

Överenskommelse om principer och riktlinjer för samarbete och samverkan mellan primärvården och vuxenpsykiatri i Uppsala län

1 BAKGRUND

I World Health Organisations (WHO) principdeklaration, "Alma Ata 1978 Declaration on Primary Health Care" uttalas att hälsa åt befolkningen i hela världen är en av de mänskliga rättigheterna. Primärvården skall utgöra den första linjens sjukvård för både somatiska och psykiatriska sjukdomar. Primärvården och vuxenpsykiatri bör därför i samverkan definiera sina respektive uppgifter och ansvar i vårdkedjan för patienter med psykisk ohälsa.

Avsikten är att nedanstående principer och riktlinjer skall utgöra en grund för samarbete och samverkan inom länet samt förankras hos organisationernas lokala enheter. Tillämpning och anpassning sker sedan utifrån lokala förhållanden.

2 PRINCIPER FÖR SAMARBETE OCH SAMVERKAN

2.1 Grunder

Hälso- och sjukvårdslagen (HSL) reglerar sjukvården. Patienten skall vårdas och behandlas på rätt nivå i vårdkedjan och normalt ta första kontakten med primärvården. Primärvården ska erbjuda patienten kontakt samma dag. Besök ska om så behövs kunna ordnas inom sju dagar. Primärvården ska när så erfordras hänvisa till specialistvård som efter mottagen remiss ska kunna erbjuda besök inom högst 90 dagar. För patienter med oklar diagnos bör besök hos specialist ske inom en månad.

Inom psykiatri utgör öppenvården basen för patientkontakter och behandling. Den psykiatriska mellan- och slutenvården ska vara ett komplement för kvalificerad utredning och behandling i förhållande till framförallt den psykiatriska öppenvården men även i förekommande fall gentemot primärvården.

Patienter som är okända inom psykiatri och tar direktkontakt med psykiatri bör tillfrågas om de har eller är "listade" hos husläkare. Om inte, bör de rekommenderas att lista sig hos en husläkare via husläkarkansliet. Husläkaren har normalt ett akutansvar och uppföljningsansvar gentemot listade patienter.

2.2 Remitteringsprinciper

Remisstväng föreligger inte för vård sökande patienter i psykiatrisk öppenvård. Överföring mellan olika vårdinstanser bör dock ske via ett remissförfarande. Det är angeläget att remitterande enhet snarast får bekräftelse på att remiss är mottagen och besked om preliminär väntetid. Väntetiden vid remiss till specialistvård bedöms enligt psykiatriens riktlinjer för medicinsk prioritering, där väntetiden inte ska överstiga tre månader. Planerad uppföljning av patienter som remitteras till primärvården kan förväntas ske tidigast efter 4-6 veckor. Vid behov av akut uppföljning inom enstaka veckor ska detta ske inom psykiatri.

Allmänpsykiatri har en gemensam remissbedömningsgrupp som bedömer alla inkommande remisser efter gemensamma riktlinjer för medicinsk prioritering.

Bedömning av remiss görs av bl.a. specialistkompetent psykiater eftersom remissen från allmänläkare innebär att remitterande allmänläkares resurser och kompetens är otillräcklig. I de fall man inte övertar behandlingen måste remissvaret innehålla tydlig instruktion om hur handläggning och behandling skall ske.

Poängteras bör att den enhet som behandlar patienten för ett tillstånd också skall sköta receptförskrivning och eventuell sjukskrivning för detta.

Resursbrist inom egna enheten får inte vara indikation för remittering till motparten.

Individuell plan (IP)

Ett viktigt dokument vid stöd till långvarigt psykiskt funktionshindrade är den "Individuella planen" (IP). Det är ett brukarstyrt instrument för planering av insatser för patienter där flera huvudmän är inblandade. Planen upprättas i samarbete med brukaren i samtliga fall där denne ger sitt tillstånd. En särskild IP-ansvarig väljs av brukaren. För patientgrupper med samtidig somatisk och grav psykisk sjukdom som gravt somatiserande besvär, schizofreni eller svåra bipolära syndrom med metabolt syndrom är utarbetandet av fungerande samarbetsrutiner särskilt viktiga. Primärvårdens medverkan är önskvärd vid utformning av dessa dokument för enskilda individer.

