

## REVISIONSRAPPORT

### PROJEKTRAPPORT

#### Det akuta mottagandet inom psykiatri

- \* Länsakuten fyller en viktig funktion, uppfyller sitt vårdåtagande och anses av de intervjuade verksamhetscheferna fungera väl. Den har betydligt färre antal besökande jämfört med de två mottagningarna som fanns 2003
- \* Det är stora lokala variationer när det gäller organisation av och tillgänglighet till det akuta mottagandet mellan olika delar av länet. När det gäller besöken vid länsakuten är det två sektorer som har en större besöksandel av invånarna än de övriga
- \* Det saknas överblick av det akuta mottagandets tillgänglighet och vårdresultat. Beställaren bör ta fram en samlad rapportering och redovisning av hur det akuta mottagandet utvecklats
- \* Ersättningssystemet för länsakuten är föremål för översyn för att kunna fungera som både styrinstrument och ge en relevant kostnadsfördelning av mottagningens insatser
- \* Informationen till allmänheten om det akuta mottagandet inom psykiatri och dess förändringar bör förbättras och ansvaret att så sker förtydligas

Landstingsstyrelsen

**Revisionsrapport 25/2004 "Nyttjandet av externa heldygns-/slutenvårdsplatser i allmänpsykiatrin" samt rapport 26/2004 "Det akuta mottagandet inom psykiatrin".**

Revisionskontoret har under hösten genomfört två särskilda granskningar inom den psykiatriska vården, vilka redovisas i rubricerade rapporter.

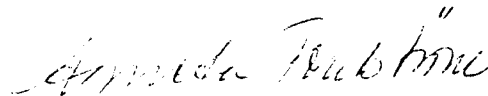
Revisorerna i revisorsgrupp I beslutade vid sammanträde den 14 december 2004

- att överlämna rapporterna till landstingsstyrelsen för yttrande senast 2005-02-16
- att särskilt begära in landstingsstyrelsens kommentarer när det gäller hur landstingsstyrelsen, i sin roll som politiskt ansvarig beställarnämnd, ska följa och försäkra sig om kvaliteten och effektiviteten i de granskade verksamheterna. samt
- att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.



Georg Jönsson  
ordförande



Agneta Fohlström  
sekreterare

Styrelserna för  
Stockholms läns sjukvårdsområde  
Södertälje sjukhus  
Norrtälje sjukhus AB

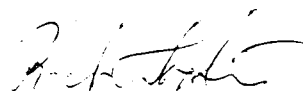
**Projektrapport 25/2004 Nyttjandet av externa heldygns- /slutenvårdsplatser i allmänpsykiatrin samt rapport 26/2004: Det akuta mottagandet inom psykiatrin**

Revisionskontoret har under hösten genomfört två särskilda granskningar inom den psykiatriska vården vilka redovisas i rubricerade rapporter.

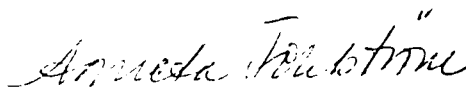
Revisorerna i revisorsgrupp II beslutade vid sammanträde den 14 december 2004

- att överlämna rapporterna till ovannämnda styrelser för yttrande senast 2005-02-16
- att efterfråga kommentarer när det gäller ansvarsfördelningen mellan beställare och utförare vad gäller kvalitet och effektivitet och hur respektive styrelse arbetar för att utveckla den lokala akuta psykiatrivksamheten samt
- att förklara paragrafen omedelbart justerad.

Härmed överlämnas rapporten.



Karl-Axel Boström  
ordförande



Agneta Fohlström  
sekreterare

## Det akuta mottagandet inom psykiatri

### Granskningens syfte och metod

Revisionskontoret har i enlighet med revisionsplanen under hösten bedrivit ett projekt inom psykiatriområdet med inriktning *det akuta mottagande* inom vuxenpsykiatri. Granskningen har genomförts i samverkan med konsultföretaget Bergman & Dahlbäck AB.

Under 90-talet och början av 2000-talet har *det specialiserade akuta omhändertagandet* inom psykiatri kraftigt förändrats. År 1995 fanns fem psykiatriska akutmottagningar med länsövergripande ansvar i landstinget. 1996 reducerades dessa till två, en vid Huddinge sjukhus och en inom S:t Görans sjukhusområde. Det akuta mottagandet var ett tilläggsuppdrag till Psykiatri Sydväst respektive Norra Stockholms psykiatri. År 2003 fattades beslut om att från årsskiftet 2003-2004 koncentrera det länsövergripande akuta mottagandet för vuxna till en enhet, *länsakutmottagningen (länsakuten)* belägen inom S:t Görans sjukhusområde. Organisatoriska förändringar för att klara det lokala akuta mottagandet förutsattes inom Sydväst- och Södertäljepsykiatri.

Parallellt med denna utveckling har det *lokala akuta omhändertagandet* vid sektorerna för vård sökande till psykiatri också förändrats och utvecklats.

Granskningen har som mål att kartlägga hur organisationen för det akuta omhändertagandet inom psykiatri i länet ser ut och är tänkt att fungera samt att på en övergripande nivå ”scanna” in eventuella brister i systemet. Inom ramen för denna granskning har det dock endast varit möjligt att få en översiktlig bild av tillgängligheten för det akuta mottagandet vid de skilda sektorerna/mottagningarna.

Granskningen har genomförts med hjälp av dokumentstudier – vårdöverenskommelser, tjänsteutlåtanden mm – och inhämtning av uppgifter från samtliga psykiatribeställare. Därtill har intervjuer genomförts med företrädare för beställarna och verksamhetschefer inom psykiatri samt några övriga nyckelpersoner (se bilaga till konsultrapporten).

