

Revisionsrapport

Omhändertagande vid depression och ångest

Norrbottnens läns landsting

*Hans Rinander,
certifierad kommunal
revisor*

*Maria Strömbäck,
revisionskonsult*

Maj 2015

Innehållsförteckning

1.	Sammanfattning och vår bedömning	1
2.	Inledning och revisionsfråga.....	6
2.1.	Metod och avgränsning	7
3.	Styrdokument och organisation.....	9
3.1.	Styrdokument och uppföljningsdokument	9
3.1.1.	Vårdprogram för depression och ångest.....	10
3.2.	Organisation	10
4.	Resultat.....	12
4.1.	Nationella riktlinjerna för depression och ångest.....	12
4.2.	Överenskommelser.....	12
4.3.	Tillgänglighet, kontinuitet och kompetens	16
4.4.	Rutiner.....	19
	Bilaga - Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest, 2010 - sammanfattning	25
	Rekommendationer om tillgänglighet och diagnostik	25
	Det bör vara lätt att komma i kontakt med vården	25
	Vården bör följa upp den första bedömningen.....	25
	En behovsanpassad vård med god koninuitet bör ges	25
	Behandlingen bör vara utvärderad och uppföljd.....	26
	Rekommendationer om behandling.....	26
	Psykologisk behandling.....	26
	Läkemedelsbehandling	26
	Rekommendationer om att förhindra självmord	26
	Rekommendationer om utbildning till närstående.....	27

1. **Sammanfattning och vår bedömning**

Depression är en psykisk störning som ingår i de affektiva störningarna. Vid en depression lider den drabbade av en sänkning av det allmänna stämningsläget och bär på en känsla av sorg. Ofta känns livet meningslöst och man ser ingen väg ut ur mörkret.

Depression är en av de stora folksjukdomarna som drabbar människor i alla åldrar. Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång i livet att få en behandlingskrävande depression.

Ångest är ett sinnestillstånd som karaktäriseras av stark rädsla, nervositet eller oro, men som inte beror på ett faktiskt hot eller överhängande fara. Ångest kan vara en sinnesstämning som ingår som delsymptom i en psykisk störning, t ex ångeststörning, depression eller psykos, bero på kroppslig sjukdom eller uppkomma till följd av droger.

Socialstyrelsen fastställde år 2010 Nationella riktlinjer för vård och omhändertagande vid depression och ångestsyndrom. I riktlinjerna framhålls att det är väsentligt att både 1:a linjens psykiatri (primärvården) och den specialiserade psykiatrin fungerar bra ur olika synvinklar. Det gäller bl a ett effektivt omhändertagande samt rutiner för diagnostik och bedömning. Syftet med riktlinjernas rekommendationer är att patienter över hela landet ska få tillgång till en kunskapsbaserad och jämlik vård. Detta kräver en hög tillgänglighet, god kontinuitet, uppföljning av behandlingen och en bra samverkan mellan olika vårdnivåer.

Landstingets revisorer har gett PwC i uppdrag att granska vården för personer med depression och ångest. Granskningens revisionsfråga har varit: *Tillser landstingsstyrelsen att vården av personer med depression och ångest är ändamålsenlig?*

Granskningen har genomförts genom inläsning av nationella riktlinjerna samt landstingslokala styrdokument inom området. Intervjuer har genomförts med företrädare för 1:a linjens psykiatri (primärvården) och för den specialiserade psykiatrin samt med företrädare för ledningen inom division Närsjukvård.

Vår bedömning är att vården av personer med depression och ångest inte är ändamålsenlig, vilket som konsekvens kan drabba de aktuella patientgrupperna hårt.

Vi bygger vår bedömning, framför allt på att implementeringen av de nationella riktlinjerna går långsamt, att ingen expertgrupp utsetts för att implementera de nationella riktlinjerna, att gränsdragningsfrågor mellan primärvården och vuxenpsykiatrin inte är tydliggjort, remissrutinerna från primärvården till

specialistpsykiatrin inte är klargjorda, att kontinuitetsproblem finns för både primärvårdsläkare och psykiatriker.

För att bedöma revisionsfrågan har granskningen utgått från ett antal kontrollmål under rubrikerna:

- Nationella riktlinjer
- Överenskommelser
- Tillgänglighet, kontinuitet och kompetens
- Rutiner

Nedan summerar vi resultatet från granskningens kontrollmål.

Nationella riktlinjer

De nationella riktlinjerna uppges av de flesta intervjuade vara kända i verksamheterna, både inom primärvården och vuxenpsykiatrin. Riktlinjerna har successivt implementerats i verksamheterna, vilket uppges ha skett utan någon egentlig styrning.

Inom vuxenpsykiatrin hänvisar man framför allt till ett vårdprogram för depression och ångest som 2013 utarbetades av en arbetsgrupp i landstinget med företrädare för vuxenpsykiatrin.

Det finns ett krav inom landstinget att, för de områden där det finns nationella riktlinjer, ska expertgrupper utses som har till uppgift att utgöra landstingets mottagare av nationella riktlinjer samt komplettera och uppdatera äldre riktlinjer. Ingen expertgrupp för depression och ångest finns för att implementera riktlinjerna för depression och ångest.

Inga särskilda medel avsattes till primärvården eller till vuxenpsykiatrin vid införande av de nationella riktlinjerna.

Överenskommelser

En handläggningsöverenskommelse (så kallad HÖK) för depression utarbetades i början på 2014 av en arbetsgrupp bestående av en distriktsläkare (allmänläkarkonsult), medicinske rådgivaren vid landstingsdirektörens stab, en överläkare vid vuxenpsykiatrin, Sunderby sjukhus samt länsamordnaren för vuxenpsykiatrin.

I överenskommelsen fastställs främst primärvårdens uppgift och ansvar för dessa patienter för bedömning av depressionens svårighetsgrad, behandling vid olika grader av depression, suicidriskbedömning, behandling med antidepressiva läkemedel, sjukskrivning samt uppföljning och mål. Här anges även i vilka situationer som primärvården bör remittera patienten till vuxenpsykiatrin.

Under denna rubrik har granskningen även frågat de intervjuade om sina upplevelser av samarbetet mellan vuxenpsykiatrin och primärvården. Den bild som ges är att det finns mycket kvar att göra, men att det sakta går åt rätt håll. Här

nämns organisation och resurser i allmänna ordalag samt specifikt remissrutinera, som får mycket kritik, både från vuxenpsykiatrin och primärvården.

Enligt bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen har kommuner och landsting sedan 2010 skyldighet att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar.

Norrbottnens läns landsting har, tillsammans med Kommunförbundet Norrbotten, utarbetat *Överenskommelse om samarbete inom psykisk ohälsa* (november 2013). Dokumentet är antaget av landstingsstyrelsen och socialnämnderna i respektive kommun. Överenskommelsen har kompletterats med en handlingsplan för psykisk ohälsa.

I överenskommelsen anges att *lokala samverkansöverenskommelser* ska utarbetas mellan landstinget och respektive kommun som utgår från den övergripande överenskommelsen.

I Malmfältet har sådana lokala överenskommelser/samarbetsplaner utarbetats mellan landstinget (närsjukvårdsområdena i Gällivare och Kiruna) och respektive kommun. Motsvarande överenskommelse har utarbetats mellan landstinget (närsjukvårdsområdet i Kalix) och respektive kommun. I närsjukvårdsområdet, Piteå pågår ett sådant arbete och i närsjukvårdsområdet, Luleå-Boden, planeras för detta.

Tillgänglighet, kontinuitet och kompetens

Tillgänglighet

Vare sig inom primärvården eller inom vuxenpsykiatrin går det att följa tillgängligheten för olika patient/diagnosgrupper, utan det som redovisas är totaler för olika medicinska specialiteter. Avseende patientgruppen med diagnoserna depression och ångest ser granskningen således inte att någon uppföljning sker vad gäller tillgängligheten.

Inom primärvården klarar man allmänt kraven för vårdgarantin på sju dagar med ett länssnitt på 92,5 procent. Detta gäller för alla typer av läkarbesök, alltså ingår även personer med förmodad depression/ångest eller de patienter som redan har dessa diagnoser.

Vid intervjuer uppger de granskade hälsocentralerna att tillgängligheten för patientgrupperna kan variera. Intervjuerna uppmärksammar här på det viktiga arbete som telefonsjuksköterskorna utför, där den egentliga tillgängligheten startar.

Enligt intervjuerna påpekas det naturliga, att en låg läkarbemanning allmänt sett ger en lägre tillgänglighet, vilket kan drabba personer med psykiska problem hårt. Tillgängligheten och väntetiderna kan för dessa personer även variera utifrån vilka andra befattningskategorier/vilken kompetens som finns vid hälsocentralerna. Det gäller avsaknad eller tillgång till kurator, psykolog och personal med KBT-kompetens.

