

Gátir á bráðadeildum geðsviðs Landspítala: Viðhorf sjúklinga og starfsmanna

Ágrip

Jón Snorrason
hjúkrunarfræðingur

Guðrún
Úlfhildur
Grímsdóttir
hjúkrunarfræðingur

Jón Friðrik
Sigurðsson
sálfræðingur

Rannsóknin var unnin á
geðsviði Landspítala

Tilgangur: Gátir á sjúklingum eru algengar á geðdeildum bæði hérlendis og erlendis, en fáar rannsóknir eru til á meðferðarlegu gildi þeirra. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna umfang og eðli gáta á bráðadeildum á geðsviði Landspítala og viðhorf sjúklinga og starfsmanna til þeirra.

Þátttakendur og aðferðir: Skráðar voru upplýsingar um sjúklinga sem höfðu verið á gát á þriggja mánaða tímabili. Staðlað viðtal með 11 spurningum var tekið við sjúklinga stuttu eftir að gát lauk til að kanna viðhorf þeirra til gátarinnar. Að auki voru starfsmenn af hverri deild beðnir um að svara átta spurningum um viðhorf þeirra til gáta. Siðanefnd Landspítala veitti leyfi til rannsóknarinnar.

Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu voru samtals 157 sjúklingar settir á gát á deildunum fjórum, sem er 31% af öllum innlögðum sjúklingum á tímabilinu. Flestir voru settir á reglubundna gát (83%), næst flestir á yfirsetu (25%) en færstir á sjálfsvígsgát eða fulla gát (11%). Langflestum

sjúklinganna fannst öryggi það gagnlegasta við að vera á gát, óháð því hvaða tegund gátar þeir voru á, og aðeins fimmtungi þeirra fannst félagskapur starfsfólksins gagnlegur. Starfsfólkið áleit hins vegar umhyggju, virðingu og félagsskap það gagnlegast fyrir sjúklinga, óháð tegund gátar.

Ályktanir: Umfang, eðli og framkvæmd gáta á deildunum fjórum virðist vera svipað og erlendis. Í ljósi mikilvægi gáta í umönnun geðsjúkra og áhrifanna sem þær hafa á einkalíf sjúklinga er mikilvægt að setja um þær skýrar verklagsreglur og klínískar leiðbeiningar.

Inngangur

Gátir hafa verið notaðar við meðferð sjúklinga á geðdeildum sjúkrahúsa um langt skeið (1), en gát felur í sér að sjúklingur dvelur á ákveðnu svæði á deild og einn starfsmaður (sjaldan fleiri) sinnir honum einum í ákveðinn tíma. Ástæður þess að sjúklingar eru hafðir á gát eru fyrst og fremst þær

ENGLISH SUMMARY

Snorrason J, Grímsdóttir GÚ, Sigurðsson JF

Special observation on psychiatric patients on acute inpatient wards at the Division of Psychiatry, Landspítali-University Hospital in Iceland, attitudes of patients and staff

Lykilorð:
gát, viðhorf sjúklinga, viðhorf
starfsmanna.

Objective: Special observation (constant observation) of patients is common on psychiatric wards, both in Iceland and abroad, but very few studies have been conducted on their therapeutic value. The objective was to investigate the extent and nature of special observation on emergency wards at the Division of Psychiatry at the Landspítali-University Hospital in Iceland as well as the attitudes of patients and staff toward special observation.

Participants and methods: Information about patients on special observation was recorded over a three months period. Patients were interviewed with a standardised eleven questions interview shortly after the observation finished in order to investigate their attitudes toward the observation. Also, members of staff from each ward were asked to answer eight questions about their attitudes toward special observation in general. The Ethics Committee of Landspítali - University Hospital gave its permission for the study.

Results: During the research period observation was used for 157 patients, which is 31% of the total number of patients admitted during that period. Most of the patients

(83%) were on 5-15 minutes observation, 25 per cent on close observation and 11 percent on suicide or constant observation. The majority of the patients claimed that security was the most important aspect of being on special observation, independent of which type of observation they were, and only one fifth felt that the company of staff was most important. The staff members on the other hand claimed that concern for the patient, respect and companionship were most important for the patients, independent of the type of observation used.

Conclusions: The extent, nature and process of observation on acute inpatient wards in Iceland seems to be comparable to other studies from abroad. In view of the importance of special observations in psychiatric emergency care and their influence on patients' private life it is important to develop and implement clinical guidelines about their use.

Key words: close/constant/regular observation, patients' attitudes, staff attitudes.

