

Vårdriktlinje för affektiva störningar samt ångestsyndrom - bipolär sjukdom, vuxenpsykiatri KURA – Patientens väg genom psykiatrin



Vårdsnivå och remiss

Remiss	Vårdsnivå
Från psykiatriska akutenheten (PAE), egenremiss eller andra vårdinstanser.	Bedöms av medarbetare som arbetar med remiss och bedömning.

Remiss till psykiatrin

Externa, interna och egenremisser går till remiss och bedömningspersonal på respektive enhet (rob) för ställningstagande av vårdnivå. Rob ställer arbetsdiagnos (exempelvis misstänkt bipolär sjukdom).

Remissinnehåll:

- Psykosocial-, funktions- och aktivitets screening.
- Strukturerad suicidriskbedömning.
- Ärftlighet.
- Tidigare kontakt med psykiatrin.
- Tidigare behandlingsformer och läkemedel.
- Aktuell behandling och läkemedel.

- Remittentens egen bedömning med tydlig frågeställning avseende eventuella diagnoser.
- Eventuella utredningar.

Mer information om remissinnehåll var god se hemsidan för kunskapsstöd för vårdgivare – psykisk hälsa – bipolär sjukdom.

Egenremiss utformas enligt följande:

<https://www.1177.se/Jonkopings-lan/sa-fungerar-varden/att-valja-vardmottagning/valja-specialistvardsmottagning-i-jonkopings-lan/>.

Remiss från psykiatrin

Vid remiss från psykiatrin till primärvård ska det göras en tydlig vårdplanering för fortsatt behandling, krisplan med vilka patientens tidiga tecken på försämring är och vilka åtgärder som då ska tas. Aktuell vårdplan ska kommuniceras med patienten (uppmuntra till delaktighet av anhörig) och primärvårdsläkaren.

Prioriterade grupper

- Tidigare suicidförsök.
- Graviditet och spädbarnsperiod. Se mer information på hemsidan för kunskapsstöd för vårdgivare – psykisk sjukdom i samband med graviditet och spädbarnsperiod.

Vårdnivå

- Patient med misstänkt eller konstaterad bipolär sjukdom bör remitteras till specialistpsykiatrin enligt FAKTA dokument – allmänt kliniskt kunskapsstöd.
- Patienter som inom psykiatrin erhållit diagnosen *misstänkt bipolär sjukdom/bipolär sjukdom* behandlas vidare inom psykiatrisk mottagning. Vid samtidig beroendeproblematik kan patient följas av psykiatriska beroendevården istället. Prover tas enligt rutin och propaket *Inkomstprover/Ny Pat* och vid behov tas midjemått för att ha ett utgångsvärde från det att patienten kommer till psykiatrin. Om patienten bedöms höra till psykiatrin tas patientärendet upp på teamkonferens och kartläggning planeras och genomförs.

Viktigt att patienten när hen bedömts tillhöra specialistpsykiatrin tidigt är med i utformandet av hens vårdplan så att patientens förväntningar på psykiatrin, och vad hen själv kan göra, blir så realistiska som möjligt. Om patienten bedöms höra till psykiatrin tas patientärendet upp på teamkonferens och kartläggning planeras och genomförs.

- Patienter med bipolär sjukdom som är i stabilt skede och som bedöms ha ett begränsat vårdbehov kan efter genomfört behandlingsprogram remitteras för fortsatt uppföljning via primärvården. Utremittering erfordrar en tydlig vårdplanering (se avsnitt *Remiss från psykiatrin*).

- För mer information se hemsidan för kunskapsstöd till vårdgivare – bipolär sjukdom – utredning.

Diagnostik och utredning

Kartläggning (diagnostik och utredning)

Remiss	Vårdnivå	Kartläggning	
Från (PAE), egenremiss eller andra vårdinstanser.	Bedöms på rob.	Diagnostisering utförs av remiss- och bedömningspersonal fram till arbetsdiagnos, sedan av psykiatrisk mottagning.	Remiss- och bedömningspersonal påbörjar och sedan fortsätter kartläggning och bedömningar i teamet patienten tillhör på psykiatrisk mottagning.

Efter att vårdnivå bedömts och arbetsdiagnos satts följs patienten över tid av specialistläkare/ ST-läkare inom psykiatri och psykiatriskt team för att säkerställa diagnosen.

- Anamnes genomförs av de i teamen som arbetar med remiss och bedömning. Sjukskrivning, utbildning och arbetserfarenhet efterfrågas och närståendeintervju bör genomföras. Familjeformulär fylls i (finns på Region Jönköpings intranät). Förslagsvis efter ett underlag för psykiatrisk bedömning. Se separat dokument *Förslag anamnes – underlag för psykiatrisk bedömning*.

