

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING



2. TBL. 2020 • 96. ÁRGANGUR



**Allir lögðu sig fram
við að læra nýja dansinn**

Hjúkrunarfræðingar í framlínunni á tímum covid-19

NÝIR TÍMAR Í SAMGÖNGUM

ÞÚ FÆRÐ RAFHJÓLATRYGGINGU Á TM.IS

Rafhjólatrygging TM er sérsniðin trygging
fyrir rafknúin farartæki. Kláraðu málið á tm.is.



HUGSUM Í FRAMTÍÐ

TM

tímarit

HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING

2. TBL. 2020 • 96. ÁRGANGUR

Efnisyfirlit

Félagið

- Bls. 4 Ritstjóraspjall
- 6 Formannspistill
- 46 Að fjárfesta í hjúkrunarfræðingum eftir Aðalbjörgu Finnbogadóttur og Eddu Dröfn Danielsdóttur

Viðtöl og greinar

- Bls. 8 Fyrsta covid-19-legudeildin á Íslandi: smitsjúkdóma-deild A7 eftir Berglindi Guðrúnu Chu
- 18 „Allir lögðu sig fram við að læra nýja dansinn“ — Hjúkrunarfræðingar í framlínunni á tímum covid-19
- 28 „Hjúkrunarfræðingar eru og hafa verið hryggjarstykkið í heilbrigðiskerfinu.“ Viðtal við Sólveigu Sverrisdóttur, hjúkrunardeildarstjóra covid-19-göngudeildarinnar
- 32 Seiglan, fagmennskan og samstaðan kom okkur í gegnum þetta. Viðtal við Fjólu Bjarnadóttur hjúkrunardeildarstjóra
- 38 „Það sem ekki drepur mann, það herðir mann!“ Viðtal við Ólöfu Sveinbjörgu Sigurðardóttur, hjúkrunardeildarstjóra gjörgæsludeildar Landspítalans
- 52 Setið fyrir svörum ... Ingibjörg Guðmundsdóttir, Ólafur G. Skúlason og Nanna Bryndís Snorradóttir

Pistlar

- Bls. 24 Smitsjúkdómar í árána rás eftir Christer Magnusson
- 42 Tæpitungulaust: Ekki slaka á kröfunum eftir Steinunni Ólínu Thorsteinsson
- 44 Þankastrik: Heilbrigðismál flóttamanna eftir Gunnhildi Árnadóttur
- 48 „Það er sko miklu erfiðara að komast þaðan aftur en að lenda þar“ — Umfjöllun um bókina *Konan sem datt upp stigann*

Fagið

- Bls. 56 Framhaldsnám í heilbrigðisvísindum við Háskólann á Akureyri eftir Sigríði Sínu Jónsdóttur
- 58 Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands á tímum covid-19 eftir Herdísí Sveinsdóttur og Helgu Bragadóttur
- 64 Þunglyndi meðal aldraðra: Einkenni, orsök, mat og meðferð. Höfundur Arna Vignisdóttir
- 68 Kvíði hjá öldruðum. Greining og meðferð. Höfundur Krístrún Anna Skarphéðinsdóttir
- 71 Ritrynd grein: Hegðunarvandamál á hjúkrunarheimilum og tengsl við heilsufar, virkni og fjötranotkun. Höfundar: Sólveig Hrönn Gunnarsdóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir
- 80 Ritrynd grein: Íslensk þýðing WHODAS 2.0 og próf-fræðilegir eiginleikar hennar. Höfundar: Hafdís Hrönn Pétursdóttir, Ragnheiður Harpa Arnadóttir og Guðrún Pálmadóttir

Dansaðu maður, dansaðu!



Helga Ólafsson ritstjóri.

Samvinna og samhugur í verki hefur einkennt undangengna mánuði. Heilbrigðisstarfsfólk víðs vegar um heiminn hefur deilt myndböndum á samfélagsmiðlum af sér að dansa til að létta undir á þessum erfiðu tímum og gleyma sér í smástund. Heilbrigðisstarfsfólk hér á landi lét ekki sitt eftir liggja og fjölmörgum myndum og myndskreiðum var deilt í fjölmiðlum þar sem framlínufólkið okkar tók létt spor í hlífðarbúnaði frá toppi til táar. Dansinn eykur bæði gleði, brýtur upp erfiða vinnudaga og veitir auk þess orku til að komast í gegnum daginn. Og dansandi heilbrigðisstarfsfólk fékk okkur hin sem á horfðu til að brosa.

Vinnuumhverfi heilbrigðisstarfsfólks breyttist dag frá degi og allir lögðust á eitt að læra og aðlagast nýjum verkferlum í áður óþekktum aðstæðum. Samlíking Hrafnhildar Lilju Jónsdóttur, sérfræðings í bráðahjúkrun á Sjúkrahúsinu á Akureyri, um hvernig starfsfólk dansaði sig í gegnum ferlið á svo einkar vel við tíðarandann. „Það var bara eins og það hefði verið sett nýtt lag á fóninn sem allir lögðu sig fram við að læra dansinn.“

Og það var ekki bara dansað — heldur var lögð hjartalaga lykkja bæði í lofti og á sjó til þess að þakka heilbrigðisstarfsfólki í framlínunni fyrir þeirra störf. Flugvél Icelandair myndaði hjarta yfir höfuðborgarsvæðið á leið sinni til landsins með tugi tonna af lækningavörum. Herjólfur gerði slíkt hið sama á sjóferð sinni. Við hin tjölduðum heima í stofu og sefuðum og hvöttum aðra til að gera slíkt hið sama með söng.

Fyrsta tilfelli covid-19 greindist hér á landi í lok febrúar þessa árs en sá hinn sami var jafnframt fyrstur til að leggjast inn á smitsjúkdómadeild A7 á Landspítala. Innliggjandi covid-sjúklingum fjölgaði hratt og þegar mest var lágu 14 á deildinni. Sjúklingum fjölgaði á skömmum tíma og þurfti því snör handtök en loka þurfti deildinni fyrir almennar innilagnir. Í þessu tölublaði rekur Berglind Guðrún Chu, sérfræðingur í hjúkrun smitsjúkdóma, sögu fyrstu covid-19 legudeildinnar í máli og myndum og gerir grein fyrir helstu viðfangsefnum sem starfsfólk smitsjúkdómadeildarinnar þurfti að takast á við.

„Seiglan, fagmennskan og samstaðan kom okkur í gegnum þetta,“ segir Fjóla Bjarnadóttir, deildarstjóri hjúkrunarheimilisins Bergs í Bolungarvík, en þriðjungur íbúa fór í sóttkví og yfir 60 veiktust þegar heimsfaraldur covid-19 braut sér leið vestur á firði. Það þurfti því snör handtök en á tveimur dögum var hefðbundnu hjúkrunarheimili breytt í covid-deild. Fjölmargir hjúkrunarfræðingar hafa staðið vaktina í framlínunni undanfarið og þeir brugðust skjótt við í kjölfar þess að Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga auglýsti eftir reynslusögum þeirra. Þessar sögur hafa verið birtar á samfélagsmiðlum félagsins og stiklað á stóru í þessu blaði. Kærar þakkar til ykkar.

Sérstakar þakkar til Þorkels Þorkelssonar, ljósmyndara Landspítala, sem hefur fangað fólkið í framlínunni á filmu og fyrir að veita okkur leyfi til að nota þessa glæsilegu ljósmynd eftir hann til að prýða forsiðuna.

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 Ólafsson Fagritstjóri Margrét Hrönn Svavarsdóttir Ritnefnd Aðalbjörg Stefania Helgadóttir, Alda Ásgeirsdóttir, Anna Ólafía Sigurðardóttir, Hafdis Skúladóttir, Hrunn Scheving Thorsteinsson, Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Sigurlaug Anna Þorsteinsdóttir **Blaðamaður** Magnús Hlynur Hreiðarsson **Forsíðumynd** Þorkell Þorkelsson **Ljósmyndir** Þorkell Þorkelsson o.fl. **Yfirlestur og prófark** Ragnar Hauksson **Auglýsingar** Erna Sigmundsdóttir sími 821 2755 **Hönnun og umbrot** Egill Baldursson ehf. **Prentun** Prentækni 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

Gæði – alla leið!

Í SÁTT VIÐ NÁTTÚRUNA



Til að skapa afbragðs kjötvöru þá er uppruni hráefnisins lykilatriði. Fjölskyldan á Vatnsleysu er hluti þeirra 900 bænda sem eiga SS. Hún sinnir búskapnum í fullri sátt við náttúruna og tryggir þannig að kjötið frá SS skilar sér í gæðum alla leið á diskinn þinn.

Íslenska sveitin og SS - fyrir þig



Takk, hjúkrunarfræðingar

Þegar ég horfi um öxl yfir þann tíma sem liðinn er af árinu finnst mér eins og heilt ár hafi þotið hjá, svo margt hefur gerst. Eins og fram hefur komið tileinkaði Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin árið 2020 hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum og stóð til að fagna því á ýmsa vegu, m.a. í samvinnu við Ljósmæðrafélag Íslands. Við náðum að halda einn viðburð í Hallgrímskirkju í upphafi árs en öllum öðrum þurfti að fresta vegna kórónu-heimsfaraldursins.



Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Styrkur og útsjónarsemi

Vegna faraldursins höfum við upplifað tíma sem eiga engan sinn líka og þó faraldurinn virðist nær afstaðinn, er alls ekki útséð með það. Við þurfum því öll að vera áfram á varðbergi og fara eftir þeim reglum næstu mánuði og leiðbeiningum sem settar eru hverju sinni til að koma í veg fyrir að faraldurinn blossi upp á ný. Faraldurinn hefur markað djúp spor í sögu Íslendinga og í raun óvíst hvort við eigum nokkurn tímann eftir að snúa alveg til fyrri lífshátta. Íslenska heilbrigðiskerfið stóðst álagið þegar faraldurinn var sem mestur og áttu hjúkrunarfræðingar hvað stærstan þátt í því. Starfsumhverfi og vinnuskipulagi var gjörbylt og mikið af þeim daglegu hindrunum sem við þekkjum, bæði milli og innan stofnana, hurfu því lausnir var að finna. Þar endurspegladist styrkur og útsjónarsemi stéttarinnar vel í öllu ferlinu og þjóðinni varð ljósar en nokkru sinni fyrir að hjúkrunarfræðingar eru hryggjarstykkið í heilbrigðiskerfinu.

Grunnlaunin þarf að hækka

Á sama tíma hefur kjarabaráttan við ríkið haldið áfram og er nú komin á annað ár síðan kjarasamningar runnu út. Hjúkrunarfræðingar felldu nýjan kjarasamning í apríl síðastliðnum og voru skilaboð hjúkrunarfræðinga alveg skýr: Hærri grunnlaun. Þetta kom einnig berlega fram í könnuninni sem gerð var í maí, en þar var aflað frekari upplýsinga um skoðun hjúkrunarfræðinga á kjarasamningnum. Þegar þessi pistill er ritaður sést ekki til lands í samningaviðræðunum og óvíst hvert stefnir. Ég vil enn þá trúa því að stjórnvöld beri gæfu til að viðurkenna mikilvægi stéttarinnar í heilbrigðiskerfinu og endurspegli það í launakjörum. Það er ekki sjálfgefið að hjúkrunarfræðingar vinni innan íslenska heilbrigðiskerfisins og störf þeirra þarf að meta að verðleikum.

En það stytir upp um síðir. Sú stund rennur upp að samningsgerð ljúki og þá einnig við aðra viðsejendur, eins og Reykjavíkurborg og önnur sveitarfélög. Vonandi lætur kórónu-faraldurinn undan og lífið kemst í eðlilegt horf sem þó verður ekki eins og áður því þessir erfiðu tímar kenndu okkur ýmislegt gagnlegt sem ekki má gleymast.

Rannsóknartækifærin eru mörg fyrir hjúkrunarfræðinga og er ég sannfærð um að sá einstaki árangur sem íslenskra heilbrigðiskerfið hefur náð í baráttunni við faraldurinn verður vel kynntur af hjúkrunarfræðingum, jafnt innan lands sem utan.

Spennandi tímar fram undan

Það verður ekki síður spennandi í náninni framtíð að sjá og heyra frá hjúkrunarfræðingum þann lærdóm og þekkingu sem skapaðist á þessum tímum. Rannsóknartækifærin eru mörg fyrir hjúkrunarfræðinga og er ég sannfærð um að sá einstaki árangur sem íslenskra heilbrigðiskerfið hefur náð í baráttunni við faraldurinn verður vel kynntur af hjúkrunarfræðingum, jafnt innan lands sem utan. Eins og áður segir hefur félagið þurft að fresta nokkrum viðburðum en við ætlum að koma saman því oftast seinni part ársins og fagna við ýmis tækifæri. Fyrsti viðburðurinn verður aðalfundur félagsins 17. september næstkomandi og vonast ég til að sem flestir hjúkrunarfræðingar mæti.

Eftir þennan ótrúlega vetur hafa hjúkrunarfræðingar meiri þörf en nokkru sinni áður fyrir sumarfrí og ég hvet ykkur til að taka það. Njótið samverunnar með fjölskyldu og vinum og nýtið tækifærið til að sjá og prófa svo margt stórkostlegt sem Ísland hefur upp á að bjóða.



Aðalfundur Fíh

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga verður haldinn fimmtudaginn 17. september 2020 á Grand Hótel Reykjavík

Fresta þurfti aðalfundi, sem ráðgerður var 7. maí, vegna aðstæðna í samfélaginu.

Allir félagsmenn hafa rétt til setu á aðalfundi. Atkvæðisrétt hafa félagsmenn með fulla aðild* og fagaðild sem skrá sig til þátttöku á fundinn fyrir 10. september. Aðrir fundarmenn hafa þar ekki atkvæðisrétt.

Vakin er athygli á að tillögur til lagabreytinga skulu hafa borist stjórn félagsins fyrir 20. ágúst. Hið sama gildir um önnur mál sem félagsmenn óska eftir að tekin verði fyrir á aðalfundi.

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 vinnuveitandi greiðir tilskilin gjöld í sjóði félagsins fyrir hans hönd.



Fyrsta covid-19-legudeildin á Íslandi: smitsjúkdómadeild A7

— Berglind Guðrún Chu

Fyrsta tilfelli covid-19 greindist á Íslandi 28. febrúar 2020 og lagðist sá einstaklingur fyrstur allra inn á smitsjúkdómadeild A7 á Landspítala. Sá var ekki alvarlega veikur en ákveðið var að leggja hann inn til þess að geta fylgst með gangi sjúkdómsins og einkennum og æfa nýtt verklag. Hann var lagður inn á einangrunarherbergi með neikvæðum þrýstingi og hepa-síu í loft-ræstingu. Næstu vikurnar lágu inni að meðaltali einn til tveir sýktir einstaklingar. Hægt og sígandi var farið að reyna að útskrifa aðra sem voru ekki með covid.



Berglind Guðrún Chu MSc, sérfræðingur í hjúkrun smitsjúkdóma með áherslu á hjúkrun sjúklinga með húð-sýkingar.

Rúmlega tveim vikum síðar fjölgaði innlögðum í þrjá og á þremur dögum þrefald-aðist fjöldinn. Þá þurfti snör handtök því deildin þurfti að loka fyrir allar almennar innlagnir en taka eingöngu við covid-sjúklingum. Almennir sjúklingar fóru því annaðhvort á aðrar deildir eða heim. Deildin var svo alveg lokuð af þannig að öll herbergi nema þrjú voru menguð á deildinni og allt starfsfólk á mengaða svæðinu þurfti að klæðast hlífðarfatnaði.

Innliggjandi covid-sjúklingum fjölgaði hratt og flestir urðu þeir 2. apríl. Þá lágu 13 á deildinni. Eftir 17. apríl fór legusjúklingum fækkandi og 21. apríl var farið í skipulagningu á því að opna aftur inn á deildina og nota þá eingöngu einangrunarrými sem til staðar voru fyrir covid-sjúklinga. Eins og sjá má breiddist faraldurinn hratt út og deildin varð að taka miklum breytingum á stuttum tíma, bæði á vinnu-umhverfi, almennri starfsemi og meðferð sjúklinga. Í þessari grein verður farið yfir helstu viðfangsefni sem starfsmenn smitsjúkdómadeildarinnar þurftu að takast á við.

Starfsfólkið

Mönnun

Það var alveg merkilegt að sjá hvað gekk vel að manna deildina. Í byrjun faraldurs vegna skipulags heilbrigðisfyrivalda var búin til bakvarðasveit þar sem auglýst var eftir fólki til að sinna skipulagi og meðferð covid-sjúklinga. Fjöldinn allur af fólki skráði sig til leiks og fékk smitsjúkdómadeildin góðan hóp af sjúkraliðum og hjúkrunarfræðingum þaðan, en sumir í þeim hópi höfðu ekki einu sinni verið í klínískum störfum í nokkur ár. Þarna var dæmi þess hve margir heilbrigðisstarfsmenn voru boðnir og búnir að taka þátt í þessu verkefni og allir til í að leggja sitt af mörkum og hjálpast að. Til viðbótar þessu starfsfólki komu einnig nokkrir gamlir A7-hjúkrunarfræðingar sem höfðu farið annað til starfa en létu færa sig til um annaðhvort vinnustað eða vinnuprósentu yfir á smitsjúkdómadeildina. Það var ómetanleg hjálp að þessum liðsauka því þessir hjúkrunarfræðingar þekktu vel til deildarinnar og þeirra verkefna að hjúkra sjúklingum með sýkingar.

Þegar átti að gera ráð fyrir 17 plássum covid-sjúklinga þurfti helst að vera hægt að manna fjögur teymi. Í hverju teymi voru tveir hjúkrunarfræðingar og tveir sjúkraliðar.