Correspondence: Jón Snorrason, jonsnorr@landspitali.is

Jón Snorrason,
hjúkrunarfræðingur/
verkefnastjóri, geðsviði
Landspítala Hringbraut, 101
Reykjavík.
jonsnorr@landspitali.is

að þeir eru hættulegir sjálfum sér eða öðrum (2).

Gátum er venjulega skipt í þrennt: 1) Fulla gát (sjálfsvígsgát), þar sem sjúklingur í sjálfsvígs-hættu, með aðra sjálfskaðandi hegðun eða óráð, hverfur aldrei úr auglýsni starfsmanns, 2) yfirsetu, þar sem sjúklingur, sem er órólegur, árásgjarn eða með óráð, má hverfa úr auglýsni starfsmanns, sem þarf þó alltaf að vita hvar hann er niðurkominn og hvað hann er að gera og 3) 5-15 mínútna gát, þar sem haft er reglulegt eftirlit með sjúklingi, sem lokið hefur sjálfsvígsgát eða yfirsetu, eða sjúklingi sem þarf að fylgjast með fyrst eftir innlögn.

Gátir geta verið fyrirbyggjandi. Þær geta skapað aðstæður fyrir minna áreiti, dregið úr sjálfskaðandi hegðun og ofbeldi, og skapað möguleika á að framkvæma nákvæmt mat á sjúklingi og mynda meðferðarsamband við hann (3). Þannig geta þær dregið úr stroki og ofbeldi og fækkað veikindadögum hjúkrunarfólks og haft í för með sér minni kostnað fyrir deildina samhliða auknu meðferðaröryggi fyrir sjúklinga.

Á bráðageðdeildum Landspítala eru sjúklingar daglega á einhverjum ofanefndra gáta. Gríðarmikill tími fer í að sinna þeim og algengt er að nokkrir sjúklingar á sömu deild séu samtímis á gát. Dæmi eru um það erlendis að mælt sé með að setja sjúkling á gát í um fjórðung tilvika (5). Gátir geta því verið stór útgjaldaliður geðdeilda og þess eru dæmi að kostnaður vegna gáta nemi allt að 20% af heildarkostnaði hjúkrunar á geðdeildum (6). Þó gátir séu aðallega notaðar á geðdeildum eru þær einnig notaðar öðru hvoru á öðrum sjúkrahúsdeildum, svo sem öldrunardeildum, slysadeildum og lyflæknisdeildum, til dæmis vegna óráðs sjúklinga og fráhrarfs (7).

Sjúklingar á gát geta haft ákveðnar skoðanir á því hvað hefur meðferðarlegt gildi fyrir þá (8, 9, 10). Sjúklingar telja til dæmis að gátir veiti þeim öryggi og stuðning, þær dreifi athyglinni og veki von um bata (1). Það sem ekki hafi meðferðarlegt gildi sé skortur á útskýringum, samkennd og umhyggju starfsfólks.

Starfsfólk geðdeilda telur það hafa meðferðarlegt gildi fyrir ákveðna sjúklinga að hafa þá tímabundið á gát (11) og þess vegna hlýtur að skipta máli hvernig gát er innt af hendi. Sjúklingur á gát er sviptur ákveðnum réttindum eins og ferðafrelsi og á fullri gát getur hann hvorki farið einn út af deild né verið einn á snyrtingu. Það ætti því að vera markmið að hafa gátir eins stuttar og mögulegt er og til þess að ná því markmiði skiptir framkvæmd þeirra máli.

Á geðdeildum kemur það oftast í hlut þeirra starfsmanna sem hafa minnsta menntun að sinna sjúklingum á gát (12). Þessir starfsmenn hafa litla fræðilega þekkingu á viðfangsefninu þótt þeir búi

oft yfir persónulegum hæfileikum sem nýtast vel í umönnun sjúklinga.

Þótt gátir séu snar þáttur í starfsemi geðdeilda hafa tiltölulega fáar rannsóknir verið gerðar á þeim og engar á Íslandi svo vitað sé. Rannsókn þessi var því gerð til að varpa ljósi á notkun og eðli gáta á fjórum bráðadeildum á geðsviði Landspítala.

Aðferð

Þátttakendur

Sjúklingar

Á þriggja mánaða rannsóknartímabili haustið 2005 voru 157 sjúklingar á fjórum bráðadeildum geðsviðs Landspítala, það er þremur almennum deildum og einni fjölkvilladeild fyrir vímuefnaneytendur, settir á gát, 65 (42%) karlar og 91 (58%) kona. Af þessum hópi náðist í 71 (45%) sjúkling, 29 (41%) karla og 42 (59%) konur. Meðalaldur karlanna var 42,4 ár (sf=14,6) og kvenanna 38,7 ár (sf=13,6). Aldursmunur kynja var ekki marktækur. Enginn neitaði þátttöku í rannsókninni, en þeir 86 (55%), sem ekki náðist í, höfðu verið útskrifaðir eða fluttir til á sjúkrahúsinu.

