

INGET BEHOV AV AKUTGRUPP DYGNET RUNT

Under elva veckor hösten 1994 registrerades 186 besök av 136 patienter tillhörande Järfälla/Upplands-Bro psykiatriska sektor vid psykiatriska akutmottagningen på Karolinska sjukhuset. De vanligaste diagnoserna bland besökarna var alkoholmissbruk, depression, krisreaktion och schizofreni. Drygt en tredjedel av besöken hade samband med alkoholmissbruk, vilket förklarade den observerade manliga dominansen bland besökarna. Behovet av ett kris- och akutteam dygnet runt som alternativ till dagens sektorsgemensamma akutmottagning bedöms utifrån detta material vara litet.

I budgetbeslut för 1994 gavs hälso- och sjukvårdsnämnden i Stockholms läns landsting i uppdrag att utreda konsekvenserna av en minskning av antalet psykiatriska akutmottagningar inom länet från dåvarande fem till två eller tre [1]. I samband därmed fick varje psykiatrisk sektor i uppdrag att inrätta ett kris- och akutteam som skulle bereda alla psykiatriska patienter tillgång till hembesök dygnet runt.

Önskemål om dygnet runt-jourverksamhet inom den psykiatriska öppenvården uttrycktes redan 1979 i landstingets plan för den psykiatriska vården. I det förslag till omorganisation av psy-

kiatrisk akutverksamhet som lämnades till sjukvårdsdirektören 1994 uttrycktes de bakomliggande tankarna klart: »Sektorerna skall, i sektoriseringens anda, skapa egna resurser för att ta hand om de akuta situationer som uppstår inom deras respektive områden. De sektorsgemensamma akutmottagningarna skall komplettera deras arbete under nattetid och helger, men deras roll skall avta i takt med att sektorerna utvecklar en öppenvård som är *tillgänglig dygnet runt*» (artikelförfattarnas kursivering). Detta beskrevs som förutsättningen för den prioriterade minskningen, som enligt förslaget skulle börja implementeras redan 1 januari 1995.

Det vetenskapliga underlaget för bedömning av behovet och konsekvenserna av en så omfattande och decentraliserad jourverksamhet är emellertid begränsat. Ett undantag är studien av jourverksamhet inom Nacka-Värmdö, som ombildades från en sjukhusbaserad till en »telefon- och hembesöksbaserad psykiatrisk jour» i samband med en omorganisation inom Stockholms läns landsting 1974. Studien av den nya verksamheten, där man bl a jämförde inläggningar av sektorns patienter på sjukhusanknuten akutmottagning före och efter reformen, pågick under januari till mars 1976 och resultaten publicerades i Läkartidningen följande år [2].

Rapporten saknar dock en detaljerad patientkarakteristik; inte heller utfördes några kostnadskalkyler. Trots underlagets bristfällighet har man emellertid redan inrättat större eller mindre jourteam i många sektorer i Stockholmsområdet, liksom man har gjort i övriga landet. I våra diskussioner kring inrättande av ett lokalt jourteam uppstod följande frågor:

1. I vilken mån är det möjligt att utanför sjukhus omhänderta de av våra patienter som nu söker på Karolinska sjukhusets (KS) akutmottagning, med tanke på tex behovet av begränsning vid farlighet och suicidrisk, närhet till somatisk vård osv? Med andra ord, i vilken omfattning skulle ett kris- och akutteam kunna minska behovet av besök på den sjukhusanknutna psykiatriska akutmottagningen för sektorns patienter?

2. Hur stort är behovet i vår sektor av

akutinsatser och hembesök på icke kontorstid?

3. Hur många av patienterna som söker på den sektorsgemensamma akutmottagningen tillhör andra vårdorganisationer, såsom alkohol- eller narkomanvård eller geriatriken?

4. Vilka blir de ekonomiska konsekvenserna när sektorn utsätts för stora besparingskrav?

Den internationella litteraturen om akut vuxenpsykiatrisk vård har blivit omfattande på senare år [3]. Förutom generella beskrivningar av de sökande [4-9] har den dock mest inriktats på sådana ämnen som upptäckt och diagnostik och psykiatriska åkommor vid somatiska akutmottagningar [10-18], beslutsprocessen vid inläggningar [19-22], våldsamhet [23-26], alkoholmissbruk [27] och problemet med frekventa besökare [28-31]. I den mån decentraliserade kris- och akutteam diskuterats utöver anekdotiska beskrivningar av verksamheten [32] har frågan huvudsakligen gällt huruvida sådana team skulle kunna vara kostnadseffektiva genom förhindrande och förkortande av sjukhusinläggningar [33, 34]. I den svenskspråkiga litteraturen har, med ovanstående undantag, tonvikten lagts på patientkarakteristika [35-37], medan våra frågor, där jämförelseobjektet är en sjukhusbaserad akutmottagning, knappast berörts.

Prospektiv studie

Möjligheten att genom en retrospektiv studie kunna besvara frågorna på ett adekvat sätt bedömde vi som små. Utifrån övertygelsen att konkreta och detaljerade kunskaper om aktuellt besöksmönster på akutmottagningen behövs för planering av en kris- och akutteamverksamhet har vi genomfört en prospektiv studie för att karakterisera dessa patienter och den vård de erhåller vid sina akutbesök. Därmed hoppades vi kunna belysa ovanstående frågor som vägledning inför den föreslagna omorganisationen av sektorns öppenvårds- och akutverksamhet.

