

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING



1. TBL. 2018 • 94. ÁRGANGUR



Hjúkrun í krafti þekkingar

Gagnreynd vinnubrögð
og áhættumat

Starfsumhverfi
hjúkrunarfræðinga

Andaðu léttar í sumar



Kröftugt ofnæmislyf án lyfseðils

Lóritín® Lóratadín 10 mg. Lóritín töflur innihalda virka efnið lóratadín 10 mg. Lóritín er ofnæmislyf sem dregur úr ofnæmis einkennum eins og nefrennsli, kláða í augum, ofsakláða og ofnæmiskvefi. Fyrir fullorðna og börn eldri en 12 ára: **1 tafla á dag.** Vinsamlegast skoðið fylgiseðil lyfsins vegna skammta fyrir annan aldur. Töfluna má taka hvenær sem er, án tillits til matmálstíma. Fæst í 10, 30 og 100 stk. Pakkningum. Leitið til læknis ef sjúkdómseinkenni versna eða lagast ekki innan 7 daga. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins.** Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is

Efnisyfirlit

Félagið	
Bls.	4
Frá ritnefnd	6
Formannspistill	8
Pistill frá orlofsnefnd	9
Málþing um starfsumhverfi, álag í starfi, og laun og kjör hjúkrunarfræðinga	11
Frá sjónarhóli hjúkrunarfræðinga	
Viðtöl	
Bls.	38
Setið fyrir svörum	44
Samþætt geðhjúkrun. Viðtal við dr. Gísla Kort Kristófersson	
Pistlar	
Bls.	22
Með augum hjúkrunarfræðingsins	29
Að þekkja tilfinningar — kynning	40
Fræðslubæklingur fyrir aðstandendur einstaklinga með heilabilun	42
Doktorsvörn í hjúkrunarfræði	43
Örugg dvöl á sjúkrahúsi	48
Þankastrik: Konum fjölgar á Neyðarmóttöku vegna áhrifa „Metoo“ umræðunnar	

Fagið	
Bls.	20
Framhaldsnám í heilbrigðisvísindum við Háskólann á Akureyri	24
Hæfniviðmið í bráðahjúkrun á Landspítala — skilgreining og innleiðing	30
Sjúkrarúm, aðhlynning og tækni	32
Þrýstingssáravarnir á samitsjúkdómadeild	36
Lyfjavinna hjúkrunarfræðinga og lyfjaöryggi: Lærdómur úr MEDICO- námskeiðinu 2018	50
Ritrýnd grein: Notkun interRAI-upphafsmats til að meta þjónustustörf og forgangsraða þjónustu í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu	60
Ritrýnd grein: Athafnir og þátttaka eldri borgara: Lýðgrunduð rannsókn á 65 til 91 árs íbúum á sunnanverðum Vestfjörðum	67
Ritrýnd grein: Endurskilgreining á lífi og sjálfi: Reynsla yngra fólks af því að fá hjartaáfall	77
Ritrýnd grein: Mat hjúkrunarfræðinga sem sjá um bráðatilvik á landsbyggðinni á eigin hæfni: Lýsandi þversniðsrannsókn	86
Ritrýnd grein: „Eins og að fara niður svarta brekku og koma svo upp græna hlíðina“: Reynsla fólks af auknum þroska í kjölfar sálrænna áfalla	

Tímarit hjúkrunarfræðinga er mikilvægur vettvangur umræðu um hjúkrunar- og heilbrigðisþjónustu, bæði fræðin og starfið



Aðalbjörg Stefania Helgadóttir, formaður ritnefndar Tímarits hjúkrunarfræðinga.

Kæru lesendur!

Forsíðu þessa tölublaðs prýðir ljósmynd Margrétar Kristjánsdóttur af sólsetri við neyðarsjúkrahús Rauða Krossins í Bangladesh. Hún fangar fegurð augnabliksins við aðstæður og þrengingar sem almennt eru okkur huldar, en hjúkrunarfræðingum er fátt sem viðkemur mannlegri velferð óviðkomandi. Í krafti þekkingar og með fagmennsku, umhyggju og virðingu að leiðarljósi stígum við inn í aðstæður til að hjúkra, auka lífsgæði og gera tilveru skjólstæðinga okkar eins góða og mögulegt er. Stundum eru hvorki þarfar skjólstæðinganna augljósar né heldur mest viðeigandi hjúkrunin. En líkt og Margrét sér fegurðina í kvöldroðanum búum við yfir færni til að nema orðin sem ekki eru sögð, áföllin sem líkaminn tjáir og þjáninguna sem hvílir í augnatillitinu. Þetta er mikilvægur færniþáttur í hraðri heilbrigðisþjónustu nútímans. Þar leika hjúkrunarfræðingar lykilhlutverk og með yfirsýn og hugrekki leitum við allra leiða til að gera þjónustu við skjólstæðinga þá bestu sem völ er á.

Tímarit hjúkrunarfræðinga er mikilvægur vettvangur umræðu um leiðir að bestu mögulegu hjúkrunar- og heilbrigðisþjónustu auk alls annars sem viðkemur hjúkrun, bæði fræðin og starfið, og í þessu fyrsta tölublaði ársins 2018 kennir ýmissa grasa. Við fræðumst um sjúkrarúm og þrýstingssáravarnir á smitsjúkdómadeild; lyfjavinna og lyfjaöryggi hjúkrunarfræðinga er til umfjöllunar, auk hæfniviðmiða í bráðahjúkrun á Landspítala. Gerð er grein fyrir niðurstöðum könnunar á starfsumhverfi og álagi í starfi hjúkrunarfræðinga, sem var fyrst kynnt á fjölsóttu málþingi Fih þann 28. febrúar sl. Við kynnumst rannsóknaráherslum dr. Rannveigar Jónasdóttur nýdóktors í hjúkrunarfræði og tveir nýir fræðslubæklingar eru kynntir. Annars vegar um heilabilun og hins vegar um örugga dvöl á sjúkrahúsi. Einnig eru viðtöl við hjúkrunarfræðinga um starfið þeirra og nýjungar í hjúkrunarfræði. Fimm ritrýndar greinar birtast í blaðinu, sem er ekki aðeins fengur fyrir höfunda, heldur einnig fræðigreinina í heild sinni.

Ég vil nota tækifærið og þakka öllum þeim sem tóku þátt í vinnslu blaðsins á einn eða annan hátt fyrir frábært samstarf. Þá sérstaklega vil ég þakka Hildi Björgu Hafstein sem ásamt Helgu Ólafs ritstjóra á veg og vanda af ritstjórn þessa tölublaðs.

Hver sem starfsvettvangur hjúkrunarfræðinga er eigum við það sameiginlegt að búa yfir löngun til að auka farsæld fólks. Til að vera fær um það þurfum við að byrja á því að annast um okkur sjálf. Ég vil því óska lesendum Tímarits hjúkrunarfræðinga gleðilegs sumars með einlægri ósk um að sumardagarnir megi vera ykkur endurnær-ing og vettvangur hlýrra minninga og fagurra augnablika.

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík

Sími 540 6405

Netfang ritstjóri@hjukrun.is

Vefsíða www.hjukrun.is

Útgefandi: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga

Sími skrifstofu 540 6400

Ritstjóri og ábyrgðarmaður: Helga Ólafs / Hildur Björg Hafstein. Ritnefnd: Aðalbjörg Stefania Helgadóttir, Ásta Thoroddsen, Dóróthea Bergs, Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir, Þorgerður Ragnarsdóttir, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir. Forsíðumynd: Margrét Kristjánsdóttir. Ljósmyndir: Herdís Lilja Jónsdóttir o.fl. Yfirlestur og próförk: Ragnar Hauksson og Ingunn Sædal. Auglýsingar: Margrét Rafnsdóttir og Markaðsmenn ehf. Hönnun og umbrot: Egill Baldursson ehf.

Tekið er á móti efni til birtingar á netfanginu ritstjóri@hjukrun.is. Leiðbeiningar um ritun fræðslu- og fræðigreina er að finna á vefsíðu tímaritsins.

ISSN 2298-7053



Viltu eignast nýja vini á aldrinum 18 til 107 ára?

Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa á Hrafnistuheimilum

Við leitum að hjúkrunarfræðingum fyrir Hrafnistu í Reykjavík og Hrafnistu í Hafnarfirði. Starfshlutfallið er samkomulagsatriði og sveigjanleiki í boði. Okkur langar mikið að heyra frá þér – hikaðu ekki við að hafa samband.

Þekking, reynsla, frumkvæði og ánægja starfsmanna Hrafnistuheimilanna tryggir gæði þeirrar þjónustu sem veitt er þar. Störfin hjá Hrafnistu eru fjölbreytt og skemmtileg. Umsækjendur þurfa að hafa ríka samskipta- og samstarfshæfni og hafa gaman af því að umgangast eldra fólk.

Við hlökkum til að vinna með þér!

Nánari upplýsingar eru veittar hjá Fast Ráðningum í síma 552 1606, einnig hjá lind@fastradningar.is og á fastradningar.is

Breyttur tíðarandi meðal ungra hjúkrunarfræðinga



Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga einkennist mjög af því að hjúkrunarfræðinga vantar til starfa á nánast öllum sjúkrahúsum, heilbrigðisstofnunum, hjúkrunarheimilum og á heilsugæslustöðvum á landinu. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) og Ríkisendurskoðun vöktu athygli á þessum vanda á síðastliðnu ári í skýrslum um vinnu- markað og menntun hjúkrunarfræðinga. Félaginu berast oft fregnir af miklu álagi sem þessu fylgir á starfandi hjúkrunarfræðinga. Fíh hefur reglulega á síðustu árum lagt fram ýmsar lausnir til að bregðast við skorti á hjúkrunarfræðingum, draga úr álagi á starfandi hjúkrunarfræðinga og bæta starfsumhverfi. Því miður virðast þessar lausnir ekki vera eitthvað sem nær eyrum núverandi ráðamanna þjóðarinnar ef tekið er mið af því að engar raunhæfar tillögur eða lausnir hafa verið lagðar fram af hendi núverandi stjórnvalda.

Vel heppnað málþing um starfsumhverfi, álag í starfi og laun og kjör hjúkrunarfræðinga.

Fíh mun þrátt fyrir þetta halda áfram að vekja athygli á þessu ástandi og leita lausna. Sem hluta af þeirri vegferð hélt félagið málþing um starfsumhverfi, álag í starfi og laun og kjör hjúkrunarfræðinga í febrúar síðastliðnum. Málþinginu eru gerð góð skil hér í tímaritinu, en sérstaklega var ánægjulegt að sjá hversu margir hjúkrunarfræðingar mættu eða rúmlega 250. Einnig var málþinginu streymt í gegnum vefinn, en það er nýjung og náði til tæplega 2000 manns. Þessi málaflokkur snertir hjúkrunarfræðinga mikið enda starfsumhverfi mjög víða ábótavant í heilbrigðiskerfinu og starfsálag mikið.

Könnun meðal félagsmanna um viðhorf þeirra til starfsins, starfsánægju, vinnuumhverfi, aðbúnað og líðan í starfi

Niðurstöður nýrrar könnunar sem gerð var á meðal starfandi félagsmanna í nóvember síðastliðnum um viðhorf þeirra til starfsins, starfsánægju, vinnuumhverfi, aðbúnað og líðan í starfi styðja þetta einnig. Þátttakan var mjög góð eða tæplega 75% sem er nánast fáheyrt í sambærilegum könnunum hjá öðrum stéttarfélögum. Niðurstöður könnunarinnar sýna mjög sterka mynd af viðhorfi hjúkrunarfræðinga til starfsumhverfis og álags í starfi. Nánar má lesa um þær í tímaritinu. Þó vil ég sérstaklega taka hér fram að niðurstöðurnar sýndu að tæplega helmingur telur atvinnuhúsnæðið óviðunandi, 64% töldu álag vera mjög eða of mikið í starfi og 70% hjúkrunarfræðinga eru óánægðir með launakjör. Þetta eru mikilvægar niðurstöður sem félagið mun nýta sér, ásamt skýrslunni um vinnu- markað hjúkrunarfræðinga og skýrslu Ríkisendurskoðunar, í baráttunni fyrir bættem kjörum félagsmanna.

70% hjúkrunarfræðinga eru óánægðir með launakjör.

Viðræður um endurnýjun stofnana- samninga ganga hægt

Kjaraumhverfi hjúkrunarfræðinga einkennist mjög af því að miðlægur kjarasamningur við ríki er bundinn í gerðardómi til mars 2019. Þrátt fyrir það hefur félagið unnið að endurnýjun stofnanasamninga við ýmsar heilbrigðisstofnanir. Nú standa yfir viðræður við nokkrar þeirra, þar á meðal Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Heilbrigðisstofnun Vestfjarða, Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Heilbrigðisstofnun Norðurlands, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og Sjúkrahúsið á Akureyri. Þetta eru þær heilbrigðisstofnanir sem núna hafa lýst yfir vilja til að endurskoða stofnanasamninga svo að þeir séu meira í takt við starfsemina. Viðræðurnar ganga hægt á flestum stöðum og fyrirséð að þetta muni ekki leiða til verulegra launahækkana til handa hjúkrunarfræðingum heldur frekar einhverra aðgerða sem miða að því að bæta starfsumhverfi þeirra. Aðrar stofnanir munu væntanlega fylgja í kjölfarið enda stefnir Fíh á að hafa lokið endurskoðun allra stofnanasamninga áður en gerðardómi lýkur í mars 2019.

Svona verkefni taka tíma og mannafla, sem og önnur mikilvæg málefni og aðstoð sem félagsmenn þurfa. Eftir ítrekaðar ábendingar félagsmanna um að þörf sé á að styrkja kjara- og réttindasviðið svo að hægt sé að bæta þjónustu til félagsmanna, tók stjórn félagsins þá ákvörðun að ráða einn starfsmann í viðbót á sviðið og mun hann hefja störf núna í sumar.

Kjarabarátta ljósmæðra hefur eflaust ekki farið framhjá neinum hjúkrunarfræðingi og þegar horft er til baka á viðræðutímabilið milli ríkis og Ljósmæðrafélags Íslands má velja fyrir sér hvort samningaferlið við þessa kvennastétt gefi tóninn fyrir það sem hjúkrunarfræðingar eiga von á í komandi kjara- viðræðum. Er það svona sem ríkisvaldið ætlar að ganga fram við að jafna kynbundinn launamun eða við hverju mega hjúkrunarfræðingar búast árið 2019 þegar gerðardómi lýkur, árið sem hjúkrunarfræðingar fagna 100 ára afmæli félagsins?

Já, framundan er undirbúningur fyrir komandi kjarasamninga og miklu máli skiptir að félagsmenn láti okkur vita hvaða áherslur þeir vilja setja í forgang í þessum samningum.

Mesta útborgun Vísindasjóðs til hjúkrunar- fræðinga frá upphafi.

Fleira er á dagskrá félagsins og af nógu að taka. Í febrúar síðastliðnum voru greiddir út styrkir til 3054 hjúkrunarfræðinga úr A-hluta Vísindasjóðs. Nam heildarfjárhæðin 211 milljónum króna og hefur aldrei verið hærri. Það sama er að segja um B-hluta Vísindasjóðsins en þar voru veittar rúmlega 14 milljónir til rannsókna í hjúkrun og tel ég þetta endurspeglar þá miklu grósku og afl sem er í íslenskum hjúkrunarrannsóknum sem og alþjóðlegu rannsóknarsamstarfi. Allt eru þetta mikilvægir hlutir í vegferð okkar til að styrkja hjúkrun og láta framlag íslenskra hjúkrunarfræðinga hafa áhrif á gæði hjúkrunar, jafnt innanlands sem erlendis.

Fjölga þarf karlkyns hjúkrunar- fræðingum

Eins og mörgum félagsmönnum er kunnugt hefur stjórn Fíh hafið átak um að fjölga karlmönnum í hjúkrunarfræði. Átakið er m.a. á þann hátt að karlmönnum sem klára námsár í faginu, er gert kleift að sækja um styrk fyrir skráningargjaldi í Háskólann á Akureyri og Háskóla Íslands. Einhverjir félagsmenn hafa haft áhyggjur af því hvort ekki sé verið að brjóta jafnréttislög en svo er ekki. Um er að ræða jákvæða mismun. Rannsóknir hafa sýnt að blandaðir vinnustaðir skila bestum árangri og starfsfólki liður betur. Skjólstæðingar okkar hjúkrunarfræðinga eru ólíkir og með ólíkar þarfir. Við eigum í raun að endurspeglar þann hóp sem við hjúkrum og er því aukning karlmanna í stéttinni einn liður í þeirri viðleitni.

Öllum ætti að vera kunnug umræðan í kjölfar #metoo-byltningarinnar en stofnaður var vinnuhópur innan félagsins vegna þessa sem ennþá er að störfum. Ákjósanlegast er að þátttaka Fíh í því máli sé í samvinnu við önnur stéttarfélög og vinnustaði hjúkrunarfræðinga en ábyrgð félagsins felst í að fylgja eftir aðgerðaáætlun vinnustaða tengdri kynbundnu ofbeldi og úrvinnslu slíkra mála. Verður þessu verkefni sinnt áfram og m.a. í góðum tengslum við önnur stéttarfélög.

Fíh er mjög virkt í umsögnum og ályktunum um ýmis málefni sem sett eru fram á Alþingi og tengjast skjólstæðingum hjúkrunarfræðinga og þeim sjálfum, enda þátttaka og áhrif okkar á skipulag heilbrigðisþjónustu mikilvæg. Ég hvet félagsmenn til að kynna sér þær á vefsíðu félagsins, <http://www.hjukrun.is/um-fih/utgafa/>.

Nú er sumarið komið á íslenska vísu og enn sem fyrr upplifa hjúkrunarfræðingar miklar annir í heilbrigðiskerfinu, sem löngu er komið að þolmörkum. Margir hjúkrunarfræðingar eru með hnút í maganum vegna skorts á sumarafleysingum, þjónustulokunum o.s.frv. Við biðum ennþá eftir útspili stjórnvalda um lausnamiðuð úrræði í heilbrigðismálum fyrir skjólstæðinga okkar og hjúkrunarfræðingana sjálfa, sem jafnvel gæti fengið hjúkrunarfræðinga til að vilja vinna innan heilbrigðiskerfisins í stað þess að leita í önnur störf. Vonandi munu þeir hjúkrunarfræðinemendur sem nú eru að útskrifast sem hjúkrunarfræðingar vinna innan heilbrigðiskerfisins en eftir samtalið við þá kemur enn og aftur í ljós að starfsumhverfi og launakjör ráða hvað mestu um val á vinnustað eftir útskrift. Skilaboðin eru því skýr til atvinnurekenda í heilbrigðiskerfinu um hvað þarf að gera til að tryggja sér þessa hjúkrunarfræðinga framtíðarinnar til starfa.

Ég vil hvetja alla hjúkrunarfræðinga til að taka lögbundið frí á sumarorlofstímanum, hugsa um ykkur sjálf og njóta lífsins með fjölskyldu og vinum. Það að hvílast og geta staðið upp frá daglegu amstri vinnunnar er ein aðalforsenda þess að hægt sé að stunda hjúkrun af heilindum og fagmennsku. Njótið sumarsins og komið endurnærð til starfa á ný að fríi loknu.

Gleðilegt sumar!

Pistill frá orlofsnefnd

Helga Harðardóttir formaður



Helga Harðardóttir formaður stjórnar orlofs-
sjóðs Fíh.

... viðbótarþægindi eru einnig nauðsynleg, eins og heitur pottur, fallett umhverfi, aðstaða til að dvelja utandyra, útigrill og fleira í þeim dúr.

Orlof er tími sem við notum gjarnan til að sinna eigin hugðarefnum, til ferðalaga eða hvíldar. Stjórn orlofssjóðs Fíh er umhugað um að létta undir með félagsmönnum þannig að orlofið geti orðið ánægjulegt og endurnærandi.

Orlofshús orlofssjóðs eru flaggskip þeirra kosta sem sjóðurinn býður uppá. Orlofs-
sjóður á nú átta húseignir; fimm sumarbústaði (þrjá í Grímsnesi, einn í Húsafelli og einn á Úlfhljótsvatni) og þrjár íbúðir (tvær í Reykjavík og eina á Akureyri). Orlofsnefnd hefur lagt kapp á að vanda valið á þessum eignum m.t.t. staðsetningar og fyrirkomulags og halda þeim vel við. Til að **íbúðirnar** nýtist sem best í bæ eða borg þurfa þær að vera frekar miðsvæðis þannig að stutt sé í alla almenna þjónustu. Þær þurfa að búa yfir öllum hefðbundnum þægindum en oft er það svo að fólk dvelur ekki endilega mikið í íbúðunum í borgar- eða bæjarferðum heldur nýtir sér frekar afþreyingu og þjónustu. Nýting á **sumarhúsum** er gjarnan með öðrum hætti, en þá er það gjarnan hvíld og ástundun hugðarefna sem er kjarninn í dvölinni. Þá þarf bústaðurinn að rúma vel gestina, viðbótarþægindi eru einnig nauðsynleg, eins og heitur pottur, fallett umhverfi, aðstaða til að dvelja utandyra, útigrill og fleira í þeim dúr.

Aðrir leigukostir orlofssjóðs eru eignir sem orlofssjóður leigir af eigendum þeirra. Orlofssjóður tekur þessar eignir til leigu í 3–6 mánuði í senn og framleigir til félagsmanna. Sumar leigueignir eru einungis í boði yfir sumartímann en aðrar allt árið. Margir slíkir samningar hafa nýst okkur vel og verið endurnýjaðir ár eftir ár. Með þessu fyrirkomulagi höfum við haft tækifæri til að reyna okkur á nýjum stöðum til skemmri tíma án þess að þurfa að leggja í fjárfestingar sem síðan þarf að selja ef þær reynast ekki nógu vel. Það er viðvarandi verkefni orlofsnefndar að vera á höttunum eftir hentugum eignum til framleigu fyrir félagsmenn og endilega látið nefndina eða skrifstofu Fíh vita ef þið þekkið til húseiganda sem er tilbúinn að leigja félaginu góða eign á áhugaverðum stað.

Á vordögum sendi orlofsnefndin út **þjónustukönnun** til félagsmanna sem hafa skráð sig á póstlista félagsins. Þátttakan var þökkaleg, um 477 félagsmenn svöruðu og flestir þeirra eru virkir sjóðfélagar. Könnunina mun nefndin nota til að styðja við stefnumótun og ákvarðanir um fjárfestingar og ráðstöfun fjármuna og sem hugmyndapott fyrir breytingar eða nýja orlofskosti. Ljóst er að við munum aftur kanna hug félagsmanna með þessum hætti síðar og hvetjum við sem flesta til að taka þátt og segja hug sinn þegar slíkt tækifæri gefst.

Úr þjónustukönnun: „Finnst frekar stressandi að sækja um, finnst allt vera farið þegar ég ákveð mig, en á nóga punkta.“

Við skipuleggjum sumarleyfi og utanlandsferðir með margra mánaða fyrirvara, til að fá hagstæð kjör. Það sama þarf að viðhafa um umsóknir í orlofssjóð, hvort sem er að vetri eða sumri. Vissulega er mesta ásóknin í kringum almenna frídaga, en oft er hægt að fá leigt að vetri til um helgar svo ekki sé minnst á lausa daga í miðri viku. Nýting eigna yfir vetrartímann er frá 57–90% þannig að möguleikinn er vissulega fyrir hendi að komast að einhvers staðar.

Málþing um starfsumhverfi, álag í starfi og laun og kjör hjúkrunarfræðinga

Aðalbjörg Finnbogadóttir

Starfsumhverfi og álag í starfi eru þeir þættir í starfi hjúkrunarfræðinga sem helst eru til umræðu um þessar mundir auk umræðunnar um launakjör.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga gerði könnun meðal starfandi félagsmanna í nóvember sl. um viðhorf þeirra til starfsins, starfsánægju, vinnuumhverfi, aðbúnað og líðan í starfi.

Niðurstöður könnunarinnar komu ekki á óvart en staðfestu með óyggjandi hætti viðhorf stéttarinnar til þessara þátta þar sem þátttaka í könnuninni var tæp 75%. Niðurstöðurnar sýndu m.a. að tæplega helmingur þátttakenda taldi atvinnuhúsnæðið óviðunandi, rúmlega 60% sögu álagið í starfi mjög eða of mikið og 70% voru óánægðir með launakjörin.

Í framhaldi af könnuninni stóð félagið fyrir málþingi um starfsumhverfi, álag í starfi og laun og kjör hjúkrunarfræðinga í febrúar. Þar kynnti Guðbjörg Pálsdóttir, formaður félagsins, könnunina, sem gerð var af Maskínu, og sagði frá helstu niðurstöðum hennar. Auk þess var lögð áhersla á að heyra um stefnu heilbrigðisráðuneytisins, skoða nýjar leiðir og möguleika til að bæta ástandið svo og að heyra hvað aðrir eru að gera til að koma til móts við sína starfsmenn.

Gestir á málþingi.





Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra og Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Áhugi félagsmanna var mikill. Rúmlega 250 félagsmenn sóttu málþingið auk þess sem því var streymt á Facebook-síðu félagsins en þegar hæst lét fylgdust á áttunda tug með þinginu í gegnum netið. Alls náði streymið til hátt í tvö þúsund manns. Hlusta má á málþingið á Facebook-síðu félagsins.

Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra ávarpaði þingið í upphafi þess. Lagði hún megináherslu á mikilvægi stefnumörkunar í heilbrigðismálum sem hún sagði að unnið væri að í ráðuneytinu. Ítrekaði hún nauðsyn þess að hjúkrunarfræðingar tækju þátt í þeirri vinnu. Lagði hún áherslu á að nú þyrfti að taka til hendinni varðandi starfsumhverfi, álag og laun hjúkrunarfræðinga til að fjölga þeim og halda í starfi. Sagði hún að ráðuneytið þyrfti að vinna markvisst að því að tryggja næga nýliðun í stéttinni og lágmarka brottfall í samstarfi við stéttina sjálfa og þá sem best þekkja til. Mikilvægt væri að skoða þessa þætti með jafnréttismál í huga eins og málþingið legði áherslu á. Skoða þyrfti m.a. vinnustaðamenningu á heilbrigðisstofnunum m.t.t. jafnréttismála og valdeflingar hjúkrunarfræðinga í ljósi kynskipts vinnumarkaðar. Í samstarfi við mennta- og menningarmálaráðuneytið á að skoða hvaða leiðir eru færar til að fjölga nemendum í hjúkrunarfræði og til að jafna kynjahlutfallið í náminu. Heilbrigðisráðuneytið gerir sér fulla grein fyrir því vandamáli sem heilbrigðiskerfið glímir við varðandi skort á hjúkrunarfræðingum og fleiri heilbrigðisstéttum. Verið er að vinna aðgerðaráætlun til fjögurra ára sem byggist á mannafloppá sem verið er gera á vegum ráðuneytisins. Mikilvægt er að meta og vinna slíka spá í samstarfi við viðkomandi stéttir. Vænti ráðherra góðs samstarfs við hjúkrunarstéttina þar sem hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki sem hryggjarstykki heilbrigðiskerfisins.

Ragnhildur Ísaksdóttir, starfsmannastjóri Reykjavíkurborgar, kynnti jákvæð áhrif tilraunaverkefnis borgarinnar um

styttingu vinnuvikunnar. Fram kom í máli hennar að reynslan sýndi að hægt er að stytta vinnuvikuna hjá ýmsum stéttum sem vinna hjá Reykjavíkurborg ef vilji er fyrir hendi. Þar skipti mestu máli góður undirbúningur og gott skipulag. Tilraunaverkefnið hefur gengið það vel að ákveðið hefur verið að taka næsta skref sem eru að fjölga á næstunni þeim vinnustöðum sem stytta munu vinnuvikuna.

Þorsteinn Víglundsson talaði um möguleikann á að ná þjóðarsátt um bætt kjör kvennastétta. Sagði hann frá þingsályktunartillögunni sem lögð var fram á Alþingi og felur í sér að Alþingi álykti um að fela fjármála- og efnahagsráðherra að eiga frumkvæðið að viðræðum við aðila vinnumarkaðarins og Samband íslenskra sveitafélaga um sérstakt átak, þjóðarsátt, um bætt laun kvennastétta. Ráðist verði í greiningu á launakjörum fjölmennra kvennastétta, m.a. kennara og hjúkrunarfræðinga, í samanburði við aðrar stéttir með sambærilega menntun og ábyrgð sem starfa hjá hinu opinbera. Á grundvelli þeirrar greiningar verði síðan gerður sérstakur kjarasamningur um leiðréttingu á kjörum þessara stétta sem feli í sér sérstakar hækkanir til viðbótar almennum hækkunum kjarasamninga á vinnumarkaði. Sagði hann að mannaskortur í þessum stéttum og að stór hluti þeirra sem hefðu menntað sig til þessara starfa störfuðu nú við annað, sýndi að það væri eitthvað mikið að og vildi meina að launasetningin hefði þar áhrif. Búið er að greina að verulegu leyti kynbundna launadreifingu á vinnumarkaði og niðurstaðan er alltaf sú sama, um 20% heildarmunur er á kynjum á vinnumarkaði. Augljóst er að þetta geti ekki gengið svona og þessu þurfi að breyta. Þingsályktunartillagan er nú hjá allsherjar- og menntamálanefnd. Taldi Þorsteinn nauðsynlegt að líta á þetta sem sjálfstætt viðfangsefni sem vinna þyrfti með aðilum vinnumarkaðarins. Stærsti vinnuveitandi þessara fjölmennu kvennastétta er hið opinbera og ætti það að auðvelda þessa vinnu. Svarið við spurningunni hvort þetta sé gerlegt sagði hann vera já, þetta væri vel hægt ef vilji væri fyrir hendi.

Gestur K. Pálmason ræddi um #metoo byltinguna og hvað svo? Sagði hann frá hópi karla sem kom saman til að skoða hvað karlmenn gætu gert til að styðja konur í #metoo-byltingunni og hvort hægt væri að taka á málefnum af tillitsemi, þroska og samkennd og þannig þróa samfélag sem væri fært um að eiga samræður af þessari erfiðleikagráðu og breyta þeim í jákvætt afl. Facebook-hópurinn #égertil var nýttur til að veita körlum tækifæri á að taka þátt í umræðunum. Niðurstaða hópsins er sú að útilokað er að karlar leysi þennan vanda og jafnframt er útilokað að konur leysi hann einar. Bæði kynin verða að vinna saman að lausn hans.

Að lokum fjallaði Margét Blöndal, hjúkrunarfræðingur og EMDR-meðferðaraðili, um kulnun í starfi, helstu einkenni kulnunar og mikilvægi þess að koma í veg fyrir kulnun. Brýndi hún fyrir hjúkrunarfræðingum að vera vakandi fyrir og taka mark á einkennum kulnunar og bregðast við áður en í óefni væri komið.

Frá sjónarhóli hjúkrunarfræðinga

Könnun á viðhorfi, ánægju og ýmsum þáttum sem snerta starf hjúkrunarfræðinga

Guðbjörg Pálsdóttir, Gunnar Helgason, Aðalbjörg Finnbogadóttir

„Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa“ er heiti á skýrslu sem Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) gaf út um vinnumarkað hjúkrunarfræðinga í byrjun árs 2017. Skýrslan sýndi, líkt og fyrri skýrslur félagsins, sláandi niðurstöður um það hversu marga hjúkrunarfræðinga vantar til starfa á heilbrigðisstofnunum á Íslandi. Ríkisendurskoðun gaf einnig út skýrslu í október 2017 sem fjallaði um hjúkrunarfræðinga; mönnun, menntun og starfsumhverfi en þar var fjallað um skort á hjúkrunarfræðingum og áhrif hans á heilbrigðisþjónustu á Íslandi.

Báðar þessar skýrslur gefa greinargóða lýsingu á hvað marga hjúkrunarfræðinga vantar til starfa innan hins íslenska heilbrigðiskerfis. En hver er sýnin á ástandið frá sjónarhóli hjúkrunarfræðinga sjálfra? Til að fylla betur upp í þá mynd ákvað stjórn Fíh að gera könnun meðal starfandi hjúkrunarfræðinga um viðhorf, líðan og ýmislegt annað sem viðkemur starfi þeirra.

Framkvæmd könnunar, úrtak og svörun

Könnunin var lögð fyrir alla starfandi félagsmenn Fíh og er þetta í fyrsta skipti sem slík könnun er framkvæmd. Fyrirtækið Maskína ehf., sem m.a. gerir starfsmanna- og markaðsrannsóknir, var fengið til að framkvæma könnunina og fór hún fram dagana 1.–28. nóvember 2017. Könnunin var send rafrænt til allra starfandi félagsmanna Fíh, yngri en 70 ára. Tölvupóstur var sendur til félagsmanna og samtals fjórar áminningar til þeirra sem ekki höfðu svarað. Þá var hringt til þeirra sem enn svöruðu ekki og einnig til þeirra sem sem ekki höfðu skráð netfang í félagaskrá Fíh.

Starfandi hjúkrunarfræðingar sem fengu könnunina senda voru 2.908. Þátttakan var mjög góð eða rúm 74%. Slík þátttaka er fáheyrð í sambærilegum könnunum hjá öðrum stéttarfélögum en algengt er að svörun í könnun sem þessari sé í kringum 20%. Það er því óhætt að segja að niðurstöðurnar gefi mjög sterka mynd af viðhorfi hjúkrunarfræðinga til starfsumhverfis og álags í starfi. Stjórn félagsins vill þakka hjúkrunarfræðingum kærlega fyrir þessi góðu viðbrögð. Nánari útlistun á úrtaki og svörun í könnuninni má sjá í töflu 1.

Könnunin samanstóð af 29 spurningum. Meginþema þeirra var viðhorf til starfsins, starfsánægja, vinnuumhverfi, aðbúnaður og líðan í starfi.

Upphaflegt úrtak	2.908
Ekki meðlimur/talar ekki íslensku/ófær um að taka þátt	9
Endanlegt úrtak	2.899
Næst ekki í	31
Neita að svara	50
Fjöldi svarenda	2.151
Svarhlutfall	74,2%

Tafla 1. Úrtak og svörun.

Könnunin samanstóð af 29 spurningum. Meginþema þeirra var viðhorf til starfsins, starfsánægja, vinnuumhverfi, aðbúnaður og líðan í starfi. Spurningarnar voru hvort tveggja fjölvalsspurningar, þar sem hægt var að merkja við mismunandi svarmöguleika á fimm eða sjö punkta Likert-skala, og opnar spurningar, þar sem hjúkrunarfræðingar gátu svarað með eigin orðum. Dæmi um opnar spurningar er t.d.: „Hvað er það jákvæðasta og neikvæðasta við að vinna sem hjúkrunarfræðingur?“

Inngangur

Í þessari grein er markmiðið að segja frá helstu niðurstöðum könnunarinnar. Skýrsla sem Fih fékk frá Maskínu var um 200 blaðsíður. Þar eru helstu niðurstöður settar fram á ýmsan hátt, meðal annars í súluritum til að bera saman niðurstöður, með áhrifagreiningum til að skoða hvaða spurningar skýrðu tölfræðilega mest ánægju í starfi, fylgnigreiningum til að skoða fylgni á milli ánægju í starfi og annarra spurninga í könnuninni og dritritum til þess að skoða samband á milli ýmissa þátta eins og álags, ánægju í starfi, launa og þess að skipta um starfsvettvang.

Helstu breytur sem notaðar voru til þess að greina niðurstöður einstakra spurninga betur og fjallað verður um í þessari grein voru aldur, starfsreynsla, vinnufyrirkomulag og aðalvinnustaður. Í flestum breytum voru niðurstöður sýndar sem meðaltal á skalanum 0–5 eða 1–5. Það segir til um hvar þungamiðja svara var í tiltekinni spurningu. Formúla meðaltals í orðum er einfaldlega sú að tölugildi allra svara þátttakenda eru lögð saman og deilt í með fjölda svara. Meðaltöl einstakra spurninga eru ekki gefin upp í þessari grein heldur skoðað hvaða hópar innan einstakra breyta skora hátt og lágt í viðkomandi spurningu. Einnig eru útlistaðar breytur þar sem tölfræðileg marktækni er á milli hópa skv. ANOVA prófi ($p < 0,05$). Í þessari grein er því ekki um tæmandi umfjöllun um könnunina að ræða.

Fih mun vinna áfram með tilteknar niðurstöður könnunarinnar og nýta sér þær í vinnu tengdri til dæmis kjörum og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Niðurstöðurnar í heild gefa góða mynd af starfsviðhorfi hjúkrunarfræðinga, líðan og ýmsum þáttum sem snerta starf þeirra.

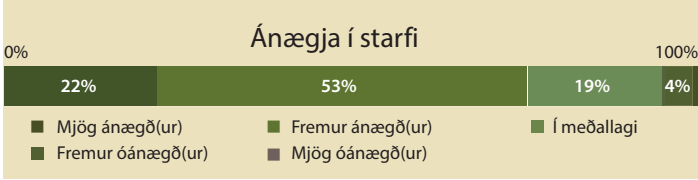
Við úrvinnslu gagna sem snerta breytuna „aðalvinnustaður“ voru nokkrir vinnustaðir hjúkrunarfræðinga flokkaðir saman, m.a. vegna smæðar, þannig að hægt væri að nota niðurstöðurnar í tölfræðiútreikninga. Til útskýringar má nefna að „almennur markaður“ eru t.d. lyfjafyrirtæki, sölufyrirtæki og tryggingafélög. „Annar vinnustaður“ eru ýmsar stofnanir ríkisins, eins og t.d. Háskólinn á Akureyri, Háskóli Íslands, ráðuneyti, Embætti landlæknis og Reykjalundur. „Sveitafélög utan Reykjavíkur“ eru hjúkrunarheimili á landsbyggðinni og „SFV“ (Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu) eru hjúkrunarheimili og endurhæfingarstofnanir, flest staðsettar á höfuðborgarsvæðinu.

Helstu niðurstöður

Starfsánægja

Starfsánægja skiptir miklu máli að mati hjúkrunarfræðinga þegar verið er að skoða líðan þeirra í starfi. Þegar spurt var um starfsánægju kom fram að tæp 76% hjúkrunarfræðinga töldu starfið standast væntingar mjög vel eða fremur vel og er það ánægjulegt. Jafnframt eru 75% hjúkrunarfræðinga mjög eða fremur ánægðir í starfi.

Þegar starfsánægja er síðan skoðuð út frá breytum (sjá töflu 2) kemur fram, og vekur vissar áhyggjur, að yngri hjúkrunarfræðingar með stutta starfsreynslu eru óánægðastir. Jafnframt



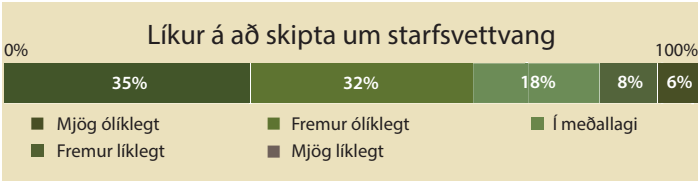
má sjá í töflunni á hvaða vinnustöðum hjúkrunarfræðingarnir starfa sem eru hvað ánægðastir eða óánægðastir í starfi. Athygli vekur að þeir sem starfa hjá stofnunum sem tilheyra Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu og Landspítala, fjölmennasta vinnustað landsins, eru með lægstu meðaltals starfsánægju. Aftur á móti mælist mest starfsánægja hjá þeim sem starfa á öðrum vinnustöðum (háskólar, ráðuneyti, landlæknir og Reykjalundur) og þeim sem starfa á almennum markaði.

	Ánægðastir	Óánægðastir
Aldur	60 ára og eldri 50–59 ára	30–39 ára Yngri en 30 ára
Starfsreynsla	30 ár eða meiri 20–29,9 ár	5–9,9 ár Minni en 5 ár
Vinnufyrirkomulag	Dagvinna	Vaktavinna
Aðalvinnustaður	Annar vinnustaður Almennur markaður Reykjavíkurborg	Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu Landspítali Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins

Tafla 2. Á heildina litið hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) ertu í starfi þínu?

Líkur á að skipta um starfsvettvang og hætta að vinna sem hjúkrunarfræðingur

Um 67% hjúkrunarfræðinga töldu skv. niðurstöðum könnunarinnar mjög eða fremur ólíklegt að þeir myndu skipta um starfsvettvang á næstu 12 mánuðum.



Við nánari skoðun á niðurstöðum (sjá töflu 3) má sjá að það er aftur yngri kynslóð hjúkrunarfræðinga, með minnstu starfsreynsluna, sem telur í meðallagi eða fremur líklegt að þeir muni skipta um starfsvettvang á næstu 12 mánuðum og hætta að vinna sem hjúkrunarfræðingar, á meðan þeir eldri telja það mjög ólíklegt.

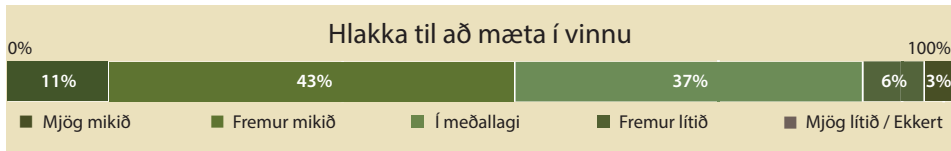
Að hlakka til að mæta til vinnu

Þegar kemur að niðurstöðum varðandi tilhlökkun eftir að mæta til vinnu segjast tæp 54% hjúkrunarfræðinganna hlakka mjög eða fremur mikið til þess.

Hjúkrunarfræðingar með meira en 20 ára starfsreynslu hlakka meira til að mæta til vinnu á meðan þeir sem eru með

	Ólíklegastir	Líklegastir
Aldur	60 ára og eldri 40–59 ára	30–39 ára Yngri en 30 ára
Starfsreynsla	20–29,9 ár 30 ár eða meira	Minni en 5 ár 5–9,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Dagvinna en tekur vaktir	Vaktavinna
Aðalvinnustaður	Annar vinnustaður Almennur markaður Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu	Reykjavíkurborg Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins Sveitarfélög

Tafla 3. Hversu líklegt eða ólíklegt telur þú að þú munir á næstu 12 mánuðum skipta um starfsvettvang og hætta að vinna sem hjúkrunarfræðingur?

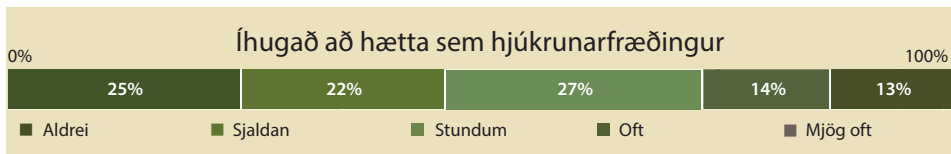
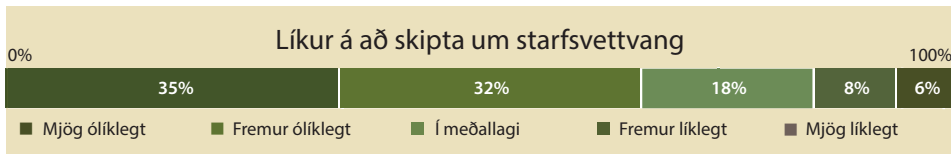


undir tíu ára starfsreynslu hlakka lítið sem ekkert til. Þetta er áhyggjuefni þar sem tilhlökkun endurspeglar jákvæða líðan fólks í vinnu og er því einn af mikilvægum þáttum í starfi hjúkrunarfræðinga.

Íhugað að hætta og líkur á að skipta um starfsvettvang

Stór hluti hjúkrunarfræðinga, eða 67%, telur ekki líklegt að þeir skipti um starfsvettvang og tæp 47% segjast aldrei eða sjaldan hafa íhugað að hætta störfum. Það er að mati greinarrhöfunda gott og jákvætt en ákjósanlegt hefði verið að þetta hlutfall væri mun hærra.

Stór hluti hjúkrunarfræðinga, eða 67%, telur ekki líklegt að þeir skipti um starfsvettvang og tæp 47% segjast aldrei eða sjaldan hafa íhugað að hætta störfum.



Yngri hjúkrunarfræðingar hugsa oft um að hætta störfum (sjá töflu 4), einnig þeir sem hafa minni starfsreynslu og vinna vaktavinnu. Þá má sjá að stærstu vinnustaðir hjúkrunarfræðinga koma ekki vel út úr þessari könnun og er það áhyggjuefni þar sem 60% þátttakenda í könnuninni starfa hjá þessum stofnunum. Hér eru því mörg sóknartækifæri fyrir stjórnendur þessara stofnana og yfirvalda til úrbóta svo að minnka megi þann hóp sem hefur stundum, oft eða mjög oft velt fyrir sér að hætta að starfa sem hjúkrunarfræðingur.

	Ólíklegast	Líklegast
Aldur	60 ára og eldri 40–59 ára	30–39 ára Yngri en 30 ára
Starfsreynsla	20–29,9 ár 30 ár eða meira	5–9,9 ár 10–19,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Annars konar vinnufyrirkomulag	Vaktavinna
Aðalvinnustaður	Annar vinnustaður Almennur markaður Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu	Landspítali Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins Sjúkrahúsið á Akureyri

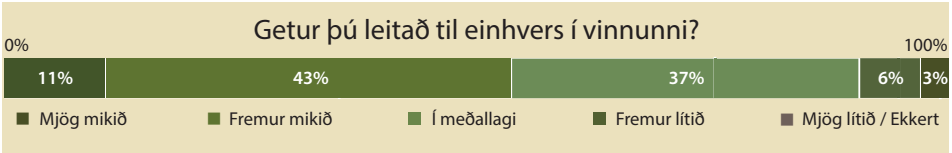
Tafla 4. Hefur þú á síðustu 12 mánuðum oft, stundum, sjaldan eða aldrei velt fyrir þér að hætta að starfa sem hjúkrunarfræðingur?

Um leið og það er ánægjulegt að sjá að um ⅔ hjúkrunarfræðinga ætli sér ekki að skipta um starfsvettvang á næsta ári er visst áhyggjuefni að aðeins um helmingur hjúkrunarfræðinga hlakki til að mæta í vinnu eða íhugi að starfa áfram innan greinarinnar. Að vissu leyti gefa þessar niðurstöður til kynna að þrátt fyrir að hjúkrunarfræðingar séu ánægðir með starfsvalið sjálft séu aðrir þættir í vinnuumhverfinu sem draga úr þeirri ánægju og talsverðar líkur á að stór hluti hjúkrunarfræðinga hætti að starfa við hjúkrun.

Stuðningur í starfi

Langflestir hjúkrunarfræðingar, eða 85%, telja sig geta leitað til einhvers í vinnunni þegar upp koma vandamál í tengslum við starfið og er það að mati greinarhöfunda mjög jákvætt.

Langflestir hjúkrunarfræðingar, eða 85%, telja sig geta leitað til einhvers í vinnunni þegar upp koma vandamál í tengslum við starfið.

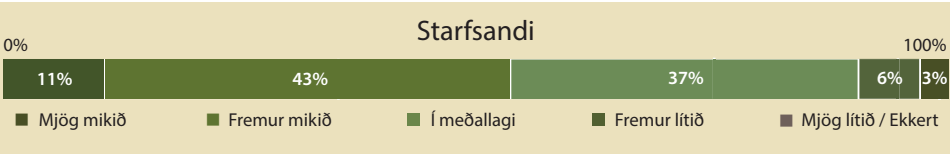


Þetta er sú spurning sem best út úr könnuninni varðandi tengsl við starfsánægju og í raun sú eina af 29 spurningum könnunarinnar sem flokkaðist undir svokallaðan grænan lit þegar skoðuð var fylgni við starfsánægju. Ekki er talið að frekari úrbóta sé þörf varðandi þetta atriði. Í öllum öðrum spurningum þar sem fylgni er við starfsánægju kemur fram svokallaður rauður litur, sem merkir að tafarlausa útbóta sé þörf varðandi þá þætti. Hjúkrunarfræðingar yngri en 30 ára, á aldrinum 30–39 ára og þeir sem starfa á öðrum vinnustað (háskólar, ráðuneyti og landlæknir), töldu líklegast að þeir gætu leitað til einhvers í vinnunni þegar upp kæmu vandamál. Aftur á móti eru það elstu hópar hjúkrunarfræðinga og þeir sem starfa hjá Reykjavíkurborg og almennum markaði sem telja það ólíklegt.

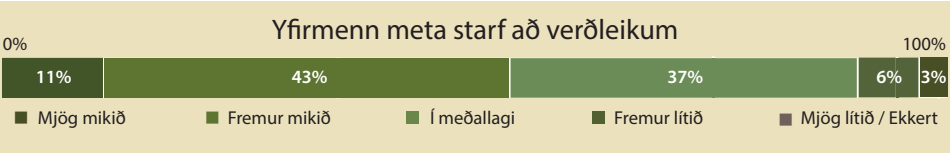
Starfsandi, stuðningur í starfi og mat að verðleikum

Um 78% hjúkrunarfræðinga töldu starfsanda á sinni starfseiningu mjög eða fremur góðan.

Aftur á móti voru einungis 54% sem töldu að yfirmenn mætu starf þeirra að verðleikum að mjög miklu eða fremur miklu leyti.



Aftur á móti töldu einungis 54% að yfirmenn mætu starf þeirra að verðleikum að mjög miklu eða fremur miklu leyti.



Elstu hjúkrunarfræðingarnir með lengsta starfsaldurinn og þeir sem starfa hjá öðrum vinnustað, sveitarfélögum og Reykjavíkurborg upplifðu í meira mæli að yfirmenn mætu starf þeirra að verðleikum (sjá töflu 5) en ungir og óreyndir hjúkrunarfræðingar sem starfa á Sjúkrahúsinu á Akureyri og hjá heilbrigðisstofnunum á landsbyggðinni.

Stuðningur í starfi er hjúkrunarfræðingum mikilvægur og einungis 43% þeirra töldu sig fá mjög eða fremur mikinn stuðning í starfi.

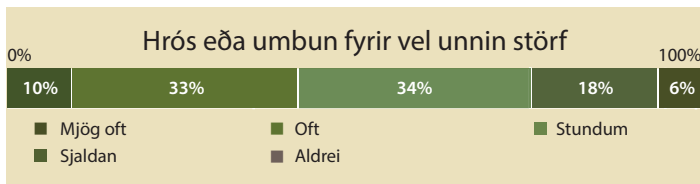
Landspítali er meðal þeirra sem eru með hæsta meðaltalið þegar kemur að hrósi og umbun.

	Hæst	Lægst
Aldur	60 ára og eldri 40–59 ára	30–39 ára Yngri en 30 ára
Starfsreynsla	30 ár eða meira 20–29,9 ár	Minna en fimm ár 5–9,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Annars konar vinnu- fyrirkomulag	Vaktavinna
Aðalvinnustaður	Annar vinnustaður Sveitarfélög	Sjúkrahúsið á Akureyri Heilbrigðisstofnun á lands- byggðinni
	Reykjavíkurborg	Heilsugæsla höfuðborgar- svæðisins

Tafla 5. Að hve miklu eða litlu leyti finnst þér starf þitt vera metið að verðleikum af yfirmönnum þínum?



Sama hlutfall eða um 43% taldi sig mjög oft eða oft fá hrós eða umbun fyrir vel unnin störf.



Í töflu 6 er tekið saman hversu oft eða sjaldan mismunandi hópar hjúkrunarfræðingar telja sig fá hrós eða umbun fyrir vel unnin störf.

	Oftar	Sjaldnar
Aldur	30–39 ára 60 ára og eldri	50–59 ára 40–49 ára
Starfsreynsla	Minna en 5 ár 5–9,9 ár	20–29,9 ár 10–19,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Annars konar vinnu- fyrirkomulag	Vaktavinna fyrirkomulag
Aðalvinnustaður	Sveitarfélög Almennur markaður Landspítali	Reykjavíkurborg Heilbrigðisstofnun á lands- byggðinni Heilsugæsla höfuðborgar- svæðisins

Tafla 6. Hefur þú oft, stundum, sjaldan eða aldrei fengið hrós eða umbun fyrir vel unnin störf á síðustu vikum?

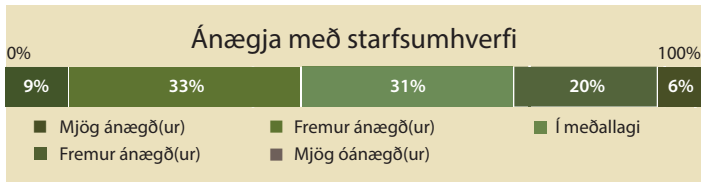
Áhugavert er að skoða niðurstöður sem varða aldurshópa og starfsreynslu í þessari spurningu. Yngstu og elstu hjúkrunarfræðingarnir telja sig oftara fá hrós eða umbun fyrir vel unnin störf á síðustu vikum, á meðan hópurinn sem er á milli upplifir þetta sjaldnar. Jafnframt telja greinarhöfundar jákvætt að stofnun eins og Landspítali skuli vera meðal þeirra sem eru með hæsta meðaltalið þegar kemur að hrósi og umbun. Einnig

er jákvætt að hjúkrunarfræðingum skuli finnast að þeir geti leitað til einhvers í vinnunni þegar þess þarf en áhyggjuefni að fleiri skuli ekki upplifa hrós eða umbun fyrir vinnuna sína, eða að yfirmenn meti ekki þeirra vinnuframlag að verðleikum. Þarna er sóknartækifæri fyrir stjórnendur í hjúkrun. Leiðtoga-hæfileikar þeirra geta vegið mjög þungt þegar kemur að starfs-ánægju hjúkrunarfræðinga.

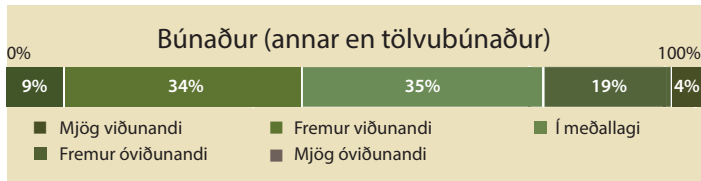
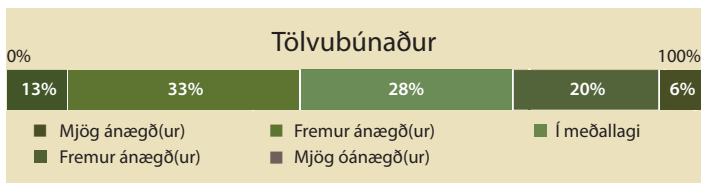
Þegar fylgni á milli spurninga í þessum þætti könnunarinnar er skoðuð kemur fram að fylgni er milli líkinda á að skipta um starfsvettvang á næstu 12 mánuðum og íhuga að hætta sem hjúkrunarfræðingur og þess að hlakka til að mæta í vinnu, yfirmenn meti starfið að verðleikum, stuðnings í starfi og starfsumhverfis. Það skiptir því máli hjá hjúkrunarfræðingum að finnast gaman, að upplifa stuðning og að finnast yfirmenn meta það sem viðkomandi er að gera.

Starfsumhverfi og aðbúnaður

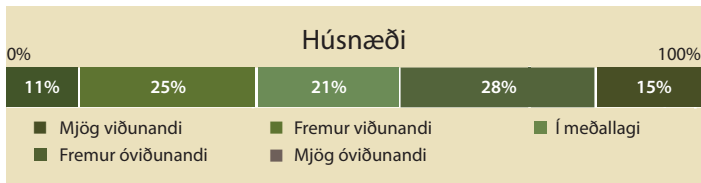
Starfsumhverfi og aðbúnaður hjúkrunarfræðinga eru atriði sem snerta starf þeirra mikið. Svipuð mynd kemur fram þegar svör í þessum hluta könnunarinnar eru skoðuð. Spurt var um ýmsa þætti varðandi þessi mál. Þegar kemur að ánægju með starfsumhverfi voru einungis um 42% hjúkrunarfræðinga mjög eða fremur ánægðir.



Svipað hlutfall telur tölvubúnað og annan búnað mjög eða fremur viðunandi, eða 46% í tilfelli tölvubúnaðar og um 43% með annan búnað.



Aftur á móti telja 43% hjúkrunarfræðinga húsnaði fremur eða mjög óviðunandi.



Yngri hjúkrunarfræðingar og þeir sem eru með allt að 20 ára starfsaldur töldu starfsumhverfi og aðbúnað óviðunandi á meðan eldri hjúkrunarfræðingar með lengri starfsreynslu sögðu þessa þætti viðunandi (sjá töflu 7). Sama á við um hjúkrunarfræðinga sem starfa á almennum markaði og öðrum vinnustöðum, þeir telja starfsumhverfið betra (sjá töflu 8).

	Betri	Lakari
Aldur	60 ára og eldri 50–59 ára	Yngri en 30 ára 30–39 ára
Starfsreynsla	30 ár eða meira 20–29,9 ár	Minna en 5 ár 10–19,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Dagvinna	Vaktavinna

Tafla 7. Er tölvubúnaður/annar búnaður viðunandi eða óviðunandi til þess að þú getir sinnt starfi þínu eins og best verður á kosið?

Enn eru það yngri hjúkrunarfræðingarnir með minni starfsreynslu sem eru óánægðari og einnig þeir sem vinna vaktavinnu. Þegar skoðað er hvaða hópar hjúkrunarfræðinga telja starfsumhverfi og þá sérstaklega húsnæði óviðunandi kemur fátt á óvart þar sem það eru þeir sem starfa á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri. Tafla 8 sýnir helstu vinnustaðina, en vert er að geta þess að tæp 73% hjúkrunarfræðinga sem þátt tóku í könnuninni vinna hjá þeim stofnunum sem síst koma út úr henni. Enn og aftur er þetta staðfesting á því að starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga er mjög ábótavant og það getur haft mikil áhrif á störf þeirra og líðan í starfi. Hér er því enn eitt tækifærið fyrir stjórnendur og yfirvöld að bæta úr málum. Í fjölmörgum rannsóknnum hefur verið sýnt fram á mikilvægi heilbrigðs vinnuumhverfis í hjúkrun fyrir vellíðan starfsfólks og afdrif sjúklinga. Heilbriggt vinnuumhverfi styður við betri nýtingu á þekkingu starfsfólks, ánægðari starfsmenn og góða hjúkrun sem aftur eykur öryggi sjúklinga og dregur úr dánartíðni.

	Ánægð(ur) 42,6%	Óánægð(ur) 26,8%
Starfsumhverfi	Annar vinnustaður	Landspítali
	Almennur markaður	Sjúkrahúsið á Akureyri
	Sveitarfélög utan Rvík.	Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins

Tafla 8. Á heildina lítið, hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) ertu með núverandi starfsumhverfi?

Fjöldi starfsmanna, álag í starfi og starfsþróun

Í könnuninni var jafnframt spurt um atriði sem snerta fjölda starfsmanna og samsetningu starfshópsins miðað við þörf, álag í starfi og starfsþróun.

Álag í starfi

Mjög stór hluti hjúkrunarfræðinga telur álag í starfi vera of mikið, eða 83%. Þetta telja greinarhöfundar mikið áhyggjuefni en kemur ekki á óvart.

Þar sem innan við 1% svarenda sögðu að álag í starfi væri alltof lítið eða mjög lítið koma þau svör ekki fram á myndinni.

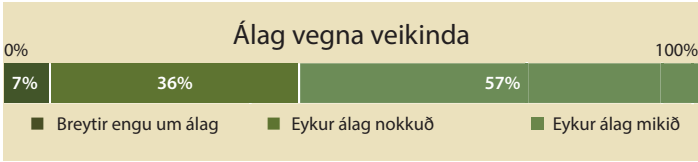


Tafla 9 sýnir frekar niðurstöðurnar um álag í starfi út frá þeim hóp sem telur það of mikið. Hópurinn sem um ræðir eru yngstu hjúkrunarfræðingarnir, þeir sem eru með stuttan starfsaldur, þeir sem vinna vaktavinnu og starfa á stærstu vinnustöðum hjúkrunarfræðinga hjá hinu opinbera. Greinilegt er að skortur á hjúkrunarfræðingum hefur áhrif á álagið.

	Of mikið
Aldur	Yngri en 30 ára 30–39 ára
Starfsreynsla	< 5 ár 5–9,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Vaktavinna
Aðalvinnustaður	Landspítali Sjúkrahúsið á Akureyri Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu

Tafla 9. Myndir þú segja að álag þitt í starfi sé mikið eða lítið?

Þegar kemur að því að skoða álag vegna veikinda samstarfsmanna meta 93% hjúkrunarfræðinga það aukaálag nokkuð eða mikið og því er ljóst að lítið má út af bera á vinnustöðum hjúkrunarfræðinga til þess að breytingar verði á álagi.



