

Riktlinjer för medicinsk prioritering av remisser för nybesökstid inom öppenvården.

Bakgrund:

Gemensamma riktlinjer för den medicinska prioriteringen inom öppenvården styrs ytterst utifrån de politiska beslut och beställarorganisationens uppdrag på produktionen. Denna bedömning grundar sig dock på de medicinska prioriteringar som professionen själv ställer upp som mål.

Följande prioriteringar grundar sig även på de överenskommelser som finns mellan primärvårdsorganisationen och specialistpsykiatrin kring första linjens psykiatriska patienter som skall omhändertas inom ramen för primärvård, där den bästa kompetensen för denna patientgrupp finns, och ej hänvisas till specialistpsykiatrin.

Allmänpsykiatrin har **en gemensam remissbedömningsgrupp** Gruppen består f.n. av läkare, psykolog och administrativt stöd. Gruppen kan vid behov adjungera yrkesgrupper eller personer med specialkunskap i anslutning till speciella frågeställningar.

Remissbedömningsgruppen fördelar enligt nedanstående medicinska prioritering till respektive mottagning.

Generellt:

- Avseende första linjens psykiatriska patienter aktuella inom primärvården, måste man ta i beaktande att även dessa patienter och patientansvariga deras läkare kan behöva konsultativt stöd från specialistpsykiatrin. Detta konsultativa stöd kan med fördel ske direkt (exempelvis per telefon) till kollega inom primärvården antingen i samband med enskilt ärende eller på därför speciellt avsatta ”rondtider”. I förekommande fall kan det även innebära att specialistpsykiatrin även gör en direktkonsultativ bedömning av patienten innan svar på remiss ges.
- De formuleringar och exempel som finns på de olika nivåerna ska ses som riktlinjer och i varje ärende ska en helhetsbedömning grundad på tillgänglig information göras.
- Hänsyn skall tas till i vilken utsträckning patientens eventuella redan etablerade vårdkontakter kan ge ett rimligt omhändertagande under väntetiden.
- Om konflikt uppstår mellan medicinsk prioritering som den formuleras i detta dokument och krav från patient, myndigheter eller andra instanser att erhålla intyg eller liknande är det den medicinska prioriteringen som har företräde.
- Unga patienter bör generellt ges högre prioritet speciellt vid osäker diagnos och/eller kraftigt försvårande sociala omständigheter.
- Patienter som vårdats inom heldygnsvården skall prioriteras, liksom patienter där man kan förhindra inläggning inom heldygnsvården.
- Vid remissvar där man bedömt att specialistpsykiatrin inte är rätt instans skall hänvisning till annan lämplig instans föreslås t.ex. familjerådgivning, institutionen för psykologi vid Uppsala Universitet, mans- eller kvinnojouren.

Prioriteringsnivå 1- bör erbjudas tid inom 1-3 dagar

- Suicidala patienter - personer som nyligen genomfört självmordshandlingar
- personer med risk för självmordshandlingar de närmaste dygnet
(obs! tidigare s-handlingar och andra riskfaktorer vägs in vid riskbedömningen)
- Allvarlig risk för att barn ska fara illa t.ex. vid nära förestående förlossning och postpartumdepressioner
- Annan allvarlig risk för att patienten eller andra utsätts för allvarlig fara, t.ex. våldsamhet vid psykiatriska tillstånd, djupa depressioner med risk för uttorkning eller andra somatiska komplikationer.
- Allvarligt akut trauma hos person med psykiatriskt tillstånd
- Personer med maniskt skov
- Personer med akut trauma där stor risk föreligger för psykiatrisk komplikation eller annat kraftigt dysfunktionellt agerande.

Prioriteringsnivå 2 – bör erbjudas tid inom 7 dagar

- Obehandlade djupa depressioner
- Nydebuterade svåra ångesttillstånd
- Personer med självskadande beteende som ej innefattas i prioritetsnivå 1. (Personer med självskadande beteende om vilka det föreligger tillräcklig information för att uppfatta att detta inte är ett led i en suicidal process hänförs till prioritetsnivå 3.)
- Hypomani
- Unga patienter med osäker diagnos och samtidigt allvarliga symtom depression eller ångest.
- Anorexi/bulimi där omedelbar fara för allvarliga somatiska komplikationer föreligger.
- Gravida med allvarliga symtom depression, hypomani eller ångest.
- Patienter som skrivs ut från heldygnsvård där behov av snabbt återbesök inom öppenvården bedömts föreligga.

Prioritetsnivå 3 - bör erbjudas tid inom 30 dagar

- Övriga depressioner som kräver specialistbedömning
 - depressioner med säkerställda hypomana eller maniska episoder i anamnesen
 - annan samtidig psykisk sjukdom
 - besvärande biverkningar vid låg dosering
 - ett adekvat behandlingsförsök i primärvården med icke tillfredställande svar.
- Övriga ångesttillstånd som kräver specialistbedömning
- Ej akuta komplicerade kriser
 - vid psykiatrisk komorbiditet som försvårar tillståndet
 - då insatser från primärvård, FHV etc. ej varit framgångsrika.
- Unga patienter med oklar diagnos.
- Patienter med anorexi/bulimi där ej omedelbar fara för allvarliga somatiska komplikationer föreligger.
- Patienter som har psykiatrisk problematik i anslutning till nära anhörig som är patient inom psykiatrin. (Innefattar inte vanligt anhörigarbete.)
- Allvarlig psykiatriskt tillstånd som påverkar allvarlig somatisk sjukdom.

Prioriteringsnivå 4 – bör erbjudas tid inom 90 dagar

- Övriga tillstånd som faller ingår i specialistpsykiatrins uppdrag och som ej förts till annan prioriteringsnivå, t.ex.:
 - Psykoterapibedömning eller specialistpsykiatrisk bedömning av patient i behandling hos annan vårdgivare i sjukvården.
 - Specialistpsykiatrisk bedömning av patient som söker psykoterapi utan att tillhöra någon grupp med högre prioritering.
 - Intygsärenden

Prioriteringsnivå 5 – ska ej erbjudas tid

- Enbart social problematik
- Okomplicerade kriser
- Psykologiska komplikationer till somatiska tillstånd. (obs gäller ej akuta konsultationer till inneliggande patienter på sjukhusets somatiska avdelningar, där max 3 samtal erbjudes.)
- Tillstånd inom ramen för första linjens psykiatri tas bäst omhand inom primärvården bör inte psykiatiseras.