

Kontaktmönster i psykiatrisk öppen vård

En studie av fördelningen av patientkontakter i psykiatriskt teamarbete

Erik Bartholdson

Anders Dolfe

Claes-Göran Westrin

En psykiatrisk klinik etablerades i Skövde 1973 som en försöksverksamhet med inriktning på lagarbete och engagemang av olika personalkategorier i den öppna psykiatriska vården. En undersökning har genomförts beträffande utvecklingen av detta lagarbete.

Patientmaterialet har huvudsakligen varit ett neurosklientel. Cirka 1/3 av patienterna behandlas med ko-terapi. Patienterna kunde fördelas så att vårdpersonalen engagerades i cirka 1/5 av alla fall, psykologer och kuratorer tillsammans i hälften av fallen och läkarna i något mer än hälften av fallen. Ensamterapi fall fördelades till 10 % på vårdpersonalen, 37 % på psykologer-kuratorer, 54 % på läkare.

Återbudsfrekvensen var generellt ringa och med små relativa skillnader mellan olika personalkategorier — möjligen en antydning till något fler återbud för patienter som fördelats på icke-läkare.

Resultaten stöder antagandet att teamarbete kan förbättra kontinuiteten: i samtliga fall av ko-terapi kunde behandlingen under follow-up perioden genomföras med kontinuerlig kontakt med åtminstone någon av de primära terapeuterna.

Ett antagande att lagarbete automatiskt skulle karakteriseras av samarbete mellan personal med olika referensramar kunde inte bekräftas.

I rapporten anvisas även behovet av fortsatta undersökningar av lagarbete i öppen psykiatrisk vård.

Erik Bartholdson är överläkare och Anders Dolfe psykolog vid psykiatriska kliniken i Skövde och Claes-Göran Westrin blockchef för den psykiatriska vårdorganisationen i Skaraborgs län.

Strävanden att öka olika personalkategoriernas engagemang i vårdarbetet är ett viktigt inslag i utvecklingen av nya arbetsformer inom psykiatrisk vård.

Dessa strävanden kan förklaras av en samverkan av många faktorer:

- insikten i den flerdimensionella bakgrunden till psykiska störningar och därmed behovet att utnyttja experter med olika bakgrund;
- insikter i att terapeutens personlighet kan vara lika avgörande som hans utbildning;
- erfarenheter av den miljöterapeutiska betydelsen av grupparbete;
- demokratiseringen av arbetslivet med krav på spridning av ansvar till alla i en personalgrupp.

Av stor betydelse har också varit den uttalade bristen på högutbildad arbetskraft, särskilt på psykiatrer.

En sådan inriktning på fördelningen av arbetsuppgifterna genom lagarbete har i Sverige starkt betonats av socialstyrelsens expertrapporter Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation (1973) och även i olika landstings sjukvårdsplaner (Värmlandsplanen 1971, Skaraborgsplanen 1974). Det präglar också det praktiskt kliniska utvecklingsarbetet på många håll (jämför t ex Asplund & Freyman 1970, Crafoord & Lassinantti 1974, Nackaprojektet 1974, Robak 1975, Lindblom 1975, Laurell 1975, Bengtsson 1975). En motsvarande utveckling pågår inom kliniskt socialmedicinskt arbete (Lindgren m fl 1970, Westrin 1974).

Socialstyrelsens expertrapporter rekommende-

rar att lagarbetet utformas enligt modellen multipla kontakter (Andersson 1969). Erfarenheter av en sådan samarbetsmodell har emellertid dokumenterats endast i ringa utsträckning (utöver mer impressionistiska eller reportagebetonade beskrivningar). Särskilt gäller detta det kvantitativt mest betydelsefulla tillämpningsområdet, den vuxenpsykiatriska öppenvården.

Bristen på sådant erfarenhetsmaterial har varit den omedelbara bakgrunden till föreliggande undersökning.

Undersökningens syfte

Undersökningen har gällt hur ett teamarbete (lagarbete) påverkar mönstret av patientkontakter i den öppna psykiatriska vården.

Detta mönster kan hypotetiskt påverkas av en rad faktorer:

- *patientfaktorer* såsom demografiska och diagnostiska karakteristika, patientens förväntningar och attityder m m.
- *personalfaktorer* såsom arbetsledningens resp olika personalgruppers attityder och förväntningar, tillgängliga resurser, väntetider m m.
- *samhälleliga och politiska faktorer* såsom lagar och författningar reglerande vårdansvar, försäkringsersättningar m m.