Þegar sú stund kom að loka þurfti deildinni fyrir öðrum sjúklingahópum og setja upp fordyri fremst á deildinni var ljóst að tvöfalda þurfti mannskapinn þannig að starfsemin gengi upp. Venjuleg mönnun með fulla deild tuttugu sjúklinga er fjórir hjúkrunarfræðingar og fjórir sjúkraliðar á morgunvakt og helst einn hlaupari eins og það kallast. Þegar átti að gera ráð fyrir 17 plássum covid-sjúklinga þurfti helst að vera hægt að manna fjögur teymi. Í hverju teymi voru tveir hjúkrunarfræðingar og tveir sjúkraliðar. Helmingur teymisins gat því á hverjum tíma verið inni í hlífðarbúning á mengaða svæðinu að sinna sínum sjúklingahóp meðan hitt teymið var frammi og hvíldist eða sinnti öðrum störfum sem kröfðust ekki hlífðarbúnaðar. Í heild þurfti því 16 manns á morgunvakt en sem betur fer þá fór fjöldi sjúklinga aldrei yfir 13 og því dugði oftast að manna morgunvakt með þremur teyimum eða 12 manns. Nauðsynlegt var að hafa vaktstjóra til að stýra öllum málum, græja það sem græja þurfti og stýra flutningum, innlögnum og útskriftum svo dæmi séu tekin. Hann raðaði á vaktir og þurfti að passa að alltaf væri reyndur starfsmaður fyrir innan fordyri og fyrir utan. Hann stýrði stöðumati og þurfti að passa að fyrsti hópurinn, sem var fyrirframákveðinn, færi strax inn á deild til að leysa af næstu vakt. Vegna aðstæðna gat sá hópur lesið um sjúklingana inni á mengaða svæðinu því gamla vaktin var þar. Starfsfólkið komst fljótt að þeirri niðurstöðu að hámarkstími til að vera í fullum hlífðarbúnaði var 1,5 klst. Því eftir þann tíma var fólk bæði mjög þreytt, rennsveitt og komið með eymsli eftir andlitshlífðarbúnaðinn.

Breyting á hlutverkum starfsmanna

Mikill tími fór í skipulagningu við að fjölga starfsmönnum deildarinnar, hafa samband við nýja starfsmenn og raða á vaktir og fór stór hluti vinnutíma annars aðstoðardeildarstjórans í það. Rétt þegar deildin var svo orðin stöðug fækkaði sjúklingum og þá þurfti að hleypa fólki aftur á sínar heimastöðvar og skýrslubreytingar sem fólust í því voru enn einn álagspunkturinn. Starf deildarstjóra, sem hefur alltaf verið annarsamt, varð ennþá erfiðara því mikil vinna fór í að standa að skipulagi deildarinnar með öllum þeim breytingum sem áttu sér stað í gegnum faraldurinn. Í fyrstu þurfti að undirbúa komu fyrsta sjúklingsins, svo að undirbúa deild til að vera með fleiri en einn covid-sjúkling og byrja að tæma deildina smátt og smátt. Þá viku sem fjöldinn þrefaldaðist þurfti að skipuleggja lokun deildar, setja upp fordyrið og gjörbreyta deildinni í algjöra einangrunardeild. Ekki tveimur mánuðum frá fyrsta tilfelli þurfti svo að skipuleggja opnun deildarinnar á ný. Starf sérfræðings í hjúkrun sjúklinga með smitsjúkdóma breyttist algjörlega þannig að ráðgjafarstarf lagðist niður og öll kennsla um sinn. Sá hinn sami fékk hlutverk upplýsingafulltrúa sem aðstoðaði starfsmenn að setja niður verklag í nýju umhverfi covid-19. Hann sá um að afla upplýsinga fyrir deildina, koma á blað verklagi í samvinnu við starfsfólk og svo að koma þessum upplýsingum áfram til hinna deildanna á Landspítala sem voru að undirbúa sig fyrir komu covid-sjúklinga. Mappa sem byrjaði með fjórum blaðsíðum af gátlista til undirbúnings deildar, sem deildarstjórinn hafði gert, endaði í 4 cm

þykkri covid-möppu fullri af leiðbeiningum, bæði heimatilbúnum og formlegri verkferlum. Í raun teygðist þessi upplýsingagjöf út fyrir spítalann og áttu sér stað samskipti við hjúkrunarheimili og Vestfirði.

Líðan starfsmanna

Þó sjúkraliðar og hjúkrunarfræðingar deildarinnar væru vanir að vinna með sýkta einstaklinga, séu bestir í sýkingavörnum og hafi mikla reynslu í að vinna með sjúklingum í einangrun hafði enginn þurft áður að vinna með glænýjan og lífshættulegan veirusjúkdóm. Ekki hafði heldur reynt á að vera klæddur í skurðstofuhúfu, veirugrímu, hlífðargleraugu og í vatnsheldum hlífðarslopp í lengri tíma. Þessir starfsmenn, þrátt fyrir mikla reynslu og þekkingu, voru óöruggir alveg eins og samfélagið allt. Starfsmennirnir eru á öllum aldri og sá elsti eldri en sjötugur, sumir hverjir með áhættuþætti, undirliggjandi ónæmisbælingu, aðrir með ung börn á heimilinu, með fullorðna foreldra, ömmur og afa, og enn aðrir ungir og óléttir. Allir höfðu sínar áhyggjur og settu sig í mikla nánd við sýkta covid-sjúklinga. Áhyggjurnar voru mismiklar, sumar mjög áberandi og var reynt að koma til móts við aðstæður hvers og eins. Mikil þörf var á að verklag væri skýrt. Mikilvægt var að starfsmenn teldu sig örugga í hlífðarbúnaðinum og að enginn afsláttur væri gefinn á öryggi þeirra. Þó smitsjúkdómadeildin hafi lengi verið þekkt fyrir góðan anda og samheldni kom það vel upp á yfirborðið við þessar nýju aðstæður hversu allir studdu vel hver við annan, voru hjálplegir og hvetjandi. Þrátt fyrir áhyggjur og kvíða voru allir boðnir og búnir að leggja sitt af mörkum og mæta í vinnuna. Aldrei hefur verið eins auðvelt að manna vaktir því um leið og vantaði á vakt, komu upp veikindi eða annað þá var alltaf einhver til í að koma.

Hlífðarfatnaðurinn

Hlífðarfatnaðurinn sem starfsfólk þurfti að klæðast olli ýmsum óþægindum. Hlífðarsloppurinn var vatnsheldur og því svitnaði fólk mjög mikið í honum. Gott ráð, eins og að fara í náttjakka utan yfir vinnuskyrtu, kom í veg fyrir að húðin á framhandleggjunum klístraðist við sloppinn. Blaut vinnuskyrtan olli því að fólki varð kalt þegar það kom fram á hreint svæði og var komið úr gallanum. Bómullarbolur sjúklinganna kom þar að góðum notum því annaðhvort fór starfsfólk í bolinn innan undir eða var eingöngu í honum undir hlífðarsloppnum. Þannig leið starfsfólki örlítið betur rennblautt af svita. Eitthvað var um að slopparnir drógust upp handlegginn og því tók starfsfólkið upp á að klippa gat í stroffið á sloppnum til að setja þumalinn þar í gegn. Við það héldust ermarnar á sínum stað og er vitað að þessi hugmynd fór á milli deilda. Einnig upp-götvaðist að sloppurinn dróst stundum til þar sem hann var opin að aftan. Þegar deild var orðin menguð að öllu leyti kom upp sú hugmynd að plástra sloppinn að aftan þannig að minni líkur væri á að hann færðist til og starfsmannafatnaður mengaðist. Græna skurðstofuhettan, sem var fyrst notuð, aflagaðist gjarnan þegar gríman og glaugun voru sett á og því þurfti



Hópmynd af starfsfólki smitsjúkdóma-
deildar.

að passa það sérstaklega þegar fólk klæddi sig. Fljótlega tók deildin upp á því að panta frekar fjólubláar skurðstofuhúfur því þær lágu þvert yfir ennið og héldust betur. Lambhúshettur voru einnig pantaðar því starfsfólk leið betur með að vera alveg hulið þó hálssvæði væri ekki talið áhættusvæði svo lengi sem fólk snerti sig ekki þar.

Alveg í byrjun faraldurs fann starfsfólk fyrir og sá roða á húð sinni þar sem þrýstingur vegna hlífðarbúnaðar kom strax í ljós. Því var strax farið að prófa sig áfram með umbúðir til að hlífa húðinni og það endaði með notkun á Siltape og Mepilex lite sem virkuðu best á andliti starfsfólks.

Veirugrímurnar voru bæði til með og án túðu. Starfsfólk fann hve slæmt loftið varð að vera með svona grímu til lengri tíma en túðugrímurnar voru þó heldur skárri. Einnig ollu grímurnar þrýstingi og núningi á nef og kinnar. Hlífðargleraugun voru líka ansi þétt og breið teygjan skarst stundum inn í höfuðið og olli þrýstingi. Gleraugun mynduðu þrýstingsför á húð, gjarnan á enni. Alveg í byrjun faraldurs fann starfsfólk fyrir og sá roða á húð sinni þar sem þrýstingur vegna hlífðarbúnaðar kom strax í ljós. Því var strax farið að prófa sig áfram með umbúðir til að hlífa húðinni og það endaði með notkun á Siltape og Mepilex lite sem virkuðu best á andliti starfsfólks. Þó enginn hafi fengið sár var ansi stutt í það hjá sumum. Þrýstingur skapaðist einnig þegar heyrnartæki talstöðva lá í eyrunum og húfa og bönd þrýstu yfir. Það þurfti því að huga að ýmsum atriðum þegar kom að hlífðarbúnaði starfsmanna.

Í byrjun faraldurs voru eingöngu notuð hlífðargleraugu en svo var einnig farið að nota andlitshlífir á öðrum deildum og þá voru miklar hugleiðingar um hvort hlífarnar væru nógu öruggar. Eftir miklar vangaveltur og samtöl við sýkingavarnir fór deildin

að nota meira andlitshlífar því þær ollu mun minni þrýstingi á húð. Einnig munaði miklu að fólk sá betur því móða settist iðulega í hlífðargleraugun og á stundum sá starfsfólk varla út um þau við störf sín. Móðuúði, sem hafði verið prufaður í ebólu-undirbúningi, hafði ekki komið að gagni og því lítið annað að gera en að fara út á svalir til að lofta um og hafa alla glugga opna inni á menguðu vinnusvæði. Þar sem skilaboð voru um að hlífarnar væru af skörnum skammti ákváðu starfsmenn að leyfa fólki sem notaði gleraugu dags daglega að hafa forgang í andlitshlífarnar. Andlitshlífarnar mátti ekki nota ef úðamyndandi meðferð eða áhætta var í gangi.

Aðföng hlífðarfatnaðar voru á tveimur stöðum. Sloppar, gleraugu og grímur voru á lager hjá sóttvornarlækni en húfur og hanskar og annað var hjá birgðastöð Landspítalans. Í byrjun þurfti að kanna hve mikið færi af búnaði og voru settir listar á einangrunarstofur og síðar í fordyri lokaðrar deildar til að telja magnið sem færi. Í raun kom í ljós að minna þurfti af búnaði þegar deildin var alveg lokuð einangrunardeild því þá var fólkið inni í lengri tíma, en hins vegar þurfti það að klæða sig upp í hvert skipti þegar sýktir einstaklingar voru inni á einangrunarstofum og deildin opin. Alveg þreföld notkun var þegar deildin var opin. Pöntunarblað sem var sérstaklega útbúið fyrir covid tók breytingum því í fyrstu var blaðið mjög umfangsmikið og mikið af vörum á lista sem voru ekki til eða átti ekki að nota. Því var í fyrstu töluvert flækjustig að vita hvaða hlífðarbúnaði átti í raun að panta. Einnig kom til umræðu hvort þörf væri á skóm inni á mengaða svæðinu, sumar deildir keyptu og notuðu slíkt. Í samráði við sýkingavarnadeild var ekki talin þörf á því. Áhyggjur af skorti af hlífðarfatnaði var ekki áberandi en

þegar umræður um skort úti í heimi fóru að berast fjölmiðlum fengu starfsmenn deildarinnar þá hugmynd að prufa að virkonþvo gleraugun og sjá hvort skaði hlytist af. Þetta kom ágætlega út en þetta var bara tilraun. Einu sinni þurfti að safna grímum og andlitshlífum til sótthreinsunar að beiðni sýkingavarna en það var stuttur tími og fljótlega kom væn sending af hlífðarbúnaði frá Kína öllum til mikillar ánægju. Á tímabili komu hins vegar sendingar af ýmiss konar grímum og óljóst hvort það voru skurðgrímur eða veirugrímur og gæði voru dregin í efa. Eins og sjá má á myndum mátti sjá hvað skurðstofugrímur og veirugrímur voru farnar að líkjust heldur betur, en góð samskipti við sýkingavarnir og leiðbeiningar þar um hjálpuðu með þennan vafa.

Breyting á opinni deild í lokaða deild

Undirbúningur

Áður en fyrsti sjúklingurinn greindist með covid á Íslandi fór mikill viðbúnaður í gang. Á smitsjúkdómadeild voru til fullbúnar einangrunarstofur. Byrjað var á því að fara yfir hlífðarbúnaðinn sem deildin átti. Þegar SARS-faraldurinn var 2003 voru útbúnir kassar með hlífðarbúnaði þar sem eitt sett af öllu fyrir hvern starfsmann var í sér pokum. Yfirfara þurfti þessa tvo kassa og uppgötvaðist að ekki hafði verið átt við þá í mörg herrans ár. Þarna voru sloppar sem ekki var vitað hvort voru fullnægjandi. Gamlar grímur og andlitshlífar voru með morknaðar teygjur og hanskar ónýtir. Byrjað var á því að endurnýja þetta allt enda tími til kominn. Hjólaborði var komið fyrir framan einangrunarstofu með öllum hlífðarfatnaði, helstu pokum fyrir rusl og lín og handspritt til hreinsunar. Speglar voru keyptir til að hafa fyrir framan stofur til að starfsfólk gæti séð hvort hlífðarfatnaður sæti rétt. Veggspjöld sýkingavarna um hvernig átti að klæða sig í og úr voru stækkuð, plöstuð og hengd upp. Veggspjaldið með myndum af því hvernig átti að klæða sig upp var fyrir framan stofuna en veggspjald um



Starfsmaður með andlitshlíf.



Mismunandi tegundir gríma.



hvernig átti að klæða sig úr var í fordyri ásamt ruslakörfu sem tók við óhreinum hlífðarbúnaði.

Samskipti



Bráðabirgðafordyri.

Það var ótrúleg heppni að deildin átti tvo „baby monitora“ vegna þess að sjúklingur hafði nýlega legið inni sem gat ekki notað hefðbundna bjöllu. Vegna þessa kom upp sú hugmynd að nota tækið inni á einangrunarstofunum til þess að geta betur átt samskipti við sjúklinga. Þá væri hægt að fá allar upplýsingar um hver þörfin væri áður en starfsmaður klæddi sig upp og færi inn. Þetta reyndist gífurlega hjálplegt og sjúklingar tóku vel í þetta fyrirkomulag. Deildin keypti því fleiri „baby monitora“ til að hafa inni á öllum herbergjum. Þegar deildin þurfti að loka vegna fjölda legusjúklinga var sett upp fordyri framarlega á ganginum sem aðskildi alla deildina fyrir utan þrjú herbergi. Fyrir innan fordyrið var mengaða svæðið og alltaf starfsmenn þar fyrir innan í fullum hlífðarbúnaði. Þegar þessi staða var komin upp varð starfsfólki ljóst að þörf væri á að merkja sig með nafni því erfitt var að sjá hver var undir hverjum búningi. Byrjað var á því að skrifa nafn starfsmanns á límmiða sem færi svo á sloppinn. Fljótlega fór af stað umræða um þörf á myndum af starfsfólki fyrir sjúklingana til að gera þetta meira persónulegt og þá tók ritarinn upp á að finna myndir af öllu starfsfólki, prenta út í lit og plasta þannig að hver og einn var merktur með mynd og nafni inni í einangrun. Mikil ánægja var meðal sjúklinga með þessa nýtilkomnu breytingu.

Hægt var að hafa opið inn á stofur og sjúklingar gátu komið fram og farið í göngutúr utan herbergis en innan lokuðu deildarinnar. Starfsfólk sá hvað sjúklingum leið betur andlega að geta komist út af stofunum, hreyft sig og séð aðra sjúklinga. Þegar þar var komið sögu þurfti ekki „baby monitora“ en fengnar voru tetrastöðvar til að starfsmenn gætu átti samskipti sín á milli. Hvert teymi var með stöð á mengaða svæðinu og á hreina svæðinu. Einu símarirnir frammi voru ritarasími og vaktstjórásími og augljóst var að auka þurfti möguleikann á samskiptum milli starfsmanna. Komið var upp lokaðri spjallrás fyrir starfsfólk deildarinnar í heilsugátt til að byrja með. Síðar fengust gefnar spjaldtölvur og var ein höfð á hvorum hluta deildarinnar. Þær voru notaðar til að eiga samskipti í gegnum facetime. Einnig nýttust þær sjúklingum, sem höfðu ekki snjallsíma, til að eiga í samskiptum við ættingja vegna heimsóknarbanns. Þar komu þær að góðum notum.

