

Sambætt geðjúkrun

Viðtal við dr. Gísla Kort Kristófersson

Aðalbjörg S. Helgadóttir

Sambætt geðjúkrun byggir á hugmyndafræði sambættrarjúkrunar (e. integrative nursing) sem eflir heilbrigði og vellíðan einstaklinga, fjölskyldna og samfélaga með græðandi tengslum og samskiptum júkrunar og umhyggju, og hefur að leiðarljósi gagnreynda þekkingu sem beinir sjónum að inngrípum sem styðja við heilbrigði einstaklinga og kerfi á heildrænan hátt. Þetta hljómar kunnuglega í hugum júkrunarfræðinga, sem búa að þekkingu sem þeir hafa öðlast í gegnum nám þar sem fáar, ef nokkrar, hliðar mannlegrar tilveru eru undanskildar.

Segja má að Florence Nightingale (1859) hafi lagt grunninn að sambættri júkrun þegar hún skrifaði að hlutverk júkrunarfræðinga væri að sjá til þess að skjólstæðingurinn væri í bestu mögulegu aðstæðum svo að náttúran gæti brugðist við og lækning átt sér stað.

Sambætt júkrun felur í sér eftirtalda sex þætti (Kreitzer og Koithan, 2014):

1. Manneskjur eru heildrænar verur — líkami, hugur, andi — og verða ekki aðskildar frá umhverfi sínu.
2. Manneskjur hafa innbyggða getu til vellíðanar og heilbrigðis.
3. Náttúran býr yfir endurnærandi eiginleikum sem stuðla að heilbrigði og vellíðan.
4. Sambætt júkrun er einstaklingsmiðuð og byggir á samskiptum og tengslum.
5. Sambætt júkrun byggir á gagnreyndri þekkingu sem styður meðferðarlegar aðferðir sem hlúa að og efla heilbrigði og miðar að því að beita allt frá áhættuminnsta inngrípi til áhættumeira inngríps, eftir þörfum og samhengi.
6. Sambætt júkrun beinir athygli hvort tveggja að heilbrigði og vellíðan þeirra sem þiggja júkrun og þeirra sem veita hana.

Sambætt geðjúkrun grundvallast á tengslum og samskiptum á milli skjólstæðings og fagaðila, þar sem skjólstæðingurinn er leiðtoga í þverfaglegu teymi sem vinnur á heildrænan hátt að því að samþætta ólíkar meðferðir með hagsmuni skjólstæðingsins að leiðarljósi.

Sambætt geðjúkrun byggir á þessum sex stöðum og grundvallast á tengslum og samskiptum á milli skjólstæðings og fagaðila, þar sem skjólstæðingurinn er leiðtoga í þverfaglegu

teymi sem vinnur á heildrænan hátt að því að samþætta ólíkar meðferðir með hagsmuni hans að leiðarljósi. Leitað er leiða til að skilja og mæta þörfum og óskum, hefðum og gildum skjólstæðinga með aðferðum og inngrípum sem eru blanda af viðbótarmeðferðum og hefðbundnum meðferðum. Byrjað er á að beita minnsta mögulega inngrípi miðað við áhættu. Lyf og samtalsmeðferðir eru sjálfsgöður hluti af möguleikunum og lögð er áhersla á að efla sjálfsumönnun. Sambætt geðjúkrun felur þannig í sér að veita heildræna og einstaklingsbundna þjónustu.

„Eins manns sambætt nálgun er annars manns þriðjudagur“

Ráðstefnan Júkrun í fararbroddi var haldin í þriðja sinn þann 18. janúar 2018, og nú á vegum Júkrunarfræðideildar Háskóla Íslands en áður á vegum Rannsóknarstofnunar í júkrunarfræði við Júkrunarfræðideild HÍ.