Förändringar i något av dessa komplex av faktorer kan i olika utsträckning antas påverka mönstret av patientkontakter. En ideal studie av orsakerna till olika kontaktmönster skulle därför vara prospektiv och omfatta konsistenta patientmaterial som blivit föremål för olika typer av omhändertagande: ensamterapi eller så kallad ko-terapi; handläggning av psykiater resp sjuksköterska resp psykolog resp kurator etc.

Svårigheterna att genomföra sådana ideala studier är påtagligt stora redan med hänsyn till problemet att åstadkomma tillförlitliga avgränsningar av t ex diagnostiska kategorier. Därtill kommer praktiska svårigheter att samla tillräckligt stora jämförbara grupper etc.

Emellertid finns också ett behov av information av mer begränsad räckvidd — som ett första steg mot mera ambitiösa studier och framför allt för att slippa arbeta enbart på känn vid uppbyggnaden

av en psykiatrisk vårdorganisation.

Vår undersökning har haft till syfte ta till vara sådan mer begränsad information och då med följande inriktning:

1. En deskriptiv studie för att få en omedelbar bild av utvecklingen av en försöksverksamhet med lagarbete i öppen psykiatrisk vård.

För att belysa detta har vi i första hand studerat

- fördelningen av initiala patientkontakter på olika medlemmar i det psykiatriska teamet
- mönstret av fortsatta patientkontakter med resp teammedlemmar.

2. En preliminär prövning av några grundläggande frågeställningar i uppbyggnaden av lagarbete nämligen:

2.1. Eventuella svårigheter att få patienter att acceptera annan vårdgivare än läkaren.

Vi har härvid studerat dels samma aspekter som under 1., dels benägenheten att återkomma till annan vårdgivare än läkare, dels relativa antalet återbud från personer som fått tid hos olika personalkategorier.

2.2. Eventuella svårigheter för annan personal än läkare, bland annat vårdpersonalen, att genomföra dessa vårdkontakter.

Vi har även här utnyttjat data under 1., vidare frekvensen återbesök hos resp vårdgivare, benägenheten att föra över ärendet till annan vårdgivare t ex läkare samt benägenheten att lägga in patienter för halvöppen eller dygnet-runt-vård.

2.3. I vilken utsträckning lagarbetet befrämjat samarbete mellan personal med olika utbildning och referensramar.

Vi har här studerat vilka som har samarbetat med vilka i lagarbetet.

Undersökningen är ett led i ett systematiskt utvecklings- och utvärderingsarbete inom den psykiatriska blockorganisationen i Skaraborgs län enligt riktlinjer som antagits av landstinget (Plan för psykiatrisk vård i Skaraborgs län 1974). Övergripande och mer teoretiska överväganden behandlas mer utförligt i ett annat sammanhang (Andersson, Bergman, Neander, Spek & Westrin 1975).

Undersökningsmaterial och metoder

Psykiatriska kliniken i Skövde, Den psykiatriska kliniken i Skövde påbörjade sin verksamhet hösten 1973 med följande målsättning (Driftsplan för psykiatrisk verksamhet i Skaraborgs län 1973—1975):

- att ge psykiatrisk service till det samma år etablerade Kärnjukhuset i Skövde (KSS).
- att meddela öppen, halvöppen och viss heldygnsvård åt medborgare i Skövde kommun.
- att utveckla en försöksverksamhet: vad gäller personalens arbetsuppgifter inriktad på lagarbete; vad gäller vårdformer så långt möjligt inriktad på öppnare vårdformer; vad gäller halvöppen och dygnet-runt-vård så långt möjligt inriktad på miljöterapi.

