

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Överenskommelse om ansvars- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och specialistpsykiatri

Inledning

Psykisk ohälsa är ett av de största folkhälsoproblemen som sträcker sig från normala reaktioner på tuffa livshändelser till mer allvarliga symtom som uppfyller kriterierna för en psykiatrisk diagnos. Personer med psykisk ohälsa ska ha tillgång till en jämlik, kunskapsbaserad bedömning och i förekommande fall säker vård av god kvalitet.

Primärvården och vuxenpsykiatrin har ett gemensamt uppdrag att ge vård och behandling till patienter med psykiska besvär. För vissa diagnoser och tillstånd finns en naturlig uppdelning mellan uppdragen, medan det i andra fall inte är lika tydligt med en ansvarsfördelning. Detta dokument syftar till att förtydliga hur ansvaret skall fördelas inom hälso- och sjukvården mellan hälsocentralerna och vuxenpsykiatrin för patienter som söker psykiatrisk vård och behandling inom Region Jämtland Härjedalen.

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Innehållsförteckning

Inledning	1
Avgränsning mellan primärvård och psykiatri.....	4
1 Ansvarsfördelning vid viktiga diagnos-grupper, vuxna	5
Depression	5
1.1.1 Skattningsformulär	5
Social fobi, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, stressrelaterade besvär (exklusive utmattningssyndrom) och PTSD	6
1.1.2 Skattningsformulär	6
Utmattningssyndrom	7
Krisreaktion	7
Sömnstörning	8
Sömnstörning utan andra allvarliga psykiatriska symptom är Hälsocentralens ansvar om inte egenvård är tillräckligt.	8
Vid samtidig psykiatrisk diagnos som faller under ramen för specialistpsykiatri (ex psykossjukdom, bipolär sjukdom) ligger ansvaret på respektive specialistpsykiatrisk enhet....	8
1.1.3 Skattningsformulär	8
Kroppssyndrom (somatoformt syndrom, somatisering).....	8
Riskbruk, missbruk och beroende	9
Bipolär sjukdom	10
Skattningsskalor	10
Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning	10
1.1.4 Screeningformulär	11
Ätstörning.....	11
Äldrepsykiatri	11
Övrig psykiatrisk problematik	12
Principer för gemensamma patientgrupper.....	12
• Riktlinjer för remittering	13
Remittering från primärvård till psykiatri: neuropsykiatrisk utredning	14
Återremittering till primärvård	15

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa
Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny
Dahlborg Starkes

Remittering från slutenvård	16
2 Tvångsvård - Lagen om psykiatrisk tvångsvård, LPT och lagen om rättspsykiatrisk vård, LRV 16	
2.1 Vårdintygsbedömningar, psykiatri	16
2.2 Vårdintygsbedömningar, primärvård	16
3 Uppföljning av överenskommelsen	17
3.1 Ansvar.....	17
3.2 Arbetsgruppens fortsatta arbete:	17

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Avgränsning mellan primärvård och psykiatri

Generell uppgifts- och ansvarsfördelning

För patienter med nydebuterade psykiska besvär är oftast hälsocentralen första instans. Hälsocentralen ska således tillhandahålla bedömning, diagnostisering och behandling eller remittering. För patienter med allvarliga/svåra psykiska symtom, allvarlig funktionsnedsättning, komplex problematik eller recidiverande/återkommande problematik, ansvarar generellt psykiatrin. Specialistpsykiatrin ska tillhandahålla bedömning, diagnostisering och behandling för ovanstående. Specialistpsykiatrin har även i uppgift att bidra med konsultativt stöd till primärvården i psykiatriska spörsmål. En remiss innebär inte nödvändigtvis att behandlingsansvaret ska övertas av psykiatrin, utan kan innebära en konsultation/second opinion. Telefonkonsultation med bakjour välkomnas för att rådgöra.

Både primärvård och psykiatri ska arbeta utifrån socialstyrelsens riktlinjer och i Region Jämtland Härjedalen befintliga vårdprogram.

