

Póra Jenný Gunnarsdóttir, Háskóla Íslands
Guðrún Elka Róbertsdóttir, Landspítala
Salóme H. Gunnarsdóttir, Landspítala

NOTKUN VIÐBÓTARMEÐFERÐAR Í HJÚKRUN Á LANDSPÍTALA

ÚTDRÁTTUR

Gagnsemi margs konar viðbótarmeðferðar til að draga úr einkennum og bæta líðan sjúklinga hefur sífellt betur verið að koma í ljós. Margar heilbrigðisstofnanir leyfa notkun viðbótarmeðferðar og samþættingu við hefðbundna heilbrigðisþjónustu. Hjúkrunarfræðingar hafa boðið sjúklingum upp á ýmiss konar viðbótarmeðferð á Landspítala.

Tilgangur: Tilgangur þessarar könnunar er að fá upplýsingar um notkun viðbótarmeðferðar á Landspítala.

Aðferð: Rannsóknarsniðið var meginlegt í formi spurningalista sem innihélt 35 spurningar um notkun viðbótarmeðferðar. Eftir að tilskilin leyfi voru fengin var spurningalistinn sendur rafrænt í Lime Survey kerfi til 73 deildarstjóra.

Niðurstöður: Alls svöruðu 39 deildarstjórar og var svarhlutfall 53%. Algengustu tegundir meðferðar, sem veitt var sjúklingum, er nudd og slökun en um 76% deildarstjórnanna, sem svöruðu, nefndu nudd og 48% nefndu slökun. Helstu ástæður notkunar voru sagðar til að draga úr einkennum eins og kvíða og bæta almenna líðan. Hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar voru helstu meðferðaraðilar og höfðu í flestum tilfellum sérmenntun til að veita meðferðina. Rúmur meirihluti (57%) sagði að áhrifin væru alltaf metin en ekki nema um 21% að meðferð væri alltaf skráð. Um 51% telja að sjúklingar séu sjaldan spurðir um notkun viðbótarmeðferðar.

Ályktanir: Svo virðist sem aukinn áhugi sé innan hjúkrunar á að nota viðbótarmeðferð til að bæta líðan sjúklinga á Landspítala þar sem greinileg aukning er á notkun og framboði á viðbótarmeðferð innan spítalans frá árinu 2002 eða um 20%. Mikilvægt er að styðja notkun viðbótarmeðferðar á Landspítala og endurbæta enn frekar klínískar leiðbeiningar handa sjúklingum um notkun slíkra úrræða.

Lykilorð: Viðbótarmeðferð, hjúkrun, heilbrigðisþjónusta, nudd, slökun.

ENGLISH SUMMARY

Gunnarsdottir, T.J., Robertsdottir, G. E., and Gunnarsdottir, S. H.

The Icelandic Journal of Nursing (2016), 92 (2), 1-9

USE OF COMPLEMENTARY THERAPIES IN NURSING AT LANDSPÍTALI – THE NATIONAL UNIVERSITY HOSPITAL OF ICELAND

Studies have shown some benefits from using complementary therapies (CT) to reduce symptoms and improve the wellbeing of patients. Many health care centers allow their use and integration. Nurses have been offering CT to patients at the Landspítali – The National University Hospital of Iceland.

Purpose: The purpose of this study was to gain information about the use of CT at Landspítali.

Method: Data was collected through an electronic questionnaire with 35 questions. It was sent to 73 department head nurses (DHN) at Landspítali through the Lime Survey system.

Findings: The questionnaire was answered by 39 DHN and the response rate was 53%. The most commonly used therapies, according to the DHN who responded, were massage therapy (78%) and relaxation therapy (48%). The most commonly reported reasons for the use of CT were to treat anxiety and to improve general wellbeing of the patients. Appropriately trained nurses and nurse's aides were the most likely administrators of complementary therapies. Over half of them said that the effects were always assessed but only 21% that the CT was always documented. About 51% of the DHN assume that patients are rarely asked about the use of CT.

Conclusion: There is increased interest within nursing to use CT to increase patient's wellbeing and increase in the selection of CT offered at Landspítali and in the use of CT compared to 2002 or about 20%. It is important to support the use of CT at Landspítali and develop further clinical guidelines for its use.

Keywords: Complementary therapies, nursing, health care settings, massage, relaxation.

Correspondance: thoraj@hi.is

INNGANGUR

Viðbótarmeðferð í hjúkrun

Margar árangursríkar nýjungar eru til í einkenna- og stuðningsmeðferð en sjúklingar eiga við margs konar einkenni að stríða sem fylgja sjúkdómum og meðferð, eins og erfiðleika með svefn, verki, ógleði og þreytu, sem hefur áhrif á virkni þeirra og líðan. Sjúklingar með langvinna sjúkdóma nota í vaxandi mæli ýmsar aðferðir sem gjarnan eru flokkaðar sem „óhefðbundnar“ lækningar. Víða veitir starfsfólk á heilbrigðisstofnunum í auknum mæli ýmiss konar meðferð til viðbótar við þá læknisfræðilegu meðferð sem hann fær. Er þá gjarnan talað um viðbótarmeðferð. Viðbótarmeðferð vísar til meðferðar sem ekki hefur verið kennd í hefðbundnu námi heilbrigðisstétta og sýnt hefur verið fram á með rannsóknum að meðferðin er gagnleg til viðbótar við hefðbundna heilbrigðisþjónustu (NCCIH, 2015). Dæmi um viðbótarmeðferð er slökun, nálastungur, heilun, dáleiðsla, listmeðferð, fæðubótarefni svæðanudd, nudd, ilmólíumeðferð o.fl. Viðbótarmeðferð er þýðing á enska orðinu *complementary therapy*. Nýlega er farið að tala um samþætta meðferð eða *integrative medicine* og er þá átt við að heilbrigðisstarfsmaður býður sjúklingi meðferð samhliða læknismeðferð inni á heilbrigðisstofnun.

