

HÖK angående psykiatriska sjukdomar hos vuxna



Överenskommelse mellan Primärvården och Vuxenpsykiatri i Norrbotten

Innehåll

ALLMÄN DEL	2
Handläggningsöverenskommelse – HÖK mellan vuxenpsykiatri och primärvård i Norrbotten.....	2
Huvudriktlinjer för samverkan mellan vuxenpsykiatri och primärvård .	4
DIAGNOSSPECIFIK DEL	6
Psykisk störning med framträdande psykotiska symptom (psykossjukdom i dagligt tal)	6
Bipolär sjukdom	6
Depression	7
Personlighetssyndrom.....	8
ADHD.....	9
Autismspektrumstörning (ASD).....	10
Ätstörning	10
Anpassningsstörningar Krisreaktioner eller maladaptiva stressreaktioner samt liknande störningar vid svår stress.....	11
Utmattningssyndrom	12
PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom)	12
Ångestsyndrom.....	13
Tvångssyndrom – OCD (Obsessive Compulsive Disorder).....	13
Beroende.....	14
Spelberoende	15
Suicid – Självmordsrisk.....	16
Riskfaktorer och varningssignaler.....	16
Förändringar i beteendet.....	16

ALLMÄN DEL

Syfte

För att uppnå syftet med överenskommelsen krävs att samarbetet mellan Psykiatri och Primärvård optimeras och definieras så att den individen upplever ett tydligt flöde. Handlingsöverenskommelsen ska:

- Förtydliga vårdnivåer och ansvarsområden för vård av patienter med psykisk ohälsa.
- Bidra till att patienten får en god och effektiv vård.
- Att resurserna används på rätt sätt och i rätt tid.

Målsättningar

Målsättning med handlägningsöverenskommelsen är:

- Effektivare remissflöden.
- En stimulerad kompetensutveckling.
- Ett optimerat samarbete mellan Primärvården och Psykiatrin.

Ansvarsfördelning och vårdnivåer

För diagnosgrupper där ansvaret ligger i Primärvården ska möjlighet till psykiatrisk konsultation finnas. Detta gäller framför allt:

- Där diagnosen är oklar.
- Om patienten inte svarar på insatt behandling.
- Vid misstänkt riskbeteende såsom självskada, aggressivitet och våld.
- Vid suicidrisk.
- Vid psykiatrisk samsjuklighet (t ex depression och missbruk).

I enskilda fall – och efter överenskommelse - kan ansvarsfördelningen ändras så att patienter med psykiatriska tillstånd som man inom Primärvården normalt ansvarar för flyttas till Psykiatrin. Även omvänt kan patienter med psykiatriska tillstånd som man inom Psykiatrin normalt ansvarar för flyttas till Primärvården.

I varje kommun i Norrbotten ska samverkansforum inrättas. Tvärprofessionella möten där representanter från Primärvård och Psykiatri deltar ska hållas regelbundet. Möjlighet till ömsesidig telefonkonsultation ska finnas, se lokal rutin för samarbete.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Definition av svårighetsgrad

Definitionen här nedan bygger på psykiatrins diagnosmanual DSM-5, som ger de officiella definitionerna samt i vissa fall även svårighetsgradering. För många psykiska störningar gäller följande riktlinjer:

- **Lindrig**
Få, om ens några, symtom utöver det antal som krävs för diagnosen och/eller är mindre uttalade. Symtomen orsakar bara en lättare nedsättning av förmågan att fungera i arbetslivet eller i vanliga sociala aktiviteter
- **Måttlig/medelsvår**
Symtomen eller funktionsnedsättningen ligger mellan nivåerna lindrig och svår
- **Svår**
Ett flertal symtom utöver det antal som krävs för diagnosen eller särskilt svåra symtom och symtomen orsakar en markant försämring av förmågan att fungera i arbetslivet eller i vanliga sociala aktiviteter.

Svårighetsgraden av en depression är nästan alltid (dock inte alltid) relaterad till antal depressionssymtom, d v s ju större svårighetsgrad vid skattning enligt någon gängse skattningsskala för depression, t ex MADRS, ju fler depressionssymptom företer patienten.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Patientansvar

I patientansvaret ingår behandling och sjukskrivning, receptförskrivning och samordning av olika typer av insatser. I patientansvaret ligger även skyldighet att remittera patienten vidare.

Remiss

Patientansvaret ligger kvar inom den enhet varifrån remissen skickas fram till dess att:

- Patienten har varit på första besök på remissmottagande enhet.
- Ansvaret har avgjorts i vilken verksamhet behandling och uppföljning ska ske - inom Psykiatri eller Primärvården.