Aðföng

Allt skipulag breyttist með lokun deildarinnar. Öll aðstaða var á mengaða svæðinu, býtibúr, lín, lyfjaherbergi og vakt, en hreinu herbergin fyrir framan fordyri voru notuð sem vakt, kaffistofa og geymsla með hlífðarfátnaði þar sem fólk klæddi sig í búnaðinn. Allt auka lín, lyf og birgðir þurfti að flytja fram áður en deildin lokaði og endaði með því að skálinn fyrir framan deildina var orðinn fullur af grindum með dóti. Það nauðsynlegasta sem þurfti fyrir hjúkrun sjúklinga með öndunarfærasýkingar var haft á mengaða svæðinu. Hugsu þurfti fyrir öllu. Lyf sjúklinga fóru inn og voru ekki tekin út af deildinni. Skönnun á kanbanspöldum fór fram á hjólaborði inni í fordyri fyrst í stað þar sem næturvaktin raðaði öllum spöldunum á hjólaborð þannig að skönnunarfólkið þurfti ekkert að snerta. Síðar fengust skápar frammi í skála til að geyma allar birgðir og slá fyrir kanbanspöldin. Þá voru spöldin sprittuð og eitt sett af öllu sett fram þannig að hægt var að skanna fyrir framan deildina. Starfsfólk þurfti að vera vakandi fyrir vöntun á mat og kalla fram til vaktstjóra það sem vantaði þar. Línið sem hafði verið pantað af ritara á morgunvöktum var nú pantað á næturvöktum inni á mengaða svæðinu og þörfin fyrir lín breyttist heilmikið. Allt í einu þurfti að panta auka lín fyrir starfsfólk deildarinnar, boli, jakka og handklæði, svo allir gætu, ef vildu, farið í sturtu í lok vaktar. Bæði apótekið og birgðastýringin jók þjónustu við deildina því erfitt var að vita hvað þurfti af innviðum því um nýjan sjúkdóm var að ræða. Ákveðið var að hafa tvo hjólastóla inni á mengaða

Í fyrstu voru skilaboðin um að nóg væri að vera með skurðstofugrímu og hanska. Síðar bættist við margnota sloppur eða svunta. Í raun voru allar upplýsingar óljósar í fyrstu því nýjar upplýsingar um sjúkdóminn bárust daglega.



Myndir af öllu starfsfólki prentaðar út í lit og plastaðar þannig að hver og einn var merktur með mynd og nafni.

svæðinu til að geta flutt sjúklinga í rannsóknir, súrefniskútar þurftu líka að vera fyrir innan og nóg til fyrir framan þegar þörf var á.

Allt sem fór inn á deildina þurfti að virkonþvo ef það fór út af deildinni. Allt rusl og lín þurfti að taka fram í skála og því þurfti að koma upp tveimur stórum grindum fyrir það. Þó að gæðaskjal sé til um frágang á rusli og líni var óljóst hvernig manneskjan sem tók á móti átti að vera klædd. Í fyrstu voru skilaboðin um að nóg væri að vera með skurðstofugrímu og hanska. Síðar bættist við margnota sloppur eða svunta. Í raun voru allar upplýsingar óljósar í fyrstu því nýjar upplýsingar um sjúkdóminn bárust daglega. Fyrir faraldur notaði deildin að mestu litla gula poka merkta „Sóttmengað — brennist“ en mjög fljótlega kom í ljós að það dugði engan veginn. Til þess var ruslið allt of mikið og mikið mál að troða svörtum pokum í gulu pokana. Einnig myndaðist meiri gustur við það og því nauðsynlegt að nota stóru pokana. Eftirleiðis var reynt að fá eingöngu stóra gula poka á deildina til að auðvelda vinnuna sem mest.

Verkefni stoðþjónustu fluttust yfir á starfsmenn deildarinnar

Starfsfólk þurfti að taka á sig alls konar verk sem stoðdeildir sáu venjulega um. Þegar kom að ræstingu var það engin undantekning. Þrátt fyrir að einn ræstingastarfsmaður væri fenginn til að halda utan um ræstingu á deildinni var augin þörf á að spritta oftast snertifleti deildarinnar. Rúmaþvottur fór á hendur starfsmanna og þegar deildin var lokað og eingöngu sjúklingar með covid þar þá dugði í raun að spritta rúmin vel á milli sjúk-

linga. Annað var virkonþvegið. Keyptir voru úðabrúsar til að fylla með spritti til að auðvelda sóttthreinsun. Öll vinna í tengslum við máltíðir fór á hendur starfsmanna því bítibúrskonan var á hreina svæðinu. Matur var strax pantaður í einnota umbúðum og þegar deild var lokað þurfti að ferja matarbakkana inn í gegnum fordyrið og starfsmenn afhentu matinn. Ýmsir byrjunarörðugleikar komu í ljós við þetta hlutverk, t.d. að gleyma ekki að gefa kaffið sem var alltaf í höndum ritara á kvöldin eða bítibúrsstarfsmanns á daginn. Einnig uppgötvaðist að enginn starfsmaður kunni á klakavélina sem var á deildinni því það var alltaf í höndum bítibúrsstarfsmanns. Klaki var bráðnauðsynlegur við þessar aðstæður þar sem deildin varð enn þá heitari og loftlausari við lokun hennar og sjúklingar í stofum með engum opnanlegum gluggum. Vegna þessa þurfti að setja upp leiðbeiningaskjal um notkun klakavélar.

Næring starfsmanna

Matur starfsmanna breyttist þannig að panta þurfti hádegismat og svo þurfti ritari í fyrstu að sækja fyrir starfsfólkið áður en sendingarþjónusta komst í gagnið. Ekkert aðgengi að vatni var nema úr sjúklingavaski því kaffistofa starfsmanna fór inn á sjúklingaherbergi fremst á gangi deildarinnar. Þar var vaskur sem ekki var talinn með gott drykkjarvatn. Starfsmenn voru þó gífurlega heppnir því stórar sendingar frá fyrirtækjum úti í bæ héldu heitum og sveittum starfsmönnum vel vökvuðum. Þegar deildin var lokað var ekkert bítibúr fyrir starfsmenn á hreina svæðinu, þar af leiðandi fór að skorta hluti eins og hnífapör því uppþvottavélin var inni á menguðu deildinni.

Með góðu samstarfi við eldhús og láni frá öðrum deildum gat starfsfólk matast þó stöku sinnum hafi þurft að skera mat með skeið. Einnig varð óljóst hvort fólk mætti fara út af deild og niður í matsal til að ná sér í matvæli og þá var líka spurning hvort starfsfólk þyrfti að klæðast gulum sloppum þegar það færi af deildinni. Með góðri samvinnu við sýkingavarnadeild var öllum óljósum spurningum svarað og þetta var óþarfi. Fólk var talið hreint þegar það kom úr hlífðarbúnaðinum.

Hjúkrunarviðfangsefni

Einkenni

Sjúklingar með covid-19 voru einna helst með öndunarfaræaeinkenni því um öndunarfaræasýkingu var að ræða og þegar sjúklingum versnaði á 8.-12. degi var oft komin slæm lungnabólga. Hjúkrunarviðfangsefnin breyttust því töluvert mikið þó deildin væri von að kljást við bakteríulungnabólgu og influensu. Einkennin sem sjúklingarnir lögðust inn með voru allt frá venjulegum flensueinkennum með hita, höfuð- og beinverkjum og miklum slappleika og svo var einnig töluvert af meltingareinkennum, ógleði og niðurgangi hjá sumum. Seinna í faraldrinum var svo meira vart við lyktar- og bragðskynsbreytingar sem hafði gífurleg áhrif á næringu sjúklinganna. Fyrsta meðferð fólst í einkenameðferð, gjöf súrefnis, verkjalyfja og hitalækkandi lyfja. Þörf var á eftirliti með vökvajafnvægi, sérstaklega hjá þeim sem þjáðust af meltingareinkennum, og svo aðstoð við aðhlynningu hjá þeim sem voru mjög slappir og þreklausir. Þar sem ekki þurfti að gefa mikið af vökva í æð skv. leiðbeiningum frá útlöndum heldur bara um munn kom fljótt í ljós að þörf var á vökvum með söltum og því var gatorade einn af vinsælustu drykkjunum. Einnig var hjálplegt að gefa súputeningaseyði, og sumir borðuðu oft minna í einu en oftast og fengu viðbót af ávöxtum, jógúrt og brauði. Allir voru settir á orkubætt fæði vegna lélegrar lystar. Mikil áhersla var lögð á eftirlit með ástandi sjúklinga og lífsmarkamælingar voru örur, oft á tveggja til fjögurra tíma fresti, því vitað var að þegar fólk versnaði þá versnaði því hratt.

Hjúkrunarskráning

Hraðinn var mikill í byrjun faraldursins þegar margt var óljóst og verið var að finna hvernig hlutirnir væru best skipulagðir. Mjög fljótlega spratt upp hugmynd hjá einum starfsmanninum um mikilvægi þess að skrá rétt og nota réttu hjúkrunargreiningarnar. Mikilvægt væri að allir skráðu eins, og því nauðsynlegt að útbúa staðlað ferli til að flýta fyrir skráningu hjúkrunar. Sérfræðingur í hjúkrun hafði samband við sérfræðing í hjúkrun í upplýsingatækni og með samvinnu starfsmanna og þessara tveggja sérfræðinga var sett í skyndi upp staðlað ferli og settar inn helstu hjúkrunargreiningar og meðferðarúrræði. Ákveðið var að flækja hlutina ekki með einkennum og orsökum vegna tímaskorts og mikils hraða. Helstu hjúkrunargreiningar miðuðu að þeim einkennum sem sjúklingarnir lýstu og voru með (tafla).

Meðferðarúrræði og rannsóknir

Engin lyfjameðferð var til við virusýkingunni en ýmislegt hafði verið prófað úti í heimi og ráðleggingar voru gefnar í samræmi við bestu þekkingu hvers tíma. Sýklyfjameðferð, sem hafði verið mjög fjölbreytt á smitsjúkdómadeildinni hingað til, fólst í þessum faraldri eingöngu í gjöf azithromycins og lítilla af rocephalini sem var prófað fyrst um sinn að gefa sjúklingum er grunur var um bakteríulungnabólgu. Hydroxychloroquine, sem var algengt gígta- og malaríulyf, var prúfað að nota á marga sjúklinga en vegna aukaverkana þurfti að fylgjast vel með einkennum frá hjarta og því voru sumir sjúklingar settir í „monitara“. Tveir „monitara“ voru fengnir á deildina í byrjun faraldurs. Einnig var þörf á að taka hjartalínurit við komu og daglega vegna þessara lyfja. Í dag hefur notkun þessara lyfja verið hætt vegna þess að engar rannsóknir hafa sýnt fram á virkni við covid.

Tafla. Hjúkrunargreiningar

Ófullnægjandi öndun
Verkir
Hækkun á líkamshita
Skert sjálfsbjargargeta
Næring minni en líkamspörf
Truflun á starfsemi meltingarvegar
Andleg vanlíðan
Röskun á fjölskyldulífi
Breyting á blóðsykri
Hætta á elektrólýtaójafnvægi
Hætta á hjartsláttartruflunum
Hætta á vökvaójafnvægi
Sýking
Sýklasóttarlost
Undirbúningur rannsókna
Undirbúningur útskriftar



Starfsmaður að taka á móti sýni í gegnum fordyri.

Hjartalínurit var eitt af mörgu sem þurfti að afla hjá þessum sjúklingahópi og því sinntu hjúkrunarfræðingar deildarinnar og þeir sjúkraliðar sem höfðu fengið kennslu í því. Vegna mikillar notkunar var strax farið í að fá auka tæki til þess til að hafa á deildinni þannig að ekki þyrfti að nota tæki sem aðrir sjúklingar notuðu. Í byrjun faraldursins var stoðþjónusta af skornum skammti til að sem fæstir þyrftu að vera í nánd covid. Blóðprufur voru fjölmargar við komu og svo daglega, prufur sem lífeindafræðingar sáu að mestu um á venjulegum degi en nú á tímum covid lenti það í höndum hjúkrunarfræðinga deildarinnar að sjá um alla blóðtöku. Eins og venjulega voru blóðræktanir teknar ef hiti var hár og sáu hjúkrunarfræðingar um það eins og tíðkast á deildinni. Stundum þurfti að taka nefkoksstrok og hálstrok, ef ekki var búið að því áður, og mun fleiri strok voru tekin þegar leið á faraldurinn til að kanna hvort sjúklingum væri batnað af veirusýkingunni, þá með tveggja daga millibili eftir að öðrum skilmerkjum var náð. Eins og áður sagði voru tveir „monitorar“ settir upp á deildinni og starfsfólk fékk skyndikúrs í notkun þeirra frá tveim sérfræðingum í hjúkrun hjartasjúklinga. „Monitorarnir“ voru einna helst notaðir þegar oft þurfti að mæla blóðþrýsting, súrefnismettun og öndunartíðni en lækarnir sáu um að lesa úr riti og fylgjast með lengd Q-T-bils vegna lyfjameðferðar. RTG-móbíll var strax komið fyrir inni á deild svo sjúklingarnir þyrftu

ekki að fara út af deild, en CT-rannsóknnum var þó töluvert af og þurfti þá sjúklingaflutningur að eiga sér stað. Allir sjúklingaflutningar voru í höndum starfsmanna deildarinnar.

Fólk vann hratt og mikið en með tímanum komst stöðugleiki á starfsemina og þá fór starfsfólkið að hafa aðeins meiri tíma. Þegar þetta tímabil kom var nauðsynlegt að rýna í hjúkrunina og velta fyrir sér hvort einhver hjúkrun hefði farið förgörðum í þessum látum og hverju væri hægt að sinna betur.

Mikill hraði var fyrstu vikurnar því allt var svo nýtt, allar leiðbeiningar um meðferð og uppvinnslu breyttust dag frá degi, það var erfitt að vinna í hlífðarbúningi og í mjög breyttu umhverfi. Fólk vann hratt og mikið en með tímanum komst stöðugleiki á starfsemina og þá fór starfsfólkið að hafa aðeins meiri tíma. Þegar þetta tímabil kom var nauðsynlegt að rýna í hjúkrunina og velta fyrir sér hvort einhver hjúkrun hefði farið



Hjúkrunarfræðingur með sýnapinna.

förgörðum í þessum látum og hverju væri hægt að sinna betur. Þá var sett niður verklag til að minna á mikilvægi aðstoðar við hreyfingu og æfingu, minnt á að afhenda sjúklingum fræðslubæklinga sem höfðu verið útbúnir og sumir hverjir nýkomnir úr prentun, eins og upplýsingar um næringu sjúklinga, upplýsingar frá prestunum um andlegan stuðning og frá sálfræðipjónustunni. Lögð var áhersla á að fylgjast betur með næringu sjúklinga, að sinna meiri fjölskylduhjúkrun, nota tímann t.d. frammi á hreina svæðinu í að hringja meira í ættingja og gefa upplýsingar og stuðning. Sumir tóku upp á að nota nudd til að auka vellíðan sjúklinganna og gátu gefið sér meiri tíma með sjúklingunum til að sinna andlegum stuðningi og virkri hlustun.

Flutningar

Þegar skipulögð var koma fyrsta sjúklingsins var ákveðið að best væri að flytja sjúklinginn úr A-álmunni í gegnum kjallaradyr og með lyftunni í A-stigagangi upp á sjöundu hæð á A7. Þessa leið átti svo eftir að nota oft og mikið. Þetta er stysta leiðin upp á deildina og með henni er hægt að sleppa því að fara með sjúklinginn í gegnum allan spítalann á leið upp á deild. Í raun var þessi leið notuð fyrir alla ættingja, sýkta og ósýkta, nýja sjúklinga sem komu með sjúkrabíl að heiman, sjúklinga sem komu frá göngudeildinni Birkiborg, útskrifaða sjúklinga og til líkflutninga. Vegna mikillar notkunar var A-

álman fljótt lokuð af fyrir annarri umferð en til og frá deild A7 og A6 sem var næsta legudeild sem tók við covid-sjúklingum. Sjúklinga sem þurfti að flytja til og frá gjörgæslunni þurfti hins vegar að fara með stystu leiðina í gegnum spítalann, þá í gegnum skálann fyrir framan deildina, niður með skálalyftum og yfir á næstu hæð fyrir neðan eða E6. Bráðadeildin tók í fyrstu á móti covid-sjúklingum í skúrum fyrir utan bygginguna en svo þegar fjölgun varð á sjúklingum þurfti deildin að stúka af gang inni á bráðadeildinni þar sem voru útbúin nokkur einangrunarherbergi. Um leið og sjúklingarnir fóru að koma þangað inn og þurftu innlögn þurftu þeir að fara í gegnum spítalann upp á A7 í gegnum E-álm annarrar hæðar og upp á deild með skálalyftunum.

Í hvert sinn sem flytja þurfti sjúkling þurfti að fara af stað ákveðið ferli, hringja þurfti í öryggisverði sem lokuðu af leiðum og héldu lyftum opnum. Flutningsþjónusta þurfti að fréttast af lokaðri leið. Tveir starfsmenn þurftu að fara með sjúklingi í öllum hlífðarbúnaðinum þar sem einn hélt hreinn og sótthreinsaði alla snertifleti á eftir sjúklingnum. Rétt í byrjun var ræsting kölluð til þess að sótthreinsa flutningssvæðið en mjög fljótt kom í ljós að það virkaði engan veginn því flækjustigið varð allt of mikið. Þegar flutningi var lokið þurfti að opna inn á allar leiðir aftur.

Sjúklinga sem grunur lék á eða staðfest var að væru með covid þurfti að flytja í hlífðarfatnaði. Þeir þurftu að vera með veirugrímu án túðu ef þeir gátu það, vera í slopp og með hanska. Ef þeir komu úr A0 kjallara þurfti starfsmaður að fara niður til að taka á móti og aðstoða viðkomandi í þennan búnað. Ef ástand sjúklings var þó þannig að hann gat ekki haft veirugrímu á sér, t.d. vegna of mikillar súrefnisþarfar og var með súrefnismaska, þurfti að flytja hann með svokölluðu húddi.

