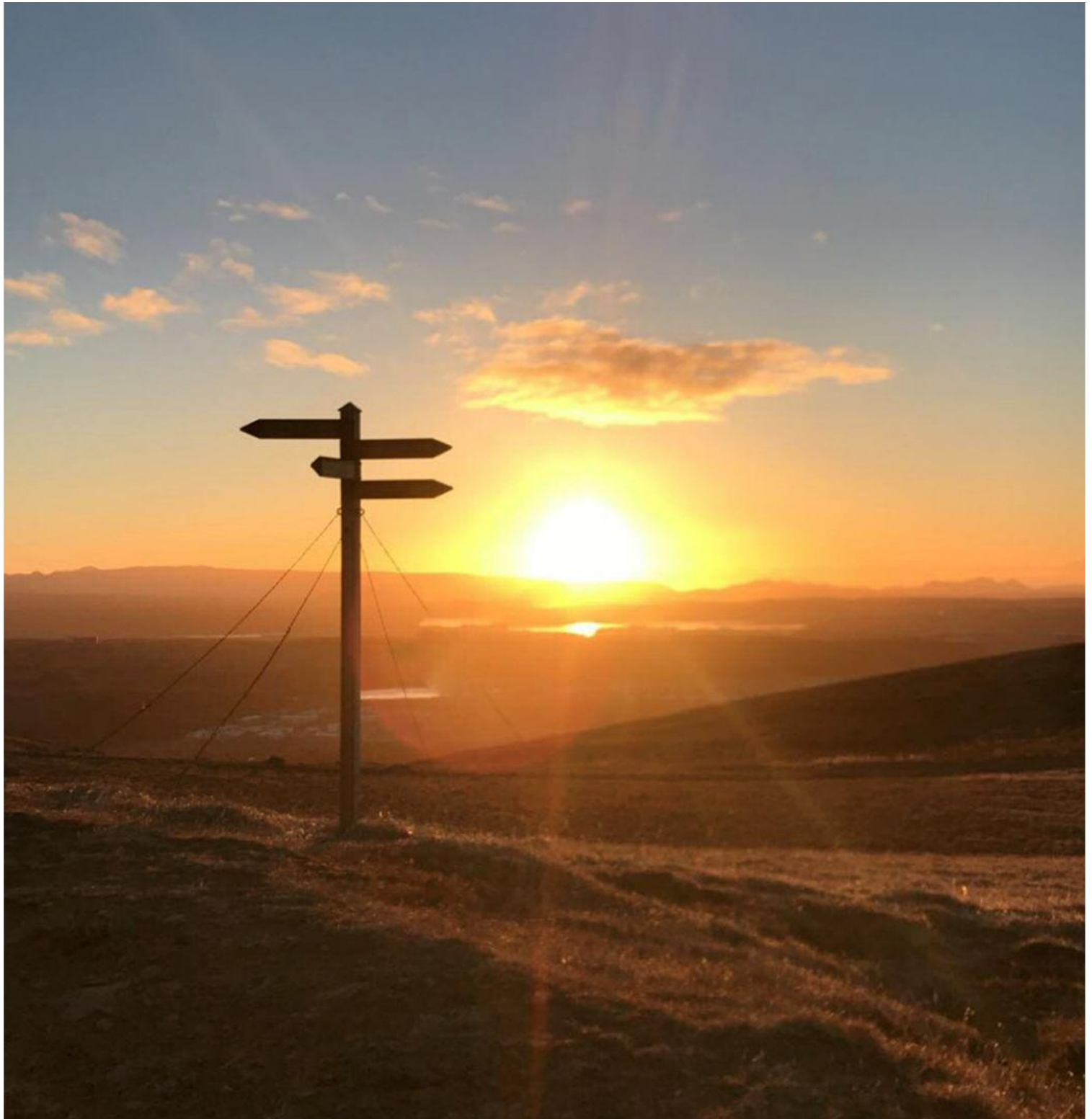


tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING



2. TBL. 2019 • 95. ÁRGANGUR



Aldarafmæli Félags íslenskra
hjúkrunarfræðinga

Vernd góðmennskunnar

NÝTT LYF
— VIÐ —
OFNÆMI

AAAAAAAAATSSJÚÚÚ!



Of mikið sumar?

Flynise – 24 klukkustunda virkni við ofnæmi

Flynise inniheldur virka efnið desloratadín 5 mg sem er andhistamín. Flynise er ofnæmislyf sem veldur ekki syfju. Það vinnur gegn ofnæmisviðbrögðunum og einkennum þeirra. Flynise dregur úr einkennum ofnæmisnefkevfs (bólga í nefgöngum vegna ofnæmis, t.d. frjónæmi eða ofnæmi fyrir rykmaurum) hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri. Flynise er einnig notað gegn einkennum er tengjast ofsakláða (ofnæmisviðbrögð í húð). Lyfið er til inntöku og á að gleypa töfluna heila. Ráðlagður skammtur er ein tafla á sólarhring með vatni, með eða án fæðu. Gætið varúðar þegar Flynise er tekið með áfengi. Þú verður að hafa samband við lækni ef einkenni versna eða batna ekki á 7 dögum. 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


Actavis

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING

2. TBL. 2019 • 95. ÁRGANGUR

Efnisyfirlit

Félagið

- Bls. 4 Ritstjóraspjall
- 6 Formannspistill
- 8 Aldarafmæli Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
- 10 Heiðursfélagar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
- 12 Afmælis- og hvatningarstyrkir í tilefni aldarafmælis
- 15 Hjúkrunarfræðingar í máli og myndum
- 16 Kjarasamningar meðal hjúkrunarfræðinga

Viðtöl og greinar

- Bls. 20 „Það er kannski klisjukennt en ég hef bæði í leik og starfi oft verið minnt á hversu lífið er stutt.“ Viðtal við Auðbjörgu Bjarnadóttur, hjúkrunarfræðing á Kirkjubæjarklaustri
- 26 Bráðadagurinn: Uppskeruhátíð rannsókna og verkefna í bráðajónustu. Eftir Sigurlaugu Önnu Þorsteinsdóttur
- 31 Mikil fjölgun meðal hjúkrunarfræðinga sem leita til VIRK. Viðtal við Vigdísu Jónsdóttur
- 34 Heilsugæslan á Selfossi — Teymisvinna virkar vel
- 36 Lykilorðið er fjölbreytni í starfi hjúkrunarfræðinga
- 48 Setið fyrir svörum. Kristín Gunnarsdóttir og Stefanía Inga Sigurjónsdóttir sitja fyrir svörum
- 54 „Vantar að finna snilling til að dreifa álaginu í hjúkrunarfræðinámi.“ Viðtal við Valdísu Bjarnadóttur og Herdísu Elínu Þorvaldsdóttur

Pistlar

- Bls. 28 Svefn hjá vaktavinnufólki eftir Erlu Björnsdóttur
- 32 Vernd góðmennskunnar eftir Aðalbjörgu Stefaníu Helgadóttur
- 40 Þankastrik: Hjúkrun á landsbyggðinni eftir Hildi Vattnes Kristjánsdóttur
- 44 Opið bréf til hjúkrunarfræðinga eftir Guðrúnu Evu Mínervudóttur
- 46 Með augum hjúkrunarfræðingsins — ljósmyndasamkeppni
- 56 Krossgáta Tímarits hjúkrunarfræðinga

Fagið

- Bls. 19 Styrkir til fimm gæðaverkefna í heilbrigðisþjónustu
- 42 Kynning á lokaverkefnum til BS-gráðu í hjúkrunarfræði
- 50 Jöfn laun og vinnuskilyrði. Þorgerður Ragnarsdóttir tók saman
- 58 MS-nám í gjörgæsluhjúkrun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
- 59 Nýlegar doktorsvarnir í hjúkrunarfræði
- 60 Diplómanám í bráðahjúkrun á framhaldsstigi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
- 61 Sértek námsleið til BS-prófs við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
- 66 Sérfræðimenntun í hjúkrunarfræði
- 70 Upphaf þjónustu við veika nýbura á Íslandi — stofnun Vökudeildar. Höfundar: Ragnheiður Sigurðardóttir, Rakel B. Jónsdóttir og Margrét Ó Thorlacius
- 75 Matarsóun á hjúkrunarheimilum. Höfundar: Íris Dögg Guðjónsdóttir, Elsa Kristín Sigurðardóttir og Helga Bragadóttir
- 80 Ritrýnd grein: Hið ófyrirséða — fyrirbyggjandi aðgerðir gegn ofbeldi á geðdeildum
- 87 Ritrýnd grein: Sálfélagsleg líðan fullorðinna einstaklinga eftir innanskúmsblæðingu: Kerfisbundið fræðilegt yfirlit
- 110 Ritrýnd grein: Þróun skimunartækisins HEILUNG

Ritstjóraspjall



Helga Ólafs ritstjóri.

Fyrsta tölublað ársins var tileinkað aldarafmæli félagsins. Þeir voru ófáir fundirnir sem við í afmælisritnefndinni sátum enda viðamikið verkefni að gera skil 100 ára sögu félags hjúkrunarfræðinga. Þetta var einkar ánægjuleg samvinna enda voru fulltrúar nefndarinnar, auk núverandi ritstjóra, skipaðir úr röðum fyrrverandi ritstjóra Tímarits hjúkrunarfræðinga, þeim Þorgerði Ragnarsdóttur og Christer Magnusson, auk Önnu Gyðu Guðlaugsdóttur sem jafnframt er ljósmyndari.

Í millitíðinni barst fjöldi greina sem er alltaf mjög ánægjulegt og fleiri efnishugmyndir kviknuðu. Blaðsíðufjöldinn er því heldur meiri en til stóð enda fjölbreytt efni sem prýðir þetta tölublað. Það er ánægjulegt að nú birtast þrjár ritrýndar greinar en formaður ritnefndar, Aðalbjörg Stefánía Helgadóttir, hefur haldið þétt utan um ferli ritrýndra greina. Höfundum fræðsluefnis er sérstaklega þakkað þeirra framlag. Þeim viðburðum sem þegar hafa verið haldnir í tilefni aldarafmælisins eru gerð skil í máli og myndum. Það er fjölbreytt dagskrá fram undan enda árið rétt hálfnað.

Á afmælisári félagsins eru vikulega birt viðtöl við hjúkrunarfræðinga á vef og face-book-síðu félagsins. Markmiðið er að endurspegla fjölbreytileika stéttarinnar og fá innsýn í líf og störf félagsmanna. Í þessu tölublaði eru birt brot úr þeim viðtölum sem þegar hafa birst frá janúar til og með apríl. Viðtökurnar hafa verið mjög góðar og bæði hafa félagsmenn verið fúsir til þátttöku og viðtölin fallið í góðan jarðveg. Fyrirmynd föstudagshjúkrunarfræðingsins, eins og við höfum nefnt verkefnið, er verkefnið Karlmennt hjúkra en sumarið 2016 birtum við vikulega á vef félagsins viðtöl við karlmenn í hjúkrun. „Það eru liðin fimmtán ár síðan og við erum enn í sömu stöðu. Það þarf dirfsku og áræði til að breyta hjúkrunarstéttinni úr því að vera kvennastétt yfir í blandaða kynjastétt,“ sagði Gísli Níls Einarsson hjúkrunarfræðingur í viðtali í 4. tbl. Tímarits hjúkrunarfræðinga 2016, en hann skrifaði grein til að vekja athygli á lágu hlutfalli karlmanna í hjúkrun sem birtist í Morgunblaðinu 24. maí 2001 undir yfirskriftinni: Karlmennt í hjúkrun! Um aldamótin var hlutfallið 1% en er nú komið upp í 3% þannig að það er óhætt að segja að hlutfallið þokast upp á við.

Að venju var efnt til ljósmyndasamkeppni fyrir forsiðu blaðsins undir yfirskriftinni: Með augum hjúkrunarfræðingsins. Í þetta skiptið einkenndust innsendar myndir af fallegum náttúrulífsmýndum og fyrir valinu varð mynd Rannveigar Bjarkar Gylfadóttur af sólsetri við Úlfarsfell.

Helga Ólafs

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík

Sími 540 6405

Netfang helga@hjukrun.is

Vefsíða www.hjukrun.is

Útgefandi: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga

Sími skrifstofu 540 6400

Ritstjóri og ábyrgðarmaður Helga Ólafs Ritnefnd Aðalbjörg Stefánía Helgadóttir, Hrund Scheving Thorsteinsson, Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir, Sigurlaug Anna Þorsteinsdóttir, Þorgerður Ragnarsdóttir, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir Blaðamaður Magnús Hlynur Hreiðarsson Forsíðumynd Rannveig Björk Gylfadóttir Ljósmyndir ýmsir Yfirllestur og prófarkalestur fræðigreina Ragnar Hauksson Auglýsingar sími 540 6412 Hönnun og umbrot Egill Baldursson ehf. Prentun Prenttækni ehf.

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

ISSN 2298-7053



ResMed AirMini™ ferðakæfisvefnsvél - góður ferðafélagi

Lifðu lífinu í lit

Nýjungar í blóðsykursmælum
frá LifeScan®



**OneTouch®
VerioFlex™**
Burt með vafann
úr mælingunum



OneTouch®VerioIQ
Sjálfvirk greining á mynstri
- eykur skilning á áhrifum insúlíns,
matar og lífstíls á mælingar



- lausnir fyrir lífið

MEDOR ehf. Reykjavíkurvegi 74 220 Hafnarfjörður Sími 412 7000 Fax 412 7099 medor@medor.is www.medor.is

Dreifing: Distica | Pöntunarsími: 412 7520 | medor@medor.is
Reykjavíkurvegi 74 | 220 Hafnarfirði – s. 412 7000 | www.medor.is

Ár hátíðarhalda og kjarabaráttu



Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Það er óhætt að segja að árið 2019 sé tíðindamikið hjá hjúkrunarfræðingum. Í ár fagnar félagið okkar 100 ára afmæli og á sama tíma standa hjúkrunarfræðingar í kjarabaráttu. Slík barátta er ekki nýtt umræðuefni þar sem hjúkrunarfræðingar hafa barist fyrir bættum kjörum alla tíð, en strax á fyrstu árum félagsins var helsta baráttumálið mismunandi launakjör hjúkrunarfræðinema. Allar götur síðan höfum við þurft að sækja á brattann og er ljóst að kvennastéttir hafa ekki enn fengið sömu kjör og karlastéttir þessa lands sem eru með sambærilega menntun og ábyrgð í starfi, þrátt fyrir að Ísland sé hvað fremst á heimsvísu í dag þegar rætt er um jöfn laun og stöðu kynjanna. En nóg um það. Nú hefur sú sögulega staðreynd gerst að karlmönnum hefur fjölgað í faginu og eru þeir nú orðnir 3% af okkar félagsmönnum. Því ber að fagna og vonandi er hér fyrsti tónninn sleginn í góðri framtíðartónlist því — að mínu mati — eiga okkar skjólstaðingar að hafa aðgang að sem fjölbreyttustum hópi hjúkrunarfræðinga til að uppfylla þarfir sínar.

Megináherslur krafanna eru hækkun dagvinnulauna, stytting vinnuvikunnar og bætt starfsumhverfi. Þó ekki sé hægt að greina ítarlega frá framgangi viðræðna vonast ég til að yfirvöld átti sig á því að óbreytt ástand er ekki í boði, þetta „reddast“ ekkert öllu lengur.

Óbreytt ástand ekki boðlegt hjúkrunarfræðingum

Þegar þetta er skrifað er félagið, fyrir hönd félagsmanna, í miðjum kjaraviðræðum. Eins og oft vill verða í byrjun slíkra samræðna ber mikið á milli en viðræður eru þó hafnar. Samninganefndir félagsins munu áfram fylgja stíft eftir kröfugerðum félagsins en þær byggjast m.a. á niðurstöðum funda með hjúkrunarfræðingum um allt land og úr könnun sem gerð var á meðal félagsmanna í nóvember síðastliðinn um viðhorf og væntingar hjúkrunarfræðinga til komandi kjarasamninga. Megináherslur krafanna eru hækkun dagvinnulauna, stytting vinnuvikunnar og bætt starfsumhverfi. Þó ekki sé hægt að greina ítarlega frá framgangi viðræðna vonast ég til að yfirvöld átti sig á því að óbreytt ástand er ekki í boði, þetta „reddast“ ekkert öllu lengur.

Leita þarf nýrra lausna til að takast á við þann vanda sem orðinn er í heilbrigðiskerfinu vegna skorts á starfandi hjúkrunarfræðingum. Íslensk yfirvöld þurfa að ákveða hvað þau vilja gera við heilbrigðiskerfið sem þegar hefur molnað úr og þjónstunni hrakað. Hvernig þjónustu vilja þau að sé veitt í heilbrigðiskerfinu? Hjúkrunarfræðingar eru almennt tilbúnir til vinnu í heilbrigðiskerfinu en ekki skyldugir til að vinna í því — á því er mikill munur. Ekki má gleyma því að hjúkrunarstarfið er eitt þeirra starfa sem talið er að muni halda velli í framtíðinni þrátt fyrir mikla framþróun og örar tækniframfarir sem kenndar eru við fjórðu iðnbýltinguna. Hér þarf því umræðan að snúast um hvernig heilbrigðiskerfi yfirvöld og landsmenn vilja hafa á Íslandi í framtíðinni.

Vegleg afmælisdagskrá

Eins og áður sagði fögnum við 100 ára afmælis Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í ár. Vegleg dagskrá dreifist yfir allt afmælisárið og þeir viðburðir sem þegar hafa átt sér stað hafa heppnast með eindæmum vel. Ljóst er að félagsmenn eru ánægðir með viðburðina hingað til enda mættu á níunda hundrað hjúkrunarfræðinga á fyrsta viðburðinn á Hótel Nordica 15. janúar síðastliðinn. Síðan þá höfum við haldið hátíðlega hjúkrunarmessu á alþjóðadegi hjúkrunarfræðinga 12. maí sem og aðalfund Fíh 16. maí. Í tilefni afmælisins voru heiðraðir 10 félagsmenn fyrir sitt framlag í þágu hjúkrunar, þróunar hennar og félagsstarfa. Einnig var veittur stór rannsóknarstyrkur og fimm hvatningarstyrkir til frumkvöðla í hjúkrun. Það var greinilegt í samtölum mínum við félagsmenn að mikil ánægja var með báða viðburði og nauðsynlegt að skapa tækifæri fyrir hjúkrunarfræðinga til að koma saman og efla samstöðuna. Búið er að gefa út sérstakt afmælisrit Tímarits hjúkrunarfræðinga sem er afskaplega veglegt og góð lesning.

Ég skora á alla hjúkrunarfræðinga að mæta á Árbæjarsafn og skoða sögusýninguna *Hjúkrun í fortíð, nútíð og framtíð* og takið endilega með fjölskyldu og vini. Sýningin verður opnuð á kvenréttindadaginn 19. júní og stendur fram í október.

„Ég skora á alla hjúkrunarfræðinga að mæta á Árbæjarsafn og skoða sögusýninguna *Hjúkrun í fortíð, nútíð og framtíð* og takið endilega með fjölskyldu og vini. Sýningin verður opnuð á kvenréttindadaginn 19. júní og stendur fram í október.“

Fram undan eru fleiri spennandi viðburðir, eins og ráðstefnan HJÚKRUN 2019 sem haldin verður í Hofi á Akureyri dagana 26.–27. september 2019. Afmælisárinu lýkur síðan með hátíðarkvöldverði hjúkrunarfræðinga í Hörpu 15. nóvember. Síðan má ekki gleyma því að fag- og landsvæðadeildir fagna árinu með sínu eigin sniði og hvet ég hjúkrunarfræðinga til að taka líka þátt í því.

Nú er sumarið komið og styttest í sumarfríin. Ég vil hvetja ykkur til að taka lögbundið frí í sumar, hvíla ykkur og njóta samveru með fjölskyldu og vinum. Með slíkri aðgreiningu milli vinnu og einkalífs eigum við mesta möguleika á að halda áfram að starfa við hjúkrun.



Aldarafmæli Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Fjölbreytt dagskrá verður allt árið í tilefni þess að hundrað ár eru liðin frá því að fyrsta félag hjúkrunarfræðinga á Íslandi var stofnað. Opnunarhátíð afmælisárs félagsins, sem fram fór 15. janúar síðastliðinn á Hilton Nordica, var vel sótt en þar komu hátt í þúsund hjúkrunarfræðingar saman.

Formaður félagsins, Guðbjörg Pálsdóttir, flutti ávarp ásamt Svandísi Svavarsdóttur heilbrigðisráðherra og Ölmu Möller landlækni. Björg Þórhallsdóttir, söngkona og hjúkrunarfræðingur, tók lagið og nýstofnaður kór hjúkrunarfræðinga flutti nokkur lög við undirleik Hilmars Arnar Agnarssonar. Ari Bragi Kárasón lék á trompet og Ari Eldjárn flutti gamanmál. Frú Vigdís Finnbogadóttir, fyrrverandi forseti Íslands, var viðstödd hátíðahöldin en hún er heiðursfélagi í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga. Móðir hennar, Sigríður Eiríksdóttir, var fyrsti íslenski formaður félagsins en hún tók við því hlutverki 1924 og markaði mikilvæg spor í sögu hjúkrunar á Íslandi á sínum 36 ára ferli sem formaður.



Á alþjóðadegi hjúkrunarfræðinga var haldin hjúkrunarmessa í Grafarvogskirkju.

Hjúkrunarmessa á alþjóðadegi hjúkrunarfræðinga

Á alþjóðadegi hjúkrunarfræðinga, 12. maí, var haldin hjúkrunarmessa í Grafarvogskirkju. Kirkjubekkir voru þéttsetnir en þar ávarpaði sr. Grétar Halldór Gunnarsson, prestur Grafarvogskirkju, kirkjugesti, sr. Svanhildur Blöndal, prestur og hjúkrunarfræðingur, þjónaði fyrir altari og Rósa Kristjánsdóttir, djákni og hjúkrunarfræðingur, predikaði.

Hjúkrunarfræðingarnir Laura Sch. Thorsteinsson, Guðný Valgeirsdóttir, Árni Már Haraldsson og Valgerður Hjartardóttir, sem jafnframt er djákni, lásu ritningartexta og bænir. Björg Þórhallsdóttir, söngkona og hjúkrunarfræðingur, söng einsöng og Hátíðarkór hjúkrunarfræðinga söng undir stjórn Bjargar Þórhallsdóttur. Kristín Sigurjónsdóttir hjúkrunarfræðingur lék á fiðlu, Andri Freyr Hilmarsson á bassa og organisti var Hilmar Örn Agnarsson.

Söguýning í Árbæjarsafni opnuð 19. júní

Í tilefni 100 ára afmælis Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga var sett á fót söguýning í Árbæjarsafni. Sýningin verður opnuð 19. júní og stendur fram í október. Sýningin hjúkrun í 100 ár segir sögu hjúkrunar í samhengi við breytingar á stöðu kynjanna og þróun í tækni og vísindum.

Um aldamótin 1900 umbreyttist íslenskt samfélag. Fólkið yfirgaf sveitirnar og settist að í þéttbýlinu þar sem sumir bjuggu við velsæld en kjör annarra voru kröpp. Lélegt húsnæði ásamt skorti á mat og almennu hreinlæti ógnuðu heilsu bæjarbúa og nábýlið auðveldaði dreifingu sjúkdóma. Ábyrgð á umönnun sjúkra, sem hafði legið á heimilunum, fluttist yfir á góðgerðar-félög sem gáfu mat og fatnað og skipulögðu heimahjúkrun og heilsuvernd fyrir þá efnaminni.

Menntaðar hjúkrunarkonur voru þar framarlega í flokki. Margar voru danskar og höfðu flutt til landsins gagnert til þess að starfa á sjúkrastofnunum sem þá voru að rísa í nágrenni Reykjavíkur. Hjúkrun var nýtt og sérhæft starf sem krafðist, ef vel átti að fara, umhyggju og næmni fyrir þörfum sjúklinganna, agðra vinnubragða og mikillar skipulagningar. Námið var þrjú ár og íslenskar stúlkur sóttu það erlendis að hluta eða öllu leyti fram til ársins 1931 þegar Hjúkrunarkvennaskólinn tók til starfa. Þegar Félag íslenskra hjúkrunarkvenna var stofnað árið 1919 voru starfandi 11 menntaðar hjúkrunarkonur sem allar voru ógiftar og barnlausar og bjuggu á þeim sjúkrastofnunum sem þær störfuðu við. Langt var liðið á tuttugustu öldina áður en breytt viðhorf til hlutverks kvenna, fækkun vinnustunda, samarfrí, innleiðing fæðingarorlofs, opnun leikskóla og bætt framboð getnaðarvarna gerði konum kleift að starfa utan heimilis samhliða fjölskyldulífi. .

Enn í dag byggist hjúkrun á sama grunni og fyrir hundrað árum og miðar að því að skapa sjúklingnum öruggt umhverfi og þannig hindra, stöðva eða lina afleiðingar sjúkdóma og slysa.

Enn í dag byggist hjúkrun á sama grunni og fyrir hundrað árum og miðar að því að skapa sjúklingnum öruggt umhverfi og þannig hindra, stöðva eða lina afleiðingar sjúkdóma og slysa. Í dag eru starfandi tæplega 3.000 hjúkrunarfræðingar sem vinna fjölbreytt og oft og tíðum mjög sérhæfð störf sem breytast í takt við framfarir sem verða á sviði vísinda og tækni. Þrátt fyrir þetta eru fáir karlmenn hjúkrunarfræðingar og vísbendingar eru um að þar sé um að kenna gömlum hugmyndum samfélagsins um hjúkrun og stöðu kynjanna. Er ekki kominn tími til að brjóta glerþakið?

Nánari dagskrá afmælisársins er hægt að kynna sér á vef félagsins, www.hjukrun.is.



Heiðursfélagar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga 2019

Á annað hundrað hjúkrunarfræðinga voru á aðalfundi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga sem haldinn var á Grand hóteli 16. maí. Sérstök dagskrá var á fundinum í tilefni afmælis félagsins, auk venjulegra aðalfundarstarfa, og voru tíu hjúkrunarfræðingar gerðir að heiðursfélögum félagsins. Heiðursfélagar voru tilnefndir af hjúkrunarfræðingum og voru tilnefningarnar samþykktar á aðalfundinum. Þeir eru eftirtaldir:

Aðalbjörg Finnbogadóttir fyrir framlag í þágu hjúkrunarfræðinga og hjúkrunar. Aðalbjörg hefur starfað af sannri trúmennsku fyrir Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga í áratugi. Hún hefur haldið merki faghluta félagsins á lofti af mikilli einurð og festu.

Anna Stefánsdóttir fyrir framlag til þróunar hjúkrunar. Anna starfaði í áratugi á Landspítala, og var framkvæmdastjóri hjúkrunar í 17 ár, og hafði á þeim tíma mikil áhrif á faglega þróun hjúkrunar á spítalanum.

Ásta Möller fyrir framlag til félagsstarfa hjúkrunarfræðinga. Sem formaður Félags háskólamenntaðra hjúkrunarfræðinga stóð Ásta Möller að sameiningu Hjúkrunarfélags Íslands og Félags háskólamenntaðra hjúkrunarfræðinga í janúar 1994.

Sameining félaganna var mikið heillaspor fyrir hjúkrunarfræðinga og hjúkrunarstéttina alla.

Bergdís Kristjánsdóttir fyrir framlag til söfnunar og varðveislu hjúkrunarminja. Bergdís hefur starfað í muna- og minjanefndum félagsins um árabil. Þegar Fih gerðist aðili að Lækn-ingaminjasafninu og afhenti því safni alla sína muni, sem tengdust hjúkrunarsögunni á Íslandi, fylgdi Bergdís mununum eftir og skráði þá í kerfi Þjóðminjasafns Íslands, sarpur.is.

Bryndís Konráðsdóttir fyrir framlag til þróunar hjúkrunar. Bryndís var einn af hugmyndasmiðum og stofnendum Heimahlynningar, sem stofnuð var formlega 1. mars 1987, og var í forsvari Heimahlynningar allt til ársins 2004. Jafnframt tók Bryndís þátt í stofnun líknardeildarinnar í Kópavogi sem opnuð var 1999.



Efri röð frá vinstri: Aðalbjörg Finnbogadóttir, Bryndís Konráðsdóttir, Marga Thome og Vilborg Ingólfsdóttir. Neðri röð frá vinstri: Anna Stefánsdóttir, Bergdís Kristjánsdóttir, Kristín Sophusdóttir og Eyrún Jónsdóttir. Á myndina vantar Ástu Möller og Lovísu Baldursdóttur.

Eyrún Jónsdóttir fyrir brautryðjendastarf í hjúkrun. Eyrún hefur frá upphafi stofnunar neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis á Landspítala starfað við hana, eða frá 1993. Hún tók þátt í öllum undirbúningi og uppbyggingu móttökunnar og hefur verið í forsvari fyrir hana lengst af.

Kristín Sophusdóttir fyrir framlag til þróunar hjúkrunar. Kristín er einn af fyrstu hjúkrunarfræðingum landsins sem lauk framhaldsnámi í hjúkrun krabbameinssjúklinga. Hún er frumkvöðull og brautryðjandi í krabbameinshjúkrun og sem stjórnandi hafði hún forystu um þróun krabbameinshjúkrunar á Landspítala í um þrjá áratugi.

Lovísa Baldursdóttir fyrir framlag til þróunar hlutverks sérfræðinga í hjúkrun. Lovísa var með fyrstu hjúkrunarfræðingunum sem luku meistaranámi í hjúkrun og einn okkar fyrstu sérfræðinga í hjúkrun samkvæmt núverandi reglugerð þar um. Hennar sérþekking liggur á sviði gjörgæsluhjúkrunar en hún hefur starfað og kennt á því sviði í áratugi.

Marga Thome fyrir framlag til menntunarmála, rannsókna og þekkingarsköpunar í hjúkrun. Marga Thome, prófessor emeritus, tók þátt í uppbyggingu hjúkrunarfræðináms við Háskóla Íslands á fyrsta áratug þess. Hún var öflugur leiðtogi og kennari við hjúkrunarfræðideild HÍ í áratugi.

Vilborg Ingólfsdóttir fyrir framlag til félagsstarfa hjúkrunarfræðinga. Vilborg Ingólfsdóttir var formaður Hjúkrunarfélags Íslands á árunum 1991 til 1994 og stóð að sameiningu Hjúkrunarfélags Íslands og Félags háskólamenntaðra hjúkrunarfræðinga í janúar 1994. Hún var fyrsti yfirhjúkrunarfræðingur landlæknisembættisins og átti þar langt og farsælt starf sem hún mótaði frá byrjun.



Afmælis- og hvatningarstyrkir í tilefni aldarafmælis

Í tilefni 100 ára afmælis Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga ákvað stjórn Fíh, í samráði við stjórn vísindasjóðs, að úthluta sérstökum afmælisstyrk til rannsóknar í hjúkrunarfræði á Íslandi að upphæð 2 milljónir króna. Markmiðið er að styrkja hjúkrunarrannsakanda til áframhaldandi rannsókna sem efla þekkingu og þróun hjúkrunar á Íslandi. Þá voru veittir fimm hvatningarstyrkir til frumkvöðla í hjúkrun á Íslandi að upphæð 500.000 krónur. Styrkjunum er ætlað að styðja frumkvöðla til að afla sér frekari þekkingar eða þjálfunar sem nýtist þeim til að þróa enn frekar nýsköpunarverkefni sem þeir eru í forsvari fyrir.



Helga Jónsdóttir, prófessor í hjúkrunarfræði við HÍ, ásamt meðrannsakendum.

Helga Jónsdóttir, prófessor í hjúkrunarfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og forstöðumaður hjúkrunar langveikra fullorðinna í samtengdri stöðu á Landspítala, hlaut afmælisstyrkinn fyrir rannsókn sína sem ber heitið Samráð við fólk með langvinna lungnateppu og fjölskyldur þeirra.

Markmið rannsóknarinnar er að endurtaka rannsóknir á árangri sérhæfðrar hjúkrunarþjónustu á göngudeild fyrir fólk með langvinna lungnasjúkdóma og fjölskyldur þeirra, sem rekin hefur verið á Landspítala frá árinu 2005. Prófessor Helga Jónsdóttir hefur verið í forystusveit í þessum rannsóknum og þróun starfsemi göngudeildarinnar frá upphafi og hafa fyrri rannsóknir sýnt verulegan ávinning af þjónustunni, t.d. minni notkun annarrar heilbrigðisþjónustu, aukin lífsgæði og getu sjúklinga og fjölskyldna til að kljást við veikindin og ekki síst aukna samheldni í fjölskyldum. Helga hefur unnið í samvinnu við fjölda vísindamanna bæði innanlands og utan og hafa birst ríflega 70 ritrýndar tímaritsgreinar sem byggðar eru á þessum rannsóknum.

Helga Jónsdóttir hefur verið í fararbroddi í rannsóknum og þróun á þeirri starfsemi frá upphafi. Fyrri rannsóknir hafa verið unnar í samvinnu fjölda vísindamanna innanlands og erlendis og hafa birst ríflega 70 ritrýndar tímaritsgreinar byggðar á þessum og fleiri rannsóknum.



F.v.: Arna Skúladóttir, Ásta Thoroddsen, Helga Sif Friðjónsdóttir og Ásgeir Valur Snorrason. Á myndina vantar Nönnu Friðriksdóttur.

Hvatningarstyrkir til frumkvöðla í hjúkrun á Íslandi

Arna Skúladóttir, frumkvöðull á sviði hjúkrunar barna með svefnvandamál og foreldra þeirra

Arna skipulagði meðferð við svefnvandamálum barna og byggði hana á meistararitgerð sinni við hjúkrunarfræðideild HÍ. Hún hefur í áraraðir aðstoðað foreldra sem eiga börn sem hafa átt í erfiðleikum með svefn og er hún höfundur að bókinni *Draumaland: Svefn og svefnvenjur barna* sem kom út árið 2006. Bókin naut mikilla vinsælda enda mikilvæg fyrir foreldra barna með svefnörðugleika. Hún er einnig höfundur að metsölubókinni *Veganesti — frá fæðingu til fjögurra ára aldurs*.

Arna stofnaði Foreldraskólann um áramótin 2004–2005. Skólinn var með símaþjónustu auk þess að halda námskeið fyrir foreldra ungra barna. Hún byggði einnig upp þjónustu við sama hóp á göngudeild Barnaspítala Hringins og varð það til þess að innlagnir á spítalann vegna svefnmála barna heyra nú til algjörar undantekningar.

Ásta Thoroddsen, brautryðjandi í upplýsingatækni í hjúkrun á Íslandi

Ásta er brautryðjandi í upplýsingatækni í hjúkrun á Íslandi. Starf hennar hefur m.a. falið í sér þýðingu, uppbyggingu og innleiðingu flokkunarkerfa, auk þess sem hún hefur skipulagt kennslu nemenda og starfandi hjúkrunarfræðinga. Ásta hefur þannig unnið að staðlaðri og vandaðri skráningu í hjúkrun hér á landi, og með núverandi verkefnum og framtíðaráformum

stuðlar Ásta enn að nýsköpun í upplýsingatækni sem nýtist í heilbrigðisþjónustu.

Ásgeir Valur Snorrason, brautryðjandi í skipulagningu og kennslu í svæfingahjúkrun og herminámi í kennslu hjúkrunarfræðinga

Ásgeir Valur hefur verið brautryðjandi í skipulagningu og kennslu svæfingahjúkrunar við Háskóla Íslands. Hann er brautryðjandi í hermikennslu í endurlífgun og viðbrögðum við bráðatilfellum og lífshættulegum tilfellum og er stofnandi Bráðaskólans sem er sá eini sinni tegundar á Íslandi.

Ásgeir Valur innleiddi herminám í kennslu hjúkrunarfræðinga og hefur það síðan skilað sér til annarra heilbrigðisstétta. Mikilvægt er að efla og styrkja víðtæka þekkingu og færni hjúkrunarfræðinga í bráðahjúkrun. Breytingar og innleiðing nýrra kennsluhátta eru undirstaða framfara í menntun og hefur Ásgeir Valur átt virkan þátt í þeirri þróun.

Helga Sif Friðjónsdóttir, frumkvöðull og leiðtogi í innleiðingu á hugtakinu skaðaminnkun á Íslandi, hjúkrun jaðarsettra hópa hér á landi og áhugahvetjandi samtali

Helga Sif er bæði frumkvöðull og leiðtogi í þeim verkefnum sem hún hefur brennandi áhuga á. Hún innleiddi hugmyndafræði skaðaminnkunar hérlandis fyrir meira en 10 árum. Þá setti hún á fót Frú Ragnheiði sem þjónar fólki í vímuefnaneyslu og tekur þátt í fræðslu sjálfboðaliða Frú Ragnheiðar. Hún opnaði augu heilbrigðisstarfsfólks fyrir mikilvægi þess að hlúa að þessum jaðarsetta hópi sem hefur oft mætt miklum for-

dómum. Frumkvöðlaverkefni Helgu Sifjar er eitt mesta lýðheilsuskref á Íslandi fyrr og síðar þegar kemur að jaðarsettum hópum í samfélaginu.

Áhugahvetjandi samtal á mikið erindi við hjúkrun þar sem hjúkrunarfræðingar eru oft í veigamiklu fræðslu- og stuðningshlutverki. Áhugahvetjandi samtal hjálpar sjúklingum að finna sína leið með aðstoð fagmanneskju.

Nanna Friðriksdóttir, leiðtogi og frumkvöðull í krabbameins-hjúkrun á Íslandi, forystumaður í uppbyggingu náms í krabbameinshjúkrun og skipulagningu þjónustu við fólk sem lokið hefur krabbameinsmeðferð

Margt hefur breyst í meðferð krabbameinssjúklinga á liðnum áratugum. Þótt fleiri greinist á hverju ári með krabbamein fjölg-

ar þeim jafnframt sem læknast af krabbameini eða lifa árum saman með sjúkdóminn. Þessi hópur er ört vaxandi og erlendar rannsóknir sýna að hann býr við ýmsar afleiðingar sjúkdómsins og meðferðarinnar. Lítið er hins vegar vitað um líðan og þarfir hans hér á landi. Verkefni Nönnu mun þannig varpa ljósi á líðan einstaklinga sem lokið hafa krabbameinsmeðferð en út frá þeim upplýsingum má skipuleggja viðeigandi þjónustu sem tekur mið af þörfum hópsins.

Hjúkrunarfræðingar geta haft forystu í því að skipuleggja þjónustu og sinna einstaklingum sem búa við langvinna sjúkdóma eða glíma við afleiðingar meðferðar. Verkefnið hefur þannig mikið vægi fyrir þróun sérhæfðrar hjúkrunar meðferðar og kemur þannig stórum sjúklingahópi til góða.



Hjúkrunarfræðingar í máli og myndum

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga hefur að undanfögnu lagt ríka áherslu á ímyndarmál og á afmælisárinu hafa til dæmis vikuleg viðtöl við hjúkrunarfræðinga verið birt á samfélagsmiðlum, þeir teknir tali í útvarpi og greinar þeirra birtar í dagblöðum. Í vor var útbúið myndband sem dreift var á samfélagsmiðlum til að vekja athygli á brottfalli hjúkrunarfræðinga úr starfi. Þar var rætt við fjóra hjúkrunarfræðinga sem starfa við annað en hjúkrun.

„Við stöndum frammi fyrir þeirri staðreynd að fimmti hver hjúkrunarfræðingur hættir að starfa við hjúkrun fimm árum eftir útskrift. Þar fyrir utan hefur verið viðvarandi skortur á hjúkrunarfræðingum sem hefur mikil áhrif á allt heilbrigðiskerfið — og í raun allt þjóðfélagið,“ segir Edda Dröfn Daníelsdóttir, sviðstjóri fagsviðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Þegar mest á reynir!

Á alþjóðadegi hjúkrunarfræðinga, 12. maí, var hrundið af stað kynningarherferðinni *Þegar mest á reynir* og voru myndir af 25 hjúkrunarfræðingum við fjölbreytileg störf birtar á 100 strætóskýlum borgarinnar vikuna 7.–14. maí. Markmið herferðarinnar var meðal annars að vekja athygli á fjölbreyttum störfum hjúkrunarfræðinga og mikilvægi þeirra í heilbrigðiskerfinu. „Það er mikilvægt að halda áfram að vinna að ímyndarmálum hjúkrunarfræðinga og vekja athygli á fjölbreyttum störfum þeirra,“ segir Edda.



Edda Dröfn Daníelsdóttir.



Kjarasamningar meðal hjúkrunarfræðinga

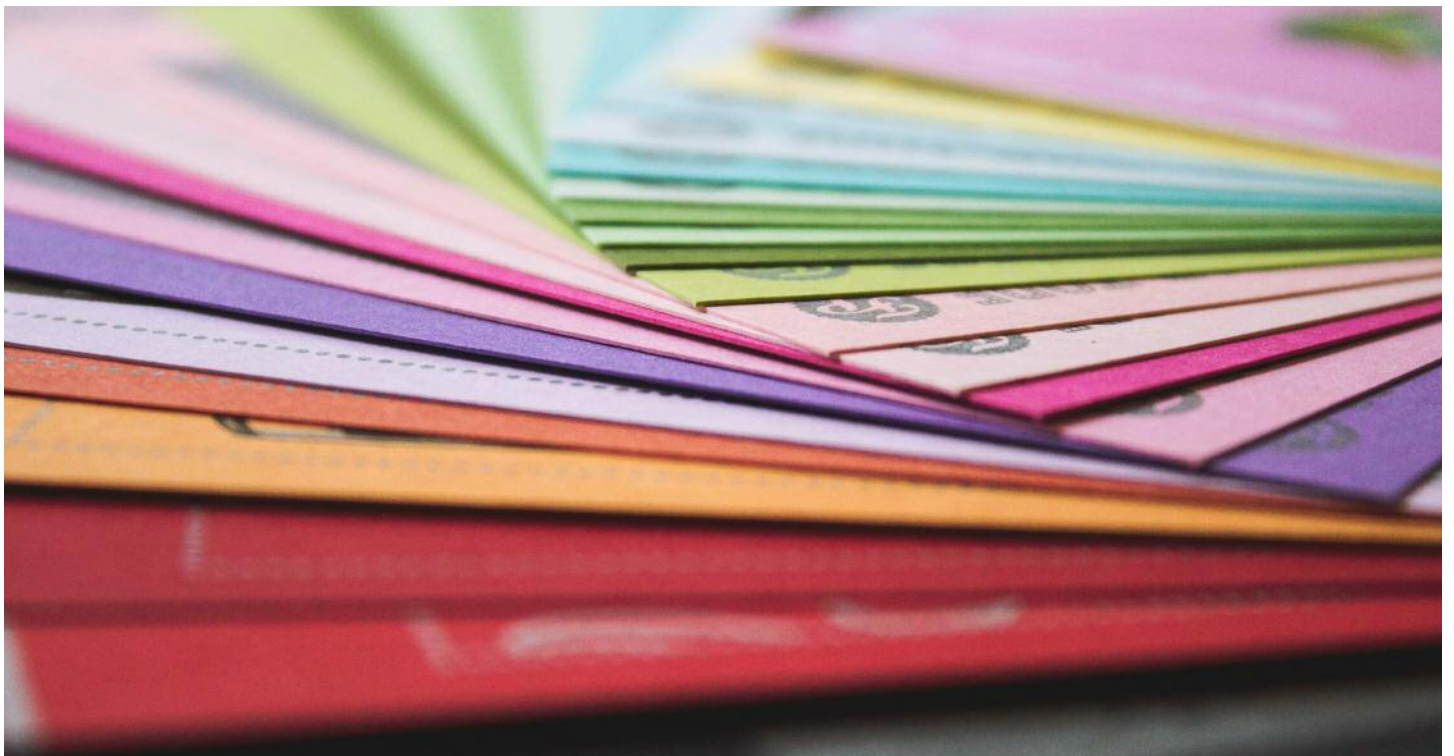
— Harpa Júlía Sævarsdóttir tók saman

Miðlægir kjarasamningar hjúkrunarfræðinga losnuðu í lok mars 2019. Samningaviðræður hafa farið hægt af stað og þegar þessi grein er skrifuð í byrjun apríl eru viðræður hafnar við Reykjavíkurborg og ríkið. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) semur við fimm aðila um miðlægan kjarasamning: fjármálaráðherra f.h. ríkissjóðs (ríki), Reykjalund, Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu (SFV), Reykjavíkurborg og Samband sveitarfélaga. Samningar við Reykjalund og Samtök fyrirtækja í velferðarþjónustu eru nánast samhljóða ríkissamningnum og hefjast viðræður við þá aðila oftast eftir að samið hefur verið við ríkið. Samningar við Reykjavíkurborg og Samband sveitarfélaga eru ólíkir ríkissamningnum að því leyti að í þeim er samið bæði um almenn réttindi, starfsheiti, persónubundna þætti og launaröðun. Hjá ríkinu fjallar miðlægur kjarasamningur m.a. um launatöflur, taxtahækkanir, vinnutíma, vaktaálag og réttindi eins og orlof, veikindi og uppsagnarfrest. Samhliða þessum samningum eru í gildi stofnanasamningar við einstaka stofnanir sem fela í sér launaröðun, röðun í starfsheiti og ákvæði um persónubundna þætti.

Undirbúningur fyrir kjarasamninga hefur staðið undanfarna mánuði. Hann hefur falist í gerð könnunar meðal hjúkrunarfræðinga, fundarherferð, skipun samninganefnda og trúnaðarmannaráðs og samningu kröfugerðar.

Könnun um viðhorf og væntingar til kjarasamninga

Framkvæmd var könnun meðal hjúkrunarfræðinga í nóvember 2018 þar sem þeir voru spurðir um viðhorf og áherslur fyrir komandi kjarasamningsviðræður. Þátttaka í könnuninni var mjög góð en um 2.100 hjúkrunarfræðingar tóku þátt eða rúm 75%



félagsmanna. Niðurstöðurnar voru nokkuð samhljóða. Aðeins 8% hjúkrunarfræðinga eru sáttnir við launin sín. Þegar spurt var um hvaða atriði ætti að leggja áherslu á við næstu kjarasamninga var hækkun dagvinnulauna oftast sett í fyrsta val, stytting vinnuviku oftast í annað val og hækkun greiðslu vegna vaktalags sett oftast í þriðja val. Þá kom sterkt fram að gera þarf hjúkrunarfræðingum kleift að starfa í vaktavinnu og að 80% vinna á vöktum teljist sem 100% vinna.

Talsverður munur var á viðhorfi almennra hjúkrunarfræðinga og stjórnenda, eins þeirra sem vinna vaktavinnu og dagvinnu. Stjórnendur og þeir sem vinna dagvinnu eru almennt meira fylgjandi breytingum á vinnutíma og yfirvinnu.

Hjúkrunarfræðingar virðast vera misáhugasamir um breytingar á vinnutíma og breyttar greiðslur fyrir yfirvinnu. Talsverður munur var á viðhorfi almennra hjúkrunarfræðinga og stjórnenda, eins þeirra sem vinna vaktavinnu og dagvinnu. Stjórnendur og þeir sem vinna dagvinnu eru almennt meira fylgjandi breytingum á vinnutíma og yfirvinnu. Stærstur hluti hjúkrunarfræðinga, eða 77%, fannst fremur eða mjög mikilvægt að hvíldartími á milli vakta væri að minnsta kosti 11 klukkustundir. Aðrir þættir sem fram komu í könnuninni voru t.d. að hjúkrunarfræðingar vilja að menntun sé sá þáttur sem ráði helst launum, mönnun er sá þáttur sem þeir vilja sjá batna í starfsumhverfi og að sí- og endurmenntun teljist til vinnutíma.

Fundarherferð

Í aðdraganda komandi kjarasamningaviðræðna hélt Fíh 16 fundi um allt land með hjúkrunarfræðingum. Tilgangur fundanna var að ræða helstu áherslur kröfugerðar og að kynna niðurstöður kjarakönnunar sem gerð var í nóvember. Starfsmenn kjara- og réttindasviðs héldu fundina ásamt formanni félagsins. Mjög gagnlegt og fræðandi var fyrir starfsmenn félagsins að hitta hjúkrunarfræðinga, eiga við þá samræður um kjaramál og komandi kjarasamninga. Á þeim kom fram að áherslur hjúkrunarfræðinga eru nokkuð samhljóða þrátt fyrir að hópurinn sé ólíkur og starfsumhverfið með misjöfnum hætti. Hækka þarf dagvinnulaun hjúkrunarfræðinga, stytta vinnuvikuna og bæta starfsumhverfi. Leita þarf nýrra lausna til þess að takast á við þann vanda sem orðinn er í íslensku heilbrigðiskerfi þar sem marga hjúkrunarfræðinga vantar til starfa. Fundirnir voru vel sóttir og virðist sterk samstaða vera meðal hjúkrunarfræðinga fyrir komandi kjarasamninga.

Kröfugerð og samninganefndir

Kröfugerð Fíh hefur verið í vinnslu undanfarinn mánuði og nýttist þar vel niðurstaða kjarakönnunarinnar sem og eftirfylgd hennar með fundarherferðinni. Kröfugerðin var unnin af starfsmönnum kjara- og réttindasviðs í samstarfi við samninganefndir félagsins.

Markmið Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í samningaviðræðum eru:

1. Laun, vinnutími og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga sé með þeim hætti að þeir vilji vinna innan íslenska heilbrigðiskerfisins.
2. Tilgangur stofnansamninga verði skýr og fjármögnun þeirra tryggð.
3. Fjármagn til jafnlaunavottunar verði tryggt.
4. Sí- og endurmenntun hjúkrunarfræðinga verði hluti af vinnutíma.
5. Nýr kjarasamningur feli í sér breytingar á tryggingarkafla og veikindakafla.
6. Útbúin verði mönnunarviðmið fyrir hjúkrunarfræðinga sem nái yfir mismunandi stig heilbrigðisþjónustu.
7. Nýr kjarasamningur taki við af gerðardómi. Lengd samnings verði sambærileg við samninga annarra aðila á vinnumarkaði.

Samninganefndir félagsins eru skipaðar starfsmönnum kjara- og réttindasviðs auk formanns en eins sitja í nefndinni 2–3 hjúkrunarfræðingar sem starfa á samningi við viðkomandi viðsemjendur.

Í mars stóð kjara- og réttindasvið Fíh fyrir námskeiði í samningafærni fyrir samninganefndir félagsins í samstarfi við Þóru Christiansen, adjunkt við HÍ. Trúnaðarmönnum og trúnaðarmannaráði var boðið að taka þátt í námskeiðinu. Námskeiðið var vel sótt og var það gagnlegt og lærdómsríkt.

Leiðin að kjarasamningi:

- ✓ Undirbúningur og greining á áherslum félagsmanna.
- ✓ Rökestudd kröfugerð útbúin. Markmið og óskaniðurstaða. Háleit en raunsæ markmið byggð á hagsmunum.
- ✓ Skrifað undir viðræðuáætlun, samið um hvernig skuli samið. Áætlun um skipulag og fyrirkomulag viðræðna.
- ✓ Samningafundur, áherslur beggja aðila ræddar. Deilunni er vísað til ríkissáttasemjara ef samninganefnd telur að árangur náist ekki í samningaviðræðum eða ef viðræður slitna.
- ✓ Áherslur þrengdar og náð saman. Framkvæmd og undirritun á samningi.
- ✓ Félagsmenn kjósa um samning innan fjögurra vikna. Ef samningur er felldur er kosið áfram um frekari aðgerðir eða sest aftur að samningaborðinu.

Staða stofnanasamninga

Stofnanasamningar eru annars eðlis en miðlægir kjarasamningar og hafa enga endadagsetningu. Þeir eru í gildi þar til nýr tekur við óháð miðlægum samningum. Á árinu voru gerðir fimm nýir stofnanasamningar við heilbrigðisstofnanir. Hjá ríki voru endurnýjaðir stofnanasamningar við Heilbrigðisstofnun Norðurlands, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og Landspítala. Í þessum samningum voru gerðar ýmsar breytingar frá eldri samningum. Til að mynda var sett inn ákvæði um starfsþróun hjúkrunarfræðinga á heilsugæslunni, launaröðun aðlöguð að raunveruleika á HVE og HSN en einnig nýtt fjármagn úr bókun 3 í dómssátt Fih fyrir gerðardómi til þess að hækka grunnröðun.

Hjá Landspítala var launasetning í samningnum aðlöguð að þeim launum sem raunverulega er verið að greiða. Í stofnanasamningi við Heilbrigðisstofnun Suðurnesja er ákvæði um tilraunaverkefni sem gengur út á að hækka starfshlutfall hjúkr-

unarfræðinga og minnka breytilega yfirvinnu með því að greiða hærri laun fyrir herra starfshlutfall. Einnig gerðu hjúkrunarheimilin Eir, Hamrar og Skjól hjá Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu nýjan stofnanasamning. Í gangi eru nú stofnanasamningsviðræður við Sjúkrahúsið á Akureyri, Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Heilbrigðisstofnun Austurlands og Heilbrigðisstofnun Vestfjarða. Vonir standa til þess að hægt verði að ljúka endurnýjun þessara samninga á vorönn 2019 eða fljótlega eftir að lokið er við gerð miðlægs kjarasamnings.

Í kjarasamningi 2015 var samið um starfsmat fyrir hjúkrunarfræðinga sem starfa hjá Sambandi sveitarfélaga. Gagnaöflun í starfsmatinu er að mestu lokið. Starfsmat fyrir hjúkrunarfræðinga er ekki lokið þar sem starfsmat starfsmanna sveitarfélaga sem eru í Bandalagi háskólamanna (BHM) hefur gengið mun hægar en áætlað var. Vonast er til þess að hægt verði að ljúka starfsmatinu sem fyrst.

fastus.is



SOFÐU RÓTT

Snúningsslök fyrir betri nætursvefn

Fastus býður upp á margar gerðir af lökum sem auðvelda snúning og hagræðingu í rúmi. Hafðu samband í síma 580 3900 og pantaðu tíma í ráðgjöf hjá sérhæfðu starfsfólki okkar.



Síðumúli 16 | 108 Reykjavík | Sími 580 3900 | fastus.is

FASTUS
Veit á vandaða lausn

Styrkir til fimm gæðaverkefna í heilbrigðisþjónustu

Magnús Hlynur Hreiðarsson



Fulltrúar þeirra verkefna sem hlutu gæðastyrki til gæðaverkefna í ár ásamt Svandísi Svavarsdóttur heilbrigðisráðherra. Ljósmynd/Heilbrigðisráðuneytið.

Svandís Svavarsdóttir heilbrigðisráðherra veitti nýlega rúmlega tveimur milljónum króna til fimm gæðaverkefna í heilbrigðisþjónustu. Gæðastyrkir hafa verið veittir árlega frá árinu 2001. Í ár bárust ráðuneytinu 44 umsóknir um styrki til fjölbreyttra verkefna. Eftirfarandi verkefni hlutu styrk:

„**Átak gegn óráði**“ sem Landspítalinn stendur fyrir og felst í gerð kennslumyndbands fyrir heilbrigðisstarfsfólk til að auka þekkingu þess á óráði hjá sjúklingum, samræma betur verklag við greiningu, forvarnir og meðferð við óráði. Upplýsingar um verkefnið eru á vefslóðinni www.landspitali.is/orad.

Landspítalinn hlaut einnig styrk til verkefnis um „**Aukna samvinnu heilsugæslulækna og þvagfæraskurðlækna**“ varðandi verklag og tilvísanir sjúklinga með þvagfærastjúkdóma. Ef vel gengur gæti verkefnið orðið fyrirmynd vegna annarra sérgreina.

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins hlaut styrk til verkefnis sem lýtur að „**Samfelldri þjónustu heimahjúkrunar, heilsugæslunnar og Landspítalans**“. Mótað verður og innleitt verklag með þetta að markmiði.

Heilbrigðisstofnanir Austurlands og Vesturlands fengu styrk til þýðingar á gagnreyndri „**HAM meðferðarhandbók fyrir kvíðin börn og foreldra þeirra**“. Hugræn atferlismeðferð samkvæmt handbókinni hefur verið rannsökuð í Bretlandi og sýnt góðan árangur. Í verkefnislýsingu segir að meðferðin sé aðgengileg, auðveld í framkvæmd og gagnist breiðum hópi barna. Hún gæti því verið gott verkfæri til að bæta sálfræðiþjónustu og stytta biðlista eftir sálfræðiþjónustu á landsbyggðinni.

Loks hlaut styrk verkefni Landspítalans „**Öruggt »Hand-Off« við vaktaskipti**“ sem ætlað er að auka öryggi sjúklinga með því að móta staðlaðar leiðir við vaktaskipti lækna.

Úthlutunarnefnd var skipuð þremur fulltrúum ráðuneytisins sem lagði mat á umsóknirnar og gerði tillögu til ráðherra um styrkveitingarnar til verkefnanna. Fjögur verkefni fengu 500 þúsund króna styrk og eitt þeirra fékk 150 þúsund krónur.

„Það er kannski klisjukennt en ég hef bæði í leik og starfi oft verið minnt á hversu lífið er stutt.“

Viðtal við Auðbjörgu Bjarnadóttur, hjúkrunarfræðing á Kirkjubæjarklaustri
Magnús Hlynur Hreiðarsson



Auðbjörg Brynja Bjarnadóttir, hjúkrunarfræðingur á Kirkjubæjarklaustri og eini hjúkrunarfræðingurinn á heilsugæslustöð staðarins. Hún er einnig ljósmóðir og sjúkraflutningamaður. Ljósmynd/einkasafn.

Kirkjubæjarklaustur er fallett þorp í Skaftárhreppi. Þar er stunduð verslun og er þar margvísleg þjónusta við íbúa og ferðamenn. Kirkjubæjarklaustur á sér langa og merka sögu. Í dag búa um 150 manns á Kirkjubæjarklaustri en frá staðnum er stutt í nokkrar þekktustu náttúruperlur á Íslandi eins og Jökulsárlón, Skaftafell, Lakagíga og Landmannalaugar. Á Klaustri er heilsugæslustöð á vegum Heilbrigðisstofnunar Suðurlands. Á stöðinni ræður Auðbjörg Bjarnadóttir hjúkrunarfræðingur ríkjum en hún er eini hjúkrunarfræðingurinn á staðnum. Blaðamaður settist niður með Auðbjörgu og fékk að vita allt það helsta um hana og starfið á Klaustri.

Sterkar taugar til Bolungarvíkur

Auðbjörg Brynja Bjarnadóttir, eins og hún heitir fullu nafni, er fædd 31. október 1978 á Landspítalanum en ólst upp í Reykjavík og síðar í Garðabænum. Hún hefur sterkar taugar til Bolungarvíkur en föðurfjölskylda hennar er þaðan. Einnig voru móðir hennar og systkini búsett þar lengi. „Ég hef reyndar alla tíð sótt í landsbyggðina,



Auðbjörg og Bjarki með börnum sínum, Mariönnu Katrínu, Bríeti Sunnu og Kristófer Gunnari. Ljósmynd/einkasafn.

byrjaði með sumarstörfum, s.s. að passa systkinabörn hingað og þangað um landið,“ segir Auðbjörg. Móðir hennar er Katrín Gunnarsdóttir, dóttir Auðbjargar Brynjólfsdóttur og Gunnars H. Kristinssonar, fyrrverandi hitaveitustjóra. Auðbjörg er nú nýtekin við sem skólastjóri í Kirkjubæjarskóla á Síðu. Bræður Auðbjargar sammæðra eru Hallberg Brynjar og tvíburarnir Guðmundur Jóhann og Axel Darri Guðmundssynir, samfedra er Benedikt Örn Bjarnason. Faðir hennar er Bjarni Benediktsson framkvæmdastjóri, sonur hjónanna Hildar Einarsdóttur og Benedikts Bjarnasonar sem lengi rak Bjarnabúð í Bolungarvík.

