

Jón Snorrason

Hjúkrun sjúklinga í oflætisástandi

Einstaklingar sem þjást af alvarlegri geðhæð („mania“) þurfa iðulega að dvelja á sjúkrahúsi á meðan þeir eru að takast á við sjúkdóm sinn. Þá skortir heilbrigt innsæi á einkenni sín¹. Sjúklingurinn, aðstandendur og heilbrigðisstarfsfólk meta einnig sjúkdómseinkenni á ólíkan hátt út frá ólíkum viðhorfum þeirra og skilningi². Hjúkrun sjúklinga í oflætisástandi gerir miklar kröfur til starfsfólks sem sinnir þeim. Sjúkdómurinn reynir á hæfni, getu og þolgæði hjúkrunarfólks.

Sjúkdómurinn

Áður en einstaklingur í oflætisástandi kemur til meðferðar á deild hafa stundum skapast miklir erfiðleikar í nánasta umhverfi hans. Bæði vegna þátta sem stuðlað hafa að veikindunum og vegna afleiðinga sjúkdómsins³. Sem dæmi má taka samskiptaerfiðleika í fjölskyldunni, erfiðleika í starfi og minni geta sjúklings til að viðhalda eigin heilbrigði. Starfsfólk sem tekur á móti einstaklingi í oflætisástandi veit því að hann og fjölskylda hans er í sárum.

Sjúklingum í oflætisástandi virðist oft líða vel og láta vel af sér. Undir niðri leynist þó oft mikil þjáning sem þeir hafa mátt þola. Stundum forðast þeir að horfast í augu við þetta. Það er hægt að skilgreina þjáninguna á þrennan hátt⁴:

Þjáning vegna sjúkdómsins. Þrátt fyrir að sjúklingnum virðist líða vel þjáist hann mikið. Hækkað geðslag veldur því að hann á erfitt með svefn og hvílist lítið. Hann á erfitt með eðlileg samskipti við aðra. Þó svo honum finnst hann vera heilbrigður tekur hann eftir að aðrir eru ekki sama sinnis og reyna að gera honum það ljóst. Þetta og fleira tengt sjúkdómsástandinu getur verið sjúklingnum mjög þungur baggi.

Tilvistarþjáning. Sjúklingnum getur fundist hann vera einn á báti og mæta skilningsleysi frá



umhverfinu. Hann hefur uppi áform sem engir virðast skilja eða hafa áhuga á og reyna jafnvel að fá hann ofan af. Þegar hann hefur svo náð aftur heilsu getur hann fyllst samviskubiti og sektarkennd yfir því að hafa gert eitthvað í veikindum sínum sem hann sér mjög eftir og óttast afleiðingar þess.

Þjáning vegna meðferðarinnar. Þegar samvinna sjúklings og starfsfólks gengur ekki vel vegna ágreinings eða ónógrar meðferðarhaldni sjúklingsins, getur það lagst illa í hann og valdið honum óánægju og vanlíðan. Einnig geta t.d. aukaverkanir lyfjameðferðar, sárindi vegna nauðungarvistunar, ósætti sjúklings við ýmsa þætti hjúkrunar eins og t.d. markasetningu valdið þjáningu.

Sjúklingurinn þarf stuðning til að þola þjáninguna og umbreyta henni í uppbyggilegt afl sem styrkir hann og hvetur í bataferlinu.

Innlögn

Þegar sjúklingar í oflætisástandi eru ósáttir við innlögn á spítala og sýna andóf gegn henni er það yfirleitt vegna skorts á skilningi á sjúkdómsástandi sínu. Það er að auki mikið áfall fyrir marga að leggjast inn á spítala og þurfa að aðlagast meðferð sem breytir verulega lífsháttum þeirra. Starfsfólk tekur því vel á móti sjúklingnum, myndar eins fljótt og unnt er meðferðarsamband við hann svo hann finni fyrir samhygð (empathy). Um leið og það getur verið erfitt fyrir sjúklinginn að leggjast inn á deild er það oft léttir en erfitt fyrir aðstandendur, sérstaklega ef sjúklingurinn hefur verið lagður inn gegn eigin vilja.

Þegar sjúklingur er nauðungarvistaður verður starfsfólk alltaf að gæta öryggis og réttar hans, virða skoðanir hans og sjá til að hann haldi virðingu sinni og reisn⁵.

