

Sjukvårdslandstingsråd  
Birgitta Rydberg (FP)

**INTERPELLATIONSVAR**

LS 1302-0235

2013-03-19

**Svar på interpellation 2013:5 Sverre Launy (V) om psykiatrisk vård för missbrukare.**

Sverre Launy (V) har ställt följande frågor till mig:

Med anledning av ovanstående vill jag fråga ansvarigt landstingsråd för psykiatri Birgitta Rydberg (FP):

1. Hur ser rutinerna ut för psykiatrisk akutvård vad gäller personer med missbruksproblematik?
2. Vad har hänt med samarbetet mellan psykiatri och beroendevård i denna fråga?

Som svar vill jag anföra följande:

Psykiatrin arbetar med samverkan såväl internt som med vårdgrannar och andra samarbetsaktörer. Samarbetsavtal ger ett samlat ansvarstagande för personer som har behov av insatser från flera aktörer. Det upprättas en skriftlig vårdplan som tydligt anger vilken vårdorganisation som är ansvarig för de olika insatserna. Konsultation och kompetensstöd erbjuds vårdgrannar t.ex. primärvården.

Behandling av personer med komplexa vårdbehov på grund av psykisk störning och missbruk sker samtidigt och integrerat i samverkan med beroendevården och socialtjänsten. Behandling av personer med neuropsykiatriska funktionshinder och missbruk kräver ibland integrerade insatser. Psykiatrin utreder, diagnostiserar och erbjuder lämplig behandling i de fall funktionshindret kräver specialistpsykiatriska insatser. Psykiatrin samverkar med habilitering, socialtjänst och beroendevård i syfte att ge målgruppen ett allsidigt omhändertagande.

Regionala vårdprogram och lokala instruktioner (på respektive klinik) är tydliga när det gäller att vården för samtliga tillstånd d v s psykiatrisk sjukdom och missbruksproblem ska ske samtidigt och samordnat. Akutmottagningarna (Beroendeakuten Stockholm, Länsakuten för akut psykiatri och Catio Marias akut) har en fördjupad samverkan och gemensamma rutiner och samverkansavtal för dessa situationer.

2013-03-19

LS 1302-0235

Inom öppenvården finns samverkan mellan beroendevård och allmänpsykiatri i form av samverkansmöten för behandlare, och återkommande möten på chefsnivå.

Samordningen av utredning och behandling har förbättrats avsevärt under den senaste tio-årsperioden. Det går inte längre att "bolla" patienter mellan enheter genom att t ex åberopa krav på långvarig alkoholfrihet innan psykiatrisk behandling erbjuds.

Felbehandlingar, eller andra allvarliga avvikelser i vården av enskilda patienter bör påtalas och anmälas till patientnämnd eller Socialstyrelsen.

Samverkan mellan kommun och psykiatri är lagstadgad, dels genom samverkansöverenskommelser på olika nivåer, dels för enskilda patienter genom en individuell plan där de olika aktörernas ansvar tydliggörs.

Hur denna samverkan fungerar har relativt nyligen inspekterats av Socialstyrelsen. På ett konkret plan sker detta i form av regelbundna chefsmöten där kommun, psykiatri och beroendevård träffas för gemensamma diskussioner. På medarbetarnivå diskuteras gemensamma avvikelser och samverkansfrågor i enskilda ärenden. Nätverksmöten anordnas även regelmässigt.

I takt med en ökad diagnostisk noggrannhet och förbättrad kunskap har komplexiteten i många tillstånd blivit allt tydligare. Beroende, depression, ångest, personlighetsstörning, bipolära syndrom, ADHD och autismspektrumtillstånd kan ofta finnas samtidigt vilket ställer stora krav på verksamheten. Medvetenheten om detta blir allt större och vårdprocesser inom beroendevården är anpassade till förekomst av samtida psykiatriska tillstånd. På motsvarande vis är man uppmärksam på beroendetillstånd inom psykiatrin och det finns idag rutiner för hur denna samsjuklighet ska hanteras.

Rutiner för omhändertagande av akuta patienter med både psykiatriska tillstånd och beroenderelaterade tillstånd diskuteras gemensamt för att undvika att patienter ska riskera att "falla mellan stolarna".

Beroendeakuten (BAS) och Länsakuten har ett nära samarbete då många av våra patienter har en dubbelproblematik med både psykisk ohälsa och beroende/missbruk. I akutskedet är det inte alltid lätt att kunna utröna och klargöra en klar bild av patientens psykiatriska sjuklighet då ett aktivt

2013-03-19

LS 1302-0235

missbruk försvårar bedömningen. Det är ju inte ovanligt att man både har kontakt inom psykiatri och beroendevård i öppenvården exempelvis och sk. dubbeldiagnoser är vanligt förekommande.

Samarbetet baseras på det sk. Ronnyöverenskommelsen som tydliggör när i det akuta vårdförloppet en patient skall vårdas inom beroendevården eller akutpsykiatrin. Ledningsgrupperna på respektive sektion har regelbundna möten för att se över och diskutera rutiner och potentiella förbättringar så att patienterna skall få en så optimal vård som möjligt utifrån deras akuta problemställning och även på sikt var vidare vård skall ske.

För att minimera förflyttningen av patienten mellan akutenheterna gör läkare från Länsakuten konsultbedömningar på beroendeakuten för att bedöma behovet av vidare psykiatrisk vård när en patient är akut färdigbehandlad ur ett beroendeperspektiv och en akut psykiatrisk bedömning är nödvändig. Man har då möjlighet att både från psykiatrin och beroendevårdens sida remittera vidare till rätt vårdnivå.