Utifrån den information som remiss och bedömningspersonal samlar in och presenterar för det tvärprofessionella teamet fattas beslut om lämplig kartläggning. Fördjupade bedömningar genomförs utifrån patientens behov. Beslut om kartläggningens upplägg bör ske inom en månad.

Kartläggning av patientens resurser och behov av insatser och dess planering sammanfattas i patientens vårdplan. Fast vårdkontakt utses och bör vara någon i teamet som kan följa patienten över tid. Har en sammankallande roll med överblick över de insatser patienten gjort eller planerar genomgå, behöver inte alltid vara aktivt behandlande själv. Den fasta vårdkontakten ansvarar för att vårdplanen är uppdaterad, fungerar som en samordnande roll (tar kontakt med läkare och andra behandlare vid behov).

Vårdplanen revideras så den hålls som ett levande dokument, minst var 15 månad och oftare vid behov.

Medicinsk kartläggning

Utförs av specialistläkare/ST i samarbete med sjuksköterska.

Beslut om farmakologisk behandling och suicidriskbedömning görs. Provtagning ”affektiva sjukdomar” är gjort inför besöket då det initierats av personal på remiss och bedömning. Somatiskt status, EKG och andra skattningar görs vid behov. Lithium PM finns vid behov. DSM-5 används för diagnossättning och ICD-10 används för kodning av ställd diagnos.

Psykosocial kartläggning

Utförs av kurator/socionomer.

Familjesituation, boendesituation, ekonomi, socialt nätverk, fritid. Finns det saker i historiken som påverkar dessa områden idag? Inventering av andra insatser exempelvis kommunala så som boendestöd (bst). Vid behov kontakt med barnhandläggare etc. Familjeformuläret säkerställs att det är ifyllt och kan arbeta med områden utifrån det.

Funktionsnivå

Utförs av fysioterapeut.

Skattning- och bedömning som ger en bild av personens förmåga att bearbeta intryck, autonom och emotionell regleringsfunktion samt kognition kopplat till detta. Central sensitisering, andningsdysfunktion, motivation och energi, smärta, katastroftankar kring sina symptom, känsloreglering och psykomotorisk utveckling.

Bedömningsinstrument: Central Sensitization Inventory, Nijmegen Questionnaire, Karolinska Exhaustion Disorder Scale, Karolinska Sleep Questionnaire, Pain Catastrophizing Scale, Widespread pain index, Emotion regulation questionnaire (ERQ), Bayton score, BAS MQ-E och NES 13s.

Aktivitetsnivå

Utförs av arbetsterapeut.

Skattning - och bedömning som ger en bild av personens förmåga att hålla rutiner exempelvis gällande dygnsrytm, mat, aktivitet/vila, kognitiva förmågor så som planering, organisering eller tidsuppfattning.

Bedömningsinstrument: ADL-taxonomin, COPM, GAP, OCCAIR, Min mening, ATMS-S, Aktivitetsdagbok t.ex. POES, SDO-OB, WRI, WEIS-s, AASP, AWP, AMPS, WCPA-s, PRPP

Psykologisk nivå

Vid behov av utökad bedömning och som stöd för diagnostik utförs relevanta tester kring t.ex. personlighetsproblematik eller kognitiv förmåga av psykolog eller annan personal med relevant kompetens

Sjukskrivning

Se flik för sjukskrivning.

Vårdplan

Påbörjas vid kontakt med remiss och bedömningspersonal. Använd mall “psykiatrisk vårdplan” i Cosmic.

Prevention

Minskat behov av remisser till psykiatrin genom att förebygga felaktiga remisser och stötta primärvården vid kontakt med patienter med stabilt mående.

- Ökat samarbete och närvaro i primärvården.
- Utbildningsinsatser för vårdgrannar.
- Tillgänglighet när/om det behövs.

Behandling

Utbildning (behandling)

Remiss	Vårdsnivå	Kartläggning	Utbildning
Från slutenvård/(PAE), egenremiss eller andra vårdinstanser.	Bedöms på rob. Diagnostik utförs av rob fram till arbetsdiagnos, sedan av psykiatrisk mottagning.		Psykoedukation påbörjas av personal på remiss och bedömning, sedan fortsatt inom det team patienten tillhör

- Psykoedukation kan ges av samtliga professioner och anpassas efter patienten/ individen. Specifik psykoedukation ges av respektive yrkesprofession.
- Öppna föreläsningar där innehållet är riktat till patienter men de kan ta med sig en anhörig. Fokus i föreläsningarna är på grundläggande/generell psykoedukation: stress, nedstämdhet/depression, ångest oro åltande och katastroftankar, rehabilitering (aktiv sjukskrivning), kost, fysisk aktivitet, impulsivt beteende och sömn. Varje föreläsning återkommer 2ggr/ termin. (Finns i Jönköping, planeras till hela regionen).
- Information om återhämtningsfokus inom psykiatrin ska ges patienten, vad hen själv kan påbörja och efterfråga. Exempelvis utifrån återhämtningsguiden.

