

**Rapport: Strukturöversyn av den psykiatriska vården inom Norra  
länets produktionsområde**

**BILAGA 1 - 6**

**Organisation av översynsarbetet**

*Styrgrupp*

Christina Torstensson

Jan-Åke Zetterström

*Projektledare*

Eva Bohlin

*Projektsekreterare*

Marianne Rudholm

*Arbetsgrupp*

Eva Bohlin

Kaj Forslund

Göran Jacobsson

Olle Lönnerberg

Marianne Rudholm

*Politisk referensgrupp*

Catharina Agrell (s)

Margareta Blombäck (fp)

Rolf Bromme (fp)

Deborá Cortés (v)

Lena Cronvall-Morén (m)

Sunhild Dietrich Larsson (mp)

Aram El Khoury (kd)

Jan Lilliemark (fp)

Torbjörn Rosdahl (m)

Birgitta Rydberg (fp)

Marie-Louise Sellin (s)

Birgitta Sevefjord (v)

Christina Wanngård (s)

*Referensgrupp brukarorganisationer*

Tommy Davidsson

SPS

Christina Hübinette

IFS

Per-Ola Larsson

RSMH

Pirjo Stråte

SPES

Marie Uhre

Ångestsyndromsällskapet

*Facklig referensgrupp*

Laila Thorson

Gudrun Wiedenborg-Samuelsson

Ljubica Medjed

Catharina von Schreeb

Helen Halling

Vakant

Vårdförbundet

SKTF

Kommunal

Kommunal

Kommunal

SACO

## Bilaga 2a

### Möte med referensgrupp med brukarorganisationer 2003-04-04

#### *Närvarande:*

Tommy Davidsson	SPS
Per-Ola Larsson	RSMH
Pirjo Stråte	SPES
Eva Bohlin	Beställarkontor Vård
Marianne Rudholm	Beställarkontor Vård

#### *Återbud:*

Ångestsyndromsällskapet  
IFS

1

#### *Bakgrund*

Eva Bohlin redovisade bakgrund till projektet och framhöll att det just startat. Målet är att beskriva vilka olika verksamheter som bör finnas i norra länet för att kunna erbjuda bra vård till olika patientgrupper, hur mycket det bör finnas av de olika verksamheterna och var verksamheterna bör finnas. Dessutom gäller det att få en överensstämmelse mellan de pengar som finns och kostnaderna för verksamheten.

Den första åtgärden är att försöka kartlägga och beskriva behoven hos olika patientgrupper, i första hand de som har behov av dygnet runt-vård. Därefter bör en diskussion ske om olika förslag till hur det skulle kunna se ut i framtiden.

Patientgrupperna är i första hand

1. Psykospatienter
2. Allmänpsykiatriska patienter
3. Äldre med psykiska besvär
4. LRV-patienter
5. Asylsökande

Vid dagens möte borde i första hand diskuteras vad som är viktigt att tänka på när vården för grupp 1-3 planeras.

I den efterföljande diskussionen framkom bl a följande synpunkter från brukarorganisationerna

- Utbildning och information kring psykiatriska sjukdomar och tidiga symptom är mycket viktigt och bör börja redan i skolan och sedan ske inom samhällets olika delar. Inom psykiatrin är anhörig- och patientutbildningen mycket viktig
- Nyinsjuknade psykoser bör få slutenvård på särskilda mindre enheter med hemlik miljö. För patienter i övrigt bör i första hand de mobila teamen ha ansvaret, i andra hand bör direktinläggning på en vårdavdelning kunna göras.
- När man väl är på avdelningen får man alltid snabb läkarkontakt och medicinering men inte någon aktivering i övrigt. Viktigt med arbetsterapeuter och sjukgymnaster för att snabbt få igång patienterna. Om sedan öppenvården och de mobila teamen fungerar optimalt kan vårdtiderna reduceras ytterligare
- Helydgvården har främst en uppgift att avvärja t ex risk för självmord, själva ”läkningsprocessen” kan mycket väl ske i öppenvård om denna fungerar optimalt (se ovan)
- Vårdplaneringen, med individuell och samordnande delar måste bli bättre.
- Specialiserade vårdavdelningen är att föredra framför s k allvårdsavdelningar även om detta innebär en längre resväg för anhöriga m m
- Någon form av utslussningslägenhet inom sjukhusområdet för patienter som behöver en successiv övergång till ett ensamboende vore bra
- Primärvården bör ha större kunskap när det gäller att diagnostisera äldre patienter
- Samarbetet kring de äldre med psykiska problem mellan geriatrik och psykiatri bör förbättras

Från RSMH:s sida yrkade man att representanter för fler yrkesgrupper samt för kommunerna borde ingå i arbetsgruppen.

Nästa möte i referensgruppen äger rum fredagen den 23 maj kl 13.00 – 15.00.