Starfsmenn

Sextíu starfsmenn sem sinna gátum á deildunum fjórum (19 hjúkrunarfræðingar, 22 sjúkraliðar og 19 ófaglærðir) voru beðnir um að taka þátt í rannsókninni vorið 2006, 16 (27%) karlar og 44 (73%) konur. Meðalaldur karlanna var 37,7 ár (sf=16,3) og kvenanna 48,3 ár (sf=12,6) og reyndust konurnar marktækt eldri en karlarnir ($t=2,64$, $p<0,05$).

Mælitæki

Sjúklingar

Teknar voru saman upplýsingar um aldur, kyn, fjölda daga frá innlögn og fyrri innlagnir á geðdeild, tegund gáta og ástæður, fyrir alla sjúklinga sem settir voru á gát á rannsóknartímabilinu. Auk þess var tekið við þá staðlað viðtal með 11 spurningum stuttu eftir að gát lauk, til að kanna viðhorf þeirra.

Spurningarnar skiptust í 5 opnar spurningar og 6 lokaðar:

Opnar spurningar:

1. Hvað fannst þér hjálplegt/gagnlegt fyrir þig í meðferðinni á meðan þú varst á gát?
2. Hvað fannst þér ekki hjálplegt/gagnlegt fyrir þig í meðferðinni á meðan þú varst á gát?
3. Hvað fannst þér erfiðast við að vera á gát?
4. Hvað í fari starfsfólks fannst þér hjálplegt/gagnlegt fyrir þig á meðan þú varst á gát?

5. Hvað í fari starfsfólks fannst þér ekki hjálplegt/
gagnlegt á meðan þú varst á gát?

Svör sjúklinganna við opnu spurningunum voru flokkuð af rannsakendum í sitt hvoru lagi og flokkunin samræmd eins og hún birtist í töflum II og III.

Lokaðar spurningar:

6. Fannst þér hjálplegra/gagnlegra ef starfsmaður var af sama kyni og þú? *Já, nei* svörun.
7. Vissir þú af hverju þú varst sett/ur á gát? *Já, nei* svörun.
8. Vissir þú í hverju gátin fólst? *Já, nei* svörun.
9. Vissir þú af hverju gátinni var aflétt? *Já, nei* svörun.
10. Var gátin réttmæt? *Já, nei* svörun.
11. Fannst þér gátin standa *of stutt yfir, hæfilega lengi, of lengi*? Merkt við einn af þremur möguleikum.

Starfsmenn

Búinn var til listi með 8 spurningum sem starfsmenn voru beðnir um að svara um viðhorf sín til gáta, auk þess að gefa upp aldur og kyn. Sex spurninganna voru opnar en tvær lokaðar.

Opnar spurningar:

1. Hvernig finnst þér þú geta hjálpað sjúklingi á yfirsetu?
2. Hvernig finnst þér þú geta hjálpað sjúklingi á sjálfsvígsgát?
3. Hvernig finnst þér þú geta hjálpað sjúklingi á 5-15 mínútna gát?
4. Hvað er erfitt við að vera með sjúkling á sjálfsvígsgát?
5. Hvað er erfitt við að vera með sjúkling í yfirsetu?
6. Hvað er erfitt við að vera með sjúkling á 5-15 mínútna gát?

Svör starfsmanna við opnu spurningunum voru flokkuð af rannsakendum í sitt hvoru lagi og flokkunin samræmd eins og hún birtist í töflum II og IV.

Lokaðar spurningar, sem svarað var á kvarðanum *aldrei, stundum, oft, alltaf, ég veit það ekki*:

7. Finnst þér að sjúklingar viti af hverju þeir eru settir á gát?
8. Finnst þér að sjúklingar viti af hverju gát á þeim var aflétt?

