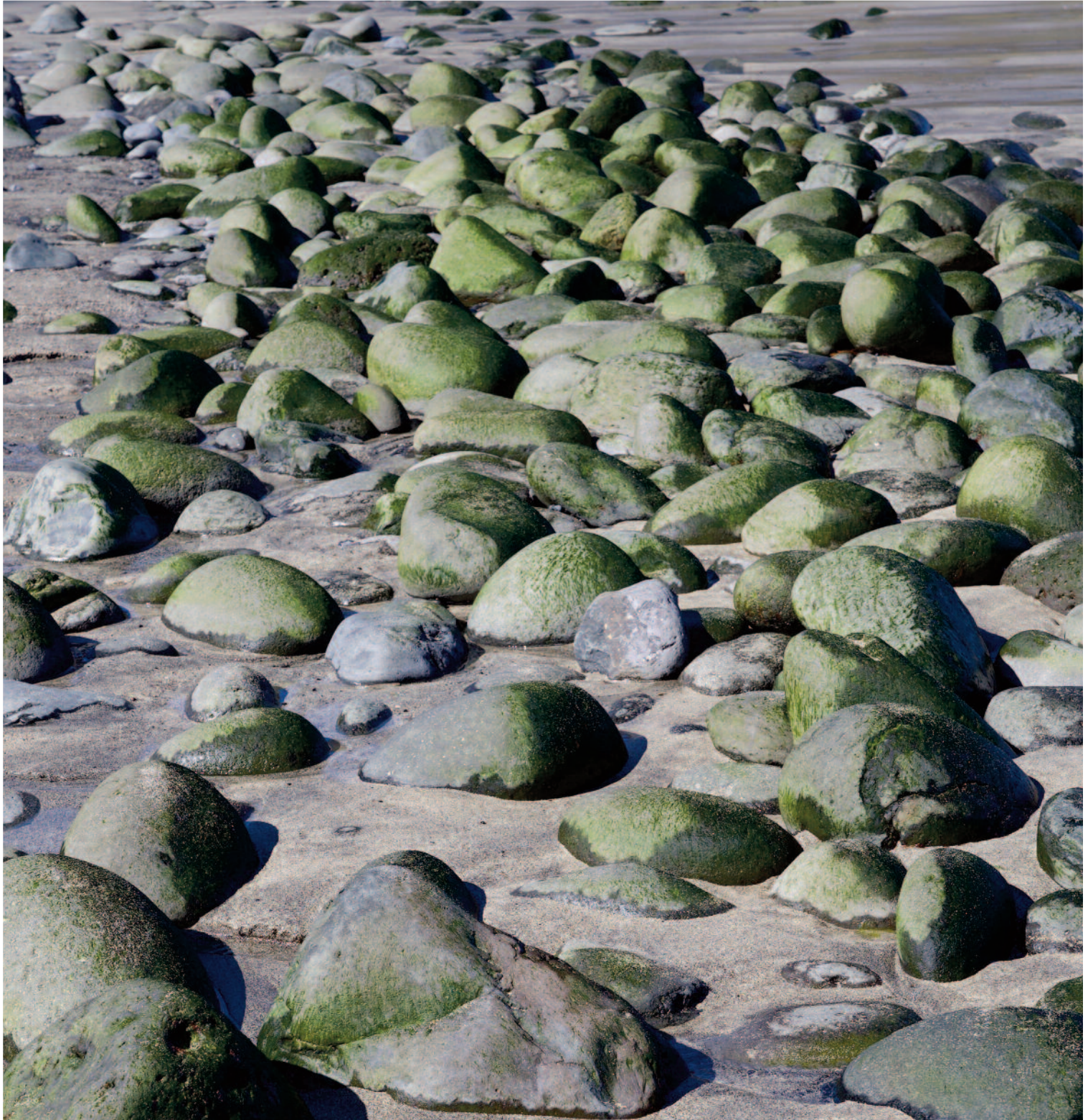


tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING



1. TBL. 2020 • 96. ÁRGANGUR



Hver er réttur okkar til að ráða
eigin lífslokum?

Meðferðarmarkmið
í aðdraganda andláts

Hryggir og hryggjarstykki



Helga Ólafs ritstjóri.

Ég minnst þess þegar ég heyrði fyrst sagt um hjúkrunarfræðinga að þeir væru hryggjarstykkið í heilbrigðiskerfinu hvað mér þótti það skemmtileg samlíking. Enda gegna þeir mikilvægu hlutverki á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar, fylgja landsmönnum frá vöggu til grafar og sinna þeim jafnt á þeirra bestu og verstu stundum lífsins. En það eru fleiri stéttir sem grípa til þessarar myndlíkingar.

Öflug bókmenning er hryggjarstykki íslenskunnar, fjölskyldan er hjartað og hryggjarstykkið og Borgarlínunni hefur verið líkt við hryggjarstykki. En það er einnig karpað um hryggi og hryggjarstykki, og þá í bókstaflegri merkingu! En þegar slegið er upp orðinu hryggjarstykki í íslenskri nútímamálsorðabók Stofnunar Árna Magnússonar í íslenskum fræðum kemur eftirfarandi fram: Orðið er í vinnslu!

En það karpar enginn um mikilvægi hryggjarins enda gegnir hann margþættu og mikilvægu hlutverki. Og samlíkingin við hlutverk hjúkrunarfræðinga sem hryggjarstykki heilbrigðiskerfisins kemur berlega í ljós á efnistöfum í þessu fyrsta tölublaði 2020. Efnisyfirlitið er þó ekki með 33 liði eins og hryggurinn, og efnistökin snúa ekki öll að hryggjarliðunum, en þegar kemur að fjölbreyttum sviðum heilbrigðiskerfisins þá á samlíkingin sannarlega vel við, og ekki síst þegar kemur að umönnun á erfiðum tímum í lífi fólks — og allt til endaloka.

Þrátt fyrir að dauðinn sé óhjákvæmilegur er svo margt sem gerist á lífsleiðinni. Og lífið er svo langt frá því að vera búið þegar kemur að starfslokum. Þá er lífið rétt að byrja! Eða það tekur nýja og óvænta stefnu. Björk Guðjónsdóttir ákvað að setjast aftur á skólabekk eftir 36 ára starf sem hjúkrunarfræðingur á geðdeildum Landspítalans. Eftir starfslok brunnu á henni spurningar eftir áratuga starfsævi og til að leitast við að svara þeim skráði hún sig í mannfræði. Fróður vill fræðast meira á með sanni vel við hjá Björk, en hún lét ekki staðar numið þegar meistaranáminu lauk heldur hélt áfram námi og lauk doktorsprófi í faginu í fyrravetur, þá 78 ára gömul.

Mitt í kjarabaráttunni og áralangri baráttu fyrir mannsæmandi vinnuálagi þurfa hjúkrunarfræðingar að hlúa að sjálfum sér og vara sig á að kulna ekki í vinnu eða örmagnast af þreytu. Það er því miður allt of oft raunin. „Hjúkrunarfræðingar eru ofurhetjur. Þeir eru eins og englar í stríði“, sagði Paolo Bianka í vikulegu viðtali á afmælisárinu sem leið. En ofurhetjur þurfa einnig að hlúa að sér! Ástrós Sverrisdóttir, sem lauk nýlega diplómanámi í jákvæðri sálfræði, fjallar einmitt um mikilvægi þess í pistli sínum að auka velliðan og hamingju því hamingjan er jafn mikilvæg og líkamleg og andleg heilsa.

Það er hvergi betra að hlúa að sér en úti í náttúrunni og augljóst af þeim ljósmyndum sem bárust í ljósmyndasamkeppnina að hjúkrunarfræðingar sækja í náttúruna til að endurheimta orkuna. Forsíðumyndin, sem tekin er af Rudolf Adolfssyni, er einmitt úr fjörunni á Ingjaldssandi.

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 Fagritstjóri
Hrund Scheving Thorsteinsson
Ritnefnd Aðalbjörg Stefania Helgadóttir, Alda Ásgeirsdóttir, Anna Ólafía Sigurðardóttir, Hafdis Skúladóttir, Hrund Scheving Thorsteinsson, Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Sigurlaug Anna Þorsteinsdóttir
Blaðamaður Magnús Hlynur Hreiðarsson
Forsíðumynd Rudolf Adolfsson
Ljósmyndir Þorkell Þorkelsson o.fl.
Yfirllestur og prófórk Ragnar Hauksson
Auglýsingar Erna Sigmundsdóttir sími 821 2755
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

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING

1. TBL. 2020 • 96. ÁRGANGUR

Efnisyfirlit

Félagið

- Bls. 2 Ritstjóraspjall
- 4 Formannspistill
- 6 2020 — ár hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra
- 14 Átt þú orlof sem er að fynast?

Viðtöl og greinar

- Bls. 8 Lauk doktorsprófi í mannfræði 78 ára gömul
— Viðtal við Björk Guðjónsdóttur
- 20 „Hjúkrunarfræðingar eru ofurhetjur. Þeir eru eins og englar í stríði.“ — Brot úr vikulegum viðtölum við hjúkrunarfræðinga
- 26 Setið fyrir svörum ... Signý Sveinsdóttir, Auður Elísabet Jóhannsdóttir og Jóhann Marinósson
- 32 Heilsa á flóttu eftir Áslaugu Arnoldsdóttur
- 36 Hver er réttur okkar til að ráða eigin lífslokum?
— Viðtal við Guðfinnu Ýri Sumarliðadóttur, Höllu Maríu Alfreðsdóttur, Rakel Guðmundsdóttur og Þórhildi Guðbjörgu Hjaltadóttur
- 40 Með marga hatta í fjölbreyttu og gefandi starfi
— Viðtal við Steinunni Birnu Aðalsteinsdóttur
- 47 Snúningsteygjulök sem stuðla að meiri lífsgæðum
— Viðtal við Astrid Örn Aðalsteinsson

Pistlar

- Bls. 12 Tæpitungulaust: Hjúkrunarfræðingar eru súrefnið eftir Helgu Völu Helgadóttur
- 16 Þankastrik: Þankastrik (í fleirtölu) á Reykjanesbraut eftir Soffíu Kristjánsdóttur
- 24 Röndóttu mæð eftir Ástrósu Sverrisdóttur
- 30 Hugmynd um brjóstgóðar konur eftir Auði Jónsdóttur
- 50 Með augum hjúkrunarfræðings — ljósmyndasamkeppni

Fagið

- Bls. 46 Dr. Helga Bragadóttir félagi í Bandarísku hjúkrunarakademíunni
- 52 Hjúkrun á geðdeildum — siðferðilegar mótsagnir þvingandi meðferðar og líkan um öruggar sjúkradeildir. Höfundar: Eyrún Thorstensen og Helga Bragadóttir
- 59 Hiti hjá ónæmisbældum krabbameinssjúklingum — Fyrstu viðbrögð. Höfundar: Brynja Hauksdóttir, Halla Grétarsdóttir og Guðbjörg Guðmundsdóttir
- 63 Meðferðarmarkmið í aðdraganda andláts eftir Þorgerði Ragnarsdóttur
- 68 Ritrynd grein: Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum. Höfundar: Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir
- 76 Ritrynd grein: Áhættuþættir og sjálfsömönnun einstaklinga með kransæðasjúkdóm: Þversniðsrannsókn. Höfundar: Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Kristín Guðný Sæmundsdóttir og Brynja Ingadóttir

Ekkert gefið eftir í viðræðum!



Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Fyrir ellefu mánuðum hefði mig aldrei órað fyrir því að nú í febrúar 2020, þegar þetta er ritað, stæðum við enn þá í kjara-viðræðum við ríkið. En svona er lífið og ekki hægt að sjá allt fyrir þó auðvelt sé að rýna í baksýnisspegilinn og sjá af hverju þetta hefur tekið svona langan tíma. Það er þó alveg ljóst að samninganefnd Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) hefur ekkert gefið eftir í viðræðunum við Samninganefnd ríkisins (SNR) og eru megináherslur krafna okkar hækkun dagvinnulauna, stytting vinnuvikunnar og bætt starfsumhverfi.

SNR hefur hins vegar, samhliða okkar samningaviðræðum, viljað ræða sambærilega hluti við aðra viðsemjendur og það gert allt ferlið mun þyngra í vöfum. Líkja má þessu við snjóflóðaleit þar sem allir aðilar standa í sömu línu og leita en allir þurfa að bíða þar til hópurinn er tilbúinn til að færa sig samtaka áfram í næstu skref. Við höfum því stundum þurft að bíða á meðan verið er að ræða við önnur stéttarfélög og bandalög um einstök atriði.

Við höfum birt reglulega fréttir af gangi mála sem einhverjum kann að finnast frekar óljósar en á meðan á viðræðunum stendur milli Fíh og SNR ríkir gagnkvæm þagnarskylda og því ekki hægt að fara út í einstök atriði viðræðnanna hverju sinni. Ég get þó fullvissað félagsmenn um að samninganefnd Fíh hefur ekki slegið slöku við og haldið SNR alveg við efnið en metið stöðuna svo að betra sé að halda áfram en að slíta viðræðum.

Hjúkrunarfræðingar geta ekki beðið öllu lengur og viðsemjendum okkar er það alveg ljóst. Við höldum góðan baráttufund með yfirskriftinni *Kjarasamninga strax, hingað og ekki lengra!* 30. janúar síðastliðinn í Háskólabíói ásamt BHM og BSRB þar sem yfirvöld fengu skýr skilaboð.

Stærsta verkefnið er stytting vinnuvikunnar hjá vaktavinnufólki

Nú þegar er búið að ná lausnum í ýmsum þáttum kjarasamningsins, m.a. styttingu vinnuvikunnar hjá dagvinnufólki. Stærsta verkefnið fram að þessu er stytting vinnuvikunnar hjá vaktavinnufólki en meginþorri hjúkrunarfræðinga tilheyrir þeim hópi og því mikilvægt að fá farsæla lausn. Nú er þeirri grunnvinnu lokið en síðastliðinn mánuð hefur sérstakur vaktavinnuhópur samsettur af fulltrúum ASÍ, BHM, BSRB, Fíh, Reykjavíkurborgar, ríkis og sveitarfélaga unnið að breytingum á vinnutíma fyrir þúsundir vaktavinnufólks á landinu, ásamt grundvallarkerfisbreytingum sem stuðla að betri heilsu og öryggi starfsfólks. Þetta er mikil tímamótavinna á íslenskum vinnu-



Frá baráttufundinum „Kjarasamninga strax, hingað og ekki lengra!“ sem haldin var 30. janúar síðastliðinn í Háskólabíói.

markaði og við stolt af því að hafa átt þátt í svo stóru sameiginlegu verkefni. Útfærsla þess verður eins fyrir þá hópa sem að því koma. Við teljum þessa kerfisbreytingu vera hjúkrunarfræðingum í vaktavinnu til hagsbóta og mikilvægt skref tekið í aðgreiningu vinnu og einkalífs.

Hjúkrunarfræðingar geta ekki beðið öllu lengur og viðsemjendum okkar er það alveg ljóst. Við höldum góðan baráttufund með yfirskriftinni *Kjarasamninga strax, hingað og ekki lengra!* 30. janúar síðastliðinn í Háskólabíói ásamt BHM og BSRB þar sem yfirvöld fengu skýr skilaboð.

Enn standa veigamiklir þættir út af viðræðunum við SNR, líkt og launaliðurinn, og heldur samninganefnd Fíh áfram með eiginlegar samningaviðræður um þá þætti sem eftir eru og byggjast á kröfugerð félagsins. Nú er haldið áfram með þær

viðræður af fullum þunga og kapp lagt á að ljúka samningaviðræðum sem fyrst til hagsbóta fyrir stéttina. Við spyrjum svo að leikslokum.

Okkar samstaða skiptir öllu máli

Eins og fram kemur í einni grein þessa tímarits hefur Alþjóðahelbrigðismálastofnunin (WHO) helgað hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum árið 2020.

WHO vill vekja athygli á mikilvægi þessara stétta innan heilbrigðisþjónustunnar enda er um helmingur heildarfjölda heilbrigðisstarfsmanna í heiminum. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og Ljósmæðrafélag Íslands hófu af þessu tilefni samstarf í haust vegna hátíðarársins og vilja vekja saman athygli á árinu 2020. Fjölbreyttir viðburðir verða á árinu 2020 ásamt því að ýmislegt verður gert til að vekja athygli á störfum beggja stétta. Þegar hefur verið haldinn einn viðburður þegar hjúkrunarfræðingar og ljósmæður komu saman í Hallgrímskirkju 15. janúar síðastliðinn og ýttu árinu formlega úr vör.

Þó nú sé nýafstaðið 100 ára afmælisár félagsins er ljóst að miðað við þátttöku hjúkrunarfræðinga í þeim viðburðum sem haldnir voru vegna þess, verða viðburðir á vegum félagsins í ár ekki síður vel sóttir af félagsmönnum. Það er greinilegt að félagsmenn vilja koma saman, gleðjast og ræða málín. Slíkir viðburðir efla líka stéttina og andann því það erum við hjúkrunarfræðingarnir sjálfir sem erum fyrirmyndin og gefum almenningi sýn á fyrir hvað við stöndum. Okkar samstaða skiptir öllu máli.

Stöndum því áfram saman betur en nokkru sinni fyrr og munum eftir því að íslenskt heilbrigðiskerfi fer ekki langt án okkar!



2020 — ár hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) ákvað að tileinka hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum árið 2020 og vill vekja athygli á mikilvægi þessara stétta innan heilbrigðisþjónustunnar. WHO telur að þessar stéttir séu um helmingur heildarfjölda heilbrigðisstarfsmanna í heiminum. Til að ná heimsmarkmiðum Sameinuðu þjóðanna fyrir 2030 telur stofnunin jafnframt að þörf sé á 9 milljónum hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til viðbótar í heiminum en öll aðildarríki hafa skuldbundið sig til að innleiða markmiðin samtíð, þar með talið Ísland. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur því hvatt þjóðir heimsins til að fjárfesta betur í störfum hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra, hámarka framlag þessara tveggja stétta og tryggja þannig öllu fólki heilbrigðisþjónustu án tillits til efnahags þeirra.

Markmiðið að bæta stöðu og ímynd hjúkrunar

Árið 2020 er einnig síðasta árið í þriggja ára áttakinu *Nursing Now* sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin og Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga (ICN) hafa staðið fyrir. Markmið átaksins hefur verið að bæta stöðu og ímynd hjúkrunar á alþjóðavettvangi og valdefla hjúkrunarfræðinga. Því var sett af stað svonefnd *Nightingale-áskorun* í ár í tilefni af 200 ára fæðingarafmæli Florence Nightingale sem hefur þann tilgang að ná til hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra yngri en 35 ára og styðja næstu kynslóð í að verða leiðtogar í sínu fagi. Sjá nánar á vefslóðinni <https://www.nursingnow.org/nightingale/>.

Markmiðið er að a.m.k. 20.000 hjúkrunarfræðingar og ljósmæður um heim allan njóti góðs af áttakinu og a.m.k. 1.000 vinnustaðir taki þátt í verkefninu. Nú þegar hafa yfir 20.000 hjúkrunarfræðingar og ljósmæður á 572 vinnustöðum í 66 löndum hafið þátttöku í verkefninu. Nightingale-verkefninu hefur verið hrint af stað hér á landi og hafa Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, Landspítali og Sjúkrahúsið á Akureyri þegar skráð sig til leiks. Félagið fagnar því og verður áhugavert að fylgjast með hvernig þessir vinnustaðir vilja kljást við verkefnið, sem og hvort fleiri vinnustaðir á Íslandi muni ekki skrá sig til leiks.



Hera Björk Þórhallsdóttir og Björn Thoroddsen fluttu tónlist á viðburði félaganna í Hallgrímskirkju.

Markmiðið er að vekja athygli á störfum hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og Ljósmæðrafélag Íslands hófu af þessu tilefni samstarf í haust vegna ársins og vilja vekja saman athygli á árinu 2020. Fjölbreyttir viðburðir verða á árinu 2020 ásamt því að ýmislegt verður gert til að vekja athygli á störfum beggja stétta. Til dæmis fór fyrsti sameiginlegi viðburður félaganna fram 16. janúar síðastliðinn í Hallgrímskirkju þar sem hjúkrunarfræðingar og ljósmæður hleyptu árinu 2020 af stokkunum af krafti. Einnig verða gefin út hlaðvörp um störf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á árinu og fyrirhugað er sameiginlegt málþing stéttanna sem haldið verður 12. nóvember næstkomandi. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og Ljósmæðrafélag Íslands hvetja yfirvöld og félagsmenn sína til að fjölmenna á viðburði ársins og nýta árið til fullnustu með betri heilbrigðisþjónustu að leiðarlósi fyrir alla landsmenn og undirstrika mikilvægi þessara heilbrigðisstétta.



ÞEKKIR ÞÚ RÉTTINDI ÞÍN?

Eftirlaun ævilangt

Örorkulífeyrir komi til tekjutaps vegna sjúkdóms eða slyss

Maka- og barnalífeyrir

Séreignarsparnaður

Kannaðu réttindi þín á Mínum síðum á vef LSR

Lauk doktorsprófi í mannfræði 78 ára gömul

— Starfaði á geðdeildum Landspítalans í 36 ár

Hinn 25. ágúst 1941 fæddist á Landspítalanum í Reykjavík frumburður hjónanna Bjargar Sigprúðar Sigurðardóttur og Guðjóns Sigurðssonar Illugasonar. Var stúlkubarnið skírt Björk. Hún er elst 7 systkina, alin upp í norðurbænum í Hafnarfirði. Björk er tvígift, fyrri maðurinn hét Skúli Ólafsson og með honum átti hún tvö börn, Björgu og Ólaf. Seinni maðurinn hennar heitir Jón Hallur Jóhannsson. Björk og Jón búa í fallegu húsi í vesturbæ Reykjavíkur þar sem þau una sér mjög vel.



Björk Guðjónsdóttir er hörkunagli sem lætur aldurinn ekki stöðva sig en hún lauk í haust, 78 ára gömul, doktorsprófi í mannfræði frá Háskóla Íslands. Hún er fædd í Reykjavík árið 1941.

Björk lauk prófi frá Hjúkrunarskóla Íslands árið 1963 og hún lauk sérnámi í geðhjúkrun frá Nýja hjúkrunarskólanum árið 1981. Hún starfaði sem hjúkrunarfræðingur við geðdeildir Landspítalans frá árinu 1967 til 2003, þar af um 25 ár á göngudeild fyrir áfengissjúklinga við Hringbraut í Reykjavík. Björk lauk BA-prófi í mannfræði frá Háskóla Íslands árið 2007 og MA-prófi í mannfræði frá Háskóla Íslands 2010. Þá er hún doktor í mannfræði frá Háskóla Íslands en hún varði doktorsritgerð sína í mannfræði 19. september 2019.

Ekki stillt barn

Björk ólst upp í Hafnarfirði en Norðurbrautin, sem fjölskyldan bjó við, var nyrsta gatan og Hafnarfjarðarhraunið á bak við húsið. Á sumrin léku krakkarnir sér mikið í hrauninu. „Við stelpurnar áttum flott bú og vorum duglegar við að búa til drullukökur og skreyta með blómum sem við fundum í hrauninu. Svo þurftum við náttúrulega að hjálpa skógarþröstum, sem mikið var af í hrauninu á vorin, við að gefa ungunum að éta. Ég var mikið í sundi og fór oft daglega í Sundhöll Hafnarfjarðar til að synda. Samkvæmt hefð á þeim tíma sóttist ég ekki eftir félagsskap við krakka austan megin við lækinn í Hafnarfirði. Ég var ekki stillt barn og reyndi oft á þolrifin í móður minni, en á móti kom að mamma þurfti ekki að hafa mikið fyrir mér því ég var alltaf að hjálpa henni með yngri systkini mín og húsverkin,“ rifjar Björk upp. Pabbi hennar var skipstjóri og yfirleitt lítið á heimilinu meðan hún var að alast upp enda segist hún hafa alist upp við mikinn kvennafans. Uppeldissystir móður Bjarkar bjó í kjallaranum ásamt eiginmanni sínum, sem var sjómaður, og börnum þeirra. Móðuramma Bjarkar bjó einnig á heimilinu en hún var lömuð og því rúmliggjandi öll uppeldisár Bjarkar. Það var því oft margt um manninn á heimilinu.

Ákvað ung að verða hjúkrunarkona

Björk lauk prófi frá Hjúkrunarskóla Íslands árið 1963. Hún segist hafa verið mjög ung þegar hún ákvað að verða hjúkrunarkona en það voru nokkrir þættir sem réðu því. „Já, það fyrsta var það að hafa móðurömmu mína á heimilinu. Hún hafði ung orðið ekkja og þurfti að vinna fyrir sér og börnunum sínum, að mestu með saumaskap. Ég held að ég hafi strax uppgötvað hvað það var nauðsynlegt að mennta sig til að geta séð fyrir sér og sínum. Fröken Elísabet Erlendsdóttir, bæjar- og skólahjúkrunarkona í Hafnarfirði, kom á hjólinu sínu til að baða ömmu og búa um hana í gegnum árin. Hún hafði mikil áhrif á mig með falgri framkomu sinni og einnig að

hún var hjúkrunkona sem sá fyrir sér,“ segir Björk þegar hún rifjar upp af hverju hún vildi verða hjúkrunkona. Hún segir að kynni hennar af systrunum á St. Jósepsspítala í Hafnarfirði hafi líka haft mikið að segja um ákvörðunina, en þær höfðu mikil áhrif á hana — svo mikil að á tímabili var hún jafnvel að hugsa um að gerast nunna en að baki lágu praktískar ástæður. „Ein systir mín lá lengi á St. Jósepsspítala og ég heimsótti hana þangað nærri daglega. Systurnar hjúkrundu henni og voru einstaklega elskulegar við okkur. Nunnurnar bjuggu á efstu hæð spítalans og ein nunnan bauð mér að skoða heimili þeirra og þá fann ég út að þessar konur áttu sín eigin herbergi, rúm, kömmóðu, skrifborð og stól. Þetta fannst mér vera draumastaða því heima hjá mér bjuggum við frekar þröngt og ég þráði að eiga sérherbergi,“ segir Björk.

Hún segir að kynni hennar af systrunum á St. Jósepsspítala í Hafnarfirði hafi líka haft mikið að segja um ákvörðunina, en þær höfðu mikil áhrif á hana — svo mikil að á tímabili var hún jafnvel að hugsa um að gerast nunna en að baki lágu praktískar ástæður.

Vann á barnadeild Landspítalans

Til að afla sér upplýsinga um hjúkrunarnámið pantaði Björk viðtal við Þorbjörgu skólastjóra. Þorbjörg lagði til að Björk kynntist lífinu á sjúkrahúsi og fékk í kjölfarið meðmæli hjá deildarstjóra. Hún réð sig á barnadeild Landspítalans og vann þar eitt sumar sem gangastúlka hjá fröken Árnínu Guðmundsdóttur. „Það var gott að vera á barnadeildinni og mér fannst gaman að vera innan um allar flottu ungu hjúkrunkonurnar sem þar störfuðu og hjúkrunarnemana. Í janúar 1960 hóf ég svo nám í Hjúkrunarskóla Íslands. Við hjúkrunarnemarnir bjuggum á heimavist og þar voru strangar reglur. Enginn utan- aðkomandi fékk t.d. að kom í heimsókn inn á herbergi og við áttum að vera komnar heim á vissum tímum á kvöldin,“ segir Björk spök á svipinn.

Gaman í ungbarnaheimsóknum

Björk er því næst spurð um hjúkrunarnámið, hvernig það hafi verið. „Mér fannst spennandi að læra hjúkrun og vann á flestum deildum Landspítalans á nemaárunum mínum. Það gaf mér innsýn í þá miklu fjölbreytni sem sjúkrahúshjúkrun býr yfir. Á Heilsuverndarstöðinni í Reykjavík var ég mest hrifin af því að fylgja ljósmæðrum í ungbarnaheimsókn, þá sá ég mismunandi aðstæður hjá nýbökudum mæðrum. Ég var send á sjúkrahúsið í Keflavík í fáeina mánuði, þar kynntist ég alls kyns hjúkrun og þótti mest spennandi að vera á skurðstofunni. Ég bjó á jarðhæðinni í spítalabyggingunni og var því til taks á kvöldin og um nætur ef eitthvað kom upp á á deildinni.

Þetta fannst mér mikil ábyrgð. Seinna á nematímanum var ég send í nokkra mánuði á sjúkrahúsið á Akureyri og kunni vel við mig þar.“

Vann í 36 ár á Kleppi

1. mars 1967 hóf Björk störf á sjúkrahúsinu Kleppi sem nú til dags heitir geðdeild Landspítalans á Kleppi. „Já, á þessu tímabili í lífi mínu var ég búin að eiga börnin mín og var að byggja og mér bauðst húsnæði og barnapössun á staðnum. Ég sló til og hugsaði með mér að ég gæti unnið þarna í tvö ár. En margt fer öðruvísi en ætlað er. Ég vann við geðdeildirnar til haustsins 2003,“ segir Björk og hlær og bætir við: „Þegar ég hóf störf á Kleppi var mikið breytingartímabil, iðjuþjálfun varð almenn, félagsráðgjafi var ráðinn og mér fannst þetta allt spennandi. Það voru fyrirlestrar og námskeið fyrir okkur hjúkrunarfræðingana sem varð til þess að ég lærði meira um geðsjúkdóma og hjúkrun geðsjúklinga. Kleppur var ekki lengur geymslustaður fyrir geðveikt fólk heldur fór mikið af tíma mínum í að sjá til þess að sjúklingarnir á deildinni minni einangruðu sig ekki heldur tækju þátt í því sem þeim stóð til boða. Í mörg ár var ég svo í hlutavinnu á kvöldvöktum í Víðihlíð því það var hagstæðara fyrir mig og fjölskylduna. Þegar geðdeild Landspítalans var opnuð við Hringbraut flutti ég mig þangað.“

Fyrsti hjúkrunarfræðingurinn á næturvakt

Til að byrja með var Björk hjúkrunarfræðingur á 33C á Kleppi og til gamans má geta þess að hún var fyrsti hjúkrunarfræðingurinn á næturvakt í húsinu því 33C var fyrsta deildin sem var opnuð. „Við vorum tvö á vakt yfir einum sjúklingi sem var alltaf að koma fram um nóttina til að athuga hvernig við hefðum það, hvort við gætum nú bara ekki sofið, hann myndi bara passa upp á okkur,“ segir Björk og hlær. Þegar Nýi hjúkrunarskólinn hóf tveggja ára sérnám fyrir geðhjúkrunarfræðinga dreif hún sig í það nám og kláraði það 1981. „Eiginlega fannst mér það vera nauðsynlegt fyrir okkur hjúkrunarfræðingana sem störfuðum við geðdeildirnar að fara í sérnám til að fá víðari sýn á starfið okkar,“ segir Björk um leið og hún tekur fram að þegar deildarstjórastaða losnaði á göngudeild fyrir áfengis- og vímuefnasjúklinga 32E sótti hún um og fékk þá stöðu. Þar starfaði Björk frá 1. desember 1981 til 1. september 2003. Á göngudeildinni störfuðu nokkrar starfsstéttir, hjúkrunarfræðingar, læknar, félagsráðgjafar, iðjuþjálfar, sálfræðingar, áfengisráðgjafar og svo lækna- og móttökuritarar. Þarna var gott samstarf. Hjúkrunarfræðingarnir tóku viðtöl og stýrðu svo hverjum sjúklingi áfram, þeir sáu um lyfjagjafir og fylgdust með hverjum og einum hvort sem það var í stuttan eða langan tíma.

Nennti ekki að sitja heima og þrjóna

Þegar Björk hætti störfum á 32E 1. september 2003 hafði hún áunnið sér rétt til að fara á eftirlaun. Hún var þeirrar skoðunar



Björk var alltaf ákveðin í að læra hjúkrun og hefur aldrei séð eftir því. Eftir að hún lét af störfum fór hún í frekara nám í Háskóla Íslands.

að hún ætti að hætta meðan hún væri enn það ung að hún gæti gert eitthvað skemmtilegt því hún sá sig ekki sitja heima og þrjóna. „Já, mér fannst ég ætti að láta gamlan draum rætast og kíkja í Háskóla Íslands til að láta reyna á það hvernig væri að verða nemandi aftur. Ég vildi velja mér fag þar sem ég gæti svarað nokkrum spurningum sem ég sat uppi með eftir starf mitt á 32E og mannfræði varð fyrir valinu. Mér hefur fundist hjúkrun og mannfræði eiga samleið, þetta eru hvoru tveggja fög sem fjalla um manninn, en mér fannst ég frekar geta svarað þeim spurningum sem ég vildi reyna að svara með því að fara í mannfræðina. Ein spurning lá mér sérstaklega á hjarta: „Hvers vegna gengur konum svona erfiðlega að verða edrú?“ Mér fannst alltaf að konunum sem komu til mín upp á göngudeild gengi verr en körlunum að ná edrúmennsku,“ segir Björk. Námið hennar gekk framur vonum enda stóð hún sig frábærlega þó það hafi eðlilega tekið hana nokkurn tíma að aðlagast náminu. „Það var aldrei meiningin að verða doktor í mannfræði og heldur ekki að ljúka við MA-námið, en mér gekk ágætlega í náminu og fannst gaman að vera í skólanum og þess vegna kláraði ég hvort tveggja,“ segir hún og hlær.

Forvitin um lífið og tilveruna

Þegar Björk er spurð að því hvort hún hafi alltaf átt auðvelt með að læra segist hún ekki vera viss um það en að hún hafi alltaf verið forvitin um lífið og tilveruna. „Ég nota ekki neinar sérstakar lærdómsaðferðir því ég lít á nám sem hverja aðra vinnu sem byggist á seiglu en einnig áhuga fyrir að læra meira.“

Björk vill koma þessum skilaboðum til unga fólksins sem hefur ekki ákveðið hvað það vill læra. „Hjúkrunarnámið er mjög gott veganesti út í lífið. Námið býður upp á

fjölbreyttan vettvang í atvinnulífinu og mörg tækifæri, ekki eingöngu hér á landi heldur einnig utanlands. Íslenskir hjúkrunarfræðingar úr Háskóla Íslands eru eftirsóttir starfsmenn um allan heim.“ Hefðbundinn dagur hjá Björk hefst á því að hún fer út að ganga, hvernig sem viðrar. Það er líkamsræktin hennar, hugleiðslan og afslöppunin. Hún segist eiga mörg áhugamál sem hún reynir að sinna eftir bestu getu, en sum hefur hún í biðstöðu þar til tækifæri býðst.

Björk er að lokum spurð að því hvernig henni lítist á stöðuna á Íslandi nú þegar árið 2020 er gengið í garð? „Mér líst vel á stöðu Íslands í dag og samfélagið sem við búum í. Menntun hefur fleygt fram og við eigum margt framúrskarandi gott fólk. Konur standa jafnfætis körlum á svo mörgum sviðum, en ég man hvað ég var lengi að fella mig við kvenpresta þegar þær komu fyrst í kirkjurnar. Líklega hef ég verið fordómafull eða fundist að sérstök störf væru kynbundin. Þá langar mig til að segja frá því að ég var einu sinni á ferðalagi á Grænlandi og hópurinn sem ég var með, ásamt áhöfn flugvélarinnar sem kom á staðinn til að ná í okkur, gengum saman niður í þorpið. Ég horfði á eina konuna í áhöfninni og fannst svo flott að flugfélagið væri búíð að setja strípur á armboðinginn á frökkum flugfreyjanna. Mér kom aldrei til hugar að þetta væri sjálfur flugstjórinn fyrr en ég sá hana ganga í kringum vélina eins og flugstjórar gera áður en farið er í loftið. Að lokum vil ég koma því á framfæri að þörfin fyrir hjúkrun verður alltaf til staðar og auðvelt er að breyta um svið innan hjúkrunarinnar og það er stór kostur,“ segir hún.

Viðtal: Magnús Hlynur Hreiðarsson



Blánemar voru nemendurnir kallaðir sem hófu nám í hjúkrunarfræði 1960 en þessi mynd var tekin á fyrstu dögum námsins. Björk er næst veggnum í röð þrjú neðan frá.

Aðalfundur Fíh

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga verður haldinn fimmtudaginn 7. maí 2020 á Grand Hótel, Reykjavík

Allir félagsmenn hafa rétt til setu á aðalfundi. Atkvæðisrétt hafa félagsmenn með fulla aðild og fagaðild sem skrá sig til þátttöku á fundinn fyrir 1. maí. Aðrir fundarmenn hafa þar ekki atkvæðisrétt.

Fundurinn verður nánar auglýstur síðar á vefsvæði félagsins www.hjukrun.is

* Fulla aðild hefur hjúkrunarfræðingur sem sótt hefur um aðild að félaginu, greiðir félagsgjöld samkvæmt ákvörðun aðalfundar af launum sínum og atvinnuveitandi greiðir tilskilin gjöld í sjóði félagsins fyrir hans hönd.



Hjúkrunarfræðingar eru súrefnið

— Helga Vala Helgadóttir

Veik staða íslenska heilbrigðiskerfisins hefur verið umfjöllunarefni síðustu missera. Ég held reyndar að rætt hafi verið um nauðsyn eflingar heilbrigðiskerfisins frá því ég man eftir mér en minnst þó ekki viðlíka ástands og birtist okkur þessi dægrin. Fráflæðisvandi, atgervisflótti, vaktaálag og mönnun eru orðin meðal algengustu orða fréttatímanna. Hættan er á að vitund okkar stíflist við ofgnótt fréttu af lasburða heilbrigðiskerfi og þið sem í því starfið eigið svo miklu betra skilið en að það sé stöðugt talað niður því ykkar starf er svo sannarlega gott, en gæti verið betra væri því sköpuð betri umgjörð. Á því bera stjórnvöld hvers tíma ábyrgð.



Helga Vala Helgadóttir, þingmaður Samfylkingar og formaður velferðarnefndar Alþingis.

Hjúkrunarfræðingar eru súrefnið sem berst um allt æðakerfi heilbrigðisstofnana. Ef súrefnið er á einhvern hátt takmarkað þá veikist heilbrigðiskerfið, rétt eins og mannslíkaminn. Súrefnisskorturinn er þó löngu fyrirséður og er því miður ekki staðbundinn vandi heldur alheimsvandi. Við þörfumst nauðsynlega fleiri hjúkrunarfræðinga víða um heim og það strax.

„Þar hefur stjórnvöldum á Íslandi því miður ekki tekist nógu vel upp enda hefur tilraunum hjúkrunarfræðinga til kjarabóta verið tekið af fálæti og undanbrögðum undanfarin misseri. Því miður virðist lítið breytast í þeim efnum þrátt fyrir augljósan skort á hjúkrunarfræðingum.“

Ein leið til að fjölga hjúkrunarfræðingum er að laða fleiri til starfa en við verðum líka að tryggja að þeir sem mennta sig í hjúkrunarfræðum fari ekki til annarra starfa. Við gerum það ekki eingöngu með því að dásama starfið og þakka af öllu hjarta þeim sem tryggja velferð okkar nánustu í það og það skiptið heldur með því að gera starfsumhverfið og starfskjörin þannig að mannsæmandi séu. Þar hefur stjórnvöldum á Íslandi því miður ekki tekist nógu vel upp enda hefur tilraunum hjúkrunarfræðinga til kjarabóta verið tekið af fálæti og undanbrögðum undanfarin misseri. Því miður virðist lítið breytast í þeim efnum þrátt fyrir augljósan skort á hjúkrunarfræðingum.

Við berum öll ábyrgð á þeirri stöðu sem uppi er og verðum að viðurkenna vandann og bregðast við. Í lok árs 2017 skilaði ríkisendurskoðun af sér skýrslu sem innihélt úttekt embættisins á mönnun, menntun og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Þar kom fram að fyrirsjáanlegur skortur á hjúkrunarfræðingum væri alvörumál sem yrði að bregðast við. Fimmtungur starfandi hjúkrunarfræðinga ætti rétt á töku lífeyris á næstu þremur árum (ég minni á að þetta var fyrir tæpum þremur árum) og að allt benti til þess að álag í heilbrigðisþjónustu myndi aukast á næstu árum, m.a. vegna hækkandi lífaldurs þjóðarinnar og aukinnar tíðni lífsstílstengdra sjúkdóma.

Þetta eru ekki ný tíðindi en því miður óttast ég að við bregðumst ekki nógu hratt við. Við bregðumst augljóslega ekki við með því að tryggja nauðsynlega nýliðun í

stétt hjúkrunarfræðinga né senda stjórnvöld frá sér skýr skila-boð inn í kjarasamningsviðræður um að þau meti framlag starfandi hjúkrunarfræðinga sem skyldi.

„Þá er einnig verulega óhagkvæmt að láta fólk bíða misserum saman á biðlistum eftir nauðsynlegum aðgerðum. Góðu árin okkar kosta ríkissjóð minna en þau tímabil í lífi okkar þar sem við þurfum á aðstoð heilbrigðisstarfsfólks að halda og því er þetta að mínu mati einfalt reikningsdæmi.“

Purfum að mennta fleiri

Í upphafi kjörtímabils var tekin sú ákvörðun að fara í átak til að fjölga kennurum. Búið var til sérstakt umbunarkerfi fyrir þá sem fara í kennaranám enda fyrirsjáanlegur skortur í þeirri stétt. Ég tel nauðsynlegt að við gerum eitthvað sambærilegt til að laða fleiri í hjúkrunarnámið. Frá árinu 2007 hafa að meðaltali 117 hjúkrunarfræðingar útskrifast árlega og hefur aðsókn í námið verið mikil og það er mjög ánægjulegt en betur má ef duga skal. Þeir skólar sem mennta hjúkrunarfræðinga hafa því miður þurft að beita fjöldatakmörkunum vegna ónógra fjárveitinga til skólanna sem og vegna skorts á klínískum plássum á heilbrigðisstofnunum landsins. Fjárveitingar í verkefnið hafa verið ónógar en það má bæta með pólitískum vilja því það er skoðun mín að með því að spara fjármuni á þessum stað aukum við útgjöld verulega í dýrustu rými heilbrigðiskerfisins. Þá er einnig verulega óhagkvæmt að láta fólk bíða misserum saman á biðlistum eftir nauðsynlegum aðgerðum. Góðu árin okkar kosta ríkissjóð minna en þau tímabil í lífi okkar þar sem við þurfum á aðstoð heilbrigðisstarfsfólks að halda og því er þetta að mínu mati einfalt reikningsdæmi.

Svartsýni og bölmóður fleytir okkur stutt

Það er alls ekki ætlun mín í þessari grein á sjálfu ári hjúkrunarfræðinga að vera svartsýn og vonlaus enda þökumst við ekkert áfram á því, en við verðum að vera raunsæ og vinna að lausnum og það strax. Hjúkrunarfræðingar eru ein af mikilvægustu stéttum landsins og þess vegna nefni ég þá súrefnið í heilbrigðiskerfinu. Við verðum að þora að horfa á staðreyndir máls sem eru að þrátt fyrir að fjármagn hafi verið aukið til heilbrigðiskerfisins þá er það ekki nóg.

Landsmönnum hefur fjölgað um 25% frá aldamótum en landsmönnum í aldursflokknum 65 ára og eldri hefur á sama tíma fjölgað um 60% með tilheyrandi þjónustupörf. Í kjölfar hruns var heilbrigðiskerfið skorið niður um rúm 20% og það hefur ekki enn verið bætt þrátt fyrir fjölgun verkefna og forðæmalausa hagsæld sem þakka má meðal annars ferðamönnum

um og almennum dugnaði landsmanna. Við aukum fjármuni en því miður miðar okkur allt of hægt.

Heilbrigðisstefna hefur vissulega verið samþykkt en í dag eru nærri ellefu mánuðir frá því kjarasamningar við hjúkrunarfræðinga voru lausir og ef marka má fregnir mjakast lítið í viðræðum. Krafan um styttingu vinnuviku, um að tillit sé tekið til vaktavinnufólks og að menntun sé metin til launa er ófrávíkjanleg og að mínu mati fullkomlega eðlileg. Við þurfum á ykkur öllum að halda og þurfum sömuleiðis nýliðun í stéttina. Skortur á hjúkrunarfræðingum hefur áhrif á gæði þjónustunnar og öryggi sjúklinga að ónefndu því álagi sem á hjúkrunarfræðingum er en það aftur leiðir til veikinda, kulunar og mistaka. Það er til alls að vinna og ég leyfi mér nánast að fullyrða að hjúkrunarfræðingar njóta stuðnings meirihluta landsmanna varðandi kjör sín og starfsaðstæður.

ÞYKKTUR NÆRINGARDRYKKUR

FYRIR EINSTAKLINGA MEÐ KYNGINGARÖRÐUGLEIKA

Complete

Strawberry flavour
Erdbeergeschmack
aardbeisensmaak
Arôme fraise
Gusto fragola
Jordgubssmak

Vanilla flavour
Vanilleschmack
vanillesmaak
Arôme vanille
Gusto vaniglia
Vaniljsmak

306 kkal	12 g prótein
1. stig	4 g trefjar

VANILLU OG JARÐARBERJA

icepharma

Átt þú orlof sem er að fyrnast?

— Eruð þið farin að huga að sumarorlofi?

Orlofsárið er frá 1. maí til 30. apríl. Með starfi sínu á orlofsárinu ávinnur starfsmaður sér rétt til orlofs og orlofslauna á næsta orlofsári. Taka skal orlof fyrir lok orlofsársins, þ.e. fyrir 30. apríl ár hvert. Við sérstakar aðstæður er hægt að fresta töku orlofs um eitt ár. Ljúka þarf töku hins frestaða orlofs fyrir lok næsta orlofstökuárs, annars fellur það niður og fyrnist. Áunnið og gjaldfallið orlof getur því mest verið tvöfalt.

Óskir um sumarorlof eiga að liggja fyrir 1. apríl og ákvörðun um töku orlofs þarf að tilkynna starfsmanni a.m.k. mánuði áður en hann fer í orlof. Yfirmaður ákveður í samráði við starfsmenn hvenær orlof skuli veitt. Tímabil sumarorlofs er frá 1. maí til 15. september. Starfsmaður á rétt á að fá 160 vinnuskyldustunda orlof sitt á sumarorlofstímabilinu og allt að fullu orlofi á sama tíma, verði því við komið vegna starfa stofnunarinnar. Sé orlof eða hluti orlofs tekið eftir að sumarorlofstímabili lýkur, skal sá hluti orlofsins lengjast um fjórðung. Sama gildir um orlof sem tekið er fyrir sumarorlofstímabil samkvæmt beiðni stofnunar. Starfsmaður á rétt á því að taka sér sumarfrí óháð því hvort hann á rétt til orlofslauna.

