

Guðrún K. Blöndal og Kristín Valgerður Ólafsdóttir

Bilið brúað milli bráðadeildar og hefðbundinnar göngudeildar þjónustu

Reynslan af sérhæfðri endurhæfingardeild (D28)

Endurhæfing

Endurhæfing einstaklinga með alvarlega geðfötlun er flókið og margbreytilegt ferli sem tekur á öllum þáttum meðferðar. Hún krefst þolinmæði og fagmennsku margra meðferðaraðila. Frá upphafi verður að gera ráð fyrir löngu bataferli (1)

Ýmis áföll og sjúkdómar geta orðið til þess að skjólstæðingur getur ekki nýtt hæfileika sína og getu til þess að sjá sér farborða og staðist kröfur samfélagsins.

Heilsa og heilsuleysi er oft sett fram sem andstæður en í raun er heilsuleysi oft einskonar ferli, veikleiki á einhverju sviði sem birtist og þróast við vissar aðstæður og á þetta ekki síst við um marga geðsjúkdóma (1). Í þessum tilvikum er sjúkdómurinn hluti af lífi þessa fólks.

Ljóst er að þegar sjúkdómurinn hindrar virka þátttöku einstaklinga í samfélaginu, er árangursrík meðferð og endurhæfing ásamt eftirfylgni forsenda þess að þeir geti aðlagast samfélaginu að nýju. Þannig má segja að endurhæfing feli í sér tvo megin þætti. Annars vegar meðferð sjúkdómsins sem hindrar sjúklinginn í þátttöku í eðlilegu lífi og hins vegar vinnu sjúklingsins að eigin aðlögun að samfélaginu og ábyrgð á eigin lífi.

Einnig er mikilvægt að tekið sé tillit til þjóðfélagslegra aðstæðna. Áriðandi er að læknismeðferð og vinna þverfaglegra hópa meðferðaraðila sé stunduð samhliða, í nánú samstarfi við skjólstæðinginn og aukin áhersla sé lögð á reglulega eftirfylgni (2).

Nú í dag eru til fjölmargar aðferðir og áætlanir fyrir endurhæfingu. Margar grundvallarreglur og einstakir þættir þeirra eru hluti af flestum áætlunum og hér á eftir eru settar fram nokkrar grunnreglur og hugtök úr ólíkum meðferðaráætlunum sem hafa mótað starfið á deild 28 (3).

Allt fólk hefur getu til að þroskast og þeir sem



búa við hindranir vegna sjúkdómseinkenna, geta bætt líkamlega og tilfinningalega hæfni sína.

Mjög mikilvægt er að veita hverjum og einum aftur trú á framtíðina, sjálfan sig og getuna til að móta eigin aðstæður. Endurhæfing geðfatlaðra gengur út frá markmiði hvers og eins. Það hefur þá þær forsendur að einstaklingurinn sjálfur taki þátt í að setja fram markmið endurhæfingarinnar, það er að segja, að hann geti valið sér bústað og viðfangsefni. Það er mikilvægt að hver og einn sé ánægður með sitt umhverfi svo að hann geti brugðist við kröfum samfélagsins.

Leggja verður áherslu á getu hvers og eins til að stjórna endurhæfingarferlinu og er það einhver allra mikilvægasti þáttur árangurriks starfs að endurhæfingu (4). Stefnt er að því að ná árangri sem er mikilvægur fyrir hvern og einn. Nauðsynlegur þáttur í endurhæfingu skjólstæðinga er virk þátttaka einstaklingsins að eigin markmiðum (5). Skilgreina þarf skemmri og lengri tíma markmið og að hver þáttur sé raunhæfur hverju sinni. Endurhæfing þarf að vera mælanleg og árangurstengd, svo að meta megi ferli skjólstæðings og framfarir.

Við gerð áætlunar er gengið út frá því umhverfi sem viðkomandi lifir. Gengið er út frá því umhverfi sem er raunverulegt á hverjum tíma. Markmiðið er að viðkomandi einstaklingur verði ánægður og geti uppfyllt eigin þarfir, orðið við kröfum samfélagsins og búið í sínu umhverfi. Unnið er að því að bæta getu til virkni með aðgerðum sem þróa nýja færni eða hjálpar viðkomandi persónu að nota getu sem hann þegar hefur.

