

Hið ófyrirséða — fyrirbyggjandi aðgerðir gegn ofbeldi á geðdeildum

Útdráttur

Tilgangur. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvað kveikti á árásgjarnri hegðun sjúklinga á geðdeildum og hvaða aðferðum starfsfólk beitti til að koma í veg fyrir hana.

Aðferð. Um var að ræða eigindlega rannsókn þar sem stuðst var við aðferðafræði grundaðrar kenningar. Viðtöl voru við níu einstaklinga sem starfa við hjúkrunarstörf á geðdeildum Landspítala, þrjá karlmenn og sex konur. Meginflokkur hugtaka var greindur og undirflokkar.

Niðurstöður. Helsta áhyggjuefni viðmælenda var hið ófyrirséða, annars vegar að sjúklingar gætu á hvaða tímapunkti sem er sýnt árásgjarna hegðun og hins vegar að sjúklingar eða starfsmenn meiddust ef til átaka kæmi. Viðmælendur nefndu nokkrar aðferðir til að fyrirbyggja árásgjarna hegðun eða draga úr líkum á henni: Að starfsfólk væri í líkamlegu og andlegu jafnvægi, að draga þyrfti úr vinnuálagi starfsmanna, starfsmenn þyrftu að læra að róa sjúklinga, þeir þyrftu að kunna að afstýra aukinni spennu hjá sjúklingum, vinna vel saman og stjórna umhverfinu.

Ályktun. Þó aldrei verði hægt að koma alveg í veg fyrir árásgjarna hegðun sjúklinga á geðdeildum eru ýmsar leiðir sem starfsfólk getur farið til að draga úr líkum á að hún eigi sér stað.

Lykilord: árásgjörn hegðun, grunduð kenning, hið ófyrirséða.

Inngangur

Árásgjörn hegðun gagnvart starfsfólki er orðin vandamál víða á sjúkrahúsum um allan heim og er starfsfólki hættara við ofbeldi á ákveðnum sviðum innan sjúkrastofnana en öðrum (Bickes o.fl., 2017; Hahn o.fl., 2012; Wei o.fl., 2016). Árásgjörn hegðun er íþyngjandi fyrir starfsfólk, hefur áhrif á heilsu þess

og stuðlar að óánægju í starfi, kvíða, fjarveru frá vinnu og löngun til að hætta störfum eða fá flutning á aðrar deildir (Borgne o.fl., 2015; Shier o.fl., 2018; Yang o.fl., 2012). Þá getur aukinn rekstrarkostnaður fylgt aðgerðum til að takast á við árásgjarna hegðun (Flood o.fl., 2008; Hahn o.fl., 2008).

Oftast eru gerendur sjúklingar og aðstandendur þeirra. Árásgjörn hegðun gagnvart samstarfsfólki er þó einnig þekkt (Hahn o.fl., 2008). Þó margt hafi verið gert á undanförunum árum til að leita leiða með gagnreyndri þekkingu til að draga úr árásgjarnri hegðun eru ástæður hennar bæði flóknar og ólíkar (Mavandandi o.fl., 2016). Má þar nefna óánægju með meðferð, langan biðtíma, erfiðleika með að ná tali af lækni, útskriftarferlið, frelsisskerðingu, sjúkdómsástand, ágreining á milli sjúklinga og starfsfólks og regluverk á deildum (Farrell og Shafiei, 2012; Hahn o.fl., 2008; Kumar o.fl., 2016).

Algengast er á sjúkrahúsum að starfsfólk geðdeilda, slysa- og bráðadeilda og öldrunardeilda verði fyrir árásgjarnri hegðun. Ofbeldi á sér þó stað í einu eða öðru formi á fleiri deildum spítala (Pan o.fl., 2015). Rannsóknir sýna að allt að 94% hjúkrunarfræðinga og starfsfólks undir þeirra stjórn verður fyrir árásgjarnri hegðun af hálfu sjúklinga og ættingja þeirra.

Aðrar starfsstéttir, eins og læknar, félagsráðgjafar, sálfræðingar, ljósmæður, geislafræðingar og iðjuþjálfar, verða einnig fyrir árásgjarnri hegðun bæði af hálfu samstarfsfólks og skjólstæðinga (Farrell og Shafiei, 2012; Hahn o.fl., 2008; Kumar o.fl., 2016; Shier o.fl., 2018).

Á geðdeildum hefur á umliðnum árum mikil vinna verið lögð í að leita leiða til að draga úr árásgjarnri hegðun sjúklinga. Árásgjörn hegðun sjúklinga gagnvart starfsfólki leiðir oft til þess að sjúklingurinn er beittur þvingunum sem geta haft neikvæð áhrif á sjúklinginn, á meðferðarsamband við sjúklinginn og á starfsfólkið (Isobel og Edwards, 2016). Um leið og

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: Álag á starfsfólk og vanlíðan gerir því erfiðara fyrir að meta líkur á árásgjarnri hegðun sjúklinga og koma í veg fyrir hana.

Hagnýting: Niðurstöðurnar má hagnýta í fræðslu og á námskeiðum fyrir starfsfólk á geðdeildum og öðrum deildum þar sem starfsfólk verður fyrir árásgjarnri hegðun.

Þekking: Starfsfólk þarf að fá fræðslu og þjálfun í að meta og bregðast við æsingi og spennu sjúklinga.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Hjúkrunarfræðingar geta nýtt sér niðurstöðurnar við umbætur í hjúkrun árásgjarnna sjúklinga.

hægt verður að draga úr eða koma í veg fyrir árásargjarna hegðun dregur úr þvingandi aðgerðum. Árásargjörn hegðun er hins vegar flókið fyrirbæri þegar hafðar eru í huga ástæður þess, við hvaða aðstæður það skapast og hvernig brugðist er við því (de Boer, 2017).

