

Jón Snorrason, Landspítala
Hjalti Einarsson, Landspítala
Guðmundur Sævar Sævarsson, Landspítala
Jón Friðrik Sigurðsson, Háskólanum í Reykjavík, Háskóla Íslands og Landspítala

STROK Á GEÐDEILDUM LANDSPÍTALANS: TÍÐNI OG AÐDRAGANDI

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur: Að rannsaka hve oft sjúklingar á geðdeildum Landspítalans struku á einu ári og hver aðdragandi stroksins var.

Aðferð: Þátttakendur voru 14 starfsmenn á geðsviði Landspítala og átta sjúklingar sem struku. Beitt var blandaðri aðferð (*mixed method*), þ.e. bæði eigindlegri og megindlegri. Aðferð grundaðrar kenningar var beitt við greiningu eigindlegra gagna. Gagna var aflað úr hjúkrunar- og sjúkraskrá og slysa- og atvikaskrá, en jafnframt var safnað upplýsingum um fjölda sjúklinga sem struku, af hvaða deild þeir struku, hvaða dag og á hvaða tíma dags þeir struku, hversu lengi stök þeirra stóð hverju sinni, hvert þeir fóru, hvað þeir gerðu, hvenær þeir komu aftur á deild og hver sjúkdómsgreining þeirra var.

Niðurstöður: 34 sjúklingar struku samtals 84 sinnum á einu ári. Helsti aðdragandi stroks tveimur sólarhringum áður var löngun sjúklinga í vímuefni, beiting aðhaldsaðgerða, aflétting aðhaldsaðgerða og strokatferli sjúklinga.

Ályktanir: Fáir sjúklingar eru á bak við allar strokferðir á geðdeildum Landspítalans. Sé miðað við erlendar rannsóknir er stök frekar fátítt hérlendis. Þótt aðdragandi stroks sé oft og tíðum sjáanlegur þegar vel er að gáð getur verið erfitt að koma alveg í veg fyrir það.

Lykilorð: Stök af geðdeildum, tíðni, aðdragandi, blönduð rannsóknaraðferð.

ENGLISH SUMMARY

Snorrason, J., Sigurðsson, J. F., Einarsson, H., and Sævarsson, G.S.

The Icelandic Journal of Nursing (2016), 92 (4), 1-8

ABSCONDING FROM PSYCHIATRIC DEPARTMENTS IN LANDSPÍTALI – THE NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL OF ICELAND: PREVALENCE AND ANTECEDENTS

Aim: To investigate the frequency of absconding from psychiatric wards at Landspítali – The National University Hospital in Iceland over a one year period and its antecedents.

Method: The participants were 14 staff members at the Mental Health Services at Landspítali -The National University Hospital in Iceland and eight patients who absconded. Mixed method was used, e.g. both qualitative and quantitative methods. Methods of grounded theory were used analysing qualitative data. Data was collected from nursing and medical records and accident and incident records and also about number of patients that absconded, from which wards, the day and time of absconding, the duration of their absconding, where they went, what they did and when they came back and how, and their diagnosis.

Results: 34 patients absconded in one year in a total of 84 occasions. The main antecedents were patient's desire for substance use, application of coercive measures, lifting of such measures and patient's absconding behavior.

Conclusions: Few patients are behind all the abscondings and compared to international studies they are rather infrequent. Even though the antecedents of abscondings are often visible they can be difficult to prevent.

Keywords: Absconding from mental health wards, frequency, antecedents, mixed research methods.

Correspondance: jonsnorr@landspitali.is

INNGANGUR

Ákveðinn fjöldi sjúklinga yfirgefur geðdeildir af ýmsum ástæðum áður en meðferð þeirra lýkur og án samráðs við starfsfólk (John o.fl., 1980; Walsh o.fl., 1998). Oftast eru það sjúklingar með geðklofagreiningu (Bowers o.fl., 1999b; Mosel o.fl., 2010; Nijman o.fl., 2011), ungir sjúklingar frekar en eldri (Mosel o.fl., 2010) og karlar oftast en konur (Mosel o.fl., 2010; Muir-Cochrane o.fl., 2011). Rannsóknir sýna að strok af geðdeildum hefur yfirleitt neikvæð áhrif á meðferð sjúklinga og þó langflestir skili sér til baka eru dæmi um að sjúklingar hafi í kjölfar stroks fyrirfarið sér eða haft í frammi ofbeldi gagnvart öðru fólki (Bowers o.fl., 1999c; Hunt o.fl., 2013; Walsh o.fl., 1998). Í mörgum tilvikum er strok sjúklinga íþyngjandi fyrir starfsfólk og aðstandendur sjúklinga og veldur kvíða og sektarkennd, sérstaklega ef talið er að sjúklingar séu sjálfum sér eða öðrum hættulegir (Clark o.fl., 1999).