Var ráðskona í sveit fyrir fermingaraldur

Auðbjörg segist hafa byrjað að vinna á alvörulaunum sem barnapía 9 ára gömul og um líkt leyti fór hún að bera út dagblöð í Garðabænum og vinna í skólasjoppunni. Hún var líka ráðskona í sveit fyrir fermingu og söng í kirkjukór Garðakirkju á unglingsárum til að eiga vasapeninga og spara fyrir námsárin. „Frá unglingsaldri hef ég unnið, m.a. við ferðaþjónustu, og síðan með einum eða öðrum hætti við heilbrigðisvið frá því ég var 16 ára gömul, framan af á hjúkrunarheimilum og öldrunardeildum en síðar ýmsu sem tengist meðgöngu og fæðingu,“ segir hún.

Auðbjörg útskrifaðist sem stúdent frá Menntaskólanum í Kópavogi af ferðamálabraut árið 1999. Hún lauk hjúkrunarprófi 2005 og ljósmóðurprófi 2007, hvoru tveggja frá Háskóla Íslands. Auk þess er hún með réttindi sem sjúkraflutningamaður, hefur lokið diplómagráðu í mannauðsstjórnun og leggur nú stund á meistaranám í heilbrigðisvísindum.

„Líkur sækir líkum heim,“ segir máltækið en Auðbjörg er gift Bjarka V. Guðnasyni, sjúkraflutningamanni og vélstjóra, sem situr einnig í sveitarstjórn Skaftárhrepps. Þau búa á Maríubakka, sveitabæ í Fljótshverfi í Skaftárhreppi. Hjónin rækta rófur og að auki eru þau með fáeinar kindur, en afkoma þeirra byggist þó á vinnu sem er fyrir utan búið. Börn þeirra eru þrjú, frumburðurinn, Marianna Katrín, er fædd 2004 og er að fara í framhaldsskóla í haust, næst í röðinni er Bríet Sunna, fædd á fullveldisdaginn árið 2009 og yngsta barnið og einkasonurinn, Kristófer Gunnar, er fæddur 2011. „Það hefur leikið við okkur barnalán sem er lífsins gjöf og ómetanlegur auður,“ segir Auðbjörg brosandi og stolt af fjölskyldu sinni.

Langaði að verða flugmaður og síðar læknir

Auðbjörg er þarnaest spurð hvort hún hafi alltaf ætlað að verða hjúkrunarfræðingur eða hvort hún hafi verið með aðrar áætlanir? „Í sannleika sagt þá var kannski ekki endilega á döfinni að vera hjúkrunarfræðingur. Fyrsta minning mín um starf, eða hvað ég vildi verða þegar ég yrði stór, var að verða flugmaður. Á þeim tíma þótti það frekar háleit hugmynd og ég man í 6 ára bekk þá áttum við að teikna mynd af okkur í framtíðarstarfinu en þá gat ég ekki teiknað flugmann því ég var ekki strákur. Það varð úr að ég teiknaði mynd af flugfreyju en hafði svo sem ekk-



Auðbjörg og Bjarki eru bæði sjúkraflutningamenn og hittast oft í útköllum, hún í hlutverki hjúkrunarfræðingsins eða sjúkraflutningamannsins, allt eftir edli útkallsins og hvort þau eru saman á vakt. Ljósmynd/einkasafn.

ert sérstakan áhuga á því starfi,“ segir hún íbygginn þegar hún rifjar upp þessar æskuminningar sínar.

Hún segir að í æsku hafi hún hins vegar sagast að öllu sem snerti bráðatilfelli, sjúkrabíla, spítala og þess háttar, svo blundaði í henni að verða ljósmóðir en hún hélt að það væri bara fyrir einhverja útvalda. „Svarið kom í kringum stúdentsprófið, ég ætlaði að verða læknir. Móðuramma mín veiktist þegar ég var í prófum í klausu í læknadeildinni haustið 1999. Hún var mér afskaplega kær og ég sinnti henni í veikindunum, mætti þar af leiðandi ekki nægilega undirbúin í próf og var því ekki ein þeirra sem komust inn en var ekki langt frá því. Móðurafi minn veiktist líka stuttu síðar og naut ég þeirra forréttinda að sinna þeim báðum þar til yfir lauk. Í framhaldi af því lá leið mín í hjúkrun. Ég átti líka frænku sem var landsbyggðarhjúkrunarfræðingur og fannst alltaf gífurlega spennandi það sem hún var að eiga við í starfinu. Það voru einmitt hennar börn sem ég passaði á sumrin frá 9 ára aldri, fékk þannig smjörþefinn af starfi hjúkrunarfræðinga,“ segir Auðbjörg.



Hér er Auðbjörg í starfi ljósmóðurinnar, beðið eftir fæðingu barns. Ljósmynd/einkasafn.



Fjölskyldan á góðri stundu þegar frumburðurinn Marianna Katrín var fermd í Prestbakkakirkju. Séra Ingólfur Hartvigsson fermdi. Ljósmynd/einkasafn.

Auðbjörg útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur frá Háskóla Íslands árið 2005 og líkaði mestmegnis vel. „Það er þó ýmislegt, sem mér fyndist að mætti dýpka betur, svo sem viðbrögð við slysum og bráðatilfellum á vettvangi og fleira. Líklega er kennslan of sjúkrahúsmiðuð, í öllu falli var hún það þegar ég stundaði mitt nám. Eftir útskrift hóf ég nám í ljósmóðurfraeði og lauk því vorið 2007.“

Fjölbreytt starf á Kirkjubæjarklaustri

Auðbjörg er næst spurð hvar hún hafi starfað sem hjúkrunarfræðingur og hvað kom til að hún réðst til starfa á Kirkjubæjarklaustri? „Ég hafði svo sem aldrei sett ratsjána beint á Kirkjubæjarklaustur, hins vegar bráðvantaði hjúkrunarfræðing á heilsugæsluna á Klaustri stuttu eftir að ég lauk ljósmóðurnáminu. Að auki var tengdafaðir minn langveikur og það vantaði aðstoð við búið en þar var töluverður fjöldi af kindum og rófurækt. Það var einnig óánægja í útskriftarhópnum mínum með kjör sem voru boðin á Landspítala, sem er svo sem engin ný saga. Við slógum til, fórum austur með þriggja ára gamla dóttur okkar og erum þarna enn í dag. Í gegnum árin og meðfram háskólanámi vann ég á hjúkrunarheimilum og á ýmsum deildum Landspítalans.“

Auðbjörg segir að starfið á Kirkjubæjarklaustri sé afskaplega fjölbreytt, starfssvæðið stórt en fáir um verkin þannig að náin teymisvinna lækis og hjúkrunarfræðings auk

„Það er kannski ákveðinn lífsstíll, og jafnvel forréttindi, að geta unnið og starfað á heilsugæslu í dreifbýli. Í starfinu felst meðal annars að vera til staðar, ýmist við gleði- eða sorgarstundir skjólstaðinga, það er í senn gefandi og krefjandi.“

sjúkraflutningafóks er forsenda þess að vel gangi. „Það er kannski ákveðinn lífsstíll, og jafnvel forréttindi, að geta unnið og starfað á heilsugæslu í dreifbýli. Í starfinu felst meðal annars að vera til staðar, ýmist við gleði- eða sorgarstundir skjólstaðinga, það er í senn gefandi og krefjandi. Einnig þarf að sinna skjólstaðingum heima fyrir þar sem ekki allir komast á heilsugæsluna, hvað þá farið lengra eftir þjónustu. Á seinni árum hefur fjölgað talsvert í hreppnum og þá hefur ljósmóðurnámið komið sér vel þar sem ég sinni ungbarnaeftirliti í hreppnum,“ segir Auðbjörg. Hún fer svo reglulega til Víkur að sinna mæðraeftirliti og tvisvar í mánuði austur á Höfn til að sinna sömu verkum þar og er stundum svo heppin að fá að taka á móti börnum, en það eru þá óvæntar fæðingar og kannski ekki alltaf tími eða færð til að senda konur með flugi eða sjúkrabíl. „Að auki hefur það styrkt faglega hæfni mína að vera menntaður sjúkraflutningamaður — það er óhætt að segja að námið mitt kemur sér afar vel á stað sem þessum,“ segir hún.

Fyrsta heilsugæslan sem innleiðir fjarheilbrigðisþjónustu

Á heilsugæslustöðinni á Kirkjubæjarklaustri er stunduð fjarheilbrigðisþjónusta sem vakið hefur athygli og kemur vel út. „Fjarheilbrigðisþjónusta ætti að vera sjálfsgöð og til staðar sem víðast í minni byggðarlögum. Ávinningur af fjarheilbrigðisþjónustu er umtalsverður, um það verður ekki deilt. Enn og aftur kem ég inn á mikilvægi teymisvinnu þeirra sem vinna í heilbrigðisþjónustunni þar sem allir vinna sem ein heild. Íbúar í Skaftárhreppi hafa tekið þessari þjónustu með opnum örmum og áttu meðal annars stóran þátt í að safna fyrir nauðsynlegum tækjabúnaði á sínum tíma,“ segir Auðbjörg aðspurð um þjónustuna.

Heilsugæslan á Kirkjubæjarklaustri er fyrsta heilsugæslan sem hefur innleitt fjarheilbrigðisþjónustu og er því í fararbroddi í verkefninu hér á landi. Árið 2013 var búnaður keyptur með stuðningi heimamanna. Auðbjörg segir að fjarheilbrigðisþjónustan sinni fjölbreyttum þörfum fólks auk þess sem hún bæti aðgengi fólks að ýmiss konar sérfræðiþjónustu sem annars væri aðeins aðgengileg á Selfossi eða Reykjavík. Þessi viðbót eflir því heilbrigðisþjónustu heima í héraði og er meðal annars árangursrík leið til að efla lýðheilsu. „Ekki er verra að þessi þjónusta eykur hagkvæmni í rekstri og tryggir betri nýtingu heilbrigðisstarfsfólks. Það er þó enn ókomið greiðslumódel og ýmiss konar praktísk mál eru enn í vinnslu í kerfinu til þessa að þetta geti orðið hnitmiðaðri þjónusta.“

„Seigla er mikilvægur eiginleiki sem styrkir mann við þessar aðstæður“

Það er mikil umferð ferðamanna um Skaftárhrepp og þar hafa orðið nokkur stór slys, m.a. banaslys á milli jóla og nýárs bæði 2017 og 2018, en bæði slysin urðu 27. desember. Hvernig var fyrir Auðbjörgu sem eina hjúkrunarfræðinginn á svæðinu að koma að þessum slysum og vinna úr þeim? „Að vera klár í slaginn fylgir því að starfa í dreifbýli, maður verður bara að taka því sem kemur. Það er enginn annar sem getur tekið boltann. Umfang beggja þessara slysa var mikið og aðkoman var í báðum tilvikum mjög krefjandi og erfið, en þó ólík. En það voru líka margir hlutir sem unnu með okkur. Við svona aðstæður er mitt hlutverk fyrst og fremst að koma réttum upplýsingum sem fyrst áleiðis svo að það sé tryggt að viðeigandi bjargir berist án tafar, ásamt því að hefja nauðsynlega vinnu og hlúa að slösuðum. Í dreifbýlli sveit er bið eftir fyrstu hjálp alltaf löng og sérhæfð viðbrögð er á höndum fárra aðila. En við búum vel að góðum og fórnfúsum sjálfbæðaliðum annarra björgunaraðila, s.s. í björgunarsveit og í slökkviliði, og það er mikilvæg aðstoð við okkur heilbrigðismenntaða fólkið. Svo er mjög gott samstarf og samvinna við lögreglu.“

„Vissulega mun þessi dagsetning líða mér seint úr minni, maður mun alltaf velta því fyrir sér á þessum degi hvað dagurinn beri í skauti sér. Við skulum vona að það verði ekki allt þegar þrennt er.“

Því miður höfum við of oft þurft að koma saman við slysa- aðstæður, en það hefur í för með sér að við búum að reynslu sem nýtist í næsta útkalli,“ að sögn Auðbjargar. „Seigla er mikilvægur eiginleiki sem styrkir mann við yfirþyrmandi aðstæður. Samvinna er lykilatriði ef árangur á að nást og forsenda samvinnu er traust. Með svona hóp stendur maður ekki einn,“ segir Auðbjörg sem á erfitt með að rifja slysin upp. Auðbjörg segir að líklega hafi það verið tilviljun ein að slysin bar upp á sama dag — nánast upp á klukkustund. „Vissulega mun þessi dagsetning líða mér seint úr minni, maður mun alltaf velta því fyrir sér á þessum degi hvað dagurinn beri í skauti sér. Við skulum vona að það verði ekki allt þegar þrennt er.“

Það er líklega aldrei hægt að koma alveg í veg fyrir slys en það má alltaf brýna fyrir ökuönnnum — innlendum sem erlendum — að miða akstur við aðstæður, nota bílbelti og viðeigandi öryggisbúnað. Það er sannað að bílbelti bjarga mannlífum. Það er svo orðið nauðsynlegt að fækka einbreiðum brúm í héraðinu enda eru þær allt of margar og allar hættulegar,“ segir Auðbjörg þegar hún var spurð hvort það væri eitthvað hægt að gera að hennar mati til að forðast svona stór slys.



Auðbjörgu og fjölskyldu líður mjög vel í Skaftárhreppi en vinnustaður Auðbjargar er á heilsugæslustöðinni á Kirkjubæjarklaustri þar sem fjarheilbrigðisþjónusta er stunduð með góðum árangri. Ljósmynd/ Mats Wibe Lund.

Fjarheilbrigðisþjónustan á Klaustri vakið verðskuldaða athygli

Auðbjörg er augljóslega mjög ánægð með starfið sitt á Kirkjubæjarklaustri og að vera íbúi í Skaftárhreppi. „Já, ég er svo ljónheppin að mér finnst starfið mitt skemmtilegt, það er krefjandi og getur reynt á svo marga þætti. Starfið kallar á mikil og oft nán samskipti við íbúa sem getur bæði verið kostur og galli í fámennu héraði. Á seinni árum hefur orðið sprenging í komum ferðamanna á þessu svæði, mest erlendra. Það kallar oft og tíðum á skemmtileg og áhugaverð samskipti við fólk frá ýmsum löndum sem þó geta orðið erfið stöku sinnum,“ segir hún.

„Það hefur verið gífurlega ánægjulegt og gefandi að taka þátt í innleiðingu fjarheilbrigðisþjónustunnar og breyttu vaktafyrirkomulaginu með það fyrir augum að auka gæði og tryggja bráðþjónustuna, enda hefur starf okkar hér á Klaustri vakið athygli víða og margir sem vilja kynna sér þá starfsemi.“

Þegar Auðbjörg er spurð hvað standi upp úr í starfinu þegar hún líti til baka stendur ekki á svarinu. „Það hefur verið gífurlega ánægjulegt og gefandi að taka þátt í innleiðingu fjarheilbrigðisþjónustunnar og breyttu vaktafyrirkomulaginu með það fyrir augum að auka gæði og tryggja bráðþjónustuna, enda hefur starf okkar hér á Klaustri vakið athygli víða og margir sem vilja kynna sér þá starfsemi. Það eru að verða átta ár

síðan við stækkuðum vaktsvæði lækniis aðra hverja viku yfir vetrartímann, þá viku sem ekki er lækni á staðnum þá er lækni staðsettur í næsta héraði og hjúkrunarfræðingur á framvakt á Kirkjubæjarklaustri. Fyrir þetta fyrirkomulag var oft enginn á vakt á staðnum og allri bráðaþjónustu sinnt frá næsta héraði sem er í um klukkustundar fjarlægð. Erfiðast hefur verið að tryggja samfellu í þjónustu enda fáir starfsmenn og ekki auðhlaupið að fá afleysingar — hvort sem það er fyrir lækni eða hjúkrunarfræðing.“

Kynngimagnað útsýni sem veitir vellíðan og kraft

„Í Skaftárhreppi er náttúran og fegurðin engu lík, það er ómetanlegt og nærandi að hafa slíka fegurð í kringum sig. Lómagnúpur og Örafajökull blasa við mér á hverjum degi, kynngimagnað útsýni sem veitir vellíðan og kraft. Alveg frá því að ég var stelpuskotta hef ég alltaf hrifist af litlum samfélögum. Í litlu samfélagi eru íbúar oft en ekki knúnir drifkrafti og þrautseigju og allir skipta máli. Oftast er fólk samherjar en stundum getur slegið í brýnu og er virkilega sorglegt að verða vitni að átökum sem geta haft leiðinleg og jafnvel langvarandi áhrif á samfélagið að hluta eða heild,“ segir Auðbjörg aðspurð um hvernig sé að vera íbúi í Skaftárhreppi.

Auðbjörg hefur tekið þátt í ýmiss konar nefndarstörfum fyrir góðgerðarsamtök og sveitarfélagið. Hún segir það gefandi að geta lagt samfélaginu lið og það veiti manni einhvers konar fyllingu. „Ég mætti sjálf sagt vera duglegri að gera eitthvað fyrir sjálfa mig, en ég lít svo á að ég búi við þá gæfu að stunda vinnu við það sem ég hef helst áhuga á. Ég er lánsöm með fjölskyldu og er rík að vinum sem halda vel hópinn. Farnar hafa verið ófáar skemmtiferðir hirlendis sem erlendis og á ég margar minningar sem ylja. Ég hef einnig mikla ánægju af lestri bóka og að ferðast um jörðina góðu og síðast en ekki síst að njóta náttúrunnar,“ segir hún.

Frönsku Alparnir í sumar

Nú þegar líður á samtal okkar Auðbjargar er hún spurð hvernig sumarið leggist í hana og fjölskyldu hennar? „Sumarið er tíminn. Á döfinni er að fara með stórfjölskyldunni í frönsku Alpna, svo er stefnt á að dusta rykið af fellihýsinu og jafnvel fara með það út fyrir sýsluna. Annars er sumarið einn annamesti tíminn í héraðinu og geri ég ekki ráð fyrir að fara langt eða vera lengi í burtu. Hér er líka náttúrufegurðin og veðursæld engu lík og því ekki þörf á að fara langt,“ segir hún skellihljæjandi.

„Það er kannski klisjukennt en ég hef bæði í leik og starfi oft verið minnt á hversu lífið er stutt. Hver stund er dýrmæt og það er undir okkur sjálfum komið hvernig við nýtum tímann.“

Þegar Auðbjörgu gafst kostur á að koma með lokaorð stóð ekki á þeim. „Það er kannski klisjukennt en ég hef bæði í leik og starfi oft verið minnt á hversu lífið er stutt. Hver stund er dýrmæt og það er undir okkur sjálfum komið hvernig við nýtum tímann. En mig langar að nota tækifærið og hnykkja á að nú er aðkallandi að heilbrigðiskerfið horfi inn á við, notendum fjölgar og fjölgar. Núverandi uppsetning og fyrirkomulag hvað varðar „hefðbundna“ verkaskiptingu stétta fullnægir ekki nauðsynlegri þörf, álag á fagfólk eykst og hefur betur í of mörgum tilfellum. Breytingar geta eftl fólk og aukið hæfni í starfi, nokkuð sem ætti að vega þyngra en landamæri starfstétta þegar kemur að öryggi og þjónustu við sjúklinga. Víða erlendis hefur verið brugðist við með breytingum sem þessum. Hjúkrunarfræðingar ættu að vera í fararbroddi og varða veg heilbrigðisþjónustu framtíðarinnar.“

Bráðadagurinn: Uppskeruhátíð rannsókna og verkefna í bráðþjónustu

Sigurlaug Anna Þorsteinsdóttir

Árlega stendur flæðisvið Landspítala fyrir þverfaglegri ráðstefnu þar sem kynntar eru rannsóknir í tengslum við bráðþjónustu á Íslandi og ber heitið bráðadagurinn. Ráðstefnuna sækir fagfólk í þjónustu bráðveikra einstaklinga frá fjölbreyttum starfstöðum samfélagsins og er þetta orðinn mikilvægur vettvangur í símenntun þessa hóps. Bráðþjónusta er afar fjölbætt og hefur snertiflöt við fjölmargar fagstéttir. Starfsfólk á öllum þjónustustigum bráðþjónustu þarf að vera í stakk búið til að takast á við óvænt verkefni, vera lausnamiðað og finna besta mögulega úrræði hverju sinni fyrir sína skjólstaðinga. Afrakstur rannsókna og starfspróunarverkefna í bráðþjónustu eru kynnt þennan dag en titill ráðstefnunar í ár er „Flæði bráðveikra; sjúklingar, starfsfólk og starfsumhverfi“.

Mikil breidd í flæði sjúklinga á bráðamóttöku

Yfirskrift ráðstefnunnar „Flæði bráðveikra; sjúklingar, starfsfólk og starfsumhverfi“ er lýsandi fyrir umræðu sem hefur verið í samfélaginu um bráðþjónustu Landspítala. Bráðþjónusta er víðtæk, flókin og spannar breitt svið, hún kann að hefjast á slysstað þar sem fyrsta hjálp er veitt og af slysstað flyst hinn slasaði (eða slösuðu) á bráðamóttöku til áframhaldandi meðferðar. Bráðamóttaka tekur ekki aðeins á móti einstaklingum frá slysstað heldur er tekið á móti öllum slösuðum, veikum eða bráðveikum sem þangað leita eða er vísað af öðru heilbrigðisstarfsfólki. Því er mikil breidd í sjúklingaflæði og fráflæðisvandi af deildum spítalans veldur ógnum í starfsumhverfi en það kann aftur að snerta öryggi sjúklinga.

Vandi bráðþjónustu er ekki einskorðaður við flæði því skortur á hjúkrunarfræðingum er orðinn ápreifanlegur og það brýst fram í auknu álagi og áreiti og hætta á kulnun í starfi stigmagnast. Það eru margar og flóknar áskoranir sem blasa við en starfsfólk flæðisviðs er lausnamiðað og hugmyndaríkt sem endurspeglast í fjölda breytingatillaga og breytingastjórnun.

Vandi bráðþjónustu er ekki einskorðaður við flæði því skortur á hjúkrunarfræðingum er orðinn ápreifanlegur og það brýst fram í auknu álagi og áreiti og hætta á kulnun í starfi stigmagnast. Það eru mörg og flókin viðfangsefni sem blasa við en starfsfólk flæðisviðs er lausnamiðað og hugmyndaríkt sem endurspeglast í fjölda breytingatillaga og breytingastjórnun. Uppspretta sumra breytinganna voru kynntar á bráðadeginum auk annarra erinda en þess utan voru málstofur og veggspjaldakynning sem snerta málefnið.



Hér má sjá nokkra áhugasama gesti bráðadagsins. — Ljós.: Þorkell Þorkelsson.

Mikilvægur vettvangur til að miðla rannsóknum

Bráðadagurinn er mikilvægur vettvangur til að kynna rannsóknir og þróunarverkefni hjúkrunarfræðinga. Til að fræðast betur um bráðahjúkrun voru þær Dóra Björnsdóttir og Gunnhildur Ösp Kjærnested teknar tali en þær eru báðar hjúkrunarfræðingar á bráðasviði Landspítala. Þær segja okkur frá bakgrunni sínum og framtíðarsýn og deila með okkur sinni sýn á Bráðadeginum.

Gunnhildur útskrifaðist frá Háskóla Íslands árið 2014 og fór síðan um haustið að vinna á neðri hæð bráðamóttökunnar, G2. Þar áður hafði hún unnið á taugalækningadeild með skóla og á hálendi Íslands sem skálavörður á sumrin. „Þar kviknaði einna helst áhugi á bráðahjúkrun enda þurfti maður oft að vera lausnamiðaður og takast á við alls konar aðstæður, allt frá smáslysum og upp í bráðar og alvarlegar aðstæður. Ég vann á G2 í rúmt 3 og hálft ár og færði mig síðan upp á G3, efri hæð bráðamóttökunnar.“

Dóra útskrifaðist úr hjúkrun frá Háskóla Íslands 1995. Hún vann sem fjórða árs nemi á A-7 og fyrst eftir útskrift, fór þaðan á barnadeild FSA og vann þar frá 1996–1999, svo á Sjúkrahúsinu Selfossi frá 2000–2003. Hún fór í diplómanám í bráðahjúkrun 2003 og hefur unnið á bráðamóttöku allar götur síðan.

Kynnist fjölbreyttri flóru samfélagsins á hverjum einasta degi

Hvað gerir bráðahjúkrun sérstaka í ykkar huga? „Það sem gerir bráðahjúkrun einstaka er hversu síbreytileg hún er. Maður er aldrei að fást við sama verkefnið og maður er alltaf að læra eitthvað nýtt. Meira að segja mestu reynsluboltanir, þeir sem hafa verið þarna í fjölda ára eða áratugi, koma stundum að tómunum kofunum og þurfa að leita ráða. Einnig kynnist maður allri flóru samfélagsins á hverjum degi og maður hjúkrar einstaklingum á öllum aldri, frá nýburum og upp í aldraða einstaklinga. Maður er aldrei að hjúkra sama einstaklingnum og þarf að stilla sig inn á hvern og einn,“ segir Gunnhildur. Dóra segir fjölbreytileikann vera það fyrsta sem komi upp í hugann þar sem skjólstæðingahópurinn og vandamálin eru svo fjölbreytt. „Við þurfum að hugsa í lausnum og láta okkur detta eitthvað í hug við aðstæðum sem við höfum ekki einu sinni hugmynda-

flug í að við lendum í. En mannskapurinn sem velur sér að starfa í bráðaðþjónustu hann er líka einstakur, verkefni eru flókin og oft mjög erfið en það er líka það sem þjappar okkur saman og það gerir bráðahjúkrun sérstaka.“

Gott tækifæri til að efla samstarf á milli ólíkra aðila

Gunnhildur og Dóra segja Bráðadaginn skipta miklu fyrir bráðahjúkrun. „Hann getur kveikt á nýjum hugmyndum og hugsanlegum rannsóknarverkefnum eða umbótarverkefnum sem geta eflt bráðahjúkrun,“ segir Gunnhildur. „Bráðadagurinn er vettvangur þar sem maður getur séð umbótaverkefni og nýjungar í bráðahjúkrun. Það er nauðsynlegt að geta séð og hugleitt hvernig hægt er að gera hlutina betur svo við getum veitt enn betri þjónustu. Einnig er það mjög hvetjandi að sjá hversu mörg verkefni eru í gangi og eykur það líkur og umræður um nýjar rannsóknir, verkefni eða umbótaverkefni.“

Dóra tekur undir orð Gunnhildar og segir daginn jafnframt vera góðan vettvang til að koma á framfæri rannsóknarverkefnum meðal hjúkrunarfræðinga sem og þeirra sem eru í framhaldsnámi, sem og að kynnast því sem aðrir eru að gera. „Ég lít á þetta sem uppskeruhátíð sviðsins þar sem gefst tækifæri á að kynnast því sem er verið að vinna að á deildinni (G-2) og svo á sviðinu í heild.“ Einnig er þetta gott tækifæri til að kynnast fleirum á sviðinu og utan þess. „Það er gaman að hafa þetta þverfaglegt og heyra frá sem flestum starfsstéttum. Það er alltaf áhugavert að heyra hvernig aðrir taka á hlutunum og finna lausnir á sömu vandamálum og eru til staðar hér.“ Þá er þetta tilvalið tækifæri til að efla samstarf á milli ólíkra aðila að sögn Dóru. „Í ár heyrðum við t.d. frá hjúkrunarfræðingi úti á landi og viðbragðsaðilum í utanspítalaþjónustu, þetta er ótvírætt tækifæri til að efla samstarf Landspítalans við t.d. landsbyggðina og aðra viðbragðsaðila.“

Aðspurðar um framtíðaráætlanir í hjúkrun svarar Gunnhildur því til að hún stefni á áframhaldandi störf innan bráðahjúkrunar. Dóra bindur vonir við að innan tveggja ára geti bráðasviðið veitt framúrskarandi þjónustu fyrir bráðveika og slaðaða. Gunnhildur segir mörg og spennandi tækifæri vera innan seilingar og „spennandi að fylgjast með og sjá hvernig bráðahjúkrun og starfsemi bráðamóttökunnar þróast.“

Svefn hjá vaktavinnufólki

Erla Björnsdóttir



Erla Björnsdóttir.

Stór hluti fólks vinnur utan hefðbundins dagvinnutíma og vaktavinna getur haft margvísleg áhrif á svefn, líðan og heilsu. Það er þó nokkuð einstaklingsbundið hversu vel fólk nær að aðlagast breytilegum vinnutíma og sumir þola vaktavinnu mun betur en aðrir.

Dr. Erla Björnsdóttir hélt erindi fyrir hjúkrunarfræðinga í húsakynnum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrr á þessu ári um mikilvægi svefns fyrir líkamlega og andlega heilsu, dægursveiflu og áhrif hennar á frammistöðu fólks en hún hefur sérhæft sig rannsóknum og meðhöndlun svefnvandamála. Í erindinu fjallaði hún meðal annars um algeng svefnvandamál og gaf góð ráð sem stuðla að bættum nætursvefni. Sérstök áhersla var á svefn hjá vaktavinnufólki líkt og á við um marga hjúkrunarfræðinga. Erla lauk BA-prófi í sálfræði frá Háskóla Íslands 2007, kandidateitprófi frá Háskólanum í Árósum 2009 og doktorsprófi í líf- og læknávisindum 2015. Hún er stofnandi og stjórnarformaður Betri svefns.

Hvernig er svefn vaktavinnufólks öðruvísi?

Svefnvandamál eru algengari hjá þeim sem stunda vaktavinnu og rannsóknir hafa sýnt að vaktavinnufólk fær allt að 7 klst. styttri svefn á viku en aðrir. Að sama skapi kvarta um 20% vaktavinnufólks um slæman svefn, dagssýfju og einbeitingarskort (Åkerstedt, 2003).

Í líkamanum er svokölluð líkamsklukka sem hefur áhrif á svefn- og vökumynstur okkar. Þessi klukka stjórnast að verulegu leyti af birtubreytingum sem stýra framleiðslu á hormóninu melatónín. Styrkur melatóníns í blóðinu eykst þegar dimmir á kvöldin og á stóran þátt í að stilla líkamsklukkuna og stuðla með því að syfju. Dagsbirta temprar hins vegar framleiðslu melatóníns þar sem styrkur þess minnkar um leið og sólarljós berst til augnanna og það gerir okkur auðveldara að vakna og eykur árverkni okkar. Líkamshiti okkar er líka breytilegur eftir tíma dags og hefur áhrif og svefn og vökumynstur. Líkamshitinn hækkar nokkuð ört á morgnana en það eykur árvekni og hjálpar okkur að vakna. Á kvöldin (oftast um kl. 22-23) verður hitalosun í líkamanum þar sem líkamshitinn lækkar og þetta stuðlar að syfju. Líkamshitinn heldur svo áfram að lækka og nær lágmarki um kl. 4:30 á morgnana en þá er melatónínframleiðsla einmitt í hámarki. Flestir sem hafa vakað á þessum tíma (t.d. vegna næturvakta) kannast við að auki syfja og hrollur sækir gjarnan að á þessum tímapunkti. Svo þegar líður á morguninn eykst orkan gjarnan þrátt fyrir lengri vöku en þá er það hækkun á líkamshita og lækkun melatóníns sem hefur þar áhrif. Að auki er dægursveifla í flestri líkamsstarfsemi okkar og árvekni, athygli og einbeiting er mismunandi eftir tíma sólarhrings. Á nóttinni, þegar líkamshiti okkar er lægstur og öll starfsemi líkamans er í lágmarki, eigum við gjarnan erfiðara með að bregðast hratt við áreitum og líkur á mistökum og slysum aukast (Cagnacci o.fl., 1992). Þegar við reynum að vaka og vinna en líkamsklukkan segir að við eigum að vera sofandi, geta skapast ákveðin vandamál. Dæmi um slíkt sem margir kannast við, er svokölluð þotuþreyta (e. jet lag) þar sem erfitt er að koma jafnvægi á svefn- og vökumynstur eftir að ferðast er yfir tímabelti.

Tegund vakta getur því skipt máli fyrir afleiðingar á svefn og næturvaktirnar hafa oft mikil áhrif á svefnmynstur (Costa, 1996). Það er þó nokkur munur á einstaklingum á því hvernig þeir haga svefnvenjum sínum í kringum næturvaktir en algengt er að þegar komið er heim af vaktinni líði um klukkustund þar til farið er að sofa og flestir sofa styttra en þeir eru vanir að gera á nóttinni. Svo er gjarnan bætt upp fyrir þennan stutta svefn með því að leggja sig seinni part dags eða snemma kvölds (Åkerstedt, 2003). Með þessu er viðkomandi oftast að rugla sinn eðlilega sólarhringstakt en það getur haft þær afleiðingar að svefninn raskast í nokkra daga á eftir. Það er algengt að finna fyrir mikilli dagssýfju þegar næturvaktir eru unnar og nokkuð margir sem vinna á næturvöktum kannast við það að sofna ósjálfrátt í vinnunni, oftast undir morgun (Torsvall o.fl., 1989).

Morgunvaktir virðast líka hafa þó nokkur áhrif á svefninn og rannsóknir sýna að svefn er gjarnan styttri en venjulega fyrir morgunvaktir. Það er nokkuð algengt að vakna upp á nóttinni fyrir morgunvaktir og sumir eru varir um sig og eiga erfitt með að komast í djúpan svefn.

Morgunvaktir virðast líka hafa þó nokkur áhrif á svefninn og rannsóknir sýna að svefn er gjarnan styttri en venjulega fyrir morgunvaktir. Það er nokkuð algengt að vakna upp á nóttinni fyrir morgunvaktir og sumir eru varir um sig og eiga erfitt með að komast í djúpan svefn (Åkerstedt o.fl., 1991). Ástæðan gæti verið sú að fólk hræðist það að sofa yfir sig og mæta of seint á vaktina. Mun færri rannsóknir eru til á áhrifum kvöldvakta á svefninn en ljóst er að svefngæði skerðast verulega ef farið er beint af kvöldvakt yfir á morgunvakt þar sem ekki gefst nægilegur tími milli vakta til þess að ná fullum svefni.

Þegar mikil óregla er á fyrirkomulagi vakta aukast líkur á svefnvandamálum, svefnskorti og dagssýfju (Sallinen o.fl., 2003). Samfara þessu verður fólk gjarnan vart við einbeitingarskort, minnstruflanir og svo mikla sýfju að hætta skapast á að sofna óafvitandi við daglegar athafnir (Åkerstedt, 1995). Hætta á mistökum og slysum aukast eftir því sem unnið er lengur í einu, en vinnuskilyrði, s.s. birta, tegund vinnu, möguleiki á hvíldarpásam o.s.frv., geta skipt miklu máli (Dinges, 1995).

Rannsóknir hafa til að mynda sýnt að þeir sem eru svokallaðir „morgunhanar“, þ.e. vilja fara snemma að sofa og vakna snemma, eigi erfiðara með að aðlagast breytilegum vinnutíma. Einnig verður aðlögun erfiðari eftir því sem við eldumst og að sama skapi virðast konur eiga erfiðara með að aðlagast þessu mynstri en karlar.

Það er þó nokkur einstaklingsmunur á því hversu vel við þolum óreglulegan svefn- og vökutíma. Rannsóknir hafa til að mynda sýnt að þeir sem eru svokallaðir „morgunhanar“, þ.e. vilja fara snemma að sofa og vakna snemma, eigi erfiðara með að aðlagast breytilegum vinnutíma. Einnig verður aðlögun erfiðari eftir því sem við eldumst og að sama skapi virðast konur eiga erfiðara með að aðlagast þessu mynstri en karlar. Eftir því sem einstaklingur hefur stundað vaktavinnu lengur þeim mun erfiðar gengur honum að aðlaga breytilegan vinnutíma að lifnaðarháttum sínum, og því er þetta ekki eitthvað sem venst með tímanum (Saksvik o.fl., 2011). Aðrir þættir, eins og fjölskylduhagir, almenn heilsa og lífsstíll, skipta líka máli þar sem heilsuhraustir einstaklingar, sem stunda heilbrigðan lífsstíl, eiga oft auðveldara með að aðlagast vaktavinnu. Þegar fólk er með stóra fjölskyldu og börn á skóla- og leikskólaaldri getur verið erfitt að samhæfa vaktavinnu daglegum háttum fjölskyldunnar og rými til að hvíla sig milli vakta er gjarnan takmarkað.

Góð ráð fyrir vaktavinnufólk

Þar sem töluverður einstaklingsmunur er á þeim áhrifum sem vaktavinna hefur á svefn okkar er ekki til nein ein töfra-laun til þess að bæta svefn sem hentar öllum vel. Því er mikilvægt fyrir hvern og einn að prófa sig áfram og finna út hvað af eftirfarandi ráðum henta viðkomandi.

Almennt vaktaskipulag

Því færri næturvaktir sem unnar eru í röð, því betra. Ef unnar eru fleiri en fjórar næturvaktir í röð eykst verulega hættan á slysum og mistökum í vinnu. Það er best að vaktaskipting fylgi klukku sólarhringsins. Þannig er best að farið sé af morgunvakt yfir á kvöldvakt og þaðan á næturvakt. Æskilegt er að ávallt líði a.m.k. 11 klukkustundir milli vakta svo tækifæri gefist á nægilegri hvíld.

Mataræði, koffein og nikótín:

Á næturvöktum er mælt með því að borða aðra máltíð vaktarinnar milli kl. 00:00 og 1:00 og fá sér svo létt snarl undir morgun. Mikilvægt er að forðast fituríkan og brasaðan mat á nóttinni en mælt er með að borða holla og próteinríka fæðu. Forðast skal þungar máltíðir seint á vaktinni þar sem slíkt hefur slæm áhrif á svefninn eftir vaktina.

Koffein á fyrri hluta næturvaktar getur hjálpað til við að halda einbeitingu. Mikilvægt er þó að forðast koffein á seinni hluta vaktarinnar til þess að auka líkur á góðum svefni þegar heim er komið.

Forðast skal að nota nikótín nokkrum klukkustundum fyrir svefninn. Nikótín er örvandi efni sem lengir tímann sem það tekur að sofna.

Svefntímar — næturvaktir:

Ef unnin er einungis ein næturvakt er ráðlagt að fara að sofa eins fljótt og kostur er þegar vaktin klárast og sofa aðeins í fjórar klukkustundir. Með þessu móti ætti viðkomandi að vera

orðinn mjög þreyttur þegar kemur að hefðbundnum háttatíma um kvöldið og eiga auðvelt með að sofna og stilla sig aftur inn á eðlilegan takt. Ef sofið er lengur en fjórar klukkustundir mun það að öllum líkindum koma niður á nætursvefninum næstu nótt.

Ef unnar eru fáar næturvaktir í einu hefur sumum reynst vel að skipta svefninum í tvær lotur, sofa fjórar klukkustundir fyrir vaktina og fjórar beint eftir vaktina. Með þessu móti næst að halda einbeitingu á vaktinni og svefnþörf líkamans er uppfyllt án þess að snúa líkamsklukkunni algjörlega við. Þetta hentar þó alls ekki öllum.



Ef unnar eru eingöngu næturvaktir getur verið góð hugmynd að hluti af svefntímanum sé alltaf á sama tíma sólarhrings hvort sem fólk í vinnu eða fríi. Ef fólk sefur til dæmis frá kl. 8:00–16:00 þá daga sem það vinnur gæti svefntíminn frá 4:00–12:00 virkað vel á þeim dögum sem fólk á frí. Með þessu móti eru fjórar klukkustundir svefns alltaf á sama tíma sólarhringsins (8:00–12:00) og því verður breytingin fyrir líkamsklukkuna ekki eins mikil.

Áður en byrjað er á næturvöktum getur verið gott að fara eins seint að sofa kvöldið áður og sofa eins lengi og mögulegt er um morguninn fyrir vaktina. Að taka stuttan blund (30–60 mín.) fyrir næturvakt hefur gjarnan góð áhrif á einbeitingu og frammistöðu á vaktinni.

Birta

Að vera innandyrá um morguninn fyrir fyrstu næturvakt eða nota sólgleraugu ef farið er út í dagsbirtu getur verið gott ráð. Þetta er gert til þess að seinka dægursveiflunni og auðvelda líkamanum að venjast næturvinnunni.

Á næturvöktum er mikilvægt að vinna í björtu umhverfi og hafa skær ljós. Þetta minnkar magn melatóníns í blóðinu og

eykur árvekni á vaktinni. Til eru sérstakir dagljósalampar sem lýsa mjög skæru ljósi og geta verið hentugir í notkun á fyrri hluta næturvaktar.

Mikilvægt er að nota sólgleraugu á leið heim úr vinnu eftir næturvakt og forðast að vera úti í dagsbirtu áður en farið er að sofa. Þetta er gert til þess að hindra minnkun á melatóníni í líkamanum en styrkur þess minnkar þegar dagsbirta berst til augnanna og þá er erfiðara að sofna.

Svefnumhverfið

Passið upp á að gera svefnumhverfið eins svefnvænt og mögulegt er þegar þið sofið á daginn. Passið upp á að hafa svefnherbergið algjörlega myrkvað — hafa hitastig í herberginu þægilegt (ekki of heitt) og reyna að koma í veg fyrir allar truflanir frá umhverfinu.

Slökkvið á farsímum og takið heimasíma úr sambandi og biðið aðra í fjölskyldunni að aðstoða ykkur við að lágmarka truflun á svefntímanum. Ef þið eruð mjög viðkvæm fyrir hljóðum úr umhverfinu gæti verið góð hugmynd að sofa með eyrnatappa.

Þegar svefnvandamál eru til staðar er reglubundinn svefn oftast það svefnráð sem mikilvægast er að fylgja til þess að komast út úr vítahring svefnleysis. Þeir sem stunda vaktavinnu eiga sjaldan þann kost að fara alltaf á sama tíma að sofa og á sama tíma á fætur. En það sem þá er mikilvægt er að reyna að skapa sér einhverja reglu í þessu óreglulega mynstri. Auðveldast er að gera það ef vaktaáætlunin er nokkuð regluleg og ef hægt er að fá upplýsingar um vaktir langt fram í tímann.

Heimildir

- Åkerstedt, T. (2003). Shift work and disturbed sleep/wakefulness. *Occupational Medicine*, 53(2), 89–94.
- Åkerstedt, T. (1995). Work hours, sleepiness and the underlying mechanisms. *Journal of Sleep Research*, 4(s2), 15–22.
- Åkerstedt, T., Kecklund, G., og Knutsson, A. (1991). Spectral analysis of sleep electroencephalography in rotating three-shift work. *Scandinavian Journal of Work, Environment & Health*, 330–336.
- Cagnacci, A., Elliott, J.A., og Yen, S.S. (1992). Melatonin: A major regulator of the circadian rhythm of core temperature in humans. *The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism*, 75(2), 447–452.
- Costa, G. (1996). The impact of shift and night work on health. *Applied Ergonomics*, 27(1), 9–16.
- Dinges, D.F. (1995). An overview of sleepiness and accidents. *Journal of Sleep Research*, 4(s2), 4–14.
- Saksvik, I.B., Bjorvatn, B., Hetland, H., Sandal, G.M., og Pallesen, S. (2011). Individual differences in tolerance to shift work: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 15(4), 221–235.
- Sallinen, M., Härmä, M., Mutanen, P., Ranta, R., Virkkala, J., og Müller, K. (2003). Sleep–wake rhythm in an irregular shift system. *Journal of Sleep Research*, 12(2), 103–112.
- Torsvall, L., Åkerstedt, T., Gillander, K., og Knutsson, A. (1989). Sleep on the night shift: 24-hour EEG monitoring of spontaneous sleep/wake behavior. *Psychophysiology*, 26(3), 352–358.

Mikil fjölgun meðal hjúkrunarfræðinga sem leita til VIRK

Töluverð fjölgun er meðal hjúkrunarfræðinga sem leitað hafa til VIRK undanfarin ár, að sögn Vigdísar Jónsdóttur, framkvæmdastjóra VIRK. Rúmlega 15.000 einstaklingar hafa leitað til VIRK frá upphafi, en VIRK hóf starfsemi 2008, og eru um 2500 einstaklingar í þjónustu VIRK í dag. Hlutverk VIRK er að móta, samþætta og hafa eftirlit með þjónustu á sviði starfsendurhæfingar sem miðar markvisst að atvinnuþátttöku fólks í kjölfar veikinda eða slysa.

Töluvert fleiri konur hafa leitað til VIRK allar götur frá stofnun en að meðaltali eru um sjö af hverjum tíu þeirra sem leita til VIRK konur. Vigdís segir að vandi þeirra sem leita til VIRK sé yfirleitt mjög flókinn og margþættur en yfir átta af hverjum tíu þeirra hafa ekki starfsgetu vegna andlegra sjúkdóma eða stoðkerfisvanda. Hún leggur áherslu á að fólk leiti sér aðstoðar tímanlega og er trúnaður meðal starfsfólks hafður í hávegum.

Stoðkerfisvandamál algeng meðal hjúkrunarfræðinga

Að sögn Vigdísar eru stoðkerfisvandamál ástæða fjarveru frá vinnumarkaði hjá þriðjungu skjólstæðinga VIRK en stoðkerfisvandi er heldur meiri meðal hjúkrunarfræðinga. „Yfir helmingur þeirra hjúkrunarfræðinga sem leita til VIRK koma einmitt af þeirri ástæðu,“ segir hún. Aðrir algengir þættir, sem hafa áhrif á starfsgetu skjólstæðinga VIRK, er starfsþrot eða kulnun, fjölskylduáðstæður og áföll ýmiss konar.

Árið 2018 komu 1965 nýir einstaklingar til VIRK sem er mesti fjöldi frá stofnun. Athygli vekur að mesta fjölgunin er meðal þeirra sem lokið hafa háskólanámi. Meðalþjónustutími er um 16 mánuðir en hann getur verið frá örfáum vikum upp í nokkur ár. „Starf VIRK er mjög arðbært þegar metinn er ávinningurinn af því að fólk komist aftur út á vinnumarkaðinn,“ segir Vigdís. „Þetta snýst um líf fólks.“ Að sögn hennar kemur mikill meirihluti greiðslna til einstaklinga með skerta starfsgetu, eða 80%, frá atvinnurekendum og sjúkra- og lífeyrissjóðum. Annað kemur frá Tryggingastofnun ríkisins.



Vigdís Jónsdóttir, framkvæmdastjóri VIRK.

Vernd góðmennskunnar

Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir



Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir.

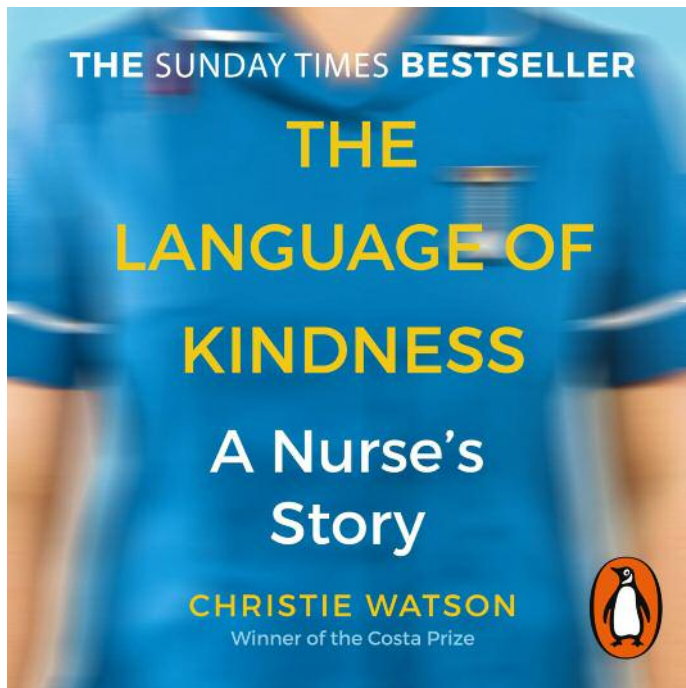
Ég var stödd hjá skólahjúkrunarfræðingnum í hefðbundnum hæðar- og þyngdarmælingum. Við kviðum held ég flestar fyrir þessum mælingum enda unglingsstúlkur sem vildum ekkert endilega að nokkur vissi niðurstöðurnar. Jafnvel ekki við sjálfar. Hjúkrunarfræðingurinn var ljós yfirlitum, stutt í brosið sem náði alveg til augnanna. Hún sagði ekki margt á meðan hún mældi en góðmennskan, sem stafaði frá henni, fyllti óörugga unglingsstúlkuna öryggi og hún fékk á tilfinninguna að hún skipti máli.

Ég hef kynnst mörgum hjúkrunarfræðingum síðan og er sjálf hjúkrunarfræðingur — meðal annars vegna kynna minna af skólahjúkrunarfræðingnum. Næmnin, góðmennskan og skilyrðislaus löngun til að vilja leggja lið og bæta lífsgæði er það sem hjúkrunarfræðingar eiga allir sameiginlegt. Sömu eiginleikar gera að verkum að starfið verður oft flóknara og meira krefjandi en mörg önnur og það setur okkur aftur og aftur í þá stöðu að þurfa að horfast í augu við okkur sjálf og vera meðvituð um styrkleika okkar og veikleika. Að vera hjúkrunarfræðingur er ekki einungis starf heldur hluti af mér, hluti af sjálfsmyndinni.

Hjúkrun er ekki starf þar sem þú stimplar þig inn og út

Í bókinni „The language of kindness“ fer hjúkrunarfræðingurinn og rithöfundurinn Christie Watson á fallegan hátt yfir tuttugu ára starfsferil sinn sem hjúkrunarfræðingur. Við þekkjum öll aðstæðurnar sem hún lýsir í bókinni. Hjúkrun á öllum deildum spítala, hjúkrun barna, hjúkrun við upphaf lífs og hjúkrun við lok lífs. Skjólstaðingar hennar verða lesandanum eftirminnilegir — aðallega vegna þess að þeir snerta streng í hjartanu og minna lesandann aftur og aftur á ástæðu þess að hjúkrun er ekki starf þar sem þú stimplar þig inn og út. Frásögn hennar af síðustu hjúkrunarmedferð Freyju litlu situr í minninu; þegar hún sjálf, orðin reynslumikill hjúkrunarfræðingur, leiðir nýútskrifaðan hjúkrunarfræðing í gegnum hvert skref sem þarf að taka þegar annast er um lítinn kropp sem dó allt of snemma. Watson lýsir áhrifunum sem hjúkrunin hefur á hinn unga hjúkrunarfræðing og skrifar (bls. 303–304): „En það eru ungu hjúkrunarfræðingarnir sem finna mest til, eldri og reyndari hjúkrunarfræðingar hafa fundið leiðir til að umbreyta hjörtum sínum í klakamola í þeim tilgangi að verja sig fyrir sársaukanum og þjáningunni. En það tekur mörg ár og reynslu að fá svo þykkan skráp.“

„En það eru ungu hjúkrunarfræðingarnir sem finna mest til, eldri og reyndari hjúkrunarfræðingar hafa fundið leiðir til að umbreyta hjörtum sínum í klakamola í þeim tilgangi að verja sig fyrir sársaukanum og þjáningunni. En það tekur mörg ár og reynslu að fá svo þykkan skráp.“



„Við erum í grunninn alltaf hjúkrunarfræðingar“

Tækniþróun, kröfur um upplýsingar, um gæði og um öryggi hafa breytt starfsumhverfi heilbrigðisþjónustu. Ábyrgð hjúkrunarfræðinga hefur aukist og gerð er krafa um meiri færni en áður var. Grunnmenntun hjúkrunarfræðinga gerir okkur kleift að starfa við rúm skjólstæðinga okkar og veita þeim þá hjúkrun sem þeir þarfnast. Við byggjum á sömu grunnmenntun þegar við bætum við þekkinguna; hvort sem við nælum okkur í meistaraþráðu í stjórnun, lærum ljósmóðurfræði, förum í Sjúkraflutningaskólann eða sækjum okkur sérmenntun í þeirri sérgrein hjúkrunar sem slær í takt við hugsjónir okkar. Við erum í grunninn alltaf hjúkrunarfræðingar, en aukin menntun gerir okkur öruggari í starfi og veitir okkur það sjálfstraust sem við þurfum að búa yfir til að geta tekist á við ófyrirsjáanlegar og flóknar aðstæður af fagmennsku, yfirvegun, virðingu og góðmennsku. Því líkt og Watson skrifar þá má heimfæra virkni hjúkrunar yfir á virkni lifrarinnar: „Hjúkrunarfræðingar geta ekki útilokað eiturefni eins og lifrin, en við leggjum okkur fram um að veita von, huggun og góðmennsku inn í þjáningarfullar aðstæður.“

„Við, hjúkrunarfræðingar, þörfumst þess að búa yfir þekkingu til að geta uppfyllt þessar þarfir í starfsumhverfi sem er svo síbreytilegt, ófyrirsjáanlegt og krefjandi að við megnum ekki meira og jafnvel látum af störfum.“

Bók Christie Watson um tungumál góðmennskunnar er í mínum huga mikilvæg frásögn um þróun hjúkrunar síðustu tuttugu ár. Jafnvel þó að tækninni fleygi fram þá þarfnast skjólstæðingar okkar ætíð hins sama: að finna til öryggis, að þörfum þeirra sé fullnægt og komið sé fram við þá af umhyggju og virðingu. Við, hjúkrunarfræðingar, þörfumst þess að búa yfir þekkingu til að geta uppfyllt þessar þarfir í starfsumhverfi sem er svo síbreytilegt, ófyrirsjáanlegt og krefjandi að við megnum ekki meira og jafnvel látum af störfum. Það er sama hvort ég starfa við rúm skjólstæðings, við kennslu og fræðslu eða sem hjúkrunardeildarstjóri, ég er ætíð hjúkrunarfræðingur sem er þjálfuð í að tryggja öryggi, sinna þörfum og veita vernd. En ég spyr eins og Watson hver verndar hjúkrunarfræðinga? Jú, það gerum við sjálf fyrst og fremst með því að auka við þekkingu okkar, með því að borða reglulega, hreyfa okkur, sofa, setja mörk, tala um tilfinningar okkar og líðan og síðast en ekki síst með því að standa saman og gæta hvert að öðru.

Heilsugæslan á Selfossi — Teymisvinna virkar vel

Magnús Hlynur Hreiðarsson

„Að fá að tala við hjúkrunarfræðing samdægurs en þurfa ekki að bíða í tvær til þrjár vikur eftir viðtalstíma hjá lækni er stórkostleg bæting á þjónustu,“ segir Unnur Þormóðsdóttir hjúkrunarstjóri.

Á heilsugæslunni á Selfossi hefur verið tekið upp nýtt fyrirkomulag við afgreiðslu þjónustuþega, svokölluð teymisvinna. Tilgangur teymisvinnu er að forgangsraða og dreifa verkefnum á þann fagaðila sem er hæfastur eða best til þess fallinn að sinna þeim hverju sinni. Tvö teymi eru í gangi og skiptast þau í rautt og blátt teymi. Það stýrist af heimilislækni þjónustuþega hvoru teyminu skjólstæðingur tilheyrir. Unnur Þormóðsdóttir, hjúkrunarstjóri á heilsugæslu Heilbrigðisstofnunar Suðurlands á Selfossi, er ein af þeim sem hefur stýrt teymisvinnunni og ber ábyrgð á henni. Hún svaraði nokkrum spurningum blaðsins.

Markmiðið að veita skilvirkari þjónustu

„Teymisvinnan með símsvöruninni hófst formlega 1. febrúar 2019 en við byrjuðum að æfa okkur um miðjan janúar 2019. Staðan var sú að notendur þjónustunnar höfðu oft þurft að bíða vikum saman eftir tíma hjá lækni og yfirleitt lá ekki fyrir hvert erindið var fyrr en í tímann var komið. Stundum kom þá í ljós að viðkomandi erindi hefði átt að sinna fyrr eða þá að það var þess eðlis að einhver annar gat sinnt því og þá mun fyrr. Þegar biðin er löng leitar fólk meira í bráðaþjónustuúrræði sem er dýrara fyrir alla og ekki fyrir minniháttar veikindi,“ segir Unnur. Aðdragandi teymisvinnunnar er búinn að vera rúmlega ár þar sem undirbúningshópur hefur verið að vinna að þessu verkefni. „Starfsfólk Heilsugæslunnar á Selfossi er alltaf að reyna að finna út úr því hvernig við getum sinnt þörfum íbúa betur og veitt skilvirkari þjónustu og því var ákveðið að prófa aðra aðferð en þekkt er,“ bætir Unnur við.

Nýja fyrirkomulagið byggist á teymisvinnu þar sem skjólstæðingur á sinn heimilislækni en tilheyrir teymi lækna og hjúkrunarfræðinga sem hjálpast að við að aðstoða þá sem leita á heilsugæslustöðina hratt og örugglega. Teymin eru tvö og eru allir íbúar, sem heyra undir heilsugæslustöðina á Selfossi, í öðru hvoru teyminu, segir Unnur.

Langur biðlisti mun heyra sögunni til

Unnur var beðin um að lýsa því hvernig teymisvinnan virkar. „Þegar hringt er inn og óskað eftir tíma hjá lækni er skjólstæðingur settur á símatíma hjá hjúkrunarfræðingum sem hringja til baka og fara yfir tilefnið. Sum erindi má leysa í gegnum síma eða hjá hjúkrunarfræðingi á heilsugæslustöðinni.

Þeir sem þurfa að hitta lækni fá tíma eftir að vandamálinu hefur verið forgangsraðað eftir alvarleika, það getur verið samdægurs eða seinna ef ekki liggur eins mikið á og verður þá hægt eftir atvikum að undirbúa það viðtal með því að panta t.d. viðeigandi rannsóknir. Með þessu móti teljum við okkur nýta betur þá breidd sem fagfólk okkar býr yfir til að leysa í sameiningu mál skjólstæðinga heilsugæslustöðvar Selfoss. Langur biðtími mun þá heyra sögunni til ef tilefnið er aðkallandi og má ekki bíða, ásamt því að undirbúningur verður betri og afgreiðsla á rannsóknarniðurstöðum verður skilvirkari.“

Allir hjúkrunarfræðingar og læknar á heilsugæslustöðinni á Selfossi koma að teymisvinnunni. Inn í teymið fléttast svo starfskraftar sjúkraliða, sálfræðinga, sjúkraþjálfara, iðjuþjálfara auk annarra sérfræðinga þegar við á.

Þegar Unnur var spurð hvort heilsugæslan á Selfossi hefði sótt fyrirmynd af teymisvinnunni eitthvað annað kom fram að leitað hefði verið eftir upplýsingum á ýmsum stöðum og skoðað hafi verið verklag hjá stöðvunum í Grafarvogi, Efstaleiti og á Húsavík. „Einnig hefur verið horft til verklags erlendis eins og í Svíþjóð. Enginn vinnur þetta eins og við gerum þetta. En auðvitað byggist hugmyndin á mörgum þáttum sem við aðlögum svo að okkar,“ segir hún.