Vid anteckningarna

Möte med referensgrupp med brukarorganisationer 2003-05-23

*Närvarande:*

Christina Hübinette	IFS
Marie Uhre	
	Ångestsyndromsällskapet
Eva Bohlin	Beställarkontor Vård
Göran Jacobsson	Beställarkontor Vård
Marianne Rudholm	Beställarkontor Vård

*Återbud:*

SPES

*1 Redovisning av förslag*

Eva Bohlin redovisade till att börja med direktiven för utredningen och hur arbetet bedrivits hittills. En mindre arbetsgrupp arbetar med uppdraget. På ett tidigt stadium träffade delar av arbetsgruppen representanter för brukarorganisationerna. Minnesanteckningar från detta möte hade sänts ut innan dagens möte.

Därefter redovisades och kommenterades förslaget till övergripande struktur för NLPO:s psykiatri. I huvudsak innehåller förslaget följande delar:

- Heldygnsvården koncentreras till tre enheter, två avdelningar på Jakobsbergs sjukhus lägg ner.
- En mindre enhet för nyinsjuknade psykosier inrättas i den s k Gula Villan på Danderyds sjukhusområde
- LRV-vården samordnas och koncentreras till Löwenströmska.
- Det akuta omhändertagandet organiseras i två team med övergripande ansvar för NLPO och med dygnet-runt jour. Teamet i Norrtälje dagtid blir kvar.
- Öppenvården tillförs vissa resurser som frigörs enligt ovan och ytterligare några i form av satsningar på metodutveckling m m

På sikt bör heldygnsvården koncentreras till endast två enheter, Löwenströmska och Danderyd.

## **2 Synpunkter på förslaget**

Deltagarna ansåg att det mesta i förslaget verkade bra men följande särskilda synpunkter framkom

- Behovet av nära samverkan med skolan liksom ett gott samarbete BUP – vuxenpsykiatri för tidigupptäckt och tidiga insatser
- Närhetsprincipen är viktig med små enheter för nyinsjuknade (I sammanhanget nämndes särskilt Midgård)
- Bra med samordning av de akuta insatserna så att man vet vart man kan vända sig för att få ett professionellt bemötande och omhändertagande
- Viktigt att få hjälp i hemmet under något längre tid än de 1-2 timmar som det akuta teamet kan erbjuda
- Mellanvårdsformer behövs
- Viktigt med utbildning både till anhöriga och patienter och att verksamheten hela tiden tar till sig de nya kunskaper som finns. Här nämndes särskilt insatser i form av kognitiv beteendeterapi
- Samverkan med andra organisationer, främst kommunen, underströks
- Personalen måste behandlas väl så att den stannar
- Övriga resurser, t ex sjukhusprästen, kan utnyttjas bättre och snabbare

De skriftliga synpunkter som redovisades av Christina H vid mötet bifogas.

## **3 Fortsatt arbete**

Minnesanteckningar från dagens möte kommer att sändas ut till samtliga berörda organisationer för kännedom och eventuella synpunkter.

Det nu redovisade förslaget till psykiatristruktur kommer att ytterligare bearbetas och presenteras i form av en rapport, om möjligt före sommaren, annars i början av hösten, som föreläggs hälso- och sjukvårdskottet och därefter landstingsstyrelsen för beslut.

Vid anteckningarna

Marianne Rudholm

***IFS:s repr***

Christina Hübenette

Mål för översynen: att *beskriva vilka olika verksamheter som bör finnas* i norra länet för att kunna erbjuda bra vård till olika patientgrupper, *hur mycket* det bör finnas av olika verksamheter och *var* verksamheterna bör finnas.

---

**SYNPUNKTER FRÅN IFS:**

---

- ⊘ Viktigt med tidig diagnostik och behandling med tanke på individens och samhällets vinster. Samverkan / nätverk mellan skola , barn- och ungdomspsykiatri och psykiatri måste utvecklas.
- ⊘ Utbildningsprogram för både patienter och anhöriga viktigt!
- ⊘ Nyinsjuknade psykoser bör få slutenvård på särskilda mindre enheter med hemlik miljö.  
Samtal tillsammans med den sjukes familj skall erbjudas snarast.  
För övriga bör finnas öppna avd. för kris och korttidsbehandling och mobila team med läkarkontaktsmöjlighet och med närhet även på kvällar och helger.  
Direktinläggning skall kunna göras på vårdavdelning.
- ⊘ Vid inläggning måste vårdplanering individuellt och samordnande delar bli bättre. Förutom läkarkontakt och medicinering bör aktivering av patienten snabbt komma igång. Arbetsterapeuter och sjukgymnaster är här viktiga.
- ⊘ Samtal (t.ex också med sjukhuspräst ? ) och senare terapeut måste komma igång. Kontaktperson skall utses och så snart möjligt vid behov även ett PO (personligt ombud ).
- ⊘ Den fysiska hälsan måste uppmärksammas och livsstilsrelaterad sjuklighet förebyggas.
- ⊘ Utlussningsprocessen/boendet bör ske successivt. Samverkan med kommunen bör förbättras. Samverkanskommittéer bör bildas/vidareutvecklas. Genomarbetade samverkansplaner landsting-kommuner måste upprättas - vem gör vad , när och hur?