Hæfilegur fjöldi hjúkrunarfræðinga á vinnustað

Þegar niðurstöður eru skoðaðar sérstaklega út frá því hvort hjúkrunarfræðingar telja nægilega marga hjúkrunarfræðinga á vinnustað kemur í ljós að um 70% telja þá of fáa eða alltof fáa (sjá töflu 10). Sérstaklega eru það yngri hjúkrunarfræðingar með styttri starfsreynslu sem telja þá of fáa. Aftur á móti er atvikað að það eru ekki einungis þeir yngri heldur einnig elstu hjúkrunarfræðingarnir með mestu starfsreynslu sem telja að hjúkrunarfræðinga vanti. Einnig er umhugsunarvert að á þeim þremur vinnustöðum þar sem hjúkrunarfræðingarnir töldu of fáa hjúkrunarfræðinga að störfum starfa tæp 64% þeirra sem þátt tóku í könnuninni.

Þetta telja greinarhöfundar vera einn af stóru þáttunum sem gera það að verkum að yngri hjúkrunarfræðingar leita í önnur störf. Of fáir hjúkrunarfræðingar eru til staðar til að sinna mikilvægum hjúkrunarstöfum. Þessar niðurstöður eru í samræmi við það sem kom fram í útgefni skýrslu Fih um vinnumarkað hjúkrunarfræðinga 2017. Niðurstöður þeirrar könnunar byggðu á mati framkvæmdastjóra hjúkrunar og hjúkrunarforstjóra á heilbrigðisstofnunum á því hversu marga hjúkrunarfræðinga

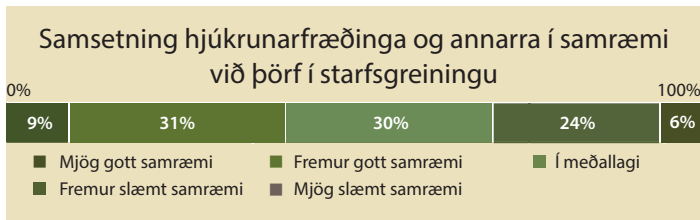
vantaði til starfa á heilbrigðisstofnunum á Íslandi. Frekari sundurliðun á niðurstöðum varðandi mat hjúkrunarfræðinga á hæfilegum fjölda hjúkrunarfræðinga á vinnustað má sjá í töflu 10.

	Hæfilega/of margir	Fáir
Aldur	60 ára og eldri 40–49 ára	Yngri en 30 ára 30–39 ára
Starfsreynsla	30 ár eða meira 10–19,9 ár	Minna en 5 ár 5–9,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Dagvinna	Vaktavinna
Aðalvinnustaður	Almennur markaður Annar vinnustaður Sveitarfélög	Landspítali Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu Sjúkrahúsið á Akureyri

Tafla 10. *Finnst þér hjúkrunarfræðingar á þínum vinnustað vera of fáir, hæfilega margir eða of margir?*

Að mati greinarhöfunda er um mjög sláandi niðurstöður að ræða og í raun enn eina staðfestinguna á því sem félagsmenn hafa rætt undanfarin ár. Þrátt fyrir að kannanir og skýrslur hafi sýnt fram á að hjúkrunarfræðinga vanti til starfa hefur það ekki leitt til þess að raunhæfar tillögur hafi komið fram um lausn á þessum vanda. Ekki hefur verið gripið til aðgerða sem skila árangri, hvorki af hálfu stjórnvalda né heilbrigðisstofnana þrátt fyrir að rætt sé um það við valin tilefni. Nú er ljóst að hér er um marktækar niðurstöður að ræða sem tala sínu máli og erfitt er að hrekja. Að mati greinarhöfunda er nóg komið af skýrslum og tími kominn til að láta verkin tala.

Samsetning starfshópsins



Um 40% hjúkrunarfræðinga taldi samsetningu starfsmanna hóps hjúkrunarfræðinga og annarra í mjög eða fremur góðu samræmi við þörf á viðkomandi starfseiningu. Athyglisverðast í niðurstöðum varðandi þessa spurningu er að hjúkrunarfræðingar sem aðallega vinna á hjúkrunarheimilum úti á landi og stofnunum innan Samtaka fyrirtækja í velferðarþjónustu, telja oftast að samsetning hjúkrunarfræðinga og annarra sé í fremur eða mjög slæmu samræmi við þörf á skipulagseiningu. Þessi niðurstaða kemur greinarhöfundum lítið á óvart. Hún er þeim mun alvarlegri þar sem fjölmargar rannsóknir hafa sýnt fram á að eftir því sem hlutfall hjúkrunarfræðinga er hærra á starfseiningu, þeim mun betri er hjúkrunin.

Starfsþróun

Spurt var um tækifæri til starfsþróunar hjúkrunarfræðinga. Einungis um þriðjungur þeirra (29%) taldi sig hafa fengið tækifæri til að læra og þróast í starfi á síðasta ári að mjög eða fremur miklu leyti. 26% töldu sig hafa fengið ónóg tækifæri til þess.



Hér eru það eldri hjúkrunarfræðingar, bæði í árum og starfsreynslu sem töldu sig síður fá tækifæri en þeir yngri sjá (töflu 11).

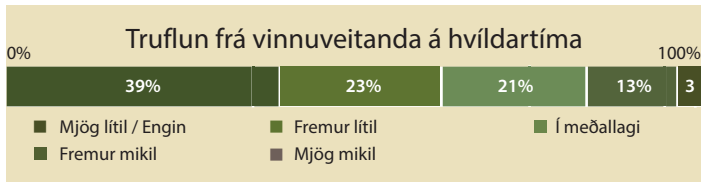
	Litlu leyti	Miklu leyti
Aldur	60 ára og eldri 50–59 ára	Yngri en 30 ára 30–39 ára
Starfsreynsla	30 ár eða meira 20–29,9 ár	Minni en 5 ár 5–9,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Vaktavinna	Dagvinna
Aðalvinnustaður	Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu Heilbrigðisstofnun á landsbyggðinni Reykjavíkurborg	Annar vinnustaður Landspítali Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins

Tafla 11. *Hef fengið tækifæri til að læra og þróast í starfi á sl. 12 mánuðum*

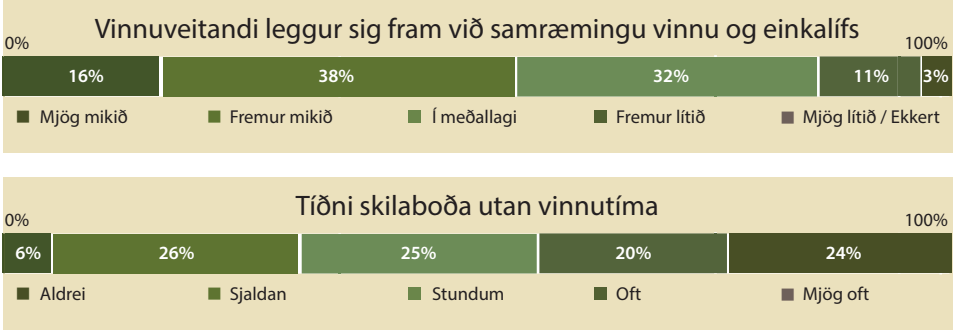
Þeir vinnustaðir sem standa sig best að mati hjúkrunarfræðinga eru aðrir vinnustaðir, Landspítali og Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins. Aftur á móti telja þeir sem vinna hjá Reykjavíkurborg, SFV og heilbrigðisstofnunum á landsbyggðinni sig síst hafa tækifæri til að þróast í starfi. Þessi niðurstaða vekur upp spurningar um hvort ekki sé ástæða fyrir stjórnendur þessara stofnana að staldra við, meta hvort ekki megi vinna markvissar að fræðslu til hjúkrunarfræðinga. Skoða mætti samvinnu á milli stofnana þannig að hjúkrunarfræðingar hafi betri tækifæri til þess að læra og þróast í starfi. Á slíku hagnast allir; vinnuveitendur, hjúkrunarfræðingar og ekki síst skjólstæðingar þeirra.

Einkalíf og truflun frá vinnuveitanda utan vinnu

Í könnuninni voru félagsmenn spurðir um truflun frá vinnuveitanda utan vinnutíma. Um 62% hjúkrunarfræðinga telja slíka truflun á hvíldartíma enga, mjög eða fremur litla.



Rúmlega helmingur hjúkrunarfræðinga telur vinnuveitanda leggja sig mjög eða fremur mikið fram við að gæta samræmingar milli vinnu og einkalífs starfsmanna en nokkuð minni hópur (44%) telur sig oft eða mjög oft fá skilaboð utan vinnutíma.



Þegar þessar niðurstöður eru skoðaðar nánar (sjá töflu 12) kemur í ljós að það eru yngstu hjúkrunarfræðingarnir með stystu starfsreynsluna sem segjast oftast fá einhvers konar skilaboð vegna vinnunnar utan hefðbundins vinnutíma. Hér má velta fyrir sér hvort ástæðurnar séu þær að annars vegar sé oftari verið að bjóða þeim aukavinnu eða að breyta vöktum, eða hvort eldri hjúkrunarfræðingarnir sem hafa lengri starfsreynslu séu orðnir að vissu leyti „ónæmari“ fyrir slíkum truflunum og þær snerti þá ekki á sama hátt.

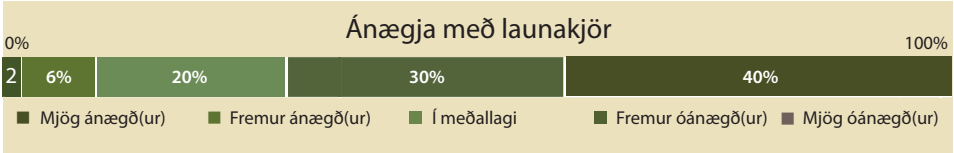
	Sjaldnar	Oftar
Aldur	60 ára og eldri 50–59 ára	Yngri en 30 ára 30–39 ára
Starfsreynsla	30 ár eða meira 10–19,9 ár	Minni en 5 ár 5–9,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Dagvinna	Vaktavinna
Aðalvinnustaður	Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins Annar vinnustaður Almennur markaður	Landspítali Sveitarfélög Heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni

Tafla 12. Skilaboð vegna vinnu utan vinnutíma

Rúmlega 70% hjúkrunarfræðinga voru fremur eða mjög óánægðir með launakjör sín

Laun

Rúmlega 70% hjúkrunarfræðinga voru fremur eða mjög óánægðir með launakjör sín.



Eins og fyrr eru það yngri hjúkrunarfræðingar, með minnstu starfsreynsluna, sem eru hvað óánægðastir eins og sjá má í töflu 13.

	Mjög óánægð(ur) 40,5%
Aldur	Yngri en 30 ára 30–39 ára
Starfsreynsla	Minni en 5 ár 5–9,9 ár
Vinnufyrirkomulag	Vaktavinna
Aðalvinnustaður	Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins Sjúkrahúsið á Akureyri Landspítali

Tafla 13. Hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) ertu með launakjör þín?

Þessar niðurstöður koma lítið á óvart. Óánægja hjúkrunarfræðinga með launakjör er vel þekkt. Gerðardómur sem þeir fengu sem miðlægán kjarasamning í kjölfar verkfalls árið 2015 hefur lítið gert til að lagfæra kjörin samanborið við aðrar stéttir sem hafa

sambærilega menntun og ábyrgð og starfa hjá hinu opinbera. Takmarkaðar lausnir liggja í stofnanasamningum þar sem heilbrigðisstofnanir bera fyrir sig fjárskorti og að ekki fylgi fé þessum samningum frá ríkinu.

Ærið verk er fyrir höndum, bæði félagsins og stjórnvalda, að vinna að bættum kjörum þessarar stóru kvennastéttar. Reglulega birtast fréttir í fjölmiðlum af lokunum eða samdrætti á starfsemi heilbrigðisstofnana og heilbrigðisþjónustu vegna skorts á hjúkrunarfræðingum til starfa. Ef ekkert verður að gert er hætt við að enn muni bætast í þann hóp sem kys að starfa við annað en hjúkrun og vandséð hvernig íslensk stjórnvöld ætla að reka íslenskt heilbrigðiskerfi án hjúkrunarfræðinga sem eru hryggjarstykkid í öllu kerfinu. Ljóst er að skortur á hjúkrunarfræðingum verður ekki leystur á einni nóttu en á Íslandi eru menntaðir hjúkrunarfræðingar sem kjósa að starfa við annað vegna óásættanlegra launakjara og starfsumhverfis sem hægt væri að fá aftur til starfa ef allir leggjast á eitt.

Opnar spurningar

Eins og fram kom í inngangi þessarar greinar samanstóð könnunin af tvenns konar spurningum; annars vegar fjölvalsspurningum með nokkrum svarmöguleikum og hins vegar opnum spurningum þar sem hjúkrunarfræðingum gafst kostur á að tjá sig með eigin orðum. Það var ánægjulegt að sjá hversu mikil svörun var í þeim hluta. Mikilvægt er fyrir Fíh að fá svona mikið af lýsandi svörum um starfið og mun félagið geta nýtt sér þau í áframhaldandi vinnu.

Hjúkrunarfræðingarnir voru spurðir hvað þeim þætti annars vegar jákvætt og hins vegar neikvætt við starfið. Mynd 1 setur fram þá sex þætti í hvorum flokki fyrir sig sem komu oftast fram. Upptalningin er ekki í röð eftir mikilvægi. Jákvæðir þættir eru með grönnu lettri og þeir neikvæðu eru feitletraðir.

Þarna má sjá að eftir sem áður virðast hefðbundin gildi hjúkrunar vera það sem hjúkrunarfræðingar telja jákvæðast varðandi starfið. Þeir neikvæðu þættir sem þeir telja upp koma heldur

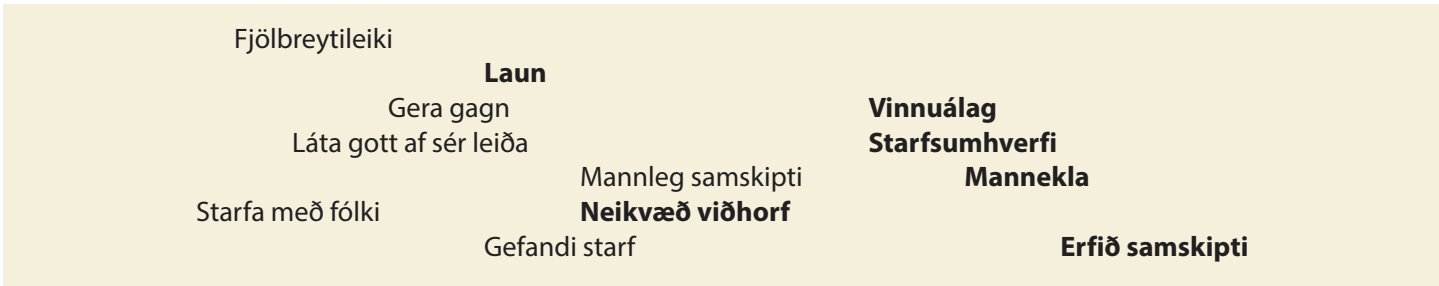
ekki á óvart. Í þessari upptalningu liggja mikil tækifæri og greinarhöfundar telja að hægt sé að vinna með alla neikvæðu þættina og breyta þeim ef allir aðilar koma að borðinu. Hjúkrunarfræðingar, stjórnvöld, stjórnendur heilbrigðisstofnana og menntastofnanir þurfa að vinna sameiginlega að því markmiði að bæta kjör, starfsánægju og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga.

Samantekt

Þegar niðurstöður þessarar könnunar eru skoðaðar er greinilegt að rauður þráður liggur í gegnum þær allar. Hjúkrunarfræðingur sem er ungur, með stuttan starfsaldur og vinnur vaktavinnu, er almennt óánægðari en eldri hjúkrunarfræðingur sem hefur háan starfsaldur og vinnur dagvinnu.

Þetta má túlka á ýmsa vegu en það er mat greinarhöfunda að hlúa þurfi að yngri kynslóðinni, þótt ekki megi gleyma þeim eldri. Vinna þarf markvisst innan heilbrigðisstofnana að því að greiða laun í samræmi við ábyrgð, hafa samsetningu mannaflans réttan og huga að fjölda hjúkrunarfræðinga þannig að álag sé ekki úr hófi. Starfsumhverfi og aðbúnaður þarf að vera í lagi. Það að geta leitað til samstarfsfólks skiptir hjúkrunarfræðinga miklu máli. Eins þurfa stjórnendur í hjúkrun að huga að því hvaða skilaboð þeir eru að senda hjúkrunarfræðingum þar sem greinilegt er að stuðning frá þeim og jákvæða endurgjöf má stórbæta.

Umbætur á starfsánægju, starfsumhverfi, álagi og launum hjúkrunarfræðinga eru verkefni sem þurfa stöðugt að vera í gangi. Yngri kynslóð hjúkrunarfræðinga dregur skýrari mörk gagnvart vinnunni og telur hana launaða vinnu en ekki lífsstíl. Í raun má segja að mikið af niðurstöðum þessarar könnunar hafi verið þekktar fyrir. Nú hafa þær verið staðfestar með óbyggjandi hætti og óhætt að segja að niðurstöðurnar endurspegli vel viðhorf stéttarinnar, enda 74,2% þátttaka í könnuninni. Félagið mun nýta þessar niðurstöður vel í baráttunni fyrir bættum kjörum félagsmanna, ásamt skýrslunni um vinnumarkað hjúkrunarfræðinga og skýrslu Ríkisendurskoðunar.



Mynd 1. Jákvæðir og **neikvæðir** þættir varðandi það að starfa sem hjúkrunarfræðingur.

Höfundar eru formaður Fíh, sviðsstjóri kjara- og réttindasviðs og sviðsstjóri fagsviðs Fíh.

Framhaldsnám í heilbrigðisvísindum við Háskólann á Akureyri



Sigrún Sigurðardóttir.

Boðið er upp á diplóma og meistaranám í heilbrigðisvísindum við Háskólann á Akureyri. Námið byggist upp á þremur 10 eininga skyldunámskeiðum og valnámskeiðum á áhugasviði nemanda. Námið er krefjandi, skemmtilegt og þverfaglegt og áhersla er lögð á meiri sérþekkingu í heilbrigðisvísindum.

Allt að 30 ECTS einingar eru metnar inn í meistaranámið úr fjögurra ára bakkalárnámi (240 ECTS einingar) við HA eða sambærilegu námi úr öðrum háskólum. Metnar ECTS einingar koma í stað valnámskeiða.

Nemandi skipuleggur námið í samráði við leiðbeinanda þar sem mörg sérfræðisvið eru í boði. Námið er skipulagt þannig að mögulegt er að stunda vinnu samhliða því. Nemendur vinna verkefni í stað prófa.

Kennsla fer fram í þremur námslotum á misseri og er skyldumæting í að minnsta kosti eina lotu. Jafnframt eru margvíslegir möguleikar notaðir við miðlun efnis og til gagnvirkra samskipta. Námskeið sem boðið verður upp á skólaárið 2018–2019 og dagsetningar lota eru:

HAUSTMISSERI 2018

Lota 1: 3.–7. september

Lota 2: 8.–12. október

Lota 3: 12.–16. nóvember

Röðun námskeiða í hverri lotu

- Sálræn áföll og ofbeldi: Mánudaga
- Verkir og verkjameðferð: Þriðjudaga
- Heilbrigði og heilbrigðisþjónusta: Miðvikudaga
- Megindlegar rannsóknir: Fimmtudaga eftir hádegi og föstudaga fyrir hádegi
- Málstofa meistaranema: Fimmtudaga fyrir hádegi

VORMISSERI 2019

Lota 1: 21.–25. janúar

Lota 2: 25. febrúar – 1. mars

Lota 3: 8.–12. apríl

Röðun námskeiða í hverri lotu

- Heilbrigð öldrun, heilabilun og velferðartækni: Mánudaga
- Langvinn veikindi og lífsglíman: Þriðjudaga
- Heilsugæsla og heilsuefning: Miðvikudaga
- Eigindlegar rannsóknir: Fimmtudaga eftir hádegi og föstudaga fyrir hádegi
- Málstofa meistaranema: Fimmtudaga fyrir hádegi

Markmiðið er að brautskráðir nemendur úr heilbrigðisvísindum verði gagnrýnir greinendur og skapandi fagmenn. Þeir verði óhræddir við breytingar til framfara með vísýni að leiðarljósi. Þetta eru rauðu þræðirnir í uppbyggingu og innihaldi námskeiða, og í kennsluháttum og námsmati. Á vefsíðu framhaldsnámsdeildar heilbrigðisvísindasviðs má finna handbók deildarinnar.

Verkir og verkjameðferð

Haustið 2018 verður ný námsleið kynnt um verki og verkjameðferð. Námskeiðinu er ætlað að auka þekkingu á verkjum og áhrifum þeirra á lífsgæði einstaklingsins, mati

og meðferð verkja og hvernig þróa megi þjónustu á ólíkum sviðum heilbrigðisþjónustunnar til að fyrirbyggja og meðhöndla verki með sérhæfðum inn gripum og þverfaglegri samvinnu.

Meginviðfangsefnin eru verkir og verkjameðferð og hið flókna samspil verkja og heilsutengdra lífsgæða. Fjallað er um verki frá ýmsum hliðum, grunnþekkingu á taugalífeðlisfræði sársauka, sársaukaupplifun og tjáningu sem og ýmsa utanaðkomandi þætti sem hafa áhrif, s.s. sálfélagslega og tilvistarlega ásamt því að skoða samspil verkja og geðrænna þátta.

Með því að samþætta þekkingu og reynslu ýmissa heilbrigðisstétta læra nemendur hvernig þróa má þverfaglega þjónustu á ólíkum sviðum heilbrigðisþjónustunnar til að fyrirbyggja, meta og meðhöndla verki með sérhæfðum inn gripum og þverfaglegri samvinnu. Lögð er áhersla á heildræna nálgun viðfangsefnisins og gagnrýna umfjöllun um hvernig koma megi í veg fyrir verki, takast á við þá og bæta þjónustu við einstaklinga með verki, bæði í bráð og lengd.

Námskeiðið er til 10 eininga og er uppistaðan í námslínu á meistarastigi um verki og verkjameðferð. Einnig er hægt að taka þetta námskeið sem 5 eða 10 eininga valnámskeið á öðrum námslínunum innan Framhaldsnámsdeildar Heilbrigðisvísinda-sviðs eða sem stakt námskeið.

Öldrun, heilbrigði, heilabilun og velferðartækni

Á námslínunni um öldrun verður meiri áhersla lögð á sjálfræði og sjálfstæði þeirra, einkum aldraðra með heilabilun, auk þess sem fjallað verður um velferðartækni. Nemendur kynnst þekkingu og leiðum til að efla og viðhalda heilbrigði, færni og velíðan aldraðra í samspili við fjölskyldur þeirra og umhverfi.

Markmiðið er að kynna fyrir nemendum öldrunarfræði með áherslu á heilbrigði og þjálfun aldraðra, heilabilun og nýja menningu persónumiðaðrar umönnunar og þjónustu. einnig að skoða möguleika velferðartækninnar til stuðnings við sjálfstæði og öryggi aldraðra.

Horft er til framtíðarþróunar í málefnum aldraðra og rýnt í á hvern hátt umönnun og þjónusta eflir og styrkir einstaklinginn og fjölskyldu hans til að lifa farsælu lífi í samræmi við markmið velferðarráðuneytisins og aldraðra sjálfra um að búa á eigin heimili sem lengst. Nemendum gefst tækifæri til að rýna sérstaklega í eigið fræða- og áhugasvið í tengslum við efni námskeiðsins.

Nánari upplýsingar er að finna á heimasíðu Háskólans á Akureyri eða hjá Ingibjörgu Smáradóttur skrifstofustjóra og dr. Sigrúnu Sigurðardóttur, formanni framhaldsnámsdeildar.

fastus.is

Advancis
Medical

SÁRAVÖRUR FRÁ ADVANCIS MEDICAL NÝJUNGAR Í SÁRAGRÆÐSLU



Activon



Actilite



Eclipse

HUNANGSVÖRUR

Activon – 100% Manuka hunang

- Inniheldur 100% medical grade Manuka hunang og engin önnur efni

Actilite – Sárasnertilag með Manuka hunangi

- Viscose net með 99% Manuka hunang og 1% Manuka olíu
- Má nota undir þrýstingi og í sárasogsméðferðum
- Hentar fyrir grynnri sár
- Loðir ekki við sár

ÍSOGSUMBÚÐIR

Eclipse – helstu eiginleikar:

- Fækkar umbúðaskiptum ef meðal til mikill vessi
- Bakhlið umbúðana er vatns-, bakteríu- og vírusheld en andar vel
- Miðjukjarninn dregur mikinn vökva í sig og heldur honum þar, jafnvel undir þrýstingsumbúðum
- Þægilegar umbúðir fyrir sjúklinginn, minna umfang, og einnig mótast þær eftir líkamanum

Verið velkomin í verslun okkar
Ópið virka daga kl. 8:30–17:00
Síðumúli 16 | 108 Reykjavík | Sími 580 3900 | fastus.is

FASTUS
Veit á vandaða lausn

Með augum hjúkrunarfræðingsins

Ljósmyndasamkeppni

Tímarit hjúkrunarfræðinga efndi til ljósmyndasamkeppni meðal hjúkrunarfræðinga til að prýða forsíðu tímaritsins. Margar myndir bárust, allt frá landslags- og borgarmyndum til vinnu-umhverfis hjúkrunarfræðinga.

Myndin sem varð fyrir valinu sem forsíðumynd er eftir Margréti Kristjánsdóttur og kallast *Sólsetur við neyðarsjúkrahús*. Myndin var tekin við neyðarsjúkrahús Rauða Krossins í Rubber Garden í Kutupalong, Bangladesh. Hún gefur innsýn í margþætt störf hjúkrunarfræðinga um allan heim og það hvernig hjúkrunarfræðingar sjá aðstæður sínar heildstætt; fegurðina þegar sólin er að setjast mitt í neyðinni.

Tímarit hjúkrunarfræðinga þakkar öllum sem sendu inn myndir og birtir hér nokkrar þeirra.



Við höfnina. Myndina tók Rósa Þorsteinsdóttir.



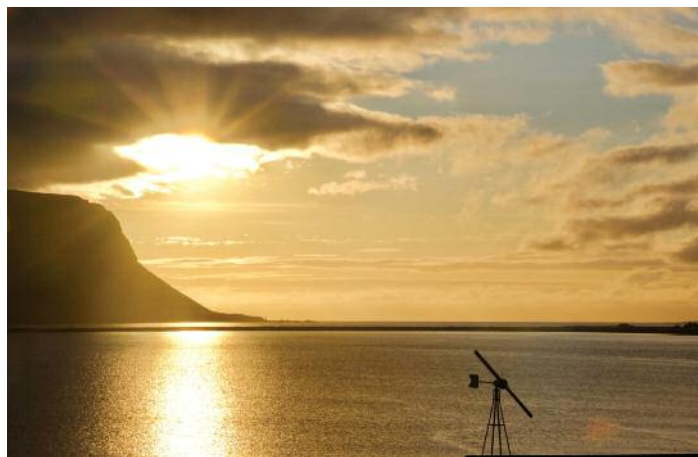
Þriðji kaldi kaffibollinn í vaskinn vegna anna. Myndina tók Rósa Þorsteinsdóttir.



Eyjafjörður að vori. Myndina tók Rósa Þorsteinsdóttir.



Hjúkrunarfræðingar í klemmu í Amsterdam. Myndina tók Berglind Chu.



Sólarlag á Tálknafirði. Myndina tók Rósa Þorsteinsdóttir.



Augnablikin sem skipta máli. Myndina tók Unnur Ósk Gunnarsdóttir, ljósmyndari, hluti af myndaröðinni „Dagur í lífi hjúkrunarfræðings“.



Rekaviður á Rauðasandi. Myndina tók Rósa Þorsteinsdóttir.



Gengið í fjörunni. Kaldalón fyrir handan. Myndina tók Rósa Þorsteinsdóttir.

Hæfniviðmið í bráðahjúkrun á Landspítala

— skilgreining og innleiðing

Pórdís Katrín Þorsteinsdóttir, Gyða Halldórsdóttir, Dóra Björnsdóttir, Bryndís Guðjónsdóttir, Helga Pálmadóttir, Ingibjörg Sigurþórsdóttir, Kristín Halla Marinósdóttir, Ragna Gústafsdóttir, Sigurlaug A. Þorsteinsdóttir, Sólrún Rúnarsdóttir og Sólveig Wium

Starfsumhverfi bráðamóttöku tekur stöðugum breytingum, sem hefur áhrif á starfsþróun hjúkrunarfræðinga og hæfni, en einnig hafa samfélagslegar breytingar áhrif á viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku.

Framsetningin hefur verið kynnt víða, meðal annars á deildarfundum bráðamóttökunnar, innan Landspítala og utan, sem og á ráðstefnum og fundum erlendis.

Inngangur

Hæfnistjórnun getur orðið forsenda öflugrar starfsþróunar hjúkrunarfræðinga og meiri gæða í hjúkrun (Cowin, Hengstberger-Sims, Eagar, Gregory, Andrew og Rolley, 2008). Rafræn hæfnistjórnun er stórt skref til að tryggja gæði hjúkrunar og öryggi sjúklinga. Starfsumhverfi bráðamóttöku tekur eðli málsins samkvæmt stöðugum breytingum, sem hefur áhrif á starfsþróun hjúkrunarfræðinga og hæfni, en einnig hafa samfélagslegar breytingar áhrif á viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku.

Um nokkurra ára skeið hafði verið kallað eftir skilgreiningum á hæfniviðmiðum og formlegu mati á hæfni meðal hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala. Þessi þörf á markvissari starfsþróun og bættri aðlögun nýrra hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi varð til þess að Fagráð bráðahjúkrunar hóf að skilgreina hæfniviðmið haustið 2013. Verkefnið var unnið í þeim tilgangi að starfsþróun hjúkrunarfræðinga yrði markvissari frá hendi deildar og stofnunar en ekki síst til að efla faglega markmiðasetningu hjúkrunarfræðinganna sjálfra og viðurkenna hæfni þeirra.

Markmið

Tilgangur verkefnisins var að skilgreind hæfniviðmið og mat á hæfni hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala muni:

- Auka gæði hjúkrunar
- Bæta aðlögun nýrra hjúkrunarfræðinga
- Efla starfsþróun hjúkrunarfræðinga
- Hvetja hjúkrunarfræðinga til að setja sér markmið í starfi
- Veita viðurkenningu á hæfni hjúkrunarfræðinga
- Auka yfirsýn yfir hæfni hjúkrunarfræðinga
- Varpa ljósi á þörf hjúkrunarfræðinga fyrir frekari menntun og þjálfun
- Vera hjálpartæki við markvissa endurgjöf á störf hjúkrunarfræðinga
- Auka öryggi sjúklinga

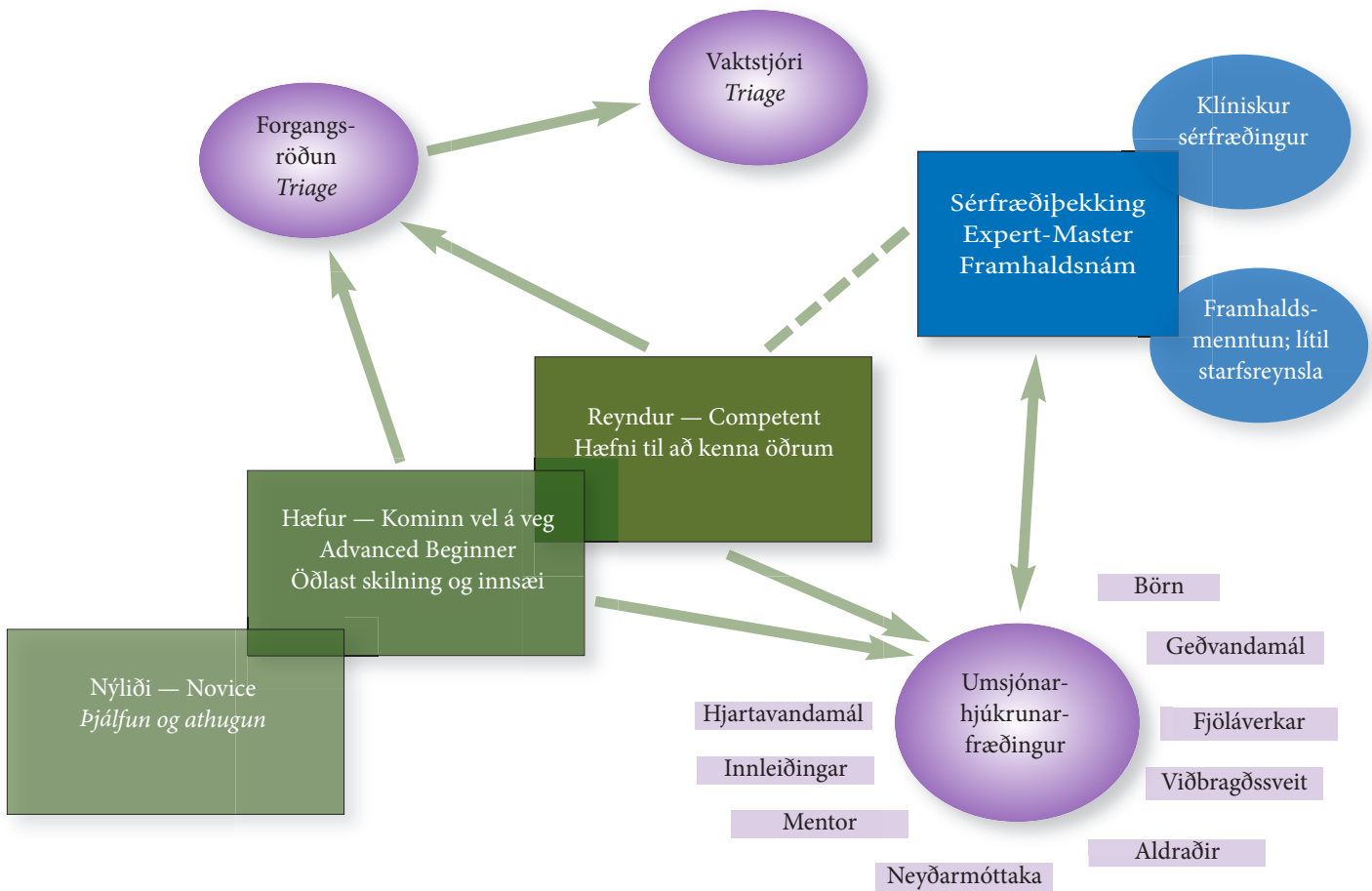
Framkvæmd

Fagráð bráðahjúkrunar kannaði fræði um hæfni og hæfnimat hjúkrunarfræðinga og ákvað að byggja á vel þekktum hugmyndum Patriciu Benner (1984) um starfsþróun þeirra. Í upphafi var starfsþróun hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku skilgreind í fjögur þrep, auk þriggja sérhæfðra hlutverka. Í tvígang voru allir hjúkrunarfræðingar á bráðamóttökunni boðaðir á vinnufund til að ræða og skilgreina æskilega hæfni stéttarinnar. Fundirnir fóru fram í lok október 2013 og í maí 2014 og voru vel sóttir. Þátttakendum var skipt í sjö rýnihópa sem greindu hvaða hæfni væri æskileg innan viðkomandi þrepa og sérhæfðra hlutverka. Niðurstöður hópanna hafa síðan verið greindar nánar og skilgreiningar og framsetning þróuð, auk viðeigandi mats á hæfni. Framsetningin hefur verið kynnt víða, meðal annars á deildarfundum bráðamóttökunnar, innan Landspítala og utan, sem og á ráðstefnum og fundum erlendis. Einnig fóru fram skipulagðar forprófanir á innleiðingu á skilgreindum hæfniviðmiðum og mati hjúkrunarfræðinga frá byrjun árs 2016 en slíkar forprófanir leiddu til þess að framsetning viðmiðanna var endurmetin.

Hæfniviðmið á bráðamóttöku

Kassar — þrep: Þorskaferill hjúkrunarfræðings, til að færast milli þrepa þá þarf að hafa lokið þrepinu á undan.

Hringir — hlutverk: Hægt er að fara í hlutverk úr fleiri en einu þrepi.



Forgangsröðun: hefur hæfni til að meta sjúklinga við komu á bráðamóttöku samkvæmt forgangsflokkurnarkerfi (ESI Triage System), er fyrsti fagaðilinn sem sjúklingur hittir.

Vaktstjóri: hefur hæfni til að sinna starfi vaktstjóra á bráðamóttöku; hefur margþætta yfirsýn yfir starfseminna, þar með talið sjúklinga og starfsfólk.

Umsjónarhjúkrunarfræðingur: hefur hæfni til að taka að sér umsjón með ákveðnum verkefnum eða hópum skjólstæðinga, sérþekking á einkennum og viðeigandi úrræðum.

Við skilgreiningu og framsetningu hæfniviðmiðanna var sérstaklega haft í huga að þau væru:

- Athafnamiðuð — lýstu einhverju sem hægt er að gera eða framkvæma.
- Aðlaðandi — hæfni sem hjúkrunarfræðingar vilja ná tökum á.
- Auðskilin — hjúkrunarfræðingar skilji hvaða hæfni átt er við.
- Viðeigandi — í samræmi við raunverulegt starf/hæfni.
- Raunhæf — flestir muni ná tökum á hæfni leggi þeir sig fram.
- Metanleg — megi mæla eða meta hvort hæfnin sé til staðar og að hve miklu leyti.
- Sýnileg — skilgreind og skráð hæfni er sýnileg hér og nú og í framtíðinni.
- Samhæfð — hægt að bera hæfni saman við aðrar/erlendar bráðamóttökur og deildir LSH.

Skilgreind voru tíu hæfniviðmið innan hvers starfsþróunarstigs hjúkrunarfræðinga, með mismarga undirflokka sem lýsa ólíkri hæfni á mismunandi þrepum. Hæfniviðmiðin voru sett fram út frá sjónarhorni hjúkrunarfræðingsins, þau eru sérhæfð fyrir bráðahjúkrun á Landspítala hvað varðar hæfni, námskeið og þróun, óháð launatengdri starfslýsingu, en þó þannig að þau geti nýst við starfsmannasamtöl og framgangsmat.

Hæfniviðmiðum hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku er ætlað að nýtast við að meta starfsþróun einstaklingsins. Viðmiðin liggja til grundvallar þess að meta gæði og framþróun starfa hvers og eins og hæfni viðkomandi til að færast milli þrepa í starfsþróun eða til að taka að sér ný hlutverk. Hæfnistjórnun sem er byggð á vel skilgreindum, viðeigandi, raunhæfum og mælanlegum hæfniviðmiðum er talin auka gæði þeirrar endurgjafar sem hjúkrunarfræðingar fá um störf sín og hæfni. Auk þess auðveldar slík hæfnistjórnun hjúkrunarfræðingum að setja sér markmið um eigin störf og starfsþróun.

Mikilvægt var talið að hæfni-
viðmið hefðu ekkert lagalegt
gildi, heldur væru viðmið um
æskilega hæfni hjúkrunar-
fræðinga á bráðmóttöku
Landspítala.

Skilgreind hæfniviðmið og dæmi um undirflokka	
1. Klínísk hæfni 2. Samskipti 3. Samvinna 4. Úrræði og umhverfi 5. Fagleg þróun 6. Leiðtogahlutverk 7. Réttindi og skyldur 8. Siðferðileg mál 9. Þátttaka í rannsóknum 10. Tíma- og verkefnastjórnun	Klínísk hæfni: a. Móttaka slasaðra og veikra b. Bráðaaðstæður og forgangsöröðun c. Endurlífgun d. Lyfjagjafir e. Vinnubrögð og leiðbeiningar f. Skráning hjúkrunar g. Sýnataka h. Tækjabúnaður i. Meðferð sára og áverka j. Sýkingavarnir k. Útskrift sjúklinga

Mikilvægur liður í að innleiða skilgreind hæfniviðmið og meta hæfni hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala var talin þátttaka mentora í starfsþróun þeirra. Mentor er reyndur, traustur og ráðagóður hjúkrunarfræðingur sem tekur að sér starfs-
tengda leiðsögn samstarfsmanns, leiðsögn sem felst í ráðgjöf, handleiðslu og stuðningi í starfi (Hamric, Spross og Hanson, 2005; Gazaway, Schumacher og Anderson, 2016). Mentor og hjúkrunarfræðingur vinna saman að starfsþróun hjúkrunarfræðings út frá skilgreindum hæfniviðmiðum. Mentor veitir hjúkrunarfræðingi stuðning og leiðsögn við að ná markmiðum hæfnistjórnunar og vottar hæfni með mati þegar viðmiðum er náð. Mentor skal áður hafa sótt námskeið menntadeildar Landspítala um hlutverk og ábyrgð mentora.

Við fyrsta mat á starfsþróun samkvæmt skilgreindum hæfniviðmiðum finnur hjúkrunarfræðingur til öll gögn sem hann á um sinn feril (t.d. námskeið, menntun, fundi, ráðstefnur, verkefni, klínísk hæfni) auk þess að bera sig saman við hæfniviðmið á því þrepi og í þeim hlutverkum sem hann telur sig tilheyra. Þegar hjúkrunarfræðingur hefur sjálfur farið í gegnum mat eru gögnin metin og hæfni staðfest með mentor eða í starfsmannasamtali. Eftir það miðar hjúkrunarfræðingur sig við næsta þrep eða hlutverk og setur sér markmið í samræmi við það. Hjúkrunarfræðingur og mentor hafa aðgang að sameiginlegu skjali fyrir úrvinnslu hæfniviðmiða þar sem hægt er merkja og skrifa athugasemdir við það sem gert er. Hjúkrunarfræðingurinn ber sjálfur ábyrgð á að kynna sér kröfur, þjálfunaratriði og skilyrði þjálfunar. Hann hefur aðgang að hæfnistjórnunarkerfinu á netinu, til að opna og vinna með kröfur skilgreindra hæfniviðmiða. Hjúkrunarfræðingurinn samþykkir hverja kröfu þegar hann telur sig hafa uppfyllt hæfniviðmiðin og vera tilbúinn í mat mentors. Hjúkrunarfræðingur og mentor fara saman yfir hæfniviðmiðin og mentor samþykkir kröfu, að því gefnu að matið sé uppfyllt. Gert er ráð fyrir 85% af hæfniviðmiðum séu uppfyllt innan þreps eða hlutverks til að geta flust milli þrepa eða til að sinna hlutverkinu sjálfstætt.

Hjúkrunarfræðingar geta færst um starfsþróunarstig eða öðlast hæfni í ólíkum hlutverkum mishratt í tíma. Starfsreynsla í mánuðum eða starfshlutfall kemur ekki inn í matið nema að litlu leyti heldur er alltaf miðað við hæfni til að sinna tilgreindri hjúkrun og viðmiðum þar að lútandi. Þannig má, svo dæmi sé tekið, gera ráð fyrir að hjúkrunarfræðingar sem hafa reynslu frá öðrum deildum eða stofnunum við upphaf vinnu á bráðamóttöku geti færst hraðar á milli þrepa en þeir sem hafa nýlengi námi, það er að segja að hjúkrunarfræðingar með starfsreynslu geti sýnt fram á hæfni sína skjótar en þeir sem yngri eru. Samt sem áður er lögð áhersla á að uppfylla öll viðmið um sérhæfða hæfni á bráðamóttökunni sem ekki er yfirfæranleg frá öðrum deildum.

Ein af stærstu áskorunum verkefnisins var að finna út hvernig hjúkrunarfræðingar gætu skráð áfanga, verkefni og hæfniviðmið sem þeir ná í starfi sínu. Leit að hentugu rafrænu kerfi leiddi fagraðið til rannsóknasviðs Landspítala þar sem gæðastjórnunarkerfið Focal hafði verið notað í nokkur ár. Af hagkvæmnisástæðum var ákveðið að samnýta það kerfi með rannsóknasviði og hefur fagraðið notið góðrar leiðbeiningar gæðastjóra rannsóknasviðs við innleiðinguna. Nú er verið að setja upp ítarlegar skil-

Hjúkrunarfræðingur finnur
til gögn sem hann á um sinn
feril auk þess að bera sig
saman við hæfniviðmið á
því þrepi og í þeim hlut-
verkum sem hann telur sig
tilheyra.

greiningar á hverju þrepi og hlutverki með markmiðum og hæfniviðmiðum í Focal gæðastjórnunarkerfinu. Til þessa verks var ráðinn hjúkrunarfræðingur með menntun og reynslu í upplýsingatækni en hún hefur einnig tryggt samfellu í uppsetningu og hæfnipróun, haldið utan um prófanir meðal nýliða og verið í samskiptum við mentora og deildarstjóra auk fagráðs vegna innleiðingarinnar.

Byrjað var að nýta fyrstu tvö þrepin meðal 12 nýliða á bráðadeild G2 frá og með sumri 2017. Aðlögun þessara hjúkrunarfræðinga og starfsþróun hefur því verið stýrt með þessu kerfi. Hjúkrunarfræðingurinn fær tölvupóst þegar komið er að tilgreindri þjálfun, hann opnar kerfið þar sem birtist þjálfun með lista yfir hæfnikröfur sem hann þarf þá að sinna, uppfylla og samþykkja þegar lokið er. Mentorar fá síðan tölvupóst þegar komið er að því að meta og staðfesta að þjálfun sé lokið. Hæfnistjórnunarkerfið sýnir yfirlit yfir stöðu hjúkrunarfræðinga í ferlinu, hvaða hæfnikröfur þeir hafi uppfyllt, hverjum sé ólokið og hvaða kröfur mentorar eigi eftir að meta og staðfesta. Stjórnendur deildanna hafa aðgang að þessum upplýsingum og geta nýtt þær við starfsmannasamtöl og eftirfylgni.

Hjúkrunarfræðingur

▼ Nýliði (byrjandi) - Móttaka og fyrsta meðferð minna slasaðra og veikra

Markmið

Að hjúkrunarfræðingur:

- Öðlist færni við líkamsmat og mat á andlegri líðan og ástandi skjólstæðings
- Kynni sér ávallt aðdraganda komu og sjúkrasögu skjólstæðings
- Geti greint alvarleg einkenni s.s. breytingu á öndun, skerðingu á blóðflæði, brot, teikn um sýklasótt eða einkenni frá öndunarfærum, hjarta eða miðtaugakerfi
- Öðlist færni í að meta breytingar á ástandi skjólstæðinga
- Öðlist færni við að bregðast við alvarlegum einkennum sjúklinga
- Þekki myndbönd um móttöku og fyrstu meðferð slasaðra og veikra samkvæmt ráðleggingum fagráðs
- Öðlist færni við notkun verkferla
- Öðlist þekkingu á sérstöðu ónæmisbæðra sjúklinga, aldraðra, þungaðra kvenna og barna

Hæfniviðmið

Hæfni miðast við að hjúkrunarfræðingur:

- Framkvæmi viðeigandi líkamsmat og meti klínískt ástand sjúklings
- Mæli lífsmörk á viðeigandi hátt:
 - [Lífsmörk fullorðinna - eftirlit](#)
 - [Lífsmörk fullorðinna - mælipættir](#)
- Kynni sér og læri að nota stigun bráðveikra:
 - [Lífsmörk fullorðinna – stigun \(NEWS\)](#)
 - [Lífsmörk fullorðinna - mat á niðurstöðum stigunar, stigvaxandi eftirlit og viðbrögð](#)
- Mat á meðvitund samkvæmt [Glasgow Coma Scale – mat á meðvitundarástandi](#)
- Þekki rétta [staðsetningu elektróða við töku hjartalínurits](#)
- Hafi kynnt sér myndbönd um [móttöku og fyrstu meðferð slasaðra \(Initial Assessment Correct Method\)](#)
 - [Hafi kynnt sér og starfi samkvæmd verkferlum sem eru í notkun á deild:](#)
 - [Brjóstverkir – Grunur um brátt kransæðaheilkenni](#)
 - [Fjöláverkar](#)
 - [Lærbrot / mjaðmagrindarbrott - verkferill](#)
 - [Mat á sjálfsvígshættu \(Triage/meðferðarsvæði\)](#)
 - [Stroke sjá verkferla](#)
 - [Grunur um sýklasótt og hvítornafæð, og verklagsregla um Sýklasótt \(Sepsis\)](#)
- Getið metið einkenni tengd krabbameinslyfjameðferð, líftæknilýfjum og líffæraþegum
- Hafi kynnt sér rétt vinnubrögð og umhírðu:
 - [Æðaleggir í útlægum bláæðum](#)
 - [Lyfjabrunnur](#) og [Lyfjabrunnur – notkun og eftirlit](#)
 - [Miðbláæðaleggur \(CVK\) – notkun og eftirlit](#)
- Hafi kynnt sér og kunni skil á:
 - Akút-stæðum fyrir sjúklinga í akút aðstæðum
 - [Braslow-vagn á deild](#)
- Hafi kynnt sér störf BÖR hjúkrunarfræðinga á deildinni og noti ED screener
- Standist klínískt mat mentora / tengiliðs á hæfni

„Skjámynd.“ Hæfnipættir fyrir nýliða á bráðamóttöku, markmið og lýsing á hæfniviðmiðum um móttöku slasaðra og veikra (blátt undirstrikað táknar tengil, oftast í Gæðahandbók Landspítala).

Samantekt

Rafrænni hæfnistjórnun hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku er ætlað að samræma og bæta þjónustu við skjólstæðinga með mismunandi þarfir, bæði hvað varðar heilsufarsvandamál og félagslega stöðu þeirra. Sérstök áhersla er lögð á að störf hjúkrunarfræðinga verði ávallt byggð á gagnreyndri þekkingu sem endurspeglar í gæðum þjónustunnar. Verkefnið er mikilvægt til að meta og gera sýnilega þá sérhæfni sem hjúkrunarfræðingar á bráðamóttöku búa yfir. Þannig fæst tækifæri til viðurkenn- ingar á störfum hjúkrunarfræðinga, innan deildar sem utan.

Vinna við hæfniviðmið í bráðahjúkrun á LSH hefur tekið langan tíma, hófst 2013, en lykilatriði er að hún grundvallaðist á samstarfi fagráðs í bráðahjúkrun við hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku LSH, af deildum G2 og G3. Til að ná þessum ár- angri hefur verið mikilvægt að meðlimir fagráðs hafa fengið svigrúm í vinnutíma til að þróa viðmiðin, mikill velvilji hefur verið hjá framkvæmdastjóra flæðisviðs auk þess sem rétt manneskja fékkst til að sinna upplýsingatækni verkefnisins. Þeir hjúkrunarfræðingar sem þegar hafa tekið þátt í innleiðing- unni lýsa yfir almennri ánægju með hæfniviðmiðin og kerfið, að það hvetji til starfsþróunar og haldi utan um gæðaskjöl og önnur gögn sem nýtast þeim beint í starfi auk þess sem fagleg markmið þeirra verði skýrari.

Vonin er að reynslan af því að skilgreina og innleiða hæfni- viðmið og rafrænt hæfnistjórnunarkerfi á bráðamóttöku Land- spítala hvetji aðra hjúkrunarfræðinga til að skilgreina hæfni- viðmið fyrir sérhæfða hjúkrun og/eða vinnustaði. Rétt er að ítreka að verkefni sem þetta þarf bæði réttan mannafla og tíma, en dropinn holar steininn.

Meðlimir Fagráðs bráðahjúkrunar á Landspítala 2013–18

Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir, formaður

Anna María Þórðardóttir

Anne Mette Pedersen

Bryndís Guðjónsdóttir

Dóra Björnsdóttir

Guðbjörg Pálsdóttir

Helga Pálmadóttir

Helga Rósa Másdóttir

Ingibjörg Sigurþórsdóttir

Kristín Halla Marinósdóttir

Lovísa Agnes Jónsdóttir

Ragna Gústafsdóttir

Sigurlaug A. Þorsteinsdóttir

Sólrún Rúnarsdóttir

Sólveig Wium

Heimildir

- Benner, P. (1984). *From Novice to Expert. Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Menlo Park: Addison Wesley.
- Cowin, L.S., Hengstberger-Sims, C., Eagar, S.C., Gregory, L., Andrew, S. og Rolley, J. (2008). Competency measurements: testing convergent validity for two measures. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 272–277. doi: 10.1111/j.1365-2648.2008.04774.x

- Gazaway, S., Schumacher A.M. og Anderson, L. (2016). Mentoring to retain newly hired nurses. *Nursing Management*, 47(8), 9–13. doi: 10.1097/01.NUMA.0000488861.77193.78
- Hamric, A.B., Spross, J.A. og Hanson, C.M. (2005). *Advanced Practice Nursing. An Integrative Approach*. St. Louis: Saunders.

vertu með á
facebook
<https://www.facebook.com/hjukrun>



Að þekkja tilfinningar — kynning

Tilfinningabækurnar eru lífsleiknibækur fyrir börn sem eru að hefja skólagöngu. Hjá skólabörnum í grunnskóla reynir á samskipti á hverjum einasta degi. Það hjálpar að geta borið kennsl á tilfinningar sínar í leik og starfi.

Höfundar tilfinningabókanna eru Ásta María Hjaltadóttir, þroskajálfari og sérkennari, og Þorgerður Ragnarsdóttir, hjúkrunarfræðingur og fjölmiðlafræðingur.

Flest höfum við lent í því að tilfinningar bera okkur ofurliði. Stundum hellast þær yfir í dulargervi þannig að við eigum erfitt með að átta okkur á hvað er að gerast. Oft eiga samskipti sem hafa farið úrskeiðis hlut að máli. Allt í einu brjótast tárin fram, kinnarnar hitna og maginn herpist saman. Við bregðumst við áður en við náum að greina aðstæðurnar og það getur verið óheppilegt. Eftir á sjáum við að kannski hefði mátt afstýra óhappinu ef við hefðum skilið betur hvað var í gangi.

Með auknum þroska læra flestir smátt og smátt að fást við tilfinningar sínar. Það er hægt að læra að skilja tilfinningar og æfa sig í að bregðast við á uppbyggilegan hátt í samskiptum við annað fólk.

Tilfinningabækurnar eru samdar fyrir krakka sem eru að byrja að lesa og skreyttar myndum eftir höfunda. Efni bókanna skapar umræðugrundvöll um tilfinningar fyrir börn og fullorðna. Bækurnar eiga erindi inn á heimili, skóla eða bara hvar sem börn eru að æfa sig í samskiptum við annað fólk.

Fjórar tilfinningabækur hafa verið gefnar út hjá bókaútgáfunni Bókstaf á Egilsstöðum. Þær heita:

- Stundum erum við reið
- Þekkir þú afbrýðisemi
- Hvað er kvíði
- Það er súrt að vera með samviskubit

Hægt er að panta bækurnar hjá:

Bókstaf á slóðinni <http://bokstafur.is/index.php/panta-baekur/tilfinningabaekur/view/form>

Eymundsson á slóðinni <https://www.penninn.is>

Hver bók er um 20 blaðsíður að stærð, verð um 1.500 kr.



Sjúkrarúm, aðhlynning og tækni

Þorgerður Ragnarsdóttir

Hönnun sjúkrarúma hefur í áranna rás fyrst og fremst miðast við ástand sjúklinga, næst við þarfir starfsfólks og í þriðja lagi þykir útlit skipta máli.

Starfsmenn legudeilda á sjúkrastofnunum verja drjúgum hluta af vinnutíma sínum í störf og athafnir við sjúkrarúm. Líkamlegt álag, sem þessi vinna útheimtir, veltur á hönnun rúmana, þeim hjálpartækjum sem völ er á og líkamsbeitingu. Vel hönnuð rúm og hagnýt hjálpartæki létta vinnuna og leiða þar með til sparnaðar, bæði heilsufarslega og fjárhagslega. Fjórða iðnbyltingin er hafin og vélmenni eru að hefja innreið sína á sjúkrastofnanir. Að hvaða marki skyldu hjúkrunarfræðingar vera virkir þátttakendur í hönnun og þróun tæknivæddra sjúkrarúma og annarra hjálpartækja framtíðarinnar?

Sjúkir og aldraðir, sem þurfa á sjúkrarúmum að halda, geta þurft að dvelja í þeim stóran hluta sólarhringsins. Hönnun sjúkrarúma hefur í áranna rás fyrst og fremst miðast við ástand sjúklinga, næst við þarfir starfsfólks og í þriðja lagi þykir útlit skipta máli. Þau hafa breyst og þróast um aldir en þrískipt rúm með stillanlegri hæð fyrir höfuð og fætur urðu til í Bandaríkjunum um aldamótin 1900. Í lok seinna stríðs bættust við handföng eða grip sem auðvelduðu stillingar og loks leysti rafstýring handföngin af á síðustu áratugum (Hospital beds, 2017; Wikipedia, 2017).

Þeir sem hafa unnið við umönnun aldraðra og sjúkra þekkja hversu vandamt getur verið að aðstoða rúmliggjandi fólk og aðra með litla hreyfifærni. Þegar rúmliggjandi sjúklingum er hagrætt, lyft og snúið þarf iðulega líka að skipta um, færa til og laga rúmfatnað svo að vel fari um þá. Yfirleitt þarf tvo starfsmenn til verksins, stundum jafnvel fleiri. Handtökin eru mörg og það þarf að gæta þess að hvorki sjúklingur né starfsfólk skaðist við hnjaskið. Þá skiptir máli hvernig dýnan í rúminu er og hvort hún passar í rúmið, hvernig lök eru notuð, hvernig hliðargrindur eru hannaðar og hvernig stýribúnaður rúmsins, bremsa, gálgi og steypibúnaður eru útfærð.

Á Landspítala hófst innleiðing á 400 nýjum sjúkrarúmum sem Arion banki gaf haustið 2015 en endurnýjun á rúmakostinum var orðin brýn. Nýju rúmunum er lýst sem lækningatækjum „sem eru útbúin flóknum búnaði til að mæta ýtrustu kröfum um öryggi sjúklinga og aðstöðu starfsfólks“ (Landspítalinn, 2015). Þau eru rafdrifin og hægt að stilla þau á ýmsa vegu og frá öllum hliðum með tilliti til mismunandi sjúkdómsástands og aðstæðna.

Á hjúkrunarheimilum hefur verið horft meira til útlits rúmana við val á þeim og þar er leitast við að hafa þau heimilisleg. Rúm á hjúkrunarheimilum eru gjarnan úr viði, eða líta út fyrir að vera það. Þau eru rafdrifin en til að stýra þeim er notuð stýrigræja sem hangir í áfastri rafmagnssnúru.

Rafstýrð rúm reynast ekki endilega gallalaus í notkun þó þau hafi marga kosti umfram gömlu rúmin. Sem dæmi má nefna að það getur kostað hlaup í kringum rúmið að komast að stýrigræju og verið erfitt að komast að bremsubúnaði undir þungri grind. Sumar rúmgrindur þarf að draga lárétt út til að færa upp og niður. Það útheimtir rými í kringum rúmið og flutning húsgagna svo hægt sé að hreyfa grindina. Eftir að ný rúm voru tekin í notkun á Landspítala uppgötvaðist að vandasamt er að nota lyftara við þau, illmögulegt að hengja á þau útskilnaðarpoka og að sumar dyr gamalla húsakynna eru of þröngar fyrir þau. Allt vekur þetta spurningar



um það hverjir hanna rúmin og búnaðinn sem þeim fylgir, hverjir hafi skoðanir á því hvernig rúm eru útbúin og hverjir standi að innkaupum á þeim. Hversu mikla hlutdeild eiga hjúkrunarfræðingar í þeirri vinnu?

Þótt ýmsar tækniframfarir hafi auðveldað vinnu við sjúkrarúm í tímans rás gætu þau samt verið orðin betri, bæði með tilliti til þarfa sjúklinga og starfsfólks. Fyrirsjáanlegt er að einhvers konar vélmenni verða innan fárra ára tekin í notkun til að létta ýmis störf starfsfólks sjúkrahúsa sem nú krefjast líkamlegrar áreynslu. Hjúkrunarfræðingar þurfa að taka sér forystustöðu við þróun á sjúkrarúmum og annarri tækni til að auka þægindi og öryggi við umönnun sjúkra. Ef starfsfólkið sem notar þessa tækni í daglegu lífi og starfi er

ekki haft með í ráðum, er hætt á að við forritun vélmenna verði þarfir annarra látnar ráða för.

Heimildir

- Hospital beds (2017). History of hospital beds. Sótt á vefinn 5.9.2017: <http://www.hospitalbeds.org.uk/hospital-beds-information/history-of-hospital-beds.html>
- Landspítali (2015). Arion banki færir Landspítala 400 ný sjúkrarúm. Fréttir á vefnum www.landspitali.is 3.9. 2015. Sótt á vefinn 27.3.2018: <https://www.landspitali.is/um-landspitala/fjolmidlatorg/frettir/stok-frett/2015/09/03/Arion-banki-faerir-Landspitala-400-ny-sjukrarum/>
- Maattress Mart (2017). History of the bed. Sótt á vefinn 6.9.2017: <https://www.mattressmart.ca/History-of-the-Bed>
- Wikipedia (2017). Hospital bed. Sótt á vefinn 5.9.2017: https://en.wikipedia.org/wiki/Hospital_bed

Þrýstingssáravarnir á smitsjúkdómadeild

Berglind Guðrún Chu og Jóna Margrét Guðmundsdóttir



Mynd 1. Þrýstingssár á hælum. (Ljósmynd Guðbjörg Pálsdóttir.)