Vi vill här presentera en bild av de patienter som söker på KS psykiatriska akutmottagning samt försöka besvara

Författare

M HENRI DAY

fil dr, specialist i allmän psykiatri, vid tiden för studien underläkare

HANS PETER SØNDERGAARD
chefsöverläkare

HENRIK NYBÄCK

docent, överläkare; samtliga vid Järfälla/Upplands-Bro psykiatriska sektor, Karolinska sjukhuset, Stockholm.

de första tre frågorna. En analys av de ekonomiska konsekvenserna för sektorn av den skisserade omorganiseringen och några förslag till anpassning efter patienternas behov, såsom de kommit till uttryck i studien, presenteras separat.

Karakteristik av upptagningsområdet

Psykiatriska akutmottagningen vid KS betjänar ett upptagningsområde av sjuk förortskommuner med en sammanlagd befolkning på 281 697 personer (1992). Vår sektors upptagningsområde består av två kommuner med sammanlagt 77 671 personer, av vilka 58 591 är 18 år eller äldre (1992). Könsfördelningen i denna åldersgrupp visar en liten övervikt för kvinnor, 51 procent mot 49 procent män, och är närmast normalfördelad vad gäller ålder med en topp vid 45–54 år för vardera könet. Drygt 54 procent av den vuxna befolkningen är gifta; någon statistik över sammanboende finns ej tillgänglig.

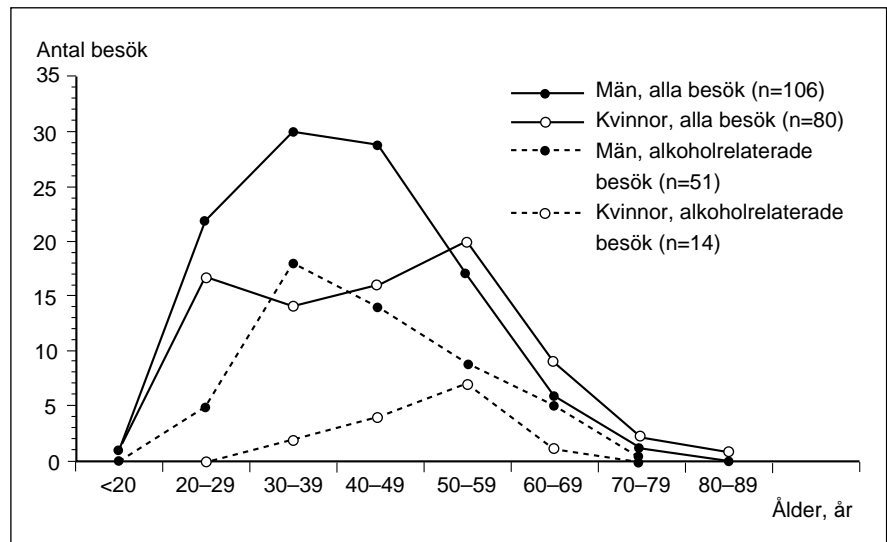
Området har haft en stark befolkningstillväxt under de senaste 30 åren med en ökning på 237 procent sedan 1960 [38]. Andelen invandrare var 1989 ca 15 procent [39] och har knappast minskat sedan dess. Fyrtio procent av dessa invandrare, eller 6 procent av alla invånare, var av finländskt ursprung.

Psykiatrins organisation

De psykiatriska sektorernas befolkningsunderlag varierar avsevärt vad gäller socioekonomiska förhållanden, så även organisationen av psykiatrisk serice inom landstinget. De enskilda sektorerna får anslag i relation till ett index som beräknas bl a utifrån befolkningens ålder, civilstånd, bostadsförhållanden, socioekonomisk tillhörighet och antalet patienter inom slutenvård 1992. I vissa sektorer finns redan mer eller mindre väl bemannade kris- och akutteam, som erbjuder invånarna dygnet runt-tillgång till psykiatrisk bedömning utanför sjukhus. Andra sektorer, såsom vår egen, hänvisar sökande till den sjukhusanknutna akutmottagningen, i synnerhet vid akuta behov utanför kontorstid. Sektorer med akutteam har i regel fler heltidsanställda på årsbasis än sektorer utan. I vår sektor med 150 anställda ligger ansvaret för missbruksvård utanför sektorn, dels på kommunen, dels på den sektorsgemensamma Magnus Huss-kliniken vid KS. Med nuvarande styrsystem (1994) ligger dock betalningsansvaret för alla akutbesök på sektorn.

Metod

För varje patient tillhörande sektorn som besökte KS psykiatriska akutmottagning under veckorna 37–47 1994



Figur 1. Ålders- och könsfördelning hos de 136 patienter, 77 män och 59 kvinnor, som gjorde 186 besök på psykiatriska akutmottagningen under veckorna 37–47 år 1994.

fyllde jourhavande läkare i ett frågeformulär med 40 olika frågor om social situation och psykiatriskt tillstånd [opubl data 1994]. Huvudanledningen till besöket registrerades, missbruksanamnes, suicidalitet och farlighet penetrerades. Patientens kännedom om den psykiatriska organisationen efterfrågades. Preliminärdiagnos(er) ställdes och den kliniska handläggningen registrerades. En bedömning av möjligheterna att omhänderta patienten utanför sjukhuset gjordes.

Frågeformulären insamlades dagligen och kompletterades vid behov genom diskussion med tjänstgörande kollega. Data registrerades i sektorns befintliga patientregistreringssystem.