Definitioner

Allvarliga/svåra symtom: Till exempel: hög suicidrisk, svåra tvångsritualer, störningar i realitetsprövningen, störning i kommunikationsförmågan, självskadebeteenden, återkommande våldsamhet mot andra.

Allvarlig/betydande funktionsnedsättning: Innebär att man har omfattande svårigheter att klara livsföringen. Till exempel: svårigheter att sköta studier eller ett arbete (t ex oförmåga att slutföra studier, att behålla ett arbete), att utföra sysslor i hemmet (eller att behålla en bostad), att klara av vardagsgöromål, att upprätthålla sociala kontakter (t ex inga vänner alls) eller att upprätthålla personlig hygien.

Komplex problematik: Kan innebära: allvarlig funktionsnedsättning (se ovan), psykiatrisk samsjuklighet (flera diagnoser), en neuropsykiatrisk problematik med funktionsnedsättning eller en förhöjd och/eller svårbestämd suicidrisk. Utebliven behandlingseffekt vid tidigare behandlingsförsök inom primärvården (med adekvata behandlingsmetoder) kan också tyda på komplex problematik.

Recidiverande/återkommande problematik: långvarig, svårbehandlad psykiatrisk problematik. Till exempel patienter med återkommande depressiva och/eller ångestrelaterade besvär, som trots upprepade behandlingsförsök återfaller i depression

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

och/eller ångest. Patienter med recidiverande eller kronisk problematik, som erhållit adekvata behandlingsinsatser, kan dock återremitteras till primärvården om ytterligare specialistpsykiatriska insatser ej bedöms kunna tillföra något för patienten.

1 Ansvarsfördelning vid viktiga diagnosgrupper, vuxna

Depression

Hälsocentral och psykiatri ansvarar gemensamt för patienter med depression. För milda till medelsvåra tillstånd ansvarar primärvården för bedömning och behandling. För patienter med allvarlig funktionsnedsättning eller svåra symtom övergår ansvaret till psykiatrin. För depression med melankoliska drag, ihållande depression och årstidsbunden depression är svårighetsgrad vägledande vad gäller vårdnivå.

Vid följande tillstånd bör psykiatrin konsulteras/remitteras:

- vid lindriga till måttliga depressionstillstånd som inte svarat tillfredsställande på tre evidensbaserade behandlingsförsök, där det ska ingå att patienten inte har svarat på farmakologisk behandling med två olika antidepressiva mediciner i adekvata doser under 9–12 veckor per behandlingsförsök.
- 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 enligt PM för suicidriskbedömning.

Se riktlinjer självmordsnära patienter.

Länk till [PM suicidriskbedömning](#) samt Zamsynsdokumentet för [depression](#) och [suicid](#).

1.1.1 Skattningsformulär

Som stöd i bedömning av depression samt för att utvärdera behandlingseffekt rekommenderas [Patient Health Questionnaire \(PHQ-9\)](#) och [Montgomery Åsberg Depression Rating Scale \(MADRS-S\)](#). Se separat dokument för tolkning av skalorna. (ev länk)

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

RIKTLINJE
Överenskommelse om ansvars- och uppgiftsfördelning
mellan primärvård och specialistpsykiatri

6(19)
45323-1

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Social fobi, tvångssyndrom, generaliserat ångestsyndrom, paniksyndrom, stressrelaterade besvär (exklusive utmattningssyndrom) och PTSD

För milda till medelsvåra ångesttillstånd ansvarar primärvården för bedömning och behandling. Observera att verkligt hot och rädsla kan vara differentialdiagnos.