Kliniken är inrymd i lokaler i Skövde sjukhus, beläget centralt i kommunens tätort. 20 platser står till förfogande för dygnet-runt-vård (korttidsvård) med en medelbeläggning som sällan överstigit 10 patienter, vartill i genomsnitt ett tiotal dagvårdspatienter. Personalstat: 1 överläkare, 4 underläkare, inkl läkare under allmän tjänstgöring, 1 psykolog, 1 kurator, 1 mottagningsköterska, 8—9 tjänster på vårdavdelningen samt sekreterarpersonal. Av underläkar- och AT-tjänsterna har endast 1—2 varit besatta, varvid i gengäld tidvis extra personal anställts på psykolog- och kuratorstjänster. — Såväl den öppna som den slutna vården har innefattat sektorsansvar för Skövde kommun. Öppenvården har i princip endast gällt tidsbeställda fall och jourfall har måst hänvända sig till det 3—4 mil avlägsna psykiatriska sjukhuset, Falbygdsklinikerna. Helydgnsvården har med hänsyn till bristande övervakningsmöjligheter endast omfattat neurosvård; beläggningen torde emellertid vara relativt karakteristisk för traditionella psykiatriska lasarettkliniker. Sektorsansvaret har inneburit att avdelningen i princip haft skyldighet att ge vård åt alla patienter som fyllt nu angivna kriterier. Patienterna har haft möjlighet att i stället söka öppen vård på Falbygdsklinikerna, som dock på grund av bristande mottagningsresurser endast torde accepterat patienter med tidigare långvariga eller upprepade kontakter med sjukhuset. Patienter med dominerande alkoholmissbruk har för öppen vård i huvudsak hänvisats till den socialmedicinska mottagningen (alkoholpolikliniken) i Skövde kommun, för vilken överläkare vid den psykiatriska kliniken haft ansvaret. Slutna vård av alkoholmissbrukare

eller narkomaner har i huvudsak ägt rum vid toxikomankliniken vid Falbygdsklinikerna.

Det totala antalet öppenvårdsbesök vid Skövde-mottagningen (upptagningsområde 45 453 inv) var 1974 2 119 medan motsvarande antal för öppenvårdsbesök + jourfall vid Falbygdsklinikerna (upptagningsområde 216 915 inv) var 6 542. Antalet Skövdebor som sökt vid öppen vård vid Falbygdsklinikerna är inte bekant.

Klinikens mottagning har haft ett nära samarbete med främst kommunens socialvård respektive medicinsk primärvård, företagshälsovård, landstingets arbetsvårdsinstitut och öppenvården vid KSS. Ett allt närmare samarbete har skett med en närlokaliserad barn- och ungdomspsykiatrisk mottagning som redan vid tiden för denna undersökning hade inläggningsmöjligheter på vuxenpsykiatriens vårdavdelning och vars personal deltog i lagarbetet på vårdavdelningen och i eftervården från densamma. (Detta samarbete har sedermera utvecklat till att även gälla renodlad öppen vård).

Patienter vid klinikens öppenvårdsmottagning har antingen remitterats från annan instans (distriktsläkare, socialbyrå etc) eller sökt själva. I sistnämnda fallet har uppgifter om besvärssbild och den omedelbara sociala och psykologiska bakgrunden inhämtats av mottagningsköterskan. 4 dagar i veckan samlas alla nyanmälda vid en fördelningskonferens med obligatoriskt deltagande av läkare, psykologer, kurator och mottagningsköterska samt med viss rotation även av avdelningspersonalen.

Fallen fördelas härvid på någon eller några i arbetslaget, ibland med en primärt familjeterapeutisk inriktning av kontakterna. Patienterna får sedan besked om tidpunkt för första konsultationen och vilken typ av personal som kommer att ha ansvaret för densamma.

Normerna för patientfördelningen torde grovt sett avspeglade försök att arbeta efter den fördelning som förutsatts i socialstyrelsens expertrapporter (s 207—211) men utformningen av lagarbetet har begränsats dels av den med nödvändighet ofullständiga informationen i anmälningsdata, dels av personalens utbildningsstruktur.

I sistnämnda avseende förutsätter modellen multipla kontakter att lagets medarbetare representerar olika men likvärdig utbildnings- eller erfarenhetsnivå. I vårt fall har endast överläkaren haft en klinisk specialistutbildning medan övriga teammedlemmar endast haft sin grundutbildning jämte yrkeserfarenhet av varierande längd och innehåll. Kuratorerna har huvudsakligen haft erfarenhet av barn- och ungdomspsykiatri och familjerådgivning, psykologen av institutionell vuxenpsykiatrisk

vård samt ungdomsvårdsskola medan sjuksköterskor och skötare tidigare arbetat på traditionella psykiatriska vårdavdelningar. Underläkare representerar såväl läkare under vidareutbildning till psykiatrisk specialitet som sidoutbildning för allmänläkarkompetens samt AT-läkare.

