

Synpunkter och utvecklingsförslag gällande sammanhållen vård- och insatsprocess för psykisk hälsa och suicidprevention, SVIPS

- Detta dokument innehåller de synpunkter och utvecklingsidéer (som LPO Psykisk hälsa fått kännedom om) gällande övergångar och samarbete mellan vårdnivåer för vuxna patienter med psykisk ohälsa och förhöjd suicidrisk.
- Identifierade synpunkter/utvecklingsidéer hittas igen under den vårdprocess de berör alternativt under rubriken för övergripande problem (se nedan i dokumentet).
- Möjlighet att skicka in synpunkter/utvecklingsidéer är öppen för alla via funktionsbrevlådan: svips@regionuppsala.se
- Under respektive vårdprocessrubrik finns området synpunkten berör angivet inklusive en beskrivning av synpunkten, vilken källa ärendet kommer ifrån/vem som skickat in ärendet samt i förekommande fall förslag till lösning.
- Det finns också en lista över de identifierade synpunkter/utvecklingsidéer som gäller regionens och kommunernas samarbete runt patientgrupper med psykisk ohälsa och förhöjd suicidrisk.

Innehåll

Bipolär sjukdom.....	3
Depression och nedstämdhet	5
Diagnostik/bedömning.....	8
Intellektuell funktionsnedsättning	10
Könsdysfori/-identitet	12
Neuropsykiatriska funktionshinder	14
OCD.....	26
Personlighetssyndrom	27
Psykossjukdom	28
PTSD	31
Samverkan kommun och region	32
Skadligt bruk och beroende	34
Suicidprevention	36
Ångest.....	41
Ätstörning.....	42
Övergripande	45

Bipolär sjukdom

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Stabila bipolära patienter	Stabila bipolära patienter borde kunna följas i primärvården.		Processarbete bipolär sjukdom psykiatri
Vårdnivå, kbt via nätet	Psykiatrin rekommenderar patienter med bipolär sjukdom att söka stressbehandling via internet. Nära vård digitalt upplever det vanskligt att behandla patienter med en så allvarlig diagnos då de inte träffat patienten för bedömning samt att dessa patienter kanske inte fått alla de insatser som de ska ha fått inom psykiatrin för sin bipolära sjukdom. Önskar ett förtydligande kring när och hur remittering till primärvårdsnivå ska kunna göras och ev digital behandling på primärvårdsnivå ska kunna erbjudas (detta anses behöva göras genom gemensam vårdplanering) samt rutiner kring hur man ska kunna kommunicera mellan vårdnivåer om patienten försämras.	Önskvärt att en samordning görs mellan primärvård/psykiatri inför delat vårdansvar så att vem som har ansvar för vilket vårdansvar tydliggörs samt att vårdprocessen tydliggör vad som ska ha gjorts inom psykiatrin inför ev insatser via Nära vård digitalt.	Nära vård digitalt/distriktsläkare/privat psykiater
Vårdnivå	Patient med bipolär sjukdom som har kontakt med specialistpsykiatrin nekas psykoterapi via primärvården om de söker för lättare psykiska problem utöver bipolär sjukdom. Till		Läkare, psykiatri

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	exempel ångestproblematik, ätstörning som inte är på specialistpsykiatrisk nivå. Patient med bipolär sjukdom har inte heller tillgång till KBT via nätet för olika ångesttillstånd och sömnproblem som inte är på specialistpsykiatrisk nivå.		
Stabila patienter kan följas i PV	Stabila patienter med bipolär sjukdom kan följas i PV men inte de som står på litium.	De som står på epilepsimedikiner/stämningsstabiliserande går bra.	Läkare primärvård
Bipolär II?	Bipolär II lite av en slaskdiagnos-hur skilja ut denna från annat?		Läkare primärvård

Depression och nedstämdhet

Utbildningsbehov	Utbildningsbehov vg att uppmärksamma och diagnosticera depression, bedöma våld, behandla jämlikt, försäkringsmedicinsk kompetens, SIP.	Internt utbildningsbehov PV alt samordnas med psykiatri	GAP-analys LAG depression
Insatser som rekommenderas i personcentrerat och sammanhållet vårdförlopp för depression	Underdiagnostisering av depression på vissa vårdcentraler. UNS-diagnoser används för mkt. / Viktigt att kunna identifiera svår depression som ska till psykiatri.	Internt utbildningsbehov PV alt samordnas med psykiatri	GAP-analys LAG depression/Brukarsynpunkter
Problem med utdata/Förbättringsarbete	Systematisk uppföljning och förbättringsarbete/utdata saknas.		GAP-analys LAG depression
Personcentrering	Målgruppsanpassade insatser krävs?		GAP-analys LAG depression
Optimera behandling	Viktigt med snabbare optimering av depressionsbehandling för att förbättra framtida förlopp.		Processgrupp depression psykiatri
PMS/PMDS	Ska behandlas i primärvården men görs inte alltid.		Processgrupp depression psykiatri
Kroniska tillstånd	Habiliterande insatser då depression ej kan hävas-vem ska ansvara?		Processgrupp depression psykiatri

Vad ska erbjudas i primärvården vid medelsvår depression?	Primärvården bör uttömma alla behandlingsmöjligheter vid medelsvår depression inte bara göra tre behandlingsförsök.		Processgrupp depression psykiatri
Underbemanning	Patient med svår depression, inskriven på affektiva mottagningen, bedömdes på vårdcentral vara allvarligt försämrade med uttalade suicidplaner. Ärendet lyftes på konferens men man kontaktade aldrig patienten för bedömning eller förslag på vårdplan. En månad senare har patienten fortfarande inte bedömts eller erbjudits insatser av psykiatri. Detta bedöms bero på underbemanning (endast 1,5 psykologer på mottagningen). Problemet gäller patientsäkerhet men även arbetsmiljö. Svårt för primärvården som får hålla dessa patienter utan att ha resurser för det.	Erbjuda snabb uppföljning av mående vid försämring. Arbeta motiverande med patienter som har behov av psykiatrisk behandling men initialt inte är villig att ta emot den.	Medcontrol avvikelse
Inte missa somatiska orsaker	Hypothyreos och D-vitaminbrist bör beaktas vid varje affektivt skov		Brukarsynpunkter
ECT	Mycket skrämselpropaganda gällande biverkningar av ECT som gör att patienter som kanske skulle behöva detta inte vill få behandlingen.	Viktigt med korrekt information om biverkningar av ECT. Borde även spridas brett i samhället mer information om detta.	Brukarsynpunkter
Läkemedelsbehandling	Primärvårdsläkare rekommenderas alltid av psykiatrikonsult att gå upp i maxdos för SSRI-preparat. Är det verkligen alltid nödvändigt, även när		Läkare primärvård



	man inte sett någon effekt alls under de första veckorna/månadernas behandling? Och behöver man alltid prova ytterligare ett SSRI-preparat om det första varit utan effekt? Kan man inte testa SNRI?		
--	--	--	--

Diagnostik/bedömning

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Diagnostik	Vad ska göras i primärvården? När kan man anse att psykiatrien behöver bidra med fördjupad diagnostik? Finns behov att kunna remittera när diagnostiken inte "lyckats" i primärvården.		Erfarenheter från överenskommelsen-enkät svar Nära vård och hälsa
Drogscreening	Vårdcentralerna skulle i högre utsträckning behöva identifiera patienter med skadligt/bruk och beroende. Detta försvåras dock av att de inte har möjlighet att erbjuda övervakad provtagning (krävs både personalresurs och ändamålsenlig lokal).		Läkare primärvård
IF, utredning	Detta händer visserligen relativt sällan, men det är ändå återkommande att patienter som i princip gjort en fullständig IF-utredning inom psykiatrien remitteras till habiliteringen med önskemål om IF-utredning, istället för att psykiatrien ställer en IF-diagnos, vilket resulterar i dubbelarbete.	I de fall psykiatrien redan gjort allt som ingår i en vanlig IF-utredning hos habiliteringen - ställ diagnos (konsultera habiliteringspsykolog per telefon vid osäkerhet) och remittera sedan patienten till habiliteringen för lämpliga behandlande insatser direkt.	Psykolog Habiliteringen

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Diagnostik	När psykiatrien tar emot en remiss för bedömning av komplex problematik från VC blir diagnostiken inte alltid hjälpsam. Istället för att se till helheten och ställa de diagnoser som bäst förklarar patientens problematik är intrycket att man ibland bara checkar av listor över kriterier vilket kan leda till en hel rad olika diagnoser men ändå ingen tydlighet i patientens verkliga behov av insatser.		Psykologer VC

Intellektuell funktionsnedsättning

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Behandling vid IF och psykiatrisk samsjuklighet	Många remisser avvisas från psykiatri och habiliteringen pga den psykiatriska samsjukligheten då patienten har IF-diagnos (anses för lindrig resp för svår).	DBT-enheten har en idé om att testa DBT SS (skills system) för bl a den här gruppen. Skulle kunna inkludera patientgruppen IF+självskada/suicidalitet.	KPL-råd vuxenpsykiatri
Vem ska ansvara för vad?	Om psykiatri tar emot för psykologisk behandling, oklart vem som ska ta hand om/samverka kring (sjukskrivning, kommunala insatser, boendeproblem osv...).		KPL-råd vuxenpsykiatri
Ansvara för medicinering med neuroleptika?	Patient på neuroleptika eller antiepileptika för beteendestörning, vem tar hand om den medicineringen? Om patienten får psykologisk behandling på DBT så finns det ingen läkare där som kan stå för förskrivning. Ibland tar psykos på sig förskrivningen, men avvisar också ofta pga det övriga uppdraget; psykosociala och SIPar. Remitteras ofta till affektiva även om det inte finns affektiv sjukdom i botten eftersom Habiliteringens medicinska enhet bara följer upp CS	Rimligt att Habiliteringens uppdrag utökas så att dessa patienter får en sammanhållen vård hos den vårdgivare som har bäst kompetens att hantera dem.	KPL-råd vuxenpsykiatri/ chef och läkare Affektiva