Starfsmenn í veikindum og hlutaveikindum geta ekki tekið orlof meðan á veikindunum stendur og gilda þar aðrar reglur um frestun á orlofi. Veikindi í orlofi skal tilkynna yfirmanni án tafar þar sem tími í veikindum telst ekki til orlofs. Nánar má lesa um orlofslög á vefsvæði Alþingis: www.althingi.is/lagas/nuna/1987030.html.

Greitt er orlofsfé af álagi og yfirvinnu og lagt inn á banka-reikning. Það er greitt út í maí ár hvert. Orlofsuppbót er greidd út 1. júní ár hvert. Hjúkrunarfræðingar, sem eru í starfi til 30. apríl næst á undan, eiga að fá orlofsuppbót. Greitt skal hlutfallslega miðað við starfshlutfall og starfstíma.

Átt þú orlofseign sem þú vilt leigja?

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga óskar eftir að leigja vönduð sumarhús eða orlofsíbúðir fyrir félagsmenn sína. Leitað er eftir húsnaði víðs vegar um landið og erlendis. Eignirnar þurfa að vera snyrtilegar, fullbúnar húsgögnum og öðrum viðeigandi búnaði.

Áhugasamir sendi upplýsingar á hjukrun@hjukrun.is eða hafi samband við skrifstofu í síma 540 6400.





Hjúkrunarfræðingar/nemar óskast

Hrafnistu heimilin óska eftir hjúkrunarfræðingum/nemum til starfa. Starfshlutfall er samkomulagsatriði. Hrafnista rekur átta öldrunarheimili á höfuðborgarsvæðinu og í Reykjanesbæ. Hjá Hrafnistu er lögð áhersla á fjölskylduvænt starfsumhverfi, sveigjanlegan vinnutíma og fjölbreytt félagslíf.

Menntunar- og hæfniskröfur:

- Íslenskt hjúkrunarleyfi
- Faglegur metnaður
- Frumkvæði og sjálfstæði í starfi
- Þekking á RAI mælitækinu er kostur
- Hæfni í mannlegum samskiptum
- Góð yfirsýn og skipulagshæfni

Nánari upplýsingar um störfin veitir **Berglind Björk Hreinsdóttir**, mannauðsstjóri Hrafnistu heimilanna, berglind.hreinsdottir@hrafnista.is. Áhugasömum er bent á að senda inn ferilskrá og kynningarbréf á mannaudur@hrafnista.is.

Hrafnista rekur átta öldrunarheimili á höfuðborgarsvæðinu og í Reykjanesbæ. Hjá Hrafnistu starfa um fimmtán hundruð manns, ýmist í fullu starfi eða hlutastarfi. Stöðugildi eru um 750 talsins. Veitt er sólarhringsþjónusta alla daga ársins til aldraðra skjólstæðinga heimilanna.



Pankastrik (í fleirtölu) á Reykjanesbraut

Soffía Kristjánsdóttir svæfingahjúkrunarfræðingur

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



Soffía Kristjánsdóttir, svæfingahjúkrunarfræðingur í Fossvogi.

Ég set bilinn í gang á bílastæðinu við Landspítalann í Fossvogi. Fer að hugsa um hvað ég ætti nú að taka fyrir í þessum pistli. Af nógu er nú að taka enda hjúkrun fjölbreytt starf og mörgu hefur maður velt fyrir sér á þessari leið úr eða í vinnu. Líklega er eini kosturinn við að keyra þessa samtals 100 kílómetra á dag að hafa þennan tíma með sjálfum sér sem fer oft í að plana vinnudaginn eða gera hann upp. Reyndar er líka annar kostur sá að ég slepp við að koma unglingstrákunum mínum tveimur af stað í skólann á morgnana því ég legg af stað langt á undan þeirra fótaferðartíma.

Ég kveiki á útvarpinu og orðið „fráflæðisvandi“ ómar í fréttatímum og vandinn er skýr, það er ekki hægt að útskrifa sjúklinga af bráðamóttöku og leggja inn á aðrar deildir vegna skorts á hjúkrunarfræðingum til að sinna þeim. Ég hugsa með mér: Hvernig datt þeim í hug að skerða fjárframlög til stofnana úti á landsbyggðinni, loka skurðstofum, fæðingardeildum og öðrum deildum svo senda þurfi sjúklinga á Landspítalann. Á spítala sem þegar er sprunginn.

„Mér er líka hugsað til eldri konu sem ég sinnti inni á skurðstofu fyrir ekki svo löngu vegna lærleggbrots. Þessi góða kona hafði svo sannarlega lagt vel við hlustir því þegar hún varð fyrir því óláni að detta heima hjá sér ákvað hún að vera ekkert að ónáða starfsfólkið á bráðamóttöku og hafði því staulast á sínum brotna fótlegg í tæpa þrjá mánuði með tilheyrandi fylgikvillum.“

Árið 2020 er gengið í garð og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin búin að tileinka hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum árið. En einhvern veginn er ég ekki bjartsýn yfir að þetta verði okkar ár. Samningalausir og það kraumar í manni pirringur og reiði yfir aðgerðaleysi stjórnvalda að leysa þessa pattstöðu sem heilbrigðiskerfið er í á Íslandi. Ég er þakklát þeim sem hafa tjáð sig um stöðuna í fjölmiðlum því vissulega þarf að vekja athygli á þessu til að ná eyrum þeirra sem hafa vald til og geta breytt þessari stöðu. Mér er líka hugsað til eldri konu sem ég sinnti inni á skurðstofu fyrir ekki svo löngu vegna lærleggbrots. Þessi góða kona hafði svo sannarlega lagt vel við hlustir því þegar hún varð fyrir því óláni að detta heima hjá sér ákvað hún að vera ekkert að ónáða starfsfólkið á bráðamóttöku og hafði því staulast á sínum brotna fótlegg í tæpa þrjá mánuði með tilheyrandi fylgikvillum. Mér verður þá hugsað til þess hvort við getum gert eitthvað annað varðandi upplýsingagjöf til stjórnvalda og hvernig fregnir af ástandi sem er fyrir eyrum landsmanna bitni á þeim sem síst skyldi.

Lagið „Lífið er yndislegt“ hljómar í útvarpinu í bílnum. Ég skal því segja ykkur frá því hvernig það er að vinna í sjúkaskýli í Herjólfssdal um verslunarmannahelgina. Þar hef ég verið síðustu fimm ár. Kælipokar, teygjusokkar og saumasett koma strax

upp í hugann. Nei, sko, í því magni sem löngu er hægt að telja eðlilegt. Gúmmítúttur og strigaskór er aldrei góð hugmynd þegar ganga skal í flughalli brekku og mikið væri nú gott ef glerflöskur yrðu bannaðar í dalinn. Svona í slysavarnarskyni. Sem betur fer gengur vinnan í skýlinu langoftast vel fyrir sig. Þrír hjúkrunarfræðingar eru þar að störfum ásamt lækni og sjúkraflutningamönnum. Ómurinn úr brekkunni heyrir upp í skýli, útsýni yfir flugeldasýningu og brennu hið besta og það er aukabónus við vinnuna. Taugaskoðun á ölvuðu fólki sem lent hefur í ryskingum getur verið flókin og það gerir hins vegar vinnuna í skýlinu erfiða.

Áfram keyri ég Reykjanesbrautina og kem að kafla þar sem banaslys varð fyrir ekki svo löngu síðan þegar bíl var ekið framan á snjóruðningstæki. Kannski ætti ég að ræða um hvernig sé að koma að alvarlegu bílslysi á Reykjanesbraut, hugsa ég. Ég sé laskaðan bíl úti í móa eða þveran á brautinni. Ég hægi á bílnum, stoppa úti í kanti og hugsa í smá stund hvað ég geti gert til að hjálpa. Stress og adrenalín blossar upp, ég fer að efast hvort ég geti eitthvað gert því þetta er ekki mitt rétta umhverfi. Ég hef ekki þá vaktara sem ég er vön á að nota, eins og púlsmæli, blóðþrýstings- og mettunarmæli og enga íhluti er ég með. En ég er með hendur, augu og eyru sem geta verið hinir bestu vaktarar. Mér verður síðan hugsað til fyrirmyndanna í starfinu, eins og þegar Jón Garðar kenndi mér að hjartað er dælustöð en ekki sjónvarpsstöð og maður ætti að horfa og koma við sjúklinginn fremur en að líma augun á „mónitorskjáinn“. Ég geri það og finn að radial-púlsinn er daufur og þá blóðþrýstingur sennilega lægri en 90 í systólu. Þá fer púlsinn hjá mér að hraða á sér og hljómar þá frasi sem Ásgeir Valur

„Gleymi heldur aldrei tilfinningunni þegar á bráðamóttökuna í Fossvogi var komið. Barnið var enn á lífi. Ég man í sjúkrabílnum á brautinni á leiðinni heim hugsaði ég hversu magnað það er að hafa upplifað það þegar þetta kerfi virkar. Hver einasti hlekkur í keðjunni virkar.“

sagði eitt sinn við mig: „Betra er lágur þrýstingur en enginn!“ og ég róast. Svo poppa upp lífeðlisfræðigullkornin frá Rut minni Þorsteins og ég hugsa til Viðars Magnúss og það rifjast upp fyrir mér að hægt er að deila þyngd sjúklings með fjórum og þá er ég komin með ketamínskammt sem þarf til að verkja-stilla. Þessi er 80 kg svo hann má þá fá max 20 mg af ketamíni. Muna svo eftir að gefa um 1 mg af dormicum til að forða viðkomandi frá því að sjá bleika fíla af ketamíninu. Þessi lyf finnast í töskum sjúkrabíla þegar þeir mæta á staðinn. Þegar ég lendi í því síðan ári seinna að koma að öðru slysi mun alvarlegra en því fyrra þar sem tveir farþegar eru fastir í bílnum, annar látinn, og eina sem ég get gert er að hughreysta hinn og halda á honum hita. Þá veltir ég fyrir mér að koma mér hreinlega upp betri búnað í bílnum hjá mér, en áttar mig á því að ekki geti ég verið rúntandi á „mini“ útgáfu af sjúkrabíl og ákveð að sjúkrapúði frá Rauða krossinum, ullarteppi og „pocket“ maski sé allt sem þarf. Hugsa til Auðbjargar á Klaustri ... hvað ætli hún sé með í sínum einkabíl?



Nú fer ég alveg að verða komin heim, búin að vera 45 mínútur á leiðinni, enda færið gott og veðrið einnig. Reykjanesbrautin er sem betur fer oftast greiðfær enda beinn og breiður vegur mestalla leið. Mér er hugsað um tímann, hann er mikilvægur og skiptir miklu máli varðandi hvort lífshættulega veikur sjúklingur lifir flutninginn af og hvað máttleysið heltekur mann þegar maður sér að sjúklingnum hrakar á meðan verið er að bíða eftir flutningi á stærra sjúkrahús. Oft hefur það staðið tæpt að koma sjúklingum lifandi frá bráðamóttöku HSS inn í Fossvog. Ég hugsa til þess að ekki fyrir svo löngu tók ég vakt á bráðamóttökunni í Keflavík og þurfti að fylgja alvarlega veikum barni í sjúkrabíl á Landspítalann. Skelfilegt færi var þetta kvöld og þótt lögreglan hafi rutt veginn svo sjúkrabíllinn kæmist án tafar þá hefur vegurinn aldrei verið eins langur. Gleymi heldur aldrei tilfinningunni þegar á bráðamóttökuna í Fossvogi var komið. Barnið var enn á lífi. Ég man í sjúkrabílnum á brautinni á leiðinni heim hugsaði ég hversu magnað það er að hafa upplifað það þegar þetta kerfi virkar. Hver einasti hlekkur í keðjunni virkar. Það er ansi mögnuð lífsreynsla. Læknar og hjúkrunarfræðingar á HSS, sjúkraflutningamenn BS, lögreglan og svo starfsfólk á bráðamóttöku í Fossvogi. Vá, hvað þau voru mörg í Fossvoginum. Samt voru allir tilbúnir þegar við mættum, vissu sitt hlutverk, ekkert fát eða slíkt. Greinilega vel þjálfuð, alveg magnað! Við vorum bara fjögur á vakt í Keflavík. Tveir læknar, svæfingahjúkka og bráðahjúkka. Þá finn ég að ég starfa í góðu kerfi en átta mig jafnframt á því að það er ekki kerfinu að þakka heldur öllu þessu vel menntaða starfsfólki.

Ekki má gleyma því sem vel er gert. Frábærar fréttir bárust á nýju ári að nú eigi að taka í gagnið sjúkraþyrilu. Sjúkraþyrilan mun breyta miklu og efla bráðaviðbrögðin til muna. Þá verður hægt að veita bráðveikum og slösuðum sérhæfða þjónustu með sem skjótustum hætti. Mikið hlakka ég til að fylgjast með því verkefni. Þá þarf ekki að krossa putta og bruna brautina heldur kemur sérfræðiþjónusta til okkar úti á landi með sína þekkingu, líka til sjúklinga á kragasjúkrahúsunum í kringum Landspítalann.

Ég hækka svo í útvarpinu og Herra Hnetusmjör kemur mér heim ..., já eða okkur flestum ... svona upp til hópa!

Ég skora á Gunnhildi Árnadóttur að skrifa næsta þankastrík.

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



The ABENA logo consists of the word "ABENA" in white, sans-serif capital letters, followed by a registered trademark symbol (®). It is positioned in the top left corner of the advertisement, set against a dark blue square background.

ABENA®

ABENA ÞVAGLEKAVÖRUR FÁST Í REKSTRARLANDI

samþykktar af Sjúkratryggingum Íslands og Ríkiskaupum

Abena hjálparvörurnar við þvagleka eru alhliða lausnir fyrir alla þá sem glíma við þvagleka. Sérfræðingar okkar aðstoða við rétt val og veita persónulega og faglega þjónustu. Skírteinishafar geta leitað beint til Rekstrarlands.

Við komum vörunum heim til notenda.

Svörum fyrirspurnum fúslega
í síma **515 1100** eða á heilbrigdi@rekstrarland.is

Vatnagörðum 10 | 104 Reykjavík | Söluver **515 1100** | rekstrarland.is



REKSTRARLAND

„Hjúkrunarfræðingar eru ofurhetjur. Þeir eru eins og englar í stríði.“

— Brot úr vikulegum viðtölum við hjúkrunarfræðinga

Hvað veldur því hvaða framtíðarstarf við leggjum fyrir okkur þegar við verðum fullorðin? Er það tilviljun að hjúkrunarfræðingar lögðu fyrir sig hjúkrun eða er það af því að hjúkrun er hjúkrunarfræðingum í blóð borin? Á afmælisárinu voru birt vikuleg viðtöl við hjúkrunarfræðinga og þeir spurðir spjörunum úr, meðal annars hver ástæðan var fyrir að hjúkrun varð fyrir valinu. Það var ýmist af tilviljun einni, umhyggju fyrir mönnum og dýrum eða áhuga á umönnunarstörfum. Hjúkrun er gefandi og í genunum í einhverjum tilfellum. Einnig aðdáun á hjúkrunarfræðingum, líkt og Paola Bianka skurðhjúkrunarfræðingur svaraði til: „Ég hef alltaf litið á hjúkrunarfræðinga sem ofurhetjur. Þeir eru eins og englar í stríði.“

Snemma beygist krókurinn

„Ástæðan fyrir því að ég lærði hjúkrun held ég að sé sú að ég hafi fæðst með svokallað hjúkrunargen,“ segir Aðalbjörg J. Finnbogadóttir sem hefur í rúma tvo áratugi unnið að framgangi hjúkrunar og heilbrigðisþjónustu í landinu á vegum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. „Genið er mjög virkt í móðurfjölskyldu minni,“ segir hún, en móðir hennar var hjúkrunarfræðingur, þrjár móðursystur hennar, systir og fjöldi frænkna í móðurættinni, auk þess að stúpdóttir Aðalbjargar og mágkona eru hjúkrunarfræðingar. Nú fer að liða að starfslokum hjá Aðalbjörgu og hún farin að undirbúa þau. „Ég er því aftur komin með annan fótinn í skóla, ekki sem kennari í þetta sinn heldur sem nemandi, að kynna mér öldrunarhjúkrun því aldraðir eru jú framtíðin!“

Anna Margrét Magnúsdóttir var ekki nema 5 ára þegar hún tilkynnti foreldrum sínum og öðrum sem heyra vildu að hún ætlaði að verða hjúkrunarkona þegar hún yrði stór, en hún starfar á hjartabilunarmóttöku á heilsugæslustöðinni á Selfossi, HSU. Hún hafði enga sérstaka fyrirmynd í hjúkrun nema ef vera skyldi konuna sem bjó í næsta húsi sem var hjúkrunarfræðingur. „Eitt sinn var ég spurð að því af hjúkrunarnema hvað skipti mig miklu máli í starfi. Auðvitað eru það mýmargir hutir en þegar ég fór að læra hjúkrun setti ég mér það að ég skyldi virða skjólstæðing minn, þarfir hans og vilja um leið og hin faglegu gildi hjúkrunar. Ég skyldi koma fram við



Aðalbjörg J. Finnbogadóttir.



Anna Margrét Magnúsdóttir.



Ásdís M. Finnbogadóttir.



Margrét Eiríksdóttir.

fólk eins og ég vildi að komið væri fram við mitt fólk við sömu aðstæður — eitthvað sem við ættum öll alltaf að gera í öllu lífinu,” segir Anna Margrét.

Þegar Ásdís M. Finnbogadóttir var 7 ára skrifaði hún í bókina Bekkurinn minn að hún ætlaði að verða hjúkrunarfræðingur þegar hún yrði stór. Þrátt fyrir að hún hafi ekki byrjað í hjúkrunarnámi fyrr en á 25. aldursári segir hún að ekkert annað nám hafi komið til greina. Þrátt fyrir að hún hafi ekki meðvitað stefnt á hjúkrunarfræði blundaði það nám greinilega í henni eins og kom á daginn. Hún segir það vera mjög gefandi að sjá þá breytingu sem verður á fólki þegar það hefur lokið meðferð á sjúkrahúsinu Vog, þar sem hún vinnur, og er í kjölfarið tilbúið að fara aftur út í samfélagið og takast á við líf sitt án áfengis og vímuefna.

Margrét Eiríksdóttir var ung að árum þegar áhugi hennar á umönnun manna og dýra kviknaði. „Ég var alin upp í sveit og var svolítið ósjálfstæð og óörugg en fékk mikið hrós hvað ég annaðist dýr og börn vel. Ég varð ákveðin í að verða hjúkrunarkona sem smákrakki þrátt fyrir að þekkja engan slíkan.“

Hjúkrun fólks með langvinna og alvarlega geðrofssjúkdóma hefur átt hug og hjarta Margrétar Eiríksdóttur undanfarin 40 ár. Hún var þá ráðin í stöðu sérfræðings í ellipjónustu á geðdeild Landspítala. Margrét var ung að árum þegar áhugi hennar á umönnun manna og dýra kviknaði. „Ég var alin upp í sveit og var svolítið ósjálfstæð og óörugg en fékk mikið hrós hvað ég annaðist dýr og börn vel. Ég varð ákveðin í að verða hjúkrunarkona sem smákrakki þrátt fyrir að þekkja engan slíkan. Ég býst við að áhuginn á geðhjúkrun hafi vaknað þegar ég var rétt rúmlega tvítug. Veikustu sjúklingarnir sem greindust voru á mínum aldri og voru að stíga sín fyrstu skref með

geðsjúkdóm og ég fann til mikillar samkenndar með þeim.“ Þegar hún fór svo að huga að vinnu eftir útskrift varð geðdeildin fyrir valinu.

„Ég held það hafi alltaf legið fyrir mér að fara í hjúkrunarfræði,” segir Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Hún fann sína fjöl innan hjúkrunar snemma á ferlinum. Hún hafði verið kölluð til vinnu á slysadeildinni árið 1991 sem þá var nýopnuð í núverandi mynd, en það bráðvantaði hjúkrunarfræðinga svo hægt væri að opna deildina. „Ég fann strax að þar átti ég heima. Og þá varð ekki aftur snúið, ég fann mig algerlega í þessari hjúkrun,” segir hún. Brennandi áhugi Guðbjargar á bráðahjúkrun varð til þess að hún fór í meistaranám til Bandaríkjanna og varð síðar fyrsti sérfræðingurinn í bráðahjúkrun hér á landi.

Tilviljun ofan á tilviljun

Björg Sigurðardóttir, deildarstjóri á hjúkrunarheimilinu á Sel-tjarnarnesi, segir það afskaplega gefandi að vinna við öldrun en hún hóf störf á nýju hjúkrunarheimili sem var opnað á síðasta ári. Það var tilviljun frekar en annað sem réð því að Björg lagði fyrir sig hjúkrun. Og hún er mjög sátt við þá ákvörðun. „Mér finnst ég svo heppin að hafa slyst inn á þessa lífsbraut,” segir hún. Það var áhugi á raun- og félagsvísindum sem varð til þess að hún lagði fyrir sig hjúkrun. „Að geta hjálpað fólki og bætt líf þess verður seint talið í tekjum. Þáttur öldrunarhjúkrunar mun vaxa mikið á komandi árum með öldrun þjóðarinnar og er ekki hægt að leggja of mikla áherslu á mikilvægi þess að styðja við þennan málaflokk. Öll viljum við að foreldrar okkar, afar og ömmur og síðan við sjálf fáum fyrsta flokks þjónustu og ánægjulega ævidaga.“

Tilviljun réð því einnig að Guðbjörg Pálsdóttir, sérfræðingur hjá sáramiðstöð Landspítala — og í fremstu röð meðal sérfræðinga í sárahjúkrun — frétti af námi í sárahjúkrun í Danmörku. Það gekk ekki átakalaust að fá inngöngu í námið enda mikil ásókn í það, en með dyggri aðstoð Aðalbjargar Finnbogadóttur hjá FÍH varð úr að einu námsplássi — ætluðu útlendingi — var bætt við þau námspláss sem fyrir voru. Í kjölfarið hefur Guðbjörg átt þátt í því að stuðla að bættri þekk-



Guðbjörg Pálsdóttir.



Björg Sigurðardóttir.



Guðbjörg Pálsdóttir.



Margrét Grímsdóttir.



Marta Jónsdóttir.



Bryndís Erlingsdóttir.



Snæbjörn Ómar Guðjónsson.



Rhomz Singayan Aquino.



Paola Bianka.

ingu og meðferð á sárum en hún hefur verið í stjórn Samtaka um sárameðferð á Íslandi frá upphafi, eða undanfarin 15 ár.

Hjúkrunarfræðin var ekki á teikniborðinu hjá Margréti Grímsdóttur á menntaskólaárunum, heldur hafði hún stefnt á nám í Myndlistarskólanum eftir stúdentspróf. Hún var stödd á Mallorca í útskriftarferð þegar henni snerist hugur, hringdi í móður sína og bað hana að skrá sig í hjúkrunarfræðina. „Og ég var búin að safna í möppu og allt,“ rifjar hún upp. „Hjúkrun er frábærasta nám sem hægt er að fara í, mikil fjölbreytni og mörg tækifæri og ég finn að ég hef gert eitthvert gagn,“ segir Margrét en hún hefur gegnt stöðu framkvæmdastjóra hjúkrunar á Heilsustofnun NLFÍ í Hveragerði frá árinu 2012.

Hjúkrun er hjartans mál

„Ég hef alltaf litið á hjúkrunarfræðinga sem ofurhetjur,“ segir Paola Bianka skurðhjúkrunarfræðingur. Allt frá því að hún var lítil stelpa hefur hún dáðst að hjúkrunarfræðingum og hvað þeir geta haldið ró sinni við oft erfiðar vinnuaðstæður. „Þeir eru eins og englar í stríði.“ Paola kom til Íslands með eiginmanni sínum árið 2014 og útskrifaðist sem skurðhjúkrunarfræðingur í júní 2019. „Ég er rosalega stolt af mér að vera ein af þessum hópi,“ segir hún. „Mér finnst þetta mjög skemmtilegt en samt mjög krefjandi starf; jafnt andlega sem líkamlega. Hver dagur er ólíkur þeim fyrri, og á hverjum degi eru nýviðfangsefni. Það sem mér finnst skemmtilegast í þessu starfi er að geta hjálpað fólki og tryggja að það fái örugga og trausta þjónustu.“

„Oft gerist það enn þá að ég labba inn á spítalann og dreg djúpt andann til að finna þessa sérstöku lykt,“ segir Marta Jónsdóttir en hún vinnur á menntadeild Landspítala og er jafnframt formaður hjúkrunarráðs Landspítala.

Allt frá því að Marta Jónsdóttir var barn hefur hún haft mikið dálæti á spítalalykt og spítalaumhverfi. „Oft gerist það enn þá að ég labba inn á spítalann og dreg djúpt andann til að finna þessa sérstöku lykt,“ segir Marta en hún vinnur á menntadeild Landspítala og er jafnframt formaður hjúkrunarráðs Landspítala. „Ég lít á það sem ótrúleg forréttindi að fá að vera talsmaður hjúkrunar, bæði innan spítala og utan. Ég er hér fyrir hjúkrunarfræðinga og hjúkrun, ég legg mig fram um að vera talsmaður hjúkrunar og gera hjúkrun sýnilega,“ segir Marta. „Mér finnst heiður að fá að hjúkra fólki, fá tækifæri til að taka þátt í bæði erfiðum og gleðilegum stundum

og leggja mitt af mörkum til að einhver reynsla annarra verði betri.“

Hjúkrun er fyrir Bryndísi Erlingsdóttur hjartans mál en hún er ein þeirra sem vinna að undirbúningi hjartabilunar-móttöku á heilsugæslustöðinni á Selfossi, HSU. Að sögn hennar var framtíð hennar ráðin í kjölfar þess að hún fór í starfskynningu á sjúkrahúsinu á Selfossi. „Ég fékk að fylgjast með kviðslitsaðgerð og þá var ég bara kolfallin,“ rifjar hún upp. Hún ákvað þann dag að leggja fyrir sig hjúkrun og hefur ekki séð eftir þeirri ákvörðun. „Ég lít á mig sem hjartahjúkku,“ segir hún. „Starfið er fjölbreytt og skemmtilegt, maður fær að takast á við alls konar strembin vandamál, miserfið og misskemmtileg, en þegar öllu er á botninn hvolft er maður alltaf að hjálpa einhverjum sem hefur þörf fyrir aðstoðina.“

„Það er mjög gefandi í starfi mínu að taka þátt í því og upplifa þegar sjúklingar öðlast betri líðan í baráttu sinni við erfiðar aðstæður.“

Snæbjörn Ómar Guðjónsson, sérfræðingur í geðhjúkrun á Sjúkrahúsinu á Akureyri, telur einn mikilvægasta þáttinn í almenntri hjúkrun vera þann að veita fjölskyldum sjúklinga stuðning á erfiðum tímum. Á þriðja ári í hjúkrunarnáminu fór

hann í verknám á legudeild geðdeildar á Sjúkrahúsinu á Akureyri og ákvað í framhaldinu að sækja um starf þar. „Eftir sumarstarf á þriðja ári vissi ég nákvæmlega hvað ég myndi vilja leggja fyrir mig. Mér fannst áhugasvið mitt kristallast í geðhjúkrun,“ en hann hefur starfað á deildinni frá 2003. „Mér finnst starfið mitt mjög mikilvægt og finn til mikillar ábyrgðar þar sem við þurfum að fást við sjúkdóma sem eru oft og tíðum lífshættulegir. Það er mjög gefandi í starfi mínu að taka þátt í því og upplifa þegar sjúklingar öðlast betri líðan í baráttu sinni við erfiðar aðstæður.“

„Undirstaðan er umhyggja“

Árangur hjúkrunarfræðings ræðst ekki af því hversu mikilli fræðilegri þekkingu hann býr yfir, að mati Rhomz Singayan Aquino, legudeild Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja, heldur hversu góður og sveigjanlegur hann er við að nota allt sem hann hefur lært. „Þar er undirstaðan umhyggja.“ Rhomz flutti til Íslands í árslok 2015 en þá hafði hann nýlokið meistaraþráðu í hjúkrun fullorðinna frá Filippseyjum. Móðir Rhomz var honum innblástur að leggja fyrir sig hjúkrun, en þegar hann var barn grét móðir hans mikið vegna tannverkja. „Hún var oftast sorgmædd og það var mjög erfitt fyrir mig að horfa upp á sársauka og þjáningu móður minnar,“ segir hann, en honum var eiginlegt að veita öðrum umhyggju og samkennd strax á unga aldri

ÓMSKOÐUNARTÆKI FRÁ GE MEÐ EINSTÖKUM MYNDGÆÐUM



HealthCo



Opið mán–fim 8:30–17:00, fös 8:30–16:15
Síðumúli 16 | 108 Reykjavík | Sími 580 3900 | fastus.is

FASTUS

Röndóttar mæri

Ástrós Sverrisdóttir

Ef hamingjan væri mæri væri hún röndótt og alla vega á litinn. Litirnir myndu endurspegla dagana í samræmi við vellíðan og hamingju. Sumir dagar eru bjartir (skærgulir), aðrir hlutlausir (gráir), enn aðrir svartir. Sönn hamingja snýst ekki um að allir dagar séu bjartir. Stuðmenn sungu: „Röndóttar mæri, röndóttar fljóð, viltu vera mér örlítið góð ... ég dansa Óla skans með glans, ég spila fiðlu, dansa, langspilið á, ég syngja kann.“ Ef við höldum áfram þessari myndlíkingu er margt sem hvert og eitt okkar getur gert til að hafa áhrif á vellíðan og hamingju, hvort sem það er að dansa, spila langspilið á eða syngja.



Ástrós Sverrisdóttir, hjúkrunarfræðingur og verkefnastjóri vísindarannsóknarinnar Arfgeng heilablæðing, Landspítala.

Hvað getum við gert til að auka hamingjuna?

Í diplómanámi mínu í jákvæðri sálfræði hef ég m.a. lært hvernig hægt er að auka eigin vellíðan og hamingju. Öll viljum við vera hamingjusöm. Hvað þýðir það? Hvað getum við gert til að auka hana? Hvernig er dagsformið? Hve mikil er vellíðanin og hamingjan yfir alla ævina? Þetta snýst ekki um að við lendum aldrei í neinum erfiðleikum. Sorg, mistök, vonbrigði og áföll eru eðlilegur hluti af lífinu. Hvernig við vinnum úr þessum erfiðu tilfinningum hefur áhrif á vellíðan okkar og hamingju.

Hvað gerir lífið gott? Jákvæðar tilfinningar (s.s. gleði, von, bjartsýni, ást, kærleikur, samkennd, þakklæti, fyrirgefning og spaugsemi) hafa mikið að segja. Einnig virkni (taka þátt, lifa lífinu lifandi) og tilgangur (finna tilgang í lífinu). Vellíðan og hamingja hafa ekki bara áhrif á hvort lífið er skemmtilegt eða ekki heldur einnig á heilsu og hvernig okkur tekst að njóta okkar í vinnu og einkalífi.

„Markmiðið í jákvæðri sálfræði er að rannsaka hvernig má gera gott líf betra og hvað þarf til þess að einstaklingurinn geti lifað hamingjusömu lífi. Það er ekki síður mikilvægt að átta sig á hvaða þættir auki vellíðan og hamingju eins og hvað hafi áhrif á kvíða og þunglyndi.“

Hvað er jákvæð sálfræði?

Jákvæð sálfræði (positive psychology) er vísindaleg aðferð til að kanna mannlega eiginleika. Rannsakað er hvað fólk gerir rétt, hvað gerir lífið þess virði að lifa því. Leitað er svara við spurningunni: Hvað einkennir fólk sem líður vel og nær að blómstra? Meðal viðfangsefna er vellíðan einstaklinga í einkalífi, á vinnustöðum, í skólum og samfélögum. Greinin er þverfagleg. Markmiðið í jákvæðri sálfræði er að rannsaka hvernig má gera gott líf betra og hvað þarf til þess að einstaklingurinn geti lifað hamingjusömu lífi. Það er ekki síður mikilvægt að átta sig á hvaða þættir auki vellíðan og hamingju eins og hvað hafi áhrif á kvíða og þunglyndi. Bókin *Authentic Happiness* eftir M. Seligman (2002) er kjörin fyrir þá sem vilja kynna sér jákvæða sálfræði. Martin Seligman er einn af upphafsmönnum jákvæðrar sálfræði. Hvernig getum við aukið vellíðan og hamingju? T.d. með að byggja upp seiglu, hlúa að per-

sónulegum vexti, temja okkur hugarfar sem leiðir til þroska frekar en festu, finna tilgang með lífinu, hlúa að jákvæðum tilfinningum, upplifa jákvæð félagsleg tengsl, vera virk, setja okkur markmið og takast á við erfið verkefni. Að gera góðverk, t.d. vera í sjálfböðavinnu fyrir aðra, eykur eigin vellíðan.

Andstaðan við að blómstra er að fölna

Jákvæð inngrip. Með vísindalegum aðferðum hefur verið sýnt fram á að ýmsar æfingar, svokölluð jákvæð inngrip, auka vellíðan og hamingju. Þátttakendur stunduðu hverja æfingu viku í senn. Áhrifin geta varað allt að 6 mánuði (hækkun á hamingjukvarða og þunglyndiseinkenni minnkuðu marktækt). Dæmi um jákvæð inngrip eru að skrifa þakklætisbréf (til einhvers sem maður hefur ekki áður þakkað fyrir), þrír góðir hlutir, t.d. að skrifa hjá sér á hverju kvöldi í eina viku um þrjá góða hluti sem gerðust þann daginn (hvað olli þeim? hvert var þitt framlag?), stunda núvitund, greina sterku hliðarnar og prófa að nota eina þeirra á nýjan hátt.

„Gefum jákvæðu tilfinningunum meira rými en þeim neikvæðu. Hugarfar okkar skiptir máli. Hvernig við tölum, hvað við lesum, hvað við hugsum. Við getum sjálf haft áhrif.“

Rannsóknir í jákvæðri sálfræði lúta m.a. að hvernig megi auka vellíðan, þ.e.a.s. fleiri í samfélaginu nái að blómstra og færri að fölna. Einstaklingur sem nær að blómstra hefur áhuga fyrir lífinu, nýtur sín, er virkur og á í jákvæðum samskiptum. Andstaðan við að blómstra er að fölna. Slíkur einstaklingur nær ekki að njóta sín, finnur sig ekki, ákveðið tómarúm er til staðar og stöðnun. Þá er aukin hætta á að finna fyrir depurð og einkennum kvíða. Ef geðheilsan er sett á kvarða væri blómstrun jákvæði endinn. Einkenni algengra geðtruflana, s.s. þunglyndis og kvíða, væri á hinum enda geðheilsukvarðans, þar á eftir kæmi fölnandi hlutinn, svo almenn andleg líðan (þar sem flestir eru). Blómstrun væri því jákvæði endinn.

Takist okkur að fjölga jákvæðu tilfinningunum á kostnað þeirra neikvæðu eru meiri líkur á að færast frá fölnandi ástandi yfir í blómstrand. Gefum jákvæðu tilfinningunum meira rými en þeim neikvæðu. Hugarfar okkar skiptir máli. Hvernig við tölum, hvað við lesum, hvað við hugsum. Við getum sjálf haft áhrif. „10 hamingjulyklar“, sem Vanessa King hefur sett saman, er góð samantekt á aðferðum til að auka hamingjuna. Vanessa King er sérfræðingur á sviði jákvæðrar sálfræði. Samantektin er byggð á gagnreynndri þekkingu. Á vefslóðinni actionforhappiness.org eru m.a. upplýsingar um hamingjulyklana.

Félagslegi þátturinn er veigamikill þáttur í hamingju og vellíðan. Ég er þakklát að hitta reglulega Javasystur mínar, eða hjúkkuklúbbinn minn, leshringinn minn, göngufélagana svo ekki sé minnst á að eiga góðar og innihaldsríkar stundir með fjölskyldunni. Þessir hlutir skipta miklu máli. Góður vinnufélagi er í þessu samhengi gulls ígildi.

Hamingjan er jafn mikilvæg og heilsan

Það er jafnmikilvægt að hlúa að hamingju og vellíðan eins og heilsunni. Jákvæðar tilfinningar hafa góð áhrif á heilsuna. Þær styrkja ónæmiskerfið. Þá hefur verið sýnt fram á að jákvæðar tilfinningar hafi áhrif á hjarta- og æðakerfið með því að draga úr streitu. Hamingjusamt fólk virðist hafa tilheingingu til að lifa heilsusamlegra lífi en hinir, eiga fleiri vini, ásamt jákvæðari og meira nærandi samskiptum. Að lokum. Höldum áfram að hugsa vel um heilsuna. Hreyfum okkur daglega, fylgjumst með blóðþrýstingnum, förum reglulega í krabbameinsskoðun, ristilspjeglun eftir fimmtugt, svo dæmi séu tekin. Hugsum líka margvisst um hamingju og vellíðan okkar.

Ef hamingjan mín er röndótt mær ætla ég að hlúa að henni með aðferðum jákvæðrar sálfræði í þeirri von að skærgulu röndunum fjölgi og dökkbrúnu og svörtu röndunum fækki.

Heimildir

- Action for happiness (2016). 10 Keys to Happier Living. Sótt 23. febrúar 2019 á <https://www.actionforhappiness.org/10-keys-to-happier-living>.
- Gable, S. L., og Haidt, J. (2005). What (and why) is positive psychology? Review of General Psychology, 9(2), 103–110, <https://doi.org/10.1037/1089-2680.9.2.103>.
- Hefferon, K., og Boniwell, I. (2011). Positive Psychology: Theory, Research and Applications. Bretlandi: McGraw-Hill Education.
- Huppert, F. A. (2009). Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences. *Health and Well-Being*, 1(2), 137–164, <https://doi.org/10.1111/j.1758-0854.2009.01008.x>.
- Huppert, F. A., Baylis, N., og Keverne, B. (ritstj.) (2005). The science of well-being. Oxford: Oxford University Press.
- King, V. (2016). 10 keys to happier living. London: Headline Publishing Group.
- Peterson, C. (2006). A primer in positive psychology. New York: Oxford University Press.
- Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 57(6), 1069–1081.
- Seligman, M. (2011). Flourish. New York: Free Press.
- Seligman, M. (2002). Authentic Happiness. London: Nicholas Brealey Publishing.
- Seligman, M. E. P., Steen, T. A., Park, N., og Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: Empirical validation of interventions. *The American Psychologist*, 60(5), 410–421, <https://doi.org/10.1037/0003-066X.60.5.410>.
- Sheldon, K. M., og King, L. (2001). Why positive psychology is necessary. *American Psychologist*, 56(3), 216–217.

Setið fyrir svörum ...

— Þrjár kynslóðir sitja fyrir svörum

Þau Signý Sveinsdóttir, Auður Elísabet Jóhannsdóttir og Jóhann Marinósson eiga það sameiginlegt að starfa sem hjúkrunarfræðingar en þegar þau voru spurð að því hvað þau vildu starfa við ung að árum þá er ekki margt sem sameinar þau þrjú. Signý vildi vera fornleifafræðingur, Auður dansari og Jóhann bóndi. En þau eiga sitthvað sameiginlegt fyrir utan starfsvettvanginn. Eftirlætisdýr Auðar og Jóhanns er kisa en fílar eru eftirlæti Signýjar. Yrsa er í miklu eftirlæti hjá Auði og Jóhanni þegar kemur að höfundum en eftirlætishöfundur Signýjar er Astrid Lindgren. En hvað hræðast þau mest? Loftslagsbreytingar, svara þær Signý og Auður, en Jóhann hræðist mest snáka.

Ofmetnasta dyggðin er að segja já við endalausum aukavöktum

— Signý Sveinsdóttir



Signý Sveinsdóttir, hjúkrunarfræðingur á bráðamóttöku Landspítala.

Fullkomin hamingja er ... að líða vel í eigin skinni og njóta lífsins. Hvað hræðist þú mest? Að missa ástvin og loftlagsbreytingarnar. Fyrirmyndin? Efst í huga er amma Kata því hún lifir lífinu eftir sinni sannfæringu óháð skoðunum annarra. Svo hefur hún endalausa trú á sínu fólki og manni líður alltaf vel eftir samtali við hana. Eftirlætismáltækið? Þetta reddast! Hver er þinn helsti kostur? Ætli það sé ekki þrjóska. Hef komist í gegnum margt á þrjóskunni þótt það hafi oft verið krefjandi fyrir foreldra mína þegar ég var yngri. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung? Ég var alltaf að skipta um skoðun en man einna mest eftir því þegar ég vildi verða fornleifafræðingur eftir að hafa skoðað fornleifauppgröft á Skriðuklaustri. Eftirlætismaturinn? Morgunmaturinn er alltaf bestur. Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Neikvæðni og leti. Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað? Steig verulega út fyrir þægindarammann 2018 þegar ég flutti til Svíþjóðar og byrjaði að vinna á sjúkrahúsi án þess að kunna stakt orð í sænsku daginn sem ég flutti út. Upplifði margar hlægilegar samræður við sjúklinga og samstarfsmenn fyrstu vikurnar. Eftirminnilegasta ferðalagið? Kenísaferðin með frábærum hjúkkuvinum sumarið fyrir lokaárið í BS-náminu er eitt sem stendur upp úr. Ofmetnasta dyggðin? Að segja já við endalaust af aukavöktum. Hver er þinn helsti löstur? Að trúa ekki nógu mikið á sjálfa mig. Hverjum dáist þú mest að? Mömmu minni, algjörfurkuna. Eftirlætishöfundurinn? Astrid Lindgren. Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið? Úff, ég er örugglega sek um að nota flest af þeim en ætli „heyrðu“ og „jæja“ sé ekki aðeins of mikið notað af okkur Íslendingum. Mesta eftirsjáin? Of mikil brúnkukremsnotkun á unglingsárum og fjöldamörg nammibindindi sem entust í mesta lagi í hálfan dag. Eftirlætisleikfangið? Ég á risastórt og fallett Playmo-hús sem mér þykir afar vænt um. Stóra ástin í lífinu? Þessa dagana er það Móeiður Selja, systurdóttir mín. Frábært eintak af barni. Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa? Vildi að ég gæti farið í handa-hlaup, hef aldrei náð tökum á því. Þitt helsta afrek? Er stolt af því að hafa ekki borðað kjöt eða dýraafurðir í 8 ár og svo auðvitað hjúkrunarfræðigráðan. Eftirlætisdýrið? Fílar. Hvar vildir þú helst búa? Skiptir ekki máli hvar það er en mér finnst mikilvægt að það sé stutt í einhvers konar náttúru og að fjölskyldan mín sé nálægt. Hvað er

skemmtilegast? Að hitta frábært fólk og hlæja, ferðast og dansa eins og enginn sé að horfa. **Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vna?** Einlægni. **Eftirlætiskvikmyndin?** The Lion King. **Markmið í lífinu?** Ég ætla að hlaupa hálfmaraþon innan tveggja ára. **Eftirminnilegasti sjúklingurinn?** Staldr lengst við þessa spurningu því ég á erfitt með að nefna einhvern einn sjúkling. Ég hugsa stundum til þess þegar ég vann á Landakoti sumarið áður en ég byrjaði í hjúkrunarfræði en þetta voru mín fyrstu kynni af hjúkrun og sótti ég um starfið til að fá staðfestingu á að þetta væri námið fyrir mig. Margir einstaklingar sem þar lágu eru mér í fersku minni. Óborg-anlegt að fá að kynnast eldra fólki svona vel og ætli þau hafi ekki kennt mér svolítið á lífið og tilveruna. **Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Á erfitt með að sjá mig í einhverju öðru en hjúkrun en finnst líklegast að ég myndi prófa kennarann, hef alltaf haft gaman af því að kenna öðrum. **Eitthvað að lokum ...** Takk fyrir mig og gleðilegt ár hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra!

Tugi ára í golfi og enn ekki hola í höggi!