Endurhæfing og meðferðaráætlun leggur áherslu á að skjólstæðingar stundi vinnu eða nám í samfélaginu eins og geta þeirra leyfir hverju sinni. Áhersla er einnig lögð á aðra þætti

sem eru ekki síður mikilvægir og það sem skilgreinir árangursríka endurhæfingu er innihaldsríkt viðfangsefni og að hver og einn eigi sinn eðlilega sess í samfélaginu.

Endurhæfing þarf að fjalla um sérstakar þarfir hvers og eins og vera löguð að hverjum einstaklingi. Einstaklingsbundin endurhæfingarátætlun þarf að uppfylla mismunandi þarfir ólíkra einstaklinga (5).

Endurhæfing getur falið í sér að skjólstæðingur, fjölskylda og aðstandendur þurfi að breyta forgangsröðun sinni að hinum ýmsu lífsgæðum á meðan sjúkdómurinn er virkur. Alvarleg geðröskun getur haft áhrif á þroska, viðhorf og lífssýn skjólstæðings og hans nánustu.

Ýmsar forsendur eru mikilvægar til þess að meðferðin verði árangursrík.

Efnahagslegt öryggi sem gerir sjúklingnum kleift að eiga samfélagsleg samskipti við annað fólk. Að stunda skemmtanir, leikhús og félagslíf eftir getu, er þáttur í ferli samfélagsaðlögunar hvers skjólstæðings. Enski samfélagsfræðingurinn Michael Murry lýsti langvarandi sjúkdómum sem hruni alls lífsferlis hins sjúka.

Lífsmyndin breytist því og skerðing verður á sjálfsmynd einstaklingsins. Það getur haft áhrif á bata að skjólstæðingur fái skýringu á sínum veikindum. Ekki eingöngu vísindalega grundvölluð sannindi, heldur persónulegar skýringar sem gefa lífi einstaklingsins merkingu og skýrir stöðu hans. Hér geta þjóðfélagslegar eða trúarlegar skýringar skipt máli og þær skýringar eru stundum að hjálpa sjúklingunum.

Skjólstæðingar þurfa að þekkja rétt sinn til að fá hjálp frá stofnunum samfélagsins. Fyrir flestum eru stofnanir óhlutkenndar, eitthvað sem að vísu uppfyllir vissar þarfir en er ekki í persónulegum tengslum við vandamál hvers og eins. Aðgerðir fagfólks eru framlag þessa ópersónulega aðila sem ekki byggja upp persónuleg tengsl á milli manna. Reglur og umgjörð stofnana geta leitt til þess að sjúklingurinn tortryggi faghópa stofnunarinnar. Tortryggni sjúklinga í garð meðferðaraðila getur leitt til vantrausts á allri hinni faglegu meðferð. Þegar svo illa tekst til, getur það leitt til þess, að sjúklingum finnist þeir beinlínis vera vanræktir.

En ef sjúklingarnir skilja frávik frá hefðbundnum reglum við meðferðina sem persónulegt framlag til umönnunar þeirra, getur það skap-

að gagnkvæm tengsl milli meðferðaraðila og sjúklinganna og þannig aukið traust þeirra á meðferðinni (5).

Því er líklegt að fagleg vinnubrögð geti verið ólík og af ýmsu tagi. Því getur verið að hin hefðbundnu faglegu vinnubrögð, sem ganga út frá óhlutkenndri afstöðu til persónulegrar þátttöku meðferðaraðilans, þurfi á viðbót annarskonar fagvinnu að halda, þ.e.a.s. fagmennsku sem byggð er á persónulegri afstöðu og hlýleika gagnvart vanda sjúklinganna. Því getur verið að það starf sem nú er oft talið ófaglegt sé í raun og veru mjög faglegt og líklegt til árangurs (5).

Markmið þeirra sem fást við endurhæfingu fólks, getur ekki verið eingöngu að setja fram nýjar kenningar um meðferð, heldur hlýtur að miðast við að veita þeim hjálp sem hennar þurfa. Þarf að skilja hvern og einn í sínum samfélagslegu tengslum og þá er allt sem getur verið til hjálpar og ber árangur rétt leið til meðferðar. Á síðari árum hefur athygli þeirra sem starfa með skjólstæðinga að endurhæfingu, beinst æ meira að þátttöku skjólstæðinga. Þannig reyna skjólstæðingar oft að vinna gegn tilteknum einkennum og vandamálum sem geta verið afleiðingar af ýmsum truflunum í lífi þeirra.