Följande tillstånd betraktas som svåra och kan överföras till specialistpsykiatri:

- Betydande besvär där två adekvata behandlingsförsök gjorts på hälsocentralen utan tillfredställande effekt.
- Patienter med allvarlig funktionsnedsättning eller svåra symtom såsom t ex hög suicidrisk eller handikappande tvång
- Svårbehandlad eller komplex PTSD som medför betydande funktionsnedsättning

Kommentar: Viktigt att undersöka patientens motivation till och möjlighet att genomföra behandling innan sådan efterfrågas. Gäller t ex traumabehandling. Vid enkel PTSD och lindrigare tillstånd (det vill säga patienter med PTSD-liknande problematik, men som ej når upp till diagnoskriterierna eller som har ett enstaka trauma och ingen sekundär problematik) ansvarar primärvården för bedömning och behandling.

1.1.2 Skattningsformulär

Följande självskattningar kan användas som stöd för bedömning samt utvärdering av behandlingseffekt. Se separat dokument för tolkning av skalorna.

Social fobi- [Liebowitz Social Anxiety Scale , self-report](#) (LSAS)

Tvångssyndrom. [Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale](#) (Y-BOCS)

GAD- [Generalised Anxiety Disorder 7-item scale](#) (GAD-7) och [Penn State Worry Questionnaire](#) (PSWQ)

Paniksyndrom- [Body Sensations Questionnaire](#) (BSQ)

Agorafobi- [Agoraphobic Cognitions Questionnaire](#) (ACQ), [Mobility Inventory for Agoraphobia](#) (MIA)

PTSD- [Posttraumatic Stress Disorder Checklist \(version 5\)](#) (PCL-5)

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Utmattningssyndrom

För patienter med enbart diagnosen utmattningssyndrom ansvarar primärvården för behandling, även om funktionsförmågan är låg (vilket i normala fall skulle medföra att behandlingsansvaret övergår till psykiatrin.)

Vid komplexa tillstånd, till exempel utmattningssyndrom med misstanke om underliggande problematik såsom ångesttillstånd eller neuropsykiatriska svårigheter, alternativt samtidig medelsvår/svår depression, bör psykiatrin konsulteras för bedömning och eventuellt övertagande av patienten.

Stress- [Perceived Stress Scale](#) (PSS14)

Utmattningssyndrom- [Shirom-Melamed Burnout Questionnaire](#) (SMBQ) och [Karolinska Exhaustion Disorder Scale](#) (KEDS)

Krisreaktion

För patienter med krisreaktion ansvarar huvudsakligen hälsocentral. Behandlande åtgärder är i regel inte aktuella.

Vid akuta kristillstånd med hög suicidrisk kan ansvaret överföras till psykiatrin.

Patienter med en psykossjukdom, bipolär sjukdom eller en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ska också kunna ta del av en kortare stödinsats från primärvården vid en kris, under förutsättning att krisen

- a) inte är relaterad till den kroniska sjukdomen eller den neuropsykiatriska funktionsnedsättningen, och
- b) att patienten inte också har aktiva insatser från aktuell vårdkontakt i psykiatrin.

Kommentar:

Viktigt att komma ihåg de resurser som eventuellt finns utanför Region JH, till exempel kommunen, religiösa samfund, Röda Korset, Brottsofferjouren, Centrum mot våld.

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Sömnstörning

Sömnstörning utan andra allvarliga psykiatriska symptom är hälsocentralens ansvar om inte egenvård är tillräckligt.

Vid samtidig psykiatrisk diagnos som faller under ramen för specialistpsykiatri (ex psykossjukdom, bipolär sjukdom) ligger ansvaret på respektive specialistpsykiatrisk enhet.

1.1.3 Skattningsformulär

Som stöd i bedömning av sömnstörning, samt för att utvärdera behandlingseffekt rekommenderas [Insomnia Severity Index](#) (ISI). Se separat dokument för tolkning av skalorna.

Kroppssyndrom (somatoformt syndrom, somatisering)

Primärvård och psykiatri ansvarar gemensamt för patienter med kroppssyndrom, då tillståndet både kan vara svårt att diagnostisera och svårt att behandla. Med stöd av psykiatrin bör lindrigare besvär med viss/måttlig funktionsnedsättning kunna utredas och behandlas på hälsocentralen.