Rehabilitering (behandling)

Remiss	Vårdsnivå	Kartläggning	Utbildning	Rehabilitering
Från slutenvård/(PAE),	Bedöms på rob. Diagnostik		Psykoedukation påbörjas av personal på	Fortsatt behandling utifrån

egenremiss eller andra vårdinstanser	utförs av rob fram till arbetsdiagnos, sedan av psykiatrisk mottagning.		remiss och bedömning, sedan fortsatt inom det team patienten tillhör	vårdplan.
--------------------------------------	---	--	--	------------------

Medicinsk behandling

Utförs av läkare och sjuksköterska.

Val av farmakologiska åtgärder och uppföljning enligt rutin, genomförs av läkare i samarbete med sjuksköterska. Tätare kontakt med sjuksköterska vid insättning och läkemedelsjusteringar för att utvärdera effekt och biverkningar. Sjuksköterska/Fast vårdkontakt och läkare kallar patienten för uppföljning (besök, telefon eller video) vid behov, minst årligen, kan ske gemensamt.

Hälsokontroll ska enligt vård och insatsprogrammen "ångest och depression" (VIP) göras årligen.

Psykosociala behandlingsinsatser

Utförs av kuratorer.

Stöd och förändringsarbete kopplat till relationer, ekonomi, acceptans mm. Etablera kontakter för kommunala insatser ex bst, familjebehandlare mm.

Behandling på funktionsnivå

Utförs av fysioterapeut. Utgår från fem sammankopplade behandlingsstrategier.

1. Beteendemedicinsk modell: Beteendeaktivering. Har som huvudinriktning att bryta undvikandebeteende och skapa exponering.
2. Sensorisk processering. Stärka hjärnans sätt att bearbeta intryck funktionellt.
3. Autonom reglering. Arbetar med interoception, central sensitisering och autonoma nervsystemet.
4. Emotionell reglering. Arbetar med avledning och kognitiv omformulering utifrån fysiska upplevelser.
5. Fysisk aktivitet (pågående arbete i fysioterapeutgruppen)

Syftet med behandlingen är att påverka system i kroppen som förstärker och/eller bibehåller psykisk ohälsa.

- Bryta undvikandebeteende, skapa exponering och ge möjlighet till nyinlärning.
- Reglerar hjärnans bearbetning av och reaktion på inre och yttre intryck vilket ger möjlighet till flexibla reaktionsmönster.
- Medvetandet får en chans att ifrågasätta förhastade och stereotipa bedömningar av händelser i dåtid, nutid och framtid.

- Reglerar inflammatoriska processer, vilka kopplas till beteendemässiga, kognitiva och somatiska problem relevanta för personer med psykisk ohälsa.
- Arbetar med flera komponenter kopplade till självbild.

Behandlingsmässigt ingår bland annat psykoedukation kring ångest utifrån neurobiologisk teorigrund, kroppsmedvetandeträning, genomgång av dygnsklocka/sömn/aktivitet vila och fysisk aktivitet. Utöver det är autonom reglering nödvändig för att bearbeta fysiologiska reaktioner och emotionella regleringen för att förändra psykologiska komponenter

Behandling på aktivitetsnivå

Utförs av arbetsterapeuter.

Preventiva, förbättrande, kompensatoriska åtgärder, så som struktur- och rutinstödjande åtgärder, träning av exekutiva funktioner, stöttning till vidare interna och externa åtgärder, stresshantering, samt hjälpmedelsutprovning

Struktur- och rutinstödjande åtgärder: kognitivt stöd, upprätta scheman och bildstöd, träning i egenvård, återhämtning, undvikande av hälsorisker Funktion och aktivitetsträning: för att öka kognitiva, psykiska och sociala förmågor.

- Vardag i Balans: En gruppintervention som identifierar och arbetar med att skapa aktivitetsbalans i vardagen och har ett återhämtningsfokus. Interventionsprogrammet omfattar 10-12 träffar (2 h/gång) samt 2 boostersessioner. (Skickat frågan om jämlikhet över regionen vidare till Tinno Lomstad och Karolina Elmblad)
- TTM är en strukturerad arbetsterapeutisk metod för kartläggning och behandling inom psykiatrisk vård. TTM grundar sig på aktivitetens betydelse för att en person ska uppleva hälsa. Målet med skapande aktivitet är att individen ska uppmuntras att uttrycka erfarenheter, känslor och tankar, för att på så sätt få ökad självförståelse om sin livssituation och utveckla sina relationer till andra människor. Syftet är att personen med hjälp av detta ska formulera nya mål, strategier och förändringar inför framtiden. (Skickat frågan om jämlikhet över regionen vidare till Tinno Lomstad och Karolina Elmblad)
- Rehabiliteringsperiod kan erbjudas i Jönköping.

