Upprättare: Ulrika S Mjöhagen

Fastställare: Anna Sundqvist

Samverkan - Vuxenpsykiatri och Primärvård

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

Innehåll

1. Syfte och omfattning 1
2. Allmänt 1
3. Beskrivning 2
3.1. Schizofreni och psykos: 2
3.2. Bipolära syndrom 2
3.3. Depression: 2
3.4. Demens: 2
3.5. Ångestsyndrom: 2
3.6. Tvångssyndrom: 3
3.7. Psykosomatik: 3
3.8. Anorexi/bulimi: 3
3.9. Personlighetssyndrom: 3
3.10. Substansbruk: 3
3.11. Sömnsvårigheter: 4
3.12. Intellektuell funktionsnedsättning: 4
3.13. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar: 4
3.14. Kriser: 4
3.15. Psykosociala problem: 4
3.16. Vårdintyg: 5
3.16.1. Patienten befinner sig utanför sjukhuset 5
3.16.2. Patienten befinner sig på någon av psykiatriska klinikens mottagningar, inkl jourmott i Gävle (ej inskriven på kliniken) 5
3.16.3. Patienten är intagen på psykiatriska kliniken (dag- och jourtid) 5
3.16.4. Patienten inskriven på somatisk klinik 5

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 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.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

3. Beskrivning

3.1. Schizofreni och psykos:

Patienter med schizofreni eller paranoida psykoser 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 djup depression med psykotiska symtom eller stor suicidrisk skall 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. Dessutom utreds och behandlas patienter med demens inom geriatriken som snarare än psykiatrin är remissinstans i dessa fall.

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.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

3.6. Tvångssyndrom:

Patienter med måttliga tvångssyndrom handläggs inom primärvården, konsultverksamhet kan dock vara nödvändig och svåra tvångssyndrom är en psykiatrisk angelägenhet och bör bedömas inom psykiatrin. 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. Anorexi/bulimi:

Lättare tillstånd behandlas inom primärvård. Vid behov kan dessa tillstånd behöva bedömas och behandlas inom psykiatrin. Detta gäller oftast vid svårare svälttillstånd. Handläggs och behandlas med fördel inom det länsövergripande ätstörningsteamet Länsät. Överätning handläggs inte inom psykiatrin eller Länsäts verksamhet.

3.9. Personlighetssyndrom:

Behandling av emotionellt instabilt personlighetssyndrom med självskada, sköts inom psykiatrin. Vid övriga personlighetssyndrom saknas tydlig evidensbaserad behandling varför vården främst är stödjande och symtomlindrande. Vid komplexa tillstånd kan dock psykiatrins resurser krävas. Vidare behövs ofta psykiatrins resurser för diagnostik, bedömning av behandlingsbarhet och för försäkringsmedicinska bedömningar även om behandling och stöd i huvudsak sköts via primärvård.

3.10. Substansbruk:

Abstinensbehandling sköts i första hand av psykiatrins beroendemottagningar. Tillstånd som kräver slutenvård sker på instans som regionen har avtal med för detta ändamål och hanteras av, eller i samråd med, beroendemottagningarna. Misstänkt deliriösa tillstånd är i första hand en internmedicinsk fråga. En psykiatrisk bedömning vid substansbruk av alkohol eller droger kan bli aktuell vid samtidig psykiatrisk problematik.
Stöd och sociala åtgärder är primärkommunens angelägenhet. Körkortsintyg efter rattfylleri utfärdas inom psykiatrin enbart när patienten är känd där för annan psykiatrisk problematik. Privata alternativ finns så som Körkortsmottagningen.

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet

Psykiatriska kliniken ansvarar för substitutionsbehandling vid opiatberoende för personer med långvarigt opiatberoende och utan dominerande sidomissbruk. Detta sker alltid i samverkan med socialtjänst då läkemedelsbehandlingen endast utgör en del av den totala behandlingen.

3.11. Sömnsvårigheter:

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

3.12. Intellektuell funktionsnedsättning:

Patienter med intellektuell funktionsnedsättning bedöms och behandlas inom primärvård. Habiliteringen kan oftast utgöra en resurs. De utför också utredningar av misstänkt intellektuell funktionsnedsättning hos vuxna. Vid uttalad psykiatrisk problematik eller beteendestörning kan specialistpsykiatrins resurser kortvarigt behövas. Boende och stöd i övrigt är ett primärkommunalt ansvar.

3.13. Neuropsykiatriska funktionsnedsättningar:

Specialistpsykiatrin ansvarar för utredning och diagnostik av autismspektrumtillstånd samt ADHD. Vidare ansvarar specialistpsykiatrin för farmakologisk behandling av ADHD samt vid behov samtidig behandling av depression under utredning och inställning av farmakologisk behandling av ADHD. Efter insättning av läkemedel ansvarar primärvård för sedvanliga farmakologiska och psykosociala insatser för samtidig ångest och depression. Specialistpsykiatrin bistår med konsultativa insatser. Vid diagnostiserad autism ger Habiliteringen råd och stöd. Övrig samsjuklighet behandlas inom respektive område, specialistvård/primärvård enligt samverkansavtalet.

3.14. Kriser:

Patienter med komplicerade kriser behandlas inom primärvård.
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.
Svåra posttraumatiska stresstillstånd bedöms och behandlas vid behov inom specialistpsykiatrin.

3.15. Psykosociala problem:

Patienter med komplexa psykosociala problem behandlas inom primärvården, men även andra instanser kan vara lämpliga, exempelvis familjerådgivning eller socialtjänsten.

Kopian giltighetsgarantera endast utskriftsdatumet

3.16. Vårdintyg:

3.16.1. Patienten befinner sig utanför sjukhuset

a) Dagtid – psykiatriska klinikens 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

3.16.2. Patienten befinner sig på någon av psykiatriska klinikens mottagningar, inkl jourmott i Gävle (ej inskriven på kliniken)

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

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

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

3.16.4. Patienten inskriven på somatisk klinik

a) Somatiska klinikens läkare utfärdar vårdintyg.

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

Kopians giltighet garanteras endast utskriftsdatumet