För allvarlig, komplex eller mer varaktig problematik ansvarar psykiatrin för utredning och behandling. Dock kan återremittering till primärvården förekomma om ytterligare specialistpsykiatriska insatser inte bedöms tillföra något för patienten.

Kommentar:

Viktigt att patienter med kroppssyndrom har en fast vårdkontakt med specialist i allmänmedicin med god insikt i patientens problematik. Det bedöms minska risken för onödig och potentiellt farlig vårdkonsumtion till följd av syndromets karaktär.

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Riskbruk, missbruk och beroende

Primärvård, psykiatri och kommun ansvarar gemensamt för patienter med riskbruk, missbruk och beroende.

Primärvården ansvarar för bedömning och utredning och medicinsk behandling av patienter med lindriga till medelsvåra besvär. De har också ett lokalt samordningsansvar vad gäller samverkan med kommun och socialtjänst.

Vid följande tillstånd vad gäller riskbruk, missbruk eller beroende ansvarar specialistpsykiatri för bedömning, utredning och medicinsk behandling:

- Patienter med rb/mb eller beroende av narkotika
- Patienter rb/mb eller beroende av alkohol och allvarlig psykiatrisk samsjuklighet
- Patienter med rb/mb eller beroende och samtidig graviditet
- Unga vuxna med rb/mb eller beroende och psykiatrisk samsjuklighet
- Patienter med underhållsbehandling inom opioidprogrammet
- Patienter som behandlats inom specialistpsykiatri och är i tidig remission
- Patienter med tillstånd som kräver abstinensbehandling i slutenvård

Socialtjänsten har det psykosociala behandlingsansvaret för samtliga tillstånd oavsett svårighetsgrad.

För patienter som bedöms vara i varaktig remission (minst 12 månader) ansvarar hälsocentralen för uppföljning (oavsett på vilken vårdnivå man vårdats).

1.1.4 Screeningformulär

[Alcohol Use Disorders Identification Test \(AUDIT\)](#)

[Drug Use Disorders Identification Test \(DUDIT\)](#)

www.alkoholprofilen.se

Psykosjukdom

(till exempel: schizofreni, vanföreställningssyndrom, reaktiva-, organiska-, substansutlösta-, affektiva psykoser)

För patienter med misstänkt eller diagnostiserad psykosjukdom ansvarar psykiatri för diagnostik och behandling.

Patienter med psykosjukdom kan i enstaka fall efter överenskommelse vid

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

vårdplanering mellan distriktsläkare och psykiater följas i primärvården (t ex farmakologisk underhållningsbehandling vid stabila tillstånd när regelverket så tillåter).

Bipolär sjukdom

För patienter med misstänkt eller diagnostiserad bipolär sjukdom ansvarar psykiatrin för diagnostik och behandling. Litiumpatienter behandlas inom specialistpsykiatrin.

Patienter med bipolär sjukdom som erhållit adekvata behandlingsinsatser enligt riktlinjer, kan efter överenskommelse vid vårdplanering mellan distriktsläkare och psykiater i vissa fall vårdas i primärvården. Det kan t.ex. gälla patienter med bipolär sjukdom typ II som är rimligt stabila i funktionsnivå och har stämningsstabiliserare som är välkända inom primärvården (antiepileptika, neuroleptika).

1.1.4.1 Skattningsskalor

Som stöd i bedömningen av mani rekommenderas [Mood Disorder Questionnaire](#) (MDQ). Stämningslägesdagbok som pat själv fyller i under minst en månad kan användas för kartläggning. <http://bipolarsjukdom.se/pdf/stamningsdagboken.pdf>

Personlighetsyndrom

(till exempel: antisocial, emotionellt instabil, paranoid, schizoid personlighetssyndrom)

Specialistpsykiatrin ansvarar för utredning och diagnostik av patienter med misstänkt personlighetssyndrom, som har kliniskt signifikant lidande eller påtagligt försämrad funktion, socialt, i arbete eller i andra viktiga funktionsområden. Återremittering till primärvården kan förekomma efter differentialdiagnostiskt övervägande (t ex neuropsykiatriskt funktionshinder, intellektuell funktionsnedsättning) och om ytterligare insatser från specialistpsykiatrin ej bedöms tillföra något för patienten.

