

Samverkan Vuxenpsykiatri och Primärvård - Rutin - VO Vuxenpsykiatri och VO Primärvård

Dokumentet ersätter 09-110960

Dokumentet får inte brytas ner på underliggande nivå utan samråd med dokumentansvarig

Titel: Samverkan Vuxenpsykiatri och Primärvård	Dokumentkategori: Rutin	Omfattning: VO Vuxenpsykiatri VO Primärvård Hälsocentraler verksamma inom Hälsoval Gävleborg
Dokumentägare: Verksamhetschef Vuxenpsykiatri	Dokumentansvarig: Enhetschef Enhet för Patientsäkerhet och Kvalitet, VO VUP	Beslutsinstans: Verksamhetschef VO Vuxenpsykiatri
Diarienummer:		Datum för översyn: Årligen

Ansvar- och Arbetsfördelning mellan Primärvården och Psykiatrin beträffande patienter med psykiatrisk problematik

Innehåll

1.	Syfte och omfattning	2
2.	Allmänt	3
3.	Beskrivning	3
3.1.	Schizofreni och psykos	3
3.2.	Bipolära syndrom	3
3.3.	Depression	3
3.4.	Demens	3
3.5.	Ångestsyndrom	4
3.6.	Tvångssyndrom	4
3.7.	Psykosomatik	4
3.8.	Ätstörning	4
3.9.	Personlighetssyndrom	4
3.10.	Substansbruk	4
3.11.	Sömnsvårigheter	5
3.12.	Intellektuell funktionsnedsättning	5
3.13.	Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar	5
3.14.	Kriser	5
3.15.	Trauma/PTSD	5
3.16.	Könsdysfori	6
3.17.	Samverkan	6
3.18.	Vårdintyg	6
3.18.1.	Patienten befinner sig utanför sjukhuset	6
3.18.2.	Patienten befinner sig på någon av psykiatriska klinikers mottagningar, inkl. jourmott i Gävle (ej inskriven på kliniken)	6
3.18.3.	Patienten är intagen på psykiatriska kliniken (dag- och jourtid)	6
3.18.4.	Patienten inskriven på somatisk klinik	6
4.	Dokumentinformation	7

1. Syfte och omfattning

Aktuellt dokument beskriver gränssnitt och samverkan mellan primärvårdens psykiatri (hälsocentraler verksamma inom Hälsoval Gävleborg) och den specialiserade vuxenpsykiatrin inom Region Gävleborg.

2. Allmänt

Det är svårt att sätta en absolut gräns mellan primärvården och psykiatrin, eftersom diagnoserna i sig inte alltid säger var patienten bör behandlas. Personlighetsfaktorer, individuell sårbarhet, suicidrisk och levnadsomständigheter kan göra att vissa patienter behöver psykiatrins resurser, medan andra mycket väl kan behandlas i primärvården trots samma diagnos. Patienten kan naturligtvis också tidvis vårdas inom psykiatrin och dessemellan i primärvården. För behandlingsrekommendationer vid specifika tillstånd hänvisas i första hand till nationella riktlinjer.

3. Beskrivning

3.1. Schizofreni och psykos

Patienter med schizofreni eller paranoida psykos behandlas inom psykiatrin. Äldre patienter med schizofreni av kronifierad och stabil karaktär, och framför allt de där det finns en samtidig somatisk problematik, kan efter samråd och samtycke från primärvården övergå till primärvården.

Patienter med övergående psykostillstånd behandlas inom psykiatrin, men här blir utremittering aktuell när psykosen är över och läget är stabilt.

3.2. Bipolära syndrom

Bipolär I, det vill säga patienter med såväl depression som manier behandlas inom psykiatrin. Patienter med litium handläggs alltid inom psykiatrin. Bipolära sjukdomar innefattar dock numera ett spektrum av tillstånd med varierande svårighetsgrad där tillstånd med depressioner och kortvariga hypomanitillstånd är vanliga (Bipolär II) och ofta kan dessa, efter initial bedömning och insättning av stämningsstabiliserande läkemedel, handläggas inom primärvård.

3.3. Depression

Patienter med depression behandlas i primärvården, men vid svår depression, till exempel med psykotiska symtom ska patienten remitteras till psykiatrin. Så skall också ske när det rör sig om en hypoman bild efter genomgången depression. Patienter med depression som inte svarar på adekvata behandlingar, såväl farmakologisk som terapeutisk, bör också remitteras till psykiatrin. Detta betyder att förstahandsbedömningen regelmässigt görs i primärvården och att stor del av depressionsbehandlingen också kan fortsätta i primärvården, ibland med psykiatriskt konsultstöd. Remissmöjligheten vid svåra depressioner kvarstår.