Algengustu aðferðir sem starfsfólk notar til að róa reiða og spennta sjúklinga og mælt er með að beita í byrjun eru sem minnst íþyngjandi, s.s. að tala við þá, dreifa athygli þeirra, hughreysta þá, telja sjúklinga á að breyta hegðun sinni o.s.frv. Ef það dugar ekki er gripið til þvingunaraðgerða eins og að færa sjúklinga inn á afmarkað svæði, halda þeim kyrrum og gefa þeim lyf gegn eigin vilja (Kuivalainen o.fl., 2017; Price o.fl., 2018). Rannsóknir hafa sýnt að eftir því sem minna þarf að grípa til þvingandi aðgerða því traustara verður meðferðarsambandið, meiri ánægja verður með meðferðina og dvöl á spítala styttest (Hotzy og Jaeger, 2016). Það er því hagur allra að hægt sé að draga úr árásargjarnri hegðun og um leið þvingandi aðgerðum.

Á meðal þess sem gert hefur verið til að fyrirbyggja árásargjarna hegðun er að þjálfa starfsfólk í samskiptafærni og í aðferðum til að róa sjúklinga með orðum, þróun mælitækja sem meta líkur á að sjúklingur sýni árásargjarna hegðun, breyting á húsnæði í þá veru að það dragi úr tilfinningu um nauðung, auka þátttöku sjúklinga í meðferðaráætlun, skipulögð úrvinnsla með sjúklingum og starfsfólki eftir árásargjarna hegðun og bætt skráning (Almvik og Woods, 2003; Guzman-Parra o.fl., 2016; Shepley o.fl., 2017).

Meginþáttur meðferðar sjúklinga á geðdeildum felst í samskiptum. Samskipti eiga sér stað í upplýsingaöflun, viðtalsmeðferð, samtölum á milli starfsfólks og sjúklinga o.s.frv. Færni í samskiptum á stóran þátt í að skapa gott meðferðarsamband, auka ánægju sjúklinga og starfsfólks og getur haft áhrif á hvort sjúklingar sýni árásargjarna hegðun (Sheldon o.fl., 2006). Traust á milli meðferðaraðila og sjúklinga er grundvallaratriði í allri meðferðarvinnu. Í yfirlitsgrein, sem fjallaði um 34 eigindlegar og meginlegar rannsóknir um traust á milli hjúkrunarfræðinga og sjúklinga, kom fram að þættir hjá hjúkrunarfræðingum sem stuðla að trausti eru t.d. trúverðugleiki, einlægur vilji til að veita góða hjúkrun, næmni, auðmýkt og hæfileiki til að sjá aðstæður í heild. Einnig að koma auga á óorðaða þörf sjúklings, skilja þjáningu hans, sýna alúð og þolinmæði og hafa ekki í frammi fordóma gagnvart sjúklingum, aðstæður þeirra og bakgrunni. Þættir sem hindra uppbyggingu trausts eru skortur á fagþekkingu og kunnáttu, geta ekki greint þarfir sjúklinga, hlutgera þá með læknisfræðilegum orðum, taka ekki ábyrgð og vera fráhrindandi (Dinc og Gastman, 2013).

Delanay og Johnson (Johnson og Delaney, 2006) vörðu 400 klukkustundum inni á geðdeildum til að fylgjast með hvernig hjúkrunarfræðingar fóru að í samskiptum við sjúklinga til að tryggja öryggi á deildunum. Að bera virðingu fyrir sjúklingunum, gagnkvæm samskipti og vera til staðar heill og óskiptur áttu stóran þátt í að það tókst. Hjúkrunarfræðingar reiddu sig einnig á eigið innsæi til að ráða í aðstæður og draga úr hættu. Í sumum tilvikum, þar sem starfsfólk þekkti vel til sjúklinganna, var besta ráðið að gera ekkert, leyfa sjúklingunum að rasa út, svo framarlega sem það fór ekki úr böndunum, og bíða eftir

að þeir létu af hegðuninni. Hjúkrunin fólst fyrst og fremst í að tengjast sjúklingunum og hjálpa þeim að ná stjórn á hegðun sinni án þess að þeir skynjuðu það sem refsingu. Tenging við sjúklingana og að vera til staðar fyrir þá fór fram bæði með og án orða. Úr viðtölum við sjúklinga og starfsfólk greindu rannsakendur fjóra þætti: 1) Deildirnar störfuðu samkvæmt hugmyndafræði sem fól í sér að tryggja öryggi á deildinni. 2) Öryggi var háð því hvaða starfsfólk var á vakt og hvaða sjúklingar lágu inni. Hlutfall starfsfólks og sjúklinga og samsetning starfsmannahópsins gat haft áhrif á þetta. 3) Húsnæði var þannig hannað að það hjálpaði starfsfólki að hafa yfirsýn yfir deildina. 4) Tímasetningar, sem starfsfólk og sjúklingar gátu treyst á, t.d. hvenær virkni sjúklinga fór fram, hjálpuðu við að viðhalda stöðugleika á deildunum. Á móti kom að ófyrirsjáanleiki ýmissa þátta, eins og innskriftir með litlum eða engum fyrirvara, nýir sjúklingar sem starfsfólkið átti eftir að kynna o.fl., dró úr stöðugleika. Spennuástand er ekki línuleg þróun og því er erfitt að segja til um hvenær er rétti tíminn til að grípa inn í til að fyrirbyggja ofbeldi. Mikilvægt var þó að átta sig á hvenær spennan byrjar að myndast og hvað verður til þess að hún skapast (Johnson og Delaney, 2006).