Idag uppges köer finnas enbart till vuxenpsykiatrins öppna vård i Luleå. Man arbetar här med att se över flödet vad gäller arbetsprocessen (patientens väg i vården). Inom övriga områden, dvs Piteå och Gällivare, anges att vårdgarantin klaras. Om patienten har akuta problem tas denne alltid emot direkt till jourmottagning/ akutmottagning i Sunderbyn och Gällivare.

Kontinuitet och kompetens

Nästan alla hälsocentraler granskningen intervjuat uppger brist på egna anställda läkare. De stafettläkare/hyrläkare som tas in medför sämre kontinuitet, vilket naturligtvis uppges vara ett problem. Men många stafettläkare återkommer regelbundet och man försöker då få dessa att möta patienter med psykiska problem, vilket ger en viss kontinuitet.

Enligt uppgift finns idag fyra anställda psykologer inom landstingets primärvård; Gällivare, Boden, Älvsbyn och Övertorneå. Det pågår även rekrytering till Kiruna. Sk "psykiatrisköterskor" finns vid Bergnäsets hälsocentral samt vid hälsocentralerna i Boden. Beteendevetare finns inte vid alla hälsocentraler. Däremot har samtliga hälsocentraler tillgång till KBT-kompetens.

Tillgången till psykiatriker anges framför allt i dagläget vara ett problem vid vuxenpsykiatri i Piteå. Idag är fyra av fem överläkartjänster obesatta.

Inom vuxenpsykiatri vid Sunderbyn anges att det finns brist på fasta anställda psykiatriker, vilket innebär en sämre kontinuitet. Här har man nyligen rekryterat 4 psykiatriker, men är fortfarande i behov av hyrläkare.

I Gällivare uppges det att det idag finns tillräckligt med psykiatriker, vilket enligt intervjuerna innebär att kontinuiteten i stort är tillräcklig.

Sjuksköterskor med vidareutbildning i psykiatri är en stor bristvara i hela Norrbotten. Kuratorer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster (fysioterapeuter) finns dock i stort sett i tillräcklig omfattning inom vuxenpsykiatri.

Rutiner

Enligt de nationella riktlinjerna är kognitiv beteendeterapi och antidepressiva läkemedel rekommenderade behandlingar vid lindrig depression. För medelsvår och svår depression är antidepressiva läkemedel förstahandsvalet.

De flesta intervjuade, både inom primärvården och vuxenpsykiatri, anser att det finns god tillgång till *metoder för psykologisk behandling*, vilka vi även uppfattar tillämpas. De dominerande behandlingsformerna är psykologisk behandlingsterapi i form av Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och Psykodynamisk psykoterapi (PDT). Olika former av läkemedelsterapi är också vanligen förekommande, framför allt vid allvarligare besvär.

En viktig del i vårdprocessen kring en patient med psykiska problem är att utföra *systematiska riskskattningar* vid första bedömningen samt att därefter löpande göra uppföljningar under patientens fortsatta behandling.

Granskningen visar att det finns tillgång till checklistor i form av olika evidensprövade skattningsskalor, både inom primärvården och vuxenpsykiatri. Granskningen observerar i sammanhanget de intervjuades synpunkter om att kommunikationen med patienten är utgångspunkten. Skattningsskalor och checklistor beskrivs som bra metodstöd och komplement till denna kommunikation.

För att i tid kunna upptäcka självmordsbenägna personer är det, enligt de nationella riktlinjerna, viktigt att personalen på alla nivåer är uppmärksammade på dessa tillstånd, både i samband med diagnostik och under pågående behandling. I detta ingår att göra *strukturerad självmordsriskskattning*. Granskningen uppfattar att det finns tydliga dokumenterade rutiner för skattning av självmordsrisk, och att dessa rutiner är kända och tillämpas i kontakt med patienterna. I intervjuerna nämns också att en sämre tillgänglighet och en sämre kontinuitet ökar risken betydligt för självmordsbenägna personer.

I vuxenpsykiatriens vårdprogram för depression och ångest anges att "För att utesluta somatisk sjukdom är det viktigt med en *somatisk utredning av primärvården* innan remiss skickas till specialistpsykiatri". För att utesluta somatiska sjukdomar rekommenderar vårdprogrammet ett antal laboratorieprover som bör tas vid utredning om depression.

De intervjuade inom primärvården uppger att det inte finns några egentliga skriftliga rutiner för bedömning, insatser och upptäckt av somatiska besvär hos patienter med förmodad depression eller ångest. Man framhäver dock att det inom läkaryrket ingår att göra en helhetsbedömning av patienterna.

Vare sig inom primärvården eller inom vuxenpsykiatri har vi funnit skriftliga rutiner för *information och stöd* till de aktuella målgrupperna och eventuellt anhöriga. Dock är det flera av de intervjuade som framhåller att läkare och övriga behandlare, som en självklar del av sitt arbete, informerar patienter och anhöriga om patienten så önskar och det är lämpligt för behandlingen.

Inga länsövergripande systematiska *analyser av återinskrivningar* inom vuxenpsykiatri sker. Vuxenpsykiatri vid Gällivare sjukhus analyserar återinskrivningar systematiskt.

Enligt våra intervjuer har endast ett fåtal *rapporteringar till kvalitetsregister* inom vuxenpsykiatri genomförts under 2014. Orsaken är "byte av en central nationell teknisk plattform" som förvaltar registren inom vuxenpsykiatri.

Det finns idag inga speciellt riktade nationella register för målgrupperna depression och ångest. Däremot för patientgruppen med bipolära sjukdomar och där kan det ingå patienter som även har besvär med depression och ångest.

2. *Inledning och revisionsfråga*

Socialstyrelsen fastställde år 2010 Nationella riktlinjer för vård och omhändertagande vid depression och ångestsyndrom. I riktlinjerna framhålls att det är väsentligt att både 1:a linjens psykiatri (primärvården) och den specialiserade psykiatrin fungerar bra ur olika synvinklar. En sammanfattning av riktlinjerna finns i *bilaga* till rapporten.

Depression är en psykisk störning som ingår i de affektiva störningarna. Vid en depression lider den drabbade av en sänkning av det allmänna stämningsläget och bär på en känsla av sorg. Ofta känns livet meningslöst och man ser ingen väg ut ur mörkret.

Depression är en av de stora folksjukdomarna som drabbar människor i alla åldrar. Minst 25 procent av alla kvinnor och 15 procent av alla män kommer någon gång i livet att få en behandlingskrävande depression.

Ångest är ett sinnestillstånd som karaktäriseras av stark rädsla, nervositet eller oro, men som inte beror på ett faktiskt hot eller överhängande fara. Ångest kan vara en sinnesstämning som ingår som delsymptom i en psykisk störning, t ex ångeststörning, depression eller psykos, bero på kroppslig sjukdom eller uppkomma till följd av droger.

Under 2013 genomförde Socialstyrelsen en nationell utvärdering av den psykiatriska vården baserat på bland annat de nationella riktlinjerna. Utvärderingen visade på ett antal brister i omhändertagandet och efterlevnaden av de nationella riktlinjerna.

Även i Norrbotten finns indikationer om att omhändertagandet av personer med depression/ångest inte följer de nationella riktlinjerna samt att det inom landstinget inte finns en tydlig gränsdragning mellan primärvård och specialistpsykiatri om ansvar och arbetsfördelning. Det innebär risk att vården inte blir ändamålsenlig och/eller att personer ”faller mellan stolarna”. Eftersom risken för självmord bedöms vara hög i den aktuella målgruppen kan brister i omhändertagandet få än allvarligare konsekvenser.

Granskningen ska besvara följande revisionsfråga:

Tillser landstingsstyrelsen att vården av personer med depression och ångest är ändamålsenlig?

De kontrollmål som ingår i granskningen är:

Nationella riktlinjer:

- De nationella riktlinjerna för depression och ångest är implementerade, kända och följs.

- Det avsattes särskilda medel till psykiatrin och primärvården vid införandet av de nationella riktlinjerna.

Överenskommelser:

- Det finns en överenskommelse mellan psykiatrin och primärvården (även de privata) avseende gränsdragning/ansvarsfördelning mellan specialiteterna gällande depression och ångest.
- Det finns skriftliga samarbetsöverenskommelser mellan huvudmännen för personer med psykisk funktionsnedsättning som tydliggör ansvarsfördelningen mellan kommunerna och landstinget.

