

Överenskommelse för att säkra vårdkedja Primärvård och Psykiatri Affektiva i SU:s "upptagningsområde"

Bakgrund

Sedan 2016 finns i Västra Götalandsregionen en övergripande överenskommelse mellan primärvård och vuxenpsykiatri avseende ansvarsområden, vårdnivåer, remittering och konsultationsupplägg. Utifrån enskilda diagnostiska tillstånd finns olika regionala medicinska riktlinjer som har bäring på samarbetet mellan primärvård och psykiatri. Därtill finns REK-listan. Utöver ovanstående gemensamma dokument har primärvård respektive psykiatri reglerande dokument inom sina respektive områden. För primärvården finns Krav- och kvalitetsboken och för psykiatri Vårdöverenskommelsen.

Inom Göteborgsområdet har olika initiativ tagits för att säkra och konkretisera det som på en övergripande nivå skulle kunna kallas för vårdkedjefrågor. För att lyckas med detta är det avgörande att ledning och styrning fungerar. På nivån verksamhetsledning inom Psykiatri Affektiva och primärvårdsledning finns sedan hösten 2015 ett forum att diskutera gemensamma och övergripande ledningsfrågor i ledningsarbete mellan primärvård och psykiatri (LPP). Inom ramen för detta träffas var sjätte vecka verksamhetschef för Psykiatri Affektiva, primärvårdschefer och chefläkare för offentliga Närhälsan samt två representanter för de privata vårdcentralerna.

I detta forum har det framkommit behov av att tydliggöra och konkretisera olika frågor som rör övergångarna i vården. LPP har utifrån dessa frågor tillsatt en arbetsgrupp med uppdrag att ta fram förslag för att omhänderta följande fem frågeområden.

1. Förtydligande av remissfrågeställningar från primärvårdens sida
 - a) Differentialdiagnostiskt klargörande
 - b) Rekommendation avseende behandlingsupplägg, exempelvis läkemedelsjustering, psykoterapi eller psykosociala interventioner
 - c) Behov av vård inom Psykiatri Affektiva
2. Hur skapar vi en konsultationsmodell anpassad för ett storstadsområde? Antingen en klinikövergripande mottagning för bedömning och telefonkonsultation, eller en utgående från varje enskild psykiatrisk mottagning? Eller både och?
3. Förtydligande av vilken information som behövs i remiss för att bedöma patientens behov av specialistpsykiatrisk vård för bipolär sjukdom, ADHD, PTSD och emotionellt instabil personlighetsstörning.
4. Vad en sammanfattande anteckning inom Psykiatri Affektiva ska innehålla när patienten återremitteras och hur primärvården ska hantera eventuella försämringar som kräver ny kontakt med psykiatri.
5. En hanteringsmodell när primärvården och Psykiatri Affektiva inte är överens om vårdupplägget för en patient.

Process

Arbetsgruppen lämnade i augusti 2016 förslag på hur ovanstående områden ska omhändertas. Förslagen har under hösten 2016 varit ute på remiss i Primör och i samtliga lokala medicinska råd i Närhälsan samt till verksamheten Psykiatri Affektiva. Mottagandet har överlag varit positivt och de synpunkter som kommit har arbetats in i denna överenskommelse. Genomgång av överenskommelsen och dialog mellan ledningarna för primärvården och Psykiatri Affektiva ägde rum den 1 mars 2017. Överenskommelsen gäller från och med den 1 maj 2017.

Överenskommelsen

Nedanstående överenskommelser syftar till att patienten ska uppleva att övergången mellan primärvård och psykiatri sker på ett sömlöst sätt. Överenskommelsen syftar även till att arbetet för

medarbetare inom såväl psykiatrin som primärvården ska underlättas. Ett bra samarbete möjliggör således att patienten kan känna sig trygg med att vi vet vad vi i vårdkedjan gör.

