

# FoU på psykiatrisk lasarettsklinik - ett stöd för verksamhetsutveckling

Karl-Anton Forsberg      Carl-Gustaf Olofsson

Psykiatriska kliniken i Skellefteå har ett totalansvar för psykiatrisk utredning, vård och behandling för befolkningen i Skellefteå och Norsjö kommuner. FoU-verksamheten vid kliniken är att beteckna som en virtuell organisation där FoU-enheten inte har några egna tjänster, utan personer som i kortare eller längre tid arbetar med projekt kopplas till FoU-verksamheten. Enheten skall fungera som en stödorganisation åt forskare, projektledare eller utbildningsledare. Verksamheten leds av en FoU-samordnare.

Karl-Anton Forsberg, sjuksköterska med specialisering i psykiatri, är FoU-samordnare och Carl-Gustaf Olofsson är verksamhetschef vid psykiatriska kliniken i Skellefteå.

Skellefteå psykiatriska klinik har en historia som tar sin början 1977. Detta år startade på Skellefteå lasarett en psykiatrisk öppenvårdsverksamhet bestående av två psykologer, tre kuratorer, en sjuksköterska och en sekreterare. Psykiatikerresursen köptes in vissa veckodagar, bl.a. från Umeå. All slutenvård för Skellefteåborna bedrevs liksom tidigare på Umedalens sjukhus i Umeå. Öppenvårdsverksamheten utökades efterhand med ytterligare personer. Den nya psykiatriska kliniken i Skellefteå stod färdig 1984. Det är således en relativt ung klinik. Att starta psykiatrisk verksamhet i en ort

som saknat tidigare erfarenhet av psykiatrisk vård hade både sina fördelar och nackdelar. Avsaknaden av personal med trygg och långvarig vårdtradition uppvägdes av möjligheten av att utveckla nya vård- och behandlingsformer. Detta underlättades ytterligare av den pionjärande som genomsyrade klinikens unga personal. Svårigheten var problem att rekrytera personal samt att det förekom en viss oförståelse och okunskap bland befolkningen om psykisk ohälsa.

Psykiatriska kliniken har ett totalansvar för psykiatrisk utredning, vård och behandling för befolkningen i upptagningsområdet, som sträcker sig fem mil söderut, fyra mil norrut och ca åtta mil västerut med ett befolkningsunderlag på ca 77000. Kliniken har även ansvar för den psykiatriska slutenvården för Södra Lappland med ca 43.000 invånare och ett område som sträcker sig till norska gränsen. Verksamheten består av barn- och ungdomspsykiatri och vuxenpsykiatri med ett nära samarbete emellan, vilket konkret manifesteras i en ungdomsmottagning med gemensamt ansvar. Kliniken har fyra öppenvårdsteam med ansvar för jourverksamhet, utredning och behandling gentemot ett geografiskt avgränsat område. Antalet slutenvårdsplatser är 35 inklusive ett behandlingshem med sju vårdplatser. Huvudinriktningen är ett intensivt öppenvårdsarbete med hög tillgänglighet, kontinuitet och ett utvecklat samarbete

med patienten och dess nätverk.

### **Kraftsamling på internutbildning**

FoU-verksamheten i Skellefteå har i en vidare bemärkelse en betydligt längre historia än vår FoU-enhet. Vi gick i ett tidigt skede med i ett nationellt projekt, LUPP-projektet (Lokal Utvärdering av Praktisk Psykiatri) i ett antal år. Sedan kom FoU-verksamheten att domineras av utbildning. Utbildnings-satsningarna bestod främst av internutbildningar av både kortare och längre karaktär. Kliniken påbörjade redan under sitt uppbyggnadsskede, under senare delen av åttitalet, att erbjuda samtlig personal kontaktpersonsutbildning. Under fem års tid startade två kurser per år. Efterhand utvecklades ett samarbete med universitetet och institutionen för omvårdnad, som bidrog med lärarresurser och gav utbildningen status av högskoleutbildning. Som en följd av att kliniken alltmer ville skaffa sig en systemisk inriktning påbörjades utbildning i familjearbete. Även detta var en utbildning som gavs på bredden, i första skedet främst till slutenvårdspersonal. Ansvariga för kursens upplägg och genomförande har några av klinikkens psykologer varit. Det administrativa stödet låg hos klinikledningens sektorsamordnare med sitt utvecklings- och utbildningsansvar.