Meðal þeirra sem nýta sér viðbótarmeðferð eru sjúklingar með takmörkun á hreyfingu vegna langvinnra veikinda (Okoro o.fl., 2013) og sjúklingar með krabbamein (Molassiotis o.fl., 2005). Algengt er að sjúklingar með langvinna sjúkdóma nýti sér viðbótarmeðferð, gjarnan til að ná betri stjórn á einkennum sínum eða til þess að ráða betur við aukaverkanir lyfja (Pan, o.fl., 2012; Sirois, 2008) og finni þar með fyrir meiri ábyrgð og heilðrænni nálgun í meðferð sinni (Goldbas, 2012; Pan o.fl., 2012). Margar tegundir viðbótarmeðferðar geta haft jákvæð áhrif, svo sem dregið úr verkjum, kvíða og vanlíðan hjá krabba-meinssjúklingum, eins og finna má í klínískum leið-beiningum um viðbótarmeðferð frá Society of Integrative Oncology (SIO) (Deng o.fl., 2009). Svipaðar leiðbeiningar eru til fyrir sjúklinga með lungna-krabbamein (Greenlee o.fl., 2014). Í leiðbeiningunum koma fram upplýsingar um gagnsemi hverrar meðferðar og þá gagnreyndu þekkingu sem þar er að baki.

Í könnuninni *Heilbrigði og aðstæður Íslendinga I*, sem var gerð á Íslandi haustið 2006, var fólk á aldrinum 18-75 ára spurt um notkun sína á viðbótarmeðferð og annars konar heilbrigðisþjónustu (Björg Helgadóttir o.fl., 2010). Alls svöruðu 1532 manns könnuninni og var það svarhlutfall upp á rúm 60%. Höfðu um 32% svarenda nýtt sér annars konar heilbrigðisþjónustu síðastliðna 12 mánuði og var það aukning um tæp 6% frá árinu 1998 þegar sambærileg könnun var gerð. Algengast var að fólk færi til nuddara eða sjúkranuddara og stundaði jóga eða íhugun. Konur virtust nýta sér þessa þjónustu tvisvar

sinnum oft en karlar (41,3% á móti 22,6%) og fólk með meiri menntun var einnig líklegra til að nýta sér annars konar heilbrigðisþjónustu.

Hanssen o.fl. (2005) báru saman kannanir á notkun almennings í Skandinavíu á annars konar heilbrigðisþjónustu og kom í ljós að notkunin er talsverð. Í Noregi var hún 34%, í Danmörku 45% og í Svíþjóð 49%. Algengast var að fólk notaði smáskammtalækningar í Noregi, svæðanudd í Danmörku og nudd í Svíþjóð.

Á undanförunum árum hafa ýmsar heilbrigðisstofnanir mótað stefnu varðandi notkun á viðbótarmeðferð og hvernig samþætta má hana hefðbundinni meðferð (Horner og Schellinger, 2014). Innan heilbrigðisstofnana á Íslandi skortir reglur um hvernig nota má viðbótarmeðferð til handa sjúklingum og ekki eru til neinar sérsníðnar verklagsreglur sem hægt er að miða við þegar þess konar meðferð er beitt. Hætta er á að upp geti komið siðferðileg mál sem geta sett hjúkrunarfræðinga eða annað starfsfólk í erfiða stöðu, faglega og lagalega. Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk viðhafi fagleg vinnubrögð, fullvissi sig um að meðferðaraðili hafi tilskilin leyfi og réttindi, sýni varkárni og hafa í huga að ekki er allt sem er „náttúrulegt“ endilega óskaðlegt. Heilbrigðisstofnanir á Íslandi hafa ekki gefið út stefnu um notkun viðbótarmeðferðar, en í 7. gr. laga um græðara stendur að heilbrigðisstofnun sé heimilt að koma til móts við óskir sjúklinga sem vilja nýta sér heilsutengda þjónustu græðara sé það í samræmi við stefnu stofnunarinnar og ber þá að skrá það í sjúkraskrá sjúklings (Lög um græðara nr. 34/2005). Lögð var fram stefna um viðbótarmeðferð á krabbameinsdeildum LSH árið 2008 (Þóra Jenný Gunnarsdóttir o.fl., 2008) en henni hefur lítið verið fylgt eftir.

Árið 2001 var gerð könnun á Landspítala á því hvort og þá hvaða viðbótarmeðferð væri notuð á deildum spítalans (Lovísa Baldursdóttir o.fl., 2002). Spurningarlisti var sendur til allra deildarstjóra á Landspítalanum og voru þeir þá 95 talsins og var svarhlutfallið 56% eða 54 deildarstjórar. Helstu niðurstöður könnunarinnar voru að flestar hand- og lyflækningadeildir buðu upp á viðbótarmeðferð. Algengast var að bjóða nudd og slökun. Þeir sem veittu meðferðina voru flestir starfsmenn deildanna og töldu deildarstjórar þá bæði hafa menntun og nægilega fræðilega þekkingu til þess. Varðandi upplýsingasöfnun um notkun viðbótarmeðferðar almennt svöruðu flestir deildarstjórar (48%) því að það væri stundum eða sjaldan spurt og 44% deildarstjórar töldu að það væri ekki gert eða vissu það ekki. Deildarstjórar töldu að veitt viðbótarmeðferð væri skráð í 80% tilvika.

Kennsla um viðbótarmeðferð hefur ekki verið markviss á Landspítala og er ekki getið um sérstaklega í námskrám heilbrigðisstétta. Ekki er vitað um skipulagða upplýsingagjöf til sjúklinga eða aðstandenda um viðbótarmeðferð á Landspítala. Ef sjúklingur vill nota

viðbótarmeðferð ber hjúkrunarfræðingi að skoða slíkt með honum. Við val á viðbótarmeðferð verður að hafa í huga óskir sjúklings, ástand hans og hentugleika hverrar meðferðar.

