

# Geðheilbrigðisþjónustubyltingin – var hún til góðs?

*Í greininni er leitast við að leggja mat á þróun geðheilbrigðisþjónustunnar í kjölfar hinna öru breytinga sem orðið hafa síðustu tvo áratugi. Gerð er grein fyrir nokkrum rannsóknum í þessu tilliti. Þær virðast eindregið gefa til kynna, að þróunin sé að nokkru leyti í farsælum farvegi og að sinna megi þorra geðsjúklinga utan hinna stóru geðsjúkrahúsa. Bent er á nauðsyn frekari rannsókna og leiðir í því sambandi.*

Arnar Sverrisson,  
sálfræðingur, sérfræðingur í  
klínískri sálfræði,  
yfrsálfræðingur geðeildar  
Fjórðungssjúkrahússins á  
Akureyri.

## Inngangur

Síðustu áratugi hafa stóru geðsjúkrahúsin smám saman týnt tölunni. Fækkun þeirra hefur haft í för með sér örar breytingar. Hér er nánast um byltingu í geðheilbrigðisþjónustu að ræða. Yfirlýst hlutverk hinna stóru geðsjúkrahúsa var meðferð geðsjúkra en gild rök hafa verið færð fyrir þeirri skoðun í umræðu síðustu ára, að meginhlutverk þeirra og dulið markmið hafi verið geymsla og umönnun hinna geðsjúku en meðferð sem slík hafi horfið í skuggann. Uppbygging og starfsskipan hafi verið með þeim hætti að torveldaði skynsamlega meðferð (Haugerud, 1987). Nýlegar og viðamiklar norskar rannsóknir gefa skýra vísbendingu um að starfsemi stóru geðsjúkrahúsanna stuðli að því að gera fólk ósjálfbjarga og steypi geðsjúklinga í sama mót. Og í því tilliti skiptir lækisfræðileg sjúkdómsgreining litlu máli (Kolstad og Hagen, 1988).

Geðheilbrigðisþjónustubyltingin hefur einkum falist í að hin stóru geðsjúkrahús, sem oft og tíðum hafa verið staðsett utan þéttbýlis, hafa verið lögð niður og geðheilbrigðisþjónustan færð til viðráðanlegri þjónustueininga í ýmissi mynd, göngudeilda í þéttbýli og samverustaða af einu eða öðru tagi.

Áþreifanlegar umhverfisbreytingar í geðheilbrigðisþjónustunni hafa einnig haft í för með sér innri skipulagsbreytingar. Raskast hefur jafnvægi ábyrgðar, hlutverks og valds, bæði vegna nýrrar stefnumörkunar og fjölgunar „ný-stétta“ í heilbrigðisþjónustunni, svo sem iðjubjálfa, sjúkraþjálfara, félagsráðgjafa, sálfræðinga og kennara.

Ætluin með þessum skrifum er að skoða áhrif umræddrar byltingar í geðheilbrigðisþjónustunni.

## Aðferð

Sjónum verður beint að rannsóknum þar sem leitast er við að varpa ljósi á kosti og galla umræddrar byltingar. Fjallað verður um samfélagslegar forsendur hennar, framvindu og framkvæmd. Skoðunin einskorðast að mestu við og grundvallast á greinum er birst hafa í þrem höfuðtímaritum um geðheilbrigðisþjónustu: „Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift, British Journal of Psychiatry og American Journal of Psychiatry.“

## Rannsóknir

Stóru geðsjúkrahúsin beggja vegna Atlantsála hafa verið gagnrýnd harðlega fyrir árangursleysi í meðferð. Hefur þessi

gagnrýni komið róti á geðheilbrigðisþjónustu Vesturlanda. Í Bandaríkjunum voru sett lög árið 1963, „Kennedy Mental Health Act“, er kváðu á um lokun stóru geðsjúkrahúsanna (Östman og Serning, 1987). Á áttunda áratugnum eða nánar tiltekið 1978 sér róttæk löggjöf dagsins ljós á Ítalíu þar sem fyrirskipuð er lokun stóru geðsjúkrahúsanna (Jón Gústafsson, 1990). Gert var ráð fyrir aukinni geðheilbrigðisþjónustu utan hinna gamalgrónu stofnana. Menn gerðu sér grein fyrir þörf slíkrar þjónustu en tortryggjar raddir bentu á að hið eiginlega markmið væri að spara opinber útgjöld fremur en að hætta þjónustu við geðsjúka. En hvað svo sem því liður hefur sjúklingum á geðsjúkrahúsum fækkað umtalsvert víðast hvar. Í Bretlandi t.d. fækkaði innlögnum úr 350/100.000 1954 í 156/100.000 1981 (Lawrence, 1991). Eins og gefur að skilja hefur lokun geðsjúkrahúsanna afdrifaríkar afleiðingar á mörgum sviðum. Sjúklingar standa andspænis nýjum veruleika og starfsmenn geta orðið atvinnulausir. Uppbygging annars konar geðheilbrigðisþjónustu er ómæld stærð. Við skulum skoða framkvæmdina út frá þrem sjónarhornum: afdrifum starfsmanna, uppbyggingu annars konar geðheilbrigðisþjónustu og afdrifum sjúklinga. Sé litið til starfsmannaþáttarins eru dæmi þess, að öllum stafsmönnum sé tryggð atvinna og önnur dæmi sýna að nokkur hluti starfsmanna á í erfiðleikum með að útvega sér nýja vinnu og grípur jafnvel til „paulsetu“ á vinnustað til að verja hagsmuni sína (Denecker, 1989). Þar sem skipulega er staðið að breytingum er reynsla fyrir annars konar viðbrögðum starfsfólks. Í Bohuslän (u.þ.b.300.000 íbúar) í Svíþjóð var ákveðið árið 1984 að leggja niður í áföngum stórt geðsjúkrahús á næstu tíu árum. Breytingar víðast hafa haft hærilegan meðbyr meðal hjúkrunarliðs þar eða 53% þess kvaðst sannfært um að sjúklingarnir fengju betri meðferð utan stofnunar. Þannig óskaði 61% hjúkrunarliðs eftir starfi við nýju geðheilbrigðisþjónustuna og 36% fundu hjá sér hvöt til frekari menntunar. Skuli tryggt að starfsfólk leggjst á sveif með þeim breytingum, er ýta skal úr vör, segir reynslan að affarasælast sé að hafa það með í ráðum og tryggja að boð um ákvarðanatöku berist því með skilmerkilegum hætti.