Tillgänglighet, kontinuitet och kompetens:

- Det finns god tillgänglighet för personer med depression och ångest i primärvården respektive specialistpsykiatrin.
- Det finns förutsättningar för kontinuitet i vården (att få träffa samma läkare, psykolog etc.).
- Det finns tillgång till allmänläkare och beteendevetare inom primärvården samt specialistläkare, specialistsjuksköterskor och övrig beteendevetenskaplig kompetens inom psykiatrin.

Rutiner:

- Det finns tillgång till psykologisk behandling och evidensbaserade metoder som används inom psykiatrin respektive inom primärvården.
- Det finns rutiner för riskbedömning, förebyggande insatser, tidig upptäckt och behandling av kroppsliga sjukdomar hos personer med depression och ångest.
- Det finns rutiner hos vårdgivarna för skattning av självmordsrisk.
- Det finns rutiner för riskbedömning, förebyggande insatser, tidig upptäckt och behandling av kroppsliga sjukdomar hos patienter med depression och ångest.
- Det finns rutiner för snar förnyad kontakt med personer som har symptom men inte uppfyller kriterierna för depression och ångest vid förstabedömningen.
- Rutiner finns för att ge den aktuella målgruppen och eventuellt anhöriga tillräcklig information och tillräckligt stöd för att kunna hantera sin hälsa och livssituation.
- Landstinget analyserar återinskrivningar i slutenvård.
- Rapportering av uppgifter görs till kvalitetsregister.

2.1. Metod och avgränsning

Granskningen har genomförts genom inläsning av nationella riktlinjerna samt styrdokument inom området. Intervjuer har genomförts med företrädare för 1:a linjens psykiatri (primärvården) och för den specialiserade psykiatrin samt med företrädare för ledningen inom division Närsjukvård.

Följande personer har intervjuats:

- Tidigare länschef/chefsöverläkare, vuxenpsykiatri
- Länsamordnare, vuxenpsykiatri
- Länsamordnare, primärvård
- Närsjukvårdschef, Luleå-Boden
- Verksamhetschef, vuxenpsykiatri, Sunderby sjukhus
- Enhetschef, vuxenpsykiatri, öppen vård, Sunderby sjukhus
- Enhetschef vuxenpsykiatri, sluten vård, Sunderby sjukhus
- Verksamhetschef, Örnäsets hälsocentral, Luleå
- Medicinsk ledningsansvarig, Örnäsets hälsocentral, Luleå
- Verksamhetschef, Haparanda hälsocentral
- Medicinsk ledningsansvarig läkare, Haparanda hälsocentral
- Verksamhetschef, Älvsbyns hälsocentral
- Medicinsk ledningsansvarig läkare, Älvsbyns hälsocentral
- Verksamhetschef, vuxenpsykiatri, Gällivare sjukhus
- Medicinsk rådgivare tillika chefsöverläkare, Gällivare sjukhus
- Enhetschef, vuxenpsykiatri, sluten vård, Gällivare sjukhus
- Enhetschef, vuxenpsykiatri, öppen vård, Gällivare sjukhus
- Enhetschef, vuxenpsykiatri, affektiva mottagningen, Gällivare sjukhus
- Verksamhetschef, Adviva vårdcentral, Gällivare
- St-läkare, Adviva vårdcentral, Gällivare
- KBT-terapeut, Adviva vårdcentral, Gällivare
- Allmänläkarkonsult¹ inom psykiatrin

Granskningen avgränsas till att omfatta vuxna personer fr o m 18 år samt patienter som behandlas inom första linjens vård (primärvård) och inom specialistpsykiatrin.

Länsamordnarna för vuxenpsykiatrin och för primärvården, intervjuade verksamhetschefer har beretts möjlighet att faktakontrollera ett utkast av rapporten.

Viss samverkan har inom granskningen bedrivits med Region Halland, region Gotland samt Gävleborgs läns landsting. Bl a har samma revisionsfråga och kontrollmål varit utgångspunkten i dessa granskningar.

¹ Allmänläkarkonsult: En samverkansfunktion mellan primärvården och sjukhusklinikerna i Norrbotten för olika patientgrupper

3. **Styrdokument och organisation**

3.1. **Styrdokument och uppföljningsdokument**

Vi har inventerat landstingets styrdokument, med flera dokument som har anknytning till, eller tangerar området, depression och ångest.

Landstingsfullmäktiges *Strategisk plan 2014* beskriver hur landstingets verksamheter styrs genom en balanserad styrning och utifrån fem perspektiv. Ett av perspektiven är *Verksamhet* som har strategiskt mål – *En effektiv verksamhet med god kvalitet*. En framgångsfaktor för det anges vara *En kunskapsstyrd och säker verksamhet*. Här meddelas:

”Verksamheten är kunskapsstyrd vilket innebär att varje beslut oavsett nivå fattas på grundval av bästa tillgängliga kunskap, vilket innefattar fakta från forskning och övriga kunskapsunderlag samt resultat.

All verksamhet använder evidensbaserade/faktabaserade metoder och arbetssätt. Det ställer krav på ständig utvärdering, ifrågasättande och utmönstring av använda kunskaper och metoder.

Landstinget har hög kompetens om systematiskt förbättringsarbete och implementering för att kunna ställa om till nya metoder. Lärande och utveckling är naturliga delar av det dagliga arbetet och syftar till att tillvarata alla medarbetares kunskaper och erfarenheter.”

Inom perspektivet *Verksamhet* finns även det strategiska målet *Helhetsperspektiv med människan i centrum* med framgångsfaktorn *Individcentrerad hälso- och sjukvård och kundorienterad service* med bl.a. texten:

”Processer och arbetsformer ska stimulera samarbete över yrkes- och enhetsgränser.”

I *Landstingsstyrelsens plan 2014* anges inom perspektivet *Verksamhet* delmålet *God samverkan internt och extern*. Angiven framgångsfaktor är här att *Strategiska allianser och samverkansgrupperingar bidrar till att utveckla kompetens, god kvalitet och effektiva verksamheter*.

Ett annat delmål inom perspektivet *Verksamhet* är *Individcentrerad hälso- och sjukvård och kundorienterad service*. Här anges bl.a. som en framgångsfaktor ”Alla individer får ett gott bemötande och ges information efter behov”.

I landstingsstyrelsens plan 2014 framkommer även i avsnittet om landstingsstyrelsens styrning och uppdrag under avsnittet *Kunskapsuppbyggnad*, följande formulering:

”Expertgrupperna utgör landstingets mottagare av nya nationella riktlinjer samt kompletteringar eller uppdateringar av äldre riktlinjer. Deras uppdrag är att ge ledningen expertunderlag, sammanställa landstingsgemensamma vårdprocesser,

kontinuerligt bevaka och följa området, ta fram lämpliga uppföljningsmått samt föreslå förbättringsåtgärder.”

Landstingsstyrelsen definierar och beskriver i landstingsplanen *Verksamheternas uppdrag*. Av de särskilda utredningsuppdrag som styrelsens lämnat till landstingsdirektören är ett att området psykisk ohälsa/psykisk sjukdom är ett prioriterat utvecklingsområde inom närsjukvården och länssjukvården.

I *uppdraget till division Närsjukvård för år 2014* anges för detta prioriterade område att divisionen tillsammans med division Länssjukvård särskilt ska förbättra omhändertagandet av personer med psykisk ohälsa/sjukdomar.

3.1.1. Vårdprogram för depression och ångest

Ett vårdprogram för depression och ångest till vuxenpsykiatri utarbetades under 2013 av en arbetsgrupp, ledd av landstingets tidigare chefsläkare inom vuxenpsykiatri.

Vårdprogrammet anger riktlinjer/rekommendationer för

- Remiss från hälsocentral, inklusive checklista
- Patienter som bedöms via psykiatrisk jourmottagning
- Kartläggning, bedömning, inklusive checklista
- Behandling, kognitiv beteendeterapi (KBT), psykodynamisk psykoterapi (PDT), ECT-behandling², psykosociala insatser, arbetsterapi, sjukgymnastik
- Behov av fördjupad utredning
- Speciella grupper
- Den kompetente patienten

I ingressen till vårdprogrammet nämns att berörda enheter är ”Samtliga mottagningar och avdelningar inom vuxenpsykiatri”, och vårdprogrammet omfattar således inte primärvården.

Hur vårdprogrammets olika delar är ämnat att användas i verksamheten beskrivs under olika avsnitt i rapporten.

3.2. Organisation

Diagnostisering, vård och behandling av vuxna patienter med depression och ångest sker inom division Närsjukvård och där inom primärvården och vuxenpsykiatri.

Den psykiatriska verksamheten är organiserad så att primärvården ansvarar för patienter med lätta till medelsvåra symptom (1:a linjen). Specialistpsykiatri, som har både öppen och slutenvård, ansvarar för patienter med svårare symptom.