Umræða og þekking á notkun og áhrifum viðbótarmeðferðar hér á landi hefur aukist meðal hjúkrunarfræðinga á síðustu árum. Stofnuð var fagdeild um viðbótarmeðferð í hjúkrun innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga árið 2010. Eitt af markmiðum fagdeildarinnar er að efla upplýsta umræðu varðandi viðbótarmeðferð innan hjúkrunar (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, e.d.).

Markmiðið með þessari könnun nú er að fá upplýsingar um hvers konar viðbótarmeðferð nú er notuð við hjúkrun innan Landspítala og nýta þær upplýsingar til að skipuleggja frekari fræðslu um meðferðarúrræðin og gagnsemi þeirra og til að móta stefnu fyrir Landspítala um viðbótarmeðferð. Leitast er meðal annars við að svara eftirfarandi spurningum:

1. Hvaða viðbótarmeðferð er notuð á Landspítala og í hvaða tilgangi?
2. Hverjir veita viðbótarmeðferð?
3. eru áhrif metin af viðbótarmeðferð og þau skráð?
4. Er spurt um notkun viðbótarmeðferðar við innlögn?

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið og úrtak

Könnunin var megindleg og lýsandi þar sem fylgt var eftir könnun sem gerð var á Landspítala – háskólasjúkrahúsi 2002. Könnun þessi náði til allra starfandi deildarstjóra á Landspítalanum, 73 talsins. Ekki var vitað hverjir veita þessa meðferð sérstaklega eða hvar og því var leitað til deildarstjóra. Deildarstjórar voru valdir sem fulltrúar sinnar deildar vegna þess að auðvelt er að ná sambandi við þá og þar sem þeir stöðu sinnar vegna þurfa að hafa heildarsýn yfir starf deildarinnar; þóttu þeir því best fallnir til að svara spurningarlistanum. Í meðfylgjandi bréfi, sem sent var til deildarstjóranna, var þess getið að þeir gætu ráðfært sig við starfsfólk deildarinnar um þau málefni sem voru þeim ekki kunn varðandi viðbótarmeðferð.

Sendur var spurningalisti rafrænt í Lime Survey-könnunarforritinu til allra starfandi deildarstjóra á Landspítalanum. Það könnunarforrit er aðgengilegt og auðvelt í notkun bæði fyrir þátttakendur og rannsakendur. Spurningalistinn var sendur 4. febrúar 2013 og áminning var send til þeirra sem ekki höfðu svarað 12. febrúar 2013. Önnur áminning var send viku síðar en að lokum var hringt í þá deildarstjóra sem ekki höfðu þegar svarað og þeir minntir á þátttöku vegna þess hve mikilvægt var að sem flestir svari. Með spurningarlistanum var sent bréf til deildarstjóra sem innihélt upplýsingar um höfunda og tilgang könnunarinnar og skilgreiningu á viðbótarmeðferð.

Spurningalisti

Í upphafi vinnuferlisins var haft samband við Lovísu Baldursdóttur, sérfræðing í gjörgæsluhjúkrun, sem fór fyrir þeim hópi sem gerði könnunina 2002 og fengið skriflegt leyfi til að nota sama spurningalista og notaður var í könnuninni en hann nefnist: „Óhefðbundin“ meðferð í hjúkrun á Landspítala-háskólasjúkrahúsi, árið 2002. Listinn var endurskoðaður og staðfærður og aðlagður m.a. að breyttu skipuriti Landspítala þar sem sviðunum hefur fækkað úr sjö í fimm. Lilja Jónasdóttir, hjúkrunarfræðingur sem veitir krabbameinssjúklingum slökunarmeðferð og var einn af höfundum könnunarinnar 2002, veitti aðstoð sína við að lagfæra og uppfæra spurningalistann. Orðalag varðandi viðbótarmeðferð hefur t.d. breyst. Áður fyrr var talað um óhefðbundnar lækningar eða sérhæfða meðferð. Nu er talað um viðbótarmeðferð og var svo gert í þessari könnun. Fjöldi spurninga var 35 og voru þær flestar lokaðar með þrem til fimm valmöguleikum. Oftast var um þrjá möguleika að ræða: já, nei eða veit ekki. Spurningalistann prófuðu höfundar sjálfir og sýndu nokkrum samnemendum í hjúkrunarfræðideild til að athuga hvort spurningarnar væru vel skýrar og skiljanlegar.

Gagnasöfnun og úrvinnsla

Unnið var úr niðurstöðum spurninga í Excel-tölvureikni og sett upp í veltitöflur (pivot-töflur). Lime Survey-könnunarforritið er þannig hannað að auðvelt er fyrir rannsakendur að fylgjast með svörum þátttakenda og var það gert reglulega. Svörin var frekar dræm þrátt fyrir ítrekuð þátttökuboð. Engin svör bárust frá fjórtán deildarstjórum og tuttugu svör voru ófullnægjandi þar sem of fáum spurningum var svarað. Lokaniðurstöður miðast við svör 39 deildarstjóra eða 53%, en þess ber að geta að þeir svöruðu ekki allir öllum spurningunum. Niðurstöður voru settar upp í Excel-skjal sem notað var til frekari úrlestrar í hverjum lið fyrir sig.

Siðfræði

Leyfi var fengið hjá Siðanefnd stjórnsýslurannsóknna Landspítalans fyrir þátttöku rannsóknar (1/2013). Skriflegt samþykki fékkst frá Lovísu Baldursdóttur, sérfræðingi í hjúkrun, til að nota spurningalista úr könnuninni 2002. Sviðstjórar allra sviða Landspítalans veittu leyfi fyrir könnuninni á sínum deildum. Framkvæmdastjóri mannauðssviðs Landspítala veitti aðgang að netföngum allra deildarstjóra Landspítala. Send var tilkynning til Persónuverndar (S6038/2012) um gerð könnunarinnar. Landspítalinn veitti aðgang að kerfinu án endurgjalds og ekki var sótt um neinn styrk til að gera könnunina.