— Auður Elísabet Jóhannsdóttir

Fullkomin hamingja er ... bíddu ... er hún til? **Hvað hræðist þú mest?** Hamfara-hlýnun ... flott orð. Jú, er orðin ansi hrædd um að fara ekki hola í höggi þrátt fyrir tugi ára í golfi. Ég bara bíð og bíð og bíðððð. **Fyrirmyndin?** Margar fyrirmyndir, ég hef alltaf heillast mikið af Oprah Winfrey og faðir minn hefur verið fyrirmynd í að sjá það góða í hverri manneskju og vera létt í lund. **Eftirlætismáltækið?** „Það er alltaf bongó blíða á Sigló“ ... Maður verður heilapveginn þegar maður á föður sem er for-fallinn Siglfirðingur, „lókal djók“ á milli okkar í stórfjölskyldunni. **Hver er þinn helsti kostur?** Já, nú vandast málið ... kannski næmni, samningamaður, hæfilega kærulaus í sumu en mjög nákvæm í öðru. **Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung?** Langaði mikið að vera dansari þegar var ung ... en foreldrar mínir hefðu aldrei haft efni á að senda mig í samkvæmisdansa, fékk að fara í dansskóla Heiðars Ástvalds (af því hann var Siglfirðingur, sko) en í forgangi voru skíði (faðir minn var og er tvöfaldur Ólympíufari á skíðum, skíðakennari og -þjálfari). **Eftirlætismaturinn?** Úuu, það er sko gaman að gefa mér að borða, elska fisk, síður kjöt en borða allt. **Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra?** Undirförli og lygi. **Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað?** Koma þremur frambærilegum einstaklingum á legg, langlíft hjónaband og að hafa kynnst mörgum dýrmætum vinum á lífsleiðinni. **Eftirminnilegasta ferðalagið?** Þau eru mörg, nýjasta er stórafmælisferð; sigling þarsíðustu jól og áramót, fyrsta skipti sem ég fer í siglingu (ekkert golf eða skíði) og það var dásemd. Einnig fararstjóraferð með millistykkinu mínu (HK-fótbolti) í Gothia cup, frábær hópur, úrslitakeppni og læti. Ógleymanlegt. **Ofmetnasta dyggðin?** Við erum svo duglegar, algjörlega ómissandi. **Hver er þinn helsti löstur?** Er stundum ópolinmód, við vissar aðstæður. **Hverjum dáist þú mest að?** Fólki sem fylgir hjarta sínu og lætur ekkert stoppa sig. **Eftirlætishöfundurinn?** Er alæta á bækur. Hef lesið mjög mikið gegnum tíðina en það eru tveir höfundar sem ég les alltaf um jól og það er Ragnar Jónasson (Siglfirðingur!) og Yrsa Sigurðardóttir. **Ofnotaðasta orðið eða orðatil-tækið?** Já, ok. **Mesta eftirsjáin?** Þýðir ekkert að horfa í baksýnispegilinn þó maður geri það ósjálfrátt einstaka sinnum. Það er hægt að dvelja við sorgina, missi, en langar ekki að vera á þeim stað, frekar horfa fram á við, það er svo margt að vera þakklát fyrir. **Eftirlætisleikfangið?** Golfsettið — hvað annað! **Stóra ástin í lífinu?** Þegar ég fékk frumburðinn í hendurnar, heilbriggt barn. Þvílík guðsgjöf að fá þann heiður að verða móðir en það tókst í fjórðu tilraun. Móðurást er ótrúlegt afl og alveg eins með hin tvö. Þakklæti efst í huga að fá þetta hlutverk að vera móðir og vonandi amma. **Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa?** Ohh, hvað væri gaman að hafa bara brot af hæfileikum Ara Eldjárns, hvernig hann hefur einstaka hæfileika að koma frá sér skemmtiefni. **Þitt helsta afrek?** Fjórar fæðingar, miserfiðar. Menntun mín, öll verðlaun sem maður hefur fengið í gegnum árin: skíði, dans, fyrirsætukeppni, golf



Auður Elísabet Jóhannsdóttir, hjúkrunarfræðingur hjá Krabba-meinsfélaginu.

og mjög sæt síðustu verðlaunin þegar við urðum Íslandsmeistarar í sveitakeppni í A-liði GR í golfi 2019. **Eftirlætisdýrið?** Kókos, kisulingurinn okkar. **Hvar vildir þú helst búa?** Þar sem ég bý. **Hvað er skemmtilegast?** Að dansa (zumba, salsa), syngja, hlæja og ferðast með fjölskyldu og góðum vinum. **Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vina?** Ég dregst ósjálfrátt af fólki í ljónsmerkinu (er sjálf ljón, arrrgg) það er eitthvað ... glaðlyndi, húmor. **Eftirlætiskvikmyndin?** Elska ævintýramyndir, vil horfa á bíó til að létta mér lundina. Síðasta myndin sem heillaði mig algjörlega er Avatar. Margar góðar myndir, erfitt að velja. **Markmið í lífinu?** Vil frekar eyða peningum í minningar en hluti. Sátt og tileinka sér meiri þakklæti ... hafa gaman! **Eftirminnilegasti sjúklingurinn?** Það eru tvær konur sem dóu með ca. viku millibili, báðar fallegar ungar konur með ung börn og á álíka aldri og ég. „Lífið er núna!“ **Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Held ég hafi valið rétt en það hefði nú verið gaman vera danskennari í nokkur ár. Mér fannst kvikmynda- og auglýsingagerð mjög spennandi á sínum tíma þegar maður fékk að taka þátt í nokkrum auglýsingum. **Eitthvað að lokum.** Tölum ekki niður hjúkrunarstarfið á samfélagsmiðlum, verum stolt og stöndum saman.

Allt er fertugum fært!

— Jóhann Marinósson

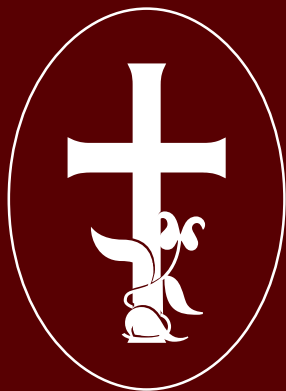


Jóhann Marinósson, hjúkrunarfræðingur á innkaupadeild Landspítala.

Fullkomin hamingja er ... að vera hraustur og eiga góða fjölskyldu. **Hvað hræðist þú mest?** Snáka. **Fyrirmyndin?** Engin sérstök. **Eftirlætismáltækið?** Allt er fertugum fært. **Hver er þinn helsti kostur?** Erfitt að segja. Aðrir meta það. **Hvað vildirðu verða þegar þú varst ungur?** Bóndi. Var mikið í sveit og líkaði vel lífið í sveitinni sem er mjög fjölbreytt. **Eftirlætismaturinn?** Borða allt. **Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra?** Hroka. **Hverju ertu stoltastur af að hafa áorkað?** Mest krökkunum mínum. Öllum gengið vel. **Eftirminnilegasta ferðalagið?** Ferðast víða seinni ár. Kína og Indland voru mikil upplifun. **Ofmetnasta dyggðin?** Dugnaður. **Hver er þinn helsti löstur?** Stundum leti! **Hverjum dáist þú mest að?** Engum sérstökum. **Eftirlætishöfundurinn?** Yrsa. **Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið?** Þau eru mörg. **Mesta eftirsjáin?** Engin. **Eftirlætisleikfangið?** Á fá leikföng. **Stóra ástin í lífinu?** Konan mín. **Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa?** Tala fleiri tungumál og vera betri á tölvu. **Þitt helsta afrek?** Að starfa sem hjúkrunarfræðingur í 48 ár. **Eftirlætisdýrið?** Kisa. **Hvar vildir þú helst búa?** Í Suður-Þýskalandi. **Hvað er skemmtilegast?** Ferðast og kynna nýju fólki. **Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vina?** Tryggð. Hef átt sömu vinina í áratugi, t.d. hollið mitt. **Eftirlætiskvikmyndin?** Evita Peron. Skemmtileg mynd og falleg tónlist. **Markmið í lífinu?** Eiga góð ár fram undan og halda heilsu. **Eftirminnilegasti sjúklingurinn?** Ungur Rússi sem ég hjúkraði í 2 mánuði á gjörgæsludeild í Þórshöfn í Færeyjum fyrir 10 árum. Hann var mikill brunasjúklingur og við gátum ekki talað saman en tengdumst vel án þess að geta talað saman. Ári eftir að hann fór heim kom bréf frá honum á deildina þar sem þakkaði fyrir hjúkrunina og lífið. Hljáði mér aðeins að heyra það. Hugsa stundum til hans. **Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Bóndi.



REYKJALUNDUR
endurhæfing



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



Hugmynd um brjóstgóðar konur

Auður Jónsdóttir

Ég þekki konu sem er hjúkrunarfræðingur og í fjölskyldu með þó nokkrum læknum. Eitt sinn spurði ég hana hvort hún hefði aldrei spáð í að verða læknir. Hún svaraði: Nei, því ég vil vera í nálægð við manneskjuna. Þess vegna er ég hjúkrunarfræðingur. Þessi orð hennar fengu mig til að átta mig á að þegar ég hef dvalið á spítala, ýmist sjálf, með son minn eða fyrrverandi maka, þá hef ég aðallega átt í samskiptum við hjúkrunarfræðinga, oft í þeirri trú að þeir væru læknar.



Auður Jónsdóttir rithöfundur.

Læknar koma eins og sviptivindar, í augum sjúklingsins, fara yfir athuganir hjúkrunarfræðingsins og hverfa síðan aftur. En hjúkrunarfræðingurinn er sá sem hlúir að mér, skilur áhyggjur mínar, útskýrir það sem útskýra þarf og oft meira til, og er til staðar fyrir sjúklinginn — oftast með hlýju og athugulu viðmóti sem róar og græðir. Ég hafði aldrei almennilega hugsað út í þetta fyrr en þessi kunningjakona mín sagði þetta. Þegar ég hugsa út í það, þá hef ég svo oft tekið hjúkrunarfræðing í misgripum fyrir lækni og jafnvel sagt: Já, hinn læknirinn sagði ... — og verið leiðrétt: Nei, það var hjúkrunarfræðingur.

Hjúkrandi kona

Þegar Birgitta Haukdal gaf út barnabók, fyrir ekki svo löngu síðan, þar sem ein söguhetjan var kölluð hjúkrunarkona varð það, jafnt sem fleira í birtingamynd hjúkrunarfræðingsins í bókinni, efni í áhugaverða umræðu.

Orðið hjúkrunarkona, jafnt sem myndbirting og hlutverk hjúkrunarfræðingsins í verkinu, þóttu gefa villandi mynd af starfinu, jafnvel niðrandi. Vissulega var þessi birtingarmynd gamaldags og ekki í takti við raunveruleikann, reyndar minnst mig að bókin hafi verið uppfærð og endurprentuð. En um leið má segja að umræðan um verkið hafi orðið svo kröftug að á endanum hafi bókin leitt til góðs, þar sem umræðan skerpti meðvitund almennings um starfið og það hvernig innræting fyrri tíðaranda getur ruglað skilning okkar á eðli þess.

Umræðan fékk mig að minnsta kosti til að hugsa um hvort orðið hjúkrunarkona og hughrifin sem fylgdu því hér á árum áður hafi litað skilning minn á starfinu meira en ég gerði mér grein fyrir. Af hverju hafði ég stundum haldið að hjúkrunarfræðingar væru læknar?

Rótgrónar ímyndir

Getur verið að í gegnum tíðina hafi eitthvað blundað í mér sem fékk mig til að álykta að manneskjan sem hlúði að mér eða barninu mínu hlyti að vera læknir fyrst hún byggji yfir allri þessari þekkingu og getu til greininga — og það þrátt fyrir að ég ætti og teldi mig vita betur. Já, fyrst hún var ekki í stuttum kjólgopa?

Kannski er ástæðan sú að í skynjun minni blundar staðalímynd hjúkrandi konu eins og hún hefur svo oft birst mér í bókum og kvikmyndum síðan ég var ómálga. Þegar ég hugsa um orðið hjúkrunarkona kemur strax upp í hugann mynd af skoplegri hjúkrunarkonu með stór brjóst í þröngum kjól.

Þetta er eins konar skopmynd sem birtist stöðugt í fjölbreyttri en samt svo keimlíkri mynd í bókum, bíómyndum og á myndum. Í fljótu bragði man ég eftir hjúkrunar-

„En tungumálið er lifandi. Veruleikinn umbreytist og um leið tungumálið. Til að tungumálið nái að fanga veruleika okkar sem best þurfum við að endurnýja það og skipta út orðum fyrir önnur betri.“

konu í Áfram-myndunum, vinsælum enskum gamanmyndum sem tröllriðu myndbandaleigunum þegar ég var barn.

En þessi hughrif, sem brjótast fram þegar ég heyri orðið, framleiða hratt óljósar minningar um svo margar hjúkrunar-konur í miðlum og myndum; yfirleitt tvenns konar, annaðhvort stórgerðar og skapvondar eða með útstæð, dúnmjúk brjóst í stuttum kjól og með eins konar kappa á höfðinu.

Þannig hafa hjúkrunarfræðingar svo oft verið fram settir í menningu okkar. Ýmist strangar eða sexí, skapaðar úr klénum hugmyndum um konur.

Og af því að innræting æskunnar getur lúrt svo djúpt innra með okkur, þá er í raun og veru skiljanlegt að hún kraumi enn þá í samfélaginu, þó að við vitum betur.

Ást á orði

Meðvitund er eitt, rótgrónar ímyndir annað. Ímyndir eiga til að rista svo djúpt, dýpra en við gerum okkur grein fyrir, sama þótt við kærum okkur ekki um þær og þykjumst vita betur. En! Svo er það hin hliðin. Ég viðraði þessar vangaveltur við vinkonu mína, sem er gamalreynður blaðamaður, og þá minntist hún þess að hafa eitt sinn tekið viðtal við eldri hjúkrunarfræðing sem hefði beðið hana um að skrifa frekar hjúkr-unarkona en hjúkrunarfræðingur. Og ég gerði það! sagði vinkona mín. Því henni þótti svo vænt um orðið. Það bjó í minni viðmælandans, orðið sem fangaði minningar hennar og ást til starfsins sem hún hafði lengi gegnt.

Já, veruleikinn er flókinn. Og sjaldnast á einn veg. Orðið hjúkrunarkona er samgróid minni okkar, bæði á óæskilegan hátt en líka góðan. Góðan — því við eigum svo mörg góða minningu um manneskju að hlúa að okkur, einhver tímann, þegar við kölluðum hana hjúkrunarkonu. En tungumálið er lifandi. Veruleikinn umbreytist og um leið tungumálið. Til að tungumálið nái að fanga veruleika okkar sem best þurfum við að endurnýja það og skipta út orðum fyrir önnur betri. Þannig hjúkrum við tungumálinu og áhrifamáttur þess verður sá að veruleikinn verður betri um leið. — Heilbrigðari.

Næring+

Millimál í fernu

Næring+ er orku- og próteinríkur næringardrykkur sem hentar vel þeim sem þurfa að þyngjast eða sporna við þyngdartapi.

Næring+ er vítamín- og steinefnabættur. Næring+ hentar einnig þeim sem vilja handhægt orku- og próteinríkt millimál.

ORKA

PRÓTEIN

VÍTAMÍN

ÁN GLÚTENS

ÁN LAKTÖSA

Sjúkratryggingar Íslands
veita styrk til kaupa á Næringu+

Heilsa á flóttu

Áslaug Arnoldsdóttir

Talið er að rúmlega 70 milljón manns séu á flóttu í heiminum í dag. Flestir eru að flylja átök og sumir koma alla leið til Íslands. Árið 1956 fullgiltu íslensk stjórnvöld flóttamannasamning Sam-einuðu þjóðanna. Samkvæmt samningnum hafa Íslendingar skyldum að gegna gagnvart fólki á flóttu, þar á meðal að veita heilbrigðisþjónustu. Í lögum um réttindi sjúklinga segir að veita skuli öllum bestu heilbrigðisþjónustu sem völ er á hverju sinni óháð þjóðerni, kynþætti og trú svo eitthvað sé nefnt.

Þegar ég útskrifaðist úr hjúkrun fyrir 25 árum var frekar sjaldgæft að á Landspítala legðust inn erlendir sjúklingar. Íslenskt samfélag hefur hins vegar breyst á mjög skömmum tíma úr einsleitu samfélagi í fjölþjóðlegt og við það breytist auðvitað sjúklingahópurinn sem við sinnum. Í dag eru um það bil 20% af sjúklingum á Landspítala af erlendum uppruna. Í þeirra hópi eru fyrstu kynslóðar innflytjendur, erlent vinnuafl, ferðamenn, kvótaflóttamenn og umsækjendur um alþjóðlega vernd.

Bágborin heilbrigðisþjónustu í stríðshrjáðum löndum

Umsækjendur um alþjóðlega vernd koma margir frá átakasvæðum þar sem heilbrigðisþjónusta er í molum vegna stríðs-átaka. Á átakasvæðum er áhersla í heilbrigðisþjónustu á bráðaþjónustu á kostnað annarrar meðferðar. Aðgengi að heilbrigðisþjónustu er því verulega skert og þess vegna greinast undirliggjandi heilsufarsvandamál oft ekki eða versna þegar lagt er á flóttu.



Áslaug Arnoldsdóttir. Ljósmynd/Landspítali/Borkell.

Í könnun sem Alþjóðamálastofnun Háskóla Íslands gerði árið 2017 meðal flóttafólks og umsækjenda um alþjóðlega vernd töldu aðeins 36% þeirra sem svöruðu að þeir væru við góða heilsu. Það er lítið hlutfall, sérstaklega þegar litið er til þess að flestir umsækjendur um alþjóðlega vernd á Íslandi eru ungir karlmenn. En jafnvel þó að einstaklingur sé við ágæta heilsu við komuna til landsins getur hún versnað hratt og það



eru vísbendingar um að heilsu fari hrakandi strax frá upphafi búsetu í nýju landi, bæði líkamlegri og andlegri. Ástæður þessa eru meðal annars skertur aðgangur að heilbrigðiskerfinu vegna tungumálaerfiðleika, fjárhags og menningarlegra þátta og stöðu einstaklingsins í samfélaginu, en það er töluverður munur á rétti til heilbrigðisþjónustu eftir hópum og þar standa umsækjendur um alþjóðlega vernd verulega höllum fæti.

Það leikur ekki nokkur vafi á því að umsækjendur um alþjóðlega vernd eru meðal viðkvæmstu einstaklinga sem sækja heilbrigðisþjónustu á Landspítala enda hópur með mjög flóknar heilsufarslegar og félagslegar þarfir. Oft þurfa þessir einstaklingar að takast á við áföll og missi og ofan á bætist óvissa um framtíðina. Innan þessa hóps eru svo enn viðkvæmari hópar, eins og fólki með geðröskun, fylgdarlaus börn, konur sem eru einar á ferð eða barnshafandi konur. Sem dæmi má nefna að bresk rannsókn sýnir að konur í hópi umsækjenda um alþjóðlega vernd eru sjö



Ljósmynd: Landspítali / Þorkell.

sinnu líklegri en aðrar konur til að eiga við vandamál að stríða á meðgöngu og þrisvar sinnum líklegri til að missa föstur.

Margir í viðkvæmri stöðu sem hingað koma

Á Íslandi eru umsækjendum um alþjóðlega vernd tryggð lágmarksheilbrigðisþjónusta. Í því felst öll bráðaðþjónusta, þjónusta við einstaklinga undir 18 ára aldri og þjónusta við barnshafandi og fæðandi konur. Á síðasta ári var sett á stofn nefnd á vegum Landspítala sem hefur það hlutverk að skoða þátttöku spítalans í heilbrigðisþjónustu við erlenda sjúklinga með áherslu á umsækjendur um alþjóðlega vernd. Nefndin var stofnuð vegna ákalls frá starfsfólki spítalans sem í sínu starfi fann að hér var um að ræða skjólstæðinga í viðkvæmri stöðu og að það sárvantaði verkferla, þekkingu og úrræði á spítalanum til að geta sinnt þeim sem skyldi.

Lögð var áhersla á að í nefndinni sætu starfsmenn frá þeim sviðum sem mest sinna þessum hópi skjólstæðinga: geðsviði, barna- og kvennasviði og slysa- og bráðadeild. Bakhjarl nefndarinnar er menntadeild Landspítala. Sú sem þetta ritar veitir nefndinni forstöðu.

Alls bárust 774 umsóknir um vernd árið 2019 samkvæmt tölfræði verndarsviðs Útlendingastofnunar. Niðurstöður afgreiddra mála voru að 97 var veitt vernd, 202 var veitt viðbótarvernd og 12 var veitt mannúðarleyfi. Samtals var 311 manns veitt vernd 2019 og eru karlmenn þar í meirihluta. Synjanir voru 549 talsins.



Ljósm./Landspítali/Porkell.

Verkefni nefndarinnar voru meðal annars:

- Að koma með tillögur að stefnu spítalans
- Búa til og samhæfa verkferla vegna þjónustu við umsækjendur um alþjóðlega vernd
- Gera þarfagreiningu á því hvar starfsfólki finnst kreppa að þegar kemur að þjónustu við erlenda sjúklinga með áherslu á umsækjendur um alþjóðlega vernd
- Meta þörf fyrir fræðslu og stuðning
- Vera tengiliður og leita samstarfs við aðrar stofnanir sem sinna málefnum umsækjenda um alþjóðlega vernd
- Undibúa málþing um málefni þessa hóps sem var haldið 11. október 2019

Þarfagreining var framkvæmd í nóvember 2018 þar sem spurningalisti var sendur á alla hjúkrunar- og aðstoðardeildarstjóra Landspítala. Var ákveðið að einblína ekki á umsækjendur um alþjóðlega vernd í þeirri könnun heldur skoða í víðara samhengi þann vanda sem starfsfólk Landspítala gæti staðið frammi fyrir við umönnun erlendra sjúklinga enda skarast þetta töluvert. Helstu niðurstöður voru:

- Flestir telja að reynsluleysi starfsfólks, skortur á þjálfun og tungumálaerfiðleikar hafi áhrif á þá þjónustu sem erlendir sjúklingar fá
- Túlkaþjónusta er ábótavant
- Þörf er á skýrum verkferlum og meiri fræðslu, sérstaklega um jaðarsetta hóp erlendra sjúklinga

Nefndin fundaði með öðrum stofnunum sem sinna málefnum þeirra sem hingað koma og sækja um alþjóðlega vernd, eins og Útlendingastofnun, teymi umsækjenda um alþjóðlega vernd hjá velferðarsviði Reykjavíkurborgar, Rauða krossi Íslands, Bjarkarhlíð, Vinnumálastofnun, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, velferðarsviði Reykjanesbæjar, göngudeild sóttvarna sem og ýmsum aðilum innan Landspítala. Sú vinna leiddi í ljós að mikill áhugi er á auknu samstarfi við Landspítala og að brýn þörf er á að samhæfa aðgerðir til að geta sinnt þessum viðkvæma hópi sem best.

Efla samstarf í tengslum við umsækjendur um alþjóðlega vernd

Málþingið, sem haldið var 11. október síðastliðinn, bar yfirskriftina Heilsa á flóttu. Málþingið sóttu starfsmenn Landspítala og fulltrúar þeirra stofnana sem sinna umsækjendum um alþjóðlega vernd. Tilgangur málþingsins var að kynna þennan viðkvæma hóp skjólstæðinga fyrir starfsfólki Landspítala og að fá undir eitt þak þá aðila sem vinna í þessum málaflokki til að styrkja tengslin og efla samstarf á milli stofnana. Dagskráin var fjölbreytt, allt frá reynslusögum starfsfólks til kynningar frá stofnunum utan Landspítala sem vinna með umsækjendum um alþjóðlega vernd. Í kjölfarið fékk nefndin umboð til að halda starfi sínu áfram og fyrir það erum við afar þakklát.



Ljósm./Landspítali/Þorkell.

- Fræðslufni verði aðgengilegt á þeim tungumálum sem stærstu hópar erlendra sjúklinga á Landspítala tala. Ýmislegt er til en við þurfum að eiga efni á fleiri tungumálum en nú er, til dæmis arabísku.
- Reglulega séu framkvæmdar gæðakannanir hjá þessum sjúklingahópi til að auka skilning starfsfólks á þörfum hans og bæta þar með þjónustuna.

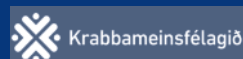
Við stöndum frammi fyrir miklum verkefnum þegar kemur að því að veita umsækjendum um alþjóðlega vernd heilbrigðisþjónustu. Nú þegar er mikið og gott starf unnið á Landspítala í þágu þessa sjúklingahóps en það er þörf á samhæfingu bæði innan spítalans og við aðrar stofnanir. Þar eru hjúkrunarfræðingar í lykilhlutverki.

Tillögur nefndarinnar eru þessar:

- Að setja upp tengiliðakerfi á milli Landspítala og lykilstofnana sem sinna umsækjendum um alþjóðlega vernd. Hlutverk tengiliða yrði meðal annars að veita viðkomandi stofnun upplýsingar um sjúklinga (þegar við á). Þetta er einkum hugsað sem aðstoð við útskrift, endurkomur og eftirfylgd. Þannig má halda utan um heilbrigðisþjónustu hvers og eins og aðstoða fólk við að fóta sig í nýju kerfi í nýju landi. Þetta yrði að sjálfsögðu allt gert í samræmi við ný persónuverndarlög.
- Gefin verði út gæðaskjöl þar sem ýmsar upplýsingar varðandi hagnýt úrlausnarefni tengd þessum sjúklingahópi væri að finna. Slíkt gæðaskjal er í vinnslu.
- Skrifleg og samræmd stefna sé til um notkun tulkþjónustu á Landspítala.
- Starfsfólk fái fræðslu um og þjálfun í menningarhæfi. Sérstaka áherslu skal leggja á fræðslu um þá sem koma til landsins og sækja um alþjóðlega vernd.¹
- Gera úttekt á því hvort og þá hvernig talsmaður sjúklinga á Landspítala myndi geta aðstoðað þá umsækjendur um alþjóðlega vernd sem sækja þjónustu á Landspítala.
- Landspítali marki sér stefnu með markmiðum og aðgerðaáætlun um hvernig standa skuli að þjónustu við erlenda sjúklinga. Þar sé gerður greinarmunur á hvort um er að ræða ferðamenn, flóttamenn, erlent vinnuafli eða umsækjendur um alþjóðlega vernd þar sem töluverður munur er á réttindum og aðgengi að heilbrigðisþjónustu þessara hópa.



Í karlaclefanum ræðum við heilsu, forvarnir, veikindi og fræðumst um reynslu annarra.



¹ Menntadeild Landspítala heldur reglulega námskeið um menningarhæfi í heilbrigðisþjónustu sem er ætlað öllu starfsfólki Landspítala í klínísku starfi. Rauði kross Íslands hefur tekið þátt í þeim námskeiðum með sérstökum fyrirlestri um umsækjendur um alþjóðlega vernd.

Hver er réttur okkar til að ráða eigin lífslokum?

Hjúkrunarfræðingarnir Guðfinna Ýr Sumarliðadóttir, Hanna María Alfreðsdóttir, Rakel Guðmundsdóttir og Þórhildur Guðbjörg Hjaltadóttir réðust ekki á garðinn þar sem hann er lægstur þegar þær unnu lokaverkefnið sitt til BS-prófs í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri síðasta vetur. Þær ákváðu að gera verkefni í formi rannsóknaráætlunar sem bar titilinn Réttur til að ráða eigin lífslokum; viðhorf til lögleiðingar líknardráps¹ og dánaraðstoðar² á Íslandi.



Stoltir hjúkrunarfræðingar með lokaverkefnið sitt frá Háskólanum á Akureyri.
Frá vinstri: Hanna, Þórhildur, Rakel og Guðfinna.

Lög á Íslandi heimila hvorki líknardráp né dánaraðstoð, en hver og einn hefur ákveðin lagaleg réttindi sem heimila honum að hafna meðferð sem lengir líf hans ef hann er dauðvona og veita honum rétt til þess að fá að deyja með reisu. Siðferðilegt gildi þess að sinna líknardrápi eða veita dánaraðstoð út frá sjálfræðisjúklingsins, hlutverki heilbrigðisstarfsfólks og virðingu fyrir lífinu er enn á umræðustigi hér á landi og er mál efnið umdeilt.

¹ Líknardráp (e. euthanasia): Það að gefa einstaklingi lyf sem bindur enda á líf hans að einlægri ósk hans og með upplýstu samþykki.

² Dánaraðstoð (e. assisted death): Það að útvega einstaklingi lyf sem hann hefur verið upplýstur um hvernig hann geti notað til þess að binda enda á líf sitt.

Dauðinn sem viðfangsefni

Titill lokaverkefnisins er bæði spennandi og áhugaverður — eitthvað sem marga þyrstir eflaust að fá að vita meira um, dauðinn og allt það sem honum viðkemur. En af hverju ákváðu þær að velja þetta viðfangsefni sem lokaverkefni?

Þær Guðfinna Ýr, Hanna María, Rakel og Þórhildur Guðbjörg höfðu fyrir löngu ákveðið að vinna lokaverkefnið saman en þegar kom að því að ákveða hvaða efni skyldi taka fyrir kom á daginn að áhugasvið þeirra voru nokkuð ólík. Það var ekki fyrr en þær sóttu saman málþing um líknardráp hjá Endurmenntun Háskóla Íslands haustið 2018 að efnið kom til þeirra. „Þar má segja að við höfum tekið endanlega ákvörðun um að velja þetta viðfangsefni í lokaverkefnið okkar. Dauðinn er hluti af lífi allra og höfðum við allar upplifað hann í okkar persónulega lífi og í starfi sem hjúkrunarnemar. Við höfum starfað á mismunandi sviðum en allar annast deyjandi skjólstæðinga, bæði unga sem aldna, og eigum eftir að annast miklu, miklu fleiri í framtíðinni,“ segir Guðfinna Ýr.

„Við teljum þetta vera mikilvægt rannsóknar-
efni því að þrátt fyrir að dauðinn sé jafn eðli-
legur og lífið sjálft þá kallar hann fram sterkar
tilfinningar. Allir eiga rétt á að deyja með reisu,
hver sem túlkun einstaklingsins á því er.“

Einna áhugaverðast við viðfangsefnið voru þær siðferðilegu spurningar sem upp koma þegar fjallað er um líknardráp og dánaraðstoð, segir Hanna María. Er þjónustan almennur réttur, er hún forréttindi eða algjört glapræði? Þessar spurningar komu hvað eftir annað upp í huga okkar á meðan á skrifunum stóð, segja þær. Enn fremur er efnið svo margslungið og þarfir skjólstæðinga og fjölskyldna þeirra jafn breytilegar og einstaklingarnir eru margir. „Við teljum þetta vera mikilvægt rannsóknarefni því að þrátt fyrir að dauðinn sé jafn eðlilegur og lífið sjálft þá kallar hann fram sterkar tilfinningar. Allir eiga rétt á að deyja með reisu, hver sem túlkun einstaklingsins á því er,“ segir Hanna María enn fremur.

Lítið rannsakað viðfangsefni hér á landi

Í ljósi þess að viðfangsefnið hefur ekki verið rannsakað hér á landi ákváðu þær í samráði við leiðbeinda sinn, dr. Elísabetu Hjörleifsdóttur, að gera rannsóknaráætlun. Það hafa verið gerðar kannanir og umræða hefur átt sér stað en að mati þeirra vantar að gera fræðilega rannsókn þar sem fram koma viðhorf allra sem eiga hlut að máli, þ.e. hjúkrunarfræðinga og lækna, sjúklinga og aðstandenda þeirra. Þá fjölluðu þær líka um siðferðilegan og lagalegan grundvöll þess að lögleiða líknardráp

eða dánaraðstoð og er fræðilegi hlutinn byggður á nýjum og nýlegum rannsóknum um efnið. Að lokum var fjallað um hvernig þjónustan er í sumum þeim löndum þar sem líknardráp eða dánaraðstoð er veitt nú þegar,“ segir Rakel.

Líknardráp á sér langa sögu

Í sögulegu samhengi á líknardráp eða dánaraðstoð sér langa sögu og var meðal annars iðkað fyrir fæðingu Krists. Í niðurstöðum þeirra kemur fram að hjúkrunarfræðingar eru almennt hlynntari þjónustunni en lækna í þeim löndum þar sem þetta tíðkast ekki. Þeir sem voru hlynntir líknardrápi eða dánaraðstoð töldu þar rétt skjólstæðingsins til sjálfræðis og lausn undan þjáningu hafa mest vægi, segir Þórhildur. „Þeir sem voru hins vegar ekki hlynntir líknardrápi höfðu áhyggjur af svokölluðum fótfesturökum, þ.e. að heilbrigðisstarfsmaður framkvæmi verk nauðugur viljugur, að úrræðin samræmist ekki gildum heilbrigðisstarfsfólks, og að slík úrræði séu óþörf því líknandi meðferð sé alla jafna nægilega gott úrræði,“ segir Þórhildur enn fremur.

Fram kom í verkefninu að þar sem líknardráp eða dánaraðstoð er lögleg nú þegar styðja langflestir heilbrigðisstarfsmenn löggjöfina og telja hana styðja við sjálfræði, veita lausn undan þjáningum og vera heildræna meðferð. „Einstaklingar með ólæknandi sjúkdóma hræðast þjáningar sem fylgja versnandi sjúkdómsástandi og telja sumir að þeir ættu að fá að ráða eigin lífslokum. Aðstandendur sjúklinga sem gengið höfðu í gegnum líknardráp eða dánaraðstoð áttu auðveldara með að takast á við sorgarferlið en aðrir og fundu ekki fyrir eins mikilli streitu í kjölfar andlátsins,“ segir Guðfinna.

Dauðinn á ekki að vera bannorð

Lög hér á landi heimila hvorki líknardráp né dánaraðstoð og hefur málefnið verið umdeilt, ekki síst siðferðilegar hliðar þess. „Það kom okkur í sjálfu sér ekkert mikið á óvart við niðurstöðurnar því þær eru í takt við umræðuna sem hefur verið í gangi hér á landi. Það má e.t.v. velta upp ástæðunni fyrir ólíkum skoðunum hjúkrunarfræðinga og lækna en hana má eflaust að hluta rekja til ólíkra hlutverka þeirra í meðferð skjólstæðinga og ábyrgð,“ segir Hanna María.

Umræða um líknardráp hefur verið mjög viðkvæm á Íslandi og það er ekki mikið fjallað um málið. Í okkar huga er það engin spurning að hefja eigi umræðuna um líknardráp og dánaraðstoð hér á landi, segir Þórhildur. Það þarf að ræða málefni sem þessi vegna þess að dauðinn er veigamikill í lífi allra. „Dauðinn á ekki að vera bannorð,“ segir Þórhildur. Hanna María segir fólk yfirleitt vera áhugasamt um málefnið og flestir vilja kynna sér það nánar. „Okkar tilfinning er því sú að fólk sé yfirleitt jákvætt og forvitið um málefnið. Við höfum enn ekki rekist á neinn sem hefur sterkar neikvæðar skoðanir á viðfangsefninu en allir eru á því að að stíga þurfi varlega til jarðar og vanda vel lögleiðingu, verði hún að veruleika hér á landi, og læra af hinum,“ segir Hanna María.

Siðfræði og líknardráp

Siðferðilegi þátturinn er viðamikill þegar kemur að líknardrápi eða dánaraðstoð. „Það hefði verið mjög auðvelt að fara um víðan völl við skrif á siðferðilegum þáttum sem tengjast líknardrápi og dánaraðstoð og höfðum við gaman af því að velta þeim fyrir okkur. Við þurftum hins vegar að setja okkur takmörk. Okkar helstu niðurstöður benda til þess að þegar einstaklingar velja þessa leið getur það reynst sérstaklega læknum erfitt því það markar viss endalok á meðferð. Einnig hefur umræðan snúist um að þjónustan stangist á við læknaeiðinn og siðferðisreglur líkt og frelsisreglu John Stuart Mill um að valda ekki skaða. Að sama skapi getur einstaklingur hafnað björgunarmedferð kjósi hann það. Það væri hægt að fara í marga hringi með þetta en þegar á hólminn er komið snýst þetta fyrst og fremst um hver vilji þess veika er og hverjar framtíðarhorfur hans eru,“ segir Rakel og vekur athygli á því í leiðinni að það hafi tekið Hollendinga 30 ár að sníða lög og reglur í kringum líknardráp og dánaraðstoð. Þeirra lög og reglur gera miklar kröfur svo að hver sem er geti ekki sóst eftir líknardrápi eða dánaraðstoð á röngum forsendum.

Fólk á að fá að ráða dauða sínum

Guðfinna, Hanna María, Rakel og Þórhildur Guðbjörg starfa allar sem hjúkrunarfræðingar. Þegar þær eru inntar eftir sinni persónulegu skoðun á viðfangsefninu segjast þær vera í grunn-



Guðfinna, Rakel og Hanna vinna allar saman á bráðadeild Landspítalans í Fossvogi.



Þórhildur Guðbjörg starfar sem hjúkrunarfræðingur hjá Heilbrigðisstofnun Suðurlands á Selfossi.

inn sammála um að sjúklingar eigi að fá að ráða eigin lífslokum. „Við teljum það hafa gríðarlega mikil andleg áhrif ef svo er ekki, bæði fyrir sjúklinginn sjálfan og aðstandendur hans sem sitja eftir í sorginni. Að sama skapi teljum við mikilvægt að enginn sé tilneyddur til þess að veita deydandi meðferð,“ svarar Þórhildur.

Binda vonir við nýja kjarasamninga

Guðfinna Ýr, Hanna María og Rakel vinna á bráðamóttöku Landspítalans í Fossvogi en eru allar búsettar í Hveragerði. Þórhildur vinnur á lyflækningadeildinni á Heilbrigðisstofnun Suðurlands en hún er búsett á Selfossi. Þrátt fyrir að vera ánægðar í sínum störfum og hlakka til vinnudagsins eru þær á einu máli að margt mætti betur fara þegar kemur að heilbrigðiskerfinu, þá sér í lagi þegar kemur að kjaramálum hjúkrunarfræðinga, og binda þær miklar vonir við nýja samninga. „Það þarf að fá þá hjúkrunarfræðinga til starfa sem hafa farið annað og halda þeim sem eru starfandi í starfi. Við teljum að það þurfi að bæta hag og vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga til að stemma stigu við þessu mikla álagi sem er oft svo mikið að stundum næst aðeins að sinna brýnustum þörfum skjólstæðinganna. Fyrir okkur, sem erum nýkomnar inn í stéttina, ferskar og fullar tilhlökkunar að veita framúrskarandi hjúkrun, er þetta erfitt, en ömurlegast er þetta fyrir skjólstæðingana,“ segir Rakel fyrir hönd hópans.

Áhugasamir geta lesið verkefnið í Skemmunni á slóðinni: <https://skemman.is/handle/1946/33918>.

Viðtal: Magnús Hlynur Hreiðarsson

Stiegemeyer hjúkrunarrúm

Vönduð hjúkrunar- og sjúkrarúm í úrvali. Rafdrifin og með fjölda stillinga.



Troja göngugrind

Vönduð og létt göngugrind með 165 kg. burðarpoli, innbyggðu sæti og burðarpoka. Auðveld að leggja saman og setja í bíl, lögð saman með einu handtaki. Fjölbreytt úrval aukahluta.

*Er í samning við
Sjúkratryggingar Íslands*

*Stuðlaberg heilbrigðistækni ehf.
er innflutnings- og þjónustufyrirtæki,
sem áður var heilbrigðissvið
Eirbergs. Starfsfólk er menntað
á sviði heilbrigðisverkfræði,
hjúkrunarfræði og iðjuþjálfunar.
Sýningarsalur er að Stórhöfða 25.*

*Verkstæðið Stórhöfða er með
þjónustusamning við
Sjúkratryggingar Íslands.*



Markmið okkar eru að efla heilsu, auka lífsgæði, auðvelda störf og daglegt líf



Með marga hatta í fjölbreyttu og gefandi starfi

— Viðtal við Steinunni Birnu Aðalsteinsdóttur

Heilsugæslustöðin á Vopnafirði er í lágreistri byggingu við sjóinn í miðju þorpinu og í næsta nágrenni við hjúkrunarheimilið Sundabúð, kirkjuna og safnaðarheimilið. Starfsemi heilsugæslunnar hefur tekið miklum stakkaskiptum á undangengnum misserum sem eru í megindráttum afleiðingar af setningu laga um heilbrigðisþjónustu frá árinu 2007. Þar er kveðið á um að skipta landinu upp í sjö heilbrigðisumdæmi: höfuðborgarsvæðið, Vesturland, Vestfirði, Norðurland, Austurland, Suðurland og Suðurnes. Heilsugæslustöðin á Vopnafirði er nyrsta starfsstöð Heilbrigðisstofnunar Austurlands (HSA) — sem nær yfir sveitarfélögin Vopnafjarðarhrepp, Fljótsdalshérað, Fljótsdalshrepp, Borgarfjarðarhrepp, Seyðisfjarðarkaupstað, Fjarðabyggð, Breiðdalshrepp, Djúpavogshrepp og fyrrverandi Skeggjastaðahrepp.



Steinunn Birna Aðalsteinsdóttir,
hjúkrunarfræðingur og deildarstjóri
á Heilsugæslustöðinni á Vopnafirði.

Hlutverk HSA er, líkt og annarra heilbrigðisstofnana hérlandis, að veita almenna heilbrigðisþjónustu í heimabyggð og er markmið heilsugæslustöðvanna, sem eru á skilgreindum starfsstöðvum innan umdæmanna, að tryggja landsmönnum fullnægjandi heilsugæslu í heimabyggð og að vera fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga. Hjúkrunarfræðingar á heilsugæslustöðvum annast mæðra- og ungbarnavernd, skólaheilsugæslu, heimahjúkrun, almenna heilsuvernd og móttöku sjúkra og slasaðra. Sömu leiðis er hægt að bóka viðtalstíma við hjúkrunarfræðinga stöðvanna. Afgreiðslutími heilsugæslunnar á Vopnafirði er mánudaga til fimmtudaga kl. 8:00–12:00 og kl. 13:00–15:00 og á föstudögum kl. 8:00–12:00. Þess utan er læknir stöðvarinnar á stöðugri vakt allan sólarhringinn.

Með þessar upplýsingar í farteskinu held ég til fundar við Steinunni Birnu Aðalsteinsdóttur, hjúkrunarfræðing og deildarstjóra á Heilsugæslustöðinni á Vopnafirði. Þorpið er ekki við þjóðveg 1 en ekið er inn á Vopnafjarðarheiði frá hringveginum rétt um miðja vegu milli Mývatns og Egilsstaða og þaðan eru ríflega 50 km til Vopnafjarðar. Flogið er til Vopnafjarðar frá Akureyri einu sinni á dag, alla virka daga. Þannig eru samgöngumál íbúum ofarlega í huga líkt og á fleiri þéttbýlisstöðum á landsbyggðinni. 1. janúar 2019 bjuggu 744 íbúar innan þjónustusvæðis heilsugæslunnar. Í þorpinu Vopnafirði er til dæmis matvöruverslunin Kauptún, pósthús, hárgreiðslustofa, lyfsala, banki, bensinstöð og vínbúð, auk þess sem þar er grunnskóli, leikskóli og tónlistarskóli, líkamsræktarstöð, félagsheimili, menningarmiðstöðin Kaupvangur, ungmennafélagið Einherji, sem er mjög virkt, og sundlaug er í Selárdal sem er mikið notuð bæði af heimafólki og vinsæll áfangastaður ferðamanna.

Það er allt með kyrrum kjörum á heilsugæslustöðinni þegar ég geng inn til fundar við Steinunni Birnu. Hún hefur verið í fastráðin í þessu starfi í ríflega fjögur ár eftir að hafa starfað á leikskólanum Brekkubæ á Vopnafirði í tæp tvö ár. Þar áður bjó hún ásamt fjölskyldu sinni, eiginmanni sínum Þórði Björnssyni og tveimur börnum, Aðalsteini Birni og Katrínu Líf, í Reykjavík í fimmtán ár. Hjónin eru bæði uppalin á Vopnafirði og það var því kærkomið þegar þau fengu tækifæri til að kaupa veiðihúsið Hvammsgerði við Selá þar sem þau reka nú ferðaþjónustu. Það var því ekki starf hjúkrunarfræðingsins sem dró hana aftur heim þó hún hafi að vísu verið í afleysingum á Sundabúð til að byrja með. En þar sem atvinnuöryggi við ferðaþjónustuna var ótryggt þáði hún starf á leikskólanum sem henni líkaði vel. Þar kynntist hún stórum hópi samfélagsins sem hún þekkti ekki eftir að hafa búið í borginni í áraraðir eða eins og hún segir sjálf: „Þá kynntist ég bæði foreldrum og börnum og næ teng-

ingu aftur inn í samfélagið, og það var í rauninni mjög góður grunnur fyrir hjúkrunina og starfið mitt á heilsugæslunni síðar.“

Allt til alls

Við byrjum á að fá okkur kaffi og svo sýnir hún mér húsnæði stöðvarinnar. Gott kaffi er mikilvægt á öllum vinnustöðum, var eitt sinn sagt við mig, og það hefur greinilega verið tekið alvarlega á Vopnafirði því kaffið er gott og aðstaðan í eldhúsi starfsmanna er sömuleiðis með ágætum. Í miðri byggingunni er rúmgóð biðstofa og móttaka. Lyfsalan var áður í mót-tökurýminu á heilsugæslustöðinni en er nú í Kaupþúni og rekin af Vopnafjarðarhreppi. Það er þó varalyfjalager á heilsugæslunni með bráðalyf svo að Baldur Friðriksson, yfirlæknir og eini læknirinn á staðnum, getur skrifað út nauðsynleg lyf fyrir skjólstæðinga á vöktum þar sem lyfsalan er aðeins opin á ákveðnum tímum. Á heilsugæslustöðinni eru nokkur herbergi, þar á meðal ágæt aðstaða fyrir tannlækni sem kemur reglulega á stöðina, hefðbundin tannlæknastofa ásamt lager og sótt-hreinsiaðstöðu; „Við erum auðvitað bara með einn „autoklava“ þannig að þegar tannlæknirinn er búinn að vera hérna fara bara tanntæknarnir og tannlæknirinn þannig að ég tæmi og

tek allt úr „autoklavanum“, annars væri hann hér í gangi í tvær vikur!“ segir Steinunn hlæjandi. Við hlið tannlæknastofunnar er rúmgott herbergi þar sem skjólstæðingar stöðvarinnar þiggja til dæmis göngudeildarþjónustu út af lyfjagjöf og í sama herbergi er aðstaða fyrir fæðandi konur ef fæðingu ber óvænt að. Það eru þó mörg ár síðan konur fæddu börn sín á Vopnafirði. Í dag fara tilvonandi foreldrar um tveimur vikum fyrir áætlaða fæðingu frá Vopnafirði til að vera nálægt stærri fæð-ingardeildum með meiri þjónustu, til dæmis á Akureyri, Reykjavík eða Akranesi. Yfirleitt fer valið eftir búsetu ættingja sem tilvonandi foreldrum þykir iðulega gott að hafa nálægt.