1. Förtydligande av remissfrågeställning från primärvård

För att omhändertagandet av patientärenden från primärvården ska kunna ske på ett ändamålsenligt sätt så ska remittenter i primärvården konkretisera sina remissfrågor/önskemål genom att be om:

1. **konsultation** för att **a)** få hjälp med differentialdiagnostisk klargörande eller **b)** förslag på **behandlingsupplägg**
2. **övertag** för att kunna ge specialistpsykiatrisk vård

2. Remiss- och konsultationsteam

Verksamhetens remissarbete utgår från varje mottagning. Psykiatrimottagningarna i Västra Frölunda (PMV), Centrum (PMC), Gamlestaden (PMG), Mölndal/Öckerö (PMM/PMÖ), Bipolärmottagningen och Ätstörningsvården har således egna remissteam. Primärvården har i enlighet med överenskommelsen tydliggjort och underbyggt remisserna så att kontaktpunkten på SU kan fördela dessa till rätt mottagning. I remissbedömningen avgör mottagningarna om det rör sig om en konsultation (1a/1b) eller övertag (2). I de fall det rör sig om övertag (2) bokas tid till läkare eller behandlare på mottagningen. I de fall det rör sig om en konsultation (1a/1b) bokas tid till läkare eller psykolog på den centrala konsultationsenheten. Remittenter kan även ha direktkontakt med den centrala konsultationsenheten. **Var god se bilaga 3.**

3. Remisstöd för specifika diagnoser

Den Regionala medicinska riktlinjen ”Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri” syftar till att förtydliga vårdnivåer, ansvarsområden och roller för vård av patienter med psykisk ohälsa. I den framgår, på en övergripande nivå, vad en remiss till psykiatrin bör innehålla. I föreliggande överenskommelse har remisstöd för Bipolär sjukdom, ADHD, AST (autismspektrumstörning), PTSD och Emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS) tagits fram. **Var god se bilaga 1.** Det ska understrykas att remisstöden ska uppfattas som just stöd och behöver inte fyllas i för att remissen ska vara fullständig. Å andra sidan förbättras förutsättningarna för korrekt handläggning ju mer information som remissen innehåller.

4. Återremittering till primärvård

Ett remisstöd vid remittering från psykiatri till primärvård finns i ”Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri”. I föreliggande överenskommelse har ytterligare punkter lagts till. **Var god se bilaga 2.**

5. Hanteringsmodell vid oenighet om vårdupplägg

Samarbete och överenskommelse om vården för den enskilde patienten sker mellan medarbetare inom primärvård och psykiatri. Vid oenighet om vårdupplägg och vårdansvar så lyfts ärendet till ledningen för den psykiatriska mottagningen respektive vårdcentralen. I de fall enighet inte nås på den nivån lyfts ärendet till LPP.

Ledningsgruppen för primärvård och psykiatri (LPP)

Tobias Nordin, verksamhetschef för Psykiatri Affektiva (sammankallande)

Antonio Gonzalez, sektionschef för läkare, Psykiatri Affektiva

Gudny Sveinsdottir, primärvårdschef område 4, Närhälsan

Åsa Lind, primärvårdschef område 5, Närhälsan

Chatrine Thanner, primärvårdschef område 3, Närhälsan

Dragan Milusic, medicinsk rådgivare område 3, Närhälsan

Monica Sjöström-Ericson, chefläkare inom Närhälsan

Ola Bing, distriktsläkare inom Backa läkarhusgruppen

Carl-Peter Anderberg, distriktsläkare inom Kvarterskliniken

Bilaga 1

Riktlinjer avseende remissinformation mellan primärvård och Psykiatri Affektiva/SU – lokal tillämpning av regionala medicinska riktlinjer (RMR)

Följande sidor är avsedda som stöd vid remittering till specialistpsykiatri. För att möjliggöra korrekta bedömningar bör remisser belysa nedanstående generella punkter som återfinns i RMR ”Ansvarsfördelning mellan primärvård och psykiatri...”.