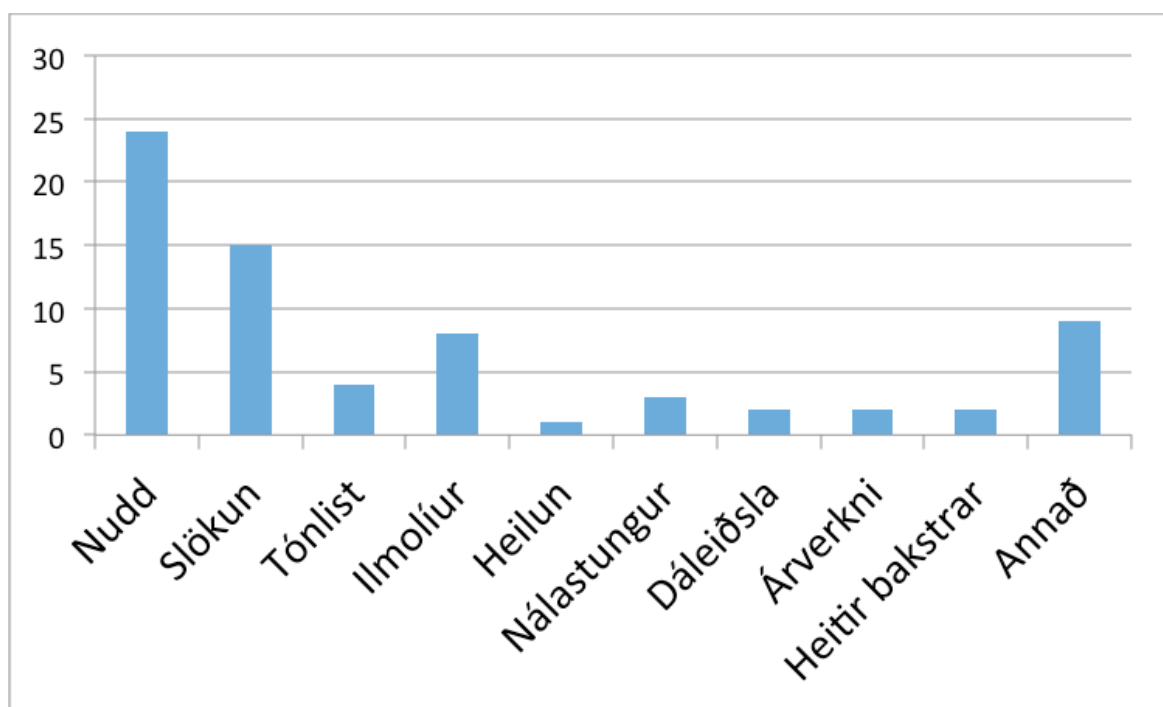
NIÐURSTÖÐUR

Viðbótarmeðferð á Landspítala

Spurningalistinn var sendur rafrænt á 73 deildarstjóra Landspítalans. Svör komu frá öllum sviðum Landspítalans, alls svöruðu 14 deildir af lyflækni sviði, átta

deildir af kvennasviði, sex deildir af geðsviði, sex deildir af skurðlækningasviði, fjórar deildir af bráðasviði og einn deildarstjóri tilgreindi ekki á hvaða sviði hann starfaði. Deildarstjórar voru spurðir hvort og þá hvaða viðbótarmeðferð þeirra deild hefði boðið upp á. Þrjátíu deildarstjórar eða um 77% af þeim sem svöruðu sögðu að sjúklingum væri boðin einhver viðbótarmeðferð á vegum deildarinnar. Tveir deildarstjórar (5%) vissu ekki hvort sjúklingum hefði verið boðin viðbótarmeðferð. Af þeim deildum, sem sögðust bjóða upp á viðbótarmeðferð, sögðust 76% deilda hafa boðið upp á nudd.

Um var að ræða nokkrar gerðir af nuddi þar sem ein sagðist veita ungbarnanudd, önnur svæðanudd en flestar hefðbundið nudd, svo sem fóta- og handanudd eða slökunarnudd. Einn deildarstjórinn tók það sérstaklega fram að nudd væri orðið sjaldgæfara en áður á sinni deild. Alls sögðust 48% deilda hafa boðið upp á slökun. Ilmolíumeðferð sögðust 27% hafa boðið og 13% deilda höfðu boðið tónlistarmeðferð. Á mynd 1 má sjá hvaða viðbótarmeðferð er algengast að bjóða og í töflu 1 má sjá hvaða meðferð er í boði á sviðum Landspítalans.



Mynd 1. Fjöldi deilda sem býður upp á viðbótarmeðferð.

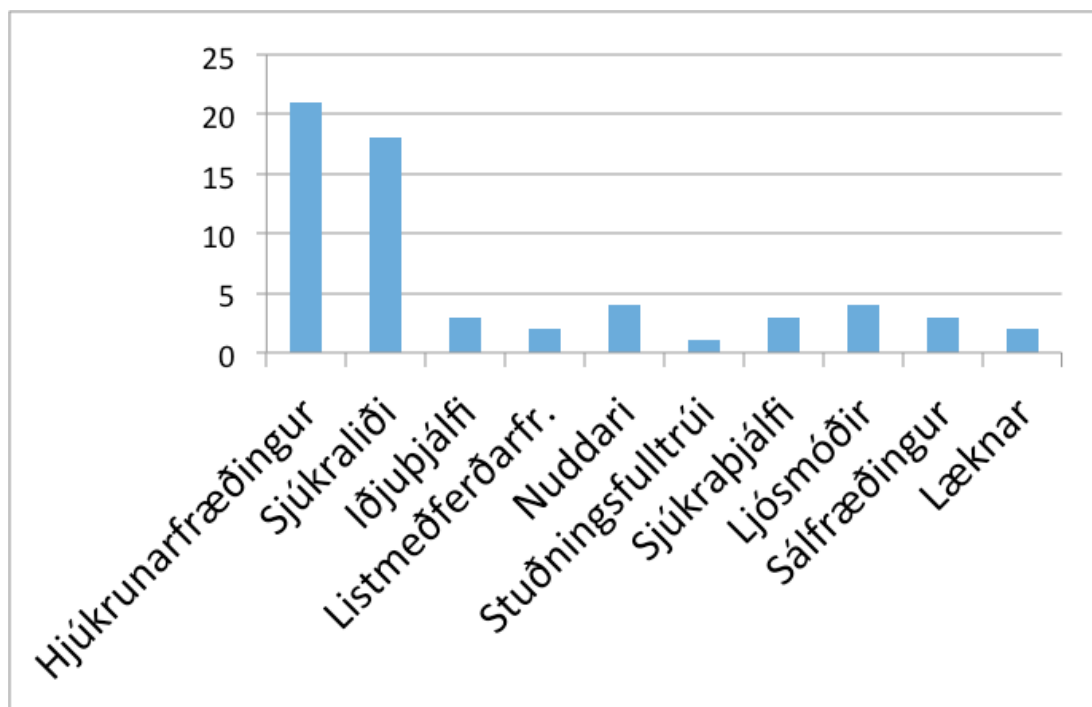
Tafla 1. Meðferð sem veitt er á sviðum Landspítala 2013.

