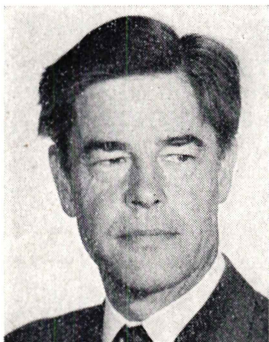


Modeller för samverkan

Modell för samverkan på en psykiatrisk rehabiliteringsavdelning



Sven Jonas Dencker



Charlotte Lindell

En bärande princip på vår klinik har varit att ersätta vård i konventionell mening med terapeutiska program, som inkluderar psykoterapi och social träning. I vår trängda ekonomiska situation kan större terapeutiska programvinster bara åstadkommas genom att delegera uppgifter till personal, som på en konservativ avdelning skulle vara sysselsatt med vårduppgifter. Detta ställer krav på samverkan ur olika aspekter.

Efter ett inledningsanförande vid Svenska Psykiatriska Föreningens vårmöte i Göteborg, maj 1971.

Rehabiliteringsavdelningen vid Klinik II, Lillhagens sjukhus, har klinikens svåraste kroniska patienter. Den basala behandlingsenheten består av 4—6 patienter, som handhas av en gruppleddare, mentalskötare på dagtid. Behandlingsprogrammet är starkt individualiserat men gruppträningsaspekter finns alltid med i programmet. Gruppleddarna får daglig praktisk handledning. Medicinska frågor sköts främst av avdelningsläkare och avdelningssköterska medan psykologen huvudsakligen ger vidareutbildning i olika former av psykoterapi. En eller flera av gruppleddarna sköter avslappningsövningar, desensibilisering samt aversionsterapi. Injektionsbehandling samt nödvändig social uppföljning handhas av avdelningssköterskan.

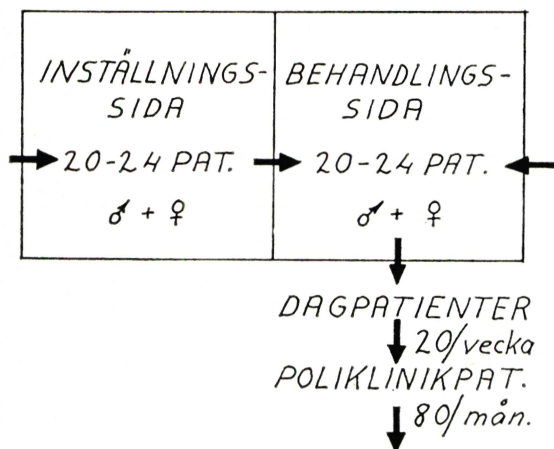
Behandlingen har lett till att ett stort antal patienter med mångårig sjukhusvård kunnat utskrivas till dagvård eller poliklinisk behandling. Modellen har dessutom medfört ökad trivsel i form av bättre engagemang, ökad stimulering och öppnare atmosfär.

Sven Jonas Dencker är överläkare vid Klinik II, Lillhagens sjukhus, där Charlotte Lindell är kurator.

Rehabiliteringsavdelningen

Den avdelning vi valt som demonstrationsobjekt, nämligen vår rehabiliteringsavdelning, är en vanlig mentalvårdsenhet på 46 sängar, stora salar på 6—8 bäddar vardera. Ekonomiavdelningen ligger i mitten, vilket ger en naturlig uppdelning i två underavdelningar. Till följd av bristande personalresurser har vi valt att koncentrera våra mer kvalificerade terapeutiska åtgärder till den ena underavdelningen, som vi benämner behandlingsidan. Den andra kallas för inställningssidan. Se *figur 1*, som också visar patientflöden. Avdelning och behandlingsprinciper kommer senare att be-

Figur 1. Rehabiliteringsavdelningen med beläggning och patientflöden.



skrivs i detalj (Dencker, Johnsson, Lindberg och Malm, 1972).

Rehabiliteringsavdelningen har klinikens svåraste kroniska patienter. Också arbetet på inställningssidan har rehabiliteringskaraktär men vi driver där inte samma specialiserade vård som på behandlingssidan. Behandlingen på inställningssidan präglas framför allt av psykofarmakologiska behandlingsförsök samt en viss social- och ADL-träning. Kroniska fall, som behöver återintagas på sjukhuset, vistas ofta en kortare behandlingsperiod på inställningssidan. Efter en lyckad rehabiliteringsprocess får patienten under en övergångsperiod gå först som dagpatient och sedan som poliklinisk patient på rehabiliteringsavdelningen, innan han remitteras till vår socialpsykiatriska avdelning eller klinikens allmänna mottagning.

Behandlingsteamet

Den basala behandlingsenheten består av 4—6 patienter, som handhas av en gruppleddare, mentalskötare på dagtid. Behandlingsprogrammet för

En bärande princip på vår klinik har varit att ersätta vård i konventionell mening med terapeutiska program, som inkluderar psykoterapi och social träning.

Rehabiliteringsavdelningen har klinikens svåraste kroniska patienter.

varje patient är starkt individualiserat men gruppträningsaspekter finns alltid med i programmet. En stor del av programmet upptas av individuell psykoterapi och grupp psykoterapi samt social träning. Gruppleddaren deltar i samtliga dessa aktiviteter och hans/hennes tid upptas till minst 50 % av sådana sysselsättningar.