Júkrun í fararbroddi er tileinkuð minningu dr. Guðrúnar Marteinsdóttur, sem var dósent við námsbraut í júkrunarfræði og ruddi brautina fyrir íslenska júkrunarfræðinga á sviði heilsugæsluhjúkrunar. Guðrún lést langt fyrir aldur fram eftir baráttu við krabbamein, aðeins 42 ára að aldri. Tæpum mánuði áður skrifaði hún lesendabréf sem birtist í Tímariti júkrunarfræðinga (1995) eftir andlát hennar. Þar lýsir hún reynslu af heilbrigðisþjónustu í veikindum sínum og skrifar meðal annars:

Ég hef notið stuðnings, umhyggju og fólksvalausrar samhygðar fjölda júkrunarfræðinga og sjúkraliða sem eflt hafa með mér bjartsýni og baráttuvilja gegn krabbameininu í líkama mínum. Í veikindunum hef ég sveiflast milli hjálparleysis, sorgar, baráttugleði og nýrra tilfinninga um lífið og tilveruna sem ég er enn að henda reiður á.

Guðrún skrifar að reynslan hafi gert henni ljóst að meðal starfsfólks júkrunar togist á tæknilegur metnaður og júkrunar-metnaður. Með tæknilegum metnaði átti hún við verkefni eins og lyfjagjöf, mælingar og þess háttar, á meðan júkrunar-metnaður fæli í sér samskipti og samvinnu við skjólstæðinga í

þeim tilgangi að stuðla að andlegri og líkamlegri vellíðan þeirra. Hún lauk bréfi sínu á þessum orðum:

Að mínu áliti vinna hjúkrunarfræðingar sjálfstætt sem fagstétt, hvort sem þeir starfa við almenna hjúkrun, stjórnun eða kennslu.

Þótt hugleiðing Guðrúnar láti ekki mikið yfir sér felur hún í sér mikilvægan sannleika um fræðigreininna hjúkrun; að þar fléttast saman tæknileg þekking og hjúkrunarþekking sem er samofin lífsreynslu okkar, viðhorfum og eiginleikum. Ástæða þess að ég dreg fram þessi orð Guðrúnar er að í þeim kristallast umfang hjúkrunar og þau eru jafngild enn í dag, 24 árum eftir að þau voru rituð.

Í þessum orðum má einnig finna sterka tengingu við eitt dagskrárefna ráðstefnunnar; samþætta nálgun í geðhjúkrun sem dr. Gísli Kort Kristófersson kynnti á einni þriggja vinnusmiðja þar. Hann og dr. Merrie Kaas frá Háskólanum í Minnesota hafa nýlengi ritun bókarkafna í annarri útgáfu bókarinnar Integrative Nursing, þar sem þau setja hugmyndina um samþætta geðhjúkrun (e. integrative mental health nursing) fram í samhengi við samþætta hjúkrun. Í vinnusmiðjunni kynnti Gísli niðurstöður kaflans, auk þess að fjalla um hvernig þessar hugmyndir geta nýst hjúkrunarfræðingum og öðru fagfólki geðheilbrigðisþjónustu við að veita einstaklingsmiðaða og heildræna þjónustu við aðstæður þar sem heildarsýnin tapast oft vegna fjár- og tíma-skorts.

Til að kafa ofan í hugmyndir dr. Gísla Korts Kristóferssonar varðandi samþætta nálgun í geðhjúkrun var brugðið á það ráð að hitta hann yfir kaffibolla snemma í vor.

Fjögur ár eru liðin síðan Gísli flutti aftur til Íslands ásamt eiginkonu og þremur börnum eftir að hafa dvalið í framhaldsnámi í Minnesota frá árinu 2006. Hann lauk þar námi til sérfræðingsréttinda í geðhjúkrun og hélt svo áfram í doktorsnám sem hann lauk árið 2012. Síðustu tvö árin sem fjölskyldan bjó ytra starfaði Gísli sem sérfræðingur á einkastofu auk þess að vera klínískur lektor við Háskólann í Minnesota. Skólinn er meðal annars þekktur innan hjúkrunarfræða fyrir faglegar rannsóknir og áherslu á samþætta hjúkrun.