Leiðir skjólstæðinga til að fást við eigin vanda, geta stundum verið í andstöðu við leiðir geðlækninga, hjúkrunar og samfélagshjálpar. Sjúklingur getur ýmist brugðist við sjúkdómnum sínum með aukinni virkni eða minnkandi virkni. Slík viðbrögð eru oft tímabundin. Aukin virkni getur leitt skjólstæðinginn til þess að komast í samband við annað fólk og orðið liður í samfélagslegri aðlögun hans. Minnkuð virkni getur verið afleiðing af slæmu áfalli. Hún getur því verið einskonar hvíldartímabil þegar hann reynir að ná sér.

Einstaklingurinn reynir að skilja sjúkdóminn til að fá samhengi og skýringu á því sem gerst hefur. Árangursrík endurhæfing er byggð á samvinnu. Þátttaka annarra í endurhæfingunni skiptir afar miklu máli og getur skipt sköpum. Þessir aðrir eru fjölskyldumeðlimir, skyldmennir, vinir og fagfólk.

Skjólstæðingar upplifa öryggi þegar þeir hljóta meðferð og umönnun fagfólks. Hinsvegar hefur það ekki verið fagmennskan sem skjólstæðingar leggja áherslu á, heldur traust á hin persónulegu tengsl, það að þeir séu sýnilegir og á þá sé hlustað.



Starfsemi deildarinnar

Deild 28 er ein af endurhæfingardeildum geðsviðs LSH og er staðsett í húsi Öryrkjabandalagsins, Hátúni 10.A. Deildin er sérhæfð endurhæfingar-deild og hefur aðstöðu fyrir 10 skjólstæðinga í sólarhringsvistun og margfalt fleiri einstaklinga (20+) sem koma daglega í eftirlit og stuðning. Deildin hefur því sinnt sólarhringsþjónustu, dagdeildar þjónustu og göngudeildar þjónustu sem hefur verið aðlöguð eftir þörfum sjúklingsanna á hverjum tíma. Segja má því að deildin hafi frá upphafi reynt að sveigja sig að þörfum skjólstæðinganna.

Skjólstæðingar leggjast inn eftir biðlistum og forgangsröðun, sem metin er hverju sinni af sérhæfðu endurhæfingarteymi. Deildin hefur sinnt sérhæfðri framhaldsmeðferð einstaklinga með geðklofa, geðhvörf og endurtekið alvarlegt þunglyndi. Deildin hefur tekið til framhaldsmeðferðar skjólstæðinga frá bráðageðdeildum en jafnframt sinnt forvörnum til lengri tíma fyrir þessa skjólstæðinga. Í þessu felst því einnig fyrsta stigs forvörn þ.e.a.s. að fyrirbyggja ný einkenni en þarna koma inn margir þættir t.d. almenn efling líkamsvitundar og þjálfun auk kennslu um fyrirbyggjandi þætti t.d. áhættu af nautnalyfjum. Auk þess er sinnt annars- og þriðjastigs forvörnum en í því felst að ná sem mestum mögulegum bata og að viðhalda bata. Góð endurhæfing þeirra, sem haldnir eru geðsjúkdómum felst í öllum þessum þáttum.

Reynslan hefur sýnt að vanda verður val þeirra sem teknir eru til meðferðar hverju sinni. Sú aðferð hefur þróast á deildinni að eftir beiðni t.d. frá bráðadeild fer sérfræðingur deildarinnar og metur sjúkling. Metinn er geðhagur, félagsstaða, fyrri geðsaga, saga um misnotkun lyfja eða áfengis, fjárhagur, húsnæðismál, geðlyfjanotkun, líkamlegir sjúkdómar, sjálfsvígisáhætta og sjálfsvígisatferli og áhættuþættir geðsjúkdóms. Athuga verður sögu um fyrri ofbeldishegðun og lögbrot. Frá upphafi er því metin þörf alhliða lækni-meðferðar, hjúkrunar, félagsráðgjafar og sálfræðimeðferðar. Mjög mikilvægt er að sjúklingur hafi öðlast verulegt innsæi í sjúkdóm sinn og aðstæður því deildin er opin meðferðardeild. Við mat geðlæknis er sjúklingur frá upphafi hvattur til að hugsa um sína meðferðaráætlun og hann spurður hvort hann sé sáttur við hana.