3.4. Demens

Patienter med demens utreds och behandlas i primärvården. Minnesmottagningarna är vid behov remissinstans i dessa frågeställningar.

3.5. Ångestsyndrom

Patienter med ångestsyndrom inklusive panikångest behandlas i första hand inom primärvården, men vissa svåra sjukdomstillstånd kan kräva psykiatrisk vård. I övrigt se ovan under depressioner.

3.6. Tvångssyndrom

Patienter med lättare tvångssyndrom handläggs inom primärvården. Svåra och behandlingsresistenta tvångssyndrom bör bedömas och behandlas inom psykiatri. Man bör dock beakta att tvångssyndrom ofta svarar väl på tidiga KBT-insatser som väl kan genomföras inom primärvården.

3.7. Psykosomatik

Patienter med psykosomatiska störningar torde i första hand söka sig till primärvården då symtomatologin är somatisk, och handläggs också vanligen bäst inom primärvården.

3.8. Ätstörning

Lättare ätstörningsproblematik behandlas inom primärvård. Vid behov kan dessa tillstånd behöva bedömas och behandlas inom psykiatri. Anorexia Nervosa och Bulimia Nervosa handläggs och behandlas inom det länsövergripande ätstörningsteamet Länsät. Hetsättningsstörning handläggs inte inom psykiatri.

3.9. Personlighetssyndrom

Behandling av emotionellt instabilt personlighetssyndrom med självskada, sköts inom psykiatri. Vid övriga personlighetssyndrom saknas tydlig evidensbaserad behandling varför vården främst är symtomlindrande. Vid komplexa tillstånd kan psykiatri resurser krävas. Vidare behövs ofta psykiatri resurser för diagnostik, bedömning av behandlingsbarhet och för försäkringsmedicinska bedömningar även om symtomlindrande behandling i huvudsak sköts via primärvård. Behandling bör även ges för eventuell samsjuklighet såsom ångest- eller depressionstillstånd, oavsett vårdnivå som denna faller inom.

3.10. Substansbruk

Primärvården ansvarar för tidiga insatser, screening och första bedömning för att identifiera beroendeproblematik. Primärvården arbetar med riskbruk kopplat till hälsa, inklusive att identifiera och hantera levnadsvanor som kan leda till att förvärra tillståndet.

Psykiatriska kliniken Beroendemottagningar ansvarar för bedömning och behandling av abstinensstillstånd. När abstinensstillstånd kräver slutenvård ska detta ske i samråd med beroendemottagning som personen tillhör, oavsett inom vilken enhet patienten aktualiseras för vård. Stöd och sociala åtgärder/behandlingar är primärt kommunens ansvarsområde.

Psykiatriska kliniken Laromottagningar ansvarar för substitutionsbehandling vid opiatberoende. Behandlingen ges till personer med långvarigt opiatberoende utan dominerande sidomissbruk. Denna behandling sker alltid i samverkan med socialtjänst då läkemedelsbehandlingen endast utgör en del av den totala behandlingen.

Psykiatriska kliniken Sprututbytesmottagning i länet är en smittskyddsåtgärd där personer provtas för Hepatit och HIV. Personerna kan erhålla sprutor, kanyler och tillbehör för säker och ren injektion av substanser.

3.11. Sömnsvårigheter

Patienter med sömnsvårigheter behandlas inom primärvården. Komplexa och terapirefraktära tillstånd kan dock kräva psykiatrisk specialistbedömning.

3.12. Intellectuell funktionsnedsättning

För beskrivning av samverkan mellan primärvård (PV), vuxenpsykiatri (VUP) och vuxenhabilitering (VUH) i Region Gävleborg för patientgrupperna vuxna med autism (AST) och/eller **intellectuell funktionsnedsättning** (IF) samt psykiatrisk samsjuklighet, se [Autism och intellectuell funktionsnedsättning - samverkan mellan PV, VUH och VUP, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#).

3.13. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar

Specialistpsykiatrien ansvarar för utredning och diagnostik av autismspektrumtillstånd samt **ADHD**. Vidare ansvarar specialistpsykiatrien för farmakologisk behandling av ADHD samt utifrån behov övriga psykiatriska insatser för ADHD. Psykiatrien ansvarar vid behov för samtidig behandling av depression under utredning och inställning av farmakologisk behandling av ADHD. Efter insättning av läkemedel ansvarar i första hand primärvård för sedvanliga farmakologiska och psykosociala insatser för samtidig ångest och depression. För ansvarsfördelning se avsnitt 3.3 och 3.5.