I remissbekräftelsen ska en ungefärlig tid till första läkarbesök anges.

Behandling

Behandlingsansvar kan omfatta både medicinska, psykologiska och psykosociala insatser.

Sjukskrivning

Ansvar för sjukskrivning av patienten är en del av behandlings- och patientansvaret.

För patienter som **remitteras/återemitteras från Psykiatri till Primärvården** ska det tydligt framgå vilka funktionsnedsättningar patienten har. Detta utgör underlag för Primärvården i de fall som fortsatt sjukskrivning är aktuell.

Samordningsansvar

Att tillgodose patientens behov av rehabilitering och att samordna insatser i samverkan med andra aktörer är också del av patientansvaret.

Samordnad individuell plan (SIP) ska erbjudas till de patienter som är i behov av insatser både från socialtjänst och hälso- och sjukvård.

⇒ [Länk till information om SIP](#)

Receptförskrivning

Ansvar för ordination och förskrivning av läkemedel följer i normalfallet med patientansvaret. Övertagande av ordination och förskrivning sker genom remiss och bekräftelse genom svar på denna. Observera särskilt att:

- Ordination och förskrivning som avviker från rekommendation i FASS, övertas endast efter särskild överenskommelse.
- Ordination och förskrivning av läkemedel, som remissmottagaren normalt inte ordinerar, övertas endast efter särskild överenskommelse.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Huvudriktlinjer för samverkan

En förutsättning för en god samverkan är att verksamhetsföreträdarna för en kontinuerlig dialog med varandra.

Primärvård

Inom Primärvården utreds, diagnosticeras och behandlas lindriga och medelsvåra psykiska sjukdomar/störningar. Ansvaret avser samtliga behandlingsinsatser för denna patientgrupp.

Psykiatri

Inom Psykiatrin utreds, diagnosticeras och behandlas svåra psykiska sjukdomar/störningar samt vissa komplicerade psykiatriska tillstånd. Ansvaret avser samtliga behandlingsinsatser för denna patientgrupp:

- Vid behov av psykiatrisk slutenvård.
- Vid behov av psykiatrisk tvångsvård.
- Då behandlingsinsatser i Primärvården visat sig otillräckliga, även vid lindriga och medelsvåra psykiatriska tillstånd.
- Då det finns behov av konsultation för diagnostik och bedömning (second opinion) och/eller särskild psykiatrisk behandling för att komma vidare.

Remiss till Psykiatrin

Remiss till Psykiatrin **ska alltid innehålla**:

- Psykiatrisk och social anamnes och symptom.
- Missbruk/beroendeproblematik.
- Familje-anamnes/ärftlighet för psykiatrisk sjukdom.
- Somatisk status och utredning – när det psykiatriska tillståndet inte

är akut.

Önskemålet är att remissen **också innehåller**:

- Tydlig frågeställning och arbetsdiagnos.
- Aktuell medicinering – psykofarmaka och/eller annan medicinering. Hänvisning till uppdaterad läkemedelslista i VAS är ok.
- Tidigare och aktuell läkemedelsbehandling; preparat, dosering, behandlingstid och effekt/biverkan samt anledning till utsättning/ avslutning. Hänvisning till utsatta läkemedel i läkemedelsmodul i VAS är ok.
- Tidigare och aktuell samtalsbehandling; typ (t ex KBT), behandlingstid och effekt/biverkan samt anledning till utsättning/avslutning.
- Funktionsnedsättning och eller aktivitetsnedsättning – hur fungerar patienten i vardagen?
- Sjukskrivning.

Remiss till Primärvården

Diagnos, utredningsfynd och resultat av behandling.

- Bedömning av suicidrisk.
Återremittering till Primärvården ska inte ske förrän suicidrisken bedöms så låg att man inom Primärvården kan förväntas fortsätta vården.
- Pågående behandling, rekommenderad plan för uppföljning och eventuell information om hur länge behandlingen förväntas pågå.
- Behov av insatser från Primärvården, somatiska och psykiatriska.
- Aktuell medicinering och skrivna recept.
- Beskrivning av funktions- och aktivitetsnedsättningar avseende den psykiatriska störningen.
- Indikation och hållpunkter för återremiss.

I samverkan mellan Psykiatri och Primärvården lokalt ska rutin för om patienten kallas eller själv bokar till upprättas. Om patienten bedöms att inte själv klara att boka tid ska detta framgå av remissen/remissvaret att patienten behöver få en kallelse.