För fortsatt handläggning av öppenvårdsärenden har klinikens arbetsschema innefattat särskilda tider för behandlingskonferenser under ledning av överläkaren. Därjämte har möjligheter förelegat till kontinuerliga och mer spontana sådana handledningskontakter.

Samtlig personal som har deltagit i öppenvården har haft inläggningsmöjligheter på avdelningen och samtliga personalkategorier har systematiskt medverkat i journalanteckningar.

Undersökningsmaterial. Undersökningen har omfattat alla nyanmälda patienter vid fördelningskonferenserna under två perioder 1974: 18/3—17/4 samt 17/9—16/11. Fördelningen på två perioder (av "typisk belastning") har skett för att kompensera säsongsvariationer beträffande ansökningsfrekvens och personalsituation. Under dessa perioder har särskild omsorg ägnats åt att alla nyanmälningar passerat mottagningssköterskan. Intervjuer i efterhand tyder på att endast ett fåtal fall (5—10 patienter) hamnat vid sidan om.

Undersökningen avser endast fall som primärt haft öppen vård vid kliniken. Konsultfall vid KSS och fall vid alkoholpolikliniken har inte inkluderats.

Undersökningsmetoder. Uppgifterna för undersökningen har inhämtats dels från listor över anmälda patienter, dels från anteckningar över åtgärder vid fördelningskonferenserna, dels från journalanteckningar. Materialet har insamlats av författarna.

Uppgifterna från amälningslistor och fördelningskonferenser torde vara systematiskt och fullständigt förda. Journalerna torde registrera samtliga patientkontakter som haft karaktären regelrätt öppenvårdsbesök och även förekomst av regelrätt ko-terapi, dvs med två befattningshavare ansvariga för handläggningen, medan däremot kortare kontakter av typen kompletterande sjuk-skrivning icke systematiskt journalförts.

Principen för val av undersökningsvariabler har redovisats tidigare och de valda variablerna framgår av resultatredovisningen.

Beskrivningen och analyseringen av materialet har skett med enkla procentberäkningar och enkla jämförande relationstal.

Diagnostiska kategorier. Det finns ingen systematisk diagnosstatistik för öppenvården vid kliniken. Sammanfattningsvis karakteriseras emellertid patientmaterialet beträffande svårighetsgrad och symptompekter (Ottoson & Perris 1973) av att det gällt neuroser med symptombilder dominerade av depressiva, asteniska, anxiösa, vegetativa och/eller fobiskt-anankastiska besvär. I vissa fall kan accessoriskt missbruk förelegat, enstaka fall har haft borderlinekaraktär eller gällt psykosor i ett lugnt skede.

Beträffande tidigare kontakter med psykiatrisk vård har av patienternas auto-anamneser framkommit uppgifter om tidigare psykiatrisk dygnet-runt-vård i 59/189 fall, det vill säga hos 31 %. Därav har 46, det vill säga 24 % av det primärt anmälda materialet (se nedan) enligt egen uppgift vårdats på Falbygdsklinikerna.

RESULTAT

Patientmaterialets sammansättning

Totala antalet patienter i materialet är 189, varav 68 i den första och 121 i den andra undersökningsperioden. Antalet remissfall är 58 %, i stort likartat för båda perioderna. En viss kvinnlig dominans föreligger, 59 % av alla patienter, men betydligt mer uttalad för den första (72 %) än för den andra perioden (52 %). Orsakerna till sistnämnda skillnad har ej kunnat fastställas men tyder på selektionsfaktorer som måste beaktas vid jämförelse mellan perioderna.

Ålderfördelningen var likartad för båda perioderna. Fördelningen för det sammanlagda materialet framgår av *tabell 1* och stämmer liksom könsfördelningen i stora drag med sedvanliga förhållanden i öppenvårdsverksamheten vid psykiatriska kliniker och även med neurosmorbiditeten (Hagnell 1970).

Tabell 1. Patientmaterialets åldersfördelning.

Ål- grup- per:	—20	21—	26—	36—	46—	56—	66—	76—	Sum- ma
		25	35	45	55	65	75		
Antal patien- ter	14	22	54	28	31	18	18	4	189
Pro- cen- tuell för- deln	7,4	11,6	28,6	14,9	16,4	9,5	9,5	2,1	100

Vad händer med en grupp nyanmälda?