Länets vuxenpsykiatri ingår i division Närsjukvård. Vuxenpsykiatriens basuppdrag omfattar verksamheterna vid funktionscentrum för missbruks- och beroendevård, vid rättspsykiatri samt för vård av psykiskt sjuka patienter med behov av psykiatrisk långtidsrehabilitering.

² ECT-behandling: Elektrokonvulsiv behandling, framför allt vid mycket svåra depressionstillstånd

Utöver basuppdraget ska divisionen och vuxenpsykiatri tillhandahålla tilläggsuppdragen akutpsykiatrisk vård, bedömning av särskilt tandvårdsstöd till personer med svår psykisk funktionsnedsättning, utredning av transsexuella patienter inför fråga om könsbyte samt studierektorsuppdrag.

För vuxenpsykiatri gäller idag följande organisation:

- Divisionschef
- Länsamordnare för vuxenpsykiatri
- Närsjukvårdschefer vid länets fem sjukhus

Vuxenpsykiatri, Sunderby sjukhus (Luleå-Bodens närsjukvårdsområde):

- Jourmottagning/akutmottagning, dygnet runt
- Läkemedelsmottagning
- Beroendecentrum
- Ätstörningsmottagning
- Närpsykiatri (öppen vård) i Boden, Luleå, Kalix, Haparanda, Övertorneå
- Vårdavdelning med 24 vårdplatser

Vuxenpsykiatri, Piteå älvåls sjukhus (Piteå närsjukvårdsområde):

- Jourmottagning/akutmottagning, dagtid
- Psykosmottagning
- Affektiv mottagning (öppen vård)
- Personlighets och ätstörningsmottagning (öppen vård)
- Psykiatrisk mottagning (öppen vård)
- Öppenvårdsteam som konsulterar Älvsbyns, Arvidsjaur och Arjeplogs hälsocentraler
- Psykiatrisk vårdavdelning med 20 vårdplatser
- Psykiatri, länsgemensamt, Öjebyn med psykiatri i slutet och öppen form enligt lagen om rättspsykiatrisk vård, lagen om psykiatrisk tvångsvård mm

Vuxenpsykiatri, Gällivare sjukhus (Gällivare närsjukvårdsområde):

- Jourmottagning/akutmottagning, dygnet runt
- Affektiv mottagning (öppen vård). Även personal stationerad i Kiruna
- Bedömnings- och utredningsavdelning (öppen vård)
- Psykosmottagning (öppen vård)
- Öppen vård i Kiruna 4 dagar i veckan
- Öppenvårdsteam som konsulterar Jokkmokks och Pajalas hälsocentraler
- Psykiatrisk vårdavdelning med 13 vårdplatser

Dessutom finns psykiatrisk verksamhet inom division Närsjukvårds primärvård med 31 hälsocentraler (1:a linjen) samt för närvarande fyra privata hälsocentraler. Enheterna har distriktsläkare, kombinerat med andra funktioner med psykiatrisk kompetens (psykolog, kurator och annan legitimerad vårdpersonal med KBT-kompetens).

För division Närsjukvårds primärvård finns en länsamordnare.

4. Resultat

Granskningsresultatet redovisas utifrån uppställda kontrollmål.

4.1. Nationella riktlinjerna för depression och ångest

- ✓ ***De nationella riktlinjerna för depression och ångest är implementerade, kända och följs.***

De nationella riktlinjerna uppges av de flesta intervjuade vara kända i verksamheterna. Detta, både inom primärvården och inom vuxenpsykiatrin. Riktlinjerna har successivt implementerats in i verksamheterna, vilket uppges ha skett utan någon egentlig styrning.

Inom vuxenpsykiatrin hänvisar man dock till det tidigare beskrivna vårdprogrammet för vuxenpsykiatrin i Norrbotten, som ligger i fas med de nationella riktlinjer, med mer konkreta rekommendationer och åtgärder för olika rutiner. Men, det finns åsikter om att vid diskussion bland psykiatriker i landstinget om programmet var man positiv till dokumentet. Men, när man är åter i ”hemmamiljö” gör man dock i alla fall som man alltid gjort utifrån den kultur som finns inom respektive enhet, vilket kan skilja sig från vårdprogrammets syften.

Som nämnts under avsnitt 3.1 finns det inom landstinget krav på att, för de områden där det finns nationella riktlinjer, ska expertgrupper finnas som har till uppgift att utgöra landstingets mottagare av nationella riktlinjer samt komplettera och uppdatera äldre riktlinjer. Det finns dock i dagsläget ingen expertgrupp för att implementera de nationella riktlinjerna för depression och ångest.

- ✓ ***Det avsattes särskilda medel till psykiatrin och primärvården vid införandet av de nationella riktlinjerna.***

Inga särskilda medel avsattes till primärvården eller till vuxenpsykiatrin vid införandet av de nationella riktlinjerna. Däremot avsattes en mindre summa för de personer som utarbetade vuxenpsykiatrins vårdprogram för depression och ångest.

4.2. Överenskommelser

- ✓ ***Det finns en överenskommelse mellan primärvården (även de privata) och vuxenpsykiatrin avseende gränsdragning/ansvarsfördelning mellan specialiteterna gällande depression och ångest.***

En handläggningsöverenskommelse (HÖK) för depression utarbetades i början på 2014 av en arbetsgrupp bestående av en distriktsläkare (allmänläkarkonsult i psykiatri), medicinske rådgivaren vid landstingsdirektörens stab, en överläkare vid vuxenpsykiatrin, Sunderby sjukhus samt länsamordnaren för vuxenpsykiatrin.

Överenskommelsen accepterades av de distriktsläkare i länet som var närvarande vid en utbildningsdag hösten 2014, samt av länets verksamhetschefer inom vuxenpsykiatri under hösten 2014. Överenskommelsen har i dagarna blivit officiellt antagen.

I överenskommelsen fastställs främst primärvårdens uppgift och ansvar för dessa patienter för bedömning av depressionens svårighetsgrad, behandling vid olika grader av depression, suicidriskbedömning, behandling med antidepressiva läkemedel, sjukskrivning samt uppföljning och mål. Här anges även i vilka situationer som primärvården bör remittera patienten till vuxenpsykiatri.

Vi har även under denna rubrik frågat de intervjuade om hur de upplever samarbetet mellan vuxenpsykiatri och primärvården. Vi får en bild av att det finns mycket kvar att göra, men att det sakta går åt rätt håll. Bl a omnämns organisation och resurser i allmänna ordalag samt specifikt om remissrutiner. Ett antal kommentarer:

Intervjuade inom vuxenpsykiatri angående organisation och resurser:

- Den nya divisionsorganisationen (division Närsjukvård med vuxenpsykiatri och primärvård i samma division) har slagit sönder de samarbetsytor för psykiatriska frågor som fanns i den gamla organisationen. Verksamhetsfrågor som berör psykiatri drunknar i förhållande till övriga frågor inom divisionen.
- Det är positivt att, om ett sjukhus har fullt på vårdplatserna, kan annat sjukhus vid behov ta emot patienter. Finns utarbetade rutiner för detta mellan Piteå, Sunderbyn och Gällivare.
- Det är ett problem med SiP-processen³. Oftast är tre parter inblandade – vuxenpsykiatri, primärvården och kommunens socialtjänst. Ingen av parterna vill vid dessa tillfällen ta på sig fortsatt ansvar ”för det kostar pengar”. ”Den som säger något får ta smällen”. Därför brukar det vara ganska tyst vid dessa vårdplaneringar.
- Det måste diskuteras råkången mellan vuxenpsykiatri och primärvården. Ansvaret för när primärvården kan ta hand om patienterna är inte klarlagt.
- Efter det att patienter bedöms som färdigbehandlade inom vuxenpsykiatri är det svårt att få dessa utskrivna och att primärvården ska ta hand om dessa för fortsatt behandling. Detta medför att patientgruppen inom vuxenpsykiatri sväller i onödan. ”Det är en ballong som kan spricka. Vad händer då?”