Rannsókn⁶ á nauðungarvistuðum sjúklingum sýndi að vistunin hafði bæði jákvæð og neikvæð áhrif á þá. Þeir fundu fyrir takmörkun á sjálfstæði, fannst þeir verða út undan, ekki vera hlustað á þá og þeim vera ógnað. Þeim fannst jákvætt að þeir fengu umönnun, voru verndaðir og þeim var þrátt fyrir allt sýnd ákveðin virðing. Með þetta í huga skiptir miklu máli að mynda gott meðferðarsamband við sjúklinginn strax við innlögn.

Hjúkrun

Að mörgu er að huga þegar sjúklingum í oflætisástandi er hjúkrað. Vegna minni getu til að huga að eigin velferð þarf að aðstoða þá við grunnþarfir sínar eins og að nærast nægilega, þrifa sig, hvílast og hreyfa sig, ná að sofa, tiltekt í nánasta umhverfi o.s.frv.⁷

Hluti af hjúkrun sjúklingsins er að fylgjast með og meta sjúkdómsástand hans og skrá það sem metið er.

1) Nærvera

Hugtakið „nærvera“ hefur verið notað lengi um vissan þátt hjúkrunar⁸. Nærvera hefur gjarnan verið skilgreind þannig að sá sem hjúkrar sjúklingnum sé opinn, móttækilegur, til staðar og reiðubúinn til að setja sig inn í reynslu sjúklingsins. Þetta næst með gagnkvæmum og innilegum samskiptum við hann. Í rannsóknnum Collinwood⁹ er vakin athygli á mikilvægi tilfinninga og útsjónarsemi hjá þeim sem hjúkrar. Það að vera í nærveru manneskju sem þjáist kallar fram ákveðnar tilfinningar sem stuðla að því að sá sem hjúkrar reynir að lina þjáningar hennar.

Það krefst svo útsjónarsemi að átta sig á og koma til móts við þarfir sjúklingsins og aðstandenda hans.

Bent hefur verið á að heppilegt sé að koma fram við sjúklinga sem sérstakar manneskjur í sérstökum aðstæðum.

2) Gát

Ef þörf er á er sjúklingur í oflætisástandi settur á sérstaka gát. Á ensku er gát yfirleitt kölluð „observation“ og gefur til kynna að fylgst sé með ákveðnum atriðum hjá sjúklingnum t.d. geðslagi, talfæði, hreyfiþörf o.s.frv. Íslenska orðið gát nær yfir þessa merkingu en einnig að hafa gætur á sjúklingnum og sinna honum.

Yfirleitt eru sjúklingar settir á gát til að minnka áreiti, vernda þá og meta og mynda meðferðarsamband¹⁰. Sjúklingar eru ekki alltaf sáttir við gát því óneitanlega takmarkar hún frelsi og athafnir þeirra. Gátin verður því að hafa meðferðarlegt gildi og skapa aðstæður þar sem starfsfólkið getur veitt viðunandi hjúkrun. Þegar sjúklingur í oflætisástandi er settur á gát er það kallað yfirseta. Þá hefur sérstakur starfsmaður eingöngu það hlutverk að vera hjá sjúklingnum og sinna honum í ½-1 klst. í senn.

Gerðar hafa verið rannsóknir á því hvernig sjúklingum líkar að vera á gát. Ein rannsókn¹¹ sýndi að kostir gátar að mati sjúklinganna voru að þeim var sýnd virðing, umhyggja, umgjörð var búin til fyrir þá og þeim kennd ákveðin færni. Ókostirnir voru að stöðugt var fylgst með þeim. Þeir fengu ekki að vera einir og út af fyrir sig og sama starfsfólkið var ekki hjá þeim allan tímann heldur skiptist það á. Í sömu rannsókn lýstu hjúkrunarfræðingar hlutverki sínu þegar þeir sinntu sjúklingum á gát. Það var að mynda meðferðarsamband við sjúklingana, skapa aðstæður þar sem sjúklingurinn getur verið út af fyrir sig og að sinna árásgjörnum og reiðum sjúklingum.

Sjúklingar sjá ekki alltaf meðferðarlegt gildi gátar eins og starfsfólkið gerir. Atriði sem sjúklingum hefur fundist hafa meðferðargildi¹² er að veita öryggi og stuðning og dreifa athygli sjúklingsins. Starfsfólkið sem sinnir gátinni sýnir sjúklingnum virðingu og getur þannig vakið von. Þættir sem ekki hafa meðferðarlegt gildi, að áliti sjúklinganna, er skortur á samhygð og umhyggju hjá starfsfólkinu, það virti ekki persónulegt svæði sjúklinganna, þrýsti á þá að fara eftir deildarreglum og veitti ekki nægar upplýsingar um ástæðu gátar.