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	och vårdcentralerna ofta bedömer ärendena som för komplexa.		
Samsjuklighet	I vilken utsträckning har vårdcentralerna uppdrag att anpassa psykologisk behandling utifrån kognitiva svårigheter?		Psykolog Habiliteringen
Behov av VUP-team	Patienter med intellektuell funktionsnedsättning och/eller autism som uppvisar beteenden som utmanar, ofta i kombination med psykiatrisk samsjuklighet.	I regioner som Stockholm, Skåne och Västra Götaland finns särskilda VUB-liknande team med psykiatriker och andra professioner som arbetar med denna målgrupp. Dit kan habiliteringen remittera de mest komplexa ärendena för fördjupad kartläggning och insatser, ofta med PBS-liknande inriktning. I Uppsala saknas i dag en motsvarande struktur. Jag tror även att vi skulle behöva tydliggöra uppdrag för kommunen och regionen i dessa ärenden, då de flesta har LSS-insatser.	Psykolog på habiliteringen

Könsdysfori/-identitet

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Könsdysfori	Lång väntetid till mottagningen Könsidentitetsmottagningen (KIM).		Patientnämnden
Remiss behöver komma från psykiatri	Nationell högspecialiserad vård för könsdysfori som bedrivs på KIM kräver specialistvårdsremiss. Patienter behöver gå via vuxenpsykiatri för att psykiatrisk diagnostik ska ha gjorts och behandling för ev psykiatriska problem ska ges.		Möte med avdelningschef på KIM
Primärvårdens roll vid frågor kring könsidentitet/könsdysfori	Vilka patienter ska ändå få insatser på primärvårdsnivå och vilka insatser ska det i så fall vara? Saknas idag		Möte med avdelningschef på KIM

	samordnare för könsdysfori för de patienter som väntar på utredning på KIM vilket finns i många andra regioner (stöd i väntan på utredning/samordning av vård i väntan/stöd under och efter utredning).		
Får ej vårdbehov tillgodosett	Patienter med könsdysfori får inte alltid andra vårdinsatser för samtidig psykisk ohälsa när de väntar på utredning eller vård efter könsbekräftande behandling.	Behöver tydliggöras för remittent att vårdansvaret ligger kvar för övrigt vårdbehov gällande samtidig psykisk ohälsa/-sjukdom före, under och efter utredning och behandling för könsdysfori.	Brukarsynpunkter

Neuropsykiatrisk funktionsnedsättning

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
NPF/ADHD	Insatser innan diagnos	Digitalt material via Stöd och behandling på 1177 (likt KBT på nätet). Vem ska ge detta? Kan ge patienter med ev NPF-symtom med och utan fastställd diagnos. Hjälptill självhjälp (önskemål via Idékraft). Inte psykiatri som ska behöva ge insatser då ingen psykiatrisk samsjuklighet finns (processarbete adhd psykiatri).	Idé från Idékraft/ Processarbete adhd psykiatri/Läkare i PV
Behandling av samsjuklighet	Svår adhd och samsjuklighet på primärvårdsnivå; bör samsjukligheten behandlas i primärvården om ej behandling med centralstimulantia?		Processarbete adhd psykiatri
Behandling av samsjuklighet	Lindrig/medelsvår adhd och samsjuklighet på primärvårdsnivå och ingen centralstimulantia bör få all behandling i primärvården.		Processarbete adhd psykiatri
Föräldrastöd	Föräldrastöd till föräldrar med adhd-vem ska ge det?		Processarbete adhd psykiatri
Vård och stödsamordning	Vård och stödsamordning vid komplex adhd-vem ska ge det?		Processarbete adhd psykiatri

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Övergripande tänk NPF	Övergripande tänk NPF	NPF ska utredas av affektiva mottagningarna inom psykiatrin om svår el svår psykiatrisk samsjuklighet. ADHD och autism med lindrig till medelsvår samsjuklighet ska hanteras av primärvården alt medelsvår i psykiatrin pga blir komplext-svårt med resurser i Primärvården om detta kräver längre behandlingar av samsjuklighet pga ADHD/autism. Enkel ADHD med centralstimulantia borde kunna behandlas i primärvården. Autism hanteras bäst av "habiliteringspsykiatri"-en gemensam enhet som ska kunna ge sammanhållna insatser för patientgruppen-alternativt i alla fall utökade funktionshinderinsatser från habiliteringen inkl stödsamtal (så att dessa inte behöver få vård på vårdcentral/psykiatri).	Psykolog affektiva
Utredning lindrig ADHD/Autism	Vem om ngn ska utreda lindrig ADHD/Autism/NPF-görs inte idag/Neuropsykiatriska mottagningen avvisar remiss.		Psykolog affektiva/Patientnämnden/Studenthälsan
Screening NPF	Neuropsykiatrisk screening för ADHD/ADD och/eller autism kräver resurser på vårdcentralerna.	Ta bort vårdcentralerna från denna hantering i största möjliga mån ex genom att centralisera screeningen i någon form på Neuropsykiatriska	Se ärende i idekraft nr 1674991

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
		mottagningen alternativt separat enhet inom nära vård och hälsa ex via Nära vård digitalt eller som del av Närvårdsteamet.	
Remiss NPF	Personal på vårdcentral upplever att det krävs mycket omfattande arbete (så gott som en hel utredning) för att få remiss gällande NPF-utredning accepterad av psykiatri. Primärvården har då passerat gränsen för vad som kan betraktas som screening.		Psykolog vårdcentral
Utredningar utomlands/privat	Utredningar som gjorts utomlands/via privata aktörer underkänns hos Neuropsykiatriska mottagningen.		Psykolog vårdcentral
Beroende och NPF	Remiss på patient som också behöver insatser för sitt beroende avvisas och hänvisas bort från Neuropsykiatriska mottagningen.		Psykolog vårdcentral
Privata utredningar	Utredningar från Cereb, Inside team etc godkänns ofta men funktionsnedsättningen anses ändå ofta vara för liten för att motivera behandling på Neuropsykiatriska mottagningen.		Psykolog vårdcentral

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Lindrig ADHD	Patienter med lindrig ADHD erbjuds inte centralstimulantia då de inte prioriteras av Neuropsykiatriska mottagningen och inte kan få centralstimulantia från Primärvården.	Skulle man kunna göra npf-utredning i PV med konsultstöd av psykiatri/? Skulle primärvården kunna ansvara för dessa patienter och förskriva deras cs? Eller en dispansär inom psykiatri/?	Läkare primärvård/ Processledare SVIPS/Privatpraktiserande psykiater
Använda primärvårdens arbetsterapeuter	Neuropsykiatriska vuxenmottagningen borde remittera patienter direkt till primärvårdens arbetsterapeuter för att ge patienter snabb möjlighet att få hjälp med strategier t ex i väntan på ADHD-utredning./Vore bra med fler arbetsterapeuter-kognitivt stöd i primärvården.		Idékraft ärende 1920701/Läkare primärvård
Suicidrisk	Mycket förhöjd suicidrisk särskilt för kvinnor med autism.	Något som beaktas i vårdprocesserna?	Utbildningsdag FoU-S ang suicidprevention vid funktionshinder
Tidskrävande underlag inför remiss	Tidskrävande för primärvård att samla in underlag för remiss till neuropsykiatri. Risk för dubbelarbete?	Finns kompetens för att bedöma NPF även inom primärvård. Om gott underlag/utlåtande från psykolog finns från vårdcentral skulle processen ev. kunna kortas inom psykiatri	Psykologer på vårdcentral - enkätsvar ang remisser till psykiatri
Undviker att remittera från primärvården	Psykologer på vårdcentral undviker att remittera till psykiatri för att de misstänker att patienten inte		Psykologer på vårdcentral - enkätsvar ang remisser till psykiatri

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	kommer att erbjudas tillräckliga insatser.		
Psykiatri remitterar till primärvården	Psykiatri remitterar till vårdcentral för screening av ADHD trots att patienten redan får vård på specialistnivå.		Psykologer på vårdcentral - enkätsvar ang remisser till psykiatri
Symtom kan uttryckas på olika sätt	Tas ej hänsyn i remissbedömning kring att symtom uttrycks olika mellan individer (t.ex. beroende på kön, begåvningsnivå, omgivningens stöd).		Psykologer på vårdcentral - enkätsvar ang remisser till psykiatri
NPF	Stöd erbjuds inte till patienter med lindrig/medelsvår funktionsnedsättning utifrån NPF (psykiatri tar endast de med svår).		Psykologer på vårdcentral - enkätsvar ang remisser till psykiatri
Funktionsnivå gränsdragning inom psykiatri	Gränsen för funktionsnedsättning vid NPF upplevs som väldigt hög (t.ex. hemlöshet eller arbetslöshet). Funktionsnedsättning och lidande kan vara stort trots en på ytan högre funktion. En upplevelse är att remisser från VC till neuropsykiatri kan avvisas ganska godtyckligt/ojämnt. Man trycker på att funktion ska vara låg men ibland avvisas även remisser för patienter som inte klarar av att arbeta. Behov		Psykologer på vårdcentral