Intervjuade inom primärvården angående organisation och resurser:

- Denna patientgrupp är särskilt utsatt och de har oftast ingen som talar för sig. Därför är det oftast ett stort bollande mellan vårdnivåerna för patientgruppen.
- I malmfälten har man arbetat med att bryta ner den övergripande överenskommelsen mellan vuxenpsykiatri och primärvården. Här syns redan vinster genom träffar och nya dialogtytor som tillkommit genom den nya divisionsorganisationen. Nu träffas man fysiskt, vilket ger bättre förutsättningar för samarbete.
- När patienter som bokats för vid vuxenpsykiatri uteblir, får hälsocentralerna ett meddelande om att patienten är utremitterad och avslutad för vuxenpsykiatri del. Detta måste vara en felaktig procedur i ansvarsförhållandet.
- Enligt intervjuer vid några hälsocentraler framkommer ett problem som egentligen härrör sig från rutiner och kommunikation mellan barn- och ungdomspsykiatri

³ SiP: Samordnad individuell vårdplanering

och vuxenpsykiatrin. Då en patient, som behandlats inom barn- och ungdomspsykiatrin, fyllt 18 år och ska överföras för vård till vuxenpsykiatrin sker ibland ingen egentlig sådan informationsöverföring. Patienten lämnas vind för våg, vilket medför att denne till slut vänder sig till hälsocentral för vård och hjälp. Hälsocentralens personal får då "börja om från början" med patienten utan journalanteckningar mm och patienten kommer ibland in i beskrivna "remissrundor" mellan primärvården och vuxenpsykiatrin. Situationen medför oftast en försämring av patientens tillstånd, samtidigt som det tar resurser i anspråk för hälsocentralen.

Speciellt remisshanteringen mellan vuxenpsykiatrin och primärvården har kritiserats både vid intervjuer inom vuxenpsykiatrin och intervjuer inom primärvården:

Intervjuer inom vuxenpsykiatrin angående remisshanteringen:

- Det är inte ovanligt att remisser från primärvården innehåller begäran om kuratorstöd, då resurser för detta inte finns inom remitterande hälsocentral.
- Remisser kommer även från primärvårdens hyrläkare som inte har full insikt i organisationen och vilka rutiner som gäller och att läkarna "måste göra något" i patientärendet för att tillfredsställa patienter och anhöriga.
- Remissrutinerna/remisserna från primärvården har blivit bättre än tidigare, men fortfarande mottas allt för många onödiga remisser.
- Vuxenpsykiatrin i Sunderbyn får mellan 15 och 20 remisser från primärvården per vecka enbart från Luleå, vilket måste anses som för mycket (vår notering: jämför kommentaren ovan från vuxenpsykiatrin om "den svällande ballongen").
- Från vuxenpsykiatrin finns uppfattningar om att, då remisser är grunden för bedömning, är det problematiskt att vissa uppgifter saknas i remissen, exempelvis psykisk status och olika provtagningar. Det vore önskvärt att remisserna var utformade i rubrikform med olika checkpunkter, och inte som nu bara ett tomt ark.

Intervjuade inom primärvården angående remisshanteringen:

- Vid flera hälsocentraler uppges att remissförfarandet från vuxenpsykiatrins sida fungerat mycket dåligt, under all kritik. Men, det har det senaste halvåret börja fungera, troligtvis på grund av att psykiaterresurserna ökat den senaste tiden.
- Det är en slump om hur en remiss besvaras. Det är en personstyrd koppling mellan mottagare av remiss och vilken remissbedömning det blir.
- Önskar en snabbare remisshantering/remissvar från vuxenpsykiatrin.
- En allmän uppfattning från primärvården är att man får tillbaka remisser med motivering att patienter inte är färdigutredda inom primärvården vilket, enligt åsikter från primärvården, inte alltid stämmer.

✓ ***Det finns skriftliga samarbetsöverenskommelser mellan huvudmännen för personer med psykisk funktionsnedsättning som tydliggör ansvarsfördelningen mellan landstinget och länets kommuner.***

Enligt bestämmelser i hälso- och sjukvårdslagen och socialtjänstlagen har kommuner och landsting sedan 2010 skyldighet att ha överenskommelser om samarbete när det gäller personer med psykiska funktionsnedsättningar.

I maj 2012 beslutade regeringen om en handlingsplan för psykisk ohälsa; *PRIO psykisk ohälsa-plan för riktade insatser inom området psykisk ohälsa 2012-2016*. Utifrån handlingsplanen har staten och SKL ingått årliga överenskommelser om stöd till riktade insatser inom området psykisk ohälsa. Överenskommelsen syftar till att genom ekonomiska incitament och med patientens behov i centrum, uppmuntra, stärka och intensiviera utvecklingsarbetet i landstingen och kommunerna. För 2014 avsattes 630 miljoner kronor.

Ett grundkrav som måste uppfyllas för att få rätt till de ekonomiska medlen är att det ska finnas en överenskommelse mellan landstinget och länets kommuner kring personer med psykisk funktionsnedsättning. Överenskommelsen ska kompletteras med en handlingsplan som arbetats fram i dialog mellan huvudmännen och patient-/brukarorganisationer.

Norrbottnens läns landsting har, tillsammans med Kommunförbundet Norrbotten, utarbetat *Överenskommelse om samarbete inom psykisk ohälsa* (november 2013). Dokumentet är antaget av landstingsstyrelsen och socialnämnderna i respektive kommun. Överenskommelsen har kompletterats med en handlingsplan för psykisk ohälsa. I planen anges utifrån olika mål i överenskommelsen vad som ska göras, vem som ska göra det och när det ska göras.

I överenskommelsen anges att *lokala samverkansöverenskommelser* ska utarbetas mellan landstinget och respektive kommun som utgår från den övergripande överenskommelsen.

I Malmfältet har sådana lokala överenskommelser/samarbetsplaner utarbetats mellan landstinget och respektive kommun. Ansvarig för arbetet från landstingets sida har varit närsjukvårdschefen i Gällivare.

Det finns därför nu en lokal överenskommelse mellan närsjukvården i Gällivare, psykiatri i Gällivare, Laponia hälsocentral, Adviva hälsocentral, hälsocentralerna i Jokkmokk, Pajala och socialförvaltningarna i Gällivare och Jokkmokk samt Pajala kommuner. En lokal överenskommelse finns även mellan närsjukvården i Kiruna, närsjukvården i Gällivare, privata alternativ i Kiruna kommun och socialförvaltningen i Kiruna kommun.

Motsvarande lokal överenskommelse har utarbetats mellan närsjukvården i Kalix med dess närpsykiatri och kommunerna i Kalix, Haparanda, Övertorneå och Överkalix. Ansvarig för arbetet från landstingets sida har varit närsjukvårdschefen i Kalix.

Överenskommelserna, som är ungefär likadant utformade, har som syfte att

Med utgångspunkt från gällande lagstiftning och ansvarsfördelning identifiera områden där det är av särskild vikt att huvudmännen tar ett samlat ansvar för personer som ingår i målgruppen i syfte att säkra sammanhållna, kunskapsbaserade och individanpassade insatser.

Överenskommelserna beskriver även målgruppen samt vilka samverkansformer som ska gälla.

Inom närsjukvården i Piteå pågår arbete med lokala överenskommelser och det ska påbörjas inom närsjukvården i Luleå-Boden.

Inom närsjukvården, Luleå-Boden, har vi fått uppgifter om att det även pågår ett annat arbete med att utveckla samarbetsytor mellan vuxenpsykiatrin och respektive kommuns socialförvaltning inom området.

4.3. Tillgänglighet, kontinuitet och kompetens

Enligt de nationella riktlinjerna är det väsentligt med ett *effektivt omhändertagande* av vårdsökande personer och patienter med depression och ångestsyndrom under hela sjukdomsförloppet. Här är begreppen *tillgänglighet*, *kontinuitet* och *kompetens* väsentliga för en god vård. Det ska i sammanhanget vara lätt att komma i kontakt med vården för en första bedömning och ambitionen är att det i första hand är primärvården som ska hantera detta uppdrag.

✓ *Det finns god tillgänglighet för personer med depression och ångest i primärvården respektive specialistpsykiatrin.*

Kopplat till Kömiljarden sker regelbundna tillgänglighetsuppföljningar avseende patienters tillgänglighet till hälso- och sjukvård i Norrbotten. Uppföljningen ingår i landstingets månads-, tertial- och årsrapporter i aggregerad form och sker utifrån olika medicinska specialiteter (11 st inom division Närsjukvård), varav vuxenpsykiatrin är en.

Primärvårdens tillgänglighet redovisas separat med andel vid hälsocentralerna besvarade patientsamtal samt genomförda läkarbesök inom sju dagar.

Vare sig inom primärvården eller vuxenpsykiatrin går det att följa tillgängligheten för olika patient/diagnosgrupper, utan det som redovisas är totaler för de olika specialiteterna. Avseende patientgruppen med diagnoserna depression och ångest ser vi således inte att någon uppföljning sker vad gäller tillgängligheten.

Inom primärvården klarar man allmänt kraven för vårdgarantin på sju dagar med ett länsnitt på 92,5 procent. Detta gäller för alla typer av läkarbesök, alltså ingår även personer med förmodad depression/ångest eller de patienter som redan har dessa diagnoser.