I de fall patientens talan förs av annan person (t ex anhörig/god man) ska en så kallad handlingsplan upprättas.

3 VERKSAMHETSOMRÅDEN INOM PSYKIATRI

Den specialiserade vuxenpsykiatri är fördelad i fyra verksamhetsområden, vilket innebär en högre nivå av subspecialisering med tyngdpunkten av verksamheten i öppenvård med ett vårdkedjetänkande samt vårdprogram utifrån diagnos och vårdbehov.

1. Verksamhetsområde Allmänpsykiatri
2. Verksamhetsområde Psykosvård och rättspsykiatrisk vård
3. Verksamhetsområde Äldrepsykiatri
4. Verksamhetsområde Beroendesjukdomar

4 SÄRSKILDA FRÅGOR

4.1 Vårdintygsärenden (LPT)

Vårdintygsbedömningar av patienter som befinner sig på den psykiatriska akutmottagningen görs av psykiatri dygnet runt alla dagar.

Psykiatri gör vårdintygsbedömningar dagtid, kl 08.00 – 17.00, av patienter som är kända inom psykiatri.

Primärvården utför vårdintygsbedömningar dagtid, kl. 08.00 – 17.00 av patienter som inte tidigare är kända inom psykiatri.

Journalhavande allmänläkare gör vårdintygsbedömningar som sker i patientens bostad eller på annan plats utanför sjukhuset vardagar kl. 17.00 - 08.00 samt helger.

4.2 Körkortsfrågor

Psykiatrien handlägger körkortsärenden för patienter med aktuell kontakt inom psykiatrien. Psykiatrien handlägger även körkortsärenden om t ex tidigare körkortsbedömning föranlett omprövning pga. psykisk sjukdom eller om misstanke om psykisk sjukdom finns. Beroendepsykiatrien handlägger körkortsärenden för patienter som ett led i behandlingen i vissa fall.

4.3 Tillsyn vid särskilda boenden

Vid särskilda boenden i kommunal regi (eller av nämnder upphandlade särskilda boenden) har husläkare ett åtagande för tillsyn av äldre patienter. Därvid bör husläkaren ha tillgång till en psykiatrisk konsult (se kap 5 och 6). Psykiatrien svarar också för mer direkta insatser i vissa särskilda boendeformer.

Bör betonas att primärvården har ansvar för behandling av somatiska sjukdomar för psykiskt sjuka i särskilda boenden, på samma sätt som psykiatrien har ansvar för svårare psykiatriska sjukdomar inom särskilda boenden.

5 AKUT- OCH JOURMOTTAGNING, MOBILA TEAM (PSYKIATRI)

En förteckning över länets akutmottagningar, öppettider m m finns i "Telefonnummer till vården". (Katalogen ges ut av Landstinget en gång per år och distribueras till länets alla hushåll.)

Psykiatriens akutverksamhet är öppen dygnet runt. Det mobila teamet är tillgängligt kl. 15.00 – 23.00. Avsikten är att kunna nå patienterna så nära hemmet som möjligt med bland annat tidig intervention i stället för traditionella jourbesök. Det mobila teamet används framförallt för hembesök för inom psykiatrien kända patienter samt stöd till patienter för vilka en IP är upprättad (långtidssjuka). Det mobila teamet kan även vara behjälpligt när läkare gör vårdintygsbedömning i patientens hem.

Det mobila teamet drivs i samarbete mellan psykiatrien och socialtjänsten i Uppsala och Knivsta kommun.

Avsikten är också att mobila teamet och bakjouren ska vara en instans för telefonkonsultation i akuta lägen under kvällar och helger både för Akademiska sjukhuset och för primärvården. Under dagtid kan psykiatriens öppenvårds- mottagningar kontaktas.

6 KONSULTATION, HANDEDNING OCH UTBILDNING

Konsultationer mellan specialiteterna bör ske i olika former.

Allmänpsykiatrien har en fast telefonkonsult 3-4 timmar/dag 3 dagar per vecka som är tillgänglig för primärvården. Vid akuta lägen utanför dessa tider finns en möjlighet att ta kontakt med bakjouren, se ovan.

Patienter med kronisk somatiseringsproblematik är oftast mycket svåra att motivera till besök inom psykiatrin varför det skulle finnas en stor vårdvinst (vårdkonsumtion samt vårdkvalitet) om man har möjlighet till psykiatrisk konsult på vårdcentralen.