Í sænskri rannsókn á bráðageðdeild, þar sem athugað var hvaða aðferðir hjúkrunarfræðingar tileinkuðu sér til að koma í veg fyrir árásargjarna hegðun og róa sjúklinga, komu fram tvenns konar aðferðir, allt eftir aðstæðum á deildinni í hvert skipti, og sem gefin voru heitin balletdansari og jarðýta. Í fyrri tilvikinu einkenndist aðferðin af nærgætni og næmni og gaf til kynna vilja til að mynda traust og hjálpa sjúklingnum. Í síðara tilvikinu einkenndist hún af vernd þar sem að öryggi á deildinni var haft að leiðarljósi, t.d. með því að beita afli og þvingunaraðgerðum (Björkdahl o.fl., 2010). Báðir möguleikar við að fást við sjúklinga sem sýna árásargjarna hegðun verða að vera til staðar.

Það er hagur sjúklinga og starfsfólks að meðferð á geðdeild sé í góðri samvinnu þessara aðila og ekki komi til aðgerða sem kalla á þvingun sem getur verið íþyngjandi fyrir sjúklingana og raskað framgangi meðferðarinnar (Jón Snorrason o.fl., 2007). Það er auðvitað æskilegt að aðferðir sem beitt er til að fyrirbyggja árásargjarna hegðun séu byggðar á rannsóknnum eins og öll önnur meðferð. En þrátt fyrir fjölda rannsókna á umliðnum árum er enn þörf á fleiri rannsóknnum til að leita leiða til að fyrirbyggja árásargjarna hegðun sjúklinga.

Markmið rannsóknarinnar var að átta sig á hvað kveikir árásargjarna hegðun sjúklinga og hvernig starfsfólkið kemur í veg fyrir hana.

Aðferð

Í rannsókninni var stuðst við aðferðafræði grundaðrar kenningar. En samkvæmt hugmyndum Glaser (2014) tengist aðferðafræði grundaðrar kenningar engri ákveðinni hugmyndafræði og því er hægt að nota hvaða rannsóknargögn sem er sem nýtast til að uppgötva og setja fram kenningu. Grunduð kenning byggist á hugtakasmíði sem útskýrir úrlausn á helstu áhyggjuefnum (e. *main concern*) þeirra sem rannsóknin beinist

að. Hugtökin vísa til hins augljósa og óljósa (e. *latent*) sem gögnin gefa til kynna. Um þægindaúrtak var að ræða. Þátttakendur voru hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og ráðgjafar/stuðningsfulltrúar á geðdeildum Landspítalans. Níu einstaklingum, sem skráð höfðu í slysa- og atvikaskrár Landspítalans að þeir hefðu orðið fyrir árásargjarnri hegðun eftir að rannsóknin hófst, var boðin þátttaka í rannsókninni, þremur körlum og sex konum. Ekki var talin þörf á fleiri viðmælendum þar sem engar nýjar upplýsingar komu fram í síðustu viðtölunum sem bættu neinu markverðu við greiningu gagna. Enginn sem boðin var þátttaka afþakkaði hana. Öll viðtöl voru hljóðrituð og upprituð á eftir til greiningar. Viðtölin stóðu yfir í 20–60 mínútur. Tvö viðtöl fóru fram á deildinni þar sem starfsmennirnir starfa en öll hin á skrifstofu utan deildanna. Aðstæður á deildunum réðu því hvar viðtölin fóru fram. Öll viðtöl hófust á því að þátttakendur voru beðnir um að segja frá atvikinu sem þeir höfðu skráð og lýsa hlut sínum í því. Í kjölfar þess spurði rannsakandi frekari spurninga sem tengdust viðfangsefni rannsóknarinnar. Þátttakendur voru beðnir um, áður en viðtalið hófst, að láta fara vel um sig, segja það sem kæmi upp í hugann í hvert sinn, og að ekki yrði litið á það sem þeir segðu sem rétt eða rangt. Annar rannsakanda tók öll viðtölin en báðir rannsakendur lásu viðtölin og kóðuðu þau hvor í sínu lagi. Þeir báru svo saman niðurstöður sínar og breyttu eins og þeim fannst hæfa.

Gagnagreining skiptist í efnislega (e. *substantive*) kóðun og kenningarlega (e. *theoretical*) kóðun. Í efnislegri kóðun var meginhugtak greint (e. *core category*). Annars vegar fór fram opin (e. *open*) kóðun þar sem spurt var hvaða gögn væri verið að rannsaka, hvaða hugtök eða eiginleika hugtaka textinn gæfi til kynna og hvað hefði raunverulega átt sér stað eftir því sem fram kom í gögnunum. Hins vegar fór fram sértæk (e. *selective*) kóðun þegar meginhugtak var komið fram og takmarkaðist við önnur hugtök og munstur sem tengdust meginhugtakinu. Í efnislegri kóðun voru hugtök úr öllum viðtölum, sem fram höfðu komið, borin saman áður en næsta viðtal fór fram eins og aðferðafræði grundaðrar kenningar gerir ráð fyrir. Í kenningarlegri kóðun kom í ljós hvernig hugtök sem fram komu í efnislegri kóðun tengdust hvert öðru sem tilgátur (Christian- sen, 2014).

Kenning sem byggist á aðferðafræði grundaðrar kenningar er hvorki rétt né röng. Hún þarf að uppfylla fjórar viðmiðanir. Hugtök og kóðar verða að birtast úr rannsóknargögnunum (e. *fit*). Hún þarf að útskýra og túlka atferli sem fram kemur í efnislegri kóðun (e. *workability*). Hún þarf að sýna vel helsta áhyggjuefni hjá þátttakendum og hvernig leyst er úr því (e. *relevance*). Og að lokum þarf hún að geta breyst ef nýjar upplýsingar koma síðar fram, t.d. með nýrri rannsókn, breytt og betrumbætt kenninguna (e. *modifiability*) (Glaser, 2014). Eins og í öðrum eigindlegum rannsóknum hefur þessi rannsókn takmarkað alhæfingargildi, einkum vegna fárra þátttakenda.