Svið	Meðferð
Bráðasvið	Nudd, tónlist, ilmolíumeðferð
Geðsvið	Nudd, slökun, tónlist, núvitund, dáleiðsla, jóga, sund, ganga
Kvenna- og barnasvið	Nudd, tónlist, ilmolíumeðferð, nálastungur, vatnsbað, núvitund, súkkrosugjöf, ungbarnanudd, slökun
Lyflækingsvið	Nudd, slökun, ilmolíumeðferð, heitir bakstar, höfuðbeina- og spjaldhryggsjöfnun, dáleiðsla, hugræn atferlismeðferð, fótanudd
Skurðlækningasvið	Nudd, slökun, svæðanudd

Spurt var í hvaða tilgangi viðbótarmeðferðin væri veitt og svöruðu 29 af 39 deildarstjórum (74%). Mismunandi ástæður voru fyrir því að veitt var viðbótarmeðferð en rétt rúmlega helmingur nefndi að sjúklingar vildu geta slakað á. Einnig var algeng ástæða að draga úr kvíða og bæta almenna líðan. Sumir nefndu að slökun væri notuð til þess að auka sjálfsvitund og skynjun, draga úr verkjum og bæta svefn. Spurt var hver væri ástæða þess að þessi ákveðna viðbótarmeðferð hefði verið veitt á þessari tilteknu deild. Alls svöruðu 28 af 39 deildarstjórum. Svör deildarstjóranna voru mismunandi og ástæðurnar, sem nefndar voru, meðal annars að það færi eftir hver væri á vakt og hvort tími hefði verið til þess að veita tiltekna meðferð. Nokkrir nefndu að sérmenntaðir einstaklingar, t.d. nuddarar, væru starfandi á deildinni eða starfsfólk deildarinnar, sem hefði þekkingu og menntun t.d. í að beita ilmólúmeðferð, veitti slíka meðferð. Einungis tveir deildarstjórar nefndu að öllum sjúklingum hefði verið boðin viðbótarmeðferð. Fimm deildarstjóranna töldu að ástæðan fyrir notkun viðbótarmeðferðarinnar hefði verið sú að gagnreynd þekking lægi að baki og virkni meðferðarinnar.

Hverjir veita viðbótarmeðferð á spítalanum?

Tuttugu af þrjátíu deildarstjórum (66%) svöruðu því að hjúkrunarfræðingar veittu viðbótarmeðferð á deildinni. Margir nefndu sjúkraliða eða 16 af 30 deildarstjórum (53%), einn af þeim nefndi sérstaklega sjúkraliða sem einnig eru löggiltir nuddarar. Einnig voru ljósmæður, sjúkrabjálfarar, sálfræðingar, iðjubjálfarar, lækna og fleiri nefndir eins og sjá má á mynd 2. Í flestum tilfellum var um fleiri en einn aðila að ræða sem veittu viðbótarmeðferð á deildinni. Spurt var hvort þeir starfsmenn, sem veittu viðbótarmeðferð, væru í ákveðnu starfshlutfalli á deildunum við að veita viðbótarmeðferð. Alls svöruðu 6 af 33 deildarstjórum (18%) því játandi og 26 af 33 deildarstjórum (79%) neitandi. Starfshlutfall þeirra aðila, sem veittu viðbótarmeðferð var frá 5 til 70 %, en í heildina svöruðu einungis fimm deildarstjórar þessari spurningu. Kannað var í framhaldinu hvort starfsmennirnir hefðu veitt meðferðina í vinnutíma sínum og svöruðu 24 af 32 deildarstjórum (75%) því játandi. Fimm deildarstjóranna svöruðu því neitandi og þrír vissu ekki hvernig málum var háttað.



Mynd 2. Starfsstéttir sem veittu viðbótarmeðferð.

Spurt var hvort meðferðaraðilar hefðu menntun í þeirri viðbótarmeðferð sem þeir veittu og svöruðu 25 af 33 deildarstjórum (76%) því játandi en 8 af 33 deildarstjórum (24%) svöruðu því neitandi eða vissu ekki. Einnig var spurt um fræðilega þekkingu starfsfólksins til að beita ákveðinni viðbótarmeðferð inni á deildinni. Flestir eða 27 af 33 deildarstjórum (82%) töldu að starfsfólkið

hefði nægjanlega fræðilega þekkingu á viðbótarmeðferð. Spurt var hvort gagnreynd þekking lægi að baki notkun ýmiss konar viðbótarmeðferðar á deildinni og svöruðu 20 af 35 deildarstjórum því (57%) játandi. Ýmsar ástæður voru nefndar og var algengasta ástæðan sögð vera rannsóknir sem sýnt hefðu fram á gagnsemi meðferðarinnar.

