

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2026-06-23

Innehållsansvar: Pia Rydell, (piary1), Verksamhetschef

Giltig till: 2026-12-23

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Ansvarsfördelning och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri (vuxna)

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2024-00274), giltig till 2026-07-02.

Utarbetad av Kunskapsstöd för psykisk hälsa i samarbete med Samordningsrådet vuxenpsykiatri och Primärvårdsrådet.

Huvudbudskap

Övergången mellan Västra Götalandsregionens primärvård (benämns i fortsättningen primärvård) och specialistpsykiatri (och vice versa) ska ske på ett sömlöst och patientsäkert sätt. En väl fungerande konsultationsmodell ger förutsättningar för ett gott samarbete.

En stegvis behandlingsmodell utgår från principen om lägsta effektiva interventionsnivå utifrån patientens behov av vård. Vården ska vara personcentrerad och utgå ifrån bästa tillgängliga kunskap om vård och behandling. Detta innebär att patienten kan få vård från både primärvård och specialistpsykiatri samtidigt (exempelvis patienter med ADHD får insatser från både primärvård och specialistnivå).

Syfte

Syftet med riktlinjen är att skapa förutsättningar för en god och jämlik vård i hela Västra Götalandsregionen (VGR) genom att beskriva ansvarsfördelningen mellan primärvård och specialistpsykiatri.

Bakgrund

Antalet invånare i VGR som söker vård för psykisk ohälsa ökar. Av alla besök i primärvården har en tredjedel denna sökorsak. 70% av patienter med ångest och depressionsdiagnos vårdas i primärvården. 4% av den vuxna befolkningen har kontakt med specialistpsykiatri.

Utredning/behandlingsindikation/diagnos

- Vårdnivå avgörs efter medicinsk bedömning.
- Patientens fria val inom samma vårdnivå är grundläggande för all vård och behandling.
- Patientens fria val gäller inom samma vårdnivå och är grundläggande för all vård och behandling.
- Suicidriskbedömning ska göras vid all kontakt med patienter med psykiatriska symtom. Se [RMR Suicidalitet hos vuxna – akut bedömning/ handläggning](#).
- För kunskapsunderlag se [Psykiatri - Vårdgivarwebben Västra Götalandsregionen \(vgregion.se\)](#).

Vårdnivå

Primärvårdens ansvar:

- Identifiera och bedöma psykiatriska tillstånd hos de patienter som söker denna vårdnivå.
- Behandling av psykiatriska tillstånd som faller under primärvårdens ansvar.
- Utifrån ansvarsfördelningen följa upp patienter som är färdigbehandlade inom specialistpsykiatri.
- Somatisk bedömning av patienter med psykiatriska tillstånd.
- Behandla och följa patienter med låg suicidrisk. Vid svårbedömd eller hög suicidrisk ska specialistpsykiatri konsulteras.
- Behandlingsinsatser för patientgrupper enligt tabell 1.

Specialistpsykiatriens ansvar:

- Identifiera och bedöma psykiatriska tillstånd hos de patienter som söker denna vårdnivå.
- Behandling av psykiatriska tillstånd som faller under specialistpsykiatriens ansvar.
- Erbjuder alla patienter uppföljning efter suicidförsök. Återremittering till primärvården sker när suicidrisken bedöms låg/lätt förhöjd.
- Ge råd och stöd i frågor som rör diagnostik och behandling samt bedömning om övertagande av vård (konsultationsansvaret).
- Patienter med komplex symtomatologi eller där primärvårdens insatser ej givit resultat.

- Behandlingsinsatser av patientgrupper enligt tabell 1.

Tabell 1: Ansvarsfördelning mellan vårdnivåerna. Vårdgivarwebben .	
Primärvård:	Specialistpsykiatri:
▪ ADHD - uppmärksamma och kartlägga problematik ▪ Autismspektrumtillstånd - uppmärksamma och kartlägga problematik enl. RMR ▪ Generaliserat ångestsyndrom ▪ Paniksyndrom ▪ Social fobi ▪ Tvångssyndrom ▪ Krisreaktion ▪ Uppmärksamma symtom på psykosjukdom och etablera kontakt med specialistpsykiatri enl. Psykosjukdomar, tidig upptäckt ▪ Lindrig och medelsvår depression ▪ Okomplicerade recidiverande depressioner ▪ Gravida patienter med lindrig och måttlig ångest och depression ▪ Substansbruksyndrom - alkohol ▪ Substansbruksyndrom - benzodiazepiner & hypnotika ▪ Upptäcka substansbruksyndrom - cannabis, centralstimulantia, opioider ▪ Spelberoende - Råd och psykosociala insatser. ▪ Personlighetssyndrom -symtomorienterad behandling vid lindriga symtom & funktionsnedsättningar. ▪ Självskafeproblem - upptäckt och behandling vid lindrig och medelsvår symtomatologi. ▪ Identifiera och behandla - PTSD ▪ Ätstörningar - Upptäckt, bedömning, motivering, behandling i lindriga fall. ▪ Stressrelaterad psykisk ohälsa ▪ Somatoformt syndrom	▪ ADHD - utredning och behandling ▪ Autismspektrumtillstånd – utredning samt behandling av allvarlig psykisk samsjuklighet ▪ Tvångssyndrom med komplex symtomatologi och funktionsnedsättning ▪ Tourettes syndrom ▪ Psykosjukdomar, tidig upptäckt och behandling. ▪ Bipolära syndrom ▪ Medelsvår depression med komplex problematik ▪ Svår depression ▪ Komplicerade recidiverande depressioner ▪ Gravida patienter med ångest och depression som försämras under graviditet med risk för fostrets hälsa ▪ Substansbruksyndrom cannabis, centralstimulantia, opioider - utredning och behandling ▪ Läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende (LARO), benzodiazepiner, hypnotika ▪ Spelberoende med allvarliga symtom & funktionsnedsättningar eller allvarlig psykiatrisk samsjuklighet. ▪ Personlighetssyndrom - behandling vid allvarliga symtom & funktionsnedsättningar ▪ Självskada - behandling vid etablerat självskafebeteende ▪ PTSD med svåra eller komplexa symtom. ▪ Ätstörningar ▪ Stressrelaterad psykisk ohälsa - Svåra, komplexa eller utmattningssyndrom med psykiatrisk samsjuklighet. ▪ Uppmärksamma somatisk ohälsa hos patienter med långvarig psykiatrisk ohälsa.
Ovanstående tabell angående vårdnivå gäller i första hand, om inte RMR vid specifiktillstånd anger något annat.	