Vid intervjuer uppger de granskade hälsocentralerna att tillgängligheten för patientgrupperna kan variera. Intervjuerna uppmärksammar här på det viktiga arbete som telefonsjuksköterskorna utför, där den egentliga tillgängligheten startar. Dessa sjuksköterskor har lång erfarenhet och hög kompetens att skatta de personer med psykiska problem som kontaktar enheten och bedöma när en patient är i akut behov av vård och behandling.

Enligt intervjuerna påpekas det naturliga, att en låg läkarbemanning allmänt sett ger en lägre tillgänglighet, vilket kan drabba personer med psykiska problem hårt. Tillgängligheten och väntetiderna kan för dessa personer även variera utifrån vilka andra befattningskategorier/vilken kompetens som finns vid hälsocentralerna. Det

gäller avsaknad eller tillgång till kurator, psykolog och personal med KBT-kompetens.

I division Närsjukvårds årsrapport redogörs för den tillgänglighet inom divisionen som finns för patientgruppen ”*Psykiatri – vuxna*” inom närsjukvårdsområdena Gällivare, Luleå- Boden samt Piteå. Här redovisas en ögonblicksbild vid en tidpunkt per månad, andelen patienter som väntat 60 dagar på att få komma till en läkare samt andelen patienter som fått komma till en läkare inom 60 dagar. Här kan utläsas att tillgängligheten för den totala gruppen vuxenpsykiatri är förhållandevis god i Piteå och Gällivare, men sämre vid Sunderby sjukhus.

Idag uppges köer finnas enbart till vuxenpsykiatriens öppna vård i Luleå. Man arbetar här med att se över flödet vad gäller arbetsprocessen (patientens väg i vården). Inom övriga områden, d v s Piteå och Gällivare anges att vårdgarantin klaras. Vid akuta problem har psykiatri i Sunderbyn och Gällivare jourverksamhet dygnet runt, årets alla dagar. Psykiatri i Piteå tar emot akuta ärenden vardagar, dagtid.

Inom vuxenpsykiatri i Gällivare (inklusive närpsykiatri i Gällivare och Kiruna) nyttjas ibland viss videoteknik i mötet med patienten. Patienten, och i förekommande fall en samtalsbehandlare från psykiatri, möter psykiatriker som befinner sig på en annan ort. Det finns åsikter om att denna teknik även borde användas av övriga delar inom vuxenpsykiatri i länet. Det finns också tankar om att i första hand nyttja tekniken i Piteå och Kalix, men inget beslut om detta är ännu fattat.

Vuxenpsykiatriens slutenvård i Sunderbyn och Gällivare har öppet dygnet runt och uppger att de aldrig nekar någon som bedöms ha behov av inneliggande vård. För patienter med akuta problem som bor i Piteå och uppåt i Piteå älv dal tas dessa emot av Sunderbyn under kvällar, nätter och helger. Under nästföljande arbetsdag flyttas aktuella patienter över till ”hemmakliniken” i Piteå.

Vi citerar en synpunkt från en intervju med primärvårdsläkare angående samspelet mellan primärvården och vuxenpsykiatri:

Ett stort problem är resursbristen inom psykiatri, vilket känns av på primärvårdssidan. Den låga bemanningen inom psykiatri, framför allt för psykiatriker, medför att kommunikationen blir sämre och det drabbar direkt den enskilde patienten.

- ✓ ***Det finns förutsättningar för kontinuitet i vården (att få träffa samma läkare, psykolog etc.).***

Det finns tillgång till allmänläkare och beteendevetare inom primärvården samt specialistläkare, specialistsjuksköterskor och övrig beteendevetenskaplig kompetens inom psykiatri.

Förutsättningar för kontinuitet uppfattar vi ser olika ut inom olika enheter inom primärvården. Vid enheter som huvudsakligen har egen anställd personal uppges

förutsättningar för kontinuitet vara goda för både läkarbesök och terapibehandlingar.

Nästan alla hälsocentraler vi intervjuat uppger dock brist på egna anställda läkare. De stafettläkare/hyrläkare som tas in medför sämre kontinuitet, vilket naturligtvis uppges vara ett problem. Men många stafettläkare återkommer regelbundet och man försöker då få dessa att möta patienter med psykiska problem, vilket ger en viss kontinuitet.

Enligt uppgift finns idag fyra anställda psykologer inom landstingets primärvård; Gällivare, Boden, Älvsbyn och Övertorneå. Det pågår även rekrytering till Kiruna. Enligt uppgift finns även en ”psykiatrisköterska” som arbetar vid Bergnäsets hälsocentral och en vid Bodens hälsocentraler. Beteendevetare finns idag inte vid alla hälsocentraler. Däremot har samtliga hälsocentraler tillgång till KBT-kompetens.

Vid Adviva hälsocentral, Gällivare, uppger ledningen att patienten genom läkare och övrig personal med beteendevetenskaplig kompetens får en tillräcklig god kontinuitet för patienter med psykiska problem. Detta har medfört att ytterligare patienter med denna problematik söker sig till hälsocentralen, vilket gör att man upplever sig tar emot fler patienter än man kan förvänta sig med tanke på befolkningsunderlaget.

Älvsbyns hälsocentral har brist på egna anställda distriktsläkare, vilket uppges påverka kontinuiteten. Men enheten har tillräckligt med övrig personal med rätt kompetens (inklusive psykolog) som i viss mån motverkar läkarbristen.

Vid Örnäsets hälsocentral menar man att en någorlunda god kontinuitet kan upprätthållas genom att en erfaren kurator med KBT-kompetens bistår läkarna i deras bedömningar av och åtgärder till patienter med psykiska problem.

Ledningen vid Haparanda hälsocentral anger att man p g a brist på personal inte kan erbjuda återbesök för patienter med psykiska problem, utan dessa anmodas kontakta hälsocentralen ”vid behov”.

Tillgången till psykiatriker anges framför allt i dagläget vara ett problem vid vuxenpsykiatri i Piteå. Här uppges att det inom vuxenpsykiatri tidigare funnits en god kontinuitet vad gäller psykiatriker. Men, då vuxenpsykiatrins överläkare där slutade under hösten 2014, har situationen försämrats. Idag är fyra av fem överläkartjänster obesatta.

Inom vuxenpsykiatri vid Sunderbyn anges att det finns brist på fasta anställda psykiatriker, vilket innebär en sämre kontinuitet. Här har man (i början på mars) rekryterat 4 psykiatriker, men är fortfarande i behov av hyrläkare.

I Gällivare uppges det att det idag finns tillräckligt med psykiatriker, vilket enligt intervjuerna innebär att kontinuiteten i stort är tillräcklig. Läget har förbättrats vad gäller psykiatriker och ”är det bästa på flera år.

Sjuksköterskor med vidareutbildning i psykiatri är en stor bristvara i hela Norrbotten. Kuratorer, arbetsterapeuter och sjukgymnaster (fysioterapeuter) finns dock i stort sett i tillräcklig omfattning inom vuxenpsykiatrin.

Ett citat från en närsjukvårdsledning:

Det vore önskvärt att vissa resurser, exempelvis kuratorer och psykologer, kunde överföras från vuxenpsykiatrin till primärvården (tillgång till kompletta team) så att primärvårdens möjlighet till att ta emot patienter med psykiska problem kunde öka (kompetensen bör systematiskt överföras till primärvården).

4.4. *Rutiner*

- ✓ ***Det finns tillgång till psykologisk behandling och evidensbaserade metoder som används inom psykiatrin respektive inom primärvården.***

Enligt de nationella riktlinjerna är kognitiv beteendeterapi och antidepressiva läkemedel rekommenderade behandlingar vid lindrig depression. För medelsvår och svår depression är antidepressiva läkemedel förstahandsvalet. För att behandlingen ska ha optimal effekt krävs att den är regelbunden och pågår i minst 6 månader.

De flesta intervjuade, både inom primärvården och vuxenpsykiatrin, anser att det finns god tillgång till metoder för psykologisk behandling, vilka vi även uppfattar tillämpas. De dominerande behandlingsformerna är psykologisk behandlingsterapi i form av Kognitiv Beteendeterapi (KBT) och Psykodynamisk psykoterapi (PDT). Olika former av läkemedelsterapi är också vanligen förekommande, framför allt vid allvarigare besvär (måttlig till svår depression).

En viktig del i vårdprocessen kring en patient med psykiska problem är att utföra systematiska riskskattningar vid första bedömningen samt därefter löpande göra uppföljningar under den fortsatta behandlingen under sjukdomsförloppet.

