

HÖK - Huvudöverenskommelse om ansvars- och uppgiftsfördelning mellan primärvård och Område Psykiatri

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 Område Psykiatri 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 vuxenpsykiatri för patienter som söker psykiatrisk vård och behandling inom Region Jämtland Härjedalen (Region J/H).

Inom Område psykiatri finns psykiatrisk akutmottagning, tre heldygnsvårdsavdelningar, ECT-enhet, ett mobilt specialistpsykiatriskt omvårdnadsteam (SPOT), öppenvårdsenheter, LARO-program och administration. Öppenvården är under omorganisation och den tidigare ungdomspsykiatrisk mottagning och en del av tidigare vuxenhabilitering är införlivade i andra enheter. Konsultationsverksamhet mot primärvården och ökat nyttjande av distans oberoende teknik är under utveckling.

1 Innehåll

INLEDNING	1
AVGRÄNSNING MELLAN PRIMÄRVÅRD OCH OMRÅDE PSYKIATRI	4
Definitioner	4
2 ANSVARFÖRDELNING VID DIAGNOS-GRUPPER, VUXNA.....	5
Depression	5
2.1.1 Skattningsformulär	5
3 SOCIAL FOBI, TVÅNGSSYNDROM, GENERALISERAT ÅNGESTSYNDROM, PANIKSYNDROM, STRESSRELATERADE BESVÄR (EXKLUSIVE UTMATTNINGSSYNDROM) OCH PTSD	6
3.1.1 Skattningsformulär	6
UTMATTNINGSSYNDROM	7
3.1.2 Skattningsformulär	7
KRISREAKTION	7
4 SÖMNSTÖRNING.....	7
4.1.1 Skattningsformulär	8
KROPPSSYNDROM (SOMATOFORMT SYNDROM, SOMATISERING)	8
RISKBRUK, MISSBRUK OCH BEROENDE	8
4.1.2 Skattningsformulär	9
5 PSYKOSSJUKDOM	9
BIPOLÄR SJUKDOM	9
5.1.1 Skattningsformulär	9
PERSONLIGHETSYNDROM	10
NEUROPSYKIATRISK FUNKTIONSNEDSÄTTNING	10
5.1.2 Skattningsformulär	10
Remittering neuropsykiatrisk utredning	11
ÄTSTÖRNING	11
5.1.3 Skattningsformulär	11
6 ÄLDREPSYKIATRI.....	12
6.1.1 Skattningsformulär	12



Övrig psykiatrisk problematik	12
RIKTLINJER FÖR REMITTERING.....	13
Remittering till primärvård	14
Remittering från slutenvård	15
7 TVÅNGSVÅRD.....	15
7.1 Vårdintygsbedömningar, psykiatri.....	15
7.2 Vårdintygsbedömningar, primärvård.....	15
8 UPPFÖLJNING AV ÖVERENSKOMMELSEN	16
8.1 Ansvar.....	16
8.2 Arbetsgruppens fortsatta arbete:	16

Avgränsning mellan primärvård och område psykiatri

Generell uppgifts- och ansvarsfördelning

För patienter med nydebuterade psykiska besvär är oftast primärvården första instans. Primärvården 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 område psykiatri. Område psykiatri ska tillhandahålla bedömning, diagnostisering och behandling för ovanstående. Område psykiatri har även i uppgift att bidra med konsultativt stöd till primärvården i psykiatriska spörsmål.

En remiss innebär inte nödvändigtvis att behandlingsansvaret ska övertas av område psykiatri, utan kan innebära en konsultation/second opinion. Telefonkonsultation med bakjour välkomnas för att rådgöra. Både primärvård och område 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, självska debeteenden, 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 (till exempel 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 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.

2 Ansvarsfördelning vid diagnos-grupper, vuxna

Depression

Primärvård och område 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 område psykiatri 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: <https://rjh.centuri.se/RegNo/63776>

2.1.1 Skattningsformulär

Som stöd i bedömning av depression samt för att utvärdera behandlingseffekt rekommenderas. Se separat dokument för tolkning av skalorna.

- Patient Health Questionnaire (PHQ-9)
- Montgomery Åsberg Depression Rating Scale (MADRS-S).

3 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 område psykiatri:

- Betydande besvär där två adekvata behandlingsförsök gjorts inom primärvården utan tillfredställande effekt.
- Patienter med allvarlig funktionsnedsättning eller svåra symtom såsom till exempel hög suicidrisk eller handikappande tvång (Y-BOCS >24).
- Svårbehandlad eller komplex PTSD som medför betydande funktionsnedsättning

Kommentar: Viktigt att undersöka patientens motivation till och möjlighet att genomföra behandling innan sådan efterfrågas i remiss. Detta gäller till exempel traumabehandling. Vid enkel PTSD (d.v.s. enstaka trauma och ingen eller lindrig sekundär problematik) ansvarar primärvården för bedömning och behandling.