Framkvæmd

Tveir rannsakenda fóru daglega á bráðadeildirnar fjórar til að skrá þá sem settir voru á gát og til að

taka viðtöl við þá sem gát hafði verið aflétt af og voru færir um að svara. Þegar gát var aflétt var rannsóknin útskýrð fyrir sjúklingi, bæði munnlega og skriflega, og hann beðinn um upplýst samþykki fyrir þátttöku. Í framhaldi af því var hann/hún beðin(n) um að svara spurningum rannsóknarmanna sem tók um það bil 15 mínútur. Þrátt fyrir þetta fyrirkomulag náðist aðeins til tæplega helmings þeirra sjúklinga sem settir voru á gát, hinir höfðu verið útskrifaðir eða fluttir á aðrar deildir á sjúkrahúsinu. Þá höfðu nokkrir sjúklinganna útskrifað sig sjálfir gegn læknisráði.

Spurningalistarnir og staðlaða viðtalið voru nafnlaus og því öll rannsóknargögnin ópersónugreinanleg. Rannsakendur voru ekki starfsmenn deildanna fjögurra og höfðu því engin afskipti af meðferð sjúklinganna.

Þótt ekki væri fullt samræmi í heitum gáta á deildunum fjórum þar sem rannsóknin fór fram virtist framkvæmd þeirra vera með sama hætti á þeim öllum.

Framkvæmdastjóri lækninga og Siðanefnd Landspítala veittu leyfi til rannsóknarinnar.

Niðurstöður

Sjúklingar

Á rannsóknartímabilinu voru 157 sjúklingar settir á gát á deildunum fjórum, sem er 31% af öllum innlögðum sjúklingum á tímabilinu. Flestir (106; 68%) sjúklinganna voru settir á reglulega gát (5-15 mínútna gát), næst flestir (25;16%) á yfirsetu og 18 (11%) á fulla gát (sjálfsvígsgát). Tegund gátar var ekki skráð hjá 8 (5%) sjúklingum. Þrjátíu (19%) sjúklinganna voru settir á aðra gát eftir lok fyrstu gátar.

Oftast var gát ákveðin af vakthafandi lækni (82; 59%) eða lækni sjúklings (37; 27%), 10 (7%) sinnum af hjúkrunarfræðingi og 5 (4%) sinnum af einhverjum öðrum starfsmanni. Oftast (43; 47%) var það lækni sjúklings sem ákvað lok gátar, vaktlæknir 6 (7%) sinnum, hjúkrunarfræðingur 5 (6%) sinnum og einhver annar starfsmaður 23 (25%) sinnum. Í 14 (15%) tilvikum lágu ekki fyrir upplýsingar um hver aflétti gát.

Meðallengd gáta var 5,7 (sf=14,1), dagar en lengsta gátin stóð yfir í 142 daga. Yfirsetur stóðu langlengst yfir eða í 12,3 daga (sf=17,3; spönn 1-61) að meðaltali, regluleg gát að meðaltali 4,7 daga (sf=14,1; spönn 0-142) og full gát skemst eða að meðaltali 2,4 daga (sf=2,2; spönn 0-7).

Tæplega þrjú fjórðu hlutar sjúklinganna (105; 73%) höfðu legið áður (einu sinni eða oft) á geðdeild en 38 (27%) voru í fyrstu innlögð.

Langflestir sjúklinganna (131; 87%) voru settir á gát í fyrstu viku innlagnar, 92 (61%) strax við inn-

Tafla I. Helstu ástæður þess að sjúklingar voru settir á gát.

Ástæður gáta	N (%)
Sjálfsvígshætta (sjálfsvígshugsanir og sjálfsvígstilraunir)	67 (43%)
Geðrofseinkenni (ofsóknarkennd eða annað sturlunarástand)	36 (23%)
Hegðunartruflanir (óróleiki, ofbeldishegðun eða hætta á ofbeldi)	17 (11%)
Vanlíðan (kvíði, þunglyndi, hræðsla)	12 (8%)
Áfengis- eða fíkniefnaáhrif eða fráhrarfseinkenni	6 (4%)
Ofneysla lyfja (eitrun eða ofskammtur lyfja)	5 (3%)
Átröskun	4 (2%)
Annað	6 (4%)
Upplýsingar um ástæðu gátar lágu ekki fyrir	4 (2%)

lögn, 12 (8%) á öðrum degi og 27 (18%) á þriðja til sjöunda degi. Af þeim sem settir voru á gát strax við innlögn voru þekktir sjúklingar (höfðu verið áður á geðdeild) í meiri hluta, eða 59 (67%) á móti 29 (33%). Munurinn var marktækur (Kí-kvaðrat=4,93, fg=1, p<0,05).

Ýmsar ástæður voru fyrir því að sjúklingar voru settir á gát eins og tafla I sýnir. Algengustu ástæðurnar voru sjálfsvígshætta og geðrofseinkenni eða sturlunarástand.