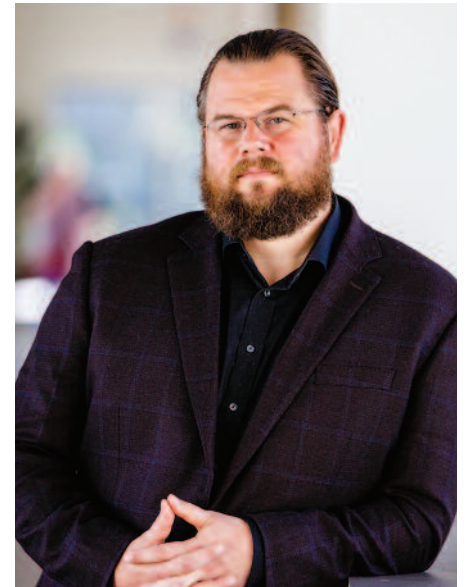
Stór þáttur í ákvörðun hjónanna um að snúa heim var löngun þeirra til að ala börnin upp meðal fjölskyldunnar á Íslandi, en Gísli segist hafa verið búinn að koma sér vel fyrir í Minnesota: „Eftir að maður er orðinn vanur þessu sérfræðingshlutverki í Bandaríkjunum, þessum útvíkkuðu réttindum og hve staða sérfræðinga í hjúkrun er trygg og skýr, er ekkert þægilegt að fara út úr því.“

Gísli vill þó meina að grunnstaða hjúkrunar sé sterk hér á landi, en að sérfræðingshlutverkið sé ekki nægilega skýrt. Hann merkir það til að mynda á því að ekki fylgi mikil réttindi því að verða sérfræðingur á sviði hjúkrunar, önnur en að geta kallað sig sérfræðing, og að hlutverk sérfræðinga hafi lítið þróast, fyrir utan þróunarvinnu sem hefur átt sér stað á Landspítalanum. Snúum aftur að samþættri nálgun í geðhjúkrun og gefum Gísla orðið:

Já, það má segja að eins manns samþætt nálgun sé annars manns þriðjudagur. Einhvers sem hefur alltaf unnið svona. Þetta er þverfagleg hugmyndafræði sem nálgast skjólstaðinginn út frá eins víðu sjónarhorni og hægt er. Oft var þetta kallað heildræn nálgun, sem fór svo að þýða ekki lyf, ekki samtalsmeðferð og fór að snúast mikið um viðbótarmeðferðirnar. Þær eru finar og margar, en það er ekki spennandi að tilheyra sviði sem í skilgreiningunni sjálfri er alltaf úti á jaðri.

Sem dæmi, fór ég að rannsaka, stunda og nota núvitund í kringum árið 2006. Þá var núvitund að byrja að verða þekkt í fræðunum en núna er hún orðin risastór, hætt að vera skilgreind sem viðbótarmeðferð og er að verða gagnreynt inngríp í ákveðnu samhengi. Hugtakið heildrænt fór því í huga sumra að þýða aðeins viðbótarmeðferðir sem var þó aldrei hugsunin á bak við það, en í mínu doktorsnámi í geðhjúkrun sem ég nam við Háskólann í Minnesota, var áhersla lögð á hugtakið samþætting í stað hugtaksins heildrænt. Það var gert til að undirstrika að þetta snýst ekki bara um viðbótarmeðferðir, heldur um að taka heildarsýn á manneskjuna og reyna að átta sig á því hvað það er sem þessi manneskja þarfnast út frá mjög víðu sjónarhorni til að ná bata og viðhalda honum.

Lyfjagjöf er mikilvæg, en ekki eina meðferðarúrræðið. Samtalsmeðferð er líka mikilvæg, en ekki eina úrræðið. Þetta getur orðið vandamálið; þegar við höfum aðeins hamar



Dr. Gísli Kort Kristófersson, lektor og formaður hjúkrunarfræðideildar Háskólans á Akureyri.

fer allt að líta út eins og nagli. Ég hef skrifað út lyf í nokkur ár og veit hvernig þetta er; maður horfir á þetta öflugna verkfæri sem lyfin eru. Það er allt í lagi að fagstéttir sérhæfi sig í ákveðnum verkfærum og verði sérfræðingar í því t.d. að beita hamri. En ef það er það eina sem er í boði á smíðaverkstæðinu lendum við svo í vandræðum þegar skráfurnar mæta á svæðið.