### **Ändrade förutsättningar - nya krav**

Nittioalet präglades för Skellefteåkliniken, liksom för många andra kliniker, av stora strukturförändringar, oftast föranledda av

---

---

*Färre vårdplatser och ökad satsning på öppenvård och tidiga insatser kräver en annan form av kompetens*

---

---

besparingsskäl. Initialt innebar det en utspädning av personaltätheten, för att så småningom följas av nedläggning av verksamhet. Under en period av 6 år reducerades antalet slutenvårdsplatser från drygt 100 med 2/3 till dagens 35 platser. Under denna tid genomfördes psykiatrireformen vilket innebar att kommunen övertog ansvaret för de långtidssjuka, men till priset av en skatteväxling.

Färre vårdplatser och ökad satsning på öppenvård och tidiga insatser kräver en annan form av kompetens. Tre grundläggande kurser med inriktning på individualterapi, 40 poäng, genomfördes i mitten av nittioalet. Satsningen på det systemiska förhållningssättet fortsatte genom att kliniken erbjöd sina anställda steg 1 i psykoterapi med familjeinriktning, 40 poäng. Gemensamt för dessa utbildningar är att de planerades och genomfördes i samarbete med Umeå universitet. Huvudansvaret för planering och genomförande låg på några av klinikkens psykologer men med erforderligt stöd från klinikledningens sektorsamordnare. Eftersom detta var mycket kostsamma utbildningar, erbjöds utbildningsplatser till kommunens socialarbetare och till psykiatriska kliniken i Södra Lappland. Dessa utbildnings-satsningar genomfördes till stor del före FoU-enhetens tid. Stödet i planering och upphandling av utbildningarna har dock funnits inom klinikledningen. Kortare utbildningar i familjearbete, klinikföreläsningar etc. har anordnats och administrerats av någon person med stabsfunktion. Utbildningsinsatserna har skett både utifrån uttalade behov från verksamheterna och som en del i klinikkens långsiktiga utbildningsplanering utifrån verksamhetskravet.

---

---

*För att få framgång i ett utvecklingsarbete eller förändringsarbete krävs en genomtänkt strategi*

---

---

## **Verksamhetschefen leder utvecklingen**

När det gäller utvecklingsfrågor så har mycket av utvecklingen skett med klinikledningen som initiativtagare och motor i nära samarbete med klinikens medarbetare. För att få framgång i ett utvecklingsarbete eller förändringsarbete krävs en genomtänkt strategi. Genom att använda arbetsgrupper där berörd personal ingår underlättas förankringsarbetet och implementeringen. Vikten av en god dialog med medarbetare och fackliga organisationer kan inte nog understrykas.

Hösten 1998 genomfördes en förändring som innebar att slutenvården och öppenvården integrerades i fyra basteam. Avsikten var att stärka kontinuiteten i patientarbetet. Förberedelserna inför förändringarna var omfattande med arbetsgrupper, stormöten och i övrigt omfattande dialog med de anställda. Förändringen medförde tyvärr mycket administrativa och ledarskapmässiga bekymmer. Personalen från fyra basteam hade att samarbeta på en avdelning utan gemensam ledning vilket medförde svårigheter att prioritera bland arbetsuppgifterna. Vi tvingades ta ett steg tillbaka och lyfta ur slutenvården, men erfarenheterna från arbetssättet har effekt än idag med ett förbättrat samarbete och kontinuitet mellan sluten- och öppenvård. Vad som ibland saknats eller inte funnits utrymme till är utveckling i det direkta omvårdnadsarbetet på basnivå utifrån ett patientbehov.

Den mesta av utvecklingen har skett utifrån de förändringskrav som kliniken i sin helhet befunnit sig i.

## **Utvärdering av vad för vem?**

Utvärdering och uppföljning är en fråga som vår klinik har brottats med under lång tid. Vi ser behovet, men det har varit svårt att åstadkomma uppföljningskriterier för annat än "hårda numeriska värden" som vårdtygn, öppenvårdsbesök etc. Samtidigt har det känts obekvämt och som lite slöseri med kraft. Vi har haft svårt att finna de bekväma instrumenten som svarar på det som efterfrågas eller visar på det vi vill ha belyst.

