

Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsdirektören (HSD-D § 25-2012) giltigt till oktober 2018
Utarbetad av Sektorsråden för allmänmedicin och vuxenpsykiatri

Syfte

Riktlinjen anger ansvarsfördelningen mellan specialistpsykiatri (vuxna) och primärvården i regionen. Den ger också en vägledning i hur konsultationer bör genomföras för att optimera samarbetet mellan parterna. En väl fungerande och överenskommen konsultationsmodell är förutsättningen för ett gott samarbete. Riktlinjen är ett övergripande dokument och senare beslutade Regionala medicinska riktlinjer är styrande avseende vårdnivåer. Vid tillämpningen av riktlinjen ska patientens perspektiv vara vägledande.

Nytt sedan föregående revidering

Smärre justeringar och uppdatering till nya Regionala Medicinska Riktlinjer.

Bakgrund

Syftet är att förtydliga vårdnivåer, ansvarsområden och roller för vård av patienter med psykisk ohälsa. Riktlinjerna ska även användas som ett underlag i konsultationsarbetet mellan psykiatri och primärvården som beskrivs i bilaga 1. Ett optimerat samarbete mellan primärvården och specialistpsykiatri förbättrar vården för den enskilde patienten, främjar kompetensutveckling i vardagen och underlättar arbetet. I förlängningen förväntas effektivare patient- och remissflöden. Genom möjlighet till konsultation i rätt tid bör behandlingsresultatet också påverkas positivt. Målsättningen är att patienten ska uppleva en sömlös vård mellan öppenvårdsenheterna inom psykiatri och vårdcentraler anslutna till VGPV. Den kliniska bedömningen är avgörande för när kontakt behöver tas mellan de båda vårdnivåerna.

När det gäller aktuella kommuners samt Habilitering och Hälsas ansvar vid psykisk sjukdom hänvisas till [Överenskommelse om samarbete mellan Västra Götalandsregionen och kommunerna i Västra Götaland kring personer med psykisk funktionsnedsättning och personer med missbruk. Gäller fr o m den 1 april 2017](#) delregional överenskommelse samt lokala psykiatriplaner.

Behandling

Uppföljning

Primärvårdens ansvar

Primärvården har ett ansvar för tidig upptäckt och bedömning av psykiatriska tillstånd hos de patienter som söker denna vårdnivå och behandling av patienter enligt fördelningen nedan.

Primärvården har möjlighet att konsultera psykiatri vid behov, till exempel vid diagnostiskt oklara fall, vid tillstånd då patienten inte svarar på behandling, vid suicidrisk samt vid psykiatrisk samsjuklighet. Ansvar för primärvården innefattar också bedömning och behandling av den psykiatriska patientens somatiska hälsa. I enskilda fall där så är lämpligt för patienten, efter ömsesidig överenskommelse, finns möjlighet för psykiatri att ansvara för patienter där primärvården anges som ansvarig.

Före remiss till specialistpsykiatri bör företrädesvis minst två behandlingsförsök med adekvata behandlingsmetoder vara genomförda (farmakologisk, psykoterapeutisk eller annan behandling). Behandlingsmetoderna ska vara i enlighet med regionala medicinska riktlinjer, vårdprogram eller motsvarande nationella kunskapsstöd. Genomförda behandlingsförsök diskuteras med fördel vid ordinarie konsultationstillfälle.

Vid behov av akut omhändertagande, t ex vid bedömd hög suicidrisk eller vid komplicerade fall kan direktkontakt, initial telefonkontakt, tas med psykiatrin oaktat tidigare behandlingsförsök.

Psykiatrins ansvar

Psykiatrin har konsultationsansvar för de diagnosgrupper som primärvården har ansvar för. I enskilda fall där så är lämpligt för patienten, efter ömsesidig överenskommelse, kan primärvården ansvara även för patienter där psykiatrin anges som ansvarig.

Remiss/återremiss till primärvården görs efter genomförd konsultbedömning och då aktiva insatser från psykiatrin inte längre behövs. Detta gäller även för långtidssjuka patienter i stabilt skede oavsett diagnos som är i behov av underhållsbehandling vilken rimligen bör kunna utföras inom primärvården efter överenskommelse. Vid försämring kan ny konsultation göras.

Psykiatrin ska erbjuda alla patienter uppföljning efter suicidförsök oavsett tillstånd. För diagnosgrupper där primärvården har ansvar ska återremittering inte ske förrän suicidrisken är så låg att primärvården rimligen kan förväntas fortsätta den psykiatriska vården.