---

**Omorganisationen skall främja de drabbades legala medborgerliga rättigheter som fullvärdiga medlemmar i samhället.**

**Vård och rehabilitering skall vara utifrån de drabbades egna förutsättningar.**

**Den sjuke skall känna trygghet och få adekvat hjälp-veta vart de kan vända sig / ringa. Väl fungerande mobila team dygnet runt med läkare-läkarkontakt kopplat till närområdet skall finnas.**

**Korttidshem/ övergångshem skall finnas för flexibel vård. Vården skall vara rehabiliterande. Öppenvårdsmottagningarna skall vara i mindre enheter!**



## **Behov av psykiatrisk vård inom BaN**

Bifogat material är framtaget i syfte att ge en bild av det psykiatriska vårdbehovet ur några olika aspekter. Nedan redovisas

- antal vårdade per kommun under år 2002
- landstingets behovsindex fördelat på närsjukvårdsområde och jämfört med faktiskt vårdutnyttjande.
- personer med psykosdiagnos som vårdats i heldygnsvård under perioden 1997-2001 redovisade per 10 000 invånare
- förskrivna dygnsdoser av antipsykotiska läkemedel redovisad per kommun i länet

Av antalet patienter som vårdades i heldygnsvård år 2002 kom ca 60% från fd NVSO och ca 40% från före detta NÖSO.

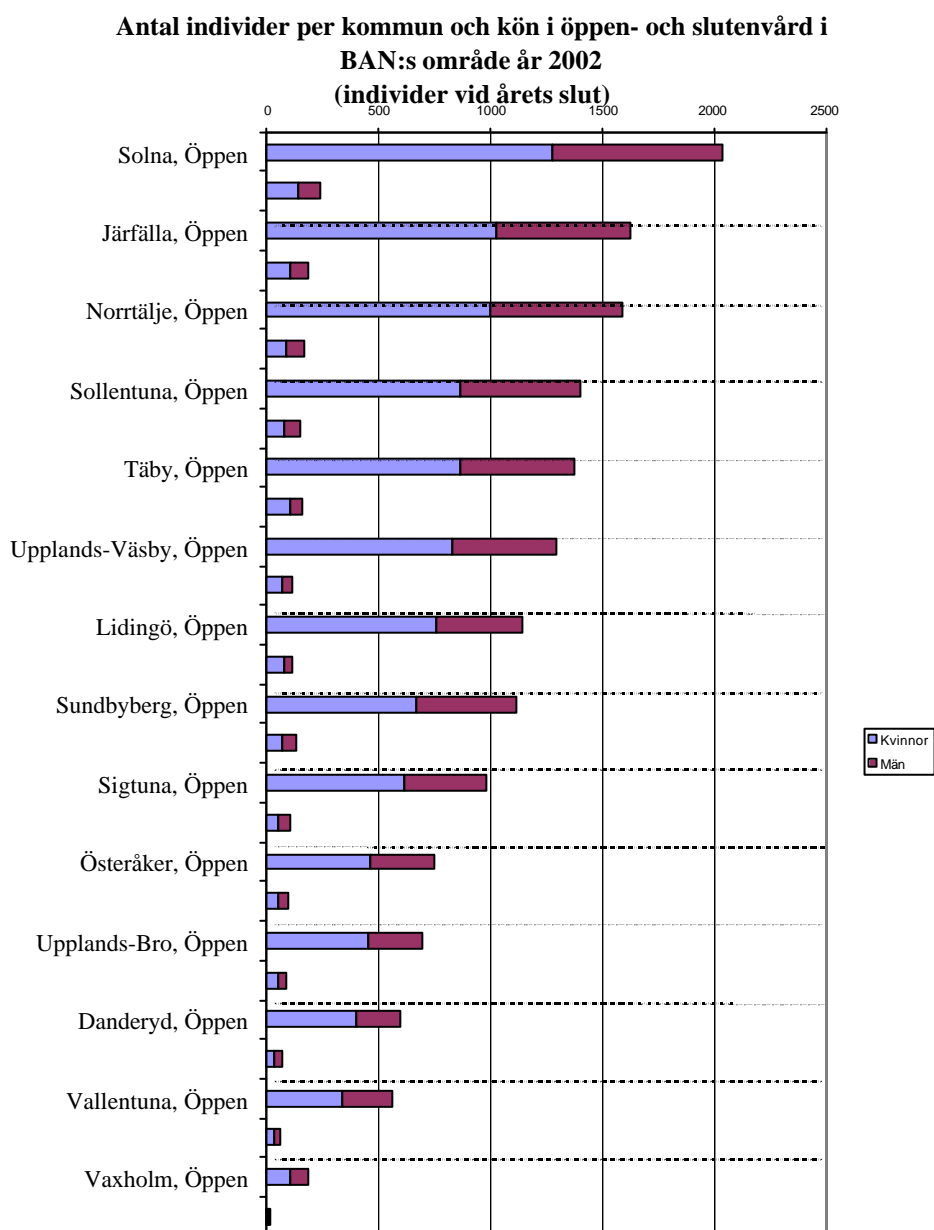
Underlaget visar också att antalet personer som vårdades i heldygnsvård från varje närsjukvårdsområde stämmer väl överens med vad som kan förväntas utifrån behovsindex.