## **Idag en virtuell organisation**

Från att ha varit en bland andra frågor som klinikledningen hanterade, inordnades i samband med en chefsöversyn utbildnings- och utvecklingsfrågor under en ny befattning som FoU-chef. Efter ytterligare en tid blev det aktuellt med en ny organisationsöversyn med hjälp av anlidade organisationskonsulter. Denna översyn omfattade kliniken i sin helhet. Förändringen innebar i korthet en sammanslagning av enheter med likartade uppdrag. Organisationskonsulternas förslag var att göra FoU till en funktion snarare än en enhet. Tankarna var att vidmakthålla närheten till den kliniska verksamheten och tydliggöra att FoU-arbetet skulle vara öppet för alla som var intresserade. Idag är FoU-verksamheten att beteckna som en virtuell organisation som saknar geografisk placering. Chef för FoU-

---

---

*Vi har haft svårt att finna de bekväma instrumenten som svarar på det som efterfrågas eller visar på det vi vill ha belyst*

---

---



---

---

*Tankarna var att vidmakthålla närheten till den kliniska verksamheten och tydliggöra att FoU-arbetet skulle vara öppet för alla som var intresserade*

---

---

verksamheten är en FoU-samordnare som har utvecklings- och ledningsansvar. Samordningstitulaturen används för att betona det virtuella för de anställda och att man kan ingå i FoU-arbete i delar av sin tjänst under en period av sitt yrkesliv. FoU-samordnaren är sjuksköterska med lång erfarenhet av arbetsledning, och har arbetat mycket med utbildnings- och utvecklingsfrågor.

De som är knutna till FoU-verksamheten är det till en del av sin tjänst och arbetar kliniskt därutöver. FoU-utrymmet finansieras antingen via externa projektanslag eller genom budgetmedel från kliniken. Ett projektrum är iordningsställt för de som inte har tillgång till eget arbetsrum. FoU-samordnaren leder arbetet genom att samordna projekten, ge projekt stöd i olika former och se till att projekten följs upp. Det kan röra sig om att vara behjälplig vid projektansökan, ordna eller ge viss handledning, vara inspiratör, "dörröppnare", finnas med i projektgrupper samt hålla klinikchefen informerad om hur projekten löper. FoU-samordnaren är också klinikens representant i det Nationella FoU-nätverket, samt är till 25% av sin tjänst med i Socialpsykiatriskt kunskapscentrum i Västerbotten. FoU-samordnaren ingår i klinikens stab.

För närvarande ingår en utvecklingsledare (psykolog), en vårdutvecklare i rehabfrågor (sjuksköterska) och en huvudhandledare (sjuksköterska) i FoU-enheten. Fyra projekt-

ledare och en sekreterare är också kopplade till verksamheten.

FoU-enheten samarbetar även med andra FoU-enheter eller forskare från andra kliniker i gemensamma projekt. Enheten svarar för produktionen av klinikens kvartals-tidning *Psyk-Nytt*, som innehåller lättäm information och nyheter. Ofta är det bidrag från medarbetare som rapporterar från kurser och föreläsningar eller ger bokrecensioner.

### **Hur blir man "FoU-are"**

Den vanliga "ingången" till FoU-verksamheten är att en person har en idé om ett utvecklings- eller utvärderingsprojekt. Personen söker upp FoU-samordnaren och presenterar sin idé, och gemensamt diskuterar de dess relevans. Är den väl genomtänkt och genomförbar, finns det en äkta entusiasm, behövs det finansiering och hur skall det i så fall ordnas? Därefter tillfrågas klinikchefen hur han ser på frågan. Den omvända gången förekommer också. FoU-samordnaren får information om att det finns medel att söka utifrån vissa bestämda kriterier. Tack vare närheten och kännedom om den kliniska verksamheten, ser FoU-samordnaren var de erbjudna medlen skulle kunna nyttjas i ett projekt.

### **Pågående projekt**

*Rehabilitering till häst* – en utvärdering av ett samarbete med en lokal ryttarförening. Psykiatriska patienter erbjuds "ridterapi" som alternativ och komplement till annan behandling.

*Hur psykiatriska patienter upplever "rehabilitering till häst"*. Detta delprojekt är en C-uppsats i omvårdnad som FoU-samordnaren arbetar med för närvarande. Pro-

jektet består av semistrukturerade intervjuer av 13 långtidssjuka patienter som intervjuats utifrån upplevelseaspekten av den ridterapi de genomgår. Intervjuerna analyseras med hjälp av innehållsanalys. Preliminära resultat visar att ridterapin stärker självförtroendet och självkänslan, och att det sociala utbytet och den individuellt anpassade aktiviteten är bidragande faktorer.