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	av att tydliggöra vad man menar med låg funktionsnivå? En del patienter lyckas upprätthålla en relativt hög funktion (kan t.ex. ha jobb, boende, relationer) men bara för att de kämpar väldigt hårt – kan leda till annan psykisk ohälsa. Många patienter får också sänka sin ambitionsnivå och t.ex. jobba deltid eller med ett okvalificerat jobb, trots att de egentligen med stöd och behandling för sina ADHD-symtom hade kunnat leva ett enklare liv med mer valmöjligheter, möjlighet till annan karriär och ekonomi.		
Långa köer	Låg bemanning och ineffektiva arbetssätt inom psykiatri misstänks skapa köer.	För bra överenskommelser, se exempel från region Gävleborg, eller mellan psykiatri och primärvården i Ludvika. För bra modeller på arbetssätt se psykiatrimottagningen i Bollnäs, där de har köer på under 6 månader för en utredning och behandlingsstart.	Psykolog på vårdcentral
ADHD på nätet	Ny insats på Neuropsykiatriska mottagningen som verkar ligga på en 1,5 vårdnivå – enbart administrera centralstimulantia. Remitterar till vårdcentral för insatser vad gäller	Denna insats behöver ingå i SVIPS och tydliggörande behöver göras gällande arbetssätt och dockning av vårdprocessen mellan vårdnivåerna.	Distriktsläkare vårdcentral

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	övrig psykiatrisk samsjuklighet som är på primärvårdsnivå. Vårdcentralerna känner inte till att detta arbetssätt ska förekomma dvs att vården ska ske parallellt på två vårdnivåer och inte sammanhållet och undrar om detta är det bästa arbetssättet.		
Bedöma medelsvår funktionsnivå ADHD	Det är tydligt att medelsvår enligt regionens riktlinjer tydligt skiljer sig från definitionen av medelsvår ADHD enligt DSM-5, men de exempel som står (skuldsanering, omöjligt att behålla jobb, hemlöshet) tycker vi motsvarar svår funktionsnedsättning. Det saknas däremot konkreta exempel på vad medelsvår hade kunnat innebära.		Psykolog på vårdcentral
Autism och samsjuklighet, sammanhållen vård	Vem ska ansvara för medicinering vid autism och samtidig psykiatrisk sjuklighet?	Det vore bättre för patienterna om habiliteringens medicinska enhet tog hand om all relevant psykiatrisk medicinering hos patienter med autism - exempelvis neuroleptika vid beteendestörning eller stämningsstabiliserande. Att de nu endast handlägger CS gör vården fragmenterad, ej sammanhållen, sämre för patienterna och det drar en hel del resurser att bolla patienterna fram och tillbaka.	Läkare och chef, Affektiva

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Autism, ansvar och resurser	Patienter med autism upplevs falla mellan stolar. Habiliteringen saknar egna läkare vilket innebär att primärvårdsläkare får ansvar för att till exempel skriva intyg, vilket är tidskrävande och svårt att hinna med utifrån uppdraget som VC har. Vårdcentralen behöver också hålla patienter i väntan på insatser från Habiliteringen då de har långa köer.	Habiliteringen bör ha egen läkare	Läkare primärvård
Ingen behandling för ångest och depression vid ADHD	Patient med ADHD och lindrig/medelsvår ångest- eller depressionsproblematik får ej behandling för detta i primärvården då ångest/depression bedöms vara en konsekvens av ADHD.		Neuropsykiatriska mottagningen för vuxna
Ej insatser för somatiska besvär i primärvården när samtidig ADHD	Somatisk problematik tillsammans med ADHD: såsom behandling för högt blodtryck, förhöjd puls osv hänvisas till neuropsykiatriska mottagningen för behandling då primärvården avvisar remisser. Detta då de bedömer att det är mediciner för ADHD som ger dessa konsekvenser och ansvar för behandlingen av den somatiska problematiken då ligger hos neuropsykiatriska mottagningen.		Neuropsykiatriska mottagningen för vuxna

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Ansvar autism och psykiatriska samsjuklighet	Vem ska behandla samtidig mild-måttlig psykiatrisk samsjuklighet vid samtidig autism-behandling behöver anpassas	Kan primärvården ansvara för detta eller blir det för omfattande behandling/saknas kompetens? /För psykologisk eller psykosocial behandling. Vår upplevelse är att dessa behandlingar sällan blir bra på vårdcentral, bl.a. då vi varken har kompetens eller erfarenhet att behandla på ett bra sätt utifrån de funktionsnedsättningar som de är aktuella på hab för. Vår upplevelse är att dessa patientgrupper skulle få bättre hjälp om de fick behandlingarna från hab.	Psykolog habilitering/ Psykolog Vårdcentral
Sammanhållen vård	Bästa för patienter att den får vård hos den verksamhet/vårdsnivå som ansvarar för patientens huvudsakliga/tyngsta problematik. Tänk var passar patienten bäst in och behandla alla patientens besvär där.		Läkare primärvård
Äldre	Hos äldre kan npf misstas som demens		Läkare primärvård
Samsjuklighet	Patienter som har medelsvår-svår psykiatrisk problematik, misstänkt NPF och samtidigt alkoholmissbruk bollas runt mellan primärvård (ej rätt vårdnivå), kommun (har även behov		Psykolog vårdcentral

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	av psykiatrisk behandling) och psykiatri/beroende (remiss avvisas på grund av alkohoholmissbruk som inte uppfyller kriterier för beroendeenheten). Ej stor kännedom om samsjuklighetsprojektet i verksamheter. En patientgrupp med stora behov, som behöver hjälp från flera aktörer, och som riskerar att falla mellan stolarna.		
Autism/IF, behandling på vilken mottagning?	Habiliteringen remitterar patienter till vårdcentral för psykologisk behandling och kurativa insatser. Behandlingarna på VC blir dock sällan bra då det saknas kompetens/erfarenhet av målgruppen.	Vore bättre för patienten att kunna erbjudas behandling på Habiliteringen	Psykolog vårdcentral
Behandling autism	Uppdraget att behandla autistiska symtom och svårigheter ligger inte på psykiatri, utan på Habiliteringen. Habiliteringen accepterar dock sällan remisser för patienter med pågående psykiatrikontakt pga samsjuklighet eller suicidrisk. Remisserna kan också avvisas pga för hög funktionsnivå.	Samordnade och dubbla vårdåtaganden. Psykiatri som hjälper till med t ex depressionsproblematiken, men där Habiliteringen kan komma in för att ge psykoedukation, ge behandling, aktivera stöd genom LSS och liknande?	Chefer psykiatri och Unga vuxna

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	Funktionsnedsättningen innebär att gruppen många gånger blir svårbehandlad, kräver mycket individuellt stöd, anpassningar och erfarna behandlare. De är också en grupp som ofta hamnar inom slutenvården, men som i många fall försämras av denna typ av vård.		
Anpassa behandling autism, samsjuklighet	Inom psykiatri finns behov av att individanpassa behandling för t.ex. PTSD, ångest, beroende utifrån autism.		Chef psykiatri
Insatser för funktionsnedsättning ges inte på habiliteringen till patienter på Unga vuxna	Patienter med autism och affektiv samsjuklighet som går på Psykiatrimottagning för unga vuxna får sällan tillgång till neuro-ACT via HAB vilket gör att patienterna kan ha svårt att gå vidare i annan behandling för sin affektiva problematik. Leder även till att psykiatri lägger resurser på att behandla affektiv problematik som inte förbättrar varken patientens symtom eller funktion pga bakomliggande neuropsykiatrisk problematik.		Chef Unga vuxna, MLA

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Autism, bristande kunskap och samordning	Det saknas kunskap inom vården. Finns till exempel fall där läkare satt in ADHD-medicin som slår ut en annan medicin som patienten har. Läkare har inte alltid rätt kompetens för att skriva ett intyg kring npf-diagnoser som krävs av försäkringskassan, vilket gör att intyg underkänns.		Attention
Samordning NPF, vårdsamordnare	Patienter med NPF bollas mellan psykiatri, habilitering och primärvård för olika insatser. Krävande för patienter som har som del av sin problematik att de har svårt för förändring, t.ex. nya personer. Det blir ofta så anhöriga får ta på sig rollen att samordna vården.	Vårdsamordnare på vårdcentraler skulle kunna vara till stor hjälp. Det blir en kontakt till vården som samordnar och har ett helhetsperspektiv. Dessutom skulle det troligen avlasta annan vårdpersonal. Region Dalarna har infört särskilda samordnare för personer med psykisk ohälsa. Attention och Autism Uppsala län har också tittat på äldremottagningar i Region Uppsala och undrar över möjligheten att arbeta på liknande sätt mot personer med psykisk ohälsa. Ultuna VC nämns som ett positivt exempel i Region Uppsala.	Attention

OCD

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Vårdnivå	Vårdcentralerna har svårt att erbjuda tvångspatienter exponering med responsprevention utifrån nuvarande uppdrag/resurser. Det gäller även i de fall där tvången varit på lindrigare nivåer. I flera fall uppmanas vårdcentralerna att erbjuda patienterna det, men tiden går och patienterna får inte möjlighet till den behandlingen med resultatet att tvången förvärras över tid. Patientgruppen far illa utifrån nuvarande uppdelning mellan vårdnivåerna.	Ska psykiatrien ta ansvar för behandling av OCD (även när den inte är svår)?	Psykolog affektiva