Mynd 2. Ónýt dýna.

Inngangur: Nýtt verklag — betri þjónusta

Árið 2013 var gerð könnun á hversu margir sjúklingar á Landspítalanum voru með þrýstingssár (mynd 1). Í ljós kom að rúmlega 19% allra sjúklinga á spítalanum reyndust með slík sár. Augljóst var að eitthvað þurfti að taka til í þeim málum og því var farið af stað með gæðaverkefni veturinn 2015 sem snéri að forvörnum gegn myndun þrýstingssára. Stuðst var við hugmyndafræði LEAN. Tilgangur verkefnisins var að fækka þrýstingssárum, efla öryggi sjúklinga og bæta þjónustuna. Smitsjúkdómadeildin var valin sem þrífudeild. Vinnuhópur var settur á laggirnar sem í voru tveir hjúkrunarfræðingar ásamt tveimur sjúkraliðum af deildinni. Mikill stuðningur og aðhald fékkst af hópi verkefnastjóra, gæðastjóra, deildarstjóra og hjúkrunarfræðinga með sérþekkingu á þrýstingssáravörnum.

Upphaf verkefnis

Byrjað var á því að kanna hve algeng þrýstingssár voru á deildinni áður en nokkru yrði breytt. Könnun var gerð á einum degi í febrúar 2015. Allir legusjúklingar samþykktu að taka þátt, alls tuttugu og tveir sjúklingar. Stuðst var við Braden-kvarða til að meta einstaklinga í áhættuhópi. Húðmat og áhættumat var gert á öllum legusjúklingum og gögn sótt úr sjúkraskrá. Skoðað var sérstaklega hve margir voru með virkt áhættumat, hvort einstaklingur var með greiningu varðandi þrýstingssár og hvort eitthvað væri skráð varðandi húð, húðmat, snúninga og sár. Kannað var hverjir voru með snúningsskrá og hvernig hún var útfyllt. Einnig var gerð athugun á gæðum rúmdýna hjá öllum sjúklingunum.

Niðurstöður úr fyrstu könnuninni

Meðalaldur sjúklinganna var 70 ár. Konur voru 8 en karlar 14 talsins. Kom í ljós að 6 af 22 sjúklingum voru með þrýstingssár, eða 27%. Tveir þeirra reyndust vera með tvö sár. Eingöngu 2 af þessum 6 sjúklingum voru með hjúkrunargreiningu tengda þrýstingssárum en í staðinn voru þar notaðar ýmsar aðrar greiningar eins og veikluð húð, vefjaskaði, -sár og fyrirbygging fylgikvilla rúmlegru. Sárum, sem sáust, var skipt í flokka miðað við flokkun þrýstingssára og kom í ljós að þetta var blanda af öllum flokkum en áberandi var þó að af 8 sárum voru 3 þeirra í flokki 4 sem eru dýpstu sárin. Algengasti staðurinn var hælur og spjaldhryggur. Rúmlega 45% allra legusjúklinga reyndust í hættu á að fá þrýstingssár en eingöngu 59% höfðu virkt áhættumat daginn sem könnunin var gerð. Einnig kom í ljós að dýnurnar voru eldgamlar og sumar hverjar alveg ónýtar (mynd 2). Enginn var með snúningsskrá. Niðurstöðurnar komu starfsfólki deildarinnar verulega á óvart og þá sérstaklega hve algeng sárin voru. Í raun varð þetta enn meiri hvatning fyrir starfsfólkið til að gera betur, finna lausnir og vinna að samræmdu verklagi.

Nýtt verklag

Verklagi deildarinnar var breytt á ýmsan máta. Þegar athugað var hvort stuðst hefði verið við snúningsskrá kom í ljós að ákveðin skrá hafði verið notuð en hún fannst ekki á deildinni þegar könnunin var gerð. Grunur lék á að henni hefði verið hent þegar deildin lenti í mósafaraldri árið áður og gleymst að taka hana upp aftur. Ákveðið var

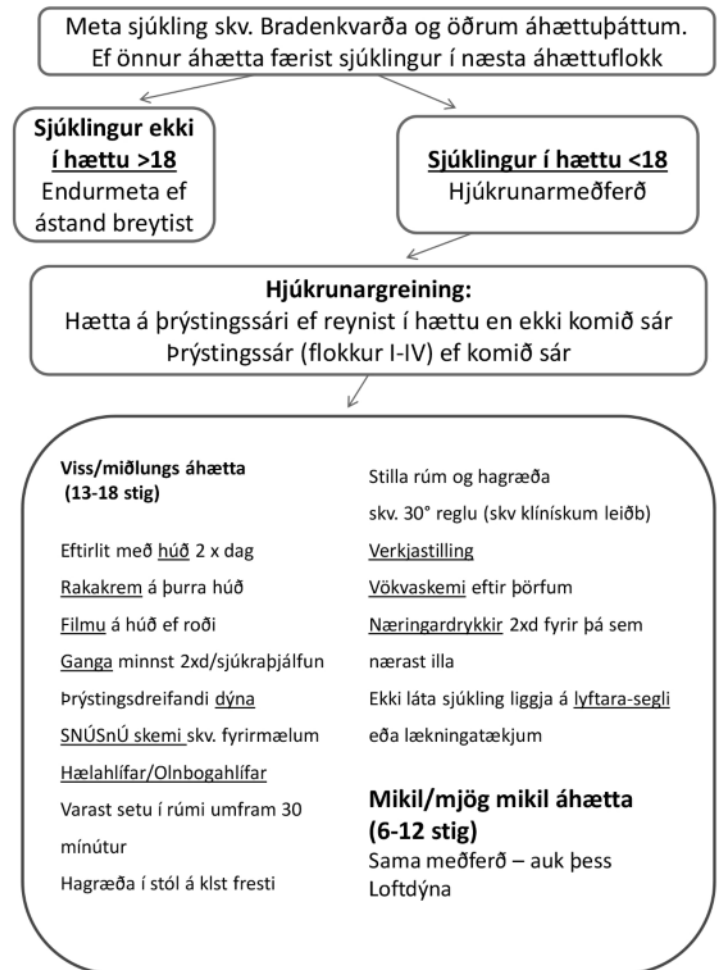
að taka upp nýja snúningsskrá sem var útbúin af sárahjúkrunarfræðingunum. Á hana er skráð hve oft sjúklingi er snúið, hvernig honum er snúið, hvort hann þiggur vökva sem honum er boðinn eða afþakkar, hvort húð er hrein og þurr eða raki við húð. Einnig er skráð húðmat sem hópurinn ákvað að skyldi fara fram tvisvar á sólarhring, einu sinni á morgunvaktinni og einu sinni á kvöldvaktinni. Mælt var með að skoða sérstaklega spjaldhrygg, rasskinnar og hæla en einnig hægt að skrá aðra staðsetningu. Skráning á þrýstingssárunum miðaðist við flokkun þrýstingssára (mynd 3). Á skrána er svo hægt að merkja við í hvaða áhættuflokki viðkomandi sjúklingur er skv. Braden-kvarða. Sjúkraþjálfara deildarinnar var boðið að taka þátt í þessu með deildinni og skrá athugasemdir og ráðleggingar varðandi hreyfingu sjúklings. Skráin nær yfir einn sólarhring og er endurnýjuð á næturvöktunum. Þá var ítrekað að öll skráning yrði færð inn í sjúkraskrá viðkomandi en litíð var á þessa skrá meira sem áminningu en skráningareyðublað.

Mynd 3. Endurgerð snúningsskrá.

Verklag um þrýstingssáravarnir var skipulagt með hliðsjón af klíniskum leiðbeiningum Landspítala um slíkar varnir frá árinu 2008 (sjá mynd 4) og skráð á blað sem flæðirit. Flæðiritið var hengt inn á línherbergi þar sem lín og allur sáralagerinn var geymdur svo það væri í augnsýn allra, óháð því hvort fólk var við tölvu eður ei. Í verklaginu var minnt á áhættumatið sem leiddi til þess að fólk lenti í áhættuhóp eða ekki. Því næst var minnt á að nota tvær hjúkrunargreiningar: „þrýstingssár“ og „hætta á þrýstingssári“. Stungið var upp á nokkrum meðferðarúrræðum og verkþáttum, t.d. að setja upp snúningsskrá, nota þrýstingsdreifandi dýna, sinna næringu, verkjum, húðmeðferð og að gæta þess að sjúklingar liggi ekki á lyftarasegli.

Ákveðið var að hafa apríl sama ár sem þemamánuð fyrir samskipti milli hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Í tengslum við það voru hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar hvattir til að funda í byrjun hverrar vaktar og eftir þörfum og að á þeim fundi væri lögð áhersla á fimm meginþemu. Þemur voru: Lífsmarkamælingar, aðhlynning, næring, hreyfing og að sjálfsögðu snúningur. Ákveðið var að ástand allra rúmdýna yrði metið við útskrift sjúklunga því þá er hvort sem er tekið af rúmunum.

Þrýstingssár-Verklag



Mynd 4. Nýtt verklag á A7.

Ónýtum dýnum átti að fleygja. Fljótlega kom í ljós að ástandið var mjög slæmt. Dýnurnar voru mjög gamlar, stundum rifnar og oftar en ekki komin dæld þar sem bakhlutinn hvílir. Í kjölfarið var farið af stað með dýnuverkefni Landspítala þar sem keyptar voru nýjar dýnur í öll rúm en þær komu ekki inn á spítalann fyrr en í maí 2016, eða ári síðar.

Fleira var gert, t.d. var dagsáætlun deildarinnar breytt. Dagsáætlun er hjálpartæki með upplýsingum um alla sjúklinga deildarinnar, ástæðu innlagnar, íhluti, helstu rannsóknir og fyrirmæli um meðferð. Ákveðið var að búa til aukareiti til að merkja hvort sjúklingur var með snúningsskrá eða sár og einnig aukareit varðandi hreyfigetu viðkomandi. Þannig varð augljósara ef fólk þurfti snúning og var með sár eða roðasvæði. Stuttu fyrir þessa nýju innleiðingu höfðu verið keyptar tússtöflur fyrir alla sjúklinga deildarinnar. Tússtaflan var staðsett við hvert rúmstæði og á hana var t.d. skráður lækni, hjúkrunarfræðingur og sjúkraliðinn sem sinnti sjúklingnum hverja vakt, lífsmörk, gönguferðir, sýklalyfjatimar og ýmislegt annað. Datt vinnuhópnum í hug að hægt væri að nota þessa töflu til að minna á snúninga þannig að það væri enn þá meira áberandi hverjir þyrftu að láta snúa sér. Tússtöflunotkunin hefur hins vegar ekki fest í sessi.

Áhrif nýs verklags — niðurstöður

Þegar bornar eru saman niðurstöður úr fyrstu þrem könnunum sem gerðar hafa verið sést að þó nokkur árangur hefur náðst. Sjúklingahópurinn helst svipaður allan tímann sem kannanirnar hafa verið gerðar. Meðalaldur hefur verið í kringum 70 ár, hlutfall karla og kvenna um 60/40 og sjúklingafjöldi á bilinu 20–22 hverju sinni. Niðurstöður úr fyrstu könnun voru fremur sláandi því, eins og fyrr segir, í febrúar 2015 reyndust heil 27% sjúklinga eða 6 sjúklingar af 22 með þrýstingssár og þar af tveir með fleiri en eitt sár. Þá mátti til að mynda sjá þrjú 4. stigs þrýstingssár. Sjö mánuðum síðar hafði 4. stigs þrýstingssárum fækkað niður í eitt og rúmu ári síðar, eða í þriðju könnuninni, var engin 4. stigs þrýstingssár að finna. Eins og við mátti búast hafa flest þrýstingssár fundist á spjaldhrygg og hælum en einnig hafa fundist þrýstingssár á olnboga, eyra og á ökkla-beinum. Í annarri könnun, sem var gerð um 7 mánuðum á eftir þeirri fyrstu, hafði þrýstingssárum fækkað úr 27,3% niður í 14,3% og hélst þannig í þriðju könnun sem var gerð árið á eftir (tafla 1).

	Febrúar 2015	September 2015	Maí 2016
Meðalaldur	70	69	69
Aldur > 70 ára (%)	50	57	52
Konur (%)	36	43	38
Karlar (%)	64	57	62
Snúningsskrá n=	0	6	3
Þrýstingssáragreiningar n=	2	2	3
Braden áhættumat (%)	59	95	62
Hætta á þrýstingssárum (%)	45	52	43
Tíðni þrýstingssára (%)	27,3	14,3	14,3

Líkt og minnst er á hér að framan var ekki notuð neins konar snúningsskrá til að skrá hve oft sjúklingum var snúið og hagrætt í rúmi þegar farið var af stað með þetta verkefni. Búin var til og tekin í notkun ný skrá sem komst fljótlega í vana hjá starfsfólki að nota. Í annarri könnun voru í notkun sex snúningsskrár og í þeirri þriðju voru þrjár skrár á náttborðum sjúklinga. Þeir sjúklingar, sem reyndust í hættu á þrýstingssárum skv. áhættumati, voru ekki allir með snúningsskrá og því má sjá tækifæri til úrbóta þar. Mikla aukningu má sjá í gerð áhættumats sjúklinga frá fyrstu könnun að þeirri næstu en matið fór úr 59% sjúklinga upp í 95%. Strax í þriðju könnun hefur matið lækkað aftur í svipað horf, þá voru 62% sjúklinga á deildinni með virkt áhættumat út af myndun þrýstingssára. Samkvæmt áhættumati sjúklinga á deildinni hafa um 40–50% sjúklinga verið í einhvers konar hættu á að fá þrýstingssár. Notkun réttra hjúkrunargreininga í tengslum við þrýstingssár helst svipuð í gegnum allt ferlið.



Mynd 5. Ný dýna.

Umræður

Með nýju og bættu verklagi var strax hægt að sjá árangur, milli fyrstu könnunarinnar í febrúar 2015 og næstu könnunar sjö mánuðum síðar má sjá stórfellda fækkun þrýstingssára en hún fer úr 27% niður í 14%. Þess skal getið að ekki er vitað hvort sárin mynduðust á deildinni eða komu að heiman og því mjög mikilvægt að við innlögn sé húð sjúklinganna skoðuð og þrýstingssár sem og önnur sár skráð í upplýsingaskrá hjúkrunar. Notkun snúningsskrár er komin í vana og nú eru fleiri sjúklingar, sem eiga á hættu á að fá þrýstingssár samkvæmt áhættumati, með snúningsskrá og er hagrætt reglulega yfir sólarhringinn. Snúningsskrárnar hafa fest sig í sessi á deildinni og hafa reynst gott vinnutæki til að styðjast við, bæði til að fylgja eftir snúningum og húðmati og sömuleiðis við vaktaskipti til að ekki fari á milli mála hvenær sjúklingi var síðast hagrætt.

Þetta verkefni varð til þess að starfsfólk varð meðvitaðra um hættuna á þrýstingsárum. Verklag varð skýrara og þar með vinna allir eins. Þrátt fyrir að árangri hafi verið náð í fækkun þrýstingssára hafa komið í ljós nokkur atriði sem má betrum-bæta. Þar má nefna hjúkrunarskráningu en ennþá eru notaðar mismunandi hjúkrunargreiningar í stað þess að styðjast við þær tvær greiningar sem stefnt var að: „þrýstingssár“ og „hætta á þrýstingssári“. Einnig hefur skráningu áhættumats verið ábóta-vant og má halda áfram að minna á mikilvægi þess að meta sjúklinga til að geta ef til vill komið í veg fyrir myndun þrýst-ingssára enda sjúklingahópurinn aldraður og stór hluti hans alltaf í hættu á að fá slík sár skv. könnunum.

Athygli vakti varðandi dýnurnar að þrátt fyrir að teknar hefðu verið í notkun nýjar dýnur í stað þeirra sem voru orðnar ónýtar fækkaði þrýstingssárum ekki. Nýju dýnurnar komu eftir aðra könnunina og fyrir þá þriðju en þegar þær kannanir eru bornar saman má ekki sjá marktækan mun á fjölda þrýstings-sára.

Lokaorð

Ráðist var í þetta verkefni á sínum tíma með háleit markmið, að útrýma þrýstingssárum á Landspítala. Ljóst er að þetta er verkefni sem þarf stöðugt að minna á og finna leiðir til að endurbæta til að viðhalda þeim árangri sem náðst hefur og auka hann enn fremur. Nú er unnið að því að innleiða snúnings-skrána og breytt vinnulag á fleiri deildum Landspítala og er það ferli hafið á krabbameinsdeildinni. Auðvitað kemur það fyrir að sjúklingar komi að heiman eða frá öðrum stofnunum á Landspítala með þrýstingssár en þá er mikilvægt að meta sjúk-linga við komu með því að framkvæma húðmat og gera áhættumat til að geta um leið brugðist við og fyrirbyggt meiri skaða. Eins er nauðsynlegt að vita hvort sárin komu með sjúk-lingi eða eru af okkar völdum. Því er skráningin nauðsynleg.

Í maí 2017 fóru tveir hjúkrunarfræðingar, sem eru í forsvari fyrir þetta verkefni, til Amsterdam á ráðstefnu EWMA (Euro-pean Wound Management Association) og héldu erindi (mynd 6). Þar var verkefnið kynnt og öllu ferlinu lýst líkt og hér að framan. Kynningin gekk mjög vel, fékk mjög góðar viðtökur og sköpuðust nauðsynlegar umræður á eftir. Það er mikilvægt að tala um það sem er vel gert og eins hvað betur má fara svo við getum öll lært hvert af öðru. Í starfsáætlun Landspítala 2017 er ein af lykiláherslunum að gerð verði aðgerðaáætlun til að fyrir-byggja helstu flokka óheppilegra atvika: sýkingar, föll, lyfjamis-tök og þrýstingssár og hefur framkvæmdastjóri hjúkrunar



Mynd 6. Frá EWMA-ráðstefnunni.



Mynd 7. Lega sjúklings á smitsjúkdómadeildinni. (Ljós. Guðbjörg Pálsdóttir.)

skipað faghóp til þess að vinna aðgerðaáætlun til að fyrirbyggja þrýstingssár á Landspítala. Stórt verkefni er fyrir höndum og þurfa allir að leggjast á eitt til að stuðla að öryggi sjúklinganna.

Lyfjavinna hjúkrunarfræðinga og lyfjaöryggi: Lærdómur úr MEDICO-námskeiðinu 2018

Arndís Embla Jónsdóttir, Elín María Gunnardóttir, Magali Brigitte Mouy

Í mars síðastliðnum fór fram námskeið í öruggri lyfjaumsýslu. Námskeiðið var haldið á Laugarvatni á vegum MEDICO-hópsins (Nordic Medication Educators' Collaboration) sem er hópur kennara í hjúkrunarfræði á Norðurlöndunum og Eistlandi. Hópurinn vinnur að eflingu kennslu í öruggri lyfjavinnu hjúkrunarnema og er verkefnið styrkt af Nordplus, menntaáætlun norrænu ráðherranefndarinnar. Frá árinu 2011 hefur hópurinn stuðlað að skipulagningu menntunar um örugga lyfjaumsýslu í hjúkrunarfræði í þessum löndum. MEDICO-hópurinn hefur skipulagt og staðið fyrir árangursríkum námskeiðum fyrir bæði BS- og MS-hjúkrunarfræðinema. Slíkt námskeið var haldið í fyrsta skipti í Finnlandi árið 2017 og hér á landi í mars síðastliðnum. Guðrún Björg Erlingsdóttir sá um skipulagningu námskeiðsins að þessu sinni og dr. Virpi Sulosaari, sem er formaður MEDICO-hópsins og lektor við Turku-háskóla í hagnýtum vísindum í Finnlandi, stýrði báðum námskeiðunum. Íslensku þátttakendurnir voru sjö á að þessu sinni, fjórir kennarar og þrír nemendur í BS-námi. Kennararnir voru dr. Helga Bragadóttir, Guðrún Björg Erlingsdóttir og Margrét Sigmundsdóttir frá Háskóla Íslands og dr. Margrét Hrönn Svavarsdóttir frá Háskólanum á Akureyri. Nemendur frá Háskólanum á Akureyri voru Elín María Gunnarsdóttir og Magali Brigitte Mouy. Frá Háskóla Íslands var Arndís Embla Jónsdóttir.

Örugg lyfjavinna hjúkrunarfræðinga

Það er mikilvægur hluti af heilbrigðisþjónustu að uppfræða skjólstæðinga um lyf og lyfjameðferð. Það eykur lyfjaöryggi að virkja skjólstæðinga og aðstandendur þeirra í meðferðinni með fræðslu um lyfin og notkun þeirra

Á námskeiðinu kynntumst við hjúkrunarfræðináminu í nágrannalöndum okkar og hvernig lyfjaöryggi er háttað þar. Hæfni hjúkrunarfræðinga í öruggri lyfjavinnu var skoðuð þverfaglega með stuttum fyrirlestrum og fjölbreyttum hópverkefnum. Gefin hafa verið út hæfniviðmið um örugga lyfjavinnu hjúkrunarfræðinga og greind hafa verið ellefu hæfnisvið sem er grundvöllur öruggrar lyfjavinnu, sjá töflu 1 (Helga Bragadóttir o.fl., 2013). Hæfniviðmiðin komu margsinnis fram í öllum hópverkefnum á námskeiðinu.

- | | |
|------------------------------------|--|
| 1. Líffæra- og lífeðlisfræði | 7. Lyfjaumsýsla |
| 2. Lyfjafræði | 8. Símenntun í lyfjavinnu |
| 3. Samskipti | 9. Eftirlit og endurmat |
| 4. Þverfagleg samvinna | 10. Skráning |
| 5. Upplýsingaöflun | 11. Efling öruggrar lyfjavinnu sem hluti af öryggi sjúklinga |
| 6. Stærðfræði og lyfjaútreikningur | |

Tafla 1. Hæfniviðmið hjúkrunarfræðinga (Helga Bragadóttir o.fl., 2013).

Hópverkefni voru unnin í vinnusmiðjum þar sem vinnan fólst meðal annars í að koma með hugmyndir að úrræðum til að efla lyfjaöryggi út frá fimm mismunandi sjónarhornum; á landsvísi, út frá stofnunum, fræðilegum sjónarhornum, hjúkrunarfræðingum og skjólstæðingum. Það var einróma álit þátttakenda námskeiðsins að vinnusmiðjurnar hefðu skilað árangri, kennsluáðferðirnar þar hefðu virkjað nemendur vel í námi. Sameiginleg niðurstaða hópavinnunnar var að það sé mikilvægur hluti af heilbrigðisþjónustu að uppfræða skjólstæðinga um lyf og lyfjameðferð. Þar er samvinna hjúkrunarfræðinga og skjólstæðinga þeirra lykilatriði. Það eykur lyfjaöryggi að virkja skjólstæðinga og aðstandendur þeirra í meðferðinni með fræðslu um lyfin og notkun þeirra. Okkar hlutverk sem hjúkrunarfræðinga er að halda áfram að fræðast um örugga lyfjaumsýslan, vera gagnrýnin og festast ekki í viðjum vanans.

Í einni vinnusmiðjunni fólst vinnan í því að koma með hugmyndir að starfsvenjum sem myndu auka öryggi skjólstæðinga við mismunandi aðstæður og á ólíkum deildum. Dæmi um niðurstöðu úr þessari vinnusmiðju er að á barnadeildum ættu ávallt tveir að fara yfir lyfjaskömmtun og þar ætti starfsumhverfið að vera lagað meira að börnum en almennt er gert, svo sem að hafa vökvasett fyrir börn. Þegar kemur að heimahjúkrun ætti að vera einn sameiginlegur gagnagrunnur sem allir læknaar skjólstæðinganna hefðu aðgang að svo yfirsýnin sé betri og lyfjalistinn verði ekki óþarflega langur. Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera mjög gagnrýnir á þau lyf sem gefin eru og fylgjast vel með því að lyfjarúllurnar séu réttar. Það er líka öryggisatriði að fræða skjólstæðingana og aðstandendur þeirra um lyfin sem þeir sjá um heima (Gillespie o.fl., 2014).

Í annarri vinnusmiðju byggðist vinnan á því að skoða lyfjamistök sem þátttakendur höfðu lent í eða tekið eftir og markmiðið var að koma í veg fyrir þessi mistök. Þetta er frábær leið til að halda umræðunni opinni um lyfjamistök og ræða hvernig bæta má stöðuna. Í þessari vinnusmiðju kom fram mikilvægi samskipta við skjólstæðinginn og hversu mikilvægt það er að gefa sér tíma til að hlusta á hann, einnig hve miklu máli skiptir að fylgjast með áhrifum lyfja og skrá þau. Nemendurnir komust að því að oft og tíðum er slíkt eftirlit ekki nægilega markvisst.

Öryggisviðhorf

Fjallað var um hugtakið „öryggisviðhorf“ (e. safety culture) sem er skilgreint sem samþætt viðhorf, skoðanir, skynjun og gildi sem starfsmenn deila í tengslum við öryggi á vinnustað (Cox og Cox, 1991). Eftir að hafa skoðað hugtakið settu nemendurnir upp lista af atriðum sem stuðla að betra öryggisviðhorfi á heilbrigðisstofnunum. Atriðin, sem stóðu upp úr voru heiðarleiki starfsmanna, jákvæð styrking frá stjórnendum og beiting heildrænnar hjúkrunar. Einnig fengu nemendurnir í MS-námi það verkefni að komast að því hvernig stjórnendur stuðla að öryggisviðhorfi, sjá mynd 1.



Mynd 1: Verkefni MS-nema um hvernig stjórnendur geta eftl öryggis-
menningu á vinnustöðum.

Umræður

Hjúkrun og menning í þátttökulöndunum var mikið rædd meðal nemenda og þá komu í ljós ýmis vandamál tengd heilbrigðiskerfinu sem eru sameiginleg milli landa, sérstaklega í tengslum við lyfjaöryggi. Skortur á fjármagni til að betrubæta heilbrigðiskerfið var það helsta, vinnuálag á hjúkrunarfræðingum og öðru heilbrigðisstarfsfólki var einnig nefnt. Oft vantar skýrar leiðbeiningar frá hinu opinbera til að samræma vinnureglur á öllum heilbrigðisstofnunum landsins. Við umræður komu fram dæmi um vandamál sem sum lönd voru búin að finna ráð við en önnur lönd eru enn að glíma við. Til dæmis fylgja í Noregi myndir af töflunum með lyfjarúllunni og það auðveldar skjólstæðingnum að þekkja lyfin sín. Þetta eykur einnig öryggi þegar hjúkrunarfræðingar þurfa að fara yfir rúllurnar. Þetta eykur lyfjaöryggi þar í landi en nemendur annarra landa könnuðust ekki við þessa aðferð.



Mynd 2: Þátttakendur í MEDICO-námskeiði í lyfjaöryggi í mars 2018.

Farið var yfir marga á þessum stutta tíma á námskeiðinu og helst hefðum við, hjúkrunarfræðinemarnir, viljað vera lengur og læra meira. Það sem stendur upp úr eftir þessa viku er að öryggi við lyfjavinnu er forgangsatriði sem við þurfum alltaf að hafa í huga. Við hjúkrunarfræðinemar (mynd 2) getum stöðugt bætt okkur og þá stefnu sem við vinnum eftir. Við megum aldrei gleyma því að vera gagnrýnir á það sem við erum að gera. Að lokum stendur það upp úr að hjúkrunarfræðingar eiga að vera stoltir af sínu starfi, verklag þeirra ætti alltaf að vera til fyrirmyndar og það á ekki síst við þegar kemur að lyfjaöryggi.

Heimildir

- Cox, S., og Cox, T. (1991) The structure of employee attitudes to safety: A European example. *Work and Stress*, 5, 93–106.
- Gillespie, R., Mullan, J., og Harrison, L. (2014). Managing medications: The role of informal caregivers of older adults and people living with dementia. A review of the literature. *Journal of Clinical Nursing*, 23 (23–24), 3296–3308, doi:10.1111/jocn.12519.
- Helga Bragadóttir, Margrét Sigmundsdóttir, Brynja Ingadóttir, Katrín Blöndal, Lovísa Baldursdóttir og Elín J.G. Hafsteinsdóttir (2013). Öruggr lyfjavinna hjúkrunarfræðinga: Lengi býr að fyrstu gerð. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 89 (5), 44–47.

Setið fyrir svörum ...



Erla Björnsdóttir hjúkrunarfræðingur og Valur Freyr.

Valur Freyr er hjúkrunarfræðingur og slökkviliðsmaður hjá Slökkviliði Akureyrar. Hann útskrifaðist 42 ára úr hjúkrunarfræði frá Háskólanum á Akureyri árið 2016. Valur lýkur bráðataekninámi frá Bandaríkjunum í desember. Hann er þriggja barna faðir sem er kolfallinn fyrir utanspítalabjónustunni og hefur kennt við Sjúkraflutningaskólann og Evrópska endurlífgunarráðið í mörg ár.

Fullkomin hamingja er ...
að vera vel giftur (sem ég er).

Hvað hræðist þú mest?
Köngulær, get ekki ímyndað mér neitt verra!

Fyrirmyndin?
Viðar, frændi minn, hann ber ábyrgð á því að ég starfa hjá Slökkviliði Akureyrar í dag (sem hjúkrunarfræðingur, að sjálfsögðu).

Eftirlætismáltækið?
Þetta reddast allt (og þannig hefur það verið allt mitt líf).

Hver er þinn helsti kostur?
Rólegur og nokkuð slakur á því.

Hvað vildirðu verða þegar þú varst ungur?
Slökkviliðsmaður.

Eftirlætismaturinn?
Lambakótilettur í miklu raspi og vel steiktur! (með „dassi“ af smjöri á hverri sneið).

Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra?
Óheiðarleika.

Hverju ertu stoltastur af að hafa áorkað?

Útskrifast sem hjúkrunarfræðingur frá Háskólanum á Akureyri.

Eftirminnilegasta ferðalagið?

Los Angeles með fjölskyldunni 2017 stendur upp úr, kolféll fyrir sólinni. ☺

Ofmetnasta dyggðin?

Dugnaður — við erum öll að drepa okkur úr vinnu og álagi!

Hver er þinn helsti löstur?

Vera latur á veturna.

Hverjum dáist þú mest að?

Konunni minni, hún er snillingur.

Eftirlætishöfundurinn?

Sú/sá sem skrifaði bókina Secret ...

Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið?

Jæja!

Mesta eftirsjáin?

Man ekki eftir neinu í augnablikinu ... jú, nei annars ...

Eftirlætisleikfangið?

Götuhjólið mitt, hef unun af að hjóla.

Stóra ástin í lífinu?

Eeeeeeeee ... konan mín?

Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa?

Væri til í að geta látið mig hverfa stundum, sérstaklega þegar ég tala áður en ég hugsa. Gerist æ sjaldnar samt.

Pitt helsta afrek?

Íslandsmeistari í fjallahjólreiðum í aldursflokknum 30–40 ára árið 2012 (vorum þrír að keppa).

Eftirlætisdýrið?

Tíkin mín, hún Aþena.

Hvar vildir þú helst búa?

Akkúrat þar sem ég bý núna, Akureyri.

Hvað er skemmtilegast?

Spila með hljómsveitunum mínum Hvanndalsbræðrum og Killer Queen, hjólreiðar og kaffispjall með góðum vini er gott líka. Svo bara að njóta þess að vera til.

Hvað eiginleika metur þú mest í fari vina?

Tryggð, einnig þegar þeir þora að láta mig heyra það ef ég hef verið fjarverandi ... eins og ég því miður er oft búinn að vera síðustu árin sökum skóla. ☺

Eftirlætiskvikmyndin?

Eurotrip er langbest — alger B-mynd en best.

Markmið í lífinu?

Klára bráðatækninámið, sem ég er í núna, og síðan svæfingahjúkrun.

Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?

Svæfingahjúkrun. ☺

Eitthvað að lokum?

Ég vil fleiri karlmenn í hjúkrunarnám. Já, og vinkona mín, hún Erla sem er með mér á myndinni, borgaði ekki fyrir hjúkrunarnámið mitt. ☺

Fræðslubæklingur fyrir aðstandendur einstaklinga með heilabilun



Höfundar fræðslubæklingisins Anna Jónsdóttir, Gerður Sæmundsdóttir og Guðlaug Guðmundsdóttir.

Þeir sem vinna með einstaklingum sem greinst hafa með heilabilun og aðstandendum þeirra finna mikið fyrir því hversu mikilvægt það er að hafa gott fræðsluefni fyrir aðstandendur en hingað til hefur það verið af skörnum skammti. Bæklingurinn er unninn á vegum fagraðs í öldrunarhjúkrun á flæðisviði Landspítala. Landspítali gefur bæklinginn út og prentun fer fram hjá Fjölritun á Kleppi.

Höfundar bæklingisins:

Anna Jónsdóttir hjúkrunarfræðingur, útskriftardeild aldraðra L-2
Gerður Sæmundsdóttir hjúkrunarfræðingur, öldrunarlækningadeild L-4
Guðlaug Guðmundsdóttir hjúkrunarfræðingur, dag- og göngudeild L-1

Höfundar söfnuðu saman efni frá mörgum erlendum og innlendum aðilum sem hafa sérhæft sig í málefnum Alzheimers-sjúklinga, eins og Alzheimers-samtökum á öllum Norðurlöndunum, Bretlandi og almennt í Evrópu.

Einnig byggðu höfundar á áratugalangri reynslu sinni af vinnu bæði með einstaklingum með heilabilun svo og aðstandendum þeirra.

Þegar einhver innan fjölskyldu greinist með heilabilun leiðir það oft til breytinga á daglegu lífi. Það er ekki auðvelt að annast einstakling með heilabilun en ýmislegt má læra af reynslu annarra sem eru í svipaðri stöðu og af fagfólki. Í þessum bæklingi eru hagnýtar upplýsingar fyrir umönnunaraðila hvort sem um er að ræða aðstandendur eða fagfólk.

Hvað er heilabilun?

Með aldrinum er eðlilegt að breytingar verði á minni. Margt getur haft áhrif á minni, t.d. álag, depurð, kvíði og truflun á einbeitingu. Minnistruflanir ganga oft yfir en þær geta líka verið merki um sjúkdóm á upphafsstigi. Heilabilun (dementia) verður vegna breytinga í heila sem valda skerðingu á hugsun og vitrænni getu. Þess vegna þarf einstaklingur með heilabilun að meira eða minna leyti að reiða sig á aðra. Orsakir heilabilunar geta verið margar, svo sem ýmsir sjúkdómar, heilaáföll og slys. Þunglyndi, einkum hjá eldra fólki, getur lýst sér með svipuðum einkennum.

Einkenni hrörnunarsjúkdóma ágerast eftir því sem á líður. Einstaklingsbundið er hversu hratt það gerist og hvaða einkenni koma fram. Sjúkdómarnir eru ólæknandi en meðferð miðar að því að draga úr einkennum og hægja á sjúkdómsferlinu.

Þekking á sjúkdómnum auðveldar aðstandendum:

- að skilja betur þann sem er með heilabilun
- að fá yfirsýn yfir hvað hægt er að gera
- að skilja þörfina fyrir faglega hjálp
- að takast á við nýtt hlutverk sem aðstandandi
- að draga úr álagi og streitu
- að eiga góð samskipti innan fjölskyldu.



Forsíða bæklingisins.

Áhrif sjúkdómsgreiningar á fjölskyldu

Við greiningu á heilabilun vakna margar spurningar: Hvernig þróast sjúkdómurinn? Hversu hratt? Er eitthvað hægt að gera? Hvað get ég sem aðstandandi gert?

Mikilvægt er að bæði sá sem veikt hefur og aðstandendur hans fái góðar upplýsingar um sjúkdóminn og hvernig er að lifa með honum. Það getur auðveldað fólki að átta sig á þeirri stöðu sem upp er komin og þar með aukið möguleika á að viðhalda lífsgæðum og gera áætlun fyrir framtíðina. Ef horft er eingöngu á þann missi sem sjúkdómurinn veldur geta tilfinningar eins og hjálparleysi, vonleysi, sorg og reiði tekið völdin.

Höfundar vilja að sem flestir njóti bæklingssins og að hann sé aðgengilegur þeim sem hafa þörf fyrir eða áhuga á að lesa hann. Hann er í Gæðahandbók Landspítalans þannig að auðvelt er að endurskoða hann og bæta við nýjum upplýsingum og taka út ef þarf. Einnig er hann aðgengilegur á netinu bæði ef leitað er undir Heilabilun — Aðstandendur og einnig á heimasíðu Alzheimers-samtakanna.

Krefjandi verkefni

Það er krefjandi fyrir þann sem veikt, fjölskyldu hans og vini að takast á við heilabilun. Fræðsla og stuðningur frá fagfólki og öðrum umönnunaraðilum er mikilvægur þáttur í því að takast á við það verkefni. Hægt er að fá ráðgjöf, fræðslu og upplýsingar á minnismóttökunni á göngudeild Landakots og einnig hjá Alzheimers-samtökunum.

Heimasíður sem mælt er með:

alzheimer.is
alzheimer.dk
alz.co.uk
alzheimer-europe.org

Heilbrigðisstofnun Vestfjarða

auglýsir eftir hjúkrunar- deildarstjóra á heilsugæslu á Patreksfirði



Heilbrigðisstofnun Vestfjarða á Patreksfirði óskar eftir að ráða hjúkrunardeildarstjóra heilsugæslu í 80–100% stöðu nú þegar, eða eftir nánara samkomulagi. Um er að ræða deildarstjórn á heilsugæslu.

Á Patreksfirði fer fram mjög fjölbreytt þjónusta heilbrigðisþjónusta á sjúkra- og heilsugæslusviði á sunnanverðum vestfjörðum. Hjúkrunarfræðingar hafa leyst hvern annan af og er því mikil reynsla á vinnustaðnum. Um að ræða spennandi stöðu fyrir réttan umsækjanda. Húsnæðishlunnindi eru góð, og eru leigulaus fyrsta árið fyrir utan rafmagns- og hitakostnað.

Helstu viðfangsefni og ábyrgð:

- Hjúkrunarábyrgð á heilsugæslu
- Umsjón með starfsmannahaldi

Menntunar- og hæfniskröfur:

- Íslenskt hjúkrunarleyfi er skilyrði
- Umsækjandi þarf að hafa góða hæfni í mannlegum samskiptum
- Sjálfstæði, áreiðanleiki og frumkvæði í vinnubrögðum og teymisvinnu
- Áhugi á þróun og uppbyggingu heilbrigðisþjónustu á Patreksfirði
- Framúrskarandi hæfni í mannlegum samskiptum

Heilbrigðisstofnun Vestfjarða

auglýsir eftir hjúkrunar- stjóra á Patreksfirði

Heilbrigðisstofnun Vestfjarða á Patreksfirði óskar eftir að ráða hjúkrunarstjóra í 80–100% stöðu frá 1. ágúst 2018 eða eftir nánara samkomulagi. Um er að ræða stjórnanda hjúkrunar á sjúkra- og heilsugæslusviði Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða á sunnanverðum vestfjörðum og deildarstjórn á legudeild.

Á Patreksfirði fer fram mjög fjölbreytt þjónusta. Hjúkrunarfræðingar hafa sinnt jafnt legudeild, heilsugæslu, blóðtökum og að hluta blóðrannsóknunum. Mikil reynsla er hjá núverandi starfsmönnum sem þar vinna og spennandi verkefni eru því í boði fyrir réttan umsækjanda. Húsnæðishlunnindi eru góð, góð íbúð í góðu standi er til staðar og er það leigulaust fyrsta árið fyrir utan rafmagns- og hitakostnað.

Helstu viðfangsefni og ábyrgð:

- Umsjón með heilsugæslu og legudeild
- Ábyrgð á starfsmannahaldi
- Rekstrarleg ábyrgð á heilbrigðisþjónustunni á Patreksfirði

Menntunar- og hæfniskröfur:

- Íslenskt hjúkrunarleyfi er skilyrði
- Reynsla af stjórnun og heilsugæslu er æskileg
- Umsækjandi þarf að hafa góða hæfni í mannlegum samskiptum
- Sjálfstæði, frumkvæði og áreiðanleiki
- Áhugi á þróun og uppbyggingu heilbrigðisþjónustu á Patreksfirði
- Framúrskarandi hæfni í mannlegum samskiptum
- Góð skipulagshæfni og öguð vinnubrögð

Umsóknarfrestur er til 1. ágúst 2018. Umsókn getur gílt í allt að 6 mánuði. Laun eru skv. gildandi kjarasamningum fjármálaráðherra og FÍH og stofnanasamningi HVEST og FÍH. Nánari upplýsingar veitir Anna Árdís Helgadóttir, hjúkrunarstjóri, í s: 849 0530 og á anna@hvest.is. Vinsamlegast sendið umsóknir í pósti eða með tölvupósti til Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða, b.t. hjúkrunarstjóra, Stekkum 1, 450 Patreksfirði.

Á Patreksfirði er gott að búa, bærinn er í uppsveiflu og ungt fólk sækir í auknum mæli á að búa á svæðinu. Náttúran er stórkostleg og stutt er í alla þjónustu. Aukinn

frítími sem fólk fær vegna nálægðar við vinnu gefur möguleika á mörgum tómstundum sem hægt er að stunda í fjölbreyttu og góðu mannlífi.

Umsóknareyðublað er að finna á vefnum www.hvest.is undir viðkomandi starfsauglýsingu.

Öllum umsóknum verður svarað þegar ráðning hefur verið frá gengin.

Doktorsvörn í hjúkrunarfræði



Dr. Rannveig Jóna Jónasdóttir hjúkrunarfræðingur.

Í desember sl. fór fram doktorsvörn Rannveigar Jónu Jónasdóttur í hjúkrunarfræði og heilbrigðisvísindum við Hjúkrunarfræðideild og Læknadeild.

Ritgerð Rannveigar fjallar um sjúklinga eftir útskrift af gjörgæsludeild og ber heitið: „*Þróun skipulagðrar, hjúkrunarstýrðrar eftirgæslu til sjúklinga eftir útskrift af gjörgæsludeild og prófun á áhrifum hennar. Development of a structured nurse-led follow-up for patients after discharge from the intensive care unit and testing of its effectiveness.*“

Ágrip af rannsókninni

Þróuð var meðferð, byggð á samþættu, kerfisbundnu yfirliti. Meðferðin var skipulögð, hjúkrunarstýrð eftirgæsla og fólst í reglubundnu eftirliti gjörgæsluhjúkrunarfræðinga með sjúklingunum í þrjá mánuði eftir að þeir útskrifuðust af gjörgæsludeild.

Prófuð voru áhrif meðferðarinnar á líkamlegt og sálrænt heilsufar sjúklinganna samanborið við sjúklinga sem fengu hefðbundna þjónustu. Rannsóknin var framsýn samanburðarrannsókn og rannsóknaraðferðir meginlegar. Almenn líkamlegt og sálrænt heilsufar sjúklinganna var mælt frá því fyrir innlögn á gjörgæsludeild, við útskrift af legudeild og þremur, sex og tólf mánuðum eftir útskrift af gjörgæsludeild. Því til viðbótar voru mæld einkenni kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar frá útskrift af legudeild að tólf mánuðum eftir útskrift af gjörgæsludeild.

Niðurstöður

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna engin áhrif skipulagðrar, hjúkrunarstýrðrar eftirgæslu á bætt líkamlegt og sálrænt heilsufar sjúklinganna fram yfir hefðbundna þjónustu. Hins vegar höfðu sjúklingar um einu ári síðar, í hvort tveggja tilraunahópi og samanburðarhópi, ekki náð samsvarandi heilsufari og þeir höfðu fyrir innlögn á gjörgæsludeild. Einkenni kvíða og þunglyndis voru fremur væg en sjúklingar úr báðum hópum höfðu einkenni áfallastreituröskunar frá þremur að tólf mánuðum eftir útskrift af gjörgæsludeild.

Sjúklingar sem lenda í bráðum og alvarlegum veikindum og lifa af gjörgæsludvölinna virðast glíma við langvarandi afleiðingar veikindanna og gjörgæslulegunnar á líkamlegt og sálrænt heilsufar sitt. Einkenni áfallastreituröskunar eru sláandi og langvarandi hjá þessum hópi sjúklinga. Frekari rannsóknir þarf til að þróa og mæla útkomu skipulagðrar og hjúkrunarstýrðrar eftirgæslu gjörgæslusjúklinga til að geta bætt líkamlegt og sálrænt heilsufar þeirra með markvissum aðgerðum.

Umsjónarkennarar og leiðbeinendur voru dr. Gísli H. Sigurðsson, prófessor við Læknadeild Háskóla Íslands, og dr. Helga Jónsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd dr. Christina Jones, við Háskólann í Liverpool, og dr. Berglind Guðmundsdóttir, dósent við Læknadeild Háskóla Íslands.

Andmælendur voru dr. Leanne Aitken, prófessor við Borgarháskólann í London, og dr. Páll Eyjólfur Ingvarsson, taugalæknir við Endurhæfingardeild LSH og klínískur dósent við Læknadeild Háskóla Íslands.

Örugg dvöl á sjúkrahúsi

— Nýtt fræðsluefni fyrir sjúklinga og aðstandendur frá Landspítala
Eygló Ingadóttir

Tilgangur fræðsluefnisins er að auka öryggi sjúklinga meðan á sjúkrahúsdvöl stendur með því að stuðla að virkri þátttöku þeirra og aðstandenda þeirra í eigin meðferð.

Fyrirmynd þessa einfalda og myndræna fræðsluefnis er sótt í öryggis-spjöldin í sætisvösum flugvéla.

Það er hannað á vegum Guy's and St. Thomas NHS Foundation Trust í Bretlandi og er gefið út á Íslandi með leyfi þaðan.

Um er að ræða 4 bls. bækling í A5 broti og veggspjald með einföldum leiðbeiningum.

Þar eru lögð til átta einföld ráð til að fyrirbyggja byltur, blóðtappa, sýkingar, rangar lyfjagjafir og þrýstingssár.

Einnig er lögð áhersla á mikilvægi réttra persónuupplýsinga, farsæla útskrift og hvatningu til sjúklinga um að tjá áhyggjur sínar og vangaveltur varðandi heilsufar sitt.

Bæklinginn er hægt að nálgast á vefnum landspitali.is

Fræðsluefnið hefur verið gefið út í nokkrum löndum, m.a. Ástralíu og Nýja Sjálandi og er til á nokkrum tungumálum, m.a. pólsku, ítölsku, hindi og kínversku en það getur líka nýst hér á landi.

Hægt er að nálgast erlendu útgáfunar á slóðinni <https://www.guysandstthomas.nhs.uk> (slá inn í leit "Making your stay with us safe").

Verkefnið var meðal verkefna sem hlutu gæðastyrk velferðarráðuneytisins í apríl 2018.

Aðstandendur verkefnisins á Landspítala vonast til að það nýtist sjúklingum á öllum íslenskum heilbrigðisstofnunum.



Forsíða bæklingins.

vertu með á
facebook
<https://www.facebook.com/hjukrun>



Samþætt geðhjúkrun

Viðtal við dr. Gísla Kort Kristófersson

Aðalbjörg S. Helgadóttir

Samþætt geðhjúkrun byggir á hugmyndafræði samþættrar hjúkrunar (e. integrative nursing) sem eflir heilbrigði og vellíðan einstaklinga, fjölskyldna og samfélaga með græðandi tengslum og samskiptum hjúkrunar og umhyggju, og hefur að leiðarljósi gagnreynda þekkingu sem beinir sjónum að inn gripum sem styðja við heilbrigði einstaklinga og kerfi á heildrænan hátt. Þetta hljómar kunnuglega í hugum hjúkrunarfræðinga, sem búa að þekkingu sem þeir hafa öðlast í gegnum nám þar sem fáar, ef nokkrar, hliðar mannlegrar tilveru eru undanskildar.

Segja má að Florence Nightingale (1859) hafi lagt grunninn að samþættri hjúkrun þegar hún skrifaði að hlutverk hjúkrunarfræðinga væri að sjá til þess að skjólstæðingurinn væri í bestu mögulegu aðstæðum svo að náttúran gæti brugðist við og lækning átt sér stað.

Samþætt hjúkrun felur í sér eftirtalda sex þætti (Kreitzer og Koithan, 2014):

1. Manneskjur eru heildrænar verur — líkami, hugur, andi — og verða ekki aðskildar frá umhverfi sínu.
2. Manneskjur hafa innbyggða getu til vellíðanar og heilbrigðis.
3. Náttúran býr yfir endurnærandi eiginleikum sem stuðla að heilbrigði og vellíðan.
4. Samþætt hjúkrun er einstaklingsmiðuð og byggir á samskiptum og tengslum.
5. Samþætt hjúkrun byggir á gagnreyndri þekkingu sem styður meðferðarlegar aðferðir sem hlúa að og efla heilbrigði og miðar að því að beita allt frá áhættuminnsta inn gripi til áhættumeira inn grips, eftir þörfum og samhengi.
6. Samþætt hjúkrun beinir athygli hvort tveggja að heilbrigði og vellíðan þeirra sem þiggja hjúkrun og þeirra sem veita hana.

Samþætt geðhjúkrun grundvallast á tengslum og samskiptum á milli skjólstæðings og fagaðila, þar sem skjólstæðingurinn er leiðtogiinn í þverfaglegu teymi sem vinnur á heildrænan hátt að því að samþætta ólíkar meðferðir með hagsmuni skjólstæðingsins að leiðarljósi.

Samþætt geðhjúkrun byggir á þessum sex stöðum og grundvallast á tengslum og samskiptum á milli skjólstæðings og fagaðila, þar sem skjólstæðingurinn er leiðtogiinn í þverfaglegu

teymi sem vinnur á heildrænan hátt að því að samþætta ólíkar meðferðir með hagsmuni hans að leiðarljósi. Leitað er leiða til að skilja og mæta þörfum og óskum, hefðum og gildum skjólstæðinga með aðferðum og inn gripum sem eru blanda af viðbótarmeðferðum og hefðbundnum meðferðum. Byrjað er á að beita minnsta mögulega inn gripi miðað við áhættu. Lyf og samtalsmeðferðir eru sjálfsagður hluti af möguleikunum og lögð er áhersla á að efla sjálfsönnun. Samþætt geðhjúkrun felur þannig í sér að veita heildræna og einstaklingsbundna þjónustu.

„Eins manns samþætt nálgun er annars manns þriðjudagur“

Ráðstefnan Hjúkrun í fararbroddi var haldin í þriðja sinn þann 18. janúar 2018, og nú á vegum Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands en áður á vegum Rannsóknarstofnunar í hjúkrunarfræði við Hjúkrunarfræðideild HÍ.

Hjúkrun í fararbroddi er tileinkuð minningu dr. Guðrúnar Marteinsdóttur, sem var dósent við námsbraut í hjúkrunarfræði og ruddi brautina fyrir íslenska hjúkrunarfræðinga á sviði heilsugæsluhjúkrunar. Guðrún lést langt fyrir aldur fram eftir baráttu við krabbamein, aðeins 42 ára að aldri. Tæpum mánuði áður skrifaði hún lesendabréf sem birtist í Tímariti hjúkrunarfræðinga (1995) eftir andlát hennar. Þar lýsir hún reynslu af heilbrigðisþjónustu í veikindum sínum og skrifar meðal annars:

Ég hef notið stuðnings, umhyggju og fólksvalausrar samhygðar fjölda hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða sem eftir hafa með mér bjartsýni og baráttuvilja gegn krabbameininu í líkama mínum. Í veikindunum hef ég sveiflast milli hjálparleysis, sorgar, baráttugleði og nýrra tilfinninga um lífið og tilveruna sem ég er enn að henda reiður á.

Guðrún skrifar að reynslan hafi gert henni ljóst að meðal starfsfólks hjúkrunar togist á tæknilegur metnaður og hjúkrunar-metnaður. Með tæknilegum metnaði átti hún við verkefni eins og lyfjagjöf, mælingar og þess háttar, á meðan hjúkrunar-metnaður fæli í sér samskipti og samvinnu við skjólstæðinga í

þeim tilgangi að stuðla að andlegri og líkamlegri vellíðan þeirra. Hún lauk bréfi sínu á þessum orðum:

Að mínu áliti vinna hjúkrunarfræðingar sjálfstætt sem fagstétt, hvort sem þeir starfa við almenna hjúkrun, stjórnun eða kennslu.

Þótt hugleiðing Guðrúnar láti ekki mikið yfir sér felur hún í sér mikilvægan sannleika um fræðigreininna hjúkrun; að þar fléttast saman tæknileg þekking og hjúkrunarþekking sem er samofin lífsreynslu okkar, viðhorfum og eiginleikum. Ástæða þess að ég dreg fram þessi orð Guðrúnar er að í þeim kristallast umfang hjúkrunar og þau eru jafngild enn í dag, 24 árum eftir að þau voru rituð.

Í þessum orðum má einnig finna sterka tengingu við eitt dagskrárefna ráðstefnunnar; samþætta nálgun í geðhjúkrun sem dr. Gísli Kort Kristófersson kynnti á einni þriggja vinnusmiðja þar. Hann og dr. Merrie Kaas frá Háskólanum í Minnesota hafa nýlokið ritun bókarkafila í annarri útgáfu bókarinnar Integrative Nursing, þar sem þau setja hugmyndina um samþætta geðhjúkrun (e. integrative mental health nursing) fram í samhengi við samþætta hjúkrun. Í vinnusmiðjunni kynnti Gísli niðurstöður kaflans, auk þess að fjalla um hvernig þessar hugmyndir geta nýst hjúkrunarfræðingum og öðru fagfólki geðheilbrigðisþjónustu við að veita einstaklingsmiðaða og heildræna þjónustu við aðstæður þar sem heildarsýnin tapast oft vegna fjár- og tíma-skorts.

Til að kafa ofan í hugmyndir dr. Gísla Korts Kristóferssonar varðandi samþætta nálgun í geðhjúkrun var brugðið á það ráð að hitta hann yfir kaffibolla snemma í vor.

Fjögur ár eru liðin síðan Gísli flutti aftur til Íslands ásamt eiginkonu og þremur börnum eftir að hafa dvalið í framhaldsnámi í Minnesota frá árinu 2006. Hann lauk þar námi til sérfræðingsréttinda í geðhjúkrun og hélt svo áfram í doktorsnám sem hann lauk árið 2012. Síðustu tvö árin sem fjölskyldan bjó ytra starfaði Gísli sem sérfræðingur á einkastofu auk þess að vera klínískur lektor við Háskólann í Minnesota. Skólinn er meðal annars þekktur innan hjúkrunarfræða fyrir faglegar rannsóknir og áherslu á samþætta hjúkrun.

Stór þáttur í ákvörðun hjónanna um að snúa heim var löngun þeirra til að ala börnin upp meðal fjölskyldunnar á Íslandi, en Gísli segist hafa verið búinn að koma sér vel fyrir í Minnesota: „Eftir að maður er orðinn vanur þessu sérfræðingshlutverki í Bandaríkjunum, þessum útvíkkuðu réttindum og hve staða sérfræðinga í hjúkrun er trygg og skýr, er ekkert þægilegt að fara út úr því.“

Gísli vill þó meina að grunnstaða hjúkrunar sé sterk hér á landi, en að sérfræðingshlutverkið sé ekki nægilega skýrt. Hann merkir það til að mynda á því að ekki fylgi mikil réttindi því að verða sérfræðingur á sviði hjúkrunar, önnur en að geta kallað sig sérfræðing, og að hlutverk sérfræðinga hafi lítið þróast, fyrir utan þróunarvinnu sem hefur átt sér stað á Landspítalanum. Snúum aftur að samþættri nálgun í geðhjúkrun og gefum Gísla orðið:

Já, það má segja að eins manns samþætt nálgun sé annars manns þriðjudagur. Einhvers sem hefur alltaf unnið svona. Þetta er þverfagleg hugmyndafræði sem nálgast skjólstaðinginn út frá eins víðu sjónarhorni og hægt er. Oft var þetta kallað heildræn nálgun, sem fór svo að þýða ekki lyf, ekki samtalsmeðferð og fór að snúast mikið um viðbótar-meðferðirnar. Þær eru finar og margar, en það er ekki spennandi að tilheyra sviði sem í skilgreiningunni sjálfri er alltaf úti á jaðri.

Sem dæmi, fór ég að rannsaka, stunda og nota núvitund í kringum árið 2006. Þá var núvitund að byrja að verða þekkt í fræðunum en núna er hún orðin risastór, hætt að vera skilgreind sem viðbótar-meðferð og er að verða gagnreynt inngríp í ákveðnu samhengi. Hugtakið heildrænt fór því í huga sumra að þýða aðeins viðbótar-meðferðir sem var þó aldrei hugsunin á bak við það, en í mínu doktorsnámi í geðhjúkrun sem ég nam við Háskólann í Minnesota, var áhersla lögð á hugtakið samþætting í stað hugtaksins heildrænt. Það var gert til að undirstrika að þetta snýst ekki bara um viðbótar-meðferðir, heldur um að taka heildarsýn á manneskjuna og reyna að átta sig á því hvað það er sem þessi manneskja þarfnast út frá mjög víðu sjónarhorni til að ná bata og viðhalda honum.

Lyfjagjöf er mikilvæg, en ekki eina meðferðarúrræðið. Samtalsmeðferð er líka mikilvæg, en ekki eina úrræðið. Þetta getur orðið vandamálið; þegar við höfum aðeins hamar



Dr. Gísli Kort Kristófersson, lektor og formaður hjúkrunarfræðideildar Háskólans á Akureyri.

fer allt að líta út eins og nagli. Ég hef skrifað út lyf í nokkur ár og veit hvernig þetta er; maður horfir á þetta öfluga verkfæri sem lyfin eru. Það er allt í lagi að fagstéttir sérhæfi sig í ákveðnum verkferum og verði sérfræðingar í því t.d. að beita hamri. En ef það er það eina sem er í boði á smíðaverkstæðinu lendum við svo í vandræðum þegar skráfurnar mæta á svæðið.

„Það er allt í lagi að fagstéttir sérhæfi sig í ákveðnum verkferum og verði sérfræðingar í því t.d. að beita hamri. En ef það er það eina sem er í boði á smíðaverkstæðinu, þá lendum við svo í vandræðum þegar skráfurnar mæta á svæðið.“

Mikilvægt hlutverk hinnar samþætta nálgunar er að beita þverfaglegri og batamiðaðri nálgun í geðheilbrigðisþjónustu þar sem skjólstæðingurinn er miðlægur. Auk þess er stöðugt verið að horfa á og finna út hvað virkar fyrir skjólstæðingana. Að mati Gísla ætti samþætt nálgun í hjúkrun ekki að vera til sem hugmyndafræði, því að samþætt hjúkrun sé í rauninni bara hjúkrun:

Fyrir mér snýst þessi samþætta nálgun um að nota gagnreynd vinnubrögð og áhættumat þar sem við beitum minnsta mögulega inn gripi fyrst. En kerfið okkar er ekki þannig. Til dæmis má nefna hvað það er miklu meira aðgengi að SSRI lyfjagjöf heldur en samtalsmeðferð. Sem er dæmi um að við erum ekki að nota samþætta nálgun í geðheilbrigðisþjónustunni okkar. Í mörgum tilfellum myndum við vilja byrja á samtalsmeðferð við t.d. vægu og meðalalvarlegu þunglyndi og ákveðnum kvíðaeinkennum. Síðan myndum við nota lyfjagjöfina annað hvort samhliða eða seinna ef samtalsmeðferðin gefur ekki nægan árangur. Ástæðan er sú að samtalsmeðferðin kemur betur út í áhættumati í vissum tilfellum.