### Organisation mm

Den övergripande organisationen av landstingets psykiatri redovisas i bilaga. Det lokala akuta omhändertagandet uppvisar stora variationer mellan de olika klinikerna/sectorerna inkl respektive mottagningar. En utförligare beskrivning lämnas i bifogade konsultrapport, som sammanställts efter samråd med revisionskontoret.

När det gäller *länsakuten* är den en egen resultatenhet från 2004. Verksamheten regleras av en *vårdöverenskommelse för 2004* som tecknades 2003 av

Beställarkontor Vård och för länsakutmottagningen av Stockholms Produktionsområde.

Länsakuten har mottagningslokaler och rum med möjlighet till inläggning, s k observationsplatser för korttidsvård. Bemanningen omfattar ca 38 tjänster inkl 2,75 läkartjänster, varav enhetschefen innehar en. För att täcka upp jourlinjerna anlitar länsakuten därtill timanställd personal till ett stort antal, ca 70. Enhetens totala kostnader beräknas uppgå till ca 37 mkr.

Inom samma byggnad (på S:t Göransområdet) som länsakuten är belägen finns tre akutmottagningar tillhörande psykiatrin. När länsakuten blev en egen resultatenhet gjordes förändringar i organisationen inom *Norra Stockholms psykiatri* så att man bildade en akutmottagning inkl jour och bakjour med tillhörande observationsplatser. Därtill finns det sedan hösten 2002 en akutmottagning på länsnivå och intagningsavdelning för *beroendepatienter*.

### **Sammanfattande iakttagelser och kommentarer**

Revisionskontoret redovisar nedan vissa *sammanfattande* iakttagelser och kommentarer utifrån resultatet av den genomförda granskningen. En mer detaljerad beskrivning lämnas i konsultrapporten.

- Revisionskontoret konstaterar att länsakuten fyller en viktig funktion, uppfyller sitt vårdåtagande och anses av de intervjuade sektorcheferna fungera väl. Koncentrationen av länsakuten till en enhet har bl a, jämfört med tidigare organisation med två enheter, lett till en mer rationell verksamhet för de patientkategorier som är i behov av mottagningens vård, vilket var ett motiv till förändringen. Länsakuten har ett betydligt färre antal besökande jämfört med de två mottagningarna som fanns 2003.

- Det finns inte någon speciell reglering för det akuta omhändertagandet i vårdöverenskommelserna. Beställarna har överlåtit åt producenterna att utforma det lokala akuta omhändertagandet inom ramen för det basansvar, som åligger varje sektor. Detta har lett fram till stora lokala variationer av organisation och tillgänglighet till det akuta mottagandet mellan de skilda sektorerna/enheterna. Det finns inte, enligt vad som erfarits, någon samlad bild hur det akuta mottagandet utvecklats, vad de olika sektorerna valt för strategi etc. Beställaren bör ta fram en samlad rapportering när det gäller utvecklingen av det akuta mottagandet inkl uppgifter om tillgängligheten för patienterna.

- Av länsakutens statistik över patienternas sektorstillhörighet framgår att det är två sektorer som har en större besöksandel av invånarna än de övriga. Det är således länsområdena sydväst och nordväst som har höga andelar besökanden. Detta kan indikera att tillgängligheten lokalt för de vårdsökande inom dessa sektorer inte är tillfredsställande. Inom nordväst har man gjort neddragningar av mottagandet som

lett till en koncentration på tunga akutfall inom området. Den höga andelen enligt sektorchefen sydväst kan bli bero på en vana att vända sig till en akutmottagning och otillräcklig information till befolkningen efter nedläggningen av akutmottagningen vid Huddingesjukhuset.

- Sett mot att länsakuten planeras ta emot ett relativt lågt antal av vissa specifika patientkategorier gör detta att vården blir dyr per behandlad patient. Den ersättning mottagningen ska erhålla från sektorerna är enligt avtalet 29,5 mkr år 2004. Besöksantalet beräknas till ca 7000 och därtill uppskattas antalet vård dagar vid länsakuten till ca 700. Utfallet av antalet vård dagar prognostiseras till ca 1400. Den avgift som länsakuten debiterar per besök är i genomsnitt 3 500 kr. Revisionskontoret har gjort en överslagsmässig beräkning av genomsnittskostnaden per besök och kom fram till samma nivå, 3 500 kr. Flera av de intervjuade verksamhetscheferna bedömer ersättningen som relativt sett hög.

- Om man skulle organisatorisk inordna/samordna länsakuten med alternativt någon av de två andra akutmottagningarna, som finns i samma byggnad, skulle en högre kostnadseffektivitet uppnås. Bli skulle en samordning kunna ske av jourlinjerna. Sakliga skäl finns för vardera alternativet.

- Länsakutens totala kostnader för 2004 prognostiseras per oktober till 37,3 mkr. I dessa ligger bli enhetens kostnader för utomläns- och utomlandspatienter, som man får ersättning för genom att debitera respektive hemort. Prognosen för länsakutens intäkter uppgår till 34,7 mkr. I denna prognos har då inte medtagits ett särskilt anslag till länsakuten om 3 mkr som tas upp i vårdöverenskommelsen.

- Ersättningssystemet, som baserar sig på en äldre modell med i det närmaste full kostnadsfördelning efter ianspråktagande sektor, anses av flertalet sektorchefer inte vara tillfredsställande. De höga ersättningsnivåerna som har blivit följden enligt ovan, har i kombination med ersättningssystemet bli fört med sig oförutsägbarhet för den enskilda sektorns kostnadsutveckling. Ersättningssystemet för länsakuten bör ses över för att kunna fungera som både styrinstrument och ge en relevant kostnadsfördelning av mottagningens insatser. Enligt uppgift har en sådan översyn påbörjats.