För aktiv behandling av ett personlighetssyndrom med allvarlig funktionsnedsättning, uttalad självdestruktivitet eller hög suicidrisk, ansvarar psykiatrin. Till exempel emotionellt instabilt personlighetssyndrom.

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

(till exempel: ADHD/ADD, Tourettes syndrom, autismspektrumtillstånd, andra utvecklingsrelaterade funktionsnedsättningar)

För patienter med misstänkt eller diagnostiserad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ansvarar specialistpsykiatrin för utredning, diagnostik och behandling. Psykiatrin utreder enbart patienter med en betydande funktionsnedsättning. För mer information om indikationer och riktlinjer för remittering, se sida 14 i detta dokument.

Patienter med en neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ska i väntan på utredning och efter adekvata behandlingsinsatser i psykiatrin handläggas på hälsocentralen för lindrig till måttlig annan psykiatrisk problematik.

1.1.5 Screeningformulär

För att screena för ADHD/ADD rekommenderas:

[Vuxen-ADHD Självrapportskala \(ASRS-v.1.1\) – Symtom-checklista \(ASRS\)](#)

[Wender riktad ADHD symtom skala Patientversion \(WRASS\)](#)

[Wender riktad ADHD symtom skala Anhörigversion \(WRASS II\)](#)

[Wender Utah Rating Scale \(WURS\)](#).

För autismspektrumtillstånd rekommenderas RAADS-14:

<http://www1.psykiatristod.se/Global/Psykiatristod/Bilagor/FINAL-RAADS-14-Screen-svensk-med-rattningsmall.pdf>

Ätstörning

(till exempel: anorexi, bulimi, hetsätning)

För ätstörningsproblematik av lindrigare karaktär som inte når upp till diagnoskriterier, ansvarar primärvården. Till exempel: problem med restriktivt ätande, enstaka hetsätningar, missnöje med kroppen, pica eller idisslande. Primär bedömning av gravida kvinnor med ätstörningsproblematik åligger MVC/HC. Patienter som nekar till erbjuden kontakt med vuxenpsykiatrin kan bli aktuella i primärvården för somatisk uppföljning och vårdintygsbedömningar.

Specialistpsykiatrin ansvarar för bedömning, diagnosticering och behandling av vuxna med ätstörning. Innefattar öppenvård, dagvård och slutenvård enligt HSL eller LPT.

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Som stöd i bedömning av ätstörningsproblematik, samt för att utvärdera behandlingseffekt rekommenderas

[Body Shape Questionnaire](#) (BSQ)

[Eating Disorder Examination Questionnaire](#) (EDE-Q)

SCOFF-testet <http://www.atstorning.se/patient-anhorig-3/scoff/>

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Äldrepsykiatri

Primärvården har huvudansvar för lindriga till medelsvåra psykiska besvär och grundläggande utredning av kognitiv svikt samt behandling och uppföljning efter fastställd diagnos.

Psykiatrin har ansvar för utredning och behandling av patienter som i arbetsför ålder utvecklar kognitiv svikt och svårtolkade psykiatriska symtom. De kan även bistå med second opinion på begäran av distriktsläkare eller anhöriga. Vid svåra beteendestörningar kan slutenvård - främst tvångsvård – bli aktuellt. Vidare kan psykiatrin via remiss från primärvården bidra med förslag på utredning och behandling av demensrelaterade frågeställningar. De kan även bistå i körkortsrelaterade ärenden i vissa fall.