Resultat

Under studieperioden avlades sammanlagt 1 050 besök på KS psykiatriska akutmottagning. Av dessa gjordes 599 (57 procent) av män och 451 (43 procent) av kvinnor. Antalet besök av patienter tillhörande Järfälla/Upplands-Bro var 227, eller 22 procent av det sammanlagda antalet besök, vilket var något mindre än sektorns andel (28 procent) av den totala befolkningen inom upptagningsområdet. I 27 av dessa fall resulterade besöket inte i någon läkarbedömning, utan bestod enbart av samtal med personal i enlighet med patientens önskemål, s k poliklinisk avgiftning utan läkarsamtal, eller besök där patienten avvek innan läkarsamtal kunde komma till stånd. Av återstående 200 besök kunde 186 (106 män, 80 kvinnor) registreras enligt planerna.

Bortfallet begränsar sig således till 14 besök (7 procent), som dock är väl karakteriserade vad gäller ålder, kön, besökstidpunkt samt handläggning.

De 186 besöken gjordes av 136 personer, 76 män och 60 kvinnor. Hundra av dessa patienter sökte på akutmottagningen enbart en gång, medan resteran-

de 36 sökte två eller fler gånger. En manlig patient sökte sju gånger under den elva veckor långa perioden.

Sektorns patienter gjorde alltså knappt tre besök per dygn på KS akutmottagning, vilket motsvarar ca 1 076 besök årligen. Omräknat till besök/dygn/100 000 vuxna invånare blir besöksfrekvensen drygt fem. Det genomsnittliga antalet besök som resulterade i en läkarbedömning var 2,6 per dygn, eller 1 043 på årsbasis.

Om man undantar patienter med enbart alkoholrelaterade diagnoser och de 14 läkarbedömningar som inte registrerades enligt protokollet uppgår den registrerade besöksfrekvensen till 1,9 per dygn.

Under studieperioden gjordes 64 patientinläggningar på sektorns vårdavdelningar, varav omkring tre av fyra passerade akutmottagningen.

Vid sektorns öppenvårdsmottagning anmälde sig under samma period ca 200 nya patienter. Under perioden 1 september 1994 till 30 november samma år gjordes totalt 7 159 öppenvårdsbesök inom vår sektor, av vilka 1 076 registrerades som läkarbesök och 6 083 som »övriga besök». Korregerar man ovanstående siffror för den kortare studieperioden blir motsvarande antal läkarbesök, »övriga besök» och totala antalet besök 910, 5 147 respektive 6 058. Relationen mellan huvudsakligen tidsbeställda öppenvårdsbesök och akutbesök blir således ca 27:1. I genomsnitt togs knappt 2 000 patienter per månad emot inom öppenvården; sålunda gjorde varje patient i snitt 1,2 besök per månad.

Såsom framgår av Figur 1 ses en tydlig topp vad gäller antal besök för män i

åldrarna 30–49 år. Frekvensen av kvinnliga besök har en närmast bimodal fördelning med en topp vid 20–29 och en vid 50–59 års ålder. För manliga alkoholister kommer toppen redan vid 30–39 års ålder, medan manliga icke-alkoholister, liksom deras kvinnliga motsvarigheter, söker oftast vid 20–29 års ålder. Hälften av de kvinnliga alkoholisternas besök gjordes av kvinnor i åldersgruppen 50–59 år.

Besöksorsaker och preliminära diagnoser

Ångest, förvirring/psykos och alkoholrelaterade problem var de vanligaste orsakerna till akutbesöken (Figur 2). De av jourhavande läkare ställda preliminära diagnoserna framgår av Figur 3. Utöver alkoholdiagnoser, som ställdes vid 35 procent av alla besökstillfällen, var depressiva tillstånd, krisreaktion, personlighetsstörningar och schizofreni de vanligaste diagnoserna. Av de 65 alkoholrelaterade besöken gjordes 51 av manliga patienter (78 procent). I 41 fall (63 procent av alla alkoholfall) registrerades enbart en eller flera alkoholdiagnoser; vid 24 besök (37 procent) fick alkoholmissbrukare en eller flera psykiatriska diagnoser utöver sin alkoholdiagnos. Vid resterande 121 besök (55 män, 66 kvinnor) noterades inget alkoholmissbruk.

Män dominerade inom diagnosgrupperna drogberoende, schizofreni, personlighetsstörningar och krisreaktioner, medan en kvinnlig övervikt sågs för diagnoserna depression, neuros och reaktiv psykos.

