kan primärvården respektive specialistpsykiatri ha ansvar för den andra vårdnivåns patienter. Samtidiga vårdinsatser kan förekomma.

Vid samarbete mellan vårdnivåer bör en vårdplan och i förekommande fall en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Nedanstående tabell angående vårdnivå gäller i första hand, om inte RMR vid specifika tillstånd anger något annat.

Primärvård:	Specialistpsykiatri:
<ul style="list-style-type: none"> • ADHD, upptäckt. • Generaliserat ångestsyndrom • Paniksyndrom • Social fobi • Tvångssyndrom • Krisreaktion. • Psykossjukdomar, tidig upptäckt, etablera kontakt med specialistpsykiatri. • Mild till måttlig depression RMR depression • Okomplicerade recidiverande depressioner • Substanssyndrom - alkohol, • Substanssyndrom - opioider, bensdiazepiner, hypnotika • Substanssyndrom narkotika – upptäckt • Spelproblem (gaming eller gambling), av lätt till måttligkaraktär.¹ • Personlighetssyndrom; symtomorienterad behandling vid lindriga symtom/funktionsnedsättningar. • Upptäckt och behandling vid lindrigsjälvskadeproblematik. Självskada. • Upptäckt, behandling av enklare, tillstånd. PTSD • Upptäckt, bedömning, motivering, behandling lindriga fall, eftervård vid ätsörningar: • Utmattningsyndrom • Somatofoma syndrom 	<ul style="list-style-type: none"> • ADHD/utredning och behandling • Utredning av Autismspektrumtillstånd(habilitering vid behandling). • Tourettes syndrom. • Tvångssyndrom med komplexsymtomatologi och funktionsnedsättning • Psykossjukdomar, tidig upptäckt ochbehandling. • Bipolära syndrom. • Svår depression • Komplicerade recidiverandedepressioner • Substanssyndrom narkotika • Substanssyndrom, svårt, av opioider, Läkemedelsassisterad rehabilitering vid opioidberoende (LARO), bensdiazepiner, hypnotika • Substanssyndrom vid samsjuklighet med psykisk sjukdom som hör till specialistpsykiatrins ansvarsområde • Spelproblem (gaming eller gambling)med allvarliga symtom/funktionsnedsättningar. ² • Personlighetssyndrom; behandling vidallvarliga symtom/funktionsnedsättningar • Självskada; behandling vid etablerat självskadebeteende. • PTSD; multipla trauma, komplexasymtombilder och/eller låg funktionsnivå. • Ätsörningar. • Svåra, komplexa utmattningssyndrom eller utmattningssyndrom med psykiatrisk samsjuklighet. • Uppmärksamma somatisk ohälsa hos patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa.

¹ Se kommande RMR om spelberoende. Vid spelproblem med behov av självhjälp hänvisas patienten i första hand till [Stödlinjen](#).

² Se kommande RMR om spelberoende. Psykiatrisk samsjuklighet handhas i första hand vid den psykiatriska öppenvårdsmottagningen och spelproblem vid den kommande regionala mottagningen för spelberoende.

Konsultationsmodellen

Konsultationsmodellen är en förutsättning för att ansvarsfördelning och konsultationer ska fungera. Den bygger på ömsesidig respekt och tillit och tillämpning av de regelverk som styr den regionala vården. Den bygger också på kännedom och förtroende mellan samverkansparterna. Modellen omfattar flera möjliga konsultationsvägar beroende på aktuell komplexitet och brådskandegrad.

Samarbetsmöten

Tillämpningen av konsultationsarbetet utformas utifrån lokala förutsättningar, med regelbundna återkommande möten. Det ska finnas en god samverkan mellan berörda chefer inom närområdet. Specialistpsykiatri är sammankallande, men det är ett gemensamt chefsansvar att tillse att dessa möten genomförs. Mötenas innehåll förbereds av båda parter. Fokus ska vara frågor kring kontaktvägar, remisser och avidentifierade aktuella fall av generellt intresse.