Underlaget om antal personer med psykosdiagnos per 10 000 invånare kan tolkas så att Solna och Sundbyberg är ”vårdtunga” kommuner inom BaN, med fler sjuka i psykosjukdom per 10 000 invånare än länsgenomsnittet. Genom att Sundbyberg har en liten befolkning totalt så blir antalet personer i faktiska tal inte så stort. Solna däremot är den kommun inom BaN med flest personer vårdade i heldygnsvård även sett till faktiska tal. .

## Antal vårdade inom psykiatrisk vård boende i de norra kranskommunerna (BaN) år 2002

Totalt vårdades 15 339 personer (9 668 kvinnor och 5 671 män) inom psykiatrin inom BaN år 2002. Inom heldygnsvård vårdades totalt 1 629 personer (963 kvinnor och 729 män). Ca 11% av antalet patienter i öppenvård vårdas även inom heldygnsvård.

Siffrorna innefattar alla registrerade personer även de som valt att få sin vård hos annan vårdgivare inom SLL. Merparten av de psykiatriska patienterna vårdas dock inom sin hemsektor. Barn/ungdomspsykiatri och beroendevård ingår ej.



Källa: VAL-databasen (Christer Persson)

## Behovsindex

Indexet är en sammanvägning av dels storleken på befolkningen i ett område, dels vårdtyngden i området. Hela länet utgör 100 och indexet anger respektive områdes förväntade andel av totala vårdutnyttjandet inom vårdgrenen. Nedan redovisas indexet för psykiatri omräknat för Beställaravdelning Norr. En jämförelse har också gjorts mellan förväntat vårdutnyttjande utifrån behovsindex och faktiskt vårdutnyttjande år 2002.

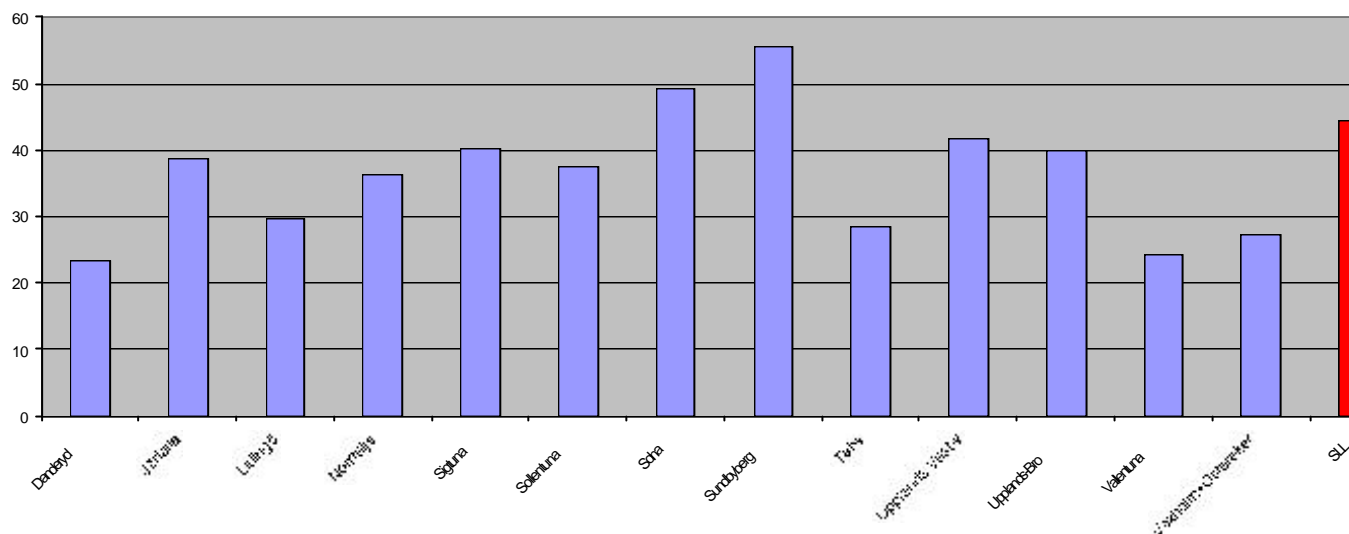
Närsjukvårdsområde	Psykiatri-index 2004
Solna	
Sundbyberg	
<b>Index</b>	<b>21,62</b>
Järfälla	
Upplands-Bro	
<b>Index</b>	<b>15,67</b>
Sollentuna	
Upplands-Väsby	
Sigtuna	
<b>Index</b>	<b>24,21</b>
Danderyd	
Lidingö	
<b>Index</b>	<b>10,70</b>
Täby	
Österåker	
Vallentuna	
Vaxholm	
<b>Index</b>	<b>18,95</b>
Norrtälje	8,84
<b>Index</b>	<b>8,84</b>
<b>Summa BaN</b>	<b>99,99</b>