„Okkur finnst þetta koma vel út en þetta er aðeins meiri vinna en við bjuggumst við. Allir fá samtal við hjúkrunarfræðing sem getur leyst úr stórum hluta þeirra tilfella sem koma til okkar,“ segir Unnur aðspurð hvernig nýja teymisvinnan hefur komið út að mati hennar og starfsfólksins.

Ferill teymisvinnunnar á heilsugæslustöð Selfoss

Skjólstæðingur hringir inn og óskar eftir tíma hjá lækni

Hjúkrunarfræðingur hringir í skjólstæðing og leysir úr vandanum í símtalinu

Hjúkrunarfræðingur kallar á skjólstæðing inn á stöð og leysir þar úr vandanum

Hjúkrunarfræðingur kallar á skjólstæðing inn á stöð til að undirbúa hann fyrir læknatíma

Hjúkrunarfræðingur gefur skjólstæðingi símatíma eða viðtalstíma hjá lækni. Hversu skjótt tíminn fæst fer eftir alvarleika vands.



Thelma Dröfn Ásmundsdóttir hjúkrunarfræðingur að sinna teymisvinnu með því að taka á móti símtali frá skjólstæðingi heilsugæslunnar og aðstoða viðkomandi með sín mál. Ljósmynd/Magnús Hlynur Hreiðarsson.

Mikil ánægja hjá skjólstæðingum

Þegar Unnur er spurð hvaða viðbrögð hún og starfsfólkið hafi fengið hjá skjólstæðingum heilsugæslustöðvarinnar er hún fljót til svars. „Við getum ekki annað heyrt en að fólk sé afar ánægt með góða þjónustu og mikið styttri biðtíma. Að fá að tala við fagaðila samdægurs en þurfa ekki að bíða í tvær til þrjár vikur er stórkostleg bæting á þjónustu.“ En er eitthvað sérstakt sem hefur komið á óvart við teymisvinnuna? „Já, það sem kemur sérstaklega á óvart er hve mikið er hægt að leysa af tilfellum án þess að gefa viðtalstíma hjá lækni en fyrstu tölur, eftir fyrstu tvo mánuðina, sýna að 50–60% tilfella eru leyst án komu til lækni. Biðtími eftir viðtalstíma hjá lækni styttist því til muna.“

Unnur segir að þjónusta teymisvinnunnar sé fyrst og fremst hjúkrunarstýrð en í mikilli samvinnu við lækna. „Þetta nýja fyrirkomulag er mjög skemmtilegt og það er gaman að sjá hversu miklu hjúkrunarfræðingar fá áorkað. Það kannski kemur okkur ekki á óvart að við getum tekið mun fleiri og flóknari verkefni að okkur í heilsugæslunni en það er virkilega þakkarvert að við fáum tækifæri til þess. Hjúkrunarfræðingar tala við 130–170 manns á dag og það eru rúmlega þrjú stöðugildi hjúkrunarfræðinga sem sinna verkefninu, 20 klukkustundir fara í símtöl á dag og 4 klukkustundir í móttöku,“ segir Unnur.



Unnur Þormóðsdóttir, hjúkrunarstjóri á heilsugæslustöðinni á Selfossi. Ljósmynd/einkasafn.

Tilgangur og markmið teymisvinnunnar eru:

- Að forgangsraða og dreifa verkefnum á þann fagaðila sem er hæfastur eða best til þess fallinn að sinna þeim hverju sinni.
- Að tryggja að erindi fái skjóta og örugga afgreiðslu.
- Að stytta biðtíma eftir aðstoð.
- Að flestir geti fengið samtal við fagaðila samdægurs en í síðasta lagi næsta dag að morgni.
- Að forgangsraða niður í tíma þannig að þeir sem veikastir eru komist fyrst að.
- Að leysa úr sem flestum málum á sem auðveldastan hátt fyrir skjólstæðinga.
- Að veita framúrskarandi gæðaðþjónustu.

Lykilorðið er fjölbreytni í starfi hjúkrunarfræðinga

— Brot úr vikulegum viðtölum við hjúkrunarfræðinga

Það er óhætt að segja að fjölbreytni sé lykilorð hjúkrunarfræðinga þegar kemur að svari þeirra við því hverjir helstu kostir starfsins séu. Á afmælisári félagsins eru vikulega birt viðtöl við hjúkrunarfræðinga á vef og facebook-síðu félagsins. Markmiðið er að endurspegla fjölbreytileika stéttarinnar og fá innsýn í líf og störf félagsmanna. Viðtökurnar hafa verið mjög góðar og bæði hafa félagsmenn verið viljugir til þátttöku og lesendur haft gaman af viðtölunum. Fjöldi viðtala bíður birtingar en hér eru brot úr þeim viðtölum sem þegar hafa birst frá janúar til og með apríl.

Mamma eða systir mín var hjúkrunarfræðingur!

Viðkvæðið „af því að mamma gerði það“ á stundum við meðal kvennanna en sjaldnar í tilfelli karlmannna og það skýrist af kynjahlutfalli innan stéttarinnar. Manda Jónsdóttir, deildarstjóri á sérhæfðri endurhæfingargeðdeild, er þriðji ættliðurinn í kvenlegg sem leggur fyrir sig hjúkrun. Þrátt fyrir að hafa streist lengi vel á móti því að leggja fyrir sig hjúkrun og reynt eitt og annað þá varð það ekki umflúið. „Ég sá bara að þetta var það eina rétta fyrir mig og ég hef svo sannarlega ekki séð eftir því,“ segir hún. Systurnar Ingibjörg og Kristín Davíðsdætur eiga heldur ekki langt að sækja áhugann. Ingibjörg, sem er aðstoðardeildarstjóri á hjartagátt, fór í hjúkrunarfræði strax eftir menntaskóla. „Þar hafði líklega mest áhrif að mamma er hjúkrunarfræðingur og var ég tíður gestur hjá henni á Landakoti hér áður fyrr.“ Kristín, sem er tveimur árum eldri en Ingibjörg, útskrifaðist ári síðar og er nú aðstoðardeildarstjóri á smitsjúkdómadeild A-7. „Ég fór í hjúkrun þar sem bæði mamma mín og systir höfðu gert það.“ Fyrirmynd Mercy Washington, hjúkrunarfræðings á Heilbrigðisstofnun Suðurlands, var móðir hennar. „Minningar mínar um starf hennar á vegum Rauða krossins fyrir stríðshrjáða hermenn á Indlandi varð til þess að ég valdi



Manda Jónsdóttir.



Ingibjörg Davíðsdóttir.



Kristín Davíðsdóttir.



Mercy Washington.



Elín Markúsdóttir.

mér þetta lífsstarf,” segir Mercy. Elín Markúsdóttir, hjúkrunarfræðingur á bráðamóttöku barna, hafði ekki hugmynd um hvað hana langaði að læra eftir stúdentspróf en „ég átti vinkonu úti sem var í hjúkrunarfræði og systir mín var einnig nýbyrjuð í hjúkrun á Íslandi,” og þetta varð til þess að hún fór í hjúkrun.

Kynni af störfum hjúkrunarfræðinga var áhrifavaldur

Kynni af hjúkrunarfræðingum og störfum þeirra á heilbrigðisstofnunum er einnig áhrifavaldur. Fyrstu kynni Guðbjargar Jónu Guðlaugsdóttur, hjúkrunarfræðings á göngudeild hjartabilunar, af hjúkrun voru í gegnum móður hennar sem lét sig dreyma um að verða hjúkrunarkona. Draumur hennar varð því miður ekki að veruleika en þrátt fyrir það ólst Guðbjörg upp við það að horfa á hana sinna og hjúkra þeim ástvinum sem á þurftu að halda. „Þetta hafði mikil áhrif á mig og 16 ára gömul fékk ég vinnu á sjúkrahúsinu á Siglufirði, þar sem ég er fædd og uppalin, og þar vann ég með yndislegum konum sem lögðu grunninn að framtíðarstarfi mínu. Auk þess er stóra systir mín, Guðný Sigríður Guðlaugsdóttir, hjúkrunarfræðingur og horfði litla systir alltaf á hana með aðdáun þegar hún var að vinna við sína hjúkrun.“

„Fjölbreytileikinn er endalaus, verkefnin krefjandi, óvæntar aðstæður, jafnvel mjög viðkvæmar, og þar hittir maður oft og tíðum fólk við sínar verstu aðstæður, berskjaldað og aamt,” segir Ellen Björnsdóttir.

Ellen Björnsdóttir ákvað ung að aldri að fara í hjúkrun. „Þegar ég var sex ára þurfti ég að fara í aðgerð og varð innlyksa á sjúkrahúsinu vegna snjóþýngsla og komst ekki heim. Á sjúkrahúsinu voru frábærir hjúkrunarfræðingar sem sinntu mér svo vel og þar ákvað ég að þetta væri framtíðarvinnan. Þá ákvað ég

einnig að ég vildi vinna við hjálparstörf og sá draumur rættist fimmtíu og einu ári síðar,” en hún starfar á slysa- og bráðadeildinni í Fossvogi auk þess að vera í hópslysatrymi bráðamóttökunnar. Ellen segir að öll reynsla, sem hún hefur öðlast í gegnum hjúkrun, hafi haft viðtæk áhrif á viðhorf hennar til lífsins og hennar sjálfrar sem manneskju. „Fjölbreytileikinn er endalaus, verkefnin krefjandi, óvæntar aðstæður, jafnvel mjög viðkvæmar, og þar hittir maður oft og tíðum fólk við sínar verstu aðstæður, berskjaldað og aamt. Að sinna slíkum verkefnum, faglega og vel, er alltaf mitt markmið og í gegnum tíðina hefur starfið því gefið mér mikla lífsfyllingu sem erfitt er að útskýra. Sá þroski sem ég hef öðlast í gegnum starfið hefur vonandi einnig skilað sér til barnanna minna í gegnum árin sem þau síðan geta nýtt sér í leik og starfi.“

Áhuga Ásgeirs Vals Snorrasonar, svæfingahjúkrunarfræðings á Landspítalanum, má rekja til þess þegar hann fylgdist af aðdáun með störfum hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða þegar hann heimsótti veika ömmu sína á sjúkrahús þegar hann var yngri. Að loknu stúdentsprófi reyndi Ásgeir þó fyrir sér í læknisfræði. Þegar hann komst ekki inn í það nám ákvað hann að skrá sig í hjúkrunarfræði og var það mikið gæfuspor enda fann hann fljótt að í hjúkrun var hann á réttri hillu. „Hjúkrun er gefandi og skemmtilegt starf þótt það sé oft vanmetið. Fagið gerir miklar kröfur til faglegrar þekkingar, kunnáttu og færni. Ábyrgðin er mikil og lítið svigrúm er fyrir mistök. Það að starfa við hjúkrun felur í sér mikil samskipti við sjúklinga og aðstandendur. Starfið krefst þess einnig að maður gefi af sér, en staðreyndin er sú að oftar þiggur maður jafnmikið eða meira en maður gefur í þeim samskiptum.“ Meginkosturinn við starfið segir Ásgeir þó vera samstarfsfólkið. Hann segir það spila stórt hlutverk á vinnustaðnum og á skurðstofunni eru samskiptin dýpri og með öðrum hætti en hann hefur kynnst annars staðar. „Oft fylgir starfinu mikil streita og álag, alvarlega bráðveikir sjúklingar sem þurfa tafarlaust á meðferð að halda. Taugar allra eru þandar til hins ýtrasta. Það er við þær aðstæður sem maður sér úr hverju fólk er búið til og það er við þær aðstæður sem fólk kynnist á annan hátt en við flest önnur störf.“



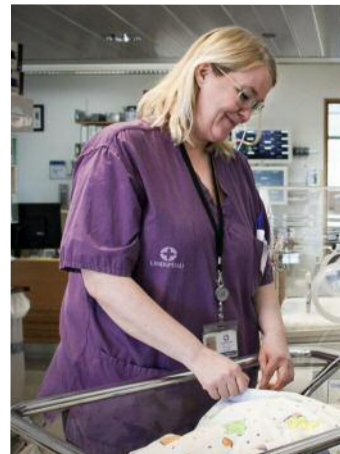
Guðbjörg Jóna Guðlaugsdóttir.



Ellen Björnsdóttir.



Ásgeir Valur Snorrason.



Rakel Björg Jónsdóttir.

Fjölbreyttir framtíðarmöguleikar í hjúkrun



Pálína Skjaldardóttir.

Svo eru þeir sem vissu lítið sem ekki neitt um störf hjúkrunarfræðinga, eða að fátt annað hefði staðið til boða eins og í tilfelli Pálínu Skjaldardóttur, hjúkrunarfræðings á hjúkrunarheimilinu Sóltúni. Það var ekki um margt að velja þegar Pálína Skjaldardóttir ákvað að fara í framhaldsnám eftir að hún hafði lokið námi í grunnskóla við Lindargötuskólann. Pálína hóf nám í Nýja hjúkrunarskólanum og útskrifaðist í desember 1978, eða fyrir rúmum 40 árum. Hún er afar sátt við þá ákvörðun og hefur alltaf fundist gaman að fara í vinnuna enda telur hún hjúkrun vera eitt göfugasta starf sem til er. „Það er borin virðing fyrir hjúkrunarfræðingum í samfélaginu og ég er stolt af því að tilheyra þeim hópi.“ Rakel Björg Jónsdóttir, sérfræðingur í nýburahjúkrun á nýburagjörgæsludeild vökudeildar Barnaspítala Hringins, hafði ekki mikla innsýn í störf hjúkrunarfræðinga þegar hún hóf nám. „Ég vissi svo sem ekki mikið um hjúkrun þegar ég byrjaði í náminu en varð mjög fljótt ánægð með val mitt. Ég fór að vinna á barnadeildinni í sumarvinnu eftir annað árið og hef eiginlega ekki farið út af Barnaspítalanum síðan þá.“

„Í sannleika sagt þá hafði ég ekki hugmynd um það rúmlega tvítug hvað ég vildi verða þegar ég yrði stór og þá var hjúkrun mjög gott og skynsamt val,“ segir Ólafía Kvaran.



Ólafía Kvaran.

Þegar Ólafía Kvaran var tvítug að aldri hafði hún ekki hugmynd hvað hún vildi starfa við í framtíðinni, en hún starfar nú sem hjúkrunarfræðingur hjá Læknasetrinu í Domus Medica. „Ég valdi að fara í hjúkrunarfræði vegna þess að ég vissi að þegar ég yrði orðin hjúkrunarfræðingur myndu mörg og ólík starfssvið standa mér til boða og mikið starfsöryggi og það hentaði mér afar vel. Í sannleika sagt þá hafði ég ekki hugmynd um það rúmlega tvítug hvað ég vildi verða þegar ég yrði stór og þá var hjúkrun mjög gott og skynsamt val.“

Það kemur fram hjá mörgum hjúkrunarfræðingum hve gefandi það er að starfa við hjúkrun enda vafalaust ástæða þess að margir hjúkrunarfræðingar leggja fyrir sig fagið. „Ég elska starfið mitt og mér hefur alltaf þótt gaman að fara í vinnuna. Það hefur aldrei borið skugga á það,“ segir Edda Bryndís Örlygsdóttir, hjúkrunarfræðingur á skurðlækningadeild á Sjúkrahúsínu á Akureyri. „Þrátt fyrir að starfið sé oft mjög krefjandi og erfitt er það að sama skapi mjög gefandi. Að fá að taka þátt í gleði og sigrum fólks er dásamlegt, en einnig er það lærdómsríkt og þroskandi að hjálpa sjúklingum og aðstandendum að komast í gegnum erfiða lífsreynslu.“

Fjölbreytnin er mikill kostur

Fjölbreytni, fjölbreytni, fjölbreytni, segja hjúkrunarfræðingar og það er ekki úr lausu lofti gripið! „Líklegast klisja að segja þetta en fjölbreytileiki er klárlega það skemmtilegasta við starfið. Það eru alltaf ný viðfangsefni og verkefni,“ segir Þorsteinn Jónsson, en hann starfar á gjörgæsludeild Landspítala við Hringbraut og á menntadeild Landspítala, auk þess að vera aðjunkt í bráða- og gjörgæsluhjúkrun við hjúkrunarfræðideild HÍ. Aðspurður hvað sé skemmtilegt við hjúkrunarstarfið svarar hann því til að möguleikarnir séu óendanlegir og fjölmörg tækifæri. Fræðasvið Þorsteins snýr að bráðveikum og alvarlega veikum sjúklingum sem að sögn hans er sambland af óvissu, hraða og spennu.

„Helstu kostir starfsins er fjölbreytnin,“ segir Halldóra Hálfánardóttir, deildarstjóri á leitarstöð Krabbameinsfélags Íslands. „Mitt sérsvið er innan krabbameins-hjúkrunar og hefur mörgum fundist skrítið að ég hafi verið þetta lengi í svo krefjandi hjúkrun. Mér finnst það þvert á móti ekkert skrítið þar sem innan krabbameinshjúkr-



Edda Bryndís Örlygsdóttir.

unar eru endalaus viðfangsefni og verkefni fjölbreytt. Á hverjum degi finnur maður fyrir þakklæti sjúklinga og þeirra aðstandenda og þá finnur maður hversu mikilvægt starfið er.“

Fjölbreytni hjúkrunarstarfsins hentar einnig Guðrúnu Maríu Þorsteinsdóttur en hún starfar á sjúkradeild HSU í Vestmannaeyjum. Þrátt fyrir að möguleikarnir séu takmarkaðri í Eyjum en á höfuðborgarsvæðinu er starfið mjög fjölbreytt og skemmtilegt og enginn dagur eins. „Mér finnst starfið mitt líka mjög þýðingarmikið, bæði fyrir mig, sjúklingana mína og samfélagið í heild sinni, og ég ber mikla virðingu fyrir því og það er mjög gefandi fyrir mig.“

Þorsteinn Bjarnason er einn þeirra sem vissu lítið sem ekki neitt um störf hjúkrunarfræðinga en hann hafði aldrei unnið við umönnunarstörf þegar hann hóf nám í hjúkrunarfræði. Þar af leiðandi var að hans sögn starfið á námsárunum oft erfitt og ólíkt öllu því sem ég hafði reynt áður. „En eftir þessari ákvörðun minni hef ég aldrei séð enda starfið mjög fjölbreytt, þroskandi og skemmtilegt, en hann er skólaheilsugæsluhjúkrunarfræðingur við Grunnskóla Fjallabyggðar og hjúkrunarfræðingur hjá Heilbrigðisstofnun Norðurlands í Fjallabyggð. „Það er enginn dagur eins og alltaf eitthvað nýtt að takast á við. Það er mikil fjölbreytni og mér leiðist aldrei.“

Hjúkrun var ekki á dagskránni!

Töluverður fjöldi hjúkrunarfræðinga með erlent ríkisfang starfar á Íslandi og hefur þeim farið ört fjölgandi undanfarið. Anna Hayes, hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir á Vökudeild, er einn þeirra en hún flutti hingað til lands fyrir 44 árum. Anna hafði upphaflega ekki ætlað að læra hjúkrun og að sögn hennar slysaðist hún í námið og stuttu eftir útskrift flutti hún til Íslands. „Ég fékk gríðarlegt menningarsjokk við að flytja til Íslands. Það var ekki bara veðrið, tungumálið og lítið úrval í búðum sem öllu því, heldur var menningin inn á spítalanum svo gjörólík því sem ég var vön á Englandi,“ segir Anna og tiltekur sérstaklega mikinn mun á klæðaburði. „Hér á Íslandi var ekki óalgengt að sjá stutta kjóla, hnéháa sokka og sandala sem var alls ekki talið vera við hæfi á spítölum á Englandi. Þar máttu kjólar hvorki vera fyrir ofan hné né fyrir neðan, sokkabuxur áttu að vera í dekkri kantinum og skórnir svartir, pússaðir og vel reimaðir og hárið mátti alls ekki snerta kragann á búningnum. Algengt var að heyra yfirhjúkrunarfræðinginn segja: „Þetta er sjúkradeild, ekki tískusýning.“ Anna segir að það hafi tekið hana dágóðan tíma að aðlagast og læra íslensku. „Þetta tímabil var mjög erfitt,“ en á þessum tíma gátu flestir bjargað sér betur á dönsku en ensku.



Þorsteinn Jónsson.



Halldóra Hálfánardóttir.



Guðrún María Þorsteinsdóttir.



Þorsteinn Bjarnason.



Anna Hayes.

Hjúkrun á landsbyggðinni

Hildur Vattnes Kristjánsdóttir



Hildur Vattnes Kristjánsdóttir
hjúkrunarfræðingur.

Pankastrík er fastur dálkur í blaðinu og höfundur hvers pistils stingur upp á þeim næsta. Í þankastríki 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.

Landsbyggðin hefur alltaf heillað mig. Það er merkilegt hvað samfélög á landsbyggðinni búa yfir mikilli samkennd og kærleika fyrir hvert öðru og hversu mikilvægt það er að standa vörð um samfélag sitt og þegna þess. Fyrir rúmlega fjórum árum ákvað ég að leggja land undir fót og flytjast búferlum til Vestmannaeyja. Ástæðurnar fyrir flutningnum voru meðal annars blanda af ævintýraþrá, von um betra líf, meiri lífsgæði og ný viðfangsefni á sviði hjúkrunar. Það var einnig skemmtilegt að hugsa til þess að fá loksins tækifæri til að starfa á sjúkrahúsinu þar sem langamma mín heitin Helga Jóhannesdóttir hjúkrunarkona, ein af mínum helstu fyrirmyndum í lífi og starfi, eyddi bróðurparti starfsferils síns. Í tilefni af 100 ára afmæli Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga langar mig að minnast hennar með nokkrum orðum og minni sýn á það hvað felst í því að vera hjúkrunarfræðingur á landsbyggðinni.

Langamma mín var ávallt kölluð „Helga Jó“ og hún var svo sannarlega hjúkrunarkona af Guðs náð. Hún lauk námi við Hjúkrunarskóla Íslands árið 1935, þá 28 ára gömul. Að námi loknu hélt hún á vit ævintýranna til Danmerkur og starfaði í Kaupmannahöfn um nokkurt skeið. Þegar komið var að heimför lá leið hennar til Vestmannaeyja og þar starfaði hún á Sjúkrahúsinu í Vestmannaeyjum og stofnaði til fjölskyldu ásamt eiginmanni sínum.

„Hún var kona sem sagði hlutina umbúðalaust og lá ekki á skoðunum sínum. Hún var stóryrt og orðhvöss en undir hrjúfu yfirborði var hún einstaklega góðhjörтуð.“

Langamma hjúkraði samtíðarfólki sínu í Eyjum frá vöggju til grafar

Helgu Jó var lýst af samferðafólki sínu sem stórbrotinni, hávaxinni, vel greindri og hnarreistri konu sem gustaði af þegar hún gekk um ganga sjúkrahússins. Hún var kona sem sagði hlutina umbúðalaust og lá ekki á skoðunum sínum. Hún var stóryrt og orðhvöss en undir hrjúfu yfirborði var hún einstaklega góðhjörтуð. Hún kom fram við alla í samfélaginu sem jafningja, var einstaklega réttisýn og var málsvari þeirra sem minna máttu sín. Alltaf var hægt að leita til hennar ef eitthvað bjátaði á. Hún setti vel ferð og rétt skjólstæðinga sinna ofar öllu en hafði einnig hliðsjón af velferð stofnunarinnar sem hún starfaði svo lengi á að leiðarljósi við störf sín. Hún var landsbyggðarhjúkrunarkona sem hjúkraði samtíðarfólki sínu í Eyjum frá vöggju til grafar, í gleði og sorg með virðingu, jafnrétti og mikilli umhyggju. Hjúkrun sem fræðigreinin var henni einnig hugleikin og var hún vel að sér í málefnum hjúkrunar, var viðlesin og tók virkan

þátt í störfum Vestmanneyjardeildar Hjúkrunarfélags Íslands. Hún starfaði með hléum við sjúkrahúsið frá 1938 fram á sjötta áratuginn og síðan í föstu starfi frá árinu 1962 til ársins 1977, lengst af sem deildarstjóri. Ekki fannst henni starfskrafturinn þó enn þrotinn og vann í hlutastarfi til ársins 1984 og hætti þá alfarið störfum 76 ára gömul og spannar því starfsferill hennar tæpa fimm áratugi. Langamma mín Helga Jó lést 86 ára gömul þann 4. nóvember 1993 á Sjúkrahúsinu í Vestmannaeyjum en minning hennar lifir enn í frásögnum starfsmanna og sjúklinga sem ég hef fengið heiðurinn af að vinna með og hjúkra og þykir mér óskaplega vænt um það.

Lærdómsríkt að starfa við heilbrigðisstofnun á eyju

Í dag er ég á mínu fimmta starfsári sem hjúkrunafræðingur við sama sjúkrahús og langamma mín heitin vann við á sinni starfsævi. Hef ég vaxið, þroskast og dafnað sem landsbyggðarhjúkrunafræðingur og síðar einnig sem sjúkraflutningamaður. Að starfa við heilbrigðisstofnun á eyju, þar sem rúmlega 4000 manns búa og starfa hefur reynt mikið á en engu að síður verið afar lærdómsríkur og skemmtilegur tími. Hér er byggðin þétt og mikið líf allt árið um kring og bætist verulega í fjöldann á sumrin þegar útlendir ferðamenn koma til að sjá eldfjallaeyjuna í norðri.

Á sjúkrahúsinu í Vestmannaeyjum er starfrækt heilsugæsla og sjúkradeild. Heilsugæslan sinnir einnig bráðþjónustu á dagvinnutíma en utan hefðbundins dagvinnutíma færast það verkefni til sjúkradeildarinnar. Sjúkradeildin er með gæslurými, hjúkrunarrými og þar er einnig starfrækt göngudeild sem sér um sérhæfðar lyfjagjafir líkt og krabba-meinslyfjagjafir og fleira. Sinni ég afar fjölbreyttum störfum við hjúkrun á deildinni og koma nánast öll sérsvið hjúkrunar við sögu því sjúklingahópurinn, sem sækir sína heilbrigðisþjónustu á stofnunina, er mjög fjölbreyttur og á öllum aldri, jafnt ungir sem aldnir. Hjúkrun langveikra og líknandi hjúkrun

ásamt hjúkrun aldraðra skipar stóran hluta starfsins en aðrar sérgreinar, eins og hjúkrun aðgerðarsjúklinga, barnahjúkrun, geðhjúkrun, hjúkrun sængurkvonna og slysa- og bráðahjúkrun koma einnig við sögu.

Mikil samheldni og traust meðal starfsfólks

Eftir að hafa unnið á Landspítalanum þar sem mikil sérhæfð þekking og úrræði eru til staðar voru það mikil viðbrigði að fara svo að vinna úti á landi þar sem búið er að skerða þjónustu og þjónustustig svo um munar. Auk þess getur orðið brestur á samgöngum og ekki alltaf hægt að treysta á skjótan flutning bráðveikra eða slasaðra á Landspítalann. Hefur það reynt á

þekkingu og hæfni okkar hjúkrunafræðinga sem hér starfa. Við sinnum bráðatilfellum veikra og slasaðra við afar erfiðar og krefjandi aðstæður og vegna nándar við samfélagið, þar sem allir þekkja alla, getur það verið tilfinningalega krefjandi. Við þurfum að hafa mikla yfirsýn, þurfum oft að bera mikla ábyrgð og þurfum að vera ansi úrræðagóðar og einstaklega sveigjanlegar. Vinnustaðurinn er lítill og því er samheldni starfsfólksins mikil og treystum við mjög á hvert á annað.

En ég verð að segja að eitt mitt alerfiðasta verk sem landsbyggðarhjúkrunafræðingur hefur verið að standa vörð um réttindi skjólstæðinga minna fyrir jöfnu aðgengi að þeirri heilbrigðisþjónustu sem þeir eiga rétt á lögum samkvæmt en mín trú er sú að í því velferðarsamfélagi sem við búum í ættum við að geta tryggt að allir hafi jafnan aðgang að heilbrigðisþjónustu, þeirri bestu sem völ er á óháð því hvað við búum á landinu. Það er ábyrgð okkar sem samfélag að standa vörð um þessa þjónustu, að hún sé réttlát með gæði, öryggi og fagmennsku að leiðarljósi. Enda er þetta heilbrigðiskerfi okkar allra.

Ég skora á Rut Sigurjónsdóttur skurðhjúkrunafræðing að skrifa næsta Þankastrík.



Langamma Hildar var ávallt kölluð „Helga Jó“. Hún var hjúkrunarkona af Guðs náð.

Kynning á lokaverkefnum til BS-gráðu í hjúkrunarfræði



Herdís Sveinsdóttir, Sara Jane Friðriksdóttir, Ólöf Sólrún Villhjálmssdóttir, Marianne Klinke og Brynja Örlygsdóttir. Sara Jane og Ólöf Sólrún hlutu viðurkenningu fyrir verkefni sitt „Þetta er meira en bara sjúkdómur“. Lífið með Parkinsonsveiki: Reynsla sjúklinga og aðstandenda. — Ljós.: Arnheiður Sigurðardóttir.

Lokaverkefnisdagur var haldinn hátíðlegur í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 15. maí síðastliðinn og tókst með eindæmum vel. Alls kynntu 57 nemendur þrjátíu loka-verkefni sem báru meðal annars yfirskriftina *Áhrif jóga á andlega heilsu, Líkamshita-stjórnun eftir hjartastopp* og *Streita og kulnun hjúkrunarfræðinema á lokaári*, auk annarra áhugaverðra verkefna.

Margra áratuga hefð er fyrir lokaverkefnisdeginum en Hjúkrunarfræðideild (þá námsbraut í hjúkrunarfræði) var fyrst deilda í Háskóla Íslands til að vera með hátíðlegan dag þar sem lokaverkefni nemenda í grunnnámi eru kynnt. Dagurinn er opinn öllum. Margir góðir gestir sóttu kynningarnar sem voru í sex málstofum.

Mikilvægt að tileinka sér jákvæð viðhorf til verkefna

Fulltrúar afmælisárganga 50, 40 og 25 ára héldu ávörp. Áslaug Elsa Björnsdóttir sagði frá hvernig námið var í Hjúkrunarskóla Íslands fyrir um fimmtíu árum og kryddaði með skemmtisögum af heimavistinni. Fyrir hönd 40 ára árgangs talaði Laura Scheving Thorsteinsson og minnti á mikilvægi þess að tileinka sér jákvætt viðhorf til þeirra verkefna sem tekist er á við hverju sinni. Síðust í hópi afmælisárganga var Anne Mette

Pedersen sem sagði frá reynslu sinni sem hjúkrunarfræðingur og að starfið væri fjölbreytt og gefandi. Að lokum var ávarp 4. árs hjúkrunarfræðinema, Ástu Maríu Ásgrímsdóttur, sem lýsti kostum þess og göllum að vera í fyrsta árgangi sem gengur í gegnum nýja námskrá. Í heild hefði námið verið lærdómsríkt og gott.

Ágústa Sigurjónsdóttir hefur haft umsjón með Hámu, matsölu stúdenta í Eirbergi í um 33 ár en lætur nú af störfum. Henni og Sólbjörtu Kristjánsdóttur voru í lokin færð blóm og þakkað fyrir vel unnin störf. Matsalan hefur réttilega oft verið kölluð hjartað í Eirbergi. Ríkidæmi fólksins sem vinnur og starfar í Eirbergi felst einkum í fólkinu sem þar starfar og nemur; nemendum, kennurum og öðru starfsfólki. Lítið samfélag í gömlu húsi sem geymir sögur fyrri ára. Miklar endurbætur hafa verið gerðar á húsinu og eru enn í gangi.

„Petta er meira en bara sjúkdómur“

Lífið með Parkinsonsveiki: Reynsla sjúklinga og aðstandenda

Samþætting eigindlegra rannsókna

Ólöf Sólrún Vilhjálmisdóttir

Sara Jane Friðriksdóttir

Bakgrunnur: Tíðni Parkinsonsveiki (PV) er 5–35 á hverja 100.000 íbúa og fer hækkandi. PV er ekki lífshættuleg en skerðir lífsgæði einstaklinga og umbreytir lífi fólks til frambúðar. PV hefur ekki einungis áhrif á þann sem greinist heldur einnig á aðstandendur. Tiltölulega lítið hefur verið fjallað um hvernig PV hefur áhrif á líf sjúklinga og aðstandendur þeirra.

Rannsóknarsnið: Fræðileg samantekt á eigindlegum rannsóknum.

Tilgangur: Að lýsa reynslu einstaklinga með PV og aðstandenda þeirra af lífi með sjúkdómnum. Vonast er til að með aukinni innsýn hjúkrunarfræðinga í þann vanda sem sjúklingar og aðstandendur þeirra standa frammi fyrir öðlist þeir betri færni til að styðja skjólstæðinga sína í gegnum sjúkdómsferlið. Enn fremur er tilgangurinn með þessari fræðilegu samantekt að koma auga á göt í rannsóknunum til að geta komið með ráðleggingar fyrir framtíðarrannsóknir innan þessa sviðs.

Aðferð: Leit fór fram í PubMed gagnagrunni til að finna viðeigandi greinar. Grunnþrep sem mælt er með af Joanna Briggs-stofnuninni var haft til hliðsjónar. PRISMA-flæðirit var notað til að lýsa heimildaleit. Lagt var mat á gæði framsetningar á aðferð og niðurstöðum með því að nota litakóða; Græni liturinn táknar „frábær gæði“, guli liturinn „viðunandi gæði“ og rauði liturinn „töluverðar takmarkanir í aðferð og framsetningu niðurstaðna“. Niðurstöður hvorrar rannsóknar fyrir sig voru settar fram í tveimur töflum og samþættar með orðum og í myndum.

Niðurstöður: 11 frumrannsóknir stóðust inntökuskilyrðin. Erfiðleikar og úrlausnarefni fólks voru flokkaðar eftir líkamlegum, félagslegum og andlegum úrlausnarefnum. Helstu úrlausnarefni einstaklinga með PV voru erfiðleikar við athafnir daglegs lífs, tal- og kyngingarörðugleikar, ófullnægjandi aðstoð og lélegt sjálfsálit. Helstu áskoranir aðstandenda voru aukið álag, líkamleg þreyta, fjárhagsleg byrði, félagsleg einangrun og þunglyndi. Fundnir voru margir hvetjandi þættir til þess að stuðla að vellíðan þessara skjólstæðinga. Algengar takmarkanir í rannsóknunum voru meðal annars ófullnægjandi upplýsingar um alvarleika sjúkdóms (n=6) og sumar rannsóknanna voru torlesnar (n=4).

Ályktun: Niðurstöður verkefnis hafa beina skírskotun fyrir hjúkrun vegna þess að hjúkrunarfræðingar geta stutt fjölskyldur í að ráða við hin mörgu einkenni sjúkdómsins sem oft valda erfiðleikum og áhyggjum. Enn fremur gefa niðurstöður víðtæka sýn á það hvernig áhrif PV getur haft á líf viðkomandi einstaklinga og aðstandenda þeirra. Hjúkrunarfræðingar geta notað framsetningu niðurstaðna á líkamlegum, félagslegum, andlegum og hvetjandi þáttum sem beinagrind fyrir uppsetningu kerfisbundinnar nálgunar á þjónustu til að bæta líðan skjólstæðinga sinna. Til að veita góða þjónustu skiptir máli að hjúkrunarfræðingar geti sett sig í spor þessa skjólstæðingahóps. Framtíðarannsakendur á þessu sviði þurfa að nota ramma til að tryggja skýra framsetningu og vera meðvitaðir um mikilvægi þess að lýsa alvarleika sjúkdómsins í niðurstöðum sínum. Slíkt mun auka yfirfærslugildi og nothæfni rannsóknarniðurstaðna.

Opið bréf til hjúkrunarfræðinga

Guðrún Eva Mínervudóttir



Guðrún Eva Mínervudóttir með dóttur sinni Mínervu Marteinsdóttur. Myndina tók Marteinn Þórsson.

Móðuramma mín er hjúkrunarfræðingur. Þegar ég var lítil fékk ég stundum að fylgja henni eftir í vinnunni, elta hana eftir endalausum göngum Borgarspítalans, hinkra inni á kaffistofu á meðan hún sinnti einhverju sem var ekki endilega við hæfi barna og dást í hljóði að fumleysi hennar og kjarki þegar hún sprautaði einhvern í handlegginn eða skipti um umbúðir á ljótu sári. Af öllum sem ég hef haft persónuleg kynni af nálgast hún það mest að vera einhvers konar stríðshetja.

Í heilahimnubólgufraldrinum fyrir 40 árum fór hún grátandi heim úr vinnunni eftir að smábörn dóu í fangi hennar. Hún hefur glímt við bakverki allt sitt líf eftir að hún nýútskrifuð færði hjálparlaust til þungan sjúkling. Þegar hún talaði um starfið sitt átti minna lífsreynt fólk það til að biðjast vægðar; það þoldi vart að heyra um það sem hún varð vitni að upp á hvern dag, helst brosandí og hughreystandi aðra. Samt lét hún eftir sér að tala mikið um starfið vegna þess að hjúkrun var líf hennar og köllun. Hjúkrunarfræðingur var það sem hún gerði og það sem hún var.

Eftir að ævistarfinu lauk er ég ekki frá því að hún hafi fengið snert af stríðsfréttamannaveiki. En það er þegar fyrrverandi stríðsfréttaritarar verða sinnulausir og áhuga-litlir um daglegt líf vegna þess að hversdagurinn er heldur rislágur og óraunverulegur í samanburði við lífið á vígstöðvunum.

„En ég get vel skilið hvers vegna hún og fleiri hlýddu kallinu og menntuðu sig til að sinna þessu starfi. Fátt er göfugra en að sinna sjúkum: lina þjáningar, halda lífinu í fólki og hjálpa því aftur til heilsu. Í samanburði við starf hjúkrunarfræðingsins virðast flest önnur störf fremur léttvæg.“

En ég get vel skilið hvers vegna hún og fleiri hlýddu kallinu og menntuðu sig til að sinna þessu starfi. Fátt er göfugra en að sinna sjúkum: lina þjáningar, halda lífinu í fólki og hjálpa því aftur til heilsu. Í samanburði við starf hjúkrunarfræðingsins virðast flest önnur störf fremur léttvæg. Þannig er það bara; með fullri virðingu fyrir öðrum störfum og með skilningi á að tilurð, viðhald og endurnýjun samfélaga veltur á því að ólíkt fólk komi saman og taki sér ólíka hluti fyrir hendur.

Mannkynið er svo mögnuð dýrategund

Katrín Oddsdóttir, lögfræðingur, stjórnarskrárfrömuður og mannvinnur með meiru, komst vel að orði þegar hún sagði eitthvað á þá leið að mannkynið væri svo mögnuð dýrategund vegna þess að þegar einhver slasast eða veikist kemur bíll með sírenur og færir í öruggt skjól. Ég er því hjartanlega sammála. Þetta er stór hluti af fegurð mannskepnunnar.

Þegar ég eða dóttir mín eða einhver í fjölskyldunni veikist og við erum óviss um framhaldið hringjum við á næstu heilsugæslu og fáum samband við hjúkrunarfræðing. Þegar ég tala við hjúkrunarfræðing finnst mér ég einmitt komin í öruggt skjól. Reyndsla mín af ráðleggingum og viðbrögðum ykkar er alfarið góð.

Mín tilfinning er sú að virðing og þakklæti fólks almennt fyrir framlagi hjúkrunarfræðinga séu algerð og svo sjálfsögð að það telji varla þörf á að hafa um það fleiri orð.

Það liggur ljóst fyrir að enginn tekur ákvörðun um að helga sig þessu starfi í von um neitt annað en það að verða heiminum að gagni. Hugsjón hjúkrunarfræðingsins er eins laus við þrjál, sérhlífni eða hégóma og hugsast getur.

„Takk, hjúkrunarfræðingar, fyrir að annast um okkur þegar við værum annars í berskjölduðu reiðileysi. Takk fyrir að leggja á ykkur langskólagöngu og slítandi vaktavinnu án þess að hljóta fyrir það sanngjörn laun eða þann dýrðarljóma sem betur hæfði tilefninu.“

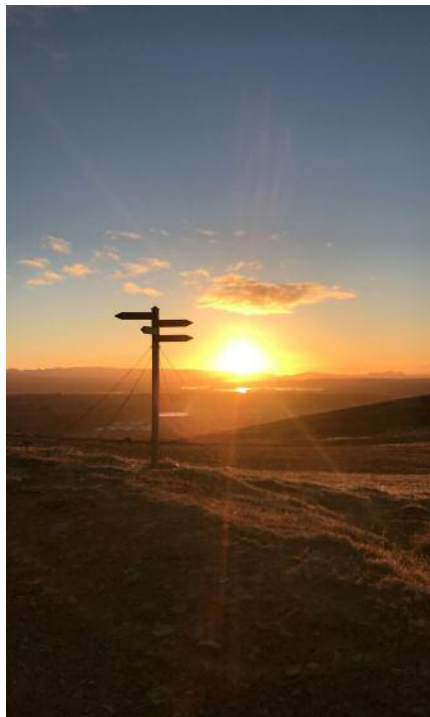
Takk, hjúkrunarfræðingar, fyrir að annast um okkur þegar við værum annars í berskjölduðu reiðileysi. Takk fyrir að leggja á ykkur langskólagöngu og slítandi vaktavinnu án þess að hljóta fyrir það sanngjörn laun eða þann dýrðarljóma sem betur hæfði tilefninu. Takk fyrir að vita ykkar viti og gera það sem gera þarf — oft verk sem fáir myndu treysta sér til að inna af hendi. Takk fyrir að sinna öllum jafn vel og láta það ekki á ykkur fá að skjólstæðingar ykkar séu of veikir, hræddir eða hugsunarlausir til að þakka fyrir sig. Megi öllum heimsins blessunum rigna yfir ykkur og alla sem ykkur þykir vænt um.



Áskell Snorrason leikur fyrir starfsfólk og sjúklinga á Sjúkrahúsi Akureyrar. Minjasafnið á Akureyri, ljósmyndari Hallgrímur Einarsson.

Með augum hjúkrunarfræðingsins

Ljósmyndasamkeppni



Sólsetur við Úlfarsfell 2018. Myndina tók Rannveig Björk Gylfadóttir.



Myndina tók Eydis Inga Sigurjónsdóttir.

Tímarit hjúkrunarfræðinga efndi aftur til ljósmyndasamkeppni meðal hjúkrunarfræðinga til að prýða forsíðu tímaritsins og líkt og fyrr barst fjöldi fallegra mynda í samkeppnina. Fallegar náttúrulífsmyndir einkenndu ljósmyndirnar í þetta skiptið en vandi var að velja á milli hver myndi prýða forsíðuna. Ljósmynd Rannveigar Bjarkar Gylfadóttur af sólsetri við Úlfarsfell varð fyrir valinu að þessu sinni.

Tímarit hjúkrunarfræðinga þakkar þátttökuna og birtir nokkrar inn-sendar myndir.



Sigríður Jóna Kjartansdóttir tók myndina.



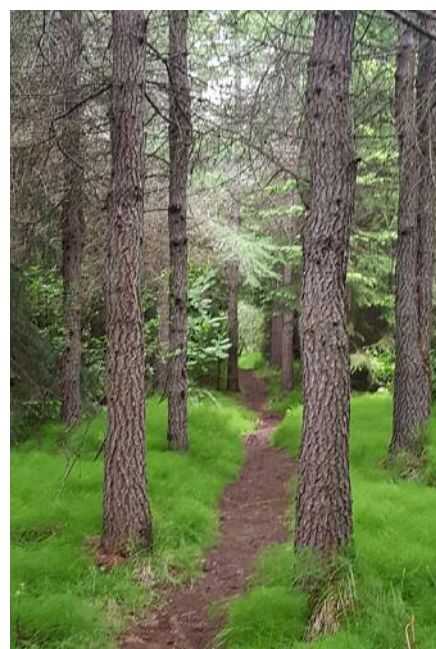
Lífriki jarðar. Myndina tók Svanhvít Vatnsdal Jóhannsdóttir.



Myndina tók Eydís Inga Sigurjónsdóttir.



Sólsetur, jóga og trjálundur. Myndirnar tók Erla Björnsdóttir.



Setið fyrir svörum ...

Þær Kristín Gunnarsdóttir, deildarstjóri á gjörgæsludeild, Fossvogi, og Stefanía Inga Sigurjónsdóttir, hjúkrunarfræðingur á Heilsustofnun í Hveragerði, sitja fyrir svörum um allt frá eftirlætismat til kosta og lasta í eigin fari og annarra. Eftirlætisdýr þeirra beggja eru hundar og þær telja báðar dugnað vera ofmetnustu dyggðina. Eins telja þær báðar hroka vera þann löst sem þær eiga erfiðast með að þola í fari annarra, og mest meta þær heiðarleika í fari vina.

Dáist mest að fólki sem lætur drauma sína rætast — Kristín Gunnarsdóttir



Kristín Gunnarsdóttir, deildarstjóri á gjörgæsludeild, Fossvogi.

Fullkomin hamingja er ... að fylgjast með barnabörnunum vaxa og þroskast. Einnig verð ég að segja að spila góðan golfhring í góðu veðri er fullkomin afslöppun. **Hvað hræðist þú mest?** Að verða ósjálfbjarga og hafa ekki áhrif á eigið líf. **Fyrirmyndin?** Við eigum svo margar frábærar kvenfyrirmyndir hér á landi, sterkar konur sem oft fóru á móti straumnum við erfiðar aðstæður. **Eftirlætismáltækið?** Óklifin fjöllin fram undan buga þig ekki heldur steinvalan í skónum þínum ... **Hver er þinn helsti kostur?** Jákvæðni og seigla. **Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung?** Hugur minn beindist mjög snemma að hjúkrun og hef ég svo sannarlega ekki séð eftir því, mjög gefandi starf með mikla möguleika. **Eftirlætismaturinn?** Hægeldað lambalæri með öllu tilheyrandi að hætti mömmu. **Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra?** Baktal og hroka. **Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað?** Að hafa komið börnunum mínum vel á legg. Einnig er ég stolt af að hafa getað sinnt vinnu minni vel og af áhuga. **Eftirminnilegasta ferðalagið?** Alveg klárlega ferðalagið sem við á Landspítalanum fórum í til að sækja slasaða Svía eftir flóðin í Tælandi 2006. Það er ferð sem var mjög erfið andlega en ég er þakklát fyrir hana og hún mun alltaf sitja í minningunni. **Ofmetnasta dyggðin?** Dugnaður, það getur komið í bakið á manni. **Hver er þinn helsti löstur?** Óþolinmæði, vil helst að hlutirnir gerist strax. **Hverjum dáist þú mest að?** Því fólki sem nær að láta drauma sína rætast. **Eftirlætishöfundurinn?** Enginn sérstakur, er alæta á bækur. **Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið?** „Heyrðu“ fer í taugarnar á mér. **Mesta eftirsjáin?** Vil ekki ræða það. **Eftirlætisleikfangið?** Golfkylfurnar mín. **Stóra ástin í lífinu?** Fjölskyldan mín. **Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa?** Meiri þolinmæði og ró, er frekar ofvirk og þarf alltaf að vera að. **Þitt helsta afrek?** Börnin mín. **Eftirlætisdýrið?** Hundur. **Hvar vildir þú helst búa?** Á Íslandi. Mér hefur alltaf liðið vel þar sem ég bý. **Hvað er skemmtilegast?** Spila golf með eiginmanni mínum og vinum okkar. **Hvað eiginleika metur þú mest í fari vina?** Heiðarleika og góðmennsku. **Eftirlætiskvikmyndin?** „Fish Called Wanda.“ Ég gat horft á hana margofter og alltaf hlegið að henni. **Markmið í lífinu?** Klára þau verkefni sem ég hef tekið af mér og gera það að heilindum. **Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Engan,

ég er svo þakklát að hafa fengið að fara þá braut sem ég hef fetað síðustu áratugi. En ég hefði orðið góður smiður ef ég hefði kosið þann starfsvettvang. **Eitthvað að lokum?** Höldum áfram að gera hjúkrunarfræðina sýnilegri og tölum meira um hvað þetta er frábærlega skemmtilegt fag.

Hræðist mest köngulær og heilsubrest

— **Stefanía Inga Sigurjónsdóttir**

Fullkomin hamingja er ... að vera sátt í eigin skinni. Hvað hræðist þú mest? Köngulær og heilsubrest. Fyrirmyndin? Mamma mín, ekki spurning. Eftirlætismáltækið? Betra seint en aldrei. Hver er þinn helsti kostur? Úff ... tryggð. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung? Kennari, lækni, skurðlækni. Svo ljósmóðir. Fór þess vegna í hjúkrun og er hér enn! Eftirlætismaturinn? Nautalund með bernaise-sósu. Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Grobb og hroka. Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað? Á ekki neina bikara eða merkilega verðlaunapeninga, ætli það sé ekki bara menntunin mín. Eftirminnilegasta ferðalagið? Til Danmerkur í ágúst síðastliðnum, ekki spurning! Var þar í 10 daga í RIGNINGU eftir að þar hafði verið 30°C hiti og sól allt sumarið. Svekkelsi! Ofmetnasta dyggðin? Vinnusemi og dugnaður. Hættum þessu og útrýmum kulnun í starfi! Hver er þinn helsti löstur? Leti og forvitni. Hverjum dáist þú mest að? Venjulegu fólki sem stendur af sér þær ótrúlegu raunir sem lífið leggur á það. Eftirlætishöfundurinn? Veit ekki, er ekki nógu dugleg að lesa. Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið? Hvað er með þetta veður?! Mesta eftirsjáin? Að hafa ekki farið til útlanda sem skiptinemi eða „au pair“. Eftirlætisleikfangið? Dúkkan mín, hún Hildur. Stóra ástin í lífinu? Eiginmaðurinn, Ómar Örvar. Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa? Geta gert mig ósýnilega og flogið um. Þitt helsta afrek? Dætur mínar, móðurbetrungar báðar tvær. Eftirlætisdýrið? Hundar. Hvar vildir þú helst búa? Bara mjög sátt hér í Hveragerði. Hvað er skemmtilegast? Ferðast. Hvað eiginleika metur þú mest í fari vina? Heiðarleika. Eftirlætiskvikmyndin? Sofna yfir flestum myndum, líka í kvikmyndahúsum, en vakti vel yfir „Million Dollar Baby“ og „The Call“. Markmið í lífinu? Lifa og njóta! Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi? Eitthvað allt annað? Þá verkfræðingur. Eitthvað að lokum? Hægjum á og njótum líðandi stundar, gærdagurinn er búinn, morgundaginn eigum við ekki vísan, dagurinn í dag er það eina sem við höfum.



Stefanía Inga Sigurjónsdóttir, hjúkrunarfræðingur á Heilsustofnun í Hveragerði.

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



Jöfn laun og vinnuskilyrði

Þorgerður Ragnarsdóttir tók saman

Um allan heim er litið til Norðurlanda sem fyrirmyndar um kynjajafnrétti. Samt sýnir ný samanburðarskýrsla um vinnuaðstæður hjúkrunarfræðinga í þessum löndum fram á 20% mun á launum hefðbundinna kvenna- og karlastétta. Á árlegri ráðstefnu Samtaka hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum (SSN), sem að þessu sinni var haldin í Reykjavík síðastliðið haust, var þessi staða reifuð frá ýmsum hliðum undir yfirskriftinni „Jöfn laun og starfsumhverfi“ (Equal pay and working conditions).

Þingið sóttu um 80 fulltrúar félaga hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum til að stilla saman strengi og afla hugmynda um vænlegar leiðir til að eyða launamuninum. Daginn fyrir ráðstefnuna undirrituðu formenn hjúkrunarfélaganna sex, sem mynda stjórn samtakanna, sameiginlega áskorun til ríkisstjórna landanna þar sem kallað er eftir pólitískum viðbrögðum gegn launaójöfnuði milli starfa sem krefjast sambærilegrar menntunar. Áskorunin er birt í á blaðsíðu 53. Stiklað verður nú á stóru í nokkrum helstu erindum þingsins.

Ágrip af nokkrum erindum ráðstefnunnar

Í erindi Tine Rostgaard, félagsfræðings og rannsóknarprófessors við VIVE, miðstöð félagsvísinda í Danmörku, kom fram að sameiginlegt sé í menningu Norðurlandabúa að foreldrar deili með sér forsjá og uppeldi í fjölskyldum. Foreldra- og fedraorlof hafa stuðlað að jafnrétti með því að breyta viðhorfum, menningu, lagasetningu og hugmyndum um jafnrétti. Þrátt fyrir þetta hafi lítið breyst í sögulegum mun á launum fyrir karla- og kvennastörf. Það mætti því ekki slaka á, baráttunni yrði að halda áfram. Hún klikkti út með áleitinni spurningu um hvort markmiðið með jafnrétti væri skýrt. Er verið að tala um 50:50 jafnrétti á öllu sviðum eða ætti að einhverju leyti að horfa til menningarlegs og líffræðilegs munar kynjanna?

„Ekki væla,“ eru skilaboðin sem stjórnendur fá. Hún benti á að það væri talað um að konur væru síður í stjórnunarstöðum en karlar. Ef nánar er að gætt sé það ekki alls kostar rétt. Þetta á við um vissa þætti atvinnulífsins þar sem karlar hafa verið ráðandi, en ef litið er á heilbrigðis- og félagsgeirann þá eru konur í stjórnunarstöðum þar í miklum meirihluta.

Klara Regnö, hagfræðingur við háskólann í Mälardalen í Svíþjóð og sérfræðingur í jafnri stöðu við Karolinska háskólann, hélt erindi um konur og karla í stjórnunarstöðum. Í erindi sem hún nefndi „Að varpa ljósi á hið ósýnilega: Ójöfn laun og aðrar kerfislægar jafnréttishindranir“ ræddi hún um kerfislægar hindranir í nútímanum, eins og stærri starfseiningar, minni stoðþjónustu og minna samráð milli stjórnunarlaga. Samkvæmt niðurstöðum hennar virðast konur í stjórnunarstörfum hafa fleiri undirmenn en karlar og vinna gjarnan í flatara skipuriti þar sem er erfiðara að viðhalda samskiptum við alla starfsmennina. Í karlagreinum séu æðri stjórnendur með færri undirmenn og hærri laun en því sé öfugt farið hjá konum. Samskipti yfirmanna og undirmanna eru einnig frekar ofan frá og niður hjá körlunum heldur en í



Myndin er tekin á árlegri ráðstefnu Samtaka hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum (SSN) sem haldin var í Reykjavík haustið 2018.

báðar áttir. Þá sagði hún rekstur innan fjárhagsramma skipta meira máli en allt annað. Rekstrarmarkmiðum er náð með því að þrýsta ábyrgð á viðunandi gæðum þjónustu niður í lægri stjórnunarlög skipuritsins. Litið er á það sem persónuleg stjórnunarmistök að ná ekki rekstrarmarkmiðum. „Ekki væla,“ eru skilaboðin sem stjórnendur fá. Hún benti á að það væri talað um að konur væru síður í stjórnunarstöðum en karlar. Ef nánar er að gætt sé það ekki alls kostar rétt. Þetta á við um vissa þætti atvinnulífsins þar sem karlar hafa verið ráðandi, en ef litið er á heilbrigðis- og félagsgeirann þá eru konur í stjórnunarstöðum þar í miklum meirihluta.

Jafnlaunakerfi opinberra stofnana

Lúvísá Sigurðardóttir, byggingarverkfræðingur og verkefnisstjóri innleiðingar jafnlaunavottunar á Landspítala, fjallaði um jafnlaunakerfi hjá opinberum stofnunum á Íslandi. Tilgangurinn með jafnlaunakerfi Landspítala er að uppfylla lög nr. 10/2008 um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla ásamt því að öðlast og viðhalda jafnlaunavottun. Markmiðið er að nýta hæfni, krafta og kunnáttu starfsmanna til fulls án þess að kynbundinn mismunur eigi sér stað. „Starfsfólk skal fá greidd jöfn laun og njóta sömu starfskjara fyrir sömu eða jafnverðmæt störf,“ segir í jafnlaunastefnunni. Lúvísá útskýrði hvernig staðallinn ÍST 85:2018 er hafður til hliðsjónar við að móta jafn-

launakerfi spítalans. Hún sagði að flækjustig væri mikið, sérstaklega hjá opinberum stofnunum í heilbrigðisgeiranum, og því væri sjaldan hægt að heimfæra lausnir sem einkageirinn hefur innleitt án mikillar aðlögunar. Til að tryggja farsæla innleiðingu á Landspítala sagði Lúvísá að mikil áhersla væri lögð á að kortleggja allt skipulag eins og það er í dag og vinna út frá því. Til að fylgja eftir jafnlaunastefnu þurfi rekjanleika í ráðningarferli, launasetningu og skráningu allra viðeigandi gagna. Lykilatriði er að geta rakið allar launatengdar ákvarðanir og á hvaða gögnum þær eru byggðar.

„Jöfn laun — hvernig náum við þeim?“

Formenn aðildarfélaga SSN voru hver og einn með framsögu undir yfirskriftinni „Jöfn laun — hvernig náum við þeim?“ Hjúkrunarfræðingar í flestum landanna búa sig undir nýja kjarasamninga, en Færeyingar eru nýlega búnir að semja. Í erindum formannanna komu fram nokkrir sameiginlegir þættir. Alls staðar eru laun hjúkrunarfræðinga lág miðað við viðmiðunarstéttir með sambærilega menntun og ábyrgð. Fleiri hjúkrunarfræðinga vantar einnig til starfa til þess að geta brugðist við þeirri þörf sem til staðar er fyrir hjúkrunarfræðinga. Formennirnir voru sammála um að þær aðferðir sem hafa verið notaðar til þessa til að ná fram betri kjörum, t.d. verkföll, samningar og jafnvel jafnlaunavottun, hafi ekki skilað til-



ætluðum árangri. Þó núverandi kjör í löndunum séu um margt svipuð sker Ísland sig úr í samsetningu launa því að aðeins 61% heildarlaunanna eru föst laun, en hlutfallið er 72–83% á hinum Norðurlöndunum. Einnig er hlutfall yfirvinnu af heildarlaunum óhóflega mikið á Íslandi, eða 16%. Slíkt yfirvinnuhlutfall þekkist ekki á hinum Norðurlöndunum enda er það 1–4%. Félög hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum þurfa að sýna samstöðu í kjarabaráttu fyrir stéttina, mynda sambönd og tengslanet. Samtakamáttur þeirra er sterkari en hvert félag út af fyrir sig.

Hvernig er hægt að bæta og jafna kjör hjúkrunarfræðinga?

Í umræðum á ráðstefnunni komu fram ýmsar hugmyndir sem bæta mættu og jafna kjör hjúkrunarfræðinga. Þeirra á meðal voru:

- Að mynda sátt milli stéttarféлага um að leiðrétta kynbundinn launamun.
- Að auka launabil innan stéttarinnar, hækka hæstu laun til að skapa rými til að hægt sé að hækka lægstu laun.
- Stofnanasamningar í stað miðlægra kjarasamninga.
- Starfsmatskerfi verði tekin upp þar sem störf eru metin út frá sömu forsendum.
- Stytting vinnuviku vaktavinnufólks.
- Að skapa samkeppni um hjúkrunarfræðinga á markaði með auknum sjálfstæðum rekstri hjúkrunarfræðinga.
- Að kalla eftir pólitískum viðbrögðum þó að stjórnmálamenn séu tregir til að blanda sér í kjaradeilur.
- Norræna samningaleiðin þar sem launaþróun á opinberum og almennum vinnumarkaði helst í hendur.