- Tydlig frågeställning - som anknyter till remissfrågeställningarna A, B eller C.
- Diagnostik enligt ICD-10.
- Relevanta sociala data – *Socioekonomi, uppväxtförhållanden, föräldraskap, nätverk*. Om patienten är förälder skall även barnets perspektiv beaktas.
- Hereditet för psykisk och somatisk sjukdom.
- Bedömning av ev. förekommande missbruk med screeningformulären AUDIT/DUDIT.
- Beskrivning av prövade behandlingsinsatser – *doser, duration och compliance*
- Resultat av påbörjad utredning och behandling.
- Tidigare suicidförsök och bedömning av suicidrisk.
- Somatisk status och aktuell medicinering.

Nedan följer remisstöd för några av de stora diagnosgrupperna. Stödet är utformat i punkter som är viktiga att belysa för respektive diagnostiska frågeställning. Stödet skall ses som en komplettering till den generella remissanvisningen ovan.

Remisstöd Bipolär sjukdom

- Beskriv förskjutningar i stämningsläget omfattande varaktigheten på både depressioner, uppvarvningstillstånd och fria perioder samt hur respektive tillstånd yttrat sig.
- Beskriv vilka konsekvenser tillståndet fått som t.ex. suicidförsök, heldygnsvård och sjukskrivningsperioder samt konsekvenser för yrkesliv och privatliv.
- Beskriv livshistorien och sjukdomsepisoderna i ett longitudinellt perspektiv.
- Beskriv andra relevanta sociala data samt eventuellt kroppslig sjukdom och missbruk med toxikologi-prover.
- Redogör för tidigare behandlingsförsök - läkemedel, psykologisk behandling eller ECT.
- Redogör för pågående behandling läkemedel, psykologisk behandling eller ECT.
- Självskattningsskalor (t.ex. MDQ) har begränsat värde.

Remisstöd ADHD

Utöver de generella kriterierna för remiss bör patienten vid frågeställning om ADHD även bedömas utifrån nedanstående kriterier. Fem kriterier från ett område är tillräckligt för en remiss. Symtomen bör föreligga både i barndom och i vuxen ålder. Beskriv med vardagliga exempel patientens funktion i sociala sammanhang som skola, studier och arbete.

Område 1

	Ouppmärksamhet	I barndomen			Nuvarande tillstånd		
1.	Ofta ouppmärksam på detaljer eller gör slarvfel i skol- arbetet, yrkeslivet eller andra aktiviteter	+	-	?	+	-	?
2.	Har ofta svårt att bibehålla uppmärksamheten inför uppgifter/lekar	+	-	?	+	-	?
3.	Verkar sällan lyssna på direkt tilltal	+	-	?	+	-	?
4.	Följer sällan instruktioner, lyckas ej genomföra skol-, hem-, arbetsuppgifter	+	-	?	+	-	?
5.	Har ofta svårt att organisera sina uppgifter och aktiviteter	+	-	?	+	-	?
6.	Undviker ofta, ogillar eller är ovillig att utföra uppgifter som kräver mental uthållighet	+	-	?	+	-	?
7.	Tappar ofta bort saker som är nödvändiga för olika aktiviteter	+	-	?	+	-	?
8.	Är ofta lätt distraherad av yttre stimuli	+	-	?	+	-	?
9.	Är ofta glömsk i det dagliga livet	+	-	?	+	-	?