Fæstir sjúklinga á geðdeildum strjúka og þar sem sumir strjúka oftast en einu sinni er fjöldi strokferða alltaf hærri en fjöldi þeirra sem strjúka (Mosel o.fl., 2010). Í rannsókn Muir-Cochrane og féлага (2011) á bráðageðdeildum í Ástralíu kom fram að um 12% allra þeirra sjúklinga, sem höfðu verið kyrrsettir á einu ári, struku og um 30% þeirra struku oftast en einu sinni. Í umfangsmikilli rannsókn á bráðageðdeildum á Bretlandi strauk sjúklingur að meðaltali 0,3 sinnum á dag (Nijman o.fl., 2011). Í yfirlitsgrein Stewards og Bowers (2010) um 33 rannsóknir á ofbeldi á geðdeildum, sem aðallega voru gerðar í Bretlandi og Bandaríkjunum, kom fram að 23 sjúklingar struku ef miðað var við 100 innlagnir á mánuði og 22 ef miðað var við 100 rúm á mánuði. Tuttugu rannsóknir sýndu að sjúklingar struku 15 sinnum á mánuði ef miðað var við 100 rúm og 12 sinnum ef miðað var við 100 innlagnir á mánuði. Samkvæmt þessu má búast við einni og hálfri strokferð á 20 rúma deild á mánuði.

Til að átta sig á ástæðum þess að sjúklingar strjúka er nauðsynlegt að líta á strok í víðu samhengi og taka tillit til fjölda atriða hjá sjúklingunum sjálfum sem og í umhverfinu sem þeir dvelja í (Antebi, 1967). Dvöl á geðdeild getur verið erfið sjúklingum sem eru þar gegn eigin vilja, en einnig sjúklingum sem leggjast sjálfviljugir inn (O'Donoghue o.fl., 2014). Bowers og félagar (1998) halda því fram að ástæður fyrir stroki sjúklinga megi fyrst og fremst rekja til erfiðleika í samstarfi þeirra og starfsfólks, sjúklingarnir séu óánægðir með dvöl sína á deild og ágreiningur ríki á milli þeirra og starfsfólks um þörfina á innlögn (Bowers o.fl., 1999a; Bowers o.fl., 2012; Nijman o.fl., 2011). Á sama tíma og læstar dyr eiga að draga úr líkum á stroki og að ekki komist hver sem er inn á deildirnar, t.d. til að smygla inn fíkniefnum, getur slíkt ýtt undir upplifun nauðungar og löngun til að strjúka (Muir-Cochrane o.fl., 2013; Nijman o.fl., 2011). Læst deild getur haft yfirbragð fangelsis sem kallar á

tvöfalt hlutverk starfsfólks, annars vegar gæslu og hins vegar aðhlyningu, en þessi hlutverk er oft erfitt að samhæfa (Haglund o.fl., 2006). Fyrir sjúklingana getur strok þýtt aukið frelsi og sjálfstæði og um leið skárri aðstæður en á geðdeild (McIndoe, 1986). Þá geta einnig verið tengsl milli stroks og annarra atvika sem eiga sér stað inni á deildum og valda sjúklingnum óþægindum, til að mynda tíðar innlagnir annarra sjúklinga, ofbeldi á deild og að vera settur á gát (Bowers o.fl., 2007).

Aðdragandi stroks er stundum sýnilegur en í öðrum tilvikum virðist sem um skyndiákvörðun sé að ræða (Bowers o.fl., 1999b; Stewards og Bowers, 2010). Oft gefa sjúklingar, beint eða óbeint, til kynna að þeir muni reyna að strjúka (Bowers o.fl., 1999b).

Þó algengast sé að sjúklingar strjúki stuttu eftir innlögn getur strok átt sér stað hvenær sem er á meðferðartímanum (Bowers o.fl., 1999b). Í rannsókn Bowers og féлага (1999b) struku flestir á laugardögum á bilinu frá kl. 13 til 21 en sjaldnast á sunnudögum.

Misjafnt er hvað sjúklingar gera í stroki og hvert þeir fara en algengast er að þeir fari heim til sín, hitti féлага og fjölskyldu eða fari í vímuefnaneyslu (Bowers o.fl., 1999b; Nurjannah o.fl., 2009; Steward og Bowers, 2010). Þó strok sé alltaf óæskilegt af ástæðum sem hafa verið nefndar hér að framan, koma þó flestir sjúklinganna fljótt aftur, ýmist af eigin rammleik eða með öðrum leiðum (Bowers o.fl., 1999b; Bowers o.fl., 1999c; Meehan o.fl., 1999).

Strok er yfirleitt skilgreint þannig að um sé að ræða fjarveru af deild í leyfisleysi. Í sumum tilvikum er lítið svo á að aðeins sé um strok að ræða þegar nauðungarvistaðir sjúklingar strjúka. Það hversu lengi sjúklingur þarf að vera fjarverandi svo hægt sé að tala um strok er einnig mismunandi (Steward og Bowers, 2010). Í þessari rannsókn er stuðst við eftirfarandi skilgreiningu á stroki: *Sjúklingur yfirgefur sjúkrahúsbyggingu, lóð sjúkrahússins, starfsfólk eða aðra sem hann er í fylgd með innan eða utan sjúkrahúslóðar án leyfis, eða kemur ekki úr leyfi á umsömdum tíma.*

Tilgangur rannsóknarinnar

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hve oft sjúklingar á geðdeildum Landspítalans struku á einu ári og hver aðdragandi stroksins var. Vonast er til að niðurstöður rannsóknarinnar geti varpað ljósi á aðdraganda stroks og verið gagnlegar fyrir starfsfólk til að fyrirbyggja slík atvik.