Leyfi fyrir rannsókninni fengust hjá framkvæmdastjóra lækninga Landspítalans, framkvæmdastjóra geðsviðs Landspítalans, framkvæmdastjóra mannauðssviðs Landspítalans og siðanefnd stjórnarsýslurannsókna Landspítalans. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar. Í upplýstu samþykki þátttakenda var tekið fram að ef viðtölin væru íþyngjandi fyrir þá og

kölluðu fram erfiðar hugsanir og tilfinningar byðist þeim viðtal við sálfræðing þeim að kostnaðarlausu. Þátttakendur rannsóknarinnar störfuðu ekki á sömu deildum og rannsakendurnir.

Niðurstöður

Að búast við hinu ófyrirséða

Megináhyggjuefni viðmælenda varðandi kveikjur að ofbeldi eða árásargjarnri hegðun sjúklinga var hið ófyrirséða. Það snerist annars vegar um óvissuna um hvort og hvenær sjúklingur sýndi árásargjarna hegðun. Jafnvel þó að starfsfólk gerði sér grein fyrir að það gæti gerst og kæmi því ekki á óvart ef og þegar það gerðist, var óljóst á hvaða tímamarki slíkt yrði. Það var það óþægilega í atburðarásinni. Áhyggjurnar snérust hins vegar um hvort starfsfólk eða sjúklingar myndu meiðast í átökum ef til þeirra kæmi. Þó viðmælendur væru sammála um að vegna eðlis sjúkradeilda væri aldrei hægt að koma alveg í veg fyrir hið ófyrirséða eru ákveðin atriði mikilvæg til að vera sem best undirbúinn til að takast á við það og hugsanlega koma í veg fyrir það. Þau verða útskýrð hér á eftir.

Að vera í líkamlegu og andlegu jafnvægi

Starfsfólk sagðist þurfa að vera í góðu jafnvægi þegar það sinnir sjúklingum með krefjandi hegðun. Þó slíkt eigi við á öllum deildum sé það ekki síst mikilvægt þar sem álag er mikið á deild. Álag á deild og líkamleg og andleg þreyta, sem hrjáir starfsmanninn geta skapaunað honum við erfið áreiti og óafvitandi getur hann brugðist við aðstæðum á þann hátt að það ýti undir frekar en að draga úr líkum á árásargjarnri hegðun hjá sjúklingi. Þegar sjúklingar sýna skyndilega hegðun sem vekur upp kvíða í umhverfinu bregður starfsfólki og er ekki alltaf viðbúið hvernig er heppilegast að bregðast við slíkri hegðun. Kvíðastig starfsfólks er eðlilega mismunandi, bæði af náttúrunnar hendi og eftir því hversu vel upplagt það er frá degi til dags og uppsöfnuð streita vegna aðstæðna sem ógna öryggi þess getur jafnvel kallað fram viðbrögð sem ekki gagnast til að fyrirbyggja árásargjarna hegðun eins og fram kom hjá einum viðmælenda: „Ég sé það bara á samstarfsfélögum að það er mis- hárf þröskuldur fyrir ... fyrir svona áreiti, sko. Og menn bregðast mjög misjafnlega við því, sko, hvort að menn ... Menn eru sumir hverjir, sko, fljótari að æsa sig á móti — já, og hafa bara minni þröskuldur fyrir ... og bara minni þolinmæði.“

Að draga úr starfsálagi

Viðmælendum fannst mesta álagið fylgja því að sinna krefjandi sjúklingum sem eru á gát. Starfsfólk skiptist á að vera með sjúklingi á gát með reglulegu millibili, oftast á hálf tíma eða klukkustundar fresti. Þar sem margir sjúklingar eru á gát á sama tíma færir starfsmaður sig af gát með einum sjúklingi á gát til annars sjúklings. Á sumum deildum eru það aðallega ráðgjafar/stuðningsfulltrúar, félagsliðar og sjúkraliðar sem sinna sjúklingum á gát. Þó hjúkrunarfræðingar sinni sjúklingum á gát og geri geðskoðun reglulega á þeim er minna um að þeir sinni þeim til lengri tíma í einu eins og hinar starfsstéttirnar. Í flestum til-

vikum stafar það af því að þeir þurfa að sinna öðrum verk-efnum og eru ekki nægjanlega margir til að sinna sjúklingum á gát til jafns við aðrar stéttir.

Einn viðmælenda sagði: „En ég held að álagið sé oft — sko, ég held það ekkert, ég veit það — það er stanslaust álag á starfsmönnum á gólfinu. Og oft illa mannað, sérstaklega miðað við kannski ástand sjúklinganna. Engar pásur, stanslaus keyrsla, þú veist í átta tíma, sko. Gríðarlegt álag ...“

Í viðtali við einn þátttakanda kom fram að meta þyrfti hvort hægt væri að dreifa álaginu með því að hafa meiri sveigjanleika við framkvæmd gáta, t.d. með því að meta hvaða starfsfólk sinni ákveðnum sjúklingum, hvort heppilegt væri að færri sinni sama sjúklingi en í lengri tíma í senn o.s.frv. Einn viðmæl-andi benti á að stundum væri álagið svo mikið og streitan sem fylgdi því að sinna árásargjörnum sjúklingum, að hann velti fyrir sér hvort það væri þess virði að halda áfram í starfi: „Og ég ... ég fór að hugsa ..., sko, bara hérna ... varðandi, sko, af því að menn eru mikið búnir að ræða, sko, álagið undanfarið og ... og þetta sé ekki þess virði. Menn eru að hætta og menn eru að fara í aðra vinnu og svona, sko, út af þessu.“

Þátttakendum fannst mjög mikilvægt að nægilegur fjöldi starfsfólks væri á vakt þegar margir krefjandi sjúklingar eru á deildunum svo auðveldara sé að dreifa álaginu og vera þannig betur undir það búinn að bregðast við árásargjarnri hegðun sjúklinga. Það sé hægt að gera ef aðstæður leyfa með því að dreifa sjúklingum um svæði deildarinnar og koma í veg fyrir að órólegir sjúklingar séu saman. Það skipti einnig miklu máli að starfsfólki sé með sjúklingunum þannig að sjúklingunum finnst að þeim sé sinnt en ekki skildir eftir.