Lykilspurningar frá upphafi og áframhaldandi í meðferðarferli deildarinnar eru t.d. eftirfarandi spurningar sem lagðar eru fyrir sjúkling:

- Þarftu lengri tíma til að ná þér og þá hvers vegna? (Almennt mat á innsæi)
- Ertu veikur og ræður því ekki við daglegar athafnir? (Mat á innsæi fyrir sjúkdómi)
- Áttu engan samastað, hvers vegna?
- Þarftu hjálp til að ná færni til að standa á eigin fótum?

Mat á einstökum sjúkdóms einkennum og innsæi á þau:

- Ertu kvíðinn og öryggislaus?
- Ertu mjög þunglyndur og þá framtakslaus og áhugalaus. Ertu leiður á lífinu?
- Ertu örlyndur á köflum?
- Áttu erfitt með stjórn á hugsunum þínu, truflast hún, heyrir þú raddir?
- Hefur þú erfiðleika með minni, einbeitingu og athygli?
- Ertu tortrygginn og treystir ekki öðrum?
- Hvernig gengur þér að vakna, klæða þig og sjá um þig sjálfur?

Markmið deildarinnar er því að bjóða hverjum og einum meðferð, sem er í samræmi við þarfir hans. Þarfir einstaklinga eru séðar, metnar út frá félagslegu, sálfræðilegu og líffræðilegu sjónarmiði. Stefnt er að því að skjólstæðingar deildarinnar nái þeim bata að geta lifað og starfað sjálfstætt sem virkir einstaklingar í samfélaginu. Sjónarmið endurhæfingarinnar er að mæta einstaklingnum þar sem hann er og hjálpa honum að komast þangað sem hann vill fara. Hjúkrunin mótast af virðingu fyrir sjúklingunum og getu meðferðaraðila, skilningi hans á markmiðum og tilgangi starfsins. Grunnur að skilvirkri endurhæfingu er að meðferðaraðilar og skjólstæðingar hafi skýr markmið til að ná fullnægjandi árangri.

Deildin er staðsett í Hátúni 10 A frá 7. áratugnum. Þangað voru fluttir langdvalarsjúklingar frá Kleppsspítalanum eftir að nýrri lyf og breyttar áherslur í meðferð gerðu það unnt að koma langveikum sjúklingsum á viðeigandi staði, ýmist á vistheimilum, í sambýlum eða íbúðum á vegum Öryrkjabandalagsins í Hátúni. Unnið hefur verið markvist að breytingum á skipulagi deildarinnar við breytta meðferð geðfatlaðra og aukna þekk-



ingu. Að meðaltali dveljast sjúklingar þar í 3 til 4 mánuði.

Starfseminni er skipt í eftirfarandi þætti:

Sérhæfð framhaldsmeðferð,
Hjúkrunarmeðferð – ferli, Einstaklingsmeðferð
Fjölskyldumeðferð
Samtalsmeðferð, hópmeðferð
Fræðsla

Þverfagleg samvinna faghópa: Í þeim eru lækningar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðarstuðningsfulltrúar, félagsráðgjafar, sálfræðingar og iðjuþjálfar.

Samræmd meðferðaráætlun er gerð innan tilskilsins tíma, en áhersla er lögð á að meðferðaráætlun skuli liggja fyrir eins fljótt og kostur er. Áhersla er lögð á að miðla upplýsingum milli sjúklinga, aðstandenda og starfsfólks samfara þróun verkferla sem eru í gangi hverju sinni.

Einstaklingsmeðferð þar sem sérstök áhersla er lögð á fyrirbyggjandi aðgerðir og þjálfun skjólstæðinga til sjálfstæðar búsetu. Markmið með þjálfuninni er að skjólstæðingurinn endurheimti félagslega og starfslega hæfni, að því marki sem best má ná, með kennslu og stuðningi frá öðrum og með aðstoð frá umhverfinu. Hverjum og einum er veitt hjúkrun og sá stuðningur sem skjólstæðingurinn þarfnast. Í flestum tilfellum er þetta dagleg og yfirgripsmikil hjúkrun. Lögð er mikil vinna í stuðning við skjólstæðinga sem búa í íbúðum á vegum Öryrkjabandalagsins í Hátúni. Á undanförunum árum hefur verið sinnt 49 einstaklingum sem búa í Hátúninu.