[Tillbaka till Innehåll](#)

DIAGNOSSPECIFIK DEL

Psykisk störning med framträdande psykotiska symptom (psykossjukdom i dagligt tal)

Vid dessa tillstånd föreligger kroniska eller episodiska psykotiska symptom. Dessa kan vara röst- eller annan hallucinos, paranoia och/eller vanföreställning och innebär förändrad verklighetsuppfattning. Ofta föreligger en över tid tydlig kognitiv och social funktionsnedsättning.

I regel finns här affektiv sjukdom eller affektiva symptom och neuropsykiatriskt funktionshinder av typ autismspektrumstörning (ASD) och/eller ADHD, eller drag av detta. Insjuknandet sker oftast i åldrarna mellan 16-40 år. Livstidsprevalensen är 1-2 procent. En vanlig traditionellt ställd diagnos här är schizofreni.

Primärvård

- Vid misstanke - remittera till Psykiatrin.
- Patient kan efter överenskommelse skötas inom Primärvården: Stabil patient kan remitteras från Psykiatrin för fortsatt behandling inom Primärvården. . Dock ska remiss föregås av en inledande kontakt. Remissen ska, förutom anamnes, innehålla rekommendation om fortsatt behandling och planering.

Psykiatri

Utredning, diagnostisering och behandling ska i första hand ske inom Psykiatrin.

Bipolär sjukdom

Kännetecknande är återkommande episoder av förhöjt, expansivt eller irriterat stämningsläge och ökad energi eller aktivitet och vidare nästan alltid återkommande episoder av depression. Förstnämnda ”uppåt”-episoder benämns mani eller hypomani:

- **Mani** medför definitionsmässigt funktionsnedsättning, uttalat riskbeteende och/eller psykotiska symptom.
- **Hypomani** är definitionsmässigt ett mildare tillstånd och behöver inte vara funktionsnedsättande utan kan tvärtom visa sig som en period av ökad produktivitet.

Vid bipolär sjukdom förekommer ofta episoder av så kallad *affektiva blandtillstånd*, dvs med samtidiga symptom av *mani eller hypomani och depression*. Sjukdomsepisoder vid bipolär sjukdom benämns affektiva episoder.

Bipolär sjukdom, särskilt bipolär typ II, kan sägas vara *framförallt en depressionssjukdom* eftersom patienten i regel spenderar mycket längre tid i ”nedåt”- än i ”uppåt”-fas.

Tillstånd som ASD, ADHD, ångestsyndrom och missbruk förekommer ofta vid bipolär sjukdom. Beträffande uppkomst finns en mycket stark ärftlighetskomponent.

Primärvård

- Vid misstanke om mani, hypomani eller affektivt blandtillstånd utfärdas remiss till Psykiatrin.
- Screening av maniska tillstånd (t ex MDQ) rekommenderas.
- I Primärvården ges underhållsbehandling av stabila patienter efter remiss från Psykiatrin.

Psykiatri

- Initialt är det alltid inom Psykiatrin som diagnostiserar och behandlar av bipolär sjukdom görs.
- Psykiatrin kan remittera till Primärvården för underhållsbehandling av bipolär sjukdom med stämningsstabiliserande läkemedel efter överrens-kommelse. Det formella vårdåtagandet ligger dock kvar inom Psykiatrin.
- Från Psykiatrin tillhandahålls konsultationsstöd vid frågor om behandling.
- Bipolära patienter - som inom Primärvården erhåller underhållsbehandling - ska återtas vid återfall i mani, svår hypomani, svår depression eller svår affektiv blandepisod.

Depression

Depression (depressiva syndrom med i regel åtminstone en episod av egentlig depression enligt gällande diagnosmanualer) är underdiagnosticerad i befolkningen och det är relativt vanligt att drabbas någon gång under livet.

Behandlingsval vid depression utgörs av antidepressiva läkemedel och, om depressionen är av lindrig till medelsvår svårighetsgrad, psykologisk behandling. Vid svår depression behövs ofta elektrokonvulsiv behandling (ECT).

En och samma episod av depression kan variera kraftigt i svårighetsgrad och suicidrisk. Därmed riskerar behandlingsvalet att styras felaktigt. Vidare kan eventuell samsjuklighet vara helt olika hos olika patienters depression. Därför utgör identifiering och behandling av depression ett gemensamt ansvar i hela sjukvården.

Primärvården

- Diagnostisering och behandling av lindrig till medelsvår depression.
- Remiss till Psykiatrin vid svåra depressioner eller vid allvarlig risk för självmord samt misstanke om bipolär sjukdom – se [HÖK depression](#)
- Underhållsbehandling för stabila patienter.