Húdd er eins og langur gegnsær kassi úr linu plasti með síum og opum fyrir ýmsar tengingar. Á öðrum endanum voru tengdir ventlar sem hleyptu lofti inn og á hinum endanum síaðist loftið frá sjúklingnum út. Í fyrstu voru til tvö húdd og það var ekki auðvelt að vinna með slíkan grip. Flækjustigin voru mörg. Þó gæðaskjal hafði verið útbúið til að lýsa virkni og samsetningu húddsins fannst starfsfólki, sem ekki þekkti til, þetta mjög flókið. Eitt húdd var til sem var mun tæknilegra og flóknara í samsetningu og var notað sérstaklega ef flytja þurfti sjúklinga með bíl eða flugvél. Boðið var upp á námskeið til að læra á það húdd og fór einn hjúkrunarfræðingur deildarinnar á það námskeið. Byrjunarörðugleikar varðandi húddin voru ýmisleg. Í fyrstu var óljóst hver bar ábyrgð á gripnum. Húddin höfðu alltaf verið geymd á bráðadeildinni og ljóst var að kalla þurfti eftir því þaðan. Starfsmaður fylgdi með en það þurfti marga til að koma upp fyrsta húddinu og koma sjúklingnum í það. Eftir flutninginn þurfti deildin að þrifa húddið fyrir skil og það var annað flækjustig því plássið var lítið og kassinn fullur af ýmsum aukahlutum og tengingum sem erfitt var að þrifa. Eftir að deildin lét vita að þessi vinna gengi ekki á deildinni vegna plássleysis og tímaskorts komst þetta í gott ferli þar sem bráðadeildin sá alfarið um að koma með húddið, aðstoða með að setja sjúkling í það og sá svo um að skila því og ræsta. Meðan bráðleikinn var sem mestur var mikið um gjörgæsluflutninga og iðulega þurfti húddið í það. Einu sinni

var starfsfólki deildarinnar ekki alveg sama þegar í ljós kom að eitt húddið var búið að plástra saman og rífið á ýmsum stöðum.

Þegar deildinni var lokað var hún full af rúmum og þá þurfti að gæta þess að fá ekki auka rúm á deildina. Þá þurftu skilaboðin að vera skýr, nýir sjúklingar þurftu að koma í hjólastól eða á bekk. Reynt var að flytja sjúklinga í rannsóknir í hjólastól og þá var rætt um hvort þyrfti lak undir sjúkling eða ekki. Lokaniðurstaðan var að sleppa laki þar sem stóllinn væri hvort sem er sótthreinsaður milli sjúklinga. Í raun þurfti svo ekki að sótthreinsa á milli covid-sjúklinga ef vitað var að ekkert annað smitnæmt var í gangi. Mörgu þurfti að huga að í svona flóknum flutningum.

Lokaorð

Ný tegund sýkingar og faraldur á Íslandi kemur af stað miklum og hröðum breytingum á vinnulagi og skipulagi heilbrigðisstarfsmanna. Starfsemi smitsjúkdómadeildarinnar hefur tekið miklum breytingum og heldur áfram að taka breytingum eftir því sem faraldurinn þróast. Í síðustu viku var deildin opnuð fyrir almennum sjúklingum þegar þessi grein er skrifuð. Í dag 29. apríl er deildin að mestu opin en bráðabirgðafordyri var sett upp í enda gangsins þannig að deildin er nú með rými fyrir sex sjúklinga með covid sem hægt er að auka ef þörf verður á.

Starfsfólk skiptist því í hóp sem sinnir einangrun eingöngu og hóp sem sinnir hinum. Ræsta þurfti deildina alla og flytja allar birgðir inn á deildina aftur. Enn er verið að panta inn aðföng til að reka eðlilega starfsemi ásamt covid-sjúklingum. Erfiðleikarnir hafa verið margvíslegir, margar spurningar um verklag hafa skotist fram í dagsljósið og flestum verið svarað eftir því sem tíminn og reynslan leiddi í ljós. Starfsfólk deildarinnar hefur sýnt mikla samheldni og samvinnu í þessu nýja umhverfi og saman fundið lausnir á þeim vandamálum sem upp hafa komið, bæði varðandi hjúkrun sjúklinga og í skipulagi. Segja má að nýjar hugmyndir og nýsköpun hafi ráðið ríkjum. Enn er verið að vinna formlegt verklag og koma leiðbeiningum í gæðaskjöl ásamt því að uppfæra eldra verklag. Nýjar upplýsingar halda áfram að koma eftir því sem rannsóknum um covid fjölga. Svo er bara spurningin: Mun samfélagið halda áfram að fara eftir tilmælum sóttvarnalæknis og koma í veg fyrir annan faraldur eða mun deildin þurfa að loka aftur og allar breytingar fara í fyrra horf.

Ég vil þakka eftirfarandi aðilum fyrir yfirlestur: Stefaníu Arnardóttur, Þórönnu Ólafsdóttur og Ingibjörgu Lindu Sveinbjörnsdóttur.

Ljósmyndir: Þorkell Þorkelsson, ljósmyndari Landspítalans, og starfsmenn A7.

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 tveimur skoðunarmönnum.

Í stjórn félagsins: 3 stjórnarmenn og 1 varamaður.
Í 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 17. september 2020.

Framboð tilkynnist til kjörnefndar á netfangið:
kjornefnd@hjukrun.is

Framboðsfrestur er til 13. ágúst 2020



„Allir lögðu sig fram við að læra nýja dansinn“

— Hjúkrunarfræðingar í framlínunni á tímum covid-19

„Þessi tími er svo óraunverulegur og mér líður stundum eins og ég sé stödd í bíómynd,“ segir Sólveig Gylfadóttir, en hún er einn af fjöldamörgum hjúkrunarfræðingum sem staðið hafa í framlínunni undanfarið vegna kórónufaraldursins, eða covid-19. Það er óhætt að segja að miklar breytingar hafi orðið á daglegum verkefnum fjöldamargra heilbrigðisstarfsmanna en Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga auglýsti eftir reynslusögum hjúkrunarfræðinga sem staðið hafa í framlínunni til að fá innsýn í áður óþekkt starfsumhverfi og reynslu.



Sólveig Gylfadóttir, hjúkrunarfræðingur á smitsjúkdómadeild Landspítala.

Samhugur í verki og vilji til að leggja sitt af mörkum

Þrátt fyrir að ástand undanfarinna vikna hafi tekið á marga þá er einkennandi samhugur í verki og vilji til að leggja sitt af mörkum. Frá því í marsbyrjun hefur starf Ás-
laugar Sölkú Grétarsdóttur, verkefnastjóra á heilbrigðisupplýsingasviði embættis landlæknis, meira og minna snúist um covid-19. „Við höfðum samband við þá sem greindust með covid-19, fórum með kerfisbundnum hætti yfir hvenær einkenni hófust, hverja þeir umgengust á þeim tíma sem þeir hefðu getað verið smitandi og settum þá einstaklinga í sóttkví. Þetta gátu verið löng og flókin símtöl og mikilvægt var að velta upp álitamálum með teyminu. „Það er aðdánarvert hvað fólk brást vel við símtölum frá okkur í rakningateyminu, bæði þeir sem voru að komast að því að þeir voru smitaðir, sem og þeir sem þurftu að fara í sóttkví. Við vorum að hringja í fólk með íþyngjandi kröfur um einangrun og sóttkví en var nánast alltaf mætt með skilningi og þakklæti fyrir okkar störf,“ segir Áslaug Salka.



Erla Björnsdóttir, mannauðsráðgjafi fræðslu og starfsþróunar og hjúkrunarfræðingur á Sjúkrahúsinu á Akureyri.

Við vorum að setja okkur í hættu með því að sinna þessu fólki, og maður hefur það alltaf á bak við eyrað hversu mikilvægt það er fyrir okkur að huga því sérstaklega vel að hlífðarbúnaði og hreinlæti. Þetta hefur einnig haft töluverð áhrif á líf manns utan vinnunnar.“



Áslaug Salka Grétarsdóttir, verkefnastjóri á heilbrigðisupplýsingasviði embættis landlæknis.

Erla Björnsdóttir, mannauðsráðgjafi fræðslu og starfsþróunar og hjúkrunarfræðingur á Sjúkrahúsinu á Akureyri, segir óvissu hafa ríkt á þessum tíma sem hafi kallað á skjót viðbrögð, enda hafi ákvarðanir breyst frá degi til dags, en hún var lykilstarfsmaður viðbragðsstjórnar sjúkrahússins á Akureyri vegna covid-19. „Það gat verið erfitt að líta í öll horn á slíkum hraða, og ákvarðanir sem teknar voru í dag gátu verið breyttar á morgun,“ segir hún. Þrátt fyrir að ástandið hafi verið eins grafalvarlegt og það var hefur Ólöf Sólrún Vilhjálmssdóttir, hjúkrunarfræðingur á smitsjúkdómadeild A7 í Fossvogi, aldrei notið þess jafn mikið að vinna á spítalanum. „Við vorum að setja okkur í hættu með því að sinna þessu fólki, og maður hefur það alltaf á bak við eyrað hversu mikilvægt það er fyrir okkur að huga því sérstaklega vel að hlífðarbúnaði og hreinlæti. Þetta hefur einnig haft töluverð áhrif á líf manns utan vinnunnar, en til að mynda þurfti ég að takmarka heimsóknir mínar til fólksins í kringum mig til muna,“ segir hún. Ástandið hafi sannarlega tekið á, jafnt andlega sem líkamlega, og hún viðurkennir það að hafa grátið reglulega vegna aðstæðnanna. „Það er þó engin skömm í því þar sem við erum jú öll mennsk og þetta fylgir bara þessu starfi.“

Thelma Rut Bessadóttir, 4. árs nemandi á smitsjúkdómadeild Landspítala, segist vera afar þakklát fyrir þann hlífðarbúnað sem við höfum, „og ég viðurkenni það að ef við hefðum ekki þennan hlífðarbúnað myndi ég ekki sinna þessum skjólstæðingum,“ en Thelma er barnshafandi að sínu öðru barni. „Þar sem ég er gengin nokkuð á leið var ég alls ekki viss fyrst hvort ég ætlaði yfirhöfuð að taka þátt í hjúkrun þessara skjól-

stæðinga vegna þess að ég vissi í raun ekkert hvernig þessi veira getur haft áhrif á meðgöngu.“

Það hefur tekið á margan að klæðast hlífðarbúnaði til lengri tíma og ekki hvað síst hefur það tekið á andlegu hliðina, segir Ólöf. Sólveig tekur í sama streng og segir: „Mér finnst það reyna mikið á að vera manneskjuleg í þessum hlífðarfatnaði og geta ekki haldið í hönd á sjúklingnum mínum án þess að vera í hanska þegar ég reyni að sýna honum stuðning og samhygd,“ segir Sólveig.

Mun hjúkrun breytast í kjölfar covid-19?

En hvað tekur svo við? Mun hjúkrun breytast til frambúðar? „Í raun ekki þar sem við erum jú að sinna grunnþörfum einstaklinganna núna jafnt og áður,“ segir Thelma Rut. „Það sem mér finnst að eigi ef til vill eftir að breytast í kjölfar þessa faraldurs er að meiri samvinna verður eflaust milli deilda og það eykur líkur á að sjúklingurinn fái betri þjónustu.“ Ólöf tekur í sama streng: „Hjúkrun mun alltaf vera eins í grunninn, þ.e. að sýna umhyggju og hjúkra veiku fólki og veita því þá aðstoð sem þörf er á.“ Hún telur aftur á móti að fólk muni almennt kunna að meta hjúkrun og störf hjúkrunarfræðinga betur en það gerði áður. „Það áttar sig jafnvel betur á hvað það er sem felst virkilega í starfi hjúkrunarfræðinga á hverjum einasta degi,“ segir Ólöf.

„Hjúkrun er í stöðugri þróun. Ég er ekkert viss um að þessi faraldur valdi einhverri stökkbreytingu í hjúkrun sem slíki þó

ég voni að við munum áfram eftir því hve mikilvægt er að vinna saman út fyrir stofnanir. Þetta hefur sýnt okkur hversu sterk við getum verið ef við stöndum saman,” segir Hrafnhildur Lilja Jónsdóttir, sérfræðingur í bráðahjúkrun og kennslu og þjálfunarstjóri deildar mennta og vísinda á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Snemma í ferlinu fengu þær Rut Guðbrandsdóttir sýkingavarnahjúkrunarfræðingur og Hrafnhildur Lilja það verkefni að skrifa viðbragðsáætlun covid-19 fyrir Sjúkrahúsið á Akureyri. „Það var bara eins og það hefði verið sett nýtt lag á fóninn sem allir lögðu sig fram við að læra dansinn við. Allir lögðu sig fram við að dansa í takt og samvinna allra þessara aðila passaði upp á að allir á ballinu vissu hvaða lag væri í spilun,” segir Hrafnhildur Lilja.

„Það var bara eins og það hefði verið sett nýtt lag á fóninn sem allir lögðu sig fram við að læra dansinn við. Allir lögðu sig fram við að dansa í takt og samvinna allra þessara aðila passaði upp á að allir á ballinu vissu hvaða lag væri í spilun,” segir Hrafnhildur Lilja.



Ólöf Sólrún Vilhjálmsdóttir, hjúkrunarfræðingur á smitsjúkdómadeild A7.

Rut segir þetta hafa verið stórt verkefni sem vatt upp á sig og nánast ekkert annað en undirbúningur fyrir covid-19 komst að. „Á þessum tíma hefur verið í gríðarlega mörg horn að líta því sýkingavarnir koma nánast alls staðar að í ferlinu,” segir Rut, en hún er eini sýkingavarnahjúkrunarfræðingurinn á Sjúkrahúsinu á Akureyri. „Þó að hugað hafi verið að sýkingavörnum fyrir faraldurinn þá tel ég að heilbrigðisstarfsfólk muni eftir þennan tíma taka meira til sín hve þáttur sýkingavarna er mikilvægur í hjúkrun. Einnig hve mikilvægt er að starfsmenn upplifi sig örugga í starfi,” segir Rut jafnframt.

Teymisvinna er lykilorðið

Áslaug Salka telur að þessi faraldur sýni að hjúkrunarfræðingar séu enn nauðsynlegri en almenningur og stjórnvöld hafi gert sér grein fyrir hingað til. „Fýsisk viðvera hjúkrunarfræðinga er svo mikilvæg í meðferð þeirra mest veiku. Það mun ekki breytast í bráð. Hins vegar held ég að þessi faraldur sýni einnig hversu mikilvægir hjúkrunar-



Rut Guðbrandsdóttir sýkingavarnahjúkrunarfræðingur.



Hrafnhildur Lilja Jónsdóttir, sérfræðingur í bráðahjúkrun.



Laufey Steindórsdóttir, bráðahjúkrunarfræðingur í bakvarðasveit.



Hrafnhildur Lilja Jónsdóttir, sérfræðingur í bráðahjúkrun og kennslu og þjálfunarstjóri deildar mennta og vísinda á Sjúkrahúsinu á Akureyri.

fræðingar eru í skipulagningu og undirbúningi viðbragða heilbrigðisstofnana,” segir hún.

Frá því að fyrsta covid-tilfellið greindist hefur fjarheilbrigðisþjónusta aukist verulega. Erla telur að hjúkrunarfræðingar muni taka meiri þátt í fjarheilbrigðisþjónustu og að þar muni reynsla og þekking hjúkrunarfræðinga nýtast vel. Að mati Áslaugar Sölku er teymisvinna lykilorð í þessum samhengi. Allar heilbrigðisstéttir sinni fjarheilbrigðisþjónustu en hjúkrunarfræðingar ættu að vera í lykilhlutverki í skipulagningu og utanumhaldi á henni. „Hjúkrunarfræðingar eru lykillinn að fjarheilbrigðisþjónustu.“

„Hjúkrunarfræðingar eru nefnilega alltaf til taks, burtséð frá því hvort heimsfaraldur er í gangi eða ekki. Fólk glímir jú við veikindi af ýmsum toga allt árið um kring, hvort sem það er á sunnudegi, helgidögum eða á öllum öðrum dögum ársins. Já, við erum nefnilega það mögnuð og ómissandi starfsstétt!“

„Við lifum svo sannarlega sögulega tíma og ég hef aldrei verið jafn stolt og hreykin af því að vera hjúkrunarfræðingur eins og núna. Það hefur verið mögnuð reynsla að fá að leggja sitt af mörkum í baráttunni við faraldurinn og finna að maður er að sinna gífurlega mikilvægu og þörfu starfi á degi hverjum,” segir Ólöf. „Hjúkrunarfræðingar eru nefnilega alltaf til taks, burtséð frá því hvort heimsfaraldur er í gangi eða ekki. Fólk glímir jú við veikindi af ýmsum toga allt árið um kring, hvort sem það er á sunnudegi, helgidögum eða á öllum öðrum dögum ársins. Já, við erum nefnilega það mögnuð og ómissandi starfsstétt!“ segir Ólöf.