Skjólstæðingar deildarinnar sem hafa útskrifast heim til sín og búa í sjálfstæðri búsetu koma á deildina reglulega í eftirlit, stuðning og mat á líðan hverju sinni. Ýmist til að viðhalda jafnvægi eða til að fá úrvinnslu sinna mála. Deildin hefur haft þá stefnu að hafa samvinnu og eftirfylgni með hverjum og einum. Reynt er að hafa samfelli í meðferð. Í dag eru um 30 langveikir einstaklingar sem búa í íbúðum á vegum Öryrkjabandalagsins og fá þjónustu eftir þörfum. Þessir einstaklingar hafa ekki þurft á endurinnlögn að halda nema í mjög litlu mæli.

Í framtíðinni verður lögð aukin áhersla á fjölskyldumiðaða þjónustu og gæðastarf

Flestir vita hve mikilvæg fjölskyldan er hverjum einstaklingi.

Hjóna- og fjölskylduvandamál eru algeng hjá þeim sem stríða við geðfötlun og nauðsynlegt er að meta og ræða þessi mál í endurhæfingarferlinu. Hjóna- og fjölskylduvandamál geta verið afleiðingar alvarlegs þunglyndis en geta einnig aukið vanmátt gagnvart alvarlegu þunglyndi og í nokkrum tilfellum hindrað bata (6).

Álag á aðstandendur sjúklinga með langvinna geðsjúkdóma er mikið. Margir aðstandendur eru hræddir við sjúkdómseinkennin og telja sig ekki hafa næga þekkingu á hvern hátt þeir geta aðstoðað (7).

Kristín Gústavsdóttir félagsráðgjafi og eiginmaður hennar, sálfræðingurinn Karl Gustaf Pilzt, hafa í bók sinni um „Den osynliga familien“ (Ósýnilega fjölskyldan – samvinnuaðili eða syndaselur) fjallað um hlutskipti fjölskyldna sem meðhöndlaðar eru af virðingarleysi í samskiptum við opinberar hjálparstofnanir og verða við það ósýnilegar í stað þess að verða samstarfsaðilar þeirra sem aðstoðina eiga að veita. Þau benda á að við það fari dýrmætir kraftar til spillis (8). Björg Karlsdóttir yfirfélagsráðgjafi á endurhæfingu geðsviðs LSH, rannsakaði með eigindlegum aðferðum reynslu átta aðstandenda sex geðsjúkra af þjónustu LSH. Þar kemur m.a. fram að óvissan er aðstandendum erfið og nefna meðal annars sem dæmi þ.e. að vita ekki hvað er framundan. Sex af átta þátttakendum upplifðu engin viðbrögð við upplýsingum sem þeir gáfu og fannst reynsla þeirra ekki skipta neinu máli (9).

Aðstandendavinna hefur verið virk á deild 28 frá stofnun eða frá sjöunda áratug. Sjúklingum er fljótlega eftir innlögn boðið uppá að fleiri aðstandendur verði kallaðir til. Í flestum tilfellum þiggja sjúklingar boðið og hafa samband við þá aðila sem þeir óska. Unnið hefur verið að þróun vinnulags þar í anda Kristínar Gústavsdóttur. Til þess að eiga samvinnu við fjölskylduna verður að líta á þau bjargráð sem hún býr yfir. Nauðsynlegt er að fjölskyldan fái upplýsingar um hlutverk deildarinnar um leið og samtöl og skoðanaskipti eiga sér stað. Lögð er áhersla á að aðstandendum líði vel og finnist þeir velkomnir. Aðstandendur