Psykiatri

- Diagnostisera och behandla svår depression, svårbehandlad depression samt depression med risk för självmord (se HÖK).
- Tillhandahåller konsultationsstöd.
- Återremittering eller remittering vid behandlingsstabilitet och frånvaro av allvarlig självmordsrisk.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Personlighetssyndrom

För vissa individer kan personligheten utgöra problem när man inte kan förhålla sig adaptivt och flexibelt i sin självbild eller i sina privata eller arbetsrelaterade relationer. Medfödda temperament – dystert, cyklotymt, hyper-tymt, irriterbart och ängsligt temperament – kan liksom andra medfödda psykiatriska tillstånd som ADHD och ASD (se nedan) utgöra viktiga komponenter i vad som benämns personlighetssyndrom. Epidemiologiska studier indikerar att så många som 10 procent av befolkningen uppfyller diagnoskriterier för personlighetssyndrom.

Vanligt i denna diagnosgrupp är:

- Emotionellt instabilt personlighetssyndrom
- Välkänt antisocialt personlighetssyndrom.

Förstnämnda syndrom visar sig framförallt i svårigheter att reglera känslor och kan yttra sig i självskadande beteende, suicidhot och suicidförsök samt svårigheter att upprätthålla stabila relationer. Vid just emotionellt instabilt personlighetssyndrom finns en psykologisk metod för behandling.

Primärvård

- Vid misstanke om personlighetssyndrom med svåra funktionshinder och riskbeteenden:
- Kalla till SIP. Det krävs ingen diagnos för att kalla till SIP, patientens behov av insatser är det centrala.
- Utfärda remiss till Psykiatri

Psykiatri

- Här diagnostiseras och behandlas patienter med personlighetssyndrom med svåra funktionshinder och riskbeteende.
- Kallar till SIP.

⇒ [Länk till information om SIP](#)

[Tillbaka till Innehåll](#)

ADHD

Symtom vid ADHD (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) är uppmärksamhet, överaktivitet och impulsivitet. Mindre uttalade symtom är mycket vanliga i befolkningen. Det är först när dessa innebär betydande svårigheter i vardagen som det är befogat att beskriva dem som del i ADHD. Dessutom kan de förekomma vid andra vanliga psykiatriska tillstånd.

Uppmärksamhetsstörning, och i viss mån impulsivitet, mindre hyperaktivitet, ibland hypoaktivitet är mer utmärkande hos vuxna än hos barn med ADHD.

För de flesta med diagnosticerad ADHD är läkemedel den vanligaste behandlingen. För många är det sällan tillräckligt, utan det kan behövas kompletterande behandling.

ADHD är ett heterogent tillstånd, både vad gäller svårighetsgrad och hur det tar sig uttryck. ADHD utan hyperaktivitet benämns ADD (attention deficit disorder) i vissa äldre sammanhang.

Stark överlappning och samsjuklighet finns mellan ADHD, ASD (se nedan) och många andra psykiatriska tillstånd.

Primärvård

- Screena för möjlig ADHD inklusive bedömning att funktionsförmågan är tydligt nedsatt. Bedömning enligt ASRS rekommenderas (se länk nedan). Utesluta vanliga somatiska orsaker till koncentrationssvårigheter, rastlöshet, affektreglering och impulsivitet. Vid undersökning om ADHD ingår även somatiskt status inklusive vissa grovneurologiska test.
- Kontrollerad drogfrihet inför remiss (urinscreening vid ett tillfälle räcker), drogmissbruk utgör inte hinder för remiss men man kan inte genomgå psykologtest under samtidigt missbruk.
- Bedömning och eventuell behandling av samsjuklighet vid lindriga till måttliga tillstånd.

Psykiatri

- Genomför diagnostisk utredning (enligt överenskommelsen nedan) och behandlar patienter som får ADHD-diagnos.
- Bedömning och eventuell behandling av samsjuklighetstillstånd som svår depression, svår ångest, suicidalitet, självskadebeteende, missbruk samt maniska och bipolära tillstånd.

⇒ [Överenskommelse NeuroVuxteamet och Vuxenpsykiatri](#)

⇒ [Neurovux, remissunderlag](#)

⇒ [Självskattningsskala för ADHD hos vuxna](#)

[Tillbaka till Innehåll](#)

Autismspektrumstörning (ASD)

Kärnan i svårigheterna vid ASD - t.ex. Aspergers syndrom - gäller social interaktion, ömsesidig kommunikation och föreställningsförmåga, vilket innebär brister i att uppfatta och adekvat förhålla sig till andras behov och avsikter.