Mat á áhrifum meðferðar og skráning

Spurt var hvort áhrif viðbótarmeðferðar væru metin hjá sjúklingum á deildinni og svöruðu 19 af 33 deildarstjórum (58%) því játandi en 14 af 33 deildarstjórum (42%) töldu svo ekki vera eða vissu ekki hvort áhrifin hefðu verið metin. Spurt var hvernig áhrif viðbótarmeðferðarinnar hefðu verið metin. Flestir svöruðu því að áhrif meðferðarinnar hefðu verið metin með því að spyrja sjúklinginn sjálfan um áhrifin og með eftirliti á líðan sjúklingsins.

Deildarstjórar voru spurðir hvort hjúkrunargreiningar væru notaðar til þess að rökstyðja meðferðina sem veitt væri á deildinni og hvort að meðferðin væri skráð. Alls svöruðu 11 af 33 deildarstjórum (33%) að hjúkrunargreiningar væru notaðar til þess en 17 af 33 deildarstjórum (51%) kváðu svo ekki vera. Deildarstjórar voru spurðir um skráningu á notkun viðbótarmeðferðar ef sjúklingur á deildinni þeirra fengi viðbótarmeðferð. Alls töldu 7 af 33 deildarstjórum (21%) að meðferðin væri alltaf skráð. Tólf deildarstjórar (36%) töldu að meðferðin væri oft skráð og átta deildarstjórar (24%) töldu að hún væri stundum skráð. Sex deildarstjórar (18%) töldu að hún væri aldrei eða sjaldan skráð. Í könnuninni var einnig spurt hvort leitað hefði verið eftir samþykki sjúklings fyrir að þiggja viðbótarmeðferð og þá hvernig. Meirihlutinn taldi að leitað væri samþykkis sjúklings og töldu flestir, 28 af 31, að samþykkið væri fengið munnlega. Einnig kom fram að ef ástand sjúklings var tvírætt, þ.e.a.s. ef um mjög veikan sjúkling var að ræða, þá var leitað samþykkis læknis áður en meðferð var veitt.

Upplýsingasöfnun hjá sjúklingum við innlögn á sjúkrahús

Alls svöruðu 39 deildarstjórar spurningunni og töldu 20 þeirra (51%) að það hefði sjaldan verið spurt um notkun viðbótarmeðferðar í upplýsingasöfnun við innlögn á deildina. Einungis 5 af 39 deildarstjórum eða 13% töldu að alltaf eða oft hefði verið spurt um notkun viðbótarmeðferðar við innlögn. Alls töldu 9 af 39 deildarstjórum (23%) að aldrei hefði verið spurt eða vissu ekki til þess að spurt hefði verið um notkun viðbótarmeðferðar við upplýsingasöfnun.

UMRÆÐA

Í þessari könnun kom fram að á 30 deildum er sjúklingum boðin viðbótarmeðferð meðan á dvöl þeirra stendur. Algengustu tegundir viðbótarmeðferðar, sem notaðar eru á Landspítala, eru nudd og slökun. Töldu 76% deildarstjóra að sjúklingar fengju nudd og 48% deildarstjóra töldu sjúklinga fá slökun. Þessar gerðir meðferðir eru í takt við það sem fólk sækir til græðara hérlandis (Björg Helgadóttir o.fl., 2010).

Í könnuninni, sem gerð var árið 2002, var boðin viðbótarmeðferð á tuttugu deildum. Séu niðurstöður þessarar könnunar bornar saman við þá eldri kemur í

ljós að um viðbótarmeðferð er meira notuð nú innan Landspítalans og að algengustu gerðir meðferðar eru nudd og slökun eins og einnig var raunin árið 2002 (Lóvísa Baldursdóttir o.fl., 2002). Víðs vegar erlendis hafa heilbrigðisstofnanir horft til og tekið sér til fyrirmyndar klínískar leiðbeiningar SÍO við innleiðingu á stefnu um notkun viðbótarmeðferðar (Deng o.fl., 2009). Í þeim kemur fram að slökun og nudd er meðferðarform sem byggjast á gagnreyndri þekkingu og virðast geta haft jákvæð áhrif á einkenni sjúklings.

Helstu ástæður, sem gefnar voru upp fyrir notkun viðbótarmeðferðar innan Landspítalans, voru fyrst og fremst til slökunar, verkjastillingar og að bæta almenna líðan.

Fáar rannsóknir á áhrifum viðbótarmeðferðar hafa verið framkvæmdar á Landspítala en meðal þess sem hefur verið skoðað eru áhrif slökunar meðferðar á ýmis einkenni krabbameinssjúklinga. Í þeirri rannsókn kom í ljós að einkenni, svo sem vanlíðan, þreyta, kvíði, verkir o.fl., minnkuðu marktækt við slökunar meðferð (Þóra Jenný Gunnarsdóttir o.fl., 2011). Viðbótarmeðferð getur hjálpað við að draga úr ýmsum algengum einkennum kvenna á meðgöngu, svo sem verkjum, svefnvanda og streitu. Þau meðferðarúrræði, sem ófrískar konur nýta sér gjarna, eru nudd, slökun og nálastungur og ljósmæður hafa verið helstu ráðgjafar þeirra um hvaða meðferð er gagnleg (Margrét Unnur Sigtryggisdóttir o.fl., 2015).

Tafla 1 sýnir þær gerðir meðferðar sem nefndar voru í þessari könnun. Til samanburðar er á næstu síðu tafla (sjá töflu 2) úr könnuninni 2002 (Lóvísa Baldursdóttir o.fl., 2002) yfir meðferðarúrræði sem þá voru notuð á mismunandi sviðum og deildum og hafa orðið talsverðar breytingar og aukin fjölbreytni á framboði úrræða síðan þá. Sú aukning er ef til vill í samræmi við óskir sjúklings, en í rannsókn, sem gerð var í Ástralíu á notkun viðbótarmeðferðar meðal sjúklings, voru þeir spurðir hvaða viðbótarmeðferð þeir kysu helst að hafa aðgang að á spítala (Shorofi, 2011). Helstu gerðir meðferðar, sem þeir óskuðu eftir, voru nudd, bætiefni, tónlist, þrýstipunktunudd og hugleiðsla/slökun.