- Det lokala akuta mottagandet inom psykiatri är komplext inom landstinget. Det är därför viktigt att allmänheten/patienterna får en relevant information, i synnerhet vid förändringar som berör patienterna som t ex vart man ska vända sig när man söker hjälp. Detta kan särskilt gälla telefonnummer, olika tider och platser för besök. Att informationen får genomslag, när det gäller det akuta mottagandet, har bli betydelse så att den relativt begränsade grupp patienter som har ett reellt behov av länsakuten kommer/söker sig dit. När det gäller den information som lämnats vid gjorda förändringar inom psykiatri har det dock förekommit uppgifter om oklara ansvarsförhållanden om vem som ska ansvara för informationen och om ofullständig information. Informationen till allmänheten om det akuta mottagandet

inom psykiatrin och dess förändringar bör förbättras och ansvaret för att så sker förtydligas.

Björn Sörenstam  
projektledare

## PSYKIATRINS ORGANISATION

Psykiatrin (vuxenpsykiatri, barn- och ungdomspsykiatri och beroendevård) ingår i det nybildade Stockholms läns sjukvårdsområde (SLSO). Undantaget Norrtälje och Södertälje klinikerna, som organisatoriskt tillhör Norrtälje sjukhus AB respektive Södertälje sjukhus. Den psykiatriska verksamheten inom SLSO är idag samlad under en gemensam chef.

På producentsidan ansvarar SLSO:s styrelse tillsammans med styrelserna för Norrtälje sjukhus AB respektive Södertälje sjukhus under Landstingsstyrelsen (LS) för länets vuxenpsykiatriska vård. På beställarsidan är Hälso- och sjukvårdsutskottet (HSU) under LS ansvarigt för denna vård.

*Vuxenpsykiatrin* (allmänpsykiatrin) i länet är organiserad i 12 kliniker/sektorer. I norra länsdelen finns fem öppenvårdskliniker<sup>1</sup> och två kliniker som tillhandahåller slutenvård<sup>2</sup> (heldygnsvård). För befolkningen i nordöstra länsdelen, inklusive Norrtälje, svarar psykiatriska kliniken vid Danderyds sjukhus huvudsakligen för heldygnsvården. För den nordvästra länsdelen har Psykiatricentrum Karolinska (PCK) den uppgiften. PCK har dessutom från och med 2004 uppdraget att svara för LRV-vården (vården av dömda enligt Lagen om rättspsykiatrisk vård) för *hela* norra länet. Inom det geografiska området Stockholm finns två kliniker/sektorer som vardera tillhandahåller såväl öppen som slutenvård psykiatrisk vård, inklusive LRV-vård<sup>3</sup>. I länets södra delar finns tre motsvarande kliniker/sektorer<sup>4</sup>.

Inom psykiatriska kliniken Sydväst finns även en rättspsykiatrisk vårdsektion (RSPV) med uppdrag att bedriva och förmedla vård framförallt på uppdrag av de psykiatriska klinikerna i Stockholms läns landsting. Via RSPV förmedlas vård för särskilt vårdkrävande patienter, företrädesvis till Karsuddens sjukhus.

Varje sektor svarar för det lokala akuta mottagandet. Därutöver finns en läns-gemensam psykiatrisk akutmottagning, med eget budgetansvar, belägen i lokaler inom S:t Görans sjukhusområde.

Varje klinik tecknar en vårdöverenskommelse (VÖK) med respektive geografisk beställaravdelning. Överenskommelse saknas fortfarande för slutenvården i Norra länet avseende innevarande år.

*Beroendevården* i länet bedrivs i en separat organisation inom psykiatrisk verksamheten. Detsamma gäller *barn- och ungdomspsykiatrin*.

---

<sup>1</sup> Danderyd-Vaxholm- Österåker sektorn; Täby-Vallentuna-Lidingö sektorn; Norrtälje psykiatriska sektorsklinik; Sollentuna- Sigtuna- Upplands Väsby sektorn; Jakobsberg- Karolinska sektorn

<sup>2</sup> Psykiatriska kliniken vid Danderyds sjukhus; Psykiatricentrum Karolinska (PCK)

<sup>3</sup> Norra Stockholms psykiatri; Psykiatri Södra

<sup>4</sup> Psykiatriska kliniken Sydväst; Psykiatrin i Sydost; Psykiatriska kliniken Södertälje sjukhus



# Det akuta mottagandet inom psykiatrin

**December 2004  
Sven-Eric Bergman  
Ulla Dahlbäck**

# Innehåll

<b><u>1. LÄNSAKUTEN.....</u></b>	<b><u>1</u></b>
----------------------------------	-----------------

<b><u>2. PATIENTSTRÖMMARNA TILL OCH FRÅN LÄNSAKUTEN .</u></b>	<b><u>2</u></b>
---	-----------------

<b><u>3. DET LOKALA AKUTA OMHÄNDERTAGANDET .....</u></b>	<b><u>3</u></b>
--	-----------------

<b><u>4. DISKUSSION OCH SLUTSATSER.....</u></b>	<b><u>6</u></b>
---	-----------------

## **BILAGOR:**

- 1. Intervjuade**
- 2. Det akuta omhändertagandet i olika sektorer**

## 1. Länsakuten

### *Vårdöverenskommelsen*

Länsakuten är en särskild resultatenhet. Av vårdöverenskommelsen mellan beställaren och länsakuten framgår:

- Vårdgivaren svarar för akut omhändertagande alla tider på dygnet för patienter hemmahörande inom hela Stockholms län, utomlän-, utomlands- samt asylpatienter. Enheten kan också svara för vård enligt Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård (LPT).
- Vårdgivaren svarar för akuta vårdbehov som tillfälligt inte kan tillgodoses i den lokala vården.
- Inriktningen är att patienten snarast skall överföras till den lokala vården. Överenskommelse skall finnas om rutiner för samverkan med den lokala psykiatrin.
- Vårdgivaren skall följa och ha rutiner för avvikelshantering.
- Ersättning för verksamheten uppgår 2004 till 29,5 mkr. Beställaren erlägger 0,5 mkr och produktionsledningen 3 mkr. Övriga kostnader täcks av sektorerna i relation till utnyttjandegraden.