Að sögn Gísla hentar samþætta nálgunin vel skjólstæðingum sem eru langveikir. Þeir eru oft orðnir örvæntingarfullir og leita logandi ljósi að nýjum og misárangursríkum leiðum að bata. Þá er það hlutverk okkar, hjúkrunarfræðinga, að horfa á heildarmyndina og styðja skjólstæðingana til að leita leiða sem svara áhættumati betur en aðrar. Áhættumatið, sem eru agaðar og fræðilegar aðferðir, styður við að samþætta nálgunin nái fót-festu í heilbrigðiskerfinu. Gísli leggur áherslu á að alltaf þurfi

„Fagfólk getur orðið óöruggt að beita samþættri nálgun, en þá gerir áhættumatið að verkum að nálgunin verður bæði öguð og fræðileg. Við metum áhættu, kostnað og rannsóknir, aðgengi og ávinning, hvort að viðkomandi úrræði vinni vel með öðrum eða ekki og hvernig það hentar hverjum einstaklingi. Í flestum tilfellum ræður skjólstæðingurinn þessu sjálfur, en við fagfólkið setjum fram ígrundað mat.“

að meta hvern skjólstæðing fyrir sig og að áhættumatið sé líkt og faglegur áttaviti fagfólks, en að það sem hjúkrunarfræðingar þurfi að fórna til að tileinka sér þessi vinnubrögð sé ákveðið hrifnaemi gagnvart nýjum hlutum:

Það er ekki alltaf hægt að horfa á það sem er nýtt og spennandi þegar kemur að ólíkum inn gripum, því að alltaf verður að hugsa um þetta í gegnum áhættumat. Fagfólk getur orðið óöruggt að beita samþættri nálgun, en þá gerir áhættumatið það að verkum að nálgunin verður bæði öguð og fræðileg. Við metum áhættu, kostnað og rannsóknir, aðgengi og ávinning, hvort viðkomandi úrræði vinni vel með öðrum eða ekki og hvernig það hentar hverjum einstaklingi. Í flestum tilfellum ræður skjólstæðingurinn þessu sjálfur, en við fagfólkið setjum fram ígrundað mat.

Gísli segir að til að skilgreina betur hvernig áhættumat fer fram megi taka sjósund sem dæmi:

Það eru ekki til margar fræðilegar sannanir fyrir gagnsemi sjósunds, en það er ekki mikil áhætta fyrir flesta ef varlega er farið. Svo eru einhverjar óbeinar sannanir sem hægt er að skoða, til dæmis líkamshreyfing sem fólk fær út úr þessu og getur haft jákvæð áhrif á lyndi, D-vítamín framleiðsla getur aukist sem mögulega getur líka haft einhver jákvæð áhrif, líkamlega og andlega fyrir suma, og stundum getur svona iðja hjálpað til að rjúfa félagslega einangrun og auka við tengslanet fólks sem einnig getur haft jákvæð áhrif á lyndi. Sumir þurfa kannski fyrst að tala við heilbrigðisfagfólk uppá hvort skrokkurinn ræði við þetta en þetta kostar ekki neitt og aðgangur á Íslandi er góður. Og þú þarft ekki að hætta að taka lyfin þín eða hætta í samtalsmeðferð þó að þú farir í sjósund.

Gísli bendir einnig á aðferðir sem ekki mæta áhættumati:

Smáskammtalækningar hafa ekki neinar fræðilegar sannanir á bak við sig. Því miður, það er bara þannig. Þá er áhættumatið orðið annað því að allar sannanir segja að þetta virki verr eða eins og lyfleysa. Það þarf þá að vera alveg á hreinu, allavega út frá siðferðilegu sjónarhorni, að fólk viti það. Það getur nýtt sér lyfleysuáhrifin en að mínu mati þarf að vera til staðar upplýst vitneskja hjá skjólstæðingum um að allar sannanir segi að þetta virki ekki betur en lyfleysa. Þess vegna er erfitt fyrir mig að mæla með þeim eða vara ekki við þeim. Sérstaklega fyrir fólk með alvarlega og langvinna geðsjúkdóma, sem hefur takmörkuð úrræði.

Gísli ítrekar mikilvægi þess að eiga alltaf samræður við fólk og upplýsa það um áhættuna samfara inn gripunum eða meðferðunum.

Það sem stendur í vegi fyrir samþættri nálgun er hin falska tvíhyggja sem fagfólk á til að festast í og felur í sér að skjólstæðingar geti aðeins annað hvort iðkað óhefðbundnar aðferðir eins og jóga eða hefðbundnar aðferðir eins og lyf. Ekki hvort tveggja. Gísli segir að með því að meta með vísindalegum og öguðum aðferðum, samhliða því að ræða við skjólstæðinga um þeirra óskir, sé mögulegt að ná fram betri meðferðarárangri: „Þegar talað er við fólk með alvarlega og langvinna geðsjúkdóma eru ólíkir hlutir sem allt í einu láta allt smella saman. Stundum er það nýtt lyf, stundum ákveðin samtalsmeðferðartækni, stundum hreyfing, kórastarf eða að starfa með félögum eins og Grófinni eða Hlutverkasetri.“ Gísli leggur áherslu á að

aukápúslíð sem tengi alla myndina saman geti komið úr óvæntri átt, en með samþættri nálgun færist athygli fagfólks að því að það sé ekki eitthvað eitt sem stuðlar að bata við geðsjúkdómum eða fíknisjúkdómum heldur sé þetta samþætt lausn margra púsl-bita sem raðast upp á hagstæðan hátt fyrir skjólstæðinginn okkar. Við vitum ekki fyrirfram hvaða biti það er, en með samtali, hlustun, gagnreyndri þekkingu og ígrundun getum við komist að því hvað gæti mögulega gert gæfumuninn.

Framtíðarsýn Gísla hvað varðar samþætta nálgun í geðheilbrigðisþjónustu snýr fyrst og fremst að heilsugæslunni, en honum er mikið niðri fyrir þegar hann lýsir framkomu fjárvaldsins gagnvart þeim málaflokki:

Við komum fram við heilsugæsluna eins og ef ég myndi fá son minn til að fara út í búð fyrir mig og segja við hann; kauptu kippu af kók, mjólk, Cheerios, brauð og lambalæri og hérna er 100 kall. Þannig að mér finnst ekki sanngjarnt að gagnrýna heilsugæsluna beint. Ég held að hún sé nokkurn veginn að gera það besta sem hún getur miðað við úrræðin sem hún hefur. Við þurfum að gefa henni alvöru fjármuni og alvöru stuðning. Þurfum að geta fært fjármuni til í kerfinu og ef við færum þá meira til heilsugæslunnar — og ég er svo sannarlega ekki sá fyrsti sem kem með þessa hugmyndafræði — þá spörum við á hinum endanum. En til þess þarf pólitískt hugrekki og kjörtímabilið er bara fjögur ár, oft minna.

Að sögn Gísla er vaxtarbroddurinn í geðheilbrigðismálum hérlandis í heilsugæslunni og hann sér fyrir sér fleiri þverfagleg teymi innan hennar:

Þverfagleg teymi sem eru bæði þarfa- og greiningamiðuð, sem hafa samþætta sýn á hlutina og ná að grípa fyrir inn í og snúa við þróun með einfaldari og áhættuminni inngrípum. Stöður geðheilbrigðisfagfólks innan heilsugæslunnar, eins og sálfræðinga, eru mikilvægt skref þar, en samt bara byrjunin.

Þverfagleg teymi hafa þegar tekið til starfa að einhverju leyti innan heilsugæslunnar og segir Gísli rödd hjúkrunar innan þeirra mikilvæga þar sem hjúkrunarfræðingar séu þungavigtarfarfagfólk sem búi yfir breiðri þekkingu sem hægt sé að nýta á hagkvæman hátt innan teymanna.

Eftir að hafa kvatt dr. Gísli Kort Kristófersson verður mér hugsað til orða Guðrúnar Marteinsdóttur, því að nú hef ég fundið púslbitann sem að mínu mati svarar hugrenningum Guðrúnar sem birtust árið 1995: Í stað þess að hjúkrunarmetnaður og tæknilegur metnaður togist á í störfum okkar, líkt og Guðrún benti á, erum við stöðugt að beita samþættri nálgun í störfum okkar þegar við fléttum saman hjúkrunarmetnaði og tæknilegum metnaði á meðvitaðan hátt, með gagnreyndar aðferðir, áhættumat og fagmennsku að leiðarljósi. Mig langar að enda þessa umfjöllun á orðum Guðrúnar sem hún flutti á heilbrigðisþingi og birtust í Morgunblaðinu þann 19. desember 1980. Guðrún vissi, líkt og Gísli, að tækifærin til að mæta þörfum skjólstæðinga okkar lægju innan heilsugæslunnar og þó að hugmyndafræði samþættrar nálgunar væri óþekkt árið 1980 rímaði framtíðarsýn Guðrúnar við framtíðarsýn Gísla:

Gagnkvæmur skilningur heilbrigðisstétta hverra á störfum hvers annars, samvinna á jafnréttisgrundvelli og samhæfing starfsaðgerða, með hag þess sem þjónustu hlýtur í brenni-depli, getur haft úrslitabýðingu hvað varðar gæði og árangur heilsugæslu.

Heimildir

Guðrún Marteinsdóttir. (1980, 19. desember). Fyrirkomulag þjónustu og verkaskipting heilsugæslustöðva. *Morgunblaðið*, 68(284), bls. 42.

Guðrún Marteinsdóttir. (1995). Tæknilegur metnaður, hjúkrunarmetnaður. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 71(1), 5.

Kreitzer, M. J. og Koithan, M. (ritstj.). (2014). *Integrative Nursing*. New York: Oxford Press.

Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. London: Harrison and Sons.

Með samþættri nálgun fær-
ist athygli fagfólks að því að
það er ekki eitthvað eitt sem
stuðlar að bata við geðsjúk-
dómum eða fíknisjúkdóm-
um heldur er þetta samþætt
lausn margra púsla sem rað-
ast upp á hagstæðan hátt
fyrir skjólstæðinginn okkar.
Við vitum ekki fyrirfram
hvaða púsl það er, en með
samtali, hlustun, gagnreyndri
þekkingu og ígrundun get-
um við komist að því hvaða
púsl gæti mögulega gert gæfu-
muninn.

Komum fjölgar á Neyðarmóttöku vegna áhrifa „metoo“ umræðunnar

Hrönn Stefánsdóttir



Hrönn Stefánsdóttir, verkefnastjóra Neyðarmóttöku nauðgana.

Pankastrik er fastur dálkur í blaðinu og höfundur hvers pistils stingur upp á þeim næsta. Í pankastriki gefst hjúkrunarfræðingum færi á að tjá sig um ýmislegt er varðar hjúkrun og er þeim hjartfólgið. Pistlarnir geta fjallað um ákveðin málefni, sögur af kynnum við sjúklinga eða starfsfólk, eitt-hvað sem hefur orðið höfundum til hugljómunar eða hvað eina annað sem tengist starfinu og hugmyndafræði þess.

„Má maður bara ekki neitt lengur“ ... glymur inn á kaffistofu á vinnustaðnum. „Maður þorir varla að horfa á kvenfólk án þess að fá stimpil um áreitni.“

„Metoo“ umræðan hefur verið á allra vörum síðustu mánuði og hefur skapað alls konar óöryggi og vangaveltur hjá sumum en verið frelsandi og valdeflandi fyrir aðra. Skömmin er að færast frá þolanda yfir á geranda, þar sem að hún átti og á alltaf að vera. Það átti aldrei og á ekki að fylgja því skömm að verða fyrir broti í hvaða mynd sem að það kann að vera og það ætti ekki að fylgja því skömm að leita sér aðstoðar eftir ofbeldi eða áreitni, þó að það hafi verið þannig í aldanna rás.

Í dag sjáum við sem að vinnum með þolendum ofbeldis að skömmin er í meira mæli að færast frá þolendum yfir á gerendur og einstaklingar eru jafnvel búnir að skila skömminni áður en þeir leita til okkar. Þetta er ofsalega jákvæð þróun og gerir það að verkum að fólk leitar sér fyrr aðstoðar, þiggur frekar þá aðstoð sem að er í boði og nær góðum líkamlegum og andlegum bata.

Við sem að vinnum með þolendum höfum fundið fyrir áhrifum „metoo“ byltingarinnar, komum hefur fjölgað vegna ofbeldisbrota á Neyðarmóttöku og sömu sögu segja samstarfsaðilar okkar t.d. hjá lögreglunni, barnavernd, í Bjarkarhlíð sem að er þolendamiðstöð ofbeldis og hjá þjónustumiðstöðvum Reykjavíkurborgar. Við fögnum því að komum fjölgi, vegna þess að við trúum að þolendur ofbeldis séu frekar í dag en áður að stíga fram og leita sér aðstoðar eins áður er nefnt. Fólk er að koma fyrr eftir brot og það er upplýstara um úrræði. Það sem að er líka góð þróun er að konur (í meirihluta þolenda) eru að viðurkenna kynferðislegt ofbeldi innan hjónabandsins/parasambandsins. Þessi hópur hefur verið að leita meira til okkar og fögnum við því, því þetta er hópur sem að við vitum að hefur verið falinn í langan tíma. Það hefur mikið verið rætt um afleiðingar kynferðisofbeldis og úrbætur gerðar í takt við það sem að er frábært en ennþá er einhver hula þakin heimilisofbeldismálum því að þau eru ennþá mjög falin. Þar getum við sem heilbrigðisstarfsfólk stigið inn í.

Verum öll meðvituð um ofbeldi og afleiðingar

Þó að átak hafi verið gert í heimilisofbeldismálum hjá lögreglu (*Að halda glugganum opnum*) og hjá Reykjavíkurborg (*Saman gegn ofbeldi*) þá er ærið verkefni fyrir höndum og þar tel ég að við heilbrigðisstarfsfólk getum haft mikið að segja.

En hvað vitum við í dag? Erum við sem vinnum í heilbrigðiskerfinu öll meðvituð um ofbeldi, afleiðingar og úrræði? Ég veit að ég var það ekki áður en ég fór að vinna við þennan málaflokk og ég er alltaf að læra. Það er því miður ekki mikið kennt um ofbeldi og afleiðingar í hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, enn sem komið er. En

Það sem við vitum er: Að það eru ákveðnir hópar útsettari fyrir ofbeldi, til að mynda konur af erlendum uppruna, konur sem að eru með langvinna líkamlega og andlega sjúkdóma, fatlaðar konur, konur í fíkn. Það eru líka tímabil í lífi kvenna þar sem þær eru í meiri áhættu fyrir ofbeldi, til að mynda þegar þær eru barnshafandi eða hafa ákveðið að fara frá ofbeldismanni. En það sem að sjaldan er talað um er það eru konur í ofbeldissamböndum sem vinna fulla vinnu, reka heimili með maka sínum og eru ekki þessar týpisku staðalímyndir kvenna sem verða fyrir ofbeldi. Einnig hefur ofbeldi aukist síðustu ár hjá yngri stúlkum í parasamböndum og það er alltaf jafn sláandi að hitta 18–20 ára stelpur sem hafa verið í ofbeldissambandi í 2–3 ár með kærustum sínum. Þetta er því miður að aukast og þarna þurfum við að opna augun og grípa inn í.

Heimilisofbeldi er dauðans alvara

Hvert er ég að fara með þessum þankastriki mínu? Jú við öll sem vinnum innan heilbrigðisgeirans þurfum að fræðast og setja á okkur þessi „gleraugu“. Að vera vakandi fyrir einkennum þeirra sem að búa við ofbeldi. Af hverju? Vegna þess að afleiðingar ofbeldis hafa viðtæk áhrif á bæði líkamlega og andlega heilsu. Það að spyrja um heimilisáðstæður, streituvalda í daglegu lífi og hreint og beint út í hvort að fólk verði fyrir ofbeldi, getur hjálpað og bjargað lífi þeirra sem eiga í hlut. Heimilisofbeldi er dauðans alvara. Tíu konur hafa dáið fyrir hendi maka á Íslandi á síðustu 30 árum. Það leita um 160 eintaklingar á bráðadeild Landspítala á ári hverju þar sem að komuástæða er heimilisofbeldi. Það leituðu um 170 konur til Kvænnaathvarfsins árið 2016 til dvalar þar og af þeim fóru 20% aftur heim til ofbeldismanns. Talið er að í dag búi 3000 börn við ofbeldi á Íslandi. Þetta er eins og gefur að skilja því miður viðtækt vandamál og við getum hjálpað. Bráðadeild Landspítala innleiddi nýtt verklag í móttöku eftir ofbeldi í nánú sambandi núna í febrúar og allir starfsmenn, læknar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, starfsmenn og ritarar hafa fengið þjálfun eða fá þjálfun í notkun verklagsins. Ég skora á ykkur hjúkrunarfræðingar að innleiða vitundarvakningu og verklag á ykkar vinnustöðum. Sameinuð getum við vonandi einhvern tímann séð til sólar í fækkun ofbeldismála.

Ég skora á Karólínu Andrésdóttur hjúkrunarfræðing og sjúkraflutningsmann við heilsugæsluna á Egilsstöðum, að skrifa næsta þankastrik.

Tíu konur hafa dáið fyrir hendi maka á Íslandi á síðustu 30 árum. Það leita um 160 eintaklingar á bráðadeild Landspítala á ári hverju þar sem að komuástæða er heimilisofbeldi.

Taupokar — gjörið svo vel!

Með þessu vortölublaði Tímarits hjúkrunarfræðinga fylgir sumargjöf frá félaginu; margnota taupoki með merki félagsins.

Hjá Fíh er alltaf verið að leita leiða til að vera umhverfisvænni og draga úr soun. Talsvert hefur verið dregið úr notkun pappírs, á skrifstofunni er allt flokkað, ekki eru notuð einnota kaffimál og nú verða bara notaðir margnota taupokar við flest tækifæri.

Við vonum að pokarnir gagnist sem flestum, enda notaðir drjúgir og fallegir.

Þar sem pökkun á tímaritinu var umfangsmeiri en vanalega var leitað til fangelsins á Hólmsheiði til að sjá um hana.



Notkun interRAI-upphafsmats til að meta þjónustubörf og forgangsraða þjónustu í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu

Útdráttur

Bakgrunnur: Mikil fjölgun í hópi þeirra sem vilja búa í sjálfstæðri búsetu þrátt fyrir versnandi heilsufar og óska eftir þjónustu heimahjúkrunar gefur tilefni til þess að skoða kosti þess að nota samræmt matstæki, eins og interRAI-matstækið (Resident Assessment Instrument) sem metur heilsufar, færni og þjónustubörf þjónustubega.

Tilgangur: Að skoða heilsufar, færni og þjónustubörf einstaklinga sem njóta þjónustu heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki samkvæmt upplýsingum úr interRAI-HC upphafsmati og MAPLe-reikniritinu sem forgangsraðar einstaklingum í þjónustuflokka eftir upplýsingum úr matinu. Jafnframt að bera saman niðurstöður og skoða muninn á þeim og athuga hvort gagnlegt er fyrir heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu að nota slíkt matstæki.

Aðferð: Rannsóknin var megindleg afturskyggn lýsandi samannburðarrannsókn. Úrtakið var 60 skjólstæðingar heimahjúkrunar á Akranesi og 42 skjólstæðingar á Sauðárkróki.

Niðurstöður: Meðalaldur skjólstæðinga heimahjúkrunar á Akranesi var 79,4 ár en 83,4 ár á Sauðárkróki. Aldursflokkurinn 81–90 ára var fjölmennastur, 43,3% á Akranesi og á Sauðárkróki 48,8%. Fleiri skjólstæðingar á Akranesi fundu til einmanaleika, höfðu dregið úr þátttöku í félagsstarfi og höfðu orðið fyrir áföllum síðustu 90 daga en skjólstæðingar á Sauðárkróki. Einvera yfir daginn og skerðing á skammtímaminni hjá skjólstæðingum var sambærileg á Akranesi og á Sauðárkróki. Um helmingur skjólstæðinga á báðum stöðum var með mæði eða öndunarerfiðleika og meirihluti skjólstæðinga á báðum stöðum fann til þreytu, eða í um 90% tilvika. Um þriðjungur skjólstæðinga á báðum stöðum hafði hlotið byltur síðustu 90 daga. Fleiri þurftu aðstoð við lyfjatöku á Sauðárkróki en á Akranesi. Ekki var marktækur munur á dreifingu í MAPLe-flokka og þjónustubörf á

Akranesi og á Sauðárkróki. Skjólstæðingar á Sauðárkróki fengu ekki kvöldþjónustu frá heimahjúkrun og hvorki kvöld- né helgarþjónustu frá félagslegri heimaþjónustu en slík þjónusta var veitt á Akranesi.

Ályktanir: Niðurstöður gefa til kynna að interRAI-HC-upphafsmatið og MAPLe-flokkarnir geti nýst bæði heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu til að meta stöðu og þjónustubörf skjólstæðinga þeirra og þar með veita þjónustu við hæfi og forgangsraða þjónustu til þeirra sem mest þurfa á henni að halda.

Lykilorð: Aldraðir, félagsleg heimaþjónusta, heimahjúkrun, interRAI-HC, MAPLe, upphafsmat.

Inngangur

Áætlað er að veruleg fjölgun verði á fólki í aldurshópnum 65 ára og eldri til ársins 2065 á Íslandi eða frá því að vera 47.581 árið 2016 yfir í að vera 114.269 manns. Ef þetta gengur eftir er fjölgunin í þessum aldurshóp meira en 100% (Hagstofa Íslands 2016). Heimahjúkrun sinnir öllum aldurshópum en aldraðir eru stærsti hópurinn og m.t.t. mannfjöldaspárinnar þarf að horfa til framtíðar með umfang og gæði þjónustunnar í huga (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2003). Einnig lifa aldraðir lengur með fjölþætta langvinna sjúkdóma en áður, margir eru með minnkaða færni og þarfnast umönnunar frekar en lækningar og mun það valda auknu álagi á heilbrigðiskerfið, félagslega þjónustu og aðstandendur (Hooyman og Kiyak, 2011). Þegar þörf fyrir þjónustu eykst er mikilvægt að hafa yfirsýn yfir þarfir skjólstæðinga og veitta þjónustu með góðri skráningu upplýsinga en vísbendingar eru um að hana þurfi að bæta í heimahjúkrun og félagslegri þjónustu (Ríkisendurskoðun, 2005). Heimaþjónustan þarf að leggja áherslu á þá sem hafa

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: interRAI-HC-upphafsmat er nýleg stytting á interRAI-HC-mati sem útbúið er fyrir heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu.

Hagnýting: Rannsóknin sýndi að interRAI-HC-upphafsmatið, sem meðal annars inniheldur MAPLe-reikniritið, gefur góða mynd af heilsufari og þjónustubörf skjólstæðinga í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu.

Þekking: Leggja þarf áherslu á samræmda skráningu upplýsinga hjá heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu svo að góð mynd fái af þjónustubörf skjólstæðinganna.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: InterRAI-HC-upphafsmat er fljótlegt og auðvelt í notkun og niðurstöður fást strax en slíkt er mikilvægt til að gera þjónustuna sem markvissasta fyrir skjólstæðinga heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu.

þörf fyrir aukna þjónustu vegna minnkaðrar getu og sjálfstæðis. Þessa þjónustu er hægt að veita fólki heima með litlum kostnaði ef heilbrigðis- og félagsþjónusta við hæfi er í boði alla daga og allan sólarhringinn (Williams o.fl., 2009).

Heimahjúkrun og félagsleg heimþjónusta gegna mikilvægu hlutverki í heilbrigðiskerfinu en ljóst er að með aukinni þörf er mikilvægt að þjónusta sé veitt í samræmi við þörf og að stuðst sé við viðmið til að úthluta takmarkaðri heimþjónustu svo hún verði sem áhrifaríkust (Hirdes o.fl., 2008). Það er því mikilvægt að hafa tæki sem metur þjónustubörf og hjálpar við að finna þá sem þurfa heilsufars síns vegna að fá mikla þjónustu. Matstæki, sem styður slíka greiningu, er interRAI-HC-matstækið (e. interRAI-Home Care) ásamt tilheyrandi MAPLe-reikniriti (e. Method for Assigning Priority Levels).

Í interRAI-HC-mati eru 36 breytur þar sem skráðar eru upplýsingar um líkamlegt og andlegt heilsufar, færni og félagslegt umhverfi einstaklingsins og nýtist það við að gera áætlanir og skipuleggja heimþjónustu, hvort sem hún er frá heimahjúkrun eða frá félagslegri heimþjónustu. MAPLe-reikniritið sem notar upplýsingar úr 36 breytum í interRAI-HC-matinu er notað til að raða einstaklingum í flokka eftir þjónustubörf og var útbúið til að styðja ákvarðanir fagfólks um þjónustu til einstaklinga (Hirdes o.fl., 2008).

Árið 2013 var byrjað að nota interRAI-HC-upphafsmat, sem er stytt útgáfa matstækisins (inniheldur 80 breytur þar af þær 36 breytur sem MAPLe-reikniritið þarfnast), ásamt MAPLe-reikniritinu í tengslum við verkefni á vegum Velferðarráðuneytisins (Ingibjörg Hjaltadóttir, 2014). Þátttakendur í verkefninu voru nokkrar heilbrigðisstofnanir á landinu, þar á meðal á Sauðárkróki, og ári síðar var byrjað að nota matstækið á Akranesi. Markmið þess verkefnis var m.a. að kanna notagildi stytt matstækis, þ.e. 80 atriða úr interRAI-HC og reikniritsins MAPLe við að ákvarða og velja hentug þjónustuúrræði fyrir einstaklinga sem þarfnast heimþjónustu. Niðurstöður verkefnisins gáfu til kynna að MAPLe-flokkarnir gæfu rök fyrir ákvörðun um þjónustu, mætu alla einstaklinga jafnt og gætu aukið á samræmi í þjónustu milli landshluta (Ingibjörg Hjaltadóttir, 2014).

Þegar byrjað er að nota nýtt matstæki, eins og interRAI-HC-upphafsmatið, er mikilvægt að skoða hvernig það reynist. Einnig er mikilvægt við skipulagningu þjónustu að þekkja heilsufar, færni og þjónustubarfir skjólstæðinganna og kanna hvort verið er að veita þjónustu í samræmi við þær þarfir. Kerfisbundið mat á þjónustubörfum einstaklinga, sem þiggja heimþjónustu, og samanburð á milli sveitarfélaga hefur skort á Íslandi.

Markmið rannsóknarinnar var að skoða heilsufar, færni og þjónustubörf einstaklinga sem njóta þjónustu heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki samkvæmt upplýsingum úr interRAI-HC-upphafsmati og MAPLe-reikniritinu sem forgangsraðar einstaklingum í þjónustuflokka eftir upplýsingum úr matinu. Jafnframt var ætlunin að bera saman niðurstöður og skoða muninn á þeim og athuga hvort gagnlegt er fyrir heimahjúkrun og félagslega heimþjónustu að nota slíkt matstæki.

Aðferð

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var megindleg afturskyggn lýsandi samanburðar-rannsókn þar sem interRAI-HC-upphafsmat og MAPLe-reikniritið var notað til að meta heilsufar, færni og þjónustubarfir hjá skjólstæðingum heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki.

Úrtak

Rannsóknarúrtakið voru allir þeir einstaklingar sem nutu heimahjúkrunar í janúar og febrúar 2014 á Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi (n=60) og í maí og júní 2013 á Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Sauðárkróki (n=42).

Matstæki

Matstækið sem notað var í rannsókninni er interRAI-HC-upphafsmat sem er stytt útgáfa matstækisins interRAI-HC (inniheldur 80 breytur, þar af þær 36 breytur sem MAPLe-reikniritið þarfnast). Einnig var notað reikniritið Method for Assigning Priority Levels (MAPLe) sem forgangsraðar einstaklingum í fimm þjónustuflokka eftir upplýsingum úr interRAI-HC-mati. MAPLe-reikniritið notar 36 breytur úr interRAI-HC-mati þar sem skoðuð eru spágildi fyrir langtímavistun, umönnunarþyngd og mat á aukinni þjónustubörf (Hirdes o.fl., 2008). Höfundar MAPLe-reikniritsins hafa bent á að það er áreiðanlegt stuðningstæki til að forgangsraða einstaklingum sem hafa þörf fyrir heimþjónustu eða langtímavistun og auka þannig gæði þjónustunnar og stuðning við óformlegan umönnunaraðila (Hirdes o.fl., 2008). Í töflu 1 er gerð grein fyrir einkennum og þjónustubörfum einstaklinga sem falla í MAPLe-flokkana fimm með stuttum skilgreiningum (sjá töflu 1).

Tafla 1. Skilgreining á þjónustubörf samkvæmt MAPLe-flokkunum

MAPLe 1. Lítil þörf. Sjálfstæði í ákvörðunum og góð andleg og líkamleg færni
MAPLe 2. Væg þörf. Væg færniskerðing í heimilishaldi, þarf ekki aðstoð við matseld
MAPLe 3. Meðalþörf. Skert færni í heimilishaldi, lyfjatiltekt, væg ADL-skerðing
MAPLe 4. Mikil þörf. Skert vitræn geta eða ADL-færni, kyngingarvandi, dettni
MAPLe 5. Mjög mikil þörf. Verulega skert vitræn geta og ADL-færni, hegðunarvandi

Framkvæmd

Notuð voru gögn sem starfsfólk heimahjúkrunar hafði aflað með interRAI-HC-upphafsmati annars vegar vorið 2013 á Sauðárkróki og hins vegar í byrjun árs 2014 á Akranesi, en á mynd 1 má sjá þjónustusvæði heimahjúkrunar á báðum stöðum. Enginn var útilokaður frá rannsókninni og engin íhlutun gerð. Umrædd gögn voru hluti af sjúkraskrárgögnum einstaklinga sem þáðu heimahjúkrun á þessum stöðum. Þar sem um fyrirliggjandi gögn var að ræða var ekki fengið upplýst sam-



Mynd 1. Þjónustusvæði heimahjúkrunar Heilbrigðisstofnunar Vesturlands á Akranesi og Heilbrigðisstofnunar Norðurlands á Sauðárkróki.

þykki viðkomandi einstaklinga en unnið var með gögnin ópersónugreinanleg.

Siðfræði

Leyfi fyrir notkun gagnanna voru fengin hjá lækningaforstjóra og hjúkrunarforstjóra á Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi og Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Sauðárkróki, Vísindasíðanefnd (Tilv.: VSNb2014070002/03.07; viðauki 1) og Persónuvernd (Tilv.: VSN2014071038TS; viðauki 2).

Tölfræðileg úrvinnsla

Til að lýsa niðurstöðum er notuð bæði lýsandi og ályktandi tölfræði. Lýsandi niðurstöður eru sýndar í súluriti og töflum sem sýna tíðni og dreifingu. MAPLe-reikniritið er notað til að reikna út þjónustupörf einstaklinga og þá þjónustu sem þeir þáðu þegar matið var gert. Til að skoða tengsl milli breyta eru notuð t-próf fyrir jafnbilabreytur og stikalaus próf (non parametric) fyrir raðbreytur og nafnbreytur. Samanburður á nafnbreytum og raðbreytum var gerður með kíкваðratprófi eða Fishers exact-prófi ef fjöldi í hópum var undir fimm í 2×2 töflum og Yates kíкваðratleiðrétting ef fjöldi í hópum var undir fimm í stærri töflum. Þegar um jafnbilabreytur var að ræða var munur á hópum mældur með t-prófi tveggja óháðra hópa. Marktektarmörk voru sett $p < 0,05$. SPSS-tölvuforritið, 19. útgáfa, var notað við tölfræðiútreikninga (Field, 2009).

Þegar aldur þátttakenda var skoðaður var eftirfarandi aldursskipting notuð: 20–50 ár, 51–60 ár, 61–70 ár, 71–80 ár, 81–90 ár, 91–100 ár og 101–110 ár. Notað var t-próf óháðra hópa til að skoða meðalaldur og sjá hvort marktækur munur væri á aldri skjólstæðinga.

Vegna þess hve fámenn rannsóknin var þá þurfti að sameina breytur (endurkóða) í þeim tilgangi að eyða tómum reitum.

Svör við breytunum um ADL-getu: persónulegt hreinlæti, böðun, hreyfing milli staða, að ganga, salernisferðir, salernisnotkun og að matast voru endurkóðuð og fækkað úr átta svarmöguleikum í þrjá: 1) sjálfbjarga, 2) aðstoð við undirbúning, eftirlit eða leiðbeiningar, 3) mikil aðstoð eins eða fleiri starfsmanna.

Svarmöguleikar við breytunni um lyfjatöku voru endurkóðuðir í: 1) sjálfbjarga, 2) takmörkuð aðstoð, 3) mikil aðstoð. Svarmöguleikar við breytunni um stjórn á þvaglátum voru endurkóðuðir í: 1) full stjórn, 2) lausheldni sjaldnar en daglega, 3) lausheldni daglega.

Niðurstöður

Ekki var munur á aldursdreifingu skjólstæðinga eða meðalaldri; meðalaldur skjólstæðinga á Akranesi var 79,4 ár en 83,4 ár á Sauðárkróki. Aldursflokkurinn 81–90 ára var fjölmennastur, 43,3% á Akranesi og á Sauðárkróki 48,8% (sjá töflu 2). Karlar voru 38,3% notenda þjónustunnar á Akranesi og 42,8% á Sauðárkróki.

Einmanaleiki og áföll

Fleiri skjólstæðingar greindu frá einmanaleika á Akranesi (48%) en á Sauðárkróki (10%), ($\chi^2(1)=16,311$, $p < 0,001$) og fleiri höfðu dregið úr félagslegri þátttöku á Akranesi (75%) en á Sauðárkróki (14%) ($\chi^2(2)=19,027$, $p < 0,001$). Á Akranesi höfðu 36% skjólstæðinga orðið fyrir áföllum síðustu 90 daga en á Sauðárkróki voru það færri eða 14% ($\chi^2(1)=16,311$, $p < 0,001$). Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki hvað varðar einangrun og einveru (sjá töflu 3).

Heilsufar og færni

Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki hvað varðar minnissjúkdóma eða skerðingu á skammtíma-minni en 50% skjólstæðinga á Akranesi voru með vitræna skerðingu til ákvarðanatöku við daglegar athafnir og 52% skjólstæðinga á Sauðárkróki. Hins vegar þurftu færri skjólstæðingar, eða 42%, á Akranesi mikla aðstoð við lyfjatöku en á Sauðárkróki, 76% ($\chi^2(2)=13,537$, $p < 0,001$). Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki hvað varðar hæfni til að matast, mæði og þreytu (sjá töflu 4). Hvað varðar færni voru færri skjólstæðingar á Akranesi sjálfbjarga um að komast á salernið, eða 80% á móti 98% skjólstæðinga á Sauðárkróki ($\chi^2(2)=6,188$, $p < 0,045$). Einnig voru færri skjólstæðingar á Akranesi sjálfbjarga við að athafna sig á salerninu, þ.e. við sal-

Tafla 2. Samanburður á aldursdreifingu skjólstæðinga heimahjúkrunar á Akranesi ($n=60$) og á Sauðárkróki ($n=42$)

Aldur		20–60	61–70	71–80	81–90	91–100	101–110	p
Akranes	n (%)	3 (5,0)	8 (13,3)	18 (30,0)	26 (43,3)	5 (8,3)	0 (0,0)	0,616*
Sauðárkrókur	n (%)	2 (4,8)	1 (2,4)	9 (22,0)	20 (48,8)	8 (19,5)	1 (2,4)	

*Yates kíкваðratpróf

Tafla 3. Samanburður á einmanaleika, félagslegri þátttöku, áföllum síðustu 90 daga, einangrun og einveru yfir daginn hjá skjólstæðingum heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki

Sveitarfélag		Akranesn=60	Sauðárkrókurn=42	p
Greinir frá einmanaleika	n (%)	28 (48)	4 (10)	<0,001*
Hefur dregið úr félagslegri þátttöku	n (%)	45 (75)	6 (14)	<0,001*
Hefur orðið fyrir áföllum síðustu 90 daga	n (%)	21 (36)	6 (14)	<0,001*
Einangrun/einvera yfir daginn				
Einvera minna en ein klst.	n (%)	13 (22)	10 (24)	0,689*
Einvera ein til tvær klst.	n (%)	9 (15)	10 (7)	
Einvera þrjár til átta klst.	n (%)	9 (15)	7 (17)	
Einvera lengur en átta klst.	n (%)	29 (48)	22 (52)	

*Kíkvaðratpróf

ernisnotkun, eða 77% á móti 95% skjólstæðinga á Sauðárkróki ($\chi^2(2)=7,057$, $p<0,029$). Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki hvað varðar stjórn á þvagi (sjá töflu 4). Á Akranesi voru 38% skjólstæðingar sjálfbjarga með það á móti 48% skjólstæðinga á Sauðárkróki, ($\chi^2(2)=10,928$, $p<0,004$). Ekki var munur á skjólstæðingum á Akranesi og á Sauðárkróki

hvað varðar sjálfsbjargargetu við persónulegt hreinlæti, það að klæða efri hluta líkamans og klæða neðri hlutann. Færri skjólstæðingar á Akranesi eða 70% voru sjálfbjarga við hreyfingu milli staða á móti 93% skjólstæðinga á Sauðárkróki ($\chi^2(2)=8,192$, $p<0,016$) en ekki var munur á hópunum hvað varðaði sjálfsbjargargetu við að ganga (sjá töflu 4).

Tafla 4. Samanburður á minnissjúkdómum, skerðingu á skammtímaminni, vitrænni getu og sjálfbjargargetu við almennar daglegar athafnir hjá skjólstæðingum heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki.

Akranes			Sauðárkrókur	
Sveitarfélag	n=60	n=42	P	
Alzheimergreining	n(%)	2(3)	1(2)	1,000**
Aðrir minnissjúkdómar	n(%)	4(7)	2(5)	0,754**
Skerðing á skammtímaminni	n(%)	24(40)	18(43)	0,773*
Skerðing á vitrænni getu við ADL	n(%)	30(50)	20(52)	0,875*
Sjálfbjarga við lyfjatöku	n(%)	23(38)	9(21)	0,001*
Takmörkuð aðstoð við lyfjatöku	n(%)	12(20)	1(2)	
Mikil aðstoð við lyfjatöku	n(%)	25(42)	32(76)	
Sjálfbjarga við að matast	n(%)	56(93)	42(100)	0,659*
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	3(5)	0(0)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	1(2)	0(0)	
Mæði ekki til staðar	n(%)	29(48)	20(48)	0,899*
Mæði við miðlungsáreynslu	n(%)	19(32)	17(41)	
Mæði við almenn dagleg verk	n(%)	10(17)	4(10)	
Mæði í hvíld	n(%)	2(3)	1(2)	
Engin einkenni þreytu	n(%)	8(13)	4(10)	0,757**
Lítilsháttar þreyta, lýkur verkum	n(%)	13(22)	28(67)	
Miðlungsþreyta, lýkur ekki verkum	n(%)	25(42)	8(19)	
Mikil þreyta og minnkað úthald	n(%)	9(15)	1(2)	
Engin geta við almenn dagleg verk	n(%)	5(8)	1(2)	
Sjálfbjarga við salernisferðir	n(%)	48(80)	41(98)	0,045**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	10(17)	0(0)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	2(3)	1(2)	
Sjálfbjarga við salernisnotkun	n(%)	46(77)	40(95)	0,029**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	11(18)	0(0)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	3(5)	2(5)	
Full stjórn á þvagi	n(%)	35(58)	23(55)	0,660*
Lausheldni sjaldnar en daglega	n(%)	15(25)	9(21)	
Lausheldni daglega	n(%)	10(17)	10(24)	
Sjálfbjarga við bað	n(%)	23(38)	20(48)	0,004*
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	29(48)	8(19)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	8(13)	14(33)	

Tafla 4, <i>framh.</i>		Akranes	Sauðárkrókur	
Sjálfbjarga við persónulegt hreinlæti	n(%)	39(65)	35(83)	0,245**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	16(27)	6(14)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	5(8)	1(2)	
Sjálfbjarga við að klæðast, efri hluta	n(%)	41(68)	39(91)	0,087**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	13(22)	3(7)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	6(10)	1(2)	
Sjálfbjarga við að klæðast, neðri hluta	n(%)	39(65)	33(79)	0,245**
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	15(25)	5(12)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	6(10)	4(10)	
Sjálfbjarga við hreyfingu á milli staða	n(%)	42(70)	39(93)	0,016*
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	15(25)	1(2)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	3(5)	2(5)	
Sjálfbjarga við að ganga	n(%)	43(72)	38(91)	0,068*
Aðstoð við undirbúning, eftirlit	n(%)	14(23)	2(5)	
Mikil aðstoð eins eða fleiri	n(%)	3(5)	2(5)	

*Kíkvaðratpróf **Yates kíkvaðratpróf

Þjónustupörf

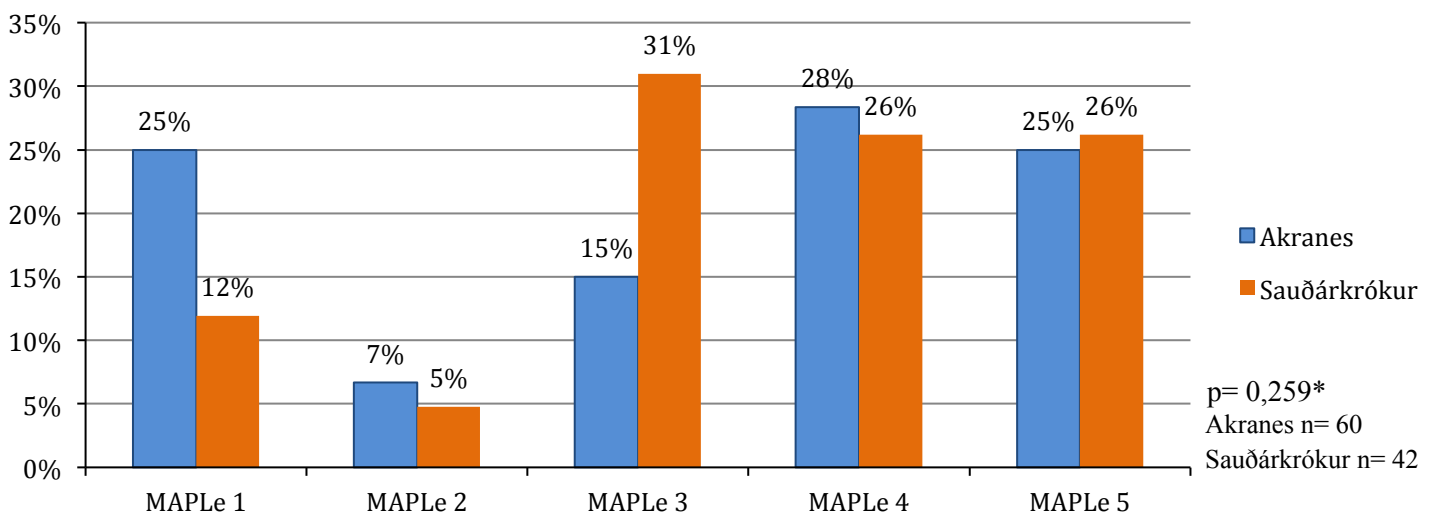
Ekki var marktækur munur á dreifingu í MAPLe-flokka og þjónustupörf einstaklinga á Akranesi og á Sauðárkróki samkvæmt MAPLe-reikniritinu. Meirihluti skjólstæðinga á báðum stöðum flokkaðist í efri flokka MAPLe (flokk 4 og 5 (A: 53%; S: 52%) (sjá mynd 2). Ekki var heldur marktækur munur á þjónustupörf eftir kyni þeirra sem njóta þjónustu heimahjúkrunar.

Ekki var munur á dagþjónustu heimahjúkrunar við skjólstæðinga í MAPLe-flokkum 1 til 4 en meiri dagþjónusta var veitt skjólstæðingum á Akranesi í MAPLe-flokki 5 heldur en á

á Akranesi en á Sauðárkróki voru það 23% ($p < 0,047$). Ekki var veitt kvöldþjónusta heimahjúkrunar né kvöld- og helgarþjónusta félagsþjónustu á Sauðárkróki en þessi þjónusta var veitt á Akranesi (sjá mynd 3 og mynd 4).

Umræða

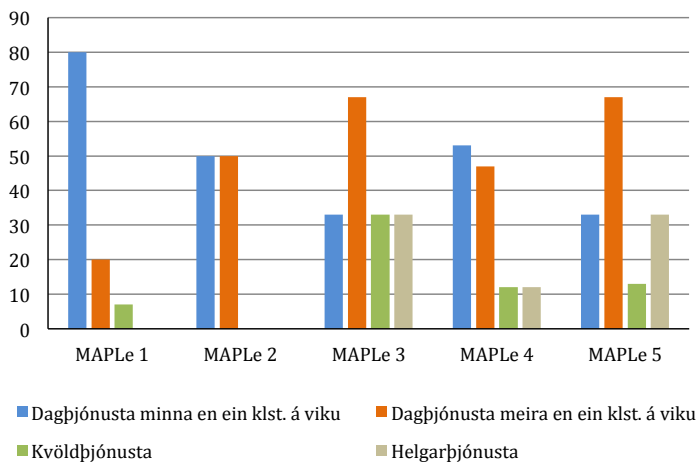
Niðurstöður sýndu að ekki var munur á dreifingu MAPLe-flokka og þjónustupörf einstaklinga á Akranesi og á Sauðárkróki. Samkvæmt MAPLe-reikniritinu flokkast meirihluti skjólstæðinga á Akranesi og á Sauðárkróki í MAPLe-flokka 3,



Mynd 2. Samanburður á dreifingu í MAPLe-flokka hjá skjólstæðingum heimahjúkrunar á Akranesi og á Sauðárkróki. *Kíkvaðratpróf.

Sauðárkróki. Af þeim sem voru í MAPLe-flokki 5 voru það 33% skjólstæðinga á Akranesi sem fengu dagþjónustu minna en eina klst. á viku en á Sauðárkróki voru það 77% ($p < 0,047$). Þeir sem fengu dagþjónustu meira en eina klst. á viku voru 67%

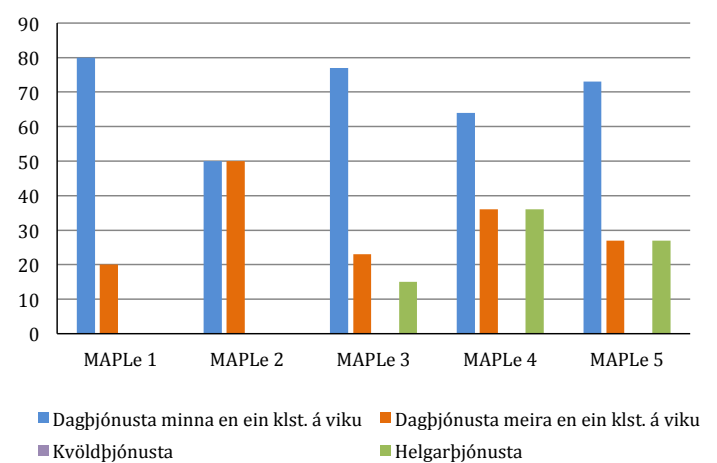
4 og 5 og meiri dagþjónusta var veitt skjólstæðingum á Akranesi í MAPLe-flokki 5 heldur en á Sauðárkróki. Helmingur skjólstæðinga á báðum stöðum var kominn með minnisskerðingu, þurfti aðstoð við almennar daglegar athafnir og eftirlit



Mynd 3. Þjónusta heimahjúkrunar sem skjólstæðingum í MAPLe-flokkum er úthlutað á Akranesi. *Kíkvaðratpróf. **Fishers exact-próf.

með lyfjatöku. Fleiri skjólstæðingar heimahjúkrunar á Akranesi fundu til einmanaleika, höfðu dregið úr félagslegri þátttöku og höfðu orðið fyrir áföllum síðustu 90 daga en á Sauðárkróki. Einnig voru fleiri skjólstæðingar á Akranesi með skerta sjálfbjargargetu við salernisferðir, salernisnotkun, hreyfingu á milli staða og þurftu aðstoð við bað en á Sauðárkróki.

Samkvæmt niðurstöðunum var meirihluti skjólstæðinga á Akranesi og á Sauðárkróki í MAPLe-flokkum 3, 4 og 5 sem þýðir að meirihluti skjólstæðinga þarf þó nokkra eða upp í



Mynd 4. Þjónusta heimahjúkrunar sem skjólstæðingum í MAPLe-flokkum er úthlutað á Sauðárkróki. *Kíkvaðratpróf. **Fishers exact-próf.

mjög mikla þjónustu. Þetta gefur aðra mynd af skjólstæðingum heimaþjónustu en fram kemur í eldri rannsókn Hirdes og félaga (2008) en þar flokkuðust 52% skjólstæðinga á Íslandi í lítilli þörf eða vægri þörf fyrir þjónustu. Þetta bendir til að hópurinn, sem skoðaður var í þessari rannsókn, hafi haft verri færni og heilsu en í þessari eldri rannsókn Hirdes og félaga (2008) sem aftur bendir til að á Akranesi og á Sauðárkróki sé þjónustu forgangsraðað til þeirra sem veikari eru. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru aftur á móti meira í samræmi við

Tafla 5. Þjónusta heimahjúkrunar sem skjólstæðingum í MAPLe-flokkum er úthlutað á Akranesi og á Sauðárkróki

		Akranes n=60	Sauðárkrókur n=42	p
MAPLe 1				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	12 (80)	4 (80)	1,000**
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	3 (20)	1 (20)	1,000**
Kvöldþjónusta	n (%)	1 (7)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	0 (0)	0 (0)	
MAPLe 2				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	2 (50)	1 (50)	1,000**
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	2 (50)	1 (50)	1,000**
Kvöldþjónusta	n (%)	0 (0)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	0 (0)	0 (0)	
MAPLe 3				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	3 (33)	10 (77)	0,079**
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	6 (67)	3 (23)	0,079**
Kvöldþjónusta	n (%)	3 (33)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	3 (33)	2 (15)	0,609**
MAPLe 4				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	9 (53)	7 (64)	0,705**
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	8 (47)	4 (36)	0,705**
Kvöldþjónusta	n (%)	2 (12)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	5 (29)	4 (36)	1,000**
MAPLe 5				
Dagþjónusta minna en ein klst. á viku	n (%)	5 (33)	8 (73)	0,047*
Dagþjónusta meira en ein klst. á viku	n (%)	10 (67)	3 (27)	0,047*
Kvöldþjónusta	n (%)	2 (13)	0 (0)	
Helgarþjónusta	n (%)	5 (33)	3 (27)	0,741**

*Kíkvaðratpróf ** Fishers exact-próf

rannsókn Health Council of Canada (bls. 13, 2012) en þar flokkuðust skjólstæðingar að meirihluta í efri flokka MAPLe (Health Council of Canada, 2012).

Það er umhugsunarvert að í þessari rannsókn fengu þeir sem bjuggu á Akranesi og voru í MAPLe-flokki 5 meiri þjónustu frá heimahjúkrun (dag- og kvöldþjónustu) en þeir sem bjuggu á Sauðárkróki þó að matstækið gæfi til kynna að þeir hefðu svipaðar þarfir. Þetta gæti bent til þess að skjólstæðingum í mestri þörf á Sauðárkróki sé ekki veitt nægileg þjónusta en rannsóknir hafa sýnt að það er mikilvægt að veita viðeigandi heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu til að koma í veg fyrir ótímabæra stofnanavistun (Gruneir o.fl., 2013). Einnig var um helmingur skjólstæðinga á báðum stöðum kominn með minnisskerðingu en rannsóknir hafa bent til að einstaklingar, sem dvelja heima og eru með heilabilun, hafa fjölþættar þarfir fyrir þjónustu, s.s. uppvinnslu og stuðning út af sínum sjúkdómi, almenna lækniaðstoð, öruggt umhverfi, aðstoð við almennar daglegar athafnir og aðgengi að uppbyggilegu félagsstarfi (Johnston o.fl., 2011). Í þessu tilliti eru hjúkrunarfræðingar í heimahjúkrun í kjöraðstæðum til að meta þarfir skjólstæðinga og sjá til þess að þjónustan sé í samræmi við þarfir (Yamagishi og Kusumi, 2016).

Niðurstöður sýndu að fleiri þjónustuúrræði voru á Akranesi þar sem heimahjúkrun veitir kvöldþjónustu og félagsleg heimaþjónusta veitir kvöld- og helgarþjónustu, þessi þjónusta var ekki veitt á Sauðárkróki. Hér hefur það hugsanlega áhrif að þjónustusvæði heimahjúkrunar á Sauðárkróki er margfalt víðfeðmara en á Akranesi og því bæði tímafrekara og dýrara að veita þjónustu þegar um langan veg er að fara. Rannsóknir hafa einmitt sýnt að einstaklingar, sem búa í dreifbýli, fá mun minni heimaþjónustu en þeir sem búa í þéttbýli og það veldur miklu álagi á aðstandendur (McAuley o.fl., 2009; Ehrlich o.fl., 2017).

Ekki er veitt kvöldþjónusta heimahjúkrunar á Sauðárkróki en hún er veitt á Akranesi að mestu leyti skjólstæðingum í MAPLe 3, 4 og 5. Skjólstæðingar á Akranesi og á Sauðárkróki, sem flokkast í MAPLe 1 og 2 hafa einungis dagþjónustu. Skjólstæðingar í MAPLe-flokkum 3, 4 og 5 hafa vaxandi þörf fyrir þjónustu og þeir sem eru í flokkum 4 og 5 hafa jafnvel þörf fyrir varanlega vistun (Sörbye o.fl., 2009). Bent hefur verið á að á Íslandi sé hlutfallslega meiri þjónusta veitt skjólstæðingum með litla skerðingu á færni miðað við skjólstæðinga með mikla skerðingu á færni (Sigurdardóttir o.fl., 2011) og að ósamræmi geti verið í veittri heimaþjónustu miðað við heilsufar og færni skjólstæðinganna (Carpenter o.fl., 2004). Vísbindingar um fjölgun aldraðra einstaklinga í heimaþjónustu með verri andlega, líkamlega og félagslega líðan (Berta o.fl., 2013) gerir það enn mikilvægara að þeir sem eru í mestri þörf gangi fyrir við þjónustu því heimahjúkrun er til þess fallin að koma í veg fyrir eða seinka stofnanavistun (Gruneir o.fl., 2013; Yang o.fl., 2016).

Athyglisvert er að mun fleiri skjólstæðingar á Akranesi fundu til einmanaleika, eða 47,5% skjólstæðinga á móti 9,5% á Sauðárkróki. Þetta háa hlutfall þeirra sem eru einmana á Akranesi er ekki í samræmi við rannsókn sem sýndi að einmanaleiki var mun minni hjá þjóðum í Norður-Evrópu eða 6,5% heldur en í Suður-Evrópu þar sem einmanaleiki mældist 25,4% (Fokkema o.fl., 2012). Þá er það einnig umhugsunarvert að á Akra-

nesi, sem er nálægt höfuðborginni þar sem gott aðgengi er að heilbrigðisþjónustu, er meira um einmanaleika en á Sauðárkróki. Þetta samrýmist því ekki rannsóknnum sem bent hafa til að meira geti verið um einmanaleika hjá öldruðum langveikum sem hafa ekki gott aðgengi að heilbrigðisþjónustu vegna búsetu í dreifbýli heldur en þeirra sem búa í þéttbýli (Wedgeworth o.fl., 2016). Hins vegar þurfa fleiri skjólstæðingar á Akranesi aðstoð við almennar daglegar athafnir, eins og salernisnotkun, salernisferðir og það, ásamt því að hafa verri hreyfigetu, heldur en á Sauðárkróki. Þetta ásamt miklum einmanaleika skjólstæðinga á Akranesi er í samræmi við niðurstöður rannsókna sem sýna að aldraðir með lífshættulega langvinna sjúkdóma, færniskerðingu og skort á félagslegum stuðningi, eiga frekar á hættu að andleg og tilfinningaleg líðan þeirra versni heldur en hinir (Bölenius o.fl., 2017). Hjúkrunarfræðingar ættu að breyta hjúkrunarmeðferð hjá einmana langveikum skjólstæðingum sínum og þannig reyna að bæta líðan þeirra (Shankar o.fl., 2017; Wang o.fl., 2013).

Í ljósi framagreindra niðurstæðna og þess að fleiri skjólstæðingar á Akranesi höfðu dregið úr félagslegri þátttöku og um helmingur skjólstæðinga á báðum stöðum voru einir meira en átta klukkustundir á dag er mikilvægt að hafa í huga hvaða afleiðingar slíkt getur haft. Rannsóknir hafa sýnt að félagslega einangraðir einstaklingar eiga frekar á hættu en aðrir að fá hjartasjúkdóma, bólgusjúkdóma vegna streitu og minnisskerðingu. Viðleitni til þess að draga úr félagslegri einangrun og einmanaleika er því mikilvæg fyrir velferð skjólstæðinganna (Stephoe o.fl., 2012). Einnig þarf að hafa í huga að það getur verið gagnlegt að nota virka meðferð til að stjórna streitu og efla hugarstarfsemi til að auka félagslega færni og draga úr streitu (Meltzer o.fl., 2012). Þegar horft er til heilsueflingar hjá eldri borgurum verður þó að hafa í huga að sumum öldruðum finnst minni félagsleg tengsl ekki vera einangrun. Þeir finna því ekki til einmanaleika og halda sinni líkamlegu og andlegu heilsu þó að öðrum þyki minni félagsleg tengsl vera einangrun og finna til einmanaleika sem veldur verri líkamlegri og andlegri heilsu. Því þurfa stjórnendur að skipuleggja þjónustuna í samráði við skjólstæðinga til að þjónustan komi sem best til móts við persónulegar þarfir hvers og eins (Dempsey og Norman, 2016).

Styrkur rannsóknarinnar felst í því að allir skjólstæðingar heimahjúkrunar, sem þáðu þjónustu á ákveðnum tímabilum á báðum stöðum, voru metnir, þ.e.a.s. allt þýðið á hvorum stað. Þetta eykur gildi rannsóknarinnar (Field, bls. 35, 2009). Einnig er interRAI-HC-matstækið gagnreynt og áreiðanlegt matstæki (Hirdes o.fl., 2008) og hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar, sem framkvæmdu matið, höfðu fengið kennslu og þjálfun í notkun mætstækisins hjá Ingibjörgu Hjaltadóttur, sérfræðingi í öldrunarhjúkrun. Veikleikar rannsóknarinnar eru lítið þýði og þar sem verið er að bera saman MAPLe-flokka, sem eru fimm talsins, er mikil dreifing einstaklinga og þar með erfitt að fá fram marktækan mun. Á móti kemur að niðurstöður eru lýsandi fyrir heilsufar, færni og þjónustuþörf þessara skjólstæðinga. Einnig má líta á það sem veikleika rannsóknarinnar að ekki var skoðaður þáttur aðstandenda og nærumhverfis í þjónustu við skjólstæðinga þar sem stýtt matstæki hefur ekki þær breytur

sem til þarf. Á móti kemur að þessari rannsókn var einungis ætlað að skoða stytta matstæki sem gæti nýst heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu til að fá yfirsýn á heilsufar, færni og þjónustuþörf sinna skjólstæðinga.

Það er framtíðarviðfangsefni skipuleggjenda heimaþjónustu að koma til móts við þarfir þjónustuþega (Pappa o.fl., 2013) innan þess fjárhagsramma sem þeim er settur (Bernhardt o.fl., 2016). Það getur haft í för með sér öryggisleysi og versnandi heilsufar, bæði fyrir skjólstæðinga og aðstandendur, þegar ekki er komið til móts við þjónustufarir (Svanström o.fl., 2013). Því þarf að gera kröfur til stjórnenda sem útdeila þjónustunni að það sé gert samkvæmt niðurstöðum úr hlutlægu, áreiðanlegu og gagnreynðu matstæki (Dale og Hvalvik, 2013).

Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að það sé gagnlegt fyrir heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu að nota interRAI-HC-upphafsmatið og MAPLe-flokkana til þess að fá yfirsýn yfir heilsufar, færni og þjónustufarir skjólstæðinga. Slík samræmd og nákvæm upplýsingaöflun er lykilatriði við skipulagningu og umbætur á þjónustu við skjólstæðinga og aðstandendur þeirra. Nú þegar heilbrigðisráðherra hefur ákveðið innleiðingu interRAI-HC-matstækisins á Íslandi (Velferðaráðuneytið, 2016) er mögulegt í framtíðarrannsóknum að bera saman heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu á mismunandi landsvæðum og kanna hvernig hægt er að jafna þjónustustig á milli landshluta. Einnig er mikilvægt að skoða hvenær heimahjúkrun og félagsleg heimaþjónusta getur ekki lengur komið til móts við þjónustufarir og þörf er á stofnanavistun. Mjög erfið og krefjandi verkefni við umönnun langveikra í heimahjúkrun og félagslegri heimaþjónustu hafa reynst vera of kostnaðarsöm og reynslan af slíkri þjónustu er sú að hún komi ekki í stað stofnanavistunar til langs tíma litið (Buhler-Wilkerson, 2007).