AÐFERÐ

Rannsóknin stóð í eitt ár eða frá 1. október 2012 til 30. september 2013. Notuð var blönduð aðferð (e. *mixed method*) þar sem bæði eigindlegra og megindlegra gagna var aflað. Johnson og Onwuegbuzie (2004) segja um blandaða aðferð að hún styrki niðurstöður

rannsóknna og auki skilning og innsæi sem ekki fengist ef aðeins væri stuðst við eina aðferð. Eigindlegra gagna var aflað úr þrenns konar gögnum: 1) Upplýsingum um atferli sjúklinga var safnað úr hjúkrunarskrám sem skráðar voru tveimur sólarhringum fyrir stök; 2) viðtöl voru tekin við 14 starfsmenn á geðsviði LSH með lengri en fimm ára starfsreynslu, tvo geðlækna, fimm hjúkrunarfræðinga, fimm sjúkraliða og tvo stuðningsfulltrúa/félagliða og 3) viðtöl voru tekin við átta sjúklinga sem struku (fjóra karla og fjórar konur á aldrinum 23-65 ára). Úrtak starfsfólks var þægindaúrtak. Níttján viðtöl voru tekin upp á hljóðupptökutæki, en þrjú sjúklinganna óskuðu eftir því að það yrði ekki gert. Viðtölin tóku 30-50 mínútur. Hljóðrituð viðtöl voru síðan afrituð og greind ásamt texta úr hjúkrunarskrám með aðferðafræði grundaðrar kenningar (Corbin og Strauss, 2008).

Megindleg gögn voru fengin úr slysa- og atvikaskrár geðsviðs Landspítala og sjúkraskrár sjúklinga, þ.e. upplýsingar um fjölda stökferða, fjölda sjúklinga sem struku, deildir sem sjúklingar struku af, hvaða dag og á hvaða tíma dags sjúklingar struku, hversu lengi stök þeirra stóð, sjúkdómsgreiningu þeirra sem struku, hvert þeir fóru í stökferðum, hvað þeir gerðu, hvenær þeir komu aftur á deild og hvernig.

Gagnagreining

Greining eigindlegra gagna fór þannig fram að viðtöl við starfsfólk og sjúklinga og texti úr hjúkrunarskrám voru kóðuð línu fyrir línu. Greining eigindlegra gagna með aðferðafræði grundaðrar kenningar fer fram samhliða gagnaöflun og voru hugtök, sem fram komu, borin saman þar til helstu flokkar komu fram. Þá var kóðun notuð til að smíða hugtök úr gögnunum en hugtökin þjóna þeim tilgangi að leggja almennan skilning í á viðfangsefnið (Corbin og Strauss, 2008). Eftir 14 viðtöl við starfsfólk komu ekki fram fleiri upplýsingar sem auðgað gátu eiginleika og umfang flokkanna eða sambandið á milli þeirra og var því litið svo á að metnun hefði fengist eftir þann fjölda viðtala (Corbin og Strauss, 2008). Aðalrannsakandi greindi gögnin fyrst og bar niðurstöðurnar undir meðrannsakendur sína sem komu með ábendingar þar sem við átti.

Úr megindlegum gögnum rannsóknarinnar voru reiknaðar út tölulegar upplýsingar um þætti sem tengjast stroki sjúklinga af geðdeildum. Notaður var SPSS-hugbúnaðurinn, 11. útgáfa. Siðanefnd Landspítala, Siðanefnd stjórnýslurannsóknna á Landspítala, framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala og framkvæmdastjóri geðsviðs Landspítala veittu leyfi til rannsóknarinnar (nr. 25/2012). Persónuvernd var einnig tilkynnt um rannsóknina (nr. S5812/2012).

NIÐURSTÖÐUR

Megindleg gögn

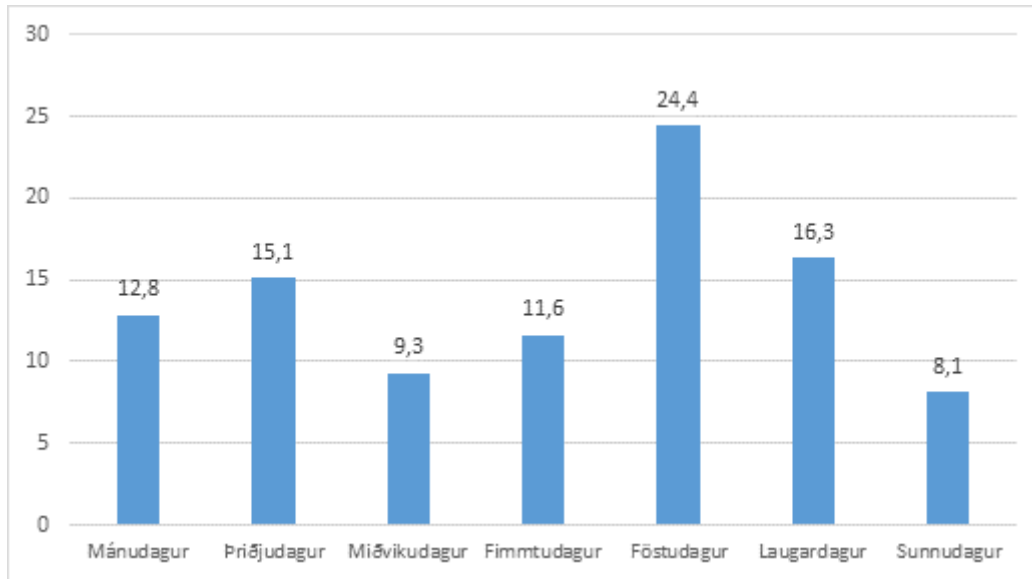
Samtals 34 sjúklingar struku á rannsóknartímabilinu, 17 sjúklingar aðeins einu sinni, 8 tvisvar sinnum, 3 þrisvar sinnum, 3 fjórum sinnum, 1 fimm sinnum, 1 sjö sinnum, 1 átta sinnum og 1 tólf sinnum. Fjöldi stökferða af öllum legudeildum geðdeilda Landspítala var hins vegar 86 á rannsóknartímabilinu, sem skiptust á milli deilda eins og tafla 1 sýnir. Helmingur (17; 50,0%) sjúklinganna, sem strauk í fyrsta eða eina skiptið, gerði það á fyrstu 14 dögum innlagnar, en sex sjúklingar struku á fyrstu fjórum dögum innlagnar. Flestar stökferðirnar (21,0%) áttu sér stað í októbermánuði.