Samkvæmt niðurstöðum þessarar könnunar árið 2013 voru hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar þeir aðilar sem oftast veittu viðbótarmeðferð á spítalanum og virðist það hafa lítið breyst síðasta áratug. Aðrar starfstéttir voru einnig nefndar, svo sem sjúkrahjálparar, ljósmæður, iðjuþjálfar og lækningar. Nú voru sex starfsmenn í ákveðnu starfshlutfalli við að veita viðbótarmeðferð á sinni deild. Ef borið er saman við könnunina frá 2002 þá voru þeir aðilar fjórtán sem veittu meðferð og er hér um töluverða fækkun að ræða. Í umræðum við deildarstjóra um hver helsta skýringin er á þessu nefna þeir aðvegna niðurskurðar og álags undanfarið hafi verið dregið úr því að veita sjúklingum viðbótarmeðferð.

Tafla 2. Meðferð sem veitt var á sviðum/deildum Landspítala 2002.

Svið /deild	Meðferð
Kvennasvið	Nudd, slökun, bæn, vatnslaug, sturta, punktanudd, vatnsbólur, vatnsbað
Geðsvið	Hópslökun, slökun, nudd, tónlist, kyrrðarstund
Göngudeild geðdeildar	Listmeðferð, slökun, prestur
Öldunarsvið	Slökun, nudd, nálastungur, fótanudd
Göngudeild öldrun	Slökun, dáleiðsla
Lyflækningasvið I	Slökun, nudd
Lyflækningasvið II	Slökun, nudd, listmeðferð
Göngudeild lyflækningasviðs II	Slökun, nudd
Skurðlækningasvið	Slökun, nudd, tónlist
Gjörgæsla	Slökun, nudd, tónlist, olíur

Upplýsingasöfnun við innlögn sjúklinga er mikilvæg fyrir margar sakir. Krossvirkni milli lyfja og fæðubótarefna getur verið hættuleg, því er mikilvægt að spyrja sjúklinga sérstaklega um hvort þeir taki inn einhver fæðubótarefni eða jurtir (Plotnikoff, 2010). Upplýsingasöfnun getur þannig tryggt öryggi sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks. Nokkar erlendar rannsóknir benda til þess að upplýsingasöfnun um notkun viðbótarmeðferðar á spítölum sé ekki fullnægjandi, samskipti sjúklings og heilbrigðisstarfsmanns um viðbótarmeðferð séu lítil sem engin (Rojas-Cookey og Grant, 2009; Bjerså, o.fl., 2012; Jong o.fl., 2012). Ástæðan fyrir takmörkuðum samskiptum varðandi viðbótarmeðferð er ekki vel þekkt, vitað er að heilbrigðisstarfsfólk forðast umræður um þau málefni sem það hefur ekki næga þekkingu á. Fram kom í rannsókn Bjerså o.fl. (2012) að heilbrigðisstarfsfólk væri áhugasamt um að sækja sér meiri þekkingu um ýmiss konar viðbótarmeðferð.

Niðurstöður þessarar könnunar sýna að skráning í gögn sjúklinga um notkun viðbótarmeðferðar mætti vera meiri. Aðeins 7 af 32 (21,9%) deildarstjórum töldu að notkun viðbótarmeðferðar væri alltaf skráð í gögn sjúklings samanborið við 8 af 20 (40%) deildarstjórum árið 2002. Hins vegar er svipað hlutfall deildarstjóra (40%) sem telur að viðbótarmeðferðin hefði oftast verið skráð. Athyglisvert er að árið 2002 taldi enginn deildarstjóranna að viðbótarmeðferðin væri aldrei eða sjaldan skráð í gögn sjúklings en nú voru það 5 af 32 deildarstjórum sem töldu svo vera. Í ljósi þessara niðurstaðna virðist sem skráningu um notkun viðbótarmeðferðar í gögn sjúklinga hafi farið aftur síðastliðinn áratug.

Takmarkanir rannsóknarinnar og framtíðarsýn

Í þessari könnun um notkun viðbótarmeðferðar á Landspítalanum er varasamt er að draga miklar ályktanir þar sem svarhlutfall er lágt. Aðeins deildarstjórinn fékk spurningalistann sendan, þó var honum bent á að leita til annarra starfsmanna væri hann í einhverjum vafa um notkun á viðbótarmeðferð innan deildarinnar. Hægt er að velta því fyrir sér hvort spurningarlistinn hafi ekki verið nægilega aðgengilegur eða of langur. Mikilvægt er að geta þess að mikið álag var á deildarstjórum á því tímabili sem spurningalistinn var sendur, bæði vegna árlegu inflúensunnar, sem var í hámarki, og vegna yfirvofandi fjöldauppsagna hjúkrunarfræðinga í mars 2013. Álykta má að hugsanlega hafi þessir samvirkandi þættir að einhverju leyti haft áhrif á þátttöku.

Ekki er vitað nægilega vel hvaða árangur er af sumum gerðum viðbótarmeðferðar og fáar rannsóknir sem hafa verið gerðar á Landspítala. Þetta þarf að skoða betur til að geta sagt til um hvort einhver ávinningur er af þessum meðferðarúrræðum og við hvaða einkennum. Frekari rannsóknir mætti einnig gera meðal þeirra sem veita viðbótarmeðferð á Landspítala og fá nánari upplýsingar um hvernig þeir vinna með þessi úrræði þar og við hvaða aðstæður. Eins og áður hefur verið bent á er aukinn áhugi meðal hjúkrunarfræðinga á viðbótarmeðferð en ef til vill þarf að styrkja hann betur með aukinn fræðslu og kennslu.