Ályktanir og lokaorð

Niðurstöður gefa til kynna að interRAI-HC-upphafsmatið og MAPLe-flokkarnir gefi greinargóða mynd af stöðu skjólstæðinga og hver þeirra þjónustuþörf er. Þegar slíkt matstæki er notað þarf tíma til þess að safna saman upplýsingum bæði frá skjólstæðingi sjálfum og aðstandendum hans en til lengri tíma litið er betra að vinna grunnvinnuna vel því þegar staðan er ljós verður eftirleikurinn auðveldari. Nauðsynlegt er að þeir sem skipuleggja og veita heimahjúkrun og félagslega heimaþjónustu geri sér grein fyrir þörfum skjólstæðinga og að þjónustu, sem er í boði, sé úthlutað í samræmi við þarfir hvers og eins. Það er samstarfsverkefni heimahjúkrunar og félagslegrar heimaþjónustu að veita góða þjónustu og útdeila henni á réttlátan hátt. Velferðaráðuneytið og Embætti landlæknis gera kröfur um gæði þjónustunnar og að fjármunum sé vel varið innan mála-flokksins. InterRAI-HC-upphafsmatið og MAPLe-flokkarnir gefa þessum aðilum mikilvægar upplýsingar um heilsufar, færni og þjónustuþörf skjólstæðinga og hvernig þjónusta þeim er veitt. Þannig liggja fyrir hlutlægar upplýsingar um það hvernig staðan er og hægt er að nýta slíkar upplýsingar til þess að styðja ákvarðanir um uppbyggingu þjónustu og réttláta skiptingu fjármagnsins.

Þakkir

Höfundar vilja þakka Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi, og Heilbrigðisstofnun Norðurlands, Sauðárkróki, fyrir gott samstarf. Starfsmenntunarsjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og Öldrunarráði Íslands eru færðar þakkir fyrir fjárhagslegan stuðning

Heimildir

- Bernhardt, K.A., Lynn, J., Berger, G., Lee, A.J., Reuter, K., Davanzo, J., Montgomery, A., og Dobson, A. (2016). Making it safe to grow old: A financial simulation model for launching medicaring communities for frail elderly medicare beneficiaries. *The Milbank Quarterly*, 94(3), 597–625. Sótt 26.2.2017 á <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1468-0009.12199/epdf>.
- Berta, W., Laporte, A., Deber, R., Baumann, A., og Gamble, B. (2013). The evolving role of health care aides in the long-term care and home and community care sectors in Canada. *Human Resources for Health*, 11(25), 1–6, doi:10.1186/1478-4491-11-25.
- Buhler-Wilkerson, K. (2007). Care of the chronically ill at home: An unresolved dilemma in health policy for the United States. *The Milbank Quarterly*, 85(4), 611–639, doi:10.1111/j.1468-0009.2007.00503.x.
- Bölenius, K., Lämås, K., Sandman, O.P., og Edvardsson, D. (2017). Effects and meanings of a person-centred and health-promoting intervention in home care services: A study protocol of a nonrandomised controlled trial. *BMC Geriatrics*, 17–57, doi:10.1186/s12877-017-0445-0.
- Carpenter, I., Gambassi, G., Topinkova, E., Schroll, M., Finne-Soveri, H., Henrard, J.C., ... og Beirnaeji, R. (2004). Community care in Europe. The Aged in Home Care project (AdHOC). *Aging Clinical Experimental Research*, 16(4), 259–269. Sótt á <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15575119>.
- Dale, B., og Hvalvik, S. (2013). Administration of care to older patients in transition from hospital to home care services: Home nursing leaders experiences. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*, 6, 379–389, doi:10.2147/JMDH.S51947.
- Dempsey, C., og Normand, C. (2016). Towards a more person-centred home care service: A study of the preferences of older adults and home care workers. *Administration*, 6(42), 109–136, doi: 10.1515/admin-2016-0018.
- Ehrlich, K., Emamia, A., og Heikkilä, K. (2017). The relationship between geographical and social space and approaches to care among rural and urban caregivers caring for a family member with dementia. *Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, doi: 10.1080/17482631.2016.1275107.
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS*. 3. útgáfa. London, Kaliforníu, Nýju-Delí, Singapúr: Sage.
- Fokkema, T., De Jong Gierveld, J., og Dykstra, P.A. (2012). Cross-national differences in older adult loneliness. *The Journal of Psychology*, 146(1–2), 201–228. Sótt á <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22303621>.
- Gruneir, A., Forrester, J., Camacho, X., Gill, S.S., og Bronskill, S.E. (2013). Gender differences in home care clients and admission to long-term care in Ontario, Canada: A population-based retrospective cohort study. *BMC Geriatrics*, 13(12), 1–12. Sótt á <http://www.biomedcentral.com/1471-2318/13/48>.
- Hagstofa Íslands (2016). Mannfjöldaspa 65 ára og eldri árið 2016 til 2065. Skoðað 19. október 2016 á vefnum <http://hagstofan.is/?PageID=2593&src=https://rannsokn.hagstofa.is/paxis/Dialog/varval.asp?ma=MAN09010%26ti=Sp%E1+um+mannfj%F6lda+eftir+kyini+og+aldri+2013%2D2061%26pa th=../Database/mannfjoldi/mannfjoldaspa2010/%26lang=3%26units=Fj%F6ldi>.
- Health Council of Canada (2012). Seniors in need, caregivers in stress: What are the home care priorities for seniors in Canada? 1–64. Toronto: Health Council of Canada.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2003). Skýrsla stýrihóps um stefnumótun í málefnum aldraðra til ársins 2015. Sótt á <http://www.velferðaraduneyti.is/media/Skyrslur/stefnum-aldradir.pdf>.

- Hirdes, J.P., Poss, J.W., og Telegdi, N.C. (2008). The Method for Assigning Priority Levels (MAPLe): A new decision-support system for allocating home care resources. *BMC Medicine*, 6(9), 1-11, doi:10.1186/1741-7015-6-9.
- Hooyman, N.R., og Kiyak, A.H. (2011). *Social gerontology. A multidisciplinary perspective* (9. útgáfa). Bls 122–132. Boston: Pearson Education, Inc., Publishing.
- Ingibjörg Hjaltadóttir (2014). Þróunarverkefni um notagildi RAI HC og MAPLe reikniritins við að forgangsraða öldrunar- og heimaþjónustu: Helstu niðurstöður (óbirt rannsóknarskýrsla). Velferðarráðuneytið, Reykjavík.
- Johnston, D., Samus, Q. M., Morrison, A., Leoutsakos, J. S., Hicks, K., Handel, S., ... og Black, B. S. (2011). Identification of community-residing individuals with dementia and their unmet needs for care. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 26(3), 292–298, doi:10.1002/gps.2527.
- McAuley, W.J., Spector, W., og Van Nostrand, J. (2009). Formal home care utilization patterns by rural-urban community residence. *Journal of Gerontology: Social Sciences*, 64B(2), 258–268, doi:10.1093/geronb/gbn003.
- Meltzer, H., Bebbington, P., Dennis, M.S., Jenkins, R., McManus, S., og Brugha, T.S. (2012). Feelings of loneliness among adults with mental disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric epidemiology*, 48(5), 5–13, doi:10.1007/s00127-012-0515-8.
- Pappa, E., Kontodimopoulos, N., Papadopoulos, A., Tountas, Y., og Niakas, D. (2013). Investigating unmet health needs in primary health care services in a representative sample of the Greek population. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 10, 2017–2027, doi:10.3390/ijerph10052017.
- Ríkisendurskoðun (2005). Þjónusta við aldraða. Stjórnarsýsluúttekt. Sótt á http://www.ríkisendurskodun.is/fileadmin/media/skyrslur/aldradir_thjonusta.pdf.
- Sigurdardóttir, S.H., Sundstrom, G., Malmberg, B., og Bravell, M.E. (2011). Needs and care of older people living at home in Iceland. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1–9, doi:10.1177/1403494811421976.
- Stepoe, A., Shankar, A., Demakakos, P., og Wardle, J. (2012). Social isolation, loneliness and all-cause mortality in older men and women. *PNAS*, 110(15), 5797–5801, doi:10.1073/pnas.1219686110.
- Shankar, A., McMunn, A., Demakakos, P., Hamer, M., og Steptoe, A. (2017). Social isolation and loneliness: Prospective associations with functional status in older adults. *Health Psychology*, 36(2), 179–187, <http://dx.doi.org/10.1037/hea0000437>.
- Svanström, R., Sundler, A.J., Berglund, M., og Westin, L. (2013). Suffering caused by care-elderly patients' experiences in community care. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-Being*, 8, 1–10. Sótt á <http://dx.doi.org/10.3402/qhw.v8i0.20603>.
- Sörbye, L.W., Garms-Homolová, V., Henrard, J. C., Jónsson, P.V., Fialová, D., Topinková, E., og Gambassi, G. (2009). Shaping home care in Europe: The contribution of the aged in home care project. *Journal of Maturitas*, 62(3), 235–242, doi:10.1016/j.maturitas.2008.12.016.
- Velferðarráðuneytið (2016). Innleiðing á samræmdu mati á þörf fólks fyrir öldrunar- og heimaþjónustu. Sótt á <https://www.velferdarraduneyti.is/frettir-vel/innleiðing-a-samraemdu-mati-a-thorff-folks-fyrir-oldrunar-og-heimathjonustu>.
- Wang, Z., Shu, D., Dong, B., Luo, L., og Hao, Q. (2013). Anxiety disorders and risk factors among the Sichuan empty-nest older adults: A cross-sectional study. *Archives of gerontology and geriatrics*, 56(2), 298–302, doi:10.1016/j.archger.2012.08.016.
- Wedgeworth, M., LaRocca, A.M., William, F.C., og Scogin, F. (2016). The role of interpersonal sensitivity, social support, and quality of life in rural older adults. *Geriatric Nursing*, 1–5. Sótt 26.2 2017 á <http://dx.doi.org/10.1016/j.gerinurse.2016.07.001>.
- Williams, A.P., Challis, D., Deber, R., Watkins, J., Kulski, K., Lum, J.M., og Daub, S. (2009). Balancing institutional and community-based care: Why some older persons can age successfully at home while others require residential long-term care. *Healthcare Quarterly*, 12 (2), 95–105, doi:10.12927/hcq.2009.3974.
- Yang, N., Ornstein, A.K., og Reckrey, M.J. (2016). Association between symptom burden and time to hospitalization, nursing home placement, and death at the chronically ill urban homebound. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 52(1), 73–80. Sótt 24.2.2017 á <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.01.006>.
- Yamagishi, S., og Kusumi, H. (2016) The difficulties of living at home and approaches to dealing with those difficulties of the elderly who live alone and receive visiting care. *Journal of Pain and Symptoms Management*, 52(6), e94. Sótt 24.2 2017 á <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.10.197>.

English Summary

Skuladóttir, H., Hjaltadóttir, I.

Assessment of clients needs and priority levels for home care nursing and social home services using the interRAI-HC instrument

Background: Increasing pressure from individuals to live independently for as long as possible in spite of failing health and the growing number of those requesting nursing services gives reason to consider the benefits of using a comprehensive assessment instrument that assesses health status, functioning and need for service such as the Resident Assessment Instrument-Home Care (interRAI-HC).

Objectives: To evaluate the health status, functioning and need for service of individuals receiving home care nursing in Akranes and Sauðárkrókur according to the interRAI-HC initial assessment and MAPLe algorithm, which prioritises individuals according to service categories based on data from the assessment. Furthermore

compare findings and investigate differences between the communities and to evaluate whether it would be beneficial for home nursing and social home services to utilize such an instrument.

Methods: The study is a quantitative retrospective comparative study. The participants were home care nursing clients in Akranes (n=60) and Sauðárkrókur (n=42).

Results: The average age of clients in Akranes was 79.4 years and 83.4 years in Sauðárkrókur. The prevalent age group was 81–90 years old (Akranes: 43.3%; Sauðárkrókur: 48.8%). More clients in Akranes than in Sauðárkrókur were lonely, participated less in social activities and had some form of distress in the last 90 days,

compared to clients in Sauðárkrókur. Solitude during the day and impairment of short-term memory were similar in both Akranes and Sauðárkrókur. About half of the clients in both locations suffered shortness of breath or breathing difficulty, the majority of clients felt tired (90%) and a third of the clients had a fall in the preceding 90 days. More clients in Sauðárkrókur needed assistance with medication. There was no significant difference in client allocation into MAPLe classes in Akranes and Sauðárkrókur. The clients in Sauðárkrókur did not receive services in the evening from home care nursing and services neither in the evening nor in the

weekend from the social home services. This type of services was however available in Akranes.

Conclusion: The results suggest that the interRAI-HC initial assessment and MAPLe service categories could provide home care nursing and social home services with a good overview of clients health status and need for services.

Keywords: Old people, interRAI-HC initial assessment, MAPLe, home care, social home services.

Correspondent: hallveig.skula61@gmail.com

Viltu vera partur af okkar frábæra teymi?



Við á Mörk hjúkrunarheimili erum að bæta við þann góða hóp hjúkrunarfræðinga sem er starfandi við heimilið. Við auglýsum því bæði eftir aðstoðardeildarstjóra sem og almennum hjúkrunarfræðingi til starfa.

Starfshlutfall og vinnutími er samkomulagsatriði. Greitt er eftir kjarasamningi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og Samtaka fyrirtækja í velferðarþjónustu.

Menntunar- og hæfnikröfur:

- Góðir samskiptahæfileikar og jákvæðni
- Íslenskt hjúkrunarleyfi
- Faglegur metnaður og frumkvæði í starfi

Nánari upplýsingar um starfið veitir Ragnhildur Hjartardóttir, hjúkrunarframkvæmdarstjóri í síma 560-1703 eða hjá ragnhildur.hjartardottir@morkin.is.

Mörk hefur hlotið alþjóðlega viðurkenningu sem Eden heimili. Á heimilinu er unnið metnaðarfullt starf þar sem heimilismenn og starfsfólk vinnur saman að því að skapa öruggt og heimilislegt umhverfi og rík áhersla er lögð á sjálfsákvörðunarrétt heimilismanna og þátttöku þeirra.



Margrét Brynjólfssdóttir, Heilbrigðisstofnun Vestfjarða á Patreksfirði.
Guðrún Pálmadóttir, Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri: Iðjuþjálfunarfræðideild.
Sólveig Ása Árnadóttir, Heilbrigðisvísindasvið, Læknadeild: Námsbraut í sjúkrapþjálfun.

Athafnir og þátttaka eldri borgara: Lýðgrunduð rannsókn á 65 til 91 árs íbúum á sunnanverðum Vestfjörðum

Tilgangur

Meðalævilengd Íslendinga fer stöðugt hækkandi og á sama tíma eru vaxandi kröfur um að aldraðir eyði ævikvöldinu í heimahúsum. Árið 2013 voru 13,6% íbúa á sunnanverðum Vestfjörðum 65 ára eða eldri. Tilgangur verkefnisins var að rannsaka athafnir og þátttöku í daglegu lífi meðal heimabúandi eldri borgara á þessu svæði.

Aðferð

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn og byggðist á heildarúr-taki allra íbúa rannsóknarsvæðisins sem höfðu náð 65 ára aldri og bjuggu heima. Þátttakendur voru 68 konur og 61 karl á aldrinum 65–91 árs (þátttökuhlutfall=80,1%). Gögnum var safnað með staðlaða mælitækinu „Efri árin, mat á færni og fötlun“ þar sem þátttakendur meta erfiðleika sína við athafnir, tíðni þátttöku sinnar og takmörkun sína á þátttöku. Niðurstöðurnar eru á jafnbilakvarða (0–100) þar sem fleiri stig þýða minni erfiðleika við athafnir, tíðari þátttöku eða minni takmörkun á þátttöku. Niðurstöður voru bornar saman eftir kyni og aldurshópum (65–74 ára og 75–91 árs) og marktektarmörk sett við $p < 0,05$.

Niðurstöður

Í heildina álitu karlar erfiðleika sína við athafnir minni ($M=68,0$) en konur ($M=61,3$) og hið sama gildi um yngri aldurshópinn ($M=72,2$) miðað við þann eldri ($M=57,4$). Konur tóku oftari þátt í athöfnum ($M=51,9$) en karlar ($M=49,2$) og yngri aldurshópurinn ($M=52,0$) var einnig virkari en sá eldri ($M=49,3$). Eldri hópurinn taldi þátttöku sína líka takmarkaðri en sá yngri ($M=68,8$ og $M=78,8$). Þátttakendur lýstu ýmiss konar hindrunum sem eldri borgarar þurfa að yfirstíga til að eiga möguleika á að sjá um sig sjálfa og að taka þátt í samfélaginu.

Ályktanir

Niðurstöðurnar gefa innsýn í athafnir og þátttöku eldri borgara á af-mörkuðu dreifbýlu svæði og hafa hagnýtt gildi fyrir öldrunarþjónustu á rannsóknarsvæðinu.

Lykilorð: athafnir daglegs lífs (ADL), dreifbýli, félagsleg þátttaka, heilsa, öldrun.

Inngangur

Íslendingar eru með langlífari þjóðum heims og því er spáð að meðalævilengd landsmanna haldi áfram að hækka (Hagstofa Íslands, e.d.. Á efri árum aukast verulega líkurnar á að fólk glími við langvinna sjúkdóma og skerta líkamsstarfsemi og eigi erfitt með mikilvægar athafnir og þátttöku í daglegu lífi (He og Larsen, 2014; Goodman o.fl., 2016; Árnadóttir o.fl., 2011). Slíkum erfiðleikum fylgja margvíslegur vandi sem getur snúið að einstaklingnum sjálfum, þjóðfélaginu og öldrunarþjónustu. Þessa erfiðleika og vanda er mikilvægt að þekkja og sjá fyrir, en rannsóknir sýna að með viðeigandi íhlutun og hvetjandi umhverfi er mögulegt að efla samfélagsþátttöku og bæta líf eldri borgara (Christensen o.fl., 2009).

Á sunnanverðum Vestfjörðum hefur hlutfall eldri borgara vaxið jafnt og þétt á síðustu árum, hraðar en á landinu í heild (Hagstofa Íslands, e.d.. Í byrjun árs 2013 voru 13,6% íbúa á svæðinu 65 ára eða eldri en það var tæplega einu prósentustigi hærra en á landsvísi (12,9%). Árið 1992 var þetta hlutfall aðeins 9,2% og þá það sama og á landinu öllu. Á Heilsuvefsjá Embættis landlæknis fyrir árið 2013 mátti sjá að óvenjuhátt hlutfall aldraðra bjó í heimahúsum á þessu landsvæði. Heilsa og færni eldri borgara á þessu tiltekna svæði hefur hins vegar ekki verið rannsökuð.

Í lögum um málefni aldraðra kemur skýrt fram að það er réttur hvers aldraðs einstaklings að búa í heimahúsum og fá tilhlýðilega heilbrigðis- og félagsþjónustu (Lög um málefni

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: Upplýsingar um daglegar athafnir og félagslega þátttöku eldri borgara á sunnanverðum Vestfjörðum og þá þætti sem takmarka þátttöku þeirra.

Hagnýting: Niðurstöðurnar gefa vísbendingu um að hvaða einstaklings- og umhverfispáttum skuli beina þjónustunni í þeim tilgangi að bæta líf eldri einstaklinga á svæðinu.

Þekking: Rannsóknir hafa í takmörkuðum mæli beinst að sambandinu á milli athafna og þátttöku eldri borgara og bú-setu þeirra á strjálbýlum svæðum.

Áhrif á störf hjúkunarfræðinga: Niðurstöðurnar gætu hvatt heilbrigðisstarfsmenn, svo sem hjúkunarfræðinga, til að beina athyglinni meira að hinu flókna samspili sem á sér stað milli líkamlegrar getu eldri einstaklinga og umhverfisins.

aldræðra nr.125/1999). Til að geta boðið upp á lögboðna og viðeigandi öldrunarþjónustu þurfa þeir sem skipuleggja og veita hana að hafa greinargóðar upplýsingar um færni, fötlun og heilsufar eldri borgara á hverjum tíma. Ein leiðin að slíkum veruleika er að rannsakendur á sviði öldrunar og forsvarsmenn í heilbrigðisþjónustu vinna saman að því að undirbúa þjóðfélagið fyrir fyrirséðna fjölgun í elstu aldurshópnum með því að greina, fylgjast með og nýta upplýsingar um faraldursfræði fötlunar meðal eldri borgara í ólíkum byggðum landsins.

Færni, fötlun og heilsa eru flókin hugtök sem erfitt getur verið að mæla. Þessi þrjú hugtök mynda kjarnann í hugmyndafræði flokkunarkerfisins „*International Classification of Functioning, Disability and Health*“, eða ICF, (World Health Organization [WHO], 2001) sem tengist flokkunarkerfinu ICD-10 fyrir sjúkdóma og aðra heilsufarsvanda (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 1996). Samkvæmt ICF ráðast færni og fötlun aldræðs manns af samspilinu milli heilsufars hans og aðstæðna en aðstæður eru ýmist umhverfis- eða einstaklingsbundnar (WHO, 2001; Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin o.fl., 2015). Færni og fötlun birtast meðal annars í athöfnum og þátttöku fólks en þessi hugtök hafa sterka tengingu við sjálfsbjargargetu og almenna líðan fólks á efri árum. Í ICF er athöfn skilgreind sem verk sem einstaklingur innir af hendi og þátttaka skilgreind sem félagsleg aðild einstaklings að daglegu lífi (WHO, 2001; Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin o.fl., 2015).

Tilgangur þessa verkefnis var að rannsaka athafnir og þátttöku í daglegu lífi meðal eldri borgara sem búa í heimahúsum á sunnanverðum Vestfjörðum. Leitað var svara við eftirfarandi rannsóknarspurningum: (1) Hversu erfitt eiga eldri borgarar með margbreytilegar athafnir sem reyna á líkamlega getu? (2) Hversu oft taka eldri borgarar þátt í einstaklingsbundnum og félagslegum athöfnum? (3) Hversu takmarkaðir eru möguleikar eldri borgara á að taka þátt í einstaklingsbundnum og félagslegum athöfnum?

Aðferð

Rannsóknarsvæði

Rannsóknin fór fram á sunnanverðum Vestfjörðum sem ná yfir tvö sveitarfélög á rúmlega 1500 ferkílómetra svæði. Þorpin Patreksfjörður og Bíldudalur tilheyra Vesturbyggð og það gera einnig sveitirnar á Barðaströnd. Í Tálknafjarðarhreppi er þorpið Tálknafjörður og sveitirnar þar í kring (mynd 1).

Þátttakendur

Í þýði rannsóknarinnar voru allir íbúar svæðisins sem bjuggu í heimahúsum og höfðu náð 65 ára aldri, en þegar gögnum var safnað árið 2013 voru þeir 13,6% af heildaríbúafjöldanum, eða 161. Einföld greining á tölfræðilegu afli (e. power analysis) með forritinu G*Power 3 sýndi að það þurfti 128 þátttakendur til að ná miðlungsáhrifastærð (Cohens $d = 0,5$) (Faul o.fl., 2007). Útreikningarnir byggðust á óháðu t -prófi, $(1 - \beta) = 0,80$, $\alpha = 0,05$ og tvíhliðaprófi. Reiknað var með 80% þátttökuhlutfalli og því var úrtakið skilgreint sem allt þýðið.



Mynd 1. Kort af rannsóknarsvæðinu, sunnanverðum Vestfjörðum (birt með leyfi frá Landmælingum Íslands).

Siðfræði

Rannsóknin var samþykkt af Siðanefnd Sjúkrahússins á Akureyri (nr. 1/2013). Nöfn, heimilisföng og kennitölur voru fengnar hjá Þjóðskrá og væntanlegum þátttakendum send upplýsingabréf um rannsóknina og þeim boðin þátttaka. Bréfunum var síðan fylgt eftir með símtali til að kanna hug fólks til þátttöku. Ekki náðist í sjö manns, aðrir sjö voru fjarverandi á rannsóknartímabilinu og 15 afþökkuðu þátttöku. Alls urðu það því 129 manns sem tóku þátt í rannsókninni, eða 80,1% af upphaflegu úrtaki (þýðinu öllu).

Mælitæki

Tvö stöðluð mælitæki, *Efri árin, mat á færni og fötlun* (e. Late Life Function and Disability Instrument), eða LLFDI, (Jette o.fl., 2002a) og *Mini Mental State Examination* (MMSE) (Folstein o.fl., 1975) voru notuð til að afla gagna auk sérútbúins lista fyrir bakgrunnsupplýsingar. Rannsakandi hitti alla þátttakendur á heimilum þeirra þar sem gögnunum var safnað með samtölum. Í upphafi heimsóknar var gengið frá siðfræðilegum atriðum sem fólu í sér nákvæma útskýringu á framkvæmd rannsóknarinnar og undirritun upplýsts samþykkis. Því næst var safnað viðeigandi bakgrunnsupplýsingum og MMSE og LLFDI lögð fyrir. Í lokin voru þeir þátttakendur, sem töldu möguleika sína á þátttöku vera töluvert, mjög eða algjörlega takmarkaða, beðnir um að tilgreina hvaða umhverfisþættir og einstaklingsbundnu þættir hindruðu þátttöku (til dæmis heilsufar, andleg eða líkamleg orka, fjarlægðir milli staða, aðgengi, fjárhagur eða félagslegar aðstæður). Heimsóknin tók að meðaltali einn klukkutíma á hvern þátttakanda (0,5–2,5 klst. á þátttakanda) og gagnasöfnunartímabilið spannaði 6 mánuði í allt.

LLFDI (Jette o.fl., 2002a) er staðlað mælitæki sem er ætlað til að nota með einstaklingum 60 ára og eldri. Það er samið eftir hugmyndafræði Nagi en niðurstöður þess má auðveldlega túlka í ljósi hugtaka ICF. Mælitækið er til í íslenskri þýðingu og hefur verið notað í rannsóknum á högum aldræðra hér á landi (Árna-dóttir, 2010). Það er lagt fyrir með viðtali þar sem fylgja þarf

stöðluðum framgangsmáta sem er ítarlega lýst í handbók (Jette o.fl., 2002a).

LLFDI mælitækið inniheldur 64 atriði alls og gefur af sér 10 mælikvarða, fjóra sem lýsa athöfnum (athafnahluti LLFDI) og sex sem lýsa þátttöku (þátttökuhluti LLFDI).

Athafnahluti LLFDI inniheldur 32 atriði þar sem viðmælandi metur hversu erfitt hann á með að framkvæma hjálparlaust daglegar athafnir sem reyna á líkamlegt atgervi. Svör við þessum hluta gefa stig á heildarmælikvarða sem kallast „Erfiðleikar við athafnir — heild“. Þessum stigum er síðan deilt á þrjá mælikvarða. Þeir eru: „Erfiðleikar við athafnir sem reyna á efri útlími“ (svo sem að skrífa lok af krukku), „Erfiðleikar við athafnir sem reyna á neðri útlími“ (svo sem að fara inn og út úr bíl) og „Erfiðleikar við athafnir sem reyna mikið á neðri útlími“ (til dæmis að standa upp af gólfi). Fyrir þá sem nota göngu-hjálpartæki að staðaldri er hægt að velja hvort þeir svara miðað við að þeir noti hjálpartækið eða ekki (Haley o.fl., 2002). Í þessari rannsókn voru þátttakendur beðnir um að svara spurningunum miðað við að þeir væru með þau hjálpartæki sem þeir nota venjulega.

Þátttökuhluti LLFDI greinist í tvo heildarmælikvarða sem kallast „Tíðni þátttöku — heild“ og „Takmörkun á þátttöku — heild“ og hvor um sig inniheldur 16 atriði. Fyrir „Tíðni þátttöku — heild“ metur viðmælandinn hversu oft hann tekur þátt í ákveðnum athöfnum (svo sem heimilishaldi eða skipulögðu félagsstarfi). Svör um tíðni þátttöku deilast síðan á aðra tvo mælikvarða, „Tíðni samskipta við aðra“ og „Tíðni eigin umsjár“. Fyrir „Takmörkun á þátttöku — heild“ metur viðmælandinn að hvaða marki hann álítur þátttöku sína í þessum athöfnum takmarkaða vegna persónulegra eða utanaðkomandi hindrana. Þegar um slíkar hindranir er að ræða er viðmælandinn beðinn um að tilgreina þær. Svör um takmörkun á þátttöku deilast síðan á aðra tvo mælikvarða, „Takmörkun á virkni“ og „Takmörkun á stjórn á eigin lífi“ (Jette o.fl., 2002b).

Öll atriðin í LLFDI eru metin á fimm þrepa raðkvarða. Gildið 5 stendur fyrir minnstu erfiðleika við athafnir, hæstu tíðni þátttöku og minnstu takmörkun á þátttöku og gildið einn fyrir mestu erfiðleika, lægstu tíðni og mestu takmörkun. Reiknuð er samtala (e. raw score) fyrir hvern mælikvarða og henni umbreytt í mælitölu (e. scaled score), þ.e. tölugildi með jöfnum bilum frá 0–100, samkvæmt töflu í handbók mælitækisins (Jette o.fl., 2002a). Taflan byggist á Rasch-greiningu á niðurstöðum úr rannsóknunum sem gerðar voru í stöðlunarferli mælitækisins (Haley o.fl., 2002; Jette o.fl., 2002b).

Rannsóknir á LLFDI hafa leitt í ljós vel viðunandi áreiðanleika og réttmæti og að gólf- og rjáfuráhrifa gætir í takmörkuðum mæli. Rannsóknir á áreiðanleika hafa sýnt innanflokksstuðul (e. coefficient alpha) á bilinu 0,91–0,98 fyrir athafnahlutann (Haley o.fl., 2002) og 0,68–0,82 fyrir þátttökuhlutann (Jette o.fl., 2002b). Niðurstöður þáttgreiningar og Rasch-greiningar renna stöðum undir réttmæti mælitækisins (Jette o.fl., 2002a; Haley o.fl., 2002; Jette o.fl., 2002b). Að auki hafa fjölmargar rannsóknir stutt við hugsmíða (e. construct) réttmæti og sýnt fram á næmi LLFDI til að mæla breytingar (e. sensitivity to change) í hópi eldri borgara almennt og afmarkaðra hópa með ákveðna sjúkdóma (Beauchamp o.fl., 2016).

Úrvinnsla

Forritið SPSS 22.0 var notað við tölfraðilega úrvinnslu. Með lýsandi greiningu fengust upplýsingar um miðsækni, dreifingu, tíðni og hlutföll fyrir hópinn í heild, karla og konur og yngri (65–74 ára) og eldri (75–91 árs) aldurshópa. *T*-próf óháðra úrtaka voru notað til að greina marktækan mun milli hópa á samfelldum breytum sem uppfylltu skilyrði um normaldreifingu og jafna dreifni (allir mælikvarðar LLFDI, vitræn geta, aldur og menntunarstig í árum). Kí-kvaðrat próf var notað við greiningu á tvíkösta bakgrunnsbreytum og *Mann-Whitney U* próf fyrir sjálfsmat á heilsu. Miðað var við marktæktarmörkin $p < 0,05$ og ekki var leiðrétt fyrir endurteknar prófanir. Þeir 79 þátttakendur sem sögðu þátttöku sína vera takmarkaða voru beðnir um að nefna þær hindranir sem takmörkuðu þátttöku þeirra. Þessi svör þátttakenda voru sett upp í tíðnitöflu og flokkuð í heilsufar og líkamlega og andlega starfsemi, umhverfisþætti og einstaklingsbundna þætti, með hliðsjón af flokkunarkerfi ICF (WHO, 2001).

Niðurstöður

Bakgrunnsupplýsingar

Þátttakendurnir 129 voru á aldrinum 65 til 91 árs og íslenska var móðurmál þeirra allra. Kynjahlutfallið var nokkuð jafnt, 52,7% konur ($n=68$) og 47,3% karlar ($n=61$). Tafla 1 sýnir bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur greindar eftir kyni og aldurshópum. Karlarnir óku frekar bíl en konurnar, voru frekar í hjónabandi eða sambúð og bjuggu síður einir. Konurnar áttu frekar ættingja og vini á svæðinu og þær þáðu frekar óformlega aðstoð en karlarnir. Marktækur munur var á nær öllum bakgrunnsbreytum þegar yngri (65–74 ára) og eldri (75–91 árs) aldurshóparnir voru bornir saman. Þegar rýnt var í niðurstöður MMSE kom í ljós að 94 (72,9%) voru með stig frá 27–30 (af 30), 29 (22,5%) voru með stig frá 22–26 og sex (4,7%) voru með stig frá 17–20.

Athafnir og þátttaka (LLFDI)

Tafla 2 sýnir allar niðurstöður úr mælitækinu LLFDI og greiningu þeirra eftir kyni og aldri. Niðurstöðurnar sýna að á mælikvörðunum fyrir erfiðleika við athafnir voru lægstu mælitölurnar (mestu erfiðleikarnir) fyrir athafnir sem reyna mikið á neðri útlími. Að jafnaði áttu þátttakendur síst í erfiðleikum (hæstu mælitölurnar) með athafnir sem reyna á efri útlími. Meðaltal mælitölunnar fyrir „Tíðni þátttöku“ var frekar lágt ($M=50,6$) og mun lægra en fyrir „Takmörkun á þátttöku“ ($M=73,6$). Greining á LLFDI niðurstöðum eftir kyni sýndi að í heildina voru karlar með hærri mælitölu fyrir athafnir sem reyna á líkamlega getu og byggði það á hærri útkomu fyrir bæði „Erfiðleika við athafnir sem reyna á efri útlími“ og „Erfiðleika við athafnir sem reyna mikið á neðri útlími“. Þrátt fyrir meiri erfiðleika kvennanna við athafnir þá mátu þær sig herra á kvarðanum „Tíðni þátttöku“ og byggði það sérstaklega á tíðum samskiptum þeirra við aðra. Ekki greindist kynjamunur á „Takmörkun á þátttöku“. Greining á LLFDI niðurstöðum eftir aldurshópum sýndi að yngri aldurshópurinn (65–74 ára) var með

Tafla 1. Bakgrunnsupplýsingar um þátttakendur greindar eftir kyni og aldri

Bakgrunnsbreytur	Allir N=129	Konur n=68	Karlar n=61	p-gildi*	65-74 ára n=62	75-91 árs n=67	p-gildi*
Aldur, $M \pm SF$ (lægsta-hæsta)	75,1 $\pm$ 7,0 (65–91)	75,7 $\pm$ 7,0 (65–91)	74,4 $\pm$ 7,0 (65–88)	0,281			
75 ára eða eldri, n (%)	67 (52)	39 (57)	28 (46)	0,194			
Býr í þorpi (en ekki sveit), n (%)	104 (81)	56 (82)	48 (79)	0,599	51 (82)	53 (79)	0,651
Fjöldi ára í skóla, $M \pm SF$ (lægsta-hæsta)	8,2 $\pm$ 3,4 (2–18)	7,8 $\pm$ 2,9 (2–17)	8,6 $\pm$ 3,8 (2–18)	0,217	9,7 $\pm$ 3,6 (4–18)	6,7 $\pm$ 2,4 (2–14)	<0,001
Á vinnumarkaði, n (%)	49 (38)	21(31)	28 (46)	0,079	42 (68)	7 (10)	<0,001
Ekur bíl, n (%)	103 (80)	48 (71)	55 (90)	0,006	58 (94)	45 (67)	<0,001
Í hjónabandi eða sambúð, n (%)	77 (60)	32 (47)	45 (74)	0,002	48 (77)	29 (43)	<0,001
Býr ein(n), n (%)	41 (32)	28 (41)	13 (21)	0,016	10 (16)	31 (46)	<0,001
Að minnsta kosti eitt barn á svæðinu, n (%)	94 (78)	53 (79)	41 (67)	0,128	42 (68)	52 (78)	0,157
Ættingjar og vinir á svæðinu, n (%)	122 (95)	66 (98)	56 (92)	0,018	57 (92)	65 (97)	0,019
Heimilishjálp frá sveitarfélagi, n (%)	31 (24)	19 (28)	12 (20)	0,272	3 (5)	28 (42)	<0,001
Óformleg aðstoð eða umönnun, n (%)	58 (45)	38 (56)	20 (33)	0,011	20 (32)	38 (57)	0,004
Notar gönguhjálpartæki, n (%)	37 (29)	16 (24)	21 (34)	0,189	8 (13)	29 (43)	<0,001
Er með a.m.k. einn langvinnan sjúkdóm, n (%)	91 (71)	48 (72)	43 (71)	0,886	39 (63)	52 (78)	0,048
Vitræn færni, MMSE**, $M \pm SF$ (lægsta-hæsta)	27,2 $\pm$ 2,7 (17–30)	27,4 $\pm$ 2,8 (17–30)	27,0 $\pm$ 2,6 (19–30)	0,425	28,1 $\pm$ 2,3 (19–30)	26,4 $\pm$ 2,8 (17–30)	<0,001
Mat á eigin heilsu, n (%)				0,844			0,038
Mjög góð	26 (20)	14 (21)	12 (20)		18 (29)	8 (12)	
Góð	54 (42)	27 (40)	27 (44)		24 (39)	30 (45)	
Miðlungs	37 (29)	21 (31)	16 (26)		16 (26)	21 (31)	
Slæm	10 (8)	4 (6)	6 (10)		2 (3)	8 (12)	
Mjög slæm	2 (2)	2 (3)	0 (0)		2 (3)	0 (0)	

* Munur telst marktækur ef p -gildi < 0,05

** MMSE = Mini-Mental State Examination, tölugildi frá 0–30, hærra gildi táknar meiri vitræna færni. Ath. Við fimm spurningum vantaði svör frá einum eða tveimur þátttakendum. Prósentuútreikningar byggjast á fjölda þeirra sem svöruðu hverri spurningu.

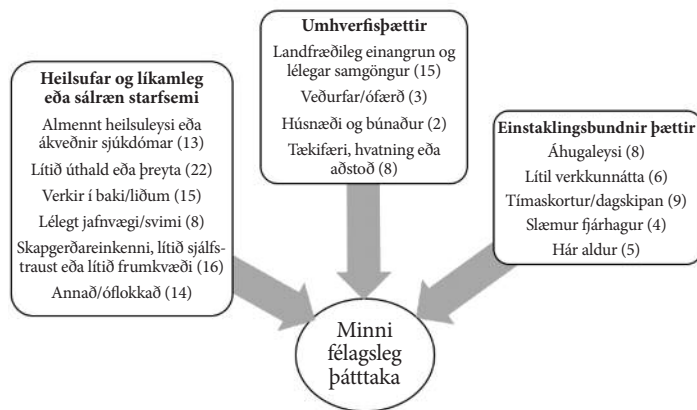
Tafla 2. Niðurstöður fyrir athafnir og þátttöku greindar eftir kyni og aldri

Mælikvarði* $M \pm SF$ (lægsta-hæsta)	Allir N=129	Konur n=68	Karlar n=61	p-gildi**	65–74 ára n=62	75–91 árs n=67	p-gildi**
Erfiðleikar við athafnir — heild	64,5 $\pm$ 13,6 (36,9–100)	61,3 $\pm$ 11,7 (36,9–81,7)	68,0 $\pm$ 14,8 (41,3–100)	0,005	72,2 $\pm$ 12,2 (47,3–100)	57,4 $\pm$ 10,6 (36,9–90,3)	<0,001
— Erfiðleikar við athafnir sem reyna á efri útlími	83,5 $\pm$ 15,4 (41–100)	77,7 $\pm$ 15,1 (41–100)	89,9 $\pm$ 13,2 (47,7–100)	<0,001	89,7 $\pm$ 12,0 (59,2–100)	77,7 $\pm$ 16,1 (41–100)	<0,001
— Erfiðleikar við athafnir sem reyna á neðri útlími	75,6 $\pm$ 16,7 (42,2–100)	73,6 $\pm$ 17,1 (42,2–100)	77,8 $\pm$ 16,1 (51,8–100)	0,147	84,2 $\pm$ 15,3 (55,5–100)	67,5 $\pm$ 13,8 (42,2–100)	<0,001
— Erfiðleikar við athafnir sem reyna mikið á neðri útlími	56,8 $\pm$ 19,4 (11,4–100)	52,9 $\pm$ 17,6 (11,4–88,6)	61,0 $\pm$ 20,5 (27,5–100)	0,018	67,5 $\pm$ 16,6 (27,7–100)	47,0 $\pm$ 16,5 (11,35–100)	<0,001
Tíðni þátttöku – heild	50,6 $\pm$ 5,3 (37,4–70,6)	51,9 $\pm$ 5,0 (43,2–70,6)	49,2 $\pm$ 5,4 (37,4–59)	0,003	52,0 $\pm$ 5,3 (37,4–63,6)	49,3 $\pm$ 5,0 (38,1–70,6)	0,005
— Tíðni samskipta við aðra	45,4 $\pm$ 6,9 (23,8–70,3)	46,7 $\pm$ 6,3 (30,1–64,7)	44,0 $\pm$ 7,2 (23,8–70,3)	0,027	47,7 $\pm$ 7,0 (33,3–70,3)	43,3 $\pm$ 6,0 (23,8–54,9)	<0,001
— Tíðni eigin umsjár	60,7 $\pm$ 14,4 (37,5–100)	62,8 $\pm$ 13,7 (37,5–100)	58,2 $\pm$ 15,0 (38,9–100)	0,069	61,2 $\pm$ 13,8 (40,3–100)	60,2 $\pm$ 15,1 (40,3–100)	0,700
Takmörkun á þátttöku – heild	73,6 $\pm$ 13,7 (44,9–100)	71,8 $\pm$ 14,6 (44,9–100)	75,6 $\pm$ 13,7 (47,9–100)	0,117	78,8 $\pm$ 12,6 (53,7–100)	68,8 $\pm$ 13,0 (44,9–100)	<0,001
— Takmörkun á virkni	73,0 $\pm$ 14,8 (39,8–100)	70,8 $\pm$ 14,6 (39,8–100)	75,5 $\pm$ 14,7 (43,4–100)	0,069	78,6 $\pm$ 13,4 (44,5–100)	67,8 $\pm$ 14,2 (39,8–100)	<0,001
— Takmörkun á stjórn á eigin lífi	89,3 $\pm$ 11,8 (56–100)	89,6 $\pm$ 12,0 (60,1–100)	89,0 $\pm$ 11,7 (56–100)	0,780	93,0 $\pm$ 9,2 (67,5–100)	86,0 $\pm$ 12,9 (56–100)	0,001

* Allir mælikvarðar (og breytur) fyrir athafnir og þátttöku byggjast á mælitækinu Efri árin, mat á færni og fötlun (*Late-life function and disability instrument*). Mælitölur geta spannað bilið frá 0 til 100 og hærri tala táknar minni erfiðleika við athafnir, tíðari þátttöku og minni takmörkun á þátttöku.** Munur telst marktækur ef p -gildi < 0,05.

hærri mælitölur en sá eldri (75–91 árs) á öllum mælikvörðum athafna og þátttöku nema „Tíðni eigin umsjár“, en þar stóðu þeir eldri jafnfætis þeim yngri.

Meirihluti þátttakenda ($n=79$; 61,2%) tilgreindi að minnsta kosti eitt atriði þar sem þátttaka var töluvert, mjög eða algjörlega takmörkuð vegna innri eða ytri hindrana. Þátttakendur í eldri hópnum (75–91 árs) voru frekar en þeir í þeim yngri (65–74 ára) í þessum hópi, eða 71,6% á móti 50% ($p=0,012$). Hlutfall kvenna (60,3%) og karla (62,3%) var hins vegar sambærilegt ($p=0,816$). Hindranirnar voru margvíslegar og tengdust heilsufari þátttakenda (t.d. gigtsjúkdómar) og skertri líkamsstarfsemi (t.d. þreyta). Auk þess voru nefnd dæmi um félagslegt (t.d. skortur á aðstoð) og efnislegt (t.d. landfræðileg einangrun) umhverfi og einstaklingsbundna þætti eins og áhugaleysi. Mynd 2 sýnir helstu flokka hindrana, en sumar hindranir var ekki unnt að flokka þar sem lýsing þátttakenda á þeim var ónákvæm, svo sem „slæmska í öxlum“, „lappalaus“ eða „ónýtar hendur“.



Mynd 2. Algengustu hindranir á þátttöku. Tölur í svigum tákna fjölda þátttakenda sem tilgreindu hindrun í viðkomandi flokki.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar staðfesta að með hækkandi aldri eiga eldri borgarar í meiri erfiðleikum með ýmsar athafnir sem reyna á líkamlega getu. Hærri aldur tengdist líka minni tíðni á þátttöku og meiri takmörkun á þátttöku, nema við eigin umsjá þar sem ekki greindist munur á þátttöku eftir aldri. Meðaltöl á mælikvörðunum fyrir tíðni þátttöku voru að jafnaði frekar lág en ljóst er að þátttakendur tengdu þetta ekki beint við takmörkun á þátttöku þar sem mælitölurnar á þeim mælikvörðum öllum voru mun hærri. Konur reyndust eiga erfiðara en karlar með athafnir sem reyna á líkamlega getu en höfðu hins vegar tíðari samskipti við aðra. Auk þessara niðurstaðna varpar rannsóknin ljósi á þær margvíslegu hindranir sem eldri borgarar þurfa að yfirstíga til að eiga möguleika á þátttöku í samfélaginu og spjara sig á eigin spýtur. Þessar hindranir tengjast heilsufari og líkamsstarfsemi, félagslegu og efnislegu umhverfi og einstaklingsbundnum þáttum.

Við túlkun á niðurstöðum rannsóknarinnar er mikilvægt að hafa eftirfarandi takmarkanir hennar og kosti í huga. Rannsóknarsvæðið afmarkaðist við sunnanverða Vestfirði og það

hefur áhrif á alhæfingargildi niðurstaðna. Þó má leiða að því líkum að önnur dreifbýl svæði á Íslandi geti dregið af þeim lærdóm. Úrtakið var lítið og það dró úr möguleikum á frekari greiningu gagnanna. Niðurstöðurnar sýna meðaltöl fyrir svæðið í heild, en aldursdreifing íbúa og þjónustumöguleikar eru mismunandi eftir því hvort um er að ræða þorp eða sveitir. Smæð úrtaksins og það að rannsóknin var á afmörkuðu landsvæði gerði hins vegar rannsókanda kleift að heimsækja alla þátttakendur og afla gagna með viðtölum og því þurfti ekki að útiloka neina vegna skertrar heyrnar eða sjónar eða erfiðleika við að skrifa. Þátttökuhlutfallið var einnig gott eða ríflega 80%. Hlutfall einstaklinga 65 ára og eldri á rannsóknarsvæðinu var einungis tæplega prósentustigi herra en á landinu öllu árið 2013 og kynjahlutfallið var sambærilegt. Spurningalistar voru notaðir við gagnaöflun en þegar þannig háttar til er alltaf hætta á að þátttakendur ofmeti eða vanmeti getu sína og þátttöku. Hins vegar eru spurningalistar hagkvæm leið til að afla upp lýsinga um daglegar athafnir og þátttöku.

Niðurstöður úr bæði athafnahluta og þátttökuhluta LLFDI birtast í mælitölu, eða í fjölda stiga frá 0–100. Engin staðal- (e. standard scores) eða markgildi (e. criterion scores) eru til fyrir þennan aldurshóp og því eingöngu hægt að bera saman niðurstöður á milli hópa í rannsókninni eða við niðurstöður annarra rannsókna þar sem LLFDI hefur verið notað. Annars vegar lýstu þátttakendur í rannsókninni svipuðum erfiðleikum við athafnir sem reyna á efri útlími ($M=83,5$), neðri útlími ($M=75,6$) og mikið á neðri útlími ($M=56,8$) eins og norðlenskir jafnaldrar þeirra ($M=86$, $M=76$ og $M=56$; í réttri röð) (Arnadottir o.fl., 2011). Hins vegar lýstu þátttakendur í rannsókninni minni heildarerfiðleikum við athafnir ($M=64,5$) en sænskir jafnaldrar þeirra ($M=58$) (Roaldsen o.fl., 2014). Mælitala þátttakenda fyrir erfiðleika við athafnir var hæst fyrir athafnir sem reyna á efri útlími og lægst fyrir athafnir sem reyna mikið á neðri útlími sem er í samræmi við aðrar öldrunarrannsóknir (Roaldsen o.fl., 2014; Zunzunegui o.fl., 2015).

Á heildina lítið áttu konur erfiðara með athafnir en karlar og þetta gildi einnig um alla undirflokkar athafna nema þær sem reyna á neðri útlími, eins og að ganga stiga og standa upp úr sófa. Þessi munur á líkamlegri getu eldri karla og kvenna er þekktur um allan heim og hefur skýringa meðal annars verið leitað í líffræðilegum mun, kynbundnum lífsstíl og mismunandi hlutverkum kynjanna á lífsleiðinni (Zunzunegui o.fl., 2015). Sambærilegur kynjamunur hefur komið fram í öðrum rannsóknum á eldri Íslendingum (Arnadottir o.fl., 2011; Hlíf Guðmundsdóttir o.fl., 2004) og niðurstöðurnar eru jafnframt í takt við erlendar rannsóknir sem sýna vaxandi erfiðleika við athafnir með hækkandi aldri (He og Larsen, 2014; Jindai o.fl., 2016). Þessara aldurstengdu áhrifa á færni gætir mest hjá fólki um eða yfir áttætt en eldri aldurshópurinn í þessari rannsókn var á bilinu 75–91 árs.

Eldri íbúar á sunnanverðum Vestfjörðum tóku örlítið oftar þátt í einstaklingsbundnum og félagslegum athöfnum ($M=50,6$) en jafnaldrar þeirra á Norðurlandi ($M=48$) en töldu samt frekar þátttöku sína vera takmarkaða ($M=73,6$, $M=79$) (Arnadottir o.fl., 2011). Í þessum tveimur íslensku rannsóknum er áhuga-vert að sjá sömu tilhneigingu, það er að þrátt fyrir frekar lág

meðaltöl fyrir tíðni þátttöku þá telja eldri borgarar þátttöku sína ekki vera verulega takmarkaða. Ef til vill hentar meiri þátttaka þeim ekki þrátt fyrir að möguleikarnir séu fyrir hendi. Þessar niðurstöður eru ólíkar erlendum rannsóknum sem hafa sýnt að aldraðir með skerta færni telja gjarnan að hindranir í umhverfi þeirra séu meginástæðan fyrir lítilli þátttöku (Keysor o.fl., 2010; White o.fl., 2010). Hæsta mælitalan á LLFDI var á kvarðanum „takmörkun á stjórn á eigin lífi“ (lítill takmörkun) og sú lægsta á kvarðanum „Tíðni samskipta við aðra“. Ef til vill má túlka þetta svo að þrátt fyrir landfræðilega einangrun, versnandi heilsufar og skerta líkamsstarfsemi telji eldri borgarar á sunnanverðum Vestfjörðum sig almennt vera við stjórnvölinn í sínu lífi og eiga möguleika á að vera virkir þó þeir velji að halda sig til hlés. Þarna hafði þó aldurinn áhrif því fólk í eldri hópnum upplifði meiri takmörkun en sá yngri og tók sjaldnar þátt. Þetta gæti tengst því að stór hluti yngri hópsins var enn þá útivinnandi, en þeir sem eru í launaðri vinnu eru gjarnan virkari í félagslegum athöfnum en aðrir (Hsu, 2007). Þátttaka á vinnumarkaði útskýrir samt ekki tíðni heildarþátttöku kvenna en karla, en þar munar mest um samskipti kvennanna við aðra. Ekki var munur eftir aldurshópum á tíðni eigin umsjár en það getur ef til vill útskýrst af því að slík þátttaka fer fyrst og fremst fram inni á heimilinu (Haak o.fl., 2007). Niðurstöður Desrosiers (2005) bentu reyndar til hins gagnstæða, en þegar aldurinn færdist yfir hafði mest dregið úr getu hinna öldruðu til að sinna sjálfum sér og eigin húsnæði.

Í rannsókn innan OECD-ríkjanna kemur fram að Íslendingar lifa lengst þeirra þjóða án fötlunar eftir 65 ár, eða í 15 ár, en það þýðir að um áttætt fer verulega að halla undan fæti (OECD, 2015). Í sömu rannsókn er því spáð að árið 2050 verði 8% íslensku þjóðarinnar 80 ára og eldri. Með auknum fjölda aldræðra, eykst þörfin á að rannsaka hagi eldri borgara og skipuleggja öldrunarþjónustu framtíðarinnar með það að markmiði að lengri æfi einkennist ekki af heilsubresti og takmörkunum á athöfnum og þátttöku. Í þessu samhengi hljóta forvarnir meðal aldraðra að verða mikilvægari með hverju árinu sem líður (OECD, 2015). Eitt af markmiðum velferðaráðuneytisins er að 80% þeirra sem eru 80 ára og eldri búi heima. Það kallar á aukna þjónustu í heimahúsum og þar eru aldraðir á landsbyggðinni í sérstakri stöðu, einkum á strjálbýlum svæðum þar sem samgöngur eru erfiðar. Takmarkaðar upplýsingar eru til um athafnir og þátttöku aldraðra eftir búsetu og því eru niðurstöður þessarar rannsóknar mikilvægt innlegg í öldrunarrannsóknir í dreifðum byggðum. Sambærilegar rannsóknir á öðrum svæðum landsins geta gefið fræðimönnum og þeim sem sjá um öldrunarþjónustu mikilvægar upplýsingar sem nýta má til að efla færni og heilsu eldri borgara.

Þakkir

Þakkir fá vísindasjóður félags sjúkraþjálfara og Byggðastofnun fyrir veittan fjárstuðning við gerð rannsóknarinnar. Einnig ber að þakka fjárhagslegan stuðning frá bæjarráði Vesturbyggðar og sveitarstjórn Tálknafjarðarhrepps. Þakkir fá allir þeir sem tóku þátt í rannsókninni fyrir að gefa sér tíma í þetta þarfa verkefni.

Heimildir

- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (1996). *Alþjóðleg tölfræðiflokkun sjúkdóma og skyldra heilbrigðisvandamála: ICD 10* (ritstjóri Magnús Snædal). Reykjavík: Orðabókasjóður læknafélaganna.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, Háskólinn á Akureyri og Embætti landlæknis (2015). *ICF: Alþjóðlegt flokkunarkerfi um færni, fötlun og heilsu. Stutt útágfa*. Reykjavík: Embætti landlæknis.
- Arnadóttir, S.A., Gunnarsdóttir, E.D., Stenlund, H., og Lundin-Olsson, L. (2011). Participation frequency and perceived participation restrictions at older age: Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) framework. *Disability and Rehabilitation*, 33 (22–23), 2208–2216.
- Árnadóttir, S.Á. (2010). *Physical activity, participation and self-rated health among older community-dwelling Icelanders*. Doktorsritgerð: Háskólinn í Umeå, Svíþjóð.
- Beauchamp, M.K., Jette, A.M., Ni, P., Latham, N.K., Ward, R.E., Kurlinski, L.A., ... Bean, J.F. (2016). Leg and trunk impairments predict participation in life roles in older adults: Results from Boston RISE. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(5), 663–669. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glv157>.
- Christensen, K., Doblhammer, G., Rau, R., og Vaupel, J.W. (2009). Ageing populations: The challenges ahead. *Lancet*, 374(9696), 1196–1208. DOI: [doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)61460-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)61460-4).
- Desrosiers, J. (2005). Participation and occupation. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 72(4), 195–203.
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A., og Buchner, A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39(2), 175–191.
- Folstein, M.F., Folstein, S.E., og McHugh, P.R. (1975). “Mini-mental state”: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189–198.
- Goodman, R.A., Ling, S.M., Briss, P.A., Parrish, R.G., Salive, M.E., og Finke, B.S. (2016). Multimorbidity patterns in the United States: Implications for research and clinical practice. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 71(2), 215–220. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glv199>.
- Haak, M., Ivanoff, S.D., Fänge, A., Sixsmith, J., og Iwarsson, S. (2007). Home as the locus and origin for participation: Experiences among very old Swedish people. *OTJR: Occupation, Participation and Health*, 27(3), 95–103.
- Hagstofa Íslands (e.d.). Mannfjöldaspá. Sótt á <https://hagstofa.is/talnaefni/ibuar/mannfjoldaspa/mannfjoldaspa/>.
- Haley, S.M., Jette, A.M., Coster, W.J., Kooyoomjian, J.T., Levenson, S., Heeren, T., og Ashba, J. (2002). Late life function and disability instrument: II. Development and evaluation of the function component. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(4), M217–M222. DOI: doi.org/10.1093/gerona/57.4.M217.
- He, W., og Larsen, L.J. (2014). *Older Americans with a disability: 2008–2012*. Sótt á <https://www.census.gov/content/dam/Census/library/publications/2014/acs/acs-29.pdf>.
- Hlíf Guðmundsdóttir, Kristín Björnsdóttir og Ragnar F. Ólafsson (2004). Líkamleg færni og stuðningur frá formlegum og óformlegum stuðningsaðilum hjá 90 ára og eldri á Íslandi. *Öldrun*, 22(2), 10–15.
- Hsu, H.C. (2007). Does social participation by the elderly reduce mortality and cognitive impairment? *Aging and Mental Health*, 11(6), 699–707. DOI: <https://doi.org/10.1080/13607860701366335>.
- Jette, A.M., Haley, S.M., og Kooyoomjian, J.T. (2002a). *Late-Life FDI Manual*. Boston, Massachusetts, Bandaríkjunum: Boston University.
- Jette, A.M., Haley, S.M., Coster, W.J., Kooyoomjian, J.T., Levenson, S., Heeren, T. og Ashba, J. (2002b). Late life function and disability instrument: I. Development and evaluation of the disability component. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(4), M209–M216. DOI: doi.org/10.1093/gerona/57.4.M209.
- Jindai, K., Nielson, C.M., Vorderstrasse, B.A., og Quinones, A.R. (2016). Multimorbidity and functional limitations among adults 65 or older,

- NHANES 2005–2012. *Preventing Chronic Disease*, 13, 160174–160181. DOI: <http://dx.doi.org/10.5888/pcd13.160174>.
- Keysor, J.J., Jette, A.M., LaValley, M.P., Lewis, C.E., Torner, J.C., Nevitt, M.C., og Felson, D.T. (2010). Community environmental factors are associated with disability in older adults with functional limitations: The MOST study. *Journals of Gerontology, Biological Sciences and Medical Sciences*, 65(4), 393–399. DOI: <https://doi.org/10.1093/gerona/glp182>. *Lög um málefni aldraðra* nr. 125/1999.
- OECD (2015). *Health at a glance 2015: OECD indicators*. Sótt á http://www.keepeek.com/Digital-Asset-Management/oecd/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2015_health_glance-2015-en#page0.
- Roaldsen, K.S., Halvarsson, A., Sarlija, B., Franzen, E., og Ståhle, A. (2014). Self-reported function and disability in late life: Cross-cultural adaptation and validation of the Swedish version of the late-life function and disability instrument. *Disability and Rehabilitation*, 36(10), 813–817. DOI: <https://doi.org/10.3109/09638288.2013.819387>.
- White, D., Keysor, J., LaValley, M., Lewis, C., Torner, J., Nevitt, M., og Felson, D.T. (2010). Clinically important improvement in function is common in people with or at high risk of knee OA: The MOST study. *Journal of Rheumatology*, 37(6), 1244–1251. DOI: [Doi.org/10.3899/jrheum.090989](https://doi.org/10.3899/jrheum.090989).
- World Health Organization [WHO]. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Genf: World Health Organization.
- Zunzunegui, M.V., Alvarado, B.E., Guerra, R., Gómez, J.F., Ylli, A., Guralnik, J.M., og IMIAS Research Group (2015). The mobility gap between older men and women: The embodiment of gender. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 61(2), 140–148. DOI: [Doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.005](https://doi.org/10.1016/j.archger.2015.06.005).

English Summary

Brynjólfssdóttir, M., Pálmadóttir, G., Arnadóttir, S.A.

Activities and Participation among older Adults: Population based Study on 65–91 Years Residents in Southern Westfjords

Aim: The mean life expectancy for Icelanders is steadily growing at the same time as there are increasing demands that older people stay in their own homes. In southern Westfjords, 13.6% of the residents were 65 years or older in the year 2013. The purpose of this study was to investigate daily activities and participation among community-dwelling older people in this area.

Method: A descriptive cross-sectional design was used and the sample consisted of all community-dwelling residents, 65 years or older. Participants were 68 women and 61 men, aged 65–91 years (participation rate=80.1%). Data was collected with the Late Life Function and Disability Instrument where participants self-assessed their difficulties in activities as well as frequency and limitations of participation. The instrument provides interval scale scores (0–100) where a higher score means less difficulties in activities, more frequent participation, and less participation restrictions. Data was analysed by gender and age-groups (65–74 years and 75–91 years) and statistical significance set at $p < 0.05$.

Results: Overall, men reported less difficulties in activities ($M=68.0$) than women ($M=61.3$), and the same was true for the younger age-group ($M=72.2$) compared to the older ($M=57.4$). Frequency of participation was higher for women ($M=51.9$) than men ($M=49.2$) and also higher for the younger age-group ($M=52.0$) than the older ($M=49.3$). Moreover, the older age-group experienced their participation to be more limited than the older group ($M=68.8$ and $M=78.8$). Participants described variety of barriers that older citizens have to overcome for participation in self-care and social life.

Conclusion: The results provide valuable information on activities and participation of older residents in a rural setting and have practical implications for community services in the research area.