Avdelningens ledning består av en underläkare, en biträdande psykolog, en avdelningssköterska, samtliga med heltid, samt en kurator på halvtid. Varje patient får ett individuellt terapiprogram på ofta 2—3 månader, eventuellt längre vid behov. Styrningen och kontrollen av detta patientprogram sker varje vecka med deltagande av samtlig personal på avdelningen.

Vid en konferens varje dag får gruppleddarna praktisk handledning av främst psykologen och avdelningssköterskan. Parallellt med denna handledning sker en fortlöpande undervisning av gruppleddarna. Medicinska frågor sköts främst av avdelningsläkaren och avdelningssköterskan, medan psykologen huvudsakligen ger vidareutbildning i olika former av psykoterapi.

Avdelningens fyra ledare sköter psykoterapin, såväl den individuella som i grupp, med gruppleddarna som co-terapeuter. Som komplettering till denna mer kvalificerade psykoterapi sköter gruppleddarna kompletterande psykoterapi i samråd med huvudterapeuten. Den sociala träningen på fältet sköts av gruppleddarna.

En eller flera av gruppleddarna sköter avslappningsövningar, desensibilisering samt aversionsterapi. Åtskilliga dagpatienter samt polikliniska fall erhåller en fortlöpande individuell psykoterapi eller grupp psykoterapi och denna handhas huvudsakligen av psykologen. Det absoluta flertalet av

Den basala behandlingsenheten består av 4—6 patienter, som handhas av en gruppleddare, mentalskötare på dagtid.

Vid en konferens varje dag får gruppledarna praktisk handledning av främst psykologen och avdelningssköterskan.

de utskrivna kroniska schizofrenierna står på antipsykotiska depåpreparat. Injektionsbehandlingen samt den nödvändiga sociala uppföljningen handhas av avdelningssköterskan.

Behandlingsprinciper och resultat

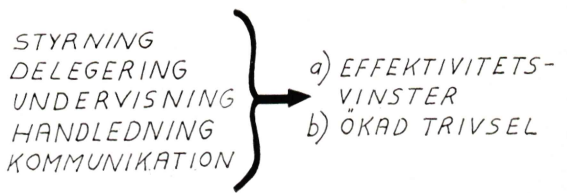
De viktigaste principerna i vårt program anges i figur 2. En förutsättning för att systemet skall fungera är att det föreligger en ordentlig styrning, d v s organisation av verksamheten. Först härigenom kan också självklara kvalitetskrav upprätthållas. Sådana kvalitetskrav med samtidiga höga målsättningar och stort omfång av patienter kan inte åstadkommas med en hierarkiskt arbetande läkare. Åtskilliga organisatoriska uppgifter av konventionell läkarnatur har därför lämnats över till framför allt psykolog, avdelningssköterska samt kurator. Mentalsköterna medverkar som aktiva co-terapeuter också i kvalificerade sammanhang.

Förutsättningen för delegering, som vi ser det, är att det sker en kontinuerlig vidareutbildning på avdelningen kring aktuella patienter och dagens praktiska problem beträffande psykoterapi, social träning, medicinska problem. Handledning och därtill hörande feed-back upptar en förhållandevis stor del av de olika medlemmarnas tid. Härigenom har vi också kunnat skapa en god kommunikation i alla led kring patienten.

Behandlingsvinsterna kan bla utläsas ur siffrorna från figur 1. De 20 dagpatienter och cirka 80 poliklinikpatienter, som där finns redovisade, har efter kvalificerade rehabiliteringsprogram

De 20 dagpatienter och cirka 80 poliklinikpatienter, som där finns redovisade, har efter kvalificerade rehabiliteringsprogram kunnat skrivas ut från avdelningen efter vanligtvis många års vård.

Figur 2. Några väsentliga principer inom behandlings- teamet samt huvudsakliga vinster med denna modell för samverkan.



kunnat skrivas ut från avdelningen efter vanligtvis många års vård. Det rör sig här om patienter som med konventionell behandling icke blivit bra (Malm, 1970). Modellen har dessutom lett fram till ökad trivsel i form av bättre engagemang, ökad stimulering, öppnare atmosfär.

För att belysa flödet kan nämnas att 105 patienter (225 vårdtillfällen) skrivits ut från avdelningen under 1970. Av dessa överfördes 30 patienter till dagvård och 81 till poliklinisk behandling. Till följd av vår utslussningspolitik, får vi naturligtvis en överlappning, varför totalantalet patienter blir större än 105. Siffrorna i figur 1 anger platser på avdelningen, icke omsättningen. Såväl dag- som poliklinikplatserna på avdelningen har varit relativt stationära, då det ju rör sig om i stort sett kroniska sjukdomar.

LITTERATUR

1. S. J. Dencker, A. Johnsson, D. Lindberg och U. Malm: Psykoterapistyrt psykofarmakabaserat behandlingssystem. I manuskript.
2. U. Malm: ADL-träning och annan behandling vid psykisk sjukdom. Arbetsterapeuten (1970).