*Gymnasieungdomars psykiska ohälsa - en preventiv metodutveckling i samverkan.* I projektet sker utveckling av metoder för att tidigt upptäcka psykisk ohälsa bland gymnasieungdomar. Frågorna var ursprungligen: hur mår gymnasieungdomarna, vet ungdomarna var man kan vända sig vid ohälsa, vad vet lärarna? Efter intervjuer med lärare och elever och efter diskussion med skolledning och skolhälsovård, har fokus förflyttats till elever som går det individuella programmet. En hälsoenkät kommer att tillsändas dessa elever. Enkäten är tidigare använd i "Hälsa och välbefinnande i Västerbotten" för ungdomar mellan 13 till 18 år, vilket ger ett referensvärde.

*Kvinnor med självdestruktivt beteende i form av självsvalt inom slutenvården.* I projektet sker metodutveckling av en strukturerad och aktiv omvårdnad i slutenvård.

*Psykologer i primärvården.* En psykolog på halvtid finns placerad på en av distriktets vårdcentraler. Syftet är att öka primärvårdens kompetens för att känna igen, behandla och rehabilitera vid psykisk ohälsa i nära samarbete med psykiatriska kliniken.

*Familj och nätverks delaktighet i akut psykiatrisk vård: En utvärdering av konsekvenserna för vård och behandling.* Projektet sker som en del i en forskarutbildning och har två fokus. 1) Patienter och anhöriga som kontaktat psykiatriska kliniken

jourfunktion. En enkät som berör bemötande och delaktighet används. Djupintervjuer görs med tolv slumpvis utvalda patienter, där hälften fått krisintervention med genomförd familje- och nätverksträff och hälften krisintervention individuellt. 2) Uppföljning av behandling vid tidig intervention avseende förstagångspsykos.

*Rehabilitering av patienter med långvarig icke malign smärta och iatrogen beroende.* Projektet är en utvärdering av ett lokalt avgiftningsprogram. Tio patienter har intervjuats utifrån bl.a. livskvalitet, drog-användning, tillfredställelse med behandling, arbetsförmåga etc. Preliminärt visar resultaten att man är nöjd med behandlingen. Smärtorna finns kvar, men man hanterar smärtorna med alternativa metoder (hypnos, sjukgymnastik). Man uppger att livskvaliteten förbättrats, bl.a. genom bättre kontakt med familjen. Kostnadsvinsten för samhället är försumbar. Patienterna är fortfarande sjukskrivna eller uppbär sjukbidrag och har pågående kontakter med psykiatri eller husläkare.

*I samarbete med psykiatriska kliniken i Umeå bedrivs två projekt: "Metabola och endokrina avvikelser vid behandling med neuroleptika", samt "Kliniska och molekylärgenetiska studier av humörsvängningar hos patienter med depression eller manodepressiv sjukdom samt anhöriga/friska försökspersoner".*

Sju färdiga rapporter från FoU-arbetet inom kliniken föreligger (1-7).

---

---

*För att säkerställa kompetensutveckling och kvalitet har kliniken inrättat ett antal kompetensgrupper*

---

---

## Kompetensgrupper

Under senare år, i takt med minskade resurser, har vi på psykiatriska kliniken insett svårigheten med att ha en högt specialiserad vård. Vår storlek eller litenhet försvårar detta. För att säkerställa kompetensutveckling och kvalitet har kliniken inrättat ett antal kompetensgrupper. Grupperna har ett gemensamt uppdrag att bevaka forskning och metodutveckling inom området, anordna internutbildningar, upprätta och uppdatera handlingsprogram samt utforma vårdprogram. Hittills finns följande kompetensgrupper:

- Ätstörningar
- Rehabgruppen (rehabiliteringsfrågor)
- SP-gruppen (suicidprevention)
- DD-gruppen (dubbeldiagnos tillsammans med socialtjänsten)
- OCD (tvångssyndrom)
- PTE (psykoterapier)
- Övergreppsgruppen
- PTI-gruppen (tidiga psykoser)
- Neuropsykiatriska gruppen.

## FoU i samhället

Under de gångna åren av förändringar av psykiatri har vi sett vikten av ett gott samarbete med våra samarbetspartners, såsom de olika förvaltningarna inom kommunen och inte minst brukarorganisationerna. Ett visst samarbete förekom redan från klinikkens födelse, men accentuerades i samband med psykiatrireformens planerings- och genomförandefaser. Detta goda samarbete har vi försökt att bygga vidare på. FoU-samordnaren finns med i de samverkansorgan som fortfarande lever kvar. Centrala samrådsgruppen (CSG) hanterar löpande samarbetsfrågor, dvs. frågor som inte har lyckats lösas på handläggarnivå eller där

tvist har uppstått. I gruppen sitter brukarföreträdare, socialchef, handikappchef, äldreomsorgschef, psykiatrisamordnare, IFO-chef, vårdchef, vårdutvecklare i rehabfrågor, FoU-samordnare samt verksamhetschef för psykiatrin. CSG arbetar efter ett samverkansdokument som de involverade parterna träffat överenskommelse om. Forumet har också en viktig funktion som informationsförmedlare mellan de olika huvudmännen.