Det är viktigt att förstå att ASD i sig inte direkt verkar behöva innebära att känslolivet är begränsat. Det finns en mycket stor gradskillnad i svårigheter mellan de som endast har mycket specifika svårigheter i vardagen och de som har omfattande svårigheter i så gott som alla livsområden.

Det är mycket vanligt med psykiatrisk samsjuklighet hos vuxna individer. Det finns i nuläget ingen generell läkemedelsbehandling eller bevisat effektiv psykologisk behandling för vuxna individer med autismspektrumstörning. Vid ASD blir dock ofta samsjukliga tillstånd, som ADHD och depression, liksom vissa symptom vid ASD, aktuella för läkemedelsbehandling.

Primärvård

- Identifiera individer där det finns frågeställning om autismspektrumstörning (ASD) med eller utan begåvningshinner. De senare utgör >70 procent av de med ASD.
- Somatisk och psykisk hälsa för normalbegåvade individer med lindriga eller inga andra psykiatriska svårigheter och som erhållit psykiatrisk utredning och psykoedukation.

Psykiatri

- Diagnostisk utredning av autismspektrumtillstånd (enligt länkad överenskommelse i föregående avsnitt).
- Behandla betydelsefull psykiatrisk samsjuklighet.
- Informera om rättigheter till insatser (lagstadgade rättigheter enligt LSS) samt erbjuda och kalla till SIP med berörda aktörer. Vid behov skicka remiss till habilitering.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Ätstörning

Ätstörningar debuterar ofta i tonåren. Prognostiskt är det av stor vikt att upptäcka och behandla ätstörningar i ett tidigt skede.

Enkelt screeninginstrument - fem frågor - för förekomst av ätstörning:

1. Gör du så att du kräks för att du känner dig obehagligt mätt?
2. Oroar du dig för att du har förlorat kontrollen över hur mycket du äter?
3. Har du nyligen gått ner mer än 6 kg inom loppet av 3 månader?
4. Tycker du att du är fet även när andra säger att du är för smal?
5. Skulle du säga att mat dominerar ditt liv?

⇒ [Ätstörningsenheten vårdprogram](#)

⇒ [Kunskapscentrum för ätstörning - www.atstorning.se](http://www.atstorning.se)

Primärvård

Primärvården utgör första linjens psykiatri. Här erbjuds normalt ingen ätstörningsbehandling. I Primärvården ska man dock kunna screena för och diagnostisera misstänkta ätstörningsproblem samt ge stöd och eventuellt lågintensiv behandling i samverkan med läns-ÄT, framför allt med fokus på att normalisera ätandet. Alternativt kan man från Primärvården remittera till Barn- och ungdomspsykiatri och till ätstörningsvården. Vuxna patienter med ätstörning och kontakt inom Psykiatri/LÄNS-ÄT kan hänvisas till Primärvården för somatisk undersökning och kontroller.

⇒ [Psykiatristöd Ätstörningar](#)

Ätstörningsenheterna

- Diagnostiserar och behandlar Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, ätstörning.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Anpassningsstörningar

Krisreaktioner eller maladaptiva stressreaktioner samt liknande störningar vid svår stress

Anpassningsstörningar kan i regel hanteras inom Primärvården.

I studier under de senaste en till två decennierna har man upptäckt att allvarliga, identifierbara stressfaktorer kan utlösa:

- Tillstånd som diagnosticeras som krisreaktion (numera anpassningsstörning).
- Depression relaterad till sorg.
- Förstagångsinsjuknande, återfall eller återinsjuknande - i depressionsepisod vid egentlig depression.

Vid anpassningsstörning (krisreaktion) och tillstånden utmattningssyndrom och posttraumatisk stress (beskrivs i följande avsnitt) finns per definition en allvarlig utlösande stressfaktor. Vid PTSD är den utlösande stressfaktorn en mycket allvarlig sådan, d v s diagnos förutsätter här att allvarliga stressfaktorer föreligger eller har förelegat. Utmattningssyndrom och PTSD, liksom anpassningsstörning - för övrigt även sorg - kännetecknas till skillnad från depression av, ofta plågsamma, minnesbilder av de identifierbara stressfaktorerna. Vid sorg till exempel, av ständiga minnesbilder av den bortgångne.

Störningar vid svår stress kännetecknas av att en person befinner sig, eller har befunnit sig, i en situation med en eller flera allvarliga stressfaktorer. Personens totala resurser och copingstrategier räcker inte till för att, utan varaktigt förändring av psyket, hantera situationen.