Vårdprocess – vårdnivå

Vid behov, till exempel vid mer sammansatt problematik, ska en gemensam individuell vårdplanering skapas. Fördelningen nedan anger huvudregeln för fördelning av olika tillstånd och länkas till senaste RMR som eventuellt kan klargöra vårdnivån på annat sätt än nedan. Notera att senare beslutade Regionala medicinska riktlinjer är styrande avseende vårdnivåer.

Följande tillstånd hanteras i första hand i Primärvården:	Följande tillstånd hanteras i första hand i Psykiatrin:
<ul style="list-style-type: none">• Upptäckt/misstanke av ADHD.• Generaliserat ångestsyndrom• Paniksyndrom och Krisreaktioner • Tvångssyndrom, Social fobi • Depressioner • Missbruk och beroende, inkl. tillvänjande medel och tidig upptäckt narkotikamissbruk • Personlighetssyndrom; symtomorienterad behandling vid lindriga symtom/f-nedsättningar• Självskada, upptäckt och behandling vid enstaka självskafebeteende.• PTSD; upptäckt, behandling enklare, övergående tillstånd.• Ätstörningar: upptäckt, bedömning, motivering, behandling lindriga fall, eftervård. • Utmattningssyndrom	<ul style="list-style-type: none">• ADHD/utredning av Autismspektrumstörningar (habiliteringen vid behandling)/Tourettes syndrom. • Tvångssyndrom med komplex symtomatologi och funktionsnedsättning• Schizofreni, andra psykosjukdomar.• Bipolära syndrom, recidiverande depressioner • Missbruk och beroende i kombination med psykisk sjukdom som hör till specialistpsykiatrins ansvarsområde. Narkotikaberoende exklusive tillvänjande läkemedel.• Personlighetssyndrom; behandling vid allvarliga symtom/funktionsnedsättningar• Självskada; behandling vid etablerat självskafebeteende.• PTSD; multipla trauma, komplexa symtombilder och/eller låg funktionsnivå.• Ätstörningar. • Svåra, komplexa utmattningssyndrom eller utmattningssyndrom med psykiatrisk samsjuklighet.

Regionala medicinska riktlinjer utarbetas på uppdrag. Riktlinjer fastställs efter avstämning med regionens berörda förvaltningar, regionala sektorsråd, rådsfunktioner, terapigrupper och Program- och prioriteringsrådet.

- Somatiska sjukdomar inkl folksjukdomar hos patienter som tillhör specialistpsykiatri
- Somatoforma syndrom (kroppssymtomstörning)
- Uppmärksamma somatisk ohälsa hos patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa.

Remittering

Remiss till specialistpsykiatri bör innehålla:	Remiss till primärvården bör innehålla:
<ul style="list-style-type: none">• Tydlig frågeställning.• Diagnostik enligt ICD-10.• Relevanta sociala data. Om patienten är förälder, beakta även barnets perspektiv.• Hereditet för psykisk och somatisk sjukdom.• Bedömning av ev. förekommande missbruk med screeningformulären AUDIT/DUDIT.• Beskrivning av prövade behandlingsinsatser.• Resultat av påbörjad utredning och behandling.• Tidigare suicidförsök och bedömning av suicidrisk.• Somatiskt status och aktuell medicinering.	<ul style="list-style-type: none">• Indikation för återremiss.• Resultat av utredning och behandling.• Bedömning av suicidrisk.• Bedömning av ev. somatiskt uppföljningsbehov.• Psyk. status och aktuell medicinering.• Rekommenderad plan för uppföljning.

Kunskapsstöd för behandling på respektive vårdnivå

Kunskapsstöd för behandling finns att hämta i tillämpliga nationella riktlinjer och regionala vårdprogram.

Länk till regionens sida med aktuella RMR/motsvarande

Uppföljning av denna riktlinje

Konsultationsarbetet utifrån ansvarsfördelningen och konsultationsmodellen följs årligen upp inom respektive lokal samverkansorganisation där också privata upphandlade psykiatriska enheter skall ingå. Psykiatrins företrädare är sammankallande. Uppföljning sker också vid årliga gemensamma möten mellan de medicinska sektorsråden för allmänmedicin och vuxenpsykiatri. Sektorsrådet för vuxenpsykiatri är sammankallande.

Innehållsansvarig

Sektorsråden Allmänmedicin och Psykiatri (vuxna)

Bilaga 1.

Konsultationsmodellen

Aktörer

Konsultationsarbetet omfattar öppenvårdsenheterna inom psykiatri i VGR (offentliga och upphandlade) och vårdcentraler anslutna till VG-Primärvård i VGR. Samarbetet med för barn- och ungdomspsykiatri, habilitering, somatisk specialistsjukvård och kommunerna beskrivs inte här.