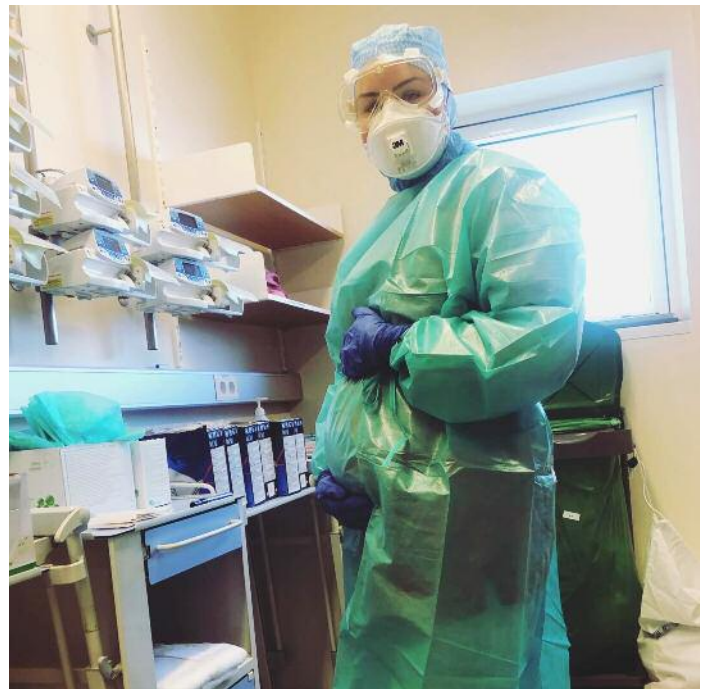
„Eins fordæmalaus og þessi tími er þá er hann mjög lærdómsríkur,“ segir Erla. „Verkefnin eru mjög mörg, reyna mikið á, en það er ótrúlega lærdómsríkt og gefandi að sjá hvað gerist þegar allir leggjast á eitt og vinna saman í spítalajónustunni, innan — sem og utan. Það er besti lærdómurinn, allir í keðjunni eru jafn mikilvægir og ég er þakklát fyrir alla í keðjunni.“

Þakklæti og aftur þakklæti

Þakklæti er greinilega ofarlega í huga margra hjúkrunarfræðinga þegar sér nú fyrir endann á þessu fordæmalausum tímabili. „Ég er þakklát fyrir að vera partur af þessu tímabili,“ segir Thelma. „Samvinna er eitthvað sem ég sé mikið af þessa dagana, allir eru í tilbúningi til þess að vinna saman að því að komast í gegnum þetta ástand. Oft hef ég verið stolt af því að vera að mennta mig inn í þessa stétt en í dag er ég 100% viss um að ég valdi rétt þegar ég tók ákvörðun að skrá mig í hjúkrunarfræði. Að sjá samstarfsfélaga mína leggja allt á sig til þess að auðvelda skjólstæðingum og samstarfsfólki að komast í gegnum þetta tímabil er eitthvað sem ég mun búa að alla mína tíð. Ég neita því ekki að þetta eru krefjandi og erfiðir tímar þar sem gott er að hafa góðan stuðning bæði í vinnu og heima fyrir því þetta tekur á andlega. Mér gengur vel að takast á við breyttar vinnu- aðstæður og tel þetta munu eiga góðan þátt í því hvernig hjúkrunarfræðingur ég verð í framtíðinni,“ segir Thelma. „Eitt sinn hjúkrunarfræðingur, ávallt hjúkrunarfræðingur,“ segir Laufey Steindórsdóttir bráðahjúkrunarfræðingur en hún skráði sig í bakvarðasveit eftir tíu ára hlé frá hjúkrunarstörfum. „Nú er rétti tíminn til að leggja hönd á plóg. Stöndum saman og munum eftir að hver og einn skiptir máli. Við erum öll að fylgja hvert öðru heim.“

„Það hefur verið ótrúlega mikilvægur þáttur í þessu ferli að finna fyrir þeim gríðarlega mikla stuðningi sem almenningur og þjóðin öll hefur sýnt okkur og framlínunni á þessum erfiðu tímum. Ég skynja svo sterkt að við erum öll í þessu saman. Samtakamáttur samfélagsins gegn þessum faraldri er svo fallegur.“

Þakklæti og stolt er efst í huga Erlu. „Ég er þakklát fyrir þríeykið í framlínunni, Ölmú, Víði og Þórólf, ég er þakklát fyrir teymið mitt í viðbragðsstjórn Sjúkrahússins á Akureyri og þakklát fyrir alla starfsmennina sem leggjast á eitt. Svo er ég stolt af því að vera hjúkrunarfræðingur. Við erum mikilvæg stétt og sýnum hvers við erum megnug alla daga.“ Ólöf tekur í sama streng. „Það hefur verið ótrúlega mikilvægur þáttur í



Thelma Rut Bessadóttir, 4. árs nemandi á smitsjúkdómadeild Landspítala.

þessu ferli að finna fyrir þeim gríðarlega mikla stuðningi sem almenningur og þjóðin öll hefur sýnt okkur og framlínunni á þessum erfiðu tímum.“ Og þakklæti er ofarlega í huga Áslaugar Sölku. „Mér finnst mikilvægast að nálgast verkefnin mín með þakklæti. Ég skynja svo sterkt að við erum öll í þessu saman. Samtakamáttur samfélagsins gegn þessum faraldri er svo fallegur.“ Sólveig segist sömuleiðis vera ómetanlega þakklát fyrir alla þá reynslu sem hún hefur öðlast í kringum það að hafa unnið svona mikið með þennan nýja sjúkdóm og þakklát fyrir styrk og hvatningu frá samstarfsfélögum og samfélaginu.



ANIOS sóttgreinsiefni

Alhliða lausnir á sviði sóttgreinsunar fyrir heilbrigðisstofnanir

- Til þrifa og sóttgreinsunar á öllum sviðum
- Hreinsun á höndum, á yfirborði, áhöldum og tækjabúnaði
- Efni sem fara vel með umhverfi og yfirborð
- Öflug verkun á skömmum tíma



Þjóðum upp á faglega þjónustu við val og kennslu á notkun og verkun efnanna

Anios hefur í rúm 100 ár verið í fararbroddi í þróun og framleiðslu á sóttgreinsivörum ætluð heilbrigðisstofnunum og skurðstofum. Anios leggur mikla áherslu á að framleiðsla og prófanir standist evrópska staðla og verkferla í sóttgreinsun og hreinlæti og vinnur náið með leiðandi rannsóknastofum og háskólum víðsvegar í Evrópu.



Smitsjúkdómar í áranna rás

— Christer Magnusson

Nú þegar heimsfaraldur geisar er tækifæri til að minna á að smitsjúkdómar hafa fylgt okkur alla tíð. Félagsleg og hagfræðileg áhrif hafa sett sín spor á heimssöguna. Eftir að bólusetningar og sýklalyf komu til sögunnar hafa aðrir sjúkdómar orðið meira í brennidepli en smit milli manna er áfram stórt heilbrigðisvandamál og ekki síst þar sem samgöngur hafa stóraukist. Christer Magnusson rifjar upp nokkrar pestir sem herjað hafa á mannkynið. Sumar þeirra eru nú gleymdar en kannski ekki alltaf alveg geymdar.

Helmingur landsmanna féll í svartadauða

Svartidaudi, kannski best þekkti faraldur sögunnar, herjaði í Evrópu um miðja fjórtándu öld en kom fyrst til Íslands 1402. Fræðimenn telja að í það minnsta um helmingur íbúa Íslands hafi látist af völdum hans þá. Pestin kom svo aftur tæpri öld síðar og var jafn skæð þá. Hagfræðiáhrifin munu hafa verið gífurleg en mörg býli lögðust í eyði og fiskútflutningur stórminnkaði. Sökudólgurinn er bakterían *Yersinia pestis*. Vegna verslunartengsla við Asíu varð pestin mjög slæm á Ítalíu en hugsanlega hafa þrír fjórðu íbúa látist þar. Frægar eru grímurnar sem lækna fóru að bera og við notum nú á grímuböllum. Svartidaudi hefur líklega verið álíka smitandi og covid-19 en í báðum sjúkdómum er stutt á milli smits og veikinda.

Reyndar á *Yersinia pestis* líklega sök á flestum andlátum í sögu smitsjúkdóma í heiminum. Á árunum 541–542 gekk slík pest yfir Tyrkland og Austur-Miðjarðarhafssvæðið og kom svo aftur í bylgjum næstu tvö hundruð árin. Talið er að látist hafi allt að 50 milljónir þessi ár og hugsanlega 200 milljónir í svartadauða á fjórtándu og fimmtándu öld. Tala látinna í þessum tveimur faröldrum á miðöldum gæti því verið allt að 250 milljónir. Áhrif þessara faraldra á sögu Evrópu hafa verið gífurleg.

Bólusetning fyrst notuð við bólusótt

Bólusótt var mjög skæður sjúkdómur af völdum veirunnar *Variola*. Dánartíðnin var mjög há og margir þeirra sem lifðu af urðu alsettir örum. Veikin hefur nokkrum sinnum náð til Íslands, sérstaklega 1707–1709 þegar um 17.000 manns létust. Í Evrópu lést fjöldi manns árlega og smám saman byggðist upp ákveðið hjarðónæmi, jafnvel áður en byrjað var að bólusetja. Orðið bólusetning vísar til þess að aðferðin var fyrst notuð við bólusótt. Enska orðið vaccination er komið til af því að upphaflega var notaður vessi úr kúabólu sem er skyldur sjúkdómur í kúm og myndar ónæmi fyrir bólusótt. Latneska orðið *vaccinus* þýðir „úr kúm“. Sjúkdómurinn var óþekktur í Ameríku áður en hvíti maðurinn kom þangað og því ekkert ónæmi til staðar. Gert

Sjúkdómurinn var óþekktur í Ameríku áður en hvíti maðurinn kom þangað og því ekkert ónæmi til staðar. Gert er ráð fyrir að um 90% af frumbyggjum Ameríku hafi látist úr bólusótt og hún þannig aðstoðað nýlendumenn við að leggja undir sig heimsálfunna.

er ráð fyrir að um 90% af frumbyggjum Ameríku hafi látist úr bólusótt og hún þannig aðstoðað nýlendumenn við að leggja undir sig heimsálfuna. Sjúkdómurinn telst endanlega horfinn síðan 1977 eftir stóráttak Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar.



Sjúklingar með svartadauða. — Mynd frá Wikipedia.

Sullaveiki var útbreiddur sjúkdómur í íslenskum sveitum

Sullaveiki var mjög útbreiddur sjúkdómur á sveitabæjum en er nú talinn upprættur á Íslandi. Latneska heitið er *echinococcosis* og skaðvaldurinn er bandormur af nokkrum tegundum. Egg ormsins berast úr hundum og sauðfé en orma er helst að finna í lifrinni og stundum í lungum og heila. Þar myndast vökvablöðrur sem eru kallaðar sullur. Stórt áttak var gert seinnipart nítjándu aldar við að kenna og upplýsa bændur og halda hundum frá við slátrun og stórminnkaði það nýgengi sjúkdómsins. Orminum hefur þó ekki verið útrýmt og geta því tilfelli komið upp ef hreinlætis er ekki gætt.

Hold sveiki var landlægur sjúkdómur í nokkrar aldir

Annar sjúkdómur, sem var landlægur á Íslandi í nokkrar aldir, er holdsveiki. Byrjað var að takast á við hann að krafti á sama tíma og baráttan hófst við sullaveiki. Meinvaldurinn er bakterían *Mycobacterium leprae* en hún er í sömu ætt og berklabakterían. Hún er ekki bráðsmítandi og meðgöngutíminn er talinn í árum. Sjúkdómurinn veldur skemmdum í taugum og á útlimum, t.d. á fingrum, og andliti, t.d. nefi. Auðvelt var því að sjá hverjir voru veikir og voru þeir útskúfaðir og settir í einangrun. Fyrir tilstilli Oddfellow-reglunnar í Danmörku var 1898 reistur holdsveikraspítali í Laugarnesi og var holdsveikum safnað saman um allt land og þeir sendir í Laugarnes. Þangað kom frá Danmörku Christophine Bjarnhéðinsson, fyrsta lærða hjúkrunarkonan á Íslandi og síðar formaður Félags

íslenskra hjúkrunarkvenna. Í Laugarnesi var veitt hjúkrun og meðferð eftir föngum og fjörutíu árum seinna voru mjög fáir holdsveikir eftir á Íslandi.

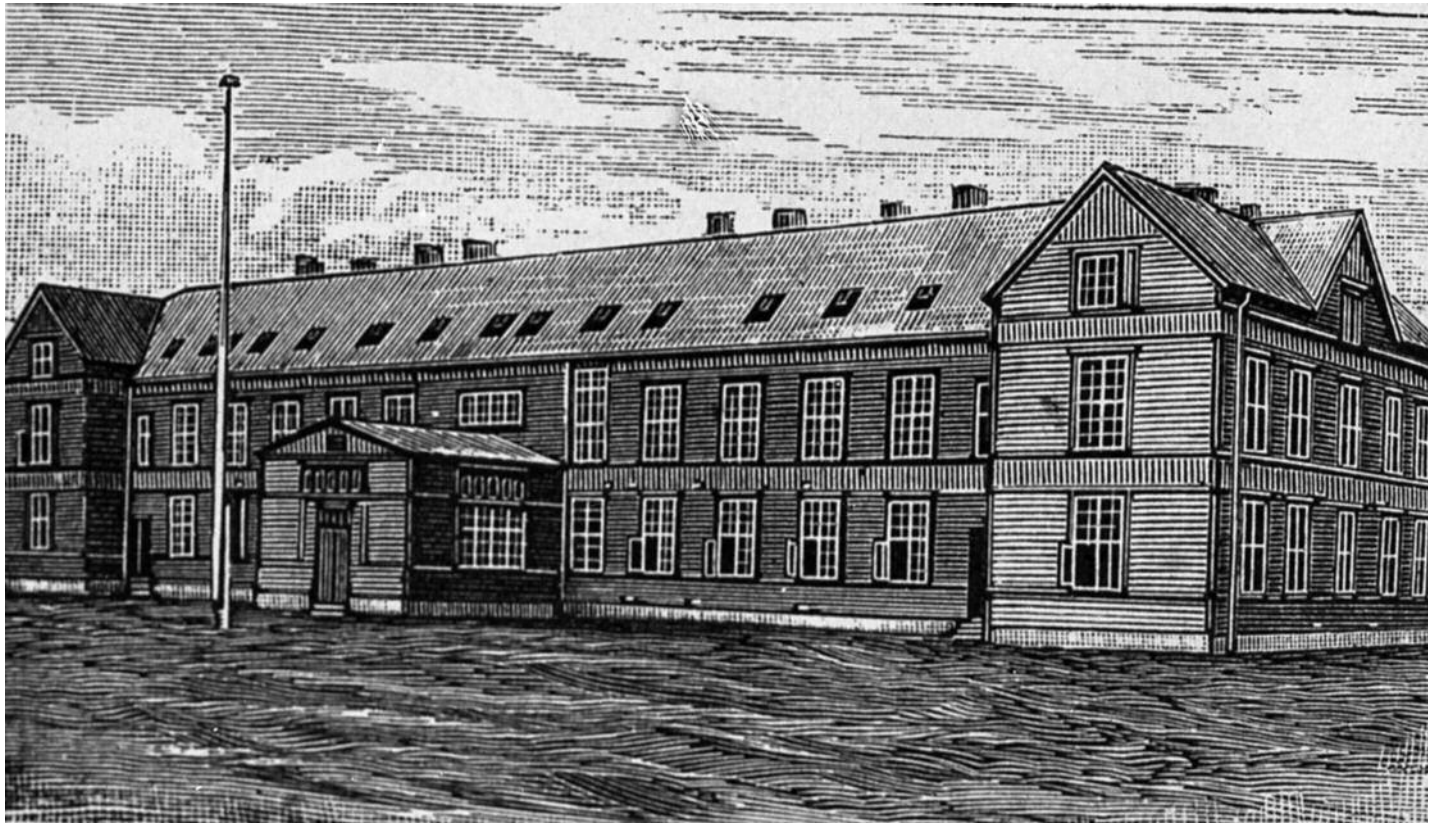
Spænska veikin talin hafa borist með bandarískum hermönnum

Hold sveiki olli ekki faraldri en tuttugu árum eftir að Laugarnesspítali var byggður kom annar mjög skæður faraldur til Íslands. Sjúkdómurinn fékk nafnið spænska veikin þó að talið sé að hann hafi átt upptök sín í Bandaríkjunum og komið til Evrópu með bandarískum hermönnum. Ítarlega hefur verið fjallað um þennan faraldur í Tímariti hjúkrunarfræðinga. Á heimsvísu létust um 50 milljón manns 1918–1919. Spænska veikin var óvenjuskæð flensa en influensa hefur lengi verið árlegur viðburður.

Svokölluð svínaflensa, sem herjaði 2009, var af sömu undirtegund og spænska veikin, en meinvaldar Hong Kong-flensunnar 1968–1970 og Asíu-flensunnar 1957–1958 voru aðeins öðruvísi veirur. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin mælir nú gegn því að heimsfaröldrum séu gefin nöfn eftir staðarheitum þannig að allar þessar flensur hafa nöfn sem vísa í veiruafrbrigði og stundum ártöl, líkt og covid-19.

Á sama tíma og byrjað var að taka holdsveiki föstum tókum áttuðu menn sig á að gera þurfti það sama við annan bakteríusjúkdóm. Sama ár og Laugarnesspítali tók til starfa kom út bæklingur um berklaveiki og fimm árum seinna voru sett lög um sjúkdóminn og í framhaldinu reglugerð með ýmsum ákvæðum um hreinlæti og einangrun.

Á sama tíma og byrjað var að taka holdsveiki föstum tókum áttuðu menn sig á að gera þurfti það sama við annan bakteríusjúkdóm. Sama ár og Laugarnesspítali tók til starfa kom út bæklingur um berklaveiki og fimm árum seinna voru sett lög um sjúkdóminn og í framhaldinu reglugerð með ýmsum ákvæðum um hreinlæti og einangrun. Byggð voru berklahæli og smám saman fjölgaði meðferðarúrræðum þó að lyf gegn *Mycobacterium tuberculosis* hafi ekki komið að gagni fyrr en upp úr 1940. Menn telja að berklar hafi verið til á Íslandi frá landnámi en að sjúkdómurinn hafi verið frekar fátíður þangað til fólk fór að búa þröngt í þorpum og sjávarplássum. Frá um 1880 og fram undir 1940 má tala um faraldsfræðilega útbreiðslu þó að aukninguna megi að einhverju leyti rekja til bættrar skráningar. Um 1930 voru um 20% dauðsfalla vegna berklaveikinnar. Berklastöð Líknar frá 1919 (rekin af hjúkrunarkonum), ný berklaverndarlög 1921 og endurskipulagning berklavarna 1935 áttu stóran stóran þátt í að hægja á og smám saman stöðva útbreiðsluna.