Það hefur stundum verið gagnrýnt að starfsfólk sem er með sjúkling á gát sé óvirkt í hjúkrun, leggi meiri áherslu á að fylgjast með (observera) og gæta sjúklingsins. Þess vegna sé hætta á að meðferðarsamband myndist ekki milli þeirra og sjúklingurinn náti bata seinna¹³. Sumir hafa viljað skipta út „observation“ fyrir „virka samvinnu“ þar sem litið er á gátina sem tækifæri til uppbyggilegra samskipta við sjúklinginn um leið og athugunin fer fram¹⁴. Það er auðvelt að sjá mun á starfsmanni sem situr fyrir framan herbergi sjúklingsins og les í bók á meðan sjúklingurinn er inni í herbergi og starfsmanni sem teflir við sjúklinginn og



fylgist um leið með athygli hans, einbeitingu, tali, eirðarleysi o.s.frv.

Hjúkrunarfræðingum finnst það stundum valda togstreitu hjá þeim að vera í þeirri stöðu að byggja upp öryggi í kringum sjúklinginn en um leið veita honum aðra hjúkrunarmeðferð¹⁵. Þetta á t.d. við þegar setja þarf sjúklingnum mörk sem hann er mjög ósáttur við og bregst við með mikilli reiði.

Að ná meðferðarsambandi við sjúkling sem einkennist af trausti og samhygð getur átt stóran þátt í að hjúkrunin takist vel. Starfsfólkið er ímynd raunveruleikans sem það reynir að fá sjúklinginn til að horfast í augu við og aðlagast að nýju. Skiljanlega sér sjúklingurinn fyrir sér í starfsfólkinu, þætti sem minna á eigin raunheim. Bæði það sem er honum mikilvægt og hann vill halda í og það sem veldur uppnámi eða annari vanlíðan¹⁶. Starfsfólkið þarf því að sýna sjúklingnum raunveruleikann á eins heilbrigðan hátt og því er unnt án fordóma og eigin lífsviðhorfa. Það þarf að gera greinarmun á þörfum sjúklinganna og kröfum þeirra sem ekki fara alltaf saman.

3) Lyfjameðferð

Einn mikilvægasti þáttur meðferðar sjúklings í oflætisástandi er lyfjameðferð¹⁷. Ef hjúkrunarmeðferð á að takast vel þarf sjúklingurinn að taka lyfin sín og eftir því sem meðferðarsambandið er betra, eru meiri líkur á að sjúklingurinn taki lyfin. Þess vegna getur hluti af myndun meðferðarsambands verið að fræða sjúklinginn um verkun lyfjanna, aukaverkarnir þeirra og fylgjast vel með hvorutveggja.

4) Markasetning

Sjúklingi eru sett mörk svo atferli hans sé innan þeirra marka að það veiti honum ákveðna umgjörð til að ná stjórn á sjálfum sér og mynda heilbriggt samband við umhverfi sitt¹⁸. Það er auðvitað mikilvægt að starfsfólk setji ekki sjúklingnum mörk eftir eigin geðþótta heldur með hagsmuni hans í huga¹⁹. Sjúklingi verða ekki aðeins sett mörk með reglum heldur einnig með uppbyggilegu tali, tónfalli raddarinnar, látbragði, tilfinningum og viðmóti svo hann skilji að markasetningin er ekki refsing heldur hjálp fyrir hann til að ná bata. Honum er gerð grein fyrir ástæðu markasetningarinnar og studdur til að fara eftir henni. Þetta getur bæði verið erfitt og sársaukafullt fyrir þann sem

er fullur orku og athafnaþrár og upp getur komið ágreiningur milli sjúklingsins og starfsfólksins ef hann sættir sig ekki við markasetninguna.

Blessunarlega eru engin einangrunarherbergi á geðdeildum á Íslandi eins og víða erlendis. Það er þó nauðsynlegt að vera vakandi fyrir líðan sjúklunga sem þurfa að dvelja á takmörkuðu svæði innan deildar í ákveðinn tíma og hvaða áhrif það getur haft á þá eins og leiða, eirðarleysi og geðsveiflur.