Að læra að róa sjúklinga

Að sinna sjúklingi með krefjandi hegðun krefst þolinmæði en einnig kunnáttu. Starfsfólk sem er nýkomið til vinnu og hefur litla eða enga reynslu af að starfa við hjúkrunarstörf á geðdeild lítur til reynslumeira starfsfólks, að sögn þátttakenda, og lærir af því hvernig það fer að við að róa sjúklinga og setja þeim mörk. Annar vettvangur fyrir starfsfólk til að læra að róa sjúklinga og koma í veg fyrir ofbeldi er að sækja námskeið sem haldið er fyrir það og sem sumir þátttakenda sögðust hafa sótt. Þegar viðmælendi sem hefur stutta starfsreynslu var spurður að því hvernig hann fari að því að læra að róa sjúklinga svarði hann: „Ég myndi segja með því að horfa á einhvern annan gera það ... læra af reynslunni líka.“

Að afstýra aukinni spennu

Starfsfólk metur og ræður í aðstæður til að átta sig á hvort spennuástand er í uppsiglingu. Þegar það metur að svo sé reynir það að grípa inn í áður en spennan magnast og þróast í árásargjarna hegðun. Í nokkrum viðtalanna kom fram að eftir á að hyggja hefði starfsfólk átt að grípa fyrir inn í, t.d. með því að kalla á fleira starfsfólk, því augljóst var að spennan var að aukast. Á móti kom að starfsfólki taldi það gæti verið íþyngjandi og jafnvel niðurlægjandi fyrir sjúklinginn ef kallað væri á fleiri og þess vegna var beðið með það í lengstu lög. Á einni deildinni sagði viðmælendi að vinnuandinn væri að einhverju

leyti þannig á deildinni að starfsfólkið leysti málin sjálf án þess að kalla á hjálp af öðrum deildum.

„Rosalega margir eiga erfitt með þetta að ... bæði hérna að stíga til baka og ýta strax á litla hnappinn. Þó það væri ekki nema fyrir litla hnappinn, því að þá er alla vega teymið komið af stað, sko. Og ... og við vorum ... Það sem við vorum sammála um var að við hefðum átt að bara ýta fyrr á litla hnappinn ...“

Flestir þátttakendur nefndu að veigamikill þáttur í að afstýra árásargjarnri hegðun væri að mynda gott meðferðarsamband við sjúklingana og skapa traust. Hér skipta atriði eins og samkennd, virðing, auðmýkt og háttvísi miklu máli. Þegar búast má við erfðum samskiptum við sjúkling þarf starfsfólk að undirbúa þau áður en þau hefjast. Það þarf t.d. að meta hvort sjúklingurinn er í nógu góðu jafnvægi til að fá færðar erfiðar fréttir eins og að dvöl hans verði framlengd og hvernig honum skuli færðar slíkar fréttir. Viðmælendi sagði svo frá þegar talað var við sjúkling og hann brást illa við: „... kannski ... hefði maður, kannski mátt spá í hvort að hann væri tilbúinn til að fá svona erfiðar upplýsingar. Af því að hann var náttúrulega búinn að vera rosalega veikur og með miklar ranghugmyndir og ... og aðsókn-arkennd og hitt og þetta, sko.“

Að vinna vel saman

Þó starfsfólk láti ekki alltaf í ljós áhyggjur sínar og kvíða þegar spennuþrungnar aðstæður koma upp á deildinni og það verður fyrir árásargjarnri hegðun töldu þátttakendur sig hafa þörf fyrir að tala við samstarfsfólk sitt um þetta þó það sé gert á óformlegan hátt og stundum jafnvel með ívafi af kímni. Æskilegt væri þó að það væri gert á skipulagðari hátt eins og verklagsreglur kveða reyndar á um að sé gert, þ.e. að haldin sé úrvinnsla eftir öll atvik sem sköpuðu eða gátu skapað hættu fyrir sjúklinga og starfsfólk.

Þátttakendur töldu flestir að starfsfólk þyrfti að vinna vel saman og að tekið sé tillit til skoðanna allra. Teymisvinna væri forsenda fyrir góðu samstarfi. Því þyrfti að vera vettvangur eða tækifæri fyrir starfsfólk til að ræða saman á faglegan hátt bæði áður og eftir að sjúklingur sýnir árásargjarna hegðun til að læra af reynslunni og stuðla enn frekar að því til að fyrirbyggja slíka hegðun.

Einn viðmælenda taldi það ákveðinn kost að geta unnið sem mest með sama starfsfólki því þannig þjálfadist upp ákveðin samvinna og allir þekktu inn á hver annan: „Miðað við það að ég hef náttúrulega mest verið á næturvöktum núna undanfarið, þá sé ég hvað þetta skiptir miklu máli, sko. Þetta bara ... það er bara allt annað, sko. Alltaf sömu — sömu jálkarnir, sko — sem eru að koma. Og það eru bara sömu handtökin og við vitum alltaf nákvæmlega hvað er í gangi.“

Að stjórna umhverfi

Umhverfi á deild getur haft æskileg og óæskileg áhrif á hvernig tekst til við að afstýra árásargjarnri hegðun. Viðmælendur bentu á að húsakynni deilda væru stundum á þann veg að þau hindruðu starfsfólk við að hafa góða yfirsýn yfir deildina. Hlutir sem væru fastir, eins og rafmagnsdósir, reykskynjarar o.fl., vektu grunsemdir hjá sumum tortryggnum sjúklingum. Þessu

væri hins vegar ekki hægt að breyta eðli málsins vegna. Á einni deild var búið að breyta húsnæði þannig að erfitt er að vista órólega sjúklinga þar. Viðmælandi á þeirri deild sagði svo frá: „Það sem að hefði þurft að gera væri náttúrulega bara að, þú veist, hafa enn þá svona einhvers konar B-gang, eins og var í gamla daga, þannig að það væri hægt að loka og takmarka plássíð sem að ...“ Þá voru nefnd dæmi um að sjúklingur hefði notað tannbursta sem vopn og sjúklingur óttast að á bak við rafmagnsdós í loftinu væri verið að fylgjast með sér.