Anpassningsstörning, liksom utmattningssyndrom och PTSD ska för diagnos orsaka kliniskt signifikant nedsättning av funktionsförmågan i det sociala

samspelet, inom arbete eller inom andra viktiga områden. Symptom inkluderar, förutom ovan nämnda besvär med minnesbilder av stressfaktorerna även följande:

- Förhöjd arousal.
- Irritabilitet.
- Grava koncentrationssvårigheter.
- Sömnsvårigheter.
- Svårigheter att uppleva positiva känslor.

Som framgår i första stycket i detta avsnitt är depression en viktig differentialdiagnos.

Anpassningsstörningar kan i regel hanteras inom Primärvården.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Utmattningssyndrom

Begreppet utmattningssyndrom är i Sverige definierat med diagnoskriterier, vilka starkt överlappar med kriterierna för egentlig depression. I andra länder ingår utmattningssyndrom i en depressionsdiagnos. Syndromet räknas till ett av de stressrelaterade tillstånden, som angavs i avsnittet ovan.

Om ett tillstånd uppfyller både de svenska diagnoskriterierna för utmattningssyndrom och internationella diagnoskriterier för egentlig depression och/eller för generaliserat ångestsyndrom, GAD (med vilket tillståndet också överlappar), sätts någon - eller båda – av dessa sistnämnda diagnoser och de styr då behandlingsvalet.

Om tillståndet verkar vara relaterat till stress på arbetsplatsen, och diagnosen utmattningssyndrom har ställts, kan åtgärder relaterade till patientens arbete vara aktuella. Detta bör som regel – men i första hand vid behov – kunna hanteras inom företagshälsovården.

[Tillbaka till Innehåll](#)

PTSD (Posttraumatiskt stressyndrom)

En person som lider av PTSD har konfronterats med, eller bevittnat en traumatisk situation, dvs en situation med mycket allvarliga stressfaktorer som död, allvarlig skada eller hot om att bli skadad. Det kan gällande den egna eller andras fysiska integritet. Typiskt vid PTSD är att den traumatiska situationen återupplevs efter händelsen genom upprepade och plågsamma minnesbilder. Typiskt är också att undvika situationer där dessa förnimmelser, känslor och minnen kan aktiveras. Ett genomgående symptom är ångest, särskilt associerad med de plågsamma minnesbilderna.

Primärvård

- Behandling/handläggning, vid behov, av samtliga ovanstående stressrelaterade diagnoser.
- Psykiatrisk remiss vid svår PTSD samt vid andra svårbehandlade och svårbedömda stressrelaterade tillstånd.

Psykiatri

- Bedömning och behandling av svår PTSD samt andra svårbehandlade stressrelaterade tillstånd.
- Bedömning och behandling av svåra stressrelaterade tillstånd med till exempel psykotiska symptom eller tydligt förhöjd suicidrisk.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Ångestsyndrom

Nedan följer en förteckning av olika ångesttillstånd. För definitioner hänvisas till DSM-5:

- GAD
- Paniksyndrom
- Specifika fobier
- Social fobi

Mer utförlig orientering om behandling av ångestsyndromen finns i Läke-medelskommitténs rekommendationer (nll+).

⇒ [Läkemedelskommittén – Rekommenderade läkemedel vid ångest - Behandling](#)

Primärvård

Behandling av lindriga till måttliga ångestsyndrom. Mer utförlig orientering om utredning av ångestsyndromen finns i Läke-medelskommitténs rekommendationer (nll+).

⇒ [Läkemedelskommittén – Ångest - Utredning](#)

Psykiatri

Behandling av svåra och svårbehandlade ångestsyndrom.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Tvångssyndrom – OCD (Obsessive Compulsive Disorder)

Den officiella svenska benämningen på OCD är tvångssyndrom. Tillståndet räknades tidigare till ångeststörningarna och yttrar sig som tvångstankar (obsessions) och/eller tvångshandlingar (compulsions). Dessa föreligger i sådan utsträckning att de skapar betydande problem för personen, är starkt tidsödande, hindrar från att fungera yrkesmässigt eller i relationer till andra

människor. Tvångssyndrom förekommer, liksom ångestsyndromen, ofta samtidigt med andra psykiska störningar (inklusive alkohol- och drogmissbruk).

Ett bra självskattningsinstrument som hjälper att identifiera tvångssyndrom är BOCS.

⇒ [BOCS](#)

Svårighetsgraden av ett tvångssyndrom varierar över tid och kan bestämmas av funktionsnedsättningen: lindrigt-medelsvårt tvångssyndrom medför inget eller begränsat sjukskrivningsbehov medan svårt tvångssyndrom medför komplett sjukskrivningsbehov.