„Það er í rauninni ótrúlega mikið umstang í kringum lyfjalagerinn okkar. Við erum með rafrænt birgðakerfi, Alfa, og ég þarf að taka á móti öllum vörum sem koma inn í kerfið, halda vel utan um fyrningarlistann, lyfin í ísskápnum, eiturskápnum, vökvana sem þarf að hafa eftirlit með og svo læknatöskuna og aðra tösku sem er í sjúkrabílnum.“

Allt lín fyrir heilbrigðisstofnanir

- Snúningslök
- Undirlök
- Smekkir
- Rúmföt og lök
- Sængur og koddar
- Taupokar
- Sjúkrahúsfatnaður

EDDA
HEILDVERSLUN

Höfðabakki 9, 110 Reykjavík | Sími 561-9200 | eddaehf@eddaehf.is | www.eddaehf.is

Á stöðinni er rými með myndgreiningartæki, en Baldur læknir tekur myndir sem eru sendar á Sjúkrahúsið á Akureyri. Ég spyr Steinunni hvort það megi ekki segja að þetta sé vísir að fjarheilbrigðisþjónustu og tekur hún undir það. Skrifstofa Baldurs er við hlið aðalskiptistofunnar þar sem finna má ýmis tæki og hluti til hjúkrunar, lækninga og rannsókna, sem tilheyrir rými sem gegnir í raun svipuðu hlutverki og bráðamóttaka á spítala: „Við notum bæði þessa skiptistofu, en Baldur fyrst og fremst í tengslum við sína læknatíma. Þannig að ég reyni að bóka á hana þegar hann er með símatíma eða strax eftir hádegi svo að tímarnir okkar skarist ekki. Það er líka stundum hóað í mig og ég beðin um að taka hjartalínurit eða setja „holter“ á fólk. Svo er líka önnur skiptistofa hérna við hliðina og hún er í rauninni mæðraskoðunarherbergi, en hér starfar ljósmóðir í verk-töku sem annast mæðraskoðanir og ég nýti það sem skiptistofu líka. En aðstaðan er ekki eins góð, og þá þarf ég að hlaupa eftir umbúðum og fleiru af því að það er allt hérna á aðalskiptistofunni. Og ég þarf að gæta þess að það sé allt til af öllu!“ Sama á við um hjúkrunarlagerinn sem er sneisafullur af vörum, skipulega raðað í hillur. „Já, ég ber ábyrgð á hjúkrunarlagernum, að það sé alltaf allt til, og ég reyni að eiga allt sem þarf, sem er auðvitað svo ótrúlega mikið.“

„Ég er svona að fara úr einu í annað því að tím-inn er líka svo mikilvægur, og sinna mjög ólíkum verkefnum yfir daginn. Já, og svo er ég líka deildarstjóri yfir sjálfri mér!“

Lyfjaherbergið og rannsóknarstofan eru saman í litlu rými: „Það er í rauninni ótrúlega mikið umstang í kringum lyfja-lagerinn okkar. Við erum með rafrænt birgðakerfi, Alfa, og ég þarf að taka á móti öllum vörum sem koma inn í kerfið, halda vel utan um fyrningarlistann, lyfin í ísskápnum, eitureisakápnum, vökvana sem þarf að hafa eftirlit með og svo læknatöskuna og aðra tösku sem er í sjúkrabílnum. Ég fer sem sagt í hverjum mánuði yfir allt saman: fyrningu, töskurnar báðar og panta og fylla á ef þarf. Við erum líka með bóluefni hérna, neyðarlyf og einnig geyma skjólstæðingar, sem eru á föstum lyfjagjöfum, lyfin sín hjá okkur. Og svo má ekki gleyma að við erum auðvitað með skráningu á öllu: hitastigi ísskápsins, atvikaskráningu ef það verður eitthvert frávik og svo er ég líka með þriflista sem er krafa frá lyfjaeftirlitinu. Það þarf að fara yfir allt, þrifa hillurnar, bekkina og skrá allt.“ Ég get ekki varist þeirri hugsun að kröfurnar um skráningu séu meðal annars tilkomnar til að gæta að öryggi og gæðum, en um leið er verið að setja enn meiri ábyrgð á herðar hjúkrunarfræðings — og það gæti komið niður á öryggi og gæðum ef ábyrgðin verður of mikil.

Skjólstæðingar stöðvarinnar koma að jafnaði í bókaðar blóðprufur á miðvikudögum og sér læknirinn yfirleitt um að taka þær en hjúkrunarfræðingur sinnir þeim líka, sérstaklega þegar margir koma í blóðprufu eða þegar afleysingalæknar



Heilsugæslustöðin á Vopnafirði er nyrsta starfsstöð Heilbrigðisstofnunar Austurlands — HSA — sem nær yfir sveitarfélögin Vopnafjarðarhrepp, Fljótsdalshérað, Fljótsdalshrepp, Borgarfjarðarhrepp, Seyðisfjarðarkaupstað, Fjarðabyggð, Breiðdalshrepp, Djúpavogshrepp og fyrrverandi Skeggjastaðahrepp.

þurfa aðstoð. Hjúkrunarfræðingur sér svo um að ganga frá blóðprufunum, setja þær í skilvindu, pakka þeim og skrá. Sumar prufur fara í Blóðbankann, til Íslenskrar erfðagreiningar eða í veirufraeðirannsóknir. „Þetta getur alveg verið kaótískt ástand hérna stundum,“ segir Steinunn, „sérstaklega ef það eru margir í blóðprufu þar sem því fylgir ákveðin tímapressa. Stundum liggur við að ég loki hurðinni á þessari litlu rannsóknarstofu til þess að ná öllu!“ segir hún og hlær.

Við erum stofnunin hérna

Í ljósi aukinnar umræðu um viðbrögð á landsbyggðinni vegna slysa sem meðal annars má rekja til fjölgunar ferðamanna, þá spyr ég hvernig því sé háttað hjá þeim á Vopnafirði. Hún segir þau taka þátt í hópslysaæfingum sem eiga sér stað og hún þurfi að gæta þess að það sé alltaf allt til reiðu á stöðinni: „Ef það er slys, þá náttúrulega þarf maður að rífa allt með sér, allar slysa-töskurnar og allt sem til er.“ Baldur læknir er sá aðili sem er alltaf á bakvakt en Steinunn er í 70% starfshlutfalli og tekur engar bakvaktir. Einnig er móttöku- og læknaþitari á Heilsugæslunni sem er mikilvægur hlekkur á litlum vinnustað og þarf að kljást við ófyrirséð verkefni enda fyrsti starfsmaðurinn

sem skjólstæðingar mæta þegar þeir koma á stöðina. En Baldur og Steinunn eru einu fastráðnu heilbrigðisstarfsmenn heilsugæslunnar. Eða eins og Baldur orðar það í stuttu samtali sem við eigum við hann á kaffistofunni: „Við erum bara hérna þrjú, má segja, erum bara stofnunin hérna. Ef fólk kemur með bráð veikindi inn á spítala þá eru 30 manns í kringum mann og allar bjargir og maður hefur allt upp á að hlaupa. En hér þurfum við bara að gera, hlaupa og gera.“ Og Steinunn bætir við: „Já, vinna úr því sem hægt er og gera okkar besta. Maður gerir ekkert annað.“ Baldur segir þau yfirleitt senda alla bráðveika skjólstæðinga á Sjúkrahúsið á Akureyri, en fólk með höfuð- og hryggáverka, hjartaáfall, heilablæðingu og aðra háorkuáverka senda þau á Landspítalann. Þau segja heilbrigðisþjónustu snúast bæði um öryggi og gæði í minni byggðarlögum og svo sé einnig um pólitískt byggðamál að ræða. Stofnanir heilbrigðisþjónustunnar eru líka vinnustaðir sem veita fjölda fólks atvinnu í byggðarlögum þar sem atvinna er jafnvel af skornum skammti. Það sé auk þess dýrmætt fyrir fólk sem hefur sótt sér fagmenntun að geta unnið við sitt fag á heimaslóðum. Baldur bendir á að það sé algörlega tvennt ólíkt að vera hjúkrunarfræðingur á heilsugæslu í dreifbýli eða í þéttbýlinu og er óhætt að segja að heimsókn mín á Heilsugæsluna á Vopnafirði sé að opna augu mín fyrir því svo um munar.

„Við þurfum alltaf að velta því fyrir okkur hvernig við getum haldið okkur sjálfum gangandi í þeim verkefnum sem við erum í. Ég er dugleg að minna mig á að ég reyni að gera mitt besta, maður þarf að gefa sér „kredit“ fyrir það; maður gerir ekki meira en maður getur. Þannig að ég forðast sjálfsgagnrýni, en það er mikilvægt að skoða af hverju ég fer í hana og brjóta til mergjar.“

Tíminn er mikilvægur

Eftir að við höfum gengið um stöðina setjumst við inn á skrifstofu Steinunnar sem hún deilir með annars vegar ljósmóðurinni sem hefur skrifstofuna eftir klukkan tvö á miðvikudögum og hins vegar með skjólstæðingum stöðvarinnar sem fá þjónustu sálfræðinga í gegnum Skype. Til að hún nái að komast yfir þau verkefni sem henni eru falin þarf hún að skipuleggja tíma sinn vel og segir hálfhlæjandi að það komi sér vel að hún skuli vera mikil listakona þar sem vinnudagarnir gangi upp vegna þess að hún sé skipulögð og setji allt upp á lista. Hún vinnur klukkan átta til tvö mánudaga til fimmtudaga og klukkan átta til tólf á föstudögum. Á heilsugæslunni er skráð samkvæmt SÖGU-kerfinu, allir tímar eru skráðir þar og hreyfir til ef þarf. Hún bókar þar einnig tíma sem hún nýtir í skjálavinnslu, pantanir, tölvupóst og annað: „Ég er svona að fara úr einu í annað því að tíminn er líka svo mikilvægur, og sinna

mjög ólíkum verkefnum yfir daginn. Já, og svo er ég líka deildarstjóri yfir sjálfri mér!“ segir Steinunn og hlær. Skólaheilsugæslan er mikilvægur þáttur í starfi hennar, en heilsugæslan á Vopnafirði tekur þátt í Austurlandslíkaninu, eða ALL-teymisvinnu sem er þverfaglegt samstarf félagsþjónustu, heilsugæslu og skóla sem styður við nemendur og foreldra með snemmtækri íhlutun samhliða því að vera stuðningur við starfsfólk skóla: „Mér hefur fundist skólaheilsugæslan tengjast svo mikið inn í allt samfélagið af því að maður hittir kannski foreldra í ungarnaefstirliti og þeir eiga börn í skólanum og fara að tala við mann um barnið, þannig að þó ég reyni að halda mér inni í einhverjum línulegum kössum þá skarast þeir alltaf. Og þannig skarast önnur viðfangsefni við tímann hjá mér sem tengjast öðru hlutverki. Það má segja að maður sé með marga hatta sem gera starfið afskaplega fjölbreytt og gefandi. Og ég er með fólki bæði í gleði og sorg, eins og svo oft í hjúkrunarstarfinu.“

Samfélagið alltaf í kringum mig

Ég segi við Steinunni að mér virðist að hún sem hjúkrunarfræðingur heilsugæslustöðvarinnar sé hjartað í samfélaginu því flestir sem þar búa þurfi einhvern tímann á þjónustu hennar að halda. „Já, það má kannski segja það. Ég held að allir viti hver ég er. Og auðvitað er ég stundum stoppuð úti í búð, ég held að það lendi allir í því sem eru í þessari stöðu á litlum stöðum. Þess vegna er kannski mesta vandamálið við starfið að aftengja sig. Að fara úr vinnunni þegar ég kem heim. Ég stend mig oft að því að vera að hugsa um vinnuna þegar ég er komin heim, eiginlega meira heldur en þegar ég var í deildarvinnu. Alveg merkilegt.“ Ég spyr hvort ástæðan fyrir því geti verið bæði sú að starfið er umfangsmikið og að hún búi á staðnum?

„Já, samfélagið sem ég annast er einhvern veginn alltaf í kringum mig, ég held að það sé að hluta til þess vegna. Ég er líka alltaf í þessu hlutverki sem hjúkrunarfræðingur, í vinnunni og utan hennar.“ En gerir hún eitthvað til að greina á milli þessara tveggja hlutverka, hjúkrunarfræðingsins Steinunnar og einstaklingsins Steinunnar, og gæta þess að takmarka aðgengi skjólstæðinga að henni þegar hún er ekki í vinnunni? „Ja, aðgengi að fólki er orðið svo gott í dag. Facebook, Messenger, símar og allt þetta. Ég hugsa að það sé betra að hafa aðgengi að einhverjum þó svo að maður nýti það aldrei. Það kemur alltaf til góða. Og ég held að þessi tækni og krafan um að skilgreina vinnutíma sinn, við lærum þetta bara öll smám saman af reynslunni.“

Í ljósi þessa spyr ég hvort hún geri eitthvað til að sporna við ofþreitu og kulnun í starfi sínu? „Góð spurning. Ég fékk handleiðslu þar sem mér var bent á að skilja við vinnuna þegar ég keyrði heim úr vinnunni og byrja vinnuna þegar ég keyrði í vinnuna. Mér hefur nú ekki lánast þetta enn þá, en mér tekst yfirleitt þegar ég fer í frí að kúpla mig alveg út. En ég held að þetta með að brenna út sé eitthvað sem við þurfum alltaf að vera að hugsa um. Við þurfum alltaf að velta því fyrir okkur hvernig við getum haldið okkur sjálfum gangandi í þeim verkefnum sem við erum í. Ég er dugleg að minna mig á að ég reyni að gera mitt besta, maður þarf að gefa sér „kredit“ fyrir það;

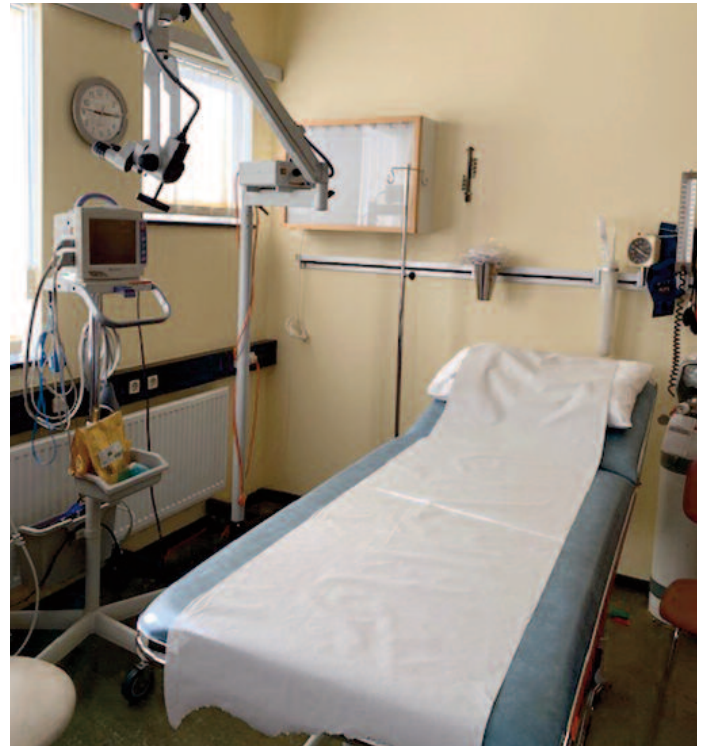


Hjúkrunarlagarinn er sneisafullur af vörum og skipulega raðað í hillur.

maður gerir ekki meira en maður getur. Þannig að ég forðast sjálfsgagnrýni, en það er mikilvægt að skoða af hverju ég fer í hana og brjóta til mergjar.“ Steinunn segir einnig styrk að því að vera hluti af stærri stofnun, það geri henni kleift að fá faglegan stuðning og leita ráða kollega sinna á öðrum starfsstöðvum HSA. Yfirleitt gerist það í tölvupóstssamskiptum eða sím-tölum, einnig hafi verið haldnir fræðsludagar þar sem allir hjúkrunarfræðingar heilsugæslu HSA hittast og fræðast um ákveðið efni, til dæmis ung barnavernd. Jafnframt hefur hún sótt Ískrárdaga skólaheilsugæslunnar. Hún segir það vera „ofsalega gott af því að þá fæ ég fagleg viðbrögð við því sem ég er að gera og heyri af einhverju nýju og hvernig aðrir gera hlutina.“ Þar sem Steinunn er deildarstjóri heilsugæslunnar á Vopnafirði situr hún líka deildarstjórafundum starfsstöðvanna og þar hittir hún aðra hjúkrunardeildarstjóra á einmenningstarfsstöðvum eins og hennar. „Það er ákveðið álag að vera í svona einmenningi. Ábyrgðin er umfangsmikil og ég er alltaf að reyna að forgangsraða verkefnunum svo að ég geti sinnt öllu og öllum eins vel og ég get. En það er staðreynd að starfið er mjög fjölbreytt og ég viðurkenni að maður verður oft tættur.“ Hún segir starfið hafa verið yfirþyrmandi í byrjun en hún sé alltaf að læra í starfinu, líka af álaginu.

Hjúkrunarstarfið fjölbreytt, krefjandi og gefandi

En af hverju skyldi Steinunn Birna hafa ákveðið að þiggja starfið? „Já, það var nú eiginlega bara þannig að hjúkrunarfræðingurinn sem var hér á undan létur mig vita að hún sé



Heilsugæslustöð Vopnafirðar er vel búin tækjum til hjúkrunar, lækninga og rannsókna.

að hætta og býður mér starfið. Og ég ákvað að stökkva á það til að fá fast starf sem einnig hentar vel með ferðaþjónustunni þar sem ég er með aðeins sveigjanlegan vinnutíma. En ég átti ekkert endilega von á því að verða hjúkrunarfræðingur á heilsugæslu,” segir hún og hlær. En þó hún hafi ákveðið að slá til segir hún að launalega séð hefði það borgað sig frekar fyrir hana að vera í umönnunarstarfi í vaktavinnu, jafnvel án þess að vera með sértæka menntun innan hjúkrunar: „Já, ég get ekki neitað því að launin eru léleg þar sem ég er aðeins í dagvinnu. Það í rauninni skilar sér ekki að hafa farið í fjögurra ára háskólanám og ég hefði haft það í raun mun betra að fara ekki í nám, því það skilar sér ekki í launaumslagið.“ Það er þó engin eftirsjá í huga hennar, þetta sé dýrmæt reynsla sem geri henni kleift að kynnast samfélaginu og gegna mikilvægu hlutverki innan þess, auk þess sem starfið sé einstaklega fjölbreytt, skemmtilegt og gefandi. Einnig telji hún það til ákveðinna forréttinda að geta skipt um starfssvið innan hjúkrunar.

Steinunn átti lengi vel erfitt með að samsama sig hjúkrunarstéttinni. „Fyrst eftir útskrift fannst mér ég ekki alveg tilheyrast þessari starfsstétt. Ég heyrði það líka frá fleirum sem útskrifuðust með mér. Okkur fannst starfið ótrúlega fjölbreytt, krefjandi og mikilvægt, og við fundum það strax þegar við byrjuðum í náminu. En framvarðasveitin virtist alltaf leggja áherslu á hina mjúku hlið hjúkrunar í stað þess að sýna hvað þetta starf er tæknilega krefjandi, fjölbreytt og erfitt. Margir í samfélaginu vita í raun ekkert hvað það er sem við hjúkrunarfræðingar gerum fyrir en fólk lendir í því að þurfa á þjónustu okkar að halda.“

Framtíðarsýn hjúkrunar er betra aðgengi

Það er farið að líða að lokum heimsóknar minnar til Steinunnar Birnu og eftir að hafa kynnst umfangsmiklu starfi hennar, sem hún sinnir að mestu leyti ein í síbreytilegu umhverfi heilbrigðisþjónustunnar, liggur beinast við að spyrja hana hver framtíðarsýn hennar sé varðandi hjúkrunar- og heilbrigðisþjónustu á Vopnafirði? „Eins og þetta er í dag þá er heilsugæslan úti á landi undirfjármögnuð. Ég myndi vilja sjá lengri þjónustutíma. Mitt litla starfshlutfall er liður í sparnaðaraðgerðum þar sem ekki er horft til þeirrar stefnu að við eigum að vera fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga. Ég hef velt fyrir mér fjarlækningunum þó ég sé ekki alveg búin að sjá það fyrir mér í framkvæmd. Nema að hér fá skjólstæðingar þjónustu sálfræðinga í gegnum Skype og það er mikilvægt skref. Ég tel að það væri mjög gott að færa sérfræðiþjónustu nær fólkinu, þá er ég líka að tala um að hér býr fólk sem á mjög erfitt með að fara af staðnum, til dæmis aldraðir sem dvelja hér í Sundabúð og hafa ekki aðgang að augnlækni af því að hingað kemur enginn augnlæknir. Ungu fólkið okkar hefur tækifæri til að fara í burtu og sækja þessa þjónustu en ég myndi vilja sjá betra aðgengi fyrir hópinn sem kemst ekki í burtu og það myndi nýtast öðrum íbúum líka. Ég held að ein af ástæðum þess hvernig staðan er í sérfræðiþjónustu úti á landi sé að það er ekki skilgreint nákvæmlega hvaða þjónusta eigi að vera til staðar á ákveðnum stað eða innan ákveðins svæðis. Og ef þetta er ekki skilgreint þá fara heldur ekki fjárveitingar í

þennan þjónustubátt. En eins og þetta er núna þá greiða heilbrigðisstofnanirnar sjálfar fyrir þjónustu á ólíkum stöðum og líka eftir því hver hefðin hefur verið. En við hér á Vopnafirði erum út úr, staðsetning þorpsins er þannig að það þarf að hafa fyrir því að koma hingað. Fallegi fjallgarðurinn hérna hinum megin við fjörðinn er hindrun!“

Reynsla Steinunnar undangengin ár hefur leitt í ljós að það eru ekki einungis sérfræðilæknar sem þarf að auka aðgengi að: „Ég myndi vilja hafa meira aðgengi að sálfræðiþjónustu. Það er biðlisti til að komast að hjá sálfræðingunum á Egilsstöðum og þeir forgangsraða sínum verkefnum og beiðnum en aðgengið er ekki gott þó að málin séu sett í forgang. Þá þurfa skjólstæðingar að keyra til Egilsstaða til sálfræðings og fá svo Skype-viðtölin hér á stofunni hjá mér. Ég hefði viljað hafa betra aðgengi hér á staðnum, það hefði verið hægt að nýta það viðtækar í skólaheilsugæslunni líka, það er oft mikið álag hjá mér í viðtölum þar.“

Nú er lítil stúlka komin í ungbarnaeftirlit ásamt móður sinni. Það er því tími til kominn fyrir mig að kveðja þennan skipulagða, fjölhæfa og lausnamiðaða hjúkrunarfræðing og deildarstjóra á Vopnafirði. Mávarnir kveðja mig sömuleiðis þegar ég stíg inn í bílinn. Enn virðist allt vera með kyrrum kjörum á heilsugæslustöðinni, en eftir að hafa kynnst starfseminni hjá Steinunni Birnu og Baldri lækni veit ég að það er ekki allt sem sýnist.

Viðtal: Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir

Framboð í stjórn og ritnefnd



Kjörnefnd Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga auglýsir eftir framboðum

Kjörnefnd auglýsir eftir framboðum í stjórn félagsins og ritnefnd Tímarits hjúkrunarfræðinga. Einnig er auglýst eftir skoðunarmönnum fyrir kjörtímabilið 2020-2021.

Stjórn félagsins: 3 stjórnarmenn og 1 varamaður.
Ritnefnd Tímarits hjúkrunarfræðinga: 3 aðalmenn.

Samkvæmt lögum félagsins er kosið til tveggja ára í senn nema í tilfelli skoðunarmanna, þar er kosið til eins árs í senn. Hámarksseta í nefndum og stjórn er fjögur tímabil samfellt.

Kosning fer fram á aðalfundi félagsins 7. maí 2020.

Framboð tilkynnist til kjörnefndar á netfangið kjornefnd@hjukrun.is

Framboðsfrestur er til 1. apríl 2020



Dr. Helga Bragadóttir félagi í Bandarísku hjúkrunarakademíunni



Helga Bragadóttir, prófessor í hjúkrunarfræði.

Dr. Helga Bragadóttir hjúkrunarfræðingur, prófessor og forstöðumaður fræðasviðs í hjúkrunarstjórnun við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala, hlaut inngöngu í Bandarísku hjúkrunarakademíuna (American Academy of Nursing (AAN)) í október sl. Er hún þar með fjórði hjúkrunarfræðingurinn á Íslandi til að hljóta inngöngu í akademíuna, en inngöngunni fylgir nafnbótin Fellow of the American Academy of Nursing (FAAN). Áður höfðu dr. Ásta Steinunn Thoroddsen, dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir og dr. Helga Jónsdóttir hlotið inngöngu í AAN, allar prófessorar við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Bandaríska hjúkrunarakademían, sem var stofnuð árið 1973, hefur það hlutverk að styrkja og efla hjúkrunarmenntun og -störf og vera virkur þátttakandi í stefnumörkun heilbrigðisþjónustu. Félagar í AAN eru rúmlega 2700 frá fjölmörgum löndum heims. Þeir sem hljóta inngöngu í Bandarísku hjúkrunarakademíuna hafa með störfum sínum haft áhrif í hjúkrun og heilbrigðisþjónustu í heimalandi sínu og á alþjóðavettvangi.

Frumkvöðull í framsæknum kennsluaðferðum

Rannsóknir Helgu á sviði hjúkrunarstjórnunar hafa snúist um gæði og öryggi þjónustunnar, nýtingu tækni í heilbrigðisþjónustu, vinnu og vinnuumhverfi í hjúkrun og síðustu 10 ár hefur Helga fyrst og fremst sinnt rannsóknum á gæðum hjúkrunar og teymisvinnu. Helga hefur haft umsjón með og kennt hjúkrunarstjórnun og forystu við Háskóla Íslands og á því sviði verið frumkvöðull í framsæknum kennsluaðferðum, svo sem nýtingu tækninnar og hnattrænni nálgun. Í öllum verkum sínum hefur Helga lagt áherslu á þverfræðilegt og alþjóðlegt samstarf og hefur hún stýrt og tekið þátt í fjölmörgum verkefnum innanlands og utan sem hafa leitt til umbóta á vinnu og vinnuumhverfi í hjúkrun og heilbrigðisþjónustu og þar með þjónustu við sjúklinga.

Helga útskrifaðist með BSc-próf í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands 1986 og starfaði næstu ár við barnahjúkrun sem klínískur hjúkrunarfræðingur, hjúkrunarstjórnandi og kennari. Hún hélt síðar til Bandaríkjanna þar sem hún lauk MSc-prófi í barnahjúkrun og hjúkrunarstjórnun og doktorsprófi í hjúkrunarstjórnun frá University of Iowa. Frá heimkomu úr framhaldsnámi árið 2000 hefur Helga starfað við stjórnun, kennslu og vísindi í Háskóla Íslands og Landspítala.



Making our world more productive

Snúningsteyggjulök sem stuðla að meiri lífsgæðum

— Viðtal við Astrid Örn Aðalsteinsson

Við hlið félagsheimilis Vopnafirðinga, Miklagarðs, og í kjallara stjórnsýsluhússins á Vopnafirði er Jónsver til húsa. Nafn fyrirtækisins má rekja til frumkvöðlanna, hjónanna Jóns Þorgeirssonar og Jónínu Björgvinsdóttur frá bænum Skógum í Vopnafirði sem stunduðu leðuriðju, aðallega söðlasmíði, og saumuðu vindpoka fyrir Flugmálastjórn á heimili sínu í áratugi samhliða búskap.

Þegar komið var að þeim tímamótum að þau fluttu úr Skógum og í þéttbýlið beittu þau sér fyrir því að komið yrði á fót starfsstöð fyrir aðila sem áttu erfitt uppdráttar á almennum vinnumarkaði. Hjónin gáfu öll sín tæki og tól, lagera og viðskiptasambönd og varð úr að Félag eldri borgara og Sjálfsbjörg á Vopnafirði stofnuðu sjálfs-eignarstofnun, meðal annars í þeim tilgangi að stuðla að tilurð starfa fyrir fólk með skerta starfsorku á Vopnafirði og nágrenni. Hagnaði Jónsvers, ef einhver er, er varið til almenningsheilla, líkt og kemur fram í samþykktum félagsins.



Frá söðlasmíði í saumaskap

Starfsemin hefur tekið breytingum frá tíma Jóns og Jónínu og í dag er lítið um söðlasmíði, frekar að gert sé við reiðtygi og annað sem því fylgir. En þess í stað hefur annars konar skapandi saumaskapur bæst við, meðal annars til að sinna brýnni þörf. Eitt af þeim verkefnum eru snúningsteyggjulök, tosulök og draglök sem starfsfólk Jónsvers hefur verið að útbúa í samstarfi við hjúkrunarheimilið Sundabúð á Vopnafirði. Til að forvitnast frekar um þetta áhugaverða þróunarverkefni og starfsemi Jónsvers heimsótti ég fyrirtækið og talaði við Astrid Örn Aðalsteinsson verkstjóra en ástríða hennar fyrir starfseminni hefur fært Jónsveri ný verkefni. Astrid er frá Finnlandi en ástin rak hana til Vopnafjarðar fyrir margt löngu. Hún er gift Páli Aðalsteinssyni og eiga þau þrjú börn, Enok Örn, Lýdíu Linnéa og Katrínu sem er hjúkrunarfræðingur.

Það er notaleg stemning þegar ég kem inn í Jónsver; einn starfsmaður situr við saumavél með fangið bókstaflega fullt af rauðu og hvítu seglefni og úr einu herbergi berast hamarshögg sem Astrid segir mér að séu frá ungum manni sem sé að skipta um áklæði á stólunum í félagsheimilinu Miklagarði. Jónsver er hálf dagsstarfsstöð fyrir öryrkja, fólk sem býr við skerta starfsgetu og eldri borgara sem vilja halda smá-vegis tengingu við atvinnulífið. Í dag starfa í Jónsveri þrír einstaklingar í mismiklu starfshlutfalli fyrir utan Astrid sem er í hálfu starfi. Hún tók við verkstjórástöðunni í september 2018.

„Já, ég sótti um þetta starf þegar það var auglýst. Ég titla mig eiginlega frekar verkstjóra því það er teymi eða stjórn í kringum starfsemina sem í eru aðilar frá Sjálfsbjörg og Félagi eldri borgara og svo ég. Við höldum fundi einu sinni í mánuði

„Það er skemmtilegt að í stjórninni er að mestu leyti fólk sem á rætur að rekja annað en til Íslands! Ég er frá Finnlandi, ein frá Frakklandi, ein sem er Vestur-Íslendingur eða frá Kanada og svo ein sem er íslensk. Samstarfið gengur mjög vel, kannski vegna þess að við komum úr svo ólíkum áttum og menningu!“

svo allir viti hvað er í gangi. Það er skemmtilegt að í stjórninni er að mestu leyti fólk sem á rætur að rekja annað en til Íslands! Ég er frá Finnlandi, ein frá Frakklandi, ein sem er Vestur-Íslendingur eða frá Kanada og svo ein sem er íslensk. Samstarfið gengur mjög vel, kannski vegna þess að við komum úr svo ólíkum áttum og menningu!“

Aðalverkefni Jónsvers er að sauma vindpoka fyrir Isavia. Þeir eru misstórir eftir því á hvaða flugvöllum þeir eru. Þeir stærstu eru 4,20 metrar að lengd og saumaðir fyrir flugstöð Leifs Eiríkssonar í Keflavík. Við prófum að draga einn poka út í fulla stærð og get ég staðfest að þetta er engin smásmíði. Efnið er sterkt og saumaskapurinn sömuleiðis og segir Astrid mikið verk að setja þá saman vegna stærðarinnar. Einnig eru saumaðir litlir vindpokar fyrir minni flugvelli og svo enn aðrir fyrir golfvelli, sumarbústaði og fleira. Það er vandi að finna rétta efnið í vindpokana þar sem þeir þurfa að þola bæði veður og vind sem nóg er af hérlandis.

„Við erum enn í bakaraofninum“

Starfsfólk Jónsvers hefur verið að prófa sig áfram með fleira og þar á meðal eru snúningslök sem hafa verið í vinnslu síðastliðna mánuði. Ég spyr Astrid hvernig það hafi komið til? „Þegar ég tók við starfinu hafði verkefnum Jónsvers fækkað nokkuð og tekjurnar fyrir vindpokana fyrir Isavia nægðu ekki til að sjá starfsfólkinu fyrir verkefnum né til að reka fyrirtækið. Áður sá Jónsver um að pússa hæla fyrir Össur en því verkefni var lokið. Ég fór því á stúfana að leita að verkefnum sem hæfðu hæfileikum og getu starfsfólks Jónsvers.“ Áður hafði kona í þorpinu séð um að sauma snúningslök fyrir Sundabúð en var hætt. Því var þeirri hugmynd lætt að Astrid á stjórnarfund Jónsvers að kanna hvort Sundabúð myndi vanta snúningslök. Astrid fór á fund Emmu Tryggvadóttur hjúkrunarforstjóra sem sagði svo vera, það um tíu lök og lét Astrid fá eitt slitið lak til að sauma eftir. Astrid sá þarna tækifæri til að endurbæta lökin og má segja að um frumkvöðlastarfsemi sé að ræða. Hún fékk konuna sem áður hafði saumað lökin fyrir Sundabúð til að vera með í betrubótunum á nýju snúningsteygjuökunum og sér hún um að sauma þau í dag. Vinnsla þeirra hefur tekið tíma og er ekki enn lokið: „Við erum eiginlega enn þá í bakaraofninum,“ segir Astrid hlæjandi.

Lérefnið í lökunum skiptir miklu máli, einnig satínefnið í snúningshlutanum og hvar teygjan situr. Það hefur verið mikill vandi að finna réttu efnin til að nota í lökin, sérstaklega satínefnið. Þegar hún hafði loks fundið rétta efnið lokaði verslunin sem seldi þau. Þá voru góð ráð dýr.

Astrid segir að það séu ótalmörg atriði sem þarf að skoða og velta vandlega fyrir sér þegar verið er að undirbúa og framleiða vandaða vöru fyrir skjólstaðinga. Lérefnið í lökunum skiptir



Astrid Örn Aðalsteinsson verkstjóri hjá Jónsveri.

miklu máli, einnig satínefnið í snúningshlutanum og hvar teygjan situr. Það hefur verið mikill vandi að finna réttu efnin til að nota í lökin, sérstaklega satínefnið. En Astrid segir að vefnaðarvöruverslanir hafi ýmist verið lagðar niður eða sameinast þar sem viðskiptin hafi dregist mikið saman. Þegar hún hafði loks fundið rétta efnið lokaði verslunin sem seldi þau. Þá voru góð ráð dýr. Hún komst í samband við eiganda vefnaðarvöruverslunar sem pantar efni frá útlöndum og í sameiningu fundu þær rétta efnið; reyndar eftir að hafa fengið nokkrar ónothæfar sendingar. En nú hefur sá aðili því miður hætt störfum. Staðan í dag er sú að Astrid er komin í samskipti við aðila frá Finnlandi og pantar nú efnið þaðan.

Lakalérefnið þarf ákveðna meðhöndlun. Það hleypur örlítið og er því þvegið og straujað í Efnalaug Vopnafjarðar, sem er í næstu götu fyrir neðan Jónsver, áður en það er saumað. Ég spyr Astrid hvort það megi ekki segja að snúningsteygjuökun séu samfélagsverkefni þar sem ólíkir aðilar koma að framleiðslu þeirra? „Jú, það má segja það. Jónsver nýtur líka velvildar í bæjarfélaginu, íbúar vilja geta notið þjónustunnar hér og hafa þennan vinnustað. Við skiptum um rennilása, stytum buxur, fólk kemur með eitthvað sem tilheyrir fellihýsinu, þarf að skipta um yfirbreiðslur til dæmis á grilli og allt mögulegt sem við gerum. Við saumum líka flögg fyrir trillukarlana og grá-sleppukarlana. Hver bátur á sinn lit og sumir eru tvílitir, margir skipstjórar hafa verið með sinn lit í áratugi. Við saumum einnig fyrir æðarvörpin, flögg og bönd fyrir æðarfuglana.

Þannig að við erum ekki bara að sauma lök og vindpoka!“ segir Astrid hlæjandi. Hún bindur þó vonir við að snúningsteygjulökin muni ná útbreiðslu þar sem þau skipta máli varðandi lífsgæði þeirra sem þurfa á þeim að halda.

Tosulak í vinnslu

Astrid sýnir mér tosulak sem þau hafa einnig verið að vinna að. Það er 120×80 sm að stærð, ætlað bæði fullorðnum og börnum og er haft ofan á venjulegu laki og nýttist til að færa þann sem í rúminu liggur upp og niður í rúminu, til dæmis þegar skjólstæðingurinn er ekki fær um að mjaka sér sjálfur upp þegar hann situr uppi í rúminu og hefur runnið niður. Í staðinn fyrir að umönnunaraðilar taka undir handlegg skjólstæðingsins — það getur verið sársaukafullt — eru höld eða hankar á lakinu sem gera umönnunaraðilum kleift að taka í og lyfta skjólstæðingnum til á þægilegan hátt. Hægt er að nota tosulökin sem undirlag fyrir skjólstæðinga sem þarf að flytja á milli í lyftara og nota þá höldin til að hengja á lyftarann.

Auk tosulakanna framleiðir Jónsver einnig draglak sem er sett ofan á venjulegt rúmlak og notað til að snúa skjólstæðingi í rúminu. Draglökin gegna þá sama hlutverki og hefðbundin renni- eða snúningslök. Þau er tvöföld og í stærðinni 192×142 sm.

Eiginmaður Astridar hefur verið tilraunaskjólstæðingur en hann er með gigt. Hann hefur sagt Astrid að aðalmunurinn felist í því að lakið haldist á sínum stað, hann hvílist því betur, nær lengri samfelldum svefni í einu og hefur minni verki að morgni.



Auk tosulakanna framleiðir Jónsver einnig draglak.

Betri svefn með snúningsteygjulökunum

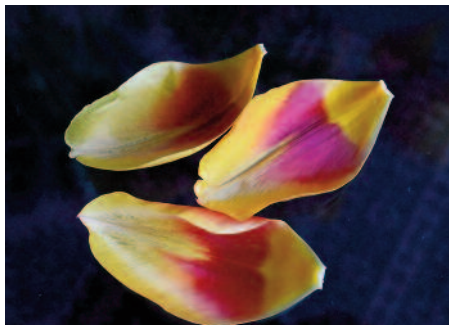
Snúningsteygjulökin koma í mismunandi stærðum og einnig er hægt að sérpanta ákveðnar stærðir. Astrid sýnir mér eitt lak sem er alveg fullbúið. Það er eins og teygjulak nema í miðjunni er satínefni sem gegnir sama hlutverki og snúningslak. Þannig er lakið sett á rúm á sama einfalda hátt og teygjulak. Þessi lök hafa verið notuð með góðum árangri í Sundabúð og segir Astrid aðalástæðuna vera þá að teygjusunúningslökin haldast á sínum stað allan tímann á meðan skjólstæðingurinn er í rúminu og gegna þannig hlutverki sínu betur. Eiginmaður Astridar hefur verið tilraunaskjólstæðingur en hann er með gigt. Hann hefur sagt Astrid að aðalmunurinn felist í því að lakið haldist á sínum stað, hann hvílist því betur, nær lengri samfelldum svefni í einu og hefur minni verkjum að morgni.

Astrid hefur verið í sambandi við Sundabúð varðandi gæði snúningsteygjulakanna fyrir dvalargesti hjúkrunarheimilisins og í stuttu máli er almenn ánægja með þau. Við sem vinnum við hjúkrun gerum okkur grein fyrir hve miklu máli einföld og þægileg hjálpartæki eins og snúningslök skipta fyrir þá sem þurfa til dæmis að takast á við líkamlega verki og gigt og fyrir þungaðar konur. Astrid sér fyrir sér að í framtíðinni geti snúningsteygjulökin orðið skrautfjöður framleiðslunnar í Jónsveri. Bæði er um að ræða hönnun í samstarfi við notendur og mikið er lagt upp úr gæðum með vönduðum efnum og vinnslu. Við þetta má bæta að fyrir utanaðkomandi aðila þá vekur bæði ástríða Astridar fyrir verkefninu og samtakamátturinn sem framleiðslan hefur hrint af stað í hreppnum athygli mína og færir heim sanninn um að bjargráðin, sem felast í samstöðu fólks, eru sterk og mikilvæg. Það á ekki síst í smærri byggðarlögum þar sem hver einstaklingur verður þeim mun stærri sem samfélögin eru minni.

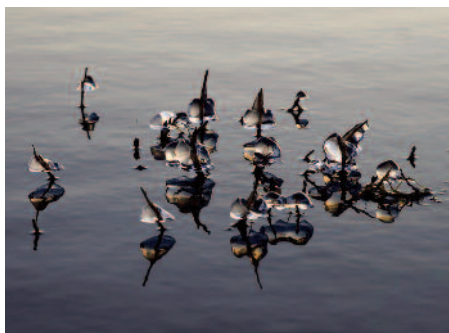
Viðtal: Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir

Með augum hjúkrunarfræðingsins

— ljósmyndasamkeppni



Fallin túlípanablöð. Myndina tók Rudolf Adolfsson.



Klakkamynd frá Kleifarvatni. Myndina tók Rudolf Adolfsson.



Feneyjagrímur eftir Björk Bragadóttur.

Fjöldi fallegra mynda barst í ljósmyndasamkeppni Tímarits hjúkrunarfræðinga fyrir þetta tölublað. Íslensk náttúra var í aðahlutverki og augljóst að hjúkrunarfræðingar sækja í náttúruna til að endurheimta orkuna. Forsíðumyndin, sem varð fyrir valinu, er tekin í fjörunni á Ingjaldssandi af Rudolf Adolfssyni.

Tímarit hjúkrunarfræðinga þakkar þátttökuna og birtir nokkrar innsendar myndir.



Merku ári fagnað í sögu hjúkrunar. Myndina tók Rudolf Adolfsson.



Þingvallavatn í vetrarham. Myndina tók Sigríður Jóna Kjartansdóttir.



Lína Gunnarsdóttir tók þessa mynd af Keili frá Álfanesi á vetrarsólhvörfum 2019.



Norðurljós frá botni Hvalfjarðar. Myndina tók Rudolf Adolfsen.



Dynjandi í Arnarfirði. Myndina tók Rudolf Adolfsen.

Frosthímuð jörð í Grafningnum. Myndina tók Rudolf Adolfsen.



„Mitt karma,“ kallar Elísabet Konráðsdóttir þessa mynd en hún er tekin í Hálsasveit í Borgarfirði 1. febrúar sl. en undir áhrifum Eiríksjökuls þykir henni hvergi betra að endurheimta orkuna eftir annasama og krefjandi vinnuviku.



„Ísland er land þitt,“ kemur upp í huga Bjarkar Bragadóttur sem tók þessa fallegu mynd í Trékyllisvík um miðnætti í júlímánuði þegar fjölskyldan var að skriða í svefnpokana. „Bara þú, þínir allra nánustu og íslensk náttúra. Hvað er dásamlegra?“

Hjúkrun á geðdeildum — siðferðilegar mótsagnir þvingandi meðferðar og líkan um öruggar sjúkradeildir

Eyrún Thorstensen, hjúkrunarfræðingur, MSc, verkefnastjóri¹; Helga Bragadóttir, hjúkrunarfræðingur, PhD, FAAN, prófessor, forstöðumaður fræðasviðs í hjúkrunarstjórnun^{1,2}

Inngangur

Hlutverk bráðageðdeilda er að annast móttöku og meðferð sjúklinga með bráð geðræn einkenni sem eru taldir hættulegir sjálfum sér, umhverfi sínu eða öðrum (Salzmann-Erikson, Lutzen, Ivarsson og Eriksson, 2008). Ofbeldi, hegðunartruflanir og sjálfsvígshætta eru algengustu ástæður fyrir innlögnum á bráðageðdeildir og ofbeldishegðun er algengasta ástæða fyrir þvingandi meðferð á geðdeildum (Bowers, 2014; Bowers o.fl., 2008; Happell og Gaskin, 2011). Sjúklingar á bráðageðdeildum eru því í aukinni hættu á að vera beittir þvingandi meðferð (Bowers o.fl., 2008). Helstu meðferðarúrræði á geðdeildum á Íslandi sem fela í sér þvingun eru nauðungarvistun, nauðungarlyfjagjöf, einangrun og að halda sjúklingum kyrrum með líkamsafli. Einnig má rökstyðja að náð eftirlit starfsfólks þar sem gát (öryggis meðferð) er höfð á sjúklingum, læstar dyr geðdeilda og markasetning sé ákveðin þvingun. Tilgangur þessara úrræða er að minnka eða fyrirbyggja truflandi hegðun órólegra sjúklinga með það að markmiði að tryggja öryggi, ró og meðferðarvænt deildarumhverfi (Ryan og Bowers, 2005). Meðferð sem felur í sér þvingun getur verið afar erfið fyrir sjúklinga, starfsfólk og aðstandendur. Því er talið mikilvægt fyrir alla hlutaðeigandi að skapa aðstæður sem koma í veg fyrir eða lágmarka þvingandi meðferð á geðdeildum.

„Þrátt fyrir það að ekki séu notaðar ólar eða belti á geðdeildum á Íslandi þá hefur þvingandi meðferð á geðdeildum hér á landi verið gagnrýnd.“

Þrátt fyrir það að ekki séu notaðar ólar eða belti á geðdeildum á Íslandi þá hefur þvingandi meðferð á geðdeildum hér á landi verið gagnrýnd. Meðal annars gerði Evrópunefnd um varnir gegn pyntingum og ómannúðlegri eða vanvirðandi meðferð eða refsingu athugasemdir um skort á skráningu þvingandi meðferðar á geðdeildum á Íslandi árið 2012 (Council of Europe, 2013). Úrbætur hafa í framhaldinu verið gerðar varðandi

skráningu og framkvæmd nauðungarvistunar og upplýsingagjöf til þeirra sem eru nauðungavistaðir. Auk þess voru, á fyrri hluta árs 2019, gerðar umfangsmiklar breytingar á verklagi um gát eða öryggis meðferð sjúklinga á geðdeildum Landspítala. Þær breytingar voru gerðar til þess að auka gæði náns eftirlits með sjúklingum, auka öryggi sjúklinga, draga úr þvingunum og bæta alla skráningu. Ástæða er til enn frekari aðgerða og því vert að huga að umhverfi sjúklinga og þeim þáttum sem geta haft áhrif á líðan þeirra og meðferð. *Safewards*-líkanið um öruggar sjúkradeildir byggist á fjölmörgum rannsóknum síðustu áratuga sem gerðar voru til að kanna tengsl mismunandi þátta við þvingandi meðferðarúrræði og hvaða leiðir væru færar til þess að draga úr notkun hennar. *Safewards*-líkanið er því hannað til þess að draga úr atvikum er geta leitt til þvingandi meðferðar (Bowers, 2014).

Með þessari grein er leitast við að varpa ljósi á siðfræði þvingandi meðferðar á geðdeildum og þeim tengdu þáttum sem *Safewards*-líkanið felur í sér. *Safewards*-líkanið bendir á þá þætti legudeilda sem hafa áhrif á atvik sem leiða til árekstra og þvingandi meðferðar. Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga sem starfa á geðdeildum að þekkja þessa þætti og hvernig hægt er að vinna með þá til að draga úr árekstrum og spennu á deildum sem leitt geta til þvingandi meðferðar sjúklinga.

Þvingandi meðferð á geðdeildum

Tilgangur þvingandi meðferðar á geðdeildum hefur skýra tilvísun í kenningar atferlismótunar innan sálfræðinnar. Kenningar atferlismótunar fjalla um tengsl mismunandi áreitis við breytingar á hegðun og hvernig unnt er að stjórna áreiti til að hafa áhrif á hegðun. Þær eru í raun námskenningar þar sem áhrif umbunar og refsingar eru í aðalhlutverkum. Rannsóknir hafa sýnt að með því að veita umbun fyrir ákveðna hegðun eykst sú hegðun í framtíðinni en þá er um jákvæða styrkingu að ræða. Refsing er hins vegar þegar ákveðinni hegðun fylgir neikvætt áreiti, eins og skammir, og leiðir það til þess að hegðunin minnkar (Martin og Pear, 1992). Þvingandi meðferð sem hefur neikvæð áhrif á sjúklinga getur því fallið undir skilgreiningu sem refsimeðferð innan atferlismótunar (Rachman, 1996). Sýnt hefur verið fram á að jákvæð skilyrðing gefur mun betri árangur en refsimeðferð. Refsingar geta haft í för með sér neikvæð viðbrögð eins og reiði og ofbeldi. Neikvæð hegðun minnkar hratt við

¹ Landspítala

² Hjúkrunarfræðideild, Heilbrigðisvísindasviði, Háskóla Íslands v/Hringbraut, 101 Reykjavík

refsimeðferð en langtímaárangur er lítill. Þar sem neikvæð hegðun minnkar hratt í fyrstu eftir refsingu er fólk gjarnnt á að nota slíkar aðferðir þrátt fyrir að vita að þær geti vakið upp neikvæð viðbrögð og haft aukaverkanir (Gleitman, 1995).