För beskrivning av samverkan mellan primärvård (PV), vuxenpsykiatri (VUP) och vuxenhabilitering (VUH) i Region Gävleborg för patientgrupperna vuxna med **autism** (AST) och/eller intellectuell funktionsnedsättning (IF) samt psykiatrisk samsjuklighet, se [Autism och intellectuell funktionsnedsättning - samverkan mellan PV, VUH och VUP, Hälso- och sjukvård Region Gävleborg](#).

3.14. Kriser

Patienter som söker enbart för kris tas om hand i primärvården. För patienter som har pågående kontakt med psykiatrien behöver en bedömning göras kring var behoven bäst tillgodoses utifrån patientens perspektiv. Detta kan handla om andra instanser/enheter än psykiatri och primärvård.

3.15. Trauma/PTSD

Flyktingtraumaenheten tar emot flyktingar och asylsökande som traumatiserats som följd av tortyr i samband med krig, har upplevt krig, varit på flykt i samband med krig eller utsatts för annat systematiskt samhälleligt våld.

Posttraumatiska stressstillstånd med svåra symtom eller komplex klinisk bild bedöms och behandlas vid behov inom specialistpsykiatrien.

3.16. Könsdysfori

Vuxenpsykiatrien ansvarar för att genomföra bedömning och utredning vid könsdysfori inklusive ställningstagande till nationell högspecialiserad vård.

3.17. Samverkan

Den aktör som identifierar ett behov av samverkan har också ett ansvar att initiera och medverka i samverkansprocessen. Detta gäller särskilt vid upprättande av en samordnad individuell plan (SIP) där målet är att säkerställa att individens behov av insatser från flera huvudmän tillgodoses på ett samordnat sätt.

I en multidisciplinär konferens (MDK) är det av betydelse att den som först uppmärksammar behovet av samordning tar initiativ till att samla relevanta professioner och aktivt bidrar till planering, genomförande och uppföljning av insatserna.

3.18. Vårdintyg

3.18.1. Patienten befinner sig utanför sjukhuset

- a) Dagtid – psykiatriska kliniken läkare utfärdar vårdintyg om patienten är känd på kliniken, i övriga fall familjeläkare. På mindre orter och mottagningar kan dock ökad flexibilitet och anpassning till lokala förhållanden krävas.
- b) Jourtid – familjeläkare utfärdar vårdintyg

3.18.2. Patienten befinner sig på någon av psykiatriska kliniken mottagningar, inkl. akutmottagningarna i Gävle och Hudiksvall (ej inskriven på kliniken)

- a) Dagtid – psykiatriska kliniken läkare utfärdar vårdintyg.
- b) Jourtid – psykiatriska kliniken läkare utfärdar som regel vårdintyg, dock om psykiatriska kliniken primärjour är en icke legitimerad läkare och saknar dispens eller om psykiatriprimärjour saknas så utfärdar den familjeläkare som har beredskapsjour vårdintyget.

3.18.3. Patienten är intagen på psykiatriska kliniken (dag- och jourtid)

- a) Dagtid – psykiatriska kliniken läkare utfärdar vårdintyg
- b) Jourtid – psykiatriska kliniken läkare utfärdar som regel vårdintyg, dock om psykiatriska kliniken primärjour är en icke legitimerad läkare och saknar dispens eller om psykiatriprimärjour saknas så utfärdar den familjeläkare som har beredskapsjour vårdintyget.

3.18.4. Patienten inskriven på somatisk klinik

- a) Somatiska kliniken läkare utfärdar vårdintyg.

Beredskapsjour inom primärvården skall inför utfärdandet av vårdintyg på inom psykiatrien känd patient samråda med psykiatriens jour för att få adekvat bakgrundsinformation.

4. Dokumentinformation

Reviderad version (2025) är framtagen av:

- Lokal arbetsgrupp primärvård (LAG primärvård)
- Erik Wigert, medicinsk rådgivare Vuxenpsykiatri
- Ulrika Mjöhagen, vårdutvecklare/enhetschef Patientsäkerhet och kvalitet Vuxenpsykiatri

Avsnitt kring substansbruk är utarbetat tillsammans med bitr. VC med områdesansvar beroendevård Vuxenpsykiatri Yvette Persson och VEC beroendevården Gästrikland Marie Nordin.