86 % av alla anmälda fall kallades, 10 % utnyttjade inte denna tid och resterande 76 %, det vill säga 143 patienter, utgör det huvudsakliga underlaget för den fortsatta analysen (tabell 2).

Tabell 2. Vad händer med en grupp nyanmälda?

	Antal	(%)
Hänvisning till annan instans (FBK etc)*	21	11 %
Fick ej tid av annan anledning	7	4 %
Kom ej	18	10 %
Kom	143	76 %
Summa:	189	100 %

* Falbygdsklinikerna (9), barnpsyk (4), alk pol (3), familjerådgivning (2), övrigt (3).

Fördelningen av nyanmälda på olika personal-kategorier illustrerar att man i stora drag kunnat realisera målsättningen att sprida patientkontakter (tabell 3). Läkarna var engagerade i 57 % av samtliga fall och stod för 54 % av ensamterapifallen. Psykolog och kurator var engagerade i 50 % av samtliga fall och stod för 37 % av ensamterapifallen medan vårdpersonalen var engagerad i 18 % av samtliga fall och 10 % av ensamterapifallen.

Väntetiden från anmälan till etablerat första besök var i regel 1—4 veckor för alla personal-kategorier, utom överläkaren, med en kortaste väntetid på 2 dagar och en längsta väntetid på omkring 8

Tabell 3. Vad händer med en grupp nyanmälda? Patienternas fördelning på kontakter med olika yrkes-kategorier

Antal per Personal- resp grupp	Personal- kategori	Summa pat- kontakter procentuell andel av samtliga fall (N = 143)	Därav ensam- terapi (n = 102)
Period 1. 2.			
8,0	9,0 Sjuksköt/sköt	18 %	10 %
1,2	1,8 Kurator	17 %	20 %
1,0	2,0 Psykolog	33 %	17 %
1,5	2,7 Läkare under utbildning	37 %	36 %
1,0	1,0 Överläkare	20 %	18 %

veckor. För överläkaren var den kortaste väntetiden 5 dagar, den längsta väntetiden cirka 16 veckor.

Återbudsfrekvensen är generellt sett ringa och de relativa skillnaderna mellan olika personal-kategorier ganska små. Det finns en antydning till fler återbud för kategorin icke-läkare, möjligen avspeglade en svag benägenhet att icke acceptera denna typ av vårdkontakt (tabell 4).

Relationen antal patienter — väntetid — antal personal/yrkesgrupp måste givetvis bedömas med hänsyn till att framför allt vårdpersonalen och överläkaren haft ganska begränsad tid till förfogande för öppenvårdsmottagning.

Tabell 4. Antal patientkontakter/återbud vid första besökstiden fördelat på respektive personal-kategorier

Personalkategori	Antal patient- kontakter/återbud
Sjuksköt + sköt	5,2: 1
Kurator	13,5: 1
Psykolog + praktikant	7,7: 1
Totalt för icke-läkare	7,6: 1
Läkare under utbildning	9,5: 1
Överläkare	9,3: 1
Totalt för läkare	9,4: 1
Totalt antal patienter = 143	
Antal patientkontakter med icke-läkare = 99	
Antal patientkontakter med läkare = 85	

Tabell 5. Antal polikliniska kontakter med respektive yrkesgrupp 6 mån efter anmälningsdatum
Ko-terapi markerade för båda terapeuterna

Yrkesgrupp	Antal besök									Besöksmönster/yrkes- kategori	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1 besök	≤ 5 besök
Sjuksköt/sköt	8	11	3	3	1	1	—	—	1	3/10 pat	1/10 pat
Kurator	4	1	4	2	1	3	5	2	4	2/10 pat	6/10 pat
Psykolog	11	11	9	5	4	2	4	—	7	2/10 pat	3/10 pat
Läkare under utbildn	16	12	14	5	5	2	1	—	—	3/10 pat	1—2/10 pat
Överläkare	18	6	2	2	1	—	—	—	—	6/10 pat	3/100 pat
Antal patienter inom resp grupp (N = 143)	42	28	24	11	9	7	9	2	11		

Fortsatta kontakter

Andelen fortsatta och fler kontakter var störst för kurator — cirka 6 av 10 patienter hade 5 eller fler besök — och hos psykologen — hos vilken motsvarande siffror var 3 av 10 patienter. Motsvarande andelar av flerfaldiga (≥ 5) kontakter var förhållandevis lägre hos underläkare och sjuksköterska/skötare och obetydlig hos överläkare (tabell 5).