Þvingandi meðferð er réttlætt á þeim grunni að hún dragi úr spennu og áreiti, skapi umhverfi sem er vænlegt til að takast á við óróleika og óæskilega hegðun sjúklinga og hafi því meðferðarlegt gildi (Hem, Molewijk og Pedersen, 2014; Larsen og Terkelsen, 2014; Perkins, Prosser, Riley og Whittington, 2012). Slík úrræði eru réttlætt þrátt fyrir að rannsóknir hafi sýnt að þvingandi meðferð geti haft neikvæðar afleiðingar á líðan sjúklinga og starfsfólks (Happell og Koehn, 2010; Holmes, Kennedy og Perron, 2004). Sjúklingar upplifa þvingandi meðferð gjarnan sem refsingu sem hafi ekkert meðferðarlegt gildi og valdi þeim vanmætti og vonleysi (Stewart, Bowers, Simpson, Ryan og Tziggili, 2009; Van Der Merwe, Muir-Cochrane, Jones, Tziggili og Bowers, 2013). Neikvæðum áhrifum þvingandi meðferðar á starfsfólk hefur einnig verið lýst, svo sem sektarkennd, eftirsjá, gremju, kvíða og starfsleiða (Chuang og Huang, 2007; Happell og Koehn, 2010; Holmes o.fl., 2004). Ofbeldisatvik og þvingandi meðferð geta skapað hættu á slysum hjá sjúklingum og starfsfólki (Stewart o.fl., 2009), haft neikvæð áhrif á meðferðarsamband og traust (Bowers o.fl., 2014; Holmes o.fl., 2004; Katsakou o.fl., 2010) og geta jafnvel valdið dauðsföllum hjá sjúklingum (Berzlanovich, Schopfer og Keil, 2012). Með þvingun er hætta á að valdabarátta skapist milli starfsfólks og sjúklinga og verði að nokkurs konar vítahring þar sem þvinganir leiði til frekari þvingana (Larsen og Terkelsen, 2014; van Doeselaar, Slegers og Hutschmaekers, 2008).

Gagnsemi þvingandi meðferðar

Umdeilt er hvort þvingandi meðferð skilar árangri, slík úrræði eru jafnvel talin skaðleg eða í besta falli gagnslaus (Bowers o.fl., 2012; Renwick o.fl. (2016). Líklegasta skýringin á því að starfsfólk réttlæti notkun þvingandi meðferðar er sú að eftir því sem bein þátttaka starfsfólks í framkvæmd þvingandi meðferða er meiri því auðveldara verði að beita sjúklinga þvingun (van Doeselaar o.fl., 2008). Framkvæmdin sjálf kemst upp í vana og fólk verður ónæmt fyrir neikvæðum áhrifum þvingana á sjúklinga. Siðir og venjur á deildum geta haft blindandi áhrif og dregið úr gagnrýnni og sjálfstæðri hugsun starfsfólks. Þvingun verður þá hluti af starfsvenjum deilda (van Doeselaar o.fl., 2008). Eitt frægasta dæmi um þetta er rannsókn Haney, Banks og Zimbardo (1973) þar sem könnuð var hegðun sjálfboðaliða sem valdir voru af handahófi úr hópi háskólanema og þeir fengnir til að láta vera fangar eða fangaverðir í fangelsi. Rannsóknin átti að standa í tvær vikur en henni var hætt eftir sex daga því hegðun þeirra sjálfboðaliða sem léku fangaverði varð skaðleg þeim sem léku fangana. Rannsóknin fjallar einmitt um það hvernig þvinganir geta haft áhrif á einstaklinga og blindað siðferðisvitund þeirra. Auk siða og venja deilda virðist mannlægt eðli starfsfólks skipta máli þegar kemur að þvingandi meðferð á geðdeildum. Vinnustaðarandi sem einkennist af því

að þarfir starfsfólks eru settar ofar þörfum sjúklinganna, lélegri stjórnun og skorti á teymisvinnu ýti undir að þvinganir séu réttlættar og geti því leitt til þess að þvingandi meðferð sé ofnotuð (Paterson, McIntosh, Wilkinson, McComish og Smith, 2013). Nýleg rannsókn, sem gerð var á lokuðum öryggisgeðdeildum á þremur sjúkrahúsum í Bretlandi þar sem fylgst var með störfum 68 geðhjúkrunarfræðinga, sýndi að tilfinningaleg viðbrögð hjúkrunarfræðinga við ofbeldi höfðu áhrif á notkun þvingandi meðferðar. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að hjúkrunarfræðingar sem fundu til reiði gagnvart sjúklingum í kjölfar munnlegs ofbeldis eða lítilsvirðandi framkomu í sinn garð voru líklegri til að samþykkja notkun þvingandi meðferðar, eins og fjötra og einangrunar, en þeir sem ekki fundu til reiði gagnvart sjúklingunum (Jalil, Huber, Sixsmith og Dickens, 2017). Því má segja að þvingandi meðferðarúrræði séu gagnslítill og standi höllum fæti gagnvart siðfræðilegum gildum og siðalögmálum. Nauðsynlegt að fylgja ströngum reglum varðandi notkun þvingandi meðferðar og mikilvægt er að hafa hugfast að tilgangur hennar er fyrst og fremst sá að tryggja öryggi sjúklinga og starfsfólks (NICE, 2015).

„Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að hjúkrunarfræðingar sem fundu til reiði gagnvart sjúklingum í kjölfar munnlegs ofbeldis eða lítilsvirðandi framkomu í sinn garð voru líklegri til að samþykkja notkun þvingandi meðferðar, eins og fjötra og einangrunar, en þeir sem ekki fundu til reiði gagnvart sjúklingunum.“

Siðfræði þvingandi meðferðar

Kenningar siðfræðinga og heimspekinga eru mikilvægar varðandi gildi þvingandi meðferðar. Vilhjálmur Árnason (1991) segir: „Markmið lækna og hjúkrunarfræðinga er að stuðla að heilbrigði sjúklinga sinna og draga úr þjáningum þeirra.“ (bls. 35). Þvingandi meðferð veldur sjúklingum og starfsfólki þjáningum og það bendir til þess að þvinganir stríði gegn betri vitund og séu í mótsögn við siðferðileg gildi og ríkjandi siðareglur. Þá vakna spurningar á borð við hvort nægjanlegt sé að treysta á siðferðisvitund hvers og eins þegar kemur að umönnun sjúklinga með alvarlega geðsjúkdóma og hvort þjáning sé órjúfanlegur þáttur meðferðar þeirra. Auk þess kveða siðareglur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga á um að: „Hjúkrunarfræðingur hefur samráð við skjólstæðing og virðir rétt hans til að taka ákvarðanir um eigin meðferð“ (Siðaráð, 2015). Hér er aftur dæmi um augljósa mótsögn sem rennir stöðum undir þau átök sem eiga sér stað í tengslum við þvingandi meðferð. Sjúklingar sem eru beittir þvingunum eru ekki samþykkir meðferð sinni. Þó má telja óhætt að fullyrða að einstaklingur yrði eflaust ósáttur við meðferðarleysi eða afskiptaleysi heilbrigðisstarfsfólks ef heilsa hans ógnaði öryggi hans sjálfs eða annarra. Sjúklingar eru í sumum tilfellum hlynntir þving-

andi meðferð, eins og einangrun og nauðungarlyfjagjöf, og telja hana nauðsynlega og gagnlega í þeim tilfellum þegar sjúkdómsástand þeirra er alvarlegt (Georgieva, Mulder og Wierdsma, 2012). Fyrri reynsla sjúklinga skiptir þó máli. Sjúklingar sem höfðu fengið góða hjúkrun á meðan á meðferðinni stóð og gagnsemi af meðferðinni sögðust myndu kjósa þá meðferð aftur (Georgieva, Mulder o.fl., 2012). Samkvæmt siðareglum um ábyrgð heilbrigðisstétta gagnvart almenningi eða samfélaginu má skyldan við einstaklinginn ekki verða svo afdráttarlaus að öðrum geti stafað hætta af (Vilhjálmur Árnason, 1991). Þannig er siðferðilega rangt að hafa ekki vit fyrir sjúklingum sem myndu valda sjálfum sér eða öðrum skaða ef ekki er gripið til aðgerða (Culver og Gert, 1982; Hem o.fl., 2014). Því má ef til vill réttlæta notkun þvingandi meðferðar þegar einstaklingur er hættulegur sjálfum sér eða öðrum. Kenningar siðfræðinnar styðja að þvingandi meðferð sé fyrst og fremst öryggistæki og eingöngu skuli grípa til hennar þegar hegðun sjúklinga ógni eigin öryggi eða öryggi annarra (Georgieva, Mulder o.fl., 2012; Holmes o.fl., 2004).

Líkan um öruggar sjúkradeildir: SAFEWARDS

Undanfarin ár hefur athygli fræðimanna í auknum mæli beinst að þeim aðferðum sem geta dregið úr notkun þvingandi meðferðar á geðdeildum. Árið 2014 setti Len Bowers fram líkan um öruggar sjúkradeildir, sem nefnist *Safewards*, í þeim tilgangi að fækka þeim atvikum sem leiða til þvingandi meðferðar á geðdeildum. Hugmyndafræði *Safewards*-líkansins byggist á fjölmörgum rannsóknum allt frá árinu 1960 sem voru gerðar til að kanna áhrif þvingandi meðferðar á sjúklinga og starfsfólk og hvernig megi draga úr notkun hennar (Bowers, 2014). *Safewards*-líkanið er heildræn umgjörð hjúkrunar og stjórnunar á geðdeildum og tekur til þeirra þátta sem hafa áhrif á umfang og tíðni þvingandi meðferðarúrræða á geðdeildum (sjá mynd 1). Líkaninu er skipt í sex áhrifasvið sem taka til þátta varðandi sjúklinga, starfsfólk, umhverfi, þátta utan spítala, samfélag sjúklinga og regluverk. Það er hannað til þess að draga úr árekstrum og þvingandi úrræðum á geðdeildum með því að styðja við skipulag, teymisvinnu, umhverfi, stuðning, þekkingu, upplýsingaflæði og fagleg vinnubrögð (Bowers, 2014; Bowers o.fl., 2014). Hugtakið *árekstrar* er notað um erfiða hegðun sem reynir á starfsfólk, eins og ef sjúklingar neita meðferð, reyna að strjúka af deildinni, neyta vímuefna á meðan á innlögn stendur, beita ofbeldi eða skaða sjálfa sig sýna og hugtakið *þvingun* er notað sem samnefnari yfir öll þvingandi meðferðarúrræði sem notuð eru á geðdeildum (Bowers, 2014).

Safewards-líkanið sýnir að margir þættir tengjast þvingandi meðferð. Ýmsar rannsóknir hafa leitað við að skýra tengsl milli þvingandi meðferðar og ýmissa breyta sem tengjast sjúklingunum sjálfum. Að sögn Bowers o.fl. (2014) eru 28% atvika sem leiða til þvingandi meðferðar rakin til einkenna sjúklinga, eins og lýðfræðilegra breyta, sjúkdómsgreininga, sjúkdómseinkenna og hegðunar. Kyn og aldur sjúklinga getur skipt máli en



Mynd 1 er byggð á líkani um öruggar sjúkradeildir, Safewards, og sýnir á einfaldan hátt meginbyggingareiningar þess. Í ytri hring eru áhrifasviðin sex (sjá nánar töflu 1). Þvingun og árekstur eru kjarninn í líkaninu, tviátta ör þar á milli merkir að árekstur getur valdið þvingandi meðferð og öfugt. Innan ytri hrings eru blossar og demparar sem tákna áhrif fjölmargra þátta meðal sjúklinga og starfsfólks sem geta haft áhrif á hve oft þarf að beita þvingandi meðferð.

meiri hætta er á að ungir nauðungarvistuðir karlmenn séu beittir þvingandi meðferð, eins og einangrun og fjötrum, en konur og þeir sem eldri eru (Bowers o.fl., 2014; Georgieva, Vesselinov og Mulder, 2012). Nauðungarlyfjagjöf er oftast valin til að meðhöndla sjúkdómseinkenni kvensjúklinga en karlsjúklinga (Jarrett, Bowers og Simpson, 2008; Nawka o.fl., 2013). Félagsleg staða sjúklinga hefur einnig áhrif en sjúklingum sem búa einir og hafa lítil tengsl við fjölskyldu sína er hættara við að vera beittir þvingandi meðferð (Girela o.fl., 2014; Lay, Nordt og Rossler, 2011) og þeir sem eru atvinnulausir eiga sömuleiðis frekar á hættu að vera beittir þvingandi meðferð (Lay o.fl., 2011).

Forspárbættir þvingandi meðferðar

Sjúkdómseinkenni, sjúkdómsgreiningar og hegðun sjúklinga hefur mikil tengsl við þvingandi meðferð. Sjúklingum með geðrofsgreiningu (F20-F29) samkvæmt ICD-10 sjúkdómsflokunarkerfinu sem sýna einkenni geðklofa, eins og ofskynjanir og ranghugmyndir, og sjúklingum sem sýna ofbeldisfulla hegðun eiga frekar á hættu að lenda í þvingandi meðferð en öðrum (Georgieva, Vesselinov o.fl., 2012; Kalisova o.fl., 2014; Noorthoorn o.fl., 2015). Sjúklingar sem vitað er að hafa misnotað vímuefni og að hafa beitt ofbeldi gagnvart öðrum eru einnig oftast beittir þvingandi meðferðarúrræðum (Bowers

o.fl., 2012; Stewart, Bowers og Ross, 2012) og sjúklingar sem áður hafa verið beittir þvingandi meðferð eiga frekar á hættu að verða beittir slíkri meðferð aftur (Georgieva, Vesselinov o.fl., 2012; Girela o.fl., 2014). Þvingandi meðferð er oftast beitt þegar sjúklingar sýna erfiða hegðun, eins og að neita lyfjum og meðferð, biðja um aukalyf (Baker, Bowers og Owiti, 2009) og sýna óviðeigandi kynferðislega hegðun (Happell og Koehn, 2010) eða sýna sjálfskaðandi hegðun (Stewart o.fl., 2012).

Reynsla og þekking starfsfólks spáir fyrir umfangi þvingandi meðferðar

Áhrif starfsfólks á þvingandi meðferð hefur einnig komið fram í rannsóknum. Starfsreynsla, fræðsla, menntun og þjálfun starfsfólks tengjast tíðni og umfangi þvingandi meðferðar (Putkonen o.fl., 2013; Stewart, Van der Merwe, Bowers, Simpson og Jones, 2010). Viðmót starfsfólks og samskiptafærni hafa tengsl við notkun þvingandi meðferðar. Starfsfólk með jákvætt viðhorf gagnvart sjúklingum beitir síður þvingandi meðferð (Bowers o.fl., 2014; Happell og Koehn, 2010; Stewart o.fl., 2010) og notar mildari aðferðir við að ná stjórn á krefjandi aðstæðum og tekst frekar að róa sjúklinga án þvingandi meðferðar (Bjorkdahl, Palmstierna og Hansebo, 2010; Happell og Koehn, 2010; Hem o.fl., 2014). Starfsfólki sem er vel þjálfað, í góðu líkamlegu og andlegu jafnvægi og vinnur vel saman tekst betur að draga úr árásargirni sjúklinga og

„Viðmót starfsfólks og samskiptafærni hafa tengsl við notkun þvingandi meðferðar. Starfsfólk með jákvætt viðhorf gagnvart sjúklingum beitir síður þvingandi meðferð og notar mildari aðferðir við að ná stjórn á krefjandi aðstæðum og tekst frekar að róa sjúklinga án þvingandi meðferðar.“

Tafla 1. Innihaldslýsing *Safewards*-líkansins eftir áhrifasviði

Áhrifasvið	Demparar	Blossar
Sjúklingar	Meðferð, eins og samtalsmeðferð, lyfjameðferð og virknimeðferð. Stuðningur, hughreysting og nærvera.	Versnun einkenna eins og ranghugmynda og ofskynjana. Persónuleikabættir eins og jaðarpersónuleikaröskun og andfélagsleg persónuleikaröskun. Lýðfræðilegir þættir: aldur og kyn.
Starfsfólk	Tilfinningastjórnun, siðvitund, viðhorf, þekking, færni í samskiptum, tæknileg færni, eins og viðbrögð gegn ofbeldi, slökunaraðferðir o.fl. Samvinna, samhæfð vinnubrögð, skýrir verkferlar, teymisvinna, gagnkvæmur stuðningur og starfsánægja.	Vanræksla, valdbeiting, vanvirðing, fordómar, hroki, skortur á þekkingu, umhyggju og tilfinningastjórnun starfsfólks.
Umhverfi	Hönnun húsnæðis, eins og sjónlínur, rými, útlit, lýsing og hljóð. Viðhald og þrif.	Slæm hönnun húsnæðis, eins og þrengsli, skúmaskot, fjölbýli og skortur á aðstöðu til næðis og virkni. Slæmt viðhald og óþrifnaður.
Samfélag sjúklinga	Siðvitund sjúklinga, gagnkvæmur skilningur og stuðningur þeirra á milli. Starfsfólk sem fyrirmynd. Stjórnun og stuðningur starfsfólks. Komið í veg fyrir aðstæður sem leiða til árekstra.	Hermihegðun; lærd óæskileg hegðun af samsjúklingum eins og sjálfskaðandi hegðun eða ofbeldi. Álag og áreiti í umhverfinu, eins og spennu, hávaði, þrengsli, ógnandi hegðun og ofbeldi, mikið flæði inn- og útskrifta.
Þættir utan spítala	Fjölskylduhjúkrun. Aðstoð og stuðningur varðandi félagsleg vandamál.	Áföll, sorg, missir, áhyggjur og ofbeldi í tengslum við fjölskyldu og vini. Áhyggjur varðandi búsetu, atvinnu og fjárhag.
Regluverk	Virðing fyrir réttindum sjúklinga og þeim veitt aðstoð við að sækja rétt sinn, leggja fram kærur eða kvartanir. Upplýsingar og fræðsla. Sjúklingum veittur stuðningur við að skipuleggja framtíð sína (batamiðuð þjónusta og vekja von).	Lög og reglur þjóðar, eins og lögræðislög og framkvæmd nauðungarvistunar og sjálfræðissviptingar. Hvaða þvingandi meðferðar eru heimilaðar. Stefna yfirvalda í gedheilbrigðismálum. Ferli kvartana og kærumála. Hjá sumum þjóðum geta ofantalin atriði verið íþyngjandi fyrir sjúklinga.

Tafla 1 gefur yfirsýn yfir áhrifasvið, dempara og blossa sem hafa áhrif á tíðni og umfang þvingandi meðferðar. Áhrifasviðin eru: sjúklingur, starfsfólk, umhverfi, samfélag sjúklinga, þættir utan spítala og regluverk. Demparar eru verndandi þættir sem draga úr notkun þvingandi meðferðar og blossar eru ógnandi þættir sem geta aukið hættu á að henni sé beitt.

þar með að draga úr notkun þvingandi meðferðar (Jón Snorrason og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir, 2019). Sjúklingar telja einnig að starfsfólk sem kemur fram af virðingu, umhyggju og nærgætni beiti síður þvingandi meðferð en annað starfsfólk (Stewart o.fl., 2015). Þetta starfsfólk sýnir sjúklingum samhygð með því að gefa sér tíma til að hlusta, gefa góð ráð, veita upplýsingar og huggun og sýnir raunverulegan áhuga á að hjálpa sjúklingum hvort sem er með því að vera til taks, finna upp á dægradvöl og dreifa athygli sjúklinga, nota snertingu og humor eða að setja viðeigandi mörk án þess að beita valdi (Larsen og Terkelsen, 2014). Samhygð getur því dregið úr notkun þvingandi meðferðar og haft áhrif á batahorfur sjúklinga því hún hvetur sjúklinga til að breyta venjum, aðlagast sjúkdómi eða ástandi eða sinna meðferð sinni (Hsu o.fl., 2012). Jákvæð samskipti milli starfsfólks og sjúklinga geta því dregið úr atvikum sem leiða til þvingandi meðferðar. Því mætti segja að sá tími sem er varið í beina umönnun og samskipti sé mikilvægur í þessu samhengi. Þó eru niðurstöður mismunandi rannsókna að sumu leyti þversagnarkenndar og það bendir til flókins sambands mönnunar, vinnuálags, þekkingar og færni starfsfólks, einkenna sjúklinga og þvingandi meðferðar. Mönnun, vinnuálag og bráðleiki sjúklinga virðist spila hér saman (Bowers o.fl., 2014; Sharac o.fl., 2010; Staggs, 2013). Rannsakendur eru þó fremur á því að þjálfun og menntun starfsfólks sé mikilvægara en fjöldi hjúkrunarfræðinga og annars hjúkrunarstarfsfólks varðandi tíðni ofbeldisatvika og notkun þvingandi meðferðar og að vel þjálfað og menntað starfsfólk dragi úr notkun þvingandi meðferðar (Bowers o.fl., 2014; Jón Snorrason og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir, 2019; Putkonen o.fl., 2013).

„Samskipti sem einkennast af áreitni, ógnun, samkeppni og stríðni milli sjúklinga eru dæmi um neikvæða hegðun sem geta aukið hættu á notkun þvingandi meðferðar.“

Áhrif umhverfis og aðbúnaðar

Aðbúnaður sjúklinga og umhverfi deilda hafa áhrif á hversu oft þvingandi meðferð er beitt. Hlýlegt umhverfi sem býður upp á góða aðstöðu til næðis, hvíldar og virkni dregur úr þvingandi meðferð (Bowers o.fl., 2014) og þrengsli og tímaskortur virðist auka líkurnar á þvingandi meðferð (Lay o.fl., 2011). Notkun sérstakra slökunarherbergja hefur borið góðan árangur við að fækka þeim atvikum sem leiða til þvingandi meðferðar, eins og kvíða, spennu, óróleika og ofbeldi (Cummings, Grandfield og Coldwell, 2010; Sivak, 2012). Innra skipulag geðdeilda, skýrir verkferlar, góð stjórnun, stuðningur, góð teymisvinna og upplýsingaflæði eru mikilvægir þættir sem draga úr notkun þvingandi meðferðar (Bowers o.fl., 2014; Bowers, Nijman, Simpson og Jones, 2011; Stewart o.fl., 2015). Gott skipulag hefur jákvæð áhrif á líðan starfsfólks og sjúklinga, síða og venja innan geðdeilda og starfsandann (Bowers o.fl., 2014). Mikil



Ljósm. Rudolf Adolfsson.

starfsmannavelta og slæmur starfsandi geta því valdið því að þvingandi meðferð er oftast beitt á geðdeildum en ella (Papadopoulos, Bowers, Quirk og Khanom, 2012; Stewart o.fl., 2015).

Samfélag sjúklinga á geðdeildum getur haft áhrif á hve þvingandi meðferð er oft beitt. Að sögn Bowers o.fl. (2014) er talið að um fjórðung allra ofbeldisatvika sem leiða til þvingandi meðferðar megi rekja til samskipta milli sjúklinga. Samskipti sem einkennast af áreitni, ógnun, samkeppni og stríðni milli sjúklinga eru dæmi um neikvæða hegðun sem geta aukið hættu á notkun þvingandi meðferðar. Einnig getur spennan vegna mikils óróleika sjúklinga haft neikvæð áhrif á aðra sjúklinga og leitt til atvika eins og þeirra að sjúklingar reyni að strjúka frá deildinni, neiti meðferð eða sýni aðra óæskilega hegðun. Einnig hefur verið sýnt að samskipti milli sjúklinga sem einkennast af hjálpsemi og hvatningu geta dregið úr óæskilegum atvikum. Rannsókn Bowers o.fl. (2014) bendir einnig til að ýmislegt sem eigi sér rót utan spítala, eins og áhyggjur af nákomnum, félagslegri stöðu, fréttir af þjóðmálum, áföll eða missir af einhverju tagi, hafi áhrif. Fjölmargir þættir utan spítala hafi áhrif á líðan sjúklinga en að um 3% ofbeldisatvika sem leiði til þvingandi meðferðar megi rekja til þessa. Auk þess hafi umgjörð og skipulag deilda áhrif, eins og deildarreglur og verklag sem gildir á hverri deild. Óskýrar, of strangar eða ósveigjanlegar reglur geti leitt til árekstra sem leiða til þvingandi meðferðar (Alexander, 2006). Læstar dyr geðdeilda og frelsisskerðing getur einnig haft neikvæð áhrif og lagarammi hvernar þjóðar varðandi nauðungarvistun getur haft áhrif bæði til góðs og illis (Bowers o.fl., 2014).

Safewards-líkanið bendir á þætti sem geta virkað sem demparar og blossom á þvingandi meðferð á geðdeildum. Það getur því gagnast sem ákveðinn leiðarvísir fyrir stjórnendur og starfsfólk, en vísbendingar eru um að notkun þess geti dregið umtalsvert úr þvingandi meðferð og atvikum vegna árekstra á geðdeildum (Bowers o.fl., 2015).

Lokaorð

Þvingandi meðferð getur haft neikvæð áhrif á líðan sjúklinga og starfsfólks. Slík úrræði stríða gegn siðferðilegum gildum flestra og geta skaðað meðferðarsamband við sjúklinga og þar af leiðandi haft áhrif á batahorfur þeirra. Þó getur þvingandi meðferð verið nauðsynleg til að tryggja öryggi og koma í veg fyrir skaða sem hlýst af ofbeldi. Margir samverkandi þættir hafa áhrif á árekstra og atvik sem leiða til þvingandi meðferðar. Því er nauðsynlegt að huga að öllum þáttum sem fram koma í líkani um öruggar sjúkradeildir, *Safewards*, bæði áhrifasviðunum sex jafnt og blossom og dempurum. Þekking og þjálfun starfsfólks, samvinna og góð teymisvinna eru lykilþættir sem geta dregið úr notkun þvingandi meðferðar. Ánægt starfsfólk í líkamlegu og andlegu jafnvægi notar mildari aðferðir við að takast á við órólega og árásargjarna sjúklinga og grípur sjaldnar til þvingandi meðferðar. Færir stjórnendur og leiðtogar eru líklegri til að uppræta slæma stofnunarsíði og þar með það fóður sem réttlætir ofnotkun þvingandi meðferðar. Umhverfi geðdeilda er einnig mikilvægt en öruggt og hlýlegt umhverfi, sem styður við bata sjúklinga, er nauðsynleg umgjörð faglegar þjónustu. Þvingandi meðferð á geðdeildum á Íslandi hefur verið gagnrýnd og úrbóta krafist. *Safewards*-líkanið getur gagnast vel sem leiðarvísir á þá þætti sem huga þarf að í því umbótastarfi.

Heimildir

- Alexander, J. (2006). Patients' feelings about ward nursing regimes and involvement in rule construction. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 13(5), 543–553. doi:10.1111/j.1365-2850.2006.00977.x
- Baker, J. A., Bowers, L. og Owiti, J. A. (2009). Wards features associated with high rates of medication refusal by patients: A large multi-centred survey. *General Hospital Psychiatry*, 31(1), 80–89. doi:10.1016/j.genhosppsych.2008.09.005
- Berzlanovich, A. M., Schopfer, J. og Keil, W. (2012). Deaths due to physical restraint. *Deutsches Ärzteblatt International*, 109(3), 27–32. doi:10.3238/arztebl.2012.0027
- Bjorkdahl, A., Palmstierna, T. og Hansebo, G. (2010). The bulldozer and the ballet dancer: Aspects of nurses' caring approaches in acute psychiatric intensive care. *Journal of Psychiatric Mental Health Nursing*, 17(6), 510–518. doi:10.1111/j.1365-2850.2010.01548.x
- Bowers, L. (2014). *Safewards: A new model of conflict and containment on psychiatric wards*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(6), 499–508. doi:10.1111/jpm.12129
- Bowers, L., Alexander, J., Bilgin, H., Botha, M., Dack, C., James, K., ... Stewart, D. (2014). *Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal*. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 21(4), 354–364. doi:10.1111/jpm.12085
- Bowers, L., James, K., Quirk, A., Simpson, A., Stewart, D. og Hodsoll, J. (2015). Reducing conflict and containment rates on acute psychiatric

- wards: The Safewards cluster randomised controlled trial. *International Journal of Nursing Studies*, 52(9), 1412–1422. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.05.001
- Bowers, L., Jeffery, D., Bilgin, H., Jarrett, M., Simpson, A. og Jones, J. (2008). Psychiatric intensive care units: A literature review. *The International Journal of Social Psychiatry*, 54(1), 56–68.
- Bowers, L., Nijman, H., Simpson, A. og Jones, J. (2011). The relationship between leadership, teamworking, structure, burnout and attitude to patients on acute psychiatric wards. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46(2), 143–148. doi:10.1007/s00127-010-0180-8
- Bowers, L., Ross, J., Nijman, H., Muir-Cochrane, E., Noorthoorn, E. og Stewart, D. (2012). The scope for replacing seclusion with time out in acute inpatient psychiatry in England. *Journal of Advanced Nursing*, 68(4), 826–835. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05784.x
- Chuang, Y. H. og Huang, H. T. (2007). Nurses' feelings and thoughts about using physical restraints on hospitalized older patients. *Journal of Clinical Nursing*, 16(3), 486–494. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01563.x
- Council of Europe. (2013). *European Report to the Icelandic Government on the visit to Iceland carried out by the European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) from 18 to 24 September 2012* Sótt á <http://www.cpt.coe.int/documents/isl/2013-37-inf-eng.htm>
- Culver, C. M. og Gert, B. (1982). *Philosophy in medicine: Conceptual and ethical issues in medicine and psychiatry*. New York: Oxford University Press.
- Cummings, K. S., Grandfield, S. A. og Coldwell, C. M. (2010). Caring with comfort rooms. Reducing seclusion and restraint use in psychiatric facilities. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 48(6), 26–30. doi:10.3928/02793695-20100303-02
- Georgieva, I., Mulder, C. L. og Wierdsma, A. (2012). Patients' preference and experiences of forced medication and seclusion. *The Psychiatric Quarterly*, 83(1), 1–13. doi:10.1007/s11126-011-9178-y
- Georgieva, I., Vesselinov, R. og Mulder, C. L. (2012). Early detection of risk factors for seclusion and restraint: A prospective study. *Early Intervention in Psychiatry*, 6(4), 415–422. doi:10.1111/j.1751-7893.2011.00330.x
- Girela, E., Lopez, A., Ortega, L., De-Juan, J., Ruiz, F., Bosch, J. I., ... Torres-Gonzalez, F. (2014). Variables associated with the use of coercive measures on psychiatric patients in Spanish penitentiary centers. *BioMed Research International*, 2014, 928740. doi:10.1155/2014/928740
- Gleitman, H. (1995). *Psychology* (4. útgáfa). New York: W.W. Norton & Company.
- Haney, C., Banks, C. og Zimbardo, P. (1973). Interpersonal dynamics in a simulated prison. *International Journal of Criminology and Penology*, 1, 69–97.
- Happell, B. og Gaskin, C. J. (2011). Exploring patterns of seclusion use in Australian mental health services. *Archives of Psychiatric Nursing*, 25(5), e1–8. doi:10.1016/j.apnu.2011.04.001
- Happell, B. og Koehn, S. (2010). Attitudes to the use of seclusion: Has contemporary mental health policy made a difference? *Journal of Clinical Nursing*, 19(21–22), 3208–3217. doi:10.1111/j.1365-2702.2010.03286.x
- Hem, M. H., Molewijk, B. og Pedersen, R. (2014). Ethical challenges in connection with the use of coercion: A focus group study of health care personnel in mental health care. *BMC Medical Ethics*, 15, 82. doi:10.1186/1472-6939-15-82
- Holmes, D., Kennedy, S. L. og Perron, A. (2004). The mentally ill and social exclusion: A critical examination of the use of seclusion from the patient's perspective. *Issues in Mental Health Nursing*, 25(6), 559–578. doi:10.1080/01612840490472101
- Hsu, L., Saha, S., Korthuis, P. T., Sharp, V., Cohn, J., Moore, R. D. og Beach, M. C. (2012). Providing support to patients in emotional encounters: A new perspective on missed empathic opportunities. *Patient Education and Counseling*, 88(3), 436–442. doi:10.1016/j.pec.2012.06.015
- Jalil, R., Huber, J. W., Sixsmith, J. og Dickens, G. L. (2017). Mental health nurses' emotions, exposure to patient aggression, attitudes to and use of coercive measures: Cross sectional questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 75, 130–138. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.07.018
- Jarrett, M., Bowers, L. og Simpson, A. (2008). Coerced medication in psy-

- chiatric inpatient care: Literature review. *Journal of Advanced Nursing*, 64(6), 538–548. doi:10.1111/j.1365-2648.2008.04832.x
- Jón Snorrason og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir. (2019). Hið ófyrirséð — fyrirbyggjandi aðgerðir gegn ofbeldi á geðdeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 2(95), 80–86.
- Kalisova, L., Raboch, J., Nawka, A., Sampogna, G., Cihal, L., Kallert, T. W., ... Fiorillo, A. (2014). Do patient and ward-related characteristics influence the use of coercive measures? Results from the EUNOMIA international study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(10), 1619–1629. doi:10.1007/s00127-014-0872-6
- Katsakou, C., Bowers, L., Amos, T., Morriss, R., Rose, D., Wykes, T. og Priebe, S. (2010). Coercion and treatment satisfaction among involuntary patients. *Psychiatric Services*, 61(3), 286–292. doi: 10.1176/ps.2010.61.3.286
- Larsen, I. B. og Terkelsen, T. B. (2014). Coercion in a locked psychiatric ward: Perspectives of patients and staff. *Nursing Ethics*, 21(4), 426–436. doi:10.1177/0969733013503601
- Lay, B., Nordt, C. og Rossler, W. (2011). Variation in use of coercive measures in psychiatric hospitals. *European Psychiatry*, 26(4), 244–251. doi:10.1016/j.eurpsy.2010.11.007
- Martin, G. og Pear, J. (1992). *Behavior modification: What it is and how to do it* (4. útgáfa). New Jersey: A Simon & Schuster Company Englewood Cliffs.
- Nawka, A., Kalisova, L., Raboch, J., Giacco, D., Cihal, L., Onchev, G., ... Kallert, T. W. (2013). Gender differences in coerced patients with schizophrenia. *BMC Psychiatry*, 13, 257. doi:10.1186/1471-244x-13-257
- NICE. (2015). Violence and aggression: Short-term management in mental health, health and community settings. Sótt á <https://www.nice.org.uk/guidance/ng10/resources/violence-and-aggression-shortterm-management-in-mental-health-health-and-community-settings-1837264712389>
- Noorthoorn, E., Lepping, P., Janssen, W., Hoogendoorn, A., Nijman, H., Widdershoven, G. og Steinert, T. (2015). One-year incidence and prevalence of seclusion: Dutch findings in an international perspective. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(12), 1857–1869. doi:10.1007/s00127-015-1094-2
- Papadopoulos, C., Bowers, L., Quirk, A. og Khanom, H. (2012). Events Preceding Changes in Conflict and Containment Rates on Acute Psychiatric Wards. *Psychiatric Services*, 63(1), 40–47. doi:10.1176/appi.ps.201000480
- Paterson, B., McIntosh, I., Wilkinson, D., McComish, S. og Smith, I. (2013). Corrupted cultures in mental health inpatient settings. Is restraint reduction the answer? *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 20(3), 228–235. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01918.x
- Perkins, E., Prosser, H., Riley, D. og Whittington, R. (2012). Physical restraint in a therapeutic setting: A necessary evil? *International Journal of Law and Psychiatry*, 35(1), 43–49. doi:10.1016/j.ijlp.2011.11.008
- Putkonen, A., Kuivalainen, S., Louheranta, O., Repo-Tiihonen, E., Ryyanen, O. P., Kautiainen, H. og Tiihonen, J. (2013). Cluster-randomized controlled trial of reducing seclusion and restraint in secured care of men with schizophrenia. *Psychiatric Services*, 64(9), 850–855. doi:10.1176/appi.ps.201200393
- Rachman, S. J. (1996). Trends in cognitive and behavioural therapies. Í Salkovskis (ritstj.), *Trends in cognitive and behavioural therapies* (bls. 1–24). England: John Wiley & Sons.
- Renwick, L., Stewart, D., Richardson, M., Lavelle, M., James, K., Hardy, C., ... Bowers, L. (2016). Aggression on inpatient units: Clinical characteristics and consequences. *International Journal of Mental Health Nursing*. doi: 10.1111/inm.12191
- Ryan, C. J. og Bowers, L. (2005). Coercive manoeuvres in a psychiatric intensive care unit. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 12(6), 695–702. doi:10.1111/j.1365-2850.2005.00899.x
- Salzmann-Erikson, M., Lutzen, K., Ivarsson, A. B. og Eriksson, H. (2008). The core characteristics and nursing care activities in psychiatric intensive care units in Sweden. *International Journal of Mental Health Nursing*, 17(2), 98–107. doi:10.1111/j.1447-0349.2008.00517.x
- Sharac, J., McCrone, P., Sabes-Figuera, R., Csipke, E., Wood, A. og Wykes, T. (2010). Nurse and patient activities and interaction on psychiatric inpatients wards: A literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 47(7), 909–917. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.03.012
- Siðaráð. (2015). Siðareglur hjúkrunarfræðinga. Sótt af <http://hjukrun.is/fagsvid/sidareglur/>
- Sivak, K. (2012). Implementation of comfort rooms to reduce seclusion, restraint use, and acting-out behaviors. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 50(2), 24–34.
- Staggs, V. S. (2013). Nurse staffing, RN mix, and assault rates on psychiatric units. *Res Nurs Health*, 36(1), 26–37. doi:10.1002/nur.21511
- Stewart, D., Bowers, L. og Ross, J. (2012). Managing risk and conflict behaviours in acute psychiatry: The dual role of constant special observation. *Journal of Advanced Nursing*, 68(6), 1340–1348. doi:10.1111/j.1365-2648.2011.05844.x
- Stewart, D., Bowers, L., Simpson, A., Ryan, C. og Tziggili, M. (2009). Manual restraint of adult psychiatric inpatients: A literature review. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 16(8), 749–757. doi:10.1111/j.1365-2850.2009.01475.x
- Stewart, D., Burrow, H., Duckworth, A., Dhillon, J., Fife, S., Kelly, S., ... Bowers, L. (2015). Thematic analysis of psychiatric patients' perceptions of nursing staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 82–90. doi:10.1111/inm.12107
- Stewart, D., Van der Merwe, M., Bowers, L., Simpson, A. og Jones, J. (2010). A review of interventions to reduce mechanical restraint and seclusion among adult psychiatric inpatients. *Issues in Mental Health Nursing*, 31(6), 413–424. doi:10.3109/01612840903484113
- Van Der Merwe, M., Muir-Cochrane, E., Jones, J., Tziggili, M. og Bowers, L. (2013). Improving seclusion practice: Implications of a review of staff and patient views. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20(3), 203–215. doi:10.1111/j.1365-2850.2012.01903.x
- van Doeselaar, M., Slegers, P. og Hutschemaekers, G. (2008). Professionals' attitudes toward reducing restraint: The case of seclusion in the Netherlands. *The Psychiatric Quarterly*, 79(2), 97–109. doi:10.1007/s11126-007-9063-x
- Vilhjálmur Árnason. (1991). *Siðfræði heilbrigðisþjónustu* (2. útgáfa). Reykjavík: Háskóli Íslands.

Hiti hjá ónæmisbældum krabbameinssjúklingum — Fyrstu viðbrögð

Brynja Hauksdóttir*, Halla Grétarsdóttir*, Guðbjörg Guðmundsdóttir*

Inngangur

Krabbameinssjúklingar eru oft í meiri hættu en aðrir á að fá alvarlegar sýkingar, ástæðan er ónæmisbæling af völdum krabbameinsmeðferðarinnar. Hiti hjá þessum sjúklingahópi getur verið eina vísbendingin um sýkingu og ætti að flokka sem bráðatilvik. Í gæðahandbók Landspítalans voru nýlega gefnar út leiðbeiningar um meðferð, eftirlit og umgengni við krabbameinssjúklinga með daufkyrningafæð, þar á meðal vinnulýsing um viðbrögð við hita hjá þessum sjúklingahópi. Markmið þessarar greinar er að kynna fyrir hjúkrunarfræðingum þessar leiðbeiningar í þeim tilgangi að samhæfa störf, bæta meðferð og öryggi sjúklinga. Leiðbeiningarnar eru ætlaðar öllum hjúkrunarfræðingum sem annast krabbameinssjúklinga, hvort heldur á sjúkrahúsi eða öðrum heilbrigðisstofnunum.

Ónæmisbæling og hiti

Þegar talað er um ónæmisbælingu eða mergbælingu í þessari grein er vísað til fækkunar á hvítum blóðkornum og er þá sérstaklega átt við einn undirflokk hvítra blóðkorna sem kallast daufkyrningar (e. neutrophils). Aðalhlutverk daufkyrninga er að þyrpast á svæði líkamans sem verða fyrir sýkingu, bera kennsl á hana og ráðast gegn henni (Mayadas o.fl., 2015). Flest krabbameinslyf geta haft bælandi áhrif á getu beinmergsins til að mynda blóðkorn og þar með geta þau valdið fækkun á daufkyrningum, þó mismikið eftir tegundum lyfja og skammtastærðum. Geislameðferð getur einnig haft mergbælandi áhrif (Lucas o.fl., 2018).

Eðlilegt er að daufkyrningar mælist á bilinu 1,9–7,0. Þegar daufkyrningar eru komnir um og undir 0,5 er sjúklingur orðinn verulega ónæmisbældur og með litlar varnir gegn sýkingum. Sjúklingar eru þá oft sagðir „neutropenískir“ eða með daufkyrningafæð. Venjuleg einkenni sýkinga á borð við roða, bólgu o.s.frv. eru oft ekki til staðar í daufkyrningafæð. Hiti getur þá stundum verið eina vísbendingin um sýkingu og því þarf að bregðast skjótt við, þrátt fyrir að sjúklingur sé ekki bráðveikindalegur að sjá, til að koma í veg fyrir að alvarlegt, jafnvel lífshættulegt ástand skapist.

Hita hjá ónæmisbældum krabbameinssjúklingi þarf að meðhöndla strax og ætti alltaf að flokka sem bráðatilvik þar sem alvarlegir fylgikvillar, s.s. lágþrýstingur, bráð nýrna-, önd-

unar- eða hjartabilun, geta komið fram í allt að 25–30% tilvika og dánartíðni getur verið allt að 11% (Carmona-Bayonas o.fl., 2015; Kuderer o.fl., 2006). Í þeim tilvikum sem sjúklingur fær sýklasótt (e. sepsis) getur dánartíðni farið upp í 50% (Legrand o.fl., 2012).

Daufkyrningafæð (e. neutropenia) — Skilgreining

Fjöldi daufkyrninga er undir $0,5 \times 10^9/L$ eða fjöldi daufkyrninga er yfir $1 \times 10^9/L$ og búast má við lækkun á gildum í/eða undir $0,5 \times 10^9/L$ innan 48 klst.

Hiti — Skilgreining

Hiti er $38,3^\circ C$ eða hærri (stök mæling) eða hiti er $38,3^\circ C$ í 1 klukkustund eða hiti er $38,3^\circ C$ eða hærri ásamt hrolli og vanlíðan.

Daufkyrningafæð og hiti → Bráðatilvik, bregðast skjótt við

Bregðast þarf skjótt við hita hjá sjúklingi með daufkyrningafæð — sjá vinnulýsingu á mynd 2.

Mynd 1. Skilgreiningar á daufkyrningafæð og hita (NCCN, 2018)

Mat á áhættu og hugsanlegar afleiðingar

Nokkrir þættir, aðrir en krabbameinsmeðferðin sjálf, geta aukið hættu á að sjúklingur fái hita meðan hann er ónæmisbældur. Þessir áhættuþættir eru: 1) aldur sjúklinga (65 ára og eldri), 2) útbreiddur sjúkdómur, 3) fyrri saga um hita meðan á daufkyrningafæð stóð, 4) sýklalyf ekki gefin í fyrirbyggjandi skyni og/eða vaxtarþáttur (G-CSF), 5) slímhúðarbólga, 6) bágborið líkamlegt ástand (e. poor performance status), 7) sjúklingar með hjarta- eða æðasjúkdóma (Klastersky o.fl., 2016). Hætta á sýkingum er í beinu samhengi við fjölda hvítra blóðkorna og lengd daufkyrningafæðar (Freifeld o.fl., 2011).

* Sérfræðingur í hjúkrun sjúklinga með krabbamein á dagdeild blóð- og krabbameinslækninga (11B), Landspítala.

Mjög áriðandi er að brugðist sé strax við ef ónæmisbældur krabbameinssjúklingur fær hita til að draga úr líkum á að sýking verði lífshættuleg, en eins og fram hefur komið er hiti oft eina vísbendingin um sýkingu hjá sjúklingum með dauðfyrningafæð. Ef vafi leikur á hvort sjúklingur er með dauðfyrningafæð, þ.e. blóðniðurstöður liggja ekki strax fyrir, skal meðhöndla hann í byrjun eins og svo sé. Þrátt fyrir að sýkingarstaður sé ekki þekktur skal hefja sýklalyfjameðferð tafarlaust til þess að koma í veg fyrir að sýkingin verði lífshættuleg (Lucas o.fl., 2018). Sýklalyfjameðferð við hita hjá ónæmisbældum krabbameinssjúklingi á að hefjast innan einnar klukkustundar og ekki er beðið eftir niðurstöðum rannsókna liggi þær ekki fyrir innan þess tíma. Seinkun á gjöf sýklalyfja hefur bein tengsl við lengri innlög á sjúkrahúsi og hærri dánartíðni (Klastersky o.fl., 2016). Mikilvægt er að framkvæma rannsóknir á borð við blóðræktun og aðrar sýnatökur til að greina orsökina, en slíkar sýnatökur ættu aldrei að tefja sýklalyfjagjöf. Algengustu sýkingasvæðin eru í munni, lungum, húð, þvagfærum, endaparmi og í blóði. Rof á húð eða slímhúð, s.s. vegna æðaleggja, getur aukið hættu á sýkingum (Lucas o.fl., 2018).