Personlighetssyndrom

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Personlighetssyndrom i primärvård	Hur ta hand om Personlighetssyndrom i primärvård? Hur definiera den grupp som primärvården eventuellt ska kunna ta ansvar för? Svårt erbjuda de omfattande behandlingar som krävs för patientgruppen i primärvården?	Kan primärvården ge psykoedukation? General psychiatric management?	Processarbete personlighetssyndrom psykiatri

Psykossjukdom

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Nedtrappning av antipsykotiska läkemedel i primärvården	Primärvården bör ta ansvar för nedtrappning av antipsykotiska läkemedel som de själva satt in (på patienter som inte är specialistvårdens patienter egentligen, t ex patienter med autism där man satt in det för allmän stabilisering/minska aggressivitet).		Processarbete psykos, psykiatri
Somatisk hälsa vid psykos	Primärvården har ansvar för psykospatienters somatiska hälsa. Somatisk hälsa hos psykospatienter kunde primärvården ta större ansvar för.	Finns regioner där läkare och sjuksköterska från primärvård kommer till psykosvården för att arbeta med detta. Kanske bättre att psykiatrin gör större del av somatisk utredning och viss -behandling och samordnar med PV-kunna behandla blodfetter och olika bristsjukdomar t ex? Vid årsuppföljning/på Säbo- ha ett gemensamt besök mellan psykiatrin och PV/ hembesök hos de mest sjuka patienterna. Ibland bor patienten på boende där PV har bättre kontakt med patienterna. Flexibelt samarbete vore bra. Smartare sätt att använda resurserna!	Processarbete psykos, psykiatri/Läkare primärvård

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Vårdnivå, CHR-patienter	För CHR (clinical high risk)-patienterna skulle utredning och uppföljning kunna göras av psykiatri, medan "psykologiska och psykosociala insatser utifrån behov" ofta kommer vara på primärvårdsnivå och borde kunna tillgodoseas där. /Mer avdramatiserat att följas i primärvården? /Använda SIPS i PV?		Processarbete psykos psykiatri/Brukarföreningen IFS/Läkare i PV
Primärvården viktig	Viktigt att primärvården blir bra på att fånga upp tecken på psykos, också negativa symtom. Pga tidigare obehagliga upplevelser av t ex tvångsvård kan patienter dra sig för att kontakta psykiatri vid försämring och då kan det vara vårdcentralen som istället kan identifiera tecken på psykos.	Utbildning behövs till yrkesgrupper utanför psykiatri.	Brukarföreningen IFS
Oupptäckt psykosutveckling	Patienter med IF och Autism är riskgrupper för att utveckla psykossjukdom - problem att man inte får insatser om vuxen hos habiliteringen-hur påverkar dålig tillgänglighet till insatser oupptäckt psykosinsjuknande?		Läkare primärvård
Bättre samverkan mellan psykiatri och PV	Bättre flöden vore önskvärt mellan vårdnivåerna. Bra kunna remittera ut patienter till PV som ej behöver specialiserad vård så psykiatri kan	Möjlighet att konsultera varandra vid behov. Gemensamma ronder regelbundet en gång per månad	Läkare primärvård

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	ta emot de som har dessa behov. Men viktigt att kunna återremittera vid behov.	digitalt där man kan ta upp fall som behöver diskuteras?	

PTSD

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Vårdnivå	Många vårdcentraler har svårt att erbjuda mer omfattande insatser (PE, EMDR) för patienter med PTSD utifrån sitt nuvarande uppdrag och begränsade resurser. PE förutsätter ofta täta besök, exponering tillsammans med terapeut både på mottagning och utanför samt att terapeuten känner sig trygg med metod/problematik. Patientgruppen far illa utifrån nuvarande uppdelning mellan vårdnivåerna.	Ska psykiatrien ta ansvar för behandling av PTSD (även när den inte är svår)?	Psykolog affektiva

Samverkan kommun och region

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Suicidprevention	Vad är kommunens ansvar gällande suicidprevention?	Håbo kommun har tagit fram rutin-kolla upp?	Vid FoU-S utbildning om suicidprevention vid funktionshinder
Suicidprevention	Suicidpreventivt arbete bör i större utsträckning fokusera på samverkan med andra aktörer (t.ex. kommunala verksamheter, Försäkringskassan, arbetsförmedlingen, somatisk vård) för att komma åt kärnproblemet i suicidalitet.		Regionens suicidsamordnare
Psykospatienter	Viktigt att kommunala verksamheter har kunskap om psykos och hur man ser tecken på psykosymtom-även negativa symtom och hur man bemöter patienter på ett bra sätt. T ex skolsjuksköterskor/kuratorer i skolan/boendestödare.	Utbildning om psykosjukdom	Brukarföreningen IFS
Psykospatienter	Viktigt att få stöd till ett fungerande liv. Samverkan för att hamna i friska situationer; sysselsättning, arbetsrehabilitering.	IPS-coach-korta köerna dit. Starta upp sysselsättning via Saruk igen.	Brukarföreningen IFS
Psykospatienter	Informera om kommunala insatser som finns inom psykiatri		Brukarföreningen IFS
Bristande stöd till psykospatienter	Ofta läggs bedömning av stödbehov hos kommunens personal där kunskapen om psykosjukdom ibland är mycket låg. Då får	Utbildning om psykosjukdom	Brukarföreningen IFS

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	bristande kunskap om t ex de negativa symtomen stora konsekvenser vad gäller mängden stödinsatser man får. Det kan t ex vara att man inte får boendestöd, ledsagare och kontaktperson i den mängd som behövs.		
Utbilda kommunen om ätstörning	Det finns utbildningsbehov hos socialtjänst och kommun som i nuläget gör bedömningar på området utan att kunna tillräckligt om den här problematiken. De förstår inte behoven och vikten att få dem att stötta kring boendesituation med hjälp av boendestöd exempelvis.		Brukarsynpunkter
Psykologisk behandling, samarbete vårdnivåer	Kan boendepersonal fungera som ett stöd i psykologisk behandling?		Psykolog habilitering
Ansvar handledning boende	Vem ska handleda personal på boenden med patienter som är utagerande-vården eller kommunerna?		Psykolog habilitering
Samverkan på SÄBO	Personer med psykiatrisk problematik som bor på ett boende med flera kroniska sjukdomar. Ronder genomförs med läkare från vårdcentral, men där den specialiserade vården saknades. Det blev då tydligt att samverkan med specialistpsykiatri behövs för att hantera komplexa medicinska frågor och läkemedelsgenomgångar för denna målgrupp	Utveckla psykiatrisk vård i hemmet genom ökad samverkan mellan socialpsykiatri, primärvård och specialistpsykiatrisk vård.	Primärvårdsläkare/socialpsykiatri

Skadligt bruk och beroende

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Spelberoende	Nära vård digitalt fick frågan om de kan erbjuda insatser för spelberoende. Deras svar var dock att målgruppen inte i första hand tillhör primärvården. Behövs insatser hos annan utförare.	Är det psykiatrins eller kommunens ansvar att erbjuda behandling för spelberoende?	Idékraft
Samsjuklighet	Patienter som har medelsvår-svår psykiatrisk problematik, misstänkt NPF och samtidigt alkoholmissbruk bOLLAS runt mellan primärvård (ej rätt vårdnivå), kommun (har även behov av psykiatrisk behandling) och psykiatri/beroende (remiss avvisas på grund av alkoholmissbruk som inte uppfyller kriterier för beroendeenheten). Ej stor kännedom om samsjuklighetsprojektet i verksamheter. En patientgrupp med stora behov, som behöver hjälp från flera aktörer, och som riskerar att falla mellan stolarna.		Psykolog vårdcentral
Sexmissbruk	Saknas kunskapsunderlag. Oklart vems ansvar det är och vilka insatser som kan vara lämpliga.	Behov av utvecklingsarbete, omvärldsspaning.	Psykologer vårdcentral
Provtagning alkohol	Om peth ska tas är det viktigt att informera patienten om detta –		Psykologer vårdcentral

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	annars riskerar man den psykologiska alliansen.		
Insatser region/kommun	Oklart vem som ska erbjuda insatser för skadligt bruk/beroende - kommun eller region.	Om läkare ansvarar för medicinska insatser på VC kan det vara en fördel för patienten att PV också kan erbjuda andra insatser utifrån Vård- och insatsprogrammet (t.ex. MET eller återfallsprevention).	Psykolog vårdcentral
Digital insats	Patienter undviker att söka vård för skadligt bruk/beroende pga stigma.	Digitala insatser inom primärvården skulle kunna minska tröskeln för patienter som annars inte skulle söka vård. Skulle KBT via nätet kunna erbjuda det?	Psykolog vårdcentral

Suicidprevention

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Suicidprevention	Suicidprevention efter suicidförsök bör hanteras inom psykiatrin.		Erfarenheter från överenskommelsen-enkät svar Nära vård och hälsa
Vårdsnivå, fluktuerande suicidrisk	Suicidrisk varierar över tid hos en patient och patienten bOLLAS runt. Risker är höga när den bedöms i primärvård men bedöms sen som låg i psykiatrin efter att patienten skickats dit och då skickas patienten tillbaka till primärvården.		Patientnämnd/avvikelse
Suicidrisk	Suicidpreventivt arbete bör i större utsträckning fokusera på samverkan med andra aktörer (t.ex. kommunala verksamheter, Försäkringskassan, arbetsförmedlingen, somatisk vård) för att komma åt kärnproblemet i suicidaliteten.		Regionens suicidsamordnare
Suicidrisk	Händelseanalyser av suicid visar att det inte alltid funnits en upprättad säkerhetsplan och att det kan gå snabbt från tanke till handling. Rekommendation att öka fokus på riskfaktorer för suicid och att arbeta med säkerhetsplaner även om en patient inte uttryckt suicidtänkar.	Ska alla patienter med psykisk ohälsa/inom psykiatrin ha en säkerhetsplan?	Regionens suicidsamordnare