Álit sjúklinga

Rúmlega helmingur sjúklinganna (41; 59%) sagðist hafa vitað af hverju hann var settur á gát, í hverju gátin fólst (46; 66%) og af hverju henni var aflétt (37; 52%), og langflestum (53; 83%) fannst gátin vera réttmæt, óháð tegund.

Flestum sjúklinganna fannst gátin standa hæfilega lengi yfir (36; 57%), 16 (25%) fannst hún standa of lengi yfir, 7 (11%) of stutt og 4 (6%) höfðu ekki skoðun.

Álit starfsfólks

Rúmlega helmingur (34; 57%) starfsfólks taldi að

sjúklingar vissu oft eða alltaf um ástæður þess að þeir væru settir á gát eða svipað og sjúklingarnir svöruðu, en 24 (40%) töldu þá vita það stundum. Þrír fjórðu hlutar (45; 75%) starfsfólks taldi sjúklingana vita oft eða alltaf um ástæðu þess að gát yfir þeim var aflétt eða nokkuð fleiri en sjúklingarnir sögðu sjálfir. Fjórðungur (15; 25%) starfsfólks hélt að sjúklingarnir vissu stundum eða aldrei ástæðu fyrir lok gátar.

Skoðanir sjúklinga og starfsfólks á því hvað er hjálplegt við að vera á gát

Tafla II sýnir hvaða skoðanir sjúklingar og starfsfólk höfðu á því hvað væri hjálplegt fyrir sjúkling að vera settur á gát. Stærsti hluti sjúklinganna taldi öryggið við að vera á gát það hjálplegasta, en aðeins um fimmtungur taldi félagsskap starfsfólks hjálplegan. Starfsfólkið leit hins vegar svo á að umhyggja, virðing og stuðningur starfsfólks væri hjálplegast fyrir sjúkling á gát og þeir settu félagsskapinn og að hafa einhvern til að tala við í annað sætið.

Hvað töldu sjúklingar erfitt við að vera á gát?

Tafla III sýnir hvað sjúklingum fannst erfitt við að vera á gát. Flestum þeirra fannst frelsisskerðingin erfiðust, einkum sjúklingum á fullri gát og yfirsetu og um þriðjung sjúklinga á fullri gát fannst eftirlitið það erfiðasta. Athyglisvert er að þriðjungur sjúklinga á yfirsetu og reglulegri gát taldi alls ekkert erfitt að vera á gát.

Hvað taldi starfsfólkið erfitt við að hafa sjúkling á gát?

Tafla IV sýnir hvað starfsfólki fannst erfitt við að hafa sjúklinga á gát. Tæplega helmingi þeirra

Tafla II. Skoðanir sjúklinga og starfsfólks á því hvað er hjálplegt við að vera á gát?

	Full gát		Yfirseta		Regluleg gát	
	Sjúklingar N=10	Starfsmenn N=59	Sjúklingar N=9	Starfsmenn N=59	Sjúklingar N=49	Starfsmenn N=59
Félagsskapur, tala við einhvern	2 (20%)	28 (47%)	2 (22%)	30 (51%)	10 (20%)	18 (31%)
Umhyggja, virðing og stuðningur starfsfólks	1 (10%)	35 (59%)	3 (33%)	38 (64%)	9 (18%)	31 (53%)
Nærvera	1 (10%)	19 (32%)		16 (27%)	2 (4%)	16 (27%)
Öryggi, róa sjúkling	6 (60%)	27 (46%)	3 (33%)	18 (31%)	20 (41%)	13 (22%)
Umhverfisþættir/setja sjúklingi mörk		5 (8%)		19 (32%)	1 (2%)	2 (3%)
Fylgjast með		8 (14%)	1 (11%)	7 (12%)	11 (22%)	28 (47%)
Fræða		4 (7%)		5 (8%)		9 (15%)
Ekkert					6 (12%)	
Annað	5 (50%)		4 (44%)		3 (6%)	
Man ekki eftir því					9 (18%)	

Sumir þátttakendur greindu frá fleiri en einu atriði og það vantar svör frá þremur sjúklingum sem gátu ekki svarað.

Tafla III. Hvað fannst sjúklingum erfitt við að vera á gát?