Av tjänsteutlåtande (LS 0306-1802) framgår vidare följande om ersättningsprinciperna :

- Länsfunktionen kan inte, och skall inte heller, styra inflödet av patienterna.
- Enhetens årskostnad beräknas, vårddygnskostnad och besökskostnad fastställs. Antal vårddygn och besök beräknas/uppskattas. En ersättningsgaranti fastställs. Årsavstämning görs av prestationer och kostnader. Om garantibeloppet inte uppnås faktureras mellanskillnaden resp. hemsektors andel.

### *Öppen vård*

Totala antalet besök vid länsakuten har minskat jämfört med de sammanlagda besöken på S:t Görans och Huddinge sjukhus under 2003. Antalet besök sammanlagt vid de båda akuterna var tidigare runt 12 000 per år. Antalet besök på länsakuten för 2004 prognostiseras till mellan 7 000 och 8 000, vilket var den storleksordning man räknat med.

Av besöken kommer ungefär 15 % från annat land eller annat län i Sverige

Runt 10 % av antalet besök kommer från beroendepatienter. Av beroendepatienterna läggs in/ remitteras 60 % till TNE (Tillnyktringsenhet).

### *Sluten vård*

Länsakuten har möjlighet lägga in patienter för kort tids vård. Ett antal s.k. observationsplatser finns tillgängliga. Vid observationsplatserna har under perioden januari–augusti 2004 vårdats 613 patienter över natt vid 636 vårdtillfällen under 817

vård dygn. Detta motsvarar 1,3 vård dygn per vård tillfälle. Cirka hälften av slutenvårdspatienterna vårdas enligt LPT (Lagen om Psykiatrisk Tvångsvård).

Av de under denna period vårdade är 231 utomläns/utländska patienter, d.v.s. drygt en tredjedel av patienterna tillhör denna kategori.

## 2. Patientströmmarna till och från länsakuten

Besöken vid länsakuten, som kommer från landstinget (d.v.s. exklusive utomläns/utomlandspatienter), framgår av följande tablå.

Hemsektor	Besök	Antal inv >18	Besök/ 1 000 inv
Psyk södra	623	206 000	3,0
Psyk sydväst	1 049	195 000	5,4
Södertälje	213	72 000	3,0
Psyk sydöst	503	167 000	3,0
Jkberg-Karolinska Sol/Sig/U-V	932	221 000	4,2
Dand/Vho/Öst	197	52 000	1,9
Tä/Va/Li	151	62 000	2,4
Norrtälje	87	38 000	2,3
NS psyk klin	565	324 000	1,7
<i>Summa</i>	<i>4 220</i>	<i>1 337 000</i>	<i>3,2</i>

Skillnaderna i besök mellan sektorerna är betydande. Av tabellen ovan framgår att relativt sett flest besök kommer från de nordvästra och sydvästra länsdelarna. Nedläggningen av psykiatriavdelningen vid Jakobsbergs sjukhus, liksom reduktionen av jourteamen i Nordväst har bidragit till ökat tryck på länsakuten. För Psykiatrien sydväst har nedläggningen av akuten vid Huddinge sjukhus och anpassningen därefter haft betydelse.

Observationsplatsernas utnyttjas av olika sektorer enligt följande.

Hemsektor	Antal vård dygn	Antal inv >18	Vdg/ 10 000 inv
Psyk södra	8	206 000	0,4
Psyk sydväst	140	267 000	5,2
Södertälje			
Psyk sydöst	123	167 000	7,4
Jkberg-Karolinska Sol/Sig/U-V	93	221 000	4,2
Dand/Vho/Öst	34	152 000	2,2
Tä/Va/Li			
Norrtälje			
NS psyk klin	--	324 000	0
<i>Summa</i>	<i>408</i>	<i>1 337 000</i>	<i>3,0</i>

Mönstret för utnyttjande av vårdplatser är till stor del detsamma. Här tillkommer dock ett högt utnyttjande från Psykiatrien sydöst. Detta hänger samman med att

sektorn traditionellt valt att låta något fler patienter vara kvar på länsakuten för att ekonomisera tidsinsatserna i jouren för den begränsade läkarstaben; man har prioriterat att få ut mer läkararbetskraft under dagtid.

*Vart går patienterna efter det akuta omhändertagandet?*

Knappt två tredjedelar av de allmänpsykiatriska patienterna går direkt hem från länsakuten. Mellan 10 och 15 % läggs in på akuten och resterande, drygt en fjärdedel, läggs in på hemkliniken.

### **3. Det lokala akuta omhändertagandet**

Som framgått ovan får t ex organisationen av det lokala akuta omhändertagandet konsekvenser för länsakuten och vice versa. Det lokala akuta omhändertagandet uppvisar stora variationer.

Inriktningen mot ett förstärkt lokalt omhändertagande har, enligt intervjuerna, syftat till att öka vårdkvaliteten på olika sätt:

- Patienten skall ha nära till vården, den skall vara lätt tillgänglig.
- Redan i det akuta skedet skall patienten få en kontakt med psykiatrin, som även i den fortsatta vårdkedjan kan ge kontinuitet och trygghet.
- Den nära vården har en kunskap om de lokala resurserna och kan tidigt i vårdprocessen planera vården efter den enskilde patientens behov.
- Kunskaper om patientens hemmiljö har i en del fall, beroende på sjukdomsbilden, ett terapeutiskt värde i sig.

Förändringen av det samlade akuta omhändertagandet har bl.a. syftat till en höjning av kvaliteten. I intervjuerna har dock framkommit att många aktörer även uppfattat att det funnits ekonomiska skäl för förändringarna, att det nya akuta omhändertagandet skulle bli billigare och/eller effektivare. Detta har dock inte uttalats som ett explicit mål. Det finns inte heller några förkalkyler eller någon uppföljning som kan ge någon uppfattning om detta.

