

Socialpsykiatrisk organisation

En presentation av Enskede Skarpnäcks psykiatriska sektor

Filipe Costa

Lars-Christer Hydén

Enskede Skarpnäcks psykiatriska sektor (ESPS) är ett exempel på en sammanhållen psykiatrisk organisation, som har byggts upp utifrån ett socialpsykiatriskt synsätt. Verksamheten har möjliggjort en integration mellan öppen och slutenvård samt en betydande minskning av slutenvården, även för extremt vårdkrävande fall.

Filipe Costa är chefsöverläkare och Lars-Christer Hydén forskningsledare vid ESPS.

1986 inleddes en förändring av organisationen inom Enskede Skarpnäck psykiatriska sektor (ESPS) med ambitionen att bygga upp en socialpsykiatrisk praktik inom ramarna för den sektoriserade psykiatrin. Den psykiatriska sektorn skulle kunna erbjuda ett differentierat utbud av psykiatrisk vård och service, alltifrån slutenvård till mellanvård, öppenvård och förebyggande arbete till 60.000 personer över 18 år som är bosatta i upptagningsområdet. Slutenvården skulle ha förhållandevis korta vårdtider, öppenvården integreras med slutenvården, arbetsverksamheter och träfflokaler startas och en rad olika former för boende och så vidare tillskapas. Och inte minst skulle sektorn aktivt arbeta för att hålla kvar eller utveckla patienternas band med lokalsamhället.

Den socialpsykiatriska organisation som byggdes upp har tre grundelement.

(1) *Integrerad slutenvård och öppenvård*: två allvårdsenheter svarar för all psykiatrisk slutenvård, såväl akut-, korttids- som långtidsvård. Vid dessa två enheter upprätthålls också kontakten med utskrivna, öppenvårdade patienter. Sektorns två allvårdsenheter har sammanlagt hand om ca 400 långtidssjuka psykiatriska patienter. Dessutom genomförs omkring 3.500 interventioner i öppenvård per månad, av vilka omkring 1.000 är hembesök som kan vara från 15 minuter upp till åtta timmar per dag. Tidsmässigt innebär detta att slutenvårdspersonalen för-

lägger närmare hälften av sin arbetstid till öppen- vårdarbete utanför institutionen.

(2) *Kontinuitet* i patientkontakten: varje personalmedlem måste arbeta med ett fåtal patienters hela vård- och rehabiliteringsplan, varvid hela sektorn - med vissa undantag - blir inbegripen i rehabiliteringsarbetet. Patienter som är *kända* inom sektorn är alltid hänvisade till samma kontaktperson och behandlingsansvarig personal, då ansvaret för öppen- och slutenvård är integrerat hos en och samma person. Om en patient är *okänd* hänvisas han eller hon till sektorns jourmottagning (dygnet runt).

(3) Organisatoriska former för att sörja för meningsfull *sysselsättning, socialt nätverk och icke-institutionellt boende*: Kollektivboende för långtidsvårdade patienter, ett antal arbetsverksamheter samt flera träfflokaler lokaliserade i lokalsamhället och som kan utnyttjas av sektorns alla patienter och kontaktpersoner. För att ytterligare differentiera utbudet inom öppenvården har dessutom ytterligare funktioner som exempelvis en egen psykoterapienhet tillkommit.

Resultat och konsekvenser

Under perioden 1986-1992 har ESPS minskat antalet allmänpsykiatriska vårdplatser radikalt, från 130 platser till 60. Detta svarar mot en allmän minskning av antalet vård dagar under samma tidsperiod, från cirka 39.000 vård dagar inom allmänpsykiatri 1985 till knappt 20.000 1992. Under motsvarande period har en liknande minskning ägt rum inom den psykiatriska vården inom hela Stockholms läns landsting, men minskningen inom ESPS har varit kraftigare än för hela landstinget. Dessutom har ESPS färre långtidsvårdade patienter placerade utanför

Patienter som är kända inom sektorn är alltid hänvisade till samma kontaktperson

Minskningen av slutenvårdskonsumtionen blir speciellt tydlig för patienter med vårdtillfällen som överstiger ett år

de egna enheterna än andra sektorer inom landstinget. (Jfr Stefansson 1991).

Minskningen av slutenvårdskonsumtionen blir speciellt tydlig för gruppen patienter med vårdtillfällen som överstiger ett år. 1985 utgjorde denna grupp en femtedel (21%) av samtliga patienter, medan de utgör drygt 5% 1992. Skälet till denna förändring är att de olika alternativa boendeformerna har erbjudit möjligheter att vårda

en extremt vårdkrävande grupp patienter utanför den psykiatriska slutenvården. Arbetsverksamheterna och träfflokaler, tillsammans med det arbete som utförs av nattpersonalen, betyder att det finns möjlighet att stödja patienter i tillfälliga krissituationer för att undvika inläggning. Framför allt har den integrerade slutenvård och öppenvården genom kontinuerlig kontakt med tidigare slutenvårdade patienter gjort det möjligt att undvika inläggning och istället finna andra lösningar.

REFERENSER

Stefansson C G (1991): Lång väg kvar innan psykiatriplanens intentioner om nya vårdformer för schizofrena förverkligas. Läkartidningen; 86:2304-2306.

Legitimerade
psykoterapeuters
intresseorganisation
för psykoterapi på
psykodynamisk grund.

***PSYKOTERAPI är för många en
effektiv rehabiliterande behandling
vid kristillstånd och psykisk ohälsa.***

PSYKOTERAPI

KOSTNADSFRI
TELEFONINFORMATION
OCH FÖRMEDLING
Telefon: 08-20 15 87

Förmedling till privatpraktiserande av
Socialstyrelsen legitimerade psykoterapeuter
i hela landet

Förmedling och information handhas av
leg. psykoterapeuter med tystnadsplikt

RPC arbetar för psykoterapi på lika
villkor som annan sjukvård

Årskostnad för stödmedlemskap är 350 kr som
kan sättas in på RPC:s Postgiro 85 06 20-1

Närmare information genom kansliet
tel: 08-20 15 89

Riksföreningen
RC psykoterapi
entrum

Postadress: Box 26025, 100 41 Stockholm