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	Skapa rutin att säkerhetsplan alltid ska upprättas när man identifierat risk för suicid hos en patient.		
Suicidrisk	Remissen saknar information om suicidalitet vid remittering från psykakuten till primärvården.	Detta borde vara tvingade i remissen/remissmall.	Medcontrol Avvikelse
Suicidrisk	Psykiatri har avvaktat att bedöma en remiss (inväntat diktat) trots att det fanns information om förhöjd suicidrisk och avvaktat med att kontakta patienten.	Förbättrade interna rutiner kring remisshantering inom psykiatri.	Medcontrol Avvikelse
Riskenivåer	Nationellt och internationellt används olika sätt att kategorisera suicidrisk. T.ex. skiljer sig vård- och insatsprogrammets klassificeringar (låg, medel, hög) från de som finns i Cosmic (mycket låg, viss, hög, mycket hög). Dessutom finns forskning som talar för att det är meningslöst och rentav skadligt att använda sig av riskenivåer och pilotprojekt pågår kring att använda andra sätt att beskriva behov vid suicidrisk (t.ex. att kartlägga säkerhet).		Regionens strateg för suicidprevention och hälsa
Samverkan vårdcentral och habilitering	Uppstår ibland svårigheter då Habiliteringen identifierar suicidala patienter eftersom de saknar läkare. Hänvisar då ibland till vårdcentral för	Skapa rutin för samverkan i dessa lägen?	Psykolog Vårdcentral

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	suicidriskbedömning. Kan bli utmanande för vårdcentral som eventuellt inte känner patienten sedan tidigare i saknar specialistkompetens gällande funktionsnedsättning. Risk för att man tappar viktig information om patienten.		
Uppföljning efter suicidförsök	Efter suicidförsök och då patienten hamnar inom somatiken så bör uppföljning därefter göras inom psykiatrin. Att bara ringa upp patienten ett par gånger är inte tillräcklig uppföljning.		Privatpraktiserande psykiater
Insatser för färdigbehandlad patient	Hur hantera patienter som är färdigbehandlade i psykiatrin? Vad ska de få, om några, för insatser i primärvården? Om patienten behöver fortsatt stöd för att inte bli suicidal och söka akut. Vem ska följa patienten (PV eller psykiatrin)?	Beror det på vilken diagnos och behandling patienter har/står på och vem som bedöms ha ansvar för denna? Behövs samverkan kring dessa patienter?	Läkare i primärvård
Insatsen Att samtala om suicidtankar	Ang insatsen Att samtala om suicidtankar- är detta en för omfattande insats att ge i primärvården? Vilken/vilka yrkesgrupper ska ge denna insats i	Skulle man i så fall kunna ge denna insats i grupp/via nätet?	Läkare i primärvård

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	så fall? Till vilka patienter? Finns det patienter i primärvården med suicidalitet som kan lämpa sig för denna insats eller har suicidnära patienter ofta samsjuklighet som behöver utredas/behandlas inom psykiatri? Kan det leda till undanträngning av vården för andra patienter om denna insats ska prioriteras i primärvården? Säkerhetsplan enligt metoden är för omfattande för att hinnas med i primärvården-finns det ngn kortare variant? Kuratorer i PV har inte alltid tider med kort varsel för att kunna ta emot en patient som behöver ett snabbt återbesök		
Kurator på akuten	Akademiska sjukhuset har tidigare haft kurator på akuten men tagit bort detta pga besparingar. Anses vara en felaktig prioritering du insatsen kan bidra till patientsäkerhet och sparade resurser.	Bra med kurator på akutmottagningen (vilket Lasarettet i Enköping har). Många som söker vård akut har behov av samtalsstöd. Det kan handla om intoxer, psykisk ohälsa-suicidförsök, Besked om allvarlig sjukdom, anhörigstöd, sociala problem, myndighetskontakter mm.	Kurator, Lasarettet i Enköping

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
		Patienter som fått träffa kurator kan ibland skrivas ut direkt till hemmet efter intox istället för att hänvisas till psykakuten. Likaså med ångest och depressionsproblematik där patienten sökt för något annat ex bröstsmärta, andnöd, nedsatt allmäntillstånd mm. Sparar tid för övriga professioner men framförallt har patienten sammantaget fått bättre vård.	
Samverkan, akutpsykiatri	Viktigt att PAVA informerar övriga vårdgivare som patienten har planerad kontakt med när patienten har varit inlagd. T.ex. om man har en tid bokad på vårdcentral, MVC, Habiliteringen.		Medcontrol

Ångest

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Patientgrupper som inte ingår i nuvarande överenskommelse	Vem ansvarar för ovanligare tillstånd (samlarsyndrom, hud/hårplockning, tics) finns specialistmottagningar i andra regioner.		Vägledande Ångestprocessen psykiatri
Vem ska ansvara?	Utmattningssyndrom		Vägledande Ångestprocessen psykiatri
Ångest	Oklart vad som betraktas som svår ångestproblematik.		Psykologer på vårdcentral - enkätsvar ang remisser till psykiatrin
Sammanhållen vård	Lättare för patienten att ha ett ställe att vända sig till/fast mottagning och att denna mottagning samordnar patientens vård.		Brukarsynpunkter

Ätstörning

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Ansvar	Allvarlig ospecificerad ätstörning-vem ansvarar?		Erfarenheter överenskommelsen-enkätsvar Nära vård och hälsa
Ansvar	Vem ansvarar för hetsättningsstörning och Arfid? Vid samtidig autism-dietistkontakt var?		Vägledande ätstörningsprocess psykiatri
Primärvårdens ansvar vid anorexi?	Möjligt med somatisk monitorering av långvarig och svår anorexi i primärvården?		Vägledande ätstörningsprocess psykiatri/Läkare i Primärvård
Avvisning pga långa väntetider	Ätstörningsenheten avvisar patienter med bulimi pga långa väntetider-inofficiell överenskommelse- samt oklart när specialistpsykiatrin ska ta över vid vilken svårighetsnivå.		Medcontrol Avvikelse
Information om väntetider	Ätstörningsenheten kan inte meddela hur lång väntetid de har innan de kan ta emot en patient från primärvården.		Medcontrol Avvikelse
Primärvårdens roll	Primärvården behöver utbildas om problematiken. Där finns i nuläget missuppfattningar som att det inte är ätstörning om patienten inte är underviktig eller att ätstörningen inte är så allvarlig om patienten inte är underviktig. / Vad ska PV göra vid	Primärvården kan inte stå för vården när patienten fortfarande är väldigt instabil i sitt mående, det kan de göra då läget är mer stabilt. Då skulle man kunna fråga om patienten önskar ha en kontakt med primärvården för att följa och stötta. Önskar att bedömning av ätstörning görs inom	Brukarsynpunkter/Läkare i Primärvård

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	långa väntetider till psykiatri? Starta ngn behandling?	specialistpsykiatri, så kan primärvården ta över insatser om psykiatri har bedömt att de är lättare problematik. Psykiatriens kompetens skulle även behövas för att göra bedömning av innehållet i den vård som primärvården ska ge en patient.	
Vem ska behandla lindrig ätstörning med psykiatrisk samsjuklighet?	Patienter med lindrig (men ändå behandlingskrävande) ätstörning hamnar mellan stolarna då Ätstörningsenheten inte behandlar lindrig problematik, primärvården inte tar emot för detta då patienten har kontakt inom psykiatri, och vi på unga vuxna varken har uppdrag, resurser eller kompetens att behandla detta.		Psykiatriska mottagningen för unga vuxna
Gravida	Särskilt omhändertagande för gravida med tidigare ätstörning?		Läkare i primärvård
Rätt vårdnivå-unga vuxna	Svårt veta vad som är rätt vårdnivå då patienter remitteras från BUP till vårdcentral med ätstörning. Ofta finns samsjuklighet som leder till att patienten sen remitteras till Unga vuxna.		Läkare i primärvård

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Vårdnivå ätstörning	Patienter med atypisk anorexi (normalt eller högt BMI) tas initialt inte emot av psykiatrin. Många gånger kan de dock ha lika omfattande svårigheter (negativa tankar, ångest, bristande rutiner kring ätande) som patienter med anorexi. Risken finns att de snabbt försämrats.	Bättre att de får komma till psykiatrin direkt, i alla fall om de ligger nära undre gränsen för BMI.	Psykologer vårdcentral
Vårdnivå ätstörning, väntetid	Upplevelse att psykiatrin avvisar även medelsvår ätstörning, inte utifrån överenskommelsen utan utifrån resursbrist. Kan ibland också rekommendera att man erbjuder insatser på VC i väntan på specialistinsats vilket ej blir lämpligt.		Psykologer vårdcentral