Viðbrögð við hita

Mikilvægt er að fræða sjúklinga um rétt viðbrögð við því ef þeir fá hita sem og hvaða einkennum þeir ættu að fylgjast með. Algengt er að sjúklingar verði ónæmisbældir um sjö til tíu dögum eftir að þeir fá krabbameinlyfjameðferð. Þeir eru því oftast heima þegar þeir fá hita. Allir sjúklingar sem eru í krabbameinslyfjameðferð, sem getur valdið ónæmisbælingu, eiga að fá afhentar skriflegar leiðbeiningar um helstu einkenni, rétt viðbrögð og hvert þeir eigi að leita fái þeir hita. Einnig er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk á sjúkrahúsum og öðrum heilbrigðisstofnunum þekki rétt



VILT ÞÚ GANGA TIL LIÐS VIÐ ÖFLUGAN HÓP HJÚKRUNARFRÆÐINGA VIÐ SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI Í SUMAR?

Sjúkrahúsið á Akureyri veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu, þar sem áhersla er lögð á bráðapjónustu og helstu sérgreinameðferðir. Það er annað tveggja sérgreinasjúkrahúsa landsins.

Sjúkrahúsið er kennslusjúkrahús og fyrsta heilbrigðisstofnunin á Íslandi til að hljóta alþjóðlega gæðavottun á starfsemi sinni. Jafnframt er SAK með ISO vottun á allri sinni starfsemi.

Akureyri er fjölskylduvænn bær með góða möguleika til afþreyingar jafnt sumar sem vetur. Hann státar af blómlegu menningarlífi og afbragðs útivistarsvæðum sem gleðja heimamenn jafnt sem gestkomandi.

Ef þú vilt koma og vinna á skemmtilegum vinnustað þar sem áhersla er lögð á heilsu og vellíðan starfsmanna og gott starfsumhverfi þá er SAK góður kostur.

Fjölbreytt störf fyrir hjúkrunarfræðinga standa til boða í sumarafleysingum á öllum deildum.

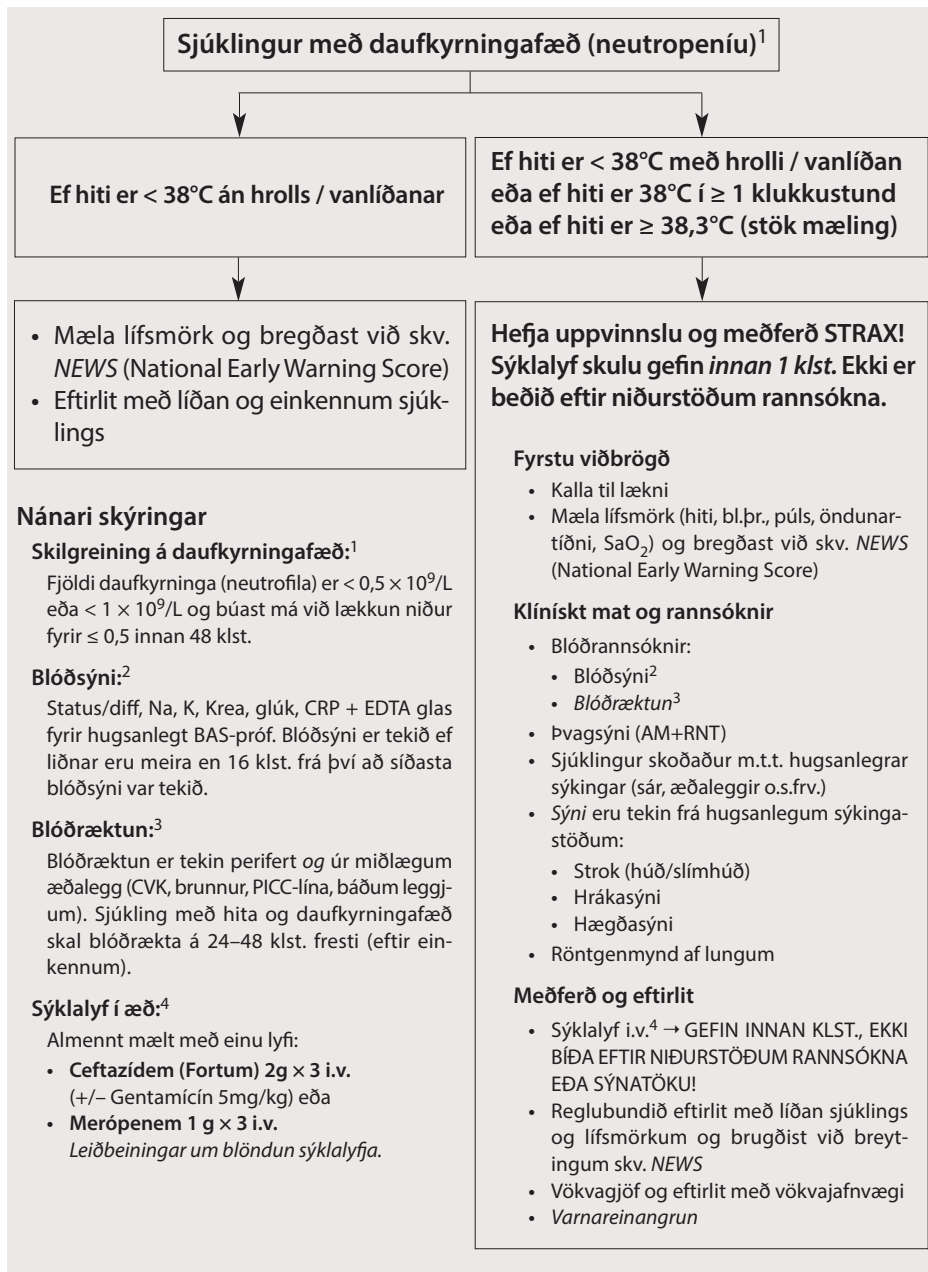


SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL

Kíktu á vefinn okkar sak.is/atvinna

ÖRYGGI - SAMVINNA - FRAMSEKNI





Mynd 2. Leiðbeiningar um viðbrögð við daufkyrningafæð: vöktun og viðbrögð við hita (Gæðahandbók Landspítala)

viðbrögð og sé með skriflegar verklagsreglur eða vinnulýsingar um viðbrögð og meðferð við hita hjá ónæmisbældum krabbameinssjúklingum. Slík vinnulýsing var nýlega unnin og gefin út í gæðahandbók Landspítalans. Vinnulýsingin er sýnd á mynd 2 og lýsir hún, skref fyrir skref, þeim verkum sem framkvæma á.

Dæmisaga

Hér fyrir neðan er dæmisaga af sjúklingi sem er í krabbameinsmeðferð og leitar á sjúkrahús vegna hita. Þar er viðbrögðum við hita og daufkyrningafæð lýst samkvæmt vinnulýsingu Landspítala til að gefa lesendum betri innsýn:

Anna er kona á sjötugsaldri sem leitar á sjúkrahús vegna hita og slappleika. Hún greinir frá því að hún sé með eitilfrumukrabbamein og fyrir rúmri viku hafi hún verið í krabbameinslyfjameðferð. Nú er hún komin með $38,4^\circ\text{C}$ hita og hroll. Hún óskar eftir að einhver líti á sig eins og henni var leiðbeint með að gera ef hún fengi hita. Konan er ekki bráðveikindaleg að sjá, hvað skal gera?

Anna var í lyfjameðferð fyrir viku og er því líklega ónæmisbæld og því er farið eftir vinnulýsingu (mynd 2) um viðbrögð við hita. Byrjað er á að mæla lífsmörk og meta þau

skv. NEWS (National Early Warning Score¹). Auk þess að vera með 38,4°C hita mælist blóðþrýstingur Önnu 109/66, púls 93, öndunartíðni 15/mín. og súrefnismettun 97% án súrefnisgjafar. Hún er því með NEWS-stigun upp á 3 stig sem telst lítil áhætta EN þar sem líklegt er að hún sé ónæmisbæld og með hita þarf að bregðast skjótt við til að fyrirbyggja lífshættulegt ástand. Hafin er uppvinnsla strax og tekin blóðsýni sem sýna að Anna er með verulega fækkun á hvítum blóðkornum (0,3) og daufkyrningar mælast ekki (0,0). Anna er með lyfjabrunn og því er tekin ein blóðræktun úr lyfjabrunni og önnur úr handlegg (þegar sjúklingar eru ekki með miðlæga bláæðaleggi er tekin blóðræktun úr báðum handleggjum). Einnig er tekið þvagsýni ásamt sýnum frá hugsanlegum sýkingarsvæðum, s.s. húð, hráki, hægðir.

Þrátt fyrir að æskilegt sé að ná öllum ræktunarsýnum áður en sýklalyfjagjöf hefst á alls ekki að bíða með sýklalyfjagjöf og enn síður að bíða eftir ræktunarniðurstöðum. Sýklalyfjagjöf á að vera hafin innan klukkustundar frá því hiti hefur verið staðfestur.

Önnu er gefið sýklalyfið Cefazidem (Fortum®) 2g í æð og í kjölfarið hafin vökvagjöf í æð. Anna var lögð inn á sjúkrahús og þurfti sýklalyf í æð í nokkra daga en gat að útskrift lokinni haldið áfram í krabbameinslyfjameðferðinni. Með skjóttum viðbrögðum var komið í veg fyrir að seinka þyrfti krabbameinsmeðferðinni og hugsanlega komið í veg fyrir lífshættulegt ástand.²

Lokaorð

Rétt viðbrögð við hita hjá ónæmisbældum krabbameinssjúklingi skipta miklu máli. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar geri sér grein fyrir alvarleika þess þegar ónæmisbældur krabbameinssjúklingur fær hita, þekki leiðbeiningarnar og noti þær til að bregðast skjótt við með viðeigandi rannsóknunum og meðferð. Með aukinni árvekni og því að bregðast hratt og rétt við hita hjá ónæmisbældum krabbameinssjúklingi má fyrirbyggja lífshættulegt ástand, stytta innlagnartíma og auka lífsgæði sjúklingsins.

Pakkir

Handritshöfundar (Brynja Hauksdóttir og Halla Grétarsdóttir) unnu drög að handriti þessu í Vinnusmiðju í handritsgerð sem Helga Bragadóttir, hjúkrunarfræðingur, prófessor og forstöðumanni fræðasviðs við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala, hafði umsjón með. Við þökkum Helgu fyrir hennar aðstoð.

Heimildir

- Carmona-Bayonas, A., Jiménez Fonseca, P., Echaburu, J. V., Antonio, M., Font, C., og Biosca, M. (2015). Prediction of serious complications in patients with seemingly stable febrile neutropenia: Validation of the Clinical Index of Stable Febrile Neutropenia in a prospective cohort of patients from the FINITE study. *Journal of Clinical Oncology*, 33, 465–71.
- Freifeld, A. G., Bow, E. J., Sepkowitz, K. A., Boeckh, M. J., Ito, J. I., Mullen, C. A., ... Wingard, J. R. (2011). Clinical practice guidelines for the use of antimicrobial agents in neutropenic patients with cancer: 2010 update by the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Disease*, (52), 4, e56–93.
- Gæðahandbók Landspítalans. (2018). *Daufkyrningafæð — vöktun og viðbrögð við hita*. [LSH-1510, v1.2018] Ritstjórn gæðaskjals: Brynja Hauksdóttir, Guðbjörg Guðmundsdóttir, Halla Grétarsdóttir. Sótt á <http://heitur.landspitali.is/focal/gaedahandbaekur/gnhskurda.nsf/0/B3BB76718BF111CB002582670051B4C5>
- Klastersky, J., Naurois, J., Rolston, K., Rapoport, B., Maschmeyer, G., Aapro, M., Herrstedt, J. (2016). Management of febrile neutropenia: ESMO clinical practice guidelines. *Annals of Oncology*, 27 (viðauki 5), 111–118.
- Kuderer, N. M., Dale, D. C., Crawford, J., Cosler, L. E. og Lyman, G. H. (2006). Mortality, morbidity, and cost associated with febrile neutropenia in adult cancer patients. *Cancer* 106, 2258–2266.
- Legrand, M., Max, A., Peigne, V., Mariotte, E., Canet, E., Debrumetz, ... Azoulay, E. (2012). Survival in neutropenic patients with severe sepsis or septic shock. *Critical Care Medicine*, 40, 43–49.
- Lucas, A. J., Olin, J. L., Coleman, M. D. (2018). Management and preventive measures for febrile neutropenia. *Pharmacy and Therapeutics* 43(4), 228–232.
- Mayadas, T. N., Cullere, X., Lowell, C. A. (2015). The multifaceted functions of neutrophils. *Annual Review of Pathology: Mechanisms of Disease*, 8, 181–218.
- NCCN [National Comprehensive Cancer Network]. (2018). *NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology (NCCN Guidelines®): Prevention and treatment of cancer-related infections* [v1.2019]. Sótt á http://www.nccn.org/professionals/physician_gls/PDF/infections.pdf

¹ Í SBAR Landspítala-appinu má finna NEWS-stigun á versnandi ástandi sjúklunga.

² Athugið að í dæminu hér fyrir ofan er einungis farið yfir helstu atriði í fyrstu viðbrögðum við hita hjá ónæmisbældum krabbameinssjúklingum. Ekki eru allir þættir uppvinnslu taldir upp í dæminu, s.s. upplýsingataka, mat á liðan og líkamsmat til að leita að sýkingastöðum.

Meðferðarmarkmið í aðdraganda andláts

Þorgerður Ragnarsdóttir*

Væntanlega taka allir heilbrigðisstarfsmenn á Íslandi fyrr eða síðar þátt í umræðu um markmið meðferðar við lífslok. Samfara auknum möguleikum á að viðhalda lífi með tækni og lyfjum verða spurningar um hvenær nóg sé að gert meira knýjandi. Hjúkrunarfræðingar fást við slík álitamál í daglegum störfum en stundum er hlutverk þeirra í ákvörðun um þau og framkvæmd ekki skýrt. Hér er leitast við að svara spurningunni: „Hvaða hlutverki gegna hjúkrunarfræðingar í ákvörðun um meðferðarmarkmið í aðdraganda andláts?“

Inngangur

Breytt aldurssamsetning þjóðarinnar og vaxandi fjöldi fólks sem lifir með langvinna og lífshættulega sjúkdóma kallar á umræðu um hvernig fólk sér fyrir sér lífslok sín. Öll vitum við að lífið tekur enda en með nútímalýfjum og tækni er margt hægt að gera til að hafa áhrif á hvernig endalokin verða. Rannsóknir og reynsla sýna að heilbrigðisstarfsfólk, þar á meðal hjúkrunarfræðingar, þarf tímanlega að hefja umræðu um meðferðarmarkmið og leiða sjúklinga og aðstandendur þeirra í gegnum ákvarðanaferli til undirbúnings lífsloka (Kristín Lára Ólafsdóttir, 2018; Christensen, 2019; Kalowes, 2015; Sawatzky, 2019). Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar þekki hvert hlutverk þeirra er við þessar aðstæður þannig að þeir geti veitt öndvegisumönnun við lok lífs, fumlaut og af öryggi. Ýmis gögn liggja fyrir sem hægt er að styðjast við til glöggvunar.

Klínískar og siðfræðilegar leiðbeiningar

Samkvæmt siðareglum hjúkrunarfræðinga, 2. kafla, er hjúkrunarfræðingur „málsvari skjólstæðings og stendur vörð um reisu hans og rétt og stuðlar að því að komið sé fram af virðingu og heiðarleika. Hjúkrunarfræðingur stendur vörð um sjálfsákvörðunarrétt skjólstæðings og rétt til bestu mögulegrar þjónustu á hverjum tíma.“ Einnig er kveðið á um að hjúkrunarfræðingur virði rétt sjúklings til að deyja með reisu.

Landlæknisembættið gaf út leiðbeiningar um takmörkun á meðferð við lok lífs árið 1996. Þar kemur fram að stefnt skuli að því að dauðdagi verði eins þjáningarlaus og með eins mikilli reisu og kostur er. Áhersla er m.a. lögð á sjálfsákvörðunarrétt sjúklings, lækni skuli hafa samráð við heilbrigðisstarfsmenn sem mest hafa sinnt honum og sé þess kostur skuli ákvörðun tekin við yfirvegaðar aðstæður. Þessar leiðbeiningar fylgdu

tíðarandanum í öðrum löndum, t.d. Bandaríkjunum þar sem lög um sjálfsákvörðunarrétt sjúklinga voru samþykkt árið 1990. Í bandarísku lögunum er gerð krafa um að á opinberum heilbrigðisstofnunum sé efnt til samræðna við sjúklinga um meðferðarmarkmið og niðurstaða þeirra skráð í sjúkraskrá. Á ensku er talað um *advance care planning* sem Kristín Lára Ólafsdóttir (2018) hefur lagt til að sé þýtt sem áætlun um meðferðarmarkmið.

„Líknarmeðferð hefst við greiningu alvarlegra sjúkdóma og er veitt samhliða sjúkdómsmiðaðri, lífslengjandi meðferð í þeim tilgangi að styðja sjálfræði sjúklings og upplýst val. Líknarmeðferð stendur eftir þegar meðferð sem miðar að lækningu er hætt.“

Klínískar leiðbeiningar um líknarmeðferð voru fyrst unnar af líknarráðgjafateymi Landspítala og gefnar út 2009 en endurskoðuð útgáfa, sem nú er stuðst við, er frá 2017. Leiðbeiningarnar eru greinargóðar og innihalda gagnleg hjálpargögn, t.d. fyrir samtöl, fjölskyldufundi, einkennamat og -meðferð og ráðleggingar um menningarlega og siðferðislega þætti. Leiðbeiningarnar eru ætlaðar öllu heilbrigðisstarfsfólki en tekið er fram að lækni beri ábyrgð á sjúkdómsgreiningu og meðferð sjúklinga sinna. Tillaga að ákvarðanatöku um meðferðarstig, þ.e. fulla meðferð að endurlífgun (FME) eða lífslokameðferð (LLM), getur „komið frá meðferðaraðila, sjúklingi sjálfum eða aðstandendum, en lækni ber ábyrgð á ákvörðun um meðferðina“ að höfðu samráði við sjúkling, aðstandendur og samstarfsfólk (bls. 17). Hvatt er til að umræða um meðferðarmarkmið fari fram tímanlega svo að forðast megi hana við bráðaaðstæður.

Líknarmeðferð (palliative care) er skv. klínísku leiðbeiningunum frá Landspítala (Landspítali 2017), einstaklingsmiðuð (person-centered care) og árangursrík meðferð verkja og

* Grein skrifuð undir handleiðslu dr. Ingibjargar Hjaltadóttur sem verkefni í námskeiði um klínísk viðfangsefni í öldrunarhjúkrun við HÍ.

annarra einkenna með sálfélagslegum og andlegum stuðningi við sjúkling og aðstandendur hans. Líknarmeðferð hefst við greiningu alvarlegra sjúkdóma og er veitt samhlíða sjúkdómsmiðaðri, lífslengjandi meðferð í þeim tilgangi að styðja sjálf-ræði sjúklings og upplýst val. Líknarmeðferð stendur eftir þegar meðferð sem miðar að lækningu er hætt. Líknarmeðferð er skipt í þrjú meðferðarstig (lýsing hér er útdráttur úr leiðbeiningunum):

- *Full meðferð (FM)* er sú meðferð sem er veitt ef engin önnur fyrirmæli eða skráning eru í sjúkraskrá.
- *Full meðferð að endurlífingun með eða án annarra takmarkana (FME)* þýðir að endurlífingun verður ekki beitt en öll önnur meðferð er veitt nema frekari takmarkanir séu sérstaklega ákveðnar og skráðar. Dæmi um frekari ákvarðanir eru „ekki gjörgæsluvistun“, „ekki öndunarvél“.
- *Lífslökameðferð (LLM)* tekur við þegar ljóst má vera að dauða muni bera að innan fárra daga eða vikna. Markmið meðferðarinnar er að sjúklingur geti dáið án þjáninga og með reisn.

„... heimur þar sem fólk lítur á góðan dauðdaga sem sjálfsgöð endalok lífsins, með stuðningi bestu einstaklingsmiðuðu umönnunar“.

Meðferðaráætlun þegar líður að andláti

Þegar ákvörðun um LLM liggur fyrir er í klínísku leiðbeiningunum frá Landspítalanum mælt með að fylgja meðferðaráætlun fyrir deyjandi sjúklinga (MÁD). Tilgangur hennar er að tryggja gæði í umönnun og meðferð á síðustu dögum eða klukkustundum lífs, óháð dvalarstað sjúklings, og stuðning við aðstandendur við missi ástvinar. Meðferðaráætlunin byggdist upphaflega á enskri fyrirmynd, Liverpool Care Pathway (LCP), frá lokum síðustu aldar. Um var að ræða þverfaglegar leiðbeiningar sem voru settar fram sérstaklega til að flytja hugmyndafræði um umönnun og meðferð dauðvona sjúklunga frá líknardeildum yfir á bráðadeildir og aðrar stofnanir í Bretlandi. Eftir víðtæka gagnrýni, sem hófst árið 2008 og náði hámarki í fjölmiðlafári árið 2013, var horfið frá notkun LCP í Bretlandi árið 2014. Gagnrýnin dró fram í dagsljósið neikvæða reynslu ættingja af umönnun og meðferð við andlát ástvina og fól í sér ýmsar ávirðingar um virðingarleysi í viðmóti starfsfólks til þeirra og sjúklinganna sjálfra og skort á samræði og upplýsingum um meðferðina. Einnig voru gerðar athugasemdir við fjárhagslegan ávinning sem stofnanir í Bretlandi gátu haft af því að taka upp LCP í Bretlandi en það vakti ýmsar siðferðislegar spurningar. Í kjölfarið var stofnaður alþjóðlegur samstarfshópur um bestu umönnun dauðvona sjúklunga (ICBCDP) sem samþykkti nýjar leiðbeiningar eftir gagnvera endurskoðun og endurbætur á LCP. Sýn samtakanna er „... heimur þar sem fólk lítur á góðan dauðdaga sem sjálfsgöð endalok lífsins,

með stuðningi bestu einstaklingsmiðuðu umönnunar“ („... a world where all people experience a good death as an integral part of their individual life, supported by the very best personalised care“). „Meðferðaráætlun fyrir deyjandi sjúklinga (MÁD)“, sem fylgt er á nokkrum deildum Landspítala, byggist á þessum leiðbeiningum.

Fullfrískt fólk hefur sjaldan frumkvæði að umræðu um persónulegar framtíðaróskir ef til þess kæmi að það yrði ekki fært um að láta þær sjálft í ljósi. Landlæknir gaf út lífsskrá árið 2005 þar sem fólk gat fyllt út eyðublað til að gefa til kynna óskir sínar í aðdraganda lífsloka við aðstæður þar sem það væri ófært um að gefa óskir sínar til kynna. Þessi skrá var lítið notuð og árið 2015 tók embættið hana úr umferð. Sjúklingar eru líklegri til að gefa óskir sínar til kynna ef heilbrigðisstarfsfólk hefur frumkvæði að umræðunni og árangursríkast er ef fólk fær lesefni og munnlega fræðslu um meðferðarmarkmið í hendur samtímis (Kristín Lára Ólafsdóttir, 2018).

Meðferðarmarkmið og lífslok

Með vaxandi fjölda fólks sem lifir með langvinnan, versnandi heilsubrest og sem er í langvarandi meðferðarsambandi við hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk er brýnt að hefja umræðu um meðferðarmarkmið og óskir við lífslok fyrr en venja hefur verið og á meðan fólk er fært um að taka þátt í samræðunum. Rannsóknir sýna að það er ekki einhlítt að sjúklingar kjósi helst að ræða þessi mál við lækinn sinn. Margir kjósa frekar að ræða við annað heilbrigðisstarfsfólk sem sinnir þeim tíðar og mestu máli skiptir að sá sem fyrir valinu verður sé fær í samskiptum (Kristín Lára Ólafsdóttir, 2018; Robinson o.fl., 2012). Hjúkrunarfræðingar eru oft í góðri aðstöðu til að hefja samræður um meðferðarmarkmið við sjúklinga sem þeir hjúkra.

Kristín Lára Ólafsdóttir (2018) þýddi viðtalsramma frá Skotlandi sem ætlað er að örva umræðu um meðferðarmarkmið og stuðst hefur verið við hjá líknarráðgjafateymi Landspítalans. Með honum er byrjað á að kanna skilning sjúklings og aðstandenda á sjúkdómsástandi og horfum stuttu eftir greiningu alvarlegs sjúkdóms en endað á að fá leyfi sjúklingsins til að ræða framtíðina og óskir hans ef sjúkdómurinn versnar. Gert er ráð fyrir þremur viðtölum til að komast að niðurstöðu og mælt með að þau fari fram þegar vel gengur hjá sjúklingnum. Á vef Landspítala er að finna fræðsluefni fyrir aðstandendur í aðdraganda andláts sem gott getur verið fyrir heilbrigðisstarfsfólk að styðjast við í viðtali við aðstandendur.

Lífslökameðferð á Hrafnistu og Grund

Samkvæmt upplýsingum frá Sigríði Sigurðardóttur (2020) hjá Grund og Bjarneyju Sigurðardóttur (2019) hjá Hrafnistu er stuðst við leiðbeiningar Landspítala um líknarmeðferð og meðferðaráætlun dauðvona sjúklunga á heimilum undir þeirra hatti. Hjá Hrafnistu starfar líknarteymi sem var stofnað haustið 2016. Sumarið 2019 samþykkti framkvæmdaráð Hrafnistu beiðni teymisins um að fara í samræmda og markvissa inn-

leiðingu á líknar- og lífslokameðferð á Hrafnistu veturinn 2019–2020. Athugun hafði t.d. leitt í ljós að vinnubrögð á heimilunum voru ekki samræmd, tímabært var að endurnýja morfindælur, auk þess að andlátstilfellum fjölgaði í samræmi við hærri meðalaldur íbúa og hrumleika. Heilbrigðissvið Hrafnistu stýrir innleiðingu nýs og samræmds verklags og við þá vinnu er tekið mið af því að innan við helmingur starfsfólks er fagmenntað. Fyrsta skrefið í innleiðingarferlinu var að kaupa nýjar morfindælur fyrir öll heimilin og útbúa kennslumyndband um þær ásamt skriflegum leiðbeiningum á íslensku. Samhliða er verið að útbúa nýja verkferla og aðlaga og yfirfara MÁD og orðanotkun. Í byrjun árs 2019 var búin til staða umboðsmanns íbúa og ættingja á Hrafnistuheimilunum. Hann tekur fyrsta viðtal við nýja íbúa ásamt hjúkrunarfræðingi, deildarstjóra eða aðstoðardeildarstjóra. Við það tækifæri er minnst á meðferðarform en síðan efnt til fjölskyldufundar með lækni, hjúkrunarfræðingi og sjúkraliða eða starfsmanni sem þekkir íbúann vel að fáeinum mánuðum liðnum þar sem meðferðarmarkmið eru rædd nánar. Öll samskipti eru skráð í Sögukerfið.

Á Grundarheimilunum eru fjölskyldufundir haldnir innan tveggja mánaða frá flutningi á hjúkrunarheimilið og við það tækifæri er m.a. farið yfir meðferðarstig. Frumkvæði að fundunum hefur hjúkrunardeildarstjóri eða læknir heimilismanns. Þar er einnig talað um „fulla meðferð að endurlífsgun heima“ sem þýðir að íbúum er veitt öll meðferð á heimilinu en þeir ekki fluttir á sjúkrahús nema eitthvað sérstakt komi til. Stuðst er við meðferðaráætlun fyrir deyjandi sjúklinga ásamt skráningareyðublöðum sem útbúin voru með endurskoðuðum leiðbeiningum frá ICBCDP, alþjóðlega samstarfshópnum um bestu umönnun dauðvona sjúklinga. Í aðdraganda andláts fá aðstandendur afhentan bækling sem nefnist „Við lífslok — upplýsingar fyrir aðstandendur“ þar sem markmið umönnunar við lífslok eru útskýrð.

Frumkvæði hjúkrunarfræðinga mikilvægt

Þó að hjúkrunarfræðingar treysti sér til að hefja umræður um meðferðarmarkmið og svara spurningum sjúklinga og fjölskyldna þeirra um þau virðast margir þeirra vera óöruggir um hlutverk sitt í slíkri umræðu (ANA Center for Ethics and Human Rights, 2012; Sawatzky, 2019; Christensen, 2019; Carabez og Scott, 2016). Meðal skýringa er að þeim finnst þeir ekki hafa virkt hlutverk í ákvörðunarferlinu, telja sig skorta þekkingu á gildandi lögum um ákvarðanir um meðferðarstig og að ekki sé gert ráð fyrir tímafrekum viðtölum af þessu tagi í vinnunni þeirra. Auk þess er nefnd þörf fyrir meiri þekkingu á hvernig hægt er að laga umræðuna og ákvarðanatökuna að mismunandi menningarhópum og fjölskyldugerð. Hugmyndir fólks um líf og dauða geta verið mismunandi eftir því hvort það býr í borg eða strjálbýli og eftir fjölskyldugerð og kynvitund (Carabez og Scott, 2016). Í rannsókn Carabez og Scott (2016) á hvað helst hindraði hjúkrunarfræðinga í Kaliforníu í

að styðja samkynhneigt, tvíkynja og transfólk í að fá óskir sínar um talsmann og aðrar ákvarðanir við lífslok viðurkenndar kom fram að á heilbrigðisstofnunum væri viss tilhneiging til að virða blóðbönd meira en óskir sjúklinga.



Í ályktun bandarísku hjúkrunarsamtakanna American Nurses Association (ANA) um meðferðarstig frá 2012 eru hjúkrunarfræðingar hvattir til að hafa frumkvæði að umræðu um meðferðarmarkmið við sjúklinga, aðstandendur og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Brýnt er fyrir þeim að vera meðvitaðir um og virkir í gerð áætlana um meðferðarmarkmið og stefnu varðandi umönnun við lífslok á þeim stofnunum sem þeir vinna á. Á heilbrigðisstofnunum ættu skýrar reglur um áætlanagerð um meðferðarmarkmið að liggja fyrir sem hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn geta fylgt fumlaut og af öryggi í starfi með sjúklingum. Vakinn er athygli á að talsmáti skiptir máli í samtölum um framtíðaráætlanir og það kemur einnig fram í öðrum heimildum (Helga Hansdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2005; Coombs, 2016). Í umræðunni er auðvelt að misskilja ýmis fræðileg hugtök og fólk með litla lestrarfærni virðist fá minni upplýsingar og eiga erfitt með að átta sig á eigin sjúkdómsástandi og ástvinna sinna. Sumum finnst að ákvörðun um lífslokameðferð jafngildi leyfi til að binda enda á líf með líknardrápi (euthanasia). Þess vegna er mikilvægt að vanda orðaval. „Að leyfa náttúrulegan dauða“ er skýrara en að „takmarka meðferð“ sem getur skilist eins og verið sé að skerða þjónustuna. Varað er við að nota fullyrðingar eins og „við gerum allt“, „við gerum ekkert“ og „meðferð er hætt“ til að skýra meðferðarstig. Enn fremur leggur ANA til að hjúkrunarfræðingar gangi eftir því að samræður um meðferðarmarkmið og ákvarðanir sem teknar eru um meðferðarstig séu greinilega skráðar í sjúkraskrá og skráningin endurskoðuð og uppfærð reglulega í takt við ástand sjúklings, t.d. í dagnótu í sjúkraskrá.

Ákvörðun um meðferðarmarkmið er ævinlega tilefni til heiðarlegra umræðna á milli umönnunaraðila, sjúklings og aðstandenda hans, t.d. á fjölskyldufundum, svo tryggt sé að áframhaldið sé í samræmi við óskir hans. Skýr skráning skiptir máli, t.d. við yfirfærslu sjúklunga á milli deilda eða stofnana. Í ályktun ANA og víðar er einnig komið inn á að meðferðaráætlanir þurfa að vera aldursmiðaðar og menningar- miðaðar. Lífsskoðanir fólks og hugmyndir um dauðann eru háðar aldri, búsetu og aðgengi að heilbrigðisþjónustu svo eitthvað sé nefnt.

Skerpum hlutverkið og sýnum frumkvæði

Hjúkrunarfræðingum finnst hlutverk sitt í umræðu um meðferðarmarkmið ekki skýrt þó að í siðareglum hjúkrunarfræðinga og fyrirliggjandi leiðbeiningum sé gert ráð fyrir virkri þátttöku þeirra eins og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Það er tíma- bært að hjúkrunarfræðingar sjálfir skerpi á því hlutverki, það er engra annarra að gera það. Hér eru nokkrar hugmyndir um hvernig er hægt að standa að því:

- Efla hæfni sína í að ræða um meðferðarmarkmið með því að kynna sér klínískar leiðbeiningar.
- Efna til umræðu á vinnustöðum sínum um klínískar leiðbeiningar um með- ferðarmarkmið, á hvern hátt hjúkrunarfræðingar geta tekið þær til sín og sinnt hlutverki sínu í samvinnu við aðrar stéttir.
- Taka afstöðu með sjúklingum sem þeir sinna og hlusta vel eftir hugmyndum þeirra um framvindu sjúkdómsins og óskum ef til þess kemur að þeir verði ófærir um að taka ákvörðun um meðferð sína undir lok lífs sjálfir.
- Útbúa, staðfæra og innleiða eða nota fyrirliggjandi fræðslufni fyrir sjúklinga og aðstandendur þeirra sem getur komið að gagni í umræðum um óskir við lífslok.
- Nýta sér „verkfæri“ eins og viðtalsramma sem geta veitt stuðning í ákvörðunar- ferlinu.
- Hafa frumkvæði að því að semja og innleiða klínískar leiðbeiningar um með- ferðarmarkmið á vinnustöðum ef þær eru ekki þegar til.
- Æfa sig í orðavali og að tala frekar um meðferðarmarkmið en meðferðartakmark- anir, t.d.: „Markmiðið núna er að mömmu þinni líði eins vel og kostur er og að forðast aðgerðir sem geta valdið henni meiri vanlíðan en ástæða er til.“

Lokaorð

Af framansögðu má ráða að mikilvægt er að hefja umræðu um hugmyndir fólks við lífslok fyrr en venja hefur verið til. Fleira fólk nær háum aldri og lifir lengur með langvinna sjúkdóma en áður gerðist. Með ýmsum aðferðum er hægt að lengja líf en því geta fylgt þverrandi lífsgæði. Með samræðum um meðferðarmarkmið er fólki gefinn kostur á að velta fyrir sér framtíðarhugmyndum sínum og óskum ef til þess kemur að það missi heilsuna og verði sjálft ófært um að taka ákvarðanir.

Hjúkrunarfræðingar eru vel menntuð stétt, oft í nánú sambandi við fólk sem þeir hjúkra og gjarnan í leiðtogahlutverki á vinnustöðum sínum. Þeir geta nýtt ýmsar leiðir til að efla hæfni sína ef þeim finnst eitthvað skorta á hana til að geta veitt öndvegis- hjúkrun. Stundum þarf kjark til að hefja máls á atriðum í starfi og umhverfi og til að æfa útfærslur þannig að allir njóti góðs af, að sjálfsgöðu með sjúklinginn í öndvegi.

Reynsla mín úr starfi sem hjúkrunarfræðingur á hjúkrunarheimili, lyflækninga- deild og líknardeild hefur kennt mér að í samskiptum við sjúklinga og aðstandendur skiptir máli að finna til öryggis í hlutverki sínu.

Sem aðstandandi við andlát ástvina hef ég notið góðrar þjónustu hjúkrunarfræð- inga og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Við þær aðstæður hef ég fundið á eigin skinni hvað örugg og fumlaus framgangur skiptir miklu máli fyrir traust og trú á þeim ákvörðunum sem eru teknar og þeim skrefum sem eru stigin.

Heimildir

- ANA Center for Ethics and Human Rights. (2012). *ANA Position Statement: Nursing Care and Do Not Resuscitate (DNR) and*. Sótt á [www.nursingworld.org](https://www.nursingworld.org/~4ad4a8/globalassets/docs/ana/nursing-care-and-do-not-resuscitate-dnr-and-allow-natural-death-decisions.pdf): <https://www.nursingworld.org/~4ad4a8/globalassets/docs/ana/nursing-care-and-do-not-resuscitate-dnr-and-allow-natural-death-decisions.pdf>
- Bjarney Sigurðardóttir. (2020). Hrafnista — Meðferðarferli fyrir deyjandi sjúklinga, tölvupóstur 9. janúar.
- Carabez, R. og Scott, M. (2016). 'Nurses don't deal with these issues': Nurse's role in advance care planning for lesbian, gay, bisexual and transgender patients. *Journal of Clinical Nursing*, 3707–3715. doi:10.1111/jocn.13336
- Christensen, K. W. (2019). Advance care planning in rural Montana. *Journal of Hospice & Palliative Nursing*, 21(4), 264–269. doi:10.1097/NJH.0000000000000556
- Coombs, M.A. (2016). Ritstjórnargrein: Treatment withdrawal, allow a natural death, passive euthanasia: A care-full choice of words. *Nursing in Critical Care*, 21(4), 193. Sótt á <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/nicc.12247> 4. desember 2019
- Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga. (18. maí 2015). www.hjukrun.is. Sótt á <https://www.hjukrun.is/fagid/sidareglur/>
- Helga Hansdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2005). Samtöl um dauðann: Fyrirbærafræðileg rannsókn á viðhorfum aldraðra til lífs og dauða og til meðferðar við lífslök. *Læknablaðið*, 91, 517–529.
- International Collaborative for Best Care for the Dying Person. (2019). *Overview, apríl 2019*. Liverpool: Palliative Care Institute Liverpool, UK. Sótt á <https://bestcarefortheDying.org/wp-content/uploads/2019/05/IC001-2-0-International-Collaborative-Overview-1.pdf> 21.1.2020.
- Kalowes, P. (2015). Improving End-of-Life Care Prognostic Discussions: Role of Advanced Practice Nurses. *AACN Advanced Critical Care*, 26(2), 151–166. doi: 10.1097/NCI.0000000000000086
- Kristín Lára Ólafsdóttir. (2018). Virkjum sjúklinga til að ræða um framtíðina og meðferðarmarkmið. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 93(2), 35–39.
- Landlæknir. (1996). *Leiðbeiningar um takmörkun meðferðar við lok lífs*. Sótt á [www.landlaeknir.is](https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item15607/Dreifibref-nr-3/1996-Leidbeiningar-um-takmorkun-medferdar-vid-lok-lifs): [https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item15607/Dreifibref-nr-3/1996—Leiðbeiningar-um-takmorkun-medferdar-vid-lok-lifs](https://www.landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item15607/Dreifibref-nr-3/1996-Leidbeiningar-um-takmorkun-medferdar-vid-lok-lifs)
- Landspítali (febrúar 2016). *Þegar ástvinur er deyjandi*. Sótt 9.12. 2019 á [www.landspitali.is](https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Sjuklingar-og-adstandendur/Sjuklingafraedsla-Upplysingar/Salgaesla-og-liknarthjonusta/Thegar_astvinur_er_deyjandi.pdf): [https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Sjuklingar-og-adstandendur/Sjuklingafraedsla—Upplysingar/Salgaesla-og-liknarthjonusta/Thegar_astvinur_er_deyjandi.pdf](https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Sjuklingar-og-adstandendur/Sjuklingafraedsla-Upplysingar/Salgaesla-og-liknarthjonusta/Thegar_astvinur_er_deyjandi.pdf)
- Landspítali. (2017). *Klínískar leiðbeiningar um líknarmeðferð*. (Jón Eyjólfur Jónsson, ritstj.) Sótt á www.landspitali.is. 8. desember 2019.
- Landspítali. (2018). Meðferðaráætlun fyrir deyjandi sjúklinga (MÁD). *Gæðaskjal 3.01.03.01*.
- Robinson, C. K., Kolesar, S., Boyko, M., Berkowitz, J., Calam, B. og Collins, M. (2012). Awareness of do-not-resuscitate orders. *Canadian Family Physician*, 229–233. Sótt á <https://www.cfp.ca/content/58/4/e229>.long 4. desember 2019
- Sawatzky, R. R. (2019). Self-perceived competence of nurses and care aides providing a palliative approach in home, hospital, and residential care settings: A cross-sectional survey. *Canadian Journal of Nursing Research*, 1–14. Sótt 10. desember 2019 á <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0844562119881043>
- Seymour, J. (24. apríl 2018). *Wellcome open research*. doi:10.12688/wellcomeopenres.13940.2
- Sigríður Sigurðardóttir. (2020). Grund — Markmið meðferðarferlis fyrir deyjandi sjúklinga, tölvupóstur 6. janúar.
- Svandís Íris Hálfánardóttir, Á. B. (2010). Meðferðarferli fyrir deyjandi sjúklinga. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(4), 40–44.

Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum

Útdráttur

Bakgrunnur: Streita og kulnun í starfi er algeng á meðal hjúkrunarfræðinga, sérstaklega í yngri aldurshópum. Afleiðingarnar geta leitt til heilsubrestra ef ekki er brugðist við vandamálinu snemma.

Tilgangur: Könnun á streitueinkennum meðal íslenskra hjúkrunarfræðinga mánuðinn áður en þeir svöruðu spurningalistum um persónu-, vinnu- og skjólstæðingstengd kulnunareinkenni og bjargráð við erfiðar aðstæður.

Aðferð: Lýsandi þversniðsrannsókn með notkun mælitækjanna Perceived Stress Scale (PSS), Copenhagen Burnout Inventory (CBI) og Ways of Coping (WOC). Rannsóknin er hluti af stærri rannsókn á tveimur íslenskum sjúkrahúsum. Tölfræðileg úrvinnsla var framkvæmd á svörum frá 164 þátttakendum.

Niðurstöður: Þátttakendur yngri en 40 ára sýndu marktækt meiri streitu en þeir sem voru 40 ára eða eldri ($p = 0,001$). Þátttakendur sem starfað höfðu 10 ár eða skemur sýndu marktækt alvarlegri streitu en þátttakendur sem starfað höfðu lengur en 10 ár ($p = 0,004$). Þátttakendur yngri en 40 ára sýndu marktækt verri kulnunareinkenni en þeir sem eldri voru: persónutengd ($p = 0,011$), starfstengd ($p = 0,018$), skjólstæðingstengd ($p = 0,017$). Marktækur munur var á mati þátttakenda eftir sviðum á því hvort mönnun væri í góðu lagi á vinnustað, á skurðlækningasviði (60%), á lyflækningasviði (40%) ($p < 0,001$). Marktæk neikvæð fylgni kom fram á milli streitu, aldurs og starfsaldurs, og á milli kulnunarþátta og aldurs, starfsaldurs, menntunar og mönnunar. Marktæk neikvæð fylgni var á milli þess að flýja af hólmi og aldurs, starfsaldurs og þess að sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning. Marktæk neikvæð fylgni var á milli þess að flýja í huganum og starfsaldurs.

Ályktanir: Niðurstöðum ber að taka með varúð vegna lítils úrtaks. Þær gefa til kynna að yngri hjúkrunarfræðingar eigi frekar á hættu að finna fyrir streitu og kulnun. Mælitækin PSS og CBI henta í rann-

sóknir á streitu og kulnun hjá hjúkrunarfræðingum, en þörf er á frekari endurbótum á WOC-spurningalistanum.

Lykilorð: Streita, kulnun, bjargráð, bráðalegudeild, hjúkrunarfræðingar.

Inngangur

Kulnun er afleiðing af langvarandi áhrifum streitumikils umhverfis (Maslach og Jackson, 1981) og sýnt hefur verið fram á að streita og kulnun meðal heilbrigðisstarfsfólks eru raunverulegur vandi (Khamisa o.fl., 2015). Enn fremur hefur komið fram að streita í starfi hjúkrunarfræðinga hefur forspárgildi fyrir kulnun (Happell o.fl., 2013) eftir því sem starfið verður flóknara og kröfur og ábyrgð aukast (Rushton o.fl., 2015). Helstu álagsþættir í starfi hjúkrunarfræðinga sem taldir eru geta leitt til kulnunar eru léleg samskipti, skyldur starfsins, vandamál tengd skjólstæðingum og jafnvægið milli einkalífs og vinnu (Khamisa o.fl., 2015; Rushton o.fl., 2015; Zyga o.fl., 2016). Prapanjaroensin o.fl. (2017) hafa bent á að ef hjúkrunarfræðingar nota árangursrík bjargráð og eiga greiðan aðgang að félagslegum stuðningi jafnt á vinnustað sem og í einkalífi dragi það úr líkum á kulnun og slíkt skili sér í auknu öryggi og gæðum þjónustunnar. Stjórnendur eigi að huga að því að hjúkrunarfræðingar fái viðfangsefni sem þeir ráða við og vinnuaðstæður séu eins góðar og aðstæður leyfa.

Niðurstöður nýlegra rannsókna hafa samt sem áður gefið ástæðu til að skoða betur hve langan tíma það tekur að verða fyrir kulnun í ljósi þess að yngri hjúkrunarfræðingar sýna frekar merki um streitu og kulnun en þeir sem eldri eru (Lee o.fl., 2015; Gómez-Urquiza o.fl., 2017). Í sænskri langtímarannsókn Rudman o.fl. (2014) voru gerðar athuganir á viðhorfum nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga til starfsins. Niður-

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Með þessari rannsókn er í fyrsta sinn skoðuð streita, kulnun og bjargráð hjá íslenskum hjúkrunarfræðingum með sérstakri áherslu á aldur og starfsaldur.

Hagnýting: Niðurstöður gefa skýrt til kynna mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar séu meðvitaðir um einkenni kulnunar, að stjórnendur þekki til þeirra einkenna og hverjir gætu verið í áhættuhóp, bregðist rétt við og leiti leiða til úrbóta.