3.1.1 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)

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 svårare ångesttillstånd eller neuropsykiatriska svårigheter, alternativt samtidig medelsvår/svår depression, bör område psykiatri konsulteras för bedömning och eventuellt övertagande av patienten.

3.1.2 Skattningsformulär

- Stress- Perceived Stress Scale (PSS14)
- Utmattningssyndrom- Shirom-Melamed Burnout Questionnaire (SMBQ) och Karolinska Exhaustion Disorder Scale (KEDS)

Krisreaktion

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

Vid akuta kristillstånd med hög suicidrisk kan ansvaret överföras till område psykiatri.

Patienter med en psykosjukdom, 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: 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.

4 Sömnstörning

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



4.1.1 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 (somatofornt syndrom, somatisering)

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

För allvarlig, komplex eller mer varaktig problematik ansvarar område psykiatri 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.

Riskbruk, missbruk och beroende

Primärvård, område 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 område psykiatri för bedömning, utredning och medicinsk behandling:

- Patienter med riskbruk/missbruk eller beroende av narkotika
- Patienter riskbruk/missbruk eller beroende av alkohol och allvarlig psykiatrisk samsjuklighet
- Patienter med riskbruk/missbruk eller beroende och samtidig graviditet
- Unga vuxna med riskbruk/missbruk eller beroende och psykiatrisk samsjuklighet
- Patienter som behandlats inom specialistpsykiatrin 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 primärvården för uppföljning (oavsett på vilken vårdnivå man vårdats).

För närmare beskrivning av ansvarsfördelning se länk nedan:

<https://rjh.centuri.se/RegNo/54655>

4.1.2 Skattningsformulär

- [Alcohol Use Disorders Identification Test \(AUDIT\)](#)
- [Drug Use Disorders Identification Test \(DUDIT\)](#)
- www.alkoholprofilen.se

5 Psykossjukdom

(Till exempel: schizofreni, vanföreställningssyndrom, reaktiva-, organiska-, substansutlösta-, affektiva psykos)

För patienter med misstänkt eller diagnostiserad psykossjukdom ansvarar område psykiatri för diagnostik och behandling. Patienter med psykossjukdom kan i enstaka fall efter överenskommelse vid vårdplanering mellan distriktsläkare och psykiater följas i primärvården (till exempel farmakologisk underhållningsbehandling vid stabila tillstånd när regelverket så tillåter).

Bipolär sjukdom

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

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 till exempel gälla patienter med bipolär sjukdom typ II som är rimligt stabila i funktionsnivå och har stämningsstabiliserar som är välkända inom primärvården (antiepileptika, neuroleptika).

5.1.1 Skattningsformulär

- Som stöd i bedömningen av mani rekommenderas [Mood Disorder Questionnaire \(MDQ\)](#).
- Stämningslägesdagbok som patient 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)

Område psykiatri 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 (till exempel neuropsykiatrisk 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.

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

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

För patienter med misstänkt eller diagnostiserad neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ansvarar område psykiatri för utredning och diagnostik. Område psykiatri utreder enbart patienter med en betydande funktionsnedsättning. Specialistpsykiatrisk handläggning av ADHD kan innefatta behandling av kärnsymptom, utbildning av patienter och anhöriga, farmakologisk behandling och psykologisk behandling.

I utredning av autism ingår en beskrivning av funktionsnivå och behov av stöd och behandling samt viss psykoedukation. Autismpatienter med kärnsymptom som medför att de ej kan tillgodogöra sig sedvanlig behandling inom primärvården ska behandlas av område psykiatri, liksom autistiska patienter med svåra beteendestörningar eller komplex komorbiditet.

Vad gäller stöd och rättigheter enligt LSS så ligger ansvaret hos kommun och habilitering.

Patienter med konstaterad eller misstänkt neuropsykiatrisk funktionsnedsättning ska i väntan på utredning och efter adekvata behandlingsinsatser inom område psykiatri handläggas inom primärvården för lindrig till måttlig annan psykiatrisk problematik.

5.1.2 Skattningsformulär

För generell neuropsykiatrisk screening rekommenderas, screeningsformulär ligger länkade i remissmall till utredningsteamet: <https://rjh.centuri.se/RegNo/58205>



- För att fånga neuropsykiatrisk problematik rekommenderas: 5 frågor ett formulär/checklista
- För att screena för ADHD/ADD rekommenderas: Wender riktad ADHS symtom skala patientversion (WRASS) och Wender Utah Rating Scale (WURS)
- För autismspektrumtillstånd rekommenderas RAADS-14:
- För differentialdiagnostik rekommenderas: DSM-IV självskattning

Remittering neuropsykiatrisk utredning

Använd <https://rjh.centuri.se/RegNo/58205> för neuropsykiatriska frågeställningar. För att område psykiatri 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 vardagsgöromål.

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.

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 mödravård/primärvård. Patienter som nekar till erbjuden kontakt med område psykiatri kan bli aktuella i primärvården för somatisk uppföljning och vårdintygsbedömningar.