Í öðrum tilvikum er hægt að stjórna aðstæðum, eins og að safna ekki saman hlutum á ákveðnu svæði sem hægt er að nota sem barefli. Í enn öðrum tilvikum sér starfsfólk ekki fyrir að sjúklingar geti notað hluti fyrir vopn eða barefli. Hér skiptir því máli að meta í hvert skipti hvort líklegt sé að hlutur, sem sjúklingi er færður, geti reynst hættulegur. Einn viðmælanda nefndi dæmi um þetta: „Og þessi tendens að vera að færa fólki tveggja lítra flöskur fullar af vökva þarna inn, sko, til að spara sér sporin fram — eða stóra könnu eða annað, þú veist, mér finnst það stundum bjóða hættunni svona meira heim, sko. Þá ertu kominn með barefli.“

Umræður

Niðurstöður rannsóknarinnar bera keim af niðurstöðum annarra rannsókna um sama efni (Björkdahl o.fl., 2010; Johnson og Delaney, 2006). Helstu áhyggjur viðmælanda þessarar rannsóknar var hið ófyrirséða, þ.e. að sjúklingar sýndu árásgjarna hegðun starfsfólki að óvörum og að einhver mundi slasast. Viðfangsefni starfsfólks á sjúkrahúsum er þess eðlis að ekki er hægt að sjá alltaf fyrir hvað gerist á næstunni. Þó aldrei verði hægt að fyrirbyggja að hið ófyrirséða gerist töldu viðmælandur í rannsókninni að ákveðin atriði gætu hugsanlega búið það undir að takast á við það eða fyrirbyggja það.

Í vinnuumhverfi þar sem álag og áreiti er mikið er augljóst að starfsfólk þarf að vera í góðu jafnvægi til að ráða við aðstæður og missa ekki stjórn á þeim. Öllu má ofgera og starfsfólkið er mannlegt með sínar tilfinningar og hefur mismunandi þol fyrir álagi (Sutton, Webster og Wilson, 2014). Vinnustaðurinn þarf því að huga vel að þessum þætti til að stuðla að vellíðan og ánægju starfsfólks.

Sjúklingar sem eru á gát eru oftast veikustu sjúklingarnir á deildunum og þurfa mikla og flókna hjúkrunarmedferð. Gát á geðdeildum er algeng hjúkrunarmedferð á öllum geðdeildum innanlands og erlendis (Jón Snorrason o.fl., 2007). Hún hefur hins vegar verið gagnrýnd fyrir að einkennast fyrst og fremst af gæslu en ekki hjúkrun. Þegar sjúklingurinn upplifir gát þannig getur hún verið íþyngjandi fyrir hann eins og um nauðungaradgerð væri að ræða. Gát þarf því að einkennast bæði af öryggi fyrir sjúklinginn og að honum sé sýnd umhyggja. Og þar sem um veikustu sjúklingana er oftast að ræða er ljóst að starfsfólk þarf að hafa þekkingu á hvernig sjúklingum á gát er sinnt á faglegan hátt.

Nýtt starfsfólk lærir smám saman af reynslunni hvernig það róar reiða og spennta sjúklinga. Það lærir það líka með því að fylgjast með hvernig reyndara starfsfólk fer að. Það hefur einnig

tækifæri til að sækja námskeið til að læra það. Á geðdeildum Landspítalans eru starfsfólki kenndar aðferðir sem settar voru fram eftir rannsókn sem þar var gerð (Jón Snorrason og Páll Biering, 2010). Í þeirri rannsókn var gagna aflað bæði hjá starfsfólki og sjúklingum og annar rannsakendanna dvaldi á geðdeildum til að fylgjast með samskiptum starfsfólks við reiða og spennta sjúklinga, svipað og Johnson og Delaney (2006) gerðu, þó ekki í eins langan tíma og þær.

Oftast er talað um að þvingandi aðgerð gagnvart sjúklingum skuli aðeins beitt í ýrústu neyð. Einn viðmælanda nefndi að á sinni deild væri venjan sú að starfsfólkið reyndi sjálft að leysa vandamál sem kæmu upp, eins og að róa sjúklinga og koma í veg fyrir árásgjarna hegðun, og kalla ekki á aðstoð annarra fyrr en ljóst væri að það tækist ekki. Þá gat það verið of seint og sjúklingurinn búinn að missa stjórn á hegðun sinni. Í nýlegri rannsókn, sem gerð var á geðdeildum LSH, kom í ljós að algengasti aðdragandi þess að kallað var á teymi til að róa sjúklinga var líkamleg árás á starfsfólk (Jón Snorrason o.fl., 2017). Það vekur upp spurningu um hvort starfsfólk þyrfti í einhverjum tilvikum að kalla fyrr á aðstoð. Að öðru leyti kom fram að viðmælandur töldu að atriði sem almennt skipta máli í uppbyggingu á góðu meðferðarsambandi, eins og háttvísi, samkennd og virðing, skipti miklu máli til að koma í veg fyrir árásgjarna hegðun (Björkdahl o.fl., 2010; Johnson og Delaney, 2006).