Cirka 30 % (42) av patienterna kom endast för ett besök under uppföljningsperioden (tabell 5). Andelen sådana besök var störst för överläkaren (6 av 10 patienter) medan övriga personalkategorier hade ungefär samman kontaktmönster (2—3 enstaka besök/10 patienter). Terapeutbyte före-

Tabell 6. Terapeutbyte i samma respektive till annan yrkesgrupp

Terapeut vid sista mätillfället	Byte till samma yrkes- grupp	Byte till annan yrkes- grupp
Sjuksköt/sköt	2	1
Kurator	—	3
Psykolog	1	—
Läkare under utbildning	5	4
Överläkare	—	1
Summa:	8	9

Antal patienter = 17

Antal patienter med 2 besök eller fler = 101

kom endast i ett fåtal fall (sammanlagt 17) och endast i ett fåtal fall har detta byte gällt fall som primärt fördelats på andra än läkare (tabell 6).

31 av de 42 patienter som haft 2 samtidiga terapeuter (ko-terapi) hade kommit till två eller flera besök. Samtliga dessa hade fått behålla en kontinuerlig kontakt med åtminstone någon av de primära terapeuterna. Resultatet stöder antaganden om att teamarbete och framför allt ko-terapi kan vara ett medel att förbättra kontinuiteten i vården (jämför t ex Laurell 1975). (Tabell 7.)

Tabell 7. Kontinuiteten i behandlingen. Terapeutbyte under uppföljningstiden för patienter som kommit för poliklinisk behandling ≥ 2 gånger.

Yrkeskategori I = ensamterapi II = ko-terapi	Uppföljningstid upptill 6 mån efter anmälnings- datum	
	Konti- nuitet	Ej konti- nuitet
Sjuksköt/sköt	I 3	3
”	II 12	—
Kurator	I 15	3
”	II 6	—
Psykolog	I 12	1
”	II 25	—
Läkare under utbildning	I 19	9
”	II 11	—
Överläkare	I 3	1
”	II 8	—

Behovet och möjligheterna till kontinuerlig kontakt för samma terapeut kan betingas av många faktorer:

- anledningen till konsultationen,
- patientens motivation och möjlighet att återkomma,
- terapeuters arbetsmetodik,
- tillgången till kontinuerligt tjänstgörande personal och
- andra resursaspekter.

Samverkan av sådana faktorer kan förklara de påtagliga skillnaderna i de olika personalgruppernas kontaktmönster. Överläkarens stora andel av enstaka besök kan sammanhålla med relativt många kvalificerade intygsutredningar som haft mindre behov av upprepade kontakter, vidare bristande tid för täta kontakter. Relativt kortvariga kontakter med underläkarna förklaras av AT- och sidoutbildningens kortvarighet. En primär selektion av patienter i behov av längre tids stödjande samtalsterapi kan förklara den relativt stora andelen långa och täta kontakter med kurator och psykolog.

Inskrivning till dagvård eller dygnet-runt-vård

Överförandet av patienter från öppen vård till dagvård eller dygnet-runt-vård kan betingas av olika orsaker: försämring i patientens tillstånd eller sociala situation, behov av mer kontinuerlig observation eller utredning, behov av särskild miljöterapi — men också med bristande tid eller säkerhet hos terapeuten.

Tabell 8. Inskrivning för dagvård eller dygnet-runtvård vid psykiatriska kliniken i Skövde. Kumulativa siffror under en uppföljningstid på 6 mån. Antal patienter = 17.

Yrkeskategori	Totalt antal	Därfall ensamt	Därfall skrivna vid kliniken	
		terapi + ko-terapi	skrivna vid kliniken	
Sjuksköt/sköt	7	28	8	3: 10
Kurator	1	25	2	1: 10
Psykolog	2	49	4	1: 10
Läkare under utbildning	3	53	6	1: 10
Överläkare	—	28	2	1: 10

Under uppföljningstiden överfördes 12 % eller 17/143 av patienterna till sådan högre vårdform (tabell 8). Andelen inskrivna fall fördelar sig tämligen jämt mellan de olika kategorierna ehuru med några fler inskrivna för kategorin sjuksköterska/skötare. De sistnämnda kan till någon del utgöras av fall där man primärt räknat med inläggning på avdelningen och då etablerat snarast möjlig kontakt med någon av avdelningspersonalen.