eiga að líta á sig sem virka þátttakendur og litið skal á þá sem samstarfsaðila. Til þess þarf virkt samráð og samspil milli fjölskyldu, sjúklings og meðferðaraðila. Mikilvægt er að að fólk fái nægan tíma til að segja sögu sína og að hlustað sé á það sem þeir hafa að segja, tillögur þeirra og óskir. Þegar meðferðaraðilar hafa síðan unnið úr þeim upplýsingum sem þeir hafa og e.t.v. haft samband við fleiri stuðningsaðila eða stuðningskerfi er fjölskyldan aftur kölluð til og þá miðlað til þeirra upplýsingum um gang mála og horfur. Auk fjölskylduvinnu á deildinni fyrir innlagða hefur verið unnið með dagsjúklinga. Þar hefur m.a. verið unnið eftir hugmyndafræði Expressed Emotions, (EE), en það er vísindalega sannreynd aðferð þar sem unnið er með samskipti geðklofasjúklinga við fjölskyldur sínar. Markmiðið er að fækka innlögnum og auka lífsgæði sjúklings. Rannsóknir sýna að sterkt samband er milli góðrar þekkingar og skilnings á geðklofasjúkdómi og ákjósanlegra samskipta sjúklings við fjölskyldu. „Of mikil samskipti við fjölskyldu, gagnrýni og óvild“ eru neikvæðir þættir sem gætu aukið álag sjúklings og minnkað batahorfur (10). Sjúklingar endurgjalda gjarnan þessa sömu þætti og úr verður erfið hringrás. Þrátt fyrir að rannsóknir á EE sýni mikilvægi fjölskyldumeðferðar hafa þó ýmsar mótsagnir komið fram. Þær felast í því að hugmyndafræði EE sé af sumum fagmönnum notuð til að gera aðstandendur að blóraböggjum gagnvart sjúkdómnum (11). Því sé gagnlegt að líta á gagnrýna hegðun eða ágengni sem eðlileg viðbrögð við þeirri gífurlegu byrði að einhver úr fjölskyldunni veikist, fremur en að um sjúkleg viðbrögð sé að ræða. Með þeim hætti er mögulegt að ná samvinnu við aðstandendur til að bæta samskiptin (12). Talið er að meðferðin gagnist öllum fjölskyldum en þær sem eru í mestri þörf eru: a) aðstandendur sem búa með sjúklingi sem leggst inn á geðdeild einu sinni á ári eða oftar þrátt fyrir að taka lyfin reglulega, b) aðstandendur sem hafa oft samband við starfsfólk, c) einstætt foreldri sem býr eitt með sjúklingi og d) ef sjúklingur sýnir aðstandendum ofbeldi.

Vinnulag deildarinnar í aðstandendavinnu hefur mótast út frá viðfangsefnum, reynslu og þekkingu sem hefur þróast ásamt nýjum kenningum og niðurstöðum rannsókna. Hinn sameiginlegi grundvöllur er þó ætíð sýnin á mikilvægi fjölskyldusamskipta og áhrifamátt þeirra í bata og endurhæfingu.

Næstu skrefin til að tryggja góða þjónustu við fjölskyldur/aðstandendur er að útbúa mælitæki út frá markmiði fjölskylduvinnunnar í formi spurningarlista sem yrði lagður fyrir fjölskyldu/stuðningsaðila. Með hjálp þeirra væri deildinni gert kleift að vinna áfram með þá þætti sem aðstandendur eru ánægðir með og breyta eða lagfæra þá þætti sem miður fara.

Gæðapróun með hjálp SVÓT-greiningar og stefnumiðaðs árangursmats.

Veturinn 2006–2007 var hafin vinna innan deildarinnar að stefnumiðuðu árangursmati (BSC). Starfsfólk fékk kynningu á aðferðafræði BSC og í kjölfarið hófust umræður, þar sem fram kom mismikil bjartsýni starfsfólks á því að orð sett niður á blað myndu leiða til betri þjónustu. Þetta reyndist því grundvöllur mikilla umræðna vinnuhópa um starfsemi deildarinnar og sérstöðu hennar innan geðsviðsins. Deildin hefur frá upphafi haft reglulega fræðslufundi og starfsdaga og á seinasta starfsdegi þann 2. júní sem haldinn var á Hótel Sögu var látið reyna á frjálsa hugarflugsvinnu starfshópsins. Ellefu starfsmönnum var skipt í tvo hópa og þeir beðnir um að greina styrkleika og veikleika núverandi fyrirkomulags. Á sama hátt að finna tækifæri sem hægt væri að nýta og ógnanir sem gera þyrfti ráðstafanir gegn. Tekið skal fram að deildarstjóri og sérfræðingur deildarinnar sátu hjá og tóku ekki þátt í greiningu til að áhrifa þeirra gætti ekki í fyrstu.