Key-words: Activities of daily living; Aging; Geriatrics; Health; Social participation, Rural.

Correspondent: maggabr@gmail.com

Endurskilgreining á lífi og sjálfi: Reynsla yngra fólks af því að fá hjartaáfall

Útdráttur

Bakgrunnur og tilgangur rannsókna: Hjartasjúkdómar eru ein aðaldánarorsökin í heiminum, en sterk tengsl eru milli kransæðasjúkdóma og óheilsusamlegs lífsstíls. Flestir fá hjartasjúkdóm um sextugt eða seinna og það telst „ung“ að fá hjartasjúkdóm um eða fyrir fimmtugt. Lítið er vitað um reynslu „yngri“ Íslendinga af því að fá hjartaáfall. Tilgangur rannsóknarinnar var að auka þekkingu hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta á þeirri lífsreynslu að fá hjartaáfall „ungur“ svo að hægt sé að veita þessum sjúklingahóp viðeigandi hjúkrun og þjónustu.

Aðferð: Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði var valin sem rannsóknaraðferð og þátttakendur valdir með tilgangsrúttaki. Tekin voru samtals 19 einstaklingsviðtöl við 11 þátttakendur. Meðalaldur þátttakenda var 48 ár þegar þeir voru fyrst greindir með hjartaáfall og sex höfðu fengið fleiri en eitt áfall.

Niðurstöður: Yfirþema rannsóknarinnar var *endurskilgreining á lífi og sjálfi*. Að fá hjartaáfall svo ungir hafði neikvæð áhrif á sjálfsmynd þátttakenda. Alls staðar, þar sem þeir komu, voru þeir yngstir og í mörgum tilvikum um 20 árum yngri en aðrir hjartasjúklingar. Flestir fundu fyrir þunglyndi, kvíða og hræðslu í kjölfar áfallsins en fannst vanta fræðslu um þessar erfiðu tilfinningar. Hjá nánast öllum varð vendipunktur eftir hjartaáfallið til heilbrigðari lífsstíls. Fyrsta árið eftir hjartaáfallið litu þátttakendurnir á sig sem hjartasjúklinga, en þegar lengra leið frá því breyttist sjálfsmyndin aftur og fólk upplifði sig heilbriggt en þó með þennan „krankleika“. Hjá tæplega helmingi þátttakenda var hjartaáfallið vangreint sem einhver annar sjúkdómur vegna ungs aldurs þeirra og minna þekktra einkenna, en þreyta, slappleiki, veikindatilfinning, mæði og magaverkir voru einkenni sem flestir þátttakendur fundu fyrir við hjartaáfallið. Fæstir fengu hefðbundin einkenni sem almenningur er mest fræddur um.

Ályktun: Að fá hjartaáfall „ungur“ hefur viðtæk áhrif á andlega líðan og þurfa hjúkrunarfræðingar að vera sérstaklega vakandi fyrir því

með fræðslu og viðeigandi stuðningi. Þá er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar séu meðvitaðir um ólík einkenni hjartaáfalls og fræði almenning um þau.

Lykilhugtök: Hjartaáfall, sjálfsmynd, ungur aldur, fyrirbærafræði, viðtöl.

Inngangur

Hjartasjúkdómar eru ein aðaldánarorsökin í heiminum en talið er að 17,5 milljónir manna hafi látist úr hjarta- og æðasjúkdómum árið 2012, en það voru 46,2 % af öllum dauðsföllum í heiminum það ár. Hjartasjúkdómar eru einnig aðaldánarorsök fólks fyrir 70 ára aldur (WHO, 2014). Tíðni hjartaáfalls hjá 45 ára og yngri er 6–10% en allt að 20% hjá 55 ára og yngri (Mozaffarian o.fl., 2016; Shah, o.fl., 2016). Nýgengi og dánartíðni vegna hjartaáfalla hefur lækkað á Íslandi en nýgengi kransæðastíflu meðal fertugra og yngri hefur ekki lækkað eins mikið og hjá eldri aldurshópum (Björn Jakob Magnússon o.fl., 2017). Vegna bættrar meðferðar við kransæðastíflu lifa sífellt fleiri ungir einstaklingar það af að fá hjartaáfall, lifa oft lengi með afleiðingum hjartaáfallsins og þurfa að breyta lífsstíl sínum til að takast á við áhættuþætti hjartaáfalla (Björn Jakob Magnússon o.fl., 2017). Þessi rannsókn fjallar um reynslu yngri einstaklinga af því að fá hjartaáfall en lítið er um rannsóknir á því sviði hér á landi.

Orsakir kransæðasjúkdóma

Æðakölkun og blóðsegamyndun í kransæðum er algengasta orsök kransæðasjúkdóma (Shah o.fl., 2016; Tómas Guðbjartsson o.fl., 2014). Líkur á hjartaáföllum aukast með hækkandi aldri vegna aukinnar æðakölkunar og þess vegna eru hjartasjúkdómar fyrst og fremst sjúkdómar eldra fólks. Sterk tengsl

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: Ungir hjartasjúklingar eru móttækilegir fyrir að breyta óheilsusamlegum lífsstíl strax eftir hjartaáfallið sem mikilvægt er að nýta til fræðslu.

Hagnýting: Andleg vanlíðan í kjölfar hjartaáfallsins hjá þessum ungu hjartasjúklingum var algeng en fræðslu um slíkt var oft ábótavant.

Þekking: Leggja þarf sérstakt mat á kvíða, þunglyndi og hræðslu og veita sérstaka hjúkrunarmeðferð sem sérsniðin er að hverjum einstaklingi þar sem tilfinningaleg viðbrögð hvers einstaklings eru einstök.

Áhrif á störf hjúkunarfræðinga: Rannsóknin dregur fram þau mörgu mismunandi líkamlegu einkenni sem þátttakendur fundu fyrir við hjartaáfallið sem mikilvægt er að fræða almenning um.

eru hins vegar á milli kransæðasjúkdóma og óheilsusamlegs lífsstíls þar sem reykingar, mikil blóðfita, lítil hreyfing og sykursýki vega þungt (Shah o.fl., 2016; Tómas Guðbjartsson o.fl., 2014). Í eigindlegri rannsókn Junehag og félaga (2014) ræddu rannsakendur við fólk (N=20) á aldrinum 46 til 73 ára í kjölfar hjartaáfalls. Meginniðurstaða höfunda er að þeir sem gerðu sér grein fyrir orsaka- og áhættuþáttum, sem leiddu til hjartaáfallsins, gerðu frekar lífsstílsbreytingar til að verða heilbrigðari. Aðrar rannsóknir hafa staðfest mikilvægi þess að hjartasjúklingar geri sér grein fyrir orsökum hjartaáfallsins og sjái hjartasjúkdóminn sem langvinnan sjúkdóm sem hægt sé að stjórna (Allsén o.fl., 2008; Sigurdardóttir o.fl., 2017). Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) hefði verið hægt að koma í veg fyrir ¾ allra hjartaáfalla í heiminum með heilbrigðum lífsstíl (Perk o.fl., 2012). Hins vegar er vitað að einn af áhættuþáttum hjartaáfalla tengist ættarsögu viðkomandi (Tómas Guðbjartsson o.fl., 2014).

Lífið eftir hjartaáfall

Eftir hjartaáfall þurfa hinir langveiku að læra að lifa með hjartasjúkdóm (Sigurdardóttir o.fl., 2017) til að ná að fást við ýmis líkamleg (Mathews o.fl., 2015) og andleg einkenni eftir áfallið (Alvarenga og Byrne, 2016; Arnold o.fl., 2012; Chung o.fl., 2008; Yammine og Frazier 2013). Meðferðin miðast við að breyta lífsstíl varðandi þá áhættuþætti sem viðkomandi þurfa að breyta, en fylgni þeirra við ráðleggingar heilbrigðisstarfsfólks hefur reynst frekar léleg (Cohen, 2009; Mathews o.fl., 2015; Perk o.fl., 2012). Í sænskri eigindlegri rannsókn, þar sem tekin voru viðtöl við 17 einstaklinga í kjölfar hjartaáfalls innan við 55 ára aldur, kom fram að þátttakendum fannst eins og verið væri að gera óraunhæfar kröfur til þeirra og áttu erfitt með að takast á við daglegt líf. Reynsla þeirra eftir hjartaáfallið var að þeir treystu ekki líkama sínum. Þessi lífshættulegi sjúkdómur hafði veikt sjálfstraust þeirra (Andersson o.fl., 2013). Í rannsókn Allsén og samstarfsmanna (2008) var beitt grundaðri kenningu til að athuga hvernig hjartasjúklingar skynjuðu veikindi sín fjórum mánuðum eftir hjartaáfall. Tekin voru viðtöl við 25 einstaklinga (41–78 ára). Niðurstaðan var að þátttakendurnir skiptust í tvo ólíka hópa: annars vegar þá sem litu á hjartaáfallið sem merki um langvinn veikindi, hugleiddu hvað hefði getað valdið þessu og fóru í eins konar sjálfsskoðun, og hins vegar þá sem hugsuðu lítið um hjartaáfallið og litu á það sem brátt tilvik sem þeir forðuðust að hugsa um. Rannsakendur álykta að þessi niðurstaða geti hjálpað hjúkrunarfræðingum og öðru heilbrigðisstarfsfólki að meta á hvern hátt viðbrögð einstaklinga við hjartaáfalli stýri þörfum þeirra fyrir fræðslu. Huga þurfi sérstaklega að þeim sem forðast að hugsa um hjartaáfallið til að auðvelda þeim að taka á áhættuþáttum.

Andleg vanlíðan í kjölfar hjartaáfalls

Í rannsókn Andersson og félaga (2013) kom fram að þátttakendur fundu fyrir andlegri vanlíðan í kjölfar hjartaáfallsins. Þessi andlega vanlíðan í kjölfar hjartaáfalls hefur komið fram í fleiri rannsóknum (Benyamini o.fl., 2013; Chung o.fl., 2008; Junehag o.fl., 2014; Lavie og Milani, 2006). Í rannsókn á algengi

kvíða og þunglyndis í hjartaendurhæfingu, sem gerð var á Reykjalundi á árunum 2005–2006, kom fram að kvíði, reiði og óvild var algengari hjá yngri hjartasjúklingum (Karl Kristjánsson o.fl., 2007). Notaður var kvíða- og þunglyndiskvarðinn HADS. Af 224 sjúklingum, sem boðin var þátttaka í rannsókninni, tóku 200 (89,3%) þátt, 151 karl og 49 konur. Algengi þunglyndis greint í viðtölum við innlögn var 18,5% en 9,5% samkvæmt niðurstöðum úr HADS. Klínísk greining á kvíða var 28% við innskrift en 11% samkvæmt HADS. Ályktun rannsakennda var að betra væri að nota innskriptarviðtal lækis eða hjúkrunarfræðings en HADS til að meta kvíða og þunglyndi hjartasjúklinga. Vitað er að andleg vanlíðan, einkum þunglyndi og kvíði, getur minnkað líkur á að einstaklingar með hjartasjúkdóm takist á við lífsstílsbreytingar og þeir hafa verri langtímahorfur heldur en þeir sem finna ekki fyrir kvíða, þunglyndi og reiði (Benyamini o.fl., 2013; Perk o.fl., 2012). Því var mikilvægt að rannsaka líðan þeirra í kjölfar hjartaáfalls til að öðlast betri skilning á reynslu yngra fólks af að fá hjartaáfall.

Samanburður á yngri og eldri hjartasjúklingum

Nokkuð hefur verið um erlendar rannsóknir þar sem reynsla yngri og eldri hjartasjúklinga af hjartaáfalli hefur verið borin saman. Rannsóknarniðurstöður benda til að andleg vanlíðan sé algengari hjá yngri hjartasjúklingum en þeim eldri. Salmi-
inen-Tuomaala og samstarfsmenn (2012) notuðu grundaða kenningu í rannsókn með 28 einstaklingum (32–82 ára) sem fengið höfðu sitt fyrsta hjartaáfall og lágu á tveimur finnskum sjúkrahúsum. Yfirþemað var „mikilvægi þess að ná aftur stjórn á aðstæðum sínum“ en þátttakendum fannst það ógn að missa stjórnina, bæði líkamlega og andlega. Í bandarískri rannsókn Lavie og Milani (2006) var reynsla 104 ungra hjartasjúklinga, sem fengið höfðu hjartaáfall (meðalaldur um 48 ára), borin saman við reynslu 260 eldri hjartasjúklinga (meðalaldur um 75 ára). Yngri fólkið reyndist kvíðnara, þunglyndara og reiðara/fjandsamlegra eftir hjartaáfallið en það eldra. Í bandarískri samanburðarrannsókn Yammine og Frazier (2013) var aldurskiptingin fyrir karlmenn 50 ár og 55 ár fyrir konur (N=1140). Yngri einstaklingarnir í rannsókninni glímdu frekar við offitu, hreyfingarleysi og reykingar heldur en hinir eldri, en áttu hins vegar síður við vandamál eins og sykursýki, háþrýsting eða há gildi blóðfita að stríða. Ættgengi hjartasjúkdóma var svipað í báðum hópnum, 75%. Fyrir hjartaáfallið voru 39% þátttakenda í yngri hópnum þunglyndir en 26% þeirra sem voru í eldri hópnum. Ályktun rannsakennda var að þunglyndi ungra hjartasjúklinga (>50 ára) sé vangreint og síður meðhöndlað en hjá þeim sem eldri eru.

Tilgangur rannsókna og rannsóknarspurning

Vitað er að munur er á yngri og eldri hjartasjúklingum en engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á reynslu yngri hjartasjúklinga af því að fá hjartaáfall. Því var tilgangur rannsóknarinnar að efla þekkingu og dýpka skilning á lífsreynslu yngra fólks af því að fá hjartaáfall og rannsóknarspurningin var: Hver er reynsla yngra fólks af því að fá hjartaáfall?

Aðferð

Til að svara rannsóknarspurningunni var valin fyrirbærafræðileg rannsóknaraðferð, Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði sem er mikið notuð innan hjúkrunarfræði (Dowling og Cooney, 2012). Tekin eru fyrirbærafræðileg viðtöl við einstaklinga sem hafa orðið fyrir ákveðinni reynslu og leitast er við að skilja reynsluheim þeirra, túlkun og skynjun á þessari sérstöku reynslu (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Í *töflu 1* á næstu síðu er yfirlit yfir tólf þrep rannsóknarferlisins og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn.

Fyrsta þrepið var að velja í úrtakið. Auglýst var eftir þátttakendum í tímaritinu Velferð, sem gefið er út af Hjartavernd, og á vefsíðum Hjartaverndar og Hjartalífs. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni var að hafa fengið hjartaáfall í kringum fimmtugt (50 ára +/- 6 ár, þ.e. 44–56 ára) og að a.m.k. 6 mánuðir væru liðnir frá áfallinu. Viðmælendur voru samtals 11, þrjár konur og átta karlmenn, flest svöruðu í gegnum auglýsingu í Velferð. Þátttakendur voru 44–56 ára þegar þeir fengu kransæðastíflu og meðalaldur þeirra var 48 ár þegar þeir fengu í fyrsta sinn staðfesta greiningu um hjartaáfall. Sex höfðu fengið fleiri en eitt hjartaáfall. Tveir einstaklingar höfðu fengið hjartaáfall fyrir minna en ári, annars voru liðin 1–10 ár frá fyrsta áfalli.

Annað þrepið var „að vera kyrr“ og ígrunda. Í þessu þrepi ígrundaði fyrsti höfundur (hér eftir rannsakandi) fyrirframgerðar hugmyndir sínar um fyrirbærið, skrifaði þær niður og leitaðist við að leggja eigin reynslu, hugmyndir og hugsanir um efnið til hliðar. Þriðja þrepið fól í sér gagnasöfnun í gegnum samræður með beinum orðaskiptum. Rannsakandi spurði opinna spurninga í upphafi, t.d. „Getur þú sagt mér frá persónulegri reynslu þinni af því að fá hjartaáfall?“ og þrengdi svo spurningarnar til að fá skýrari mynd af fyrirbærinu, t.d. „Hvernig leið þér andlega í kjölfar áfallsins?“ Þannig breyttist eðli samræðna eftir því sem leið á rannsóknina. Viðtölin voru tekin á stað þar sem engin truflun var og tóku á bilinu 35–80 mínútur. Algengast var 50–60 mínútur. Þegar viðtöl voru í styttra lagi komu þátttakendur í annað viðtal til að rannsakandi fengi dýpri skilning á reynslu þeirra. Haft var samband við átta viðmælendur til að fá betri útskýringar á einstökum atriðum. Sum viðtöl voru innihaldsríkari en önnur en metton náðist eftir 19 viðtöl við 11 þátttakendur. Gagnagreining hófst strax í viðtölunum og rannsakandi skrepti vitund sína varðandi hugmyndir og hugtök og fylgdi þeim eftir í viðtölunum.

Þrep 4–6. Allar samræður voru hljóðritaðar og síðan skráðar orðrétt. Viðtölin voru send þátttakendum til yfirlestrar til að fá staðfestingu á því sem þeir sögðu. Eftir að viðtölin höfðu verið skráð var hvert viðtal ígrundað og lesið margfalt yfir með opnum huga og merkt var við mikilvægustu atriðin sem komu fram. Síðan voru viðtölin greind með þemagreiningu í meginþemu og undirþemu. Kóðar (e. codes) voru dregnir út úr afritunum (e. deconstruction). Þeim var síðan raðað í þemu (e. reconstruction), t.d. þróun sjálfsmyndaðar þátttakenda. Þemu

rannsóknar þróuðust og þroskuðust eftir samræður og ígrundun höfunda og var þess gætt að sleppa ekki mikilvægum atriðum og tvítaka ekki önnur. Niðurstöðum fyrir hvern þátttakanda var raðað saman í greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda í samræmi við þrep 4 til 6. Öll þemun voru dregin fram til að sjá rauða þráðinn í samræðunum og niðurstöður settar fram út frá þeim.

Einstaklingsgreiningarlíkon fela í sér ákveðna túlkun og í þrepi 7 fékk rannsakandi staðfestingu á greiningarlíkani viðkomandi þátttakanda og endurtók þessa aðferð með öllum þátttakendum. Þrep 8. Eftir upphafsstarf rannsakanda tóku allir höfundar þátt í að greina rannsóknargögnin og ræddu fyrstu niðurstöður. Allar mögulegar útfærslur voru skoðaðar sjálfstætt og saman og eftir mikla umfjöllun var þróað heildargreiningarlíkan um reynslu af því að fá hjartaáfall í kringum fimmtugt.

Þrep 9. Rannsakandi tryggði að niðurstöðurnar væru byggðar á rannsóknargögnunum með því að endurlesa öll viðtölin og bera þau saman við niðurstöðurnar. Þrep 10 snerist um að velja heiti sem lýsti niðurstöðunum í örstuttu máli. Í þrepi 11 voru niðurstöðurnar sannreynðar með tveimur þátttakendum og í þrepi 12 voru niðurstöður settar fram.

Siðfræði

Unnið var markvisst að því að vernda þátttakendur eftir helstu leiðbeiningum um siðfræði rannsókna (Sigurður Kristinsson, 2013). Þátttakendur fengu kynningarbréf ásamt bréfi um upplýst samþykki sem þeir skrifuðu undir eftir munnlega kynningu á rannsókninni. Allir þátttakendur fengu rannsóknarnafn og engin staðarnöfn eða nöfn, sem hægt var að rekja til þátttakenda, voru skráð til að tryggja nafnleynd. Viðtölin voru tekin upp með leyfi þátttakenda. Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd og tilkynnt til Persónuverndar

Niðurstöður

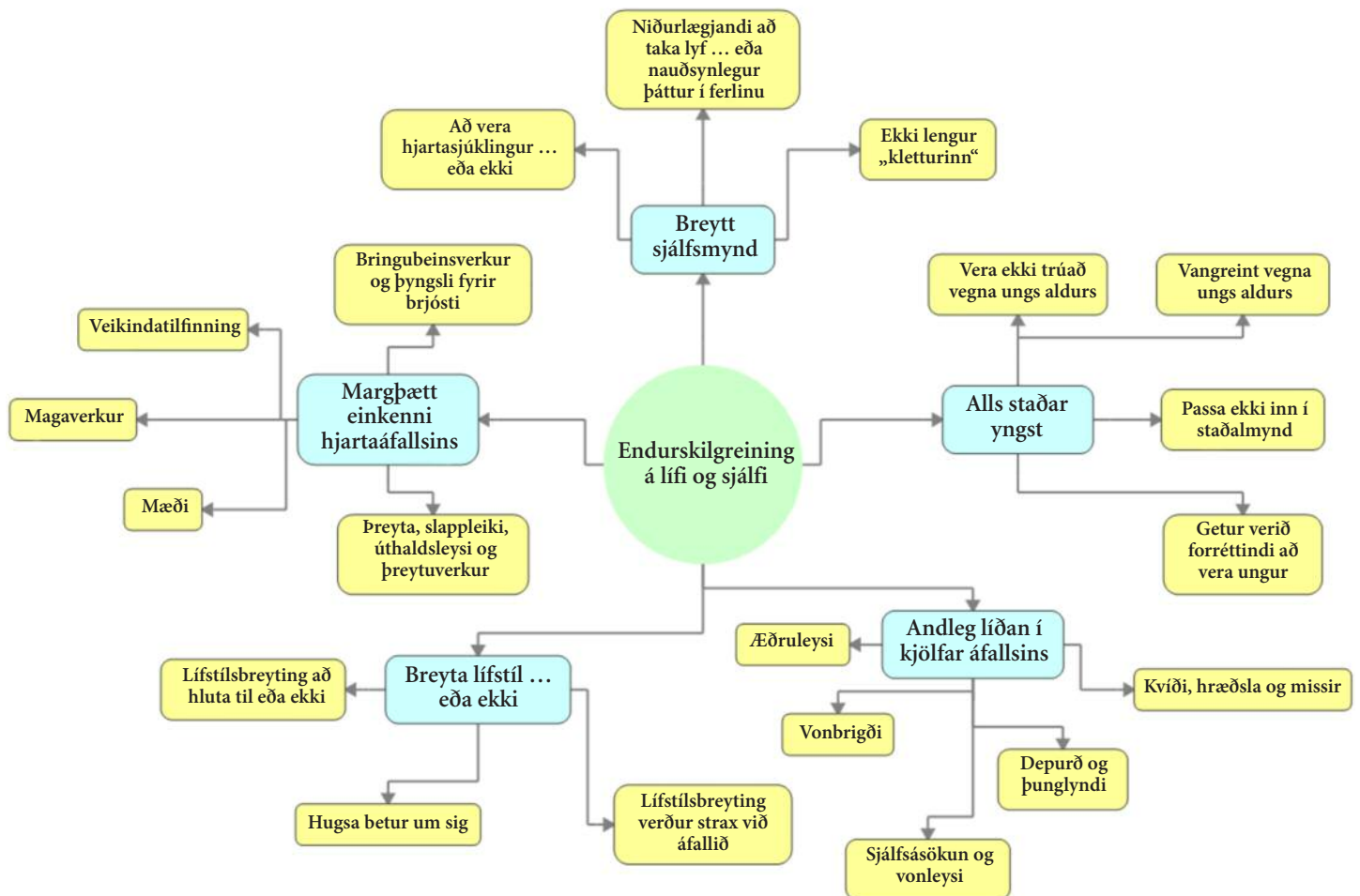
Reynsla þátttakenda af þeirri lífsreynslu að fá hjartaáfall í kringum fimmtugt endurspeglar í yfirþemanu „endurskilgreining á lífi og sjálfi“ en það lýsir í örstuttu máli þeim miklu breytingum sem urðu á lífi og sjálfi þátttakendanna við að fá hjartaáfall svo ungir. Mynd 1 sýnir grunnuppbyggingu fyrirbærisins (e. essential structure of the phenomenon) sem Spiegelberg (1984) segir að þurfi að vera til staðar ef aðferðin eigi að geta kallast fyrirbærafræðileg.

Breytingar á sjálfsmynd

Að vera hjartasjúklingur eða ekki. Fyrsta árið eftir hjartaáfallið litu þátttakendurnir á sig sem hjartasjúklinga, en þegar lengra leið frá því breyttist sjálfsmyndin aftur og fólk upplifði sig heilbrigt en þó með þennan „krankleika“. Þarna virðist vera um ákveðið aðlögunarferli að ræða sem þátttakendur ganga í gegnum og felur í sér ákveðna endurskilgreiningu á lífi og sjálfi. Upplifun Karls var að hann leit á sig sem hjartasjúkling en ein-

Tafla 1. Tólf meginþrep rannsóknarferlis Vancouver-skólans í fyrirbærafræði eins og þau voru framkvæmd í þessari rannsókn (byggt á Sigríði Halldórsdóttur, 2013, bls. 286).

Þrep	Lýsing á þrepum	Gert í þessari rannsókn*
Þrep 1 Val á samræðufélögum	Leitast er við að velja þátttakendur sem hafa bæði dæmigerða og ódæmigerða reynslu af fyrirbæriinu.	Þátttakendur voru 3 konur og 8 karlmenn á aldrinum 44 til 56 sem höfðu fengið hjartaáfall. Meðalaldur þeirra var 48 ár.
Þrep 2 Undirbúningur hugans (áður en samræður hefjast)	Fyrirframgefna hugmyndir ígrundaðar og settar meðvitað til hliðar.	Leitast var við að átta sig á fyrirframgerðum hugmyndum og leggja þær til hliðar eins vel og auðið var.
Þrep 3 Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun)	Tekin eru eitt til tvö viðtöl við hvern þátttakanda. Fjöldi þátttakenda er ekki ákveðinn fyrir fram heldur markast það af metnun (e. saturation) hversu marga þátttakendur er rætt við.	Tekið var eitt viðtal við níu þátttakendur og tvö viðtöl við tvo þátttakendur, samtals 11 viðtöl. Til að spyrja ýtarlegri spurninga var haft samband við átta þátttakendur aftur.
Þrep 4 Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök (gagnagreining hefst)	Unnið er samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu og gagnagreiningin hefst strax í viðtölunum.	Unnið var samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu. Hugmyndum var komið í orð, hlustað, lesið, ígrundað.
Þrep 5 Þemagreining	Rannsakandi les yfir rituð viðtöl og finnur lykilsetningar og merkingu þeirra, greinir síðan í þemu og undirþemu.	Við endurtekinn lestur viðtalanna var stöðugt verið að velta fyrir sér og ígrunda hver rauði þráðurinn væri í frásögn hvers og eins. Greint var í undirþemu og meginþemu.
Þrep 6 Smíðað greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda	Að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings. Meginþemu í sögu hvers þátttakanda eru dregin fram og aðalatriðin sett fram í greiningarlíkan fyrir hvern og einn.	Rannsóknargögn um hvern þátttakanda voru ígrunduð og smíðað einstaklingsgreiningarlíkan úr öllum þemum varðandi þann þátttakanda.
Þrep 7 Staðfesting á hverju greiningarlíkani (niðurstöður um hvern þátttakanda) með hverjum þátttakanda	Í hverju greiningarlíkani felst ákveðin túlkun rannsakanda. Hver þátttakandi er fenginn til að staðfesta þessa túlkun rannsakanda.	Fyrirbærafræðilegar lýsingar sendar til þátttakenda til að hver og einn staðfesti „sitt“ greiningarlíkan og allir staðfestu túlkun rannsakanda.
Þrep 8 Heildargreiningarlíkan smíðað úr öllum greiningarlíkönunum (fyrir hvern þátttakanda)	Rannsakandi reynir að átta sig á heildarmyndinni af fyrirbærinu sjálfu, átta sig á hver er sameiginleg reynsla þátttakenda og hvað er frábrugðið. Rannsakandi setur fram heildargreiningarlíkan fyrir alla þátttakendur.	Rannsakendur reyndu að átta sig á heildarmyndinni á fyrirbærinu sjálfu (meginniðurstöður rannsóknarinnar). Öll einstaklingsgreiningarlíkönin voru borin saman og smíðað heildargreiningarlíkan.
Þrep 9 Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin	Rannsakandi ber saman rituðu viðtölin við heildargreiningarlíkanið.	Viðtölin lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið.
Þrep 10 Rannsókninni valið heiti sem lýsir niðurstöðum í örstuttu máli	Rannsakandinn setur fram niðurstöðu sína um fyrirbærið í örstuttu máli. Það verður yfirþema rannsóknarinnar.	Niðurstaða rannsakenda um fyrirbærið var: „Endurskilgreining á lífi og sjálfi“: Reynsla fólks af því að fá hjartaáfall í kringum fimmtugt.
Þrep 11 Staðfesting á heildargreiningarlíkani og yfirþema með einhverjum þátttakendum	Þróun heildargreiningarlíkans byggist alltaf að einhverju leyti á túlkun rannsakandans. Þessa túlkun er nauðsynlegt að fá staðfesta af einhverjum þátttakendum.	Heildargreiningarlíkanið var sent til tveggja þátttakenda og voru þeir samþykkir því.
Þrep 12 Niðurstöður rannsóknar skrifaðar niður þannig að viðhorf þátttakenda komi fram	Að skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar. Beinar tilvitnanir í orð allra þátttakenda úr viðtölunum til að viðhorf þátttakenda komi fram milliliðalaust og auka þannig trú-verðugleika niðurstaðna.	Niðurstöðurnar skrifaðar upp með hjálp heildargreiningarlíkansins, vitnað í þátttakendur jafnóðum óðum svo sjónarmið þeirra birtist.



Mynd 1. Yfirlit yfir niðurstöður rannsóknarinnar.

ungis voru sjö mánuðir síðan hann var skorinn og skipt um fjórar kransæðar hjá honum. Sjálfmynd Karls var enn þá sjúklingamiðuð og þá sérstaklega af því að hann taldi sig verða „að bera virðingu fyrir sjúkdómnum“. Erla hafði 6 sinnum fengið hjartaáfall, nánast eitt á ári. Tæplega 9 ár eru síðan hún fékk fyrsta hjartaáfallið og hjá henni var sjálfmyndin ekki lengur sjúklingamiðuð heldur sá hún sig sem heilbrigða konu með þennan krankleika.

Ég er ekki sjúklingur, ég er með þennan krankleika. Jú, jú, það er alveg hægt að segja að þetta sé sjúkdómur sem ég er með, en ég horfi ekki á mig sem sjúkling.

Áhrif lyfjatöku á sjálfsmýndina. Það hafði áhrif á sjálfsmýnd margra að þurfa að taka inn lyf, jafnvel mörg lyf sem þarf að taka daglega. Mjög mismunandi var hvernig þátttakendur tókust á við þetta. Sumir litu það jákvæðum augum, enda hjálpuðu lyfin þeim. Aðrir áttu erfitt með að setta sig við það. Þó sögðust allir þátttakendurnir taka inn lyfin sín samkvæmt fyrirmælum og töldu sig vera búna að setta sig við hlutskipti sitt. Friða reyndi mikið að fá hjartalækninn sinn til að sleppa henni við að taka eitthvað af hjartalýfjunum. Það var áfall fyrir hana þegar hún áttaði sig á því að hún þyrfti að taka inn öll þessi lyf það sem eftir er ævinnar.

Ég hef alltaf verið að segja við hana (lækninn): „Get ég nú farið að hætta að taka þetta og sleppa þessu,“ og svona. Mér finnst

þetta alveg rosalega mikið. Hún er búin að gera mér grein fyrir því að ég þarf að taka þetta alla ævi og það var svolítið svona „sjokk“.

Að vera ekki lengur „kletturinn“. Þátttakendur glímdu við erfiðar tilfinningar við að staðsetja sig öðruvísi í fjölskyldumynstrinu. Karl var sá sem var alltaf til staðar fyrir aðra, sterkur og styðjandi. Þess vegna fannst honum erfitt að upplifa sig sem sjúkling og fannst hann hafa brugðist öðrum með því að fá hjartaáfall. Það hafði verulega neikvæð áhrif á sjálfsmýnd hans.

Það er nú í sjálfu sér bara erfiðast að horfast í augu við það að vera sjúklingur. Að maður skuli ekki bara vera með fullfrískar æðar og hjarta og 100% eins og maður hélt að maður væri ... Ég held að það sé erfiðast ..., áhrif minna veikinda á aðra, eins og á konuna og krakkana. Ég held að það hafi farið einna verst í mig. ... Ég var alltaf kletturinn, hafði mun meiri áhyggjur af öllum hinum. Ekki gott að bregðast ættingjum, vinum og vinnufélögum á þennan hátt.

Að vera alls staðar yngst

Að passa ekki inn í staðalímyndina. Reynslan af því að vera kominn með „gamalmennasjúkdóm“ með „hringlandi pilludós í vasanum“ fyrir miðjan aldur var sterk og hafði áhrif á endurskilgreiningu þátttakenda á lífi og sjálfi. Í huga þeirra virðist staðalímynd hjartasjúklinga vera eldri menn. Þátttakendur

þössuðu engan veginn inn í þessa staðalímynd vegna þess hve ungir þeir voru.

Fríða var 49 ára þegar hún fékk hjartaáfall. Henni fannst hún ekki passa inn í staðalímynd hjartasjúklinga því hún var það ung, borðaði hollan mat, reykti ekki, var nokkurn veginn í kjörþyngd og hreyfði sig mikið. Henni fannst það óraunverulegt að vera komin í þá stöðu að fara í hjartaendurhæfingu með fólki sem var 20 árum eldra en hún.

Ég var alltaf yngst alls staðar og mér fannst ég einhvern veginn bara ... „ég tilheyri ekki þessum hópi“. Þegar ég var að fá póst: „Kæri hjartasjúklingur,“ þá fannst mér það bara vera póstur sem var að villast hérna inn í mína tölvu ... HL-leikfimi, ég fór í hana og þá var ég að labba svona hringi með fólki sem var 20 árum eldra en ég og mér fannst það ... hræðilegt.

Vangreind einkenni vegna ungs aldurs. Við hjartaáfallið var tæplega helmingur þátttakenda sendur heim eftir skoðun hjá lækni á heilsugæslustöð eða á bráðamóttöku án þess að fara í ýtarlegri skoðun með tilliti til kransæðapregsla eða hjartaáfalls. Samt var aðdragandinn að hjartaáfalli þátttakenda með þeim hætti að þeir lýstu einkennum hjartaáfalls ef skoðuð eru minna þekkt einkenni. Aðeins rétt um helmingur þátttakenda fékk rétta greiningu strax eða sex af ellefu. Aldur þátttakenda hafði áhrif á þá þjónustu sem þeir fengu á sjúkrastofnunum, bæði á jákvæðan og neikvæðan hátt. Andri var einungis 44 ára þegar hann fékk sitt fyrsta hjartaáfall en það var vangreint og hann var sendur heim með magalyf. Ekki voru mæld hjartaensím því hann var „of ungur“ til að vera að fá hjartaáfall. Hann fékk sömu einkenni tveimur árum seinna og þá greindist hjartaáfall og sást að skemmd var í hjartavöðvanum frá því hann var yngri.

Getur verið forréttindi að vera ungur. Hallur, sem var 47 ára þegar hann fékk hjartaáfall, lýsti forgangi í heilbrigðiskerfinu vegna ungs aldurs miðað við eldri herbergisfélaga sem fór í opna hjartaaðgerð á sama degi:

Ég var kominn ... á undan honum og hann varð alveg vitlaus yfir því. Hann var ekkert kominn á Reykjalund þegar ég fór ... það var aðeins önnur umsýsla við yngri manninn heldur en þann eldri. Það sá maður alveg.

Andleg líðan í kjölfar áfallsins

Þátttakendur upplifðu margvíslegar tilfinningar eftir hjartaáfallið en flestir fundu til kvíða, þunglyndis og hræðslu. Þeir sem fannst áfallið koma aftan að sér voru oft með meiri andlega vanlíðan en þeir sem höfðu fundið fyrir einhverjum krankleika og nú væri komin skýring á vandamálinu. Meirihluti þátttakenda fann fyrir andlegri vanlíðan en nokkrir sögðust ekki hafa fundið fyrir slíku. Þeir sem upplifðu andlega vanlíðan eftir hjartaáfallið töluðu flestir um að ef þeir hefðu fengið fræðslu um kvíða, þunglyndi og hræðslu hefðu þeir frekar áttað sig á hvað væri að hrjá þá og leitað sér hjálpar fyrr og á réttum stöðum.

Kvíði, þunglyndi og hræðsla. Íris fann fyrir miklum kvíða eftir hjartaáfallið en henni fannst hjartaáfallið hafa komið aftan að sér. Hún fór í þræðingu og útskrifaðist um helgi og fékk enga fræðslu um andlega líðan í kjölfar hjartaáfalls.

Ég held að ég hafi verið svolítið dofin og ég held að ég hafi einhvern veginn ekki áttað mig á þessu enda talaði í sjálfu sér enginn við mig ... ég var bara, liggur við, í fósturstellingunum heima hjá mér ... ég fór að gráta af engu tilefni, ég var með hjartslátt, ég upplifði mig einhvern veginn aldrei heilbrigða ... var bara að fara að deyja á morgun ... var bara föst upp við vegg og ofandandi ofan í poka.

Tilfinning um missi. Daniel var 47 ára þegar hann fékk hjartaáfall. Hann átti ekki von á því að fá hjartaáfall svona ungur en sjúkdómurinn var í ættinni þannig að hann átti alveg eins von á að fá hjartaáfall eftir fimm tug. Hann telur sig hafa farið í gegnum alla reiði- og sorgarferlana sem verða við missi. Hjá honum var missirinn fólgin í því að missa heilsuna.

Maður var alltaf smeykur og hræddur, sú tilfinning kom reglulega upp því maður vissi hvaða hættur fylgja því að standa í svona ... Það tengist kannski þessu að vera þínulítið hræddur ... Ég held að ég hafi lokað mig dálítið í skel og ekki talað um þessar tilfinningar eða talað um hættuna ... Alla vega hefðu börnin mín orðið dálítið hrædd ef ég hefði byrjað að tala um að ég væri hræddur ... Þannig að ég lokaði dálítið á það að tjá tilfinningar mínar sem er náttúrlega slæmt líka.

Sjálfsásökun. Hallur hafði glímt við ofþyngd síðan hann var barn. Hann hafði farið í alls kyns megrunarkúra en alltaf bætt á sig aftur. Hjartaáfallið kom honum verulega á óvart, engin hjartaáföll höfðu orðið meðal ættingjanna og hann var einungis 47 ára. Í kjölfarið fann hann fyrir mikilli sjálfsásökun því hann tengdi ofþyngd sína, og að geta ekki passað upp á mataræðið, við að hafa fengið hjartaáfall. Eftir markvissa endurhæfingu, þar sem hann fékk góðar leiðbeiningar um hreyfingu og mataræði, hefur hann haldist í kjörþyngd.

Hún [andlega líðanin] var nú ansi bágborinn ... maður var leiður og þungur. Maður felldi svona aðeins tár með þessu ... var búinn að eiga við ofþyngd í mörg ár og fannst maður bera ábyrgð á hjartaáfallinu ... Maður tengdi þetta alveg svakalega við þessa ofþyngd og [ég] kveið fyrir því að ég myndi ekki geta haldið einhverri eðlilegri þyngd og ég væri eiginlega á leið að drepast.

Breytingar á lífsstíl

Lífsstílsbreyting verður strax við áfallið. Flestir þátttakendur tóku þá ákvörðun að breyta lífsstíl sínum í kjölfar hjartaáfallsins til að minnka líkur á að fá hjartaáfall á nýjan leik eða til að auka lífsgæði sín, og var þetta vendipunktur í lífi þeirra. Slíkur vendipunktur varð hjá 9 af 11 þátttakendum. Þessir 9 þátttakendur breyttu lífsstíl sínum strax í kjölfar hjartaáfallsins. Hjá meirihluta þátttakenda var það aðallega breyting á mataræði og hreyfingu. Hjá tveimur var streitan eini áhættuþátturinn og drógu þeir úr vinnuálagi. Hjá einum þátttakenda voru reykningar aðaláhættuþátturinn og hætti viðkomandi strax að reykja við áfallið.

Bjarni var 46 ára gamall þegar hann fékk fyrsta hjartaáfallið og var með alla áhættuþætti til staðar. Vendipunkturinn varð strax eftir hjartaáfallið þegar hann lá uppi í rúmi eftir hjartaþræðingu og ígrundaði stöðu sína.

[Ég] lá upp í rúmi, ókei, ég er búinn að fá þessa niðurstöðu. Þú mátt ekki vinna lengur í XX ..., þú mátt ekki reykja, þú mátt ekki drekka, hvað er þá hægt að gera í lífinu? Ég hugsaði: „Ég ætla ekki að liggja uppi í rúmi og telja dropana í loftinu, á lappir með þig.“ Og það hefur verið aðaláhugamálið hjá mér, það er að hafa nóg að gera ... Já, já, lífið er ekki búið, þú þarft að breyta og því fyrr sem þú gerir það þess betra.

Hjá Íris varð vendipunkturinn strax við hjartaáfallið en hún var 44 ára þegar hún fékk það. Hún var byrjuð að bæta mataræðið og hreyfinguna fyrir hjartaáfall en hún reykti.

Ég hætti að reykja daginn þarna sem að þetta gerðist, þegar ég labbaði inn á Landspítala, og hef ekki reykt síðan ... mín fyrstu viðbrögð hér áður fyrr, ef mér hefði liðið svona illa, hefðu bara verið að reykja mig í kaf.

Lífsstílsbreyting að hluta til eða ekki. Hjá þeim tveimur, þar sem vendipunkturinn varð ekki, vantaði annan drifkraft til að fara út að hreyfa sig og hinn vildi ekki hætta að reykja.

Margþætt einkenni hjartaáfallsins

Líkamleg einkenni hjartaáfallsins, sem þátttakendur reyndu, voru margvísleg. Einkennin, sem flestir þátttakendurnir fundu fyrir þegar þeir fengu hjartaáfall, voru að stórum hluta þreyta, slappleiki, veikindatilfinning, mæði og magaverkir.

Þreyta, slappleiki og veikindatilfinning. Þreytueinkennin, sem Friða fann fyrir, byrjuðu smám saman. Hún hélt að þetta væru einkenni frá lungum og fór því til læknis. Hún fékk tíma hjá heimilislækninum sínum sem áttaði sig á því hvað var að gerast og sendi Friðu niður á bráðamóttöku.

Mæði, magaverkur og úthaldsleysi. Andri var búinn að fá sex hjartaáföll, fyrsta, sem var vangreint, 44 ára og aftur 46 ára og fór þá í opna hjartaáðgerð. Andri var „móður og ... alveg illt í maganum“. Hjá Karli var aðdragandi áfallsins mjög langur og lýsti sér með úthaldsleysi, mæði og magaverkjum. Hann fór margsinnis til læknis en var sífellt látinn hafa meira af magasýrulyfjum, var kominn á fjórfaldan skammt, sem gerðu samt ekkert fyrir hann. Hann leitaði enn og aftur á Læknavaktina og lenti hjá kandiðat sem sendi hann í þrekpróf og þaðan rakleitt í hjartaáðgerð þar sem kom í ljós að Karl hafði fengið hjartaáfall áður, en hann hafði leitað á sama stað tveimur árum áður með svipuð einkenni og fengið magasýrulyf við einkennum sínum.

Bringubeinsverkur og þyngsli fyrir brjósti. Aðeins þrír fengu klassísku einkennin: brjóstverk sem leiddi út í vinstri handlegg, mikinn verk yfir miðju bringubeininu og þyngsli fyrir brjósti sem leiddu aftur í bak.

Umræða

Nýnæmi rannsóknarinnar felst fyrst og fremst í þeirri yfirsýn sem fékkst á reynslu yngri hjartasjúklinga á Íslandi, svo sem að hjartaáfallið var vangreint vegna ungs aldurs þeirra og öðruvísi einkenna en mest er frætt um. Endurskilgreining þátttakenda á lífi og sjálfi í kjölfar hjartaáfallsins kom berlega fram í rannsókninni og ýmsir þættir höfðu áhrif á þessa endurskilgreiningu. Mikil breyting varð á sjálfsmynd þeirra við að vera

komnir með „gamalmennasjúkdóm“ svo ungir og vera alls staðar yngstir þar sem þeir komu innan um aðra „hjartasjúklinga“, og mörgum fannst erfið tilhugsun að þurfa að taka mörg lyf það sem eftir er ævinnar.

Breytingar á sjálfsmynd

Breytt sjálfsímynd hjartasjúklinga eftir hjartaáfall hefur komið áður fram í rannsóknum. Í eigindlegri rannsókn Andersson og félaga (2013) er eitt þemað til dæmis „lífið verður aldrei eins“. Þar kemur fram að hjartaáfall hefur áhrif á sjálfsmynd þess sem fær áfallið en athyglisvert er að eftir því sem lengra leið frá hjartaáfallinu litu þátttakendur okkar síður á sig sem „hjartasjúklinga“ heldur sem heilbrigða en með þennan „krankleika“. Hægt er að finna samsvörun við þetta hjá Larsen (2009) þar sem fram kemur að þegar langvinn veikindi eru nýlega greind horfa einstaklingarnir meira á sjúkdóminn, byrði hans og langtímaáhrif, en þegar lengra liður frá sjúkdómsgreiningunni upplifir fólk sig heilbriggt en þó með þessi veikindi.

Meirihluti þátttakenda í rannsókninni upplifði neikvæð áhrif mikillar lyfjatöku á sjálfsmyndina. Tilfinningin var aðallega að viðkomandi væri „gamall með lyfjapokann sinn“.

Hjá nokkrum olli lyfjatakan andlegu álagi þar sem þeir tengdu mikla lyfjatöku við háan aldur. Þó tóku allir inn lyfin sín samkvæmt fyrirmælum og töldu sig vera búna að sætta sig við hlutskipti sitt. Þessi niðurstaða kemur á óvart þar sem meðferðarheldni í lyfjainntekt er töluvert ábótavant hjá hjartasjúklingum samkvæmt öðrum rannsóknum (Mathews o.fl., 2015).

Í rannsókn Mosleh og Darawad (2015) kom fram að 72% hjartasjúklinga (N = 254) tóku ekki lyfin sín eins og ráðlagt var. Í evrópsku klínísku leiðbeiningunum frá 2012 segir að mánuði eftir hjartaáfall séu 25 til 30% hjartasjúklinga þegar hætt að taka inn að minnsta kosti eitt lyf sem ávísað var eftir áfallið. Síðan dregur úr meðferðarheldni jafnt og þétt þegar lengra liður frá hjartaáfallinu (Perk o.fl., 2012). Fálun og samstarfsmenn (2015) telja að með því að ræða við sjúklinga fyrir útskrift sé hægt að efla meðferðarheldni. Þar sem okkar rannsókn er eigindleg er ekki hægt að draga ályktanir af niðurstöðum um meðferðarheldni „yngri“ hjartasjúklinga. Þó væri vert að rannsaka þetta nánar.

Alls staðar yngst

Rannsakendur hafa ekki fundið rannsóknir þar sem fram kemur reynsla yngri hjartasjúklinga af sérstöðu sinni vegna ungs aldurs.

Andleg vanlíðan

Andleg vanlíðan getur skert getu hjartasjúklinga til að takast á við lífsstílsbreytingar og haft neikvæð áhrif á langtímahorfur þeirra (Perk o.fl., 2012). Margir þátttakenda fundu fyrir kvíða, þunglyndi og hræðslu í kjölfar hjartaáfallsins og fannst heilbrigðisþjónustan ekki bregðast við með viðeigandi fræðslu. Í eigindlegri rannsókn, þar sem þátttakendur voru 17 hjartasjúklingar, kom fram að þeir sem veita hjartasjúklingum fræðslu þurfa að vera vel að sér, áreiðanlegir og kunna að veita einstak-

lingshæfða fræðslu (Svavarsdóttir o.fl., 2016a). Í annarri eigindlegri rannsókn (N=19 heilbrigðisstarfsmenn) kom fram að mikilvægt er að heilbrigðisstarfsmenn nái persónulegu sambandi við hjartasjúklinga, átti sig á fræðsluþörfum þeirra, eigi árangursríkar samræður við þá og veiti einstaklingshæfða fræðslu (Svavarsdóttir o.fl., 2016b). Það að ungu hjartasjúklingarnir í rannsókn okkar fundu fyrir kvíða og þunglyndi kemur heim og saman við fyrri rannsóknir (Benyamini o.fl., 2013; Lavie og Milani, 2006) og er vert að ítreka að þunglyndi meðal ungra hjartasjúklinga hefur reynst vangreint og síður meðhöndlað en hjá eldri einstaklingum (Yammine og Frazier, 2013). Fram kom reiði hjá þátttakendum, eins og í fyrri rannsóknum (Karl Kristjánsson o.fl., 2007; Lavie og Milani, 2006), og sú reiði tengdist því að vera búin að „missa heilsuna“ svo ung. Sumir byrgðu inni tilfinningar sínar til að hræða ekki aðra um of og aðrir vegna þess að enginn bauð upp á samræður um erfiðar tilfinningar. Þá kom einnig fram sjálfsásökun þátttakanda yfir að hafa ekki breytt lífsstíl sínum fyrr.

Breytingar á lífsstíl

Flestallir þátttakendurnir fundu að þeir voru komnir á vendipunkt og tókust á við lífsstílsbreytingar strax við hjartaáfallið. Það var sama hvaða lífsstílsbreytingu þeir þurftu að gera: hjartaáfallið varð til þess að þeir hættu að reykja, fóru að hreyfa sig, pössuðu mataræðið eða drógu úr streitubáttum. Þetta rímar við rannsóknarniðurstöður Junehag og félaga (2014). Það sem er athyglisvert við okkar niðurstöður er að í flestum tilvikum kom vendipunkturinn strax, en ekki þegar lengra leið frá áfallinu. Því má ætla að hjúkrunarfræðingar verði að nota tímann vel rétt eftir hjartaáfallið til að fræða um lífsstílsbreytingar þar sem einstaklingarnir virðast vera móttækilegastir fyrir breytingum þá. Í rannsókn Peterson og félaga (2010) (N=61) með blandaðri aðferð náðu einungis 52% að breyta lífsstíl eftir hjartaáfallið og niðurstöður úr meginlegri rannsókn Mosleh og Darawad (2015) (N=254) sýndu líka að erfiðlega getur gengið að breyta lífsstíl því eftir hjartaáfallið reyktu enn 30% og einungis 34% hreyfðu sig eins og mælt var með.

Margþætt einkenni hjartaáfallsins

Fæstir þátttakenda fengu brjóstverk en brjóstverkur er hefðbundið einkenni hjartaáfalls. Í ástralskri rannsókn Coventry og félaga (2015) kom fram að af 382 sjúklingum, sem greindust með hjartaáfall, voru 26% greindir án þess að hafa fengið brjóstverk. Rannsókn Kastner og Lemke (2013) sýndi að heilbrigðisstarfsfólk hefur tilhneigingu til að einblína á hin klassísku einkenni þegar sjúklingur kemur á bráðadeildir og horfi fram hjá öðrum einkennum. Ástæðuna telja þeir að sjúklingarnir hafi ekki einkennin sem heilbrigðisstarfsfólk reikni með að komi fram við hjartaáfall og sjúkdómsgreini því ekki rétt. Brýnt er að heilbrigðisstarfsfólk sem og almenningur sé vakandi fyrir minna þekktum einkennum. Í eigindlegri rannsókn Svavarsdóttur og félaga (2016a) vildu hjartasjúklingarnir 17 að heilbrigðisstarfsfólk fræddi þá um líkamleg og andleg einkenni sem þeir höfðu reynt, en einnig um starfssemi hjartans og bentu á að not á fjölbreyttu fræðslufni yki gagnsemi fræðslunnar.

Styrkur og takmarkanir rannsóknarinnar

Rannsóknin veitir nýja innsýn í reynslu yngri Íslendinga sem hafa fengið hjartaáfall og sú innsýn getur bætt þjónustu við þennan aldurshóp. Auglýst var eftir þátttakendum. Sjónarmið þeirra sem treystu sér ekki til að taka þátt í rannsókninni koma því ekki fram. Varast ber að alhæfa út frá rannsóknarniðurstöðum.

Réttmæti og áreiðanleiki

Beinar tilvitnanir í orð þátttakenda eru notaðar til að sýna fram á að orð þátttakenda eru á bak við þemun en ekki hugur rannsakenda. Staðfesting frá öllum þátttakendum um að persónuleg reynsla þeirra væri rétt túlkuð (þrep 7) eykur trúverðuleika rannsóknarinnar og staðfesting frá tveimur þátttakendum um að heildarreynslan að fá hjartaáfall svo ungur sé rétt túlkuð (þrep 11) eykur jafnframt trúverðuleika hennar.

Heimildir

- Allsén, P., Brink, E., og Persson, L. O. (2008). Patient's illness perceptions four months after a myocardial infarction. *Journal of Clinical Nursing*, 17, 25–33, doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02136.x.
- Alvarenga, M. E., og Byrne, D. (2016). *Handbook of psychocardiology*. Singapur: Springer Science.
- Andersson, E. K., Borglin, G., og Willman, A. (2013). The experience of younger adults following myocardial infarction. *Qualitative Health Research*, 23(6), 762–772, doi: 10.1177/1049732313482049.
- Arnold, S. V., Smolderen, G. K., Buchanan, D. M., og Spertus, J. A. (2012). Perceived stress in myocardial infarction: Long-term mortality and health status outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*, 60(18), 1756–1763, doi: 10.1016/j.jacc.2012.06.044.
- Benyamini, Y., Roziner, I., Goldbourt, U., Drory, Y., og Gerber, Y. (2013). Depression and anxiety following myocardial infarction and their inverse associations with future health behaviors and quality of life. *Annals of Behavioral Medicine*, 46(3), 310–321, doi: 10.1007/s12160-013-9509-3.
- Björn Jakob Magnússon, Uggi Agnarsson, Þórarinn Guðnason og Guðmundur Þorgeirsson. (2017). Brátt hjartadrep á Íslandi í fertugum og yngri 2005–2009: Samanburður við tímabilið 1980–1984. *Læknablaðið*, 103(1), 11–15, doi: 10.17992/lbl.2017.01.115.
- Chung, M. C., Berger, Z., og Rudd, H. (2008). Coping with posttraumatic stress disorder and comorbidity after myocardial infarction. *Comprehensive Psychiatry*, 49(1), 55–64, doi: 10.1016/j.comppsy.2007.0.003.
- Cohen, S. M. (2009). Concept analysis of adherence in the context of cardiovascular risk reduction. *Nursing Forum*, 44, 25–36, doi: 10.1111/j.1744-6198.2009.00124.x.
- Coventry, L. L., Bremner, A. P., Williams, T. A., Celenza, A., Jacobs, I. G., og Finn, J. (2015). Characteristics and outcomes of MI patients with and without chest pain: A cohort study. *Heart, Lung and Circulation*, 24(8), 796–805.
- Dowling, M., og Cooney, A. (2012). Research approaches related to phenomenology: Negotiating a complex landscape. *Nurse Researcher*, 20(2), 21–27, doi: 10.7748/nr2012.11.20.2.21.c9440.
- Fälun, N., Fridlund, B., Schaufel, M. A., Schei, E., og Norekvål, T. M. (2015). Patients' goals, resources, and barriers to future change: A qualitative study of patient reflections at hospital discharge after myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1–9, doi: 10.1177/1474515115614712.
- Juneag, L., Asplund, K., og Svedlund, M. (2014). Perceptions of illness, life-style and support after an acute myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 28(2), 289–296, doi: 10.1111/scs.12058.
- Karl Kristjánsson, Þórunn Guðmundsdóttir og Magnús R. Jónsson (2007). Algengi, greining og meðferð þunglyndis og kvíða sjúklinga í hjartaendurhæfingu. *Læknablaðið*, 93(12), 841–846.

- Kastner, J., og Lemke, H. (2013). Factors that can contribute to delays in the diagnosis of acute MI. *Journal of the American Academy of Physician Assistants*, 26(4), 16–20.
- Larsen, P. D. (2009). Illness behavior. Í I. M. Lubkin og P. D. Larsen (ritstjórar), *Chronic illness: Impact and interventions* (bls. 25–41). Ontario: Jones and Bartlett.
- Lavie, C. J., og Milani, R. V. (2006). Adverse psychological and coronary risk profiles in young patients with coronary artery disease and benefits of formal cardiac rehabilitation. *Internal Medicine*, 166, 1878–1883, doi: 10.1001/archinte.166.17.1878.
- Mathews, R., Wang, T. Y., Honeycutt, E., Henry, T. D., Zettler, M., Chang, M., ... Peterson, D. E. (2015). Persistence with secondary prevention medications after acute myocardial infarction: Insights from the TRANSLATE-ACS study. *American Heart Journal*, 170(1), 62–69, doi:10.1016/j.ahj.2015.03.019.
- Mosleh, S. M., og Darawad, M. (2015). Patients adherence to health behavior in coronary heart disease: Risk factor management among Jordanian patients. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 30(6), 471–478, doi:10.1097/JCN.0000000000000189.
- Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., Arnett, D. K., Blaha, M. J., Cushman, M., ... Turner, M. B. (2016). Executive summary: Heart disease and stroke statistics—2016 update. *Journal of the American Heart Association*, 133, 447–454, doi: 10.1161/CIR.0000000000000366.
- Perk, J., Backer, G. D., Gohlke, H., Graham, I., Reiner, Z., Verschuren, W. M. M., ... Baigent, C. (2012). European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice (version 2012). *European Heart Journal*, 33, 1635–1701, doi:10.1093/eurheartj/ehs092.
- Peterson, J. C., Allegrante, J. P., Pirraglia, P. A., Robbins, L., Lane, P., Boschert, K. A., og Charlson, M. E. (2010). Living with heart disease after angioplasty: A qualitative study of patients who have been successful or unsuccessful in multiple behavior change. *Heart & Lung: The Journal of Acute and Critical Care*, 39(2), 105–115, doi:10.1016/j.hrtlng.2009.06.017.
- Salminen-Tuomaala, M., Åstedt-Kurki, P., Rekiaro, M., og Paavilainen, E. (2012). Coping experiences: A pathway towards different coping orientations four and twelve months after myocardial infarction. A grounded theory approach. *Nursing Research and Practice*, 1, 1–10, doi.org/10.1155/2012/674783.
- Shah, N., Kelly, A. M., Cox, N., Wong, C., Soon, K. (2016). Myocardial infarction in the „young“: Risk factors, presentation, management and prognosis. *Heart, Lung and Circulation*, 25(10), 955–960, doi.org/10.1016/j.hlc.2016.04.015.
- Sigríður Halldórsdóttir (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281–297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinnsson (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71–88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurdardóttir, A. K., Sigurlasdóttir, K., Ólafsson, K., og Svavarsdóttir, M. H. (2017). Perceived consequences, changeability and personal control of coronary heart disease are associated with health-related quality of life. *Journal of Clinical Nursing*, 26(21–22), 3636–3645, doi: 10.1111/jocn.13734.
- Spiegelberg, H. (1984). *The phenomenological movement: A historical introduction* (3. útg.). Haag: Martinus Nijhoff.
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., og Steinsbekk, A. (2016a). What is a good educator? A qualitative study on the perspective of individuals with coronary heart disease. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(7), 513–521, doi: 10.1177/1474515115618569.
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurdardóttir, A. K., og Steinsbekk, A. (2016b). Knowledge and skills needed for patient education for individuals with coronary heart disease: The perspective of health professionals. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 15(1), 55–63, doi: 10.1177/1474515114551123.
- Tómas Guðbjartsson, Karl Andersen, Ragnar Danielsen, Arnar Geirsson og Guðmundur Þorgeirsson (2014). Yfirlitsgrein um kransæðasjúkdóm — fyrri hluti: Faraldsfræði, meingerð, einkenni og rannsóknir til greiningar. *Læknablaðið*, 100, 667–676.
- Yammine, L., og Frazier, L. (2013). Comparison of demographic, psychosocial, and clinical characteristics among younger and older persons with acute coronary syndrome. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25, 103–108, doi: 10.1111/j.1745-7599.2012.00779.x.
- WHO (World Health Organisation). (2014). *Global status report on noncommunicable diseases, 2014*. Genf: World Health Organisation. Sótt á vefsíðu WHO: <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>.

English Summary

Gestsdóttir, B., Sigurdardóttir, A.K., Halldórsdóttir, S.

Redefinition of Life and Self: The Experience of Younger People Having a Heart Attack

Background and aim: Cardiovascular diseases are the main causes of death in the world, with strong connection with unhealthy lifestyle. Myocardial infarction (MI) is most common in people's sixties or later and it is considered „young“ to have a MI in the fifties. The aim of the study was to increase knowledge and deepen the understanding of nurses and other healthcare professionals of having a MI at around fifty in order to provide better nursing care and services.

Methodology: The Vancouver School of doing phenomenology with a purposeful sampling was used. Nineteen individual interviews were conducted with 11 participants. Participants' average age was 48 years at diagnosis and six had more than one MI.