Formerna för handledning ska utvecklas och anpassas till lokala förhållanden. I missbruks- och beroendeärenden sker konsultationer, handledning och utbildning enligt vårdresursplanen i enlighet med drogskadepreventionen inom Uppsala län.

Primärvården är ålagd att ha regelbundna Resursteamsmöten tillsammans med Försäkringskassan i avsikt att optimera sjukskrivningstiden för patienter som riskerar en sjukskrivningstid överstigande 6 månader. Om patienten samtidigt behandlas inom psykiatrin ska inbjudan skickas även till psykiatrin och det är önskvärt att behandlare från psykiatrin deltar.

Speciella möten för patienter med transkulturell problematik där psykiatrisk kompetens från ETP (Enheten för Transkulturell Psykiatri) finns representerad genomförs regelbundet utifrån lokala behov och önskemål.

I missbruks- och beroendefrågor sker konferenser i de lokala resursgrupperna.

Psykiatrin ska även erbjuda planerad utbildning. Primärvården ska ta initiativ till och begära utbildningsinsatser där behov föreligger. Psykiatriska frågeställningar bör vara ett återkommande inslag på Husläkardagarna.

Information kring olika vårdprogram bör drivas.

Möjligheter till gemensam forskning t ex inom epidemiologi och folkhälsovetenskap bör diskuteras och uppmuntras.

7 SAMVERKANSFORMER

7.1 Central och lokal nivå

Regelbundna möten mellan representanter för primärvården och psykiatrin bör ske både på ledningsnivå och på lokal nivå.

Ledningsnivå

Den ledningsgrupp med representanter från primärvården och psykiatrin som tillsatts ska ha regelbundna möten för planering och diskussioner av övergripande natur, policyfrågor, utbildningsfrågor och liknande. Minnesanteckningar ska föras.

Lokal nivå

Regelbundna återkommande möten mellan primärvårdens läkare och öppenvårdspsykiatrin för att bl.a. diskutera frågor om samarbete, kontaktvägar, behandlingsstrategier och eventuella fallstudier/beskrivningar ska ske.

Gemensamma projekt, avgränsade FoU-uppdrag m m bör också ingå i arbetet. Antalet möten anpassas till lokala förhållanden.

7.2 Brukarorganisationerna

Brukarorganisationernas föreningar i länet (ex RSMH och IFS) utgör viktiga samrådsorgan i utvecklingen av vård och behandling för psykiskt funktionshindrade. De bör därför inbjudas

att delta som samrådspartner både på central och på lokal nivå. (Samverkansavtal HSO - Landstinget 1998-01-26) I missbruksfrågor finns en "brukarpanel" med FMN, Länkarna, Länken, AA och RFHL, med samråd centralt och lokalt.

8 DIAGNOSGRUPPER

Områden, där extra samarbetsinsatser och gemensamma utbildningar bör prioriteras, är:

Alkoholmissbruk och beroende

Primärvårdens huvudsakliga uppgift är att kunna identifiera risk- och högkonsumenter samt i samarbete med Beroendekliniken kunna erbjuda behandling. Komplicerad missbruksproblematik ska i första hand skötas av Beroendekliniken.

Bipolär sjukdom

Dessa patienter tillhör den specialiserade psykiatrin och ska i första hand omhändertas där. Detta gäller exempelvis patienter med litiumbehandling som ska ha en kontinuerlig psykiatrisk kontakt med en subspecialiserad mottagning. Den specialiserade psykiatrin ska också bistå med bedömningar och diagnos vid misstanke om bipolär sjukdom till exempel vid återkommande svårbehandlade depressioner och misstanke om hypomani.

Endast i okomplicerade och väl utredda fall kan behandlingen skötas av primärvård v b i samarbete med psykiatrin.

Demenser

Utredning och behandlingsplanering sköts av primärvård i samarbete med länsgeriatrik och vid behov med äldrepsykiatrin. Klara beteendestörningar i samband med demenssjukdom kan vid akuta tillstånd i första hand handläggas av äldrepsykiatrin. Komplicerade frågeställningar kan med fördel skötas med hjälp av äldrepsykiatrin.

Depressioner

Lätta och medelsvåra depressioner utreds och behandlas i första hand av primärvården.