Að vinna vel saman á bæði við að starfsfólk vinni innbyrðis vel saman og að starfsfólk og sjúklingar nái góðri samvinnu. Góð samvinna eykur líkurnar á meiri ánægju hjá starfsfólki og sjúklingum. Hún getur dregið úr árásgjarnri hegðun og um leið hugsanlega þörfinni á að beita þvingunaradgerðum en álag á deild getur hins vegar komið í veg fyrir að hjúkrunarfræðingar geti myndað samband við sjúklingana sem þeir óskuðu eftir (Wyder o.fl., 2017). Í rannsókn sem gerð var á varnarteymi geðsviðs Landspítalans, sem bregst við árásgjarnri hegðun sjúklinga, kom fram að þeim sem eru í teyminu finnst góð teymisvinna vera forsenda þess að takast á við árásgjarna hegðun sjúklinga (Snorrason og Biering, 2018).

Það er orðið löngu ljóst að umhverfi og húsakynni geðdeilda geta haft áhrif á öryggi starfsfólks og sjúklinga (Schaaf o.fl., 2013). Hvort tveggja er þess eðlis að sumu er hægt að breyta en öðru ekki. Einn viðmælanda nefndi t.d. að sjúklingur hefði orðið mjög tortrygginn er hann kom auga á lok á rafmagnsdós í loftinu og hélt að því væri beint gegn sér. Í öðrum tilvikum er hægt að breyta aðstæðum þó ekki sé alltaf hægt að sjá fyrir að hlutur sem sjúklingi er færður geti orðið vopn í hendi hans. Annar viðmælanda sagði frá að sjúklingi hafi verið færður tannbursti sem hann hefði svo brotið í tvennt til að skaða sig með. Af þessu má ljóst vera að það er margt í umhverfi geðdeilda sem getur ógnað öryggi starfsfólks og sjúklinga og margt sem þarf að huga að.

Takmarkanir

Niðurstöður rannsóknarinnar hafa ekki alhæfingargildi vegna fárra þátttakenda. Hins vegar má búast við að niðurstöðurnar sýni ágætlega hvað veldur starfsfólki geðdeilda Landspítalans

áhyggjum varðandi árasargjarna hegðun sjúklinga og fyrirbyggjandi aðgerðir gegn henni þar sem þátttakendur dreifðust á fleiri en eina deild. Aðrar takmarkanir á rannsókninni voru að aðeins var rætt við starfsfólk en ekki sjúklinga. Það er þekkt að þegar starfsfólk geðdeilda og sjúklinga tekur þátt í sömu rannsókn kemur í ljós að talsverður munur getur verið á skoðunum þessara aðila (Duxbury og Whittington, 2005). Þátttaka þeirra hefði hugsanlega gefið meiri vídd í niðurstöðurnar.