Demensscreening:

MMSE:

http://www.demenscentrum.se/globalassets/arbeta_med_demens_pdf/skalor_instrument/mmse-sr_protokoll_farg.pdf

Övrig psykiatrisk problematik

För patienter med psykiatrisk problematik som inte nämns i detta dokument gäller den generella ansvarsfördelningen mellan hälsocentral och specialistpsykiatri. (se sida 2).

Principer för gemensamma patientgrupper

Hälsocentraler och specialistpsykiatrin har ett gemensamt ansvar för flera patientgrupper där gränsen för ansvars- och vårdnivå ibland är svår att dra. För dessa patienter är samverkan mellan primärvård och psykiatri ytterst viktigt, vilket i möjligaste mån ska bygga på en kontinuerlig dialog och samverkan. SIP är här ett bra hjälpmedel för att åstadkomma ett strukturerat samarbete med tydlig ansvarsfördelning, där även kommunala insatser kan komma i fråga.

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

• Riktlinjer för remittering

Remittering från primärvård till psykiatri: generellt

- Akuta remisser bedöms dagligen och icke akuta två gånger per vecka. UPM och ÄT har även egen remissgång och beroendemottagningen tar emot remisser direkt från socialtjänsten. Utlova inga insatser till patienten på förhand.

<u>Innehåll</u>	<u>Kommentar</u>
Frågeställning/önskad undersökning	
Anamnes, status, problembeskrivning	Viktigt att beskriva nuvarande funktionsnedsättning.
Social situation	Närstående, stödinsatser
Sysselsättning/ekonomi	Arbete, studier, sjukskrivning
Hereditet för psykiatrisk sjukdom	
Bedömning av riskbruk, missbruk eller beroende	
Behandling och resultat	Sammanfattning av de eventuella behandlingsinsatser som gjorts tidigare i primärvården.
Somatiskt status och aktuell medicinering	Hur har somatisk orsak till den psykiska ohälsan uteslutits? Genomförda blodprover, relevanta undersökningar
Bedömning av suicidrisk	
Aktuella skattningsformulär	Bifoga eventuella resultat från relevanta skattningsformulär
Nuvarande planering i primärvården	Till exempel: avstämningsmöte, fortsatt samtalskontakt
Bedömning	

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Remittering från primärvård till psykiatri: neuropsykiatrisk utredning

Använd [remissmall](#) för neuropsykiatriska frågeställningar som finns på Insidan.

För att psykiatrin ska göra en neuropsykiatrisk utredning behöver det finnas en betydande funktionsnedsättning hos patienten. En betydande funktionsnedsättning kan exempelvis vara omfattande svårigheter med att slutföra studier, sköta ett arbete, utföra sysslor i hemmet eller att klara av övriga vardagsöromål.

Det är viktigt med en barndomsanamnes, då neuropsykiatriska symtom måste ha förelegat under den tidigare utvecklingsperioden (symptom före 12 års ålder) för att neuropsykiatrisk diagnos ska kunna fastställas.

Innan remiss skrivs är det också viktigt att undersöka patientens motivation och möjlighet att genomföra en utredning samt vilka förändringar en eventuell diagnos skulle kunna medföra. Om patienten är generellt negativt inställd till läkemedelsbehandling kan psykoedukation vara tillräcklig.

Som en hjälp i anamnesupptagningen finns screeningformuläret ”5 frågor” – ett formulär/checklista med fem frågor som kan vara en hjälp i att fånga upp neuropsykiatrisk problematik.

Som en hjälp i bedömningen av symtom/funktionsnedsättning finns screeningformulären ASRS (vid misstänkt ADHD) och RAADS-14 (vid misstänkt autismspektrumtillstånd).

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Återremittering till primärvård

Återremittering till primärvård sker när aktiva insatser från psykiatrin inte längre behövs eller när det bedöms att en patient som uppsöker PAKM inte har en problematik av den art och grad som kräver behandling inom specialistvården.