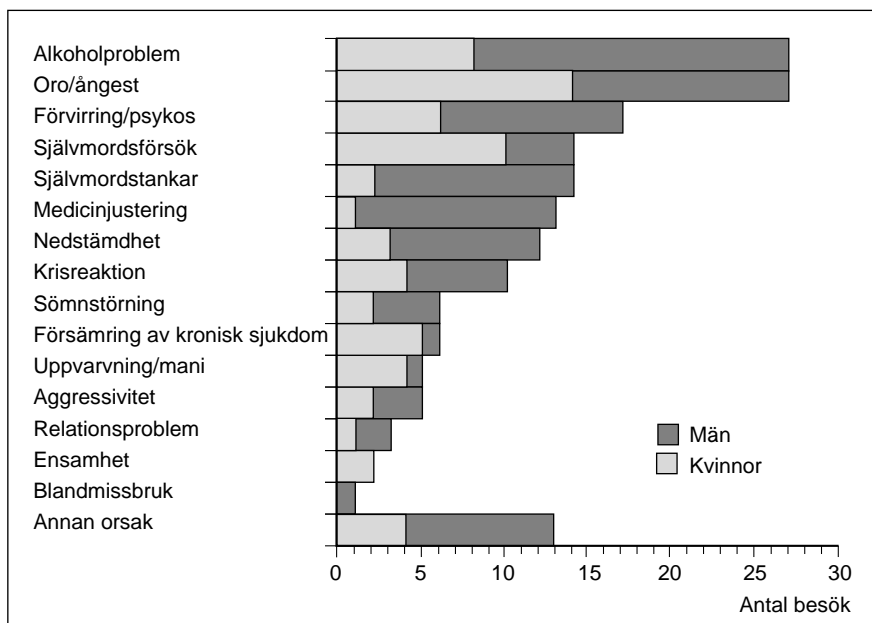
Härkomst och alkohol

Personer med svensk härkomst svarade för 132 besök (71 procent). Personer av finländsk härkomst, inklusive andra generationens invandrare, avlade 30 besök (16 procent). 15 besök (8 procent) gjordes av personer av annan utländsk härkomst.

I 31 procent av alla besök som gjordes av svenskar (44 procent av de manliga, 15 procent av de kvinnliga besöken) ställdes alkoholdiagnoser. För patienter med finländsk härkomst var motsvarande siffror 63 procent (78 procent av männen, 42 procent av kvinnorna). Därutöver erhölet endast en patient, en man, alkoholdiagnos.

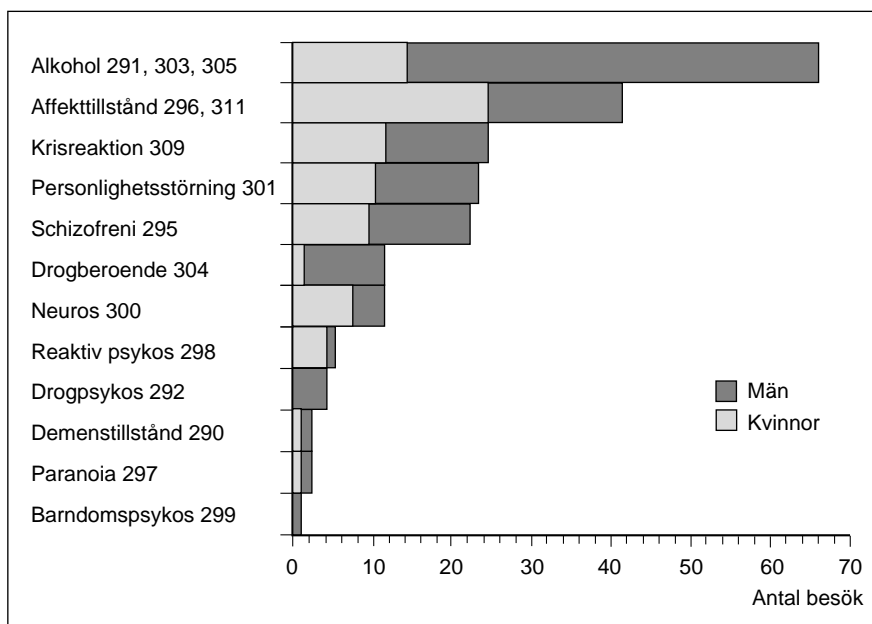
Tidpunkt för besök

Tidpunkten när patienten togs emot av jourläkaren registrerades. Man finner att 124 besök (67 procent) skedde under vardagar, 62 under helger. Sammanlagt skedde 67 procent av besöken utanför kontorstid, 41 procent mellan kl 16.00 och 24.00 och 13 procent mellan kl 00.00 och 08.00 på vardagar och helger. 12 procent sökte mellan 08.00 och



Figur 2. Huvudorsaker till akutbesöket.

Figur 3. Preliminärdiagnoser med ICD-nummer ställda vid akutbesöken.



16.00 på helger. Förvånansvärt nog noterades ingen skillnad i besöksmönstret vad gäller tidpunkt på dygnet mellan personer med och utan alkoholdiagnos.

Förstagångsbesökare

Femtio besök (27 procent) gjordes av patienter som uppgav sig ej tidigare ha besökt akutmottagningen. I 101 fall uppgav de sökande att de aldrig haft kontakt med sektorns öppenvårdsmottagningar. I 67 av dessa senare fall uppgav patienten dock att han/hon kände till de befintliga psykiatriska öppenvårdsmottagningarna. I de resterande 34 fallen visste besökaren inte att sådana mottagningar finns.

Av de 50 nybesökarna på akutmottagningen förnekade 42 (23 procent av

alla besök, 84 procent av nybesökare) tidigare kontakt med sektorns öppenvårdsmottagningar. Även hos dessa dominerade diagnoserna depression, krisreaktion och alkoholmissbruk, medan diagnosen personlighetsstörning ställdes i endast ett fall. Tre förstagsbesökare fick psykosdiagnos, men ingen av dem bedömdes lida av schizofreni.

Engångs- respektive flergångsbesökare

Hundra patienter (56 män och 44 kvinnor, 74 procent av alla sökande) besökte akutmottagningen endast en gång under studietiden. Resterande 36 (20 män och 16 kvinnor) stod för 86 besök (46 procent). Som mest sökte en patient sju gånger under studieperioden.