*Primärvården som första linjens psykiatri*

I vårdöverenskommelserna finns i samtliga fall uttalat att primärvården är en viktig partner för samverkan och samarbete. Primärvården betecknas i en del av vårdöverenskommelserna som första linjens psykiatri.

I många fall finns också uttryckligen angivet att det skall finnas samverkansöverenskommelser mellan psykiatrin och primärvården. Sådana överenskommelser har också kommit till stånd. Ansvar för vårdintyg för kända resp. okända patienter tillhör det som har klarats ut.

Enligt intervjuerna med sektorscheferna finns det olika förutsättningar för primärvårdens insatser i skilda delar av landstinget. Framför allt har det att göra med bemanningen vid vårdcentralerna. I de områden man haft stora problem att rekrytera läkare har det varit svårare att utveckla samarbetet.

Flera av sektorerna anger positiva erfarenheter av samverkan med primärvården, som också under senare år på en del håll fått resurser i form av kuratorer. Psykiatrin gör också egna satsningar för att nå ut. I exempelvis Psykiatrin Södra arbetar motsvarande sex tjänster ute på vårdcentralerna, där man såväl tar emot patienter som ger konsultativt stöd till personal på vårdcentralen.

Inom ramen för utvecklingen av närvården finns också exempel på psykiatriker som arbetar ute på vårdcentralerna, exempelvis i Liljeholmen. Erfarenheterna hittills är, enligt intervjupersonerna, att det gått lätt att rekrytera läkare samt att verksamheten fungerar bra.

Ingen av de intervjuade sektorscheferna ser dock primärvården som någon avlastning när det gäller det akuta omhändertagandet, möjligen med undantag för Norrtälje. I Norrtälje finns specifika förutsättningar; långt avstånd till psykiatrisk akutmottagning och en tradition att arbeta tillsammans i den lokala sjukvården med deltagande av sjukhusets akutmottagning, primärvården och psykiatrin, vars mobila team också samarbetar nära med kommunen.

#### *Tillgängligheten inom psykiatrin*

I vårdöverenskommelserna tas upp tillgänglighetskrav av olika slag. Det kan exempelvis gälla inom vilken tid kontakt skall tas med patienten efter det att remiss inkommit; inom vilken tid nybesök skall erbjudas; inom vilken tid besökstid skall erbjudas vid övertagande från slutna vård etc.

Andra typer av tillgänglighetskrav formuleras som att minst en viss andel av patienterna som söker akut vård skall få träffa en läkare inom en bestämd tid eller att de uppringande till en viss andel skall kunna nå sin öppenvårdsmottagning vid första uppringningsförsöket.

Vårdöverenskommelserna kan också innehålla krav på organisation för ökad tillgänglighet, exempelvis kvällsöppethållande vid mottagning om så erfordras; telefonrådgivning; god tillgänglighet per telefon.

Det finns relativt stora skillnader mellan vårdöverenskommelserna då det gäller kraven på tillgänglighet.

### *Särskilda funktioner för det lokala omhändertagandet*

I vårdöverenskommelserna finns relativt lite sagt om det lokala akuta omhändertagandet. Detta ligger i linje med beställarnas synsätt att detta omhändertagande är en del av psykiatrins basåtagande och att detta ersätts av den fasta ersättningen.

Några vårdöverenskommelser nämner dock det akuta omhändertagandet. Den akuta servicen i form av inskrivning i heldygnsvård tas upp i något fall.

I en vårdöverenskommelse framhålls utvecklingen av de akuta omhändertagandet, som ett prioriterat område. Kvalitetsparameter hur snabbt man skall få träffa en doktor vid akutbesök finns i två överenskommelser.

En bild av det lokala akuta omhändertagandet sektor för sektor redovisas i bilaga. Denna bygger på uppgifter från sektorerna. Endast för några sektorer har beställarna, vid förfrågan, lämnat en redogörelse för den lokala akutvården.

Den bild, som ges av det lokala akuta omhändertagandet i bilagan, kan kompletteras med följande uppgifter från intervjuerna.

När man stängde en avdelning vid *Norrtäljesektorn* för tre år sedan tillskapades ett akutteam (NORA). Verksamheten har sedermera utvecklats och getts ett tydligare uppdrag och förstärkts. Teamet, omdöpt till MBT, deltar också aktivt i fördelningen av patienter samt samarbetar med kommunen kring personer med psykisk sjukdom och missbruk. Verksamheten fungerar, enligt sektorschefen, bra. I många fall är det patienterna som söker hjälp. MBT följer också upp vilka patienter som sökt på länsakuten. I Norrtälje finns som framgått ett fungerande samarbete med primärvården, sjukhusets akutmottagning och kommunen.

För norra länsdelen i övrigt finns för de nordöstra sektorerna (*Täby-Vallentuna-Lidingö- och Danderyd-Vaxholm-Österåker*) en lång tradition av att kunna ta emot patienter med akuta problem via öppenvårdsteamerna (hög tillgänglighet, bl.a. i form av telefontid), mobilt team samt insatser från Danderyds Sjukhus. Jämfört med andra sektorer är det få, som går till länsakuten. Sektorscheferna bedömer dock att det med en förstärkning av de lokala resurserna skulle vara möjligt att ta hand om ännu fler lokalt. En av sektorscheferna uttrycker målet som att sektorn själv skall kunna ta hand om 90–95 % av de akuta besöken.