Engin ein leið er líkleg til að leiðrétta laun hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum. Eitt er þó víst að kjör hjúkrunarfræðinga lúta ekki hefðbundnum markaðslögmálum. Aukið vægi starfa hjúkrunarfræðinga í samfélaginu og sú staðreynd að marga vantar til starfa endurspeglast ekki í launum.

Samtök hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum (SSN)

(Sygeplejernes samarbejde i Norden (SSN) eða Nordic Nurses' Federation (NNF))

Um 320 þúsund hjúkrunarfræðingar á Norðurlöndum eiga aðild að SSN. Samtökin hafa starfað frá 1920 með sameiginleg baráttumál hjúkrunarfræðinga í brennidepli. Síðan þá hefur sambærileg þróun í jafnréttismálum átt sér stað í öllum löndunum. Lög um jafna stöðu karla og kvenna og varðandi ýmis réttindi, eins og eignarhaldsrétt, kosningarétt o.s.frv., voru samþykkt í þeim öllum á tímabilinu 1906–1919. Löndin eiga sameiginlegt að atvinnuþátttaka kvenna er mikil, með sjö af hverjum 10 konum á atvinnumarkaði.

Launamunur var þegar á dagskrá við stofnun SSN árið 1920. Þá voru konur almennt ekki fyrirvinnur og ekki álitið að þær þyrftu sömu fjárráð og karlar. Launamunur kynjanna hefur lifað af allar götur síðan þrátt fyrir samninga og aðrar aðgerðir til að jafna hann.

Framan af voru helstu baráttumálin réttur hjúkrunarfræðinga til að gifta sig, búa í eigin húsnæði, styttri vinnutími og launakjör. Ræst hefur úr fyrstu þremur baráttumálunum en enn þann dag í dag, næstum 100 árum seinna, er launamunur á kvenna- og karlastéttum mikið vandamál í starfseminni. Norrænu félögin vinna einnig saman að því að efla rannsóknir í hjúkrun og bæta hjúkrun og hjúkrunarmenntun á Norðurlöndum. Þá hafa verið uppi hugmyndir um að stofna til embætta „Chief Nursing Officer“, þ.e. hjúkrunarstjórnanda sem getur veitt stjórnvöldum ráðgjöf um fagleg málefni í hjúkrun í löndunum.

Norræna leiðin

„Norræna leiðin“ er samningslíkan sem hefur verið stuðst við í Noregi, Danmörku og Svíþjóð. Markmið „norrænu leiðarinnar“ er að auka kaupmátt á grundvelli lágrar verðbólgu, lágra vaxta og stöðugs gengis. Það er gert með því að viðhalda jafnvægi á milli launaþróunar á almennum vinnumarkaði og opinberum vinnumarkaði en það á síðan að stuðla að friði á vinnumarkaði og auknum stöðugleika. Í þessu kerfi er reynt að tryggja að opinberir starfsmenn fái að njóta launaskriðs sem verður á almennum vinnumarkaði, að frádregnu launaskriði á opinbera vinnumarkaðinum.

„Norræna leiðin“ hefur ekki verið reynd hér á Íslandi. Á hinum Norðurlöndunum hefur tekist að auka kaupmátt tvisvar sinnum meira á ári á síðustu 15 árum en hér á

landi. Vinnumarkaðurinn á Íslandi hefur einkennst af höfrungahlaupi og leiðréttingum á milli stétta sem oftast en ekki leiða til aukinnar verðbólgu og minni kaupmáttar. Gerð var tilraun til að koma þessari aðferð hér á árið 2016 en um það tókust ekki samningar þá

Hjúkrunarfræðingar á Norðurlöndum kalla eftir pólitískum viðbrögðum gegn launa-ójöfnuði

Hjúkrunarfræðingar frá öllum sex Norðurlöndunum hafa sameinast, undir merkjum Samtaka hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum (SSN), um ákall til ríkisstjórna sinna og stjórnmalamanna þess efnis að tekist verði á við ósanngjarnan launamun í þeim kvenna- og karlastörfum sem krefjast sambærilegrar menntunar.

Könnun á launakjörum á Norðurlöndum hefur leitt í ljós að launamunur karla og kvenna með menntun á bakkalárstigi er um 20 af hundraði. Á heildina litið eru laun í hefðbundnum kvinnagreinum, svo sem hjúkrun, um það bil 80 prósent af launum í karlagreinum á svipuðu menntunarstigi.

Eitt af sérkennum norræna vinnumarkaðarins er að launamyndun á sér stað í viðræðum milli samningsaðila. Við berum mikla virðingu fyrir því fyrirkomulagi. En sagan hefur, því miður, kennt okkur að frjálsar samningaviðræður mega sín lítils við að leysa þann vanda sem felst í ójöfnum launum fyrir sambærilega menntun. Við stöndum því frammi fyrir pólitísku vandamáli sem á rætur sínar að rekja til þess tíma þegar ekki var litið á konur sem fyrirvinnur. Þess vegna krefjumst við — fyrir hönd 320.000 norrænna hjúkrunarfræðinga — viðbragða af hálfu stjórnvalda.

Þróun heilbrigðismála á 21. öldinni mun hafa það í för með sér að vægi hjúkrunarstarfa á eftir að aukast og er því skorturinn á hjúkrunarfræðingum á Norðurlöndunum þeim mun alvarlegri staðreynd. Stjórnmalamenn og stefnumótendur mega ekki horfa fram hjá því að laun og viðundandi starfsskilyrði gegna lykilhlutverki í að laða fólk að greininni og halda hjúkrunarfræðingum í starfi.

Ójöfn laun hjúkrunarfræðinga voru á dagskrá stofnfundar Samtaka hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum árið 1920. Nú — nærri 100 árum síðar — er kominn tími til þess að stjórnmalamenn sýni dug sinn í að takast á við ójöfnuð fortíðarinnar og veiti hjúkrunarfræðingum þau laun og þá virðingu sem þeir eiga skilið.

Sygeplejernes samarbejde i Norden (SSN)

„Vantar að finna snilling til að dreifa álaginu í hjúkrunarfræðinámi“

— Viðtal við Valdísi Bjarnadóttur og Herdís Elínu Þorvaldsdóttur



Valdís Bjarnadóttir, hagsmunafulltrúi hjúkrunarfræðinema við HÍ..

Hjúkrunarfræðinemarnir Valdís Bjarnadóttir, hagsmunafulltrúi hjúkrunarfræðinema við Háskóla Íslands, og Herdís Elín Þorvaldsdóttir, samskiptafulltrúi hjúkrunarfræðinema við Háskólann á Akureyri, sóttu nýverið fund norrænna hjúkrunarfræðinema (NSSC) í Svíþjóð. Markmiðið með fundinum var að fulltrúar hjúkrunarfræðinema á Norðurlöndum miðluðu upplýsingum um stöðu námsins í hverju landi og hvað betur mætti fara. Á fundinum var rætt vítt og breytt um námið og bækur bornar saman, en ásamt þeim Herdís og Valdís voru fulltrúar frá Færeyjum, Noregi, Svíþjóð og Finnlandi.

Að sögn þeirra kom hver fulltrúi undirbúinn með umræðuefni og að því búnu hjálpuðust allir að við að leita lausna á hverju máli fyrir sig. „Sem dæmi ræddum við um skort á karlmönnum í hjúkrun en það er ekki eins mikill skortur til dæmis í Noregi og Svíþjóð og því leituðum við ráða hjá þeim hvernig þetta er í þeim löndum,“ segja þær Herdís og Valdís.

Staðarnám og fjarnám í hjúkrunarfræði

Námið í hjúkrunarfræði í háskólunum tveimur hér á landi er ólíkt að því leyti að nemendur við Háskóla Íslands eru í staðarnámi en boðið er upp á fjarnám við Háskólann á Akureyri. Hlutverk Herdísar sem samskiptafulltrúa HA er að miðla upplýsingum um hjúkrunarfræðinámið milli skóla og til annarra ásamt því að koma á framfæri hvað megi betur fara og leiðir til þess. Hún segir nemalífið vera mjög fjölbreytt og skemmtilegt. „Hópurinn er fjölbreyttur en lítill enda margir í fjarnámi. Það er alltaf mikið að gera hjá okkur og við erum í miklu og dreifðu verknámi þannig að við ferðumst um land allt til þess að kynna okkur heilbrigðisþjónustuna á Íslandi. Nemendafélagið Eir sér um að halda uppi stuðinu og sjá til þess að við lítum upp úr námsbókunum af og til.“

„Það er samt sem áður mjög skemmtilegt og fróðlegt en suma daga er lítið annað í boði en að helga sig skólanum alla daga allan daginn,“ segir Herdís.

Valdís er hagsmunafulltrúi Háskóla Íslands og alþjóðafulltrúi Curators, félag hjúkrunarfræðinema við HÍ. Felst það í að vera tengiliður nemenda við Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og situr hún fundi með fulltrúum þeirra ásamt formönnum Curators og Eirar. Hlutverk hennar er meðal annars að beita sér fyrir hagsmunum nemenda. Ólíkt náminu á Akureyri þá eru allir nemendur í staðarnámi. „Hver bekkur myndar mikla heild og er í miklum samskiptum í gegnum námið. Fyrirlestrarnir eru



Herdís Elín Þorvaldsdóttir, samskiptafulltrúi hjúkrunarfræðinema við HA.

skemmtilegir og oft og tíðum lifandi samræður við kennara og fagfólk. Einnig er öflugt félagslíf rekið af Curator, félagi hjúkrunarnema, og besta kaffið í Háskóla Íslands fæst hjá Ágústu í Eirbergi.“

Þær Herdís og Valdís segja báðar mikið álag vera í náminu og eru sammála um að skipulagið mætti vera betra. Valdís segir að þrátt fyrir að skipulagið fari batnandi séu þó enn vandamál hjá deildinni. Herdís tekur í sama streng: „Námið mætti alltaf vera betur skipulagt og gott væri ef einhver snillingur myndi finna upp æðislega lausn til að dreifa álaginu jafnt. Það er samt sem áður mjög skemmtilegt og fróðlegt en suma daga er lítið annað í boði en að helga sig skólanum alla daga allan daginn.“ Að mati Valdísar mætti vera meira samræmi á milli einingafjölda og álags við HÍ en hún segir mikið álag vera í verkefnaskilum. „Einnig væri gaman að skoða þann mögulega að bjóða upp á fjarnám við hjúkrunardeildina í HÍ,“ segir hún enn fremur.

Ekki á færi allra að geta bjargað mannlífum

Aðspurðar um sumarvinnu segjast þær ekki miklar áhyggjur hafa. „Það er alltaf þörf fyrir hjúkrunarnema á Akureyri, bæði á öldrunarheimilum og á öllum deildum sjúkrahússins. Það hefur ekki verið mikið mál að redda sér sumarvinnu hingað til,“ segir Herdís. Valdís segir að fjölbreytt störf séu í boði á langflestum deildum Landspítala, „og hjúkrunarheimilin taka glöð á móti fróðleiksfúsum hjúkrunarnemum. Valdís útskrifast vorið 2019 og ætlar að vinna á hjúkrunarheimili út á lands-

byggðinni en frekari framtíðarplön eru enn óráðin að sögn hennar. „Ég er hrikalega stolt af því að geta kallað mig hjúkrunarfræðing. Starfið er krefjandi, stundum erfitt, oftast þó skemmtilegt og alltaf gefandi. Góður hjúkrunarfræðingur, sem er fagmaður í starfi, getur bjargað mannlífum og það er ekki á færi allra!“ Herdís stefnir aftur á móti á útskrift á næsta ári og segir framtíðina enn óráðna hvað varðar vinnu. „Hjúkrunarfræðinám er rosalega heillandi og höfðar vel til mín. Ég er líka alltaf spennt fyrir því að sjá fleiri karlmenn í hjúkrun og ég vona að þeir fari að stíga fram og láta ljós sitt skína í þessum frábæra geira. Hjúkrunarfræðistarfið er mjög krefjandi og erfitt en á sama tíma mjög skemmtilegt og fróðlegt, ég læri eitthvað nýtt í hvert skipti sem ég mæti í vinnuna,“ segir hún.

„Við vonum innilega að ábyrgðin, sem fylgir náminu og starfinu, verði metin sem og álagið með því að hækka grunnlaunin umtalsvert.“

Talið berst að komandi kjaraviðræðum og ekki laust við spenn-ing fyrir viðræðunum. „Við vonum innilega að ábyrgðin, sem fylgir náminu og starfinu, verði metin sem og álagið með því að hækka grunnlaunin umtalsvert. Gaman væri einnig að sam-ræma laun nema og hjúkrunarfræðinga á bæði Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri þar sem þetta eru bæði ríkisreknar stofnanir en mikill launamunur er þar hjá fólki með sömu menntun,“ segja þær.



B&B Guesthouse
Hringbraut 92, Keflavík

**Gisting, morgunverður, geymsla á
bíl, keyrsla í flug og skil á bíl í
Leifsstöð við heimkomu**



Munið
orlofsmiðana

www.bbguesthouse.is

Krossgáta Tímarits hjúkrunarfræðinga

Ef bókstöfunum í lituðu reitunum er raðað rétt saman birtist orð sem viðkemur sögu Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Glæsileg verðlaun eru í boði.

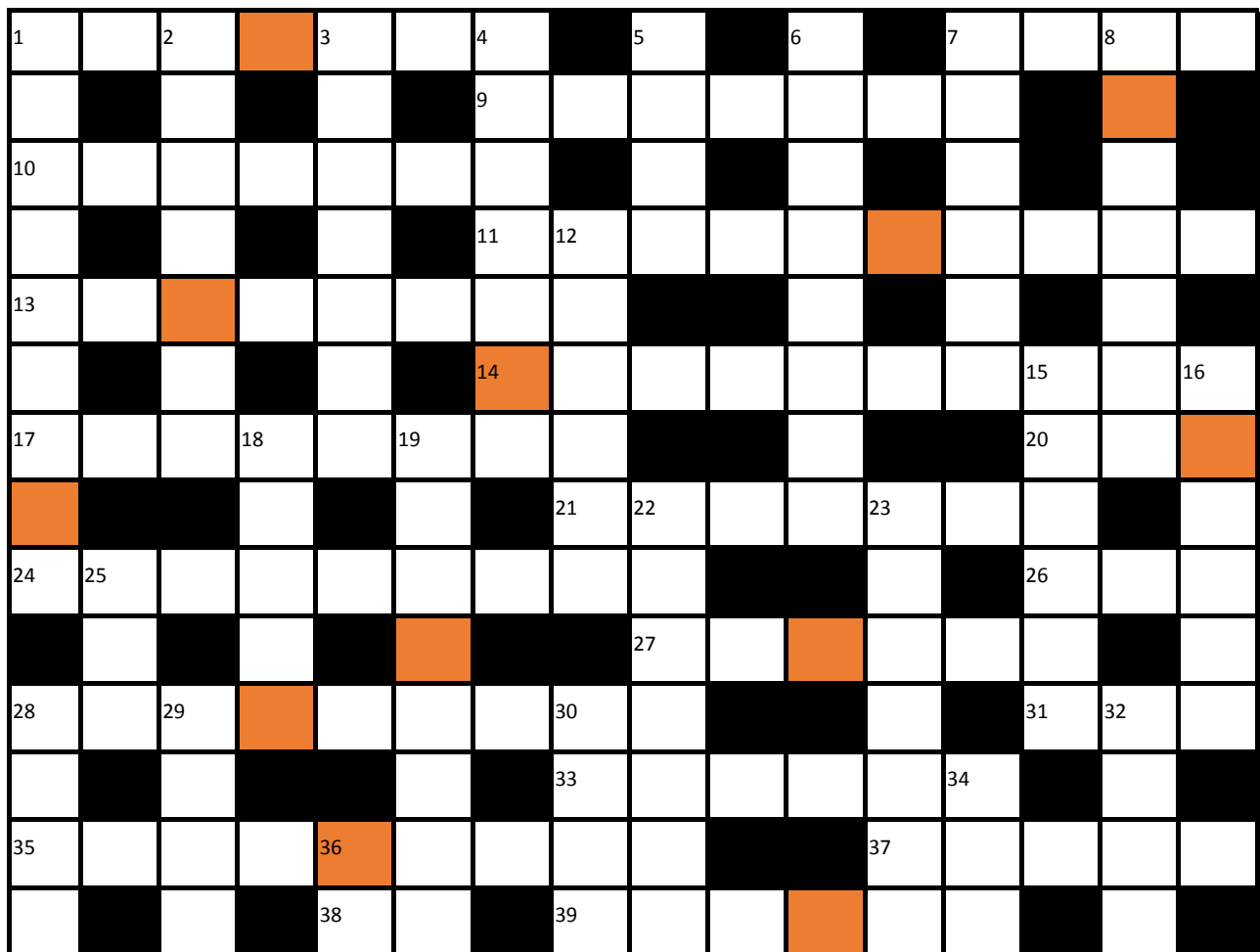
Í fyrstu verðlaun er inneign að andvirði 10.000 krónur í Álnavörubúðinni, Breiðumörk 2 í Hveragerði þar sem nóg er til af öllu nema álnavöru. Í 2.–4. verðlaun er gjafabréf fyrir tvo á veitingastaðinn Local sem býður upp á hollan og ferskan skyndibita á sanngjörnu verði. Local rekur fjóra staði en þeir eru í Borgartúni 25 í Reykjavík, Smáralind, Kringlunni og Reykjavíkurvegi 62.

Sendið lausnarorðið fyrir 6. ágúst 2019 á ritstjori@hjukrun.is.

ÁLNAVÖRUBÚÐIN
Hveragerði

local





Lausnarorð



Lárétt

- 1 Æst spinnur sögu um að þessi loki sári að lokum (7)
- 7 Með svona belg dugar þaður skammt (4)
- 9 Efla pílu uns þau verða uppgefin (7)
- 10 Þefaði uppi salat til að mýkja vöðvann (7)
- 11 Hitti gálu í leðri loðnu (10)
- 13 Sauðdrukkinn með sautján tattú (8)
- 14 Mála þessa gaura og snyrti á þeim neglurnar (10)
- 17 Hef fyrir venju að hitta líkan hóp og háttprúðan (8)
- 20 Þessi ábreiða hélt ekki vatni (3)
- 21 Dýrka þá sem dánir eru og hina sem detta í djúpan dvala (7)
- 24 Þjóðsagan var brotið sem ég fékk af arfinum (9)
- 26 Dá lífrænt niðurbrot (3)
- 27 Finn kvennabúr í eldstöð (6)
- 28 Hvað með sífelld röltið um rangalann? (9)
- 31 Ægir fær áverka (3)
- 33 Ekki fæddur en samt sveltur? (6)
- 35 Lokka þrota úr hnjám og úlnlið (9)
- 37 Bíð með þennan tank (5)
- 38 Brjáluð af því ég fæ alltaf F (2)
- 39 Getur verið að flug framkalli öngvit? (6)

Lóðrétt

- 1 Leyniprinsessa fær bara leifar af brenndum runna í matinn (9)
- 2 Tek hnattreisu fram yfir hagsæld (7)
- 3 Moldarsvað Arnar hentar engum bósa (7)
- 4 Vitlaus sætta sig við hið öfugsnúna yfirborð (7)
- 5 Friðrik hljómar og bergmálar líka (4)
- 6 Setjum bryggju fyrir varðskip á sjávarlóð (8)
- 7 Setjum gjaldeyrinn í lægðirnar (6)
- 8 Hvort páfinn gengur í KA er mál Parísarbúa (7)
- 12 Snarvitlaus draugur og sérlega hávær (6)
- 15 Á ferð með tilbúnum truntum (6)
- 16 Stakur strauk eftir að keyrsla fór í rugl (6)
- 18 Hvað er þetta umdæmi eiginlega að gera? (5)
- 19 Urðaði vömb við solar plexus (8)
- 22 Er sjúkleg mæði þá andstæðan við neyðartilvik? (7)
- 23 Vil að glæpaklíka fái líka aðgang (7)
- 25 Breið ból eru best (3)
- 28 Tauta eitthvað um borg englanna (4)
- 29 Hugaðu líka að ódrukknu liði (4)
- 30 Góna á þau sem ógna þeim og rugla þá sem duga (4)
- 32 Það sem verður að fara frá, það skal þurrka út (4)
- 34 Enn ef tá lyktar? (3)
- 36 Ég kveð mitt kæra þorp (2)

Vísbending f. lausnarorð: Ef bókstöfunum í lituðu reitunum er raðað rétt saman birtist horfinn sælureitur hjúkrunkvenna (12)

MS-nám í gjörgæsluhjúkrun við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Haustið 2019 hefst 90 eininga (ECTS-einingar) nám til MS-gráðu í gjörgæsluhjúkrun sem nær yfir fjögur misseri og lýkur vorið 2021. Til að innritast í námið þarf að hafa lokið BS-prófi í hjúkrunarfræði. Námið spannar gjörgæslumeðferð fullorðinna, barna og nýbura. Sérhæfð námskeið gjörgæsluhjúkrunar og hjúkrunarsjúklinga með brád og alvarleg veikindi eru til 36 eininga og fræðileg kjarnanámskeið MS-náms í hjúkrunarfræði til 54 eininga að meðtöldu 30 eininga lokaverkefni.

Markmið MS-náms í gjörgæsluhjúkrun er að efla fræðilega og klínísku þekkingu við hjúkrun sjúklinga með brád og alvarleg veikindi sem þurfa gjörgæslumeðferð. Mikil áhersla er lögð á nýtingu rannsókna við meðferð sjúklinga og hvernig þeim farnast, þekkja viðfangsefni og álitamál í meðferð bráðveikra og geta tekið faglegar ákvarðanir og rökstutt þær. Klínískt starfsnám á gjörgæsludeildum Landspítala er launað á námstíman-



um kjósi nemandi að vera í fullu MS-námi í gjörgæsluhjúkrun. Gjörgæsludeildir Landspítala eru gjörgæsludeildir fullorðinna og barna í Fossvogi og við Hringbraut og nýburagjörgæsla á Barnspítala Hringinsins.



NÝTTU FRÍTÍMANN VEL

Tíminn er á fljúgandi ferð og sumarfríð er ekki langt undan.

Þú getur fengið gjafabréf hjá okkur að andvirði 15.000 kr. fyrir aðeins 8.900 kr. inni á www.hjukrun.is og flogið á vit ævintýrana í orlofinu.

airicelandconnect.is

Air Iceland
Connect



Nýlegar doktorsvarnir í hjúkrunarfræði

Emma Marie Swift varði doktorsritgerð sína í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 30. janúar síðastliðinn. Ritgerðin ber heitið Efling eðlilegra fæðinga á tímum tæknivæðingar. Tækifæri og áskoranir á Íslandi.

Markmið rannsóknarinnar var að auka þekkingu á því hvernig megi stuðla að jákvæðu hugarfari til eðlilegra fæðinga á tímum mikillar notkunar tækni og inngripa í fæðingar. Rannsóknin var byggð á gögnum úr Fæðingaskrá Íslands frá 1995 til 2014, spurningalistum og kerfisbundinni samantekt til að undirbúa þróun og innleiðingu foreldrahópa í meðgönguvernd. Markmið foreldrahópanna var að styrkja jákvætt viðhorf til eðlilegra fæðinga meðal kvenna sem áttu von á sínu fyrsta barni.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að mikil fjölgun varð á gangsetningum og utanbastsdeyfingum meðal kvenna án áhættuþátta á rannsóknartímabilinu (1995–2014) en keisaraskurðum og áhaldafæðingum fjölgaði ekki. Rannsóknin leiddi einnig í ljós að þekking kvenna á fæðingu og fæðingarótti hafði mikil áhrif á viðhorf kvenna til fæðinga án inngripa. Þrátt fyrir að foreldrahóparnir hafi ekki minnkað fæðingaróttameira en hefðbundin meðgönguvernd báru þeir árangur í að minnka fæðingaróttameðal kvenna sem ekki sóttu námskeið utan meðgönguverndar.

Leiðbeinendur voru Helga Gottfreðsdóttir, prófessor í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild, og Helga Zoëga, prófessor í lýðheilsuvísindum við Læknadeild. Umsjónarkennari var einnig Helga Gottfreðsdóttir. Aðrir í doktorsnefnd voru Kathrin Stoll, Melissa Avery og Rúnar Vilhjálmsson. Andmælendur voru dr. Ellen Blix, prófessor við heilbrigðisvísindadeild Háskólans í Ósló, og Alexander Kristinn Smáráson, prófessor við Heilbrigðisvísindadeild Háskólans á Akureyri.



Emma Marie Swift.

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



Diplómanám í bráðahjúkrun á framhaldsstigi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir, dósent og forstöðumaður fræðasviðs í bráðahjúkrun
Ágústa Hjördís Kristinsdóttir, sérfræðingur í bráðahjúkrun
Ingibjörg Sigurþórsdóttir, sérfræðingur í bráðahjúkrun

Hjúkrunarfræðingar í bráðþjónustu standa sífellt frammi fyrir nýjum viðfangsefnum sem undanfarið hafa meðal annars falist í hjúkrun fjölveikra aldraðra, veikra og slasaðra ferðamanna og fleiri sem leita sér hjálpar vegna ofneyslu ópíóða, kynferðis- ofbeldis eða annars ofbeldis. Þar fyrir utan veldur skortur á legurýmum á sjúkrahúsum lengri legu fjölveikra á bráðamóttökum. Í þessu umhverfi höfðu fagdeild bráðahjúkrunarfræðinga, fagráð í bráðahjúkrun á Landspítala auk stjórnenda bráðamóttöku Landspítala um nokkurt skeið greint þörf á að bjóða upp á diplómanám í bráðahjúkrun á meistarastigi. Síðast var boðið upp á slíkt nám við Háskóla Íslands fyrir hátt í 10 árum og voru hjúkrunarfræðingar í bráðþjónustu farnir að kalla eftir framhaldsnámi. Óskin fólst í tækifæri til að dýpka fræðilega en ekki síður klíniska þekkingu. Eftir breytingar á námskrá BS-náms við Háskóla Íslands hefur klínískum stundum í bráðahjúkrun fækkað og því talin aukin þörf á framhaldsnámi í þessari sérhæfingu. Mikil ánægja var með diplómanámið sem síðast var í boði, hjúkrunarfræðingarnir eflust í starfi og stór hluti þeirra tók í kjölfarið að sér sérhæfð störf eða hélt áfram í meistaranám.

Mikilvægt að efla hæfni í bráðþjónustu

Bráðahjúkrun er sinnt um allt land og á mismunandi þjónustustigum. Til að auka öryggi þeirra sem veikjast eða slasast er mikilvægt að efla hæfni hjúkrunarfræðinga í bráðþjónustu, þekkingu þeirra, viðhorf og klíniska færni. Því var skipuð námsnefnd um framhaldsnám í bráðahjúkrun, það sett fram sem 30 eininga nám sem ljúka má á tveimur námsárum og var tillagan samþykkt af deildarráði Hjúkrunarfræðideildar í janúar 2019. Hjúkrunarfræðideild hefur umsjón með og ber ábyrgð á námsleiðinni en klínískt starfsnám er á ábyrgð flæðisviðs Landspítala. Á bráðamóttöku Landspítala mun fara fram 10 eininga klínískt námskeið undir umsjón sérfræðinga í bráðahjúkrun og klínískra leiðbeinenda þar sem nemendur munu vinna að hæfniviðmiðum hæfs bráðahjúkrunarfræðings samkvæmt skilgreiningum (Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir o.fl., 2018).

Tilgangur diplómanáms í bráðahjúkrun verður að veita hjúkrunarfræðingum tækifæri til að dýpka þekkingu, skilning og færni í hjúkrun bráðveikra og slasaðra sjúklinga innan sem utan heilbrigðisstofnana. Að námi loknu munu nemendur hafa öðlast sérhæfða þekkingu á einkennum, þörfum sjúklinga og

aðstandenda og viðbrögðum þeirra við bráðum veikindum og slysum, geta metið, forgangsraðað og endurmetið sjúklinga auk þess að þekkja til og veita viðeigandi meðferð og meta árangur hennar.

Færni í bráðahjúkrun byggist m.a. á staðgóðri þekkingu á:

- lífeðlisfræðilegum viðbrögðum við bráðum veikindum og slysum
- endurlífgun, bráðameðferð og bráðaviðbrögðum
- sálfræðilegum áhrifum bráðra veikinda, áverka og slysa
- félagslegum afleiðingum veikinda, slysa og sjúkrahúslegu
- menningarbundnum þörfum skjólstæðinga
- sjúkdóma- og áverkafræði
- íslensku heilbrigðiskerfi, viðbragðsáætlunum og almannavörnum

Í náminu verða skoðaðar nýjar rannsóknir, kenningar og meðferðarúrræði sem snúa að ofangreindum þáttum. Í bóklegum námskeiðum verður áhersla lögð á að kenna nemendum úrlausnir með raunverulegum dæmum og í klínískum hluta að tengja dagleg viðfangsefni við gagnreynda þekkingu. Námsleiðin eflir sjálfstæði í starfi sem bráðahjúkrunarfræðingur og gæti orðið áfangi í áframhaldandi námi til meistaraþrófs og sérfræðingsþrófs í bráðahjúkrun. Í náminu verða fjölþættar aðferðir við kennslu, svo sem klínískt nám, umræðufundir, tilfellokynningar, fyrirlestrar, hermikennsla og hópavinna og áhersla lögð á virka þátttöku nemenda. Námsmat verður fjölþætt, þar með talið próf, kynningar, þátttaka í umræðum, skrifleg verkefni og fleira.

Fjölmarginir hjúkrunarfræðingar hvaðanæva að af landinu hafa sótt um að hefja námið haustið 2019. Það er tilhlökkunar- efni að taka þátt í því að efla hjúkrunarfræðinga um allt land í bráðahjúkrun og mikið gleðiefni að hjúkrunarfræðingar sjái sér hag í því að auka við sig þekkingu og hæfni í starfi á þessum vettvangi.

Heimild

Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir, Gyða Halldórsdóttir, Dóra Björnsdóttir, Bryndís Guðjónsdóttir, Helga Pálmadóttir, Ingibjörg Sigurþórsdóttir, Kristín Halla Marínósdóttir, Ragna Gústafsdóttir, Sigurlaug A. Þorsteinsdóttir, Sólrun Rúnarsdóttir og Sólveig Wium (2018). Hæfniviðmið í bráðahjúkrun á Landspítala — skilgreining og innleiðing. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 94(1), 24–28.

Sértæk námsleið til BS-prófs við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Herdís Sveinsdóttir, prófessor og deildarforseti

Ásta Thoroddsen, prófessor og námsstjóri sértækrar námsleiðar

Vorið 2017 fór sendinefnd hjúkrunarfræðinga, sem í voru fulltrúar HÍ, Landspítala og Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, til University of Minnesota til að kynna sér nám til BS-prófs fyrir fólk sem lokið hefur öðru háskólanámi. Jafnframt fóru þessir fulltrúar og funduðu með ráðherrum heilbrigðis- og menntamála til að fá fram afstöðu þeirra til þess að boðið yrði upp á slíkt nám. Allir þessir aðilar höfðu mjög jákvæða afstöðu til námsins, hins vegar átti alveg eftir að útfæra hvernig því yrði háttað.

Í kjölfar fjölmiðlaumræðu um námið það vor sköpuðust miklar umræður meðal hjúkrunarfræðinga sem að mestu voru frekar neikvæðar. Við sem störfum í Hjúkrunarfræðideild berum virðingu fyrir þessum skoðanaskiptum en höfum ekki viljað fjalla mikið opinberlega um námsleiðina fyrr en lægi fyrir að af henni yrði og fjármagn væri tryggt. Samkvæmt samþykkt háskólaráðs nú í vor hefst tilraun haustið 2020 við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands sem felst í því að bjóða upp á sértæka námsleið til BS-prófs í hjúkrunarfræði fyrir fólk sem lokið hefur öðru háskólaprófi en hjúkrunarfræði.

Tilgangurinn með þessari grein er að upplýsa hjúkrunarfræðinga um þetta nám og uppbyggingu þess.

Af hverju sértæk námsleið?

Meginástæða þess að farið er af stað með þessa námsleið er að fullnægja ákveðinni eftirspurn frá fólki í atvinnulífinu sem hefur lokið öðru háskólaprófi og hefur áhuga á afla sér hjúkrunarfræðimenntunar með nýjan starfsvettvang í huga. Hjúkrunarfræðideild hefur nú þegar útskrifað umtalsverðan fjölda einstaklinga sem lokið höfðu öðru háskólaprófi. Veturinn 2017 til 2018 var 21 nemandi í grunnnámi við deildina sem hafði lokið öðru háskólaprófi frá Háskóla Íslands. Erlendis er löng hefð fyrir því að bjóða þeim sem lokið hafa öðru háskólaprófi upp á sérstaka námsleið í hjúkrunarfræði og þá sérstaklega í Bandaríkjunum og Kanada.

Sú tíð er löngu liðin að fólk mennti sig til tiltekins starfs og sinni því starfsævina á enda. Þannig er sífellt algengara að fólk skipti um starfsferil á ævinni og sækir sér í því skyni viðeigandi menntun og endurmenntun.

Gríðarleg breyting hefur orðið á undanförunum áratugum á starfsævi fólks. Sú tíð er löngu liðin að fólk mennti sig til tiltekins starfs og sinni því starfsævina á enda. Þannig er sífellt algengara að fólk skipti um starfsferil á ævinni og sækir sér í því skyni viðeigandi menntun og endurmenntun. Framboðið af fólki með bakkalárgráður hefur sjaldan verið meira og þrátt fyrir að atvinnuleysi sé lítið hér á landi er það töluvert á meðal fólks með háskólanám eða 1.734 einstaklingar í mars 2019 (<https://www.vinnumalastofnun.is>).

Einnig er vert að benda á að færst hefur í vöxt að fólk sem lokið hefur háskólaprófi geti aflað sér viðbótarmenntunar í nýrri háskólagrein. Sú námsleið í hjúkrunarfræði til BS-prófs sem hér er kynnt fellur vel að þessum ytri skilyrðum og verður nýtt tækifæri fyrir þá sem vilja skipta um starfsvettvang. Slíkt nám fellur líka vel að auknum áherslum samtímans á símenntun og endurmenntun.

Námsleiðir erlendis

Námsleiðir sem skipulagðar voru fyrir fólk sem lokið hefur öðru háskólanámi komu fyrst fram í Bandaríkjunum og hafa verið til staðar þar frá árinu 1973. Árið 1990 var 31 námsleið í Bandaríkjunum en eftir síðustu aldamót fjölgaði þeim verulega og er nú boðið upp á slíkt nám í 49 fylkjum Bandaríkjanna. Samkvæmt *The American Association of Colleges of Nursing (AACN)* (<http://www.aacnnursing.org/Students/Accelerated-Nursing-Programs>) var boðið upp á 282 sértækar námleiðir til BS-prófs árið 2018. Jafnframt var greint frá því að 30 nýjar BS-námsleiðir væru í undirbúningi. Á árinu 2018 sóttu 23.354 stúdentar nám á sérstökum námsleiðum til BS-prófs og hefur útskrifuðum nemendum farið fjölgandi með árunum (<https://www.aacnnursing.org/Nursing-Education-Programs/Accelerated-Programs>).

Kennarar og stjórnendur við Hjúkrunarfræðideild hafa sett sér það markmið að verða með þeim 100 bestu og bjóða áfram upp á framúrskarandi nám í hjúkrunarfræði sem uppfyllir alþjóðlegar kröfur og þjónar íslensku samfélagi.

Fleiri þjóðir, svo sem Kanadamenn, Ástralar og Bretar, hafa kosið að fylgja því fordæmi sem sett var í Bandaríkjunum. Við undirbúning íslensku námsleiðarinnar er þó að mestu horft til Bandaríkjanna enda reynslan mest þar.

Forkröfur námsins eru mismunandi eftir skólum en yfirleitt er þess krafist að nemendur hafi lokið námskeiðum á háskólastigi í líffræði, líffærafræði, lífeðlisfræði, sálfræði, félagsfræði, efnafræði og tölfræði. Sumir háskólar í Bandaríkjunum gera lágmarkskröfur um einkunn. Samkvæmt munnlegum upplýsingum frá skipuleggjendum námsins í University of Minnesota og Norður-Karólínaháskóla í Chapel Hill eru umsóknir hjá þeim og öðrum skólum margfalt fleiri en hægt er að taka við svo inntöku-skilyrði eru ströng og áhuginn mikill.

Skipulag BS-námsins er með ólíkum hætti eftir löndum en er þó einkum af tvennum toga. Annars vegar er námskráin einvörðungu ætluð fólki sem lokið hefur öðru háskólanámi og er það skipulagið sem fylgt er í Bandaríkjunum og að mestu í Kanada. Námið er yfirleitt samþjappað með hraðari yfirferð, sérskipulagt og tekur 18 til 20 mánuði samfleytt. Lengd klíniska námsins er sambærileg við það sem er í hefðbundnum námsleiðum. Samkvæmt hinu skipulaginu fara nemendur, sem hafa uppfyllt ákveðnar forkröfur, beint inn á þriðja námsár í hjúkrunarfræði og taka síðari hluta námsins með nemendum í hefðbundnu hjúkrunarnámi. Þessu skipulagi er fylgt í Ástralíu og svipað skipulag er notað í Bretlandi (Doggrell og Schaffer, 2016).

Rannsóknir á nemendum sem ljúka þessum sérstöku námsleiðum benda til þess að reynsla þeirra af námi og starfi, starfsánægja og starfshæfni standist samanburð við þá sem fara hefðbundna leið (Brewer o.fl., 2007; Cheryl o.fl., 2017; Cormier og Whyte, 2016; Hennessy, 2018; Lindley o.fl., 2017). Stjórnendur í hjúkrun telja þá jafnframt sambærilega þegar þeir koma til starfa (Oerman o.fl., 2010; Rafferty og Lindell, 2011).

Þetta er í samræmi við það sem kemur fram á heimasíðu AACN (e.d.) en þar eru mjög jákvæðar umsagnir um nemendurna, sjá: <http://www.aacnnursing.org/Nursing-Education/Accelerated-Programs/Fast-Track>.

Heildstæða úttekt á námsleiðunum og árangri þeirra og hvernig þær eru metnar virðist þó vanta þó ofangreint bendi vissulega til gagnsemi þeirra (Ardisson o.fl., 2016).

Gæði náms og reglur um nám í hjúkrunarfræði á Íslandi

Samkvæmt flokkun Shanghai Academic Ranking of World Universities (ARWU) (shanghairanking.com/index.html) raðaðist hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands í 100. til 150. sæti af öllum hjúkrunarfræðinámi sem samtökin skoða um heim allan og hefur náð einna lengst á þeim lista af öllum greinum Háskóla Íslands (Herdís Sveinsdóttir, 2018). Kennarar og stjórnendur við Hjúkrunarfræðideild hafa sett sér það markmið að verða með þeim 100 bestu og bjóða áfram upp á framúrskarandi nám í hjúkrunarfræði sem uppfyllir alþjóðlegar kröfur og þjónar íslensku samfélagi. Allar ákvarðanir um nám og námsleiðir taka mið af því að allir nemendur fái framúrskarandi menntun.

Nám í hjúkrunarfræði tekur mið af 3. gr. reglugerðar 512/2013 um menntun, réttindi og skyldur hjúkrunarfræðinga og skilyrði til að hljóta starfsleyfi, en þar er kveðið á um skilyrði fyrir veitingu starfsleyfis. Þar kemur fram að menntunin skuli uppfylla skilyrði tilskipunar 2005/36/EB um viðurkenningu á faglegri menntun og hæfi (Directive 2005/36/EC).

Í 31. grein tilskipunarinnar (bls. 19) er kveðið á um lágmarkslengd námsins, fræðilega og klíniska, og um efnislegt innihald námsins og hvar klínískt nám skuli fara fram (viðauki 5.2.1., bls. 90). Lágmarkslengd klíniska námsins, skilgreint sem bein samskipti við heilbrigða eða sjúka einstaklinga, er 2300 stundir. Nemendur sem stunda nám í hjúkrunarfræði geta ekki lokið þessum klínisku stundum innan hefðbundins háskólaárs. Þeir þurfa því að ljúka sem samsvarar fjórum mánuðum í klínísku starfi undir handleiðslu hjúkrunarfræðings samhliða námi. Þarna er horft til þess að nemendur nýti sumrin til að afla sér þessarar reynslu eða að námi loknu.

Í grein 31.5. (bls. 20) tilskipunarinnar stendur m.a. um klíníska þjálfun að hún skuli fara fram á sjúkrahúsum, í heilsugæslu eða á öðrum vettvangi þar sem nemandinn er í beinum samskiptum við sjúklinga. Á vettvangi lærir nemandinn í samstarfi við aðra að skipuleggja, veita og meta heildstæða hjúkrun með hliðsjón af þeirri þekkingu og hæfni sem hann hefur öðlast í fræðilegu námi. Klíníska kennslan er á ábyrgð hjúkrunarkennara og er veitt í samstarfi við og með aðstoð hjúkrunarfræðinga. Nemandinn skal ekki einungis læra að vinna í teymi heldur jafnframt að stýra teyminu og skipuleggja hjúkrunarmedferð, þar með talið heilbrigðisfræðslu til einstaklinga og hópa. Evrópusamtök hjúkrunarfræðinga (European Federation of Nurses, EFN) hafa unnið leiðarvísi um innleiðingu tilskipunarinnar í mismunandi löndum (EFN, 2015) og hefur sá leiðarvísir verið þýddur á íslensku og er til hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga. Um uppbyggingu og þróun klínískrar kennslu á Íslandi er áhugasömum bent á tvær tiltölulega nýjar greinar um námið (Helga Jónsdóttir o.fl., 2013; Sveinsdóttir o.fl., 2019).

Þá stendur í tilskipuninni að nemendur skuli fá klíníska kennslu í hjúkrun á ýmsum sviðum hjúkrunar m.a. bráða-hjúkrun, nýbura- og barnahjúkrun, mæðravernd, heilsugæslu, hjúkrun sjúklinga sem fara í almennar eða sérhæfðar skurðaðgerðir og sjúklinga sem þarfnast almennrar eða sérhæfðar hjúkrunar vegna sjúkdóma sinna.

Námsleiðin er skipulögð sem tveggja ára nám, 11 mánuðir hvort ár, eða 22 mánuðir alls. Jafnframt þurfa nemendur að bæta við sig klínískum námsstundum sem nema allt að fjórum mánuðum til að uppfylla viðmið tilskipunarinnar um lengd klínísku náms.

Skipulag náms, inntökuskilyrði og fjöldi nemenda

Allt skipulag náms í hjúkrunarfræði tekur mið af ofangreindu. Það sem takmarkar fjölda nemenda eru námspláss og þá sérstaklega á þeim vettvangi sem nefndur er að ofan. Klínískt nám í þeirri námsleið sem hér er til umfjöllunar mun að miklu leyti fara fram á tímum þegar hefðbundið nám er þar ekki, en enginn mun útskrifast með BS-próf í hjúkrunarfræði nema hafa uppfyllt þær kröfur sem gerðar eru í tilskipuninni.

Við skipulag námsleiðarinnar hefur engum efnisþáttum verið sleppt en hins vegar hefur tekist að þjappa saman því efni sem námið tekur til. Námsleiðin er skipulögð sem tveggja ára nám, 11 mánuðir hvort ár, eða 22 mánuðir alls. Jafnframt þurfa nemendur að bæta við sig klínískum námsstundum sem nema allt að fjórum mánuðum til að uppfylla viðmið tilskipunarinnar um lengd klínísku náms.

Inntökuskilyrði er að nemandi hafi lokið BA-, BS- eða BEd-prófi með lágmarkseinkunninni 6,5. Hann skal jafnframt hafa lokið að lágmarki 40 einingum samtals í undirstöðugreinum hjúkrunar, þ.e. aðferðafræði/tölfræði, félags-, sálfræði- og líf-fræðigreinum. Allir nemendur fá metið lokaverkefni úr fyrra námi og valeiningar sem eru í núverandi námsskrá BS-náms í hjúkrunarfræði. Námsmatsnefnd Hjúkrunarfræðideildar mun meta námskeið sem nemendur leggja fram inn í námið.

Forsendur fyrir því að námsleiðin fari af stað er að 15 nemendur skrái sig til náms. Hámarksfjöldi nemenda er hins vegar 20. Verði umsækjendur fleiri verður ákveðnum reglum fylgt við val á inntöku þeirra.

Lokaorð

Í dag er óljóst hversu margir nemendur munu sækja um námsleiðina. Ekki hefur farið fram formleg könnun á því hver áhugi á þessu námi er, en sterkar vísbendingar eru um að hann sé til staðar. Þá er vilji fyrir því meðal ráðamanna að leitað sé leiða til að bjóða fólki með háskólapróf upp á möguleika til að skipta um starfsvettvang og ljúka öðru háskólaprófi á styttri tíma en hefðbundið nám tekur, í fagi sem er krefjandi en jafnframt þar sem vantar fólk til starfa. Styttri tími þýðir að námið er samfelld og fellur vel að kröfum nútímans hér á landi með hliðsjón af sams konar þróun í Evrópu um það hvernig námi skuli háttað. Við sem störfum við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands göngum inn í nýja tíma full bjartsýni um að þessi tilraun, sem hefst haustið 2020, verði til góðs.

Drög að námsskrá fyrir fólk sem lokið hefur háskólaprófi

Fyrsta misseri — haust 2020	Samtals 30 ECTS
Inngangur að hjúkrunarfræði	8 ECTS
Ónæmisfræði og meinafræði	5 ECTS
Heilbrigðismat	6 ECTS
Örveru- og sýklafræði	5 ECTS
Rannsóknir, þróun og fagmennska	6 ECTS

Annað misseri — vor 2021	Samtals 31 ECTS
Aðferðir í hjúkrun	6 ECTS
Skurðlækningafræði	6 ECTS
Lyflækningafræði	6 ECTS
Lyfjafræði	6 ECTS
Inngangur í þverfræðileg heilbrigðisvísindi	1 ECTS
Lýðheilsa og geðvernd	6 ECTS

Þriðja misseri — sumar 2021	Samtals 26 ECTS
Samskipti og samvinna	7 ECTS
Vöxtur, þroski og efri ár	3 ECTS
Heilbrigðisfræðsla	4 ECTS
Öldrunarhjúkrun	3 ECTS
Klíník, 6 vikur	9 ECTS

Fjórdða misseri — haust 2021	Samtals 34 ECTS
Heilsugæsla samfélagsins	5 ECTS
Klínísk heilsugæsla	7 ECTS
Sjúkrahjúkrun (hand- og lyf-)	12 ECTS
Bráðahjúkrun	4 ECTS
Sjúkrahjúkrun, klíník I	6 ECTS

Fimmta misseri — vor 2022	Samtals 30 ECTS
Næringarfræði	4 ECTS
Heimahjúkrun	4 ECTS
Barnahjúkrun	4 ECTS
Geðhjúkrun og geðheilbrigði	5 ECTS
Geðhjúkrun, klíník	5 ECTS
Stjórnun, forysta og leiðtogahlutverk	5 ECTS
Klínísk færni í fjölskylduhjúkrun	3 ECTS

Sjötta misseri — sumar 2022	Samtals 24 ECTS
Sjúkrahjúkrun, klíník II	6 ECTS
Barnahjúkrun, klíník	5 ECTS
Klíník í stjórnun	5 ECTS
Margbreytileiki hjúkrunarstarfs	6 ECTS
Þverfræðileg samvinna í heilbrigðisvísindum	2 ECTS

Heimildir

- AACN, American Academy of Colleges in Nursing (e.d.). <https://www.aacn.nursing.org/Students/Accelerated-Nursing-Programs> og <https://www.aacn.nursing.org/Nursing-Education-Programs/Accelerated-Programs>.
- Ardisson, M., Smallheer, B., Moore, G., og Christenbery, T. (2015). Meta-evaluation: Experiences in an accelerated graduate nurse education program. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 31, 508–515a.
- Brewer, C.S., Kovner, C.T., Poornima, S., Fairchild, S., Kim, H., og Djukic, M.A. (2007). Comparison of second-degree baccalaureate and traditional baccalaureate new graduate RNs: Implications for the workforce. *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 25(1), 5–14.
- Cheryl, L.B., Melissa, R.B., og Kaitlyn, M.W. (2017). Accelerated second-degree bachelor of science in nursing graduates' transition to professional practice. *Journal of Continuing Education in Nursing*, 48(1), 14–19.
- Cormier, E.M., og Whyte, J. (2016). Comparison of second-degree and traditional baccalaureate nursing students' performance in managing acute patient deterioration events. *Journal of Nursing Education and Practice*, 6(8), 138–144.
- Doggrell, S.A., og Schaffer, S. (2016). Attrition and success rates of accelerated students in nursing courses: A systematic review. *BMC Nursing*, 15, 24.
- Directive 2005/36/EC of the European Parliament and of the Council of 7 September 2005 on the recognition of professional qualifications. [Tilskipun Evrópusambandsins um viðurkenningu starfsréttinda.]
- European Federation of Nurses Associations (2015), EFN Competency Framework. EFN Guideline to implement Article 31 into national nurses' education programmes. [Leiðarvisir EFN varðandi innleiðingu 31. greinar tilskipunar 2005/36/EB um gagnkvæma viðurkenningu á starfsmenntun og hæfi með áorðnum breytingum skv. tilskipun 2013/55/ESB.] Brussel, Belgíu.
- Helga Jónsdóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir, Birna G. Flygenring, Auður Ketilsdóttir, Marianne E. Klinke og Þorbjörg Sóley Ingadóttir (2013). Framtíð klínískrar kennslu í grunnnámi í hjúkrunarfræði. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 89(3), 8–11; file:///C:/Users/USER/AppData/Local/Microsoft/Windows/INetCache/Content.Outlook/MDVDELU5/Framtíð%20klínískrar%20kennslu.2013.pdf.
- Hennessy, L. (2018). The lived experience of registered nurses educated in accelerated second degree bachelor of science in nursing programs: A hermeneutic phenomenological research study. *Nurse Education in Practice*, 28, 264–269.
- Herdís Sveinsdóttir (2018). Nám við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 94(2), 56–60.
- Lindley, M.K., Ashwill, R., Ciper, D.J., og Mancini, M.E. (2017). Expanding capacity with an accelerated on-line BSN Program. *Journal of Professional Nursing: Official journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 33(1), 5–10.
- Oermann, M.H., Poole-Dawkins, K., Alvarez, M.T, Foster, B.B. og O'Sullivan, R. (2010). Managers' perspectives of new graduates of accelerated nursing programs: How do they compare with other graduates? *Journal of Continuing Education in Nursing*, 41(9), 394–400.
- Rafferty, M., og Lindell, D. (2011). How nurse managers rate the clinical competencies of accelerated (second-degree) nursing graduates. *Journal of Nursing Education*, 50(6), 355–358.
- Reglugerð nr. 512/2013 um um menntun, réttindi og skyldur hjúkrunarfræðinga og skilyrði til að hljóta starfsleyfi og sérfræðileysi.
- Sveinsdóttir, H., Björnsdóttir, K., og Gunnarsdóttir, T.J. (2019). Towards the future: The education of nurses in Iceland re-considered. Bókarkafli í (ritstjórar Hafsteinsdóttir o.fl.) *Leadership in Nursing: Experiences from the European Nordic Countries*. Cham, Sviss: Springer.
- Vinnuálgæfingun. (2019). Atvinnuleysi — tölulegar upplýsingar. Sótt á (<https://www.vinnuálgæfingun.is>).



Hjúkrunarfræðingar í sumarafleysingar á Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Hornafirði

Hjúkrunarfræðingur og hjúkrunarnemar vantar í sumarafleysingar á hjúkrunar- og sjúkradeild HSU, Hornafirði. Vaktavinna þar sem um er að ræða morgun- og kvöldvaktir auk bakvakta yfir nóttina. Á deildinni eru 24 hjúkrunarrými og 4 sjúkrarými ásamt sex rýma dvalardeild sem hjúkrunarfræðingur sinnir einnig. Hjúkrunarnemi starfar við hlið hjúkrunarfræðings á vakt eða með bakvakt hjúkrunarfræðings. Starfshlutfall eftir samkomulagi.

Gerðar eru kröfur um að:

hjúkrunarfræðingur eða hjúkrunarnemi hafi ánægju og gleði af því að vinna með öldruðum og geti tekist á við krefjandi aðstæður.

Laun samkvæmt samningi Fíh og Sambands íslenskra sveitarfélaga.

Umsókn sendist til: Helenu Bragadóttur hjúkrunarstjóra, helenab@hsu.is, eða í síma: 470 8630 / 470 8635 sem jafnframt veitir upplýsingar um starfið.

Umsóknarfrestur er til og með 07.07. 2019

Sérfræðimenntun í hjúkrunarfræði

Sigíður Zoëga, dósent í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og sérfræðingur í hjúkrun á Landspítala

Helga Jónsdóttir, prófessor í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og forstöðumaður fræðasviðs langveikra fullorðinna á Landspítala

Heilbrigðiskerfi nútímans einkennist af síaukinni sérhæfingu og þekkingu. Í dag er veitt meðferð sem hefði þótt óhugsandi fyrir ekki svo löngu og þörf er á fagfólki sem hefur sértæka færni og þekkingu til að veita slíka meðferð. Sérfræðiþekking í hjúkrun hefur vaxið í takt við þróun síðustu ára. Sérfræðingar í hjúkrun eru eftirsóttir starfskraftar og vaxandi þörf er fyrir þekkingu þeirra og hæfni til að sinna fólki með flókinn heilsufarsvanda. En sérfræðiþekking verður ekki til með reynslunni einni saman. Þörf er á formlegu námi þar sem hjúkrunarfræðingar öðlast slíka þekkingu og þjálfu færni og hæfni til að veita sértæka meðferð, leiðbeina öðrum og skipuleggja þjónustu við ákveðna hópa í takt við nýjustu þekkingu hverju sinni.

Klínískt meistaranám

Meistaranám í hjúkrunarfræði hefur verið í boði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands frá árinu 1998. Í mars 2019 höfðu 199 einstaklingar lokið meistaranámi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, þar af 20 í ljósmóðurfraði. Upphaflega var rannsóknþjálfun veigamesti þáttur námsins en með auknum fjölda doktorsmenntaðra hjúkrunarfræðinga og almennt aukinni þekkingu á sérsviðum hjúkrunar hafa klínískar áherslur orðið fyrirferðarmeiri. Nýlegar breytingar á seinni stigum grunnnáms í hjúkrunarfræði hafa jafnframt gert kleift að meta fjórðung þess náms (30 ECTS) til meistaranáms. Hefur það auðveldað og aukið áhuga hjúkrunarfræðinga á meistaranámi. Nemendur í meistaranámi í hjúkrunarfræði í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands geta valið um stjórnunarleið, rannsóknarleið og klíníska sérhæfingu. Í þessari grein verður lögð áhersla á að fjalla um hið síðastnefnda, klínískt meistaranám í hjúkrunarfræði.

Markmið klíníksks meistaranáms eru að hjúkrunarfræðingar séu mjög færir í að sinna flóknum verkefnum á afmörkuðu sérsviði og hjá ákveðnum sjúklingahópum, sérstaklega fólki með flókinn heilsufarsvanda sem krefst margþættrar þjónustu.

Klínískt meistaranám hefur tekið töluverðum breytingum í áranna rás. Verulegt framboð er af sérhæfðum námskeiðum á mörgum sérsviðum og skipta þau nokkrum tugum. Áður sóttu nemendur slíka þekkingu í meira mæli til útlanda. Þá hafa áherslur í námi breyst og má sem dæmi nefna að heilsufarsmat sem áður var lykilnámskeið í meistaranámi er nú hluti grunnnáms. Meira svigrúm gefst til að þjálfu nemendur í fjölþættri upplýsingaöflun við heilsufarsmat og dýpka fyrirbyggjandi þekkingu. Í takt



Mynd/LSH/Porkell.

við þróun þekkingar og vinnubragða í nútímaheilbrigðisþjónustu er vaxandi áhersla lögð á að beita viðurkenndum aðferðum við að innleiða gagnreynda þekkingu. Jafnframt hefur verið lögð meiri áhersla á að tileinka sér vinnubrögð breytingastjórnunar, meðal annars með því að nota starfsemissögð í námsverkefnum. Þverfagleg samvinna hefur fengið aukið vægi og fleira mætti nefna.

Markmið klínísks meistaranáms eru að hjúkrunarfræðingar séu mjög færir í að sinna flóknum verkefnum á afmörkuðu sérsviði og hjá ákveðnum sjúklingahópum, sérstaklega fólki með flókinn heilsufarsvanda sem krefst margþættrar þjónustu. Störf sérfræðinga í hjúkrun eru fjölbætt en skiptast gjarnan í klínískt starf, kennslu og fræðslu, þátttöku í rannsóknar-, umbóta- og gæðavinnu, og síðast en ekki síst er gerð sú krafa til sérfræðinga að þeir séu leiðtogar á sínu sérsviði. Kjarnanum í störfum sérfræðings í hjúkrun hefur verið lýst með eftirfarandi sex samhangandi þáttum (Tracy og O'Grady, 2019):

- Heildrænt sjónarhorn
- Framúrskarandi klínísk færni
- Ígrundun í starfi
- Notkun gagnreyndrar þekkingar
- Fjölbreytt þekking og aðferðir við að efla heilbrigði og hjúkra sjúkum
- Myndun meðferðarsambands

Hjúkrun á sérsviði I og II

Þau námskeið í meistaranámi í hjúkrunarfræði sem einkum leggja grunn að því að undirbúa hjúkrunarfræðinga til að starfa sem sérfræðingar eru námskeiðin Hjúkrun á sérsviði I og Hjúkrun á sérsviði II. Á báðum námskeiðunum liggja ofangreindir sex þættir til grundvallar. Þriðjungur hvors námskeiðs er klínískur og gerir það nemendum ekki einungis mögulegt að dýpka þekkingu sína umtalsvert heldur jafnframt að þjálfar sig í beitingu hennar á klínískum vettvangi. Í *Hjúkrun á sérsviði I* er fjallað um hlutverk og hugmyndafræðilegan grunn sérfræðinga í hjúkrun. Nemendur fá innsýn í meginhlutverk sérfræðinga í hjúkrun: Klínísk störf, kennslu og fræðslu, ráðgjöf, leiðtogahlutverk, upplýsingatækni og nýtingu gagna og rannsókna-, gæða-

og umbótastörf. Lögð er áhersla á að nemendur öðlist færni í notkun sérhæfðra klínískra aðferða við upplýsingaöflun og í mati á líkamlegu og sálfélagslegu ástandi sjúklunga. Upplýsingatækni og sérfræðingar sem leiðtogar eru einnig viðfangsefni námskeiðsins.

Í *Hjúkrun á sersviði II* eru meginmarkmiðin að nemendur tileinki sér þekkingu um hjúkrun sem starfsmiðaða fræðigrein og beiti henni við útfærslur á gagnreyndum aðferðum eða þjónustuforum sem ætlað er að sinna flóknum og sértækum þörfum skjólstæðinga og fjölskyldna þeirra. Nemendur fá þjálfun í ákvarðanatöku, framkvæmd og mat á sértækum hjúkrunarmedferðarformum eða þjónustu fyrir tiltekinn skjólstæðingahóp á sersviði eða þjálfu sig í innleiðingu á sértækum hjúkrunarmedferðarformum á sersviði. Leiðtogahæfni, sjálfstæði í vinnubrögðum og samvinna við aðra er ígrunduð á námskeiðinu.