Þekking: Niðurstöður sýna að einkenni streitu og kulnunar eru alvarlegt vandamál á meðal hjúkrunarfræðinga, sérstaklega í yngri aldurshópum, bregðast þarf skjótt við til að fyrirbyggja að einkenni versni því slíkt getur leitt til algjörar örmögnunar sé ekkert aðhafst.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Bein tengsl eru á milli streitu og kulnunar og þetta tvennt getur haft áhrif á störf og ábyrgð hjúkrunarfræðinga og leitt til lakari eða jafnvel ófullnægjandi hjúkrunar og stuðnings.

stöður leiddu í ljós að fimmti hver hjúkrunarfræðingur í 1.417 manna úrtaki hafði í hyggju að hætta störfum og því sterkari sem kulnunin mældist því ákveðnari voru þátttakendur í að hætta störfum. Við þetta bæta Cheval og félagar (2019) í nýlegri rannsókn sinni á nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum að tengsl reyndust annars vegar milli þeirrar tilfinningar að hafa ekki getað veitt sjúklingunum þá hjúkrun sem þeir hefðu viljað veita og hins vegar óánægju í starfi og hugleiðinga um að hætta í hjúkrunarstarfinu.

Hugmyndafræðilegur rammi rannsóknarinnar er sóttur til kenningar Lazarusar og Folkman (1984) og Folkman og féлага (1986) um streitu og bjargráð sem skilgreinir bjargráð fólks við streituvaldandi atburðum. Kenningin felur í sér að einstaklingurinn tekur á vandamálinu á skipulegan og hagnýtan hátt (e. *problem-solving coping*) eða reynir að draga úr tilfinningalegum viðbrögðum tengdum streitu, s.s. ótta, kvíða, æsingi eða gremju (e. *emotion-focused coping*) (Dunkel-Schetter o.fl., 1992; Lazarus og Folkman, 1984). Mat einstaklingsins á vandanum byggist á eigin gildismati og fyrri viðbrögðum hans við streitufullum atburðum sem hafa hent hann áður í lífinu og mati hans á hversu skaðlegt eða hættulaust hann telur atvikið vera (Folkman o.fl., 1986). Niðurstöður í rannsókn Zyga og féлага (2016) endurspeglar fyrrgreinda kenningu Lazarusar og Folkman (1984) og sýna að bjargráðin sem virka best gegn streitu í vinnu hjúkrunarfræðinga eru jákvæð nálgun á vandamálinu, jákvætt endurmat og vinnuskipulag.

Þessi rannsókn er hluti af stærri rannsókn. Helsti ávinningur rannsóknarinnar, eftir bestu vitund höfunda, er að í fyrsta sinn eru skoðuð streita, kulnun og bjargráð í einni og sömu rannsókninni. Gefur það möguleika á að tvinna saman alla þessa þrjá þætti og fá heildarmynd og nýja vitneskju um efnið. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna streitu, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga sem störfuðu á skurð- og lyflækningasviði Landspítalans og Sjúkrahússins á Akureyri. Settar voru fram fimm rannsóknarspurningar með hliðsjón af eftirfarandi bakgrunnsbreytum þátttakenda: aldri, fjölskylduhögum, starfsaldri í hjúkrun, starfsaldri á núverandi vinnustað, vinnustað, menntun ásamt viðhorfi til mönnunar á vinnustað:

1. Hvaða bakgrunnsbreytur hafa áhrif á streitu hjúkrunarfræðinga?
2. Hversu stórt hlutfall hjúkrunarfræðinga ber merki um kulnun?
3. Hefur aldur áhrif á persónutengda, starfstengda og skjólstæðingstengda kulnun?
4. Er fylgni á milli aldurs, starfsaldurs, menntunar og mats á mönnun og streitu, kulnun og bjargráða?
5. Hver er munur á streitu, kulnun og bjargráðum eftir aldri?

Aðferð

Rannsóknarsnið og þátttakendur

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn með hentugleikaúrtaki. Skilyrði fyrir þátttöku voru að hafa íslenskt hjúkrunarleyfi, starfa á bráðalegudeild sjúkrahúss á lyflækninga- eða

skurðlækningasviði meðan rannsóknin fór fram og hafa fullan skilning á töluðu og skrifuðu íslensku máli.

Matstæki

Mælitæki rannsóknarinnar voru þrír spurningalistar: Perceived Stress Scale (PSS), Copenhagen Burnout Inventory (CBI) og Ways of Coping (WOC). Fyrst var spurt nokkurra lýðfræðilegra spurninga um: aldur, fjölskylduhagi, starfsaldur í hjúkrun, starfsaldur á núverandi vinnustað, vinnustað, menntun og um viðhorf þátttakenda til mönnunar á viðkomandi deild. Svarmöguleikar voru á raðkvarða frá 1–4 (1 = í góðu lagi, 2 = viðunandi, 3 = óviðunandi og 4 = algerlega óviðunandi).

1. PSS mælir streitueinkenni með 10 spurningum sem beinast að tilfinningum og hugsunum þátttakenda eins og þeir meta að þær hafi verið sl. mánuð. Svarmöguleikarnir eru á raðkvarða frá 0–4 frá tíðninni 0 = aldrei í 4 = mjög oft og er eins við allar spurningarnar (Cohen o.fl., 1983). Spurningalistinn hefur verið notaður í íslenskri rannsókn á hjúkrunarfræðingum (Þórey Agnarsdóttir o.fl., 2014). Viðmiðunargildið sem notað er fyrir streitu er 13,7 stig (Cohen og Williamsson, 1988).

2. CBI mælir persónutengda og starfstengda kulnun og kulnun tengda skjólstæðingum. Mælitækinu er skipt í flokka, A, B, C og D, eftir styrkleika kulnunareinkenna samkvæmt fyrirframgefnum viðmiðum frá 0–21+:

- A) Einstaklingurinn ber engin merki um kulnun;
- B) Einstaklingurinn ætti að vera meðvitaður um nokkur einkenni;
- C) Einstaklingurinn er með kulnunareinkenni sem hann
- D) Einstaklingurinn er svo örmagna og útrunninn að hann ætti að leita sér tafarlaust hjálpar til að breyta stöðu sinni (Borritz og Kristensen, 2004).

Undir hverjum flokki eru þáttunum *persónutengd kulnun*, *starfstengd kulnun* og *kulnun tengd skjólstæðingum* gefin stig eftir alvarleika kulnunar. Svarmöguleikarnir eru á raðkvarða frá 0 = aldrei í 4 = alltaf eða frá 0 = að mjög litlu leyti í 4 = að mjög miklu leyti. Spurningalistinn hefur einungis verið notaður í einni íslenskri rannsókn, á skólastjórnendum á Íslandi (Gerður Ólína Steinþórsdóttir o.fl., 2015).

3. WOC sýnir til hvaða bjargráða einstaklingurinn grípur við erfiðar og streituvaldandi aðstæður á vinnustað síðasta árið með 41 spurningum. Það mælir fimm tegundir bjargráða: að sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning (tilfinningalegan og áþreifanlegan) (e. *seeking and using social support*); að halda sig til hlés (vitsmunaleg viðleitni til að víkja sér undan eða aðskilja sig frá því sem er að gerast til að draga úr mikilvægi aðstæðnanna) (e. *distancing*); að sýna jákvæðni (ígrunduð viðleitni til að takast á við vandamálið) (e. *focusing on the positive*); að flýja í huganum (biðja, óska og vonast eftir kraftaverki, beita vitsmunum til að flýja streituvaldinn) (e. *cognitive escape-avoidance*); flýja af hólmi (sniðganga aðra, hegða sér á þann hátt að flýja streituvaldinn) (e. *behavioural escape-avoidance*). Svarmöguleikarnir eru á raðkvarða frá 0 = á ekki við/aldrei í 4 = mjög oft. Upphafleg útgáfa spurningalistans (Folkman o.fl., 1986) hefur verið stýtt og aðlöguð ákveðnum hópum (Dun-

kel-Schetter o.fl., 1992). Í þessari rannsókn var íslensk þýðing spurningalistans, sem var forprófuð í rannsókn á íslenskum krabbameinssjúklingum (Hjörleifsdóttir o.fl., 2006), aðlöguð að rannsókninni. Í lokin var þátttakendum gefið tækifæri til að koma með skriflega viðbótarlýsingu á reynslu sinni og athugasemdir um uppsetningu og orðalag spurningalistanna.

Framkvæmd

Valin voru tvö fjölmenn starfssvið innan hjúkrunar, bráðalegu-deildir á lyflækninga- og skurðlækningasviðum á Landspítala og á Sjúkrahúsi Akureyrar. Þegar gagnasöfnun fór fram (mars-apríl 2017) voru samkvæmt upplýsingum stjórnenda deilda alls 17 deildir innan þessara sviða á báðum stofnunum, með samtals 425 starfandi hjúkrunarfræðinga. Haft var samband við hjúkrunardeildarstjóra á fyrrgreindum sviðum og rannsóknin kynnt fyrir þeim, í samráði við þá var kynningarbréfum um rannsóknina, spurningalistunum og frímerktu svarumslagi dreift til væntanlegra þátttakenda. Spurningalistarnir voru lagðir fyrir almenna hjúkrunarfræðinga og stjórnendur hverrar deildar ($n = 425$).

Siðfræði

Leysi fyrir rannsókninni fékkst hjá Siðanefnd stjórnsýslurannsóknna á LSH (erindi nr. 1/2017), framkvæmdastjóra lækninga og framkvæmdastjóra hjúkrunar á LSH (tilv.16, LSH 26-17) og framkvæmdastjóra lækninga á Sjúkrahúsinu á Akureyri (3. febrúar 2017). Að auki samþykktu deildarstjórar bráðalegu-deildanna rannsóknina. Allar upplýsingar í rannsókninni voru meðhöndlaðar samkvæmt ströngustu reglum um trúnað og nafnleynd og farið eftir lögum um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga (Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/ 2000) og lögum um heilbrigðisstarfsmenn (Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012). Í kynningarbréfinu komu fram markmið og tilgangur rannsóknarinnar, að upplýsingarnar væru nafnlausar og órekjanlegar til svaraenda og fyllsta trúnaðar væri gætt. Tekið var fram að með því að svara spurningalistunum hefði viðkomandi gefið upplýst samþykki sitt til þátttöku en hætta mætti þátttöku hvenær sem væri án nokkurra afleiðinga fyrir þátttakandann.

Réttmæti og áreiðanleiki

Ekki liggja fyrir íslenskar rannsóknir á áreiðanleika PSS-mælitækisins né heldur CBI. Erlendar rannsóknir hafa hins vegar sýnt fram á áreiðanleika PSS (Lee, 2012) með Cronbach-alfa-áreiðanleikastuðul $> 0,70$ (Nunnally og Bernstein, 1994). Sýnt hefur verið fram á áreiðanleika CBI með Cronbach-alfa á bilinu 0,89–0,91 (Sestili o.fl., 2018). Forprófun á íslenskri þýðingu WOC-mælitækisins sýndi Cronbach-alfa á bilinu 0,46–0,81 og er það fyllilega í samræmi við erlendar áreiðanleikamælingar á þessu mælitæki (Dunkel-Schetter o.fl., 1992; Hjörleifsdóttir o.fl., 2006). Til að auka á réttmæti og innri áreiðanleika mælitækjanna í þessari rannsókn voru spurningalistarnir lagðir fyrir sex aðila með ólíkan bakgrunn. Þeir gerðu gagnlegar athugasemdir um málfar, uppsetningu og innihald spurninganna.

Úrvinnsla gagna

Notað var tölfræðiforritið Statistical Package for the Social Sciences (SPSS, 22). Lýsandi tölfræði var notuð við framsetningu gagna. Stuðst var við kí-kvaðratpróf við athugun á mun á hópum, Spearmans-ró var notað til að reikna fylgni á milli breyta og Mann-Withney U-próf til að skoða mun á meðaltölum tveggja hópa. Marktektarmörk voru sett við $p < 0,05$ (Altman, 1999). Chronbach-alfa-stuðullinn með skilgreininguna frá 0 og upp í 1 var hafður sem viðmið um áreiðanleika mælitækjanna (Cronbach, 1951) með viðmiðin 0,90 sem frábær og 0,50 eða minna óviðunandi (George and Mallery, 2003).

Niðurstöður

Bakgrunnur þátttakenda

Eins og áður er getið er þessi rannsókn hluti af stærri rannsókn. Þegar svarhlutfall var komið í 38,6% ($n = 164$) var unnið að úrvinnslu þeirra gagna. Meirihluti þátttakenda var 40 ára og eldri (54,2%, $n = 89$). Flestir voru giftir eða í sambúð (74,4%, $n = 122$). Fleiri höfðu starfað í 10 ár eða lengur (54,3%, $n = 89$). Fjöldi þátttakenda með starfsaldur fimm ár eða styttri á núverandi vinnustað var 45,7% ($n = 75$) og 54,3% ($n = 89$) höfðu starfað lengur en fimm ár. Fleiri þátttakendur unnu á lyflækningasviði (67,7%, $n = 111$). Þeir sem höfðu lokið viðbótarnámi að loknu grunnámi í hjúkrun voru 41 (tafla 1).

Tafla 1. Bakgrunnur þátttakenda

	n	%
Aldur		
Undir 30	25	(15,2)
30–39 ára	50	(30,5)
40–49 ára	42	(25,6)
50–59 ára	34	(20,7)
60 ára eða eldri	13	(7,9)
Fjölskylduhagir		
Gift(ur)	73	(44,5)
Sambúð	49	(29,9)
Býr ein(n)	31	(18,9)
Annað	4	(2,4)
Svarar ekki	7	(4,3)
Starfsaldur í hjúkrun		
10 ár eða minna	75	(47,5)
Meira en 10 ár	89	(54,3)
Starfsaldur á núverandi vinnustað		
5 ár eða minna	75	(45,7)
Meira en 5 ár	89	(54,3)
Vinnustaður		
Lyflækningasvið	111	(67,7)
Skurðlækningasvið	53	(32,3)
Menntun		
Hjúkrunarpróf	22	(13,4)
BS-gráða í hjúkrun	101	(61,6)
Diplómagráða í hjúkrun	22	(13,4)
MSc-gráða í hjúkrun	19	(11,6)

Hlutfall hjúkrunarfræðinga eldri en 40 ára á skurðlækningasviði var 66% á móti 48,6% á lyflækningasviði. Marktækur munur kom fram á starfsaldri ($p = 0,037$), fleiri þátttakendur með minni starfsaldur störfuðu á lyflækningasviði. Á lyflækningasviði álitu 42% þátttakenda mönnunina vera í góðu lagi eða viðunandi, en hlutfallslega fleiri (76%) á skurðlækningasviði töldu svo vera. Fimmtíu og átta prósent af lyflækningasviði svöruðu því til að mönnunin væri óviðunandi eða algerlega óviðunandi en 24% hjúkrunarfræðinganna á skurðlækningasviði höfðu þá skoðun.

Áhrif bakgrunnsbreyta á streitu hjúkrunarfræðinga

Í töflu 2 eru svör við fyrstu spurningunni sem lagt var upp með og sýnir taflan hlutfallslega skiptingu streitueinkenna út frá viðurkenndum viðmiðum PSS-spurningalistans og bakgrunni þátttakenda. Marktækt hærra hlutfall þátttakenda undir 40 ára var yfir viðmiðunarmörkum á PSS ($p = 0,001$) heldur en 40 ára og eldri. Enn fremur mældist streita yfir viðmiðunarmörkum PSS hjá hærra hlutfalli í hópnum sem hafði starfað 10 ár eða skemur en þeim sem höfðu meira en 10 ára starfsreynslu ($p = 0,004$). Marktækur munur kom fram á hópnum með tilliti til streitu og menntunar, þeir sem lokið höfðu hjúkrunarprófi voru marktækt fleiri undir viðmiðum um streitu en þeir sem voru með BS-gráðu eða framhaldsmenntun ($p = 0,030$) (tafla 2).

Hlutfall hjúkrunarfræðinga sem bar merki um kulnun

Í töflu 3 er að finna svör við rannsóknarspurningu tvö. Fram kom um persónutengda og starfstengda kulnun að flestir eru í flokki B (nokkur atriði sem einstaklingurinn ætti að vera meðvitaður um), persónutengd 42,3% ($n = 69$) og starfstengd 47% ($n = 77$). Kulnun tengd skjólstæðingum sýndi að flestir eru í flokki A (engin merki um kulnun), og enginn þátttakenda er þar í flokki D (örmagna og útbrunninn, ætti að leita sér tafarlaust hjálpar) (tafla 3).

Aldur og kulnun

Í töflu 4 eru svör við spurningu þrjú um hvort aldur hafi áhrif á þá þrjá þætti kulnunar sem unnið var með. Fram kom marktækur munur á kulnunaréinkennum hjá aldurshópnum undir 40 ára og 40 ára og eldri, þeir sem tilheyrðu yngri aldurshópnum sýndu alvarlegri einkenni í öllum þáttum kulnunar: persónutengdri kulnun ($p = 0,011$), starfstengdri kulnun ($p = 0,018$) og kulnun tengdri skjólstæðingum ($p = 0,017$) (tafla 4).

Fylgni á milli aldurs, starfsaldurs, menntunar og mats á mönnun og streitu, kulnunar og bjargráða

Tafla 5 gefur svör við spurningu fjögur um hugsanlega fylgni á milli breyta. Neikvæð fylgni kom fram á milli streitu (PSS) og aldurs ($r_s = -0,275$) og starfsaldurs ($r_s = -0,292$). Neikvæð

Tafla 2. Perceived Stress Scale (PSS): Hlutfallsleg skipting streitueinkenna út frá viðmiðum PSS-spurningalistans og bakgrunni þátttakenda

	Undir viðmiðum	Yfir viðmiðum	<i>p</i> -gildi ^a
Skipting eftir viðmiðum <i>n</i> (%)	83 (52,2)	76 (47,8)	
Aldur			
Undir 40 ára	37,80	62,20	0,001**
40 ára eða eldri	64,70	35,30	
Fjölskylduhagir			
Gift(ur)/sambúð	50,00	50,00	0,424
Einhleyp/ur	58,10	41,90	
Starfsaldur			
10 ár eða minna	39,70	60,30	0,004**
Meira en 10 ár	62,80	37,20	
Vinnustaður			
Lyflækningasvið	47,20	52,80	0,067
Skurðlækningasvið	62,70	37,30	
Menntun			
Hjúkrunarpróf	75,00	25,00	0,030*
BS-gráða í hjúkrun	43,40	56,60	
Diplóma-gráða í hjúkrun	61,90	38,10	
MSc-gráða í hjúkrun	63,20	36,80	
Mönnun			
Í góðu lagi	63,30	36,70	0,130
Viðunandi	57,10	42,90	
Óviðunandi/Algerlega óviðunandi	43,80	56,20	

^aKi-kvaðratpróf *Marktækt miðað við $p < 0,05$ **Marktækt miðað við $p < 0,01$

Tafla 3. Copenhagen Burnout Inventory (CBI): Hlutfallsleg stigskipting einkenna á milli A–D flokka kulnunar

	Persónutengd kulnun n (%)	Starfstengd kulnun n (%)	Kulnun tengd skjólstæðingum n (%)
Flokkur A			
Einstaklingur ber engin merki um kulnun	44 (27,0%)	42 (25,6%)	76 (47,8%)
Flokkur B			
Einstaklingurinn ætti að vera meðvitaður um nokkur einkenni	69 (42,3%)	77 (47,0%)	67 (42,1%)
Flokkur C			
Einstaklingur er með kulnunareinkenni sem hann ætti að gera eitthvað í	44 (27,0%)	43 (26,2)	16 (10,1%)
Flokkur D			
Einstaklingur er svo örmagna og útbrunninn að hann ætti að leita sér tafarlaust hjálpar til að breyta stöðu sinni	6 (3,7%)	2 (1,2%)	0 (0,0%)

(Borritz og Kristensen, 2004)

Tafla 4. Copenhagen Burnout Inventory (CBI): Aldur og kulnun

	Flokkur A	Flokkur B	Flokkur C	Flokkur D	<i>p</i> -gildi ^a
<i>Persónutengd kulnun:</i>					
Aldur					
Undir 40 ára	18,7%	42,7%	37,3%	1,3%	0,011*
40 ára eða eldri	34,1%	42,0%	18,2%	5,7%	
<i>Starfstengd kulnun:</i>					
Aldur					
Undir 40 ára	16,0%	46,7%	36,0%	1,3%	0,018*
40 ára eða eldri	33,7%	47,2%	18,0%	1,1%	
<i>Kulnun tengd skjólstæðingum:</i>					
Aldur					
Undir 40 ára	36,0%	50,7%	13,3%	0,0%	0,017*
40 ára eða eldri	58,3%	34,5%	7,1%	0,0%	

^aKí-kvaðratpróf *Marktækt miðað við $p < 0,05$

fylgni var á milli allra kulnunarþátta CBI-listans og eftirfarandi breyta: persónutengdrar kulnunar og aldurs ($r_s = -0,159$), mats á mönnun ($r_s = -0,186$); starfstengdrar kulnunar og aldurs ($r_s = -0,204$), starfsaldurs ($r_s = -0,207$); kulnunar tengdri skjólstæðingum og aldurs ($r_s = -0,229$), starfsaldurs ($r_s = -0,212$), menntunar ($r_s = -0,194$). Neikvæð fylgni var á milli nokkurra þátta WOC-listans og eftirfarandi breyta: aldurs og þess að flýja af hólmi ($r_s = -0,169$), aldurs og þess að sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning ($r_s = -0,195$); starfsaldurs og þess að flýja af hólmi ($r_s = -0,207$), starfsaldurs og þess að flýja í huganum ($r_s = -0,168$), starfsaldurs og þess að sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning ($r_s = -0,232$) (tafla 5).

Samanburður á meðaltali streitueinkenna á PSS eftir aldri og samanburður á kulnun og bjargráðum eftir streituvíðmiðum PSS og eftir aldri

Í töflu 6 er spurningu fimm svarað og sýnir hún að þátttakendur með streitueinkenni yfir viðmiðunarmörkum á PSS höfðu marktækt verri einkenni kulnunar í öllum þáttum CBI: persónutengdri kulnun ($p < 0,001$), starfstengdri kulnun ($p < 0,001$) og kulnun tengdri skjólstæðingum ($p < 0,001$). Þeir notuðu marktækt meira bjargráðin að flýja af hólmi ($p < 0,001$), að flýja í huganum ($p < 0,001$) og að halda sig til hlés ($p < 0,001$). Þeir sömu nýttu sér marktækt meira bjargráðið að

Tafla 5. Perceived Stress Scale (PSS), Copenhagen Burnout Inventory (CBI), Ways of Coping (WOC): Fylgni á milli aldurs, starfsaldurs, menntunar og mats á mönnun við streitu, kulnun og bjargráð

	Aldur	Starfsaldur	Menntun	Mönnun
PSS	-0,275**	-0,292**	-0,040	0,155
CBI				
Persónutengd kulnun	-0,159*	-0,151	-0,061	0,186*
Starfstengd kulnun	-0,204**	-0,207**	-0,034	0,148
Kulnun tengd skjólstæðingum	-0,229**	-0,212**	-0,194*	0,099
WOC				
Flýja af hólmi	-0,169*	-0,207*	-0,030	-0,017
Flýja í huganum	-0,129	-0,168*	0,002	-0,041
Halda sig til hlés	-0,014	-0,067	0,054	0,052
Að sýna jákvæðni	0,007	-0,056	0,085	-0,034
Sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning	-0,195*	-0,232**	0,129	-0,046

Spearman's-ró: * Fylgnin er marktæk miðað við $p < 0,05$ ** Fylgnin er marktæk miðað við $p < 0,01$

sýna jákvæðni en þeir sem voru undir streitumörkunum ($p = 0,047$). Yngri hjúkrunarfræðingar (undir 40 ára) mældust með marktækt meiri streitu en þeir sem voru eldri ($p < 0,001$), með meiri persónutengda kulnun ($p = 0,013$) starfstengda kulnun ($p = 0,007$) og kulnun tengda skjólstæðingum ($p < 0,001$), þeir flýðu oft af hólmi ($p = 0,029$) og sóttu meira í félagslegan stuðning ($p = 0,021$) (tafla 6).

Áreiðanleiki spurningalistanna þriggja var reiknaður með Chronbach-alfa-áreiðanleikastuðli (PSS, 0,87, CBI, 0,79–0,88, WOC, 0,71–0,87). Skriflegar athugasemdir og viðbótarupp-lýsingar komu fram hjá 66,5% þátttakenda. Helstu ábendingar

sneru að því að stytta WOC-spurningalistann og bæta við spurningu sem varðaði samstarfsfólk á CBI-listann: „*Stundum er eins og samstarfsfólk geti dregið úr manni orku, ekki endilega sjúklingarnir sjálfir.*“ Í lýsingu þátttakenda á reynslu sinni varðandi streitu, kulnun og bjargráð voru allar lýsingar sem bárust tengdar kulnun í starfi: „*Takk fyrir að gera þessa rannsókn.*“ „*Ég á sex ára kulnunarafmæli núna í maí þannig að listinn reflekterar ekki þá tíma.*“ „*Þörf og góð rannsókn.*“ „*Ég er rétt skriðin yfir 30 ára og mér finnst ég vera kulnuð vegna ástandsins á vinnustað.*“

Tafla 6. Samanburður á meðaltali streitueinkenna á Perceived Stress Scale (PSS) eftir aldri og samanburður á kulnun og bjargráðum eftir streituvíðmiðum PSS og eftir aldri

	Undir viðmiðum meðaltal (staðalfrávik/n)	Yfir viðmiðum meðaltal (staðalfrávik/n)	p -gildi ^a	Yngri en 40 ára meðaltal (staðalfrávik/n)	40 ára eða eldri meðaltal (staðalfrávik/n)	p -gildi ^a
PSS 10				14,7 (5,36/74)	11,7 (6,52/85)	<0,001***
CBI						
Persónutengd kulnun	6,92 (3,83/83)	11,2 (3,94/75)	< 0,001***	9,76 (3,95/75)	8,23 (4,78/88)	0,013*
Starfstengd kulnun	8,05 (4,18/83)	12,1 (4,13/76)	< 0,001***	11,2 (4,47/75)	9,11 (4,61/89)	0,007**
Kulnun tengd skjólstæðingum	4,84 (2,85/79)	7,99 (3,98/75)	< 0,001***	7,47 (3,71/75)	5,45 (3,64/84)	< 0,001***
WOC						
Flýja af hólmi	0,84 (0,59/79)	1,34 (0,52/69)	< 0,001***	1,18 (0,59/72)	0,98 (0,61/81)	0,029*
Flýja í huganum	0,86 (0,75/77)	1,41 (0,73/70)	< 0,001***	1,23 (0,73/72)	1,03 (0,83/80)	0,068
Halda sig til hlés	1,34 (0,82/82)	1,77 (0,59/69)	< 0,001***	1,57 (0,68/72)	1,51 (0,82/84)	0,737
Að sýna jákvæðni	1,45 (1,02/79)	1,74 (0,63/72)	0,047*	1,61 (0,79/75)	1,58 (0,92/81)	0,819
Sækjast eftir og nýta sér félagslegan stuðning	1,67 (0,91/79)	1,86 (0,62/72)	0,150	1,91 (0,79/73)	1,63 (0,76/82)	0,021*

^a Mann-Whitney U-próf *Marktækt miðað við $p < 0,05$ **Marktækt miðað við $p < 0,01$ ***Marktækt miðað við $p < 0,001$

Umræður

Athyglisvert var að sjá í niðurstöðum þessarar rannsóknar að margsinnis komu fram vísbendingar um að hjúkrunarfræðingar undir 40 ára sem unnu á skurð- og lyflækningasviði voru í áhættuhóp þeirra sem gætu orðið fyrir bardinu á streitu og kulnun í starfi. Sá marktæki munur sem kom fram á streitu í töflu 2 á þeim þátttakendum sem voru annars vegar með hjúkrunarpróf og hins vegar með BS-gráðu kann að skýrast af ólíkum aldri þátttakenda frekar en mismunandi menntun.

Þessar niðurstöður samræmast fyrri rannsóknum á efninu. Nýlegar rannsóknir sýna að streita og kulnunareinkenni koma í auknum mæli fram hjá yngri hjúkrunarfræðingum (Lee o.fl., 2015; Gómez-Urquiza o.fl., 2017; Cheval o.fl., 2019). Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa sterklega til kynna að huga beri sérstaklega að því hvernig má styðja við yngri hjúkrunarfræðinga og þá sem hafa stutta starfsreynslu. Eiga þessar niðurstöður samhljóm með því sem kom fram í rannsókn Hayes og samstarfsmanna (2015) og Gómez-Urquiza og samstarfsmanna (2017) um að minni streita og kulnun hafi verið til staðar hjá þeim hjúkrunarfræðingum sem voru eldri og með hærri starfsaldur. Drógu Gómez-Urquiza og félagar þá ályktun að því eldri sem hjúkrunarfræðingar væru því minni líkur væru á því að þeir séu tilfinningalega úrvinda eða lendi í þeirri firringu að finnast þeir ekki á staðnum hvorki andlega né líkamlega (e. *depersonalization*). Gefa ofangreindar niðurstöður ríka ástæðu til að álykta að yngri hjúkrunarfræðingar séu í mun meiri hættu á að verða fyrir streitu og kulnun og að mikilvægt sé að grípa til fyrirbyggjandi aðgerða. Ofangreindar niðurstöður gefa nokkuð skýrt til kynna að hver og einn hjúkrunarfræðingur þurfi að vera meðvitaður um einkenni kulunar. Einnig, og ekki síður, má álykta að brýnt sé að yfirmenn og stjórnendur þekki til einkenna streitu og kulunar svo tækifæri gefist til að koma í veg fyrir minnkaða afkastagetu eða jafnvel tilfinningalegt þrot hjá viðkomandi.

Það má finna samhljóm í niðurstöðum þessarar rannsóknar og niðurstöðum Happell og félaga (2013) og Jordan og félaga (2016) sem sýndu að þátttakendur gripu til þess ráðs að flýja af hólmi eða flýja í huganum eða halda sig til hlés þegar aðstæður voru yfirþyrmandi. Til viðbótar sýndu niðurstöður þessarar rannsóknar að þeir þátttakendur sem notuðu þessi bjargráð mældust með marktækt alvarlegri streitueinkenni. Vert er einnig að líta til þeirrar neikvæðu fylgni sem kom í ljós í þessari rannsókn sem bendir jafnframt til þess að yngri hjúkrunarfræðingar og þeir sem hafa styttri starfsreynslu nýti sér ekki nægjanlega bjargráð til að koma lagi á streitufullar tilfinningar til að taka á vandamálinu á skipulegan og hagnýtan hátt (Zyga o.fl., 2016).

Ályktanir

Skoða ber niðurstöður rannsóknarinnar með tilliti til þess að hún nær einungis til ákveðins hóps hjúkrunarfræðinga innan ákveðinna sviða. Styrkur rannsóknarinnar felst helst í því að hér koma fram niðurstöður sem bæta úr skorti á vitneskju um þetta efni á Íslandi. Í fyrsta lagi sýna þær greinlega að finna þarf leiðir til úrbóta svo ungir hjúkrunarfræðingar með stutta

starfsreynslu hverfi ekki úr starfi vegna streitu og kulunar. Í öðru lagi að kulnun virðist vera persónu- og starfstengd en ekki tengd skjólstaðingum nema að litlu leyti. Niðurstöður þessarar rannsóknar endurspegla niðurstöður fyrri rannsókna sem sýna að streita og kulnun er alvarlegt vandamál á meðal hjúkrunarfræðinga (Hayes o.fl., 2015; Gómez-Urquiza o.fl., 2017) og að þörf sé á breyttum aðferðum í rannsóknum á þessu efni (Cañas De-la Fuente o.fl., 2015). Í slíkum rannsóknum þarf að taka tillit til þeirra hröðu samfélagsbreytinga sem hafa átt sér stað, hugarfars og viðhorfsbreytinga á milli kynslóða og sálfélagslegra þátta (McTiernan og McDonald, 2015). Þetta er umhugsunarvert nú í dag, en ekki síður þegar litið er til framtíðar. Helstu takmarkanir þessarar rannsóknar er lítið úrtak því það dregur úr möguleikum þess að yfirfæra niðurstöðurnar á stærri hóp. Líta má á það sem frekari takmörkun rannsóknarinnar að skortur er á mælingum á áreiðanleika mælitækjanna þar sem stuðst var við sambærileg úrtök og í þessari rannsókn. Þó styrkir það rannsóknina að hún sýndi svipuð Cronbach-alfagildi og komið hafa fram í fyrri rannsóknum á stærri úrtökum (Hjörleifsdóttir o.fl., 2006; Lee, 2012; Sestili o.fl., 2018).

Þakkarorð

Höfundar þakka stjórnendum Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri fyrir góða samvinnu. Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga eru færðar þakkir fyrir styrk til rannsóknarinnar. Síðast en ekki síst fá allir þátttakendur okkar bestu þakkir fyrir að gefa sér tíma til að taka þátt í rannsókninni.

Heimildir

- Altman, D. G. (1999). *Practical statistics for medical research* (9. útg.). London: Chapman og Hall.
- Borritz, M., og Kristensen, T. S. (2004). Copenhagen Burnout Inventory: Et spørgeskema til måling af udbændthed. Sótt á www.arbejdsmiljoforskning.dk/upload/cbi-egen-test.pdf
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., og De la Fuente, E. (2015). Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession. *International Journal of Nursing Studies*, 52(1), 240–249. doi: [10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.07.001)
- Cheval, B., Cullati, S., Mongin, D., Schmidt, E. R., Lauper, K., Pihl-Thingvad, J., ... Courvoisier, S. D. (2019). Associations of regrets and coping strategies with job satisfaction and turnover intention: International prospective cohort study of novice healthcare professionals. *Swiss Medical Weekly*, 26, 149, w20074. doi: [10.4414/smww.2019.20074](https://doi.org/10.4414/smww.2019.20074)
- Cohen, S., Kamarck, T., og Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24, 365–396. doi: [10.2307/2136404](https://doi.org/10.2307/2136404)
- Cohen, S., og Williamsson, G. (1988). Perceived stress in a probability sample of the United States. Í Spacapan og Oskamp (ritstj.), *The social psychology of health: Claremont symposium on applied social psychology* (bls. 31–67). Newbury Park: Sage.
- Cronbach, L. J. (1951) Coefficient alpha and the internal structures of tests. *Psychometrika* 16(3), 297–334.
- Dunkel-Schetter, C., Feinstein, L. C., Taylor, S. E., og Falke, R. L. (1992). Patterns of coping with cancer. *Health Psychology*, 11, 79–87.
- Folkman, S., Lazarus R. S., Dunkel-Schetter, C., DeLongis, A., og Gruen, R. J. (1986). Dynamics of stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(5), 992–1003. doi: [10.1037//0022-3514.50.5.992](https://doi.org/10.1037//0022-3514.50.5.992)

- Gerður Ólína Steinþórsdóttir, Amalía Björnsdóttir og Börkur Hansen. (2015). Grunn- og leikskólastjórar á Íslandi: Kulnun í starfi? *Uppeldi og menntun*, 24(2), 33–56.
- George, D., and Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference 11.0 update* (4. útg.). Boston: Allyn og Bacon.
- Gómez-Urquiza, J. L., Vargas, C., De la Fuente, E. I., Castillo, R. F., og Canadas-De la Fuente, G. A. (2017). Age as a risk factor for burnout syndrome in nursing professionals: A meta-analytic study. *Research in Nursing and Health*, 40, 99–110. doi: 10.1002/nur.21774
- Happell, B., Searl, K. R., Dwyer, T., Caperchione, C. M., Gaskin, C. J., og Burke, K. J. (2013). How nurses cope with occupational stress outside their workplaces. *Collegian*, 20(3), 195–199.
- Hayes, B., Douglas, C., og Bonner A. (2015). Work environment, job satisfaction, stress and burnout among haemodialysis nurses. *Journal of Nursing Management*, 23(5), 588–598. doi.org/10.1111/jonm.12184
- Hjörleifsdóttir, E., Hallberg, I. R., Bolmsjö, I. A., og Gunnarsdóttir, E. D. (2006). Distress and coping in cancer patients: Feasibility of the Icelandic version of BSI 18 and the WOC-CA questionnaires. *European Journal of Cancer Care*, 15, 80–89. doi:10.1111/j.1365-2354.2005.00620.x
- Jordan, T. R., Khubchandani, J., og Wiblehauser, M. (2016). The impact of perceived stress and coping adequacy on the health of nurses: A pilot investigation. *Nursing Research and Practice*. doi.org/10.1155/2016/5843256
- Khamisa, N., Oldenburg, B., Peltzer, K., og Ilic, D. (2015). Work related stress, burnout, job satisfaction and general health and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 12(1), 652–666. doi:10.3390/ijerph120100652
- Lazarus, R. S., og Folkman, S. (1984). Coping and adaptation. Í Centry W. D. (ritstj.), *Handbook of behavioral medicine*. New York: Guilford Press.
- Lee, E.H. (2012). Review of the psychometric evidence of the Perceived Stress Scale. *Asian Nursing Research*, 6(4), 121–127. doi:10.1016/j.anr.2012.08.004
- Lee, H. F., Yen, M., Fetzter, S., og Chien, T. W. (2015). Predictors of burnout among nurses in Taiwan. *Community Mental Health Journal*, 51(6), 733–737. doi:10.1007/s10597-014-9818-4
- Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.
- Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000.
- Maslach, C., og Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burn-out. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99–113. doi.org/10.1002/job.4030020205
- McTiernan, K., og McDonald, N. (2015). Occupational stressors, burnout and coping strategies between hospital and community psychiatric nurses in a Dublin region. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(3), 208. doi:10.1111/jpm.12170
- Nunnally, J., og Bernstein, I. (1994). *Psychometric theory* (3. útg.). New York: McGraw-Hill.
- Prapanjaroensin, A., Patrician, P. A., og Vance, D. E. (2017). Conservation of resources theory in nurse burnout and patient safety. *Journal of Advanced Nursing*, 73(11), 2558–2565. doi:10.1111/jan.13348
- Rudman, A., Gustavsson, P., og Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 612–624. doi:10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012
- Rushton, C. H., Batcheller, J., Schroeder, K., og Donohue, P. (2015). Burnout and resilience among nurses practicing in high-intensity settings. *American Journal of Critical Care*, 24(5), 412–420. doi:10.4037/ajcc2015291
- Sestili, C., Scalingi, S., Cianfanelli, S., Mannocci, A., Cimmuto, A. D., De Sio, S., ... Giuseppe La Torre, G. (2018). Reliability and use of Copenhagen Burnout Inventory in Italian sample of university professors. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1708, 1–11. doi:10.3390/ijerph15081708
- Zyga, S., Mitrousi, S., Alikari, V., Sachlas, A., Stathoulis, J., Fradelos, E., ... Lavdaniti, M. (2016). Assessing factors that affect coping strategies among nursing personnel. *Mater Sociomed*, 28(2), 146–150. doi:10.5455/msm.2016.28.146-150
- Pórey Agnarsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir, Hafdís Skúladóttir og Hjördís Sigursteinsdóttir. (2014). Vinnutengd streita og starfsumhverfi íslenskra hjúkrunardeildarstjóra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 90(1), 42–48.

English Summary

Svavarsdóttir, B. H., and Hjörleifsdóttir, E.

Stress, burnout and coping strategies among nurses in acute hospital setting

Background: Work-related stress and burnout is common amongst nurses, especially those who are younger. The consequences may lead to poor health if this problem is not responded to at an early stage.

Aim: Investigation of symptoms of stress among Icelandic nurses during the month before answering questionnaires on person-, work- and patient-related burnout symptoms and coping methods in difficult circumstances.

Method: Descriptive cross-sectional study using the questionnaires Perceived Stress Scale (PSS), Copenhagen Burnout inventory (CBI) and Ways of Coping (WOC). The study is a part of a larger research project at two Icelandic hospitals. In this study statistical analysis was performed on responses from 164 participants.

Results: Nurses under 40 years of age showed a significantly higher stress level (PSS) compared to those 40 years or older ($p = 0,001$). Participants with working experience of 10 years or less showed significantly more stress than those with longer working experience than 10 years ($p = 0,004$). Participants younger than 40 years old showed significantly more burnout symptoms than those who

were older: person related ($p = 0,011$), work related ($p = 0,018$), and patient related ($p = 0,017$). Significant difference was seen in participants' evaluation between units of the adequacy of staffing, surgical unit (60%), medical unit (40%) ($p < 0,001$). Significant negative correlation was found between stress and age and working experience, and between burnout sub-scales and age, working experience, education and staffing adequacy. Behavioural escape-avoidance showed significant negative correlation with age, working experience and seeking and using social support. A significant negative correlation was discovered between cognitive escape-avoidance and working experience.

Conclusions: Findings should be interpreted with caution due to a small sample. They indicate that younger nurses are more likely to suffer from stress and burnout. The PSS and CBI questionnaires are suited for research on stress and burnout among nurses but further development is needed for the WOC questionnaire.

Keywords: Stress, burnout, coping, acute hospital settings, nurses.

Correspondent: elisabet@unak.is

Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri
Kristín Guðný Sæmundsdóttir, heilbrigðisvísindasviði Háskólans á Akureyri
og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
Brynja Ingadóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala

Áhættuþættir og sjálfsumönnun einstaklinga með kransæðasjúkdóm: Þversniðsrannsókn

Útdráttur

Tilgangur: Góð sjálfsumönnun getur dregið úr lífsstílstengdum áhættuþáttum og hægt á framgangi kransæðasjúkdóms. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna stöðu áhættuþátta meðal einstaklinga með kransæðasjúkdóm, sjálfsumönnun þeirra og trú á eigin getu.

Aðferð: Þversniðsrannsókn þar sem þátttakendur voru einstaklingar sem lögðust inn á Landspítala eða Sjúkrahúsið á Akureyri vegna kransæðasjúkdóms. Gögnum um áhættuþætti, sjúkdómstengda þekkingu og bakgrunn var safnað við útskrift, með spurningalistum, mælingum og úr sjúkraskrá. Sjálfsumönnun var metin með „Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory“ (SC-CHDI) mælitækinu sem metur viðhald heilbrigðis, stjórnun sjálfsumönnunar og trú á eigin getu til sjálfsumönnunar (stig 0–100 fyrir hvern þátt, fleiri stig gefa til kynna betri sjálfsumönnun). Við gagnaúrvinnslu var notuð lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði.

Niðurstöður: Þátttakendur í rannsókninni voru 445 (80% karlar), meðalaldur var 64,1 ár (sf 9,1). Tæplega helmingur hafði áður legið á sjúkrahúsi vegna kransæðasjúkdóms (45%) og 47% komu brátt á sjúkrahús. Tæplega helmingur þátttakenda var í ofþyngd, 42% með offitu, 20% með sykursýki og 18% reyktu. Einkenni kvíða höfðu 23% og einkenni þunglyndis 18% þátttakenda. Viðhald heilbrigðis mældist að meðaltali 61,6 (sf 15,4), stjórnun sjálfsumönnunar 53,5 (sf 18,5) og trú á eigin getu 52,3 (sf 22,9). Viðhald heilbrigðis mældist betra hjá konum, þeim sem bjuggu með öðrum, þeim sem höfðu áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms og þeim sem höfðu betri sjúkdómstengda þekkingu ($R^2 = 0,149$, $p < 0,01$). Stjórnun sjálfsumönnunar mældist betri hjá þeim sem höfðu áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms ($R^2 = 0,018$, $p < 0,01$). Trú á eigin getu var meiri hjá þeim sem voru yngri, með minni einkenni þunglyndis og meiri sjúkdómstengda þekkingu ($R^2 = 0,086$, $p < 0,01$).

Ályktanir: Sjálfsumönnun kransæðasjúklinga er ábótavant og staða áhættuþátta alvarleg. Einstaklingshæfur stuðningur og fræðsla eftir útskrift gætu eftir sjálfsumönnun og trú á eigin getu og þannig stuðlað að betri stöðu áhættuþátta.

Lykilord: Áhættuþættir, kransæðasjúkdómur, sjálfsumönnun, sjúkingafræðsla, trú á eigin getu.

Inngangur

Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengastir langvinnra sjúkdóma (World Health Organization, 2017) en af þeim er kransæðasjúkdómur algengastur (Wilkins o.fl., 2017). Kransæðasjúkdómur er að mestu afleiðing af lífsstílstengdum áhættuþáttum, svo sem reykingum, hreyfingarleysi, óhollu mataræði, offitu og sálfélagslegum þáttum eins og kvíða og þunglyndi (Karl Andersen o.fl., 2017; Schnohr o.fl., 2015). Þessir áhættuþættir auka meðal annars hættu á blóðfitutruflunum, háum blóðþrýstingi og sykursýki af tegund 2 og geta leitt til æðakölkunar (Piepoli o.fl., 2016). Æðakölkun leiðir til þrenginga í kransæðum hjartans og getur valdið kransæðastíflu, skemmdum á hjartavöðvanum og þannig skaðað heilsu fólks varanlega (Mendis o.fl., 2011). Sjúkdómurinn þróast á löngum tíma en heilsusamlegur lífsstíll getur hægt á þróun hans, minnkað hættu á frekari kransæðaáföllum og dauða (Chow o.fl., 2010) og þannig bætt lífsgæði og lífshorfur (Piepoli o.fl., 2016).

Síðustu áratugi hefur dregið verulega úr nýgengi og dánartíðni kransæðasjúkdóms í Evrópu (Wilkins o.fl., 2017), þar með talið á Íslandi (Karl Andersen o.fl., 2017) en samt sem áður er sjúkdómurinn enn algengasta dánarorsök fólks í Evrópu (Wilkins o.fl., 2017). Þessi breyting er að mestu leyti rakin til bættra lífnaðarháttanna almennings og áhrifa þeirra á áhættuþætti sjúkdómsins en allt að 70% af fækkun dauðsfalla er talið að megi rekja til minnkandi reykinga svo og lægri blóðþrýstings og minna kólesteróls í blóði (Aspelund o.fl., 2010). Hins vegar bendir margoft til þess að vaxandi tíðni offitu og sykursýki af tegund 2 muni leiða til þess að nýgengi kransæðasjúkdóms vaxi á ný (Thorolfssdóttir o.fl., 2014).

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Rannsóknin veitir nýja þekkingu um sjálfsumönnun íslenskra kransæðasjúklinga og áhættuþætti er tengjast sjúkdómnum.

Hagnýting: Sjálfsumönnun hópsins er ekki eins og best er á kosið og staða áhættuþátta er alvarleg.

Þekking: Einstaklingshæfð fræðsla og stuðningur hjúkrunarfræðinga gæti eftir sjálfsumönnun og trú á eigin getu og þannig stuðlað að betri stöðu áhættuþátta.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar innleiði hugtakið sjálfsumönnun í störf sín á markvissan og gagnreyndan hátt.