Tafla 1. Stök á geðdeildum Landspítala á einu ári.

Deildir	Fjöldi stökferða (%)
Sérhæfð endurhæfingardeild	26 (30,0)
Móttökudeild fíknimeðferðar	24 (27,9)
Öryggisgeðdeild	15 (17,4)
Móttökugeðdeild 32C	10 (11,6)
Móttökugeðdeild 33C	6 (7,0)
Móttökugeðdeild 32A	4 (4,7)
Endurhæfingardeild á Kleppi	1 (1,2)
Réttargeðdeild	0 (0,0)
Endurhæfingardeild í Laugarási	0 (0,0)
Alls	86 (100,0)

Sjúklingar, sem struku oftast, voru á aldrinum 21 til 23 ára eða 6-9 sinnum. Tuttugu og þrjú (67,7%) þeirra sem struku voru karlar og 22 (64,7%) voru greindir með fíknivanda, 17 (50,0%) með geðklofa, átta (23,5%) með geðhvörf og tveir (5,9%) með átröskun, tveir (5,9%) með persónuleikaröskun og tveir (5,9%) með aðra röskun. Sumir sjúklinganna höfðu fleiri en eina sjúkdómsgreiningu.

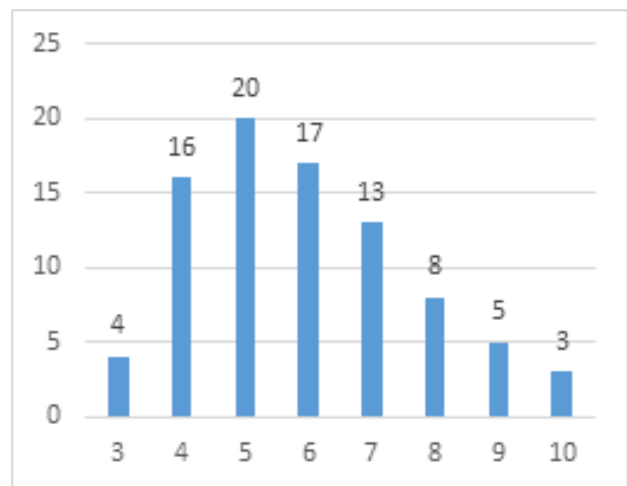
Tæplega tveir þriðju (54; 64,1%) stökferðanna áttu sér stað fyrstu 15 dagana eftir mánaðamót, 36 (43,1%) fyrstu 10 daga eftir mánaðamót og 16 (23,3 %) stökferðir áttu sér stað á fyrstu 5 dögum eftir mánaðamót. Oftast struku sjúklingar á áttunda degi (7; 8,1%) frá mánaðarmótum. Mynd 1 sýnir á hvaða vikudögum stök átti sér oftast stað. Flestar stökferðir eða um fjórðungur þeirra áttu sér stað á föstudögum en færstar á sunnudögum og miðvikudögum.



Mynd 1. Fjöldi strokferða eftir vikudögum. X-ás: Vikudagar. Y-ás: Hlutfall (%) strokferða. Vantar upplýsingar um 2,3% strokferða.

Í flestum tilvikum struku sjúklingar heim til sín, til fjölskyldu eða vina (31; 36,1%) eða niður í miðbæ (18; 20,9%). Í 44 strokferðum (51,3%) höfðu sjúklingar verið nauðungarvastaðir, kyrrsettir í tvo sólarhringa eða sviptir sjálfbræði áður en þeir struku í fyrsta skiptið. Rúmlega helmingur (49; 57,0%) strokferðanna átti sér stað á morgunvakt og 37 (43,0%) á kvöldvakt, en oftast struku sjúklingar síðdegis á tímabilinu frá 13:00 til 16:00 eða 31 sinni (36,1%). Í 76 (88,4%) tilvikum var deild læst þegar sjúklingar struku. Sjúklingar struku þegar þeir voru í leyfi frá deild 18 sinnum (20,9%), í stéttarleyfi 8 sinnum (9,3%) og í fylgd starfsfólks eða annarra 21 sinni (24,4%). Þrjátíu stroktilvik (34,9%) voru hins vegar af deild og í 50 tilvikum (58,2%) komu sjúklingarnir aftur á deild sama dag og þeir struku eða daginn eftir. Í tilvikum, þegar skráð var hvernig sjúklingar komu aftur á deild, var algengast að þeir kæmu í fylgd lögreglu (29; 33,7%), í 26 (30,2%) tilvikum komu þeir sér sjálfir og í 10 skipti (11,7%) með fjölskyldu eða vinum. Í 57 (66,3%) tilvika neyttu sjúklingar vímuefna í strokferðinni og í fjórum tilvikum sýndu sjúklingar af sér ofbeldis- eða sjálf-skaðahegðun. Í einu tilviki var sjúklingur stöðvaður þegar hann var að yfirgefa spítalasvæðið en ekki er vitað hvað sjúklingar gerðu í 24 (32,6%) tilvikum.