Övergripande

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Bristande resurser	Gäller både primärvård och psykiatri-hur står vi oss nationellt? Vad har vi för resurser att ta emot? Behövs prioriteringar?		Delprojekt Psykisk hälsa vuxna
Besparingsåtgärder Akademiska sjukhuset	Förändring av psykiatrins uppdrag och arbetsmetoder för att minska utgifter, utan dialog med primärvården - leder till fler remisser och oklarheter till primärvården, tex off label medicinering. Leder även till splittrad och inte sammanhållen vård för patient när man tex får centralstimulantia via ADHD på nätet, men ingen annan medicinering som ändå är relaterad till psykiskt tillstånd, tex sömnmedicinering, som hänvisas till primärvården i stället.	Samverkan mellan vårdnivåer innan beslut om förändringar som påverkar den andra vårdnivån.	Flera vårdcentraler inom Nära vård och hälsa
Habiliteringens uppdrag	Habiliteringens uppdrag idag-screena för psykisk ohälsa och remittera till primärvård eller psykiatri. Är det rimligt? Ger ingen behandling. Går ej dela upp funktionsnedsättningen från den psykiska ohälsan. Bör inte habiliteringen kunna hantera psykisk ohälsa som är sekundär till funktionsnedsättningen? Och om det ska hanteras samlat-ska det uppdraget innehas av habiliteringen eller någon annan? Kunskap saknas i primärvården och psykiatri gällande funktionsnedsättning?		FoU-S utbildning om suicidprevention vid funktionshinder

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Vårdnivå, flexibla flöden	Borde psykiatri kunna ta emot second opinion vid svårbedömda fall? Bättre och flexibla flöde mellan psykiatri och primärvården. Psykiatri kan bedöma en patient och sen skicka åter till primärvården/primärvården kan ta emot patienter efter de varit i psykiatri.		Erfarenheter från överenskommelsen-enkätvarande från Nära vård och hälsa
Remissrutin	Vore det bättre att psykiatri ber om komplettering av en remiss i stället för att avvisa den?		Erfarenheter från överenskommelsen-enkätvarande från Nära vård och hälsa
Vårdnivå, hållande	Vem ansvarar för patienten vid remittering i väntan på att mottagande enhet tagit emot patienten? Gäller det olika för primärvård och psykiatri vg att hålla kontakt med patienten till annan remittent tar emot? Primärvården får ofta "hålla" patienter länge pga väntetider inom psykiatri.		Delprojekt Psykisk hälsa vuxna
Samsjuklighet, komplexitet	Hur kan man ta hänsyn till helheten vid komplexa tillstånd dvs patienten uppfyller inte gränsen för remittering för ngt av tillstånden men sammantaget blir ärendet för komplext för primärvården? Inte bara svårighetsgrad på diagnos utan samsjuklighet och andra problem samt lägre funktionsnivå-hur och vem ska hantera dessa?		Erfarenheter från överenskommelsen-enkätvarande Nära vård och hälsa/ Delprojekt psykisk hälsa vuxna
Tre behandlingsförsök	Inte alltid bra att ge tre behandlingsförsök i primärvården. Slöseri med tid/oetiskt då man		Erfarenheter från överenskommelsen-enkätvarande Nära vård och hälsa

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	vet ej kommer fungera/för komplext ärende från början.		
Uppdrag, resurser	Omfattande evidensbaserad behandling kan vara svårt att erbjuda i primärvården.		Erfarenheter från överenskommelsen-enkät svar Nära vård och hälsa
Väntetider	Problem med långa väntetider.	Bättre förståelse för varandras uppdrag-vad kan egentligen den andra verksamheten erbjuda och när?	Erfarenheter från överenskommelsen-enkät svar Nära vård och hälsa
Samverkan	Krävs bättre samverkan mellan primärvård och psykiatri.	Möten, konsultation, psykiater på vårdcentral?	Erfarenheter från överenskommelsen-enkät svar Nära vård och hälsa
Får ej kontakt i psykiatri/oklart vart skicka remiss och remissen avvisas/bollas runt	Patient med flera diagnoser men kanske inte på tillräckligt svår nivå. Vart ska man remittera/till vilken sektion om patienten har flera diagnoser, ej uppfyller en diagnos men har svårighet på specialistnivå -vem tar emot patienten då? Kan även gälla neuropsykiatri och rehabiliteringen.	Överenskommelsen kan fokusera mer på funktionsnedsättning än diagnos med tydligt definierade områden som bör vara i fokus, t.ex. arbete, relationer, psykisk hälsa, fysisk hälsa (t.ex. självskada, kraftig övervikt till följd av hetsätning mm), boende, studier.	Patientnämnden/psykolog VC
Vad göra när psykoterapi enligt LOV ej är tillräckligt?	Patient som fått 40 sessioner men har ej fått tillräcklig effekt.		Patientnämnden
Interaktionseffekter	Psykiatri har inte koll på läkemedel som inte fungerar ihop med andra läkemedel.		Patientnämnden
Samsjuklighet, IF	Otydligt på vilken vårdnivå samsjuklighet psykisk ohälsa+IF ska behandlas.		Processledare SVIPS

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Övergång barn-vuxen	Kommunikationen bör förbättras med patient och vårdnadshavare inför att patienten blir 18 år-förändringar som inträder då		Processarbete BUP
Övertagande då patient fyller 18 från Ungdomsmottagningen	Unga vuxna avvisar och vårdcentral tycker problematiken är för allvarlig. Patienten kvar på UM-inte deras uppdrag.		Ungdomsmottagningen
Uppdrag mellan vårdnivåer	Viss vård skulle behöva bedrivas i mellanvård-1,5 vårdnivå-vårdcentrum.	Vårdcentrum?	Processledare SVIPS
Remisser från primärvård till psykiatri	Ojämn nivå på kvaliteten på remisserna från olika delar av primärvården; en del remisser har stora brister/saknar information som behövs för remissbedömning och avvisas oftare av detta skäl.		Delprojekt Psykisk hälsa vuxna
Förskrivning av beroendeframkallande läkemedel på off label	Primärvården vill ej ta över off label förskrivning av vissa läkemedel-ska det finnas rutin kring att detta ska kunna göras efter konsultation mellan specialistvård-primärvård?		Chefsöverläkare psykiatri
Förskrivning	Stabila patienter med låg dos neuroleptika eller lamotrigin bör kunna följas av primärvården. Vid försämring i psykiatriskt mående remiss till specialistpsykiatri. Detta bör kunna leda till att specialistpsykiatri kan öka specialistresurser på svårare sjuka patienter och t.ex. snabbare bedöma patienter som annars behöver hållas av primärvården.		Chef och läkare, Affektiva

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Övertagande av vårdansvar från psykiatri till primärvården	Rädsla hos patienter med långvarig psykisk sjukdom att det ska leda till sämre kontinuitet/mindre kvalificerade insatser om primärvården ska ta över delar av psykiatriens uppdrag.		Brukarsynpunkter
Olika (syn på) uppdrag	Primärvården behöver ge lite till många och ha korta väntetider. Psykiatri ansvarar för de sjukaste. Gör att vissa patienter faller mellan stolarna. Dvs vi har kanske lite olika uppdrag och inte bara att vi ser på vårt uppdrag olika?		Delprojekt Psykisk hälsa vuxna/Processledare SVIPS
Sjukskrivning	Vem ska ansvara för det när patient går i både Primärvården och Psykiatri?	Förslag från PV-läkare att den som behandlar den diagnos som är orsak till sjukskrivningen ska ansvara för den. Krävs god samverkan. Om man tar över all behandling tar man över även sjukskrivningen.	Delprojekt Psykisk hälsa vuxna/Läkare i primärvård
Konsultationer mellan vårdnivåer?	Finns ett konsultationsteam mellan habiliteringen och psykiatri som fungerar men andra former har ej fungerat bra t ex konsulttelefonen. Vid samverkansmöten finns problem att man inte skickar rätt person dvs den med kompetens och mandat från berörd verksamhet.	Hur och när samverkansmöten ska göras behöver beskrivas i SVIPS t ex krav på att ansvarig person med kunskap och mandat kring ärendet ska delta när man blir kallad.	Processledare SVIPS
Hur avgöra medelsvår nivå?	Ser olika ut för olika diagnoser.		Erfarenheter från överenskommelsen-enkät svar Nära vård och hälsa

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Remisser	Psykologer på vårdcentral undviker att skriva remiss för att de utgår från att psykiatri ska avvisa remisserna.		Psykologer på vårdcentral - enkätsvar angående remisser till psykiatri
Samsjuklighet	Uppgivenhet gällande remisser för patienter med samsjuklighet som t.ex. uppvisar symtom inom många olika områden men inte faller ut helt på ett. Nämns diagnoser som traumatiserande anknytningsproblematik, BDD, social fobi, måttlig depression, utmattning samt kriser som bottnar i trauma/svag anknytning.		Psykologer på vårdcentral - enkätsvar angående remisser till psykiatri
Kötider/överenskommelsen	Patienter som egentligen är på primärvårdsnivå prioriteras bort eftersom vårdcentralpsykologer behöver hålla psykiatripatienter i väntan på specialistnivå.		Psykologer på vårdcentral - meddelanden i funktionsbrevlåda och enkätsvar angående remisser till psykiatri
Håller tillbaka resurser man har	Rädsla att bidra med viss insats då man befärar att man då får ta över hela ansvaret för patienten.		Delprojekt Psykisk hälsa vuxna
Ersättningssystem	Svårt för primärvården med extern samverkan som behövs vid komplexa ärenden om man inte får ersättning för sådana insatser- högre grad av besöksersättning inom primärvården.		Delprojekt Psykisk hälsa vuxna
Psykoterapi	Fler av primärvårdens patienter som gynnas av det än psykiatri- var finns resurserna-LOV?		Delprojekt Psykisk hälsa vuxna
Följer ej överenskommelse	Remisser avvisas från psykiatri på grunder som inte är i enlighet med tidigare överenskommelse. Remittenten kan ha spaltat upp vilka kriterier som patienten uppfyller i	Under en kort period våren -25 (i Tierp) fungerade samarbetet betydligt och klart bättre och patienter togs oftare emot för en	Psykologer på vårdcentral - meddelanden i funktionsbrevlådan och