Vem samverkar med vem?

I cirka 30 % av fallen (41/143) etablerades redan primärt (i något fall under behandlingens gång) ko-terapi med två befattningshavare ansvariga för handläggningen. Anledningen till sådan ko-terapi var skiftande: behovet att komplettera en utbildnings- och yrkesbakgrund med en annan erfarenhet, utbildningsskäl, kontinuitetsskäl eller behov av två terapeuter för familjeterapi.

I mönstret av ko-terapi tenderar vårdpersonal och psykolog till mer ko-terapi än andra personal-kategorier och även till ett bredare kontaktmönster (tabell 9 och 10). För läkare under utbildning utvecklas ett ändrat mönster så att antalet ko-terapi stiger från 0 i första till 18 i den andra perioden.

De konstaterade skillnaderna är ganska små men trots detta så konsistenta att de sannolikt avspeglar systematiska skillnader i arbetssätt och arbetsfördelning.

Resultatet visar samverkan av personal med

Tabell 9. Ensamt terapi|ko-terapi fördelat på olika yrkeskategorier.

En jämförelse mellan period 1 och 2

Yrkeskategori	Period 1:		Period 2:	
	S:a pat	därfall ko-terapi	S:a pat	därfall ko-terapi
Sjuksköt/sköt	14	5: 10	14	8: 10
Kurator	8	2: 10	17	2: 10
Psykolog	14	6: 10	35	7: 10
Läkare under utbildning	11	0	42	4: 10
Överläkare	15	3: 10	13	4: 10

Tabell 10. Vem är ko-terapeut under behandlingens gång?

Yrkeskategori	Yrkeskategori				
	1	2	3	4	5
1. Sjuksköt/sköt	4	—	7	4	3
2. Kurator	—	—	5	—	—
3. Psykolog	7	5	2	10	8
4. Läkare under utbildning	4	—	10	4	—
5. Överläkare	3	—	8	—	—

(1 markering för varje yrkesperson, 2 markeringar inom samma ruta om båda terapeuterna faller inom samma yrkeskategori)

olika utbildning och referensram såtillvida att psykologerna i stor utsträckning kompletterat personal med mer medicinsk utbildning. Den andra yrkeskategorin med dominerande psykosocial referensram, kuratorerna, visar en annan bild med huvudsakligen ensam-terapi och ko-terapi endast med psykologen.

Även överläkaren har förhållandevis liten frekvens av ko-terapi. Till detta resultat måste dock fogas kommentaren att tidsmässigt begränsade insatser i form av kort handledning från överläkarens sida etc icke journalförs och därför icke registrerats. Anmärkningsvärt är dock att ingen registrerad ko-terapi förekommit mellan överläkare och underläkare. Det kan sammanhånga med att behovet av utbildningskontakter blivit väl tillgodosett i avdelningsarbete, auskultation, vid konsultarbete etc. Men det kan också avspegla en risk att överläkarens traditionella handledning av underläkare kan komma på undantag i ett läge då ökade kontakter mellan överläkare och psykologer/kuratorer kan ha dubbel motivering: klinisk handledning av dessa yrkesgrupper men också en komplettering av teamets terapeutiska bredd genom personal med en mer renodlad psykosocial referensram.

SAMMANFATTANDE DISKUSSION

Resultatet belyser att det varit möjligt att utveckla våra grundläggande riktlinjer vid försöksverksamheten med lagarbete. Med den fördelning som skett vid fördelningskonferenserna har patienter

och personal accepterat öppenvårdskontakter med andra än läkare och också återkommit för upprepade besök. Terapeutbyten har förekommit i endast ett fåtal fall och utan någon påtaglig strömning i riktning mot ökade läkarkontakter.

— Endast en antydning till något högre återbuds-frekvens hos patienter som fått kontakt med andra än läkare har kunnat noteras.

Vårdpersonalens öppenvårdskontakter har i något större utsträckning karakteriserats av ko-terapi och i något större utsträckning av patienter som senare lagts in för halvöppen eller dygnet-runt-vård.

I samtliga fall av ko-terapi kunde behandlingen under follow-up perioden fullföljas med kontinuerlig kontakt med åtminstone någon av de primära terapeuterna.

Så långt de tre första av de inledningsvis uppställda frågeställningarna (1; 2.1—2.2).