Psykiatrin ska vid behov kunna konsulteras för ytterligare behandling.

Vid uteblivet behandlingssvar samt vid försämring under pågående behandling ska psykiatrin kontaktas för behandlingsförslag och vid behov kunna bedöma patienten.

Komplicerade depressioner med suicidtankar och suicidplaner handlägges i första hand inom den specialiserade psykiatrin.

Krisreaktioner

Okomplicerade kriser kan skötas inom primärvård alternativt genom kommunens försorg.

Endast komplicerade kriser med samtidig suicidal problematik ska skötas inom den specialiserade psykiatrin.

Läkemedelsberoende

Primärvårdens huvudsakliga uppgift är att kunna identifiera patientgruppen samt uppmärksamma tidiga tecken på toleransutveckling och vid behov remittera till beroendeklinik. Generellt bör förskrivning av potentiellt beroendeframkallande medel under långre tid undvikas.

Neuropsykiatriska funktionshinder (ADHD, Asperger, Tourette)

Specialistpsykiatrin utreder, diagnosticerar samt sköter den specifika medicineringen av dessa patienter. Primärvården är dock en viktig samarbetspartner då det gäller somatiska symtom.

Personlighetsstörningar

Detta är en mycket stor patientgrupp där svårare psykiatriska symtom ska skötas inom specialistpsykiatri. Utredning och diagnos är en specialistangelägenhet. Dessa patienter kan periodvis föras över till primärvården under förutsättning att specialistpsykiatri återtar ansvaret vid allvarliga försämringar och vid behov ger handledning.

Psykossjukdom

Sköts i huvudsak inom specialistpsykiatri. Somatisk vård ges av primärvård i samarbete med psykiatri. Behandlingsansvar för neuroleptika- behandling ligger inom psykiatri.

Psykosomatiska störningar

Sköts i första hand inom primärvården.

Psykosocial problematik

Sköts i huvudsak av kommunen.

Somatisk komplikation till psykiatrisk sjukdom och behandling

Särskilt viktigt med konsultationer och samarbete med primärvård.

Somatiseringssyndrom,

Söker ofta inom primärvård. Stort behov av konsultation och nära teamarbete med specialistpsykiatri för optimalt behandlingsresultat i svåra fall.

Se psyk konsult under punkt 6

Smärtsyndrom

Söker oftast inom primärvården, men kan även söka inom psykiatri med ångest eller nedstämdhetssymtom. Samarbete mellan primärvård samt psykiatri är viktigt. Svårare och långvarig smärtproblematik hänvisas till speciell smärtenhet.

Sömnstörningar

Sköts som enskild diagnos i princip inom primärvården med konsultation från sömnstörningsenhet eller annan specialistenhet vid behov. Är dock ofta symtom på psykisk ohälsa och vid behov tas kontakt med psykiatri

Traumatiserade patienter

Kräver nära samarbete mellan olika yrkeskategorier inom primärvård och psykiatri då de ofta har somatiska symtom med underliggande psykiatrisk sjuklighet.

Tidiga tecken på begynnande psykossjukdom

Vid misstanke ska alltid psykiatri konsulteras. Psykotiska symtom hos unga individer ska alltid uppmärksammas och konsultation med psykiatri ska tas i tidigt skede

Ångesttillstånd

Lättare störningar sköts i huvudsak inom primärvård. Svårare tvångssyndrom, paniksyndrom samt social fobi utreds och behandlas företrädesvis inom specialistpsykiatri.

Ätstörningar

Söker inom såväl psykiatri, primärvård som skolhälsovård. Viktigt med tidig diagnostik och intervention vilket ofta kräver samarbete mellan disciplinerna. Psykoterapeutisk behandling

ges inom specialistpsykiatrin. En speciell ätstörningsenhet inom allmänpsykiatrin handhar svårare fall.

Uppföljning, utvärdering och revidering av detta dokument ska ske en gång vart tredje år. Om ena parten så önskar kan det ske oftare. Kvalitetssäkring sker i övrigt enligt respektive förvaltnings regler.

Denna överenskommelse har idag undertecknats i två likalydande exemplar, ett för vardera parten.

Uppsala 2008-06-13



AnnCharlotte Frank-Lindgren
Primärvårdsdirektör



Karin Norlén
Divisionschef Psykiatridivisionen