	Full gát (N=10)	Yfirseta (N=9)	Regluleg gát (N=49)
Einkalíf sjúklings	2 (20%)		1 (2%)
Frelsisskerðing sjúklings	5 (50%)	5 (56%)	17 (35%)
Skortur á upplýsingum til sjúklings			2 (4%)
Trufla sjúkling			3 (6%)
Eftirlit	3 (30%)		2 (4%)
Ófagleg vinnubrögð starfsmanns	1 (10%)		
Ekkert	1 (10%)	3 (33%)	16 (33%)
Annað	1 (10%)	1 (11%)	13 (27%)

fannst álagið það erfiðasta við fulla gát og yfirsetu, en ábyrgð að hafa sjúkling á reglulegri gát. Um fjórðungur starfsmanna taldi vanlíðan sjúklings á fullri gát erfiða og um fimmtingur berskjaldað einkalíf sjúklings á slíkri gát.

Tæplega fjórðungi (16; 23%) sjúklings fannst hjálplegra að starfsmaður sem sat yfir þeim á gát væri af sama kyni og þeir, flestum (29; 41%) fannst það hins vegar ekki skipta máli eða fannst það ekki (26; 37%) hjálplegra. Það sem flestum (53; 75%) sjúklingum fannst skipta máli í fari starfsmanna sem sátu yfir þeim á gát var gott viðmót og umhyggja, en 8 (11%) töldu samskipti gagnleg og 10 (14%) ýmislegt annað. Það sem sjúklingum fannst ekki hjálplegt í fari starfsmanna var litilvirðing, hroki eða fordómar (22; 54%), en nokkrir (5; 8%) nefndu reglur og frelsisskerðingu.

Umræður

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að reglulegt eftirlit með sjúklingum á bráðadeildum geðsviðs Landspítala, á formi fullra gáta (sjálfsvígs-gáta), yfirsetu og reglulegra gáta (5-15 mínútna gáta), er frekar umfangsmikið og mikilvægur þáttur í meðferð þeirra eins og á sambærilegum deildum erlendis (13). Rannsóknin fór fram á fjórum bráðadeildum og leiddi í ljós að um þriðjungur allra innlagðra sjúklings á deildunum var settur á gát á rannsóknartímabilinu, sem er heldur meira en fram kemur í bandarískum rannsóknum (5, 14).

Hafa ber í huga að tveir þriðju hlutar þeirra sem settir voru á gát voru settir á reglulega gát, sem samsvarar 13% af öllum innlögðum sjúklingum á rannsóknartímabilinu. Hér er um að ræða reglulegt eftirlit með sjúklingi á 5 til 15 mínútna fresti vegna óvissu um atferli og líðan fyrst við innlög eða eftir að þéttari gát er aflétt.

Langflestir sjúklinganna voru settir á gát í fyrstu í viku innlagnar, sem er í samræmi við erlendar rannsóknir (2), enda eru sjúklingar veikastir á þessu tímabili og því meiri þörf á eftirliti

með þeim en síðar á innlagnartíma þegar meðferð er farin að bera árangur. Þá voru langflestir sjúklinganna á reglulegri gát og var meðallengd gáta á bilinu 2,4 til 12,3 dagar eftir tegund, sem er svipað og erlendar rannsóknir gefa til kynna (7).

Þrjár algengustu ástæður gáta voru sjálfsvígshætta, erfið geðrofseinkenni (ofsóknarkennd eða annað sturlunarástand) og atferlistruflanir (óróleiki, ofbeldishegðun eða hætta á ofbeldi). Eðli málsins samkvæmt er mikilvægt að fylgjast náið með sjúklingum sem eru sjálfsvígshættu og þeim sem taldir eru líklegir til að beita ofbeldi og veita þeim stöðuga umhyggju og stuðning á meðan á meðferð stendur (3, 4).

Ástæður þess að sjúklingar voru settir á gát voru yfirleitt ekki skráðar beint í sjúkraskrá og þurfti að leita upplýsinga um þær í því sem skrifad hafði verið í hjúkrunarskráningu við upphaf gáta. Þessu er svipað háttað annarsstaðar (15) og virðist skráning um ástæður gáta almennt vera ófullnægjandi.

Ákvarðanir um að setja sjúklinga á gát og aflétta gát voru í langflestum tilvikum teknar

Tafla IV. Hvað fannst starfsfólki (N=59) erfitt við að vera með sjúkling á gát?