Område 2

	Hyperaktivitet/impulsivitet	I barndomen			Nuvarande tillstånd		
1.	Har ofta svårt att vara stilla med händer och fötter och kan inte sitta still	+	-	?	+	-	?
2.	Lämnar ofta sin plats i situationer där man förväntas sitta kvar en längre stund	+	-	?	+	-	?
3.	Springer ofta omkring, klänger eller klättrar mer än vad som anses lämpligt för situationen (i vuxenlivet en subjektiv känsla av rastlöshet)	+	-	?	+	-	?
4.	Har ofta svårt att leka eller utöva fritidsaktiviteter lugnt och stilla	+	-	?	+	-	?
5.	Verkar ofta vara på språng eller gå på "högvarv"	+	-	?	+	-	?
6.	Pratar ofta överdrivet mycket	+	-	?	+	-	?
7.	Kastar ofta ur sig svar på frågor innan frågeställaren pratat färdigt	+	-	?	+	-	?
8.	Har oftast svårt att vänta på sin tur	+	-	?	+	-	?
9.	Avbryter eller inkräktar ofta på andra	+	-	?	+	-	?

Förelåg några funktionshinder eller symptom på hyperaktivitet/impulsivitet eller
ouppmärksamhet prepubertalt?

JA

NEJ

Finns i så fall klara belegg för att symptomen påverkar, eller försämrar kvaliteten
i funktion socialt, eller i arbete eller studier i nuvarande tillstånd?

JA

NEJ

Remisstöd Autismspektrum

Utöver de generella kriterierna för remiss bör patienten vid frågeställning Autismspektrumstörning (AST) även bedömas utifrån nedanstående kriterier. **Tre kriterier från område A, ett kriterium från område B och ett kriterium från område C ger tillräckligt underlag för remittering. Symtomen skall ha förelegat från barndomen.** Beskriv med vardagliga exempel patientens funktion i sociala sammanhang som skola, studier och arbete.

A.	Svårigheter med social interaktion	JA	NEJ	?
1.	Lever patienten isolerat? Få eller inga vänner? Aldrig en intim relation?			
2.	Bor patienten med förälder? Annan person som "tar hand" om patienten?			
3.	Uppfattas patienten som udda, socialt kantig?			
4.	Finns det en avvikande ögonkontakt/svårighet uppfatta umgängessignaler?			
5.	Har patienten relationsproblem/konflikter på arbetsplats eller i familjen?			
B.	Svårigheter med social kommunikation	JA	NEJ	?
6.	Är patienten fåordig? Oförmögen initiera samtal? Avvikande turtagning?			
7.	Säregen användning av ord och uttryck eller ett formellt, pedantiskt språk?			
8.	Upprepar patienten ord och fraser?			
9.	Uppstår missförstånd? Tolkar patienten fel, missförstår eller ger märkliga svar?			
10.	Har patienten egendomlig röstmelodi; rösten entonig, gäll eller avvikande?			
11.	Föreligger avvikande eller bristande användning av mimik och/eller gester?			
C.	Begränsade, repetitiva beteenden, aktiviteter och intressen	JA	NEJ	?
12.	Tecken på tvingande tankar/beteenden?			
13.	Tics, manér eller stereotypier?			
14.	Speciella, enahanda eller tvingande vanor/rutiner?			
15.	Monomana, snäva intressen? Samlande av fakta, föremål, katalogisering?			
16.	Avvikande sensorik, över-/underkänslig? För beröring? Smak, lukt, ljud, ljus?			
17.	Är patientens rörelsemönster klumpigt, tafatt, udda?			

Remisstöd PTSD

PTSD av enklare typ skall i första hand behandlas inom primärvården. PTSD med multipla trauman och komplex symptomatologi behandlas i första hand inom specialistpsykiatrin. Vid remittering behöver patientens tillstånd bedömas mot nedanstående kriterier.

- Har patienten exponerats för faktisk död eller livsfara, allvarlig skada eller sexuellt våld?
- Har patienten påträngande symptom associerade med den traumatiska händelsen, dvs. mardrömmar eller dissociativa reaktioner som flashbacks (en känsla av att återuppleva traumat)?
- Uppvisar patienten ett ständigt undvikande av stimuli associerade med den traumatiska händelsen, som ex. tankar, minnen, personer, platser?
- Har patienten negativa kognitiva förändringar och negativt förändrad sinnestämning med koppling till den traumatiska händelsen?
- Har patienten markanta förändringar av stimulusreaktioner som en följd av den traumatiska händelsen, som ex. irritabilitet, lättskrämthet?
- Har symtomen varat i mer än 1 månad?
- Orsakar symtomen kliniskt signifikant lidande eller försämrad funktion socialt eller i arbete?