Hóldsvéikraspítalinn í Laugarnesi. — Mynd frá Wikipedia.

Þegar yfirstandandi covid-faraldur hefur rénað höfum við lært margt nýtt um hvernig veirur hegða sér og getum vonandi nýtt þessa þekkingu til þess að vera betur undirbúin næst. Þó að okkur takist að búa til bóluefni við þessari sótt þá munu koma nýjar sóttir. Því megum við ekki sofna á verðinum.

Bakteríusýkingar eins og kólera valda núorðið síður heimsfaröldrum þó að þær geti verið landlægar. Í staðinn hafa komið fram nýjar veirusýkingar. Upp úr 1980 greindist veira sem svo fékk nafnið HIV. Hún eyðileggur ónæmiskerfið og veldur smám saman alnæmi en nú hafa 32 milljónir manna látist af völdum sjúkdómsins. Hann er ólæknanlegur og ómeðhöndlaður leiðir hann til dauða en nú eru til lyf sem halda veirunni í skefjum. Fyrir tæpum tuttugu árum kom svo fram stuttur heimsfaraldur kallaður SARS og tíu árum seinna annar undir heitinu MERS. Báðir þessir sjúkdómar eru af völdum kórónuveira eins og covid-19.

Mislingar bráðsmitandi veirusjúkdómur

Mislingar eru vel þekktur veirusjúkdómur sem nánast hefur tekist að útrýma í Evrópu og ætti að vera hægt að útrýma á heimsvísu. Á seinni árum hefur tilfellum því miður fjölgað þar sem æ fleiri foreldrar telja það óþarfa eða óæskilegt að láta bólusetja börnin sín. Mislingar eru bráðsmitandi og því þarf mikið hjarðónæmi til þess að koma í veg fyrir útbreiðslu en það gerðist til dæmis á Íslandi í fyrra að mislingar smituðust út fyrir fjölskyldu. Mislingaveiki veldur langverandi truflun á ónæmiskerfinu og gæti því mislingasmit hugsanlega verið áhættuþáttur fyrir covid-19.

Þegar yfirstandandi covid-faraldur hefur rénað höfum við lært margt nýtt um hvernig veirur hegða sér og getum vonandi nýtt þessa þekkingu til þess að vera betur undirbúin næst. Þó að okkur takist að búa til bóluefni við þessari sótt þá munu koma nýjar sóttir. Því megum við ekki sofna á verðinum.

BLEIKU HANSKARNIR

- bjarga viðkvæmum höndum

Þessir vinsælu nítril hlífðarhanskar eru húðaðir með AlloGel, latexfríir og hafa reynst mjög vel þeim sem hafa ofnæmi eða viðkvæmar hendur og þeim sem þurfa að nota hanska lengi. Bleiku hanskarnir henta vel til meðhöndlunar á lyfjum og fjölda kemískra efna.



Í Rekstrarlandi fæst úrval af hjúkrunar- og rekstrarvörum fyrir heilbrigðisstofnanir, heilsugæslu og hjúkrunar- og dvalarheimili. Þar á meðal eru gæðavörurnar frá danska framleiðandanum Abena sem margar eru svansvottaðar og hafa reynst mjög vel, t.d. grísur, undirlegg, þvaglekavörur, hanskar og húðvörur. Í Rekstrarlandi erum við ennfremur með ýmis sérhæfð tæki og mæla.

Sérfræðingar okkar veita faglega aðstoð við innkaup og pöntun.

OPIÐ ALLA
VIRKA DAGA
KL. 8-17

„Hjúkrunarfræðingar eru og hafa verið hryggjarstykkið í heilbrigðiskerfinu“

segir Sólveig Sverrisdóttir, hjúkrunardeildarstjóri covid-19-göngudeildarinnar

Þegar kórónufaraldurinn, covid-19, var í hámarki var hringt í um 600 manns á dag og allt að 20 manns komu á dag á covid-19-göngudeildina sem komið var upp í kjölfar fjölgunar smita. Göngudeildin var með aðstöðu í húsinu Birkiborg á lóð Landspítala í Fossvogi og veitti Sólveig Hólmfríður Sverrisdóttir hjúkrunardeildarstjóri göngudeildinni forstöðu.

Hjúkrunarfræðingar tóku forystu

Í upphafi faraldursins hringdu smitsjúkdómalæknar og hjúkrunarfræðingar á göngudeild smitsjúkdóma í smitaða einstaklinga. „Við á göngudeildinni minni komum snemma að þeirri vinnu sem vatt hratt upp á sig eftir því sem smitum fjölgaði. Hjúkrunarfræðingar tóku fljótt forystu í þessari vinnu og tók ég að mér skipulag hennar. Í framhaldinu var ákveðið að koma upp aðstöðunni í Birkiborg og þá varð ekki aftur snúið. Lá því beinast við að ég tæki það að mér líka,“ segir Sólveig.

Úthringingaver hjúkrunarfræðinga

Covid-göngudeildin var í upphafi símaver þar sem hjúkrunarfræðingar hringdu í smitaða með covid-19. Þar er veitt gríðarlega mikilvæg hjúkrun þar sem andlegir og líkamlegir þættir eru metnir eftir sérstöku kerfi sem var skipulagt af læknum og hjúkrunarfræðingum eftir því sem sjúkdómnum vatt fram og einkennum fjölgaði, segir Sólveig. Í símtölunum mátu hjúkrunarfræðingar andlegt og líkamlegt ástand sjúklings og sendu áfram til læknis eða í sálsgæslu hjá prestum og geðteymi spítalans ef þörf var á. Læknir tók ákvörðun um hvort sjúklingur kæmi til frekara mats og meðferðar í Birkiborg, að sögn Sólveigar.

Stöðufundur var klukkan 9 á hverjum morgni þegar mest var. Síðan hófust hringingarnar og metið var hvort þyrfti að hringja daglega eða sjaldnar. Fljótlega kom í ljós að andleg líðan fólks var misjöfn, segir Sólveig, og hringt var oftár í þá sem sýndu merki um kvíða og andlega vanlíðan.

Sérstaklega hlúð að andlegri líðan fólks

Fyrst voru teknar í notkun fjórar skoðunarstofur á neðri hæð hússins en síðan var ákveðið að bæta efri hæðinni við. Á efri hæðinni var sett upp nokkurs konar dagdeildarstofa með meðferðarstólum þar sem skjólstæðingar deildarinnar gátu verið meðan þeir biðu eftir niðurstöðum úr rannsóknum, fengu vökva í æð og þess háttar. Deildin hafði sjö skoðunarstofur auk dagdeildarherbergis. Stöðufundur var klukkan 9 á hverjum morgni þegar mest var. Síðan hófust hringingarnar og metið var hvort þyrfti að hringja daglega eða sjaldnar. Fljótlega kom í ljós að andleg líðan fólks var misjöfn, segir Sólveig, og hringt var oftár í þá sem sýndu merki um kvíða og andlega vanlíðan.



Sólveig H. Sverrisdóttir, hjúkrunardeildarstjóri covid-19-göngudeildar Landspítalans. Ljósmynd/Landspítalinn.

an. „Allir fengu símanúmer sem þeim var uppálagt að hringja í ef eitthvað breyttist, og reyndist vera mikið öryggi í því. Í Birkiborg var tekið á móti sjúklingum frá 8 á morgnana til 11 á kvöldin og þegar mest var komu 18 sjúklingar sama daginn. Hver heimsókn tók ekki minna en eina klukkustund,“ segir Sólveig.

„Já, við erum bæði að draga úr starfseminni í hringingunum og á Birkiborg. Við getum ekki lokað alveg og þurfum að hafa áætlun um hvernig við keyrum starfið upp aftur ef smitum fjölga, sú áætlun er til. Fyrirhugað er að nota húsnæðið og hugmyndafræðina áfram við meðhöndlun annarra sjúkdóma.“

Göngudeildin er við öllu búin

Að sögn Sólveigar var álagið vel viðráðanlegt og þess vegna hafði deildin allgóða stjórn á flæðinu inn á spítalann. „Okkar tilfinning er sú að vegna þessa skipulags hafi sjúklingar sem

lögðust inn ekki verið eins veikir og víða erlendis, t.d. þegar þeir lögðust inn á gjörgæslu.“ Nú þegar hægt hefur verulega á kórónufaraldrinum hefur smátt og smátt verið dregið úr starfsemi deildarinnar. „Já, við erum bæði að draga úr starfseminni í hringingunum og á Birkiborg. Við getum ekki lokað alveg og þurfum að hafa áætlun um hvernig við keyrum starfið upp aftur ef smitum fjölga, sú áætlun er til. Fyrirhugað er að nota húsnæðið og hugmyndafræðina áfram við meðhöndlun annarra sjúkdóma,“ segir Sólveig.

Kraftaverkafólk á deildinni

Sólveig hrósar sínu starfsfólki í hástert og talar um kraftaverkafólk í því sambandi sem lýsti því best að frá fyrsta degi hafi allir verið tilbúnir að leggja allt frá sér til að taka þátt í þessu verkefni. Setningin: „Nei, þetta er ekki hægt,“ heyrðist aldrei. „Starfsfólkið á covid-göngudeildinni skapaði verklagið kringum vinnuna eftir því sem starfinu vatt fram. Mjög góður andi var frá fyrsta degi og sérstaklega ánægjulegt að taka þátt í og stýra þessu verkefni.“



Mikið álag hefur verið á starfsfólki deildarinnar síðustu vikur en allir stóðu sig með mikilli þrýði og hafa unnið þrekvirki á covid-19-tímum. Ljósmynd/Landspítalinn.

Enginn smitast af starfsfólki deildarinnar

Starfsfólk deildarinnar þurfti að sjálfsgöðu að klæðast viðeigandi hlífðarfatnaði við störf sín, hvernig gekk það? „Já, það er rétt, starfsfólkið í Birkiborg þurfti að vera í hlífðarbúnaði. Þetta er mjög óþægilegur klæðnaður, þungt og heitt. Það sem líka er áhugavert við hlífðarbúnaðinn er samskiptin við sjúklingana sem verða svipbrigðalaus og ópersónuleg.“ En var Sólveig aldrei sjálf hrædd um að smitast eða hennar starfsfólk á deildinni? „Það kom nokkrum sinnum upp á Birkiborg að hjúkrunarfræðingar og læknar héldu að þeir væru komnir með covid-19. Þá var sent sýni og viðkomandi fór í sóttkví þar til niðurstaða kom. Enginn greindist jákvæður sem betur fer.“

„Já, ég held að það hafi ekki komið hjúkrunarfræðingum á óvart að þeir mundu taka til hendinni í þessum faraldri. Það virðist samt vera að renna upp ljós fyrir ýmsum öðrum. Hjúkrunarfræðingar eru og hafa verið hryggjarstykkið í heilbrigðiskerfinu. Það verður ekki rekið án þeirra.“

Hjúkrunarfræðingar eru hryggjarstykkið

Sólveig segir að í faraldrinum hafi mikilvægi hjúkrunarfræðinga komið mjög skýrt í ljós. „Já, ég held að það hafi ekki komið hjúkrunarfræðingum á óvart að þeir mundu taka til hendinni í þessum faraldri. Það virðist samt vera að renna upp ljós fyrir ýmsum öðrum. Hjúkrunarfræðingar eru og hafa verið hryggjarstykkið í heilbrigðiskerfinu. Það verður ekki rekið án þeirra. Vonandi verður þetta til þess að hjúkrunarfræðingar verði metnir sem sú vel menntaða fagstétt sem hún er og launakjör endurspeglar það.“

Sólveig hefur starfað á Landspítala allar götur frá útskrift. „Ég er Landspítalakona, ég hef alltaf starfað þar og vil hvergi annars staðar vera.“ Hún hefur lengst af starfað sem deildarstjóri, fyrst á bæklunarskurðeild á Hringbraut sem síðan var flutt inn í Fossvog árið 2000. Þegar hrúnið kom var ákveðið að setja upp dagdeild á skurðlækningasviði en hún tók þátt í uppbyggingu hennar. „Ég var deildarstjóri á dagdeild A5 þar til ég tók við göngudeild skurðlækninga þar sem ég starfa nú,“ segir hún.

Langþráð hvíld fram undan

Sólveig er fædd og uppalin á Akureyri þar sem henni þótti gott að alast upp. Þar hafi alltaf verið gott veður þó svo allt væri á kafi í snjó. Hún stundaði sund af miklum móð og náði bara nokkuð góðum árangri. Hún átti mörg Akureyrarmet og æfði og keppti með landsliðinu í sundi um tíma. Eftir stúdentspróf frá MA flutti Sólveig til Reykjavíkur til að fara í háskólann. Hún er gift og á tvær dætur. Helsta áhugamál henna er handavinna og þá helst þrjónaskapur. Fjölskyldan er að koma sér upp sumararbústað þar sem hún sér fyrir mér fallega náttúru, útivist og enn þá meiri þrjónaskap. Í sumar hyggst hún taka til hendinni í bústaðnum og ferðast innanlands, og ekki síst að hvílast eftir langa vinnutörn. „Mig langar að lokum að þakka fyrir þetta tækifæri og ég held ég tali fyrir hönd allra sem tóku þátt í þessu verkefni. Stuðningur stjórnenda spítalans og það traust sem okkur var sýnt er ómetanlegt.“

Viðtal: Magnús Hlynur Hreiðarsson

Kveðjur til heilbrigðisstarfsfólks

með virðingu
og þakklæti



arionbanki.is



Seiglan, fagmennskan og samstaðan kom okkur í gegnum þetta

— Viðtal við Fjólu Bjarnadóttur hjúkrunardeildarstjóra

Sennilega er enginn dagur meira viðeigandi en 12. maí árið 2020 til að eiga samtál við Fjólu Sigríði Bjarnadóttur, deildarstjóra hjúkrunarheimilanna Eyrar á Ísafirði, Tjarnar á Þingeyri og Bergs í Bolungarvík, um þær aðstæður sem sköpuðust þegar heimsfaraldur covid-19 braut sér leið vestur á firði. Því í dag eru einmitt 200 ár frá fæðingu Florence Nightingale, hjúkrunarfræðings, vísindakonu og frumkvöðuls, sem með gagnreyndri þekkingu sýndi fram á veigamikinn þátt hreinlætis og sóttvarna í árangursríkri hjúkrun skjólstaðinga. En hreinlæti og sóttvarnir, tveir af grunnfærniþáttum hjúkrunar, hafa einmitt stuðlað að árangri í baráttunni við hinn skæða heimsfaraldur sem veldur covid-19-sjúkdómnum.



Fjóla Sigríður Bjarnadóttir, deildarstjóri hjúkrunarheimilanna Eyrar á Ísafirði, Tjarnar á Þingeyri og Bergs í Bolungarvík.

Ég byrja á því að óska Fjólu til hamingju með dag hjúkrunar og við erum sammála um að fordæmalausar aðstæður síðastliðna mánuði, sem hafa snúið samfélagi okkar á hvolf, hafa ekki aðeins vakið athygli á áratugagömlum rannsóknum og verkum Florence Nightingale heldur einnig varpað ljósi á óendanlegt mikilvægi hjúkrunar og hjúkrunarfræðinga.

Hefðbundnu hjúkrunarheimili breytt í covid-deild á tveimur dögum

Fjóla er Vestfirðingur og býr í Bolungarvík ásamt eiginmanni og tveimur börnum, en elsta barn þeirra er flutt að heiman. Hún hefur starfað á Heilbrigðisstofnun Vestfjarða, HVEST, frá árinu 2003, fyrst í aðhlynningu, þá sem sjúkraliði og svo hjúkrunarfræðingur og var meðal annars lengi aðstoðardeildarstjóri á hjúkrunarheimilinu Bergi. Frá því í janúar síðastliðnum hefur hún verið deildarstjóri hjúkrunarheimilanna þriggja sem samanlagt hafa 46 rými. Það er óhætt að segja að þessir fyrstu mánuðir í starfi hafi einkennst af annríki og óvæntum aðstæðum: „Já, mér finnst ég ekkert almennilega byrjuð í starfinu, það kemur alltaf eitthvað upp á! Ég vona að það verði ekki stöðugt svona krefjandi, eða það má að minnsta kosti mikið ganga á til að slá þessu ástandi við, þetta stóra verkefni sem höfum staðið frammi fyrir síðastliðnar vikur.“ Fjóla segir að þau hafi daglega staðið frammi fyrir stöðugum úrlausnarefnum og nýjum aðstæðum sem öllum var sinnt með það að leiðarljósi að leita lausna.

„Við hentum öllu venjubundnu deildarskipulagi út af borðinu og frá hádegi á laugardegi og til mánudagsmorguns bjuggum við til nýtt módel. Við sóttum okkur þær bjargir sem vantaði, hugsuðum í lausnum því að ofan á allt saman þá var mjög vont veður á þessum tíma þannig að það var erfitt um aðföng.“

Hjúkrunarheimilið Berg í Bolungarvík er hefðbundið hjúkrunarheimili með tíu rúmum sem var breytt í covid-deild á tveimur dögum: „Við hentum öllu venju-



bundnu deildarskipulagi út af borðinu og frá hádegi á laugardegi og til mánudagsmorguns bjuggum við til nýtt módel. Við sóttum okkur þær bjargar sem vantaði, hugsuðum í lausnum því að ofan á allt saman þá var mjög vont veður á þessum tíma þannig að það var erfitt um aðföng. Ég man mánudagsmorguninn þegar ég límdi síðasta límbandsborðann á gólfíð, sem aðskildi sóttmengað og hreint svæði, þá leit ég á starfsfólkið mitt og sagði: Og hér förum við úr klossunum!“ Fjóla segir að ekkert af þessu hefði verið hægt ef ekki væri fyrir traustan stuðning frá yfirmönnum á HVEST: „Ég hringdi og sagðist þurfa hjálp og svarið sem ég fékk var: Hvað þarftu Fjóla? Oft heyrir maður talað um litlar stofnanir úti á landi, en við þessar aðstæður hefur komið berlega í ljós hve mikil fagmennska er ríkjandi hér fyrir vestan. Það er mikill kraftur í öllum og gríðarlega öflugt bakland sem ég bý að í yfirstjórninni, Gylfa forstjóra, Hildi Elísabetu framkvæmdastjóra hjúkrunar, Súsonnu umdæmislækni sóttvarna og fleiru góðu fólki. Til dæmis þegar allt starfsfólkið var farið út af Bergi vegna veikinda eða í sóttkví, og þegar ekki var hægt að fljúga vegna veðurs, þá sáu þau til þess að flogið væri með bakverðina í þyrlu til mín. Það var alltaf hugsað í lausnum og fundnar leiðir. Hér starfar ótrúlega flottur hópur sem ég er mjög stolt af.“

TAKK
FYRIR AÐ STANDA VAKTINA





Samfélagið á Vestfjörðum varð fyrir skakkaföllum af völdum covid-19 og fóru rúmlega 300 í sóttkví í Bolungarvík.