ÁLYKTANIR

Eftirspurnin eftir viðbótarmeðferð hefur aukist á síðustu árum og sýnir aukið framboð viðbótarmeðferðar undanfarin áratug það að aukinn vilji og áhugi er hjá heilbrigðisstarfsfólki að nota viðbótarmeðferð. Könnun þessi gefur góða mynd af stöðu viðbótarmeðferðar á Landspítalanum. Fylgjast verður áfram með frekari

rannsóknnum á ýmiss konar viðbótarmeðferð næstu árin og styðja frekari notkun meðferðar sem getur hjálpað sjúklingum að líða betur. Hjúkrunarfræðingar geta haft áhrif á mótun leiðbeininga um notkun þessara úrræða á

heilbrigðisstofunum með því að vekja athygli á jákvæðum áhrifum viðbótarmeðferðar á líðan sjúklinga, bæði andlega og líkamlega.

* * *

HEIMILDIR

Bjerså, K., Victorin, S. E., og Olsén, F. M. (2012). Knowledge about complementary, alternative and integrative medicine (CAM) among registered health care providers in Swedish surgical care: A national survey among university hospitals. *BMC Complementary and Alternative Medicine*, 12(42), 1-10.

Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2010). Notkun óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi. *Læknablaðið*, 96(4), 267-273

Deng, G. E., Frenkel, M., Choen, L., Cassileth, B. R., Abrams, D. I., Capodice, J. L., o.fl. (2009). Evidence-based clinical practice guidelines for integrative oncology: Complementary therapies and botanicals. *Journal of the Society for Integrative Oncology*, 7(3), 85-120.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (e.d.). *Fagdeildir, Viðbótarmeðferð*. Sótt 15. janúar 2015 á <http://hjukrun.is/fagsvid/fagdeildir/vidbotarmedferdir/>.

Goldbas, A. (2012). An introduction to complementary and alternative medicine (CAM). *International Journal of Childbirth Education*, 27(3), 16-20.

Greenlee, H., Balneaves, L. G., Carlson, L. E., Cohen, M., Deng, G., Hershman, D., o.fl. (2014). Clinical practice guidelines on the use of integrative therapies as supportive care in patients treated for breast cancer. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, 50, 346-358. DOI: 10.1093/jncimonographs/lgu041.

Hanssen, B., Grimsgaard, S., Launsø, L., Fønnebø, V., Falkenberg, T., og Rasmussen, Kr. N. (2005). Use of complementary and alternative medicine in the Scandinavian countries. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 23(1), 57-62.

Horner, A., og Schellinger, E. L. (2014). Transforming the healthcare environment through a hospital-based integrative health initiative: Sanford Medical Center. Í Kreitzer og Koithan (ritstj.), *Integrative Nursing* (bls. 68-83). NY: Oxford University Press.

Jong, M. C., van de Vijver, L., Busch, M., Fritsma, J., og Seldenrijk, R. (2012). Integration of complementary and alternative medicine in primary care: What do

patient want? *Patient Education and Counseling*, 89(3), 417-422. DOI:10.1016/j.pec.2012.08.013.

Lovísa Baldursdóttir, Nanna Friðriksdóttir, Cecilie Björgvinsdóttir, Hanna Karen Kristjánsdóttir og Lilja Jónasdóttir (2002). „Óhefðbundin“ meðferð í hjúkrun á Landspítala-háskólasjúkrahúsi. Skýrsla nefndar á vegum hjúkrunarforstjóra LSH.

Lög um græðara nr. 34/2005.

Margrét Unnur Sigtryggsdóttir, Helga Gottfreðsdóttir og Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2015). Notkun viðbótarmeðferða á meðgöngu meðal íslenskra kvenna. *Ljósmeðrablaðið* 93(1), 14-19.

Molassiotis, A., Fernandez-Ortega, P., Pud, D., Ozden, G., Scott, A. J., o.fl. (2005). Use of complementary and alternative medicine in cancer patients: A European survey. *Annals of Oncology*, 16, 655-663.

NCCIH. National Center for Complementary and Integrative Health (2015). What is complementary and alternative medicine (CAM)? Sótt 20. apríl 2015 á <http://nccih.nih.gov/health/whatiscam>.

Okoro, C. A., Zhao, G., Li, C., og Balluz, L. S. (2013). Has the use of complementary alternative medicine therapies by U.S. adults with chronic disease-related functional limitations changed from 2002 to 2007? *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, 19(3), 217-223.

Pan, S. Y., Gao, S. H., Zhou, S. F., Ta ng, M. K., Yu, Z. L., og Ko, K. M. (2012). New perspectives on complementary and alternative medicine: An overview and alternative therapy. *Alternative Therapies*, 18(4), 20-36.

Plotnikoff, G. (2010). Herbal medicines. Í Snyder og Lindquist (ritstj.), *Complementary and Alternative Therapies in Nursing* (6. útg.) (bls. 421-438). NY: Springer Publishing Company.

Rojas-Cooley, M. T., og Grant, M. (2009). Complementary and alternative medicine: Oncology nurses' knowledge and attitudes. *Oncology Nursing Forum*, 36(2), 217-224.

Shorofi, S. A. (2011). Complementary and alternative medicine (CAM) among hospitalised patients: Reported use of CAM and reasons for use, CAM preferred during hospitalization, and the socio-demographic determinants of CAM users.

Complementary Therapies in Clinical Practice, 17, 199-205. DOI:10.1016/j.ctcp.2011.05001.

Sirois, F. M. (2008). Provider-based complementary and alternative medicine use among three chronic illness groups: Associations with psychosocial factors and concurrent use of conventional health-care services. *Complementary Therapies in Medicine*, 16, 73-80.

Þóra Jenný Gunnarsdóttir, Lilja Jónasdóttir og Nanna Friðriksdóttir (2011). Áhrif slökunarmeðferðar á einkenni sjúklinga með krabbamein. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 6(87), 46-52.

Þóra Jenný Gunnarsdóttir, Lilja Jónasdóttir, Nanna Friðriksdóttir og Agnes Smáradóttir (2008). *Stefna um viðbótarmeðferðir á krabbameinsdeildum Landspítala*. Reykjavík: Landspítali.