Psykoterapi

Utförs av psykolog, psykoterapeut eller personal med grundläggande psykoterapiutbildning (så kallad steg 1-utbildning).

Individuell psykoterapi eller gruppterapi. Olika inriktningar av psykoterapi, t.ex. KBT, IPT, PDT eller familjeterapi erbjuds efter bedömning av patientens behov och förmåga. Syftar till att skapa en fördjupad förståelse och ett aktivt arbete med

att förändra exempelvis beteenden, tankar, känslor och relationsmönster som påverkar patientens problematik.

Slutenvård

Slutenvården följer patientens vårdplan som upprättats i öppenvården med utökat stöd i omvårdnad, upprätthållande av vardagsrutiner och stöd att om möjligt fortsätta med redan pågående behandlingsinsatser, exempelvis kuratorssamtal eller bassängträning.

Slutenvård syftar till att ta hand om den akuta psykiatriska problematiken så att patienten kan återgå till sin vardag. Kan innebära återgång till öppenvård eller primärvårdsnivå.

Kontakt mellan slutenvård och öppenvård bör ske med god kontinuitet, 1g/v exempelvis via närvaro/digital närvaro på teamkonferenser.

Sjukskrivning

Se flik för sjukskrivning.

Avslut (behandling)

Remiss	Vårdsnivå	Kartläggning	Utbildning	Rehabilitering	Avslut
Från slutenvård/ (PAE), egenremiss eller andra vårdinstanser	Bedöms på rob. Diagnostik utförs av rob fram till arbetsdiagnos, sedan av psykiatrisk mottagning.		Rob samt fortsatt på psykiatrisk mottagning.	Psyko-edukation och behandling utifrån vårdplan.	Fortsatt uppföljning årligen eller avslut från specialist-psykiatri.

Frågeställningen *avslut* ska diskuteras redan i kartläggningsfas och vårdplanen i samband med att patienten inleder kontakt med psykiatri. Patientens behov, förväntningar och vårdens uppdrag ska jobbas ihop till en målsättning som man sen följer upp kontinuerligt och utvärderar vid avslut. Då patienten genomgått de planerade insatserna avslutas aktiva

behandlingsinsatser. Vidmakthållandeplan upprättas i samtliga beteendeförändrande insatser och sammanställs vid vårdplansmöte.

Patienten remitteras till primärvården om tillståndet varit stabilt över tid och det finns en tydlig krisplan med planering för åtgärder vid försämrat mående. Här är en

sammanfattande journalanteckning (i vårdplanen - måluppfyllelse och krisplan) viktig för att få en överblick av vad vårdtiden inneburit och vilka resultat det gett.

Underlag till fortsatt behandling så inte behandlingsinsatser aktualiseras som redan testats och inte gett önskvärd effekt eller som bedömts olämpliga.

Sammanställande till uppföljnings- och revideringsmöten av vårdplanen är den fasta vårdkontakten. Patienten och aktuella behandlare deltar i dessa möten, deltagarna kan därför variera från gång till gång.

När patienten är i behov av insatser på specialistpsykiatrisk nivå och redan genomgått alla aktiv behandlingsinsatser ska hen kallas till årliga besök hos läkare och sjuksköterska för uppföljning av det psykiska måendet och hälsouppföljning

Sjukskrivning

Läkare sjukskriver och sjukskrivningen följs av en rehabkoordinator. Rehabkoordinatoren tar del av information och reviderar vid behov till andra instanser eller inom kliniken. Informerar team och/eller patient om sjukskrivningsprocess och ansökningar, beslut och så vidare kopplade till den.

Uppföljning

Se mer information under fliken *Behandling*.

Barnperspektivet

- Familjeformulär i Cosmic fylls i tidigt i kontakten med psykiatrin, vid kontakt med remiss och bedömningspersonal eller under kartläggningen.
- Föreläsningar för anhöriga. Andra anhörigträffar om barnet är gammalt nog.
- Önskvärt med information till barn och de runt barnet. Exempelvis att behandlare erbjuder sig att informera barnet och personer som har mycket kontakt med barnet som anhöriga eller inom barnomsorgen utifrån förälderns problematik. Hänvisa vid behov till elevhälsoteam, ungdomsmottagning eller BUP.
- Underlätta med intyg för att få mer tid på förskola/fritids vid behov.
- Dela ut foldern *Vad gör jag när mamma blir sjuk?* Finns även filmer på hemsidan för Nationellt kompetenscentrum anhöriga – Tecknade filmer om psykisk ohälsa i familjer.

Kvalitetsindikationer

Arbete pågår.