Vad gäller den sista frågeställningen (2.3.) ger resultatet vid handen att lagarbete inte automatiskt innebär en tendens till samarbete mellan personal med kompletterande utbildning och referensram.

Fortsatta frågor. Vår egen väsentliga behållning av undersökningen är att den belyser att en omorganisation av traditionell psykiatrisk öppenvårdsmottagning till ett teamarbete varit möjlig att genomföra relativt snabbt och med ganska små medel.

Den djupare betydelsen av detta för patienter, personal och värdeekonomi har inte kunnat belysas.

Här kan a priori men också med utgångspunkt från undersökningens resultat en rad följdfrågor uppställas:

Beträffande patientfaktorer

- För vilka diagnostiska och andra kategorier kan en motsvarande arbetsfördelning komma till stånd?
- Patienternas preferenser vid fritt val av terapeutkategorier?
- Olika kontaktmönsters effekter på patienternas

välbefinnande, sjukskrivningstid, familjeförhållanden etc?

Beträffande personalfaktorer

- Personalens attityder och erfarenheter av olika kontaktmönster?
- Betydelsen av personliga/professionella faktorer för fördelningen av arbetsuppgifter?
- Utvecklingen av en integrerad arbetsform med kompletterande personal och synsätt kontra en konfliktmodell med samarbete mellan läkare-läkare, läkare-sjuksköterska å ena sidan och å andra sidan psykologer-psykologer, psykologer-kuratorer?

Beträffande samhälleliga och politiska faktorer

- Värdeekonomiska aspekter på olika arbetsfördelning?
- Behov och möjlighet av ändrade bestämmelser när det gäller sjukskrivningsrätt och andra försäkringskassebestämmelser knutna till vissa personalkategorier etc?

Fortsatta undersökningar av dessa och liknande frågeställningar är angelägna socialmedicinska forskningsuppgifter.

REFERENSER

- Andersson H., P.-A. Bergman, E. Neander, J. E. Spek & C.-G. Westrin:* Utvärdering av barn- och ungdomspsykiatrisk verksamhet. Manus Skövde 1975
- Andersson J. A. D.:* The Health Team in the Community. The Lancet. sept 27 1969.

Asplund A. & Chr. Freyman: Barnpsykologisk rådgivningsbyrå? Socialmedicinsk tidskrift 47: 555, 1970.

Bengtsson H.: Vad innebär det att arbeta i ett psykiatriskt team? Reportage från barn- och ungdomspsykiatriska kliniken i Lidköping. Manus (publ Läkartidningen sept 1975)

Crafoord C. & A.-G. Lassinantti: Ett år med "Psykiatriska verksamheten" i Luleå. Läkartidningen 71: 2377—2380, 1974.

Den psykiatriska vårdens målsättning och organisation. Rapport från expertgrupper. Socialstyrelsen. Stockholm. 1973.

Driftsplan för den psykiatriska vården inom Skaraborgs län 1973—1975. Stencil. Skaraborgs läns landsting. Mariestad 1972.

Hagnell O.: Psykiska insufficienser i en totalbefolkning. Läkartidningen 1970: 3664—3668.

Laurell B.: Erfarenheter av psykiskt teamarbete i Värmland. Föredrag vid Svenska psykiatriska föreningens vintermöte, Uppsala 1975.

Lindblom A.: Poliklinik 2 på KS ställer upp helhjärtat då krisen är akut. Socialnytt no 4, s 26, 1975.

Lindgren G. m fl: Socialläkarverksamhet. Temanummer. Socialmedicinsk tidskrift 47: 498, 1970.

Nacka-projektet: Kan satsning på öppen vård minska behovet av slutenvården? Socialnytt no 9, s 22. 1974.

Ottoson J.-O. & C. Perris: Multidimensional classification of mental disorders. Psych. Med. 2: 238—243, 1973.

Robak O. H.: Oppbyggingen av psykiatrisk teamarbete. Socialmedicinsk tidskrift 52: 7—8, 1975.

Plan för psykiatrisk vård i Skaraborgs län. Skaraborgs läns landsting, Mariestad 1974.

Planen för psykiatrisk vård i Värmlands län. Värmlands läns landsting, Karlstad. 1971.

Westrin C.-G.: Allmänläkaren och psykiatrin. Socialmedicinsk tidskrift 50: 32 of, 1973.