Orrustan við veiruna

Hlutur hjúkrunarfræðinga í þessu ástandi er Fjólu ofarlega í huga og að hennar mati hefur mikilvægi hjúkrunarstarfsins sjaldan verið jafn skýrt og nú: „Það gildir enn í dag sem Florence kenndi okkur um sóttvarnirnar, þó að auðvitað verði framþróun í því sem öðru, því þær lögðu grunninn að þeim aðgerðum sem gerðu okkur kleift að koma í veg fyrir smit á milli heimilisfólks á Bergi. Einnig ganga hjúkrunarfræðingar í verkin umyrðalaust, það sem þarf að gera er gert. Þegar á reynir er fagmennskan og samstaðan svo einkennandi og eðli hjúkrunar birtist í því að átta sig fljótt og örugglega á þörfunum og gera það sem þarf að gera. Dag og nótt var unnið, sama hvað beðið var um eða þurfti til, hjúkrunarfræðingarnir gengu í öll verk og hlutverk. Eftir að bakverðirnir komu, bæði hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar, einkenndi fagmennska þeirra störf einnig; þær komu inn á heimilið og spurðu: Hvernig er staðan, hvað á ég að gera? og svo var bara byrjað! Það var eins og þær skynjuðu ástandið.

Mér er ofarlega í huga sú mannlega fegurð sem birtist í því að bjóða sig fram sem sjálfbodaliði í heimsfaraldri þar sem þúsundir hafa látist af völdum veirunnar. Það lýsir líka vel innsta kjarna hjúkrunar því að í staðinn fyrir að vera heima með fjölskyldum sínum ákváðu þær að koma hingað vestur í brjáluðu veðri með þyrlu, taka þátt í orrustunni við veiruna og ganga beint inn í erfiðar aðstæður á víglínunni. Þær höfðu

mismikla reynslu af hjúkrun á smitsjúkdómadeildum en komu vegna þess að þörfin var fyrir hendi og stóðu sig með sóma.

Kjörorð hjúkrunar: *Þegar á reynir*, átti sannarlega hér við og staðfesti að hjúkrunarfræðingar standa undir því og standa líka saman þegar á reynir.“ Í ljósi þeirra fordæmalaus aðstæðna sem ríktu á Bergi þessa þungu daga jók það enn frekar á álagið þegar grunur vaknaði um að einn bakvarðanna byggði hvorki yfir nauðsynlegri menntun né reynslu. „Já, ég varð sár og þótti afar leiðinlegt að þetta hefði komið upp, á því það var varla á ástandið bætandi. Sem betur fer bitnaði þetta aldrei á íbúunum, og það var fyrir öllu, en þetta var áfall fyrir starfsfólkið. Við settum af stað áfallahjálp, sátum í hring og allir sögðu frá sinni reynslu. Allt starfsfólkið fór í úrvinnslusóttkví og einhverjir í einangrun. Þeir íbúar sem ekki voru með staðfest smit, sem og starfsmenn, fóru í sýnatöku. En eins og með annað unnum við lausnamiðað og ég held að það hafi tekist nokkuð vel. Við reyndum að gera allt sem við gátum þrátt fyrir að deildin maraði á sama tíma í hálfu kafi.“

Priðjungur íbúanna í sóttkví

Samfélagið á Vestfjörðum hefur orðið fyrir skakkaföllum af hálfu faraldursins, og í Bolungarvík, sem er 950 manna byggðarlag, hafa rúmlega 300 farið í sóttkví og af þeim hafa 62 veikst. „Þetta leit ekki vel út hér og á tímabili óttuðumst við að af-

„Þetta leit ekki vel út hér og á tímabili óttuð-umst við að afleiðingarnar yrðu verri. Það voru nokkrar sjúkraflugferðir héðan dag eftir dag af mikið veikum íbúum og það ríkti gífurlega mikil hræðsla, auk þess sem veðrið var hræðilegt og þetta leit alls ekki vel út.“

leiðingarnar yrðu verri. Það voru nokkrar sjúkraflugferðir héðan dag eftir dag af mikið veikum íbúum og það ríkti gífurlega mikil hræðsla, auk þess sem veðrið var hræðilegt og þetta leit alls ekki vel út. En á sama tíma fundum við sterkt fyrir miklum hlýhug samfélagsins sem verður svo fallegt við svona aðstæður, en Vestfirðingar eru þekktir fyrir falleg viðbrögð og stuðning. Samfélagið varð þétt og samheldin heild sem sýndi bæði skilning og stuðning. Það var talað fallega til okkar, okkur voru sendar fallegar hugsanir og falleg skilaboð birtust á samfélagsmiðlum. Allt þetta hjálpar. Það var líka haft samband við okkur að fyrra bragði, við fengum gjafir, kökur, nammi og páskaegg. Einnig voru stofnuninni lánuð hús og íbúðir fyrir bakverði og starfsfólk, spjaldtölvur voru gefnar og búnaður sem tengist þeim og við fengum líka nafnlausar gjafir.“

Þakklæti

Begar ég spyr Fjólu hvað standi upp úr þegar hún hugsar til undangenginna vikna er hún fljót til svars: „Þakklæti. Ég er þakklát fyrir hjúkrunarþekkinguna og framþróun í hjúkrun sem grundvallaði árangurinn og gerði að verkum að ekki fór ver því á tímabili leit þetta ekki vel út. Einnig er ég þakklát fyrir samstöðuna, fyrir allt starfsfólkið á HVEST, bakverðina og samfélagið hér. Ég er líka þakklát fyrir tæknina; við fengum til dæmis okkar eigin sjónvarpsstöð sem aðeins við höfðum aðgang að og gátum fyrir tilstuðlan hennar talað við covid-sjúkling inni í herberginu sínu. Einnig fengum við spjaldtölvur og heyrnartól sem fóru inn á herbergi skjólstæðinga og gerði þeim kleift að eiga í samskiptum. Tæknin studdi líka viðhald tengsla milli stjórnenda og starfsfólks og má jafnvel hugsa sér að þetta hafi gengið eins vel og raun varð vegna þess að við höfðum tæknina til að eiga í samskiptum. Það var ekkert ráp á milli húsa, ekkert bankað upp á og spurt um líðan, en tæknin sá til þess að fólk einangraðist minna. Það hjálpaði mér einnig sem stjórnanda að geta fylgst með því þegar starfsfólkinu fór að batna. HVEST notar mikið *Workplace*-forritið sem hefur nýst vel í faraldrinum. Þetta er svo lítið samfélag hérna og það var starfsfólkinu erfitt að vera fast heima í sóttkví, frískt en mega ekki vinna þó að allt sé á hvolfi á vinnustaðnum. Þá réð

isam.is

INNILEGAR ÞAKKIR TIL HJÚKRUNARFRÆÐINGA FYRIR ÓMETANLEGT STARF



ísam



Starfsfólk á hjúkrunarheimilinu Bergi í Bolungarvík.

úrslitum að við stjórnendur vorum í reglubundnum tengslum og samskiptum við starfsfólkið nokkrum sinnum í viku, ýmist í síma eða á *workchat*, í hópa- eða einkasamtölum. Við veittum aukið aðgengi að sálfræðingi sem steig inn ef starfsfólk þurfti meiri stuðning. Við höfum einsett okkur að annast vel um starfsfólkið og að gera því kleift að koma eins sterkt og heilt aftur til starfa og unnt er þrátt fyrir áföllin sem hafa dunið á því. Það kemur öllum vel, því sjálfu, deildinni sem það vinnur á og samfélaginu. Það hjálpar að nú ríkir jákvæðni fyrir því að setjast niður og tala um hlutina. Það dregur úr áhyggjum og kvíða. En ég hefði ekki trúað því að óreyndu hve mikil áhrif það hafði á mig þegar starfsfólkið mitt fór að veikjast. Hver á fætur öðrum datt út og svo voru allir dottnir út af vinnuskýrslunni. Það var ekki einn eftir.“

Það liggur í augum uppi að verkefnin sem Fjóla og samstarfsfólk hennar hefur staðið frammi fyrir eru umfangsmikil. Þó að mesta álagið sé yfirstaðið eru þau enn að en byrjuð að taka niður plastdúkana sem voru settir upp á Bergi í þeim tilgangi að skilja að sóttmengað og hreint svæði: „Ég hef ekki gefið mér tíma til að ígrunda þessa reynslu. Á tímabili óttuðumst við að afleiðingarnar yrðu verri, en nú er starfsfólkið að tínast hægt og rólega inn og ég er svo þakklát fyrir að það fór ekki ver.“ Fjóla smitaðist sjálf af covid en segist heppin að hafa ekki orðið mjög veik. Hún hefur unnið heima og enn og aftur er það tæknin sem kemur til bjargar og sér til þess að hún hefur getað sinnt starfi sínu í fjarvinnu.

Samhugur, fegurð og samstaða

Nú er dagana tekið að lengja og reglulega berast fréttir af afléttingu hafta og samkomubanns undangenginna vikna. Fjóla segir að sannarlega sé árstíminn þeim hliðhollur og sumarið, sólin og hlýjan geri alla einbeittari í að hlúa enn betur að sér. En hvað gerir Fjóla sjálf til að hlúa að sér? „Já, ég er svo lánsöm að ef ég lít út um gluggann heima í norðurátt, þá sé ég sjóinn og fjöruna. En ef ég lít í hinar þrjár áttirnar sé ég fjöll. Eftir að ég losnaði úr einangrun hef ég notið þess að hreyfa mig, fara úr fjöldanum, ganga á fjöllin mín, fara á fjallaskiði, í gönguferðir og ná mér í næringu úr náttúrunni. Og nú horfum við öll fram á við. Þó að faraldurinn hafi beygt okkur, þá braut hann okkur ekki. Covid er vissulega stórt verkefni og við erum öll að leggja okkur fram um að gera okkar besta og lærdómurinn er ómetanlegur. Fyrir alla. Ekki síst hjúkrunarfræðinga úti á landi sem eru oft einangraðir en einstaklega úrræðagóðir og lausnamiðaðir eins og þessar aðstæður hafa sýnt svo um munar. Það var ekkert annað í boði en að finna lausnir á hverju einasta máli sem kom upp og þó að við værum öll orðin mjög þreytt kom seiglan og samstaðan okkur í gegnum þetta.“ Eins og alþjóð veit eru þung áföll vegna náttúruhamfara fleyguð í hjörtu íbúa á Vestfjörðum. Sjaldan birtist styrkur samfélaga betur en einmitt þegar áföll ríða yfir, og svo er einnig nú í heimsfaraldri covid-19. „Samhugurinn og fegurðin í samfélaginu er einn helsti styrkur Vestfirðinga,“ segir Fjóla og ég finn að hún talar af ríkri reynslu, „og það stendur upp úr í dag ásamt þeirri staðreynd sem nú hefur margoft verið staðfest, að þegar á reynir standa hjúkrunarfræðingar saman og takast á við hvað sem að höndum ber.“

Viðtal: Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir

LA ROCHE-POSAY
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

BÆTIR LÍF **VIÐKVÆMRAR** HÚÐAR

ERTU MEÐ ÞURRA HÚÐ?
HÚÐKLÁÐA?
OFNÆMISHÚÐ?



LIPIKAR AP+
Ertir ekki húðina.
Allt frá fyrsta
degi lífsins.

„Það sem ekki drepur mann, það herðir mann!“

— Ólöf stýrði gjörgæslunni í Fossvogi á tímum covid-19

Mikið álag hefur verið á gjörgæslunni undanfarnar vikur vegna covid-19-heimsfaraldursins. Innan við ár er frá því að Ólöf Sveinbjörg Sigurðardóttir tók við stöðu hjúkrunardeildarstjóra gjörgæsludeildar Landspítalans og því ærin verkefni sem hún hefur staðið fyrir. „Já, þetta reyndi töluvert á en það var svo frábært að sjá alla okkar framúrskarandi fagmenn sem við höfum takast á við þetta af fagmennsku og með puttann á púlsinum. Allir lögðust á eitt við að undirbúa allt sem best undir það versta. Ég veit hvað býr í því starfsfólki sem ég hef en það var ljóst að ef verstu spár gengju eftir þyrfti liðsstyrk. Það kom mikill og ómetanlegur stuðningur og skipulagning frá forstöðumanni gjörgæslu- og skurðstofukjarna, Vigdís Hallgrímsdóttur, sem hélt utan um verkefni með okkur stjórnendum gjörgæsludeildanna,“ segir Ólöf.



Ólöf Sveinbjörg Sigurðardóttir,
hjúkrunardeildarstjóri gjörgæslu-
deildar Landspítalans.

Magnaður hópur

Til að bregðast við var gjörgæsludeildin í Fossvogi stækkuð verulega. Áður voru þar sex rúm en með því að nýta vöknunarrýmið líka eru nú fimmtán rúm á deildinni og er hún mönnuð samkvæmt því. „Þetta er náttúrulega magnaður hópur sem vinnur hérna, á öllum vígstöðvum, hvort sem það eru iðnaðarmenn, læknar, sjúkraliðar eða ræstingafólkið,“ segir Ólöf. „Það eru forréttindi að fá að vera hluti af þessum hópi sem ætlar að gera þetta eins vel og mögulegt er.“ Hún segir að það hafi verið 30 hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar sem komu deildinni til hjálpar. „Þetta var starfsfólk frá gjörgæslunni á Hringbraut, svæfingu, skurðstofu og úr bakvarðasveit. Margt af þessu fólki hafði aldrei unnið á deildinni áður. Þegar mest var voru á deildinni 15 sjúklingar og af þeim 9 sjúklingar í öndunarvél. Samvinna, sveigjanleiki og snerpa er það sem hefur einkennt þetta tímabil,“ segir hún.

Veiran vakti athygli um áramótin

Eflaust velta margir fyrir sér hvernig starfsfólk gjörgæslunnar og Landspítalans alls gat undirbúið sig fyrir kórónuveiruna og allt það álag sem hefur fylgt henni. „Ég man vel hvenær ég heyrði fyrst um nýju veiruna. Þetta vakti athygli mína strax upp úr áramótunum er fréttir tóku að berast frá Wuhan í Kína. Ég hafði heyrt að árið 2020 gæti orðið ár mikilla atburða og það hvarflaði strax að mér að þetta gæti orðið eitthvað sem við þyrftum að takast á við,“ segir Ólöf. Löngu áður en fyrsta smit greindist á Íslandi höfðu deildarstjórar og yfirlæknar á gjörgæsludeildum Landspítalans átt fundi með Ölmú Möller landlækni. „Þá þegar voru allir búnir að kynna sér hvernig þetta gæti birst hér hjá okkur miðað við það sem var að gerast úti. Strax var farið í að undirbúa okkur undir það versta.“

Mikið hefur hægst á starfseminni

Ólöf segir að mikið hafi hægst á starfsemi gjörgæslunnar vegna kórónuveirunnar undanfarnar vikur þar sem veiran er í mikilli rénun á Íslandi. „Jú, nú hefur heldur hægst á og í byrjun maí var stór hluti þess hóps sem kom til okkar annars staðar frá farinn á sína heimadeild. Auk þess koma okkar venjulega skjólstæðingar til okkar.



Það hefur verið mikið lagt á Ólöfu og hennar starfsfólk á gjörgæslunni í kringum covid-19 eins og annað heilbrigðisstarfsfólk víða um landið. Hún segist aldrei hafa haft áhyggjur af því að smitast sjálf af kórónuveirunni enda notaði hún og hennar starfsfólk alltaf hlífðarbúnað á deildinni þegar þess þurfti.

Það sem gerðist í þessu öllu var að þeir sjúklingar sem við erum hvað oftast að sinna komu ekki. Það var eins og allt annað hafi lagst í dvala. Enda sýnir tölfræðin það þegar rýnt er í hana fyrir fyrstu mánuði ársins. En nú erum við aftur farin að fá slys, heila-, æða- og hjartaáföll til okkar. Deildinni hefur verið breytt til baka að mestu í sitt fyrra horf. Síðastliðnar vikur hafa einungis verið gerðar bráðaaðgerðir. Að vonum hafa biðlistar vegna ákveðinna valaðgerða lengst en unnið verður markvisst að því að vinna á því. Starfsemin á vöknun er komin í fyrra horf og það er farið að gera valaðgerðir eins og áður,“ segir Ólöf.