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	relation till en diagnos och samtidigt få ett remissvar där det står att det "inte finns något i remissen som motiverar kontakt med psykiatri". Ett annat exempel är att "hemlöshet, skuldsanering, att ej klara sin försörjning" nivå "medelsvår-svår" i överenskommelsen, men om en patient har liknande svårigheter kan remissen avvisas mot bakgrund av att patienten har behov av psykosociala insatser. Eller genom att psykiatri läser tidigare journal och genom detta bedömer att patienten av något skäl inte ens kallas för bedömning (det kan handla om en bedömning som är gjord för över 10 år sedan hos någon annan vårdgivare).	psykiatrisk basbedömning. Detta var riktigt bra! Efter denna specialistpsykiatriska bedömning kunde det ibland resultera i att vi i primärvården planerade en behandling, och ibland att patienten fick behandling i psykiatri. Mitt starka önskemål är alltså att psykiatri erbjuder fler basbedömningar, men utan krav på att sedan påbörja behandling. Bedömningen kanske just landar i att behandling kan ske i primärvård. Den specialistpsykiatriska bedömningen blev också ett mycket bra utgångsläge för samverkan och konsultation.	enkätsvar angående remisser till psykiatri
Behandlingsförsök	Oklart vad som betraktas som tre behandlingsförsök.		Psykologer på vårdcentral - enkätsvar angående remisser till psykiatri
Avvisade remisser i primärvården	Vissa privata vårdcentraler avvisar remisser som de enligt överenskommelsen borde ta emot. Finns ingen rutin för hur patienten då omhändertas.		Medcontrol Avvikelse
Vårdsnivå	Insatser på två vårdnivåer möjligt? Vårdcentraler tar ej emot för kurativa insatser då bedömer problematik på specialistnivå och motsatt att psykiatri inte tar emot då det pågår psykologisk behandling i primärvården.	Ska all vård vara på samma vårdnivå eller ska man kunna ge vård på olika vårdnivåer samtidigt?	Medcontrol Avvikelse

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	Önskemål om insatser från primärvården, från hemmottagningen i psykiatri, i väntan på insatser från specialenheter inom psykiatri/under väntetid t ex korrigera medicin och sjukskrivning accepteras inte.		
Kontaktuppgifter, samverkan	Kontaktuppgifter saknas till en verksamhet- blir då svårt att nå verksamheten/svarar inte.		Medcontrol Avvikelse
Vårdsnivå utifrån anamnes	Tidigare allvarlig psykisk sjukdom - Vems ansvar då att behandla patienten?		Medcontrol Avvikelse
AMUS (accepterad remiss med utförligt svar)	Primärvården har svårt att acceptera en bedömning som gjorts i ett utökat remissvar men då man inom psykiatri inte träffat patienten.		Medcontrol Avvikelse
Vårdsnivå, insatser	Insatser som ej anses vara psykiatriins uppdrag. Om problem beror på mobbning/behov av arbetsrehabilitering.		Medcontrol Avvikelse
Psykakuten	Tid att besvara en akut remiss på psykakuten för lång. Ingen återkoppling på remissen/svar till remittenten då patienten inte dyker upp på psykakuten. Hur hantera? Psykakuten remitterar men när remissen avvisas från primärvården missade psykakuten att hantera ärendet vidare.		Medcontrol Avvikelse
Bolla remisser	Bollning av remisser i stället för att prata med varandra och reda ut oklarheter primärvård-psykiatri.		Medcontrol Avvikelse

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Väntetid	Följs inte upp i tid vad gäller antidepressiv medicinering på primärvården efter besök på psykakuten.		Medcontrol Avvikelse
Vårdintyg	Regler för vårdintygsbedömning oklara för beredskapsjouren.		Medcontrol Avvikelse
KBT på nätet	Oklarheter gällande behandling från Nära vård digitalt när kontakt med psykiatri - vad gäller?		Medcontrol Avvikelse
Huvudansvar	Saknas tydlig formulering av huvudansvar. I tidigare överenskommelse står att den enhet som behandlar patienten med medicin och eventuell sjukskrivning har huvudansvar för ordinerade psykologiska och psykosociala insatser. Detta sker dock inte i praktiken (t.ex. hänvisas patienter med ADHD-medicinering inom psykiatri till vårdcentral för kurator/psykolog).		Psykolog på vårdcentral
Samverkan	Saknas etablerade forum för att diskutera gränsdragning mellan psykiatri och primärvård, t.ex. regelbunden konsultation.	Psykologer och kuratorer får inte använda psykiatrikonsulttelefonen!	Psykolog på vårdcentral
Patient bollas runt	Patient bollas från psykakuten till vårdcentral och sen tillbaka till psykakuten.		Patientnämnden
Samverkan	Krävs tydligare kommunikationskanaler/samordnarfunktion om man ska erbjuda behandling på två vårdnivåer (t.ex. medicinering på specialistnivå och psykologisk behandling inom primärvård).		Nära vård digitalt

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Tydliggöra insatser på vårdnivå	Patienter med psykiatriska tillstånd på specialistnivå erbjuds ibland bara medicinsk behandling (inte t.ex. psykologisk behandling, anhörigstöd) som rekommenderas i riktlinjer och hänvisas till primärvårdsnivå för dessa insatser.		Nära vård digitalt
Samsjuklighet, vårdnivå	Patienter med flera diagnoser (lindrig IF, ADHD, atypisk autism, återkommande depression, PTSD) där ansvaret för diagnoserna ligger uppdelat på flera verksamheter; habiliteringen/habiliteringsmedicinska enheten (HME), psykiatri och primärvården. Affektiva har avslutat patienten då hen inte uppfyller specialistpsykiatriens inklusion men patienten har medicin som primärvården inte upplever att de kan förskriva (lamotrigin-off label) och patienten blir återkommande suicidal i samband med kris. HME vill remittera till psykiatri men de anser inte att patienten uppfyller inklusion och HME ser bara att de har ansvar för medicinering med centralstimulantia.		Vårdcentral
Samsjuklighet, vårdnivå	Patienter med kontakt inom psykiatri får inte alltid den vård de behöver för sin somatiska ohälsa då de söker på vårdcentralen-somatiska besvär tolkas som psykiska.		Samverkanschef Uppsala kommun
Samverkan samsjuklighet	Patient med t ex ADHD och epilepsi kan ha mediciner som påverkar varandra negativt och det finns inga former för hur detta ska hanteras.		Samverkanschef Uppsala kommun

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Somatiken- Lasarettet i Enköping	Vid intoxikationer till akuten som sedan läggs in på avdelning hos oss. Det känns som att det ibland glöms bort och att rutiner tas fram utifrån Akademiska sjukhuset (endast) och att man inte har funderat utifrån situationen även i vår verksamhet. Viktigt att inte glömma kuratorerna i Enköping som arbetar mot det sjukhuset.	Involvera kuratorsorganisation/somatiken i Enköping vid framtagande av rutiner.	Verksamhetsutvecklare vid Enköpings lasarett
Remittering	Önskas bättre information kring vad som gäller vid utförligt svar från psykiatrin, missnöje med för kort tid att komplettera remiss till Håbo-Enköpings psykiatriska mottagning.	Tydliggöra rutiner kring remittering i SVIPS	Primärvårdens psykologer
Tolkning	Överenskommelsen tolkas väldigt olika.	Vore bra med en grupp som även efter en ny överenskommelse jobbar med meningsskiljaktigheter och tolkningsfrågor mellan de olika nivåerna av vård just för att tydliggöra arbetet.	Avdelningschef psykiatri
Ansvar för patient som fyller 18 år	Snart 18 årig patient med adhd, autism och IF som står på Valproat som behandling för utagerande beteende, och medicin för sömnen. Habiliteringen avslår då de endast följer upp CS. Neuropsykiatrin avslår då patienten inte har CS. Unga vuxna avslår då patienten inte har något tydligt affektivt. Primärvården kan följa upp sömnmedicin men inte den andra medicinen då den tillhör specialistpsykiatrin. Anhöriga undrar hur denna patient alldeles oavsett kommer att klara av flera vårdkontakter.		MLA BUP

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Ansvar för patient som fyller 18 år	17 årig patient med ADHD och ångest. Står på SSRI och ADHD medicin. Stabil på detta. Bara provat 1 SSRI. Remiss till primärvården avslås dock med tanke på att patienten tidigare haft suicidala tankar. Unga vuxna avslår då patienten inte har tillräckligt med affektiv problematik och endast provat 1 SSRI. Neuropsykiatrik tar emot men följer bara upp CS. Vem följer upp hela patienten?	Läkemedelsbehandling bör skötas sammanhållet i psykiatrik-lösningförslag från primärvården	MLA BUP/Primärvårdsläkare
Ansvar för patient som fyller 18 år	Snart 18 årig patient med autism och adhd. Står på neuroleptika sedan flera år tillbaka och varit stabil på detta. Neuroleptika är insatt pga beteendestörning med utagerande vilket det finns indikation för i nationella riktlinjer. Nu stabil men utagerandet återkommer vid försök till utsättning. Inget affektivt. Remiss till neuropsykiatrik avslås då patienten står på neuroleptika, habiliteringen tar bara CS uppföljning så remiss dit avslås, primärvården tar inte neuroleptika, unga vuxna tar inte för det inte är något tydligt affektivt. Var ska patienten vända sig till slut? Vem tar över?		MLA BUP
Struktur somatiken	Saknas struktur för gemensamt arbete med suicidprevention och identifikation av psykisk ohälsa inom somatiken.		LAG SVIPS