För de nordvästra sektorerna (*Jakobsbergs-Karolinska och Sollentuna/Sigtuna/Upplands Väsby*) har från 2004 det mobila teamet *organisatoriskt* lagts samman med teamet i nordost till en enhet. Det rör sig dock fortfarande om två team. Teamen är läkarbemannade dagtid; övrig tid får man vid behov anlita allmänläkarjouren eller (i mycket sällsynta fall) bakjouren på Danderyds Sjukhus eller PsykiatriCentrum Karolinska. Teamen har, enligt verksamhetschefen, stort tryck på sig. Man får koncentrera sig på tunga akutfall, ofta med vårdintygsbedömningar. I strukturbeslutet år 2003 om psykiatri i Nordvästra länsdelen togs två dagjourteam bort. Dessa hade i huvudsak mottagning, inte hembesök. Reduceringen har bidragit till en kraftig ökning av besöken vid

länsakuten. Besöken från NV-sektorerna har ökat kraftigt; mer än 400 fler besök första halvåret 2004 jämfört med första halvåret 2003, d.v.s. en ökning med 65 %.

För *Norra Stockholms psykiatri* innebar etableringen av länsakuten som egen resultatenheter nya förutsättningar för det lokala omhändertagandet. Sektorn slog ihop två lokala team till ett och lade samman detta med den akutavdelning man tidigare haft till en lokal jour, med en sektorsegen jour- och bakjourlinje. Vid juren finns också observationsplatser.

Som framgår av bilagan har *Psykiatrin södra* sedan år 1997 en egen lokal jourverksamhet. Huvudinriktningen är att patienterna skall få vård lokalt. Alla mottagningar har telefontider och tar emot besök dagtid. På icke kontorstid finns Centraljuren Söder, med läkare och i övrigt en blandning av personal från andra enheter samt egen, fast personal. Man kan också göra hembesök. Kända patienter skall i första hand söka sin kontaktperson och ej tidigare kända Centraljuren. Besöken på länsakuten januari– augusti 2004 är färre än besöken vid Sankt Göran och Huddinge tillsammans år 2003.

Även i *Psykiatrin sydöst* utgörs kärnan i det lokala akuta omhändertagandet av en öppenvårdsmottagning med integrerad akutfunktion. Insatser kvällen, nätter och helger finns beskriven i bilagan.

För *Psykiatrin sydväst* innebar stängningen av Huddinges psykiatriska akutmottagning efter mer än 30 år en drastisk förändring. När akuten stängde blev man 'övertydlig' om att det var stängt för att bryta tidigare vårdmönster. Informationen till patienterna, som beställaren skulle sköta, var enligt sektorschefen inte tillräcklig. Man fick en överströmning av patienter till länsakuten. Denna överströmning har minskat, men fortfarande har man ett högt utnyttjande av länsakuten. För att hantera situationen flyttade man det mobila teamet till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge, där det samverkar med jourläkarna. Uppgifterna är telefonrådgivning, hänvisning, ta emot patienter på mottagning, göra hembesök samt svara för akuta konsultationer på sjukhuset.

Liksom för övriga sektorer är ambitionen för *Södertäljesektorn* att minska utnyttjandet av länsakuten. Kända patienter med akuta behov skall dagtid vända sig sin kontaktperson vid någon av öppenvårdssektionerna: psykos, äldre, allmänpsykiatri, unga (<25 år). Det finns också ett särskilt team för unga, nyinsjuknade psykos, där målet är att ta telefonkontakt inom 24 timmar. Även ej kända patienter kan med remiss få tid hos sektionerna. Detta fungerar idag, enligt sektorschefen, bra vad gäller psykos, äldre och unga. Man planerar bygga upp ett team för att förbättra tillgängligheten för gruppen 25–64 år. I Södertälje finns inget mobilt team, men ett konsultations- och akutteam tillgängligt vardagar under dags- och kvällstid. Detta team kan göra hembesök, men strävan är att hembesök skall göras av sektionerna för att upprätthålla kontinuiteten. Natttid sker en samordning med slutenvården.

## 4. Diskussion och slutsatser

### *Beställarna och det akuta omhändertagandet*



Utvecklingen mot ett akut omhändertagandet, som präglas av närhet och samtidigt en koncentration till *en* länsövergripande akutmottagning ligger i linje med fastlagda riktlinjer och policier för psykiatrin. Beställarna har sett det akuta uppdraget som en del av basåtagandet för sektorerna och dessa har också fått ersättning även för denna vård. Som framgått skall i det perspektivet vårdöverenskommelsen mellan beställaren och länsakuten ses som att beställaren vill säkerställa att det finns en funktion med uppgift att svara för det akuta omhändertagandet som inte sektorerna kan klara.

Detta är dock inte oproblemiskt. En formell aspekt är att det är något kuriöst att beställaren sluter en överenskommelse med en producent och sedan garanterar att denne skall betalas med pengar från andra producenter. Mer allvarligt är dock att det nuvarande systemet förutsätter en betydande konsensus om vad länsakuten respektive sektorerna skall svara för när det gäller det akuta omhändertagandet: Denna fråga återkommer vi strax till.

Fyra kommentarer till bör dock göras när det gäller systemet för vårdöverenskommelser.

Den första, och allvarligaste, handlar om frågan huruvida patienterna får tillgång till akut psykiatrisk vård på lika villkor. Vi har här redovisat att det finns stora skillnader i det akuta omhändertagandet. Vi kan självfallet inte på basen av denna granskning bedöma om dessa skillnader har att göra med olika behov eller inte. Vi kan heller inte avgöra om skillnaderna mest ligger i olika organisatoriska lösningar, medan resultatet ur patientsynpunkt är lika. Däremot vill vi peka på att vi inte sett några försök att värdera skillnaderna och bedöma om dessa är acceptabla ur perspektivet vård på lika villkor.