Överenskommelser kring samverkan mellan Länsakuten och BCS Akut- och heldygnsvården framgår av nedanstående;

**Överenskommelse för alkoholpåverkade patienter som söker akut på Beroendeakuten eller Psykiatriska Länsakuten (ordagrant citat från överenskommelsedokumentet gällande mars 2011):**

- Om promillehalten är **mer än 1,5 ‰** vid ankomsten till Beroendeakuten eller Länsakuten skall patienten handläggas på BAS under hela vårdförloppet. Om patienten söker på Länsakuten skall läkaren först bedöma om patienten överhuvudtaget behöver inläggning innan remiss till BAS skrivs.
- Om promillehalten är **mellan 0,8 ‰ och 1,5 ‰** skall patienten i första hand behandlas av BAS under hela förloppet på samma sätt som ovan.
- Patienter med ovan promillehalt men som har uppenbart huvudsaklig psykiatrisk problematik kan, om läkaren på Länsakuten medger detta, vårdas på Länsakuten.
- Om Länsakutens läkare inte anser att det är lämpligt att vårda patienten på Länsakuten gäller samma som för patient över **1,5 ‰**.
- Om promillehalten hos en patient med psykiatrisk problematik är under **0,8 ‰** skall patienten handläggas av Länsakuten, såvida inte

2013-03-19

LS 1302-0235

uppenbar risktillnyktring/riskabstinens pga alkoholmissbruk enligt BAS gällande PM föreligger.

- Om det uppstår oklarheter kring vad som är patientens huvudsakliga vårdkrävande problematik på respektive enhet skall andra enhetens jourhavande läkare konsulteras. Patienten stannar kvar på respektive enhet till jourhavande läkare på andra enheten gjort sin bedömning.
- Om patientens problem efter tillnyktring är huvudsakligen psykiatrisk skall jouren på Länsakuten sköta hela handläggningen oavsett om patienten ligger kvar på BAS. Motsvarande gäller för beroendepatient på Länsakuten. Det är alltid läkaren som går mellan enheterna och inte patienten.
- Remisser mellan enheterna efter den första bedömningen enligt ovan om vart patienten hör skall leda till att man som läkare går som konsult till den andra enheten och inte att man flyttar tillbaka patienten.
- Transporter ombesörjs av den enhet som har ansvar för vidare vård, d.v.s. om patienten skall transporteras till psykiatrisk klinik sköter Länsakutens personal transporten. Motsvarande gäller för beroendepatient på Länsakuten. Detta gäller även för fortsatt remittering till respektive öppenvårdsmottagning.
- Beslut om tvångsåtgärder av olika slag måste däremot, av legala skäl, fattas av den läkare som tjänstgör på den klinik där patienten är inlagd. Detta sker vid behov i samråd med läkare från andra kliniken, d.v.s. respektive jourläkare sköter överföringen till vederbörande klinik. Sålunda avskrives eventuellt LPT, patienten skrivs ut och eventuell medicinering sker av den läkare på den enhet där patienten ligger inlagd. Den läkaren flyttar även patienten enligt LPT§.

### **Överenskommelse mellan Beroendekuten och Psykiatriska Länsakuten för patienter med narkotikamissbruk:**

- Angående patienter med **haschmissbruk:**

Patienter som p.g.a. psykos behöver läggas in och är positiva på THC skall första dygnet läggas på Beroendekuten. Därefter skall diskussion ske mellan ansvariga överläkare dagtid. Om en patient skall läggas in av annan orsak än psykos är det inte relevant huruvida patienten är positiv på THC eller ej, varför patienten i händelse av inläggning till följd av psykiatrisk problematik skall vårdas på Länsakuten. Vårdplanering sker mellan enheterna dagtid.

- Angående patienter positiva på **opiater:**
- Patienter som är positiva på opiater men i behov av inneliggande vård p.g.a. psykossymtom skall trots positiv u-tox

2013-03-19

LS 1302-0235

vårdas på Länsakuten, såvida patienten inte är uppenbart opiatabstinent eller påverkad av opiater. Övriga patienter som söker och är positiva för opiater men vars problem är av psykiatrisk karaktär skall vårdas ett dygn på Beroendeakuten innan man tar ställning till vidare handläggning. OBS! Patienter kan förstås vara ordinerade analgetika innehållande kodein och visar även då positivt u-tox utan att vara beroende eller ha missbruk. Fortsatt handläggning/vårdplanering skall ske i samverkan mellan enheterna.

- Angående patienter positiva på **amfetamin och kokain**: Alla patienter som är positiva på amfetamin eller kokain skall ligga på Beroendeakuten så länge urinstickan är positiv. När denna ej längre är positiv och en patient är i behov av ytterligare vård skall denna ske inom psykiatrin. Vid oklara fall bör respektive enheter komma överens individuellt.

Beroendeakuten Stockholm och Länsakuten är samlokaliserade på S:t Görans sjukhusområde. Konsultation mellan vårdgivarna förekommer flitigt och patienterna bollas inte mellan de två akuterna. Dock är det ofta så att det finns en psykiatrisk samsjuklighet hos de patienter som söker på beroendeakuterna. När patienten är avgiftad remitteras hon/han vidare till psykiatrin för behandling av sina psykiatriska symptom. Detta under förutsättning att patienten själv önskar psykiatrisk vård, vilket inte alltid är fallet.

Beroendevården har mottagningar i länets alla kommuner och Stockholms stadsdelar. I de flesta fall är dessa mottagningar integrerade med socialtjänstens missbruksenheter, ofta delar man lokaler. Denna ordning stöds av lokala samverkansavtal mellan respektive kommun, beroendevård, kriminalvård m fl aktörer.

Därmed anser jag interpellationen besvarad.



Birgitta Rydberg