Remisstöd Emotionellt instabilt personlighetssyndrom (EIPS)

Vid EIPS ses ett varaktigt mönster av upplevelser och beteenden som påtagligt avviker från vad som allmänt sett förväntas i personens sociokulturella miljö. Vid remittering behöver patientens tillstånd bedömas mot nedanstående kriterier.

- Patienten undviker separationer
- Patienten har instabila och intensiva relationer
- Patienten upplever störningar i självkänsla och självbild
- Patienten är impulsstyrd
- Patienten uppvisar upprepat suicidalt beteende (suicidhot, suicidförsök eller självskadebeteende)
- Patienten visar känslomässig instabilitet
- Patienten har kroniska tomhets känslor
- Patienten har övergående paranoida tankegångar vid stress eller dissociativa symtom
- Patienten uppvisar inadekvat aggressivitet

Bilaga 2

Remiss till primärvård efter behandling eller bedömning i psykiatri

- Indikation för remiss till primärvården.
- Resultat av utredning och behandling.
- Beskrivning av tidigare suicidalitet.
- Bedömning av eventuellt uppföljningsbehov av somatisk problematik där man kan förvänta sig interaktionseffekter av läkemedelsbehandling.
- Psykiskt status.
- Aktuell medicinering och läkemedelsberättelse.
- Behandlingsplan för patienten - prognos, tänkbara farmakologiska justeringar, trolig behandlingstid, funktionsnivå, behov av annan behandling eller stöd rekommenderad plan för uppföljning.
- Indikationer för att åter aktualisera patienten i psykiatri.

Bilaga 3

Primärvårdskonsultationer vid Psykiatri Affektiva/SU

Enligt gällande regional ansvarsfördelning mellan primärvård psykiatri och specialistpsykiatri ska specialistpsykiatri erbjuda möjlighet till konsultationer (se vidare: Regional medicinsk riktlinje. Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna), HSD-D § 25-2012). För att omhänderta detta uppdrag har Psykiatri Affektiva tillskapat ett centralt team för primärvårdskonsultationer som erbjuder följande konsultationstyper:

1. **Konsultationsbesök** hos specialistläkare i psykiatri, respektive psykolog och i förekommande fall besök hos sjuksköterska. Dessa konsultationsbesök ska avse ett eller båda av följande syften:
 - a. få hjälp med **differentialdiagnostiskt klagörande**, avseende komplexa psykiatriska ärenden.
 - b. **förslag på behandlingsupplägg**, avseende såväl farmakologiska som övriga insatser.

Besök ska i allmänhet kunna ske **inom 14 dagar** efter att konsultationsremiss tagits emot av remissteam. **Av remiss, som sänds till SU:s remissportal (Remissportalen Sahlgrenska Universitetssjukhuset, 413 45 Göteborg) ska det framgå att det rör sig om en konsultationsremiss och aktuell frågeställning samt anamnes och tidigare behandlingsförsök ska anges.** Efter bedömning skickas skriftligt svar till inremitterande med differentialdiagnostiskt klagörande och/eller eventuella förslag på behandlingsupplägg, och i undantagsfall, när så bedöms lämpligt, kan i teamet tjänstgörande läkare remittera patient vidare till specialistpsykiatrisk öppenvård.

2. **Telefonkonsultation** hos specialistläkare i psykiatri. Dessa tider ska möjliggöra snabb konsultation per telefon kring aktuella frågor som rör patienter tillhörande primärvård psykiatri.
 - Telefonnummer för telefonkonsultation: **031-343 81 59 (telefonen är bemannad: mån, ons, tors kl 10-12 och tis, fre kl 13-15).**