Personer i slutenvård 2002	Andel av vårdade inom BaN
237	14,0%
132	7,8%
<b>Andel</b>	<b>21,81%</b>
189	11,2%
83	4,9%
<b>Andel</b>	<b>16,08%</b>
146	8,6%
113	6,7%
100	5,9%
<b>Andel</b>	<b>21,22%</b>
72	4,3%
117	6,9%
<b>Andel</b>	<b>11,17%</b>
162	9,6%
98	5,8%
58	3,4%
17	1,0%
<b>Andel</b>	<b>19,80%</b>
168	9,93%
<b>Andel</b>	<b>9,93%</b>
<b>1692</b>	<b>100,00%</b>

Den inbördes fördelningen inom BaN av faktiska antalet personer i slutenvård år 2002 stämmer väl överens med det som kan förväntas utifrån behovsindexet för psykiatri år 2004.

I Sollentuna/Sigtuna/UpplandsVäsby har något färre personer nyttjat heldygnsvård än det förväntade. Från Norrtälje och Täby/Österåker/Vallentuna/Waxholm har något fler personer nyttjat heldygnsvård än förväntat. För övriga delar har samma andel personer nyttjat slutenvården som kunde förväntas utifrån psykiatriindex.

Antal inneliggande personer år 1997-2001 (18 år eller äldre) i psykiatrisk sluten vård med diagnoser F20-F29 per 10.000 invånare under ansvar i NLPO, per kommun och i SLL.



***Bilden visar antalet inneliggande personer i heldygnsvård per 10 000 invånare med psykosdiagnos. Personer med psykosdiagnos är en av psykiatrins viktiga målgrupper som också tar stora resurser i anspråk. Arbetet kring målgruppen kräver ofta samverkan med kommunen och vårdgrannar. Många personer med ett psykiskt funktionshinder har även psykosdiagnos.***

Underlaget har tagits fram i samband med det Medicinska programarbetet för psykosvård.

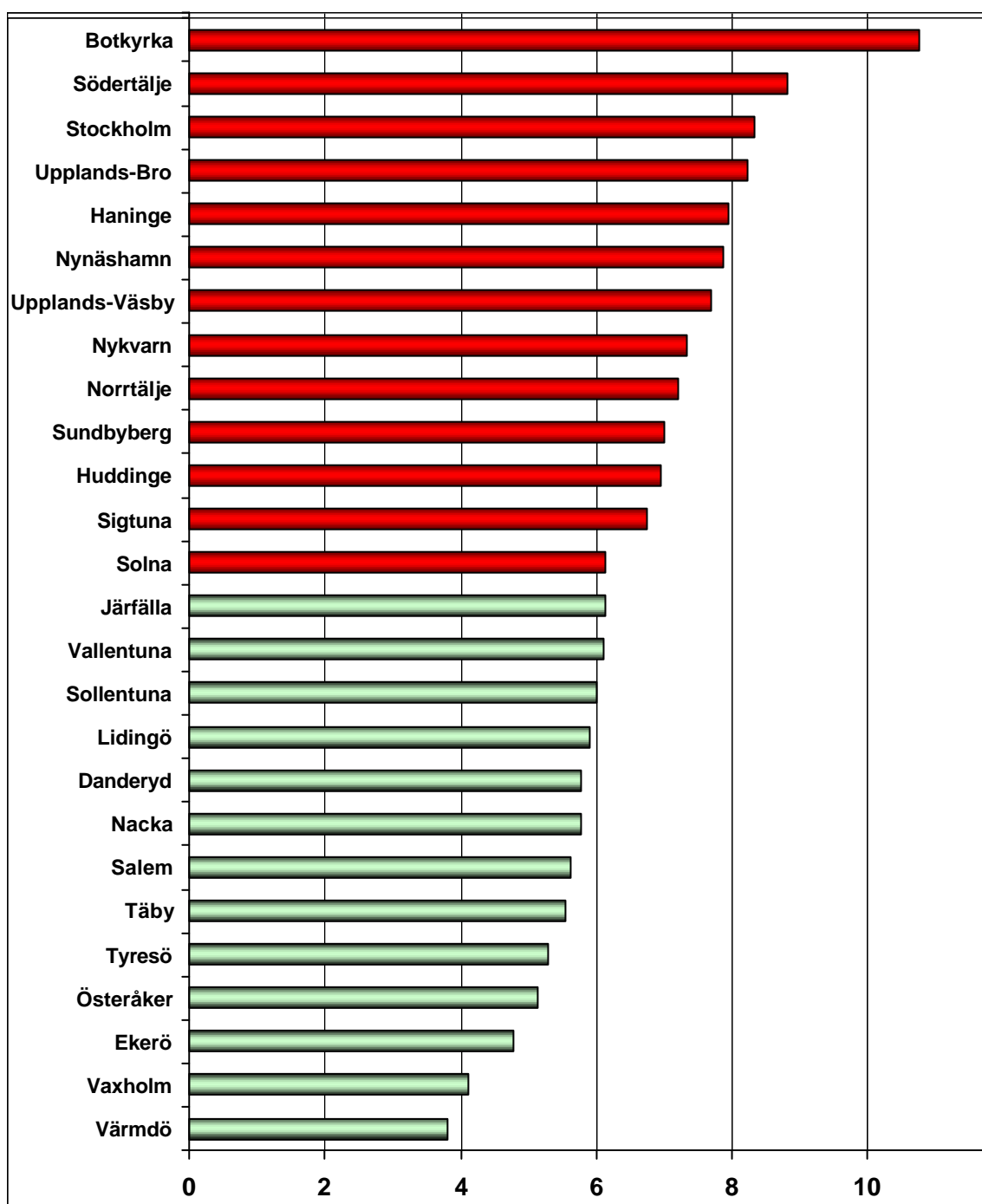
Ytterligare en indikator på vårdbehovet som man har tagit fram inom det medicinska programarbetet är antalet förskrivna dygnsdoser av antipsykotiska läkemedel. Nedan redovisas fördelningen för länet.