Tæpur helmingur (39; 45,3%) strokferðanna átti sér stað þegar rúmanýting deilda var 100% eða meiri og 66 (77%) strokferðanna þegar 4-7 starfsmenn voru á vakt á deild. Mynd 2 sýnir hversu margir voru á vakt þegar sjúklingar struku (hér er átt við hjúkrunarfræðinga og starfsfólk sem vinnur undir þeirra stjórn).



Mynd 2. Fjöldi starfsfólks á vakt þegar strokið var. X-ás: Fjöldi starfsfólks á vakt þegar sjúklingar struku. Y-ás: Fjöldi stroka.

Eigindleg gögn

Aðdragandi stroks. Tafla 2 sýnir aðdraganda strokferða. Í viðtölum við starfsfólk kom fram að það áleit að löngun í vímuefni væri ein helsta ástæðan fyrir því að sjúklingar strjúka. Hjúkrunarskrár sjúklinganna staðfestu að í flestum tilvikum fóru þeir sem struku í neyslu og í viðtölum við sjúklinga, sem struku, nefndu flestir þeirra að löngun í fíkniefni hefði átt stóran þátt í að þeir struku. Í hjúkrunarskrám kom einnig fram að stuttu fyrir strok bar á spennu og eirðarleysi hjá sjúklingunum sem kann að hafa verið einkenni vaxandi fíknar, þó þeir hafi ekki sagt frá því, enda væri það líklegt til að hindra enn frekar möguleika þeirra á að komast út af deildinni.

Sjúklingarnir átta sögðust allir hafa verið beittir ýmiss konar aðhaldsaðgerðum áður en þeir struku, t.d. bannað að fara út af deildinni eða þurft að dvelja á afmörkuðu svæði innan hennar. Í hjúkrunarskrám var þess einnig getið. Þar kom fram að tveimur sólarhringum fyrir stök var algengt að sjúklingunum hafði verið sýnt talsvert aðhald, eins og að dvelja takmarkaðan tíma inni á herbergi eða á ákveðnu svæði innan deildarinnar vegna truflandi og krefjandi atferlis, s.s. ógnandi hegðunar og óróleika eða alvarlegra geðrofseinkenna. Í hjúkrunarskrám kom fram að rétt áður en sjúklingar struku voru þeir búnir að fá aukið frelsi innan eða utan deildar. Þeir höfðu meira frelsi til að ganga um deildina í stað þess að dvelja á afmörkuðu svæði og stundum hafði gát yfir þeim verið aflétt. Aðrir höfðu nýlega fengið leyfi til að fara út af deildinni, oftast þá með einum starfsmanni eða fleirum og stundum með ættingjum eða vinum. Sumir struku um leið og þeir komust út undir ferskt loft en aðrir struku eftir að hafa farið út nokkrum sinnum.

Tafla 2. Aðdragandi stroks.

Aðdragandi stroks	Lýsing
Fíkn	Löngun sjúklinga í vímuefni
Aðhaldsaðgerðir	Sjúklingar eru ósattir við takmörkun frelsis sem þeir búa við þegar þeir dvelja á geðdeild
Aflétting aðhaldsaðgerða	Í meðferðardagskrá hefur orðið breyting sem dregur úr aðhaldsaðgerðum sjúklinganna
Strokatferli	Sjúklingar láta með orðum sínum og hegðun í ljós að þeir vilji ekki dvelja á deild

Í hjúkrunarskrám sjúklinga kom fram að í mjög mörgum tilvikum höfðu sjúklingar gefið til kynna – beint eða óbeint – að þeir ætluðu að strjúka, annaðhvort í tali eða með hegðun sinni. Í fyrra tilvikinu sögðu sjúklingar hreinlega að þeir vildu ekki vera á deildinni eða túlka mátti orð þeirra þannig að þeir vildu ekki vera lengur. Hið síðarnefnda lýsti sér þannig að þeir gengu stöðugt fyrir framan deildardyrnar og höfðu augun opin fyrir því þegar hurðin var opnuð og notuðu þá tækifærið til að hlaupa út.

Í mörgum tilvikum kom það starfsfólki ekki á óvart að sjúklingar struku. Það sagðist oft gera sér grein fyrir að þegar sjúklingar byrjuðu að tala um að þeir vildu ekki vera á deildinni ykjust líkur á stroki. Einnig vissi starfsfólkið að sjúklingar, sem strokið höfðu áður, væru líklegir til að reyna aftur að strjúka. Sumir sjúklingar

undirbyggju stök sitt og þá væri nánast ómögulegt fyrir starfsfólk að koma í veg fyrir það, til dæmis þegar það væri í göngutúr með sjúklingi.