Den andra kommentaren rör ersättningssystemet till länsakuten. Vid intervjuerna har så gott som samtliga sektorschefer uttryckt stark kritik av detta system. Kritiken har gällt att systemet är oklart, att det är oförutserbart för den enskilda sektorn, att det inte ger rätt incitament till att utveckla det lokala omhändertagandet ytterligare samt att det slår orättvist mellan sektorerna. Dessutom har kritik riktats mot kostnadsutvecklingen för sektorerna, särskilt som det aviserats fortsatta ökningar under 2005. Enligt uppgift har en översyn av ersättningssystemet nu påbörjats.

En tredje kommentar rör patientperspektivet, som beställaren har att särskilt beakta. Ett problem ur patientsynpunkt (men även ur andra synpunkter, se nedan) är det förhållandet att det i en och samma byggnad finns tre akuter, nämligen länsakuten, Norra Stockholms akut och beroendeakuten. För patienten kan det betyda att man får vänta på två eller i värsta fall tre ställen på vård. Detta har beställarna reagerat emot i linje med sitt ansvar för att bevaka patientens intresse. Frågan är om inte ett mer systematiskt kravställande från beställaren vore en fördel.

En fjärde kommentar har att göra med information till allmänhet och patienter. Som exempel kan tas informationen i samband med stängningen av akuten på Huddinge och etablerandet av länsakuten vid S:t Görän. Här var det klart uttalat att beställarna skulle svara för informationen. Flera sektorschefer riktar kritik mot denna information, som de uppfattade som otillräcklig. Oavsett om denna kritik är

berättigad eller inte är det otillfredsställande att man inte varit överens om hur informationen skulle ske.

#### *Länsakuten och övriga akuter på St Göransområdet*

Relationerna till beroendevården har tidigare berörts. Den kan också diskuteras utifrån andra utgångspunkter. En, mer praktiskt, är att det ute i verksamheten råder en viss osäkerhet hur man betalar när patienter behöver vård från såväl länsakuten som beroendeakuten ( som betalas av beställaren). Man kan fråga sig om det är rimligt att i dessa fall ersättning utgår för båda besöken.

Nuvarande organisation med tre akutmottagningar på St Göran uppfattas också av producenterna som förvirrande för patienten och dyr. Alternativen är att samordna länsakuten och Norra Stockholms akut eller länsakuten och beroendeakuten. Intervjupersonerna har bl.a. pekat på möjligheterna att samordna jourlinjer.

Det kan ifrågasättas om det är lämpligt att ha länsakuten som en egen resultatenheter. Ett minskat antal besök vid enheten kan leda till ökade kostnader per besök vilket i sin tur ger incitament till ännu färre besök. Dessa effekter blir inte lika omedelbara om länsakutfunktionen läggs in i en större resultatenheter.

#### *Relationerna mellan sektorena och länsakuten*

Relationerna mellan länsakuten och sektorerna fungerar bra. Flera har uttalat att man tycker att länsakuten gör ett bra professionellt arbete och efter vissa initiala problem får sektorerna adekvat information om vilka patienter, som besöker länsakuten och har således fått möjlighet att följa upp dessa. Denna analys har nu påbörjats och någon tydlig bild finns inte. Många av länsakutens patienter är utomlands/utomlänsboende eller asylsökande, men det är också många patienter som själva söker sig dit. Inom en sektor har t ex 60 % av patienterna vid länsakuten en pågående kontakt i den lokala psykiatrin. Av patienterna, som kommer till länsakuten behöver, enligt en annan sektorschef, rätt många denna resurs. Men nattetid kommer också många 'onödiga' fall, som skulle kunna få hjälp lokalt. En tredje pekar på att två tredjedelar av patienterna vid länsakuten går direkt hem, vilket kan indikera att rätt många inte behöver vård på denna nivå.

Den grundläggande frågan är dock vilka patienter, som behöver en länsakut. De flesta verkar dela uppfattningen att det behövs en länsakut för blåljus, för starkt utagerande, samt för utlandsboende och utomlänsbor. Det finns dock olika uppfattningar om avgränsningen och hur patientströmmarna skall styras.

En arbetsgrupp på produktionssidan diskuterar nu framtida struktur för det akuta omhändertagandet.

#### *Sammanfattande slutsatser*

- Beställarna har överlåtit åt producenterna att svara för det lokala akuta omhändertagandet inom ramen för det basansvar, som åligger varje sektor. Det finns alltså inte någon speciell reglering av det akuta omhändertagandet i vårdöverenskommelserna. Detta är i och för sig förklarligt, men med hänsyn till

eventuella konsekvenser för patienterna borde beställarna skaffat sig en uppfattning om vilka konsekvenser utvecklingen lett till.

- Varken beställare eller producenter har haft en organisation som gjort det möjligt att överblicka den samlade utvecklingen för landstinget av det akuta omhändertagandet. Det finns ingen samlad bild av hur det akuta omhändertagandet utvecklats, vad de olika sektorerna valt för strategi, om det uppkommit suboptimeringar etc.
- Etableringen av länsakuten har inte i tillräcklig grad koordinerats med utvecklingen av lokala funktioner för omhändertagande.
- Det finns ingen tillräckligt bra styrning för att se till att rätt patienter kommer till länsakuten. Ersättningssystemet är inte tillräckligt analyserat.
- Beroendeakuten och länsakuten är idag helt skilda och ej koordinerade *system* vad gäller ersättning, styrning och organisation trots att patientgrupperna delvis sammanfaller och enheterna ligger i samma hus. (Denna slutsats ligger på systemnivå; den uttalar sig inte om funktioner, organisation, ledning eller lokalisering.)
- Länsakutens ställning som egen resultatenhet bör omprövas.