### Förbrukning av antipsykotiska läkemedel i SLL under 2001

Antipsykotiska läkemedel förskrivna och uttagna (recept + apodos) till personer över 18 års ålder (per 1000 invånare). Diagrammet visar värden kommunvis efter bostadsort inom Stockholms Läns Landsting (SLL). Mörka (röda) staplar visar mätvärden över medianvärdet för enskilda kommuner i SLL.

Värden anges i DDD (definierad dygnsdos), specifikt för resp. preparat

DDD/1000 invånare



## **Resursutnyttjande inom psykiatrin inom NLPO**

Arbetsgruppen har tittat på olika variabler i syfte att belysa resursutnyttjandet från några olika håll. Sist i bilagan finns variablerna sammanställda i en tabell.

### **Vårddygn**

En övre gräns för antalet producerade vårddygn sätts genom det antal sängar som finns att tillgå. Däremellan kan antalet producerade vårddygn variera beroende på grad av beläggning.

Genom att minska antalet vårdplatser kommer antalet producerade vårddygn med nödvändighet att minska. Om det finns möjlighet att öka beläggningen inom kvarvarande verksamhet kan viss del av produktionsbortfallet kompenseras.

### **Beläggning**

Om man bortser från avdelningar för PIVA och LRV-vård varierade beläggningsprocenten för övriga avdelningar är 2002 mellan 80% och 107%.

Bedömningen är att det finns visst utrymme att kunna öka beläggningen på de avdelningar som har lägst beläggningsprocent.

PIVA-avdelningarna har i allmänhet lägre beläggning genom att det hela tiden måste finnas plats för att ta emot akuta patienter.

Den höga beläggningen för avdelningar med LRV-vård förklaras av att patienterna som ett led i utslussningen har långtidspermission då man t ex vistas på ett behandlingshem. Under den tiden beläggs platsen med en annan patient.

Den höga beläggningen på avdelningarna på Danderyds sjukhus förklaras av att man har plats för 18 fysiska sängar men 15 vårdplatser i budget. Vid toppar i patienttrycket utnyttjas fler sängar än budgeterat. Danderyd har legat runt 100% eller strax däröver under åren 2001, 2002 och 2003.

### **Medelvårdtid**

I detta sammanhang har medelvårdtiden per avdelning tagits fram. Medelvårdtiden per patient blir dock längre eftersom vårdtiden kan börja på en PIVA-avdelning och sedan fortsätta på en annan avdelning.

Om man bortser från PIVA som har korta vårdtider och LRV-vården som har extremt långa, så var medelvårdtiden 19,1 dagar för övriga avdelningar inom

NLPO år 2002 med en variation mellan 13,4 och 22,7 dagar för olika avdelningar.

### **Vårdtillfällen**

Med vårdtillfälle avses perioden från det patienten skrivs in till utskrivning. Vårddygn, medelvårdtider och vårdtillfällen påverkar varandra.

Minskat antal vårddygn leder till färre antal vårdtillfällen om medelvårdtiden är densamma.

Minskat antal vårddygn kan också leda till att samma antal vårdtillfällen produceras men då minskar å andra sidan antalet vårddygn per vårdtillfälle.