Hóparnir greindu styrkleika, veikleika, ógnanir og tækifæri, sem lýst er að neðan, að viðbættum skoðunum sérfræðings og deildarstjóra:

Styrkleikar

1) Góð staðsetning deildarinnar 2) Deildin er opin, 3) Gott, heimilislegt andrúmsloft 4) Möguleiki á húsnaði í Hátúni eftir innlögn 5) Markviss styrking notenda við heimili sín 6) Jafnræðisvinna, 7) Góð tengsl við aðstandendur/fjölskyldur 8) Samspil milli legu-, dag- og göngudeildar eftir þörfum sjúklings hverju sinni. 9) Á deildinni hafa reglulega verið kvöldvökur og þá hafa bæði sjúklingar og starfsmenn komið með efni. Aðstandendum hefur verið boðið að koma. 10) Að geta unnið í lengri tíma með skjólstæðing og geta sinnt honum reglulega eftir þörfum hans á hverjum tíma.



Veikleikar

1) Aðstaða fyrir fatlaða gæti verið betri. Sem dæmi má nefna einstaklinga sem eru háðir hjólastól.

2) Þörf fyrir aukið fjármagn til að sinna vel félagslegum þörfum. Mögulegt væri að efla félagsstarf með því að bæta við 1 ½ stöðugildi starfsmanns sem myndi alfarið sjá um félagslegu hliðina. Félagstarf mætti samræma fyrir geðsviðið í heild sinni og starfsemin stæði öllum deildum til boða. 3) Fylgjast þarf reglulega með því að sjúklingar verði ekki of háðir dvöl á deildinni 4) Bæta má upplýsingaflæði milli starfsfólks deildarinnar.

Ógnanir

1) Við lokun deildar, hvar standa þá allir sjúklingarnir sem fá þjónustu? Hver er skilgreindur ábyrgðaraðili annar en geðdeildin fyrir þjónustu fyrir okkar skjólstæðinga?

2) Skilgreint sé og samræmt hverju sinni þörf á að vernda sjúklinga deildarinnar. Of mikil áhersla á öryggisþætti getur leitt til óþarfa frelsisskerðingar og unnið gegn ábyrgðarhlutverki skjólstæðinga. 3) Að mönnun á deild hverju sinni sé í samræmi við þarfir deildar og skjólstæðinga (sbr. sparnaðar og hagkvæmiskröfur í rekstri).

Önnur tækifæri

Að þjálfa sjúklinga til virkni utan deildar, svo sem að versla eða læra á samgöngur. Dæmi um tækifæri sem deildin hefur fengið og nýttist vel, er fyrrverandi sjúklingur sem hlaut þjálfun á deildinni til útivistar og gönguferða með sam-sjúklingum og í dag tveimur árum eftir útskrift sinnir hann enn þessu hlutverki með miklum ágætum ásamt hlutastarfi í eldhúsi deildarinnar.

Hér verður aðeins farið nánar yfir styrkleika sem er staðsetning deildarinnar og markviss styrking notenda við heimili sín og veikum sjúklingum getur liðið „of vel“ að vera á deildinni. Deild 28 sem er staðsett í gróðursælu umhverfi við Hátún 10 er dæmi um miðstöð með mörg hlutverk hverju sinni hæfð að þörfum skjólstæðings.

Í húsinu er margvísleg þjónusta sem sjúklingar deildarinnar njóta góðs af. Í göngufæri er Klúbburinn Geysir, Sjálfsbjargarhúsið, þar sem er sundlaug og sjúkrapjálfun. Hringsjá er í næsta

húsi, en þar er boðið upp á náms- og starfsendurhæfingu fyrir þá sem vegna sjúkdóma, slysa eða annarra áfall þurfa að endurmeta og styrkja stöðu sína, svo og Múlalundur sem er vinnustaðurur SÍBS. Einnig er stutt í atvinnumiðlun fatlaðra á Engjateigi.

Deildin vinnur markvisst að styrkingu sjúklunga við heimili. Starfsfólk fer heim með sjúklingum og dvelur oft með þeim stund úr degi. Heimsóknirnar gefa góða mynd af aðstæðum sjúklunga og auðvelda áætlanir varðandi hvaða úrræði þarf að sækja um við útskrift. Þessi vinna er sérstaklega mikilvæg í ljósi hættunnar að sumar einstaklingar verði háðir geðdeildum (sbr. Brasilíska rithöfundurinn Paulo Coelho fjallar um þetta í bók sinni „Veronica decides to die“ þar sem sjúklingar mynda samstæða heild innan geðdeildar þar sem þeir finna öryggi innan veggja spítalans en upplifa sig öðru vísi eða skrítna utan hans). Sjálfur hefur Coelho þá reynslu að dvelja á geðsjúkrahúsi (13).