Fyrir er á það dregið að í umræðu um geðheilbrigðisþjónustu, áður en lokun geðsjúkrahúsanna brast almennt á, hafi heyrst ígrundaðar efasemdir um að fullnægjandi geðheilbrigðisþjónustu yrði komið á fót úti í samfélaginu. Sú virðist vera raunin, í mismunandi mæli þó. Varnaðarorð um að lokun geðsjúkra-

húsanna gangi of bratt fyrir sig miðað við uppbyggingu geðheilbrigðisþjónustunnar utan þeirra berast hvaðanæva að t.d. frá Bretlandi, Bandaríkjunum, Ítalíu, Hollandi og Svíþjóð (Östman og Serning, 1987; Jón Gústafsson, 1990; Giel, 1986; Wessen og Tysk, 1991).

Síðustu ár hafa menn gert sér far um að kanna með vísindalegum hætti hvað geðheilbrigðisþjónustubyltingin hefur haft í för með sér fyrir sjúklingana sjálfa. Bresk rannsókn gefur vísendingu um að hegðun sjúklinga, sem nú er sinnt í sambylí, fái smám saman eðlilegra svipmót (Kingdon, Turkington, Malcolm, Szulecka og Larkin, 1991).

Rannsókn framkvæmd í Gävleborg í Svíþjóð sýnir að tveir af hverjum þrem geðsjúklingum búa við viðunandi skilyrði úti í samfélaginu. Könnunin náði til 69 sjúklinga er útskrifaðir voru á árabílinu 1984-1988. Fjóra fýsti til gamla sjúkrahússins en aðrir virtust tiltölulega ánægðir með hlutskipti sitt (Wessen og Tysk, 1991).

Niðurstöður athugana frá Vestmannaalandsléni í Svíþjóð, þar sem íbúafjöldi er svipaður og á Íslandi, eru þó ekki jafn uppörvandi því ljós kom að enn var til að dreifa geðsjúklingum sem bjuggu við óviðunandi aðbúnað og ekki var vitað um áður (Östman og Serning, 1987).

Í Bretlandi hefur geðheilbrigðisþjónusta utan sjúkrahúsa sömuleiðis verið vísindalegur gaumur gefinn. Ályktað er sem svo, að þriðjungur geðsjúkra geti bjargast á eigin spýtur með óverulegum stuðningi og að geðheilbrigðisþjónusta utan sjúkrahúsanna geti sinnt langflestum þurfsandi sé vel að henni staðið (Clifford, Charman, Webb og Best, 1991).

Heldur kveður við daufara hljóð í Geller, Fisher, Simon og Wirth-Cauchon (1990) sem metið hafa geðheilbrigðisþjónustuna í Massachusetts í Bandaríkjunum. Þessi athugun var gerð þegar innlögnum sjúklinga á ríkisgeðsjúkrahúsið þar um slóðir var fækkað kerfisbundið. Þeir félagar staðhæfa að hér sé um að ræða þá breytingu á þjónustu við geðsjúka í Bandaríkjunum sem fær hvað mestar fjárveitingar. Reynslan sýnir að auðveldast sé að veita utanstofnanaþjónustu þroskaheftum sjúklingum og öldruðum. Gamli sjúklingar með erfiða geðsjúkdóma séu starfsfólki hins vegar þyngri í skauti og endurinnlagir sumra þeirra eru tíðar.