UMRÆÐA

Í þessari rannsókn var kannað hve oft sjúklingar á geðdeildum Landspítalans struku á einu ári og hver aðdragandi stroksins var. Sökum ólíkra skilgreininga og talningar á strokferðum er erfiðleikum bundið að bera saman rannsóknina við aðrar svipaðar rannsóknir, en ef miðað er við sömu aðferð og Steward og Bowers (2010) beittu – og getið er um í inngangi greinarinnar – er ljóst að strokferðir eru frekar fátíðar á geðsviði Landspítala eða 3,7 strokferðir fyrir 100 innlagnir á mánuði og 5,2 strokferðir á mánuði fyrir hver 100 rúm. Helmingur sjúklinganna í rannsókninni strauk oftast en einu sinni og kemur það heim og saman við aðrar rannsóknir sem sýna að fjöldi strokferða er yfirleitt meiri en fjöldi sjúklinga á bak við þær (Dickens og Campbell, 2001; Mosel o.fl., 2010; Muir-Cochrane o.fl., 2011; Yasini o.fl., 2009).

Flestar deildirnar í rannsókninni voru læstar að staðaldri. Það kom þó ekki í veg fyrir að sjúklingar kæmust út af þeim án leyfis, en í flestum (65,1%) tilvikum struku sjúklingar þegar þeir voru í leyfi eða utandyra í fylgd starfsfólks. Flestar strokferðirnar voru á sérhæfðri endurhæfingardeild á Kleppi þar sem deildardyrnar voru læstar eða ólæstar eftir aðstæðum hverju sinni, en á deildinni, sem sjúklingar struku næstoftast af (móttökudeild fíknimeðferðar), voru dyrnar alltaf læstar. Þó ljóst megi vera að færri strjúki af læstum geðdeildum en ólæstum – og þó læstar deildir þjóni m.a. þeim tilgangi að koma í veg fyrir stök – sýnir það sig að læstar dyr fyrirbyggja ekki stök að fullu (Dickens og Campbell, 2001; Hunt o.fl., 2013; Muir-Cochrane o.fl., 2011; Nijman o.fl., 2011; Sheikhmoonesi o.fl., 2012; Yasini o.fl., 2009).

Flestir sjúklinganna, sem struku, voru ýmist beittir nauðungaraðgerðum við innlögn á deild eða aðhaldsaðgerðum stuttu fyrir stök. Gát, dvöl á afmörkuðu svæði innan deildar og innilokun upplifa sjúklingar í vissum tilvikum sem nauðung (Jón Snorrason o.fl., 2007). Þegar létt var á þessu aðhaldi gafst sjúklingum betra tækifæri til að athafna sig á deildinni, gátu gengið fram hjá deildarhurðinni og fylgst með þegar hún var opnuð og gátu í sumum tilfellum tekið til fótanna þegar vel lá við og komist út undir bert loft. Það kann að vera – og nauðsynlegt fyrir starfsfólk að hafa í huga – að aðhaldsaðgerðir, í hvaða mynd sem þær eru, geti verið svo íþyngjandi fyrir sjúklinginn að hann sjái það eins og lausn úr þrisund að strjúka. Það réttlætir auðvitað ekki stök en ætti að vera tilefni fyrir starfsfólk til að leita leiða við að fyrirbyggja að dvöl á geðdeild verði sjúklingum óbærileg. Í viðtölum við starfsfólk kom greinilega fram sú skoðun að ágreiningur hafi verið á

milli starfsfólks og sjúklinga, sem struku, um þörf á innlögn. Starfsfólkið taldi að helsta leiðin til að fyrirbyggja strok væri að mynda traust við sjúklingana í þeim tilgangi að þeir myndu fyrir minni nauðung við innlögn og felldu sig betur við tímabundna dvöl á geðdeild. Það sýnir mikilvægi þess að starfsfólk byggi upp – eftir bestu getu og með markvissum hætti – meðferðarsamband um leið og sjúklingur er lagður inn á deild.

Það vekur athygli hversu margir (66,3%) fóru í vímuefnaneyslu þegar þeir struku. Þó aðrar rannsóknir sýni einnig að sjúklingar neyti vímuefna þegar þeir strjúka (Bowers o.fl., 1999a; Steward og Bowers, 2010; Walsh o.fl., 1998) virðist það vera mun algengara í þessari rannsókn. Út frá þessu kemur ekki á óvart af hvaða deildum strok var algengast því flestir sjúklingar með fíknivandamál dvelja á þeim deildum (sérhæfð endurhæfingardeild, móttökudeild fíknimeðferðar, öryggisgeðdeild og móttökugeðdeild 32C¹). Ekki kom fram í hjúkrunarskrám sjúklinga að þeir myndu fyrir fíkn áður en þeir struku en hugsanlegt er að eirðarleysi og spennu, sem oft var skráð tveimur sólarhringum fyrir strok, hafi verið birtingarmynd fíknar. Þetta leiðir líka hugann að því hvort vímuefnavandamál sjúklinga á geðdeildum séu algengari en starfsfólk gerir sér grein fyrir og leggja eigi meiri áherslu á að meðhöndla þau. Slíkt er hins vegar nokkrum erfiðleikum bundið því eins og áður segir gáfu sjúklingar sjaldnast til kynna að þeir myndu fyrir fíkn áður en þeir struku.