För att ytterligare stärka samarbetet och främja attityder till psykiskt funktionshindrade bland Skellefteåborna inrättades en kampanjkommitté. Kommittén anordnar temakvällar, kampanjveckor och andra arrangemang med psykiatrirfrågor i fokus för innevanarna. Kampanjkommittén har som målsättning att producera ett årligt kampanjnummer av brukartidningen Utvägar. Tidningen delas ut gratis till samtliga hushåll i kommunen. Kommittén består av representanter från psykiatrin (FoU-samordnare), kommunens handikappavdelning och enheten för arbetsrehabilitering (SOL-kraft), en av Svenska kyrkans diakonissor samt representanter från en kamratförening för psykiskt funktionshindrade och representanter från RSMH och ISPS (anhörigförening). Därtill finns även representanter med från studieförbunden ABF, Vuxenskolans och Kyrkans studieförbund.

## Utveckling tillsammans med brukarna

I Skellefteå har det under årens lopp uppstått en hel del aktiviteter (aktivitetshus, dagverksamheter verksamheter för sysselsättning etc) drivna av såväl kommun som kyrka, olika brukarrörelser, studieförbund och frivilligorganisationer. Bekymret är att



ibland uppstår onödiga konkurrensförhållanden kring en liten grupp. Detta borde vara en gudi behaglig situation, men tyvärr så är den interna konkurrensen inte bra. Det uppstår slitningar mellan konkurrenterna och samarbetet försvåras. Samtidigt finns brister i utbud inom andra områden för brukarna. Som det ser ut idag är ensamhetsproblematiken utom kontorstid ett problem. Det borde finnas ett visst utbud av kamratstöd mm under hela dygnet. Kampanj-kommittén har fått till uppgift att titta på utbudet: vad görs, vad finns, görs rätt saker, vad saknas, vad vill brukarna ha, går det att samarbeta, vad behövs inför framtiden?

### FoU inför framtiden

Utifrån den horisont vi i dag kan överblicka ser vi FoU-verksamheten som ett stöd i klinikens fortsatta utveckling. FoU kommer fortsättningsvis vara en garant för kliniknära forskning och metodutveckling. Förhoppningsvis kommer verksamheten att stärkas av att det så småningom finns personer som disputerat på kliniken. Det skulle även vara en fördel ifall FoU-enheten i framtiden även hade egna ekonomiska medel att fördela till FoU-projekt.

Eftersom vår FoU-enhet har begränsade resurser ställer vi oss positiva till samar-

bete med andra klinikers och/eller samarbetspartners FoU-projekt. Socialtjänsten bör särskilt nämnas i detta sammanhang. Vidare ser vi det som angeläget att finnas med i det nationella nätverket av psykiatriska FoU-enheter i landet. Detta utbyte ser vi som mycket berikande i det utvecklingskede vi befinner oss i.

### REFERENSER

1. Bertilsson G, Berggren E. *Utvärdering av de första 46 jagstrukturerade psykoterapierna vid psykiatriska kliniken i Skellefteå*. Maj 2000.
2. Forsberg K- A, Melander K. *Psykiatrireformen i Skellefteå - Sänna vort hä*.1998
3. Andersson P, Hällgren L. *Samverkansprojekt kring svårt störda missbrukare*.1998.
4. Davidsson A, Lindström G -K, Nordh L. *Kvinnor möter kvinnor*. Kvinnoprojekt inom psykiatrin. Dagmar 435/1996.
5. Ollinen-Mörtsell K. *Barn till psykiskt sjuka föräldrar; Tankar om en begränsad inventering om nuläget inom Skellefteå psykiatri*. Fördjupningsarbete inom ramen för psykiatrisk rehabilitering, maj 1998.
6. Eriksson I. "Kriget mot det listiga bajset" - en tillämpning av Michael White's behandlingsmetod för barn med enkopres. Familjeterapiutbildning steg I, uppsats 5 poäng, ht 2000.
7. Ceder B- G. *Slutrapport samverkansprojekt Försäkringskassan - psykkliniken i Skellefteå*. 1999-03-09.

För ytterligare information och förmedling till kontaktpersoner för de pågående FoU-projekten: karlanton.forsberg@vll.se