Results: *Redefinition of life and self* was the over-arching theme of the study. Everywhere the participants came they were the youngest and in many cases 20 years younger than other heart patients. Having an MI so young negatively affected the participants' self-image. Most of them experienced depression, anxiety and fear after the

MI but felt education about these difficult emotions was lacking. Almost all experienced a turning point towards a healthier lifestyle following the MI. In the first year after MI their self-image was generally to be „a heartpatient“ but as time passed their self-image changed to being healthy with this „malady“. The MI was misdiagnosed in six participants because of their young age and because they experienced lesser known symptoms such as fatigue, weakness, shortness of breath and stomach aches but not the symptoms that are most typically introduced concerning MI.

Conclusion: Having MI at a „young“ age affects people's mental health and nurses need to be alert and offer education and support. Nurses also need to be able to recognize the multiple symptoms of MI and educate people about the different symptoms.

Key words: Myocardial infarction (MI), self-image, young age, phenomenology, interviews.

Correspondent: birna.gestsdottir@hsu.is

Ertu að missa af mikilvægum skilaboðum?



Inni á mínum síðum geturðu athugað hvort netfangið þitt sé rétt skráð og leiðrétt ef með þarf.
minar.hjukrun.is



AKRANES • BORGARNES • BÚÐARDALUR • GRUNÐARFJÖRÐUR • HÓLMAVÍK • HVAMMSTANGI • ÓLAFSVÍK • STYKKISHÓLMUR

Hjúkrunarfræðingar óskast!

- Lausar eru til umsóknar stöður hjúkrunarfræðinga á Heilbrigðisstofnun Vesturlands.
- Laus er staða hjúkrunarfræðings við Heilsugæslustöðina Ólafsvík. Um er að ræða 60–80 % stöðu.
- Laus er staða hjúkrunarfræðings við sjúkradeildina í Stykkishólmi. Um er að ræða 60–80 % stöðu.
- Einnig vantar hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsið á Akranesi. Starfshlutfall samkomulagsatriði

Heilbrigðisstofnun Vesturlands rekur 8 heilsugæslustöðvar frá Hvammstanga til Akraness. Einnig er hjúkrunardeild á Hvammstanga og Hólmavík. Sjúkradeild og háls- og bakdeild í Stykkishólmi fyrir utan Umdæmissjúkrahús á Akranesi sem er deildarskipt sjúkrahús með fæðingardeild, lyflæknigadeild, handlæknigadeild, sólarhrings vakt á skurðstöfu og svæfingu. Auk þess rekur HVE Akranesi öldrunardeild um tíma í samvinnu við Landspítalann.

Á vesturlandi er mikil náttúrufegurð og miklir möguleikar til útivistar. Einnig er fjölbreytt íþróttalíf. Leikskólar og skólar eru til fyrirmyndar. Á vesturlandi eru öll skólastig frá leikskóla til háskóla.

Áhugasamir hjúkrunarfræðingar endilega hafið samband við Rósu Marinósdóttir
sími 432 1018 eða á netfangið rosa.marinisdottir@hve.is

Mat hjúkrunarfræðinga sem sjá um bráðatilvik á landsbyggðinni á eigin hæfni: Lýsandi þversniðsrannsókn

Ágrip

Tilgangur: Bráðamóttökum landsbyggðarinnar er ætlað að veita skammtímabráðabjónustu sjúklingum sem hafa slasast eða veikst alvarlega. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar landsbyggðarinnar, sem taka á móti og sinna bráðveikum og slösuðum sjúklingum, meta hæfni sína.

Aðferð: Rannsóknin er lýsandi þversniðsrannsókn sem gerð var vorið 2016. Notuð var íslensk þýðing mælitækisins Nurse Competence Scale (NCS) sem samanstendur af 73 spurningum sem skiptast í sjö hæfnipætti. Spurningalisti var sendur til 87 hjúkrunarfræðinga á landsbyggðinni sem taka á móti og sinna að minnsta kosti tíu bráðveikum og slösuðum sjúklingum á mánuði. Svörin voru 60%. Gögnin voru greind með lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði.

Niðurstöður: Hjúkrunarfræðingar mátu hæfni sína mesta og framkvæmdu oftast verkefni í hæfnipættinum *stjórnun í aðstæðum*. Þeir mátu hæfnina minnsta í *tryggingu gæða* en framkvæmdu sjaldnast verkþætti í *kennslu- og leiðbeinandahlutverki*. Í einstökum hæfniverkefnum mátu þeir hæfni mesta og framkvæmdu oftast hæfniverkefnið *sjálfstæði í störfum*. Hjúkrunarfræðingar með meira en fimm ára starfsaldur meta hæfni sína marktækt meiri í fimm hæfnipáttum (*stjórnun í aðstæðum*, *starfshlutverk*, *greiningarhlutverk*, *hjúkrunarhlutanir* og *kennslu- og leiðbeinandahlutverk*) en þeir sem hafa styttri starfsaldur. Hjúkrunarfræðingar sem höfðu lokið viðbótarnámi í hjúkrun að loknu B.S. prófi mátu hæfni sína marktækt meiri í öllum hæfnipáttum en þeir sem höfðu ekki lokið viðbótarnámi.

Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingu um að viðbótarnám og starfsreynsla hafi áhrif á hvernig hjúkrunarfræðingar sem sinna bráðatilvikum á landsbyggðinni meta hæfni sína. Stjórnendur stofnana almennt ættu að gera hjúkrunarfræðingum fært að sækja sér endurmenntun og leitast við að halda í þá sem hafa mikla starfsreynslu.

Lykilorð: Hæfni, bráðamóttaka, landsbyggð, hjúkrunarfræðingar, hjúkrun bráðveikra.

Inngangur

Bráðahjúkrun er sérgrein innan hjúkrunar og felur í sér umönnun einstaklinga á öllum aldri sem skynja eða hafa raunveruleg frávik á heilsu af óþekktum orsökum sem krefjast frekari skoðunar (Alpi, 2006; Newberry og Sheehy, 2003). Starfsfólk bráðamóttaka tekur á móti sjúklingum með bráðatilvik en þau hafa verið skilgreind sem slys eða bráð veikindi sem koma skyndilega og standa yfir í minna en einn mánuð (Mosby's Medical Dictionary, 2009). Bráðamóttökum á landsbyggðinni er ætlað að veita skammtímabráðabjónustu sjúklingum sem hafa slasast eða veikst alvarlega (Jutsum, 2010).

Slys- og bráðamóttaka eða slysadeildir eru á flestum heilbrigðisstofnunum landsins. Ef þær eru ekki opnar allan sólarhringinn þurfa þeir sem þurfa á bráðabjónustu að halda utan opnunartíma að hringja í neyðarnúmer til að fá samband við hjúkrunarfræðing. Hann metur hvort ástæða sé til að viðkomandi tali við lækni. Ef svo er gefur hann samband við vakthafandi lækni á þeirri stofnun sem er næst viðkomandi. Einnig er alltaf hægt að hringja í neyðarnúmer til að fá sjúkrabíl (Læknavaktin e.d.; Þjóðskrá Íslands e.d.).

Ísland er strjálbýlt land en á landsbyggðinni búa um 125.000 manns eða tæplega þriðjungur landsbúa (Hagstofa Íslands, e.d.). Fjöldi fólks sem bráðamóttökur landsbyggðarinnar þurfa hugsanlega að sinna getur þó margfaldast þegar horft er til ferðamanna. Sem dæmi má nefna að árið 2014 fóru 969.181 erlendur gestur um Flugstöð Leifs Eiríkssonar, 1.261.938 árið 2015, 1.767.726 árið 2016 og 2.195.860 árið 2017 (Ferðamálastofa, e.d.). Þá eru ótaldir þeir sem koma með skipum. Einnig er fjöldi fólks sem dvelur í sumarhúsum á hverjum tíma, en í lok árs 2017 voru skráð 13.938 sumarhús á landsbyggðinni (Þjóðskrá Íslands, e.d.b). Árið 2016 leituðu rúmlega 6600 erlendir ferðamenn á heilbrigðisstofnanir landsbyggðarinnar (Skrifstofa Alþingis, e.d.). Þar fyrir utan eru þeir íslensku ferðamenn sem þurfa að sækja bráðabjónustu á landsbyggðinni.

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa skýra vísbendingu um að endurmenntun og starfsreynsla hafi áhrif á hæfni hjúkrunarfræðinga sem sinna bráðatilvikum á landsbyggðinni.

Stjórnendur stofnana ættu því að gera hjúkrunarfræðingum fært að sækja sér endurmenntun og leitast við að halda í þá sem hafa mikla starfsreynslu.

Hlutverk og störf hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku eru margvísleg. Þeir þurfa að takast á við stjórnun, tungumála-erfiðleika og sibreytilegt ástand auk óvissu um komufjölda og ástand sjúklinga á hverjum tíma (Curtis o.fl., 2009; Schriver o.fl., 2003; Dagbjört Bjarnadóttir, 2010). Jafnframt þurfa þeir að hafa yfirgripsmikla þekkingu á hjúkrun fólks á öllum aldri með fjölbreytta sjúkdóma og misalvarleg líkamleg og andleg sjúkdómseinkenni. Þá þurfa þeir að þekkja lífshættuleg ein-kenni, oft með takmörkuðum upplýsingum frá sjúklingnum sjálfum, og hefja inn grip ef nauðsyn krefur með það að markmiði að draga úr alvarlegum afleiðingum. Einnig kemur í þeirra hlut að forgangsraða sjúklingum eftir alvarleika einkenna, grípa inn í ef bráðaástand kemur upp og veita hjúkrun í erilsömu umhverfi (Curtis og fl, 2009; Schriver o.fl., 2003; Valdez, 2009).

Hjúkrunarfræðingar og lækna á landsbyggðinni horfast iðulega í augu við krefjandi aðstæður en margar stofnanir þar hafa ekki aðstöðu eða fjármagn til að kaupa dýr og háþrúð greiningartæki og hafa færri sérhæfð úrræði en stórar bráðamóttökur (Jutsum, 2010). Ekki eru í boði sérstök slysatæmi eða önnur gátæmi og oft er bið í næsta sjúkrabíl, þyrlu eða flugvél þegar flytja á sjúklinga á aðrar stofnanir. Flutningur sjúklings á stærra sjúkrahús getur tekið nokkra klukkutíma auk þess sem veður og færd geta hindrað flutninginn.

Þá vinna hjúkrunarfræðingar fjölpætt störf á landsbyggðinni þar sem bráðapjónustan getur verið einungis hluti af þeim verkefnum sem þeir sinna (Ross og Bell, 2009). Þetta þýðir að starfsfólk á bráðamóttökum landsbyggðarinnar þarf að búa yfir einstakri klínískri þekkingu og kunnáttu.

Samanburður á erlendum bráðamóttökum landsbyggðar og í þéttbýli sýnir að þær á landsbyggðinni hafa færri starfsfólk en stærri bráðamóttökur í borgum, sem gerir það að verkum að fáa er hægt að kalla til aðstoðar í lífsógnandi tilfellum. Einnig er komufjöldi bráðasjúklinga minni, en sumstaðar er daglegur komufjöldi á bráðamóttöku í borg sambærilegur við heilan mánuð á landsbyggðinni (Bragard o.fl., 2015; Williams o.fl., 2001). Í ársskýrslu Landspítalans (Jón Baldvin Halldórsson o.fl., 2017) frá árinu 2016 má sjá að rétt rúmlega 100.000 einstaklingar leituðu á bráðamóttökum Landspítalans en á sama tíma leituðu um 11.500 einstaklingar á bráðamóttöku Heilbrigðisstofnunar Suðurlands (Björn Steinar Pálmason o.fl., 2017). Á landsbyggðarmóttökum eru hjúkrunarfræðingar jafnvel einir á vakt, með takmarkaðan búnað, hafa fáa til að kalla sér til aðstoðar og lækna er jafnvel ekki á staðnum þegar bráðatilvik kemur upp (Ross, 2007). Hjúkrunarfræðingarnir hafa mismikla reynslu af bráðaaðstæðum og geta lent í stöðu sem þeir hafa sjaldan eða aldrei tekist á við áður (Ross og Bell, 2009).

Hjúkrunarfræðingar á landsbyggðinni hafa oft áhyggjur af viðbrögðum hjúkrunarfræðinga á stærri bráðamóttökum í borgum. Bóklegt hjúkrunarnám fer fram í borgum og oftast verklegt nám líka. Þar af leiðandi hafa margir hjúkrunarfræðingar enga reynslu af hjúkrun á landsbyggðinni (Bushy, 1998). Mörgum hjúkrunarfræðingum á landsbyggðinni finnst hjúkrunarfræðingar á stærri sjúkrahúsum ekki skilja þær takmarkanir sem landsbyggðin býr við og óttast gagnrýni á þá þjónustu sem þeir veita eða veita ekki. Þeir óttast að litið sé svo á að skortur á aðstöðu og búnaði sé álitinn skortur á hæfni (Bushy, 1998; Ross og Bell, 2009).

Hjúkrunarfræðingar eru stærsta heilbrigðismenntaða fagstéttin á bráðamóttökum. Hæfni þeirra er hægt að skilgreina sem getu til að þætta þekkingu og færni saman við eigin viðhorf og gildi og geta beitt þeim á fullnægjandi hátt í því umhverfi og aðstæðum sem starfað er í hverju sinni (Meretoja, Leino-Kilpi og Kaira, 2004). Hæfni hefur einnig verið lýst sem getu einstaklings til að ljúka ákveðnum verkefnum eða störfum og því hvernig hæfnin er nýtt sem þekking og kunnáttu við sérstakar aðstæður. Enn fremur felur hæfni í sér viðhorf, þátttöku og ábyrgð á að beita henni (Andersson og Nilsson, 2009).

Hæfni hjúkrunarfræðinga er mjög tengd afdrifum og öryggi sjúklinga svo sem mistökum, spítalasýkingum, fylgikvillum aðgerða og dánartíðni (Aiken o.fl., 2012; Aiken o.fl., 2014; Lakanmaa o.fl., 2014). Hæfari hjúkrunarfræðingar ættu því ekki aðeins að fækka mistökum heldur auka skilvirkni og gagnreynda starfshætti og bæta afdrif sjúklinga (Jutsum, 2010; Meretoja, Isoaho o.fl., 2004; Meretoja og Koponen, 2012). Meiri hæfni tengist einnig auknu sjálfsöryggi og starfsánægju starfsfólks sem eykur aftur öryggi sjúklinga þar sem styrkur hvers hjúkrunarfræðings er nýttur til hagsbóta fyrir sjúklinga svo að þeir fá bestu hugsanlegu umönnun (Meretoja, Isoaho o.fl., 2004; Meretoja og Koponen, 2012; Salonen o.fl., 2007).

Kröfur um hæfni hjúkrunarfræðinga geta verið breytilegar eftir deildum heilbrigðisstofnana. Starfsfólk sem vinnur á landsbyggðinni sinnir yfirleitt færri bráðatilfellum en starfsfólk á stórum sjúkrahúsum í borgum, það er talið geta leitt til minna sjálfstrausts og meiri efasemda um eigin hæfni miðað við það sem ætlast er til að þeir kunni í bráðaaðstæðum (Jones o.fl., 2015). Oft getur liðið langur tími á milli þess að starfsfólk bráðamóttaka á landsbyggðinni sinni sjúklingum í lífshættulegu ástandi. Þetta gerir það að verkum að nauðsynlegt er að starfsfólkið viðhaldi hæfni sinni m.a. með því að fara á endurmenntunarnámskeið, en þjálfun starfsmanna á landsbyggðinni er stundum ábótavant (Bragard o.fl., 2015; Jutsum, 2010; Williams o.fl., 2001).

Þessi rannsókn sem hér er lýst er hluti af stærri rannsókn sem hefur það markmið að skoða hæfni hjúkrunarfræðinga sem vinna með bráðveika sjúklinga. Niðurstöður um hæfni hjúkrunarfræðinga sem starfa á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi hafa verið birtar í meistararitgerð (Dóra Björnsdóttir, 2015) og eru meginniðurstöður þær að starfsaldur í hjúkrun og starfslýsingar skýrðu mat hjúkrunarfræðinganna á eigin hæfni.

Markmið rannsóknarinnar nú var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar landsbyggðarinnar, sem taka á móti og sinna bráðveikum og slösuðum sjúklingum, meta hæfni sína. Leitast var við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

- Hvernig meta hjúkrunarfræðingar landsbyggðarinnar, sem taka á móti og sinna slösuðum og bráðveikum sjúklingum, eigin hæfni?
- Hversu oft þurfa hjúkrunarfræðingar landsbyggðarinnar, sem taka á móti og sinna slösuðum og bráðveikum sjúklingum, að sinna verkefnum sem reyna á hæfni þeirra?
- Hvert er samband starfsaldurs í hjúkrun, viðbótarnáms í hjúkrun og starfshlutfalls á núverandi vinnustað við mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni?

Aðferð

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn.

Þátttakendur

Þátttakendur í rannsóknarinni voru hjúkrunarfræðingar á landsbyggðinni, sem í starfi sínu taka á móti og sinna að minnsta kosti tíu bráðveikum eða slösuðum sjúklingum á mánuði.

Stofnanir sem viðkomandi hjúkrunarfræðingar störfuðu við eru: Heilbrigðisstofnun Austurlands, Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Heilbrigðisstofnun Vestfjarða, Heilbrigðisstofnun Norðurlands og Sjúkrahús Akureyrar. Að fengnu leyfi forstjóra viðkomandi heilbrigðisstofnana var haft samband við hjúkrunarfræðingastjóra þeirra varðandi aðstoð við val á hjúkrunarfræðingum sem uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku. Þeir, í samráði við deildarstjóra eða yfirhjúkrunarfræðing hverrar stofnunar, gáfu upp fjölda hjúkrunarfræðinga sem uppfylltu skilyrði rannsóknarinnar og var mat þeirra að 87 hjúkrunarfræðingar gerðu það.

Mælitæki

Mælitæki rannsóknarinnar er spurningalisti sem inniheldur mælitæki sem metur hæfni hjúkrunarfræðinga og kallast á ensku Nurse Competence Scale (NCS) (Meretoja, Isoaho o.fl., 2004). Heiti mælitækisins hefur ekki verið íslenskað en íslenska útgáfan kallast IS-NCS (Dóra Björnsdóttir, 2015). Í því eru 73 spurningar sem snúa að atriðum sem lúta að hæfni og flokkast spurningarnar í sjö hæfnipætti sem eru umönnunarhlutverk, kennslu- og leiðbeinandahlutverk, greiningarhlutverk, stjórnun í aðstæðum, hjúkrunarhlutanir, trygging gæða og starfshlutverk. Þættirnir taka mið af hugmyndafræðilegum ramma Benner (2001) um hvernig hæfni hjúkrunarfræðinga breytist frá

því að þeir eru nýgræðingar í hjúkrun þar til þeir hafa hlotið mikla reynslu og eru í raun orðnir að sérfræðingum (Benner, 2001). Frekari lýsingu á þáttunum sjö er að finna í töflu 1.

Mælitækið skiptist í tvo hluta. Annar hlutinn (A) mælir hæfni þátttakanda. Þegar þeim hluta er svarað er hver spurning metin fyrir sig með sjónkvarða frá 0–10, þar sem 0 er mjög lítil hæfni og 10 mjög mikil. Merkt er strik á tíu sentimetra línu, þar sem viðkomandi metur hæfni sína sem síðan er mælt með reglustiku fyrir úrvinnslu. Léleg hæfni miðast við 0–2,5 á sjónkvarða, nokkuð góð hæfni miðast við >2,5–5,0 á sjónkvarða, góð hæfni miðast við >5,0–7,5 á sjónkvarða og mjög góð hæfni >7,5–10 á sjónkvarða. Hinn hlutinn (B) mælir hversu oft þátttakandi framkvæmir það atriði sem spurt er um í hverri spurningu. Notaður er fjögurra þrepa Likertskali. Möguleikarnir eru: 1=mjög sjaldan, 2=öðru hverju, 3=mjög oft og 0=á ekki við (Meretoja, Isoaho o.fl., 2004).

NCS var þýtt á íslensku árið 2014 (IS-NCS) og hafði rannsóknarhópur stærri rannsóknarinnar umsjón með þeirri þýðingu. Listinn var forprófaður á bráðamóttöku Landspítala sem hluti af meistaraverkefni Dóru Björnsdóttur (2015) og má lesa um framkvæmd þýðingarinnar og forprófun listans þar. Áreiðanleiki hæfnipátta (Cronbachs alfa) í þessari rannsókn var á bilinu 0,76–0,95 (sjá töflu 1) og er það sambærilegt við niðurstöður rannsókna á hjúkrunarfræðingum á bráðamóttöku Landspítala (Dóra Björnsdóttir, 2015).

Spurningalistinn innihélt einnig spurningar um starfsaldur í hjúkrun í árum, starfshlutfall (valkostir: 20–39%, 40–59%, 60–69%, 70–79%, 80–100%), viðbótarnám að loknu prófi í hjúkrunarfræði (já/nei) og jafnframt spurt hvort viðkomandi hefði lokið eftirtöldum sérhæfðum námskeiðum (svarmöguleikar já/nei): Sérhæfð endurlífgun I, Sérhæfð endurlífgun II, Meðhöndlun og flutningur slasaðra og Sérhæfð endurlífgun barna. Námskeiðin standa yfir í tvo daga og þeim lýkur með skriflegum og verklegu prófum, fyrir utan Sérhæfða endurlífgun I sem er eins dags próflaust námskeið. Þau eru ætluð hjúkrunarfræðingum, læknum og sjúkraflutningamönnum.

Tafla 1. Hæfnipættir mælitækisins Nurse Competence Scale*

Hæfnipættir	Lýsing á efni hvers þáttar	Áreiðanleiki hvers þáttar (Cronbachs alfa)
Umönnunarhlutverk 7 spurningar	Aðstoða sjúklinga við að takast á við aðstæður með einstaklingsmiðaðri hjúkrun byggðri á siðfræðilegum gildum.	0,76
Kennslu- og leiðbeinandahlutverk 16 spurningar	Koma auga á fræðsluþarfir sjúklinga og fjölskyldna þeirra með það að markmiði að stuðla að sjálfsumönnun. Leiðbeina samstarfsfólki.	0,95
Greiningarhlutverk 7 spurningar	Koma auga á og greina ástand sjúklinga í tíma.	0,80
Stjórnun í aðstæðum 8 spurningar	Koma auga á breytilegt ástand og forgangsraða starfinu á viðeigandi og sveigjanlegan hátt. Stuðla að samfelli í hjúkrun sjúklinga.	0,84
Hjúkrunarhlutanir 10 spurningar	Taka ákvarðanir og skipuleggja umönnun sjúklinga samkvæmt klínísku ástandi þeirra. Ráðfæra sig við samstarfsfólk.	0,90
Trygging gæða 6 spurningar	Meta árangur. Stuðla að frekari úrbótum við umönnun.	0,87
Starfshlutverk 19 spurningar	Koma fram við samstarfsfólk sitt af virðingu. Vera ábyrgur og sjálfstæður í störfum. Bera ábyrgð á eigin faglegri starfsþróun.	0,92

* Dæmi um spurningar má sjá í töflu 3.

Gagnasöfnun

Gagnasöfnun fór fram vorið 2016. Spurningalistar, ásamt kynningarbréfi og frímerktu umslagi, voru sendir hjúkrunarfræðingum fyrrnefndra stofnana og þeim boðin þátttaka. Ýmist voru listarnir sendir á nöfn hjúkrunarfræðinganna eða á deildarstjóra sem sáu um að dreifa listunum, safna þeim saman og senda þá til baka á heimilisfang rannsakanda. Litið var svo á að þátttaka jafngilti upplýstu samþykki. Ítrekun var send í tölvupósti einu sinni.

Síðfræði

Í kynningarbréfinu kom fram að þátttakan væri nafnlaus, fæli ekki í sér neina áhættu og frjálst væri að hafna þátttöku. Farið var með allar upplýsingar sem trúnaðarmál. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar.

Úrvinnsla

Tölfræðiúrvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu Statistical Package for the Social Sciences 22.00 (IBM Corp, 2013). Notuð var lýsandi tölfræði og Mann-Whitney U próf til að skoða sambönd hæfnipátta (sem sýndir eru í töflum 1 og 2) við menntun, starfsaldur og starfshlutfall. Dreifing starfsaldurs og starfshlutfalls var ójöfn þannig að við úrvinnslu var notast við tvíkosta breytur; annarsvegar starfsaldur styttri en fimm ár og lengri en fimm ár, hinsvegar starfshlutfall minna en 80% og 80% eða meira. Þegar reiknað var meðaltalsgildi fyrir hæfnipátti voru svör þeirra sem svöruðu minna en 50% í hverjum hæfnipátti fyrir sig tekin út úr útreikningum fyrir þann hæfnipátt. Meðaltal fékkst með því að reikna saman meðaltöl þeirra þátttakenda sem svöruðu meira en 50% spurninga í hverjum þætti.

Niðurstöður

Svörun var 60% (N=52) og komu þátttakendur frá öllum heilbrigðisstofnununum. Meðalstarfsreynsla þeirra var 13,9 ár

(sf=12,3) og höfðu 14 þátttakenda minna en fimm ára starfsreynslu. Tveir þátttakendur voru í minna en 60% starfshlutfalli og 38 voru í 80 til 100% starfshlutfalli. Tuttugu höfðu lokið viðbótarmenntun að loknu BS prófi í hjúkrun. Aðspurðir um þátttöku í sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum höfðu 30 lokið Sérhæfðri endurlífgun II, 26 Sérhæfðri endurlífgun I, einn lokið Meðhöndlun og flutningi slasaðra og sjö höfðu lokið Sérhæfðri endurlífgun barna. Fimm þátttakenda höfðu lokið öllum námskeiðunum og tíu höfðu ekki tekið neitt sérhæft endurlífgunarnámskeið.

Mat hjúkrunarfræðinganna á eigin hæfni og tíðni hæfniverkefna

Tafla 2 sýnir mat þátttakenda á eigin hæfni út frá hæfnipáttum. Þátttakendur töldu hæfni sína mesta í þættinum *stjórnun í aðstæðum* en lakasta í þættinum *trygging gæða*. Fæstir þátttakendur svöruðu spurningum í þættinum *trygging gæða* og flestir í þættinum *starfshlutverk*. Mesta spönnin var í þættinum *trygging gæða* en minnst í þættinum *umönnunarhlutverk*. Þátttakendur framkvæmdu oftast verkefni í þættinum *umönnunarhlutverk* og sjaldnast í þættinum *kennslu- og leiðbeinandahlutverk*. Meðalstig heildarhæfni var 7,4 stig (sf=1,2; md=7,34).

Tafla 2 sýnir enn fremur meðaltal í hæfnipáttum hjá þátttakendum sem höfðu lokið öllum og engu af fjórum sérhæfðu endurlífgunarnámskeiðum. Þar sést að talsverður munur er á meðaltölum þessara tveggja hópa (frá 0,6 til 1,6 stigum). Marktækni var ekki skoðuð sökum fárra einstaklinga í hvorum hópi.

Tafla 3 sýnir tíu verkefni sem þátttakendur mátu hæfni sína að meðaltali mesta í og að meðaltali lægsta í. Þar sést að þeir meta hæfni sína að jafnaði mesta í því að vera sjálfstæður í störfum og lægsta í því að þróa aðlögun fyrir nýráðna hjúkrunarfræðinga á eigin deild.

Tafla 3 sýnir jafnframt tíu hæfniverkefni sem þátttakendur sögðu tíðast að þeir framkvæmdu mjög oft. Í 100% tilvika sögðust þeir mjög oft sjálfstæðir í störfum en í 11,5% tilvika

Tafla 2. Meðaltal, miðgildi og spönn stiga innan hvers hæfnipáttar hjá öllum þátttakendum og þeim sem lokið hafa annarsvegar fjórum sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum og hinsvegar engum sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum.

Allir þátttakendur						Þátttakendur sem hafa engum námskeiðum lokið			Þátttakendur sem hafa lokið fjórum námskeiðum			
Hæfnipættir	n	M* (sf)	Md	Spönn	N	M (sf)	Md	Spönn	n	M (sf)	Md	Spönn
Heildarhæfni	51	7,4 (1,2)	7,3	4,3–9,5	9	6,9 (1,5)	6,6	3,5–9,6	4	8,1 (0,6)	8,2	5,5–9,1
Stjórnun í aðstæðum	49	7,8 (1,3)	7,8	3,8–9,9	10	7,6 (1,4)	7,8	5,3–9,5	4	8,7 (0,3)	8,7	8,4–9,1
Starfshlutverk	51	7,6 (1,4)	7,9	4,0–9,6	10	7,4 (1,6)	7,6	5,1–9,6	5	8,4 (0,5)	8,4	7,6–8,6
Greiningarhlutverk	49	7,6 (1,2)	7,8	4,3–9,8	10	7,3 (1,5)	7,1	4,4–9,5	4	7,9 (0,8)	8,2	6,8–8,5
Umönnunarhlutverk	49	7,5 (1,1)	7,6	5,2–9,8	10	6,8 (1,3)	6,4	5,2–9,2	4	8,4 (0,6)	8,6	7,6–8,9
Hjúkrunaríhutanir	46	7,4 (1,5)	7,6	2,3–9,9	9	7,3 (1,6)	6,6	5,1–9,6	4	8,3 (0,2)	8,3	8,2 - 8,5
Trygging gæða	50	6,9 (1,6)	7,0	3,2–9,8	10	6,6 (1,9)	6,9	3,2–9,6	4	7,5 (1,1)	7,3	6,4 - 8,6
Kennslu- og leiðbeinandahlutverk	50	7,5 (1,1)	6,8	3,5–9,6	10	5,9 (2,0)	5,0	3,5–9,3	5	7,7 (1,3)	8,45	5,5–8,6

*n=fjöldi, M=meðaltal, sf=staðalfrávik, Md=miðgildi

Tafla 3. *Tíu hæfniverkefni*, ásamt hæfniþætti verkefnanna, sem þátttakendur meta hæfni sína að meðallagi mesta í og að meðallagi minnsta í ásamt tíu hæfniverkefnum sem þátttakendur segjast oftast framkvæmd.*

Hæfniverkefni	Tíðni atriða							Hæfniþáttur
	Nr**	M	N	Mjög sjaldan	Öðru hvoru	Nr.	Mjög oft***	
Verkefni sem þátttakendur meta hæfni sína að meðallagi mesta í								
Ég er sjálfstæð(ur) í störfum mínum	1.	8,8	52	0	0	1.	100,0	Starfshlutverk
Ég þekki mín takmörk	2.	8,7	52	1,9	7,7	6.	88,5	Starfshlutverk
Ég forgangsraða störfum mínum miðað við aðstæður	3.	8,6	52	0	5,8	3.	94,2	Stjórnun í aðstæðum
Ég tek ákvarðanir er varða hjúkrun sjúklings með tilliti til aðstæðna hverju sinni	4.	8,5	52	1,9	5,8	4.	92,3	Hjúkrunaríhlutanir
Eigin fagleg ímynd veitir mér styrk í hjúkrunarstarfinu	5.–6.	8,4	51	2	15,7	10.	80,4	Starfshlutverk
Ég stuðla að samvinnu þegar aðstæður breytast snögglega	5.–6.	8,4	52	0	34,6	61,5		Stjórnun í aðstæðum
Ég nýti viðeigandi þekkingu til að veita sem besta hjúkrun	7.–10.	8,3	52	0	3,8	2. 96,2		Hjúkrunaríhlutanir
Ég greini þarfir sjúklinga fyrir tilfinningalegan stuðning	7.–10.	8,3	52	1,9	17,3	80,8		Greiningarhlutverk
Ég skipulegg hjúkrun út frá úrræðum sem eru í boði	7.–10.	8,3	52	0	13,5	7.–8.	84,6	Stjórnun í aðstæðum
Ég skipulegg vinnu mína á sveigjanlegan hátt með tilliti til klínískra aðstæðna	7.–10.	8,3	52	0	15,4	7.–8.	84,6	Hjúkrunaríhlutanir
Ég skipulegg hjúkrun sjúklinga í samræmi við einstaklingsbundnar þarfir þeirra		7,9	51	0	7,8	5.92,2		Umönnunarhlutverk
Ég greini líðan sjúklings út frá mismunandi sjónarhornum		8,2		1,9	13,5	9.82,7		Greiningarhlutverk
Verkefni sem þátttakendur meta hæfni sína að meðaltali minnsta í								
Ég samhæfi þverfaglega teymisvinnu		7,3	52	23,1	26,9		36,5	Hjúkrunaríhlutanir
Ég hef umsjón með leiðsögn hjúkrunarnema á minni deild		7,3	51	25,2	29,4		25,5	Starfshlutverk
Ég met árangur sjúklingafræðslu með samstarfsfólki mínu		6,4	52	23,1	46,2	65.–68.	17,3	Kennslu og leiðbein-andahlutverk
Ég hef umsjón með aðlögun nýráðinna		6,4	52	32,7	23,1		23,1	Starfshlutverk
Ég samhæfi sjúklingafræðslu milli fagstétta	64.–65.	6,3	51	17,6	52,9	69.	15,7	Kennslu- og leiðbein-andahlutverk
Ég tek þátt í að þróa þverfaglegar verklagsreglur	6.–65.	6,3	52	23,1	38,5	65.–68.	17,3	Hjúkrunaríhlutanir
Ég met árangur fræðslu í samráði við sjúklinga	66.	6,2	52	19,2	46,2	64.	19,2	Kennslu- og leiðbein-andahlutverk
Ég endurskoða skriflegar leiðbeiningar um hjúkrun	67.	6,0	52	21,2	32,7	65.–68.	17,3	Hjúkrunaríhlutanir
Ég met árangur fræðslu í samráði við aðstandendur	68.–69.	5,9	52	21,2	44,2	71.–70	15,4	Kennslu- og leiðbein-andahlutverk
Ég þróa hjúkrunarskráningu á minni deild	68.–69.	5,9	52	32,7	17,3		26,9	Greiningarhlutverk
Ég skipulegg viðrunarfundi eftir neyðartilvik	70.	5,7	52	30,8	11,5	65.–68.	17,3	Stjórnun í aðstæðum
Ég þróa sjúklingafræðslu á minni deild	71.	5,3	52	28,8	34,6	73.	11,5	Kennslu- og leiðbein-andahlutverk
Ég set fram tillögur að þróunarverkefnum og rannsóknum	72.	5,2	51	39,2	23,5	72.	11,8	Trygging gæða
Ég þróa aðlögun fyrir nýráðna hjúkrunarfræðinga á minni deild	73.	5,1	52	32,7	19,2	71.–70.	15,4	Kennslu- og leiðbein-andahlutverk

* Athuga að fleiri en tíu verkefni koma fram þar sem ekki er algert samræmi á milli verkefna sem þátttakendur meta sig hæfasta í og þeirra sem þeir framkvæma oftast.

** Nr. = röðun verkefnis í hæfni eða tíðni eftir því sem við á, M=meðaltal.

*** Í þeim tilvikum að hlutfallstala nær ekki 100% hefur hluti þátttakenda merkt við valkostinn „Á ekki við“.

Tafla 4. Munur á meðaltalsstigum á hæfniflokkum út frá starfsaldri og viðbótarnámi.

Hæfnipættir	Starfsaldur								Viðbótarnám							
	> 5 ár			< 5 ár			Já				Nei					
	n*	M (sf)	Md	n	M (sf)	Md	U ⁺	p. <	n	M (sf)	Md	M (sf)	Md	U ⁺	p. <	
Heildarhæfni	37	7,8 (1,1)	8,0	13	6,5 (1,0)	6,4	87,0	0,01	20	8,1 (1,0)	8,1	28	6,9 (1,2)	7,2	122,0	0,01
Stjórnun í aðstæðum	35	8,1 (1,3)	8,4	13	7,2 (1,1)	7,5	124,0	0,05	18	8,6 (0,8)	8,6	28	7,4 (1,3)	7,5	117,0	0,01
Starfshlutverk	37	8,1 (1,2)	8,3	13	6,5 (1,3)	6,5	83,0	0,01	20	8,4 (0,9)	8,3	28	7,1 (1,4)	7,2	122,0	0,01
Greiningarhlutverk	35	8,0 (1,1)	8,1	13	6,7 (1,0)	6,6	84,0	0,01	18	8,1 (1,1)	8,2	28	7,3 (1,2)	7,5	153,0	0,05
Hjúkrunaríhlutanir	32	7,6 (1,5)	8,1	13	6,7 (1,4)	6,5	112,0	0,05	16	8,3 (1,0)	8,3	27	7,0 (1,6)	7,0	104,0	0,01
Umönnunarhlutverk	35	7,6 (1,2)	7,7	13	7,2 (1,1)	7,3	171,5	em [#]	18	8,2 (1,1)	8,3	28	7,1 (1,0)	7,6	112,0	0,01
Kennslu- og leiðbeinandahlutverk	36	7,4 (1,5)	7,8	13	5,4 (1,1)	5,4	78,0	0,01	19	7,7 (1,5)	7,8	28	6,4 (1,6)	6,4	152,0	0,05
Trygging gæða	36	7,2 (1,4)	7,2	13	6,4 (1,8)	6,7	175,5	em	19	7,6 (1,4)	7,7	28	6,6 (1,6)	6,9	170,5	0,05

*n=fjöldi, M=meðaltals hæfniskor, sf=staðalfrávik, Md=miðgildi
+=Mann-Whitney U
#em=ekki marktækt

sögðust þeir mjög oft þróa sjúklingafræðslu á eigin deild. Samræmi var á milli verkefna sem þátttakendur sögðu hæfni sína mesta í og verkefna sem þeir sögðu tíðast framkvæma mjög oft í átta tilvikum og í sex tilvikum þar sem þeir sögðu hæfni sína minnsta og tíðni þess að þeir framkvæmdu verkefnið mjög sjaldan (sjá töflu 3).

Samband hæfni og starfsaldurs í hjúkrun, viðbótarnáms í hjúkrun og starfshlutfalls á deild

Tafla 4 sýnir mun á meðalstigum heildarhæfni og hæfnipáttanna sjö út frá starfsaldri og viðbótarnámi. Þar kemur fram að hjúkrunarfræðingar með meira en fimm ára starfsaldur meta hæfni sína marktækt meiri í fimm hæfnipáttum (stjórnun í aðstæðum, starfshlutverk, greiningarhlutverk, hjúkrunaríhlutanir og kennslu- og leiðbeinandahlutverk) en þeir sem hafa styttri starfsaldur. Í töflunni sést jafnframt að hjúkrunarfræðingar með viðbótarnám meta hæfni sína marktækt meiri í öllum sjö hæfnipáttunum og í heildarhæfni. Ekki var neinn munur á hæfninni út frá starfshlutfalli á deild.

Umræður

Þessi rannsókn er sú fyrsta sem gerð hefur verið hérlandis á því hvernig hjúkrunarfræðingar á landsbyggðinni, sem taka á móti og sinna slösuðum og bráðveikum sjúklingum, meta eigin hæfni. Í litlu landi eins og Íslandi er ljóst að hjúkrunarfræðingar sem sinna bráðþjónustu á landsbyggðinni eru fámennur hópur. Það má því ætla að úrtakið sé lýsandi fyrir þýðid, þrátt fyrir að þátttakendur hafi einungis verið 52.

Þessi rannsókn gefur góða mynd af því hvernig þessi fámenni hópur metur hæfni sína. Meginniðurstaða hennar er að hjúkrunarfræðingar með viðbótarnám í hjúkrun og með lengri starfsaldur meta hæfni sína marktækt meiri en hjúkrunarfræðingar án viðbótarnáms og með styttri starfsaldur. Þá er

augljós samhljómur við niðurstöður Benner (2001) sem eru að hjúkrunarfræðingar verða hæfari eftir því sem þeir starfa lengur við hjúkrun. Líkt og fram kom í inngangi er hæfni hjúkrunarfræðinga nátengd afdrifum og öryggi sjúklinga og líkur á að hæfari hjúkrunarfræðingar bæti afdrif sjúklinga (Aiken o.fl., 2012; Aiken o.fl., 2014; Lakanmaa o.fl., 2014; Jutsum, 2010; Meretoja og Koponen, 2012).

Niðurstöður okkar ættu því að vera hvatning til framkvæmdastjóra hjúkrunar á heilbrigðisstofnunum landsbyggðarinnar að halda í reynda hjúkrunarfræðinga og gera hjúkrunarfræðingum kleift að sækja sér framhaldsmenntun. Niðurstöðurnar benda jafnframt sterklega á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar sem sinna bráðveikum á landsbyggðinni ljúki sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum. Þótt áhugi og vilji sé fyrir hendi hjá hjúkrunarfræðingum landsbyggðarinnar að sækja sér endurmenntun geta hinsvegar ýmsar hindranir komið í veg fyrir að af því geti orðið. Dæmi um það getur verið landfræðileg einangrun, skortur á fjármunum og erfiðleikar við að losa sig úr vinnu (Khomeiran o.fl., 2006). Það er samstarfsverkefni forystufólks mennta- og heilbrigðisstofnana að takast á við þessa erfiðleika þannig að hjúkrunarfræðingar sem sinna bráðþjónustu á landsbyggðinni geti sótt sér endurmenntun. Nám, reynsla og fagleg gildi geta leitt til þess að ákvarðanataka, lausn vanda og forgangsröðun verði skjótari og nákvæmari. Fyrir bragðið gengur bráðþjónustan hraðar fyrir sig (Curtis, o.fl., 2009; Needleman og Hassmiller, 2009; Valdez 2009)

Hjúkrunarfræðingar læra af reynslunni, bæði af því sem gengur vel og einnig því sem miður fer (Takase, 2013). Á fyrstu árum í starfi eru þeir að safna í sarpinn, bæta reynsluþekkingu við fræðilega þekkingu og efla þannig hæfni sína. Þeir læra ekki einungis af eigin reynslu, heldur og af því að fylgjast með og aðstoða eldri og reyndari hjúkrunarfræðinga (Henderson o.fl., 2006; Takase, 2013). Mikilvægt er að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar geti leitað til þeirra sem reyndari eru og séu undir handleiðslu þeirra fyrsta árið. Það getur minnkað streitu og aukið sjálfstraust og starfsánægju (D’ambra og Andrews, 2013).

Veita ætti ungum hjúkrunarfræðingum sem starfa á landsbyggðinni tækifæri til að fara í námsheimsóknir á stærri stofnanir þar sem þeir geta fylgst með reyndum hjúkrunarfræðingum að störfum (Takase, 2013). Í inngangi kom fram að vegna þess að landsbyggðarhjúkrunarfræðingar sinna færri bráðatilvikum en hjúkrunarfræðingar í borg gæti sjálfstraust minnkað og sömuleiðis efasemdir um eigin hæfni aukist (Jones o.fl., 2015). Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja ekki við það. Skýringin gæti legið í háu hlutfalli viðbótarmenntunar og háum starfsaldri landsbyggðarhjúkrunarfræðinga.

Ekki fundust rannsóknir á hæfni landsbyggðarhjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum erlendis sem byggja á NSC mælitækinu, en gerðar hafa verið rannsóknir á tveimur háskóla-sjúkrahúsum í Finnlandi auk bráðamóttöku Landspítala (Dóra Björnsdóttir, 2015; Meretoja, Leino-Kilpi o.fl 2004; Numminen, Meretoja o.fl, 2013). Íslenskir hjúkrunarfræðingar telja sig betri en þeir finnsku í öllum hæfnipáttunum þótt vissulega sé ekki hægt að segja hvort um marktækan mun sé að ræða. Hjúkrunarfræðingar þessarar rannsóknar meta heildarhæfni sína meiri en bæði finnsku hjúkrunarfræðingarnir og þeir sem starfa á bráðamóttöku Landspítala þótt ekki muni miklu á þátttakendum í þessari rannsókn og hjúkrunarfræðingum á bráðamóttöku Landspítala.

Ástæður þess að hjúkrunarfræðingar á landsbyggðinni meta hæfni sína meiri en þeir á Landspítala geta verið þær að hlutfallslega fleiri hjúkrunarfræðingar á Landspítala hafa minni en fimm ára starfsaldur samanborið við þá á landsbyggðinni (38,2% vs 27,5%) og hlutfallslega færri hafa lokið viðbótarnámi (27,6% vs 40,8%). Ein af ástæðum fyrir því að íslenskir hjúkrunarfræðingar gefa sér hærri einkunn en þeir finnsku gæti legið í lengra námi á Íslandi. Hér á landi er hjúkrunarnámið 240 ECTS einingar en 210 ECTS einingar í Finnlandi (Råholmo.fl., 2010).

Bent hefur verið á, í fræðilegri umfjöllun um hæfnihugtakið, að hæfni tengist alltaf menningarlegum viðmiðum og gildismati. Einstaklingurinn skilgreinir eigin hæfni út frá ríkjandi gildum í þeim hóp sem hann tilheyrir (Ragnhildur Bjarnadóttir, 2008). Þó að störf hjúkrunarfræðinga í Finnlandi séu mjög svipuð og á Íslandi má vera að íslenskir hjúkrunarfræðingar séu sjálfstæðari í störfum sínum eða að mismunur á þessum tveimur samfélögum geri það að verkum að íslenskir hjúkrunarfræðingar telja sig hæfari en þeir finnsku.

Hjúkrunarfræðingarnir meta hæfni sína mesta í hæfnipáttinum *stjórnun í aðstæðum*. Það er í samræmi við að þetta eru hjúkrunarfræðingar sem sinna slösudum og bráðveikum sjúklingum og því mikilvægt að þeir hafi þessa stjórn (Curtis o.fl., 2009). Þeir meta hæfnina slakasta í *tryggingu gæða*. Gæði í heilbrigðisþjónustu eru mikilvæg en vel má vera að spurningarnar í þeim þætti höfði ekki til almennra hjúkrunarfræðinga því að vissulega er það á þeirra ábyrgð að gæði þjónustunnar séu mikil til að tryggja fagmennsku í hjúkrun og öryggi sjúklinga. Þegar horft er á einstök hæfniverkefni er athyglisvert að ekkert verkefni í hæfnipáttinum *kennslu- og leiðbeinandahlutverk* er meðal þeirra tíu sem þátttakendur meta sig hæfasta í né þeim sem þeir framkvæma oftast. Hinsvegar eru fimm og sex hæfniverkefni úr þessum þætti meðal þeirra tíu sem þeir meta hæfni

sína lakasta í og sem þeir framkvæma sjaldnast. Vissulega eru mörg hæfniverkefni í þessum þætti, en sama má segja um hæfnipáttinn *starfshlutverk* en þar raðast mun fleiri hæfniverkefni meðal efstu tíu en neðstu tíu. Hæfniverkefni í *kennslu- og leiðbeinandahlutverk* snúa talsvert að sjúklingafræðslu og sjúklingnum og mikilvægt er að skoða hvort hjúkrunarfræðingarnir telji að þar megi bæta hæfni þeirra. Jafnframt má kanna betur hvort flokka eigi saman kennslu og leiðbeiningar til sjúklinga annarsvegar og til annarra hjúkrunarfræðinga og nemenda hinsvegar eins og gert er í NSC mælitækinu, og hvort aðgreina megi betur stærri stofnanir og minni.

Takmarkanir

Styrkur rannsóknarinnar felst í því að þetta er sú fyrsta sem gerð er á hjúkrunarfræðingum sem starfa við móttöku slasaðra og bráðveikra á landsbyggðinni. Jafnframt að notast var við mælitæki sem hefur verið þróað erlendis og staðfært á hjúkrunarfræðingum starfandi á bráðamóttöku Landspítala. Svör-unin var 60% sem er viðunandi. Ekki er vitað hver svörun var hjá mismunandi stofnunum vegna þess að ekki var hægt að afla nákvæmra upplýsinga sökum fámennis þátttakenda. Hinsvegar var erfitt að velja og nálgast hjúkrunarfræðinga sem uppfylla skilyrði rannsóknarinnar en skilgreindar bráðadeildir eru alls ekki á öllum heilbrigðisstofnunum landsbyggðarinnar. Að mati okkar var besti kosturinn valinn, sem var að leita til stjórnenda á heilbrigðisstofnunum. Það er þó ekki gallalaust en eftir sam-einingar stofnana á landsbyggðinni getur verið hætta á að framkvæmdastjórar hafi lakari yfirsýn yfir störf almennra hjúkrunarfræðinga á smærri einingum. Þar treystu höfundar á að framkvæmdastjórar hefðu leitað til viðeigandi aðila innan stofnunar um upplýsingar. Þá má geta þess að „bráð veikindi og slys“ var ekki skilgreint fyrir framkvæmdastjórum og fjöldi þátttakenda gæti byggt á huglægu mati einstakra stjórnenda á því um hvernig tilvik var að ræða.

Einn af göllum sjálfsmatslista er sú hætta að þátttakendur svari spurningum í samræmi við hvernig þeir telja æskilegt sé að svara þeim, en ekki út frá raunveruleikanum (Polit og Beck, 2012). Einnig má vera að athygli við svörun spurningalistans haldist ekki allan tímann þegar hann felur í sér 73 spurningar.

Hagnýting rannsóknarniðurstæða

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa skýra vísbendingu um að endurmenntun og starfsreynsla hafi áhrif á hæfni hjúkrunarfræðinga sem sinna bráðatilvikum á landsbyggðinni. Stjórnendur stofnana ættu því að gera hjúkrunarfræðingum fært að sækja sér endurmenntun og leitast við að halda í þá sem hafa mikla starfsreynslu.

Þakkir

Þakkir fá allir hjúkrunarfræðingarnir sem tóku þátt í þessari rannsókn og Hrund S. Thorsteinsson, Katrín Blöndal, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir, Brynja Ingadóttir, Dóra S. Björnsdóttir og Auðna Ágústs dóttir.

Heimildir

- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., ... og Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, e1717.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... og Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).
- Alpi, K.M. (2006). Mapping the literature of emergency nursing. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 94(2 Suppl), E107.
- Andersson, H., og Nilsson, K. (2009). Questioning nursing competences in emergency health care. *Journal of Emergency Nursing*, 35(4), 305–311.
- Benner, P.E. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Björn Steinar Pálmason, Gerður Óskarsdóttir, Herdís Gunnarsdóttir og Hólmfríður Einarsdóttir. (2017). *Ársskýrsla 2016*. Selfoss: Heilbrigðisstofnun Suðurlands.
- Bragard, I., Fleet, R., Etienne, A.M., Archambault, P., Légaré, F., Chauny, J.M., ... og Dupuis, G. (2015). Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: A pilot study. *Bio Med Central research notes*, 8(1), 116.
- Bushy, A. (1998). International perspective. Rural nursing in the United States: where do we stand as we enter a new millennium? *Australian Journal of Rural Health*, 6(2), 65–71.
- Curtis, K., Murphy, M., Hoy, S. og Lewis, M.J. (2009). The emergency nursing assessment process: A structured framework for a systematic approach. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 130–136. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2009.07.003>.
- Dagbjört Bjarnadóttir (2010). The only nurse for miles around. Í Suzanne Gordon (ritstj.) *When Chicken Soup isn't Enough: Stories of Nurses Standing Up for Themselves, Their Patients, and Their Profession* (bls. 121–124). Ithaca: Cornell University Press.
- D'ambra, A.M., Andrews, D.R. (2013). Incivility, retention and new graduate nurses: an integrated review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 735–742.
- Dóra Björnsdóttir (2015). *Mat hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala á eigin hæfni*. Öbirt MS-ritgerð, Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Ferðamálastofa. (e.d). *Ferðamenn um Keflavíkurflugvöll*. Sótt 22. febrúar 2018 á <http://www.ferdamalastofa.is/is/tolur-og-utgafur/fjoldi-ferdamanna/talningar-ferdamalastofu-i-flugstod-leifs-eirikssonar>.
- Hagstofa Íslands. (e.d). *Mannfjöldi eftir þéttbýlisstöðum, kyni og aldri 2011–2018*. Sótt 4. apríl 2018 á http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__2__byggdir__Byggdakjarnar/MAN03105.px//.
- Henderson, A., Winch, S. og Heel A. (2006). Partner, learn, progress: a conceptual model for continuous clinical education. *Nurse Education Today*, 26(2)104–109.
- IBM Corp, I. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows* (gerð 22.0) [tölvuforrit]. Armonk, New York-riki: IBM Corp.
- Jones, T., Shaban, R.Z., og Creedy, D.K. (2015). Practice standards for emergency nursing: An international review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(4), 190–203.
- Jón Baldvin Halldórsson, Elísabet Guðmundsdóttir og Helga H. Bjarnadóttir. (2017). *Ársskýrsla*. Reykjavík: Landspítali.
- Jutsum, V. (2010). *Competency in rural emergency nursing*. Óútgefin doktorsritgerð, The College of St. Scholastica, Minnesota.
- Khomeiran, R.T., Yekta, Z., Kiger, A., og Ahmadi, F. (2006). Professional competence: Factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*, 53(1), 66–72.
- Lakanmaa, R.L., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., og Leino-Kilpi, H. (2014). Basic competence in intensive and critical care nursing: Development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 799–810.
- Læknavaktin. *Símaráðgjöf fyrir allt landið, allan sólarhringinn*. Sótt 28. mars 2018 á <http://laeknavaktin.is/simaradgjof/>.
- Meretoja, R., Isoaho, H., og Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124–133.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., og Kaira, A.M. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 329–336.
- Meretoja, R., og Koponen, L. (2012). A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 414–422.
- Mosby's Medical Dictionary, 8.útg. (2009). Sótt 14. desember 2016 á <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/acute+illness>.
- Needleman, J. og Hassmiller, S., (2009). The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: Real-world results. *Health Affairs*, 28(4), w625–w633.
- Newberry, L., og Sheehy, S. B. (2003). *Sheehy's emergency nursing: principles and practice*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H. og Leino-Kilpi, H. (2013). Professional competence of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (9–10), 1411–1423.
- Polit, D.F., og Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams og Wilkins.
- Ragnhildur Bjarnadóttir. (2008). Markmið kennaranáms: Starfshæfni og fagmennska. *Tímarit um menntarannsóknir*. 5: s. 93–106.
- Råholm, M.B., Hedegaard, B.L., Löfmark, A. og Slettebo, Å. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden: From bachelor's degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126–2137.
- Ross, E. L. (2007). *Evaluating Factors that Affect Nurses' Comfort Level with Emergency Interventions in the Rural Hospital Setting*. Minnesota State University, Mankato, 2007. Nursing.
- Ross, E.L. og Bell, S.E. (2009). Nurses — comfort level with emergency interventions in the rural hospital setting. *The Journal of Rural Health*, 25(3), 296–302.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Meretoja, R., og Tarkka, M.T. (2007). Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management*, 15(8), 792–800.
- Samtök sunnlenskra sveitarfélaga. *Sumarhús: Fjöldi, staðsetning og dreifing um landið*. Sótt 14. desember 2016 á <http://www.sass.is/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Talnar%C3%BDnir-Sumarh%C3%BAs-2.pdf>.
- Schrivier, J.A., Talmadge, R., Chuong, R., og Hedges, J.R. (2003). Emergency nursing: Historical, current, and future roles. *Journal of Emergency Nursing*, 29(5), 431–439. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0099-1767\(03\)00346-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0099-1767(03)00346-5)
- Skrifstofa Alþingis. *Svar heilbrigðisráðherra við fyrirsöfnun frá Hönnu Katrínu Friðriksson um heilbrigðisþjónustu veitta erlendum ferðamönnum*. Sótt 28. mars 2018 á <https://www.althingi.is/altext/pdf/146/s/0545.pdf>.
- Takase, M. (2013). The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: A tentative model for nursing competence development. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9–10), 1400–1410.
- Valdez, A.M. (2009). So much to learn, so little time: Educational priorities for the future of emergency nursing. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 31(4), 337–353. Doi: 10.1097/TME.0b013e3181bcb571.
- Williams, J.M., Ehrlich, P.F., og Prescott, J.E. (2001). Emergency medical care in rural America. *Annals of Emergency Medicine*, 38(3), 323–327. Doi: <http://dx.doi.org/10.1067/mem.2001.115217>
- Þjóðskrá Íslands (e.d.a). *Slysa- og bráðatilvik*. Sótt 28. mars 2018 á <https://www.island.is/thjonusta/heilsa/bradathjonusta-og-heilsugaesla/slysa-og-bradatilvik/>.
- Þjóðskrá Íslands (e.d.b). *Fjöldi sumarhúsa*. Sótt 4. apríl 2018 af <https://www.skra.is/markadurinn/talnaefni/fjoldi-sumarhusa/>.

English Summary

Kristjansdóttir, I., Sveinsdóttir, H.

Rural Emergency Nurses' Self-Assessment of Competence: Descriptive Cross-Sectional Study

Aim: Rural emergency departments are designed to provide short-term emergency care for seriously ill or injured patients. The purpose of this study was to explore rural emergency nurses' self-assessment of competence.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted in the spring of 2016. A survey, including the Nurse Competence Scale (NCS), was distributed to 87 Icelandic rural nurses who provided emergency care to a minimum of ten acutely ill or injured patients each month. The NCS scale contains 73 questions in seven nursing domains. The return rate was 60%. The data was analysed using descriptive and inferential statistics.

Results: The nurses assessed their competence highest, and their frequency of actions most, in the category *managing situations*. They assessed their competency lowest in *ensuring quality* and their frequency of actions least in *teaching-coaching*. Looking at specific competency items, they assessed their competence highest, and their frequency of actions most, in *acting autonomously*. Nurses

with more than five years of work experience assessed their competence significantly higher in five domains (*managing situations, work role, diagnostic functions, therapeutic interventions and teaching-coaching*) than those with shorter work experience. Nurses with post graduate education in nursing, assessed their competence significantly higher in all competency categories than nurses without post graduate education.

Conclusion: The findings indicate that post graduate education and work experience influence the self-perceived competence of nurses who provide emergency care in rural settings. Administrators of health institutions should enable nurses to seek further education and attempt to hold on to those with long work experience.

Keywords: Competence, emergency department, rural area, nurses, emergency nursing.

Correspondent: iris@hss.is

Ný stjórn Fíh

Ný stjórn Fíh var kosinn á aðalfundi félagsins í maí sl.

Stjórn félagsins fer með æðsta vald í málefnum þess á milli aðalfunda. Hlutverk stjórnar er að móta stefnu og megináherslur félagsins í samræmi við stefnumörkun og ákvarðanir aðalfundar. Stjórn ber ábyrgð á fjárreiðum félagsins og starfseminni gagnvart aðalfundi.

Stjórn félagsins fundar að jafnaði mánaðarlega.

Stjórn Fíh skipa:

Guðbjörg Pálsdóttir, formaður
Arndís Jónsdóttir, varaformaður
Halla Eiríksdóttir, gjaldkeri
Edda Dröfn Daníelsdóttir, ritari
Anna María Þórðardóttir, meðstjórnandi
Gísli Níls Einarsson, meðstjórnandi
Hildur Björk Sigurðardóttir, meðstjórnandi
Guðrún Yrsa Ómarsdóttir, varamaður
Helena Eydal, varamaður

Hulda Sædís Bryngeirsdóttir, Starfsendurhæfingu Norðurlands,
Aðjúntkt við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri
Sigríður Halldórsdóttir, Prófessor og deildarformaður framhaldsnámsdeildar,
Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri

„Eins og að fara niður svarta brekku og koma svo upp græna hlíðina“: Reynsla fólks af auknum þroska í kjölfar sálrænna áfalla

Útdráttur

Bakgrunnur

Rannsóknir á afleiðingum sálrænna áfalla hafa aðallega beinst að neikvæðum afleiðingum þeirra. Tilgangur þessarar rannsóknar var að auka þekkingu og dýpka skilning á reynslu fólks af sálrænum áföllum og auknum þroska í kjölfar þeirra.

Aðferð

Rannsóknaraðferðin var fyrirbærafræðileg og gögnum safnað með einu til tveimur viðtölum við 12 einstaklinga sem orðið höfðu fyrir sálrænu áfalli og náð auknum þroska í kjölfarið, samtals 14 viðtöl. Þátttakendur voru 34–52 ára, fimm karlar og sjö konur.

Niðurstöður

Titill rannsóknarinnar: „Eins og að fara niður svarta brekku og koma svo upp græna hlíðina“, er orðrétt lýsing eins þátttakanda á þeirri lífsreynslu að verða fyrir sálrænu áfalli og ná meiri þroska í kjölfar þess. Þetta lýsir vel þeirri erfiðu vegferð sem áfallið var upphafið að. Þátttakendur misstu fótanna við áfallið en töldu innri þætti á borð við þrautseigju, seiglu, og hugrekki til að horfast í augu við líðan sína, skipta mestu máli í úrvinnslu þess. Öll urðu þau fyrir frekari áföllum á vegferðinni, höfðu mikla þörf fyrir stuðning og umhyggju, og sögðu frá jákvæðum áhrifum þess að takast á við ný verkefni. Allir þátttakendur töldu upphaf aukins þroska tilkomið vegna innri þarfar fyrir breytingar. Sá aukni þroski sem þau upplifðu fannst þeim einkennast af bættum og dýpri tengslum við aðra, meiri persónulegum þroska, jákvæðari tilveru, aukinni sjálfsþekkingu og bættri sjálfsmynd. Þátttakendur lýstu „þungum dögum“ þrátt fyrir meiri þroska en fannst þau engu að síður standa uppi sem sigurvegarar.