Primärvårdens läkare har möjlighet att som stöd för riskbedömning använda den under sidan 13 beskrivna handlingsöverenskommelsen för vad som är primärvårdens uppgift och ansvar vad gäller riskbedömning av patienter med förmodad depression och/eller ångest och i vilka situationer patienten bör remitteras vidare till vuxenpsykiatrin.

Inom primärvården använder sig läkarna främst av två internationella skattningsskalor för att bedöma en patients symptom på depression och/eller ångest. Skattningarna utgår från formulär, där patienten fyller i vissa påståenden om sin psykiska hälsa, vilket därefter är grunden för ett samtal med aktuell läkare:

- HAD, Hospital Anxiety and Depression Scale, HAD. Ett enkelt självskattningsformulär som ger ett mått på patientens sinnesstämning.

- Montgomery-Asberg depression rating scale, MADRS. Självskattning för depression.

Formulären kan även användas vid skattning av patientens psykiska hälsa under det fortsatta vård- och behandlingsförloppet.

Vi observerar i sammanhanget de intervjuades synpunkter om att kommunikationen med patienten är utgångspunkten. Skattningsskalor och checklistor beskrivs som bra metodstöd och komplement till denna kommunikation.

Inom vuxenpsykiatri rekommenderas i det nämnda vuxenpsykiatriens vårdprogram för depression och ångest olika rutiner för riskbedömningar mm. Det finns checklista för patienter som bedöms vid psykiatrisk jour/akutmottagning, checklista för kartläggning och bedömning samt olika evidensprövade skattningsskalor.

Enligt vårdprogrammet rekommenderas även andra behandlingsformer som:

- Psykosociala insatser (att ha en helhetssyn på patientens problem och kartlägga och uppmärksamma psykosociala faktorer, exempelvis genom stödsamtal)
- Arbetsterapi (utreda och bedöma individens förmåga och färdighet att delta i aktiviteter kring individens miljö)
- Sjukgymnastik (fokuseras på sambandet mellan kropp och själ)
- ETC-behandling (Electroconvulsive treatment, svenska Elektrokonvulsiv behandling).

Division Närsjukvårds uppdrag följs upp via landstingets Beställar- och analysenhet. Ett stort antal indikatorer följs upp på aggregerad nivå per närsjukvårdsområde, men även per verksamhet (varav vuxenpsykiatri och primärvård ingår) som sammanställts för 2014. En indikator är:

Riskbedömning avseende levnadsvanor vid depression, ångest och sömnstörning? Andel av patienter med besök gällande nämnda diagnoser som har journalförd riskbedömning inom levnadsvaneområdet: alkohol, fysisk aktivitet, matvanor och tobaksbruk.

Vad gäller denna indikator hade 2 140 patienter med någon av diagnoserna depression, ångest eller sömnstörning genomfört ett besök inom närsjukvården. I denna grupp har totalt 1 972 dokumenterade riskbedömningar genomförts för 701 patienter. Det innebär att 33 procent av patienterna i gruppen fått frågor om levnadsvanor.

✓ ***Det finns rutiner hos vårdgivarna för skattning av självmordsrisk.***

För att i tid kunna upptäcka självmordsbenägna personer är det, enligt de nationella riktlinjerna, viktigt att personalen på alla nivåer är uppmärksammade på dessa tillstånd, både i samband med diagnostik och under pågående behandling. I detta ingår att göra strukturerad självmordsriskskattning.

Vi noterar i landstingsdirektörens rapport till landstingsstyrelsen, 2014-12-09, att under 2014 har antalet självmord i anslutning till vård och behandling ökat inom

länet. Det gäller främst inom psykiatrin och det är i kustregionen som det ökar mest. Enligt intervjuerna görs självmordsskattningar dagligen vid alla psykiatriska mottagningar och avdelningar, men det finns idag ingen sammanställd statistik över detta antal.

Vi uppfattar att det finns tydliga dokumenterade rutiner för skattning av självmordsrisk (suicidprevention), och att dessa rutiner är kända och tillämpas i kontakt med patienterna.

I den nämnda överenskommelsen mellan primärvården och vuxenpsykiatrin beskrivs "Suicidstegen". Genom detta metodstöd går det att sortera in iakttagelser om patienten i olika eskalerade trappsteg, allt ifrån nedstämdhet till genomförd suicidhandling. Vid suicidtankar bör patienten följas upp vid varje besök. Patienten ska också få en krisplan med bl a telefonnummer att ringa vid försämring. Om primärvårdens läkare upptäcker att det finns uttalade suicidplaner hos patienten bör patienten akut remitteras till psykiatrin.

Suicidstegen, med frågor till patienten för varje "trappsteg" finns nu även i ett litet plastkort som personal alltid kan bära med sig. Det finns även ett plastkort som beskriver exempel på "statistiska riskfaktorer" för självmordsbenägna personer. Korten är framtagna i samarbete mellan primärvården och vuxenpsykiatrin och ska nyttjas av personal inom primärvården.

I vuxenpsykiatrins vårdprogram för depression och ångest anges att "Det föreligger starkt samband mellan affektiv sjukdom och suicidalitet. En bedömning av suicidalitet bör ingå i varje nybesök/akutbesök. En sk strukturerad suicidrisksbedömning har högsta prioritet". Programmet hänvisar till en speciell länk för suicidprevention inom "insidan.nll.se".

✓ ***Det finns rutiner för riskbedömning, förebyggande insatser, tidig upptäckt och behandling av kroppsliga sjukdomar för patienter med depression och ångest.***

I vuxenpsykiatrins vårdprogram för depression och ångest anges att "För att utesluta somatisk sjukdom är det viktigt med en somatisk utredning av primärvården innan remiss skickas till specialistpsykiatrin". För att utesluta somatiska sjukdomar rekommenderar vårdprogrammet ett antal laboratorieprover som bör tas vid utredning om depression.

De intervjuade inom primärvården uppger att det inte finns några egentliga skriftliga rutiner för bedömning, insatser och upptäckt av somatiska besvär hos patienter med förmodad depression eller ångest. Man framhäver dock att det inom läkaryrket ingår att göra en helhetsbedömning av patienterna. Vid första besöket görs en kroppslig undersökning och blodprov tas för att utesluta att de psykiska besvaren orsakas av underliggande somatiska besvär. Många patienter med psykiska besvär söker ofta inledningsvis för somatiska besvär.

Som nämnts följs division Närsjukvårds uppdrag upp via landstingets Beställar- och analysenhet. Det gäller ett stort antal indikatorer som följs upp på aggregerad nivå per närsjukvårdsområde, men även per verksamhet (varav vuxenpsykiatri och primärvård är två) som sammanställts för 2014. En indikator, som utgår från psykiatriska sjukdomar som *huvuddiagnos*, är:

Undvikbar somatisk slutenvård för personer med psykiatrisk diagnos”. Antal personer med undvikbara slutenvårdstillfällen bland de som tidigare vårdats inom psykiatrin de närmaste fem åren som avser de somatiska huvuddiagnoserna anemi, astma, diabetes, hjärtsvikt, högt blodtryck, KOL; kärlkramp, blödande magsår, diarré, epileptiska krampanfall, inflammatoriska tillstånd i de kvinnliga bäckenorganen, njurbäckeninflammation samt ÖNH- infektion.

Vad beträffar den indikatorn anger uppföljningen att det är ett fåtal personer som skrivs in med undvikbar slutenvård inom denna patientgrupp. För att se om den psykiatriska diagnosen slår igenom som huvuddiagnos för patientgruppen har stickprov på individnivå utförts. Dessa visar att huvuddiagnosen för inskrivning till slutenvården framför allt är kopplad till den somatiska åkomman och inte till den psykiatriska diagnosen. För perioden har antalet undvikbara slutenvårdstillfällen minskat från 223 till 169, d v s en minskning med 24 procent.

✓ ***Det finns rutiner för snar förnyad kontakt med personer som har symptom men inte uppfyller kriterierna för depression och ångest vid förstabedömningen.***

De nationella riktlinjerna rekommenderar ”en snar förnyad kontakt inom rimlig tid” för de patienter som inte uppfyller kriterier för egentlig depression. Detta, för att kunna avgöra vilka eventuella insatser som bör sättas in.

Förnyad kontakt för patienter som har symptom, men som inte uppfyller kriterierna för depression och ångest, sker enligt våra intervjuer främst inom primärvårdens hälsocentraler. Enligt våra intervjuer finns här ett problem, då det i många fall inte går att upprätthålla en läkarkontinuitet vid hälsocentralerna, utan det händer att en ny kontakt får ske till en, för patienten okänd läkare och för läkaren, en okänd patient. Men, som tidigare noterats i rapporten, försöker man vid hälsocentralerna att uppnå en kontinuitet för dessa patienter genom att koppla dem till hyrläkare som regelbundet tjänstgör vid aktuell hälsocentral.