„Það er allt í lagi að fagstéttir sérhæfi sig í ákveðnum verkfærum og verði sérfræðingar í því t.d. að beita hamri. En ef það er það eina sem er í boði á smíðaverkstæðinu, þá lendum við svo í vandræðum þegar skráfurnar mæta á svæðið.“

Mikilvægt hlutverk hinnar samþætta nálgunar er að beita þverfaglegri og batamiðaðri nálgun í geðheilbrigðisþjónustu þar sem skjólstæðingurinn er miðlægur. Auk þess er stöðugt verið að horfa á og finna út hvað virkar fyrir skjólstæðingana. Að mati Gísla ætti samþætt nálgun í hjúkrun ekki að vera til sem hugmyndafræði, því að samþætt hjúkrun sé í rauninni bara hjúkrun:

Fyrir mér snýst þessi samþætta nálgun um að nota gagnreynd vinnubrögð og áhættumat þar sem við beitum minnsta mögulega inngripi fyrst. En kerfið okkar er ekki þannig. Til dæmis má nefna hvað það er miklu meira aðgengi að SSRI lyfjagjöf heldur en samtalsmeðferð. Sem er dæmi um að við erum ekki að nota samþætta nálgun í geðheilbrigðisþjónustunni okkar. Í mörgum tilfellum myndum við vilja byrja á samtalsmeðferð við t.d. vægu og meðalalvarlegu þunglyndi og ákveðnum kvíðaeinkennum. Síðan myndum við nota lyfjagjöfina annað hvort samhliða eða seinna ef samtalsmeðferðin gefur ekki nægan árangur. Ástæðan er sú að samtalsmeðferðin kemur betur út í áhættumati í vissum tilfellum.

Að sögn Gísla hentar samþætta nálgunin vel skjólstæðingum sem eru langveikir. Þeir eru oft orðnir örvæntingarfullir og leita logandi ljósi að nýjum og misárangursríkum leiðum að bata. Þá er það hlutverk okkar, hjúkrunarfræðinga, að horfa á heildarmyndina og styðja skjólstæðingana til að leita leiða sem svara áhættumati betur en aðrar. Áhættumatið, sem eru agaðar og fræðilegar aðferðir, styður við að samþætta nálgunin nái fótfestu í heilbrigðiskerfinu. Gísli leggur áherslu á að alltaf þurfi

„Fagfólk getur orðið óöruggt að beita samþættri nálgun, en þá gerir áhættumatið að verkum að nálgunin verður bæði öguð og fræðileg. Við metum áhættu, kostnað og rannsóknir, aðgengi og ávinning, hvort að viðkomandi úrræði vinni vel með öðrum eða ekki og hvernig það hentar hverjum einstaklingi. Í flestum tilfellum ræður skjólstæðingurinn þessu sjálfur, en við fagfólkið setjum fram ígrundað mat.“

að meta hvern skjólstæðing fyrir sig og að áhættumatið sé líkt og faglegur áttaviti fagfólks, en að það sem hjúkrunarfræðingar þurfi að fórna til að tileinka sér þessi vinnubrögð sé ákveðið hrifnæmi gagnvart nýjum hlutum:

Það er ekki alltaf hægt að horfa á það sem er nýtt og spennandi þegar kemur að ólíkum inngrípum, því að alltaf verður að hugsa um þetta í gegnum áhættumat. Fagfólk getur orðið óöruggt að beita samþættri nálgun, en þá gerir áhættumatið það að verkum að nálgunin verður bæði öguð og fræðileg. Við metum áhættu, kostnað og rannsóknir, aðgengi og ávinning, hvort viðkomandi úrræði vinni vel með öðrum eða ekki og hvernig það hentar hverjum einstaklingi. Í flestum tilfellum ræður skjólstæðingurinn þessu sjálfur, en við fagfólkið setjum fram ígrundað mat.