Í Vermont í Bandaríkjunum var gerð könnun á breytingum í geðheilbrigðisþjónustu. Tildrög voru þau að í upphafi sjötta áratugarins var ákveðið að fækka mjög sjúklingum á geðsjúkrahúsi svæðisins. Áætlunin hófst með endurbjálfun starfsfólks og vali sjúklinga. Fyrir valinu urðu erfiðustu sjúklingarnir, þeir er voru fjarveikir og lítt sjálfbjarga langvistunarsjúklingar. Meðalaldur þeirra var 40 ár, veikindasaga þeirra var 16 ár að meðaltali og meðaltími samfelldrar vistunar var 6 ár. Í áætlunina völdust 262 sjúklingar og hefur þeim verið fylgt eftir í 32 ár síðan. Aldarfjórðungi eftir útskrift voru aðstæður og afdrif þeirra sem enn lifðu og til náðist rannsakaðir af vísindalegri kostgæfni. Þeir er rannsóknina framkvæmdu voru ókunnugir högum sjúklinga, þ.e.a.s. matið var blint. Niðurstöður benda til að 50-66% sjúklinga þeirra, er útskrifast höfðu 25 árum áður, hefðu náð verulegum bata (Harding, Brooks, Ashikaga, Strauss og Breier, 1987).

## Ályktun

Rannsóknir hvarvatna benda til, að langflestum geðsjúklingum megi sinna utan sjúkrahúsa og án sólarhringsvistunar. En forsenda þess er að stjórnvöld kynoki sér ekki við að efla nauðsynlega þjónustu handa geðsjúkum úti í samfélaginu. Á það hefur nefnilega verið bent að ónóg uppbygging slíkrar þjónustu kunní að fjölga umrenningum (Nordentoft, 1988) annars vegar og sjálfsvígum meðal geðsjúkra hins vegar. Sjálfsvíg hjá þessum hópi virðist hafa aukist um u.þ.b. 8% á síðustu árum (Alnæs, 1987).

Í breytingum á geðheilbrigðisþjónustunni eins og á öðrum sviðum verður gjarnan skammt öfganna á milli. Enda þótt öflug geðheilbrigðisþjónusta utan stofnana sé fær í flestan sjó eru henni takmörk sett engu að síður. Enn er þörf aðhlyningar, gæslu og meðferðar einstakra geðsjúklinga allan sólarhringinn, oft og tíðum vegna öryggis þeirra sjálfra og samborgaranna. Að sjálfsgöðu er engan veginn gefið að slíka þjónustu þurfi að einskorða við sjúkrahús en óneitanlega er slík staðsetning á stundum heppileg, þar sem um margtæð og flókin veikindi er að ræða. Einnig er síður en svo loku fyrir það skotið að enn eigi sólarhringsvistun faglegra vaxtarmöguleika og er þá einkum litið til uppeldis-meðferðar sem í mörgum tilvikum grundvallast á kerfisbundinni og samþættri meðferð ýmissa faghópa. Í þessu tilliti eru kennarar allt of sjaldan tilkvaddir.

Geðsjúklingar hafa margvíslegar þarfir og þeim ber að sinna með margvíslegum hætti. Í þessu sambandi hefur verið á það bent að unnt sé að aðgreina þá hópa sjúklinga sem annars vegar hafa gagn af sólarhringsvistun og hins vegar dagdeildarvistun (S.B. Stefánsson og H. Pétursson, 1989).

Geðheilbrigðisþjónustan stefnir vafalítið í rétta átt enda þótt erft sé að meta nákvæmlega hvernig breytingarnar skila sér í bættri heilsu geðsjúklinga. Helst má að rannsóknnum finna að skilmerkilega skilgreiningu hugtaksins geðheilsu skortir, þannig að nákvæmur samanburður athugana er torveldur. Hrinda þyrfti í framkvæmd vönduðum könnunum þar sem sundurgreindir eru sjúklingahópar, tegund þjónustu og aðferð til að auðvelda eins og frekast er kostur mat og samanburð. Einnig væri það spennandi viðfangsefni og þarflegt að kanna hvort sú mikla umræða um hlutverk og völd í skipulagi geðsjúkrahúsanna, sem átt hefur sér stað síðustu áratugina, hafi skilið eftir sig spor og þá hver?

## Heimildaskrá

- Alnæs, R. (1987) Suicid blant innlagte psykiatriske pasienter. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 44, 41-49
- Clifford, J.L., Charman, A., Webb, Y. og Best, S. (1991). Planning for community care: Long stay populations of hospitals scheduled for rundown or closure. *British Journal of Psychiatry*, 158, 190-196
- Denecker, K. (1989). Short-term nursing staff reactions to the closure of a major psychiatric hospital. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*, 43, 401-410
- Geller, J.L., Fisher, W.H., Simon, L.J. og Wirth-Cauchon, J.L. (1990) Second-generation deinstitutionalization. I: The impact of Brewster v. Dukakis on state hospitals case mix. *American Journal of Psychiatry*, 147, 982-987
- Giel, R. (1986) Care of chronic mental patients in the Netherlands. *Social Psychiatry* 21, 25-32
- Gústafsson, J. (1990) Tí ár "uden" psykiatriske hospitaler. *Nordisk psykologi* 42(1), 37-58
- Harding, C.M., Brooks, G.W., Ashikaga, T., Strauss, J.S. og Breier, A. (1987). The Vermont Longitudinal study of persons with severe mental illness. I: Methodology, study sample, and overall status 32 years later. *American Journal of Psychiatry*, 144, 718-726