Vinna með skorkorti bætir vinnulag og áætlanagerð í gæðavinnu. Löng og dýrmæt reynsla starfsfólks vegur þungt í því hversu vel deildinni hefur til tekist varðandi t.d. þjálfun langveikra til sjálfstæðrar búsetu.

Myndast hefur góð liðsheild þar sem starfsemin mótast af virðingu fyrir skapandi getu starfsfólks og skilningi þess á markmiðum og tilgangi deildarinnar.

Lokaorð

Reynslan af starfi deildarinnar er sú, að hægt er að hjálpa öllum einstaklingum til að ná meiri bata. Það er ekki tegund geðsjúkdóms sem mestu máli skiptir heldur er það innsæi sjúklings og viðhorf til meðferðar sem er afgerandi og um leið er þátttaka og hlutverk fjölskyldunnar og nánasta umhverfis sjúklings mjög mikilvæg. Mjög alvarlega veikir sjúklingar hafa með langvarandi stuðningi getað búið sjálfstætt í Hátúnu. Reynslan hefur sýnt að sjúklingar í virku sjálfsvígsferli og í neyslu geta ekki nýtt sér meðferð deildarinnar. En þeir eru velkomnir þegar sú raun er afstaðin. Nauðsynlegt er þverfaglegt mat og meðferð allt endurhæfingarferlið. Forsendur og aðstæður hvers skjólstæðings þarf að endurskoða reglulega. Deildin hefur haft þá stefnu að hafa samvinnu og eftirfylgni með hverjum og



einum og stuðla þannig að samfelli í meðferð. Samstarf við Öryrkjabandalagið hefur verið náð, varðandi sjálfstæða búsetu eintaklinga, án þess hefði sú virka eftirfylgni, ekki orðið jafn árangursrík og raun ber vitni.

Heimildir.

1. Jormfeldt Henrika, Svenberg Petra : Hälsa och hälsöfrämjande processer i psykiatrisk omvårdnad. Psyche. Psykiatrisk vårdtidsskrift, Stockholm, No 1, 2007, 16-18.
2. Sveinbjörg Júlía Svavarsdóttir : Klienters erfarenhet och synsätt. En studie i rehabilitering inom psykiatrisk vård. D- uppsats við Háskólann í Gautaborg, Instutationen för socialt arbete. 1999.
3. Fallon, I., Fadden, G., Borell, P., Karrang, L., Ivarsson, B., & Malm, U. Integrerad psykiatri, Värmamo 1997. 13 - 15.
4. Páll Matthíasson: Nálægð við sjúklinga breytir svo miklu. Morgunblaðið, 23. Janúar 2007, 31
5. Sundgren Magnus, Toper Alain (Red) : Social psykiatri, Stockholm, 2005, 161-170.
6. American Psychiatric Association. (2000). Practice guideline for the treatment of patients with major depressive disorder (revision).” American Journal of Psychiatry, 157, suppl., 1-45.
7. Landspítali Háskólasjúkrahús (e.d.). *Deild 28, í húsi öryrkjabandalagsins Hátúni 10A*. Reykjavík: LSH
8. Piltz, K.G. & Gústafsdóttir, K. Den osynliga familjen. Samarbetspartner eller syndabock. 2n^d ed. Göteborg:Ask och Embla Förlag, 1994.
9. Karlsdóttir, Björg. Ringar på vattnet. Meistaraprófsritgerð við Háskólann í Lundi, Svíþjóð, 2004.
10. C. Barrowclough, N. Tarrier, S. Watts, C. Vaughn, J.S. Bamrah and H.L. Freeman. Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *British Journal of Psychiatry* 1987;151:1-8.
11. Hartfield, A.B., Spanoil, L., & Zipple, A.M. (1987), „Expressed Emotion: A Family Perspective,” *Schizophrenia Bulletin*, 13, 221-235.
12. Kim T. Mueser, Shirley M. Glynn. *Behavioral Family Therapy For Psychiatric*.
13. Paulo Coelho. *Veronica decides to die*. New York: Harper-Collins Publishers, 2005.

Guðrún Blöndal er deildarstjóri deildar 28, Hátúni.
Kristín Valgerður Ólafsdóttir er félagsráðgjafi á endurhæfingardeild geðsviðs LSH.