Á námskeiðunum er leitast við að beita fjölþættum kennslu-aðferðum sem auka bæði þekkingu og færni nemenda. Sérstaklega er unnið með efri stig þekkingar samkvæmt flokkunarfræði Bloom (Armstrong, *Bloom's taxonomy*). Kennslu-aðferðir miða að því að þjálfu nemendur til að takast á við margþætt störf sérfræðinga og gerð er krafa um virka þátttöku nemenda í námskeiðinu. Í töflu 1 má sjá dæmi um innihald og kennslu-aðferðir í sérfræðinámi hjúkrunarfræðinga við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Sú þekking og færni sem nemendur í ofangreindum sérfræðinámskeiðunum hafa tileinkað sér og beitt, einkum á Landspítala-háskólasjúkrahúsi, hefur haft áhrif á framþróun hjúkrunar á spítalanum. Þetta á ekki síst við eftir að starfsnám til sérfræðiviðurkenningar hófst á spítalanum en þar gefst hjúkrunarfræðingum færi á að þróa hugmyndir sínar áfram og hrinda þeim í framkvæmd. Má sem dæmi nefna þróun á þjónustu við taugasjúklinga, krabbameinssjúka og börn með gigt-sjúkdóma og hægðatregðu sem hlotið hefur verðskuldaða athygli. Námið hefur þannig gefið nemendum traustan grunn til að þróa sig áfram innan síns sersviðs.

Að lokum

Heilbrigðisþjónustan tekur sífelldum breytingum. Þróun í lyfjum, tækniframfarir og síðast en ekki síst aukin þekking hefur gert það að verkum að sjúkdómar sem áður drógu fólk til dauða eru nú læknanlegir eða hafa þróast yfir í að vera langvinnir sjúkdómar. Ævilengd hefur og aukist í takt við bætta heilbrigðisþjónustu og almenn líf skjör. Hjúkrunarfræðingar vinna á öllum sviðum heilbrigðiskerfisins og menntun þeirra þarf að undirbúa þá fyrir krefjandi og fjölbreytt starf. Menntunin þarf jafnframt að undirbúa hjúkrunarfræðinga til að þróa nýjungar og stuðla að framþróun í heilbrigðisþjónustunni. Vaxandi þörf er fyrir sérfræðinga í hjúkrun hér á landi sem og er-

Tafla 1. Dæmi um kennsluhætti í klínísku meistaranámi

Kennsluhættir	Hvernig	Hæfni
Virk þátttaka nemenda	Nemendur fá tilfelli sem þeim er ætlað að leysa og miðla til samnemenda. Nemendur sjá um að kenna ákveðna þætti í líkamsskoðun. Nemendur meta frammistöðu hver annars.	Hefur yfirgripsmikla þekkingu á námsefninu. Greinir upplýsingar um tilfelli og samþættir. Metur líkamlegt og andlegt ástand sjúklings og tengir við þekkingu í líffærafræði, lífeðlisfræði og hjúkrunarfræði. Miðlar þekkingu og kínískum upplýsingum til samnemenda. Vinnur með öðrum. Metur frammistöðu annarra.
Klínísk þjálfun í líkamsmati	Nemendur þjálfu sig í skoðun sjúklunga undir leiðsögn deildarlækna á vettvangi. Nemendur skila skýrslu til kennara um niðurstöðu skoðunar.	Beitir þekkingu við raunaðstæður. Miðlar upplýsingum og niðurstöðum skoðunar til hjúkrunarfræðinga og annarra fagaðila.
Klínískt nám með sérfræðingum í hjúkrun	Nemendur fylgja sérfræðingum í hjúkrun og fá innsýn inn í störf þeirra. Nemendur skila skýrslu um athuganir sínar og hugleiðingar í tengslum við klínísku námið.	Greinir störf sérfræðinga og leggur mat á hvernig þau fara saman við þekkingu úr efni námskeiðs.
Innleiðing hjúkrunarmedferðar	Nemendur prófa meðferðarheild sem þeir hafa þróað, veita hana og meta árangur í klínísku umhverfi.	Beitir þekkingu um sérhæft viðfangsefni. Samþættir flókin þekkingaratriði. Veitir sérhæfða hjúkrunarmedferð. Setur fram nýjungar í meðferð og stýrir breytingum. Metur árangur af hjúkrun.



Mynd/LSH/Porkell.

lendis, og því er þörf á að enn fleiri ljúki klínísku meistaranámi á næstu árum. Það stuðlar að aukinni sérfræðipækkingu og gerir hjúkrunarfræðinga enn öflugri þátttakendur í mótun heilbrigðiskerfis morgundagsins, sjúklingum og almenningi til heilla.

Heimildir

Armstrong, P. *Bloom's taxonomy*. Center for Teaching, Vanderbilt, University, U.S.A. Sótt 2. apríl 2019 á <https://cft.vanderbilt.edu/guides-sub-pages/blooms-taxonomy/>.

Tracy, M.F., og O'Grady, E.T. (2019). *Hamric and Hanson's advanced nursing practice: An integrative approach* (6. útg.). Missouri, Bandaríkjunum: Elsevier.



ALLEVYN™ rakadrægar svampumbúðir með og án sílikons



icepharma · Lynghálsi 13 · 110 Reykjavík · 540 8000 · icepharma.is

Upphaf þjónustu við veika nýbura á Íslandi — stofnun Vökudeildar

Ragnheiður Sigurðardóttir¹, Rakel B. Jónsdóttir², Margrét Ó. Thorlacius³

Upphaf 20. aldar einkenndist af stórauðnum áhuga almennings og ráðamanna á umönnun ungbarna hér á landi sem og erlendis enda nýbura- og ungbarnadauði þá enn töluverður þó hann hefði minnkað mikið frá því um miðja 19. öld. Á fyrri helmingi 20. aldar lækkaði dánartíðni nýbura úr um 50 af hverjum 1000 nýburum í um 20. Helstu dánarorsakir nýbura á þessum tíma mátti rekja til meðfæddra sjúkdóma, sýkinga, öndunarerfiðleika, ofkælingar, fæðuerfiðleika eða þyngdartaps. Dánartíðni þeirra sem lifðu af nýburaskeiðið, þ.e. fyrsta mánuðinn, var um 60 af hverjum 1000 börnum í upphafi aldarinnar en fór niður í um 20 af 1000 um miðbik hennar. Til samamburðar deyr í dag um 1 af hverjum 2000 börnum á nýburaskeiði og helstu orsakirnar eru sýkingar, fylgikvillar fyrirburafæðinga og fósturköfnun (e. birth asphyxia) sem samanlagt valda um 80% af nýburadauða um allan heim en meðfæddir gallar koma þar á eftir (Loftur Guttormsson o.fl., 2001; Ragnhildur Hauksdóttir, 2013).

Flestar barnsfæðingar í heimahúsum fram til 1949

Á fyrri helmingi 20. aldar var þekking á örverum nýtilkomin, hreinlæti var oft ábótavant, fátækt var algeng og máttu heilbrigðisvísindin sín næsta lítils í baráttunni gegn nýbura- og ungbarnadauða. Samtímis fór bætt lækni-, ljósmæðra- og hjúkrunarþjónusta á Íslandi að hafa áhrif til að draga úr nýbura- og ungbarnadauða, fyrst og fremst með óbeinum hætti, þ.e. með almennum heilbrigðisráðstöfunum og fyrirbyggjandi heilsugæsluáðgerðum. Þetta var til að mynda gert með því að efla vitund almennings um mikilvægi brjóstgjafar, hreinlætis og sóttvarna (Loftur Guttormsson o.fl., 2001; Margrét Guðmundsdóttir, 2010).

Fram til ársins 1949 áttu flestar barnsfæðingar á Íslandi sér stað við mismunandi aðbúnað í heimahúsum og þar var annast um veika nýbura og fyrirbura. Margar frásagnir eru til um fyrirbura eða mjög lítil börn sem fæddust víðs vegar um landið. Sögur eru um að þau hafi verið sett í skókassa með ull eða einhverju hlýju og kassinn hafður við miðstöðvarofninn til að halda hita á barninu. Notað var áhald líkt og dropateljari, eða grísa eða dula við næringargjöfina, en lítið annað var gert.

Í mörgum tilvikum önnuðust ljósmæður börnin eða vöktu yfir þeim. Sagnir eru einnig til um lífgunartilraunir á nýburum en ekki tiltekið í hverju þær fólust. Sögurnar segja að mörg af þessum börnum hafi komist á legg og dafnað vel. Sennilegt er að flest þessara litlu barna hafi fremur verið léttburar (létt miðað við meðgöngualdur) en fyrirburar, þar sem vitað er að lífeðlisfræðilega hafa miklir fyrirburar ekki getað lifað af án aðstoðar.

Fæðingardeild Landspítala

Eftir að fæðingardeild Landspítala tók til starfa árið 1949 voru konur hvattar til að fæða þar. Önnuðust fæðingarlæknar og ljósmæður meðferð veikra nýbura og fyrirbura. Þegar barnadeild Landspítalans tók til starfa árið 1957 hófust afskipti barnalækna og hjúkrunarfræðinga af þessum börnum. Eitt fyrsta skrefið við að skipuleggja meðferð nýbura á Íslandi var tekið árið 1961 þegar barnalæknirinn Gunnar Biering var ráðinn í hlutastarf við fæðingardeildina. Hlutverk hans var að hafa umsjón með nýburum fæddum á deildinni og síðar líka nýburum sem fæddust á Fæðingarheimili Reykjavíkur. Hann ásamt læknum, ljósmæðrum og hjúkrunarfræðingum deildarinnar réðst strax í að bæta ófullnægjandi aðstöðu fyrir veika nýbura hér á landi, og var stofnun sérstakrar nýburadeildar eitt þeirra atriða sem mest áhersla var lögð á. Á árunum 1960 til 1970 varð ör þróun erlendis í lækningum og hjúkrun veikra nýbura og fyrirbura sem mátti rekja til vitundarvakningar um að bjarga mætti mörgum börnum sem voru veik við fæðingu, veiktust stuttu eftir fæðingu eða fæddust fyrir tímann með bættri lækni- og hjúkrunarmedferð. Áður hafði megináherslan verið lögð á heilsu móðurinnar og álitíð að lítið væri hægt að gera fyrir þessa litlu sjúklinga (Jorgensen, 2010). Talið er að andlát Patrick Bouvier Kennedy, þriðja barns John F. Kennedy þáverandi forseta Bandaríkjanna og konu hans Jacqueline, hafi valdið straumhvörfum í nýburalækningum. Drengurinn fæddist í byrjun ágúst árið 1963 eftir rúmlega 34 vikna meðgöngu og vó 2112 grömm. Hann lést tæplega tveggja sólarhringa gamall úr glærhimnusjúkdómi (respiratory distress). Dauði hans vakti almenning, lækna og ráðamenn til meðvitundar um bæði þörfina fyrir sérstakar nýburagjörgæsludeildir og þörfina á aukinni þekkingu um sértæka meðferð fyrir þennan hóp barna (Jorgensen, 2010).

¹ Deildarstjóri Vökudeildar Landspítala frá 1976 til 2010.

² Sérfræðingur í nýburahjúkrun Vökudeild Landspítala.

³ Deildarstjóri Vökudeildar Landspítala frá 2010.

Umönnun veikra nýbura á Landspítala

Á fæðingardeild Landspítalans var annast um veika nýbura og fyrirbura í einu 8–10m² herbergi inni af almennu barnastofunni á sængurlegudeild. Þar voru þrír til fjórir hitakassar með einföldu gleri og oft fimm til sex vöggur. Súrefni var í kútum sem stóðu við hlið hitakassanna og súrefnisslanga leidd inn í kassann. Munnsogstæki voru notuð til að saga frá vitum barnanna. Engir síritar (mónitorar) né önnur hjálpartæki voru til-tæk til að fylgjast með ástandi barnanna. Ljósmaður og hjúkrunarfræðingar notuðu ekki hlustpípur til að meta öndun og hjartslátt barnanna heldur lögðu fingur eða lófa á brjóst barnanna og gáfu súrefni í samræmi við litarhátt þeirra. Á þessum tíma var almennt talið að ef lítið súrefni væri gott þá væri mikið súrefni enn betra (Jorgensen, 2010). Stundum var band bundið um ökkla barnanna og leitt út úr hitakassanum svo auðveldara væri að hreyfa við þeim ef vart yrði við litarbreytingar og öndunarstopp (Gunnar Biering og Ragnheiður Sigurðardóttir, 1999).



Sömu starfsmenn önnuðust nýfæddu börnin á barnastofu fæðingardeildarinnar og veiku nýburana og fyrirburana. Oftast voru það tveir starfsmenn, ein ljósmóðir eða hjúkrunarfræðingur og einn sjúkraliði. Heilbrigðu börnin gátu verið 24–28 talsins þannig að auðvelt er að gera sér í hugarlund að oft hafi verið handagangur í öskjunni. Nær ómögulegt var að koma við heimsóknnum foreldra eða annarra aðstandenda til veiku nýburanna eða fyrirburanna. Einn lítill gluggi var þó á herberginu sem vísaði út á ganginn og var hægt að hafa uppi tilburði til að sýna foreldrum nýburann þar í gegn ef heilsa barnsins leyfði. Hvorki var aðstaða fyrir samvistir barns og foreldra né mögulegt að foreldrar gætu tekið þátt í umönnun barna sinna. Þó var stundum farið með börnin, ef ástand þeirra leyfði, inn á skrifstofu barnalæknisins (eftir vinnutíma hans) þar sem foreldrar gátu haldið á barni sínu í smástund. Sumir nýburar dvöldu margar vikur og jafnvel mánuði í þessu litla herbergi á sængurkvennagangi áður en þeir höfðu heilsu til að útskrifast heim (Ragnheiður Sigurðardóttir, 2012).

Hjúkrunarfræðingar og veikir nýburar

Á upphafsárum sértækrar meðferðar fyrir veika nýbura á Landspítalanum fór kennsla ljósmæðra- og hjúkrunarfræðinema fram í tveimur skólum, Ljósmæðraskóla Íslands og Hjúkrunar-skóla Íslands. Á fæðingardeildinni störfuðu aðallega ljósmæður en í stöku tilfellum einnig hjúkrunarfræðingar og var óalgengt að hjúkrunarfræðingar færu inn á starfssvið ljósmæðra og öfugt. Hjúkrunarfræðingar störfuðu helst á kvenlækningahluta fæðingardeildarinnar og síðar á sængurlegudeildum og þar með á barnastofunni þar sem veiku nýburarnir lágu. Líklega má rekja ástæðuna fyrir því að hjúkrunarfræðingar frekar en ljósmæður voru fengnir til að starfa með veika nýbura til þess að hluti af námi hjúkrunarfræðinga á þessum tíma var bæði bóklegt og verklegt nám í barnahjúkrun en ekki hjá ljósmæðrum.

Undirbúningur að stofnun Vökudeildar

Veikir nýburar og fyrirburar sem fæddust utan Landspítala, það er á landsbyggðinni eða á Fæðingarheimilinu, voru lagðir inn á barnadeild Landspítala sem árið 1965 fékk nafnið Barnaspítali Hringsins. Þangað voru einnig fluttir nýburar af barnastofu fæðingardeildarinnar sem þurftu meiri öndunaraðstoð eða á skurðaðgerðum að halda. Á árunum 1957–1976 var því annast um veika nýbura á tveimur stöðum á Landspítalanum og aðbúnaður gagnvart börnum og fjölskyldum mjög mismunandi. Það var því talið enn brýnna að stofna sérstaka deild þar sem öllum nýburum væri sinnt (Ragnheiður Sigurðardóttir, 2012) enda var það orðin venja erlendis þar sem ör þróun hafði átt sér stað í meðferð veikra nýbura.

Skömmu fyrir árið 1970 var farið að huga að stækkun fæðingardeildarinnar. Í tengslum við stækkunina tókst Gunnari Biering barnalækni að vinna hugmynd sinni um sérstaka deild fyrir veika nýbura brautargengi þrátt fyrir nokkra mótspyrnu bæði innan og utan spítalans. Fljótlega eftir að ákvörðun var tekin um stofnun deildarinnar var farið að huga að sérhæfingu starfsfólks. Markmiðið var að í það minnsta þrír hjúkrunarfræðingar með ljósmæðramenntun færu utan til framhaldsnáms í ung-barnagjörgæslu. Þetta þótti mikil skuldbinding og var sjaldgæft að hjúkrunarfræðingur færi í tveggja ára ljósmæðranám eftir að hafa lært hjúkrunarfræði og auk þess í framhaldsnám erlendis að því loknu. Úr varð að einungis einn hjúkrunarfræðingur fór þessa leið, Ragnheiður Sigurðardóttir (einn greinarhöfunda). Hún fór til eins árs náms í ung-barnagjörgæslu við háskólasjúkrahúsið í Dundee í Skotlandi eftir að hafa lokið ljósmæðranámi hérlandis. Ragnheiður kom til starfa á fæðingar-deildina að námi loknu, vann ásamt Gunnari að undirbúningi stofnunar nýburagjörgæsludeildar og tók svo við starfi deildarstjóra við opnun deildarinnar. Tveir barnalæknar voru á þessum tíma einnig í sérnámi í nýburalækningum og hófu störf við deildina skömmu eftir að hún var opnuð. Einnig störfuðu ljósmæður, hjúkrunarfræðingar og tveir sjúkraliðar við deildina á upphafsárum hennar, alls tólf starfsmenn.

Vökudeild, nýbura- og ungbarnagjörgæsla Barnaspítala Hringsins tók til starfa 2. febrúar árið 1976 í um 140m² húsnæði nýbyggingar kvennadeildar Landspítala. Þann dag var fimm börnum ekið frá barnastofunni á sængurkvennagangi upp á Vökudeild á þriðju hæð kvennadeildar. Um leið og vökudeildin tók til starfa var ákveðið að hún tilheyrði Barnaspítala Hringsins eins og tíðkaðist víða erlendis en ekki fæðingardeildinni jafnvel þó staðsetning deildarinnar væri í húsnæði kvennadeildar (Gunnar Biering og Ragnheiður Sigurðardóttir, 1999). Opnun Vökudeildarinnar má líkja við að fara í einu vefangi aftan úr fornöld og til nútímans, meðal annars hafði deildin hlotið góðar tækjagjafir úr ýmsum áttum og var því vel tækjum búin. Sérstaklega ber að nefna kvenfélagið Hringinn sem hefur allt frá upphafi stutt rausnarlega við starfsemi Vökudeildar og gert mögulegt að beita bestu tækjum og tækni sem tiltæk er hverju sinni við meðferð veikra nýbura og fyrirbura. Hringskonum verður seint fullþakkað fyrir þeirra góða starf og þann mikla stuðning sem þær hafa veitt Barnaspítalanum og þá sérstaklega Vökudeildinni. Hugsjón Hringskvenna hefur alltaf verið sú að ef ný tæki eða annað stendur til boða sem getur hjálpað til við meðferð barna er sjálfsagt að útvega það. Viðkvæðið er oft „Ekkert er of gott fyrir börnin“. Hringskonur hafa alla tíð verið starfsmönnum Barnaspítalans fyrirmyndir með hugsjón sinni, nærveru og gjöfum. Barnaspítali Hringsins ber nafn sitt í virðingarskyni og til heiðurs helstu bakhjörslum sínum, kvenfélaginu Hringnum.



Súrefnismettunarmælar og síritar voru komnir til sögunnar við opnun Vökudeildar en nemar (elektróður), sem tengjast tækjunum, voru ætlaðir fullorðnum og því oft erfitt að festa þá á nýburana. Öndunarvélar fyrir nýbura voru ekki til á upphafsárum deildarinnar og því var notast við öndunarvél af Birdgerð sem fengin var að láni frá gjörgæsludeild fullorðinna. Það var ekki fyrr en í kringum árið 1980 að Vökudeildin eignaðist fyrstu öndunarvélar sem ætlaðar voru nýburum.

Í bæklingi um starfsreglur á Vökudeildinni, sem gefinn var út við opnun deildarinnar árið 1976, stendur:

Vökudeildin veitir móttöku nýburum sem þurfa á sérstöku eftirliti og meðferð að halda. Innlagnaraldur barnanna er frá fæðingu til 7 daga aldurs. Vökudeild getur annast 18 börn. 14 rúm eru á Vökudeildinni sjálfri ... og 4 rúm eru á einangrunardeild á

2. hæð fæðingardeildar. Á einangrunardeild fara börn með smitandi sjúkdóma og börn sem grunur leikur á að geti valdið smitun (Ragnheiður Sigurðardóttir og Gunnar Biering, 1976).

Allt frá upphafi voru notuð skráningarblöð þar sem lífsmörk, fyrirmæli læknis og annað varðandi umönnun og lyfjagjöf nýburanna var skráð. Skráningarblöðin voru höfð við hitakassa eða vöggur barnanna en slíkt var nýmæli á Landspítalanum. Starfsfólki þótti þetta fyrirkomulag styðja við og gera samskipti þeirra við foreldra opnari og eðlilegri. Þó að enn væri aðallega litið á foreldra sem gesti á deildinni og aðstaðan fyrir þá væri lítil sem engin, þá var unnið út frá þeirri hugmynd að „foreldrarir eiga börnin, ekki við, og þeir eiga að fá allar upplýsingar um börnin sín.“ Þessar hugmyndir voru nokkuð á undan því sem algengt var á þessum tíma í samskiptum starfsfólks og foreldra á sambærilegum deildum erlendis og jafnvel barnadeildum almennt þar sem aðkoma og aðgengi foreldra að veikum börnum sínum og upplýsingum um þau var oft takmarkað (Jorgensen, 2010; Carin og Downes, 2016).

Þar sem vitað var að innlagnir á deildina voru nær alltaf bráðar, starfsfólk nánast allt nýtt í faginu og yfirleitt skortur á hjúkrunarfræðingum þá sem nú varð það strax viðtekin venja að undirbúa allt eins vel og hægt var. Skriflegar leiðbeiningar um ýmsa þætti nýburahjúkrunar voru gerðar og lögð áhersla á að vinna fram fyrir sig til að geta sinnt því sem þyrfti. Strax á upphafsárum Vökudeildar var lögð áhersla á að hafa tiltæka kennsluáætlun fyrir nýja hjúkrunarfræðinga í starfi (Ragnheiður Sigurðardóttir, 2012). Óhætt er að segja að nýburahjúkrun á Íslandi hafi þróast samhliða opnun deildarinnar og haldist í hendur við það sem var að gerast í hjúkrunar- og læknismeðferð erlendis. Á þessum árum var hjúkrunarnám hér á landi fært á háskólastig sem varð stökkpallur breytinga og framfara. Það varð algengara að hjúkrunarfræðingar færu til frekara náms í útlöndum og það styrkti hjúkrun á deildinni enn frekar. Tölvuæðing ruddi sér einnig til rúms og það auðveldaði aðgang að fræðigreinum og upplýsingum um málefni nýburahjúkrunar og ýmsar framfarir sem áttu sér stað erlendis. Einnig fóru starfsmenn að sækja fundi og ráðstefnur innanlands og utan. Allt skilaði þetta sér í framförum í nýburahjúkrun (sjá töflu 1).

Gjörgæsluhjúkrun

Nýburahjúkrun hefur tekið miklum breytingum á þeim 43 árum sem hafa liðið síðan Vökudeildin var opnuð. Auknir möguleikar til að bjarga og meðhöndla örbura og nýbura með alvarlega sjúkdóma hafa breytt sjúklingahópnum og gert kröfur um aukna þekkingu og hæfni starfsfólks og um leið aukið á þörf fyrir fleiri og betur menntaða hjúkrunarfræðinga. Í dag annast Vökudeildin fyrirbura sem fæðast eftir allt niður í 23 vikna meðgöngu og nýbura og ungbörn að þriggja mánaða aldri sem þurfa á gjörgæslumeðferð að halda. Minnstu börnin vega 450 til 600 grömm. Vökudeildin er enn í dag eina deildin sinnar tegundar á Íslandi. Frá árinu 2003 voru 23 rúmstæði á deildinni en frá árinu 2018 eru rúmstæðin 14. Starfsmannafjöldinn hefur tekið breytingum og aukist umtalsvert á liðnum árum. Nú, árið 2019, starfa á deildinni um 80 starfsmenn. Þar af eru um 60 hjúkrunarfræðingar,

átta ljósmæður, einn sjúkraliði, sjö nýburalæknar, tveir deildarlæknar, tveir ritarar og þrír sérhæfðir starfsmenn sem sjá um þrif á deildinni, tækjum og búnaði.

Tafla 1. *Áfangar í þróun nýburahjúkrunar á Íslandi*

Ártal	Dæmi um verkefni sem hjúkrunarfræðingar Vökudeildar hafa unnið
1976	Vökudeild Barnaspítala Hringins, starfsreglur 1975-76
1980	Hringt á heilsugæslustöðvar við heimferð barna af Vökudeild
1983–84	Skrifleg hjúkrunarbréf send á heilsugæslustöðvar við heimferð barna af Vökudeild
1985	Aðlögunarbæklingar fyrir nýja starfsmenn á Vökudeild
1985	Upplýsingabæklingur um Vökudeild fyrir foreldra
1985	Leiðbeiningar fyrir starfsmenn um þrif á hitakössum, tækjum og áhöldum á Vökudeild
1985	Kennsluáætlun fyrir nýja starfsmenn á Vökudeild
1987–88	Aðlögunarbæklingar og kennsluáætlun endurskoðuð
1985	Handbók leiðbeinanda nýrra hjúkrunarfræðinga
1983–85	Leiðbeiningar um heimsóknir og viðveru foreldra
1987	Fræðsla í formi heimsókna hjúkrunarfræðinga til mæðra/foreldra á meðgöngudeild
1987	Heimsóknir foreldra á meðgöngudeild, til undirbúnings fæðingu barns og innlögn á Vökudeild
1988	Bæklingur: Að missa barnið sitt
1988	Fræðslufyrirlestrar fyrir nýráðna hjúkrunarfræðinga og allt starfsfólk Vökudeildar
1989	Handbók hjúkrunarfræðinga
1992	Þroskahvetjandi hjúkrun, þróun hafin (developmental care)
1993	Hjúkrunarmarkmið sett árlega fyrir starfsemi deildar
1993	Markmið/áhersluatriði sett fram árlega til að vinna með fyrir starfsemi Vökudeildar
1996	Leiðbeiningar um verkjameðferð barna á Vökudeild
1997	Símhringingar heim til foreldra barna sem legið hafa á Vökudeild
2001	Eftirfylgni í formi símhringinga heim til foreldra eftir heimferð
2002	Hugmyndir/tillögur að sjúkrahústengdri heimahjúkrun barna á Vökudeild
2003	Upplýsinga- og stuðningsviðtöl við foreldra
2004	Leiðbeiningar um kengúrumeðferð barna á Vökudeild
2006	Fjölskylduhjúkrun
2008	Hjúkrunarbréf skráð rafrænt og send í skráningarkerfinu Sögu
2008–09	Útskrift barna á sýklalyfjum
2003–10	Árskýrslur og rekstrarúttektir
2010	Leiðbeiningar um útskrift barna á súrefni
2010	Leiðbeiningar um útskrift barna á sýklalyfjum
2010	Leiðbeiningar um útskrift barna sem eru með sondu
2010	Eftirlit barna sykursjúkra mæðra
2011	Undirbúningur flutnings barns til hjartaaðgerðar í Lundi
2011	Verklag um notkun á broddmjólk
2012	Verklag um gjöf á broddi til barna sem eru fastandi
2012	Verklag um umönnun barna mæðra sem nota vímuefni og/eða lyf
2015	Verklag um pöntun brjóstamjólkur úr mjólkurbanka
2015	Blöndun og meðhöndlun brjóstamjólkur á Vökudeild
2015	Endurskoðað og bætt verklag um lyfjablandanir á Vökudeild
2016	Plastefni á Vökudeild
2016	Tímabundið eftirlit nýbura
2017–19	Verklag um næringargjöf hjá börnum sem fæðast fyrir 35. viku meðgöngu

Hér er alls ekki um að ræða tæmandi lista yfir verkefni sem hafa verið unnin við Vökudeild á liðnum árum, aðeins sýnishorn til að sýna fram á að þróun nýburagjörgæsluhjúkrunar hefur farið fram samhliða starfinu og þeim breytingum sem orðið hafa í meðferð sjúklingahópsins. Verklagsreglur og vinnuleiðbeiningar hafa verið endurskoðaðar aftur og aftur.

Markmiðið er ætíð:

- Auka öryggi sjúklinganna og fjölskyldna þeirra
- Bæta þjónustuna
- Efla ímynd Barnaspítala Hringins

Framtíðin

Umtalsverður árangur hefur náðst í meðferð og lifun fyrirbura og veikra nýbura síðan Vökudeildin opnaði. Til að mynda hafa lífslíkur barns sem vegur minna en eitt kílógramm við fæðingu aukist úr því að vera innan við 5% yfir í að vera yfir 95%. Á upphafsárum Vökudeildarinnar voru foreldrar gestir sem komu í heimsókn í nokkra klukkutíma á viku. Í dag eru foreldrar og aðrir fjölskyldumeðlimir mikilvægur og nauðsynlegur hluti af starfsemi deildarinnar og þátttaka þeirra í umönnun barnanna mikilvægur þáttur í eflingu heilsu og þroska barnanna. Þrátt fyrir það er skortur á plássi fyrir fjölskyldur akkilesarhæll deildarinnar og eingöngu er aðstaða fyrir foreldra fjögurra til fimm barna til að gista hjá barninu hverju sinni.



Ljóst er að allt varðandi umönnun fyrirbura og veikra nýbura hefur breyst frá því sem var: meðferðin, hjúkrunin, lyfin, fjöldi legudaga, hverju foreldrarnir sinna og hverju starfsfólkið sinnir. Meðgöngulengd minnstu fyrirburanna og örburanna sem lifa af og komast til heilsu er umtalsvert styttri en áður. Einnig er samsetning þjóðarinnar að breytast frá einsleitu sam-

félagi yfir í fjölmenningsamfélag en það kallar á viðhorfsbreytingar og breytta aðstöðu þannig að komið sé til móts við þarfir sem flestra hópa. Þegar einu lærdómsferlinu lýkur hefst sem betur fer nýtt og það krefst þess að endurhugsa þarf hlutina að nýju og gera breytingar samkvæmt nýjustu rannsóknum og bestu þekkingu börnunum og fjölskyldum þeirra til hagsbóta.

Hvað framtíðin ber í skauti sér fyrir Vökudeildina, gjörgæsluhjúkrun nýbura og nýburahjúkrun er óljóst. Hvort það verða jafn miklar breytingar og þær sem orðið hafa á þeim 43 sem hafa liðið frá því deildin var opnuð er óljóst, en víst er að innan heilbrigðisþjónustunnar mun bæði eiga sér stað áframhaldandi þróun og stöðugar breytingar.

Framtíðarsýnin varðandi starfsemi Vökudeildarinnar er að innan fárra ára muni hvert barn og fjölskylda þess hafa fjölskylduherbergi á deildinni til umráða frá fæðingu og að útskrift. Einnig er það draumurinn að umönnun mæðra í sængurlegu og hluta barna af Vökudeild verði á einum stað og að fjölskyldan útskrifist sem best undirbúin til að takast á við hlutverk sitt.

Heimildir

- Carin, M., og Downes, F. (2016). Trends in family-centered care in neonatal intensive care. *Journal of Perinatal and Neonatal Nursing*, 30(3), 265–269.
- Gunnar Biering og Ragnheiður Sigurðardóttir (1999). *Kvennadeild Landspítalans 50 ára, Vökudeild*. Afmælisrit gefið úr af kvennadeild Landspítala.
- Jorgensen, A.M. (2010). Born in the USA — The History of Neonatology in the United States: A Century of Caring. *NICU Currents*.
- Lofur Guttormsson, Ólöf Garðarsdóttir og Guðmundur Hálfðanarson (2001). Ungbarna- og barnadauði á Íslandi 1750–1950. Nokkrar rannsóknarniðurstöður. *Saga* 39, 51–107.
- Margrét Guðmundsdóttir (2010). *Saga hjúkrunar á Íslandi*. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga. ISBN: 9979979844, 9789979979845.
- Ragnheiður Sigurðardóttir (2012). *Horft fram á við, horft til baka. Vökudeild, nýburagjörgæsla 1976–2010*. Óbirt skýrsla.
- Ragnheiður Sigurðardóttir og Gunnar Biering (1976). *Vökudeild Barnaspítala Hringins, starfsreglur 1975–76*.
- Ragnhildur Hauksdóttir (2013). *Burðarmáls-, nýbura- og ungbarnadauði á Íslandi 1982–2011*. Lokaverkefni til BS-gráðu í lækisfræði, Háskóli Íslands; <http://hdl.handle.net/1946/15396>.

Matarsóun á hjúkrunarheimilum

Íris Dögg Guðjónsdóttir, hjúkrunarheimilinu Eir

Elsa Kristín Sigurðardóttir, hjúkrunarheimilinu Eir

Helga Bragadóttir, Hjúkrunarfræðideild Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands og Landspítala

Matarsóun á sér stað á öllum stigum: við framleiðslu, vinnslu, flutning, sölu og neyslu. Henni fylgja ýmis neikvæð umhverfisáhrif, sóun á fjármunum og samfélagslegar afleiðingar. Þann mat sem er sóað væri ef til vill hægt að nýta betur eða annars staðar í heiminum. Framleiðsla matar hefur í sjálfu sér umhverfisáhrif sem þjóna þá engum tilgangi ef maturinn er ekki nýttur, og eykur verulega úrgang sem þarf að losna við með einhverjum hætti. Fjárhagsleg sóun getur átt sér stað á öllum stigum ferlisins en er hvað augljósust hjá neytandanum ef hann kaupir of mikið inn. Minni matarsóun felur í sér samfélagslegan, umhverfislegan og fjárhagslegan ávinning. Að sögn Matvælastofnunar Sameinuðu þjóðanna (FAO) fer þriðjungur þess matar sem keyptur er inn á heimili beint í ruslið eða um 1,3 milljón tonn af mat á hverju ári á heimsvísu (Matarsóun, e.d.). Í rannsókn Umhverfisstofnunar frá árinu 2016 kom í ljós að íslensk heimili henda að meðaltali 23 kg af nýtanlegum mat á ári og 39 kg af ónýtanlegum mat (Umhverfisstofnun, 2016). Þegar litið er til annarra þjóða Evrópu er talið að hver manneskja hendi 20–30 kg á ári, sem er um 30 g á máltíð, inni í þeirri tölu er þá framleiðsla, neysla og aðrir afgangar (ADEME, 2016). Hjúkrunarheimili eru heimili fólks í viðkvæmri stöðu, það er aldraðra, hrumra og veikra. Ekki er vitað hversu mikil matarsóun á sér stað á hjúkrunarheimilum á Íslandi en með þessum skrifum er ætlunin að vekja athygli hjúkrunarfræðinga á hlutverki þeirra og ábyrgð varðandi nýtingu matar og þar með næringar og fjármuna á hjúkrunarheimilum. Kynntar eru niðurstöður könnunar sem gerð var á matarsóun á hjúkrunarheimilinu Eir og rýnt í það hvernig hjúkrunarfræðingar geta tekið þátt í að draga úr matarsóun á hjúkrunarheimilum.

Matarsóun

Matarsóun getur hvort tveggja stafað af of miklu framboði af mat og minni neyslu en gert hefur verið ráð fyrir. Með inngripum í þessa tvo þætti ætti að vera hægt að hafa áhrif á matarsóun. Matarsóun er skilgreind sem sóun á mat sem að öðrum kosti hefði mátt nýta og henni má skipta í tvo hluta: nýtanlegan mat og ónýtanlegan mat. Nýtanlegur matur er sá matur sem er hent vegna þess að hann er farinn að skemmast, eða ekki notaður. Ónýtanlegur matur er sá hluti matar sem er almennt ekki borðaður, svo sem eggjaskurn, kaffikorgur, bein og hýði (Guðmundur B. Ingvarsson, 2017).

Talið er að betra sé að bjóða litlar máltíðir og tíðar. Þannig er hægt að minnka matarsóun og á sama tíma viðhalda eða auka líkamsþyngd einstaklinga.

Margir telja að matarsóun sé undir sterkum áhrifum af neytendahegðun. Í skýrslu sem sett var fram í Ástralíu árið 2014 er greint frá því hvaða áhrifaþættir stuðla að sóun. Samkvæmt henni leiddu þrír meginþættir til aukinnar matarsóunar: þekking á birgðum, staðsetning matvæla og þekking á matvælum. Þekking á birgðum vísar til þess að neytandi er ekki meðvitaður um það matarframboð sem til er og hefur ekki þekkingu til að nýta það. Staðsetning matvæla vísar til þess að neytandi veit ekki hvar hægt er að nálgast matvæli og hvernig skuli umgangast þau. Þekking á matvælum vísar til þess hvaða þekkingu og reynslu neytandinn býr yfir varðandi matvæli og hvaða

áhrif það hefur á neyslumynstur og matarsóun (Farr-Wharton o.fl., 2014). Höfundar áströlsku skýrslunnar mæla með því að efla þekkingu neytenda og þeirra sem sýsla með matvæli og efla þar með færni til að nýta þau, t.d. með því að skiptast á uppskriftum og læra af öðrum. Einnig er mikilvægt að vekja neytendur til umhugsunar um hvernig best sé að umgangast og geyma matvæli. Mælt er með því að nægar upplýsingar liggi fyrir um þær birgðir sem eru til svo að neytendinn safni síður að sér birgðum umfram neyslu (Farr-Wharton o.fl., 2014).

Aldraðir og matarsóun

Mannfjöldaspa fyrir Ísland gerir ráð fyrir að fólki yfir 65 ára muni fjölga verulega og fara úr því að vera 14% þjóðarinnar árið 2016 í að verða yfir 20% árið 2036 og yfir 25% þjóðarinnar árið 2059. Búið er við að þeim sem ná um og yfir 100 ára aldri fjölgi verulega (Hagstofa Íslands, 2016). 1. maí 2016 bjuggu 2407 einstaklingar á hjúkrunarheimilum landsins og síðastliðin ár hefur öldruðum sem búa á hjúkrunar- og dvalarheimilum fjölgað. Þessa fjölgun má rekja til hækkandi lífaldurs fólks á Íslandi en frá árinu 1996 hefur hann lengst að meðaltali um 3,9 ár hjá körlum en 2,2 ár hjá konum (Embætti landlæknis, 2016).

Með aldrinum minnkar oft matarlýst og geta margar ástæður verið fyrir því. Kólesýstókinín er hormón sem stuðlar að losun meltingarensíma en einnig tekur það þátt í að minnka matarlýst og þegar fólk eldist eykst magn hormónsins sem veldur því að fólk verður fyrr satt (Anderson, 2013). Einnig verða breytingar á lyktar- og skynfærum með hækkandi aldri og getur það leitt til minni ánægju af að borða mat og þannig dregið úr magninu sem er neytt. Tannheilsa versnar oftast með aldrinum ásamt því að margs kyns sjúkdómar og lyf geta haft áhrif á matarlýst. Sýnt hefur verið fram á að með því að bæta bragð matar með bragðbætandi efnum er hægt að auka matarlýst aldraðra auk þess sem framreiðsla og umhverfi getur skipt máli. Talið er að betra sé að bjóða litlar máltíðir og tíðar. Þannig er hægt að minnka matarsóun og á sama tíma viðhalda eða auka líkamsþyngd einstaklinga (Anderson, 2013; Mathey o.fl., 2001).

Matmálstímar tengjast ekki aðeins næringarþörf fólks heldur eru þeir einnig hluti af lífsgæðum þess en talið er að tveir af hverjum fimm íbúum hjúkrunarheimila þjáist af vannæringu og hefur slíkt áhrif á heilsu þeirra og lífsgæði.

Niðurstöður rannsókna sýna að meiri hætta er á vannæringu meðal aldraðra á hjúkrunarheimilum en meðal þeirra sem búa heima (Kaiser o.fl., 2010; Löwik o.fl., 1992) en í raun eru allir aldraðir í hættu á vannæringu hvort sem þeir eru heima, á hjúkrunarheimilum eða á sjúkrahúsi. Lystarleysi er þekkt hjá veiku fólki og því hætta á að það klári ekki matarskammtinn

sem þó inniheldur næga orku og næringu, en hluti hans fer þá til spillis og sjúklingarnir líða skort (van Bokhorst-de van der Schueren o.fl., 2012). Matmálstímar tengjast ekki aðeins næringarþörf fólks heldur eru þeir einnig hluti af lífsgæðum þess (Carrier o.fl., 2009) en talið er að tveir af hverjum fimm íbúum hjúkrunarheimila þjáist af vannæringu og hefur slíkt áhrif á heilsu þeirra og lífsgæði (Bell o.fl., 2015; Evans og Crogan, 2005). Niðurstöður rannsókna sýna að mikilvægt er að taka tillit til óska og þarfa heimilismanna hvað aðbúnað, framreiðslu og fæðuval varðar og að þannig megi auka lífsgæði aldraðra og draga um leið úr sóun á matvælum (Carrier o.fl., 2009; Evans og Crogan, 2005). Í rannsókn, sem gerð var á því hvað stuðli að og hvað dragi úr neyslu íbúa á hjúkrunarheimili og hver ánægja þeirra væri með matinn og þjónustuna, kom fram almenn ánægja með matinn og þjónustuna þar sem 89% þátttakenda sögðust ánægðir eða nokkuð ánægðir, en þó voru ákveðnir þættir sem skertu lífsgæði íbúanna (Evans og Crogan, 2005). Um helmingur eða 52% höfðu fengið mat sem þeim líkaði alls ekki, 56% fengu oft sama matinn og 59% töluðu um að maturinn væri ávallt matreiddur á sama hátt. Flestum íbúum eða 75% fannst í lagi að hafna mat sem þeim líkaði ekki en 65% kvörtuðu þó ekki. Meirihlutinn eða 79% sögðust vilja velja hvað þeir borðuðu en einungis 54% fannst mikilvægt að velja hvenær matartíminn er. Með því að huga að sjónarmiðum og óskum íbúa er hægt að ýta undir ánægju þeirra, stuðla að betri næringu og minnka þann mat sem fer í ruslið (Evans og Crogan, 2005).

Niðurstöður rannsókna Carrier og féлага (2009), sem framkvæmd var meðal 395 íbúa á 38 hjúkrunarheimilum, bentu til þess að matmálstímar og framreiðsla matarins skipti máli hvað lífsgæði íbúa varðar. Fjöldi borðfélaga, hvort þeir gátu matast sjálfir og hvort þeir fengu að velja sér mat, hvernig maturinn var borinn fram og fjöldi starfsmanna á hvern heimilismann hafði marktæk áhrif á lífsgæði heimilismanna, óháð því hvort þeir höfðu greiningu um vitræna skerðingu eður ei. Þeir sem voru með vitræna skerðingu glímdu frekar við vannæringu en aðrir. Fyrir þá sem höfðu greiningu um vitræna skerðingu skipti sjálfstæði við að matast og að matsæðilinn væri endurskoðaður reglulega með tilliti til þeirra þarfa mestu máli (Carrier o.fl., 2009).

Matarsóun á Hjúkrunarheimilinu Eir

Gerð var könnun á matarsóun á hjúkrunarheimilinu Eir í byrjun árs 2017. Tilgangur könnunarinnar var að meta hversu hátt hlutfall matar á hjúkrunarheimili fer til spillis og á grunni þess finna leiðir til að lágmarka matarsóun og bæta þar með næringarástand íbúa og nýtingu fjármuna. Könnunin var framkvæmd á sex sólarhringsdeildum Eirar. Á þremur deildum, deild 1, 2 og 3, var allur matur vigtaður áður en hann var borinn fyrir heimilismenn og síðan var allur nýtanlegur matur sem heimilismenn leyfðu vigtaður áður en honum var hent. Á öðrum þremur deildum, deild 4, 5 og 6, var eingöngu nýtanlegur matur sem heimilismenn leyfðu vigtaður áður en honum var hent.

Sérmerktum ruslafötum með pokum í ásamt merktum möppum þar sem límmiðar fylgdu til að merkja ruslapokana var komið fyrir á öllum þáttökudeildunum. Í föt-urnar söfnuðu starfsmenn nýtanlegum mat, það er einungis mat sem hægt hefði verið að borða, í sérstaka poka merka könnun. Allur annar fæðuafgangur, s.s. eggjaskurn, bananahýði og kaffikorgur, fór í ruslapoka sem einnig voru vigtaðir. Matarafgöngum hvers dags var safnað saman í einn poka yfir daginn og hann innsiglaður á miðnætti hvers sólarhrings, geymdur til næsta dags þegar hann var vigtaður og honum fargað. Reiknuð var út heildarþyngd alls matar sem fór til spillis, auk þess reiknað niður á deild og íbúa og meðalþyngd á dag og á hvern íbúa. Hlutfall matar sem fór til spillis var reiknað fyrir deildir 1, 2 og 3.

Könnunin fór fram í samtals átta daga í febrúar og mars 2017 og var unnin í samráði við stjórnendur á hjúkrunarheimilinu. Starfsmenn voru upplýstir um könn- unina með tölvupósti auk þess sem þeir fengu leiðsögn í að greina og aðskilja nýtan- legan og ónýtanlegan mat og skrifa vettvangsathugasemdir. Samið var við deildarstjóra hvernar deildar um að vera ábyrgir fyrir gagnasöfnun hver á sinni deild.

Niðurstöður könnunarinnar á Eir

Í töflu 1 má sjá heildarmatarsóun á heimilinu þá átta daga sem gögnum var safnað. Heildarþyngd nýtanlegs matar sem fór til spillis alla átta dagana var 358,3 kg eða 59,7 kg á dag að meðaltali. Þar sést einnig þyngd matar sem fór inn á deildir 1, 2 og 3 og þyngd þess nýtanlega matar sem kom frá þeim deildum og var hent þá átta daga sem mælingar fóru fram. Matarsóun á þessum deildum var frá 2,8 kg á dag (deild 2, dagur 5) upp í 13,1 kg á dag (deild 3, dagur 2). Á þeim deildum þar sem matarsóun var ein- göngu mæld reyndist 2,7–17,4 kg af nýtanlegum mat hent á dag.

Tafla 1. Matarsóun mæld í kg

	Íbúa- fjöldi	Dagur 1		Dagur 2		Dagur 3		Dagur 4		Dagur 5		Dagur 6		Dagur 7		Dagur 8		Samtals		Kg á íbúa yfir tímabilið (8 daga)	
		Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg	Inn kg	Út kg
Deild 1	17	28,4	7,6	30,3	10,7	28,2	7,6	33,2	4,8	27,2	3,9	31,3	8,2	31,3	6,0	31,4	3,1	241,3	51,9	14,2	3,1
Deild 2	25	31,1	5,1	37,2	5,0	27,4	6,7	33,9	8,5	30,2	2,8	32,0	6,3	34,3	3,6	32,3	4,0	258,5	42,0	10,3	1,7
Deild 3	22	30,3	12,9	38,0	13,1	26,2	10,9	37,6	11,0	27,4	5,8	32,5	7,6	32,7	9,7	34,7	8,3	259,4	79,3	11,8	3,6
Deild 4*	47		11,6		17,4		12,2		8,8		8,2		14,0		7,0		2,7		81,9		1,7
Deild 5*	52		9,2		8,9		7,3		12,8		10,5		0,3		7,5		5,4		61,9		1,2
Deild 6	22		6,0		5,5		4,3		6,1		3,4		4,3		4,0		7,7		41,3		1,9
Samtals	185	89,8	52,4	105,5	60,6	81,8	49,0	104,7	52,0	84,8	34,6	95,8	40,7	98,4	37,8	98,4	31,2	759,1	358,3	**	
Meðaltal	–	29,9	8,7	35,2	10,1	27,3	8,2	34,9	8,7	28,3	5,8	31,9	6,8	32,8	6,3	32,8	5,2	253,0	59,7	12,1	2,2

* Deildir 4 og 5 eru í raun fjórar deildir, en tvær (4a og 4b) og tvær (5a og 5b) deila sameiginlegu eldhúsi.

** Á aðeins við um deildir 1, 2 og 3.

Tafla 2 sýnir hlutfall matar sem var sóað á deildum 1, 2 og 3. Heildarmatarsóun að meðaltali þá daga sem gagnöflun fór fram var 23,% af nýtanlegum mat. Mest var sóunin á deild 3 eða 30,6% og minnst á deild 2 eða 16,2%.

Starfsmenn á öllum deildum skrifuðu útskýringar og vangaveltur um matar- sóunina. Meginþættir vettvangsathugasemda starfsmanna lutu að: 1) heilsufari heim- ilisfólks, 2) einstaklingsþörfum heimilisfólks, 3) framboði á heitum mat, 4) súpum og grautum, 5) kökum og sætindum og 6) sérfæði og maukfæði (sjá töflu 3). Í vettvangs- athugasemdum kom fram að heilsufar íbúa og hvernig ástand þeirra er þann daginn getur haft áhrif á matarlyst þeirra eða hvort þeir geta neytt hans með góðu móti. Bent var á mikilvægi þess að taka tillit til einstaklingsþarfa heimilisfólks, að fólk hafi val um mat þegar það hefur ekki lyst á því sem er í matinn og að bjóða mat oft og í minni skömmtum í einu því slíkt gæti hentað sumum. Fram kom að súpum, grautum og sætmeti væri mikið hent og fannst starfsfólki að draga ætti úr framboði á þeim

Tafla 2. Hlutfall matarsóunar á deild

Deild	Hlutfall
Deild 1	21,5%
Deild 2	16,2%
Deild 3	30,6%
Meðaltal	22,8%

Tafla 3. Þættir greindir úr vettvangsathugasemdum starfsmanna og efnislegt innihald þeirra

Þáttur	Efnislegt innihald
Heilsufar	Heilsufar íbúa og dagsform skiptir máli. Misjafnt var eftir dögum hvort klárað væri af diskum og hvort heimilismenn hefðu lyst á þeim mat sem borinn var fram.
Einstaklingsþarfir	Mikilvægt að eiga annað til að bjóða ef íbúar hafa ekki lyst á því sem er í matinn. Þannig væri hægt að skammta minna á diska og bjóða þá aftur eða grípa í annan mat ef það væri ósk íbúans.
Heitur matur	Það er vöntun á heitum mat í hádeginu.
Súpur og grautar	Það má bæta í matinn og sleppa súpum. Það eru súpur og grautar sem helst fara í ruslið.
Kökur og sætindi	Kökur og sætindi fara mikið í ruslið. Það mætti vera meira af ferskum ávöxtum frekar en alltaf þessi sykur og kökur.
Sérfæði og maukfæði	Það gleymist oft að afpanta sérfæði og maukfæði þegar vistmaður deyr eða flyst annað.

réttum en bjóða frekar meira af heitum mat og ávöxtum. Einnig kom fram að nokkur matarsóun fælist í að það gleymdist að afpanta sérfæði og maukfæði þegar yrðu breytingar hjá heimilisfólki.

Í hnotskurn sýna niðurstöður könnunarinnar á Eir að nokkur matarsóun á sér stað þar sem 358,3 kg eða 59,7 kg á dag að meðaltali af nýtanlegum mat fór til spillis á átta dögum. Því má áætla að samtals 2,2 kg af nýtanlegum mat hafi farið í ruslið á hvern einstakling á þeim átta dögum sem könnunin náði til, eða 0,275 kg á dag. Á hjúkrunarheimilinu Eir búa 185 einstaklingar og ef sóun hvern dag er 0,275 kg á íbúa, reiknast það sem 8,25 kg á viku, 33 kíló á mánuði og 100 kíló á einstakling á ári hverju. Má þá áætla að 18 tonn af nýtanlegum mat fari til spillis á ári hverju á hjúkrunarheimilinu. Niðurstöður benda til þess að gera megi betur og þær gefa vísbendingar um hvað bæta má til að draga úr matarsóun á hjúkrunarheimilum.

Lærdómur dreginn af könnuninni á Eir

Niðurstöður könnunarinnar á Eir benda til þess að þörf sé á fræðslu fyrir þá starfsmenn sem sjá um innkaup og pantanir inn á deildir og að bæta þurfi samskipti og samráð á milli eldhúss og deilda. Hægt væri að panta oftari og minna í hvert skipti og þannig minnka þann mat sem fer til spillis. Samkvæmt rannsókn sem framkvæmd var í Ástralíu árið 2014 eru það þrír meginþættir sem draga úr matarsóun. Það dregur úr matarsóun að neytendur séu meðvitaðir og hafi þekkingu á því hvernig hægt er að nálgast, nýta og umgangast mat sem best og tileinki sér neyslumynstur sem hámarkar nýtingu og lágmarkar þar með sóun (Farr-Wharton o.fl., 2014).

Mikilvægt er að huga að því hvernig matur er borinn fram og skammtastærðum. Rannsóknir hafa sýnt að með því að bjóða litlar máltíðir oftari yfir daginn er hægt að minnka matarsóun og á sama tíma auka og viðhalda líkamsþyngd heimilisfólks (Anderson, 2013; Mathey o.fl., 2001). Í könnun okkar er ekki tekið tillit til eða skoðað hvert næringarástand heimilismanna er, en ef gert er ráð fyrir að það sé sambærilegt við það sem er í öðrum löndum er því ábótavant hjá nokkrum hluta heimilismanna (Bell o.fl., 2015; Cereda o.fl., 2016; Hirose o.fl., 2014). Ef heimilismenn ná að fullnægja næringarþörf sinni betur með þeim heimilismat sem er í boði, getur þörfin á næringar-drykkjum einnig minnkað, en þeir geta verið mjög kostnaðarsamir.

Í vettvangsathugasemdum starfsmanna kom fram að heilsufar íbúa skipti miklu máli þegar kom að því hvort heimilismenn hefðu lyst á matnum. Þá kom einnig fram mikilvægi þess að geta boðið þeim sem ekki höfðu lyst á þeim mat sem var á boðstólum annan mat. Er þetta í takt við rannsókn sem gerð var innan spítala í Hol-

landi þar sem ályktað var að matarsóun innan spítalans stafaði að miklu leyti af takmarkaðri neyslu sjúklinga (van Bokhorst-de van der Schueren o.fl., 2012).

Í ljósi niðurstaðna könnunarinnar á Eir er mikilvægt að greina þarfir hverrar deildar fyrir sig og horfa á þarfir einstaklinganna í stað þess að horfa á allar deildir og allt heimilisfólk undir sömu formerkjum. Huga þarf að þörfum einstaklinganna sem þar búa í ljósi heilsu þeirra og aldurs ásamt andlegri og félagslegri líðan (Carrier o.fl., 2009). Gagnlegt væri að gera þarfagreiningu á hverri deild fyrir sig og nýta niðurstöðurnar sem grundvöll að aðgerðum gegn matarsóun, svo sem hvaða matur hentar íbúum best og hvernig matur er borinn fram á deildinni.

Nýtt næringarráð hefur þegar verið stofnað innan Eirar sem hyggst fara yfir alla þætti matar- og næringarástands íbúanna því þannig er hægt að greina hvort hægt er að knýja fram breytingar sem geta stuðlað að því að meira verði borðað en áður. Gæti það orðið til þess að minni soun ætti sér stað, en einnig þarf að huga að hversu mikið er skammtað á diska og hvort settur sé á diska matur sem sumir borða hreinlega ekki og fer því beint í ruslið. Mikilvægt er að huga að sjónarmiðum hvers og eins, þannig er hægt að ýta undir ánægju íbúa, stuðla að því að þeir nærast betur og minnka þar með mat sem fer í ruslið (Carrier o.fl., 2009; Evans og Crogan, 2005).

Framreiðsla matarins getur skipt máli (Carrier o.fl., 2009) og benda niðurstöður könnunar okkar til þess að skoða mætti hvernig maturinn er framreiddur og hvernig heimilismönnum list hreinlega á matinn á íslensum hjúkrunarheimilum. Matur hefur breyst í gegnum tíðina og þeir heimilismenn sem búa á hjúkrunarheimilum landsins geta verið vanir annars konar mat en borinn er fram innan stofnunarinnar. Því skiptir þeirra sýn mestu máli og getur breytt miklu hvað varðar soun. Eins væri gott að fá meiri innsýn í skoðanir starfsmanna á matnum og þannig athuga hvort skekkja gæti verið á milli deilda. Mismunandi hættir eru á hverri deild fyrir sig og mismunandi hve mikill matur er pantaður á hverri deild burt séð frá fjölda íbúa. Skoða ætti hvort tenging er á milli matarsóunar innan hjúkrunarheimila og venjanna á hverri deild og hvaða þættir það eru sem einkum ráða því hvort og hvernig matur nýtist.

Skilaboð til hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum

Hjúkrunarfræðingar eru í forsvari fyrir og stýra rekstri og þjónustu hjúkrunarheimila. Það er því hlutverk þeirra og á ábyrgð þeirra, ásamt samstarfsfólki, að stuðla að umbótum þegar kemur að matarsóun á hjúkrunarheimilum. Efni þessarar greinar gefur vísbendingar sem nýst geta almennt á hjúkrunarheimilum á Íslandi og viljum við með henni hvetja hjúkrunarfræðinga og samstarfsfólk þeirra til að:

- huga betur að samráði þeirra sem sinna beint hjúkrunarheimilismanna og þeirra sem kaupa mat og matreiða
- huga að einstaklingsþörfum heimilismanna hvað heilsu þeirra, dagsform og matarlyst varðar

- bjóða fleiri kosti í fæðuvali, meira af heitum mat og ávöxtum á kostnað sætmetis
- vekja athygli nemenda í heilbrigðisgreinum á mikilvægi næringar aldraðra og nýtingu fæðu og þar með fjármuna á hjúkrunarheimilum
- standa að og taka þátt í rannsóknum á matarsóun á hjúkrunarheimilum á Íslandi, ástæðum hennar og áhrifum og hvernig draga má úr henni.