### **Sammanfattande bedömning**

I den beräkning som gjorts av hur stängning av platser kan påverka patienter och avdelningar har utgångspunkten varit att det efter förändringen skulle finnas utrymme för samma antal vårdtillfällen som innan.

Bedömningen utifrån vårdkonsumtionsstatistiken är att ungefär samma antal vårdtillfällen skulle kunna erbjudas efter förslaget genom en kombination av åtgärder inom slutenvårdsverksamheten. Förutsättningarna är att

- DS har samma höga beläggningsprocent som hittills
- beläggningen på övriga avdelningar ökar ( i genomsnitt till ca 91% exkl PIVA och LRV)
- medelvårdtiden minskar från i genomsnitt 19,1 dag till ca 18 dagar
- upptagningsområdena för varje avdelning ses över så att förväntat antal patienter per avdelning fördelas i proportion till antalet platser. Detta för att samma möjligheter till inläggning ska finnas för befolkningen hela BaN.

Beläggningsprocent och medelvårdtider och därmed vilket utrymme för vårdtillfällen som skapas kan till del påverkas av beslutsfattare på olika nivåer inom slutenvården. Det är därför viktigt att beställare och producenter tillsammans följer utvecklingen av de olika variablerna och värderar de förändringar som sker så att en medveten styrning kan ske i de delar som slutenvården har möjlighet att styra.

Andra faktorer som påverkar utrymmet i slutenvården är t ex hur samverkan med öppenvården fungerar, tillgängligheten i öppenvården, vilket stöd som finns för psykiskt funktionshindrade i kommunen t ex i form av dagverksamhet och boendestöd mm.

Tabellen är en sammanställning av några olika uppföljningsvariabler isyfte att belysa resursutnyttjandet från olika håll.

<b>Jakobsbergs sjukhus</b>	<b>Inriktning</b>	<b>Upptagn-område</b>	<b>Platser</b>	<b>vårdtillfällen 2002</b>	<b>vårddygn 2002</b>	<b>medelvtid 2002</b>	<b>Beläggning 2002</b>
Avd 1	Psykos	Jä/U-Bro	12	238	3547	14,9	81%
Avd 3	Allm psyk	Jä/U-Bro	12	190	3251	17,1	80%
<b>Totalt JS</b>		<b>Jä/U-Bro</b>	<b>24</b>	<b>428</b>	<b>6798</b>	<b>15,9</b>	
<b>Löwenströmska sjukhuset</b>							
Avd 30	Psykos	Si/So/U-V	16	211	4264	20,2	80%
Avd 31	Allm psyk	Si/So/U-V	16	226	5140	22,7	88%
<b>Totalt LS exkl LRV</b>			<b>32</b>	<b>437</b>	<b>9404</b>	<b>21,5</b>	
Avd 32	LRV	NVSO	12	36	6025	167,4	137%
Avd 34	LRV	NVSO	12	25	4592	183,7	117%
Avd 36	LRV	NVSO	12	24	2568	107,0	92%
<b>Totalt LS inkl LRV</b>			<b>68</b>	<b>522</b>	<b>22589</b>	<b>43,27</b>	
<b>Karolinska sjukhuset</b>							
Avd 4 / R 51a	PIVA	NVSO	10	343	3167	9,2	87%
Avd 3 / R51 b	Psykos	Solna/Su-bg	10	170	3160	18,6	100%
Avd 5 / R 52	Allm psyk	Solna/Su-bg	10	166	3491	21,0	96%
Avd 7 / R 53	Allm psyk	Solna/Su-bg	10	225	3004	13,4	89%
<b>Totalt KS</b>			<b>40</b>	<b>904</b>	<b>12822</b>	<b>14,2</b>	
<b>Danderyds sjukhus</b>							
Avd 150	PIVA	NÖSO	12	370	3 623	9,8	83%
Avd 140	Sektorsavd	Tä/Va	15	265	5 853	22,1	107%
Avd 141	Sektorsavd	Da/Wa/Ös	15	277	5 646	20,4	103%
Avd 151	Sektorsavd	Li/No	15	277	5 608	20,2	102%
<b>Totalt DS exkl 126</b>			<b>57</b>	<b>1189</b>	<b>20 730</b>	<b>17,4</b>	
Avd 126	LRV/SÄVÅ	NÖSO	14	46	5 015	109,0	98%
<b>Totalt DS</b>			<b>71</b>	<b>1235</b>	<b>25 745</b>	<b>20,8</b>	



## **Beräkning av ekonomiska effekter av förslaget**

Förslagets ekonomiska effekter har beräknats till **28,4 mkr**, enligt följande specificering.

Personal och övrig drift för två avd vid JS	-21 mkr
Läkare inkl omkostnader	-2,3 mkr
Paramedicinsk personal	-1,1 mkr
Hyra	-3,0 mkr
<b>TOTALT</b>	<b>-27,4 mkr</b>

Därutöver tillkommer en besparing genom att en beredskapsjourlinje avvecklas.