Primärvård

Behandling av lindriga till måttliga tvångssyndrom.

Psykiatri

Behandling av svåra och svårbehandlade tvångssyndrom.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Beroende

För att kunna arbeta effektivt med beroendeproblematik krävs samverkan mellan region, kommuner och frivilligorganisationer. Detsamma gäller förebyggande insatser, tidig upptäckt samt behandling. Socialtjänsten och sjukvården har olika roller i detta arbete.

[Överenskommelse om samarbete inom missbruks- och beroendevård mellan landstinget och kommunerna i Norrbottens län 2014-10-01](#)

Socialtjänsten

Socialtjänsten och hälso- och sjukvården har ett gemensamt ansvar för att se till att personer med missbruk och beroende kommer under vård och behandling, samt för långsiktig rehabilitering. Beroenden utöver substansberoende skall i nuläget hanteras utanför denna överenskommelse.

Primärvård

- Tidig upptäckt av högkonsumtion av alkohol.
- Behandlingsinsatser vid alkoholproblem med lindrig till måttlig psykiatrisk samsjuklighet.
- Behandling kan ske i samverkan med kommunernas missbruksvård och kalla till SIP.
- Behandling av lindrig alkoholabstinens.
- Identifiering och åtgärder vid läkemedelsberoende.
- För identifiering använd AUDIT och DUDIT.

Psykiatri

GÄLLER FÖR VERKSAMHET

Närsjukvård
Suicidprevention; Tvångsvård; Åtstörning

GODKÄNT DATUM

2025-10-07

DOKUMENT-ID, VERSION

VAR-D-5-8772, 6.0

ANSVARIG

Anna Beck, Krister Karlsson

PROCESS

Depression och ångest; Schizofreni;

PROCESSLEDARE

Anna Beck

- Akutvård och abstinensbehandling för personer med samsjuklighet medan övriga sköts vid Primärvården alternativt på en medicinklinik.
- Utredning och långsiktig behandling av personer med svår psykiatrisk samsjuklighet, i samverkan med socialtjänst.
- Läkemedelsassisterad behandling av opiatberoende.
- Vården av personer med missbruk/beroende och psykiatrisk samsjuklighet ska i regel ske parallellt och integrerat samt i samspel med socialtjänstens stödjande, habiliterande och rehabiliterande insatser, kalla till SIP.
- Konsultation i socialtjänst och somatisk specialistvård.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Spelberoende

Spelmissbruk/spelberoende är förhållandevis sent beskrivet som en psykiatrisk åkomma. Det räknas i den senaste psykiatriska diagnosmanualen DSM5 (2013) till beroendesyndromen och benämns i den svenska översättningen av diagnosen för hasardspelsyndrom. Tidigare diagnos var spelmani eller spelberoende och det räknades då till impuls kontrollstörningarna. Spel om pengar samvarierar starkt med andra beroendesjukdomar och med depression (ökad suicidrisk), bipolär sjukdom, antisocialt personlighetssyndrom, ångestsyndrom och ADHD.

[Kunskapsguide spelproblem](#)

Ny lag om *Samverkan om vård, stöd och behandling mot spelmissbruk/spelberoende* trädde i kraft 1 januari 2018. Spelberoende jämställs därmed med annat missbruk, vilket innebär att kommunen får ett ansvar att förebygga och motverka spel om pengar samt att bistå med insatser. Hälso- och sjukvården har här samma ansvar som för andra sjukdomar. Hälso- och sjukvården har ett ansvar att uppmärksamma barn till spelberoende och deras särskilda behov av information och stöd. Detta ska göras i samverkan med kommunen. Ansvarsfördelning mellan kommun och hälso- och sjukvård sker genom överenskommelser som regleras i avtal.

Primärvård

- Tidig upptäckt – använda korta frågeformulär för att upptäcka och uppmärksamma spelproblem (ex NODS-PERC med fyra ja-/nej-frågor) [NODS-PERC](#)
- Bedömning om differentialdiagnos och samsjuklighet behöver alltid göras. Självskattning vid eller vid misstanke om:
 1. Depression är HAD
 2. Bipolär sjukdom är MDQ
 3. Missbruk/beroende är AUDIT och DUDIT.
- Eventuell ADHD – även misstanke där om - och/eller antisocialt personlighetssyndrom ska anges. Självskattningen ASRS är bra som screening-instrument för vuxen-ADHD.
- Behandling kan ske i samverkan med kommunernas missbruksvård.
- Behandlingsinsatser som KBT (särskild manual för KBT och spelbe-

GÄLLER FÖR VERKSAMHET

Närsjukvård
Suicidprevention; Tvångsvård; Åtstörning

GODKÄNT DATUM

2025-10-07

DOKUMENT-ID, VERSION

VAR-D-5-8772, 6.0

ANSVARIG

Anna Beck, Krister Karlsson

PROCESS

Depression och ångest; Schizofreni;

PROCESSLEDARE

Anna Beck

roende finns) och MI. Speldagbok kan användas för att få information om spelmönster.