Ömsesidig direktkontakt per telefon

Telefonkontakt mellan primärvården och specialistpsykiatri är viktig och behöver säkerställas så att patienten får så god vård som möjligt. Detta kan också förhindra onödiga remisser åt bägge håll och bidra till god samverkan och förståelse för varandras kompetens. Tillgång till direktnummer till psykiatrisk öppenvårdsenhet och vårdcentraler tas fram vid samarbetsmöten enligt ovan.

Målsättningen är återuppringning samma dag i mer angelägna ärenden och inom några dagar vid ärenden som kan vänta. Vid akuta situationer kan närliggande akutsjukhusväxel koppla till psykiatrins jourlinje eller motsvarande för rådgivning.

När patienten erbjuds remiss till annan vårdnivå, är det angeläget att remissen innehåller adekvat information för mottagaren, för att kunna göra en korrekt medicinsk bedömning.

Remiss till specialistpsykiatri bör innehålla:

- Tydlig frågeställning
- Psykiatrisk anamnes och aktuella symtom
- Svar på utförda tester vid misstanke om substanssyndrom
- Funktions- och aktivitetsbedömning aktuellmedicinering.
- Resultat av utredning och prövade behandlingsinsatser
- Tidigare suicidförsök och bedömning av aktuell suicidrisk
- Somatiska sjukdomar
- I förekommande fall relevanta data (Om patienten är förälder, betrakta även barnets perspektiv), hereditet för psykisk och somatisk sjukdom, lab-status, allergi, överkänslighet.

Remiss och remissvar till primärvården bör innehålla:

- Diagnos och resultat av utredning och behandling och föreslagen plan för uppföljning
- Bedömning av aktuell suicidrisk
- Psykiskt status och funktionsnivå
- Aktuell medicinering
- Bedömning av ev. somatiskt uppföljningsbehov
- I förekommande fall bedömning av arbetsförmåga samt innehåll i aktuelltsjukintyg

Patientansvar – Remittering

Remitterande enhet har vårdansvaret tills den mottagande enheten tagit över vården av patienten, se [Remiss i hälso- och sjukvård](#).

Hanteringsmodell vid oenighet om vårdansvar

Nivå 1: Dialog sker i första hand mellan behandlande läkare och/eller remissbedömare.

Nivå 2: Vid oenighet i nivå 1 lyfts ärendet till ledningen för vederbörande psykiatrimottagning och vårdcentral.

Nivå 3: I de fall enighet inte nås på nivå 2, lyfts ärendet till respektive områdesnivå/verksamhetsnivå, där sådan finns. För privata vårdgivare utan områdesnivå, får dialog föras inom respektive områdes samverkansforum mellan sjukhus och primärvård.

Vid återkommande oenighet mellan specifik vårdcentral eller psykiatrimottagning rekommenderas regelbundna möten mellan respektive ledning för att främja samarbetet.

Kunskapsstöd för behandling på respektive vårdnivå

Se [regionens hemsida med aktuella RMR/motsvarande](#)

Uppföljning av denna riktlinje

- Konsultationsarbetet utifrån ansvarsfördelning och konsultationsmodell följs årligen upp inom respektive lokal samverkansorganisation där också privata upphandlade psykiatriska enheter ska ingå. Psykiatrins företrädare är sammankallande.
- Uppföljning sker årligen vid gemensamma möten mellan Programområde psykisk hälsa och Regionala primärvårdsrådet, där Programområde psykisk hälsa är sammankallande.
- Kunskapsstöd för psykisk hälsa (KPH) följer konsultationsarbetet via åtgärdskod ZV505, som ska dokumenteras vid patientsamverkan mellan olika medicinska specialiteter.

Innehållsansvarig

Chefssamråd för Allmänmedicin och Chefssamråd för Psykiatri.