Í rannsókninni kom fram að í hjúkrunarskrám hafði mjög oft verið skráð að sjúklingar, sem struku, hefðu gefið í skyn, beint eða óbeint, með orðum eða háttalagi, að þeir hygðust strjúka. Það gefur til kynna að aðdragandi stroks sé oft fyrirsjáanlegur ef vel er að gáð (Stewards og Bowers, 2010). Auðvelt hefði átt að vera að ráða í vísbendingar þegar sjúklingar sögðust ekki vilja vera á deildinni og þegar þeir spígsporuðu fyrir framan deildardyrnar og fylgdust með þegar þær voru opnaðar. Í rannsókn Bowers og féлага (1999b) voru 58% þeirra sem struku búnir að gefa í skyn við starfsfólk að þeir ætluðu að strjúka. Starfsfólki er oft ljóst að innilokun á geðdeild getur verið erfið fyrir sjúklinga. Í vissum tilvikum er brugðið á það ráð að fara með sjúklingi út af deildinni til að draga úr erfiðri líðan hans út af innilokun. Oftast er þá rætt við sjúklinginn áður en farið er af stað og reynt að fá samþykki hans fyrir að strjúka ekki. Og þó að í flestum tilvikum standi sjúklingurinn við loforð sitt freistast sumir til að hlupa á brott þegar tækifæri gefst.

Styrkur rannsóknarinnar felst meðal annars í því að aðalrannsakandinn (JS) fylgdist með skráningu strokferða á öllum innlagnardeildum geðsviðs Landspítala allt

rannsóknartímabilið og vann á sama tíma við úrvinnslu gagna. Aflað var bæði eigindlegra og megindlegra gagna og niðurstöður á greiningu úr viðtölum starfsfólks voru sendar starfsfólki og það spurt hvort þær endurspegluðu aðdraganda stroks á geðdeildum að þeirra áliti. Hafa verður í huga að niðurstöður rannsóknarinnar eru aðeins ein af mörgum hugsanlegum túlkunum á innihaldi gagnanna (Corbin og Strauss, 2008) og eins og áður hefur komið fram var einungis rætt við átta sjúklinga sem höfðu strokið. Öllum sjúklingum, sem struku, var boðið í viðtal en langflestir afþökkuðu það og í nokkrum tilvikum hættu sjúklingar við þegar þeir voru beðnir um að skrifa undir upplýst samþykki. Þar sem strok er augljóslega án leyfis starfsfólks er hugsanlegt að viðtal við sjúklinga um strok geti virkað eins og yfirheyrsla um brot sem framið hefur verið. Einnig getur verið að sjúklingar eigi erfitt með að rifja upp og segja frá atviki sem þeir sjá eftir. Hvort tveggja getur kallað fram sektarkennd yfir því að hafa brotið af sér eða jafnvel reiði yfir að vera kominn aftur á deildina. Upplýsingar um sjúklinga, sem struku, voru ekki bornar saman við upplýsingar um sjúklinga sem ekki struku. Það hefði óneitanlega styrkt rannsóknina því þó hegðun sjúklinga, sem struku, væri í öllum tilvikum mjög lík stuttu fyrir strok er samt ekki hægt að fullrða að aðrir sjúklingar – þeir sem ekki struku – hafi ekki sýnt samskonar hegðun. Þá má nefna að líklegt er að ekki hafi allar strokferðir á rannsóknartímabilinu verið skráðar og þannig nokkur tilvik farið fram hjá rannsakendum.

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Strokferðir af geðdeildum Landspítalans voru fáar miðað við rannsóknir frá öðrum löndum. Upplýsingar um aðdraganda stroks geta verið gagnlegar fyrir starfsfólk til að fyrirbyggja strok þó aldrei verði hægt að koma í veg fyrir það í öllum tilvikum. Æskilegt er að fá frekari upplýsingar frá sjúklingum, sem strjúka, um hvað geri dvöl þeirra á geðdeild óbærilega og hvernig megi koma til móts við þarfir þeirra svo löngun þeirra til að strjúka minnki.

Þakkir

Þakkir eru færðar öllum sem tóku þátt í rannsókninni.

¹Rannsóknin fór fram áður en deild 32C á geðsviði Landspítala var breytt í bráðageðdeild.