Í Evrópu hefur stór þversniðsrannsókn (EUROASPIRE) á lífsstíl, áhættuþáttum og meðferð kransæðasjúklinga í 27 löndum (N = 8261), sex mánuðum frá útskrift af sjúkrahúsi, sýnt að stór hluti þeirra lifði óheilbrigðu lífi hvað varðar reyklingar, mataræði og reglubundna hreyfingu. Stór hluti þeirra var einnig of þungur og með háan blóðþrýsting, blóðfitutruflanir og sykursýki (Kotseva o.fl., 2019). Minnihluti sjúklinganna náði þeim meðferðarmarkmiðum sem klínískar leiðbeiningar um annars stigs forvarnir kransæðasjúkdóms kveða á um (Piepoli o.fl., 2016). Af þessum niðurstöðum má álykta að sjálfsumönnun kransæðasjúklinga sé ekki eins og best verður á kosið en hún er einn af grundvallarþáttum í meðhöndlun kransæðasjúkdóms (Riegel o.fl., 2017).

Sjálfsumönnun í langvinnum sjúkdómum hefur verið skilgreind af Riegel og félögum (2012) sem ferli þar sem einstaklingurinn velur heilsuefandi hegðun til að viðhalda og bæta heilsu sína og lágmarka áhrif og afleiðingar sjúkdómsins og meðferðar hans. Sjálfsumönnun felur í sér viðhald heilbrigðis (e. *self-care maintenance*), eftirlit með einkennum (e. *self-care monitoring*) og stjórnun sjálfsumönnunar (e. *self-care management*) (Riegel o.fl., 2012). Dæmi um viðhald heilbrigðis meðal einstaklinga með kransæðasjúkdóm er að borða hollan mat, hreyfa sig reglulega, draga úr streitu, taka lyf eins og ráðlagt er og mæta í eftirlit (Dickson o.fl., 2017; Piepoli o.fl., 2016; Riegel o.fl., 2017). Dæmi um eftirlit með einkennum og líðan er að fylgjast með og meta þrek, brjóstverki og andlega líðan (Piepoli o.fl., 2016; Riegel o.fl., 2017). Eftirlit er brúin á milli viðhalds heilbrigðis og stjórnunar sjálfsumönnunar sem felur í sér að geta lagt mat á og brugðist við breytingum á einkennum og líðan og tekið ákvörðun um hvað gera skuli (Riegel o.fl., 2012). Dæmi um stjórnun sjálfsumönnunar í kransæðasjúkdómi er að taka nítróglyserín, eða hvíla sig þegar brjóstverkur gerir vart við sig en einnig að geta tekið ákvörðun um hvenær leita skuli aðstoðar, til dæmis með því að hringja á sjúkrabíl þegar einkenni benda til kransæðastíflu (Dickson o.fl., 2017). Til að ná góðri færni í sjálfsumönnun þarf sjúklingurinn að búa yfir þekkingu á sjúkdómnum og meðferð hans, að geta nýtt sér mat og mælingar á einkennum og hafa getu til að taka ákvarðanir þegar bregðast þarf við einkennum sjúkdómsins. Enn fremur er aðheldni (e. *adherence*) mikilvægur hluti sjálfs-umönnunar. Þekking ein og sér nægir þó ekki til að breyta hegðun eða bæta árangur meðferðar (Riegel o.fl., 2017). Margir aðrir þættir geta haft áhrif á hversu vel tekst til með sjálfs-umönnun, svo sem reynsla og færni, áhugi, menning og gildi, sjálfsöryggi, venjur, líkamleg virkni og vitræn geta, stuðningur annarra og aðgengi að heilbrigðisþjónustu (Riegel o.fl., 2012). Heilbrigðisstarfsfólk getur stutt við sjálfsumönnun sjúklinga með því að veita þeim markvissa fræðslu og stuðning (Riegel o.fl., 2012). Hins vegar hefur þjálfun í sjálfsumönnun ekki tíðkast í heilbrigðiskerfinu fram til þessa, hvorki fyrir skjól- stæðinga né heilbrigðisstarfsfólk (Riegel o.fl., 2017) en slíkt er mikilvægt fyrir heilsuefingu sjúklinga og bættu meðferð lang- vinnra sjúkdóma.

Til að hægt sé að skipuleggja hjúkrunar meðferð sem styður við sjálfsumönnun íslenskra einstaklinga með kransæðasjúkdóm er mikilvægt að kanna hvernig sjálfsumönnun þeirra er

háttað. Slíkt hefur ekki verið gert á Íslandi svo vitað sé. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna stöðu áhættuþátta meðal einstaklinga með kransæðasjúkdóm, mat þeirra á eigin sjálfs-umönnun og trú á eigin getu til sjálfs-umönnunar og tengsl bakgrunnsbreyta við sjálfs-umönnun.

Aðferð

Rannsóknin var þversniðsrannsókn. Notuð voru gögn úr KRANS-rannsókninni um lífsstíl, áhættuþætti og sjálfs-umönnun kransæðasjúklinga (<https://www.unak.is/is/rannsoknir/rannsoknir-vid-ha/The-KRANS-study>).

Rannsóknarsnið og þátttakendur

Sjúklingum með staðfestan kransæðasjúkdóm, á aldrinum 18–79 ára, sem lögðust inn á Landspítala eða Sjúkrahúsið á Akureyri með brátt kransæðaheilkenni, bráða kransæðastíflu, vegna kransæðavíkkunar eða kransæðahjáveituaðgerðar, á tímabilinu október 2017 til nóvember 2018, var boðið að taka þátt í rannsókninni. Útilokaðir voru þeir sem ekki skildu talað eða ritað íslenskt mál og þeir sem voru með þroskahömlun eða greindan heilasjúkdóm sem hamlaði getu þeirra til að svara spurningalista rannsóknarinnar.

Framkvæmd

Fyrir útskrift af sjúkrahúsi var leitað eftir samþykki sjúklinga sem uppfylltu þátttökuskilyrði. Þátttakendur svöruðu spurningalista á sjúkrahúsi eða skömmu eftir að heim var komið. Rannsakendur gerðu nauðsynlegar mælingar og söfnuðu gögnum úr sjúkraskrá.

Mælingar

Sjálfsumönnun var metin með mælitækinu „Sjálfsumönnun kransæðasjúklinga“ (Sjálfsumönnun-KRANS) sem er íslensk útgáfa af „Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory“ (SC-CHDI) og notað hér í fyrsta sinn. Mælitækið er nýr 22 atriða spurningalisti sem skiptist í þrjá hluta. A-hluti metur viðhald heilbrigðis með 10 spurningum um heilsusamlega hegðun sem kransæðasjúklingum er almennt ráðlögð. B-hluti metur stjórnun sjálfs-umönnunar með sex spurningum um vöktun einkenna og viðbrögð við þeim. C-hluti metur trú á eigin getu til sjálfs-umönnunar með sex spurningum um sjálfsöryggi til þess að framkvæma það sem þarf til að takast á við sjúkdóminn. Svarmöguleikar eru á fjögurra og fimm punkta raðkvarða sem gefa ýmist 1–4 stig eða 0–4 stig. Samanlögð stig fyrir hvern hluta fyrir sig (A, B, og C) eru umreiknuð í stöðluð stig (0–100) þar sem fleiri stig þýða betri sjálfs-umönnun eða meiri trú á eigin getu. Þátttakandi þarf að hafa svarað meira en helmingi spurninga í hverjum undirlista til að undirlistinn teljist nothæfur. Próffræðilegir eiginleikar spurningalistans hafa verið metnir og reynst fullnægjandi (Dickson o.fl., 2017).

Þar sem A- og B-hluti eru fjölsviða (e. *multidimensional*) er ekki viðeigandi að meta áreiðanleika þeirra með Cronbachs-alfa heldur krefst það þáttagreiningar (Barbaranelli o.fl., 2014) sem ekki var framkvæmd fyrir þennan hluta rannsóknarinnar. Áreiðanleika C-hluta er hins vegar hægt að meta með Cronbachs-alfa þar sem listinn er einsviða (e. *unidimensional*) og reyndist hann vera fullnægjandi ($\alpha = 0,840$) og sambærilegur við bandaríska rannsókn á próffræðilegum eiginleikum listans ($\alpha = 0,840$) (Dickson o.fl., 2017). SC-CHDI-mælitækið var þýtt á íslensku í samráði við höfunda þess og er aðgengilegt á slóðinni: <http://self-care-measures.com/available-self-care-measures/self-care-of-coronary-heart-disease-inventory/>.

Sjúkdómstengd þekking var metin með mælitækinu „Spurningalisti um kransæðasjúkdóm“ (Þekking-KRANS) sem er íslensk útgáfa af „Coronary Artery Disease Education Questionnaire-short version“ (CADE-Q-SV) og notuð hér í fyrsta sinn. Mælitækið inniheldur 20 fullyrðingar og eru svarmöguleikar „rétt“, „rangt“ eða „veit ekki“. Gefið er stig fyrir rétt svar og hægt er að fá 0–20 stig. Próffræðilegir eiginleikar mælitækisins hafa reynst fullnægjandi (Ghisi o.fl., 2016).

Einkenni þunglyndis og kvíða voru metin með íslenskri útgáfu „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS), 14 atriða mælitæki sem myndar 2 kvarða, þunglyndis- og kvíðakvarða. Atriðin eru metin á kvarðanum 0–3 og stigafjöldinn fyrir hvorn kvarða er 0–21. Fleiri en 8 stig gefa til kynna einkenni um kvíða eða einkenni um þunglyndi (Jakob Smári o.fl., 2008).

Upplýsingum um áhættuþætti kransæðasjúkdóms, fyrri innlagnir vegna kransæðasjúkdóms, aldur, kyn, búsetu og menntun, hve margir byggju á heimili þátttakenda að þeim meðtöldum og hvernig þátttakanda gengi að láta enda ná saman í hverjum mánuði var safnað úr sjúkraskrá og með spurningalista.

Úrvinnsla gagna

Við greiningu áhættuþátta var miðað við skilgreiningar á meðferðarmarkmiðum í klínískum leiðbeiningum evrópsku hjartasamtakanna (e. *European Society of Cardiology*) um annars stigs forvarnir kransæðasjúkdóms (Piepoli o.fl., 2016). Ofþyngd var skilgreind sem líkamsþyngdarstuðull (LPS) ≥ 25 kg/m² og offita sem LPS ≥ 30 kg/m². Miðlæg offita (offita á kvið) var skilgreind sem mittismál ≥ 88 sm hjá konum og ≥ 102 sm hjá körlum. Hreyfing var metin með spurningu um hversu oft fólk stundaði 30 mínútna líkamshreyfingu (í vinnu, frítíma og daglegum störfum). Virkir reykingamenn töldust þeir sem reyktu síðastliðinn mánuð fyrir innlögn. Með einkenni kvíða eða þunglyndis voru þeir sem fengu 8 stig eða meira á HADS-kvörðunum. Búseta í dreifbýli og þéttbýli var skilgreind eftir pósthúsnúmerum (þéttbýli: pósthúsnúmer 101–170, 200–225, 270–276, 600–603; dreifbýli: önnur pósthúsnúmer). Lýsandi tölfraði var notuð til að lýsa einkennum úrtaksins. Reiknað var meðaltal og staðalfrávik fyrir samfelldar breytur og tíðni og hlutföll fyrir flokkabreytur.

Ályktunartölfraði var notuð til að lýsa tengslum á milli breyta og notuð til þess stíkuð próf og Pearson-fylgnistuðull.

Tvíhliða t-próf og Anova-dreifigreining voru notuð til þess að bera saman meðaltöl sjálfsumönnunar (A-, B- eða C-hluta) á milli tveggja eða fleiri óháðra hópa. Samband sjálfsumönnunar (fylgibreyta) við aldur, sjúkdómstengda þekkingu og einkenni kvíða og þunglyndis (frumbreytur) var metið með einfaldri aðhvarfsgreiningu. Fjölbreytuaðhvarfsgreining var gerð til að finna hvaða frumbreytur spá fyrir um viðhald heilbrigðis (líkan 1), stjórnun sjálfsumönnunar (líkan 2) og trú á eigin getu (líkan 3). Í hvert líkan voru valdar þær frumbreytur sem fyrri rannsóknir hafa sýnt að tengist sjálfsumönnun eða þær sem höfðu marktæka fylgni við fylgibreyturnar (sjá breytur í töflu 1) og notuð þrepaskipt, afturábak-aðferð. Gögnin uppfylltu skilyrði um normaldreifingu fylgibreyta, línulegt samband þeirra við frumbreytur og tilviljanakennda dreifingu leifaliða. Miðað var við marktektarmörk $p < 0,05$ og gögnin voru greind með IBM SPSS-forritinu, útgáfu 26 og R-útgáfu 3.5.

Siðfræði

Rannsóknin var unnin í samræmi við ákvæði Helsinkiyfirlýsingarinnar (World Medical Association, 2013). Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir rannsókninni (tilvísunarnúmer 17–159) og var hún tilkynnt til Persónuverndar. Framkvæmdastjórar lækninga á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri veittu einnig leyfi fyrir framkvæmd rannsóknarinnar. Þátttakendur fengu bæði munnlegar og skriflegar upplýsingar um rannsóknina og skrifuðu undir upplýst samþykki áður en gagnasöfnun hófst.

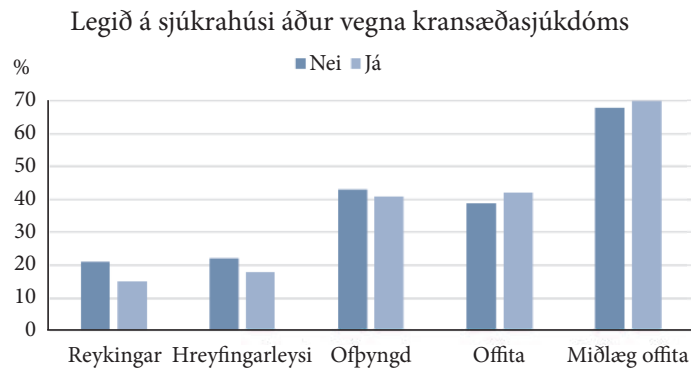
Niðurstöður

Í rannsókninni voru 445 þátttakendur á aldrinum 29–79 ára, meðalaldur var 64,1 ár (sf 9,1 ár) og 80% voru karlar. Flestir þátttakenda höfðu lokið framhaldsskólaprófi (45%) en fæstir voru með háskólapróf (23%). Meirihluti þátttakenda var í hjúskap eða í sambúð (72%) og lítill hluti þeirra bjó einn (20%). Flestir bjuggu í þéttbýli (70%) og tekjur flestra dugðu fyrir útgjöldum (88%). Rúmlega helmingur þátttakenda (55%) hafði ekki áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms og 47% lögðust brátt inn á sjúkrahús með kransæðastíflu eða hvikula hjartaöng. Þeir sem ekki lögðust brátt inn voru innkallaðir til hjartaþræðingar eða hjáveituskurðaðgerðar (53%). Sjúkdómstengd þekking þátttakenda mældist 13,7 (sf 3,2) með þekking-KRANS mælitækinu.

Áhættuþættir

Alls mældust 16% þátttakenda í kjörþyngd (LPS < 25 kg/m²), 42% mældust í ofþyngd, 42% taldist vera með offitu og miðlæg offita mældist hjá 70% þátttakenda. Meirihluti þátttakenda (80%) sagðist hreyfa sig í a.m.k. 30 mínútur á dag. Fimmtungur þátttakenda (20%) hafði áður greinst með sykursýki og 18% reyktu. Samanburður á stöðu áhættuþátta meðal þeirra sem höfðu legið á sjúkrahúsi áður vegna kransæðasjúkdóms og þeirra sem voru að leggjast inn í fyrsta sinn sýndi að ein-

ungis var marktækur munur á hópunum hvað varðar reykingar ($p = 0,048$) þar sem þeir sem höfðu ekki lagst inn á sjúkrahús áður vegna kransæðasjúkdóms reyktu frekar (mynd 1).



Mynd 1. Staða lífsstílstengdra áhættuþátta
Ofþyngd: LBS ≥ 25 og $\leq 29,9$; offita: LBS ≥ 30 ; miðlæg offita: mittismál ≥ 88 sm hjá konum og ≥ 102 sm hjá körlum

Kvíðastig á HADS-kvarða voru að meðaltali 4,8 (sf 3,7) og stigafjöldi 23% þátttakenda gaf til kynna kvíða (≥ 8 stig). Þunglyndisstig á HADS-kvarða voru að meðaltali 4,3 (sf 3,4) og

stigafjöldi 18% þátttakenda gaf til kynna þunglyndi (≥ 8 stig). Nánari lýsing á bakgrunni þátttakenda má finna í töflu 1.

Mat á sjálfsmönnum og trú á eigin getu

Viðhald heilbrigðis mældist að meðaltali 61,6 (sf 15,4), stjórnun sjálfsmönunnar 53,5 (sf 18,5) og trú á eigin getu 52,3 (sf 22,9). Marktæk fylgni var á milli trúar á eigin getu og stjórnunar sjálfsmönunnar annars vegar ($r = 0,200$, $p < 0,001$) og trúar á eigin getu og viðhalds heilbrigðis hins vegar ($r = 0,223$, $p < 0,001$). Einnig var marktæk fylgni á milli viðhalds heilbrigðis og stjórnunar sjálfsmönunnar ($r = 0,107$, $p = 0,042$).

Viðhald heilbrigðis mældist betra hjá konum en körlum og betra hjá þeim sem bjuggu með öðrum en þeim sem bjuggu einir. Viðhald heilbrigðis mældist einnig betra hjá þeim sem sögðust geta lagt fyrir af tekjum sínum mánaðarlega en hjá þeim sem sögðu tekjur duga sjaldan eða aldrei fyrir nauðsynlegum mánaðarlegum útgjöldum ($p = 0,001$). Þegar munur á hópunum var skoðaður með „Tukey post-hoc“-prófi kom í ljós að bæði var munur á þeim sem sögðu tekjur duga aldrei eða sjaldan fyrir útgjöldum og þeim sem sögðu þær rétt duga fyrir útgjöldum ($p = 0,005$) annars vegar og svo þeim sem sögðust

Tafla 1. Tengsl bakgrunnsbreyta við sjálfsmönnum og trú á eigin getu til sjálfsmönunnar (Sjálfsmönnum-KRANS)

Bakgrunnsbreyta	Fjöldi (%)	Viðhald heilbrigðis			Stjórnun sjálfsmönunnar			Trú á eigin getu		
		M (sf)	t (df)	p	M (sf)	t (df)	p	M (sf)	t (df)	p
Kyn										
Karlar	354 (80)	60,7 (15,5)	-2,41 (382)	0,016	53,1 (19,0)	-0,77 (361)	0,444	52,1 (22,8)	-0,37 (368)	0,713
Konur	91 (20)	65,4 (14,1)			55,0 (16,6)			53,2 (23,6)		
Hjúskaparstaða										
Einhleyp(ur)/fráskilin(n), ekkja/ekkill	123 (23)	60,3 (17,2)	0,99 (382)	0,323	55,5 (20,0)	-1,23 (361)	0,217	56,1 (22,3)	-1,92 (368)	0,055
Kvæntur/gift/í sambúð	319 (72)	62,1 (14,6)			52,8 (18,0)			50,9 (23,0)		
Fjöldi á heimili										
Einn	74 (20)	57,3 (15,6)	-2,86 (370)	0,005	53,5 (20,1)	-0,02 (353)	0,984	49,8 (20,3)	-0,81 (360)	0,420
Tveir eða fleiri	303 (80)	63,0 (15,1)			53,5 (18,2)			52,3 (23,3)		
Búseta										
Dreifbýli	134 (30)	61,2 (14,4)	0,34 (382)	0,736	53,7 (20,5)	-0,13 (361)	0,900	50,8 (23,4)	0,83 (368)	0,407
Þéttbýli	311 (70)	61,8 (15,8)			53,4 (17,7)			52,9 (22,7)		
Fyrri sjúkrahúsinnlögn vegna kransæðasjúkdóms										
Já	198 (45)	65,9 (13,7)	4,87 (379)	< 0,001	56,2 (17,0)	2,60 (358)	0,010	53,2 (22,9)	0,59 (365)	0,557
Nei	243 (55)	58,4 (15,8)			51,1 (19,4)			51,7 (23,0)		
		F (df)			F (df)			F (df)		
Menntun										
Grunnskólapróf	122 (32)	61,0 (15,6)	2,14 (2)	0,119	56,2 (19,6)	2,05 (2)	0,131	52,7 (23,8)	1,45 (2)	0,237
Framhaldsskólapróf	171 (45)	61,0 (15,0)			51,6 (18,2)			50,4 (23,3)		
Háskólapróf	88 (23)	64,8 (14,6)			53,8 (17,5)			55,5 (21,1)		
Tekjur										
Duga aldrei eða sjaldan	44 (12)	57,6 (14,9)	7,0 (2)	0,001	55,1 (20,1)	0,27 (2)	0,763	48,2 (20,9)	1,41 (2)	0,245
Duga rétt	115 (31)	58,8 (16,3)			52,7 (19,0)			51,3 (22,0)		
Getur lagt fyrir	211 (57)	64,3 (14,2)			53,8 (18,2)			54,1 (23,5)		
		β			β			β		
Aldur			0,07	0,427		0,02	0,836		-0,44	0,001
Þekking-KRANS			1,28	< 0,001		0,36	0,271		1,31	< 0,001
HADS-kvíðastig			-0,08	0,705		-0,09	0,748		-0,51	0,115
HADS-þunglyndisstig			-0,37	0,111		-0,48	0,100		-1,23	< 0,001

geta lagt fyrir hins vegar ($p = 0,021$). Bæði viðhald heilbrigðis og stjórnun sjálfsúnnunar mældist betri hjá þeim sem áður höfðu lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms en þeim sem voru að leggjast inn í fyrsta sinn. Ekki mældist munur á sjálfsúnnun og trú á eigin getu hjá þeim sem bjuggu í dreifbýli og þéttbýli.

Einföld aðhvarfsgreining leiddi í ljós að trú á eigin getu minnkaði með hækkandi aldri og auknum einkennum þunglyndis. Aðhvarfsgreining sýndi einnig að með aukinni þekkingu á sjúkdómnum batnaði viðhald heilbrigðis og trú á eigin getu jókst. Þetta samband hélst marktækt í fjölpáttaaðhvarfsgreiningu. Tengsl viðhalds heilbrigðis, stjórnunar sjálfsúnnunar og trúar á eigin getu við bakgrunnsbreytur eru sýnd í töflu 1.

Forspárþættir sjálfsúnnunar og trúar á eigin getu

Fjölbreytuaðhvarfsgreining leiddi í ljós að viðhald heilbrigðis var betra hjá konum en körlum, hjá þeim sem höfðu áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms og þeim sem höfðu meiri sjúkdómstengda þekkingu ($R^2 = 0,149$, $p < 0,01$). Þrátt fyrir að ekki hafi verið hægt að skýra breytileika í viðhaldi heilbrigðis marktækt með fjölda heimilismanna (hvort sjúklingur byggir einn eða með öðrum) þá styrkti sú breyta líkanið og því var ákveðið að halda henni inni. Einungis einn þáttur, að hafa lagst áður inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms, hafði fylgni við stjórnun sjálfsúnnunar ($R^2 = 0,018$, $p < 0,01$). Trú á eigin getu minnkaði með hækkandi aldri, meiri einkennum þunglyndis og minni sjúkdómstengdri þekkingu ($R^2 = 0,086$, $p < 0,01$). Niðurstöður fjölbreytuaðhvarfsgreiningar má sjá í töflu 2.

Umræða

Rannsókn þessi er sú fyrsta á Íslandi þar sem metnir eru áhættuþættir og sjálfsúnnun einstaklinga með kransæðasjúkdóm og niðurstöður hennar veita mikilvægar upplýsingar fyrir hjúkrunarfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Gildi sjálfsúnnunar í meðferð langvinnra sjúkdóma hlýtur sífellt meiri athygli og viðurkenningu (Riegel o.fl., 2017) en rannsóknir á Íslandi um efnið eru fáar, sérstaklega innan hjúkrunar hjartasjúklinga. Reyndar hefur ekki, fram til þessa, verið til sértækt mælitæki sem metur sjálfsúnnun einstaklinga með kransæðasjúkdóm og aðeins fannst rannsókn höfunda mælitækisins sem hér er notað, um próffræðilega eiginleika þess (Dickson o.fl., 2017). Ekki fundust heldur aðrar rannsóknir þar sem könnuð voru tengsl milli þekkingar og sjálfsúnnunar hjá sjúklingum með kransæðasjúkdóm.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að meðalheildarstigafjöldi þáttanna þriggja, viðhalds heilbrigðis, stjórnunar sjálfsúnnunar og trúar á eigin getu, var á bilinu 52,3–61,6 stig. Þar sem mælitækið um sjálfsúnnun er nýlegt eru viðmiðunarmörk fyrir fullnægjandi sjálfsúnnun fyrir þennan sjúklingahóp ekki þekkt. Hins vegar hafa rannsóknir á sjálfsúnnun einstaklinga með hjartabilun, þar sem notað er sambærilegt mælitæki („Self-Care of Heart Failure Index“, (SCHFI)) sýnt að ≥ 70 stig gefa til kynna fullnægjandi sjálfsúnnun á þáttunum þremur (Riegel o.fl., 2009). Sé miðað við rannsóknir Riegel og félagar (2009) gefa niðurstöður þessarar rannsóknar því til kynna að sjálfsúnnun íslenskra kransæðasjúklinga sé ekki nægilega góð. Rannsóknir á einstaklingum með hjartabilun hafa sýnt svipaðar niðurstöður eða meðalstigafjölda 55,2–55,6 í öllum þremur þáttum sjálfsúnnunar (Ausili o.fl., 2016).

Tafla 2. Þættir sem spá fyrir um viðhald heilbrigðis, stjórnun sjálfsúnnunar og trú á eigin getu til sjálfsúnnunar (Sjálfsúnnun-KRANS) (N = 445)

Forspárþættir	<i>b</i>	95% CI	R ²
<i>Líkan 1: Viðhald heilbrigðis</i>			0,149*
(Fasti)	38,3*	30,9–45,7	
Þekking-KRANS	1,2*	0,7–1,7	
Áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms [já]	6,6*	3,4–9,7	
Kyn [kona]	5,7*	1,8–9,6	
Býr með öðrum [já]	3,9	–0,2–8,0	
<i>Líkan 2: Stjórnun sjálfsúnnunar</i>			0,018*
(Fasti)	51,1*	48,6–53,7	
Áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms [já]	5,1*	1,2–8,9	
<i>Líkan 3: Trú á eigin getu til sjálfsúnnunar</i>			0,086*
(Fasti)	70,2*	48,5–91,9	
Aldur	–0,4*	–0,7–0,2	
HADS-þunglyndisstig	–1,2*	–1,9–0,5	
Þekking-KRANS	1,0**	0,3–1,8	

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

Eins og í EUROASPIRE-rannsókninni (Kotseva o.fl., 2019) náði minnihluti þátttakenda þeim markmiðum sem klínískar leiðbeiningar um annars stigs forvarnir kransæðasjúkdóms kveða á um varðandi reykingar og offitu. Hærra hlutfall íslenskra sjúklinga segist stunda reglubundna hreyfingu en í EUROASPIRE-rannsókninni, en þar sögðust 34% hreyfa sig í a.m.k. 30 mínútur daglega fimm daga vikunnar (Kotseva o.fl., 2019) samanborið við 80% í þessari rannsókn. Þess ber þó að geta að í þessari rannsókn voru dagleg störf talin með í hreyfingunni. Óhagstæð staða áhættuþátta meðal þátttakenda rennir enn frekar stöðum undir þá ályktun að sjálfsömönnun sé ábótavant meðal íslenskra kransæðasjúklinga og að aðgerða sé þörf. Ekki síst var það athyglisvert að lítill munur á stöðu áhættuþátta var hjá þeim sem lögðust inn í fyrsta sinn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms og þeim sem höfðu áður lagst inn af þeim sökum, en viðhald heilbrigðis og stjórnun sjálfsömönnunar þeirra síðarnefndu mældist þó marktækt betri.

Með reynslunni lærir fólk að aðlaga sjálfsömönnun að sínu daglega lífi og finna leiðir til að efla hana (Dickson og Riegel, 2009). Hæfni til sjálfsömönnunar getur því aukist með aukinni sjúkdómsreynslu og líklegt er að þekking á þeim úrræðum sem gefast vel verði meiri með aukinni reynslu. Rannsókn Wilkinson og félagar (2014) á sjálfsömönnun fólks með sykursýki sýndi til dæmis mikilvægi þess að læra af reynslunni og byggja þekkingu ofan á fyrri reynslu. Sjálfsömönnun einstaklinga með kransæðasjúkdóm er flókin og margþætt og þekking er einn af hornsteinum hennar (Riegel o.fl., 2017). Því er mikilvægt að styrkja sjúklinga í því að byggja ofan á þekkingu sem fyrir er. Þegar þekking er lítil og takmarkaður skilningur er á sjúkdómsástandinu er líklegt að sjálfsömönnun sé ófullnægjandi. Hins vegar útilokar lítill skilningur ekki fullnægjandi sjálfsömönnun, til dæmis getur einstaklingur fylgt ráðlagðri meðferð án þess að skilja ástæðuna fyrir henni. Aðrir hafa næga þekkingu og skilning en samt sem áður er sjálfsömönnun þeirra ófullnægjandi, t.d. geta þeir reykt eða ástunda ekki reglubundna hreyfingu þrátt fyrir að vita um mikilvægi þess fyrir eigin heilsu (Riegel o.fl., 2012). Rannsóknir hafa þó sýnt að þekking getur haft jákvæð áhrif á lífsstílstengda áhættuþætti kransæðasjúklinga, eins og hreyfingu, mataræði og reykingar (Ghisi o.fl., 2014) og þekking tengist viðhaldsþætti sjálfsömönnunar með beinum hætti. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að með aukinni sjúkdómstengdri þekkingu batnaði viðhald heilbrigðis og trú á eigin getu jókst. Með fræðslu og stuðningi heilbrigðisstarfsfólks gefst því kostur á að efla sjálfsömönnun sjúklinga og það getur aftur leitt til jákvæðra áhrifa á lífsstíl og áhættuþætti og minnkað einkenni sjúkdómsins (Housholder-Huges o.fl., 2015). Fræðsla er þannig lykilþáttur í meðferð kransæðasjúkdóms. Til þess að uppfylla ólíkar þarfir fólks og efla sjálfsömönnun einstaklinga með langvinna sjúkdóma er mikilvægt að fræðsluúrræði séu fjölbreytt, fari fram á mismunandi stigum heilbrigðisþjónustunnar og með virkri þátttöku einstaklinganna sjálfra (Stenberg o.fl., 2016).

Það kom nokkuð á óvart að ekki reyndust vera tengsl á milli stjórnunar sjálfsömönnunar og þekkingar. Hugsanleg skýring er að stór hluti þátttakenda greindist með kransæðasjúkdóm í þessari sjúkdómslegu og hafði því ekki reynslu af

því að stjórna sjúkdómi sínum. Einnig má leita skýringa í því að stjórnunin felur í sér hegðun og þekking ein og sér nægir ekki til að fólk breyti hegðun sinni, eins og þegar hefur komið fram.

Jákvæð fylgni reyndist vera á milli viðhalds heilbrigðis og trúar á eigin getu annars vegar og á milli stjórnunar sjálfsömönnunar og trúar á eigin getu hins vegar. Þetta samræmist niðurstöðum erlendra rannsókna um mikilvægi trúar á eigin getu á öllum stigum í sjálfsömönnunarferlinu en trú á eigin getu tengist aukinni hreyfingu og andlegri heilsu, meiri lífsgæðum og betri aðlögun að langvinnum sjúkdómi (Buck o.fl., 2015). Rannsóknir hafa einnig sýnt að trú á eigin getu hefur áhrif á hversu vel einstaklingum með kransæðasjúkdóm tekst að breyta og viðhalda heilbrigðum lífsstíl (Sol o.fl., 2011).

Einstaklingsmiðuð umönnun (e. *person-centred care*) hefur reynst vel í meðferð kransæðasjúklinga eftir bráð veikindi (Fors o.fl., 2017) og gefa rannsóknir tilefni til að íhuga innleiðingu hennar við skipulagningu meðferðar innan hjúkrunarjafnt sem annarra fagstétta. Meðferð sem er skjólstæðingsmiðuð og felur í sér fræðslu og stuðning við sjálfsömönnun, raunhæfa markmiðssetningu, sem eflir fólk og hvetur til hegðunarbreytinga, getur aukið trú á eigin getu til sjálfsömönnunar. Slík meðferð krefst virkrar þátttöku einstaklingsins í eigin meðferðaráætlun og samstarfs hans við hjúkrunarfræðing og lækni (Ludman o.fl., 2013). Þetta er í samræmi við nýútgefna heilbrigðisstefnu fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030 þar sem áhersla er lögð á heilsuefingu og forvarnir, upplýsingagjöf, rétta þjónustu á réttum stað og virka notendur heilbrigðisþjónustunnar (Heilbrigðisráðuneytið, 2019).

Styrkleiki og takmarkanir rannsókna

Nokkur atriði takmarka gildi rannsóknarinnar. Þar er helst að nefna að mælitækið „Sjálfsömönnun-KRANS“ er nýtt og þótt próffræðilegir eiginleikar þess hafi mælst fullnægjandi hefur reynslan af notkun þess í erlendum rannsóknum enn sem komið er ekki verið birt. Enn fremur er það notað hér í fyrsta sinn á Íslandi. Klínísk þýðing niðurstöðna er því ekki ljós. Á móti kemur að mælitækið er sértækt fyrir einstaklinga með kransæðasjúkdóm sem er styrkleiki og nýjung innan rannsókna á sjálfsömönnun þessa hóps. Ekki gafst tækifæri í þessari rannsókn til að prófa frekar kenningu Riegel og félagar (2012) um sjálfsömönnun í langvinnum sjúkdómum með því að kanna samband fleiri þekktra áhrifaþátta sjálfsömönnunar en hér var gert. Slíka rannsókn væri áhugavert að gera í framtíðinni og þá væri ef til vill hægt að finna fleiri skýringar á breytileika í sjálfsömönnun en komu fram í þessari rannsókn. Að lokum má nefna að hér á við sú hætta, eins og í öðrum rannsóknum þar sem beitt er sjálfsmatslista, að þátttakendur svari spurningum eins og þeir telja æskilegt frekar en sannleikanum samkvæmt.

Ályktanir

Kransæðasjúkdómur er algengur og alvarlegur lífsstílstengdur sjúkdómur sem hefur neikvæð áhrif á heilsu og lífsgæði. Staða lífsstílstengdra áhættuþátta og sjálfsömönnun íslenskra sjúk-

linga er ekki eins góð og æskilegt getur talist en trú á eigin getu og nægileg þekking virðast hins vegar geta haft jákvæð áhrif á sjálfsumönnun. Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn beiti sér fyrir því að draga úr áhrifum kransæðasjúkdóms með því að efla trú sjúklinga á eigin getu og virkja áhuga þeirra til að takast á við áhættuþætti sína. Skipulagning einstaklingshæðrar fræðslu, innleiðing hennar í klínísku starfi og mat á árangri er jafnframt nauðsynlegur hluti af árangursríkri meðferð við kransæðasjúkdómi. Huga þarf sérstaklega að nýgreindum einstaklingum, körlum, eldra fólki, þeim sem búa einir og einstaklingum með einkenni þunglyndis.

Þakkarorð

Sérstakar þakkir fær Auður Ketilsdóttir fyrir samstarf við undirbúning og framkvæmd rannsóknarinnar. Einnig fá Kolbrún Sigurlásdóttir, Inga Valborg Ólafsdóttir, Lilja Þorsteinsdóttir, Védís Húnbogadóttir, Hildur Rut Albertsdóttir, Hildur Birna Helgadóttir og Margrét Sigmundsdóttir þakkir fyrir vandaða vinnu við gagnasöfnun. Höfundar þakka einnig styrktaraðilum rannsóknarinnar en rannsóknin var styrkt af Byggðastofnun, vísindasjóði Landspítala, vísindasjóði Sjúkrahússins á Akureyri, rannsóknar- og vísindasjóði hjúkrunarfræðinga, vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (B-hluti), rannsóknarsjóði Háskólans á Akureyri, Hjartavernd Norðurlands og menningar- og viðurkenningarsjóði KEA. Síðast en ekki síst þakka höfundar þátttakendum fyrir að gefa sér tíma til að taka þátt í rannsókninni.

Heimildir

Aspelund, T., Gudnason, V., Magnusdóttir, B. T., Andersen, K., Sigurdsson, G., Thorsson, B., ... Capewell, S. (2010). Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25–74 between the years 1981 and 2006. *Plos One*, 5(11), e13957. doi:10.1371/journal.pone.0013957

Ausili, D., Rebora, P., Di Mauro, S., Riegel, B., Valsecchi, M. G., Paturzo, M., ... Vellone, E. (2016). Clinical and socio-demographic determinants of self-care behaviours in patients with heart failure and diabetes mellitus: A multicentre cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 63, 18–27. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2016.08.006

Barbaranelli, C., Lee, C. S., Vellone, E. og Riegel, B. (2014). Dimensionality and reliability of the self-care of heart failure index scales: Further evidence from confirmatory factor analysis. *Research in Nursing & Health*, 37(6), 524–537. doi: 10.1002/nur.21623

Buck, H. G., Dickson, V. V., Fida, R., Riegel, B., D'Agostino, F., Alvaro, R. og Vellone, E. (2015). Predictors of hospitalization and quality of life in heart failure: A model of comorbidity, self-efficacy and self-care. *International Journal of Nursing Studies*, 52(11), 1714–1722. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.06.018

Chow, C. K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K. A., Anand, S. S. og Yusuf, S. (2010). Association of diet, exercise, and smoking modification with risk of early cardiovascular events after acute coronary syndromes. *Circulation*, 121(6), 121: 750–758. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.109.891523

Dickson, V. V., Lee, C. S., Yehle, K. S., Mola, A., Faulkner, K. M. og Riegel, B. (2017). Psychometric Testing of the Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory (SC-CHDI). *Research in Nursing and Health*, 40(1), 15–22. doi: 10.1002/nur.21755

Dickson, V. V. og Riegel, B. (2009). Are we teaching what patients need to know? Building skills in heart failure self-care. *Heart & Lung*, 38(3), 253–261. doi: 10.1016/j.hrtlng.2008.12.001

Fors, A., Swedberg, K., Ulin, K., Wolf, A. og Ekman, I. (2017). Effects of person-centred care after an event of acute coronary syndrome: Two-year follow-up of a randomised controlled trial. *International Journal of Cardiology*, 249, 42–47. doi: 10.1016/j.ijcard.2017.08.069

Ghisi, G. L. de M., Abdallah, F., Grace, S. L., Thomas, S. og Oh, P. (2014). A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Education and Counseling*, 95(2), 160–174. doi:10.1016/j.pec.2014.01.012

Ghisi, G. L. de M., Sandison, N. og Oh, P. (2016). Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 443–447. doi: 10.1016/j.pec.2015.11.002

Heilbrigðisráðuneytið. (2019). Heilbrigðisstefna. Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Sótt á <https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=879dd726-9e80-11e9-9443-005056bc4d74>

Housholder-Hughes, S. D., Ranella, M. J., Dele-Michael, A., Bumpus, S., Krishnan, S. M. og Rubenfire, M. (2015). Evaluation of a postdischarge coronary artery disease management program. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 27(7), 371–378. doi: 10.1002/2327-6924.12201

Jakob Smári, Daníel Þór Ólason, Þórður Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenskrir gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið — Tímarit Sálfræðingafélags Íslands* 13, 147–169.

Karl Andersen, Thor Aspelund, Elías Freyr Guðmundsson, Kristín Siggeirsdóttir, Rósa Björk Þórólfsdóttir, Gunnar Sigurðsson og Vilmundur Guðnason. (2017). Yfirlitsgrein. Úr gögnum Hjartaverndar: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á Íslandi í hálfa öld. *Læknablaðið*, 103(10), 411–420. doi: 10.17992/lbl.2017.10.153

Kotseva, K., De Backer, G., De Bacquer, D., Rydén, L., Hoes, A., Grobbee, D. ... Wood, D. (2019). Lifestyle and impact on cardiovascular risk factor control in coronary patients across 27 countries: Results from the European Society of Cardiology ESC-EORP EUROASPIRE V registry. *European Journal of Preventive Cardiology* 26(8), 824–835. doi:10.1177/2047487318825350

Ludman, E. J., Peterson, D., Katon, W. J., Lin, E. H., Von Korff, M., Ciechanowski, P. ... Gensichen, J. (2013). Improving confidence for self care in patients with depression and chronic illnesses. *Behavioral Medicine*, 39(1), 1–6. doi: 10.1080/08964289.2012.708682

Mendis, S., Puska, P. og Norrving, B. (2011). *Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control*. Genf: Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin ásamt Alþjóðahjartasamtökunum og Alþjóðaheilaþróðfallsamtökunum. Sótt á http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/atlas_cvd/en/

Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L. ... Verschuren, W. M. M. (2016). 2016 European Guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The Sixth Joint Task Force of the European Society of Cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation. (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315–2381. doi: 10.1093/eurheartj/ehw106

Riegel, B., Jaarsma, T. og Strömberg, A. (2012). A middle-range theory of self-care of chronic illness. *Advances in Nursing Science*, 35(3), 194–204. doi: 10.1097/ANA.0b013e318261b1ba

Riegel, B., Lee, C. S., Dickson, V. V. og Carlson, B. (2009). An update on the self-care of heart failure index. *The Journal of Cardiovascular Nursing*, 24(6), 485–497. doi: 10.1097/JCN.0b013e3181b4baa0

Riegel, B., Moser, K. D., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., ... Webber, D. E. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9), e006997. doi: 10.1161/JAHA.117.006997

Schnohr, P., Marott, J. L., Kristensen, T. S., Gyntelberg, F., Grønbaek, M., Lange, P. ... Prescott, E. (2015). Ranking of psychosocial and traditional risk factors by importance for coronary heart disease: The Copenhagen City Heart Study. *European Heart Journal*, 36(22), 1385–1393. doi: 10.1093/eurheartj/ehv027

- Sol, B. G. M., van der Graaf, Y., van Petersen, R. og Visseren, F. L. J. (2011). The effect of self-efficacy on cardiovascular lifestyle. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 10(3), 180–186. doi: 10.1016/j.ejcnurse.2010.06.005
- Stenberg, U., Haaland-Øverby, M., Fredriksen, K., Westermann, K. F. og Kvisvik, T. (2016). A scoping review of the literature on benefits and challenges of participating in patient education programs aimed at promoting self-management for people living with chronic illness. *Patient Education and Counseling*, 99(11), 1759–1771. doi://doi.org/10.1016/j.pec.2016.07.027
- Thorolfsson, R. B., Aspelund, T., Capewell, S., Critchley, J., Gudnason, V. og Andersen, K. (2014). Population assessment of future trajectories in coronary heart disease mortality. *Plos One*, 9(1): e85800. doi: 10.1371/journal.pone.0085800
- Wilkinson, A., Whitehead, L. og Ritchie, L. (2014). Factors influencing the ability to self-manage diabetes for adults living with type 1 or 2 diabetes. *International Journal of Nursing Studies*, 51(1), 111–122. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2013.01.006
- Wilkins, E., Wilson, L., Wickramasinghe, K., Bhatnagar, P., Leal, J., Luengo Fernandez, R. ... Townsend, N. (2017). *European Cardiovascular Disease Statistics 2017 edition*. Brussel: European Heart Network. Sótt á <http://www.ehnheart.org/images/CVD-statistics-report-August-2017.pdf>
- World Health Organization. (2017). Cardiovascular diseases (CVDs). Sótt á [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
- World Medical Association. (2013). World Medical Association Declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA: Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191–2194. doi:10.1001/jama.2013.281053

English Summary

Svavarsdóttir, M. H., Sæmundsdóttir, K. G., Ingadóttir, B.

Risk factors and self care of individuals with coronary heart disease: cross sectional study

Aim: Good self-care can reduce lifestyle related risk factors for coronary heart disease (CHD) and slow disease progression. The aim of this study was to describe risk factors, self-care and self-confidence of individuals with CHD.

Method: Cross-sectional study design was used. Participants were patients admitted to hospitals in Iceland for a treatment of CHD. Data about risk factors, disease-related knowledge and background were collected at discharge, using questionnaires, physical measurements and medical records. The “Self-Care of Coronary Heart Disease Inventory” (SC-CHDI) was used to measure self-care maintenance, management, and confidence (possible score 0-100 for each domain, higher scores indicate better self-care). Data was analyzed with descriptive and inferential statistics.

Results: Participants were 445 (80% males), with mean age 64.1 years (SD 9.1). Almost half (45%) of the participants had a history of hospitalization for CHD, at the time of recruitment in the study 47% were admitted acutely. Almost half (42%) of participants were overweight, 42% were obese, 20% had diabetes and 18% were active smokers. A total of 23% had symptoms of anxiety and 18%

had symptoms of depression. The mean score for self-care maintenance was 61.6 (SD 15.4), management 53.5 (SD 18.5), and self-confidence 52.3 (SD 22.9). Better self-care maintenance was associated with better disease-related knowledge, being female, living with others and having previously been hospitalized for CHD ($R^2 = 0,149$, $p < 0,01$). Better self-care management was associated with having previously been hospitalized because of CHD ($R^2 = 0,018$, $p < 0,01$). Better self-care confidence was associated with better disease-related knowledge, younger age and less symptoms of depression ($R^2 = 0,086$, $p < 0,01$).

Conclusion: Self-care and risk factors of individuals with CHD were found to be unfavorable. Post-discharge follow-up and patient education can be an important factor in enhancing confidence to self-care and thus improving risk factor profiles.

Keywords: Coronary heart disease, risk factors, self-care, self-care confidence, patient education.

Correspondent: mhs@unak.is

Fyrsta hjálp fyrir þurrar varir

Decubal lips & dry spots balm:

Nærandi og mýkjandi smyrslí með býflugnavaxi sem hjálpar til við enduruppbyggingu þurra vara, tætra naglabanda og þurra olnboga.



Decubal er heil húðvörulína fyrir andlit og líkama. Í 40 ár höfum við þróað mildar og nærandi vörur fyrir þurra og viðkvæma húð, í nánú samstarfi við húðsjúkdómalækna. Decubal er algjörlega laust við ilmefni, litarefni og parabena og er eingöngu selt í apótekum.

Án parabena, ilm- og litarefna.

DECUBAL
EXPERT CARE FOR DRY SKIN

Actavis