	Full gát	Yfirseta	Regluleg gát
Álag	25 (42%)	28 (47%)	7 (12%)
Ábyrgð	11 (19%)	5 (8%)	22 (37%)
Sjálfsvígshætta sjúklings	13 (22%)	0 (0%)	3 (5%)
Vanlíðan sjúklings	14 (24%)	10 (17%)	0 (0%)
Kvíði/öryggis-/hjálpárleysi starfsfólks	3 (5%)	5 (8%)	14 (24%)
Einkalíf sjúklings	11 (19%)	2 (3%)	1 (2%)
Frelsisskerðing sjúklings	6 (10%)	4 (7%)	0 (0%)
Umhverfisþættir	2 (3%)	1 (2%)	0 (0%)
Skortur á upplýsingum til sjúklings	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)
Reiði starfsmanns	1 (2%)	0 (0%)	0 (0%)
Ofbeldishegðun sjúklings	1 (2%)	21 (36%)	2 (3%)
Setja sjúklingi mörk		11 (19%)	1 (2%)
Vinnuumhverfi			6 (10%)
Trufla sjúkling			2 (3%)
Leita að sjúklingi á deild			5 (8%)
Ekkert		2 (3%)	10 (17%)

af læknum en ekki hjúkrunarfræðingum. Þetta er í samræmi við það sem gerist erlendis þar sem hjúkrunarfræðingar, sem hafa umsjón með umönnun sjúklinga á deild og framkvæmd gáta, koma lítið að ákvörðunum um upphaf þeirra og lok (8). Hér ber að hafa í huga að læknar bera ábyrgð á meðferð sjúklinga og ákvörðunum sem lúta að meðferð þeirra.

Í rannsókninni kom greinilega í ljós að ákvarðanir um að hafa sjúklinga á gát voru teknar á grundvelli ástands þeirra og hegðunar og ef til vill einnig fyrirliggjandi upplýsinga. Hafa má í huga að meiri hluti þeirra sjúklinga sem settir voru á gát höfðu áður legið á geðdeild og er líklegt að ástand þeirra eða atferli í fyrri legum hafi haft áhrif á ákvarðanatöku starfsfólks. Deildar meiningar eru um það hvort ákvarðanir um að setja sjúklinga á gát séu almennt teknar á nægilega faglegum forsendum (3, 13).

Rúmlega helmingur sjúklinganna sagðist hafa vitað af hverju þeir voru settir á gát og langflestir töldu gátina réttmæta. Þrír fjórðu hlutar þeirra taldi gott viðmót og umhyggju starfsmanna það sem var hjálplegt og endurspeglar það mikilvægi uppbyggilegs meðferðarsambands, sem byggir fyrst og fremst á umhyggju og samkennd. En, þótt umhyggja og félagsskapur skipti sjúklingana miklu á meðan þeir voru á gát, virtist það skipta þá mestu máli að þeir gátu hvorki gert sjálfum sér eða öðrum mein, sem er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna (10, 18).

Það sem virðist vera erfiðast fyrir starfsfólk er álagið sem fylgir því að sinna sjúklingi á gát og er það í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna (11, 12, 15). Þetta er skiljanlegt í ljósi þess að flestir sjúklingar, sem eru settir á gát, eru mjög veikir og í sjálfsvígshættu, með geðrof, í bráðaoflætisástandi eða með ofbeldishegðun af öðrum ástæðum. Eitt af því sem skapar álag er að gæta þess að sjúklingur geri sjálfum sér og öðrum ekki mein og sýna honum umhyggju á sama tíma (16). Þetta er vandasamt hlutverk og það getur valdið mikilli togstreitu hjá starfsmanni sem verður fyrir ofbeldi sjúklings að þurfa um leið að sýna honum umhyggju.

Á deildunum þar sem rannsóknin fór fram voru á rannsóknartímanum engar skriflegar leiðbeiningar til fyrir starfsfólk um framkvæmd gáta, sem getur valdið óryggi og kvíða, og þótt gátir séu taldar hafa meðferðarlegt gildi, er það oft ófaglaert starfsfólk sem fylgist með sjúklingum á gát (17). Mikilvægt er því að setja skýrar reglur um gátir og framkvæmd þeirra og þjálfa starfsfólk sem sinnir gátum í umönnun sjúklinga og veita þeim reglulega handleiðslu (12, 19). Ljóst er einnig að bæta þarf skráningu gáta á geðsviði, samræma

heiti þeirra, skilgreiningar og verklagsreglur og setja um framkvæmd þeirra klínískar leiðbeiningar, sem byggjast á niðurstöðum rannsókna.