Vid återremittering till primärvården ska remissen formuleras med utgångspunkt från följande rubriker:

<u>Rubriker</u>	<u>Kommentar</u>
Frågeställning/indikation för återremiss	
Anamnes, status, problembeskrivning	Viktigt att beskriva nuvarande funktionsnedsättning.
Social situation	Familj, vänner, stödinsatser
Sysselsättning/ekonomi	Arbete, studier, sjukskrivning
Bedömning, funktionsnivå, aktuellt läge	Hur har patientens psykiska ohälsa bedömts? Nuvarande diagnos/er, grad av symtom, funktionsnedsättning
Resultat av utredning och/eller behandling	Sammanfattning av vården. Vilka insatser har gjorts och vad har de resulterat i
Aktuella skattningsformulär	Bifoga eventuella resultat från relevanta skattningsformulär
Bedömning av eventuellt somatiska uppföljningsbehov	
Aktuell medicinering	Planerad behandlingstid, eventuella provtagningar, eventuella utsättningsförsök
Rekommendation till primärvården	

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

Remittering från slutenvård

Efter inläggning gäller regelverket enligt Losus.

För patienter som vårdats inom psykiatrisk slutenvård finns tre alternativ vid utskrivning.

- 1) Inget fortsatt vårdbehov, patienten söker själv lämplig instans vid eventuella förnyade besvär
- 2) Behov av uppföljning på hälsocentral. I epikris ska då tydligt framgå vilken bedömning (inklusive strukturerad suicidriskbedömning) som gjorts, vad som ska följas upp och hur snart. Om tidsramen är snäv (inom 1–2 veckor) rekommenderas personlig kontakt med hälsocentralen för att säkerställa detta.
- 3) Fortsatt uppföljning inom specialistpsykiatriens öppenvård. Meddelas via internremiss och om möjligt personlig kontakt med fast vårdkontakt.

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

2.1 Vårdintygsbedömningar, psykiatri

Psykiatrin ansvarar i huvudsak för vårdintygsbedömningar av inom psykiatrin aktuella patienter under kontorstid. Med aktuella patienter avses de som haft kontinuerlig kontakt med vuxenpsykiatrin genom livet, eller de senaste 18 månaderna.

2.2 Vårdintygsbedömningar, primärvård

Under jourtid samt vid bedömning av patient som inte är känd av psykiatrin görs bedömning, ute i samhället, i första hand av primärvårdens läkare. Primärvårdens läkare uppmanas att kontakta psykiatribakjouren i samband med vårdintyg för information och vid behov samråd.

Viktiga länkar:

Lag om psykiatrisk tvångsvård www.socialstyrelsen.se/Publicerat/Blanketter/tvangsvard.htm

Lag om vård av missbrukare: www.socialstyrelsen.se/Publicerat/Blanketter/missbruk.htm

Inger Jonsson (injo10), Daniel Sandqvist, Lisa Vesterberg, Mats Mäki, Sofia Djusberg, Jenny Dahlborg Starkes

3 Uppföljning av överenskommelsen

3.1 Ansvar

Förvaltningschefer i respektive primärvård och psykiatri, inklusive privata alternativ som har avtal med regionen.

3.2 Arbetsgruppens fortsatta arbete:

- Spridning av innehållet
- Nödvändiga förtydliganden och definitioner för optimal användbarhet
- Fortsatt arbete med att identifiera gemensamma problem vid gränsdragningar och hur vi bäst nyttjar befintliga resurser.
- Revidering av överenskommelsen och uppdatering av länkar

Samarbetsprojekt mellan primärvård och psykiatri, bl.a. vad gäller specialistkonsultationer och ökad användning av distansobereonde tekniker.

Fortsätta arbetet med att i större utsträckning använda 1177 "Mina vårdkontakter" för att inhämta uppgifter direkt från patienterna.

Avtalet ska revideras om ett år från fastställande 2018-12-10.

Synpunkter och förslag emottages tacksamt för fortsatt utveckling och samarbete.
Mail till Vårdutvecklaren i Psykiatri: nn@regionjh.se