Målsättning

Målsättningen är att optimera samarbetet mellan primärvården och psykiatri för att förbättra vården för den enskilde patienten och underlätta arbetet genom kompetensutveckling i vardagen. I förlängningen förväntas effektivare patient- och remissflöden. Behandlingsresultatet bör också påverkas positivt genom möjlighet till konsultation i rätt tid. Syftet är att patienten ska uppleva en sömlös vård. Konsultationsmodellen ses som en förutsättning för ett gott samarbete med möjlighet att erbjuda patienten en god vård. Följsamheten till Ansvarsfördelningen styrs inte av verksamheters eventuella resursbrister (t ex bemanning, kompetens, ekonomi).

Förhållningssätt

Vid tolkningen av den medicinska ansvarsfördelningen ska det som är bäst för patienten vara vägledande. När samarbete och konsultationer görs på rätt sätt i rätt tid minskar tiden för konsultationer totalt. När alla behandlare har som riktmärke att ta hand om fler patienter än man egentligen anser ingår i ansvarsområdet minskar risken för att patienter faller mellan stolarna.

Ansvarsfördelning

Den medicinska ansvarsfördelningen mellan psykiatri och primärvården i VGR finns översiktligt och principiellt beskrivet i separat dokument *Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri*. Individuella bedömningar kan alltid göras i enskilda fall.

Konsultationsmodellen

Basen för konsultationerna bygger på kännedom och förtroende mellan samverkansparterna, både genom personkännedom och på kunskap om vårdstrukturer. Modellen omfattar flera möjliga konsultationsvägar beroende på aktuell komplexitet och brådskandegrad.

Samarbetsmöten

Regelbundna möten med chefsmedverkan behöver organiseras inom närområdet utifrån lokala förutsättningar. Det är ett gemensamt chefsansvar att tillskapa och underhålla samarbetsmöten mellan psykiatri och primärvården. Fokus ska vara frågor kring kontaktvägar, remisser och avidentifierade aktuella fall av generell intresse. Rekommenderad mötesfrekvens är två tillfällen per termin. Mötenas innehåll förbereds av båda parter. Där det finns flera specialistpsykiatriska enheter inom närområdet kan befintliga vårdcentraler delas upp mellan enheterna för att främja kontinuitet och direktkontakt. En sådan fördelning inskränker inte patientens fria vårdval. Den s.k. AKO-modellen (allmänläkarkonsult) stödjer utvecklandet av samarbetet.

Direktkontakt per telefon

Viktigt är att allmänläkaren kan få kontakt med psykiater för konsultation per telefon för att diskutera till exempel medicinering vid terapivikt och suicidrisk. Lika viktigt är det att psykiatern kan få kontakt med allmänläkare. Motsvarande möjlighet till samråd för alla yrkeskategorier bör finnas. 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 akutsjukhus växel koppla till psykiatrins jourlinje eller motsvarande för rådgivning.

Remiss

Remissen kan ställas till den offentliga specialistpsykiatrins mottagning eller till privata upphandlade psykiatriska enheter. De remissregler som fastställts av hälso- och sjukvårdsdirektören ska följas och samtliga remisser skall innefatta bedömning av suicidrisk. Ange särskilt om önskemålet är konsultation eller övertagande av vårdansvar. Konsultationssvar ges genom skriftligt remissvar med eller utan föregående patientbesök. Vid större tveksamheter, oklarheter tas direktkontakt med mottagaren.

Konsultationsbesök

Remissen kan ställas till den offentliga specialistpsykiatrins mottagning eller till privata upphandlade specialistpsykiatriska enheter i förekommande fall. Avser besök i specialistpsykiatri efter remiss med önskemål om återkoppling med förslag på handläggning och eller utredning till inremitterande instans. Återkoppla gärna utfallet för enskilda patienter redan under pågående behandling.

Vårdplan

För patienter med komplex symtombild och somatiska hälsoproblem kan upprättande av en samordnad individuell plan/vårdplan vid utskrivning klargöra hur fortsatt handläggning ska ske.

Uppföljning

Konsultationsarbetet utifrån dessa riktlinjer och ansvarsfördelningen följs årligen upp inom respektive lokal samverkansorganisation där också privata upphandlade psykiatriska enheter skall ingå.

Samverkansöverenskommelser avseende den lokala tillämpningen av konsultationsmodellen bör upprättas.

Uppföljning sker också vid gemensamma möten mellan de medicinska sektorsråden för allmänmedicin och psykiatri.