Våra intervjuer indikerar att begreppet ”snar förnyad kontakt” inte är känt inom primärvården. Däremot finns arbetsformer - ”inarbetade arbetssätt” - för hanteringen av förnyad kontakt för personer med lättare symptom, men som inte uppfyller kriterierna för depression eller ångest vid första besöket.

Det är ansvarig läkaren som har den första kontakten och nästan alltid har en uppföljning med dessa personer, ibland via telefon. Detta är en rutin, om inte nedskrivnen.

Inom vuxenpsykiatrin uppges det vid intervjuer att det finns rutiner för uppföljning av dessa personer. För personer som kommit till psykiatrin erbjuds

uppföljningsamtal av psykiatriker eller annan erfaren personal 2-3 gånger för de som inte kan beskriva sin psykiska ohälsa. För detta finns inga skriftliga rutiner, utan även vi uppfattat det som ” inarbetade arbetssätt”.

- ✓ ***Det finns rutiner för att ge den aktuella målgruppen och eventuellt anhöriga tillräcklig information och tillräckligt stöd för att kunna hantera sin hälsa och livssituation.***

Vare sig inom primärvården eller inom vuxenpsykiatrien har vi funnit skriftliga rutiner för information och stöd till de aktuella målgrupperna och eventuellt anhöriga. Dock är det flera av de intervjuade som framhåller att läkare och övriga behandlare, som en självklar del av sitt arbete, informerar patienter och anhöriga om patienten så önskar och det är lämpligt för behandlingen.

Vi de granskade hälsocentraler uppger de intervjuade att det inte finnas någon automatik att anhöriga kopplas in. Om en vuxen patient själv så önskar kan anhörig kopplas in. Man nämner också att det är många patienter som är unga, just över 18 år. I många sådana fall brukar ansvarig läkare fråga ungefär ”får jag ringa din mamma?”, vilket uppges nästan aldrig vara något problem.

Vid Adviva hälsocentral, Gällivare erbjuds nätverksträffar med patient som har psykiska problem och dess anhöriga.

Inom vuxenpsykiatrien har vissa öppenvårdsmottagningar kommit en bit på väg och erbjuder flera gånger per år patient- och anhörigutbildning gemensamt. Anhörigstöd erbjuds både via den öppna vården och inom den slutna vården, Enligt intervjuer kan dock detta arbetssätt självklart utvecklas och struktureras så att fler får ta del av detta. Vid krissituationer inom familjen erbjuds alltid anhörigstöd, uppger intervjuerna.

Enligt våra intervjuer arrangeras inom vuxenpsykiatrien, Gällivare, sedan en lång tid nätverksträffar där patienter och närstående deltar. Här upplever man en ökning av oroliga föräldrar till yngre patienter med många påringningar från föräldrar med olika frågor om ungdomarnas psykiska hälsa. Man kan då lämna information till föräldern om diagnosens innebörd, behandling och vad man kan erbjuda för hjälp. Man tipsar även om att information finns på nätet (1177.se).

- ✓ ***Vuxenpsykiatrien analyserar återinskrivningar i slutenvård.***

Inga länsövergripande systematiska analyser av återinskrivningar inom vuxenpsykiatrien sker.

Vuxenpsykiatrien vid Gällivare sjukhus analyserar återinskrivningar systematiskt.

Vid Sunderby sjukhus vuxenpsykiatri har ett processarbete påbörjats och där ingår även att fånga de patienter som fått löften om garanterad återinläggning och där man i vårdplaneringen ibland har växelvård. Garanterade återinläggningar och växelvård är en behandlingsstrategi som praktiseras vid ett antal psykiatriska

kliniker i landet. Dessa återinläggningar ska ses som positivt och inte ett misslyckande av vården och behandlingen.

✓ **Rapportering av uppgifter görs till kvalitetsregistret.**

Enligt våra intervjuer har endast ett fåtal rapporteringar till kvalitetsregister inom vuxenpsykiatri genomförts under 2014. Orsaken är ”byte av en central nationell teknisk plattform” som förvaltar registren inom vuxenpsykiatri.

Det finns idag inga speciellt riktade nationella register för målgrupperna depression och ångest. Däremot för patientgruppen med bipolära sjukdomar kan det ingå patienter som även har besvär med depression och ångest.

Bilaga - Socialstyrelsens nationella riktlinjer för vård vid depression och ångest, 2010 - sammanfattning

Rekommendationerna för vård vid depression och ångestsyndrom beskriver vad hälso- och sjukvården bör göra. De är inte bindande för vården men utgör starka rekommendationer om vilken vård som bör erbjudas. Målet för riktlinjerna är att de skall bidra till en god och jämlik vård.

Att gå länge med en obehandlad depression eller ångest, som inte går över av sig själv, kan vara farligt. Andra samtida sjukdomar som hjärtsjukdom eller diabetes kan också förvärras.

Olika typer av depression:

- Lindrig depression – symtomen orsakar svårigheter, men patienten kan fortfarande utföra vardagssysslor, som att arbeta.
- Medelsvår depression – symtomen är så svåra att patienten inte kan sköta sitt vardagsliv.
- Svår depression – symtomen kan vara så svåra att patienten inte bryr sig om grundläggande behov. Vid svår depression är starka självmordstankar vanliga.

Rekommendationer om tillgänglighet och diagnostik

Det bör vara lätt att komma i kontakt med vården

Hälso- och sjukvården bör:

- vara lätt att komma i kontakt med för en första bedömning av vårdsökande personer med symtom på depression eller ångest
- ställa diagnos på personer med depression eller ångest på ett strukturerat sätt
- genomföra strukturerade bedömningar av självmordsrisken som en del av diagnostiken

Vården bör följa upp den första bedömningen

Hälso- och sjukvården bör:

- ha snar förnyad kontakt med de personer som har symtom men inte uppfyller kriterierna för depression eller ångest vid den första bedömningen

En behovsanpassad vård med god koninuitet bör ges

Hälso- och sjukvården bör:

- ha en god koninuitet i kontakten med personer med depression eller ångest under hela sjukdomsförloppet
- erbjuda sammansatta och individanpassade vårdåtgärder

Behandlingen bör vara utvärderad och uppföljd

Hälso- och sjukvården bör:

- regelbundet utvärdera pågående behandling av personer med depression eller ångest genom återbesök
- utvärdera avslutad behandling av personer med depression eller ångest genom återbesök
- erbjuda stöd och uppföljning till personer med långtidsbehandling vid långvarig depression

Rekommendationer om behandling

Målet med att behandla depression och ångest är patienten skall kunna återgå till sitt vanliga liv – oavsett behandling.

Psykologisk behandling

- Kognitiv beteendeterapi (KBT) är en kombination av kognitiv terapi och beteende terapi. Patienten arbetar med att ändra tankemönster och beteende, är bra vid lindriga till medelsvåra depressioner och ångestsyndrom.
- Interpersonell psykoterapi (IPT) är bra vid lindriga till medelsvåra depressioner och fokuserar på patientens nuvarande relationer till andra personer.
- Psykodynamisk korttidsterapi fokuserar på vad som händer i patientens liv just nu och försöker ge patienten insikt i sina egna omedvetna föreställningar. Är bra vid lindriga till medelsvåra depressioner.

Läkemedelsbehandling

- Antidepressiva medel har effekt vid både depression och ångestsyndrom, särskilt vid de svårare fallen.

Rekommendationer om att förhindra självmord

Det är viktigt att läkaren tidigt gör en strukturerad bedömning av självmordsrisken för alla personer med depression eller ångest, eftersom det finns en ökad risk för självmord hos dessa personer. Om det finns en självmordsrisk är det också viktigt att vården har en kontinuerlig uppföljning till dess att det inte finns någon risk längre.

Hälso- och sjukvården bör:

- göra strukturerade självmordsriskbedömningar av personer med risk för självmord
- göra en fördjupad psykiatrisk bedömning av personer med bedömd risk för självmord
- tillhandahålla observation inom den psykiatriska vården för personer med bedömd risk för självmord
- erbjuda närstående att medverka i vården av personer med självmordsnära tillstånd

- erbjuda psykosocialt stöd till efterlevande vid självmord

Rekommendationer om utbildning till närstående

Hälso- och sjukvården bör:

- erbjuda utbildning till föräldrar till små barn med riskfaktor för psykisk sjukdom, till exempel tillbakadragna och hämmade barn.
- erbjuda utbildning till anhöriga till personer med depression och ångest