Ályktanir

Rannsóknarniðurstöður benda til þess að það að verða fyrir áfalli sé verulega krefjandi lífsreynsla en að tilteknir innri þættir séu forsenda aukins þroska í kjölfar áfalls. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og annað fagfólk bregðist við áföllum skjólstæðinga sinna með snemmtækri greiningu og íhlutun, ásamt stuðningi, umhyggju og eftirfylgni.

Lykilhugtök: Geðhjúkrun, sálrænt áfall, aukinn þroski í kjölfar áfalls, fyrirbærafræði, viðtöl.

Inngangur

Stór hluti fólks verður fyrir einhvers konar áföllum á lífsleiðinni og hafa rannsóknir sýnt að sálræn áföll geta átt stóran þátt í þróun ýmissa sálrænna vandamála (Boals o.fl., 2013; Brown o.fl., 2014; Dar o.fl., 2014). Rannsóknir á afleiðingum sálrænna áfalla hafa að miklu leyti snúið að neikvæðum afleiðingum þeirra en til að fá betri heildarmynd af því sem gerist í raun og veru eftir slíkt áfall er þörf á að rannsaka jákvæðar afleiðingar þeirra nánar.

Sálrænt áfall (e. psychological trauma) er upplifun einstaklings af atburði eða aðstæðum þar sem hann nær ekki að samþætta og höndla tilfinningalega reynslu sína eða upplifir ógn við líf, líkamlegt eða andlegt heilbrigði sitt (Pearlman og Saakvitne, 1995). Við sálrænt áfall geta ýmsar neikvæðar tilfinningar kviknað, s.s. sektarkennd, skömm, kvíði, depurð eða þunglyndi (Beck o.fl., 2015; Boals o.fl., 2013) og hætta á tilfinningalegum skaða eykst eftir því sem áhrif atburðarins á líf viðkomandi eru

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: Rannsóknarniðurstöðurnar auka þekkingu og dýpka skilning á þeirri vegferð að verða fyrir sálrænu áfalli og ná meiri þroska í kjölfar þess sem getur nýst hjúkrunarfræðingum í starfi.

Hagnýting: Mikilvægt er að sýna þeim sem lent hafa í áföllum stuðning og umhyggju. Það getur haft jákvæð áhrif á vegferð þeirra til þroska.

Þekking: Geðhjúkrunarfræðingar og annað fagfólk geta notað

niðurstöðurnar sem grunn að samræðum við skjólstæðinga sem orðið hafa fyrir áfalli til að meta áhrif áfallsins og til að hjálpa viðkomandi að ná auknum þroska í kjölfar þess.

Áhrif á störf hjúkunarfræðinga: Fræðslu- og stuðningshlutverk hjúkrunarfræðinga er mikið gagnvart fólki sem lent hefur í sálrænum áföllum, t.d. í kjölfar skyndilegra veikinda og slysa. Bætt þekking hjúkrunarfræðinga á áhrifum sálrænna áfalla og hvernig einstaklingurinn getur náð auknum þroska í kjölfar þeirra er því mikilvæg.

meiri (Dar o.fl., 2014; Pooley o.fl., 2013; Risler o.fl., 2015). Rannsóknir hafa sýnt margs konar áhættu- og verndandi þætti sem hafa áhrif á viðbrögð fólks við sálrænu áfalli, s.s. fyrri reynslu viðkomandi af áföllum og alvarleika áfallsins (American Psychiatric Association, 2013; Marchand o.fl., 2015). Þau sem upplifa fleiri en eina tegund áfalla virðast líklegri til að finna fyrir heilsufarsvandamálum af andlegum og líkamlegum toga en þau sem verða fyrir einu áfalli. Þarna hefur þó áhrif hversu alvarlegt áfallið er (Martin o.fl., 2013). Varnar- og úrvinnsluhættir einstaklingsins fyrir áfallið geta haft áhrif á viðbrögð hans (Su og Chen, 2015) sem og streitustig hans fyrir áfallið (Corou o.fl., 2015). Trú, aðlögunarhæfni, hvað viðkomandi telur vera mikilvægt, lífsfylling, jákvæðni og álag eru allt lykilþættir þegar kemur að viðbrögðum einstaklings við áfalli (Abel o.fl., 2014). Viðbrögð frá umhverfi viðkomandi hafa einnig áhrif og félagslegur stuðningur er jákvæður, verndandi þáttur (American Psychiatric Association, 2013; Marchand o.fl., 2015).

Upplifi einstaklingur mögulega skaðlega atburði getur það leitt til mikils ótta, hryllings eða hjálparleysis sem getur valdið skaðlegri streitu (e. traumatic stress) og jafnvel leitt til áfallastreituröskunar (e. post-traumatic stress disorder, PTSD) (Marchand o.fl., 2015) sem er ein alvarlegasta og mest hamlandi tegund streitu sem til er og hefur neikvæð áhrif á líkamlega og andlega heilsu viðkomandi (Dar o.fl., 2014). Það er þó mikill minnihluti þeirra sem verður fyrir áfalli sem fær áfallastreituröskun (PTSD) (Kilpatrick o.fl., 2013) en konur eru tvisvar til þrisvar sinnum líklegri til að greinast með PTSD en karlar (Olff, 2017).

Rannsóknir í sál- og taugaónæmisfræði (e. psychoneuroimmunology) hafa leitt í ljós að streita og streituvaldandi atburðir í lífi fólks geta haft mælanleg áhrif á taugafræðileg og ónæmisfræðileg viðbrögð líkamans (Groer og McEwen, 2012; Menzies o.fl., 2013). Truflunin sem mikil streita eða áreiti veldur í samhæfingu varnarkerfa líkamans getur því haft neikvæð áhrif á líkamlega og andlega heilsu viðkomandi. Verði streituástandið langvarandi geta þessi neikvæðu áhrif varað til lengri tíma og jafnvel haldist eftir að hættan er liðin hjá (Baldwin, 2013) líkt og ný íslensk rannsókn sýnir (Thordardottir o.fl., 2018).

Sýnt hefur verið fram á sterk tengsl milli streitueinkenna og lífsgæða (Karatzias o.fl., 2013). Að upplifa líf sitt sem innihaldsríkt er lyklatríði í velferð fullorðins fólks og getur haft jákvæð áhrif á aðlögunarhæfni viðkomandi gagnvart þeim áskorunum sem lífið býður upp á (Darling o.fl., 2012).

Aukinn þroski í kjölfar áfalls (e. post-traumatic growth) er jákvæð, sálfræðileg breyting sem á sér stað hjá einstaklingi eftir að hann hefur tekist á við mikla erfiðleika og áföll. Slík jákvæð breyting samanstendur meðal annars af því að fólk upplifir aukinn andlegan þroska, sér nýja möguleika í lífinu, metur lífið meira, upplifir meiri persónulegan styrk og betri tengsl við aðra (Calhoun og Tedeschi, 2014). Rannsóknir hafa leitt í ljós að margir sem sýnt hafa einkenni áfallastreitu eftir áfall lýsa þessum viðtæku, jákvæðu breytingum á lífi sínu í kjölfarið, s.s. auknum persónulegum styrk, meiri ánægju í samböndum og jákvæðri breytingu á lífssýn. Viðkomandi einstaklingar

koma einnig auga á nýja möguleika og finna fyrir jákvæðri andlegri breytingu (Abel o.fl., 2014; de Castella og Simmonds, 2013; Jin o.fl., 2014; Su og Chen, 2015; Taku o.fl., 2015). Við mat á meiri þroska eftir áfall er horft til allra þessara þátta (Jin o.fl., 2014).

Rannsóknir benda til þess að ýmsir þættir geti haft áhrif á þróun þroska í kjölfar áfalla. Þau sem búa yfir sveigjanleika, þrautseigju og trú á sjálf sig eru líklegri til að ná meiri þroska þrátt fyrir að hafa upplifað alvarlega ógn eða mótlæti (Pooley o.fl., 2013; Silva o.fl., 2012). Félagslegur stuðningur er mikilvægur áhrifaþáttur (Bussel og Naus, 2010; Hasson-Ohayon o.fl., 2014; Silva o.fl., 2012; Yu o.fl., 2014) ásamt aðlögunarhæfni og jákvæðri úrvinnslu áfalla (Bussel og Naus, 2010). Trú getur einnig verið áhrifaþáttur í auknum þroska (Bussel og Naus, 2010). Áföll og erfið lífsreynsla geta því stundum orðið til þess að auka getu fólks til að takast á við lífið svo að viðkomandi þroskast og eflist sem aldrei fyrr (Pooley o.fl., 2013; van Ginneken, 2016). Engar íslenskar rannsóknir fundust þar sem aukinn þroski í kjölfar áfalla er rannsakaður sérstaklega, en ætla má að slíkur þroski sé að einhverju leyti menningarbundinn.

Tilgangur rannsóknar og rannsóknarspurning

Tilgangur rannsóknarinnar var að auka þekkingu og dýpka skilning á þeirri reynslu fólks að verða fyrir sálrænu áfalli og ná meiri þroska í kjölfar hennar. Rannsóknarspurningin var: Hver er reynsla fólks af því að verða fyrir sálrænu áfalli og ná auknum þroska í kjölfar þess?

Aðferðafræði

Rannsóknarsnið

Til að svara rannsóknarspurningunni var notuð fyrirbærafræðileg aðferð, Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði (Sigriður Halldórsdóttir, 2013), sem miðar að því að skilja reynslu þátttakenda af tilteknu fyrirbæri með því að rýna í lýsingu þeirra og túlkun á reynslu sinni. Aðferðinni er ætlað að bæta mannlega þjónustu, t.d. heilbrigðisþjónustu. Dowling og Cooney (2012) gerðu úttekt á og flokkuðu 15 fyrirbærafræðilega skóla og þeirra niðurstaða er að Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði henti vel innan hjúkrunarfræði og sé eini fyrirbærafræðilegi skólinn sem byggir á Ricoeur.

Gagnasöfnun og gagnagreining

Gögnum var safnað í gegnum einstaklingsviðtöl sem greind voru til að finna kjarna þeirrar reynslu að verða fyrir sálrænu áfalli og ná meiri þroska í kjölfar þess. Gagnasöfnun og gagnagreining voru framkvæmdar í samræmi við tólf þrep Vancouver-skólans (sjá *töflu 1*) og voru í meginatriðum greining á reynslu einstakra þátttakenda (e. within-case analysis) (þrep 1–7) sem fylgt var eftir með samanburðargreiningu á reynslu allra þátttakenda (e. cross-case-analysis) (þrep 8–12).

Fyrsta þrepið var að velja í úrtakið. Skilyrðin fyrir vali í úrtak voru að viðkomandi hefði í kjölfar áfalls haft skerta starfsgetu eða verið óvinnufær en þrátt fyrir það náð meiri þroska (sjá

Tafla 1. Tólf þrep rannsóknarferlis Vancouver-skólans í fyrirbærafræði

Þrep í rannsóknarferlinu	Það sem gert var í þessari rannsókn
Þrep 1 Val á samræðufélögum.	Valdir voru tólf þátttakendur sem uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni.
Þrep 2 Undirbúningur hugans.	Aðalrannsakandi ígrundaði fyrirframgerðar hugmyndir sínar um fyrirbærið og setti þær meðvitað til hliðar.
Þrep 3 Þátttaka í samræðum.	Eitt viðtal við tíu þátttakendur, tvö viðtöl við tvo þátttakendur, sjö konur og fimm karla, samtals fjórtán viðtöl.
Þrep 4 Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök.	Viðtölin voru hljóðrituð, skrifuð orðrétt upp í tölvu og dulkóðuð jafnóðum. Unnið var samhliða að gagna-söfnun og gagnagreiningu.
Þrep 5 Þemagreining (<i>kóðun – coding</i>).	Viðtölin ítrekað lesin yfir og athugasemdir skrifaðar á spássíu svo finna mætti kjarnann í innihaldi þeirra og leita svara við rannsóknarspurningunni. Hvert og eitt viðtal var greint ítarlega. Greind voru bæði megin- og undirþemu.
Þrep 6 Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda.	Megin- og undirþemun í sögu hvers þátttakanda voru dregin fram og þau mikilvægustu sett fram í greiningar-líkani fyrir hvert þeirra.
Þrep 7 Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda.	Staðfestingar var leitað hjá öllum þátttakendum á greiningu eigin viðtals og greiningarlíkans.
Þrep 8 Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaklingsgreiningarlíkönunum.	Öll einstaklingsgreiningarlíkönin voru borin saman innbyrðis og smíðað heildargreiningarlíkan sem er yfirlit yfir niðurstöður.
Þrep 9 Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin (rituðu viðtölin).	Til að tryggja þetta voru öll viðtölin ítrekað lesin yfir og borin saman við heildargreiningarlíkanið (yfirlitið yfir niðurstöður).
Þrep 10 Yfirþema sett fram sem lýsir fyrirbærinu (niðurstöðunum) í hnotskurn.	Titillinn sem valinn var er: „Eins og að fara niður svarta brekku og koma svo upp græna hliðina ...“ sem er orðrétt tilvitnun í orð eins þátttakanda og þótti lýsa vel reynslu þátttakanda af áhrifum áfalla og auknum þroska í kjölfar þess.
Þrep 11 Staðfesting á niðurstöðum með einhverjum þátttakendum.	Allir þátttakendur staðfestu niðurstöður utan einn sem svaraði ekki.
Þrep 12 Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp þannig að raddir allra heyrist.	Vitnað var beint í þátttakendur til að auka trúverðugleika rannsóknarinnar og sýna að niðurstöður byggja á orðum þeirra.

viðmið rannsakenda í *töflu 2*) og farið út á vinnumarkaðinn aftur og/eða í nám. Þetta skilyrði var sett því að rannsakendur vildu skilja betur vegferðina frá niðurbroti í kjölfar áfalls til auk-ins þroska. Fyrir viðtölin lásu væntanlegir þátttakendur yfir viðmiðin um meiri þroska sem rannsakendur höfðu sett út frá lestri heimilda. Þau tóku svo þátt á þeirri forsendu að þau upp-fylltu viðmiðin. Miðað var við að meira en sex mánuðir væru liðnir frá áfallinu en í Vancouver-skólanum er lögð áhersla á að fólk sé ekki stítt í miðri reynslunni þegar viðtöl eru tekin heldur hafi haft tækifæri til að vinna úr reynslu sinni að einhverju leyti (Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Að verða fyrir sálrænu áfalli getur átt stóran þátt í því að fólk þrói með sér ýmis sálræn vandamál (Boals o.fl., 2013; Brown o.fl., 2014; Dar o.fl., 2014). Svo meta mætti þennan þátt betur var eitt af skilyrðum fyrir þátttöku í rannsókninni að þátttakandi hefði ekki haft sjúk-dómsgreiningu af geðrænum toga fyrir áfallið. Aðalrannsak-andinn spurði því öll þau sem buðust til að taka þátt í rann-

Tafla 2. Viðmið rannsakenda varðandi aukinn þroska í kjölfar áfalls

- Jákvæð breyting hjá einstaklingi eftir mikla erfiðleika og áföll
- Meiri persónulegur styrkur
- Aukin ánægja í samböndum
- Jákvæð breyting á lífssýn
- Kemur auga á nýja möguleika
- Jákvæð andleg breyting
- Lífsreynslan, þrátt fyrir að vera neikvæð í sjálfri sér, hefur þegar upp er staðið haft jákvæða merkingu

Byggt á: Abel, o.fl., 2014; Barton o.fl., 2013; Calhoun og Tedeschi, 2014; Coroiu o.fl., 2015; de Castella og Simmonds, 2013; Jin o.fl., 2014; Su og Chen, 2015; og Taku o.fl., 2015.

sókninni hvort þau hefðu fengið slíkar greiningar fyrir áfallið. Lögð var áhersla á að velja þátttakendur sem höfðu orðið fyrir mismörgum og mismunandi tegundum áfalla og til að minnka líkur á einsleitni voru valdir þátttakendur af báðum kynjum og á átján ára aldursbili. Þátttakenda var aflað í samstarfi við sérfræðinga, hjá Starfsendurhæfingu Norðurlands (fjórir þátttakendur), VIRK Starfsendurhæfingarsjóði (fjórir) og meðal kollega (fjórir), samtals 12 þátttakendur.

Annað þrepið var „að vera kyrr“ og ígrunda. Þessi kyrrð og ígrundun var endurtekin alla rannsóknina.

Þriðja þrepið fól í sér ítarleg viðtöl við þátttakendur. Aðalviðtalsspurningin var: Hver er reynsla þín af því að verða fyrir sálrænu áfalli? Af persónulegum áhrifum þeirrar upplifunar? Af leiðum til aukins þroska í kjölfar áfallsins? Aðalrannsakandinn tók öll viðtölin. Tekin voru viðtöl við tólf þátttakendur, sjö konur og fimm karla, sem uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku. Í Vancouver-skólanum er lögð áhersla á að taka einhver seinni viðtöl til að kafa betur ofan í efnið með hjálp þeirra þátttakenda sem virðast hafa dýpri skilning á fyrirbærinu. Í þessu tilviki voru seinni viðtöl tekin við tvo þátttakendur. Þannig urðu viðtölin samtals 14 við 12 þátttakendur. Þátttakendur voru á aldrinum 34–52 ára og höfðu öll verið óvinnufær eða með skerta starfsgetu eftir áfallið í lengri eða skemmri tíma af líkamlegum og/eða andlegum heilsufarsástæðum. Í viðtölunum studdist aðalrannsakandi við viðtalsramma sem hannaður var af rannsakendum út frá lestri á rannsóknarniðurstöðum og eigin áhuga á vegferðinni frá niðurbroti vegna áfalls til meiri þroska í kjölfar þess. Lengd viðtala var 23–81 mínúta, að meðaltali um klukkustund. Aðalrannsakandi leitaðist við að spyrja opinna spurninga og hvetja þátttakendur til að tjá sig frjálsglega, reyna að staðfesta ný þemu í viðtalinu sjálfu og skoða enn frekar einstök atriði sem upp komu í viðtalinu. Gagnasöfnun var stöðvuð þegar metun var náð og engar nýjar upplýsingar komu fram.

Þrep 4–6. Eftir að viðtölin höfðu verið skráð og afrituð voru útprentuð viðtöl (e. transcripts) greind með þemagreiningu í meginþemu og undirþemu. Kóðar voru dregnir út úr afritunum (e. deconstruction). Þeim var síðan raðað í þemu (e. reconstruction), t.d. „vegferðin í kjölfar áfallsins“, og „keðjuverkun áfalla á vegferðinni“. Niðurstöðunum fyrir hvern þátttakanda var raðað saman í greiningarlíkan fyrir hvert og eitt þátttakendanna.

Í *þrepi 7* fékk aðalrannsakandi staðfestingu í hverju tilviki á greiningarlíkani viðkomandi þátttakanda og endurtók þessa aðferð fyrir þau öll. Þetta er einn helsti styrkleiki Vancouver-skólans vegna þess að túlkun rannsakandans varðandi hvern þátttakanda er þar með sannreyndur af viðkomandi þátttakanda sjálfum.

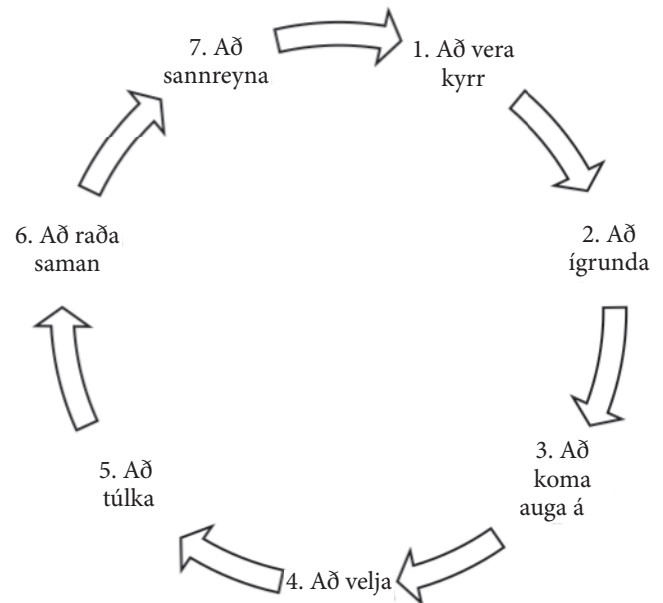
Þrep 8. Eftir upphafsstarf aðalrannsakanda tóku báðir rannsakendur þátt í að greina rannsóknargögnin og ræddu niðurstöður. Allar mögulegar útfærslur voru skoðaðar sjálfstætt og saman og eftir mikla umfjöllun voru settar fram niðurstöður um reynslu af áfalli og meiri þroska í kjölfar þess.

Þrep 9. Fyrsti höfundur framkvæmdi þrep níu og tryggði að niðurstöðurnar væru byggðar á rannsóknargögnunum með því að endurlesa öll útprentuð viðtöl og bera þau saman við niðurstöðurnar.

Þrep 10 snérist um að velja heiti sem lýsti niðurstöðunum í örstuttu máli. „Eins og að fara niður svarta brekku og koma svo upp græna hlíðina“, var talið lýsandi fyrir þá reynslu þátttakenda að verða fyrir áfalli og upplifa meiri þroska í kjölfar þess.

Í *þrepi 11* voru niðurstöðurnar sannreyndar með öllum þátttakendum nema einum og í *þrepi 12* voru niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp.

Í öllu rannsóknarferlinu var vitrænu vinnuferli Vancouver-skólans fylgt (sjá mynd 1) og endurtekið farið í gegnum tilteknaveittræna þætti: Að vera kyrr, ígrunda, koma auga á, velja, túlka, raða saman og sannreyna (Sigríður Halldórsdóttir, 2013).



Mynd 1. Vitrænn vinnuferill Vancouver-skólans í fyrirbærafræði (Sigríður Halldórsdóttir, 2013, bls. 285).

Rannsóknarsíðfræði

Þær þrjár höfuðreglur í rannsóknarsíðfræði sem hafðar voru að leiðarljósi í rannsókninni voru sjálfræði, skaðleysi og velgjörðir (Sigurður Kristinsson, 2013). Vísindasiðanefnd veitti leyfi sitt fyrir framkvæmd rannsóknarinnar (VSN-15-102). Hver þátttakandi fékk kynningarbréf þar sem viðkomandi var upplýstur um tilgang rannsóknar, rannsóknaraðferð og þátttöku hans óskað. Þeim var kynntur réttur þeirra varðandi þátttöku af fúsum og frjálsum vilja og úrsögn úr rannsókninni hvenær sem þau vildu, ásamt nafnleynd og algerum trúnaði. Útprentuð, ópersónugreinanleg gögn voru geymd í læstum skáp á tryggum stað. Þátttakendur undirrituðu samþykkisyfirlýsingu eftir bæði skriflega og munnlega kynningu. Mögulegt var að þátttaka í þessari rannsókn ylli þátttakendum andlegri vanlíðan þar sem verið var að rifja upp erfið tímabil í lífi þeirra. Því hafði aðalrannsakandi aftur samband símleiðis við hvert þeirra sjö til tíu dögum eftir viðtal til að kanna líðan. Hverjum þátttakanda stóð til boða sálræn handleiðsla fagmanns sér að kostnaðarlausu teldu þau sig þurfa á því að halda eftir viðtölin. Ekkert þeirra nýtti sér slíka handleiðslu.

Niðurstöður

Titill rannsóknarinnar „Eins og að fara niður svarta brekku og koma svo upp græna hliðina“ er tilvitnun í einn þátttakanda og lýsir vel þeirri lífsreynslu að verða fyrir sálrænu áfalli og ná meiri þroska í kjölfar þess. Það lýsir þeirri erfiðu vegferð sem áfallið var upphafið að.

Að missa fótanna: Áfallið og áhrif þess

Þau sálrænu áföll sem þátttakendur urðu fyrir voru af mismunandi toga og tengdust ýmist ástvinum, starfi eða heilsufari viðkomandi, s.s. slys, alvarleg veikindi barns, sjálfsvíg ástvinnar, ofbeldi, einelti, atvinnumissir, heilsuþrestur, skilnaður, andleg veikindi ástvinnar, framhjáhald maka, alvarlegur fjárhagsvandi og missir húsnæðis. Þátttakendum bar saman um að áfallið hefði haft þau áhrif að þau voru sem slegin niður, misstu fótanna og áttu erfitt með að rísa upp aftur. María lýsti þessu mjög vel:

Sko, ég gjörsamlega steinlá ... lá alveg kylliflöt..og ég leyfði mér bara að liggja. Málið er að stundum þarf maður bara að fá að liggja ... svo eftir ákveðinn tíma lyftir maður upp höfðinu ... maður sest upp og horfir í kringum sig svolitla stund ... og svo leggst maður kannski aftur ... til að fá aðeins meiri orku ... þegar maður er tilbúinn sest maður upp, situr svolitla stund til að ná áttum áður en maður stendur á fætur ... og fíkrar sig af stað út í lífið aftur. Þetta er eitthvað sem fólk gerir sér oft ekki grein fyrir, það er að maður þarf stundum að fá tíma til að jafna sig ... og fólk þarf bara mislangan tíma í það ... þetta þarf allt að vera á forsendum hvers og eins ... það segir þér enginn að jafna þig og þú bara jafnar þig ... þú þarft að finna fyrir lönguninni sjálf ... og tilganginum.

Flestir upplifðu almenna vanlíðan og framtaksleysi og margir höfðu fjárhagsáhyggjur. Ingi orðaði það þannig:

Ég eeee var alveg bara handónýtur, ég gat ekkert farið, ég gat ekki einu sinni, þótt ég feginn hefði viljað, bara bera út póstinn eða eitthvað skilurðu til þess að reyna að fá einhvern pening ... þetta var bara þannig ástand. Andlega hliðin fór alveg (þögn í 4 sek) í rusl.

Tímabilinu í kjölfar áfallsins fylgdu oft á tíðum mikil innri átök og vanlíðan sem hafði slæm áhrif á sjálfsmynd viðkomandi og samskipti við aðra. Margir þátttakenda sýndu sterk einkenni áfallastreitu eftir áfallið og hluti þeirra fékk læknisfræðilega greiningu áfallastreitu eftir lífsreynslu sína. María lýsti einkennunum svo:

Í rauninni mætti líkja einkennunum sem ég upplifði við það að vera andlegur brunasjúklingur ... það verður allt vont ... allir skynjarar eru svo galopnir ... þú ert svo galopin tilfinningalega að minnsta áreiti verður vont ... allt verður svo svakalega ýkt og þú ert með varnarnar uppi eins og þú mögulega getur til að verja þig.

Öll lýstu líkamlegum einkennum í kjölfar áfallsins sem ollu þeim verulegri skerðingu á lífsgæðum, s.s. örum hjartslætti og mæði, hræðslu, spennu og svita, líkamlegri viðkvæmni, verkjum og vöðvabólgu, lönunartilfinningu, hnúti í maga og lystarleysi, höfuðverk og hvíldarlausum svefni.

Nanna orðaði þetta þannig:

Ég var búin að missa algjörlega trúna á það að ég gæti gert nokkurn skapaðan hlut ... ég var farin að finna fyrir líkamlegum einkennum stöðugt, stöðugan verk í maga, stöðugan kvíðahnút fyrir brjóstinu, það var bara ... já stöðugur kvíði bara alltaf, ég vaknaði með hann og ég sofnaði með hann.

Helstu andlegu einkennin sem þátttakendur lýstu í kjölfar áfallsins voru t.d. kvíði og reiði, andlegur doði og viljaleysi, uppgjöf og missir framtíðarsýnar, hræðsla og áhyggjur, viðkvæmni og höfnunartilfinning, uppgjöf og grátgirnir, félagskvíði og erfiðleikar í samskiptum, skert skammtímaminni, sektarkennd og skömm, félagsleg einangrun og einmanaleiki og sjálfsvígshugsanir.

Tvíbent áhrif fyrri áfalla

Langflest þátttakenda sögðu óumbeðin frá æsku sinni þar sem þau lýstu ýmist krefjandi heimilisaðstæðum, uppeldisaðferðum og/eða sálrænum áföllum sem þau urðu fyrir sem börn. Þátttakendur tengdu persónugerð sína og varnarhætti á fullorðinsárum upplifun sinni á barnsaldri en ekkert þeirra hafði sem barn unnið úr upplifun sinni eða áföllum. Gunnar sagði:

Ég er alinn upp þannig að maður á ekki að kvarta og kveina ... ég á að vera stór og sterkur og ... og ... ég hef alltaf verið þannig ... á endanum þá brotnaði ég bara, þá var eitthvað sem gaf sig.

Sumir þátttakendur sögðu frá því hvernig snjóboltaáhrif fyrri áfalla urðu til þess að þau misstu fótanna við enn eitt sálræna áfallið. Þó var meirihluti þátttakenda sem taldi erfiða reynslu í æsku hafa verið góðan undirbúning fyrir áföll sem þau urðu fyrir síðar á lífsleiðinni. Leifur sagði frá því að hann hefði strax sem ungur maður verið kominn með skráp sem ekki var þægi- legur en hann taldi hafa fleytt sér í gegnum áföllin í lífinu:

Ég held að strax svona þegar maður var ungur svona kominn skrápur á mann ... og þetta hefur einhvern veginn svona bara fleytt mér áfram í lífinu ... þessi skrápur ... en samt ekki þægi- legur.

Að hafa þrautseigju, seiglu og hugrekki: Áhrif innri þátta á úrvinnslu áfallsins

Þátttakendur töldu sína persónulegu innri þætti ýmist hafa haft jákvæð eða neikvæð áhrif á atburðarásina eftir áfallið, úrvinnslu þess og á leiðina að meiri þroska í kjölfarið. Ein af forsendum þess að vinna úr lífsreynslu sinni að þeirra mati var hugrekki til að horfast í augu við líðan sína. Öll sögðust hafa búið yfir þeim baráttuvilja sem þurfti til að vinna úr áfallinu.

... svolítið mikið bara viljinn til að læra og svona ... ertu með smá baráttu ... harðjagl í þér í grunninn? Þó að það sé kannski djúpt á honum..því að þetta er djöfulsins barátta ... maður þarf að bíta helling á jaxlinn. [Karen]

Uppeldi og sjálfsskoðun voru meðal þeirra þátta sem þátttakendur töldu hafa jákvæð áhrif á úrvinnslu áfallsins en óvissa, eigin fordómar og fjárhagsáhyggjur sterkir neikvæðir þættir. Öll sögðust hafa búið yfir baráttuvilja til að komast í gegnum

lífið í kjölfar áfallsins, s.s. metnaði, þrjósku, trú á sjálf sig, ákveðni, þrautseigju, seiglu, að þiggja og fara eftir ráðum annarra, jákvæðni, klókindum og óþolinmæði gagnvart aðstæðunum. Öll upplifðu þau ótta og óvissu gagnvart framtíð sinni og fjölskyldu sinnar sem olli þeim vanlíðan. Öll fóru í gegnum sjálfsskoðun ýmist á eigin spýtur eða með aðstoð fagmanna sem hafði í för með sér breytt hugarfarar til góðs. Þar hófst úrvinnsla áfallsins fyrir alvöru. Flest þeirra fundu fyrir eigin forðómum yfir þeirri stöðu sem þau voru komnir í og það tók fólk mislangan tíma að taka sjálft sig í sátt á ný. Margir þátttakendur töldu kröfur sem gerðar voru til þeirra í uppeldinu, s.s. að standa sig og taka ábyrgð, hafa haft jákvæð áhrif á úrvinnslu áfallsins. Fjárhagsáhyggjur voru sérstaklega stór og neikvæður þáttur að mati hluta þátttakenda sem hafði kvíða, vanlíðan og óvissu í för með sér. Sumir þátttakendur földu líðan sína meðvitað út á við á úrvinnslutímabilinu til að verja sig og halda reisin sinni.

Þegar ég var meðal fólks lét ég bara sem ekkert væri ... mér fannst það best til að verja mig ... ég hafði engan áhuga á að vera að væla eitthvað utan í fólki sem spurði nærgöngulla spurninga og fór svo kannski heim og baktalaði mann eða vorkenndi manni ... þannig að ég bar bara höfuðið hátt og brosti ... og ef mér leið illa þá var ég bara heima hjá mér. [María]

Allir þátttakendur áttu börn þegar þau urðu fyrir áfallinu og voru börnin þeim fastur punktur í tilverunni. Mörg þeirra lýstu þó sektarkennd yfir að hafa brugðist börnunum þar sem þeim gekk misvel að hugsa um þau á þessum tíma.

Keðjuverkun frekari áfalla á vegferðinni

Frekari áföll áttu sér stað hjá öllum þátttakendum og höfðu í öllum tilvikum neikvæð áhrif á líðan þeirra. Mörgum fannst sú hjálp sem þau höfðu þegar fengið frá fagaðilum við að vinna úr fyrri áföllum nýtast vel þegar frekari áföll dundu yfir. Þannig fannst sumum fyrri áföll hjálpa sér við úrvinnslu frekari áfalla.

Mér fannst ég vera ... svona sjóaður í þessu ... bara vanur ... það kom mér ekkert orðið á óvart lengur. Það breyttist þá frekar í reiði eða eitthvað sko. En ekkert svona „af hverju ég“ eða eitthvað svoleiðis sko ... það var allt bara hætt að koma mér á óvart. [Leifur].

Algengast var að frekari áföll tengdust ótryggri fjárhagslegri afkomu í kjölfar fyrri áfallsins sem gat haft alvarlegar afleiðingar fyrir þátttakendur og fjölskyldur þeirra, s.s. skilnað, fátækt og húsnæðismissi. Jónas sagði svo frá: „Ofan í allt saman var ég tekjulaus þarna í mánuði sko ... meðlagsgreiðslur, leiga, það fór bara allt ... misstum íbúðina ... við gátum ekki borgað.“

Enginn er eyland: Þörfin fyrir stuðning og umhyggju á vegferðinni

Samkvæmt lýsingum þátttakenda voru það ýmsir þættir sem höfðu áhrif á hvernig lífið eftir áfallið þróaðist, hversu lengi ein-kenni áfallsins vörðu og hvernig þau unnu úr því. Öll voru sam-mála um að stuðningur hafi haft jákvæð áhrif en stuðningsleysi

neikvæð. Allir þátttakendur sögðu frá þörf sinni fyrir að fá að tjá sig við einhvern sem þau treystu, á borð við ástvini, vini eða fagfólk. Ástvinir voru þátttakendum mjög mikilvægir og höfðu mikil áhrif á vegferð þeirra. Anna sagði: „Maður þarf þessa hlýju vináttu eða þá fjölskyldu sem stendur ... með manni ... og svo líka ráðgjöf.“ Viðbrögð frá öðru fólki voru mismunandi. Þau sem fundu fyrir samkennd og stuðningi sögðu það hafa verið sér dýrmætt en stuðningsleysi vakti upp neikvæðar og niðurbjótandi tilfinningar. Karen lýsti þessu svo:

Það var svolítið erfitt að koma inn og upplifa svolítið tvær fylkingar. Þeir sem að ... litu allt í einu á mig sem einhvern ógurlegan sjúkling og ég var ekki merkilegur pappír lengur eða svo hinir sem að bara ... „flott hjá þér“ og ánægðir með ... og fékk mikinn stuðning frá ... Mér fannst ég helst upplifa [þetta] í vinnunni svona sterkt.

Núverandi makar mættu flestir þörf þátttakenda fyrir stuðning og höfðu jákvæð áhrif á vegferð þeirra í átt að meiri þroska en fyrrverandi makar höfðu yfirleitt neikvæð áhrif. Ný ást hafði jákvæð áhrif. Flestir í nánustu fjölskyldu sýndu stuðning eftir áfallið, s.s. varðandi afkomu, andlegan stuðning, umhyggju og ást, aðstoð með börn og heimilishald og aðstoð gagnvart kerfinu. Sumir þátttakendur lýstu stuðningsleysi frá sínum nánustu sem var þeim erfitt. Flest fundu fyrir stuðningi frá vinum en karlkyns þátttakendur upplifðu margir blendin viðbrögð frá vinum sínum, til dæmis umhyggjuleysi, höfnun og neikvæðni í sinn garð eftir áfallið. Viðbrögð vinnuveitanda og samstarfsmanna voru misjöfn. Enginn þátttakandi fann fyrir afgerandi stuðningi samstarfsmanna og nokkur þeirra lýstu umhyggjuleysi og neikvæðum viðbrögðum samstarfsmanna sem olli þeim mikilli vanlíðan.

Jákvæð áhrif þess að takast á við ný verkefni

Sérhæfð endurhæfingarúrræði voru þeim þátttakendum sem nýttu sér þau mjög mikilvæg. Mörg þeirra vissu fram að því ekki hvert þau gætu snúið sér til að fá viðeigandi aðstoð. Þátttakendur lögðu áherslu á snemmtæka íhlutun sem og mikilvægi utnumhalds og stuðnings til lengri tíma. Þau töldu vilja og jákvæðni vera lykilinn að velgengni í endurhæfingu.

... hvað þau eru tilbúin að aðstoða fólk og koma því aftur á á lappirnar sko ... en þú náttúrulega verður að hafa viljann til að gera það, það þýðir ekkert að ætla að fara þarna inn ... bara til að þykjast ætla að taka þátt í þessu ... þú verður bara að gera þetta með jákvæðu hugarfari. (Leifur)

Þátttaka í atvinnulífínu var þátttakendum mikilvæg og hafði uppbyggjandi áhrif á líf þeirra.

... að fara að vinna, vinna á vinnumarkaði ... að vera partur af þjóðfélaginu, partur af programmet skilurðu bara ... finna hómor, finna þú veist þetta að tala við fólk svona um daginn og eitthvað án þess að það sé verið að tala um stanslaust að eitthvað sé að, veikindi og eitthvað ... bara fólk úti í lífinu, bara um daginn og veginn, veðrið ... það lyfti mér á annan stall. (Fanneý)

Nokkrir þátttakendur upplifðu skort á vilja og sveigjanleika á vinnumarkaði þegar kom að því að fara að vinna á ný.

Þá var alls staðar ... sama svarið sko, nei þú ert ekki fyrir okkur það er of mikil sjúkrasaga og ... þar sem maður fékk svör það er að segja ... sums staðar fékk ég engin svör ... ömurlegt náttúrulega bara að fá ekki svar einu sinni. (Egill)

Jónas kallaði eftir meiri stuðningi frá heilbrigðisþjónustunni fyrir þolendur áfalla:

Þegar fólk lendir í áföllum sem eru sannarlega áföll, að það sé einhver til staðar þarna fyrir þig innan heilbrigðiskerfisins ... sem að taki í hendina á þér og leiðbeini þér fyrstu vikuna eða tvær, komi þér af stað og svo sé einhver sem að hringir bara til þess að fylgja þessu eftir ... þetta er ótrúlega lítil viðbót við heilbrigðisþjónustuna en ég held hún skipti sköpum fyrir fólk sem lendir í áföllum og erfiðleikum.

Á krossgötum: Upphafið að auknum þroska

Persónubundið var hvenær hvert og eitt byrjaði að finna fyrir meiri þroska, jafnvel meðal þeirra sem orðið höfðu fyrir áföllum af svipuðum toga. Allir sögðust hafa þroskast vegna sinnar eigin innri þarfar fyrir breytingar. Hvert og eitt skilgreindi sinn útgangspunkt og hvert þau vildu stefna. Þá og ekki fyrr gátu þau þroskast. Hjá mörgum þátttakendum voru það börnin og/eða nánasta fjölskylda sem urðu til þess að þau áttuðu sig á að breytinga var þörf. Hjá sumum kviknaði þessi þörf fyrir breytingar hjá meðferðaraðilum, fyrir tilstuðlan ættingja og/eða vina eða í námi. Hjá öðrum voru það persónulegir innri þættir og metnaður sem urðu kveikjan að breytingum í átt að auknum þroska.

Stór hluti þátttakenda tjáði sig um hverjar forsendur meiri þroska væru að þeirra mati. Rætt var um gagnsemi ytri þátta á borð við utanaðkomandi aðstoð, utunumhald og eftirfylgni en almennt töldu þátttakendur persónulega eiginleika sína hafa skipt mestu máli. Aðrir þættir sem þátttakendum fannst hafa jákvæð áhrif á þroska í kjölfar áfallsins var t.d. að upplifa getu til náms, réttlætiskennd, þrá eftir hamingju, mátulegt kæruleysi, þakklæti, stolt, þekkingu á og notkun bjargráða, sjálfskoðun, að vera sterk, standa sig, sjá um sig og sína, hafa reglu á hlutunum og í lífinu, að axla ábyrgð, samviskusemi, að tjá sig mikið, hafa vilja til að læra og trúa á Guð. Þættir sem höfðu neikvæð áhrif voru t.d. lágt sjálfsmat, andleg vanlíðan, sektarkennd, vantraust, viðkvæmni, vanmáttur, reiði, pirringur, höfnunartilfinning, þöggun, kvíði, óöryggi, skömm, niðurbrot, ósætti við breytt líf (t.d. skilnað), að tjá sig lítið, sektarkennd, verkir og skert starfsgeta.

Frá hinu ytra yfir í hið innra: Aukinn vöxtur í kjölfar áfalls

Mikill meirihluti þátttakenda taldi sig vera betri manneskur eftir áfallið og sagðist upplifa jákvæðar tilfinningar og hamingju í meira mæli en áður þar sem áherslan hafði færst frá hinu ytra yfir í hið innra. Sum sögðust hafa fengið tækifæri til að endurskoða líf sitt, öðlast meiri sjálfsþekkingu og gera breytingar á sjálfu sér. Öll lýstu þau betri samskiptum og tilfinningatengslum við sína nánustu. Mikill meirihluti þátttakenda taldi sig vera sterkari einstaklinga og dýpri, þroskaðri og betri mann-

eskjur en áður. Þau nutu lífsins hér og nú og lærðu að meta og gleðjast yfir „litlu hlutunum“ sem lífið færði þeim. Mörg fundu fyrir meira þakklæti, æðruleysi, gleði og hamingju almennt. Tilveran var jákvæðari þótt hún væri ekki gallalaus en þeim fannst mikilvægt að horfa björtum augum til framtíðar. Þátttakendur urðu meðvitaðri um bæði andlega og líkamlega heilsu sína. Þau stóðu með sjálfum sér, fóru að passa betur upp á sig, fundu hvar mörk þeirra lágu og hvaða bjargráð hentuðu þeim best. Flest þátttakenda sögðust búa yfir meira sjálfstrausti og sjálfsvirðingu en áður og lýstu auknu umburðarlyndi gagnvart sjálfum sér og öðrum. Mörg sögðust vera á sífelldri uppleið. Sum sögðust hafa öðlast skýrari framtíðarsýn, voru virkari í samfélaginu, jákvæðari, þolinmóðari, stoltari, upplifðu sigur, fjárhagslegt öryggi, frelsi, kraft, orku, upplifðu minni streitu, voru ástfangin eða tilbúin til að leita að ástinni, unnu meðvitað að styrk sínum og fundu ekki fyrir eftirsjá. Þrátt fyrir mikla undangengna erfiðleika voru þátttakendur sammála um að sá þroski sem fylgdi þessari lífsreynslu vægi þyngra en neikvæðu þættirnir þegar upp var staðið, eins og Brynja sagði:

Ég segi það og skrifa það, veistu ég er heppnasta kona í öllum heiminum ... vegna þess að hafa gengið í gegnum þessi áföll ... gerir mig að þessari konu sem ég er í dag ... og ég er fabulous.

„Þungir dagar“ þrátt fyrir aukinn þroska

Þátttakendur lýstu neikvæðum þáttum þrátt fyrir aukinn þroska. Langflest áttu til dæmis enn sína „þungu daga“ eftir áfallið. Þau gerðu sér grein fyrir líðan sinni og tókust á við ástandið með eigin bjargráðum. Sum voru enn á lyfjum vegna andlegrar vanlíðanar eftir áfallið og hluti þátttakenda var enn með skerta líkamlega og andlega starfsgetu sem olli óvissu um framtíðina. Nokkur lýstu hvernig innra óöryggi var enn til staðar. Þá fundu sum þeirra fyrir sektarkennd gagnvart öðrum og eftirsjá eftir tímanum sem fór í þessa vegferð. Öðrum fannst erfitt að horfast í augu við breytingar á högum á borð við skilnað og flestum fannst ógnvænlegt að hafa verið komin á botninn.

Umræður

Rannsóknin birtir reynslu fólks af þeirri vegferð að verða fyrir sálrænu áfalli en öðlast meiri þroska í kjölfar þess. Þau sálrænu áföll sem þátttakendur urðu fyrir voru neikvæð í sjálfu sér og höfðu varanleg áhrif á líf þeirra. Þau ollu straumhvärfum í lífi þátttakenda og afleiðingar áfallanna og þeirrar atburðarásar sem fylgdi í kjölfarið voru alvarlegar og gengu nærri andlegu og líkamlegu heilbrigði þeirra. Öll lýstu því hvernig þessi lífsreynsla hefði mótað þau sem persónu og haft áhrif á hvaða augum þau líta lífið og tilveruna.

Þeir þættir sem ekki hafa komið fram áður í rannsóknnum á þroska í kjölfar áfalls og gætu því verið menningarbundnir eru m.a. að meirihluti þátttakenda taldi að erfið reynsla í æsku hefði verið góður undirbúningur fyrir áföll sem þau urðu fyrir síðar á lífsleiðinni. Þetta væri vert að rannsaka nánar. Nokkrir þátttakendur lýstu þó hvernig snjóboltáhrif fyrri áfalla urðu til þess að þau misstu fótanna sem samrýmist rannsóknarniðurstöðum

Martins o.fl. (2013) að þau sem upplifa fleiri en eina tegund áfalla virðast líklegri til að finna fyrir heilsufarsvandamálum af andlegum og líkamlegum toga en þau sem verða fyrir einu áfalli. Þarna skipti þó alvarleiki áfallsins máli. Flest fundu fyrir stuðningi frá vinum en karlkyns þátttakendur upplifðu margir blendin viðbrögð frá vinum, s.s. umhyggjuleysi, höfnun og neikvæðni í sinn garð eftir áfallið. Vitað er að konur eru líklegri til að bregðast við áfalli með félagslegri og fósturandi hegðun (e. tend and befriend) og leita markvissar eftir stuðningi, á meðan karlar eru líklegri til að berjast eða flýja (e. fight or flight) (Olff, 2017). Þetta kann að skýra þennan kynjamun á stuðningi að einhverju leyti en þyrfti að rannsaka betur.

Allir þátttakendur nefndu að þau hefðu búið yfir þeim baráttuvilja og hugrekki sem þurfti til að ná meiri þroska í kjölfar áfallsins. Hafa verður í huga að eingöngu var rætt við fólk sem náð hafði auknum þroska í kjölfar áfalls en mögulega væri vert að rannsaka baráttuvilja og hugrekki nánar og jafnvel finna leiðir til að efla þá þætti.

Allir þátttakendur voru sammála um að stuðningur hafi haft jákvæð áhrif á vegferð þeirra meðan stuðningsleysi hafði neikvæð áhrif. Þetta samræmist rannsóknarniðurstöðum Cai o.fl. (2014) og Marchand o.fl. (2015). Þátttaka í atvinnulífinu var þátttakendum mikilvæg og hafði uppbyggjandi áhrif á líf þeirra. Hins vegar upplifðu sum þeirra skort á vilja og sveigjanleika á vinnumarkaði þegar kom að því að fara að vinna á ný. Hvort tveggja samræmist niðurstöðum í nýlegri íslensk rannsókn (Steingrimsdóttir og Halldórsdóttir, 2016) og er því eitt hvað sem vert væri að skoða nánar í íslensku samfélagi. Allir þátttakendur lýstu bættum samskiptum og tilfinningatengslum við sína nánustu. Þessar lýsingar samræmast lýsingum Calhoun og Tedeschi (2014) á þremur aðalþáttum meiri þroska: Jákvæðri breytingu á sjálfsmynd, dýpri tengslum við aðra og breyttri sýn á lífið.

Rannsóknarniðurstöður benda til þess að það að verða fyrir áfalli sé verulega krefjandi lífsreynsla en að vissir innri þættir séu forsenda meiri þroska í kjölfar áfalls. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og annað fagfólk bregðist við áföllum skjólstaðinga sinna með snemmtækri greiningu og íhlutun, ásamt stuðningi, umhyggju og eftirfylgni.

Rannsóknin er mikilvægt framlag á sviði aukins þroska í kjölfar áfalla þar sem engin rannsókn fannst hér á landi þar sem þroski í kjölfar áfalla er rannsakaður sérstaklega. Átta af tólf þátttakendum höfðu nýtt sér endurhæfingarúræði Starfsendurhæfingar Norðurlands og/eða Virk Starfsendurhæfingarsjóðs og því kann val í úrtak að fela í sér skekkju vegna einsleitni.

Heimildir

- Abel, L., Walker, C., Samios, C., og Morozow, L. (2014). Vicarious post-traumatic growth: Predictors of growth and relationships with adjustment. *Traumatology: An International Journal*, 20(1), 9–18. doi:10.1037/h0099375
- American Psychiatric Association, (2013). Post-traumatic Stress Disorder. Í American Psychiatric Association (ritstjórar), *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5* (5. útgáfa) (bls. 271–280). Washington: American Psychiatric Association
- Baldwin, D. V. (2013). Primitive mechanisms of trauma response: An evolutionary perspective on trauma-related disorders. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 37(8), 1549–1566. Sótt af: <http://dx.doi.org/10.1016/j.neubiorev.2013.06.004>

- Barton, S., Boals, A., og Knowles, L. (2013). Thinking about trauma: The unique contributions of event centrality and post-traumatic cognitions in predicting PTSD and post-traumatic growth. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 718–726. doi:10.1002/jts.21863
- Beck, J. G., Reich, C. M., Woodward, M. J., Olsen, S. A., Jones, J. M., og Patton, S. C. (2015). How do negative emotions relate to dysfunctional posttrauma cognitions? An examination of interpersonal trauma survivors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(1), 3–10. doi:10.1037/a0032716
- Boals, A., Riggs, S. A., og Kraha, A. (2013). Coping with stressful or traumatic events: What aspects of trauma reactions are associated with health outcomes? *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 29(2), 156–163. doi:10.1002/smi.2443
- Brown, R. C., Berenz, E. C., Aggen, S. H., Gardner, C. O., Knudsen, G. P., Reichborn-Kjennerud, T., ... Amstadter, A. B. (2014). Trauma exposure and axis I psychopathology: A cotwin control analysis in Norwegian young adults. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 652–660. doi:10.1037/a0034326
- Bussell, V. A., og Naus, M. J. (2010). A longitudinal investigation of coping and post-traumatic growth in breast cancer survivors. *Journal of Psychosocial Oncology*, 28(1), 61–78. doi:10.1080/07347330903438958
- Cai, W., Ding, C., Tang, Y., Wu, S., og Yang, D. (2014). Effects of social supports on post-traumatic stress disorder symptoms: Moderating role of perceived safety. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(6), 724–730. doi:10.1037/a0036342
- Calhoun, L. G., og Tedeschi, R. G. (2014). The foundations of post-traumatic growth: An expanded framework. Í Calhoun, L. G., og Tedeschi, R. G. (ritstjórar), *Handbook of post-traumatic growth: Research and practice* (2. útgáfa) (bls. 1–23). New York og London: Routledge
- Coroiu, A., Körner, A., Burke, S., Meterissian, S., og Sabiston, C. M. (2015). Stress and post-traumatic growth among survivors of breast cancer: A test of curvilinear effects. *International Journal of Stress Management*, 23(1), 84. doi:10.1037/a0039247
- Dar, M. A., Wani, R. A., Margoob, M. A., Hussain, A., Rather, Y. H., Chandel, R. K., ... Malla, A. A. (2014). Trauma and traumatic stress: The long-term effects of childhood traumatic stress. *Malaysian Journal of Psychiatry Ejournal*, 23(2). Sótt af: <http://www.mjpsychiatry.org/index.php/mjp/article/viewFile/327/240>
- Darling, C. A., Coccia, C., og Senatore, N. (2012). Women in midlife: Stress, health and life satisfaction. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(1), 31–40. doi:10.1002/smi.1398
- De Castella, R., og Simmonds, J. G. (2013). “There’s a deeper level of meaning as to what suffering’s all about”: Experiences of religious and spiritual growth following trauma. *Mental Health, Religion & Culture*, 16(5), 536–556. doi:10.1080/13674676.2012.702738
- Dowling, M. og Cooney, A. (2012). Research approaches related to phenomenology: Negotiating a complex landscape. *Nurse Researcher*, 20(2), 21–27
- Groer, M. V., og McEwen, B. S. (2012). Nursing research in stress, psychoneuroimmunology, and allostasis. *Biological Research for Nursing*, 14(4), 309–310. doi:10.1177/1099800412456731
- Jin, Y., Xu, J., Liu, H., og Liu, D. (2014). Post-traumatic stress disorder and post-traumatic growth among adult survivors of Wenchuan earthquake after 1 year: Prevalence and correlates. *Archives of Psychiatric Nursing*, 28(1), 67–73. doi:10.1016/j.apnu.2013.10.010
- Karatzias, T., Chouliara, Z., Power, K., Brown, K., Begum, M., McGoldrick, T., og MacLean, R. (2013). Life satisfaction in people with post-traumatic stress disorder. *Journal of Mental Health*, 22(6), 501–508. doi:10.3109/09638237.2013.819418
- Kilpatrick, D. G., Resnick, H. S., Milanak, M. E., Miller, M. W., Keyes, K. M. og Friedman, M. J. (2013). National estimates of exposure to traumatic events and PTSD prevalence using SDM-IV and SDM-5 criteria. *Journal of Traumatic Stress*, 26(5), 537–547
- Marchand, A., Nadeau, C., Beaulieu-Prévost, D., Boyer, R., og Martin, M. (2015). Predictors of post-traumatic stress disorder among police officers:

- A prospective study. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(3), 212–221. doi:10.1037/a0038780; 10.1037/a0038780.supp
- Martin, C. G., Cromer, L. D., DePrince, A. P., og Freyd, J. J. (2013). The role of cumulative trauma, betrayal, and appraisals in understanding trauma symptomatology. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(2), 110–118. doi:10.1037/a0025686
- Menzies, V., Lyon, D. E., Elswick, R. K., Montpetit, A. J., og McCain, N. L. (2013). Psychoneuroimmunological relationships in women with fibromyalgia. *Biological Research for Nursing*, 15(2), 219–225. doi:10.1177/1099800411424204
- Olf, M. (2017). Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: An update. *European Journal of Psychotraumatology*, 8(sup4), 1351204
- Pearlman, L. A. og Saakvitne, K. W. (1995). *Trauma and the therapist*. New York: Norton
- Pooley, J. A., Cohen, L., O'Connor, M., og Taylor, M. (2013). Post-traumatic stress and post-traumatic growth and their relationship to coping and self-efficacy in Northwest Australian cyclone communities. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5(4), 392–399. doi:10.1037/a0028046
- Risler, E., Kintzle, S., og Nackerud, L. (2015). Haiti and the Earthquake: Examining the Experience of Psychological Stress and Trauma. *Research on Social Work Practice*, 25(2), 251–256. doi:10.1177/1049731514530002
- Sigríður Halldórsdóttir. (2013). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281–298). Akureyri: Háskólinn á Akureyri
- Sigurður Kristinnsson. (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71–88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri
- Silva, S. M., Crespo, C., og Canavarro, M. C. (2012). Pathways for psychosocial adjustment in breast cancer: A longitudinal study on coping strategies and post-traumatic growth. *Psychology & Health*, 27(11), 1323–1341
- Steingrimsdóttir, S. H., og Halldórsdóttir, S. (2016). Exacerbated vulnerability in existential changes: The essence of dealing with reduced working capacity. *International Journal for Educational and Vocational Guidance*, 16(2), 251–274. doi: 10.1007/s10775-015-9297-3
- Su, Y., og Chen, S. (2015). Emerging post-traumatic growth: A prospective study with pre- and posttrauma psychological predictors. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(2), 103–111. doi:10.1037/tra0000008
- Taku, K., Cann, A., Tedeschi, R. G., og Calhoun, L. G. (2015). Core beliefs shaken by an earthquake correlate with post-traumatic growth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 7(6), 563–569. doi:10.1037/tra0000054
- Thordardóttir, E. B., Gudmundsdóttir, H., Gudmundsdóttir, B., Hrólfsdóttir, A. M., Aspelund, T. og Hauksdóttir, A. (2018). Development and predictors of psychological outcomes following the 2008 earthquake in Iceland: A longitudinal cohort study. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1:1403494818771444. doi: 10.1177/1403494818771444
- van Ginneken, E.F. (2016). Making sense of imprisonment. *International Journal of Offender Therapy and Comparative Criminology*, 60(2), 208–227. doi:10.1177/0306624X14548531
- Yu, Y., Peng, L., Chen, L., Long, L., He, W., Li, M., og Wang, T. (2014). Resilience and social support promote post-traumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215(2), 401–405. doi://dx.doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.032

English Summary

Bryngeldottir, H.S., Halldorsdottir, S.

“Like going down a Black Slope and then coming up the Green Hillside”: People’s Experience of Trauma and Post-Traumatic Growth

Aim: Background: Research on the effects of trauma have largely focused on their negative consequences. The purpose of this study was to increase knowledge and deepen understanding of psychological trauma and how people achieve post-traumatic growth.

Methods: Phenomenology was chosen as a research approach. Data was collected in 14 interviews with 12 individuals who had experienced psychological trauma and post-traumatic growth. Participants were aged 34 to 52 years, seven women and five men.

Results: The title of the study: “*Like going down a black slope and then coming up the green hillside*”, metaphorically describes the participants’ experience of trauma and post-traumatic growth. It describes the difficult journey which started with the trauma. The participants felt powerless after the trauma but considered internal factors, such as perseverance, hardiness and the courage to face their situation, the most important in their processing of the trauma. They all experienced more traumas on the journey, and expressed the need for support and caring in their situation. They

also noted the positive impact of dealing with new projects. All participants felt that the onset of post-traumatic growth was due to an internal need for change. They experienced that their post-traumatic growth was characterized by improved and deeper relationships with others, increased personal development, positive living, increased self-knowledge and improved self-esteem. Participants described “heavy days” despite the post-traumatic growth, but they still felt like winners.

Conclusions: Research findings indicate that the lived experience of trauma is a challenging life experience, but certain internal factors are prerequisites for post-traumatic growth. It is important that nurses and other professionals respond to their clients’ traumas through early detection and intervention, along with support, caring and follow-up.

Keywords: Mental health nursing, psychological trauma, post-traumatic growth, phenomenology, interviews.

Correspondent: hulda@unak.is



FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímann
s: 897 2468



Háldán
s: 898 5765



Ólöf
s: 898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

www.uth.is | uth@uth.is





STUÐLABERG
Heilbrigðistækni



Pegar hver mínúta skiptir máli

Primedic hjartastuðtækin bjarga mannlífum.

Viðurkennd þýsk hjartastuðtæki með íslensku tali sem leiðbeina notendum þegar mest á reynir. Tækið er tilbúið til notkunar um leið og það er opnað.



PRIMEDIC™
Saves Life. Everywhere.

- Gefa fyrirmæli á íslensku
- Greina hvort og hvenær gefa á rafstuð
- Virka á börn og fullorðna
- Einföld í notkun og örugg
- Löng rafhlöðuending
- Góð reynsla á Íslandi

Bjóðum ráðgjöf á vali og sinnum eftirfylgni á rekstrarvörum og viðhaldi á Primedic hjartastuðtækjum.

Verð frá 197.650 kr.

Fagmenntað fólk í þína págu.

Í ársbyrjun fékk heilbrigðissvið Eirbergs nýtt nafn, Stuðlaberg heilbrigðistækni. Meðal starfsmanna eru þroska- og iðjupjálfar, hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðismenntað starfsfólk. Við veitum heilbrigðisstofnunum, fagfólki og einstaklingum faglega ráðgjöf og góða þjónustu. Við bjóðum fagfólki, og skjólstæðingum þeirra, velkomið í sýningarsal okkar að Stórhöfða 25.

Markmið okkar eru að efla heilsu, auka lífsgæði, auðvelda störf og daglegt líf



Eirberg



STUÐLABERG
Heilbrigðistækni

Stuðlaberg heilbrigðistækni ehf. • Stórhöfða 25 • 110 Reykjavík • 569 3180 • stb.is