*Bilaga 1***Intervjuade**

Hans Cagnell  
David Eberhard  
Monica Engqvist  
Göran Jakobsson  
Christina Klintemo  
Dirk Müller  
Per Olof Sjöblom  
Johan Jansson  
Leif Wahquist  
Mikael Själin

Anna Åberg-Wistedt  
Felipe Costa  
Claes Richter  
Göran Tidbeck  
Håkan Götmark  
Peter Nordström  
Anders Berntsson

Beställarkontor Vård  
Länsakuten  
Beställarkontor Vård  
Beställarkontor Vård  
SLSO  
SLSO  
SLSO  
Norrtälje psykiatriska sektor  
Täby/Vallentuna/Lidingö psykiatriska sektor  
Danderyd/Vaxholm/  
Österåker psykiatriska sektor  
Norra Stockholms psykiatri  
Psykiatrin södra  
Psykiatrin sydöst  
Psykiatrin sydväst  
Södertälje psykiatriska sektor  
Psykiatri Centrum Karolinska  
Psykiatriska Kliniken vid Danderyds sjukhus

*Bilaga 2***Det akuta omhändertagandet i olika sektorer**

- Norrtälje psykiatriska sektor
- I första hand skall öppenvårdsmottagningen erbjuda akut bedömning. Ett eget mobilt team arbetar fram till 20.00.
  - Efter 20.00 söker man på akutmottagningen, som kan konsultera psykjouren på Danderyds Sjukhus. Intagning kan vid behov ske på Danderyds Sjukhus eller på PsykiatriCentrum Karolinska.
- Täby/Vallentuna/Lidingö psykiatriska öppenvårdssektor  
Danderyd/Vaxholm/  
Österåker psykiatriska öppenvårdssektor  
Jakobsberg-Karolinska psykiatriska öppenvårdssektor  
Sollentuna/Sigtuna  
Upplands-Väsby psykiatriska öppenvårdssektor
- I första hand skall öppenvårds-mottagningen erbjuda akut vård.
  - Mobila akuta team finns tillgängliga dygnet runt. De arbetar med rådgivning per telefon, lotsar till rätt vårdgivare samt gör även hembesök. Verksamheten har ingen mottagningsverksamhet.
  - Intagning kan vid behov ske på Danderyds Sjukhus eller PsykiatriCentrum Karolinska dygnet runt
  - Sista alternativet är att vända sig till länsakuten.
- Norra Stockholms psykiatri
- Jourverksamheten Norra Stockholms Psykiatri består av ett mobilt team, en observationavdelning samt jourverksamhet med en primärjour samt en bakjour.
  - Jourverksamhetens mål är att ge hög kompetens i bedömningsarbetet, för att kunna erbjuda ett optimalt omhändertagande med minimerande av antalet länkningar innan rätt behandlingsinsats på rätt nivå ges.
  - Jourverksamhetens arbetssätt är aktivt och syftar till att finna individuella lösningar för varje patient. Detta genom telefonrådgivning, mobilitet, bedömning på plats, observationsdygn på enheten och som en aktiv, central funktion inom Norra Stockholms Psykiatri.

## Psykiatriin södra

- Psykiatriin Södra har sedan år 1997 en egen lokal jourverksamhet för omhändertagande dygnet runt av såväl kända som icke kända patienter:
- Varje sektion har en dagjour öppen alla vardagar 08.20–16.00.
- Övrig tid finns den Centrala jouren för hela Psykiatriin Södra på Rosenlund. Här finns tre vårdplatser för observation samt jourbil för akuta hembesök.

## Psykiatriin sydöst

- I var och en av de fem kommunerna finns en öppenvårdsmottagning med integrerad akutfunktion under fem dagar i veckan på kontorstid. Den är bemannad av 2 personal (icke läkare), med tillgång till läkare för bedömning. Enheter är i huvudsak telefonbaserade, men patienterna kan också komma utan föransmälan.
- Kvällar, nätter och helger är akutarbetet förlagt till två ställen, Nacka resp. Haninge. Enheterna är telefonbaserade samt bemannade med sjuksköterskor och skötare. Hembesök görs vid behov. För vardera enheten finns en beredskapslinje med en läkare under kvällar och dagtid lördagar och söndagar. Bakjour för hela upptagningsområdet finns vardagkvällar och lördag-söndag hela dygnet.

## Psykiatriin sydväst

- Varje öppenvårdsmottagning har akutansvar och akuttider varje vardag för kända patienter. Varje slutenvårdsavdelning är telefontillgänglig dygnet runt för i första hand utskrivna patienter.
- Mobilt akutteam och jourläkarlinje i anslutning till Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge i omedelbar anknytning till de akutpsykiatriska vårdavdelningarna. Teamet kan göra hembesök, telefonrådgivning och tillsammans med jourläkare ta emot och bedöma för inläggning. Även konsultationer till somatiken vid sjukhuset. Jourläkare och bakjour finns dygnet runt. Nära konsultsamarbeten med primärvårdens närsjukhus och den somatiska akuten på Karolinska Universitetssjukhuset Huddinge.
- Ytterligare satsningar planeras med vårdgrannar för att minska antalet patienter på Länsakuten. Målet är att länsakuten endast skall användas i mycket akuta situationer.

Södertälje psykiatriska  
sektor

- Vid Södertälje Sjukhus finns ett konsult- och akutteam som är tillgänglig för samtal eller hembesök vardagar t o m 23.30. Teamet vänder sig i första hand till redan kända patienter som har en etablerad vårdkontakt inom kliniken.
- Södertälje sjukhus psykiatrisk öppenvårdsmottagning, kan efter telefonkontakt och vid behov ordna akuta besök inom 24 timmar.
- Södertälje sjukhus psykiatriska äldremottagningen kan göra akuta hembesök efter telefonkontakt.
- Vid mottagningen för unga (för 16-25 åringar i Nykvarn och Södertälje) erbjuds akuta besök senast dagen efter telefonkontakt.
- Gästhuset som ligger i stadsdelen Brunna är ett korttidsboende där inläggning kan ske dygnet runt.
- De tre slutenvårdsavdelningarna har beredskap för inläggning dygnet runt och kan initieras av såväl patienten som vårdgrannar.