Markasetning getur einnig fyrirbyggt að ofmið áreiði verði á deildinni. Það hefur sýnt sig að mannþröng og hávaði á geðdeildum getur aukið hættu á árekstrum milli fólks²⁰.

5) Viðbrögð við árásargirni

Við vissar aðstæður þegar álag og þjáning sjúklingsins eru komin yfir þölmörk sér hann stundum ekkert annað úrræði en að bregðast við með árásargirni sem oftast beinist að starfsfólkinu. Þetta getur átt sér stað t.d. þegar sjúklingurinn er ósáttur við markasetningu, lyfjameðferð eða innlögn. Það er mjög mikilvægt að starfsfólk bregðist við á fagmannlegan hátt og láti ekki sjúklinginn gjalda fyrir atferli sitt með refsingu í tali eða gjörðum. Víða á geðdeildum er starfsfólki kennt hvernig það á að bregðast við slíku atferli þar sem öryggi og velferð sjúklingsins er í fyrirrúmi²¹. Aðferðir, sem eru notaðar, til að róa sjúklunga hafa oft verið endurskoðaðar með það í huga að þær séu öruggar og faglegar. Stór þáttur í þjálfun starfsfólks í viðbrögðum við árásargirni er að koma í veg fyrir hana. Það er fyrst og fremst gert með því að tala við sjúklinginn, gefa honum tíma og minnka þannig spennu²².

Bröset-skali mælir líkur á því að sjúklingur sýni árásargjarna hegðun næstu 24 klst.²³. Fljótlegt er að fylla hann út og hann hefur reynst áreiðanlegur. Hann mælir ruglástand, eirðarleysi, hamagang, ógnun með líkama, ógnun með orðum og hvort árásargirnin beinist að hlutum. Fjöldi at-riða sem mælast gefa svo vísbendingar um hvernig á að bregðast við.

6) Uppbyggileg afþreying

Uppbyggileg afþreying getur minnkað þjáningu og hugsanlega stuðlað að bata. Á mörgum geðdeildum hefur verið komið upp aðstöðu fyrir sjúklunga til fönndurs í víðri merkingu þess orðs. Þar er vettvangur fyrir samveru með starfsfólki og öðrum

sjúklingum. Hjúkrunarfræðingar er sennilega sú heilbrigðisstétt sem hefur verið einna opnust fyrir mismunandi meðferðarformum sem ekki teljast til hefðbundinna meðferða en hafa allar það að markmiði að lina þjáningu og stuðla að vellíðan. Hér má t.d. nefna slökun, göngur²⁴ og tónlistarhlustun²⁵. Þetta og fleira getur hjálpað sjúklingi á batavegi. Sjúklingar hafa greint frá því að það hafi hjálpað þeim mest í sjúkrahúsvistinni að hlusta reglulega á tónlist með öðrum.

7) Sjúklingurinn og fjölskyldan

Fræðsla fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra hefur á liðnum árum orðið sífellt stærri þáttur í hjúkrun. Hún getur minnkað líkur á að sjúklingur veikist aftur²⁶. Fjölskyldan þarf líka mikinn stuðning og það er mjög mikilvægt að samband aðstandenda og starfsfólks sé gott strax í upphafi meðferðar. Aðstandendur standa oft ráðþrota gagnvart veikindum sem þeir hvorki skilja né vita nokkuð um og hafa jafnvel ímyndað sér orsakir veikindanna sem eiga ekki við nein rök að styðjast. Að auki getur það verið mjög sársaukafullt að óska eftir nauðungarvistun ástvinar þó það sé gert með velferð hans að leiðarljósi. Fjölskyldan er oft í miklu uppnámi og jafnvel þreytt og reið eftir árangurslausar tilraunir til að fá sjúklinginn sjálfviljugan til að þiggja meðferð á geðdeild. Aðstandendur og fjölskylda þurfa á skilningi og nærgætni að halda.

Hér hefur aðeins verið tæpt á nokkrum atriðum varðandi hjúkrun sjúklinga í oflætisástandi. Þó alltaf séu ákveðin atriði höfð í huga þegar myndað er meðferðarsamband við sjúklinga fer það þó að mestu leyti eftir persónuleika hvers og eins, sem starfsfólk tekur fyrst og fremst tillit til. Alúð og virðing en um leið ákveðni og festa eru lykilatriði við hjúkrun sjúklinga í oflætisástandi.