Heimildir

- Almk, R., og Woods, P. (2003). Short-term risk prediction: The Brøset Violence Checklist. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 10(2), 236–238. Doi: 10.1046/j.1365–2850.2003.00563.x.
- Bickes, D.M., Cizmeci, B., Göver, H., og Pomak, I. (2017). Investigation of health care workers' stress, depression and anxiety levels in terms of work-related violence. *Journal of Human Science*, 14(3), 2628–2642. ISSN:2458-9489.
- Björkdahl, A., Palmstierna, T., og Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 17, 510–518. Doi: 10.1111/j.1365–2850.2010.01548.x.
- Borgne, M.L., Boudoukha, A.H., Garnier, P.-H., Jeoffrion, C., og Capponi, I. (2015). Inpatients-to-caregivers violence in geriatric settings: Impact of assaults on caregivers' mental health, risk, and protective factors. *Traumatology*, 21(3), 259–266. Doi: 10.1037/tmn0000046.
- Christiansen, O. (2014). A simpler understanding of classic GT: How it is a fundamental different methodology. Í (ritstj.) Barney G. Glaser, *Choosing classic grounded theory. A grounded theory reader of expert advice* (fyrsta prentun) (bls. 73–108). Sociology Press, Mill Valley.
- de Boer, S.F. (2017). Animal models of excessive aggression: Implications for human aggression and violence. *Current Opinion in Psychology*, 19, 81–87; <http://dx.doi.org/10.1016/j.copsyc.2017.04.006>.
- Dinc, L., og Gastman, C. (2013). Trust in nurse-patient relationship: A literature review. *Nursing Ethics*, 20(5), 501–516. Doi: 10.1177/0969733012488463.
- Duxbury, J., og Whittington, R. (2005). Causes and management of patient aggression and violence: Staff and perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 50(5), 469–478.
- Farrell, G.A., og Shafiei, T. (2012). Workplace aggression, including bullying in nursing and midwifery: A descriptive survey (the SWAB study). *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1423–1443; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2012.06.007>.
- Flood, C., Bowers, L., og Parkin, D. (2008). Estimating the costs of conflict and containment on adult inpatient psychiatric wards. *Nursing Economic\$,* 26(5), 325–324.
- Glaser, B.G. (2014). *Choosing classic grounded theory. A grounded theory reader of expert advice* (fyrsta prentun). Sociology Press, Mill Valley, Kaliforníu.
- Guzman-Parra, J., Serrano, C.A., Garcia-Sánchez, J., Pino-Benitez, I., Alba-Vallejo, M., Moreno-Küstner, B., og Mayoral-Cleries, F. (2016). Effectiveness of a multimodal intervention program for restraint prevention in an acute Spanish psychiatric ward. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 23(3), 233–241. Doi: 10.1177/1078390316644767.
- Hahn, S., Hantikainen, V., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., og Halfens, R.J.G. (2012). Patient and visitor violence in the general hospital, occurrence, staff interventions and consequences: A cross-sectional survey. *Journal of Advanced Nursing* 68(12), 2685–2699. Doi: 10.1111/j.1365-2648.2012.05967.x.
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., og Halfens, R.J.G. (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431–441. Doi: 10.1016/j.avb.2008.07.001.
- Hotzy, F., og Jaeger, M. (2016). Clinical relevance of informal coercion in psychiatric treatment — A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 7, 1–12. Doi: 10.3389/psyt.2016.00197.
- Isobel, S., og Edwards, C. (2016). Using trauma informed care as a nursing model of care in an acute inpatient mental health unit: A practice development process. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 88–94. Doi: 10.1111/inm.12236.
- Johnson, M.E., og Delaney, K.R. (2006). Keeping the unit safe: A grounded theory study. *Journal of American Psychiatric Nurses Association*, 12(1), 13–21. Doi: 10.1177/1078390306286440.
- Jón Snorrason, Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir og Jón Friðrik Sigurðsson (2007). Gátir á bráðageðdeildum Landspítalans: Viðhorf sjúklinga og starfsmanna. *Læknablaðið*, 12(93), 833–839.
- Jón Snorrason og Páll Biering (2010). Aðferðir sem starfsfólk geðdeilda notar til að róa reiða og spennu sjúklinga. *Skemman*; <http://hdl.handle.net/1946/5039>.
- Jón Snorrason, Jón Friðrik Sigurðsson og Hjalti Einarsson (2017). Að halda sjúklingi kyrrum: Tíðni og aðdragandi. *Rit Geðverndarfélags Íslands*, 1(46), 6–16.
- Kuivalainen, S., Velviläinen-Julkunen, K., Louheranta, O., Putkonen, A., Repi-Tiihonen, E., og Tiihonen, J. (2017). De-escalation techniques used, and reasons for seclusion and restraint, in a forensic psychiatric hospital. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 513–524. Doi: 10.1111/inm.12389.
- Kumar, M., Verma, M., Das, T., Pardesh, G., Kishore, J., og Patmanandan, A. (2016). A study of workplace violence experienced by doctors and associated risk factors in a tertiary care hospital of South Delhi, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(11), 6–10. Doi: 10.7860/JCDR/2016/22306.8895.
- Mavandandi, V., Bieling, P.J., og Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation: Validating an English modified version of the 'De-escalating Aggressive Behaviour Scale'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 357–368. Doi: 10.1111/jpm.12310.
- Pan, Y., Yang, X. h., He, J.P., Gu, Y.H., Zahn, X.L., Gu, H.F., Qiao, Q.Y., Zhou, D.C., og Jin, H.M. (2015). To be or not to be a doctor, that is the question: A review of serious incidents of violence against doctors in China from 2003–2013. *Journal of Public Health*, 23, 111–116. Doi: 10.1007/s10386-015-0658-7.
- Price, O., Baker, J., Beea, P., og Lovella, K. (2018). The support-control continuum: An investigation of staff perspectives on factors influencing the success or failure of de-escalation techniques for the management of violence and aggression in mental health settings. *International Journal of Nursing Studies*, 77, 197–206; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.10.002>.
- Schaaf, P.S.v.d., Dusseldorp, E., Keuning, F.M., Jansen, W.A., og Noorthoorn, E. (2013). Impact of the physical environment of psychiatric wards on the use of seclusion. *British Journal of Psychiatry*, 202, 142–149. Doi: 10.1192/bjp.bp.112.118422.
- Sheldon, L.K., Barret, R., og Ellington, L. (2006). Difficult communication in nursing. *Journal of Nursing Scholarship*, 38(2), 141–147.
- Shepley, M.M., Watson, A., Pitts, F., Garrity, A., Spelman, E., Fronsmann, A., og Kelkar, J. (2017). Mental and behavioral health settings: Importance and effectiveness of environmental qualities and features as perceived by staff. *Journal of Environmental Psychology*, 50, 37–50; <http://dx.doi.org/10.1016/j.jenvp.2017.01.005>.
- Shier, M.L., Graham, J.R., og Nicholas, D. (2018). Interpersonal interactions, workplace violence, and occupational health outcomes among social workers. *Journal of Social Work*, 18(5), 1–23. Doi: 10.1177/148017316656089.
- Snorrason, J., og Biering, P. (2018). The attributes of successful de-escalation and restraint teams. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27(6), 1842–1850. Doi: 10.1111/inm.12493.
- Sutton, D., Webster, S. og Wilson, M. (2014). Debriefing following seclusion and restraint. A summary of relevant literature. *The National Centre of Mental Health Research, Information and Workforce Development*. Te Pou o Te Whakaaro Nui: Auckland, Nýja-Sjálandi.
- Yang, L.-Q., Spector, P.E., Chang, C.-H., Gallant-Roman, M., og Powell, J. (2012). Psychosocial precursor and physical consequences of workplace violence towards nurses: A longitudinal examination with naturally occurring groups in hospital setting. *International Journal of Nursing Studies*, 49, 1091–1102; .

Wei, C.-Y., Chiou, S.-T., Chien, L.-Y., og Huang, N. (2016). Workplace violence against nurses — Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 63–70; <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.012>.

Wyder, M., Ehrlich, C., Crompton, D., McArthur, L., Delaforce, C., Dziopa, F., Ramon, S., og Powell, E. (2017). Nurses experiences of delivering care in acute inpatient mental health settings: A narrative synthesis of the literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 26, 527–540. Doi:10.1111/inm.12315.

English Summary

Snorrason, J., Grimsdottir, G.U.

The unforeseen — proaction and reaction of inpatient violence. Methodology of grounded theory

Aim. The aim of the study was to find out what triggers inpatient aggressive behaviour and what nursing staff members do to prevent it to happen.

Method. The study is qualitative and based on methodology of grounded theory. Interviews were conducted with 9 nursing staff members, 3 males and 6 females, who work in psychiatric wards in Landspítali University Hospital in Reykjavík.

Results. The main concern of the participants was the unforeseen. The participants were concerned if and when patients would show aggressive behaviour and that someone would get hurt. Participants

mentioned to prevent the unforeseen they should be in a good balance, spread the strain on the wards, learn de-escalation techniques, avert escalating behaviour, work well together and control the environment.

Conclusion. Although aggressive behaviour will never be abolished completely in psychiatric wards staff members can use different methods to minimize it.

Key words: aggression, grounded theory, the unforeseen.

Correspondent: jonsnorr@landspitali.is