Samarbete

- Efter ömsesidig överenskommelse kan primärvården respektive specialistpsykiatri i enskilda fall ha ansvar för den andra vårdnivåns patienter.
- Vid samarbete mellan olika vårdnivåer bör en gemensam vårdplan upprättas.
- Vid samarbete mellan olika huvudmän bör en samordnad individuell plan (SIP) upprättas.

Vård och insatsprogram (VIP)

- [VIP Depression och Ångest](#)
- [VIP Missbruk och beroende](#)

- [VIP ADHD](#)
- [VIP Schizofreni](#)

Konsultationsmodell och samverkan

Konsultationsmodellen bygger på kännedom, förtroende och respekt mellan samverkansparterna, för att ge patienten bästa möjliga vård vid tolkning av ansvarsfördelningen. Bra samverkansstruktur kan förhindra onödiga remisser åt bägge håll och öka möjligheten till ömsesidigt lärande.

A. Samverkan mellan vårdnivåerna på ledningsnivå.

- Mötena ska utformas utifrån lokala förutsättningar.
- Lokala dokument ska upprättas med telefonnummer, mailadresser etc. för att förbättra samverkan och öka tillgängligheten mellan mötena.
- Specialistpsykiatri är sammankallande, men det är ett gemensamt chefsansvar att tillse att dessa möten genomförs.
- Mötenas innehåll förbereds av båda parter, där frågor tas upp som berör samverkan.
- Möten ska hållas fysiskt och/eller digitalt 1–2 gånger per år, eller oftare vid behov.
- Föreligger oenighet mellan specifik vårdcentral och psykiatrimottagning, får detta hanteras mellan respektive ledning.

B. Samverkan i patientärenden

Vid behov av konsultation per telefon bör återuppringning ske samma dag i mer angelägna ärenden och inom några dagar vid ärenden som kan vänta. Vid akuta situationer kan närliggande akutsjukhusväxel koppla till psykiatrins jourlinje eller motsvarande för rådgivning. Om parterna kring mindre akuta ärenden ser behov av regelbundna möten i fysisk eller digitalt kan detta ge goda möjligheter till ömsesidigt lärande och förståelse för varandras verksamheter.

Remisser ([länk](#))

När patienten remitteras till annan vårdnivå, ska remissen innehålla adekvat information för mottagaren, för att kunna göra en korrekt medicinsk bedömning. Nedanstående tabell bör användas som stöd:

Remiss till specialistpsykiatri bör innehålla:	Remiss och remissvar till primärvården bör innehålla:
• Tydlig frågeställning • Psykiatrisk anamnes och aktuella symtom • Aktuell medicinering • Resultat av utredning och prövat farmakologisk och psykologisk behandling. • Tidigare suicidförsök och bedömning av aktuell suicidrisk. • Tagga relevanta prover och resultat. • Svar på utförda tester vid misstanke om substanssyndrom. • Relevant information om alkoholvanor. • Somatiska sjukdomar • Psykosocial anamnes • Status/funktionsnivå	• Diagnos och resultat av utredning och behandling och föreslagen plan för uppföljning • Bedömning av aktuell suicidrisk • Psykiskt status och funktionsnivå • Psykosocialt status • Aktuell sjukskrivning • Aktuell medicinering • Förslag på fortsatt behandlingsstrategi, medicinering och uppföljning. • Bedömning av behov av ev. somatisk uppföljning. • I förekommande fall bedömning av arbetsförmåga samt innehåll i aktuellt sjukintyg

Uppföljning av denna riktlinje

- Konsultationsarbetet utifrån ansvarsfördelning och konsultationsmodell följs årligen upp inom respektive lokal samverkansorganisation där också privata upphandlade psykiatriska enheter ska ingå. Psykiatrins företrädare är sammankallande.
- Uppföljning sker årligen vid gemensamma möten mellan Programområde psykisk hälsa och Regionala primärvårdsrådet, där Programområde psykisk hälsa är sammankallande.

Innehållsansvarig

Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se i samverkan med Samordningsrådet för vuxenpsykiatri och Primärvårdsrådet.

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Pia Rydell, (piary1), Verksamhetschef

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-280

Version: 5.0

Giltig från: 2026-06-23

Giltig till: 2026-12-23