ANNONS

Ingen skillnad sågs mellan engångsbesökare och flergångsbesökare med avseende på köns- eller åldersfördelning: män utgjorde 56 procent av dem som besökte akutmottagningen en enda gång och även 56 procent av dem som sökte två eller fler gånger. Andelen sökande under 50 år var lika stor (70 procent) bland bägge grupperna.

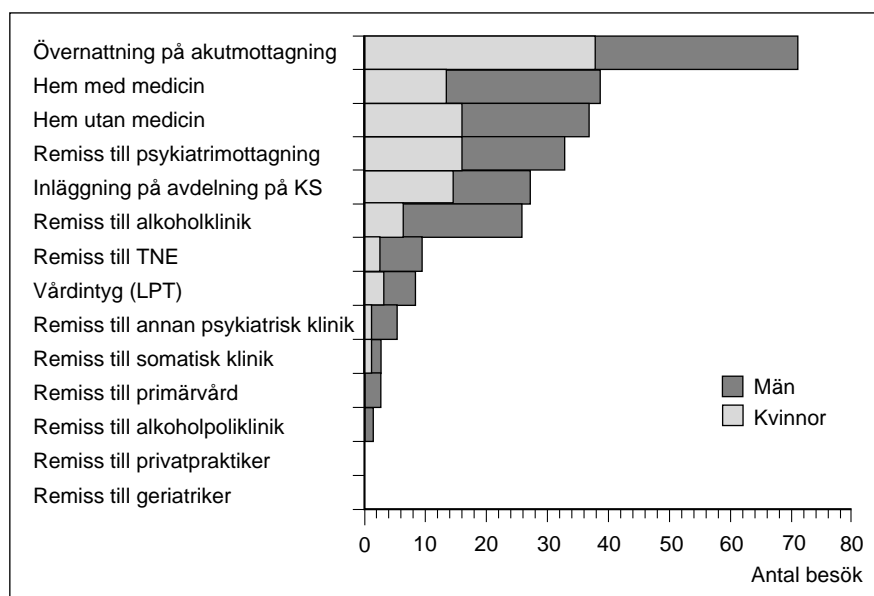
Omkring 40 procent av de sökande uppgav sig vara gifta eller sammanboende, att jämföras med 54 procent gifta (andel sammanboende okänd) i den vuxna befolkningen som helhet. Andelen gifta/sammanboende var likartad för engångs- och flergångsbesökare. Andelen gifta eller sammanboende kvinnor var dock betydligt större hos flergångs- än hos engångsbesökare: 69 procent respektive 44 procent. Motsatsen gällde för män; 37 procent av engångsbesökare var gifta eller sammanboende, medan detta gällde för endast 20 procent av flergångsbesökare.

Diagnoserna schizofreni, affektiv psykos och personlighetsstörning förekom oftare bland flergångsbesökare än bland dem som sökte endast en gång. Suicidförsök förekom i 7 procent av besökstillfällena hos flergångsbesökare och i 8 procent hos engångsbesökarna. Enligt uppgifter sammanställda vid Centrum för suicidforskning och prevention förekom inga fullbordade självmord bland sektorns invånare under studieperioden [Pehr Åström, pers medd]. Alkohol diagnoser förekom i ungefär samma utsträckning vid besök av engångs- som av flergångsbesökare, 34 respektive 37 procent.

Pågående öppenvårdskontakt

Hälften av flergångsbesökarna (53 procent) hade en pågående psykiatrisk öppenvårdskontakt, antingen med en av sektorns öppenvårdsmottagningar eller med någon annan inrättning, exempelvis en alkoholmottagning eller privatpraktiserande psykiater eller psykolog (14 procent). En pågående psykiatrisk kontakt förekom endast hos 38 procent av engångsbesökarna.

Hos flergångsbesökare förekom en öppenvårdskontakt ungefär lika ofta hos män som hos kvinnor (55 respektive 50 procent); hos engångsbesökare hade kvinnor oftare en pågående kontakt (48 procent) än män (30 procent). Endast 7 procent av de män som besökte akutmottagningen en gång under studieperioden hade en pågående kontakt med en av sektorns öppenvårdsmottagningar, medan en sådan kontakt förekom hos 30 procent av kvinnorna. Av engångsbesökarna (7 procent av männen, 5 procent av kvinnorna) hade 6 procent en pågående kontakt med en alkoholmottagning; endast en (manlig) flergångsbesökare uppgav en på-



Figur 4. Handläggning av akutbesöken. Antalet åtgärder överstiger antalet besök, då flera åtgärder vidtog i flera fall.

gående kontakt med en sådan mottagning.

Farligheten

Sex besök gjordes av fem patienter, alla män, som bedömdes som farliga för andra. Med undantag för en patient, som inkom tillsammans med psykiatrisk personal, fördes dessa patienter till akutmottagningen av polis. Hos två patienter diagnostiserades en affektiv psykos, hos två andra paranoid schizofreni respektive patologiskt alkoholrus. En patient som bedömdes som farlig för andra fick vid två skilda tillfällen diagnoserna drogpsykos (cannabis) och blandmissbruk.

Tjugotre besök (16 män och 7 kvinnor) gjordes av patienter som bedömdes som farliga för sig själva. I tre fall bedömdes patienten farlig såväl för sig själv som för andra. Således bedömdes den sökande som farlig i 26 fall, dvs ca 14 procent av alla besök. I 14 fall inkom patienten i samband med ett suicidförsök. Nio av 21 patienter (15 män, 6 kvinnor) som inkom med polis bedömdes som farliga.

