

Kommentar från verksamhetschef Tore Hegle:

Utvärderingen har lett till diskussion om journalföring och dokumentation

Tore Hegle, verksamhetschef för öppenvårdspsykiatri i Gagnef, kommenterar i nedanstående artikel några av iakttagelserna i utvärderingsrapporten.

Erik Wennström har inte haft möjligheter att studera skillnader i slutenvårdskonsumtion eller kostnadseffektivitet mellan oss och Leksand men har i utvärderingen kastat fram tanken att vår organisation kan vara mycket kostnadseffektiv. Om jag ser till den konsumtion av slutenvård som Gagnefs psykiatriska patienter har fått, finns klara skillnader över åren. 1994 konsumerades 2 300 vård dygn i slutenvård, 1995: 2 500 och 1996: 1 250. Om vi bara ser till den vård som konsumerats i Säter (där de svårast sjuka har vårdats) har vård dygnskonsumtionen sjunkit med drygt 40 procent från 1995 till 1996.

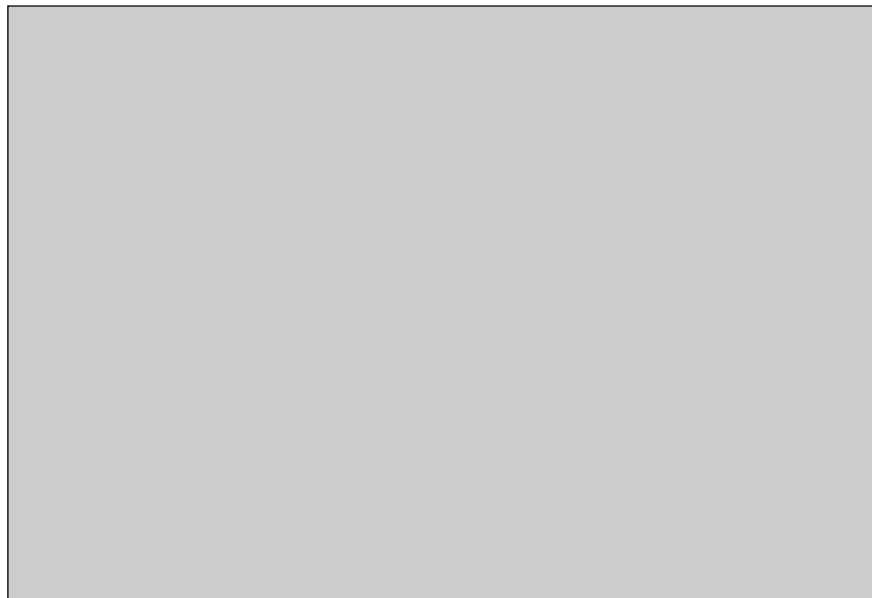
Startade rehabiliteringsprojekt

Det är riktigt att vi från början hade små resurser för rehabilitering av psykiskt långtidssjuka. Emellertid var resursstorleken inte den viktigaste begränsande faktorn. Ingen tidigare erfarenhet hos kommunens aktörer av psykiatrisk rehabilitering, avsaknad av såväl kommunala aktiviteter och särskilt boende för de kroniskt sjuka som modell för samarbete i rehabiliteringsfrågor (mellan psykiatri, kommun, försäkringskassa och arbetsförmedling) var stora hinder. De ledde till att vi sökte medel med hänvisning till LSS (Lag om stöd och service till vissa funktionshindrade; »Handikaplagen») och startade ett rehabiliteringsprojekt som även innebar en metodutveckling.

Sedan 1995 har projektet lett till en betydligt mer strukturerad och framgångsrik rehabilitering. Bland annat har två unga personer kommit in i »riktigt» arbete, vilket är mycket i en så liten kommun (10 400 invånare). Vi har även i mycket intimt samarbete med kommunen hjälpt en kroniskt sjuk person att flytta hem i kommunalt boende från att i närmare 40 år ha vårdats på mentalsjukhus.

Brister i journalföringen

Utvärderingen har visat på brister i journalföringen. Detta var något som vi hade »på känn» innan och är ett fenomen som även går igen i somatisk vård.



Ofta har det saknats plan och mål för behandlingen, och det har brustit också i uppgifter om yrke, socialt nätverk och boendesituation.

Det är heller inte bra att så stor andel av de långvarigt sjuka saknade dokumentation som visade om eller att vården diskuterats med psykiater. Nu tror jag att en stor del av dessa patienter hade diskuterats på den behandlingskonferens som distriktsläkarna har varje vecka med psykiater, men att läkaren inte från konferensen tagit sig tid att diktera in uppgifterna i patientens journal.

Dessa brister som rapporten lyfter fram har föranlett en diskussion om journalföring och behovet av dokumentation av »mjuka» data. Vi har också infört en rutin som lägger ett uppföljningsansvar på psykiatrisjuksköterskorna vad gäller de långvarigt sjuka så att dessa patienter regelbundet får träffa psykiater tillsammans med ansvarig distriktsläkare.

Räcker psykiaterresursen?

Intresset för modellen har inte varit särskilt stort inom professionen i Dalarna. Däremot har jag haft förfrågningar från andra delar av landet och varit i väg och berättat om verksamheten för såväl psykiatri som primärvården i norra och södra Sverige.

Det man undrat över är framför allt om patienterna får tillräcklig psykiaterresurs (vår konsultpsykiater är hos oss en dag i veckan) och om verksamheten

– Vi skall heller inte glömma att den somatiska vården tillför den psykiatriska vården ny kunskap. Det gör att omvårdnadspersonalens kunskaper i medicinska frågor hålls på en hög nivå, framhåller verksamhetschef Tore Hegle.

kan bedrivas optimalt när psykiatern endast fungerar som konsult och inte har organisationsansvar. Hos oss blir psykiaterns arbete en klart renodlad spetskompetens. Mycket rutinarbete sköts av distriktsläkarna, och psykiaterns tid blir effektiv.

Man har också undrat om psykiatripersonalen kan upprätthålla sin kompetens när den befinner sig i primärvårdens organisation och vi inte ser på den som ett isolerat team. Inom personalgruppen finns fullständig kompetens: psykiater, psykologer, psykiatriska sjuksköterskor. Den samlade kunskapen är alltså omfattande, och kunskapsutbyte och diskussion sker som i ett psykiatriskt team i en sedvanlig organisation. En professionell handledning utanför organisationen samt mycket stor satsning på fortbildning gör att man inte förlorar kunskap och professionell hållning.

Sedan skall vi inte glömma att den somatiska vården tillför den psykiatriska vården ny kunskap och gör att omvårdnadspersonalens kunskaper i medicinska frågor hålls på en hög nivå – vi vet att de långvarigt psykiskt sjuka ofta har somatiska sjukdomar, och det finns en risk att dessa missas i en renodlad psykiatrisk organisation.

Tore Hegle