Rannsókn þessi hefur nokkrar aðferðafræðilegar takmarkanir. Í fyrsta lagi eru þátttakendur frekar fáir og því reyndist ekki unnt að skoða niðurstöðurnar nema að litlu leyti eftir tegund gátar og kyni. Í öðru lagi dregur það úr alhæfingargildi niðurstaðna að ekki var unnt að ná til nema rétt innan við helmings sjúklinga sem settir voru á gát á deildunum fjórum á rannsóknartímabilinu, þrátt fyrir daglegar ferðir rannsækenda á deildirnar. Til að auka heimtur virðist nauðsynlegt að fá starfsfólk deilda til samvinnu við gagnaöflun. Í þriðja lagi var rannsóknin aðeins gerð á þriggja mánaða tímabili og gefa niðurstöðurnar því ekki endilega rétta mynd af gátum og framkvæmd þeirra á bráðadeildunum fjórum á öllum árstímum. Æskilegt er að endurtaka rannsóknina á öðrum tíma ársins og framkvæma hana yfir lengri tíma.

Við ályktum að mikilvægt sé að skilgreina betur gátir og verklag um framkvæmd þeirra, svo sem skráningu á því hver ákveður gát, afléttingu gátar og ástæðu gátar, á deildunum fjórum.

Pakkir

Þakki til Hrafnhildar Reynisdóttur, sem tölvuskraði rannsóknargögnin, og Ásrúnar Matthíasdóttur og Þórðar Sigmundssonar fyrir yfirlestur og góðar athugasemdir.

Heimildir

1. Young O. Psychiatric Patient's Perceptions of Constant Care. *Journal of Psychosocial Nursing Care* 2002; 36: 2229.
2. Shugar G, Rehaluk R. Continuous observation for psychiatric in-patients – A critical evaluation. *Comprehensive Psychiatry* 1990; 30: 48-56.
3. Langenbach M, Junaid CM, Hodgson CM, Nwaetulin J, Kennedy ST, Moorhead P, Ruiz P. Observation Levels in acute Psychiatric Admissions. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 28-33.
4. Dodds P, Bowels N. Dismantling Format Observation and refocusing Nursing Activities in acute inpatient Psychiatry: A Care Study. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2001; 8: 183-90.
5. Jin C, Novik S, Sanoway S. Consultation-Liaison Psychiatry Training and Supervision Results in fewer Recommendations for Constant Observation. *General Hospital Psychiatry* 2000; 22: 359-64.
6. More P, Berman K, Knight M, Devine J. Constant Observation: Implication. *J Psychosoc Nurs* 1995; 33: 46-50.
7. Blumenberg J, Milazzo B, Orlowski B. Constant Observation in the General Hospital. *Psychosom* 2000; 41: 289-93.
8. Cardell R, Pitula C. Suicidal Inpatients' Perception and Non-therapeutic Aspects of Constant Observation. *Psychiatr Service* 1999; 50: 1066-70.
9. Muller A, Poggenprel M. Patient's internal Word Experience of interacting with Psychiatric Nurses. *Arch Psychiatr Nurs* 1996; 10: 143-50.
10. Pitula CR, Cardell R. Suicidal Inpatients' Experience of Constant Observation. *Psychiatr Service* 1996; 47: 649-51.
11. O'Brien L, Cole R. Close-Observation Areas in acute Psychiatric Units: A Literature Review. *Int J Ment Health Nurs* 2003; 12: 165-76.
12. Cutcliffe J, Barker P. Considering the Care of the suicidal Client and the Case for Engagement and inspiring Hope or Observation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2002; 9: 611-21.

13. Bowers L, Park A. Special Observation in the Case of Psychiatric Inpatients: A Literature Review. *Iss Ment Health Nurs* 2001; 22: 769-87.
14. Mackey B, Paterson B, Carrols C. Constant or Special Observation of Inpatients presenting a Risk of aAggression or Violence: Nurses Perception of the Rules of Engagement. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2000; 12: 464-71.
15. Cleary M, Horsfall J, Jordan R, Mazocher P, Delaney J. Suicidal Patients and Special Observation. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 1999; 6: 461-7.
16. Caplan C. Nursing Staff and Patient Perception of the Ward Atmosphere in a Maximum Security Forensic Hospital. *Arch Psychiatr Nurs* 1993; 7: 23-9.
17. Nelson P, Brennan W. The Use of Special Observation: An Audit within a Psychiatric Unit. *J Ment Health Nurs* 2001; 8: 147-55.
18. Hörberg U, Brunt D, Axelson A. Client's Perception of Client-Nurse Relationship in local Authority Psychiatric Services: A qualitative study. *Int J Ment Health Nurs* 2004; 13: 9-17.
19. Reid W, Long A. The Role of the Nurse providing Therapeutic Care for the suicidal Patient. *J Adv Nurs* 1993; 18: 1369-76.
20. Adams B. Locked Doors or Sentinel Nurses? *Psychiatr Bull* 2000; 24: 327-8.