Heimildir

- ADEME (2016, maí). *Food losses and waste — Inventory and management at each stage in the food chain. Executive summary*. Sótt 15. nóvember 2017 á <http://www.ademe.fr/sites/default/files/assets/documents/food-losses-waste-inventory-management-2016-summary>.
- Anderson, S. (2013). *What are medical reasons for loss of appetite in the elderly?* Sótt 19. apríl 2017 á <http://www.livestrong.com/article/283166-what-are-medical-reasons-for-loss-of-appetite-in-the-elderly/>.
- Bell, C.L., Lee, A.S., og Tamura, B.K. (2015). Malnutrition in the nursing home. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 18(1), 17–23.
- Carrier, N., West, G.E., og Ouellet, D. (2009). Dining experience, food services and staffing are associated with quality of life in elderly nursing home residents. *The Journal of Nutrition, Health & Aging*, 13(6), 565–570.
- Cereda, E., Pedrolli, C., Klersy, C., Bonardi, C., Quarleri, L., Cappello, S., o.fl. (2016). Nutritional status in older persons according to healthcare setting: A systematic review and meta-analysis of prevalence data using MNA. *Clinical Nutrition*, 35(6), 1282–1290; doi.org/10.1016/j.clnu.2016.03.008.
- Embætti landlæknis (2016, júní). *Aldraðir á hjúkrunar- og dvalarheimilum*. Sótt 7. maí 2017 á http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item29751/Talnabrunnur_juni_2016.pdf.
- Evans, B.C., og Crogan, N.L. (2005). Using the FoodEx-LTC to assess institutional food service practices through nursing home residents' perspectives on nutrition care. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 60(1), 125–128.
- Farr-Wharton, G., Foth, M., og Choi, J. H. (2014). Identifying factors that promote consumer behaviours causing expired domestic food waste. *Journal of Consumer Behaviour*, 13(6), 393–402; doi:10.1002/cb.14884.
- Guðmundur B. Ingvarsson (2017, mars). Rannsókn á matarsóun Íslendinga. *Neytendablaðið*, 17–18.
- Hagstofa Íslands (2016). *Mannfjöldaspá 2016–2065*. Sótt 15. júlí 2018 á <https://www.hagstofa.is/utgafur/frettasafn/mannfjoldi/mannfjoldaspaspa-2016-2065/>.
- Hirose, T., Hasegawa, J., Izawa, S., Enoki, H., Suzuki, Y., og Kuzuya, M. (2014). Accumulation of geriatric conditions is associated with poor nutritional status in dependent older people living in the community and in nursing homes. *Geriatrics Gerontology International*, 14, 198–205.
- Kaiser, M.J., Bauer, J.M., Rämisch, C., Uter, W., Guigoz, Y., Cederholm, T., og Tsai, A.C. (2010). Frequency of malnutrition in older adults: A multinational perspective using the mini nutritional assessment. *Journal of the American Geriatrics Society*, 58(9), 1734–1738.
- Löwik, M.R., van den Berg, H., Schrijver, J., Odink, J., Wedel, M., og Van Houten, P. (1992). Marginal nutritional status among institutionalized elderly women as compared to those living more independently (Dutch Nutrition Surveillance System). *Journal of the American College of Nutrition*, 11(6), 673–681.
- Matarsóun (e.d.). *Hvað er matarsóun?* Sótt 18. apríl 2017 á <http://www.matarsoun.is/default.aspx?pageid=26d48a16-0248-11e6-b096-00505695691b>.
- Mathey, M.F.A., Siebelink, E., de Graaf, C., og Van Staveren, W.A. (2001). Flavor enhancement of food improves dietary intake and nutritional status of elderly nursing home residents. *The Journals of Gerontology Series A: Biological Sciences and Medical Sciences*, 56(4), M200–M205.
- Umhverfisstofnun (2016, nóvember). *Food Waste in Iceland: Methodological Report*. Reykjavík: Umhverfisstofnun.
- van Bokhorst-de van der Schueren, M.A., Roosemalen, M.M., Weijs, P.J., og Langius, J.A. (2012). High waste contributes to low food intake in hospitalized patients. *Nutrition in Clinical Practice*, 27(2), 274–280.

Hið ófyrirséða — fyrirbyggjandi aðgerðir gegn ofbeldi á geðdeildum

Útdráttur

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

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

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

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

Lykilord: árásgjörn hegðun, grunduð kenning, hið ófyrirséða.

Inngangur

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

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

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

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

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

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

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Aðferð

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

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

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

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

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

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

Niðurstöður

Að búast við hinu ófyrirséða

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

Að vera í líkamlegu og andlegu jafnvægi

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

Að draga úr starfsálagi

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

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

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

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

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

Að læra að róa sjúklinga

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

Að afstýra aukinni spennu

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

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

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

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

Að vinna vel saman

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

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

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

Að stjórna umhverfi

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

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

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

Umræður

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

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

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

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

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

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

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

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

Takmarkanir

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

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

Heimildir

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

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

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

English Summary

Snorrason, J., Grimsdottir, G.U.

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

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

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

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

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

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

Key words: aggression, grounded theory, the unforeseen.

Correspondent: jonsnorr@landspitali.is

Sálfélagsleg líðan fullorðinna einstaklinga eftir innanskúmsblæðingu: Kerfisbundið fræðilegt yfirlit

Útdráttur

Tilgangur: Sjálfsprottin innanskúmsblæðing (SIB) er kölluð heila-blóðfall yngra fólksins. Sálfélagsleg vanlíðan einstaklinga sem fengið hafa SIB getur valdið þeim erfiðleikum með að ná takti í lífinu, jafnvel mörgum árum eftir áfallið. Þrátt fyrir fjölda rannsókna skortir kerfisbundna samantekt á þeim vanda sem einstaklingar með SIB standa frammi fyrir auk þekkingar á bestu hugsanlegu úrræðum. Tilgangur þessa kerfisbundna fræðilega yfirlits var þríþættur: Að samþætta þekkingu um þætti sem hafa áhrif á sálfélagslega líðan SIB-sjúklinga meira en þremur mánuðum eftir áfallið; að lýsa tíðni algengra sálfélagslegra einkenna; koma auga á nýja þekkingu og hugsanlegar íhlutanir fyrir hjúkrun.

Aðferð: Kerfisbundið fræðilegt yfirlit. Stuðst var við aðferð stofnunar Joanna Briggs (JBI) og PRISMA-yfirlýsinguna við framsetningu niðurstaðna. Leitað var í PubMed og CINAHL að birtum greinum frá janúar 2007 til nóvember 2017. Gátlistar frá JBI voru notaðir til þess að meta veikleika frumrannsókna. Niðurstöður voru samþættar með „matrix“-aðferðinni.

Niðurstöður: Þrjátíu og þrjár greinar voru teknar með í yfirlitið þar sem 5073 einstaklingar með SIB voru rannsakaðir. Sálfélagsleg vandamál voru til staðar hjá yfir 50% þátttakenda á öllum tímápunktum: frá þremur mánuðum og upp í 20 ár eftir áfallið. Fjögur meginviðfangsefni voru greind: (1) Skert lífsgæði, (2) kvíði/þunglyndi, (3) áfallastreituröskun, ótti og sálfélagsleg vanlíðan og (4) breytt atvinnuþátttaka, félagslíf og samfélagslegar þarfir. Þættir tengdir við SIB voru meðal annars skortur á nánd við maka, tjáskiptavandamál, endurtekin upprifjun á áfalli, vitsmunaleg skerðing og hegðunartruflanir. Forspárgildi sálfélagslegra vandamála voru meðal annars kvenkyn, yngri aldur við áfallið, minni menntun og óstöðug hjúskaparstaða.

Ályktanir: Niðurstöður samantektarinnar má nýta við gerð kerfisbundins mats, eftirfylgni og upplýsingagjafar til sjúklinga með SIB og fjölskyldna þeirra. Vegna hárrar tíðni og alvarlegra afleiðinga sálfélagslegra vandamála er þörf á að heilbrigðisstarfsfólk bregðist markvisst við þeim vanda sem sjúklingar með SIB standa frammi fyrir.

Inngangur

Sjálfsprottin innanskúmsblæðing (SIB) er algengasta ástæða heilablóðfalls hjá ungu fólki (Turi o.fl., 2017) og er meðalaldur fólks sem fær SIB 50 til 55 ár (Boccardi o.fl., 2017; Reinhardt, 2010). Þetta er mun lægri meðalaldur en sést í öðrum tegundum heilablóðfalla (Harvey o.fl., 2015; Johnston o.fl., 1998). Höfuðverknum, sem oft er fyrsta vísbending um SIB, hefur verið lýst af sjúklingum sem óbærilegri sársaukafullri reynslu; líkt og að verða skyndilega skotinn í hnakkann eða verða fyrir sprengingu inni í höfðinu (Linn o.fl., 1998). Hætta er á frekari fylgikvillum, m.a. endurblæðingu og/eða æðasamdrætti fyrstu vikurnar (Rabinstein o.fl., 2005; van Gijn o.fl., 2007). Ljóst er að strax frá áfalli og næstu vikur þar á eftir standa sjúklingar andspænis ógnandi einkennum sem lita framtíðina óvissu. Þrátt fyrir að tækni framfarir í læknavísindum undanfarna áratugi hafi aukið lífslíkur og dregið úr fylgikvillum, snúa margir sjúklingar ekki aftur til vinnu og eiga erfitt með að ná eðlilegum takti í ys og þys hversdagsins (Passier o.fl., 2011b). Þessa erfiðleika má ekki aðeins rekja til skertrar líkamlegrar færni og virkni heldur hafa einkenni eins og þreyta, kvíði, þunglyndi og áfallastreituröskun mikil áhrif á sálfélagslega líðan (Kutlubaev o.fl., 2012).

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: Niðurstöður kerfisbundna yfirlitsins má nota til að útbúa verklagsreglur sem hafa það að markmiði að bæta sálfélagslega líðan einstaklinga eftir innanskúmsblæðingu.

Hagnýting: Há tíðni og alvarlegar afleiðingar sálfélagslegra vandamála einstaklinga eftir innanskúmsblæðingu sýnir að þörf er á að heilbrigðisstarfsfólk bregðist markvisst við þeim vanda sem sjúklingar með SIB standa frammi fyrir, svo sem með skipulagðri hjúkrunarþjónustu.

Þekking: Kerfisbundið fræðilegt yfirlit yfir sálfélagslega líðan fullorðinna einstaklinga eftir innanskúmsblæðingu hefur ekki verið birt áður.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Koma þarf á fót sérhæfðri fræðslu til einstaklinga með SIB og aðstandenda þeirra fyrir útskrift af heila- og taugaskurðeild sem tekur meðal annars til sálfélagslegra einkenna eftir heimkomu og bjargráð.

Sálfélagsleg líðan er skilgreind sem geta og ánægja einstaklingsins til að standa sig í ólíkum félagslegum hlutverkum, svo sem að sjá um heimili, stunda vinnu, vera nemandi, maki, fjölskyldumeðlimur eða vinur (Brissos o.fl., 2011). Þrátt fyrir margvísleg, íþyngjandi sálfélagsleg vandamál, sem einstaklingar með SIB standa frammi fyrir (Berry, 1998; Morris o.fl., 2004; Wermer o.fl., 2007), hefur engin rannsókn, samkvæmt okkar bestu vitund, verið framkvæmd til að fá heildarmynd af sálfélagslegum vandamálum og hversu algeng þau eru. Ekki hefur heldur verið sýnt fram á viðeigandi hjúkrunar meðferð til að bæta sálfélagslega líðan, svo sem markviss fræðsla, stuðningur eða eftirlit (Hedlund o.fl., 2010). Vitneskju um einkenni og afleiðingar SIB og skipulagðan verkferil skortir til þess að geta veitt viðeigandi stuðning.

Tilgangur þessa kerfisbundna fræðilega yfirlits var þríþættur: Að samþætta þekkingu um atriði sem hafa áhrif á sálfélagslega líðan einstaklinga með SIB þremur mánuðum eða síðar eftir áfallið; að lýsa tíðni algengra sálfélagslegra einkenna; að koma auga á nýja þekkingu og hugsanlegar íhlutanir fyrir sjúklinga með SIB.

Aðferð

Rannsóknarsnið

Kerfisbundna fræðilega yfirlitið tók mið af leiðbeiningum stofnunar Joanna Briggs (Aromataris og Munn, 2017). Við framsetningu niðurstaðna var PRISMA-yfirlýsing (*e. Preferred Reporting Items for Systematic review and Meta-Analysis*) höfð til hliðsjónar til að ganga úr skugga um að allar nauðsynlegar upplýsingar kæmu fram til að auka skilning lesandans á efninu og til að tryggja gegnsæi í vinnubrögðum (Liberati o.fl., 2009).

Inntökuskilyrði

Eftirfarandi skilyrði voru sett fyrir inntöku rannsókna:

- *Þátttakendur*: Fullorðnir einstaklingar, 18 ára og eldri, sem bjuggu heima eftir SIB. Ef færri en 5% þátttakenda voru útskrifaðir á hjúkrunarheimili voru þær rannsóknir teknar með. Byggt er á þeirri skilgreiningu að SIB sé sú tegund heilablóðfalls sem kemur oftast skyndilega fyrir vegna rifu á æðagúl eða í um 85% tilfella (Boccardi o.fl., 2017)
- *Tími eftir innanskúmsblæðingu*: Í það minnsta þrír mánuðir.
- *Útkomubreytur*: Rannsakaðar væru breytur sem endurspegluðu sálfélagslega líðan, til dæmis tilfinningar/geðbrigði, félagslíf, áfallastreituröskun, þunglyndi, endurhæfingu, samfélag og þreytu.
- *Tegund rannsókna*: Rannsóknir sem höfðu verið birtar í ritrýndum tímaritum.
- *Tungumál og útgáfudagur greina*: Þar sem meðferðarmöguleikar hafa breyst verulega síðastliðinn áratug voru einvörðungu teknar með greinar á ensku útgefnar á tímabilinu janúar 2007 til nóvember 2017.

Útilokunarskilyrði

Eftirfarandi skilyrði voru sett fyrir útilokun rannsókna:

- Rannsóknir á sjúklingum með SIB af völdum áverka og valaðgerðir hjá einstaklingum með þekktan æðagúl.
- Rannsóknargreinar voru ekki upplýsandi fyrir hjúkrun.
- Tilfellarannsóknir.

Efnisleit og leitarorð

Áður en leitin hófst var gengið úr skugga um að ekki væri til svipað kerfisbundið fræðilegt yfirlit með því að leita í gagnagrunni stofnunar Joanna Briggs og Cochrane. Einnig var framkvæmd leit á Google Scholar og á veraldarvefnum. Næm leitarorð voru fundin með því að finna lykilorð, gera „frjálsa textaleit“ og prófa mismunandi samsetningar leitarorða. Leitarorði eða gagnagrunni var bætt við ef það gaf að minnsta kosti tvær nýjar hugsanlega gildar greinar (Marianne E. Klinka o.fl., 2015). Leit í Scopus og PsychINFO bætti engu við leit í PubMed og CINAHL og var því sleppt, sjá viðauka 1.

Val á rannsóknum

Allar greinar voru skimaðar af tveimur rannsækendum (ISG/MEK) og bornar saman við inntökuskilyrði. Þessu ferli var skipt í þrjú þrep: (1) Skimun á titli og hvort greinin tengdist rannsóknarspurningunni; (2) skimun á útdrætti og hvort greinin uppfyllti inntökuskilyrði; (3) skimun á heildartexta og hvort rannsóknin uppfyllti inntökuskilyrði. Ef vafi lék á um hvort greinin uppfyllti inntökuskilyrði á þrepi 1 og 2 var heildartextinn metinn. Á þrepi 2 og 3 gerðu rannsækendur matið hvor í sínu lagi. Síðan voru niðurstöður bornar saman.

Kerfisbundin gagnagreining

Ekki var við hæfi að sameina niðurstöður meginlegra rannsókna með safngreiningu (*e. meta-analysis*) þar sem inntökuskilyrði, úrtök og aðferðafræði voru ekki sambærileg milli rannsókna. Upplýsingar voru þess vegna settar upp í töflu með láréttri uppsetningu hvernar rannsóknar. Síðan voru niðurstöður samþættaðar með því að lesa lóðrétt úr hverjum dálki í töflunni (Garrard, 2011). Í samþættingu eigindlegra rannsókna var lögð áhersla á að lýsa bjargráðum og hindrandi þáttum sem höfðu áhrif á sálfélagslega líðan einstaklinga með SIB. Töflur voru forprófaðar á þremur meginlegum rannsóknum og einni eigindlegri rannsókn af ISG og MEK og lagfærðar til að tryggja gæði gagnaöflunar og framsetningu niðurstaðna.

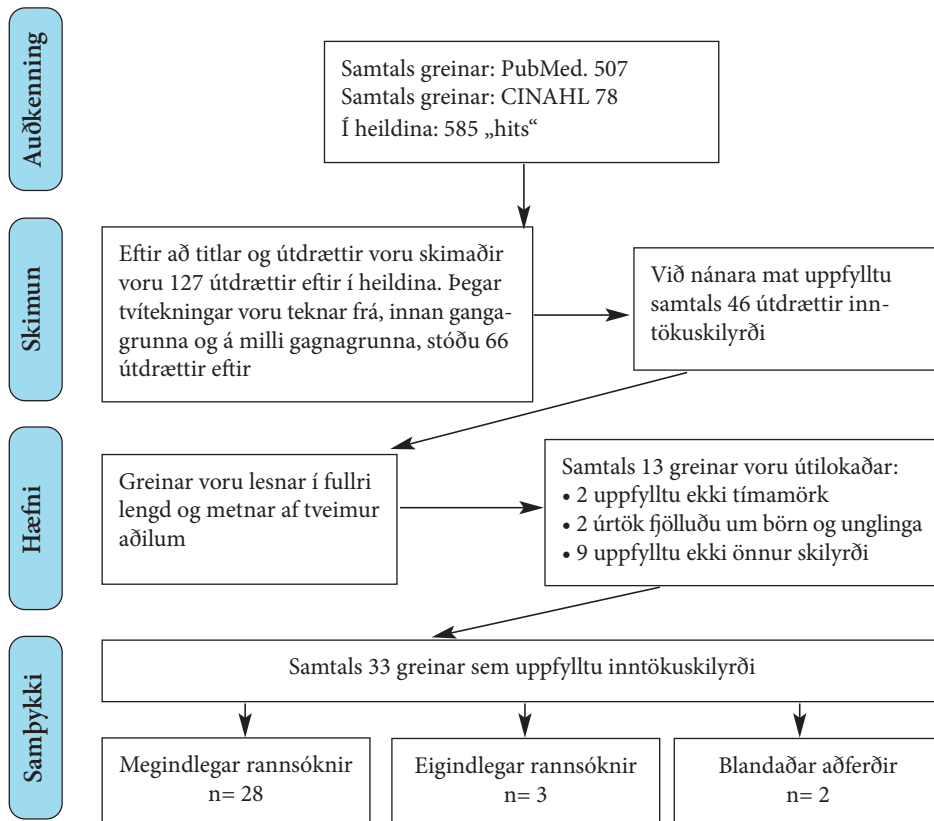
Mat á veikleikum í rannsóknum

Lagt var mat á veikleika (*e. risk of bias*) hvernar rannsóknar með því að nota JBI-MAStARI fyrir meginlegar rannsóknir og JBI-QARI fyrir eigindlegar rannsóknir (Aromataris og Munn, 2017). Tveir rannsóknaraðilar (ISG/MEK) framkvæmdu matið hvor í sínu lagi. Ósamhljóða stigagjöf var rædd uns samhljóða niðurstaða fékkst. Ef ekki var hægt að komast að samkomulagi var fengið mat þriðja aðila (HJ).

Matið var ekki notað til að útiloka rannsóknir en það hafði áhrif á túlkun niðurstaðna. Einnig var matið notað til þess að koma með ábendingar um hvaða þætti þyrfti sérstaklega að taka tillit til í framtíðarrannsóknum.

Niðurstöður

Leitin skilaði samtals 585 greinum. Eftir skimun á titlum og útdráttum með tilliti til inntökuskilyrða og tvítekninga stóðu eftir 65 greinar þar sem heildartextinn var metinn. Samtals 33 greinar uppfylltu inntökuskilyrði og voru teknar með í yfirlitið, sjá mynd 1, PRISMA-flæðirit (Moher o.fl., 2009).



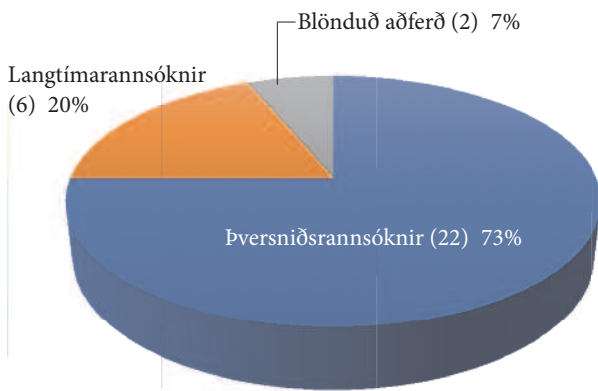
Mynd 1. PRISMA-flæðirit.

Gæði rannsókna voru mikil m.t.t. rannsóknarsniðs, sjá viðauka 2. Algengasti veikleiki megindlegu rannsókna var skortur á viðeigandi rökstuðningi á úrtaksstærð (27/30) og ófullnægjandi lýsing á brottfalli þátttakenda (9/30). Algengustu veikleikar í öllum eigindlegu rannsóknunum voru að hvorki var greint frá hugmyndafræðilegum bakgrunni né hvað hefði verið gert til að koma í veg fyrir að persónuleg viðhorf rannsakandans hefðu áhrif á rannsóknagögn.

Fjöldi, snið og landfræðileg staðsetning megindlegra og blandaðra rannsókna

Megindlegar rannsóknir voru samtals 28 og blandaðar rannsóknir samtals 2; 73% voru þversniðsrannsóknir, 20% voru langtímarannsóknir og 7% byggðust á blandaðri aðferð. Engin íhlutunarrannsókn fannst. Yfirlit yfir megindlegar og blandaðar rannsóknir má sjá á mynd 2 á næstu blaðsíðu.

Fimm rannsóknir voru framkvæmdar á Norðurlöndunum, fimm í Bandaríkjunum og 19 í Evrópu utan Norðurlandanna, þar af ein í Eystrasaltslandi. Ein rannsókn var framkvæmd í Eyjaálfu. Mesta rannsóknavirknin var í Hollandi en stór hluti rannsókna þar (6/10) var framkvæmdur af sama rannsóknarhópnum.



Mynd 2. Yfirlit yfir rannsóknasnið og fjölda rannsókna.

Tímapunktur mælinga

Sálfélagsleg líðan var rannsökuð á mismunandi tímapunktum. Tvær rannsóknir voru framkvæmdar þremur til sex mánuðum eftir SIB. Meginfjöldi rannsókna ($n=17$) var framkvæmdur meira en sex mánuðum til fimm árum eftir SIB. Í tveimur rannsóknum var sjúklingum fylgt eftir í allt að 10 ár (Kapapa o.fl., 2014; Vetkas o.fl., 2013) og í sjö tilvikum var gagna aflað 5 til 13 árum eftir SIB (Berggren o.fl., 2011; Buunk o.fl., 2015; Chahal o.fl., 2011; Persson o.fl., 2017a; Vilkkio o.fl., 2012; von Vogelsang o.fl., 2012; Wermer o.fl., 2007). Í einu tilfelli voru sjúklingar leitaðir uppí 20 árum eftir áfallið (Sonesson o.fl., 2017).

Úrtök og samanburðarhópar

Samtals tóku 5028 einstaklingar með SIB þátt í rannsóknunum ($n=30$) (spönn 26–1181) en úrtaksstærð var breytileg ($M=168$). Sama úrtak var notað í tveimur rannsóknum (Berggren o.fl., 2010b; Berggren o.fl., 2011). Í 20 rannsóknum voru einhvers konar samanburðarhópar, þar af var ein rannsókn með tvenns konar samanburðarhópa (Kapapa o.fl., 2014). Uppgefinn fjöldi þátttakenda í samanburðarhópum var samtals 8643, þar af voru makar eða ættingjar samtals 3194. Í þremur rannsóknum (Persson o.fl., 2017a; Sonesson o.fl., 2017; von Vogelsang o.fl., 2015) var fjöldi þátttakenda í samanburðarhópum ekki gefinn upp.

Hægt var að flokka samanburðarhópa í þrennt: þá sem komu úr (1) almennu þýði, (2) voru makar eða ættingjar og (3) undirhópum innan sama rannsóknarhóps. Gerður var samanburður við almennt þýði með ýmsum breytum eins og kvíða, lífsgæðum, tilfinningatengdum vandamálum, taugaeinkennum, svefni, þreytu og áfallastreituröskun. Samanburður innan rannsóknarhóps var meðal annars byggður á tilvist einkenna (já/nei).

Mælitæki

86 mismunandi mælitæki voru notuð til að meta þætti sem sneru að sálfélagslegri líðan. Ekkert mælitæki var sérhannað fyrir þennan sjúklingahóp og einungis eitt mælitæki, sem mældi lífsgæði (Stroke Specific Quality of Life Scale), var forþröfað, þýtt og staðfært sérstaklega fyrir sjúklinga með SIB

(Passier o.fl., 2012; Visser-Meily o.fl., 2009; Visser-Meily o.fl., 2013). Aðeins þrjú mælitæki voru notuð í meira en fjórum rannsóknum:

- HADS: Hospital anxiety and depression scale, ($n=7$)
- BDI: Beck depression inventory, ($n=5$)
- SF-36: Short form health survey, ($n=6$)

Niðurstöður meginlegra rannsókna

Niðurstöður voru flokkaðar samkvæmt: (1) Skertum lífsgæðum, (2) þunglyndi og kvíða, (3) áfallastreituröskun, ótta og vanlíðan og (4) breyttri atvinnuþátttöku, tómstundum/félagslífi og samfélagslegum þörfum. Einnig var lýst tíðni annarra algengra vandamála sem höfðu áhrif á sálfélagslega líðan. Ítarlegar niðurstöður má sjá í „matrix-uppsetningu“ í viðauka 3. Í töflu 1 er stutt yfirlit yfir meginlegar rannsóknir.

Skert lífsgæði

Í alls fjórum rannsóknum voru rannsökuð lífsgæði eftir SIB en tíðni skertra lífsgæða mældist á bilinu 30 til 73% (Kapapa o.fl., 2014; Passier o.fl., 2011b; Taufique o.fl., 2016; von Vogelsang o.fl., 2012). Lífsgæði hjá einstaklingum með SIB voru marktækt lakari en hjá samanburðarhópi jafnaldra í almennu þýði (Persson o.fl., 2017a; Sonesson o.fl., 2017). Skerðing á lífsgæðum var viðvarandi vandamál hjá meirihluta sjúklinga. Lífsgæði voru ekki rannsökuð á tímabilinu 14 til 20 árum eftir SIB, en rannsókn Sonesson og félaga (2017) sýndi að 20 árum eftir SIB áttu 60% sjúklinga enn þá í erfiðleikum með að ná eðlilegum takti í daglegu lífi.

Skert lífsgæði tengdust marktækt vitsmunalegri skerðingu (Passier o.fl., 2012; Persson o.fl., 2017a; Sonesson o.fl., 2017; Taufique o.fl., 2016; Visser-Meily o.fl., 2009), tilfinningatengdum vandamálum (Kreiter o.fl., 2013; Persson o.fl., 2017a; Vetkas o.fl., 2013; Vilkkio o.fl., 2012; Visser-Meily o.fl., 2009; von Vogelsang o.fl., 2012), skertum tengslum við maka (Sonesson o.fl., 2017), svefntruflunum (Sonesson o.fl., 2017; Vetkas o.fl., 2013), síþreytu (Noble o.fl., 2008; Vetkas o.fl., 2013; Visser-Meily o.fl., 2009), sálfélagslegri vanlíðan (Chahal o.fl., 2011; Passier o.fl., 2011a; Sonesson o.fl., 2017; Taufique o.fl., 2016), minni félagslegri þátttöku, tjáskiptavandamálum (Chahal o.fl., 2011; Persson o.fl., 2017a), skertri atvinnuþátttöku (Taufique o.fl., 2016), skertri aðlögun (Passier o.fl., 2012; Visser-Meily o.fl., 2009), skerðingu á líkamlegri getu (Sonesson o.fl., 2017; Taufique o.fl., 2016), skertri sjálfsumönnunargetu (Vilkkio o.fl., 2012) og verkjum (von Vogelsang o.fl., 2012). Einnig voru marktæk tengsl á milli kvíða og þunglyndis og verri lífsgæða (Kreiter o.fl., 2013; Passier o.fl., 2012; Persson o.fl., 2017a).

Þættir sem gáfu vísbendingu um verri lífsgæði voru kyn, konur frekar en karlar (Meyer o.fl., 2010; Passier o.fl., 2012), ungur aldur (24–45 ára) (von Vogelsang o.fl., 2012), minni menntun, óstöðug hjúskaparstaða og stærð heilablæðingar (Meyer o.fl., 2010). Þættir sem bættu lífsgæði voru minni þreyta, betri vitsmunaleg geta, betri sjálfsumönnunargeta (Noble o.fl., 2008; Passier o.fl., 2011b; Vilkkio o.fl., 2012, og Visser-Meily o.fl., 2009), minni líkamleg skerðing (Passier o.fl., 2011b), betri lík-

Tafla 1. *Stutt yfirlit yfir megindlegar/blandaðar rannsóknir**

Heimild	Tilgangur var að skoða/meta	Aðferð	Tími eftir SIB	Úrtak	
				SIB	Samanburður
Persson o.fl., 2017a	líkamlegt/tilfinningalegt ástand, félagslega þátttöku og lífsgæði	Þversniðsrannsókn	5 árum	N=26	Samanburður við almennt þýði
Sonesson o.fl., 2017	lífsgæði og endurreisn einstakl. með góðan taugafræðilegan bata	Þversniðsrannsókn	20 árum (spönn 20–28 ár)	N=67	Samanburður við almennt þýði
Al Yassin o.fl., 2017	ástæður viðvarandi atvinnuleysis einstaklinga	Þversniðsrannsókn	6 mánuðum eftir	N=152	Hóp skipt í tvennt og bornir saman
Boerboom o.fl., 2016	úppfylltar samfélagslegar þarfir og atvinnustöðu	Þversniðsrannsókn	4 árum	N=67	—
Taufique o.fl., 2016	tíðni og forspáþætti verri lífsgæða	Þversniðsrannsókn	1 ári	N=1181	—
Crago o.fl., 2016	tengsl á milli taugasálfræðilegrar virkni og atvinnugetu	Langtímarannsókn	3 mánuðum 12 mánuðum	N=52	—
Buunk o.fl., 2015	tómstundir og félagslíf sem hafa áhrif á daglegt líf	Þversniðsrannsókn	4–10 árum (m=4,6 ár)	N=200	N=188 makar og ættingjar
Von Vogelsang o.fl., 2015	kviða	Langtímarannsókn	6, 12, 24 mánuðum	N=88	Niðurstöður um kviða Samanburður við almennt þýði
Harris 2014	þætti sem hafa áhrif á atvinnuþátttöku	Þversniðsrannsókn	1–2 árum	N=134	
Kapapa o.fl., 2014	heilsutengd lífsgæði	Þversniðsrannsókn	1, 2, 5, 8, 10 árum	N=236 (n=22; 36; 86; 61; 31)	N=235 aðstandendur Samanburður við almennt þýði
Noble og Schenk 2014	hvaða einstaklingar leiti til stuðningshópa og þarfir þeirra	Þversniðsrannsókn	3 árum	N=414 (í stuðningshópi)	Samanburður við SIB sem ekki voru í stuðningshóp
Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014	þýðingu sálræns áfalls eftir SIB m.t.t sálfélagslegrar líðanar	Þversniðsrannsókn	49,4 mánuðum eftir SAH	N=45	N=40 makar
Covey o.fl., 2013	ótta við endurbæðingu og sálfélagslegar afleiðingar	Þversniðsrannsókn	13 mánuðum	N=69	N=69 aðstandendur
Kreiter o.fl., 2013	tíðni þunglyndis, áhættuþætti og áhrif þess á lífsgæði	Langtímarannsókn	3 mánuðum 12 mánuðum	N=216	—
Vetkas o.fl., 2013	áhrif tilfinningalegs óstöðugleika á lífsgæði	Langtímarannsókn	1–10 árum (m=4,5 ár)	N=114	Samanburður við almennt þýði
Visser-Meily o.fl., 2013	tíðni áfallastreituröskunar, áhættuþætti og tengsl við lífsgæði	Þversniðsrannsókn	3 árum	N=94	Hópi skipt í tvennt og borið saman
Passier o.fl., 2012	forspárgildi líkamlegra og sálrænna vandamála	Þversniðsrannsókn	1 ári	N=113	N=62 makar/aðstandendur
Vilkki o.fl., 2012	taugasálræn einkenni og tengsl við atvinnustöðu og lífsgæði	Þversniðsrannsókn	9–13 árum	N=101	N=101 maki
von Vogelsang o.fl., 2012	áhrifaþætti lífsgæða	Þversniðsrannsókn	10 árum	N=217	N=434 með aðra langvinna sjúkdóma
Berggren o.fl., 2011	færni við daglegar athafnir og áhrif á líðan	Blönduð rannsókn	6 árum 11 árum	N=26 n=11 (11 ár) n=15 (6 ár)	N=26 n=11 (11 ár) n=15 (6 ár)
Chahal o.fl., 2011	taugasálræn vandamál og virkni	Þversniðsrannsókn	5 árum	N=27	N=26 heilbr. einstakl.
Passier o.fl., 2011a	þreytu og tengsl við líkamlega og vitræna skerðingu, aðgerðaleyfi og tilfinningatengd vandamál	Þversniðsrannsókn	1 ári	N=108	N=62 Samanburður við stærra almennt SIB-þýði
Passier o.fl., 2011b	lífsánægju og atvinnustöðu og tengsl við sálræna þætti	Þversniðsrannsókn	2–4 árum	N=141	—
Baisch o.fl., 2011	áfallastreituröskun og tengsl við meðvitundarleysi og minnistap	Þversniðsrannsókn	18 mánuðum	N=60	Hóp skipt í tvennt og bornir saman

* Ítarlegri töflu má sjá í viðauka 3.

Framhald á næstu blaðsíðu.

Heimild	Tilgangur var að skoða/meta	Aðferð	Tími eftir SIB	Úrtak	
				SIB	Samanburður
Berggren o.fl., 2010b	minnistrufnanir og áhrif á líðan	Blönduð rannsókn	11 árum (n=11) 6 árum (n=15)	N=26	N=26
Meyer o.fl., 2010	lífsgæði og forspárþætti þeirra	Langtímarannsókn	Við útskrift 12 mánuðum	N=113	—
Passier o.fl., 2010	tíðni vitsmunalegrar skerðingar og tengsl milli fötlunar og tilfinningatengdra vandamála	Þversniðsrannsókn	3 mánuðum	N=111	N=62 Samanburður við almennt þýði
Visser-Meyley o.fl., 2009	lífsgæði og þætti sem hafa áhrif á lífsgæði	Þversniðsrannsókn	2–4 árum	N=141	—
Noble o.fl., 2008	hvað útskýri áfallastreituröskun og þreytu	Langtímarannsókn	3 mánuðum 13 mánuðum	N=105	Samanburður við almennt þýði
Wermer o.fl., 2007	langtímaáhrif SIB á atvinnustöðu, sambönd við fjölskyldu og vini, persónuleika og skapferli	Þversniðsrannsókn	8,9 árum	N=610	Samanburður við almennt þýði

amleg og andleg líðan (Visser-Meily o.fl., 2009), betri félagsleg þátttaka og færri tilfinningaleg vandamál (Noble o.fl., 2008). Einnig hafði betri fjárhagsstaða, geta til að aka bíl, upplifun á nánd við maka og betra kynlíf jákvæð áhrif á lífsgæði (Passier o.fl., 2011b; Taufique o.fl., 2016).

Þunglyndi og kvíði

Í alls 13 rannsóknum var skoðuð tíðni þunglyndis og kvíða sem mældist á bilinu 23 til 70% (Boerboom o.fl., 2016; Buunk o.fl., 2015; Chahal o.fl., 2011; Harris, 2014; Kreiter o.fl., 2013; Meyer o.fl., 2010; Passier o.fl., 2010, 2011a, 2012; Persson o.fl., 2017a; Vetkas o.fl., 2013; Visser-Meiley o.fl., 2009; von Vogelsang o.fl., 2015). Kvíði og þunglyndi var mikið á öllum tímamarkum en virtist ná hámarki innan við tveimur árum eftir blæðinguna (Harris, 2014; Passier o.fl., 2011a, 2012; von Vogelsang o.fl., 2015). Rannsókn Meyer og félaga (2010) sýndi að hlutfall sjúklinga með þunglyndi jókst úr 25% við útskrift í 62% að einu ári liðnu frá SIB. Mælingar á tíðni kvíða og þunglyndis þegar fimm ár eða meira voru liðin frá SIB fundust ekki.

Þunglyndi og kvíði komu marktækt oftar fram hjá einstaklingum með SIB en hjá samanburðarhópi í almennu þýði (Chahal o.fl., 2011; Persson o.fl., 2017a; Wermer o.fl., 2007). Þessi einkenni voru marktækt tengd verri lífsgæðum og minni lífsánægju (Boerboom o.fl., 2016; Kreiter o.fl., 2013; Meyer o.fl., 2010; Passier o.fl., 2012; Persson o.fl., 2017a), verri sálfélagslegri líðan (Taufique o.fl., 2016), skertri vitsmunalegri getu og atvinnuleysi (Boerboom o.fl., 2016), erfiðleikum með að stunda tómstundir og skertu félagslífi eða samskiptum við aðra (Buunk o.fl., 2015; Kreiter o.fl., 2013). Einnig tengdist þunglyndi og kvíði skorti á félagslegum stuðningi, bæði utanaðkomandi aðstoð og frá nánustu aðstandendum ásamt því að búa einn (Boerboom o.fl., 2016; von Vogelsang o.fl., 2015), athyglis-skerðingu og minnistrufnunum (Passier o.fl., 2010; von Vogelsang o.fl., 2015) og að hafa ekki náð fullum bata (von Vogelsang o.fl., 2015). Í samhengi við síðasta atriðið sýndi rannsókn Kreiter og félaga (2013) að líkamleg einkenni bötnuðu síður hjá SIB-sjúklingum sem voru þunglyndir. Meiri líkur voru á síþreytu

ef sjúklingar voru samtímis með einkenni um kvíða og þunglyndi (Passier o.fl., 2011a). Viðvarandi þunglyndi og kvíði einu ári eftir áfallið spáði fyrir um verri langtímahorfur og lélegri atvinnuþátttöku (Vilkki o.fl., 2012).

Áfallastreituröskun, ótti og sálfélagsleg vanlíðan

Í alls sex rannsóknum voru skoðaðir þættir sem snéru að áfallastreituröskun, sálfélagslegri líðan og stuðningi við sjúklinga með SIB (Baisch o.fl., 2011; Covey o.fl., 2013; Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014; Noble og Schenk, 2014; Noble o.fl., 2008; Visser-Meiley o.fl., 2013). Af þessum rannsóknum skoðuðu fjórar tíðni áfallastreituröskunar sem mældist á bilinu 26 til 37% (Baisch o.fl., 2011; Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014; Noble o.fl., 2008; Visser-Meily o.fl., 2013). Tíðni áfallastreituröskunar var ekki rannsökuð fimm árum eða seinna eftir SIB.

Þegar borin var saman áfallastreituröskun á milli sjúklinga með SIB og tíðni áfallastreituröskunar í almennu þýði (þar sem tíðni var 8%) kom í ljós að tíðni einkenna var fjórfalt hærri hjá einstaklingum með SIB (Noble o.fl., 2008). Einstaklingar með áfallastreituröskun voru marktækt yngri (Baisch o.fl., 2011; Noble o.fl., 2008) og með verri lífsgæði vegna sálræns áfalls (Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014; Noble o.fl., 2008; Visser-Meily o.fl., 2013). Einnig voru marktæk tengsl við þunglyndi (Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014), endurtekna upprifun á áfalli (Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014), ónógan svefn (Noble o.fl., 2008) og fleiri sálfélagsleg vandamál, svo sem skerta getu til að sinna daglegum húsverkum, minnistrufnanir, óöryggi vegna framtíðaróvissu og að hafa ekki næga orku til að gera það sem einstaklingana langaði til (Noble o.fl., 2008; Visser-Meily o.fl., 2013).

Gloppótt minni um atburðarás í kjölfar SIB leiddi til streitu og hugsana eins og: „Ég hefði getað dáið“, sem spáði fyrir um áfallastreituröskun (Baisch o.fl., 2011). Einnig spáði skert aðlögunarhæfni og andleg vanlíðan fyrir um áfallastreituröskun (Noble o.fl., 2008; Visser-Meily o.fl., 2013). Einstaklingar með mikil einkenni áfallastreituröskunar endurupplifðu

áfallið aftur og aftur og þeir lýstu oft ótta við nýja blæðingu (58%) (Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014). Þess vegna forðuðust þeir áreiti sem þeir héldu að yki hættu á nýrri blæðingu, svo sem mikla hreyfingu (Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014).

Rannsókn Covey og félaga (2013) um ótta við endurblaðningu sýndi í takt við ofanefnt að 19% SIB-sjúklinga voru haldnir miklum ótta. Eingöngu 34% þeirra óttuðust aldrei endurblaðningu.

Tíðni óskilgreinds sálfélagslegs álags var á bilinu 50 til 77% og virðist stuðningur við slíka vanlíðan takmarkaður (Kreiter o.fl., 2013; Noble og Schenk, 2014). Til dæmis báru Noble og Schenk (2014) saman einstaklinga sem höfðu tekið þátt í stuðningshópum þremur árum eftir SIB við þá sem ekki höfðu tekið þátt. Rúmlega 44% af þeim sem höfðu tekið þátt í stuðningshópum voru með einkenni áfallastreituröskunar en stuðningur eða meðferð vegna áfallastreituröskunar hafði aðeins verið veitt þriðjungi þeirra.

Breytt atvinnuþátttaka, tómstundir/félagslíf og samfélagslegar þarfir

Í tólf rannsóknum var skoðuð atvinnuþátttaka eftir SIB (Al Yassin o.fl., 2017; Berggren o.fl., 2011; Boerboom o.fl., 2016; Buunk o.fl., 2015; Crago o.fl., 2016; Harris, 2014; Passier o.fl., 2011b; Sonesson o.fl., 2017; Taufique o.fl., 2016; Vetkas o.fl., 2013; Vilkkil o.fl., 2012; Wermer o.fl., 2007). Atvinnuþátttaka var mjög breytileg á milli rannsókna. Að meðaltali virðist hlutfall þeirra sem sneru til vinnu vera í kringum 35%, að meðaltali 4-9 árum eftir áfallið (Passier o.fl., 2011b; Vetkas o.fl., 2013). Hins vegar sýndi rannsókn Sonesson og félaga (2017) að 91% voru í einhverju starfshlutfalli 20 árum eftir SIB.

Í þremur rannsóknum voru samfélagslegar þarfir og félagslíf skoðuð sérstaklega (Boerboom o.fl., 2016; Buunk o.fl., 2015; Harris, 2014). Rannsókn Buunk og félaga (2015) sýndi að 47% snéru aftur til fyrri tómstunda og 62% gátu tekið upp sitt fyrri félagslíf. Þegar samfélagslegar þarfir voru skoðaðar (Boerboom o.fl., 2016) kom fram að 67% höfðu óuppfylltar samfélagslegar þarfir, 60% skorti upplýsingar og 21% skorti félagslega þjónustu. Í rannsókn Harris (2014) greindu 36% sjúklinga frá ófullnægjandi utanaðkomandi félagslegum stuðningi. Crago og félagar (2016) rannsökuðu vinnuafköst þeirra sem stunduðu vinnu, en 35% sýndu verri vinnuafköst, 39% voru með töluverða einbeitingarskerðingu, 30% voru með skerðingu á úthaldi og 26% gerðu vinnutengd mistök.

Niðurstöður rannsókna voru samhljóða um að þunglyndi og kvíði ætti þátt í skertri atvinnuþátttöku (Al Yassin o.fl., 2017; Boerboom o.fl., 2016; Buunk o.fl., 2015; Passier o.fl., 2011b; Taufique o.fl., 2016; Vetkas o.fl., 2013; Vilkkil o.fl., 2012; Wermer o.fl., 2007). Aðrir þættir tengdust einnig marktækt skertri atvinnugetu, svo sem lakara félagslíf og geta til að sinna sínum áhugamálum, skert vitsmunaleg geta, hegðunartruflanir, skert athygli, þörf fyrir lengri tíma til að leysa verkefni (Boerboom o.fl., 2016; Buunk o.fl., 2015), skert aðlögun (Boerboom o.fl., 2016), minni félagsleg virkni (Buunk o.fl., 2015), skortur á félagslegri þjónustu (Boerboom o.fl., 2016) og taugasálræn

skerðing, eins og hægari hreyfingar, hægari tilfinningaleg svörun og minni talhraði og allt þetta bitnaði á gæðum afkastagetu í vinnu (Crago o.fl., 2016). Einnig hafði hávaði í umhverfi, þreyta, svefntruflanir og einbeitingarskortur neikvæð áhrif á félagslíf og atvinnu (Berggren o.fl., 2011; Vetkas o.fl., 2013). Að geta snúið aftur til vinnu tengdist marktækt meiri lífsánægju (Passier o.fl., 2011b).

Þættir sem spáðu fyrir um minni atvinnugetu, þátttöku í félagslífi og getu til að sinna áhugamálum voru þunglyndi og kvíði (Buunk o.fl., 2015; Vilkkil o.fl., 2012), þreyta (Buunk o.fl., 2015), vitsmunaleg skerðing (Buunk o.fl., 2015; Crago o.fl., 2016), tilfinningaleg vanlíðan vegna veikinda (Harris, 2014), takmarkaður félagslegur stuðningur (Harris, 2014), verri vitræn frammistaða í mannlegum samskiptum (Crago o.fl., 2016) og að vera ekki í hjúskap (Harris, 2014). Hægara hugsanaferli og seinkað vinnsluminni spáði fyrir um verri tímastjórnun í vinnu (Crago o.fl., 2016).

Berggren og félagar (2011) rannsökuðu langtímaáhrif SIB á félagslíf sex og ellefu árum eftir áfallið. Minnistrufanir voru algengar og höfðu neikvæð áhrif á aðlögun að daglegu lífi. Neikvæð langtímaáhrif á félagslíf tengdust gjarnan tilfinninga-tengdum þáttum, félagslífi og dægrastyttingu. Meirihluti (65%) þurfti að gera breytingar á afþreyingu, svo sem að versla, sauma, ganga, lesa, skíða, hjóla og vinna heimilisverk.

Félagslegur stuðningur var ófullnægjandi hjá 67% þrátt fyrir mikil vandamál fjórum árum eftir SIB (Boerboom o.fl., 2016). Þá skorti 60% upplýsingar varðandi einkenni, 21% vantaði fullnægjandi félagslega þjónustu og 19% áttu erfitt með að komast um og skorti upplýsingar um akstur eða ferðaþjónustu.

Önnur einkenni sem tengdust sálfélagslegri líðan

Fimm árum eftir SIB höfðu 52 til 55% náð góðum bata en 36% höfðu það ekki (Chahal o.fl., 2011; Vetkas o.fl., 2013) og þurfti tæpur helmingur daglega aðstoð eða stuðning annarra (Vetkas o.fl., 2013; Persson o.fl., 2017a). Flestir, eða 89%, voru sáttir við sjálfsumönnunargetu sína (Passier o.fl., 2011b). Eingöngu 4% voru háðir mikilli líkamlegri umönnun (Noble o.fl., 2008). Önnur algeng einkenni, sem ekki hafa verið nefnd en komu að jafnaði fyrir í meira en 25% tilfella, voru vitsmunaleg skerðing (14–83%) (Boerboom o.fl., 2016; Noble og Schenk, 2014; Passier o.fl., 2010, 2011a, 2012; von Vogelsang o.fl., 2015), tilfinningalegur óstöðugleiki (44–93%) (Buunk o.fl., 2015; Passier o.fl., 2010), einbeitingarskerðing (12–65%) (Berggren o.fl., 2010b; Wermer o.fl., 2007), persónuleikabreytingar (59%) (Wermer o.fl., 2007), höfuðverkur, svimi, síþreyta og svefnerfiðleikar (Buunk o.fl., 2015; Noble o.fl., 2008; Noble og Schenk, 2014; Passier o.fl., 2011a; Vetkas o.fl., 2013; Visser-Meily o.fl., 2009; Wermer o.fl., 2007).

Einkenni eigindlegra rannsókna

Í þremur rannsóknum var skoðuð reynsla einstaklinga með SIB (Berggren o.fl., 2010a; Hedlund o.fl., 2010; Persson o.fl., 2017b). Allar voru framkvæmdar í Svíþjóð og studdust við djúpvíðtöl og eigindlega efnisgreiningu. Samtals voru 45 viðmælendur. Í grein-

ingunni voru dregnir fram og samþættir hvetjandi og hindrandi þættir sem höfðu áhrif á sálfélagsleg líðan, sjá töflu 2.

Niðurstöður eigindlegra rannsókna

Hvetjandi þættir fyrir sálfélagslega vellíðan komu frekar fram hjá þeim sem ekki voru þunglyndir, voru í nánnum samböndum og hjá þeim sem ekki þurftu að gera margar breytingar hjá sér til að aðlagast daglegu lífi eftir SIB. Það að aðrir, eins og einstaklingar í persónulegu tengslaneti, samstarfsfélagar, vinnuveitendur og nágrannar, sýndu sálfélagslegum einkennum skilning og umburðarlyndi virkaði hvetjandi (Hedlund o.fl., 2010).

Mikilvægt var að hafa gott dagskipulag, til dæmis með gerð dagsáætlunar. Það að auka álag smám saman í stað þess að byrja að vinna á fullum hraða gerði einstaklingum með SIB frekar kleift að halda vinnu. Aðrir mikilvægir þættir voru að ná slökun, hafa góða fjárhagsstöðu, fá nægilega utanaðkomandi aðstoð, með getu og jafnvel aðstoð við að tileinka sér að hugsa jákvætt, vera virkur og þróa vináttu áfram en á nýjum forsend-

um. Einnig var mikilvægt að viðhalda góðu útliti (Persson o.fl., 2017b).

Geta einstaklingsins til að lýsa áfallinu með orðum og notkun myndlíkinga til þess að gefa þessari lífsreynslu merkingu reyndist mikilvæg. Hún var notuð til að veita aðstandendum og öðrum innsýn í reynslu viðkomandi. Samansafn af minningabrotum voru hjálpleg til að styrkja sjálfsmynd einstaklingsins og til að draga úr þörf aðstandenda að muna atburði í tengslum við áfallið (Berggren o.fl., 2010a).

Hindrandi þættir fyrir sálfélagslega vellíðan fólust í að leyna ástandinu, að vilja ekki deila með öðrum og skapa óþarfa athygli. Sjúklingar höfðu áhyggjur af líðan og álagi á aðstandendur vegna eigin veikinda og höfðu áhyggjur af því að börnin þyrftu að hafa of mikla ábyrgð á heimilishaldi (Persson o.fl., 2017b). Enn fremur var það hindrandi þáttur að finna fyrir tilfinningalegum aðskilnaði frá maka, ofverndun aðstandenda, búa við fjárhagserfiðleika, vera einstæður, skorta félagsleg tengsl og finna til ótta og hræðslu við endurblaðingu. Margir forðudust líkamsrækt þangað til lækni fullvissaði þá um að áhyggjur vegna endurblaðingar væru óþarfar. Viðmælendur

Tafla 2. Yfirlit yfir eigindlegar rannsóknir

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Hvetjandi þættir fyrir sálfélagslega vellíðan	Hindrandi þættir fyrir sálfélagslega vellíðan
			SIB	Samanburður		
Berggren o.fl., 2010a Svíþjóð	Eigindleg rannsókn Þemagreining með aðleiðslu	19 mánuðum eftir SIB	N=9	Enginn	Fara á sjúkrahús, leita eftir aðstoð, minnst þess að verða veikur, heyra frá öðrum Nota myndlíkingu til að koma huglægri reynslu í hlutlæg orð til að nota í félagslegum og tengslamyndandi tilgangi Endurskoða það sem gerst hafði var leið til framtíðaruppbyggingar í gegnum merkingar-bær samskipti, s.s. fara í gegnum atburð lið fyrir lið til að öðlast stjórn á aðstæðum, vera fær um að dæma um eigið minnistap og leita sér hjálpar	Láta eins og ekkert hafi gerst og halda áfram, fara í vinnu, minnistrúflanir, gót í minni, minnistap
Hedlund o.fl., 2010 Svíþjóð	Eigindleg rannsókn Innihaldsgreining og HADS	12 mánuðum eftir SIB	N=20	Samanburður gerður innan hópsins á þeim sem greindir voru þunglyndir og þeim sem voru ekki þunglyndir	Að vera ekki með þunglyndi; sannfærandi bati og finna hvers virði hann var, komast til baka til eðlilegs lífs, jákvæður skilningur, trú á eigin getu Mikilvægi óformlegs stuðnings frá ættingjum og vinum og tilfinningalegur stuðningur frá fjölskyldu, hlúa að myndun nánari sambanda Betri félagslegur stuðningur samstarfsfélaga og nágranna Vera meyr	Að vera með þunglyndi; svartsýni og vonleysi, vera háður öðrum og óvissa, ósk um bata Minnisskerðing, viðkvæmni fyrir ljósi og hávaða Upplifun á aðskilnaði frá maka, ofverndun, missir löngunar til samlífs og nándar, fjárhagserfiðleikar, skert tengsl við vini og samstarfsfélaga, ótti og hræðsla við endurblaðingu Skortur á stuðningi frá heilbrigðisstarfsfólki, eiga ekki möguleika á endurhæfingu, ófullnægjandi upplýsingagjöf og samtal um SAH, skortur á atvinnutengdum stuðningi
Persson o.fl., 2017b Svíþjóð	Eigindleg rannsókn Þemagreining með aðleiðslu og kóðun upplýsinga	6 árum eftir SIB	N=16	Enginn	Þjóðast nýir möguleikar og aðstoð við langtímaáætlanir, t.d. varðandi vitsmunaskerðingu, stuðning og upplýsingar um stuðnings úrræði, aðstoð við breytingar á lífnaðarhátum. Núvitund, þátttaka í stuðningshópum/tækifæri til lesturs um afleiðingar SIB, tæknileg bjargráð Skilningur lækna Hafa stjórn á aðstæðum í vinnu; nægur stuðningur frá vinnuveitanda og vinnufélögum, byrja í minna eða breyttu starfshlutfalli, starfsendurhæfing, sættast við núverandi stöðu, efla jákvæða framkomu, þunglyndislyf, hefja sorgarferli, halda við góðu útliti	Auknir fjárhagserfiðleikar, búa einn og vera einmana Leyna einkennum fyrir vinnuveitanda og vinnufélögum og forðast óþarfa athygli, leyna skerðingu fyrir ættingjum og vinum

fundu fyrir „sálrænni lömum“, undarlegri tilfinningu um vonleysi og fannst þeir vera í framtíðaróvissu. Erfitt reyndist að vera háður öðrum og ná ekki að sætta sig við að ekki væri allt eins og fyrir áfallið (Berggren o.fl., 2010a).

Léleg sjálfsmýnd tengdist persónuleikabreytingum. Þeir sem urðu fyrir slíkum breytingum höfðu minni þolinmæði eða fundu fyrir þirringi, þunglyndi og kvíða, minnstruflunum, tapi á tímaskyni og hægara hugsanaferli. Þetta gerði þeim erfitt fyrir að skipuleggja daginn (Berggren o.fl., 2010a). Líkamleg einkenni, eins og viðkvæmni fyrir hávaða og ljósi, erfiðleikar við lestur og að skilja ritað orð, gerði þeim erfitt fyrir að snúa til vinnu og stunda félagslegar athafnir. Flestir fundu fyrir sveiflukenndum einkennum sem versnuðu þegar álag jókst. Stuðningur og tilboð um endurhæfingu voru af skörnum skammti. Flestir komust að sínum ósýnilegu takmörkunum þegar þeir gerðu mistök en sáu eftir að hafa ekki óskað eftir eða fengið upplýsingar um ýmis einkenni fyrir útskrift (Hedlund o.fl., 2010).

Samþætting eigindlegra og meginglegra eða blandaðra niðurstaðna

Mynd 3 sýnir þætti sem höfðu forspárgildi um sálfélagslega vanlíðan sem heilbrigðisstarfsfólk getur notað til þess að koma auga á áhættuhópa sem þurfa sérstaka eftirfylgd.

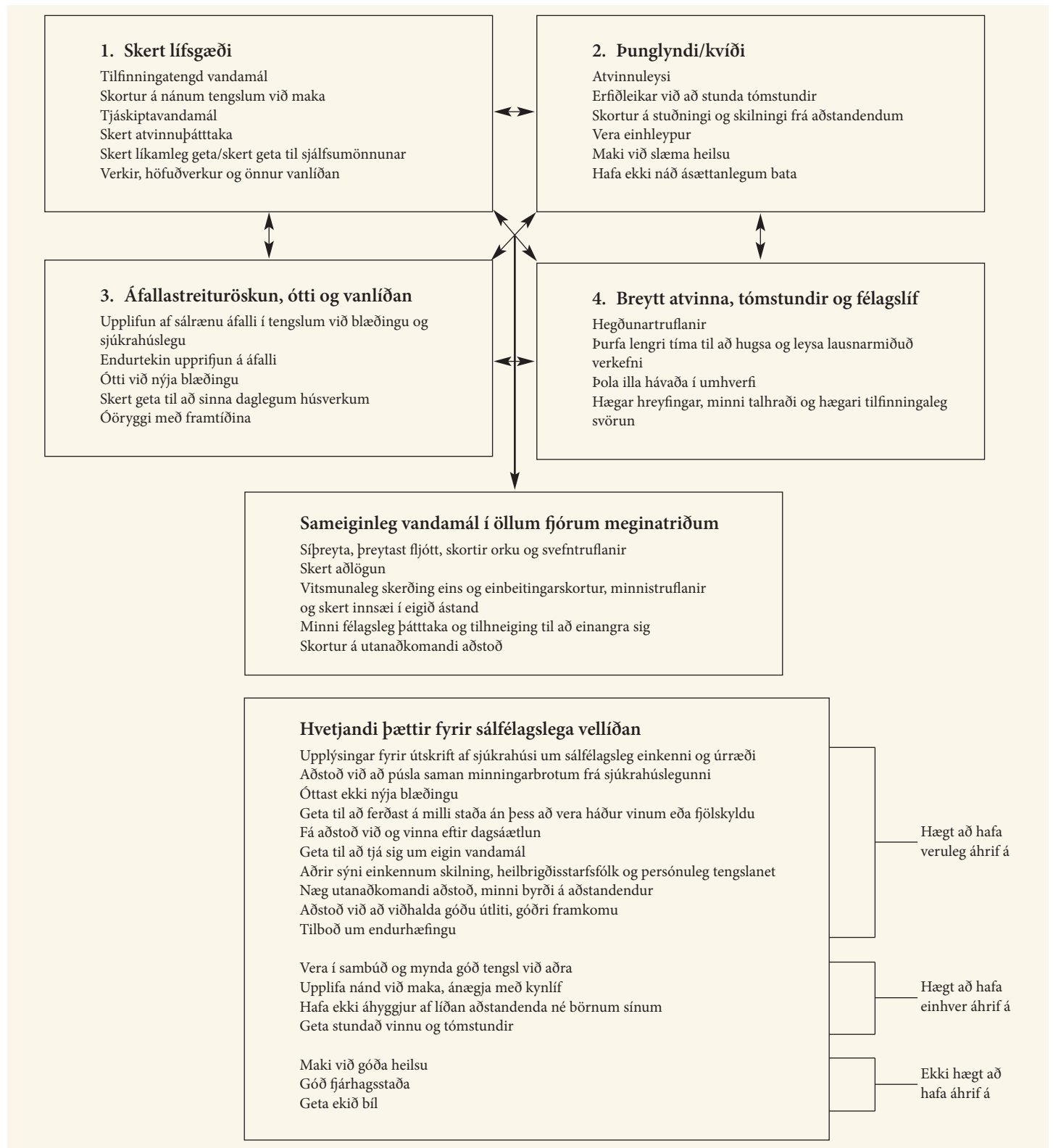


Mynd 3. Forspárgildi fyrir sálfélagslega vanlíðan.