Besök som hade kunnat undvikas

Enligt jourläkarens bedömning skulle 70 besök (44 manliga, 26 kvinnliga, dvs 38 procent av alla besök) kunnat undvikas om ett akutteam med tillgång till läkare, men utan möjligheter till dygnet runt-inläggning på vårdavdelningarna, funnits tillgängligt för hembesök. Endast fyra (2 procent) av dessa inföll under tiden 00.00–08.00. Siffrorna för patienter utan tidigare kontakt med sektorns öppenvårdsmottagningar var likadana: jourläkarna bedömde att besöket hade kunnat undvikas i 39 procent av fallen.

Inte heller sågs någon skillnad för patienter utan kännedom om öppen-

vårdsmottagningarna; 35 procent av deras besök bedömdes av läkarna ha kunnat undvikas. I omkring en fjärdedel av fallen (46 besök; 29 män, 17 kvinnor) trodde patienterna själva att de skulle kunnat omhändertas av ett akutteam. De fall där jourläkaren bedömde att besöket hade kunnat undvikas överensstämde till 63 procent med patientens bedömning.

Handläggning av besöken

Efter jourhavande läkares bedömning av patienten handlades de 186 besöken såsom framgår av Figur 4. I tre av de sex fall då patienten bedömdes som farlig för andra utfärdades ett vårdintyg. Fyra patienter härbärgerades på akutmottagningen över natten, medan två förflyttades samma dag till en annan psykiatrisk klinik på Beckomberga sjukhus för vård enligt Lag om psykiatrisk tvångsvård, LPT. Alla de 23 patienter som bedömdes farliga för sig själva härbärgerades på akutmottagningen eller inlades på vårdavdelning på KS eller Beckomberga, med undantag för en manlig patient som omhändertogs av kommunens narkomanvårdsbas.

Diskussion

I vår studie fann vi en könsfördelning (58 procent män och 42 procent kvinnor) som liknar den som fanns i KS upptagningsområde som helhet under studieperioden. Samma fördelningsmönster har tidigare noterats såväl i Sverige [4, 38] som exempelvis i Frankrike [5] och i Israel [19], medan man i en kanadensisk studie [8, 9] fann en viss övervikt för kvinnliga sökande (52 procent). Vid en undersökning av jourfall på KS 1970 noterades en liknande över-

ANNONS

ANNONS

vikt för manliga sökande: drygt 58 procent av de 4 756 besöken gjordes då av män [36]. En viss övervikt för manliga sökande sågs även vid en studie av den psykiatriska jourverksamheten 1950–1965 på Sahlgrenska sjukhuset [35]. I en studie av jourbesök på Ulleråkers sjukhus 1970 noterades en ännu snedare könsfördelning med 65 procent av besöken gjorda av män [39].

Den manliga övervikten som sågs i vår studie betingas helt av en överrepresentation av män med alkoholproblem. Beträffande besök som gjordes av patienter utan alkoholrelaterade diagnoser var könsfördelningen den motsatta: 45 procent män och 55 procent kvinnor.

Alkoholmissbruk

Att drygt en tredjedel av patienterna som sökte på akutmottagningen missbrukade alkohol var ingen överraskning. Icke desto mindre borde detta faktum medföra konsekvenser när det gäller till exempel ansvarsfördelning och organisation inom psykiatrisk akutvård. I synnerhet det faktum att drygt en tredjedel av de sökande alkoholmissbrukarna, såväl män som kvinnor, samtidigt led av en annan psykisk störning bör ha konsekvenser för förhållandet mellan allmänpsykiatri och missbruksvård när det gäller omhändertagandet av missbrukspatienter. Problemet med finländska missbrukare talar dessutom för behovet av en språk- och kulturkompetent socialvård.

Övrigt missbruk visade sig som ett kvantitativt mindre problem inom sektorns akutvård på KS. Den lilla andelen narkotikamissbrukare som söker på KS psykiatriska akutmottagning förklaras av det faktum att ingen narkomanvård bedrivs vid de psykiatriska klinikerna vid sjukhuset. Detta medför att missbrukare från vår sektor söker akut på andra inrättningar, främst Danderyds sjukhus.

I förhållande till sin andel av befolkningen (6 procent) sökte personer av finländsk härkomst hjälp påfallande ofta (16 procent av alla besök). Andelen besök av personer av annan utländsk härkomst (8 procent) motsvarar ungefär denna grupps andel av upptagningsområdet befolkning [40].

Få med demensdiagnos

Patienter med demensdiagnos förekom endast sparsamt (1 procent), vilket tyder på att deras behov är väl tillgodosedda genom andra vårdinrättningar och organisationer. 4 procent av den vuxna befolkningen i vår sektor är över 75 år [39].

Majoriteten av patienterna (73 procent av besöken) var kända från tidigare besök, endast 27 procent var förstagångsbesökare. Denna sistnämnda an-

del är dock något större än motsvarande (20 procent) i den ovan refererade svenska undersökningen från 1985. Man kan fråga sig om denna skillnad återspeglar den ökade tillströmning av nya patienter till psykiatri som observerats under de senaste åren, eller en ökning av psykiska besvär i befolkningen eller en minskad tolerans för psykiskt lidande (ökad benägenhet att söka professionell hjälp)?