* * *

HEIMILDIR

- Antebi, R. (1967). Some characteristics of mental hospital absconders. *British Journal of Psychiatry*, 113, 1087-1090. DOI: 10.1192/bjp.113.503.1087.
- Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F., og McFarlane, L. (1998). *Runaway Patients. Report to the GNC trust*. London: City University.
- Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., og Kiyimba, F. (1999a). Absconding: Why patients leave. *Journal of Psychiatric Mental Nursing*, 6, 199-2005.
- Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F., og McFarlane, L. (1999b). Absconding: How and when patients leave the ward. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 207-211.
- Bowers, L., Jarrett, M., Clark, N., Kiyimba, F., og McFarlane, L. (1999c). Absconding: Outcome and risk. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 213-218.
- Bowers, L., Allan, T., Simpson, S., Nijman, H., og Warren, J. (2007). Adverse incidents, patient flow and nursing workforce variables on acute psychiatric wards: The Tompkins acute ward study. *International Journal of Social Psychiatry*, 53, 75-84. DOI: 10.1177/0020764007075011.
- Bowers, L., Ross, J., Owiti, J., Baker, J., Adams, C., og Steward, D. (2012). Event sequencing of forced intramuscular medication in England. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 19(9), 799-806. DOI:10/1111/j.13652850.2011.01856.x.
- Clark, N., Kiyimba, F., Bowers, L., Jarrett, M., og McFarlane, L. (1999). Absconding: Nurses views and reactions. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 6, 219-224.
- Corbin, J., og Strauss, A. (2008). *Basics of Qualitative Research: Techniques and procedures for developing grounded theory* (3. útgáfa). London: Sage Publication, Inc.
- Dickens, G. L., og Campbell, J. (2001). Absconding of patients from an independent UK psychiatric hospital: A 3-year retrospective analysis of events and characteristics of absconders. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 8, 543-550. DOI: 10.1046/j.1351-0126.2001.00426.x.
- Haglund, K., von Knorring, L., og von Essen, L. (2006). Psychiatric wards with locked doors: Advantages according to nurses and mental health nurse assistants. *Journal of Clinical Nursing*, 15, 387-394. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2006.01489.x.
- Hunt, M. I., Windfuhr, K., Swinson, N., Shaw, J., Appleby, L., og Kapur, N. (2013). Suicide amongst psychiatric in-patients who abscond from the ward: A national survey. National confidential inquiry into suicide and homicide by people with mental illness. *BMC Psychiatry*, 10(14), 1-6.
- John, C. J., Gangadahr, B. N., og Channabasavanna, S. M. (1980). Phenomenology of escape from a mental hospital in India. *Indian Journal of Psychiatry*, 22, 247-250.
- Johnson R. B., og Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed-methods research: A research paradigm whose time has come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26.
- Jón Snorrason, Jón Friðrik Sigurðsson og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir (2007). Gátir á bráðadeildum geðsviðs Landspítala: Viðhorf sjúklinga og starfsmanna. *Læknablaðið*, 12(93), 833-839.
- McIndoe, K. (1986). Why patients elope. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 24(1), 16-20.
- Meehan, T., Morrison, P., og McDougall, S. (1999). Absconding behaviour: An exploratory investigation in an acute inpatient unit. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33, 533-537.
- Mosel, K. A., Gerace, A., og Muir-Cochrane, E. (2010). Retrospective analysis of absconding behaviour by acute care consumers in one psychiatric hospital campus in Australia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 19, 177-185. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2009.00660.x.
- Muir-Cochrane, E., Mosel, K., Gerace, A., Esterman, A., og Bowers, L. (2011). The profile of absconding psychiatric inpatients in Australia. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 706-713. DOI:10.1111/j.1365-2702.2010.03553.x.
- Muir-Cochrane, E., Oster, C., Grotto, J., Gerace, A., og Jones, J. (2013). The inpatient psychiatric unit as both a safe and unsafe place: Implications for absconding. *International Journal of Mental Health*

- Nursing*, 22, 304-312. DOI: 10.1111/j.1447-0349.2012.00873.x.
- Nijman, H., Bowers, L., Haglund, K., Muir-Cochrane, E., Simpson, A., og van der Merwe, M. (2011). Door locking and exit security measures on acute psychiatric admission wards. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18, 614-621. DOI: 10.1111/j.1365-2850.2011.01716.x.
- Nurjannah, I., FitzGerald, M., og Foster, K. (2009). Patients' experiences of absconding from a psychiatric setting in Indonesia. *International Journal of Mental Health Nursing*, 18, 326-335. DOI:10.1111/j.1447-0349.2009.00611.x.
- O'Donoghue, B., Roche, E., Shannon, S., Lyne, J., Madigan, K., og Feeney, L. (2014). Perceived coercion in voluntary hospital admission. *Psychiatric Research*, 215, 120-126. DOI: 10.1016/j.psychres.2013.10.016.
- Sheikhmoonesi, F., Kabirzadeh, A., Yahyavi, S. T., og Mohseni, B. (2012). A prospective study of patients absconding from a psychiatric in Iran. *Medicinski Glasnik: Ljek komore Zenicko-doboj kantona*, 9(2), 345-349. DOI: 10.1016/S0924-9338(13)75790-0.
- Steward, D., og Bowers, L. (2010). *Absconding from psychiatric hospitals: A literature review. Report from the conflict and containment reduction research programme*. London: Institute of Psychiatry at the Maudsley.
- Walsh, E., Rooney, S., Sloan, D., McAuley, P., Mulvaney, F., O'Callaghan, E., og Larkin, C. (1998). Irish psychiatric absconders: Characteristics and outcome. *Psychiatric Bulletin*, 22, 351-353. DOI: 10.1192/pb.22.6.351.
- Yasini, M., Sedaghat, M., Ghasemi, A. R., og Tehranidoost, M. (2009). Epidemiology of absconding from an Iranian psychiatric centre. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16, 153-157. DOI:10.1111/j.1365-2850.2008.01350.x.