Þættir sem hafa áhrif á sálfélagslega líðan sjúklinga sem fengið hafa innanskúmsblæðingu ásamt aðgerðum sem hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn geta beitt til að draga úr þessum áhrifum koma fram á mynd 4. Á myndinni eru fjórir meginflokkar: (1) skert lífsgæði, (2) þunglyndi/kvíði, (3) áfallastreituröskun, ótti og vanlíðan og (4) breyting á atvinnu, tómstundum og félagslífi. Hver flokkur hefur sín einkenni en sum vandamál eru sameiginleg þvert á flokka, eins og síþreyta, svefntruflanir, skert aðlögun, vitsmunaleg skerðing, minni félagsleg þátttaka og skortur á utanaðkomandi aðstoð.

Umraður

Sjúklingar með SIB hafa í samanburði við þá sem hafa fengið aðrar tegundir heila-blóðfalls mun færri sýnileg líkamleg einkenni (Mayer o.fl., 2002). Í takt við það sýndu niðurstöður yfirlitsins að mjög fáir einstaklingar voru háðir öðrum um líkamlega umönnun og sjálfbjargargeta flestra var góð (Passier o.fl., 2011b; Noble o.fl., 2008). Þrátt fyrir tiltölulega væg sýnileg einkenni var tæpur helmingur háður einhvers konar stuðningi (Vetkas o.fl., 2013; Persson o.fl., 2017b). Þessar niðurstöður sýna með skýrum hætti að aðalvandamálin sem ógna lífsgæðum eftir SIB tengjast oftast duldu sálfélagslegum einkennum (Passier o.fl., 2012; Persson o.fl., 2017b; Sonesson o.fl., 2017) og gefa ótvírætt til kynna mikilvægi þess að gefa slíkum einkennum meiri gaum.



Mynd 4. Tengdir þættir sem hafa áhrif á sálfélagslega líðan á sjúklinga með innanskúmsblæðingu ásamt aðgerðum sem hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn geta notað til að draga úr þessum áhrifum.

Fjögur meginviðfangsefni, sem tengjast sálfélagslegri líðan, voru greind: (1) Skert lífsgæði, (2) kvíði/þunglyndi, (3) áfallastreituröskun, ótti og sálfélagsleg vanlíðan og (4) breyting á atvinnuþátttöku, tómstundum/félagslífi og samfélagslegum þörfum. Þessi viðfangsefni eru nátengd og skarast á ýmsa vegu. Svefn, þreyta og vitsmunaleg starfsemi eru á meðal mikilvægra einkenna sem tengjast öllum fjórum flokkunum. Einnig eru

vitræn skerðing og tilfinningatengd vandamál ríkjandi þættir sem hafa neikvæð áhrif á sálfélagslega líðan (Al-Khindi o.fl., 2010). Þessi meginviðfangsefni lýsa hversu sálfélagsleg líðan er fjölþætt hugtak. Í upphafi rannsóknarinnar áttum við von á að mörg ólík mælitæki væru notuð í rannsóknum á svo flóknu fyrirbæri. Svo reyndist einnig vera því ekki færri en 86 mælitæki voru notuð. Hitt kom á óvart að þau skyldu ekki sann-

reynd fyrir þennan sjúklingahóp. Efnisatriðin sköruðust mikið í þessum mælitækjum. Nefna má að lífsgæði voru skilgreind frá mismunandi forsendum og þess vegna var erfitt að aðgreina þau frá mælingum á til dæmis þunglyndi/kvíða, áfallastreituröskun og vitsmunastarfsemi. Því má telja mikilvægt að útbúa hagkvæmt mælitæki fyrir þennan sjúklingahóp sem nær yfir flókið samspil margra þátta sem gætu haft áhrif á sálfélagslega líðan. Mynd 4 væri hægt að nota sem leiðarvísi í þeirri vinnu.

Áfallastreituröskun er mun algengari hjá sjúklingum með SIB en hjá þeim sem hafa fengið aðrar tegundir heilablóðfalls þar sem hún mælist eingöngu á bilinu 4 til 10% (Field o.fl., 2008; Sembi o.fl., 1998). Þetta eru aðeins lægri tölur en komið hafa í ljós hjá heilbrigðum einstaklingum (um 8%) (Noble o.fl., 2008). Hjá sjúklingum með SIB hefur rúmlega þriðjungur áfallastreituröskun innan fimm ára frá SIB og er það augljóslega alvarlegt (Baisch o.fl., 2011; Hütter og Kreitschmann-Andermahr, 2014; Noble o.fl., 2008; Visser-Meily o.fl., 2013). Því miður hefur ekki verið rannsakað hvort þetta er viðvarandi vandamál um enn lengri tíma.

Einstaklingar með SIB þurfa að glíma við margvíslegan vanda sem tengist atvinnuþátttöku, félagslífi og tómstundum (Harris o.fl., 2014; Taufique o.fl., 2016; Vetkas o.fl., 2013; Wermer o.fl., 2007). Sálfélagslegar afleiðingar valda einstaklingum ekki einungis erfiðleikum heldur hafa einnig mikinn kostnað í för með sér bæði fyrir einstaklinginn og samfélagið (Rosamond o.fl., 2008). Vítahringur getur auðveldlega skapast þegar geta einstaklingsins til að hafa samskipti við aðra, til dæmis vegna einbeitingarskorts eða síþreytu, takmarkast. Það leiðir til aukinnar tilhneigingar sjúklings til þess að hafa sífellt minni samskipti við fólk (Buunk o.fl., 2015; Hedlund o.fl., 2010; Kreiter o.fl., 2013). Þunglyndi og kvíði hindra auk þess möguleika á að nýta bjargráð. Þetta sést einnig hjá fólki með aðrar tegundir heilablóðfalls (Boden-Albala o.fl., 2005; McCarthy o.fl., 2016). Mikilvægt er að rjúfa þennan vítahring.

Hagnýting rannsókna

Afleiðingar SIB hafa langvarandi áhrif á líf fólks og sjúklingar með SIB og aðstandendur þeirra hafa rætt um þörf fyrir aðstoð heilbrigðisstarfsmanna (Forsberg-Wärleby o.fl., 2001; von Vogel-sang o.fl., 2012; Persson o.fl., 2017a,b; Harris, 2014). Hjúkrunarfræðingar eru lykilaðilar í að styðja sjúklinga í ferlinu við að aðlagast breyttum aðstæðum (Cameron o.fl., 2016; Camicia o.fl., 2014). Áhugaverð rannsókn á árangri sérhæfðrar hjúkrunarþjónustu sérfræðings í taugahjúkrun, sem fólst í fræðslu, ráðgjöf, stuðningi og eftirfylgd eftir heilaaðgerð, sýndi að kerfisbundin eftirfylgd dró úr sálfélagslegri vanlíðan sjúklinga (Pritchard o.fl., 2004). Í kostnaðargreiningu kom fram mikill sparnaður sem meðal annars fólst í aukinni atvinnuþátttöku, færri endurinnlögnum og færri komum til lækna. Lykilþáttur í hjúkrunarmedferðinni var auðveldur aðgangur að þjónustunni, jafnvel snemma eftir útskrift.

Hvorki fundust leiðbeiningar né verklagsreglur fyrir heilbrigðisstarfsfólk sem taka mið af sálfélagslegri líðan sjúklinga og aðstandenda þeirra eftir SIB. Þær leiðbeiningar sem til eru

lýsa flestar eingöngu lækni meðferð, bráðameðferð og ýmsu sem tengist sjúkrahúslegunni (Connolly o.fl., 2012; Edlow og Samuels, 2017). Hérlandis er ekki er boðið upp á hjúkrunarþjónustu fyrir sjúklinga með SIB eftir útskrift. Einnig skortir fræðsluefni um sálfélagsleg einkenni. Úr þessu unnt að bæta.

Þrátt fyrir að ekki sé hægt að setja fram ráðleggingar um úrræði fyrir sjúklinga með SIB út frá slembuðum rannsóknum gefa niðurstöður þessarar rannsóknar tilefni til að setja fram eftirfarandi tilmæli:

- Tilgreina þætti um sérhæfða fræðslu til einstaklinga með SIB og aðstandenda þeirra fyrir útskrift af heila- og taugaskurðeild. Þar þurfa meðal annars að koma fram hugsanleg sálfélagsleg einkenni eftir heimkomu og hugsanleg bjargráð.
- Útbúa skriflegt fræðsluefni sem styður við sérhæfða fræðslu um sálfélagsleg vandamál og úrræði sem standa til boða.
- Koma á fót skipulagðri hjúkrunarþjónustu eftir útskrift. Nota mætti þætti í mynd 4 til að koma auga á sálfélagslega erfiðleika og úrræði sem þjónustan ætti að beinast að.

Kostir og gallar

Næmni leitarorða var könnuð í fjórum rafrænum gagnagrunnum og það leiddi til útilokunar á tveimur þeirra. Líklegt er að fleiri rannsóknir hefðu fundist ef gagnagrunnar hefðu verið fleiri og ef leitað hefði verið að greinum á fleiri tungumálum. Hvorki var gerð handleit í tímaritum né eltisleit á heimildum. Slíkt hefði krafist meiri tíma og vinnu en höfundar höfðu aflögu.

Meirihluti rannsóknagreina, sem uppfylltu inntökuskilyrði, voru framskyggnar lýsandi þversniðsrannsóknir. Þessi tegund rannsókna gefur bara „skjaskot“ af einkennum á ákveðnum tímamarki en hafa takmarkað gildi til að draga endanlegar ályktanir (Polit og Beck, 2017). Engar íhlutunarrannsóknir fundust. Margar rannsóknir voru framkvæmdar af sömu rannsóknarhópnum og bundnar við eina stofnun eða landssvæði (Passier o.fl., 2010; Passier o.fl., 2011a; Visser-Meily o.fl., 2013). Slíkt takmarkar yfirfærslugildi niðurstaðna.

Ályktanir

Sálfélagsleg vandamál einstaklinga sem fengið hafa innan-skúmsblæðingu (SIB) eru algeng og viðvarandi hjá meira en helmingi þeirra í allt að 20 ár eftir blæðinguna. Brýn þörf er á að bregðast við sálfélagslegum vandamálum sem sjúklingar með SIB standa frammi fyrir. Sérstaklega þarf að útbúa markvissar greiningaaðferðir, skipuleggja upplýsingagjöf, stuðning og eftirfylgni. Aukin þekking og skilningur hjúkrunarfræðinga á sálfélagslegum þörfum einstaklinga með SIB er mikilvægur þáttur í bataferlinu. Þannig geta hjúkrunarfræðingar notað niðurstöður til að efla betur skilning á hvernig megi meta og bregðast við sálfélagslegri vanlíðan. Í framtíðarrannsóknum þarf að samræma notkun mælitækja og leitast við að búa til mælitæki sem eru næm á sálfélagslega líðan hjá sjúklingum með SIB.

Heimildir

- Al-Khindi, T., Macdonald, R.L., og Schweizer, T.A. (2010). Cognitive and functional outcome after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 41(8), e519-36; <http://doi.org/10.1161/STROKEHA.110.581975>.
- Al Yassin, A., Ouyang, B., og Temes, R. (2017). Depression and anxiety following aneurysmal subarachnoid hemorrhage are associated with higher six-month unemployment rates. *The Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 29(1), 67-69; <http://doi.org/10.1176/appi.neuropsych.15070171>.
- Aromataris, E., og Munn, Z. (ritstjórar). *Joanna Briggs Institute Reviewer's Manual*. The Joanna Briggs Institute, 2017. Sótt 5. nóvember 2017 á <https://reviewersmanual.joannabriggs.org/>.
- Baisch, S.B., Schenk, T., og Noble, A.J. (2011). What is the cause of post-traumatic stress disorder following subarachnoid haemorrhage? Post-ictal events are key. *Acta Neurochirurgica*, 153(4), 913-922; <http://doi.org/10.1007/s00701-010-0843-y>.
- Berggren, E., Sidenvall, B., og Larsson, D. (2010a). Memory ability after subarachnoid haemorrhage: Relatives' and patients' statements in relation to test results. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6(8), 383-388; <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=2010908921&site=ehost-live>.
- Berggren, E., Sidenvall, B., og Muhli, U.H. (2010b). Identity construction and meaning-making after subarachnoid haemorrhage. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 6(2), 86-93; <http://doi.org/10.12968/bjnn.2010.6.2.86>.
- Berggren, E., Sidenvall, B., og Larsson, D. (2011). Subarachnoid haemorrhage has long-term effects on social life. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 7(1), 429-435; <https://login.proxy.bib.uottawa.ca/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=cin20&AN=2010971683&site=ehost-live>.
- Berry, E. (1998). Post-traumatic stress disorder after subarachnoid haemorrhage. *The British Journal of Clinical Psychology / the British Psychological Society*, 37 (Pt 3), 365-7; <http://doi.org/10.1111/j.2044-8260.1998.tb01392.x>.
- Boccardi, E., Cenozo, M., Curto, F., Longoni, M., Motto, C., Oppo, V., o.fl. (2017). Subarachnoid hemorrhage. Í E. Agostoni (ritstjóri), *Hemorrhagic stroke* (bls. 28-53). Sviss: Springer International Publishing.
- Boden-Albala, B., Litwak, E., Elkind, M.S.V, og Rundek, T., og Sacco, R.L. (2005). Social isolation and outcomes post stroke. *Neurology*, 64(11), 1888-1892; <http://doi.org/10.1212/01.WNL.0000163510.79351.AF>.
- Boerboom, W., Jacobs, E.A.C., Khajeh, L., Van Kooten, F., Ribbers, G.M., og Heijenbrok-Kal, M.H. (2014). The relationship of coping style with depression, burden, and life dissatisfaction in caregivers of patients with subarachnoid haemorrhage. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 46(4), 321-326. <http://doi.org/10.2340/16501977-1273>
- Boerboom, W., Heijenbrok-Kal, M.H., Kooten, F. Van, Khajeh, L., og Ribbers, G.M. (2016). Unmet needs, community integration and employment status four years after subarachnoid haemorrhage. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 48(6), 529-534; <http://doi.org/10.2340/16501977-2096>.
- Brissos, S., Molodynski, A., Dias, V., og Figueira, M. (2011). The importance of measuring psychosocial functioning in schizophrenia. *Annals of General Psychiatry*, 10(1), 18; <http://doi.org/10.1186/1744-859X-10-18>.
- Buunk, A.M., Groen, R.J.M., Veenstra, W.S., og Spikman, J.M. (2015). Leisure and social participation in patients 4-10 years after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Brain Injury*, 29(13-14), 1589-1596; <http://doi.org/10.3109/02699052.2015.1073789>.
- Cameron, J.L., O'Connell, C., Foley, N., Salter, K., Booth, R., Boyle, R., ... Lindsay, P. (2016). Canadian stroke best practice recommendations: Managing transitions of care following stroke, Guidelines Update 2016. *International Journal of Stroke*, 0(0), 1747493016660102; <http://doi.org/10.1177/1747493016660102>.
- Camicia, M., Black, T., Farrell, J., Waites, K., Wirt, S., Lutz, B., og Wildermuth, J. (2014). The essential role of the rehabilitation nurse in facilitating care transitions: A white paper by the association of rehabilitation nurses. *Rehabilitation Nursing*, 39(1), 3-15; <http://doi.org/10.1002/rnj.135>.
- Chahal, N., Barker-Collo, S., og Feigin, V. (2011). Cognitive and functional outcomes of 5-year subarachnoid haemorrhage survivors: Comparison to matched healthy controls. *Neuroepidemiology*, 37(1), 31-38; <http://doi.org/10.1159/000328647>.
- Connolly, E.S., Rabinstein, A.A., Carhuapoma, J.R., Derdeyn, C.P., Dion, J., Higashida, R.T., o.fl. (2012). Guidelines for the management of aneurysmal subarachnoid hemorrhage: A guideline for healthcare professionals from the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke*, 43(6), 1711-1737; <http://doi.org/10.1161/STR.0b013e3182587839>.
- Covey, J., Noble, A.J., og Schenk, T. (2013). Family and friends' fears of recurrence: Impact on the patient's recovery after subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neurosurgery*, 1-7; <http://doi.org/10.3171/2013.5.JNS121688>.
- Crago, E.A., Price, T.J., Bender, C.M., Ren, D., Poloyac, S.M., og Sherwood, P.R. (2016). Impaired work productivity after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neuroscience Nursing*, 48(5), 260-268; <http://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000209>.
- Edlow, B.L., og Samuels, O. (2017). Emergency neurological life support: Subarachnoid hemorrhage. *Neurocritical Care*, 27, 116-123; <http://doi.org/10.1007/s12028-017-0458-8>.
- Field, E.L., Norman, P., og Barton, J. (2008). Cross-sectional and prospective associations between cognitive appraisals and posttraumatic stress disorder symptoms following stroke. *Behaviour Research and Therapy*, 46(1), 62-70; <http://doi.org/10.1016/j.brat.2007.10.006>.
- Forsberg-Wärleby, G., Möller, A., og Blomstrand, C. (2001). Spouses of first-ever stroke patients: Psychological well-being in the first phase after stroke. *Stroke; a Journal of Cerebral Circulation*, 32(7), 1646-51; <http://doi.org/10.1161/01.STR.32.7.1646>.
- Garrard, J. (2011). Health Sciences literature review made easy: The matrix method. *Matrix*, 54, 2011.
- Harris, C. (2014). Factors influencing return to work after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *The Journal of Neuroscience Nursing: Journal of the American Association of Neuroscience Nurses*, 46(4), 207-17; <http://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000067>.
- Harvey, R., Stein, J., Winstein, C., og Wittenberg, G. (ritstjórar) (2015). *Stroke recovery and rehabilitation* (2. útgáfa). New York: Demos Medical Publishing.
- Hedlund, M., Zetterling, M., Ronne-Engstrom, E., Ekselius, L., og Carlsson, M. (2010). Perceived recovery after aneurysmal subarachnoid haemorrhage in individuals with or without depression. *Journal of Clinical Nursing*, 19(11-12), 1578-1587; <http://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.02940.x>.
- Hütter, B.-O., og Kreitschmann-Andermahr, I. (2014). Subarachnoid hemorrhage as a psychological trauma. *Journal of Neurosurgery*, 120(4), 923-930; <http://doi.org/10.3171/2013.11.JNS121552>.
- Johnston, S.C., Selvin, S., og Gress, D.R. (1998). The burden, trends, and demographics of mortality from subarachnoid hemorrhage. *Neurology*, 50(5), 1413-1418; <http://doi.org/10.1212/WNL.50.5.1413>.
- Kapapa, T., Woischneck, D., og Tjahjadi, M. (2014). Long-term health-related quality of life after spontaneous nontraumatic subarachnoid hemorrhage: Self and proxy reports in a 10-year period. *World Neurosurgery*, 81(1), 105-109; <http://doi.org/10.1016/j.wneu.2012.10.010>.
- Kreiter, K.T., Rosengart, A.J., Claassen, J., Fitzsimmons, B.F., Peery, S., Du, Y.E., o.fl. (2013). Depressed mood and quality of life after subarachnoid hemorrhage. *Journal of the Neurological Sciences*, 335(1-2), 64-71; <http://doi.org/10.1016/j.jns.2013.08.024>.
- Kutlubayev, M.A., Barugh, A.J., og Mead, G.E. (2012). Fatigue after subarachnoid haemorrhage: A systematic review. *Journal of Psychosomatic Research*, 72(4), 305-310; <http://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2011.12.008>.
- Liberati, A., Altman, D.G., Tetzlaff, J., Mulrow, C., Gøtzsche, P.C., Ioannidis, J.P.A., ... Moher, D. (2009). The PRISMA statement for reporting systematic reviews and meta-analyses of studies that evaluate health care interventions: Explanation and elaboration. *Journal of Clinical Epidemiology*, 62, 1-34; <http://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2009.06.006>.
- Linn, F.H., Rinkel, G.J., Algra, A., og van Gijn, J. (1998). Headache characteristics in subarachnoid haemorrhage and benign thunderclap headache. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, 65(5), 791-793; <http://doi.org/10.1136/jnnp.65.5.791>.
- Marianne E. Klinke, Þóra B. Hafsteinsdóttir, Haukur Hjaltason og Helga Jóns-

- dóttir (2015). Ward-based interventions for patients with hemispatial neglect in stroke rehabilitation: A systematic literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 52(8), 1375–1403; <http://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.04.004>.
- Mayer, S.A., Kreiter, K.T., Copeland, D., Bernardini, G.L., Bates, J.E., Peery, S., o.fl. (2002). Global and domain-specific cognitive impairment and outcome after subarachnoid hemorrhage. *Neurology*, 59(11), 1750–8; <http://doi.org/10.1212/01.WNL.0000035748.91128.C2>.
- McCarthy, M.J., Sucharew, H.J., Alwell, K., Moomaw, C.J., Woo, D., Flaherty, M.L., o.fl. (2016). Age, subjective stress, and depression after ischemic stroke. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(1), 55–64; <http://doi.org/10.1007/s10865-015-9663-0>.
- Meyer, B., Ringel, F., Winter, Y., Spottke, A., Gharevi, N., Dams, J., o.fl. (2010). Health-related quality of life in patients with subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovascular Diseases*, 30(4), 423–31; <http://doi.org/10.1159/000317078>.
- Moher, D., Liberati, A., og Tetzlaff J.A.D. (2009). PRISMA 2009 Flow Diagram. *The PRISMA Statement*; <http://doi.org/10.1371/journal.pmed1000097>.
- Morris, P.G., Wilson, J.T., og Dunn, L. (2004). Anxiety and depression after spontaneous subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery*, 54(1), 44–47; <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14683540>.
- Noble, A.J., Baisch, S., Mendelow, A.D., Allen, L., Kane, P., og Schenk, T. (2008). Posttraumatic stress disorder explains reduced quality of life in subarachnoid hemorrhage patients in both the short and long term. *Neurosurgery*, 63(6), 1095–1105; <http://doi.org/10.1227/01.NEU.0000327580.91345.78>.
- Noble, A.J., og Schenk, T. (2014). Psychological distress after subarachnoid hemorrhage: Patient support groups can help us better detect it. *Journal of the Neurological Sciences*, 343(1–2), 125–131; <http://doi.org/10.1016/j.jns.2014.05.053>.
- Passier, P.E.C.A., Visser-Meily, J.M.A., Van Zandvoort, M.J.E., Post, M.W.M., Rinkel, G.J.E., og Van Heugten, C. (2010). Prevalence and determinants of cognitive complaints after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Cerebrovascular Diseases*, 29(6), 557–563; <http://doi.org/10.1159/000306642>.
- Passier, P.E.C.A., Post, M.W.M., Van Zandvoort, M.J.E., Rinkel, G.J.E., Lindeman, E., og Visser-Meily, J.M.A. (2011a). Predicting fatigue 1 year after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neurology*, 258(6), 1091–1097; <http://doi.org/10.1007/s00415-010-5891-y>.
- Passier, P.E.C.A., Visser-Meily, J.M.A.A., Rinkel, G.J.E., Lindeman, E., og Post, M.W.M. (2011b). Life satisfaction and return to work after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Stroke & Cerebrovascular Diseases*, 20(4), 324–329; <http://doi.org/10.1016/j.jstrokecerebrovasdis.2010.02.001>.
- Passier, P.E.C.A., Visser-Meily, J.M.A., Van Zandvoort, M.J.E., Rinkel, G.J.E., Lindeman, E., og Post, M.W.M. (2012). Predictors of long-term health-related quality of life in patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *NeuroRehabilitation*, 30(2), 137–145; <http://doi.org/10.3233/NRE-2012-0737>.
- Persson, H.C., Carlsson, L., og Sunnerhagen, K.S. (2017a). Life situation 5 years after subarachnoid haemorrhage. *Acta Neurologica Scandinavica*; <http://doi.org/10.1111/ane.12815>.
- Persson, H.C., Törnblom, K., Sunnerhagen, K.S., og Törnblom, M. (2017b). Consequences and coping strategies six years after a subarachnoid hemorrhage: A qualitative study. *PLoS ONE*, 12(8); <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0181006>.
- Polit, D.F., og Beck, C.T. (2017). *Nursing research. Generating an assessing evidence for nursing practice* (10. útgáfa). Philadelphia. Wolters Kluwer: Lippincott Williams og Wilkins.
- Pritchard, C., Foulkes, L., Lang, D.A., og Neil-Dwyer, G. (2004). Cost-benefit analysis of an integrated approach to reduce psychosocial trauma following neurosurgery compared with standard care: Two-year prospective comparative study of enhanced specialist liaison nurse service for aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Surgical Neurology*, 62(1), 17–27; <http://doi.org/10.1016/j.surneu.2004.01.019>.
- Rabinstein, A.A., Weigand, S., Atkinson, J.L.D., og Wijdicks, E.F.M. (2005). Patterns of cerebral infarction in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Stroke*, 36(5), 992–997; <http://doi.org/10.1161/01.STR.0000163090.59350.5a>.
- Reinhardt, M.R. (2010). Subarachnoid hemorrhage. *Journal of Emergency Nursing*, 36(4), 327–329; <http://doi.org/10.1016/j.jen.2009.09.004>.
- Rosamond, W., Flegal, K., Furie, K., Go, A., Greenlund, K., Haase, N., o.fl. (2008). Heart disease and stroke statistics — 2008 update: A report from the American Heart Association statistics committee and stroke statistics subcommittee. *Circulation*, 117(4); <http://doi.org/10.1161/CIRCULATIONAHA.107.187998>.
- Sembi, S., Tarrier, N., O'Neill, P., Burns, A., og Faragher, B. (1998). Does post-traumatic stress disorder occur after stroke: A preliminary study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 13(5), 315–322; [http://doi.org/10.1002/\(SICI\)1099-1166\(199805\)13:5<315::AID-GPS766>3.0.CO;2-P](http://doi.org/10.1002/(SICI)1099-1166(199805)13:5<315::AID-GPS766>3.0.CO;2-P).
- Sonesson, B., Kronvall, E., Säveland, H., Brandt, L., og Nilsson, O.G. (2017). Long-term reintegration and quality of life in patients with subarachnoid hemorrhage and a good neurological outcome: Findings after more than 20 years. *Journal of Neurosurgery*, 128(3), 1–8; <http://doi.org/10.3171/2016.11.JNS16805>.
- Taufique, Z., May, T., Meyers, E., Falo, C., Mayer, S.A., Agarwal, S., o.fl. (2016). Predictors of poor quality of life 1 year after subarachnoid hemorrhage. *Neurosurgery*, 78(2), 256–263; <http://doi.org/10.1227/NEU.0000000000001042>.
- Turi, E., Conley, Y., og Stanfill, A.G. (2017). A literature review of psychosocial comorbidities related to working capacity after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Journal of Neuroscience Nursing*, 49(3), 179–184; <http://doi.org/10.1097/JNN.0000000000000281>.
- van Gijn, J., Kerr, R.S., og Rinkel, G.J.E. (2007). Subarachnoid haemorrhage. *Lancet*, 369(9558), 306–318; [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)60153-6](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(07)60153-6).
- Vetkas, A., Lepik, T., Eilat, T., Rätsep, T., og Asser, T. (2013). Emotional health and quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Acta Neurochirurgica*, 155(6), 1107–1114; <http://doi.org/10.1007/s00701-013-1683-3>.
- Vilkki, J., Juvela, S., Malmivaara, K., Siironen, J., og Hernesniemi, J. (2012). Predictors of work status and quality of life 9–13 years after aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *Acta Neurochirurgica*, 154(8), 1437–1446; <http://doi.org/10.1007/s00701-012-1417-y>.
- Visser-Meily, J.M.A., Rhebergen, M.L., Rinkel, G.J.E., Van Zandvoort, M.J., og Post, M.W.M. (2009). Long-term health-related quality of life after aneurysmal subarachnoid hemorrhage relationship with psychological symptoms and personality characteristics. *Stroke*, 40(4), 1526–1529; <http://doi.org/10.1161/STROKEAHA.108.531277>.
- Visser-Meily, J.M.A., Rinkel, G.J.E., Vergouwen, M.D.I., Passier, P.E.C.A., van Zandvoort, M.J.E., og Post, M.W.M. (2013). Post-traumatic stress disorder in patients 3 years after aneurysmal subarachnoid haemorrhage. *Cerebrovascular Diseases*, 36(2), 126–30; <http://doi.org/10.1159/000353642>.
- von Vogelsang, A.-C., Burström, K., Wengström, Y., Svensson, M., og Forsberg, C. (2012). Health-related quality of life ten years after intracranial aneurysm rupture: A retrospective cohort study using EQ-5D. *Neurosurgery*, 72(3), 397–406; <http://doi.org/10.1227/NEU.0b013e3182804686>.
- von Vogelsang, A.-C., Forsberg, C., Svensson, M., og Wengström, Y. (2015). Patients experience high levels of anxiety 2 years following aneurysmal subarachnoid hemorrhage. *World Neurosurgery*, 83(6), 1090–1097; <http://doi.org/10.1016/j.wneu.2014.12.027>.
- Wermer, M.J.H., Kool, H., Albrecht, K.W., og Rinkel, G.J.E. (2007). Subarachnoid hemorrhage treated with clipping: Long-term effects on employment, relationships, personality, and mood. *Neurosurgery*, 60(1), 91–97; <http://doi.org/10.1227/01.NEU.0000249215.19591.86>.

English Summary

Guðbjartsdóttir, I.S., Jonsdóttir, H., Klinke, M.E.

Psychosocial functioning in adults after subarachnoid hemorrhage:
A systematic review of the literature

Aim: Subarachnoid hemorrhage (SAH) has been labeled the “stroke of the younger population”. Due to psychosocial problems, patients with SAH often encounter difficulties in regaining a normal pace in life, even years after the event. Numerous studies have addressed the topic, but an overview of challenges and solutions is warranted. Therefore, we set out to synthesize knowledge about psychosocial functioning of patients with SAH three months or more after the bleed, describe the prevalence of common psychosocial symptoms, and identify implications for nursing practice and research.

Method: Systematic literature review guided by the Joanna Briggs Institute (JBI) Reviewer’s handbook. The PRISMA statement was used to present the results. PubMed and CINAHL were searched for articles published from January 2007 until November 2017. JBI checklists were used to assess weaknesses of the primary studies. Data were synthesized with “the matrix method”.

Results: Thirty-three articles were included in the review with 5073 patients participating. Psychosocial problems were present in > 50% of the participants at all time-points; from three months after

SAH until 20 years thereafter. Four categories were identified: (1) Decreased quality of life, (2) anxiety/depression, (3) post-traumatic stress, fear and psychosocial distress, and (4) change in employment, social life and life-space mobility. Psychosocial problems were among others associated with lack of intimacy with spouses, communication problems, being single, recurrent experience of the incident, cognitive and behavioral problems. Predictive factors for psychosocial distress were being: female, younger, lower educated, and in an unstable relationship.

Conclusion: The results can be used to develop new systematic methods of assessment and follow-up, and also to inform patients and their families about possible psychosocial challenges. The high frequency and serious consequences of psychosocial problems underscore an urgent need for healthcare professionals to respond to the challenges that patients with SAH are confronted with.

Correspondent: marianne@hi.is

Viðauki 1. Leit í gagnabönkum PubMed og CINAHL

PubMed-inntökuskilyrði: Fullorðnir 18 ára og eldri, greinar á ensku, frá janúar 2007 til nóvember 2017

Leit	Leitarorð	„Hits“	Titlar	Útdrættir
1	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND nurs*	80	16	11
2	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND emotion*	31	30	21
3	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND psychosocial	21	20	12
4	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND social life	20	20	15
5	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND post traumatic stress	10	12	11
6	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND depression (MeSH)	83	22	12
7	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND rehabilitation (MeSH)	171	22	13
8	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND community	71	13	10
9	Subarachnoid hemorrhage (MeSH) AND fatigue	20	10	10
SAMTALS		507	165	115

CINAHL-inntökuskilyrði: Fullorðnir 18 ára og eldri, greinar á ensku, frá janúar 2007 til nóvember 2017

Leit	Leitarorð	„Hits“	Titlar	Útdrættir
1	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND nurs*	9	5	3
2	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND emotion	1	1	1
3	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND psychosocial*	19	7	5
4	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND social life	1	1	0
5	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND post traumatic stress	0	0	0
6	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND depression	16	12	0
7	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND rehabilitation (MeSH)	13	4	0
8	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND community	14	4	1
9	Subarachnoid hemorrhage (MM) AND fatigue	5	3	2
SAMTALS		78	37	12

Viðauki 2. Skekkjumat meginlegra og eigindlegra rannsókna

Mat á skekkjum í meginðlegum rannsóknum: JBI-MAStARI	Al Yassin o.fl., 2017																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																																											</
--	-----------------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	----

Gult: Á ekki við; Grátt: Í lagi; Rautt: Ekki í lagi; Blátt: Í lagi

Mat á skekkjum í meginlegum rannsóknum: JBI-OARI	Persson o.fl., 2017b	Hedlund o.fl., 2010	Berggren o.fl., 2010a
(1) Er samræmi á milli hugmyndafræði og aðferðafræði?			
(2) Er samræmi milli aðferðafræði og rannsóknarspurningar/tilgangs?			
(3) Er samræmi á milli aðferðafræði og gagnasöfnunaraðferðar?			
(4) Er samræmi á milli aðferðar og framsetningar og greiningar gagna?			
(5) Er samræmi á milli aðferðafræði og túlkunar á gögnum?			
(6) Er menningarleg og kenningarleg staða rannsókna útskýrð?			
(7) Eru áhrif rannsókna á rannsókn skilgreind og ófugt?			
(8) Koma viðhorf þáttakenda skýrt fram?			
(9) Er rannsókn siðferðilega rétt og liggur fyrir samþykki síðanefndar?			
(10) Er túlkun á gögnum sett fram í ályktun?			
Heildarstig (%)	8/10 (80)	8/10 (80)	8/10 (80)

Viðauki 3. Ítarlegri „matrix“-uppsetning um meginðlegar rannsóknir

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Mælitæki	Tíðni	Niðurstöður
			SIB	Samanburður			
Persson o.fl. 2017a Svíþjóð	Þversniðsrannsókn	5 árum eftir SIB	N=26 með SIB 25 bjuggu heima, einn á hjúkrunar- heimili	Samanburður við normalþýði	EQ-5D SIS OGQ (bil á milli þess að ætla eða vilja starfa) IPA (áhrif þátttöku í félagslífi og sjálfvirkni) 75% með a.m.k. eitt einkenni kviða/þunglyndis	46% í þörf fyrir stuðning annarra 33% með þunglyndiseinkenni 27% á þunglyndislyfja- meðferð 84% höfðu hitt lækni	SIB-sjúklingar: Verri lífsgæði vegna: Tilfinningatengdra vandamála, minnis- truflana, tjáskiptavandamála, minni félagslegrar þátttöku, kviða og þunglyndis, allt p<0,05
Sonesson o.fl. 2017 Svíþjóð	Þversniðsrannsókn	20 árum eftir SIB (spönn 20- 28 ár)	N=67 með SIB Hærr meðalaldur >70 ár	Samanburður við sænskt þýði	QOLS PGWB RNL Spurningar um svefntruflanir og að snúa aftur til vinnu	26% með svefntruflanir 18% eiga erfitt með að sofna 91% sneru aftur til vinnu eftir SIB 75% í sama starfs- hlutfalli eftir SIB 56% áttu í meðal erfiðleikum og 4% miklum erfiðleikum með að ná eðli- legum takti að nýju	SIB-sjúklingar: Verri lífsgæði vegna: Svefntruflana, p=0,021; sneru ekki til vinnu vegna verri starfsgetu, p=0,004; vegna verri sálfélagslegrar vanlíðanar, p=0,013. Breytur sem skýrðu 64% breytileika þess að ná eðlilegum takti í daglegu lífi: Dagleg frammistaða: Gleymni, rugl, hægur hugsanagangur, minni gæði vinnu, fjöldi mistaka Flókin vitsmunastarfsemi: Erfiðleikar við lausnamiðuð verkefni, einbeitingarskortur, slæmt minni, minni skilvirkni, hvatvísi, pirringur, skapsveiflur Félagsleg skuldbinding: Ánægja með tengsl við maka, nána aðstandendur og vini; að sinna hlutverki sínu innan fjölskyldu, ánægja með félagslega þátttöku, að takast á við dag- lega atburði, að komast á milli staða innan sem utan húss
Al Yassin o.fl. 2017 Bandaríkin	Þversniðsrannsókn	6 mánuðum eftir SIB	N=152 með SIB	Hópi skipt í tvennt: N=66 sem sneru ekki til vinnu N=64 sneru til vinnu	Sjúkraskrár Spurningar um atvinnustöðu	49% sneru ekki til vinnu aftur 38% af þeim höfðu annaðhvort kviða eða þunglyndi (án þess að hafa áður kviða eða þunglyndi) 6% með kviða og þunglyndi sneru til vinnu	SIB-sjúklingar: Meira þunglyndi og kviði tengdist atvinnuleysi, p=0,0002 Kviði og þunglyndi var áhættuþáttur atvinnuleysis, p=0,0002
Boerboom o.fl. 2016 Holland	Þversniðsrannsókn	4 árum eftir SIB	N=67 með SIB	Enginn	CIQ SNAQ CES-D CIRS CISS MoCa TMT	67% ekki í vinnu 67% höfðu óupp- fylltar samfélagslegar þarfir 60% skorti upplýsingar 21% skorti samfélagsþjónustu 19% fannst vanta upplýsingar um hreyfanleika í samfélaginu (e. mobility) 24% með þunglyndi 43% með vitsmunalega skerðingu	SIB-sjúklingar: Þeir sem voru atvinnulausir: Voru meira þunglyndir, p<0,001 Voru með vitsmunalega skerðingu, p=0,036 Voru með skerta aðlögun vegna tilfinn- ingalegra vandamála, p=0,010 Þurftu lengri tíma til að klára verkefni, p=0,002 Voru með skerta athygli, p<0,001 Fengu lélegri samfélagsþjónustu, p=0,002 Höfðu fleiri ófullnægðar samfélagslegar þarfir, p=0,034 Tengsl við atvinnuleysi: Konur, p=0,002 (OR 13,030, 95%CI 1,96-86,70)

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Mælitæki	Tíðni	Niðurstöður
			SIB	Samanburður			
							Eldra fólk, $p=0,008$ (OR 1,184, 95%CI 1,20–1,31) Mikið þunglyndi, $p=0,031$ (OR 1,126; 95%CI 1,01–1,25) Vitsmunatengdir erfiðleikar, $p=0,036$ (OR 0,713, 95%CI 0,52–0,99)
Taufique o.fl. 2016 Bandaríkin	Þversniðsrannsókn	1 ári eftir SIB	N=1181 með SIB	Enginn	mRS BI LIADL TIC CES-D SIP Spurningar um veikindi og atvinnustöðu	35% höfðu slæm lífsgæði 30% með slök sálfélagsleg lífsgæði 11% með hvoru tveggja	SIB-sjúklingar: 91% fóru ekki í óbreytta atvinnu SIB sem gátu ekki lýst áhrifum veikindanna voru líklegri til: Að vera óvinnufærir, $p=0,03$ Að vera með vitræna skerðingu, $p=0,01$. Að hafa takmarkaða færni við ADL, $p=0,009$ Að vera með meðal/mikla fötlun, $p=0,007$ SIB sem voru með slæm líkamleg lífsgæði voru oftar með: Heimþjónustu, $p=0,04$ Skerta getu til að keyra bíl, $p=0,02$ SIB með slæma sálfélagslega líðan voru oftar: Ólíklegri til að snúa aftur til óbreyttrar vinnu, $p<0,001$ Að vera með þunglyndi, $p<0,001$
Crago o.fl., 2016 Bandaríkin	Langtímarannsókn	3 mánuðum og 12 mánuðum eftir SIB	N=52 með SIB	Enginn	WLQ Stroop ROCF Grooved Pegboard Test TMT WMS-III LM I-II WAIS-III PAOF	35% með verri vinnuafköst eftir 3 mánuði og 30% eftir 12 mánuði 39% með töluverða einbeitingarskerðingu 30% verulega einbeitingarskerðingu 30% með skerðingu á úthaldi 35% erfitt með að einbeita sér með sjóninni 26% þörf á hvíldar- pásam í vinnu 26% gerðu mistök í vinnu, allt eftir 3 og 12 mánuði	Verri taugasálræn frammistaða í vinnu tengdist: Tímastjórnun, $p=0,04$ og andlegum/ sálrænum þáttum í mannlegum samskiptum, $p=0,09$ Verri tímastjórnun tengdist: Hægum hugsanagangi, $p=0,09$ og vinnsluminni, $p=0,02$ Verri líkamleg frammistaða í vinnu tengdist: verra rökminni, $p=0,09$ og ljúka vinnu á fullnægjandi hátt, $p=0,009$ Verra vinnsluminni tengdist: Andlegum/sálrænum þáttum í mann- legum samskiptum, $p=0,05$ og heilsu- tengdum vinnuafköstum, $p=0,04$
Buunk o.fl. 2015 Holland	Þversniðsrannsókn	4,6 árum að meðaltali eftir SIB	N=200 með SIB	N=188 Makar og fjölskyldu- meðlimir	DEX + DEX proxy DEX-EC DES-SC (félagsleg þátttaka) BISC-Cog BISC-EL BISC-Fat BISC-HA HADS RRL (fara að nýju í hlutverk sitt)	Tómstundir: 47% sneru aftur til fyrri tómstunda 62% sneru til fyrri félagslífs 5,6% makaslit 70% með aðra vitsmunaskerðingu 66% þreyttir 44% tilfinningalega óstöðugir 37% með höfuðverk eða svima 23% þunglyndir 25% með kvíða	SIB-sjúklingar: Breytingar á tómstundalífi voru tengdar minni félagslegri virkni, $p<0,01$ Atvinnuþátttaka var visbending um tómstundaiðju, minna þunglyndi og félagslíf í samanburði við þá sem voru atvinnulausir, $p<0,05$ Síður tómstundalíf: Þunglyndi, $p<0,01$; hegðunartruflanir, $p<0,01$ og vitræn skerðing, $p<0,01$ Þættir sem spáðu fyrir um lélegri þátttöku í tómstundaiðju: Meira þunglyndi, OR 1,14, 95%CI 1,01– 1,27; meiri þreyta, OR 1,42, 95%CI 1,08–1,86; skert flókin vitsmunastarf- semi, OR 1,18, 95%CI 1,03–1,35; atvinnu- lausir, OR 2,67, 95%CI 1,33–5,43 Slæm áhrif á félagslíf: Þunglyndi, $p<0,01$; hegðunartruflanir $p<0,01$ og skert vitræn geta, $p<0,01$

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Mælitæki	Tíðni	Niðurstöður
			SIB	Samanburður			
							Þættir sem spáðu fyrir um lélega aðlögun að félagslífi: Meira þunglyndi, OR 1,29, 95%CI 1,16–1,45; meiri þreyta, OR 1,54, 95%CI 1,14–2,09 Önnur vitsmunaskerðing, OR 1,29, 95%CI 1,01–1,65. Aðstandendur: Hegðunartruflanir að mati maka/fjöl-skyldu hafði neikvæð áhrif á félagslíf, geta til að fara í vinnu $p<0,05$ og tengd-ist skertri vitrænni getu, $p<0,05$
*von Vogelsang o.fl. 2015 Svíþjóð	Langtímarannsókn	T1: 6 mánuðum eftir SIB T2: 12 mánuðum eftir SIB T3: 24 mánuðum eftir SIB	N=88 með SIB	Hluti af niðurstöðum um kvíða var borinn saman við sænskt þýði	BI HADS STAI TICS Spurningar um aðra sjúkdóma og félagslegan stuðning	Meiri kvíði en hjá sænsku þýði (sem er 33%): T1: 39% SIB T2: 42% SIB T3: 44% SIB 59% með kvíða a.m.k. á einu tímabili fyrstu 2 árin eftir SIB Þunglyndi: T1: 25% T2: 28% T3: 30% Vitsmunaskerðing: T1: 21% T2: 16% T3: 14%	SIB-sjúklingar: Verri kvíði tengdist: Skorti á félagslegum stuðningi/vera einn á heimili, $p=0,006$ Skertri vitrænni getu, $p=0,006$ Skertu innsæi í eigið ástand, $p<0,001$ Að hafa ekki náð fullum bata $p<0,001$
Boerboom o.fl. 2014 Holland	Þversniðsrannsókn	4,4 mán	N=41 Aðstand- endur	Enginn	GCS GDS Li-Sat-9 (lífsánægja) SCQ UCL	23% þunglyndir 29% mikil veikinda- byrði 28% óánægðir með lífið	Aðstandendur: Skert aðlögun tengdist: Meiri veikindabyrði, $p=0,024$ Verra heilsufari aðstandenda, $p=0,013$ Minni lífsánægju, $p=0,025$. Betri leiðum til að takast á við áfall tengdist: Minna þunglyndi, OR=1,45; 95%CI: 1,07–1,97; $p=0,016$
Harris 2014 Bandaríkin	Þversniðsrannsókn	1–2 árum eftir SIB	N=134 með SIB	Enginn	BIPQ FSQ Spurningar um atvinnustöðu	42% með þunglyndi 36% höfðu lítinn félagslegan stuðning 44% sneru ekki aftur til vinnu, 15% kvenna sneru til baka í minna starfshlutfall og 10% karlanna í minna starfshlutfall	SIB-sjúklingar: Þættir sem spáðu fyrir um að ekki var snúið aftur til vinnu: Skert innsæi og tilfinningaleg vanlíðan vegna veikinda, ógiftir og með lítinn félagslegan stuðning, allt $p<0,05$
Hütter o.fl. 2014 Þýskaland	Þversniðsrannsókn	49,4 mánuðum eftir SIB	N=45 með SIB	N=40 makar	ALQI (SIP) BDI IES (streita) SCID	76% með SIB voru með einkenni um sálrænt áfall, þar af 27% með langvinna áfallastreituröskun 29% óttuðust nýja blæðingu 29% óttuðust stund-um nýja blæðingu	SIB-sjúklingar: Langvinn áfallastreituröskun: Því meira sálrænt áfall því meiri ótti við endurblaðingu, $p<0,001$ Tengsl voru milli alvarleika þunglyndis og endurupplifunar áfalls, $p<0,001$ Tengsl voru á milli verri lífsgæða og endurupplifunar áfalls, $p<0,001$ Skert lífsgæði tengdust alvarleika sál ræns áfalls, $p = 0,0058$ Almennt mikil einkenni: Endurupplifa áfall, $p<0,000$ Forðast áreiti tengt áfalli, $p<0,000$ Óttast endurblaðingu, $p=0,01$ Aðstandendur (makar): Verri lífsgæði vegna endurupplifunar áfalls samanborið við skerðingar á dag-legu lífi, $p<0,001$

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Mælitæki	Tíðni	Niðurstöður
			SIB	Samanburður			
*Kapapa o.fl. 2014 Þýskaland	Þversniðsrannsókn	ári eftir SIB 2 árum 5 árum 8 árum 10 árum	Samtals N=236 með SIB n=22 n=36 n=86 n=61 n=31	N=235 Aðstandendur Samanburður við þýskt þýði	QUASCH/PQUAS CH (lífsgæði/lífsgæði að mati aðstandenda): MOS-36 (lífsgæði) SF-36 (lífsgæði) SIP	49–73% með skert lífsgæði	SIB-sjúklinga Enginn marktækur munur á lífsgæðum milli ára
Noble og Schenk 2014 Þýskaland	Þversniðsrannsókn	3 árum eftir SIB	N=414 með SIB	Samanburður við aðra SIB- einstaklinga sem ekki höfðu tekið þátt í stuðn- ingshópi	HADS PDS (DSM-IV) (áfallastreituröskun) Spurningar um mat heilbrigðis- starfsmannsins á tilfinningatengdum vandamálum og spurningar um veittan stuðning	77% með sálfélagslega vanlíðan 33% með þröttleysi 74% með vitsmunalega erfiðleika 47% höfðu ekki fengið mat á einkennum 55% höfðu ekki fengið meðferð	SIB sem tóku þátt í stuðningshópum: Voru með kvíða (68,8%; 95%CI 64,4–73,3) Voru þunglyndir (45,2%; 95%CI 40,4–49,9) Voru með áfallastreituröskun (44,4%; 95%CI 39,6–49,3) Likur á að hafa fengið mat á sálrænu álagi eftir SIB: (OR 2,4, 95%CI 1,19– 3,50) og fengið meðferð (OR 1,95, 95% CI 1,10–3,48) en aðeins fengið almenntmat á líðan vegna álags eftir SIB: Skoðaðir (53,3%, 95%CI 47,8–58,8) Boðin meðferð (45,5%, 95%CI 40,0– 50,9) Fengið mat á líðan frá heilbrigðisstarfs- manni vegna sálfélagslegs álags eftir SIB (48%; 95%CI 43,2–52,9) Fengið stuðning eftir SIB (40,6%; 95%CI 35,8–45,3) Fengið lyfjameðferð (35,1%; 95%CI 27,8–42,4) og fengið samtalsmeðferð (34,5%; 95%CI 27,3–41,8) eða hvoru tveggja (30,4%, 95%CI 23,3– 37,4) vegna minnistrufllana, skertrar athygli, erfiðleika í hugsanaferli, p<0,0001, meðferð vegna sjóntrufllana, p<0,0001 og vegna sálræns álags, kvíða, þunglyndis og áfallastreituröskunar, allt p<0,0001
Covey o.fl. 2013 Bretland	Þversniðsrannsókn	13 mánuðum eftir SIB	N=69 með SIB	N=69 aðstandendur (n=69 ein- staklinga með SIB)	SF-36 Sérhæfður spurningalisti um ótta	22% aðstandenda greindu frá miklum ótta við endur- blæðingu en 19% einstaklinga með SIB 34% með SIB sögðust ekki óttast endur- blæðingu, en 17,4% aðstandenda	Aðstandendur: Ótti aðstandenda við endurbæðingu var meiri en hjá SIB-sjúkl., p<0,05 Aðstandendur lýstu: Minni félagslegri virkni, p<0,05, Tilfinningalegu orkuleysi, p<0,05 Verra heilsufari, p<0,05 Minni líkamlegri virkni, p<0,05 Geðsaga sjúklinga hafði neikvæð áhrif á: Félagslega virkni þeirra, p<0,001 Tilfinningalegt orkuleysi, p<0,05 Kvíði/þunglyndi, p<0,05
Kreiter o.fl. 2013 Bandaríkin	Langtímarannsókn	T1: eftir 3 mánuði T2: eftir 12 mánuði	N=216 með SIB	Enginn	CES-D mRS LIADL SIP TICS	T1: 38% með einkenni um þunglyndi T2: 34% með einkenni um þunglyndi 50% með sálfélagslegt álág	SIB-sjúklingar: Meira þunglyndi tengdist verri lífsgæðum, p<0,0005 og útskýrðu eftir- farandi breytur það: Félagsleg einangrun/skert samskipti við aðra, p=0,003 Þunglyndi hafði áhrif á yfir 70% breyti- leika heildaráhrifa veikindanna Líkam- leg einkenni bötundu síður hjá SIB með þunglyndi p=0,003
Vetkas o.fl. 2013 Eistland	Langtímarannsókn	1–10 árum eftir SIB M=4,5 ár	N=114 með SIB	N=917 Lífsgæði í samanburði við heilbriggt þýði N=3923	EST-Q SF-36	55% náðu góðum bata 36% með ófull- nægjandi bata 45% þurftu daglega aðstoð	SIB-sjúklingar: Samanborið við viðmiðunarhóp(a) voru SIB-sjúkl. með: Meiri tilfinningatengda vanlíðan, p=0,03 Verra almennt heilsufar, p=0,04

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Mælitæki	Tíðni	Niðurstöður
			SIB	Samamburður			
				Tilfinninga- tengd vandamál		35% sneru til vinnu Algeng einkenni: 47% síþreyta 46% svefntruflanir 30% þunglyndi 31% kvíði 15% viðáttufælni	Skert geta til að sækja vinnu og þung- lyndi tengdist: Svefntruflunum, $p<0,01$ Viðáttufælni, $p<0,006$ Síþreytu, $p<0,04$ Kvíða, $p=0,001$ 28% SIB leituðu eftir geðhjálpi: Vegna aukins þunglyndis, $p=0,002$ og þreytu, $p=0,04$. Síþreyta hafði neikvæð áhrif á alla þætti á lífsgæðakvarðanum, $p<0,0001$
Visser- Meily o.fl. 2013 Holland	Þversniðsrannsókn	3 árum eftir SIB	N=94 með SIB	Hóp skipt í tvennt: $n=70$ án áfallastreitu- röskun $n=24$ með áfallastreitu- rös kun	IES SS-QoL	26% með áfallastreituröskun	SIB sjúklingar: Áfallastreituröskun tengdist: Verri lífsgæðum, $p<0,001$ Meiri sálfélagslegum vandamálum, s.s. að sinna daglegum húsvörkum, minnis- truflunum, voru of þreyttir til að gera það sem þá langaði til og framtíðar- óvissu, $p<0,001$ Skert aðlögunarhæfni spáði fyrir um áfallastreituröskun (RR 5,7; 95% CI, 2,1–15,3)
Passier o.fl. 2012 Holland	Þversniðsrannsókn	1 ári eftir SIB	N=113 með SIB	N=62 makar/ fjölskylda SIB- sjúklinga	SS-QoL GOS UCL-p STAI-DY-1 BDI-II-NL CLCE-24 WAIS-III Stroop RAVLT CFT Brixton spatial Anticipation Test/ Phonological fluency (flókin vitsmuna- starfsemi)	54% með kvíða, 41% með þunglyndi og 83% með a.m.k. eina vitæna skerðingu 96% með a.m.k. eitt sálfélagslegt vandamál	SIB-sjúklingar: Verri lífsgæði tengdust kyni; konur í meiri hættu, $p<0,05$ Verri sálfélagsleg líðan skýrði betur breytileika á lífsgæðakvarða (43%) heldur en líkamleg geta Þættir sem höfðu neikvæð áhrif á lífsgæði: Kvíði, $p<0,05$ Þunglyndi, $p<0,05$ Skert vitæna geta (flókin vitsmunastarf- semi, minni, athygli), $p<0,05$ Tilfinningaleg vanlíðan, $p<0,05$ Skert aðlögunarhæfni, $p<0,05$
*Vilkki o.fl. 2012 Finnland	Þversniðsrannsókn	9–13 árum eftir SIB	N=101 með SIB	N=101 Makar Samamburður við álit aðstandenda og við tauga- sálfræðilega stöðu 1 ári eftir SIB	EQ-5D WAIS-R Spurningar um atvinnustöðu	49% með SIB ekki í vinnu þar af 36% sem höfðu háan aldur	SIB-sjúklingar: Betri lífsgæði tengdust: Að þekkja andlit aftur, $p=0,002$; betri vitænni getu, $p=0,005$; meiri sjálfsumönnunargetu og færni við ADL; varðveittum lærdómi, $p=0,001$; góðu minni, $p=0,006$ Atvinna: Engin vinna tengdist: Meira þunglyndi og kvíða $p=0,007$ Háum aldri $p<0,001$; meiri taugasál- rænni skerðingu, $p<0,001$; lágu menntunarstigi, $p<0,001$ Þættir sem spáðu fyrir um atvinnuþátt- töku voru: Yngri fólk, hærra menntunarstig, minni skerðing, allt $p<0,001$ Aðstandendur: Mat sjúklinga og maka þeirra á þung- lyndi og kvíða einu ári eftir SIB spáði fyrir um langtímahorfur og atvinnu- stöðu eftir SIB, $p=0,002$
*von Vogelsang o.fl. 2012 Svíþjóð	Þversniðsrannsókn	10 árum eftir SIB (spönn: 8,8–12,0 ár)	N=217 með SIB	N= 434 þýði einstaklinga með langvinna sjúkdóma	EQ-5D EQ-VAS GOS Spurningar um eigin skynjun á bata og fjölskyldustöðu	64% með vandamál tengd heilsutengdum lífsgæðum	SIB-sjúklingar: Meiri vandamál hjá SIB en saman- burðahópi; bæði mælingar og sjálfsskynjun: Hreyfigeta, $p<0,001$ Sjálfsumönnun, $p=0,002$ Virkni, $p<0,001$ Kvíði og þunglyndi, $p=0,001$ Verri lífsgæði, $p<0,001$ Meiri verkir og óþægindi, $p<0,001$