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Remissrutiner	Psykiatrin svarar ibland utifrån något annat än det remissen gällde. Om man skickar en remiss för att problematiken är medelsvår-svår, kan det hända att man får ett svar med rekommendation om behandling (exv en rekommendation eller att man inte gjort tre försök ännu) men man får <i>inte</i> svar på frågan om huruvida problematiken är medelsvår-svår eller inte.	Önskad tydlighet i när man ska skicka remiss till psykiatrin så att man får svar på sin frågeställning.	Psykolog på vårdcentral
Röda Korset samarbete med psykiatri	Röda Korsets behandlingscentrum för traumatiserade flyktingar önskar kunna remittera direkt till psykiatri vid behov.	I de få lägen då Röda Korsets patienter behöver insatser inom psykiatri är de mycket illa där och då är det onödigt/inte det bästa för patienten att de måste gå via primärvården för att få en remiss till psykiatri.	Chef på Röda Korsets behandlingscentrum
Övergång från BUP till VUP	I samband med 18-årsdagen och övergången till VUP ökar andelen patienter som får både psykiatrisk heldygnsvård och tvångsvård för både flickor och pojkar markant jämfört med när de var patienter på BUP.		Kartläggning från Socialstyrelsen
Vårdnivå, insatser utifrån låg funktion/stress	Patient med komplex problematik (både affektiva och neuropsykiatriska symtom) som avslutats på psykiatri då hen inte längre bedöms vara i behov av insatser därifrån. Vårdcentral anser dock att patienten har fortsatt stort vårdbehov utifrån t.ex. låg funktionsnivå, suicidtankar och hög stress		Psykolog vårdcentral

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	(sjukskrivning och krav från arbetsförmedling). Patient efterfrågar frekvent och långvarigt samtalsstöd som varken vårdcentral eller psykiatri har möjlighet att erbjuda. Oklart vart man ska hänvisa patienten.		
Vårdsnivå, remisser	När specialistpsykiatri anser att patient kan följas på primärvårdsnivå enligt bedömning av specialistläkare bör primärvården inte kunna avvisa remiss. Primärvård bör följa specialistbedömning och ta in patient för uppföljning. Vid försämring ny remiss till specialistvården. Detta skulle minska "bollandet" av patienter.		Chef Affektiva
Omhändertagande av patienter med somatisk sjukdom och sekundär psykisk ohälsa	Primärvårdens kuratorer och psykologer inte vana/saknar kompetens att hantera patienter med t ex cancer och sekundär psykisk ohälsa		Cancersamordnare
Sammanhållen vård, komplexitet/samsjuklighet	Problematiskt att särskilja en del av patientens problematik från annan (t.ex. allvarlig psykiatrisk diagnos från smärta, sömnproblem, lindrigare affektiv problematik). Svårt för VC att behandla så avgränsat när den övriga problematiken skapar en komplexitet som man också behöver ta hänsyn till. För patienten blir vården splittrad istället för sammanhållen.	Mer lämpligt att erbjuda en sammanhållen vård där psykiatri eller habilitering tar ansvar även för lindrigare delar av en större problematik.	Läkare primärvård

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Involvera aktörer utanför vården	Även använda sig av det civila samhället/ideella föreningar, brukarföreningar. Patienter behöver bygga upp andra, sunda intressen och sysselsättningar för att återhämta sig/må bra.	Stöd till att delta-kultur på recept eller liknande?	Brukarsynpunkter
Information om vårdkedjan viktigt	Om man blir nekad hjälp från en vårdinstans ska det också vara tydligt i planeringen vad som händer då; till exempel vad som händer om psykiatri inte accepterar en remiss från primärvården.		Brukarsynpunkter
Dålig följsamhet till överenskommelsen	Privata vårdcentraler håller sig inte till överenskommelsen mellan primärvård och specialistpsykiatri- när man blir hänvisad dit så får man ofta inte kontakt.		Brukarsynpunkter
Onödiga besök på psykakuten?	Många patienter som söker på psykakuten tillhör primärvården. Vad skulle primärvården kunna göra för att förhindra att de kommer till psykakuten?		Psykiatriska akutmottagningen
Diagnoser utan nationella kunskapsstöd	Patient inom psykiatri som också har samsjuklighet med anpassningsstörning/stress/utmattning. Vilka insatser ska de, om några, få i psykiatri, hur behöver behandling anpassas i psykiatri. Allt ska de få insatser inom PV för dessa tillstånd parallellt?	Då det saknas nationellt kunskapsstöd för dessa tillstånd behöver man utveckla ett lokalt kunskapsstöd.	Stegvis vård psykisk hälsa

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
Vårdcentraler fungerar olika	Vårdcentraler arbetar så olika med psykisk ohälsa och har olika långa väntetider så svårt att kunna hänvisa studenter då man inte vet vad de kommer mötas av på vårdcentralen.	Bättre transparens gällande arbetssätt och väntetider på vårdcentraler önskas.	Studenthälsan
Studenter svårt att få vård	Internationella masterstudenter som ej har personnummer-får inte alltid den vård de behöver och kan behöva betala avgifter de ej har råd med för att få vård. Studenter som kommer från annan region där de haft kontakt med psykiatri kan hamna mellan stolarna-får vänta länge på vård.		Studenthälsan
Brist i kontinuitet från barn till vuxen	Det blir ett brott i vårdens kontinuiteten för patienter som går från t ex BUP till vuxenpsykiatri alt ska fortsätta sin kontakt i primärvården.	Skulle man i vissa fall kunna få fortsätta sin vård på t ex BUP även efter man fyllt 18 år om ens behov av en stabil kontinuerlig vårdkontakt anses vara prioriterad?	Privatpraktiserande psykiater
Kurator på akuten	Akademiska sjukhuset har tidigare haft kurator på akuten men tagit bort detta pga besparingar. Anses vara en felaktig prioritering då insatsen kan bidra till patientsäkerhet och sparade resurser.	Bra med kurator på akutmottagningen (vilket Lasarettet i Enköping har). Många som söker vård akut har behov av samtalsstöd. Det kan handla om intoxer, psykisk ohälsa-suicidförsök, Besked om allvarlig sjukdom, anhörigstöd, sociala problem, myndighetskontakter mm.	Kurator, Lasarettet i Enköping

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
		Patienter som fått träffa kurator kan ibland skrivas ut direkt till hemmet efter intox istället för att hänvisas till psykakuten. Likaså med ångest och depressionsproblematik där patienten sökt för något annat ex bröstsmärta, andnöd, nedsatt allmäntillstånd mm. Sparar tid för övriga professioner men framförallt har patienten sammantaget fått bättre vård.	
IF, vårdnivå	Remisser för patienter med IF och samtidig ångest- eller depressionsproblematik nekas ofta av både primärvård och psykiatri, då båda instanserna hänvisar till varandra. Leder till onödig administration, etisk stress för remittent och väntetid för patient.	Någon form av forum där dessa patientärenden kan tas upp och lösas utan att varje ärende ska hanteras via remitterande mottagnings chef, utan att det uppstår onödiga konflikter/spänningar mellan enheterna och utan längre väntetid än nödvändigt för patienten.	Psykolog Habiliteringen
IF, kompetensutveckling	Kunskapen och kompetensen om IF-gruppen varierar kraftigt och upplevs idag hänga mycket på personligt engagemang hos olika medarbetare. Från habiliteringens sida ser vi ett behov av att psykiatri och primärvård ökar den generella kunskapsnivån om funktionsnedsättningar och lämpliga	Inför en obligatorisk pingpong-utbildning om att bemötande och anpassning vid IF/AST/ADHD. Ta upp ämnet hur man kan anpassa vid IF/AST/ADHD under regionens utbildningar för t ex PTP-psykologer, AT-läkare, etc.	Psykolog Habiliteringen

Område	Synpunkt	Förslag till lösning och av vem	Inlämnad av/källa
	anpassningar av bemötande, bedömning och behandling vid IF.		
IF, behandling samsjuklighet	Tillgången till svenskspråkiga KBT-manualer för psykologisk behandling vid IF och samtidig psykisk ohälsa/sjukdom är idag begränsad. Det finns en del evidensbaserade engelskspråkiga manualer men få är översatta till svenska.	Avsätta tid/resurser för att metodutveckling - översätta och bearbeta de behandlingsmaterial som faktiskt finns till svenska.	Psykolog Habilitering
IF, utredning	Detta händer visserligen relativt sällan, men det är ändå återkommande att patienter som i princip gjort en fullständig IF-utredning inom psykiatri remitteras till habiliteringen med önskemål om IF-utredning, istället för att psykiatri ställer en IF-diagnos, vilket resulterar i dubbelarbete.	I de fall psykiatri redan gjort allt som ingår i en vanlig IF-utredning hos habiliteringen - ställ diagnos (konsultera habiliteringspsykolog per telefon vid osäkerhet) och remittera sedan patienten till habiliteringen för lämpliga behandlande insatser direkt.	Psykolog Habiliteringen
Kliniska processledare		Vore hjälpsamt att ha en funktion liknande psykiatri kliniska processledare även inom primärvården, alltså kliniker som är ansvariga för vårdprocesser kopplade till specifik problematik (t.ex. ätstörning, beroende) och kan hålla sig uppdaterad på kunskapsläge, bidra till utvecklingsarbete och sprida information till övriga kliniker.	Psykologer vårdcentral