Område psykiatri ansvarar för bedömning, diagnosticering och behandling av vuxna med ätstörning. Innefattar öppenvård, dagvård och slutenvård enligt hälso- och sjukvårdslagen eller tvångsvård.

5.1.3 Skattningsformulär

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/>

6 Äldrepsykiatri

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

Område psykiatri 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 heldygnsvård - främst tvångsvård – bli aktuellt. Vidare kan område psykiatri via remiss från primärvården bidra med förslag på utredning och behandling av demensrelaterade frågeställningar. De kan även bistå i körkortsrelaterade ärenden i vissa fall. Se Zamsynsdokument: <https://rjh.centuri.se/RegNo/25891>

6.1.1 Skattningsformulär

- MMSE:
http://www.demenscentrum.se/globalassets/arbete_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 primärvården och område psykiatri (se sida 2).

Principer för gemensamma patientgrupper

Primärvården och område psykiatri 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 område psykiatri ytterst viktigt, vilket i möjligaste mån ska bygga på en kontinuerlig dialog och samverkan. Samordnad individuell planering (SIP) är här ett bra hjälpmedel för att åstadkomma ett strukturerat samarbete med tydlig ansvarsfördelning, där även kommunala insatser kan komma i fråga.

Riktlinjer för remittering

Remittering från primärvård till område psykiatri

Vid remittering var god använd nedanstående remissmall. Observera att vid remiss angående neuropsykiatrisk utredning finns specifik remissmall

<https://rjh.centuri.se/RegNo/58205>.

Dagligen under vardagar bedöms remisser av sjuksköterska och läkare på psykiatriska akutmottagningen. Åtstörningsenheten har egen remissgång och öppenvård beroende tar emot remisser direkt från socialtjänsten.

En läkare måste alltid finnas med som remittent för att säkerställa att relevant somatisk undersökning, provtagning och differentialdiagnostik är genomförd.

Rubriker	Kommentar
Frågeställning/önskad undersökning	
Anamnes, status, problembeskrivning	Viktigt att beskriva nuvarande funktionsnedsättning.
Social situation	Närstående, hemmaboende barn, boende, stödinsatser
Sysselsättning/ekonomi	Arbete, studier, sjukskrivning
Funktionsnivå/ ADL	Vardagligt fungerande – förändring över tid?
Hereditet för psykiatrisk sjukdom	
Bedömning av riskbruk, missbruk eller beroende	OBS b-peth och u-drogscreening
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 (rek: blod-elstatus, krea, homocystein, folat, glukos, CRP, TSH, b-peth, u-drogscreening)
Bedömning av suicidrisk	
Aktuella skattningsformulär	Bifoga eventuella resultat från relevanta skattningsformulär (se respektive diagnosgrupp)
Nuvarande planering i primärvården	Till exempel: avstämningsmöte,

	fortsatt samtalskontakt
Bedömning	

Remittering till primärvård

Återremittering till primärvård sker när aktiva insatser från område psykiatri inte längre behövs eller när det bedöms att en patient som uppsöker psykiatriska akutmottagningen 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:

Rubriker	Kommentar
Frågeställning/indikation för remiss	En tydlig frågeställning där det ska framgå vad som behöver följas upp (tex läkemedel, sjukskrivning, psykologisk behandling).
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 och farmakologiska alternativ
Rekommendation till primärvården	Hur snar uppföljning/kontakt önskas Om möjligt, motivera och beskriv rekommenderat behandlingsupplägg i de

	fall psykologisk behandling efterfrågas
--	---

Remittering från slutenvård

Efter inläggning gäller regelverket enligt Losus (Lag om samverkan vid utskrivning sluten hälso- och sjukvård).

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

- 1) Inget fortsatt vårdbehov, patienten söker själv lämplig instans vid eventuella förnyade besvär
- 2) Behov av uppföljning inom primärvården. 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 aktuell hälsocentral för att säkerställa detta.
- 3) Fortsatt uppföljning inom område psykiatrins öppenvård. Meddelas via internremiss och om möjligt personlig kontakt med fast vårdkontakt.

7 Tvångsvård

- Lagen om psykiatrisk tvångsvård – LPT
- Lagen om rättspsykiatrisk vård - LRV

7.1 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.

7.2 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. När område Psykiatri har en icke legitimerad primärjour, är det distriktsläkarjourens uppgift att där utföra vårdintygsbedömningar på jourtid.

Blankett för psykiatrisk tvångsvård samt vård av missbrukare kan hittas via Socialstyrelsen hemsida eller se <https://distriktslakare.com/lakarintyg/>



8 Uppföljning av överenskommelsen

8.1 Ansvar

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

8.2 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, bland annat vad gäller specialistkonsultationer och ökad användning av distansoberoende tekniker.

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

Synpunkter och förslag emottages tacksamt för fortsatt utveckling och samarbete. mail till verksamhetsutvecklaren i Psykiatri: mariell.norberg@regionjh.se