Endast tre av förstagångsbesökarna var psykotiska, men ingen av dem bedömdes lida av schizofreni. Detta har givetvis ett samband med schizofrenins låga incidens och studieperiodens korthet, men skulle även kunna bero på jourläkarens tveksamhet att ställa diagnosen schizofreni vid nydebuterad psykos.

I en amerikansk retrospektiv studie av besök på en psykiatrisk akutmottagning i en storstad [31] fann man att endast 5 procent av de sökande gjorde två eller fler besök per år, men att dessa stod för drygt 27 procent av alla besök under en 5-årig studieperiod. Patienter som gjorde upprepade besök tenderade att var yngre, ogifta, arbetslösa, icke-vita män med schizofreni, annan psykos eller personlighetsstörning. Intressant nog nämndes i rapporten inget om eventuella skillnader vad gäller öppenvårds-kontakter mellan frekventa besökare och andra patienter.

En fjärdedel gjorde hälften av besöken

Eftersom studieperioden i vår undersökning var begränsad till endast elva veckor representerar våra »flergångsbesökare» en något snävare kategori än ovanstående. Det kan dock vara av intresse att notera att hela 26 procent av de sökande besökte akutmottagningen två eller fler gånger under den korta studieperioden, och att dessa gjorde nästan hälften av alla besök.

I vår studie framkom inga skillnader beträffande ålder, kön eller äktenskaps/samboförhållanden mellan engångs- och flergångsbesökare; även alkoholmissbruk var ungefär lika frekvent i bägge grupperna. Frekvensen alkoholmissbruk hos kvinnor var dock högre bland flergångsbesökare (25 procent) än bland engångsbesökare (16 procent). Hos våra flergångsbesökare förekom äktenskapsliknande hemförhållanden drygt tre gånger så ofta hos kvinnliga som hos manliga patienter.

Även hos våra flergångsbesökare noterades en relativ dominans för diagnoserna schizofreni, affektiv psykos och personlighetsstörning. Hos flergångsbesökarna framkom ingen större könsskillnad vad gäller andel med pågående öppenvårdskontakt. Däremot förelåg en sådan kontakt ca 50 procent

oftare hos kvinnor än hos män bland engångsbesökarna. Skillnaden var ännu tydligare beträffande kontakt med sektorns öppenvårdsmottagningar, där drygt fyra gånger fler kvinnor än män hade kontakt.

Olika skäl till upprepade besök

Den stora andelen upprepade besök i vår studie kan bero på sjukdomarnas fluktuerande och kroniskt recidiverande karaktär, men skulle även kunna vara betingad av brister i det primära omhändertagandet eller i eftervården, t ex långa väntetider på öppenvårdsmottagningar, brist på slutenvårdsplatser som medför för tidig utskrivning eller att patienter som borde inlagts vid första besöket hänvisats till öppenvård m m. Dock tycks i vissa fall upprepade akutbesök mindre vara ett uttryck för ett inadekvat omhändertagande i öppenvården än patientens eget sätt att umgås med psykiatrin. Den patient som gjorde sju besök på akutmottagningen under studieperioden hade t ex sedan flera år kontakt med sin öppenvårdsmottagning tre gånger i veckan!

Det faktum att så många som drygt en tredjedel av alla besökare, som inte haft kontakt med sektorns öppenvårdsmottagningar tidigare, förnekade kännedom om deras existens leder naturligtvis till frågan hur många av dessa akutbesök som kunnat undvikas om patienten känt till den psykiatriska mottagningen i närområdet. Dock sågs i studien ingen skillnad i graden av »undvikbarhet» mellan besök gjorda av patienter med och patienter utan kännedom om mottagningarna.

Mot bakgrund av den stundom förekommande uppfattningen att psykiatriska akutmottagningar fungerar huvudsakligen som farmakadispensärer är det av intresse att notera att i stort sett lika många patienter återvände hem utan (37 fall) som med medicin (39 fall). Om man undantar den enda patient som systematiskt utnyttjade akutmottagningen som dispensär och som besökte denna sju gånger under studieperioden utdelades farmaka till 46 procent av de patienter som åkte hem omedelbart efter akutbesöket.

Oundvikliga besök?

Beträffande frågeställningarna inför studien anser vi att en del svar har erhållits. Jourläkarnas bedömning att 62 procent av patienterna skulle ha behövt åka till akutmottagningen i vilket fall som helst kan naturligtvis ifrågasättas men är väsentlig för beräkningen av den inverkan på utnyttjandet av akutmottagningen som ett akutteam kunde förväntas få. En mer restriktiv bedömning av antalet patienter i behov av en psykiatrisk akutmottagning vore att inkludera

endast patienter som bedöms farliga (för sig själva eller andra) eller i behov av övervakning i samband med suicidalitet. Med en sådan beräkningsgrund skulle endast 15 procent av besöken bedömas som oundvikliga. Med tanke på att drygt 45 procent av besöken resulterade i antingen härbärgering på akutmottagningen, akutinläggning på en vårdavdelning eller bäggedera ter sig emellertid en sådan bedömningsgrund alltför restriktiv.