Den ekonomiska effekten är svår att beräkna dels genom att läkarna genom sitt jouravtal kan välja om man vill ta ut delar av ersättningen i form av pengar eller ledighet, dels genom att en del av de uppgifter som mellanjouren svarat för kan komma att belasta bakjouren. Besparingen uppskattas dock till 1 000 tkr.

Eftersom mellanjouren delvis bemannas med läkare från öppenvården i psykiatri/väst så kommer den kompensationsledighet som öppenvårdsläkarna har möjlighet att ta ut att minska läkarnärvaron i öppenvården. Förslaget innebär därför en indirekt ökning av antalet läkartimmar i öppenvården.

## **Psykiatrins samarbete med övrig verksamhet vid KS**

Idag finns ett nära och mångfasetterat samarbete mellan psykiatrin som bedrivs vid den del av PCK som är belägen vid Karolinska sjukhuset och den somatiska vården vid sjukhuset.

Samarbetet består dels av psykiatriska insatser inom den somatiska vården samt även somatiska insatser för de patienter som vårdas på de psykiatriska avdelningarna. Samarbetet finns även på fler nivåer gällande forsknings/utvecklingsprojekt, undervisning och utbildning både för personal och för de olika yrkesgrupper som grund- och/eller vidareutbildar sig inom sjukhuset.

### **Konsultverksamhet**

Antalet konsultationer från psykiatrin till somatiken uppgår till ca 1600 per år och initieras från somatiken genom remiss. Konsultverksamheten sköts av specialistkompetent psykiater dagtid men en inte försumbar del av konsulterna begärs och utförs på icke-kontorstid (jourtid) och handläggs då i första hand av primärjouren på PCK med bistånd av specialistkompetent bakjour. Den största delen av konsulterna är akuta till sin natur och måste utföras inom relativt kort tid (timmar) efter det att remiss kommit till psykiatriska kliniken. En liten del av ärendena är av den karaktären att de kräver mer eller mindre momentan insats av psykiatrisk läkarkompetens.

Några vanliga orsaker till remiss är

- Bedömning av självmordsrisk, extravaksbehov, psykiatrisk omhändertagandenivå för patienter som inkommit till somatisk akutmottagning efter självmordsförsök.
- Patienter med ofta komplicerade somatiska sjukdomstillstånd (tex neurologisk sjukdom, cancersjukdom) som ytterligare komplicerats av att de utvecklat psykiatriska symtom och därför behöver psykiatrisk bedömning och behandlingsförslag.
- Ställningstagande till vårdintyg på patient som vårdas på somatisk klinik
- Patienter som vårdas på somatisk klinik och dessutom har en psykisk sjukdom för vilken den somatiska läkaren behöver råd och behandlingsförslag då hänsyn måste tas till det somatiska sjukdomstillståndet

En inte ovanlig situation är att en svårt somatiskt sjuk patient har utvecklat psykiatriska symtom av den art och grad att vård enligt LPT är indicerat. I dessa situationer ställs krav på samarbete mellan psykiatri och somatik med möjlighet till överflyttning av patienterna till den klinik där man i samråd mellan specialiteterna avgjort att patienten får bäst och säkrast vård. I och med att dessa patienter ofta är svårt sjuka ställs krav på möjlighet till snabba, enkla och säkra överflyttningar med minimal tidsfördröjning då patienternas tillstånd

snabbt kan växla och medföra ändrade krav på vilken klinik som lämpar sig bäst.

Behovet av den typ av samarbete som beskrivs ovan inträffar givetvis dygnet runt och medför ett krav på att man inom KS kan tillhandahålla psykiatriska insatser dygnet runt. Likväl kan den patient som trots svår somatisk sjukdom behövt överflyttning till psykiatrisk avdelning vara i fortlöpande behov av somatiska läkarinsatser och bedömningar.

Det förekommer inte sällan att patienter vårdas på somatisk klinik samtidigt som de är intagna enligt LPT på psykiatriska kliniken. Det faktum att patienten vårdas med tvång medför ett absolut behov av fortgående psykiatriska läkarbedömningar.

Psykiatriska kliniken behöver också somatiska bedömningar av de patienter som vårdas inneliggande på psykiatriska kliniken och utnyttjar då de specialiteter som finns representerade på KS.

### ***Forskning och utbildning***

PCK har sedan många år ett intensivt samarbete med KI avseende forskning och undervisning. Både forskning och undervisning (främst av läkarkandidater) bedrivs i nära samarbete med det kliniska arbetet och är på många sätt varandras förutsättningar. Samarbetet sker på många nivåer och är komplext och förändringar av denna växelverkan måste om den ska genomföras utredas i särskild ordning. Den lokalmässiga samordningen är inte i alla delar en absolut förutsättning men i nuläget kan man inte föreslå förändringar som på ett oförutsägbart och icke utrett sätt skulle drabba både forskning och undervisning om avdelningarna på KS avvecklades.