Psykiatri

- Vid svårare tillstånd - efter närmare bedömning kan KBT och MI-behandling erbjudas samt behandling för den psykiatriska sjukdomen och dess konsekvenser. Speldagbok kan användas för att få information om spelmönster.
- Tidig upptäckt – använda korta frågeformulär för att upptäcka och uppmärksamma spelproblem (ex NODS-PERC med fyra ja-/nej-frågor).
- Utredning och långsiktig behandling av personer med svår psykiatrisk samsjuklighet, i samverkan med socialtjänst.

[Tillbaka till Innehåll](#)

Suicid – Självmordsrisk

En människa som tänker på självmord känner sig ofta isolerad och ensam och kan uppleva att inget och ingen kan hjälpa eller förstå hans eller hennes psykiska smärta. När man inte kan se något annat sätt att handskas med denna förtvivlan och smärta, kan självmord förefalla som den enda utvägen.

Riskfaktorer och varningssignaler

Kritiska livshändelser som till exempel

- Förlust - En närstående, en relation, arbete, status, pengar.
- En större besvikelse: Misslyckad examen eller tentamen, utebliven befordran, mobbning, kränkning.
- Sjukdom - Depression, psykos, allvarliga kroppsliga sjukdomar, missbruk.
- Ärftlighet för suicid.

Förändringar i beteendet

Var alltid uppmärksam på om någon inte längre är sig lik eller får dig att känna dig orolig:

- Är personen lynnig, ledsen och tillbakadragen?
- Ger personen uttryck för känslor som hopplöshet, hjälplöshet och att vara värdelös.
- Bryr sig personen mindre, eller inte alls, om sitt utseende som tidigare?
- Uttrycker personen tankar om döden genom teckningar, berättelser, sånger och tar avsked av folk i sin omgivning och/eller ger bort ägodelar?
- Ägnar sig personen åt riskfyllt och självdestruktivt beteende?

Ibland kan en självmordsnära person upplevas som ovanligt lugn av sin omgivning. Var uppmärksam på detta då det kan tyda på ett tyst beslut att fullfölja sin självmordsplan.

Primärvård

- Fråga om suicidtankar och bedöma risk för suicidalitet.
- Suicidstegen - var befinner sig patienten på suicidstegen? Se HÖK depression och ångest:
 1. Klinisk bedömning.
 2. Anamnes inklusive riskfaktorer och skyddande faktorer.
 3. Information genom samtal med närstående.
 4. Resultat av skattningsinstrument.
- Depressionsbedömning inklusive skattning med expertskattningen MADRS och självskattning, t ex HAD när möjligt.
- Remittera till psykiatrin vid förhöjd suicidrisk.

Psykiatri

- Fråga om suicidtankar och bedöma risk för suicidalitet.
- Suicidstegen - var befinner sig patienten på suicidstegen? Se HÖK depression och ångest:
 1. Klinisk bedömning.
 2. Anamnes inklusive riskfaktorer och skyddande faktorer.
 3. Information genom samtal med närstående.
 4. Resultat av skattningsinstrument.
- Alltid depressionsbedömning inklusive skattning med expertskattningen MADRS och självskattning, t ex HAD.
- Vid remiss gällande suicidnära patient: Prioritera bedömning samma dag via telefon alternativt besök.
- Patient i psykiatrisk slutenvård - kontakt med öppenvårdspsykiatrin etableras och patienten erbjuds en tid för uppföljning senast en vecka efter utskrivning.
- Patient som har gjort ett suicidförsök ska följas upp inom psykiatrin under minst ett år efter suicidförsöket innan patientens vårdepisod avslutas.

⇒ [Vårdprogram Suicidprevention, Vuxenpsykiatrin](#)

[Tillbaka till Innehåll](#)

Dokumentet framtaget i samarbete mellan ALK Ulrika Holmqvist, psykiater Peter Skeppar och Karin Nordberg, bitr verksamhetschef, vuxenpsykiatrin, Sunderby sjukhus.