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Mælitæki	Tíðni	Niðurstöður
			SIB	Samanburður			
							Verri lífsgæði hjá yngri SIB (24–45 ára) en þeim sem voru eldri, $p<0,001$
*Berggren o.fl. 2011 Bretland <i>Hluti af rannsóknar niðurstöðum, sjá einnig Berggren o.fl., 2010a</i>	Blönduð rannsókn; eigindleg/megindleg	6 árum eftir SIB 11 árum eftir SIB	Sjúklingar með SIB ***N=26 Hópur 1 N=11 (11 ár) Hópur 2 N=15 (6 ár)	Aðstandendur ***N=26 Hópur 1 N=11 (11 ár) Hópur 2 N=15 (6 ár)	Staðlaðar viðtalsspurningar með sérhæfðum svarflokkum aðlagð að aðstæðum heima Minnispróf	Báðir hópar greindu frá erfiðleikum með að stunda sömu afþreyingu eftir áfall eða breytingum á afþreyingu (versla, sauma, ganga, lesa, skiða, hjóla og heimilisverk); 65% sjúklinga og 62% aðstandenda	SIB-sjúklingar: Þættir sem höfðu áhrif á félagslíf voru hávaði í umhverfi, þreyta og einbeitingarerfiðleikar, $p<0,05$ Aðstandendur: Samsvörun var í staðhæfingum sjúklinga og aðstandenda um breytingar á félagslífi í hópi 2, $p<0,001$, en ekki í hópi 1, $p<0,5$ sem sýnir að sjúklingar upplifa meira af vandamálum en þeir segja frá
Chahal o.fl. 2011 Nýja-Sjáland	Þversniðsrannsókn	5 árum eftir SIB	N=27 með SIB	N=26 Heilbrigðir einstaklingar	BI GDS LHS MRs SF-36 Taugasálfræðipróf: CVLT-II/LM/ROCF VPA BNT/COWA BD/MR/Bells test IPS/STROOP IVA	30% með þunglyndi 52% höfðu náð fullum bata	SIB-sjúklingar: Verri lífsgæði hjá SIB miðað við samanburðarhóp: Meiri taugasálræn ein-kenni/vitræn skerðing, allt $p<0,05$ Verra mál- og vinnsluminni, =0,001 Verri stýrifærni, $p=0,001$ Verra rökminni, $p=0,001$ Áttu erfitt með að taka við nýjum upplýsingum, $p=0,004$ Áttu erfitt með að þekkja andlit aftur en það hafði neikvæð áhrif á félagslega þátttöku, $p<0,01$ Slakari félagsleg þátttaka, $p=0,011$ Meiri sálfélagsleg vanlíðan, $p=0,044$ Verri tilfinningatengd líðan, $p<0,05$ Meira þunglyndi, $p=0,003$, andleg vanlíðan, $p<0,05$
Passier o.fl. 2011a Holland	Þversniðsrannsókn	1 ári eftir SAH	N=108 með SIB	**N=62 Samanburður tengdur taugaeinkennum hjá normalþýði	BDI-II-NL FSS STAI-DY-1 UCL-P Skimun eftir taugaeinkennum: WAIS-III RAVLT Rey-CFT Brixton Spatial Anticipation Test GOS	71% með síþreytu 19% með eina gerð vitsmunaskerðingar 53% með kvíða 31% með lítil til meðaleinkenni þunglyndis	SIB-sjúklingar: Preyta tengdist: Meiri líkamlegri skerðingu, RR 1,62, 95%CI 1,29–2,02 Skertri aðlögun, RR 1,46 95%CI 1,13–1,87 Kvíða, RR 1,53, 95%CI 1,17–2,02 Þunglyndi, RR 1,36, 95%CI 1,08–1,72 Meiri vitsmunanlegri skerðingu, $p<0,001$
Passier o.fl. 2011b Holland	Þversniðsrannsókn	2–4 árum eftir SIB	N=141 með SIB		LiSat-9 HADS FSS CFQ UCL-P EPQ-N	62% ánægðir með lífið 89% ánægðir með hjónaband, 84% ánægðir með fjölskyldulífið, 89% ánægðir með sjálfs-umönnunargetu, 52% ánægðir með vinnuna, 52% ánægðir með kynlífið/nándina við maka, 35% aftur í vinnu, 61% í vinnu fyrir SIB	SIB-sjúklingar: Lífsánægja: Meiri hjá SIB-sjúkl. án líkamlegrar skerðingar við útskrift, $p=0,001$ Geta til sjálfsumönnunar, RR 1,2, 95%CI 1,01–1,45 Betri fjárhagsstaða, RR 1,5, 95%CI 1,02–2,15 Betra kynlíf/nánd við maka, RR 1,4, 95%CI 0,88–2,10 Í vinnu aftur, $p=0,007$ 47% breytileika lífsánægju tengdist: Snúa aftur í vinnu, $p=0,013$ Minna þunglyndi/kvíða, $p=0$ Betri aðlögun, $p=0,003$
Baisch o.fl. 2011 Þýskaland	Þversniðsrannsókn	18 mán. eftir SIB	N=60 með SIB	Hóp skipt í tvennt: n=22 með áfallastreitu-röskun n=38 án áfallastreituröskunar	PDS (DSM-IV-TR) Sérhæfðir spurningalistar 1) meðvitund 2) minni 3) streita tengd atburði TEA RBMT-E BADS	37% með áfallastreituröskun 18% mundu ekki eftir áfalli 47% mundu alla atburðarás 35% mundu að hluta 13% greind með geðröskun einhvern tíma	SIB-sjúklingar: Einstaklingar með áfallastreituröskun voru yngri (M=47, IQR=43–54) en einstaklingar án áfallastreituröskunar (M=57, IQR=47,5–62), $p=0,004$ Meðvitundarleysi í kjölfar SIB tengdist götum í minni af atburðarás, $p<0,0001$ Aukin streita og hugsanir eins og „ég hefði getað dáið“ spáði fyrir um áfallastreituröskun (OR=1,30, 95%CI 1,10–1,55), $p=0,004$

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Mælitæki	Tíðni	Niðurstöður
			SIB	Samanburður			
Berggren o.fl. 2010b Bretland <i>Hluti af rannsóknar- niður stöður, sjá einnig Berggren o.fl., 2011</i>	Blönduð rannsókn; eigindleg/megindleg	3 árum eftir SIB	Sjúklingar með SIB ***N=26 Hópur 1 N=11 (11 ár) Hópur 2 N=15 (6 ár)	Aðstandendur ***N=26 Hópur 1 N=11 (11 ár) Hópur 2 N=15 (6 ár)	Viðtalsspurningar Minnispróf	65% SIB-sjúkl. með einbeitingarskerðingu 62% aðstandenda töldu SIB-sjúkl. með einbeitingarskerðingu	Samanburður á SIB og aðstandendum: SIB-sjúkl. dæmdu betur um eigin minnstruflanir (STM og LTM) en aðstandendur í báðum hópum í saman- burði við minnispróf SIB-sjúklinga, p<0,01
*Meyer o.fl. 2010 Þýskaland	Langtímarannsókn	T1: við útskrift eftir SIB T2: 12 mánuðum eftir SIB	N=113 með SIB	Enginn	SF-36 EQ-5D EQ-VAS BI mRS BDI MMSE	62% með einkenni um þunglyndi eftir ár	SIB-sjúklingar: Hlutfall sjúklinga með þunglyndisein- kenni jókst úr 25% við útskrift í 62% eftir 12 mánuði, p<0,001 Áhættuþættir sem útskýrðu verri lífsgæði hjá ~50% (R ²): Konur, stærð blæðingar, meira fötlun, þunglyndi, minni menntun og óstöðug hjúskapar- staða
Passier o.fl. 2010 Holland	Þversniðsrannsókn	*3 mán. eftir SIB	N=111 með SIB	**N=62 Samanburður tengdur tauga- einkennum hjá normal þýði	CLCE-24 WAIS III RAVLT Rey-CFT BDI STAI-DY-1	95% með vitsmuna- lega skerðingu eða tilfinningatengda vanlíðan 80% með a.m.k eina gerð vitsmuna- skerðingar 93% a.m.k eina tegund tilfinninga- tengdrar vanlíðanar 52% með kvíða 32% með þunglyndi	SIB-sjúklingar: Ástæður vitsmunaskerðingar: Minnstruflanir; seinkað vinnsluminni og skert skammtímaminni, allt p=0,001 Skert athygli, p=0,019 Gaumstol, p=0,001 Skert flókin vitsmunastarfsemi, p=0,047 Sálfélagsleg vanlíðan tengdist: Þunglyndi, p=0,0001 Kvíða, p=0,0001
Visser- Meiley o.fl. 2009 Holland	Þversniðsrannsókn	2–4 árum eftir SIB	N=141 með SIB	Enginn	SS-QOL HADS FSS Rey-CFT UCL EPQ GOS	32% með kvíða 23% með þunglyndi 67% með þreytu- einkenni	SIB-sjúklingar: Hærri einkunn á lífsgæðakvarða tengdist betri: Líkamlegri heilsu, p<0,001 Betri andlegri líðan, minni þreytu og betri vitrænni getu, allt p<0,001 Verri lífsgæði tengdust: Verri tilfinningalegri líðan og verri vitrænni getu, verri líkamlegri færni, andlegri vanlíðan, þreytu, taugaveiklun og skertri aðlögun, allt p<0,01
Noble og Schenk, 2014 Bretland	Þversniðsrannsókn	3,5 mán.	N=86 Aðstand- endur (n=86 sjúklingar með SIB)	Hóp skipt í tvennt: þeir sem voru með áfalla- streituröskun (n=22) og án áfallastreitu- röskunar (n=64) Tölur frá bresku þýði	PDS (PTSD) BCI FIM-MS TEA BADs RBMT-E HADS	26% aðstandenda með áfallastreitu- röskun sem er þrefalt algengari en hjá almennu bresku þýði (8%)	Aðstandendur: 77% þeirra sem voru með áfallastreitu- röskun voru með skerta virkni og skerta aðlögunarhæfni, OR = 4,292, 95%CI 2,070–8,899; p<0,0001 Önnur einkenni: Meira örvæntingafullir, p<0,004 Í afneitun, p<0,003 Drógu sig í hlé, p<0,0001 Með sjálfsásakanir, p<0,004 Forðuðust að tala um áfall, voru á varðbergi, endurupplifðu áfall o.þ.h., p<0,0001
Noble o.fl. 2008 Bretland	Langtímarannsókn	T1: 3 mánuðum eftir SIB (n=105) T2: 13 mánuðum eftir SIB (n=95)	N=105 með SIB	N=87 Tölur frá bresku þýði varðandi svefn, þreytu, áfalla- streituröskun og minni	FIM-MS SF-36 PTD (PTSD) MFSI-SF (þreyta) PSQI (svefn) RBMT-E BADs TEA MMSE BCI	37% SIB með áfallastreituröskun á T1+T2 sem er fjórfalt algengari en hjá bresku þýði (8%) T1 59% m/sjúklega þreytu 45% með svæsna svefnerfiðleika 4,1% háðir umönnun T2 36% m/sjúklega þreytu	SIB-sjúklingar: Skert aðlögunarhæfni spáði fyrir um áfallastreituröskun og verri andlega líðan, p<0,0001 þar sem yngra fólk var í meiri hættu, p<0,005. Áfallastreituröskun tengdist skertri virkni og líkamlegri getu, þreytu og verri svefni, p<0,0001 T1. Einstaklingar með SIB Áfallastreituröskun hafði neikvæð áhrif á: Lífsgæði, p<0,006; svefn, p<0,007 og þreytu, p<0,008

Heimild Ár Land	Aðferð	Tími eftir áfall Mælingar	Úrtak		Mælitæki	Tíðni	Niðurstöður
			SIB	Samanburður			
						37% m/svæsna svefnerfiðleika 8% háðir umönnun	T2: Einstaklingar með SIB Áfallastreituröskun hafði neikvæð áhrif á: Lífsgæði; $p<0,05$; svefn; $p<0,007$ og þreytu, $p<0,0008$ Lífsgæði betri á T2 en T1, $p<0,006$, skýrt með betri félagslegri þátttöku og færri tilfinningatengdum vandamálum
Wermer o.fl. 2007 Holland	Þversniðsrannsókn	8,9 árum eftir SIB	N=610 með SIB	Samanburður við óskilgreint normalþýði	HADS Viðtöl með hálf- leiðandi spurningum	26% hættu að vinna 24% m/stytttri vinnutíma og/eða minni ábyrgð 7% fráskildir vegna SIB-vandamála 59% persónuleika- breytingar, þar af 37% þíringur og 29% önnur tilfinninga- tengd vandamál 17% með þreytu 12% höfuðverk 12% einbeitingar- erfiðleika 8% svima	SIB-sjúklingar: Atvinnustaða: Vinnustundir fyrir SIB 35 stundir/viku (95%CI 33,9–36,5; spönn 4–80) Vinnustundir eftir SIB 30 stundir/viku (95%CI 28,7–31,8; spönn 2–80) Hjúskaparstaða: 7% fráskildir vegna SIB-vandamála (95%CI; 5–9%). Kvíði/þunglyndi: Þunglyndi meira ($M=6,2\pm3,1$) en hjá normalþýði ($M=3,4\pm3,3$, OR 2,8, 95%CI 2,3–3,3) Meiri kvíði ($M=5,4\pm3,9$) en hjá normal- þýði ($M=5,1\pm3,6$, OR 0,3; 95%CI 0,3–0,9)

* Niðurstöður eftir eins mánaðar eftirfylgd, tilvísun í þær vegna svipaðra niðurstaðna eftir þrjá mánuði og 12 mánuði sem voru ekki birtar; **Sami samanburðarhópur í tveimur rannsóknum (Passier o.fl., 2010; Passier o.fl. 2011a); ***Sömu rannsóknahópar í tveimur rannsóknum (Berggren o.fl., 2010b; Berggren o.fl., 2011).

Mælitæki:

ALQI (Aachen life quality inventory); BADS (Behavioural assessment of the dysexecutive syndrome); BCI (Brief coping inventory); BD (Block design); BDI (Beck depression inventory); Bells test (Visual neglect); BI (Barthel Index); BIPQ (Brief illness perception questionnaire); BISC (Brain injury symptom checklist); BISC-Cog (BISC; cognitive complaints); BISC-EL (BISC; emotional lability); BISC-Fat (BISC; fatigue); BISC-HA (BISC; headache); BNT (Boston naming test); Brixton spatial anticipation test (executive function/strategic thinking); CES-D (Center for epidemiological studies depression scale); CIQ (Community integration questionnaire); CIRS (Cumulative illness rating scale); CISS (coping inventory for stressful situations); CFQ (Cognitive failure questionnaire); CLCE-24 (Checklist for cognitive and emotional consequences following stroke); COWA (Controlled oral word association test); CVLT-II (California verbal learning test, 2. útg.); DEX/DEX proxy (Dysexecutive Questionnaire); DEX-EC (Dysexecutive Questionnaire; Executive cognition scale); DEX-EC proxy (Dysexecutive Questionnaire; Executive cognition scale for proxy); DEX-SC (Dysexecutive Questionnaire; Social convention); DEX-SC (Dysexecutive Questionnaire; Social convention for proxy); EPQ-N (Eysenck personality questionnaire); EST-Q (Emotional state questionnaire); EQ-5D (EuroQol-five dimension scale); EQ-VAS (EuroQol-visual analog scale); FIM-MS (Functional independence measure motor score); FSS (Fatigue severity scale); FSQ (Functional status questionnaire); GCS (Glasgow coma scale); GDS (Goldberg despression scale); GOS (Glasgow outcome scale); Grooved pegboard test; HADS (Hospital anxiety and depression scale); IES (Impact of event scale); IPA (Impact on participation and autonomy); IPS (Information processing speed); IVA-CPT (Integrated visual auditory- Continuous

performance test); LHS (London handicap scale); LIADL (Lawton instrumental activities of daily living scale); LiSat-9 (Life satisfaction questionnaire); LM (Logical memory); LM-I-II (Long memory subtest I-II); MMSE (Mini mental state examination); MoCa (Montreal cognitive assessment); mRS (modified Rankin Scale); MFSI-SF (Multidimensional fatigue symptom inventory-short form); OGQ (Occupational gaps questionnaire); PAOF (Patients assessment of own functioning); PDS (Post-traumatic diagnostic scale); PGWB (Psychological general well-being); PSQI (Pittsburgh sleep quality index); Phonological fluency (concept generation test); QOLS (Quality of life scale); QUASCH/PQUASCH (Questionnaire on subarachnoid hemorrhage-byggt á MOS-36/12, SF-36/12 og SIP); RAVLT (Rey auditory verbal learning task); RBMT-E (Rivermead behavioural memory test- extended version); Rey-CFT (Rey complex figure test-visuospatial functioning); ROCF (Rey-Osterreith complex figure); RRL (Role resumption list); RNL (Reintegration to normal living); SF-36/12 (Short form health survey); SCID (Structured clinical interview for DSM diagnosis); SCQ (Sense of competence questionnaire); SIP (Sickness impact profile); SIS (Stroke impact scale); SNAQ (Southampton needs assessment questionnaire); STAI (State trait anxiety inventory); SS-QoL (Stroke-Specific-Quality of Life Scale 2.útg.) Stroop (Cognitive speed, set-shifting, response inhibition); Stroop color word test (Attention test); TEA (Test of everyday attention); TICS (Telephone interview of cognitive status); TMT (Trail making test); UCL (Utrecht coping list questionnaire); VPA (Visual paired associates); WAIS-III (Wechsler adult intelligence scale III); WAIS-R (Wechsler adult intelligence scale-revised); WLQ (Work limitations Questionnaire); WMS-III (Wechsler memory scale III).

Þróun skimunartækisins HEILUNG

Útdráttur

Tilgangur: Þegar ungt fólk byrjar í framhaldsskóla er það líklegt til að stunda áhættu hegðun, eins og að neyta áfengis, heldur en þeir sem yngri eru. Tilgangurinn með því að þróa þetta skimunartæki er að meta á heildrænan hátt heilbrigði ungs fólks ásamt undirliggjandi áhættuþáttum, áhættu hegðun og verndandi þáttum. Tækið er ætlað skólahjúkrunarfræðingum í framhaldsskólum.

Aðferð: Þróun skimunartækisins HEILUNG byggðist á kenningu um seiglu, fræðilegri úttekt á rannsóknnum um heilbrigði unglinga og ungs fólks og skoðun á matstækjum og skimunartækjum sem notuð hafa verið til að meta heilbrigði (áhættu hegðun, áhættuþætti og verndandi þætti) ungs fólks. Á undirbúningsstigi voru spurningar metnar af fjórum sérfræðingum og var það auk þess lagt fyrir sex ungmenni.

Niðurstöður: Þegar undirbúningsvinna HEILUNG var komin á loka-
stig innihélt það 34 spurningar. Spurningarnar komu inn á andlega, líkamlega, félagslega og kynferðislega þætti voru en einnig um lífsstíl ungs fólks og gefa þannig heildræna sýn á heilbrigði þess. Það tekur 2–4 mínútur að svara spurningunum. Skimunartækið var byggt upp þannig að fyrst komu spurningar um verndandi þætti, því næst fylgdu spurningar um áhættuþætti og áhættu hegðun. Svarmöguleikar á skimunartækinu voru settir fram þannig að auðvelt væri fyrir skólahjúkrunarfræðing í klínísku starfi að lesa úr því.

Ályktanir: Skimunartækið byggist á gagnreyndri þekkingu. Ekkert skimunartæki fannst sem bæði metur áhættuþætti og áhættu hegðun en jafnframt verndandi þætti. Þegar HEILUNG var útbúið var ekkert slíkt skimunartæki í notkun meðal skólahjúkrunarfræðinga sem störfuðu í framhaldsskólum hér á landi. Eins og önnur skimunartæki þá er HEILUNG ætlað að gefa grófa mynd af viðfangsefninu, í þessu tilfelli heilbrigði ungs fólks. Næsta skref er að forþróa skimunartækið við klínískar aðstæður.

Lykilord: Skimunartæki, áhættuþættir/áhættu hegðun, verndandi þættir, ungt fólk

Þróun skimunartækisins HEILUNG

Inngangur

HEILUNG er skimunartæki sem er ætlað skólahjúkrunarfræðingum til að meta heilbrigði ungs fólks í framhaldsskólum. Hugtakið HEILUNG vísar til tveggja hugtaka sem eru Heilbrigði (HEIL) og Ungt fólk (UNG). Lögð var áhersla á að HEILUNG gæfi grófa heildarmynd af heilbrigði ungs fólks og innihéldi atriði um andlegt, líkamlegt, félagslegt og kynferðislegt heilbrigði en jafnframt um lífsstíl þess. Það endurspeglar þá grundvallarþætti heilbrigðis sem fram koma í skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) á heilbrigði frá 1948 sem miðast við líkamlegt, andlegt og félagslegt heilbrigði (WHO, 2006). Þess var gætt að það hefði á að skipa atriðum sem flokka mætti sem áhættuþætti/áhættu hegðun og verndandi þætti. Tilgangurinn með skimunartækinu var því að skoða heilbrigði ungs fólks á heildrænan hátt með tilliti til áhættuþátta, áhættu hegðunar og verndandi þátta.

Mikilvægt er að þróa skimunartæki fyrir íslenskt ungt fólk í framhaldsskólum þar sem áhættu hegðun eykst töluvert á árunum 16–20 ára. Áfengisneysla meðal nema á fyrsta ári í framhaldsskóla er mun meiri en meðal nema í 10. bekk í grunnskóla (Rannsóknir og greining (RG), 2014). Í rannsókn RG árið 2013 kom einnig fram að ungt fólk glímur við margs konar vandamál, eins og þunglyndi og einmanaleika. 20% pilta og 40% stúlkna sögðust hafa verið niðurdregin eða döpur á síðustu 30 dögum og 22% pilta og 35% stúlkna sögðust hafa verið einmana. Nauðsynlegt er að fyrirbyggja áhættu hegðun unglinga eða draga úr henni því hún getur haft áhrif á fullorðinsárum (Rew og Horner, 2003). Það er því mikilvægt að skima eftir áhættuþáttum og áhættu hegðun en jafnframt verndandi þáttum og beina ungu fólki inn á betri brautir ef nauðsyn krefur. Ekkert skimunartæki hefur hingað til verið í notkun meðal skólahjúkrunarfræðinga í framhaldsskólum hér á landi. Mikil þörf er á því að útbúa slíkt skimunartæki sem hentað getur þeim í klínísku starfi með ungu fólki.

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Nýjungar: Skimunartækið HEILUNG byggist á atriðum sem bæði mæla verndandi þætti og áhættuþætti, áhættu hegðun

Hagnýting: Þetta er í fyrsta sinn hér á landi sem slíkt skimunartæki er útbúið til að auðvelda skólahjúkrunarfræðingum að meta heilbrigði ungs fólks í framhaldsskólum

Þekking: Skimunartækið HEILUNG mun á skjótan hátt geta veitt upplýsingar um heilbrigði ungs fólks

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Skimunartækið HEILUNG mun geta gefið grófa heildarmynd af heilbrigði ungs fólks

Aðferð

Gerð og prófun á HEILUNG felst í fjórum áföngum. Í fyrsta áfanganum, sem hér er lýst, er gerð grein fyrir upphaflegri gerð og mikilvægi skimunartækisins. Í þeim næsta verður gerð grein fyrir forprófun á HEILUNG; í þriðja áfanga verður fjallað um rýnihóparannsókn meðal ungs fólks um HEILUNG og í þeim fjórða verður HEILUNG lagt fyrir unglinga í nokkrum framhaldsskólum. Við gerð skimunartækisins, sem hér er lýst, var að miklu leyti fylgt eftir fjórum af átta skrefum DeVellis (1991) um þróun mælitækja. Þau fólust í því að ákveða hvað ætti að mæla (kenning, fræðilegur grunnur) (1), búa til atriðasafn (2), ákveða mælingu atriðanna (3) og fá mat sérfræðinga á spurningunum (4). Önnur skref samkvæmt DeVellis (1991) ýmist áttu síður við um þróun skimunartækja (8) eða áttu betur við um formlega forprófun mælitækja (5, 6, 7, 8). Þessi atriði (5, 6, 7) voru framkvæmd að vissu marki við þróun á HEILUNG eins og fram kemur í töflu 1.

Tafla 1. Yfirlit yfir skref DeVellis (1991) við þróun matstækja og hagnýting þeirra við þróun á HEILUNG

Meginatriði DeVellis		Þróun skimunartækisins HEILUNG
1. skref	Ákveða hvað skuli mæla	Byggt á kenningarlegum og fræðilegum grunni (rannsóknnum og mats- og skimunartækjum)
2. skref	Búa til atriðasafn	Spurningar um andlega, félagslega og kynferðislegarætti og lífsstílsþætti
3. skref	Ákveða tegund kvarða	Nafnkvarði, raðkvarði, hlutfallskvarði og flokkunarkvarði
4. skref	Fá mat sérfræðinga á spurningunum	Fjórir sérfræðingar mátu atriðin. Tveir hjúkrunarfræðingar með doktorspróf, tölfræðingur og einn skólahjúkrunarfræðingur
5. skref	Setja inn atriði til að auka réttmæti	Fleiri en ein spurning var um sjálfsmýnd og sjálfstrú
6. skref	Leggja spurningar fyrir þróunarhóp	Sex ungmenni á aldrinum 17–24 ára svöruðu skimunartækinu. Einn var 24 ára en hin 20 ára eða yngri
7. skref	Meta athugasemdir þróunarhóps	Gerðar ýmsar breytingar á spurningunum í kjölfar mats á þeim
8. skref	Hafa sem besta lengd spurningalistans	Átti síður við um skimunartæki

Kenningarlegur grunnur

Við gerð skimunartækisins HEILUNG var lögð til grundvallar-kenning um seiglu. Í henni er lögð áhersla á að til staðar sé bæði áhætta eða áhættuþættir og verndandi þættir (e. protective factors) (Fergus og Zimmerman, 2005; Lee o.fl., 2012; Rew og Horner, 2003). Þó í kenningunni felist að einstaklingurinn standi frammi fyrir áhættu er megináhersla lögð á styrkleika (verndandi þætti) einstaklingsins (Fergus og Zimmerman, 2005). Seigla á við um það að einstaklingurinn verði sterkur-þrátt fyrir alls kyns andstreymi (Zolkoski og Bullock, 2012).

Áhættuþættir geta bæði verið innri og ytri hættur/ógnir sem gera einstaklinginn viðkvæmari fyrir erfiðleikum á þroskaferlinu og geta valdið heilsutjóni (Engle o.fl., 1996). Getu þeir verið í alls konar samsetningu (Barrett og Constas, 2014; Greenberg, 2006) og fjöldi þeirra getur skipt máli. Einn áhættuþáttur hefur kannski ekki mikil áhrif en þegar fleiri koma saman geta áhrifin orðið mun meiri (Zolkoski og Bul-

lock, 2012). Dæmi um áhættuþætti er lítið sjálfstraust, erfiðleikar í skóla, geðrænir erfiðleikar, ofbeldi á heimili, óheppilegar uppeldisaðferðir, félagsleg einangrun og ekki góð tengsl við félag (Sigrún Aðalbjarnardóttir, 2016). Að sögn Jessor (1991) felst í því að taka áhættu möguleiki á neikvæðum áhrifum varðandi sjúkleika (e. morbidity) og dauða (e. mortality) sem er svörun við innri eða ytri álagsþáttum. Íðulega stundar einstaklingurinn margs konar áhættuhegðun en síður er um staka áhættuhegðun að ræða (Rew og Horner, 2003). Dæmi um áhættuhegðun er að reykja, drekka áfengi, nota vímuefni, s.s. hass og maríjúana, og stunda áhættusama kynhegðun.

Verndandi þættir eru þeir þættir sem varða einstaklinginn líkamlega, andlega og félagslega. Jafnframt geta þeir verið í sambandi við fjölskyldu, nærumhverfi hans, samfélagið og menninguna (Fergus og Zimmerman, 2005; Sigrún Aðalbjarnardóttir, 2016; Zolkoski og Bullock, 2012). Verndandi þættir hjálpa til við að skapa jákvæð áhrif eða draga úr neikvæðum áhrifum (Fergus og Zimmerman, 2005). Dæmi um verndandi

þætti er sjálfstraust, trú á eigin getu, góð geðheilsa, menntun, örugg tilfinningatengsl við umönnunaraðila, góð samskipti við foreldra og góð tengsl við nána vini (Sigrún Aðalbjarnardóttir, 2016). Sjá má af þessum dæmum að áhættuþættir eru oft andstæða verndandi þátta (lítið sjálfstraust andstætt meira sjálfstrausti).

Fræðilegur grunnur fyrir mikilvægi atriða á skimunartækinu

Áhættuþættir og áhættuhegðun

Lítill sjálfsvirðing, neikvæð líkamsímynd, takmörkuð tengsl við foreldra og lítill stuðningur geta skapað áhættu og tengst vanlíðan og áhættusamri hegðun. Sýnt hefur verið fram á að unglingar með litla sjálfsvirðingu eru mun verr settir hvað líðan varðar en hinir sem bera virðingu fyrir sjálfum sér. Niðurstöður McClure og félaga (2010) sýndu að lítill sjálfsvirðing tengdist

ofþýngd og offitu, uppreisnaranda og spennusækni. Í langtímarannsókn Kutob og félaga (2010) kom fram að sá þáttur sem hafði aðalforspárgildi um sjálfsvirðingu unglingsstúlkna var útlit þeirra. Ýmsar rannsóknir benda til að ungt fólk sem ekki er gagnkynhneigt eigi við vanlíðan að stríða og skorti stuðning frá öðrum. Rannsókn Vanden Berghe og félaga (2010) meðal ungmenna sem voru lesbísk, samkynhneigð og tvíkynhneigð sýndi að stærsti áhrifavaldur á geðheilbrigði þeirra var skortur á styðjandi samskiptum. Jafnframt kom fram í rannsókn Needham og félaga (2010) að ungar lesbískar eða tvíkynhneigðar ungar konur greindu frá minni stuðningi frá foreldrum en gagnkynhneigðar konur. Þær voru líklegri að vera með sjálfsvígshugsanir og nota fíkniefni. Þær sem voru tvíkynhneigðar voru líklegri að vera með þunglyndiseinkenni og drekka ótæpilega. Samkynhneigðir ungir karlmenn greindu frá minni stuðningi en þeir sem voru gagnkynhneigðir eða tvíkynhneigðir.

Verndandi þættir

Rannsóknir hafa sýnt margvísleg tengsl á milli sjálfsvirðingar (e. self esteem), sjálfstrúar (e. self-efficacy), líkamsmyndar, gengis í skóla, hreyfingar, næringar, geðheilsu og samskipta við foreldra. Rannsókn meðal ungmenna hér á landi sýndi að heilbrigðishegðun í formi líkamlegrar hreyfingar og neysla ávaxta og grænmetis tengdist sjálfsvirðingu (Kristjánsson o.fl., 2010). Fram kom í rannsókn McClure og félaga (2010) að þau ungmenni sem stóðu sig betur í skóla og voru í hópípróttum voru í minni hættu að hafa litla sjálfsvirðingu. Rannsóknir hafa einnig leitt í ljós tengsl sjálfsvirðingar og námsárangurs við vímuefnanotkun. Í rannsókn Wheeler (2010) kom fram að stúlkur með meiri sjálfsvirðingu og betri námsárangur voru mun ólíklegri að nota vímuefni ári síðar. Þær sem fengu A eða B á prófum í stað C voru mun ólíklegri að nota vímuefni. Einnig var námsgeta tengd ábyrgu kynlífi. Stúlkur með að meðaltali A í stað C á prófum voru mun ólíklegri að vera byrjaðar að stunda kynlíf ári síðar. Það hefur sýnt sig að foreldrar gegna mikilvægu hlutverki í velferð barna sinna. Unglingar sem áttu foreldra sem voru næmir á þarfir barna sinna og gerðu þroskacröfur til þeirra höfðu meiri sjálfsvirðingu (McClure o.fl., 2010). Í rannsókn Piko og Hamvai (2010) kom fram að ungmenni af báðum kynjum gátu rætt um vandamál við foreldra sína en stúlkur þó í meira mæli og tengdist það lífsánægju þeirra. Sýnt hefur verið fram á að sjálfstrú hefur jákvæð tengsl við marga verndandi þætti eins og andlega líðan og hreyfingu. Fram kom í rannsókn Loton og Waters (2017) að sjálfstrú skipti verulega miklu máli sem áhrifabreyta á milli styrkjandi uppeldishátta foreldra (e. strength-based parenting) og hamingju ungmenna og þess að draga úr andlegri vanlíðan (þunglyndi og kvíða) þeirra. Í rannsókn Spence og félaga (2010) kom í ljós að sjálfstrú meðal stúlkna hafði sterkari tengsl við líkamlega hreyfingu en hjá piltum. Jafnframt sýndi rannsókn Kololo og félaga (2012) minni líkur á lítilli hreyfingu meðal þeirra sem höfðu mikla sjálfstrú og átti það við bæði kyn. Sjálfstrú hafði mesta forspárgildi í sambandi við að vinna gegn hreyfingarleysi og í næsta sæti var líkamsmynd.

Það er ljóst af þessari umfjöllun um áhættuþætti, áhættu-

hegðun og verndandi þætti að heilbrigði ungs fólks er margþætt fyrirbæri sem felur í sér líkamlega, andlega, félagslega og kynferðislega þætti og ýmislegt sem tengist lífsstíl. Sjálfsvirðing og sjálfstrú eru mikilvægir verndandi þættir en jafnframt góð tengsl við foreldra og vini. Að auki er skólinn sjálfur mikilvægur bakhjarl og sá námsárangur sem einstaklingurinn nær þar er greinilega mikill áhrifavaldur um velferð hans.

Matstæki og skimunartæki sem meta heilbrigði unglinga

Meginmunur á skimunartæki og matstæki er sá að skimunartæki er notað við klínískar aðstæður, það hefur fremur fáar spurningar, oft um 10–40, og tekur stuttan tíma að svara (de Vaan o.fl., 2016; Martin og Winters, 1998). Jafnframt þarf að vera auðvelt að lesa úr því. Því er ætlað á grófan hátt að greina vísbendingar um heilsufarsleg vandamál og/eða áhættuhegðun og í framhaldinu fer viðkomandi í nánara greiningarferli ef þörf krefur (Martin og Winters, 1998).

Lengi hefur verið lögð mikil áhersla á að skoða áhættuþætti og áhættuhegðun unglinga og ungs fólks. Þetta hefur verið gert með matstækjum en einnig skimunartækjum. Fyrst verður sjónum beint að matstækjum en síðar að skimunartækjum.

Matstæki

Á vegum bandarísku miðstöðvarinnar um sjúkdómavarnir hefur könnunin Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS) verið lögð fyrir í skólum í Bandaríkjunum í mörg ár meðal unglinga (CDC, e.d.). YRBSS byggist á sex meginflokkum áhættuhegðunar sem geta verið áhrifavaldar helstu dánarorsaka og fötlunar meðal ungs fólks og fullorðinna. Þetta eru flokkarnir: a) hegðun sem tengist ófyrirséðum skaða eða ofbeldi, b) kynhegðun sem tengist óráðgerðum þungunum og kynsjúkdómum, einnig HIV, c) neysla áfengis og annarra vímuefna, d) tóbaksnotkun, e) óheilbrigðar matarvenjur og f) ónóg hreyfing (CDC, e.d.). Í YRBSS er mest áhersla lögð á áhættuhegðun.

Gerðar hafa verið rannsóknir hérlandis þar sem notuð eru matstæki til að leggja mat á heilbrigði ungs fólks. Rannsóknir og greining hefur gert rannsóknir nokkuð reglulega frá árinu 1992 til þess m.a. að skoða skólagöngu, líkamlegt, andlegt og félagslegt heilbrigði. Spurningar koma inn á verndandi þætti jafnt sem áhættuþætti og áhættuhegðun. Eins hefur á vegum Embættis landlæknis verið gerð rannsókn nokkuð reglulega frá árinu 2007 sem nefnist *Heilsa og líðan Íslendinga* og nær hún meðal annars til ungs fólks 18 ára og eldra (Embætti landlæknis, 2012). Báðar þessar íslensku rannsóknir meðal ungs fólks eru byggðar á matstækjum en eru ekki klínísk skimunartæki.

Matstæki sem hafa verið notuð erlendis til að meta verndandi þætti ungs fólks hafa til dæmis verið 10 atriða matstæki Rosenberg (1989) um sjálfsvirðingu (e. self-esteem scale) og 10 atriða matstæki Schwarzer og Jerusalem (1995) um almenna sjálfstrú (e. general self-efficacy scale). Einnig má nefna matstæki til að meta seiglu (e. resilience scale) ungs fólks, sem er 25 atriða (Wagnild og Young, 1993). Á vegum Search Institute í Bandaríkjunum hefur verið útbúið Developmental Asset Pro-

file (DAP) sem er matstæki til að meta innri styrk unglunga og ytri stuðning þeirra (Search Institute, e.d.). Það hefur verið notað frá árinu 2005. Það mælir m.a. sjálfsvirðingu, sjálfstrú, sjálfstjórn, lífsgildi, færni í samskiptum og stuðning frá öðrum.

Eina matstækið sem fannst þar sem bæði var lögð áhersla á að meta áhættuhegðun og verndandi þætti ungmenna var Adolescent Health Attitude and Behavior Survey (AHABS) sem útbúið var til að meta algengi áhættuhegðunar, viðhorf til kynhegðunar og verndandi þætti meðal nema í 9.–12. bekk (Reininger o.fl., 2003).

Skimunartæki

Gerð hafa verið ýmis skimunartæki um afmarkaða þætti heilbrigðis hjá unglingum, eins og um vímuefnanotkun, áfengisnotkun, tóbaksnotkun, truflað átmynstur og sjálfsvígshættu (Joiner o.fl., 2002; Kelly o.fl., 2014; Markowitz o.fl., 2010; Yudko o.fl., 2007). Hér var hins vegar lögð áhersla á að skima eftir heilbrigði ungs fólks á heildrænan hátt. Sem dæmi um slíkt skimunartæki er bandarískt skimunartæki þar sem áhersla er lögð á áhættuþætti og áhættuhegðun. Þetta er skimunartækið RAAPS (Rapid Assessment for Adolescent Preventive Services) sem er með 21 atriði (Yi o.fl., 2009). Það inniheldur spurningar um matarvenjur og megrunaraðferðir, líkamlega hreyfingu, öryggismál og ofbeldi, notkun tóbaks, neyslu áfengis og annarra vímuefna, kynhegðun, andlega líðan og stuðning fullorðinna. Það tekur um 5–7 mínútur að svara því. Í þessu skimunartæki er lögð áhersla á áhættuþætti og áhættuhegðun en ekki verndandi þætti.

Þessi samantekt á matstækjum og skimunartækjum sýnir að ofuráhersla hefur verið lögð á að meta áhættuþætti og áhættuhegðun meðal ungs fólks en ekki verndandi þætti. Bæði skimunartæki RAAPS og matstæki YRBSS koma inn á heilsu unglunga á töluvert heildrænan hátt en hugsunin er fyrst og fremst að skoða þætti er varða áhættuþætti og áhættuhegðun. Sjónum hefur fyrst og fremst verið beint að vandamálum í stað þess heilbrigða. Töluvert er til af matstækjum en ekki heildrænum klínískum skimunartækjum. Sjá má á síðari árum þá þróun að verið er að skoða meira þá verndandi þætti sem varða unglinginn, þar á meðal lífsgæði þeirra (Huebner o.fl., 2004; Rajmil o.fl., 2004; Reininger o.fl., 2003). Þannig megji stuðla að heilbrigði unglunga í gegnum það jákvæða í stað þess að beina sjónum að mestu að áhættuþáttum og áhættuhegðun sem er vandamála miðuð. Við leit að skimunartækjum sem meta bæði áhættuþætti og áhættuhegðun en einnig verndandi þætti kom í ljós að ekkert slíkt fannst. Því þótti nauðsynlegt að útbúa skimunartæki sem næði til beggja þátta.

Val á atriðum og mæling þeirra

Þau atriði sem rannsóknir og fyrri mælitæki og skimunartæki höfðu sýnt að skiptu miklu máli varðandi heilbrigði unglunga voru valin í skimunartækið HEILUNG. Við val á spurningum þurfti ávallt að hafa í huga að skimunartækið þyrfti að vera stutt og fljótlegt að leggja það fyrir í klínísku starfi. Við gerð spurninga voru hafðar til hliðsjónar spurningar í rannsókninni Ungt

fólk 2013 og í rannsókninni Heilsa og líðan Íslendinga frá 2012 en jafnframt tekið mið af erlendum rannsóknum og mats- og skimunartækjum. Hvað viðkemur sjálfsmýndinni var ákveðið að styðjast við tvær spurningar úr SES- (e. self-esteem scale) kvarða Rosenbergs (1989). Við gerð spurninga um sjálfstrú var mælitæki GSE (e. general self-efficacy) um almenna sjálfstrú haft til hliðsjónar (Schwarzer og Jerusalem, 1995). Við val á spurningum um líkamlega þætti þótti nauðsynlegt að skimunartækið næði til hreyfingar, næringar og svefns. Spurningar sem þóttu mikilvægar varðandi andlega þætti voru um sjálfsvirðingu, sjálfstrú, kvíða, þunglyndi en að auki um andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi. Spurningar sem voru valdar um félagslega þætti voru um tengsl við fullorðinn einstakling, foreldra og vin. Þær spurningar sem náðu til kynferðislegra þátta voru um kynmök, kynhneigð, notkun getnaðarvarna, kynsjúkdóma og þungun. Spurningar um lífsstíl voru um tóbaks-, áfengis- og vímuefnanotkun. Framsetning hverrar spurningar var yfirfarin með tilliti til orðunar og skýrleika (DeVellis, 1991).

Ákveða þurfti kvarða fyrir hverja spurningu. Aldur var á hlutfallskvarða, kyn á flokkunarkvarða og gengi í skóla á raðkvarða (fimm punkta Likert-kvarða) (Guðrún Árnadóttir, 2003). Við gerð skimunartækisins var tekið mið af því að auðvelt væri að lesa úr því um leið og búið væri að leggja það fyrir. Því þótti nauðsynlegt að syðjast töluvert við flokkunarkvarða sem gæfi til kynna já eða nei við ákveðnum spurningum. Þannig voru spurningar um líkamlega, félagslega og vissa andlega þætti, atriði um kynheilbrigði og lífsstíl settar á slíkan kvarða. Spurningar um sjálfsmýnd og sjálfstrú voru á raðkvarða (fimm punkta Likert-kvarða) og almennar spurningar um andlega og líkamlega heilsu jafnframt á raðkvarða (fjögurra punkta Likert-kvarð).

Innihaldsréttmæti

Réttmæti mælitækis vísar til þess að atriði mæli það sem því er ætlað að mæla (Hoyle o.fl., 2002). Innihaldsréttmæti (e. content validity) er „eiginleiki einstakra atriða til að endurspegla þann efnivið sem mælitækinu er ætlað að mæla“ (Guðrún Árnadóttir, 2003, bls. 423). HEILUNG er ætlað að mæla heilbrigði ungs fólks á heildrænan hátt og þarf því að endurspegla atriði er varða heilbrigði þess. Stuðlað var að innihaldsréttmæti með því að byggja á fyrri rannsóknum um heilbrigði ungs fólks en jafnframt að skoða matstæki og skimunartæki sem notuð hafa verið við mat á heilbrigði þess, einnig að fá sérfræðinga og ungt fólk til að meta HEILUNG á vinnslustigi þess. Var HEILUNG lagt fyrir fjóra sérfræðinga sem mátu það með tilliti til tilgangs skimunartækisins, að meta heilbrigði unglunga, en jafnframt mátu þeir orðalag. Ábendingar komu frá þessum aðilum um breytingar. Var spurningum um þunglyndi, kvíða, hreyfingu, næringu og áfengisneyslu breytt. Dæmi 1: „Ég hef átt við þunglyndi að stríða síðastliðna 12 mánuði.“ Spurningunni var breytt í: „Ég hef fundið fyrir áhugaleysi/vonleysi síðastliðna 6 mánuði.“ Dæmi 2: „Ég hreyfi mig í að minnsta kosti 30–60 mín. á dag.“ Henni var breytt í: „Ég hreyfi mig að minnsta kosti 30–60 mín. 3–4 sinnum í viku.“ Dæmi 3: „Á síðustu 30 dögum hef ég drukkið áfengi af einhverju tagi 6 sinnum eða oftar.“ Henni var

breytt í: „Á síðustu 30 dögum hef ég drukkið áfengi af einhverju tagi oftar en fjórum sinnum.“ Tölfræðingur lagði til að hafa eins kvarða fyrir allar spurningarnar um verndandi þætti og flokka betur saman já- og nei-spurningar svo auðveldara væri að svara þeim. Einnig var HEILUNG lagt fyrir sex ungmenni, fjórar stúlkur og tvo pílta á aldrinum 17–24 ára. Eitt þeirra var 24 ára en hin voru 20 ára eða yngri. Þau voru beðin um að svara spurningunum og eftir fyrirlögn voru þau spurð hvort eitthvað hefði verið óskýrt, þau ekki skilið einhver atriði og hvort einhver atriði vantaði. Voru þau á bilinu 2–4 mínútur að svara HEILUNG. Þrjú þeirra höfðu engar athugasemdir. Aðrir nefndu nokkur atriði um hæð og þyngd, tóbaksnotkun og sjálfsvirðingu. Þau töldu að lítið kæmi út úr spurningum um hæð og þyngd og þeim var því sleppt í lokaíntakinu. Gerð var breyting á spurningu um tóbaksnotkun. Var hún: „Á síðustu dögum hef ég notað munntóbak.“ Henni var breytt í: „Á síðustu dögum hef ég notað tóbak í vör.“ Einnig var breytt spurningunni: „Mér finnst ég hafa marga kosti til að bera.“ Var henni breytt í: „Mér finnst ég hafa marga kosti.“ Tillaga kom um að færa spurningar um verndandi þætti framarlega á HEILUNG og var það gert.

Niðurstöður

Eftir að búið var að velja mikilvægar spurningar í HEILUNG út frá fræðilegum forsendum var það lagt fyrir sérfræðinga og ungt fólk og í lokin innihélt það 34 spurningar. Í HEILUNG flokkuðust spurningarnar í sex flokka. Það voru bakgrunnspurningar, spurningar um líkamlegt, andlegt, félagslegt og kynferðislegt heilbrigði og um lífsstíl. HEILUNG innihélt tvær bakgrunnspurningar, eina spurningu um gengi í skóla, fjórar spurningar um líkamlega þætti, þrettán um andlega þætti, þrjár um félagslega þætti, fimm um kynferðislega þætti og sex um lífsstíl. Þær spurningar sem flokkaðar voru sem verndandi þættir voru alls sjö og voru um sjálfsmynd og sjálfstrú. Alls voru 22 spurningar flokkaðar sem áhættuþættir eða áhættuhegðun. Þar af voru 11 spurningar um áhættuþætti (hreyfing, næring, svefn, samband við foreldra og vini, þunglyndi, kvíði og ofbeldi) og 11 spurningar um áhættuhegðun (tóbaksnotkun, áfengisnotkun, vímuefnanotkun, kynhegðun, kynhneigð, notkun getnaðarvarna, kynsjúkdómar og þungun). Á skimunartækinu voru fyrst bakgrunnsspurningar og spurning um gengi í skóla, síðan spurningar um verndandi þætti og í framhaldinu voru spurningar um áhættuþætti og áhættuhegðun. Það tók stuttan tíma, 2–4 mínútur, að leggja það fyrir og spurningum var þannig raðað að það væri handhægt að lesa úr þeim. Spurningunum var komið fyrir á einu A-4 blaði, beggja vegna blaðsins.

Mat á niðurstöðum við fyrirlögn á HEILUNG miðaðist við að spurningar um sjálfsmynd og sjálfstrú gætu gefið vísbendingar um verndandi þætti einstaklingsins. Þetta voru sjö spurningar. Mest var hægt að fá 35 stig úr þeim hluta en minnst 7 stig. Alls mældu 22 spurningar áhættuþætti og áhættuhegðun. Því fleiri spurningar um líkamlega þætti og tengsl við aðra sem svarað var neitandi og því fleiri spurningar um andlega þætti,

ofbeldi, lífsstíl og kynheilbrigði sem svarað var játandi þeim mun meiri áhætta var til staðar. Mest var hægt að fá 22 áhættustig en minnst 0 stig.

Umræða

Við gerð þessa skimunartækis hafa fræðilegar forsendur verið lagðar til grundvallar, mats- og skimunartæki skoðuð og mat byggt á áliti sérfræðinga og ungs fólks. Ekkert skimunartæki hefur fram að þessu verið í notkun meðal skólahjúkrunarfræðinga í framhaldsskólum hér á landi. Það er brýnt að fagfólk eins og hjúkrunarfræðingar hafi góð vinnutæki til að vinna með til að ná betri árangri (Darling-Fisher o.fl., 2014; Yi o.fl., 2009). Styrkur þessa skimunartækis felst í því að það gefur grófa heildræna mynd af heilsufari ungs fólks og það inniheldur ákveðna verndandi þætti en slíkt er nýjung þegar meta skal heilbrigði ungs fólks. Mikil áhersla hefur um alllangt skeið verið lögð á að meta áhættuþætti og áhættuhegðun en það er vandamála miðuð nálgun (CDC, e.d.; Yi o.fl., 2009). Með því að skoða einnig verndandi þætti er unnt að nýta þá til að styrkja ungt fólk til betri heilsu og hafa þannig heilbrigðismiðaða nálgun (Taliaferro og Borowsky, 2012). Næsta skref er að framkvæma forprófun á skimunartækinu HEILUNG til að sjá hvert er réttmæti og áreiðanleiki þess en einnig hvernig það nýtist í daglegu starfi skólahjúkrunarfræðinga í framhaldsskóla. Enn á því eftir að rannsaka skimunartækið betur áður en til hagnýtingar þess kemur innan veggja framhaldsskólanna.

Þakkir

Höfundur vill þakka sérfræðingum við hjúkrunarfræðideild HÍ, skólahjúkrunarfræðingi í framhaldsskóla, tölfræðingi og unga fólkinu fyrir þeirra mikilvæga framlag til þróunar skimunartækisins.

Heimildaskrá

- Barrett, C.B., og Conostas, M.A. (2014). Toward a theory of resilience for international development applications. *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America (PNAS)*, 111(40), 14625–14630. Doi/10.1073/pnas.1320880111.
- CDC, Centers for Disease Control and Prevention (e.d.). *Adolescent and school health. Youth risk behavior surveillance system (YRBSS)*. Sótt á <https://www.cdc.gov/healthyyouth/data/yrbs/index.htm>.
- Darling-Fisher, C.S., Salerno, J., Dahlem, C.H.Y., og Martyn, K.K. (2014). The rapid assessment for adolescent preventive services (RAAPS): Providers' assessment of its usefulness in their clinical practice settings. *Journal of Pediatric Health Care*, 28(3), 17–226. Doi.org/10.1016/j.pedhc.2013.03.003.
- DeVellis, R.F. (1991). *Scale development. Theory and applications*. London: Sage Publications.
- Embætti landlæknis (2012). *Rannsókn á heilsu og líðan Íslendinga árið 2012*. Sótt á <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item20769/HBS.pdf>.
- Engle, P.L., Castle, S., og Menon, P. (1996). Child development: Vulnerability and resilience. *Social Science Medicine*, 43, 621–635.
- Fergus, S., og Zimmerman, M.A. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health*, 26, 399–419. Doi: 10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357.
- Greenberg, M.T. (2006). Promoting resilience in children and youth. Preventive intervention and their interface with neuroscience. *Annals of New York Academy of Sciences*, 1094, 139–150. Doi: 10.1196/annals.1376.013.

- Guðrún Árnadóttir (2003). Þróun matstækja: Stöðlun, réttmæti og áreiðanleiki. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknunum í heilbrigðisvísindum*. Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Hoyle, R.H., Harris, M.J., og Judd, C.M. (2002). *Research methods in social relations* (7. útgáfa). London: Thompson Learning.
- Huebner, E.S., Valois, R.F., Suldo, S.M., Smith, L.C., McKnight, C.G., Seligson, J.L., o.fl. (2004). Perceived quality of life: A neglected component of adolescent health assessment and intervention. *Journal of Adolescent Health*, 34, 270–278. Doi:10.1016/j.jadohealth.2003.07.007.
- Jessor, R. (1991). Risk behavior in adolescence: A psychosocial framework for understanding and action. *Journal of Adolescent Health*, 12, 597–605.
- Joiner, T.E., Pfaff, J.J., og Acres, J.G. (2002). A brief screening tool for suicidal symptoms in adolescents and young adults in general health settings: Reliability and validity data from the Australian National General Practice Youth Suicide Prevention Project. *Behaviour Research and Therapy*, 40, 471–481. PII: S0005-7967(01)00017-1.
- Kelly, S.M., Gryczynski, J., Mitchell, S.G., Kirk, A., O'Grady, K.E., og Schwartz, R.P. (2014). Validity of brief screening instrument for adolescent tobacco, alcohol, and drug use. *Pediatrics*, 133(5), 819–826. Doi:10.1542/peds.2013-2346.
- Kololo, H., Guskowska, M., Mazur, J., og Dzielska, A. (2012). Self-efficacy, self-esteem and body image as psychological determinants of 15-year-old adolescents' physical activity levels. *Human Movement*, 13(3), 264–270. Doi: 10.2478/v10038-012-0031-4.
- Kristjánsson, Á.L., Sigfúsdóttir, I.D., og Allegrante, J.P. (2010). Health behavior and academic achievement among adolescents: The relative contribution of dietary habits, physical activity, body mass index and self-esteem. *Health Education and Behavior*, 37(1), 51–64. Doi: 10.1177/1090198107313481.
- Kutob, R.M., Senf, J.H., Crago, M., og Shisslak, C.M. (2010). Current and longitudinal predictors of self-esteem in elementary and middle school girls. *Journal of School Health*, 80(5), 240–248.
- Lee, T.Y., Cheung, C.K., og Kwong, W.M. (2012). Resilience as a positive youth development construct: A conceptual review. *The Scientific World Journal*. Doi:10.1100/2012/390450.
- Loton, D.J., og Waters, L.E. (2017). The mediating effect of self-efficacy in the connections between strength-based parenting, happiness and psychological distress in teens. *Frontiers in Psychology*, 8, 1707. Doi: 10.3389/fpsyg.2017.01707.
- Markowitz, J.T., Butler, D.A., Volkening, L.K., Antisdel, J.E., Anderson, B.J., og Laffel, L.M.B. (2010). Brief screening tool for disordered eating in diabetes. *Diabetes Care*, 33, 495–500. Doi: 10.2337/dc09-1890.
- Martin, C.S., og Winters, K.C. (1998). Screening instruments for adolescent alcohol use disorders. *Alcohol Health & Research World*, 22(2), 95–106.
- McClure, A.C., Tanski, S.E., Kingsbury, J., Gerrard, M., og Sargent, J.D. (2010). Characteristics associated with low self-esteem among US adolescents. *Academic Pediatrics*, 10(4), 238–244.
- Needham, B.L., og Austin, E.L. (2010). Sexual orientation, parental support and health during the transition to young adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 39, 1189–1198. Doi 10.1007/s10964-010-9533-6.
- Piko, B.F., og Hamvai, C. (2010). Parent, school and peer-related correlates of adolescents' life satisfaction. *Children and Youth Service Review*, 32, 1479–1482. Doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.07.007.
- Rajmil, L., Herdman, M., Fernandez De Sanmamed, M.-J., Detmar, S., Bruil, J., o.fl. (2004). Generic health-related quality of life instruments in children and adolescents: A qualitative analysis of content. *Journal of Adolescent Health*, 34, 37–45. Doi:10.1016/S1054-139X(03)00249-0.
- Rannsóknir og greining (2014). *Ungt fólk 2013. Framhaldsskólar*. Reykjavík: Mennta- og menningarmálaráðuneytið. Sótt á file:///C:/Users/USER/Downloads/ungt_folk_framhaldss_2013%20(3).pdf.
- Reininger, B., Evans, A.E., Griffin, S.F., Valois, R.F., Vincent, M.L., Parra-Medina, D., o.fl. (2003). Development of youth survey to measure risk behaviors, attitudes and assets: Examining multiple influences. *Health Education Research*, 18(4), 461–476. Doi: 10.1093/her/cyf046.
- Rew, L., og Horner, S.D. (2003). Youth resilience framework for reducing health-risk behaviors in adolescents. *Journal of Pediatric Nursing*, 18(6), 379–388. Doi:10.1016/S0882-5963(03)00162-3.
- Rosenberg, M. (1989). *Society and the adolescent self-image*. Revised edition. Middletown, Connecticut, Bandaríkjunum: Wesleyan University Press.
- Schwarzer, R., og Jerusalem, M. (1995). Generalized Self-Efficacy scale. Í J. Weinman, S. Wright og M. Johnston, Measures in health psychology: A user's portfolio. Causal and control beliefs (bls. 35–37). Windsor, England: NFER-NELSON.
- Search Institute (e.d.). *The Developmental Assets Profile (DAP)*. Sótt á <https://www.search-institute.org/surveys/choosing-a-survey/dap/>.
- Sigrún Aðalbjarnardóttir (2016). Seigla ungmenna: Þróun og staða þekkingar. Í Guðrún Kristjánsdóttir, Sigrún Aðalbjarnardóttir og Sóley S. Bender (ritstj.), *Ungt fólk. Tekist á við tilveruna*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Spence, J.C., Blanchard, C.M., Clark, M., Plotnikoff, R.C., Storey, K.E., og McCargar, L. (2010). The role of self-efficacy in explaining gender differences in physical activity among adolescents: A multilevel analysis. *Journal of Physical Activity and Health*, 7(2), 176–83. Doi.org/10.1123/jpah.7.2.176.
- Taliaferro, L.A., og Borowsky, I.W. (2012). Beyond prevention: Promoting healthy youth development in primary care. *American Journal of Public Health*. 102, S317–S321. Doi:10.2105/AJPH.2011.300559.
- de Vaan, G., Vervloed, M.P.J., Hoevenaars-van den Boom, M., Antonissen, A., Knoors, H., og Verhoeven, L. (2016). A critical review of screening and diagnostic instruments for autism spectrum disorders in people with sensory impairments in addition to intellectual disabilities. *Journal of Mental Health Research in Intellectual Disabilities*, 9(1–2), 36–59, Doi: 10.1080/19315864.2015.1119917.
- Vanden Bergh, W., Dewaele, A., Cox, N., og Vincke, J. (2010). Minority-specific determinants of mental well-being among lesbian, gay and bisexual youth. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(1), 153–166.
- Wagnild, G.M., og Young, H.M. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement*, 1, 165–178.
- Wheeler, S.B. (2010). Effects of self-esteem and academic performance on adolescent decision-making: An examination of early sexual intercourse and illegal substance abuse. *Journal of Adolescent Health*, 47, 582–590. Doi:10.1016/j.jadohealth.2010.04.009.
- WHO, World Health Organization (2006). *Constitution of the World Health Organization* (45. útg.). Sótt á http://www.who.int/governance/eb/who_constitution_en.pdf.
- Yi, C.H., Martyn, K., Salerno, J., og Darling-Fisher, C.S. (2009). Development and clinical use of rapid assessment for adolescent preventive services (RAAPS) questionnaire in school-based health centers. *Journal of Pediatric Health Care*, 23(1), 2–9. Doi:10.1016/j.pedhc.2007.09.003.
- Yudko, E., Lozhkina, O., og Fouts, A. (2007). A comprehensive review of the psychometric properties of the Drug Abuse Screening Test. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 32, 189–198. Doi:10.1016/j.jsat.2006.08.002.
- Zolkoski, S.M., og Bullock, L.M. (2012). Resilience in children and youth: A review. *Children and Youth Service Review*, 34, 2295–2301. Doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.08.009.

English Summary

Bender S.S.

Development of the screening tool HEILUNG

Purpose: When young people start high-school they are more likely to behave in a risky manner, such as using alcohol, than younger people. The purpose of developing this screening tool is to holistically assess young people's health and underlying risk factors, risk behavior and protective factors. It is developed for school nurses in the high-schools.

Method: The development of the screening tool HEILUNG was based on the theory of resilience, literature review of studies about the health of young people and by examining measurements and screening tools used for assessing the health of young people (risk factors, risk behavior and protective factors). During the developmental stage four specialists evaluated the questions and the questions were also administered to six young people.

Results: When the development of the screening tool HEILUNG was at its final stage it consisted of 34 questions. The questions were about physical, mental, social, sexual and lifestyle health issues and

gave a holistic view of health. It takes 2-4 minutes to administer. The questions were arranged in that way that the first questions were about protective factors followed by questions about risk factors and risk behavior. The test items were arranged to make it easy for school nurses in their clinical work to analyse the results.

Conclusions: The screening tool HEILUNG is evidence based. When it was developed no such screening tool was found which focused both on risk factors, risk behavior and protective factors. No such tool was in use by school nurses within the high-schools in Iceland. HEILUNG is identical to other screening tools meant to give a course picture of the matter under investigation, in this case the health of young people. The next step is to do a pilot test of the screening tool within a clinical setting.

Key words: Screening tool, risk factors, risk behavior, protective factors, young people.

Correspondent: ssb@hi.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



LSR FYRIR HJÚKRUNARFRÆÐINGA



Frá og með 1.1.2018 eiga hjúkrunarfræðingar réttindi í tveimur sjóðum hjá LSR:

A-deild LSR

Sjóður fyrir hjúkrunarfræðinga sem hófu störf eftir 1997.

B-deild LSR

Þann 1.1.2018 sameinaðist Lífeyrissjóður hjúkrunarfræðinga B-deild LSR.

Nánari upplýsingar á vef LSR www.lsr.is.



LSR

Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

Engjateigi 11
105 Reykjavík
Sími: 510 6100
lsr@lsr.is

www.lsr.is