Gísli segir að til að skilgreina betur hvernig áhættumat fer fram megi taka sjósund sem dæmi:

Það eru ekki til margar fræðilegar sannanir fyrir gagnsemi sjósunds, en það er ekki mikil áhætta fyrir flesta ef varlega er farið. Svo eru einhverjar óbeinar sannanir sem hægt er að skoða, til dæmis líkamshreyfing sem fólk fær út úr þessu og getur haft jákvæð áhrif á lyndi, D-vítamín framleiðsla getur aukist sem mögulega getur líka haft einhver jákvæð áhrif, líkamlega og andlega fyrir suma, og stundum getur svona iðja hjálpað til að rjúfa félagslega einangrun og auka við tengslanet fólks sem einnig getur haft jákvæð áhrif á lyndi. Sumir þurfa kannski fyrst að tala við heilbrigðisfagfólk uppá hvort skrokkurinn ráði við þetta en þetta kostar ekki neitt og aðgangur á Íslandi er góður. Og þú þarft ekki að hætta að taka lyfin þín eða hætta í samtalsmeðferð þó að þú farir í sjósund.

Gísli bendir einnig á aðferðir sem ekki mæta áhættumati:

Smáskammtalækningar hafa ekki neinar fræðilegar sannanir á bak við sig. Því miður, það er bara þannig. Þá er áhættumatið orðið annað því að allar sannanir segja að þetta virki verr eða eins og lyfleysa. Það þarf þá að vera alveg á hreinu, allavega út frá siðferðilegu sjónarhorni, að fólk viti það. Það getur nýtt sér lyfleysuáhrifin en að mínu mati þarf að vera til staðar upplýst vitneskja hjá skjólstæðingum um að allar sannanir segi að þetta virki ekki betur en lyfleysa. Þess vegna er erfitt fyrir mig að mæla með þeim eða vara ekki við þeim. Sérstaklega fyrir fólk með alvarlega og langvinna geðsjúkdóma, sem hefur takmörkuð úrræði.

Gísli ítrekar mikilvægi þess að eiga alltaf samræður við fólk og upplýsa það um áhættuna samfara inngrípunum eða meðferðunum.

Það sem stendur í vegi fyrir samþættri nálgun er hin falska tvíhyggja sem fagfólk á til að festast í og felur í sér að skjólstæðingar geti aðeins annað hvort iðkað óhefðbundnar aðferðir eins og jóga eða hefðbundnar aðferðir eins og lyf. Ekki hvort tveggja. Gísli segir að með því að meta með vísindalegum og öguðum aðferðum, samhliða því að ræða við skjólstæðinga um þeirra óskir, sé mögulegt að ná fram betri meðferðarárangri: „Þegar talað er við fólk með alvarlega og langvinna geðsjúkdóma eru ólíkir hlutir sem allt í einu láta allt smella saman. Stundum er það nýtt lyf, stundum ákveðin samtalsmeðferðartækni, stundum hreyfing, kórastarf eða að starfa með félögum eins og Grófinni eða Hlutverkasetri.“ Gísli leggur áherslu á að

aukápúslíð sem tengi alla myndina saman geti komið úr óvæntri átt, en með samþættri nálgun færast athygli fagfólks að því að það sé ekki eitthvað eitt sem stuðlar að bata við geðsjúkdómum eða fíknisjúkdómum heldur sé þetta samþætt lausn margra púslbita sem raðast upp á hagstæðan hátt fyrir skjólstæðinginn okkar. Við vitum ekki fyrirfram hvaða biti það er, en með samtali, hlustun, gagnreyndri þekkingu og ígrundun getum við komist að því hvað gæti mögulega gert gæfumuninn.