Man skulle kunna förmoda att mer erfarna kolleger skulle förordade hemgång i samband med akutbesök oftare än mindre erfarna. Studien visar dock ingen sådan tendens, utan de icke-legitimerade jourläkarna lät patienterna åka hem ungefär lika ofta (i 42 procent av fallen) som deras legitimerade kolleger (37 procent av fallen). En skillnad noteras dock: legitimerade kolleger förordade hemgång i lika stor utsträckning oberoende av patientens kön, medan icke-legitimerade doktorer lät mer än hälften av männen åka hem mot endast en femtedel av kvinnorna. Att endast 13 procent av besöken ägde rum nattetid mellan kl 00.00 och 08.00 torde ha konsekvenser för ställningstagande till behovet av dygnet runt-tillgänglighet inom sektorns ram. Denna bedömning stärks av jourläkarens bedömning att endast fyra patienter (19 på årsbasis) som sökte nattetid skulle ha kunnat tas om hand av den typ av kris- och akutteam som saknar möjlighet till akut inläggning.

Flera frågor för framtiden

Studien väcker flera frågor, av vilka de kanske mest intressanta gäller de 50 nybesökarnas vidare öde inom psykiatrin. I hur många fall räckte ett enda besök för att hjälpa patienten genom en kris? I hur många fall signalerar krisen eller nedstämdheten debuten av en återkommande affektiv sjukdom? Utvecklade sig något eller några till schizofreni av de psykostillstånd som nu sågs för första gången på akutmottagningen? Blev dessa patienter erbjudna en adekvat och skyndsamt uppföljning inom sektorn? Under 1994 kunde endast en tredjedel av nya anmälningar och remisser tas om hand av sektorns öppenvårdsmottagningar. Resterande fall fick hänvisas till primärvården, socialdistrikten eller andra instanser. Det känns utomordentligt angeläget att resurser ordnas för en uppföljning av ovanstående förstagångsbesök.

Litteratur

1. Förslag till organisation med tre psykiatriska akutmottagningar inom Stockholms läns landsting. Lars Block et al. Stockholm: Hälso- och sjukvårdsnämnden, Stockholms läns landsting, 1994.

2. Wahlquist L. En alternativ psykiatrisk jourverksamhet. *Läkartidningen* 1977; 74: 3639-40.
3. Munizza C, Furlan PM, d'Elia A, D'Onofrio MR, Leggero P, Punzo F et al. Emergency psychiatry: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 1993; 374: 1-51.
4. Gyllenhammar C, Lundin T, Otto U, Wistedt B. The panorama of psychiatric emergencies in three different parts of Sweden. *Eur Arch Psychiatry Neurol Sci* 1988; 237: 61-4.
8. Oyewumi LK, Odejide O, Kazarian SS. Psychiatric emergency services in a Canadian city: I. Prevalence and patterns of use. *Can J Psychiatry* 1992; 37 (2): 91-5.
9. Oyewumi LK, Odejide O, Kazarian SS. Psychiatric emergency services in a Canadian city: II. Clinical characteristics and patients' disposition. *Can J Psychiatry* 1992; 37 (2): 96-9.
10. Knüsel H. Not-fall: Der Internist als Psychiater. *Schweiz Med Wochenschr* 1993; 123 (16): 807-11.
15. Frame DS, Kercher EE. Acute psychosis. Functional versus organic. *Emerg Med Clin North Am* 1991; 9 (1): 123-36.
21. Marson DC, McGovern MP, Pomp HC. Psychiatric decision making in the emergency room: a research overview. *Am J Psychiatry* 1988; 145 (8): 918-25.
22. Somoza E, Somoza JR. A neural-network approach to predicting admissions decisions in a psychiatric emergency room. *Med Decis Making* 1993; 13: 273-80.
24. Beck JC, White KA, Gage B. Emergency psychiatric assessment of violence. *Am J Psychiatry* 1991; 148(11): 1562-5.
31. Sullivan PF, Bulik CM, Forman SD, Mezrich JE. Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Hosp Community Psychiatry* 1993; 44 (4): 376-80.
33. Geller JL. »Anyplace but the state hospital»: examining assumptions about the benefits of admissions diversion. *Hosp Community Psychiatry* 1991; 42(2): 145-52.
35. Holmberg MB, Lorentzon S, Westrin CG. Öppen akutvård vid psykiatrisk klinik. *Pehr Dubb Journalen* 1967; 2: 60-70.
36. Idestrom CM, Jäverfalk T, Lücke V. Psykiatrisk akutvård vid Karolinska sjukhuset. Stockholm: Laboratoriet för experimental psykiatri, Karolinska sjukhuset, 1972.
37. Bernhardson G, Ekblom B. Jourverksamheten vid ett lasarett för psykiatrisk vård. *Läkartidningen* 1971; 68: 3326-30.
38. Årsstatistik 1994, Stockholms läns landsting. Stockholm: Inregia AB, 1994.

En fullständig litteraturlista kan erhållas från M Henri Day, Psykiatrikliniken II, Karolinska sjukhuset, 171 76 Stockholm.



MISSÖDEN MISSTAG MISSBRUK

i sjukvården

Vad händer i slutna rum då läkare blir problem? Hur löser man konflikter vid missöden i vården? Vem kan ge ett bra stöd till anmälda läkare?

Under 1994-95 publicerade *Läkartidningen* 21 artiklar om problemläkare, läkarproblem, ansvarsfrågor och patientförsäkringen. De har nu samlats i ett 80-sidigt häfte, som kan beställas med kupongen nedan.

Pris 75 kronor. Vid 11-50 ex 67 kronor, vid högre upplagor 63 kronor/exemplar.

Beställer härmed

..... ex Missöden, Misstag,
Missbruk

.....
Namn

.....
Adress

.....
Postnummer/Postadress

Insändes till *Läkartidningen*,
Box 5603, 114 86 Stockholm

Märk kuvertet »Missöden»
Telefax 08-20 76 19