Heimildir

- Dell'Osso L, Pini S, Cassano GB, Mastrocinque C, Seekinger RA, Sacttoni M, Papisogli A, Yale SA, Amador XF. Insight into illness in patients with mania, mixed mania, bipolar depression and major depression with psychotic features. *Bipolar Disorder* 2002; 4: 315 – 322.
- David J. Miklowitz *The Bipolar Disorder Survival Guide* The Guilford Press New York / London, 2002 .
- Baker J.A. Bipolar disorders: an overview of current literature *Journal of Psychiatric and Mental Nursing* 2001; 8:437 – 441.
- Jan Kåre Hummelvoll, Elisabeth Severinsson . Nursing staff's perception of persons suffering from mania in acute psychiatric care. *Journal of Advanced Nursing* 2002; 38(4):4.

- Paula K. Vuckovich . The Ethics of Involuntary Procedure, *Perspectives in Psychiatric Care* 2000; 36 (4):6 – 424.
- Johannsson I. M. & B. Lundmann . Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great loss. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 2002; 9:639 – 647.
- Lippincott Williams & Wilkins Schultz, Judith M., Videbeck., Sheila L. Lippincott's Manual of Psychiatric Nursing Care Plans, 7th Edition, 2005.
- Gunilla Carlsson, Karin Dahlberg, Kim Lützen, Maria Nystrom. Violent Encounter in Psychiatric Care: Phenomenological Study of Embodied Caring Knowledge. *Issues of Mental Health Nursing*, 2004; 25:191-217.
- Steven D Edwards. *The Art of Nursing Nursing Ethics* 1998; 5 (5).
- Michael Langenbach, Ola Junaid, Christine M. Hodgson, Naefulu, Joanne Kennedy, Stephen R. Moorhead, Paloma Ruiz. *Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci.* 1999; 249: 28 – 33.
- Louse O'Brian and Rose Cole. Close – observation areas in acute psychiatric units: A literature review *International Journal of Mental Health Nursing* 2003; 12 (3): 165.
- Olive Young. Psychiatric Patient's Perceptions of Constant Care. *Journal of Psychosocial Nursing* 2002; 40(6).
- Jan Horsfall, Michelle Cleary. Discourse analyses of an "observation levels" *Journal of Advanced Nursing* 2000; 32(5):1291 – 1297.
- Sara Flynn. Beeing positive about acute psychiatry: with successive reports criticising standards in acute mental units, Sarah Flynn describes how a motivated group of staff have changed the culture in one inner – city unit (acute inpatient care). *Mental Health Practice* (2003); 1/10.
- Louise O'Brian, Rose Cole. Mental health nursing practice in acute psychiatric close-observation areas *International Journal of Mental Health Nursing* 2004;2: 89.
- Alun C. Jones. Transference an Countertransference Perspectives in *Psychiatric Care* 2004;40(1):13.
- Susan McCabe. Advances in pharmacological treatment of bipolar affective disorder *Perspectives in Psychiatric Care* 2003;7/1.
- May T. Dobal. Constant Observation in Medical – Surgical Settings: A Multihospital Study . *Nursing Economics* 1999;5/1.
- Trevor Lowe, Nigel Wellman, Richard Taylor. Limit-setting and decision-making in the management of aggression *Journal of Advanced Nursing* 2002; 41(2):154-161.
- Henk L. I. Nijman, Gust Rector. Crowding and Aggression on Inpatient Psychiatric Ward *Psychiatric Ser* 1999; 50:830 – 831.
- Brodie Paterson. Restraint-related deaths in health and social care in the UK: learning the lessons. (legal issues) (Cover Story). *Mental Health Practice* 2003; 6/1.
- Brian Kidd & Cameron Stark. *Management of Violence and Aggression in Health Care* Gaskell, London, 1995.
- Phil Woods, R. Almvik. The Brøset violence checklist (BVC) *Acta Psychiatr Scand* 2002 ;106 (Suppl. 412): 103 – 105.
- Mary Anne La Torre . Walking: An Important Therapeutic Tool *Perspectives in Psychiatric Care* 2004 ;40(3) July – September.
- J.L.Smith & J.Noan. Objective measurement of mood change induced by contemporary music *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 1998;5:403-408.
- Alison M. Heru. Family Functioning, Burden, and Reward in the Caregiving for Chronic Mental Illness Families, *Systems & Health* 2000; 22/3.

Jón Snorrason starfar sem geðhjúkrunarfræðingur á geðsviði LSH. Hann er verkefnisstjóri á geðsviði varðandi öryggismál á geðdeildum.