Framtíðarsýn Gísla hvað varðar samþætta nálgun í geðheilbrigðisþjónustu snýr fyrst og fremst að heilsugæslunni, en honum er mikið niðri fyrir þegar hann lýsir framkomu fjárvaldsins gagnvart þeim málaflokki:

Við komum fram við heilsugæsluna eins og ef ég myndi fá son minn til að fara út í búð fyrir mig og segja við hann; kauptu kippu af kók, mjólk, Cheerios, brauð og lambalæri og hérna er 100 kall. Þannig að mér finnst ekki sanngjarnt að gagnrýna heilsugæsluna beint. Ég held að hún sé nokkurn veginn að gera það besta sem hún getur miðað við úrræðin sem hún hefur. Við þurfum að gefa henni alvöru fjármuni og alvöru stuðning. Þurfum að geta fært fjármuni til í kerfinu og ef við færum þá meira til heilsugæslunnar — og ég er svo sannarlega ekki sá fyrsti sem kem með þessa hugmyndafræði — þá spörum við á hinum endanum. En til þess þarf pólitískt hugrekki og kjörtímabilið er bara fjögur ár, oft minna.

Að sögn Gísla er vaxtarbroddurinn í geðheilbrigðismálum hérlendis í heilsugæslunni og hann sér fyrir sér fleiri þverfagleg teymi innan hennar:

Þverfagleg teymi sem eru bæði þarfa- og greiningamiðuð, sem hafa samþætta sýn á hlutina og ná að grípa fyrir inn í og snúa við þróun með einfaldari og áhættuminni inngrípum. Stöður geðheilbrigðisfagfólks innan heilsugæslunnar, eins og sálfræðinga, eru mikilvægt skref þar, en samt bara byrjunin.

Þverfagleg teymi hafa þegar tekið til starfa að einhverju leyti innan heilsugæslunnar og segir Gísli rödd hjúkrunar innan þeirra mikilvæga þar sem hjúkrunarfræðingar séu þungavigtarfagfólk sem búi yfir breiðri þekkingu sem hægt sé að nýta á hagkvæman hátt innan teymanna.

Eftir að hafa kvatt dr. Gísla Kort Kristófersson verður mér hugsað til orða Guðrúnar Marteinsdóttur, því að nú hef ég fundið púslbitann sem að mínu mati svarar hugrenningum Guðrúnar sem birtust árið 1995: Í stað þess að hjúkrunarmetnaður og tæknilegur metnaður togist á í störfum okkar, líkt og Guðrún benti á, erum við stöðugt að beita samþættri nálgun í störfum okkar þegar við fléttum saman hjúkrunarmetnaði og tæknilegum metnaði á meðvitaðan hátt, með gagnreyndar aðferðir, áhættumat og fagmennsku að leiðarljósi. Mig langar að enda þessa umfjöllun á orðum Guðrúnar sem hún flutti á heilbrigðisþingi og birtust í Morgunblaðinu þann 19. desember 1980. Guðrún vissi, líkt og Gísli, að tækifærin til að mæta þörfum skjólstæðinga okkar lægju innan heilsugæslunnar og þó að hugmyndafræði samþættrar nálgunar væri óþekkt árið 1980 rímaði framtíðarsýn Guðrúnar við framtíðarsýn Gísla:

Gagnkvæmur skilningur heilbrigðisstétta hverra á störfum hvers annars, samvinna á jafnréttisgrundvelli og samhæfing starfsaðgerða, með hag þess sem þjónustu hlýtur í brenni-depli, getur haft úrslitabýðingu hvað varðar gæði og árangur heilsugæslu.

Heimildir

Guðrún Marteinsdóttir. (1980, 19. desember). Fyrirkomulag þjónustu og verkaskipting heilsugæslustöðva. *Morgunblaðið*, 68(284), bls. 42.

Guðrún Marteinsdóttir. (1995). Tæknilegur metnaður, hjúkrunarmetnaður. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 71(1), 5.

Kreitzer, M. J. og Koithan, M. (ritstj.). (2014). *Integrative Nursing*. New York: Oxford Press.

Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. London: Harrison and Sons.

Með samþættri nálgun færast athygli fagfólks að því að það er ekki eitthvað eitt sem stuðlar að bata við geðsjúkdómum eða fíknisjúkdómum heldur er þetta samþætt lausn margra púsla sem raðast upp á hagstæðan hátt fyrir skjólstæðinginn okkar. Við vitum ekki fyrirfram hvaða púsl það er, en með samtali, hlustun, gagnreyndri þekkingu og ígrundun getum við komist að því hvaða púsl gæti mögulega gert gæfumuninn.