Umfangsmikið starf

Ólöf segir að deildarstjóri hafi þrífætta ábyrgð, í fyrsta lagi faglega ábyrgð, í öðru lagi starfsmannaábyrgð og í þriðja lagi fjárhagslega ábyrgð, þannig að starfið er umfangsmikið. Með henni starfa þrír öflugir aðstoðardeildarstjóra en það eru þær Elín Jónsdóttir, Sigríður Árna Gísladóttir og Þóra Gunnlaugsdóttir. „Við erum stjórnunarteymi deildarinnar. Þekking á sviði stjórnunar og starfsemi sjúkrahúss er nauðsynleg og leiðtoga-hæfileikar þurfa að vera til staðar. Það þarf að tryggja gæði

þeirrar þjónustu sem veitt er og tryggja öryggi sjúklinganna. Það er meðal annars gert með því að viðhalda og þróa fagþekkingu. Starfsfólk þarf að fá tækifæri til þess að eflast og þróast í starfi sínu. Hlusta þarf á viðhorf starfsfólksins og hvað það hefur fram að færa,“ segir Ólöf og bætir strax við. „Það þarf líka að tryggja aðföng og að nauðsynleg tæki séu til staðar. Stjórnun þarf að vera í samræmi við starfsmannastefnu spítalans. Gera þarf starfs- og verklýsingar og mannafláaætlanir. Það þarf að hvetja og hrósa starfsfólki og takast á við starfsmannamál sem upp koma. Fjárhagsáætlun er gerð í samráði við rekstrarstjóra sviðsins og stöðug endurskoðun á sér stað á þeirri áætlun. Starfið er umfangsmikið og á gjörgæsludeild er sífellt verið að veita flóknari og sérhæfðari meðferð þar sem þörf er á sérþekkingu meðal hjúkrunarfræðinga. Samvinna fagstétta er það sem skiptir máli.“

Veikustu sjúklingar sjúkrahússins

Á gjörgæslunni liggja veikustu sjúklingar Landspítalans sem þurfa flókna sérhæfða meðferð sem veitt er undir stöðugu eftirliti og skráningu. Mikil samvinna er milli gjörgæsludeildanna á Landspítalanum, en ákveðin verkaskipting er þó milli deildanna sem tengjast ákveðnum sérgreinum. „Já, gjörgæslan í Fossvogi tekur við fjöláverkasjúklingum, brunum, heilaáföllum og áverkum, alvarlegum sýkingu o.fl. Það hafa verið opin 6 rúmstæði á deildinni. Vöknun eftir skurðaðgerðir fellur undir starfsemi gjörgæsludeildanna en þar fer fram skammtímaeftirlit með sjúklingum eftir aðgerðir, rannsóknir, svæfingar og deyfingar,“ segir Ólöf.

„Enginn dagur í mínu starfi er eins. Það má segja að grundvallarreglan sé sú að kortleggja daginn, setja sér markmið, skipuleggja sig en vera undir það búinn að allt fari á annan veg en ætlað er. Maður þarf að vera búinn undir það versta en vona hið besta, endurskoða og skipuleggja allt upp á nýtt og setja sér ný markmið.“

Á gjörgæsludeildinni með Ólöfu vinna um 90 manns, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar og sérhæfðir starfsmenn. „Enginn dagur í mínu starfi er eins. Það má segja að grundvallarreglan sé sú að kortleggja daginn, setja sér markmið, skipuleggja sig en vera undir það búinn að allt fari á annan veg en ætlað er. Maður þarf að vera búinn undir það versta en vona hið besta, endurskoða og skipuleggja allt upp á nýtt og setja sér ný markmið. En alltaf þarf að hafa ábyrgðarsvið í huga og sinna þeim verkefnum í jafnvægi við viðfangsefni sem lúta að þeim sjúklingum sem eru á deildinni hverju sinni,“ segir Ólöf aðspurð um starfið á deildinni og hvernig dagarnir séu.

Kraftaverkafólk

Þegar Ólöf lítur nokkrar vikur til baka segir hún að það hafi allir á spítalanum verið tilbúnir í kórónuverkefnið og það sem einkenndi hópinn var samstaða og að sjúklingurinn væri í öndvegi — það voru allir í liði hans. „Teymisvinna allra fagstétta var mögnuð. Í þessu verkefni var ekki var hægt að vinna eftir fyrirframákveðnum ferlum heldur vorum við allan tímann að læra og beita nýjustu gagnreyndu þekkingu sem til var. Starfsfólk deildarinnar á hrós skilið fyrir hvernig það tók á móti öllu því góða fólki sem kom til liðs við okkur. Það skapaðist ákveðin stemning sem einkenndist af fagmennsku og virðingu. Fólk passaði upp á hvað annað og sýndi hvað öðru auðmýkt og skilning. Það er alltaf markmið mitt sem stjórnanda að passa að setja starfsfólk ekki í stöðu sem það ræður ekki við. Það hefur tekist varðandi þetta verkefni. Við réðum vel við þetta en þetta var mikil glíma sem fer í reynslubankann,“ segir Ólöf, stolt af sínu fólki.

„Það sem mér er efst í huga eftir þennan krefjandi tíma er þakklæti. Starfsfólkið mitt lagði sig allt fram og tókst á við þetta krefjandi verkefni af festu, samheldni, fagmennsku og auðmýkt. Það er svo dýrmætt að finna þennan samtakamátt og kærleik. Allir þeir sem komu okkur til hjálpar: Takk fyrir ykkar aðkomu og hjálp.“

„Það sem mér er efst í huga eftir þennan krefjandi tíma er þakklæti. Starfsfólkið mitt lagði sig allt fram og tókst á við þetta krefjandi verkefni af festu, samheldni, fagmennsku og auðmýkt. Það er svo dýrmætt að finna þennan samtakamátt og kærleik. Allir þeir sem komu okkur til hjálpar: Takk fyrir ykkar aðkomu og hjálp. Stolt kemur líka upp í hugann, að hafa verið hluti af þessum öflugra framlínuhóp. Látum okkur líða vel, þetta líf er til þess gert.“

Eldgos, andlát og strand

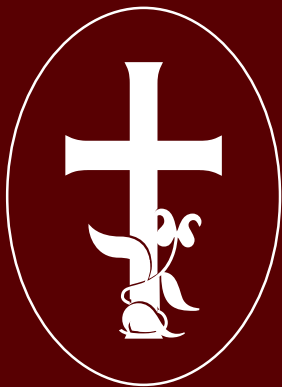
Ólöf er fædd og uppalin í Vestmannaeyjum. Hún var á tíunda ári þegar gaus á Heimaey 1973. „Já, húsið okkar fór undir hraun, við bjuggum austast í bænum nálægt upptökum gossins. Þetta er mikil lífsreynsla sem ég man eftir eins og gerst hafi



Ólöf og Hilmar með barnabörnin sín þrjú. Frá vinstri: Hilmar Kári 3 ára, Hlynur Axel 5 ára og Ragnar Óli 3 ára. Ólöf segist njóta þess að vera með fjölskyldunni, stunda líkamsrækt og þrjóna. Þá hefur hún mikla ánægju af fjallgöngum og alls konar útivist.

í gær,“ segir Ólöf. En það voru fleiri áföll sem dundu yfir fjölskyldu hennar á þessum tíma. „Já, það má með sannni segja því í lok árs 1972 lést bróðir pabba míns eftir stutt og erfið veikindi einungis 49 ára gamall. Þeir bræður voru með farsæla útgerð saman og gerðu út Gjafar VE 300. Þess má geta að Gjafar var nýkominn úr slipp þegar gosið hófst og flutti yfir 400 manns frá Eyjum í gosinu til Þorlákshafnar. En mánuði síðar, eða 22. febrúar 1973, strandaði Gjafar VE 300 í Grindavíkurhöfn og varð ekki bjargað. Þetta allt varð til þess að fjölskylda mín flutti ekki aftur til Eyja og breytingar urðu miklar. Það var tekist á við áföllin af æðruleysi og yfirvegum og alltaf gert það besta sem hægt var á hverjum tíma. Verkefnin sem við fáum í fangið í lífinu veljum við ekki öll en mottó foreldra minna var að gera það bestu sem hægt var. Þessi lífsreynsla mín sem barn hefur mótað mig og allt mitt viðhorf til lífsins. Sagt var að það sem ekki drepur mann það herði mann! Fjölskyldan settist síðan að í Reykjavík,“ segir Ólöf.

Viðtal: Magnús Hlynur Hreiðarsson.



FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímann
s: 897 2468



Hálfván
s: 898 5765



Ólöf
s: 898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

www.uth.is | uth@uth.is



Tæpitungulaust

Ekki slaka á kröfunum

— Steinunn Ólína Thorsteinsson

Í meira en áratug hefur almenningur á Íslandi horft upp á baráttu heilbrigðisstétta fyrir bættum kjörum og viðunandi vinnuaðstæðum. Andspyrna stjórnvalda hefur verið með ólíkindum. Kröfum starfsfólks hefur verið mætt af skilningsleysi, niðurskurður hefur verið með þeim endemum að eftir standa ófyllt göt sem hafa sýnilega komið niður á starfspreki heilbrigðisstarfsfólks og lýðheilsu almennings.



Steinunn Ólína Thorsteinsson.

Starfsfólk bráðamóttöku hefur því miður oft og tíðum þurft að taka svo djúpt í árinna að líkja ástandi á spítalanum við stríðsástand án þess að við því sé brugðist af stjórnvöldum. Maður hefur óneitanlega spurt sig hvað þurfi að ganga á til að hlustað verði á fólkið á bráðamóttöku og annað heilbrigðisstarfsfólk til þess að það geti leyst sín störf sem best af hendi? Nú vitum við það.

„Ég endurtek: Það þurfti alheimskrísu til að ýta við ráðamönnum — sem staðfestir að skilningur á mikilvægi heilbrigðisstétta er alla jafna lítill og að metnaður til að hafa hér ríkisrekið heilbrigðiskerfi á heimsmælikvarða að sama skapi lítill.“

Það þurfti alheimskrísu, áður óþekkta vá, til að stjórnvöldum myndist tilefni til að skapa viðunandi vinnuaðstæður. Fyrr skelltu ráðamenn við skollaeyrum. Ég endurtek: Það þurfti alheimskrísu til að ýta við ráðamönnum — sem staðfestir að skilningur á mikilvægi heilbrigðisstétta er alla jafna lítill og að metnaður til að hafa hér ríkisrekið heilbrigðiskerfi á heimsmælikvarða að sama skapi lítill. Í alheimskrisunni hinni nýju kom loks annað hljóð í strokkinn. Með einu pennastriki ráðherra reyndist unnt að léttu álagi af bráðamóttökunni svo um munaði. Gleymum ekki að starfsfólk bráðamóttöku hafði líkt og hrópað í eyðimörkinni í fleiri ár. Við munum öll fyrir-sagnir blaða og andlit þeirra sem léðu baráttunni lið.

En hvernig verður svo framhaldið? Fer nú allt aftur í samt horf? Og hvernig má koma í veg fyrir það? Það mun tíminn leiða í ljós og mikilvægt er að almenningur fái að fylgjast grannt með stöðunni. Öllum er nú vonandi ljóst hversu mikilvægt það er að hafa heilbrigðiskerfi sem treystandi er á, opinbert ríkisrekið heilbrigðiskerfi sem allir geta leitað til. Þegar aðstæður eru skyndilega fordæmalausar þarf að bregðast við með nýjum aðferðum og lausnum sem voru óhugsandi áður og það gerði starfsfólk Landspítala með eftirminnilegum hætti. Það var aðdáunarvert að fylgjast með því grettistaki sem starfsfólk Landspítalans lyfti í glímunni við covid-19.

... og bakvarðasveitin var yfirfull af frábæru fólki sem lagði líka allt í sölurnar

Þar sannaðist enn og aftur að við eigum afburðaheilbrigðisstarfsfólk sem er ekki bara ósérhlífið og vel menntað heldur einnig hugmyndaríkt og skapandi er kemur að praktískum úrlausnarefnum. Á örfáum dögum var Landspítalinn endurskipulagður

og útbúinn til að mæta þessum óvænta vágesti. Bráðamóttaka var endurskipulögð, covid-göngudeild útbúin, viðbótarstarfsfólk ráðið, her hjúkrunarfræðinga og lækna fenginn til að sinna eftirliti sjúklinga sem voru heima í einangrun og sóttkví, bæði með heimsóknum og símtölum. Og bakvarðasveitin var yfirfull af frábæru fólki sem lagði líka allt í sölurnar. Heilbrigðisstarfsfólk margt hvert lagði það á sig fyrir þjóðina að vera heiman frá sér um lengri eða skemmri tíma, neita sér um samvistir við annað fólk utan vinnu og jafnvel einangra sig til að geta sinnt starfi sínu fullfrískt og tilbúið í slaginn.

Það þarf einstaka hæfileika til að standa í fæturna þegar alger óvissa ríkir og allt getur breyst dag frá degi. Það reyndi almenningur á eigin skinni í skugga veirufaraldursins. Óvæntar heilsufarslegar áhyggjur og afkomuáhyggjur leggjast þungt á fólk og heilbrigðisstarfsfólk örugglega ekki búið að bíta úr nálinni með þau eftirköst sem veirufaraldurinn mun án efa framkalla. Það á ekki síst við um hinar sálrænu hliðar og andlega aðhlynningu.

Ég þykist vita að óvissa einkenni veruleika heilbrigðisstarfsfólks, alla daga ársins. Hver einasti dagur í lífi hjúkrunarfræðings er óskrifað blað og alltaf þarf viðkomandi að vera búinn undir hið óvænta, erfiða og illskiljanlega. Hjúkrunarfræðingar

þurfa auk menntunar sinnar að hafa ríkulegt innsæi, hæfni í mannlegum samskiptum, viðbragðsflýti og fumlaut fas, það eru engar smávegis kröfur. Það er mikilvægt að samtal það sem óhjákvæmilega verður að fara fram á milli heilbrigðisstarfsfólks og stjórnvalda haldi áfram. Krafturinn sem leystist úr læðingi þegar allir lögðust saman á árar til að tryggja heilbrigði landsmanna má ekki bara verða fölnuð endurminning.

Það kom ýmsum á óvart að hjúkrunarfræðingar skyldu fella síðasta kjarasamning. Ástæðan er kannski sú að almenningur í landinu er ekki nægjanlega upplýstur um ágreiningsefni og baráttumál. Hjúkrunarfræðingar þurfa að nýta sér slagkraft almennings sem hefur nú betur en nokkru sinni fyrr skilning á mikilvægi þess að á Íslandi sé rekið gott og stöðugt heilbrigðiskerfi, heilbrigðiskerfi sem getur boðið besta fólkinu vinnu á mannsæmandi launum.

Mál er að linni og ég hvet ykkur til að hafa hátt og berjast áfram fyrir réttindum ykkar. Forystu ykkar ætti einnig að senda skýr skilaboð um að kjarasamningar eru ekkert leyndarmál. Umræða um kjaramál á alltaf að vera uppi á borðum.

Baráttukveðjur,
Steinunn Ólína.



NÝTTU FRÍTÍMANN VEL

Tíminn er á fljúgandi ferð og sumarfríð er ekki langt undan. Þú getur fengið gjafabréf hjá okkur að andvirði 15.000 kr. fyrir aðeins 8.900 kr. inni á orlofsvef Fíh www.hjukrun.is og flogið á vit ævintýranna í orlofinu.

airicelandconnect.is

Air Iceland
Connect



Heilbrigðismál flóttamanna

Gunnhildur Árnadóttir

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



Gunnhildur Árnadóttir.

Ég vil byrja á að þakka Soffíu Kristjánsdóttur, fyrrverandi bekkjarsystur minni frá Háskólanum á Akureyri árið 2008, fyrir að skora á mig að skrifa mín pankastrik.

Ég útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur frá Háskólanum á Akureyri árið 2008. Strax að námi loknu fór ég, ásamt bekkjarsystur minni, í ferðalag til Malaví þar sem við sinntum sjálfbóðaliðastörfum sem hjúkrunarfræðingar á lítilli heilsugæslustöð. Í Malaví varð ég vitni að ýmsu sem fór miður í hjálpar- og þróunarstörfum. Þar sá ég hvernig peningar og hjálpargögn fóru til spillis. Peningar voru ekki nýttir skynsamlega og hjálpargögn eyðilögðust eða voru vannýtt. Ég efast ekki um að nær öll þróunar- og neyðaraðstoð er veitt af góðum hug. Góður ásetningur nægir þó ekki alltaf til að hjálpin nýtist vel eða til fullnustu. Þarna sannfærðist ég um að ég vildi læra meira um hnattræna heilsu, hjálparstörf og neyðaraðstoð.

Unnið að hjálparstörfum víða um heim

Árið 2012 hóf ég meistaranám í lýðheilsu með áherslu á hnattræna heilsu við Karolinska háskólann í Svíþjóð. Að loknu meistaranámi hef ég numið áfanga við Háskólann í Bergen í fjölmennningarfræði og samskiptum, ásamt fjölmörgum námskeiðum í farandheilsu (e. *migration health*) og tengdum efnum. Á árunum 2013–15 fékk ég tækifæri til að vinna með samtökunum Læknar án landamæra við fjölbreytt verkefni víða um heim. Ég vann í flóttamannabúðum í Suður-Súdan, í Vestur-Afríku á meðan ebólufaraldurinn geisaði, og við verkefni í sjúkrahúsi í Mið-Afríkulýðveldinu. Þá hef ég einnig starfað á vegum veraldarvaktar Rauða krossins í flóttamannabúðum Róhingja í Bangladess. Frá árinu 2015 hef ég starfað í Ósló að heilbrigðismálum flóttamanna. Reynsla mín af hjálparstörfum víða um heim hefur komið mér að góðum notum í því starfi. Einnig hefi ég kennt greinina Hnattræn heilsa við háskólann í Suðaustur-Noregi (USN), bæði á grunn- og framhaldsstigi. Þar legg ég áherslu á alþjóðalýðheilsu, menningarhæfni í störfum og heilbrigðisþjónustu við innflytjendur og flóttamenn. — Það eru einmitt heilbrigðismál flóttamanna sem verða mín pankastrik.

Mikilvægt að skrá heilsufarssögu við komu til nýs lands

Í gegnum tíðina hef ég fylgst grannt með innflytjendamálum á Íslandi og reynt að fræðast um þau réttindi sem innflytjendur njóta þegar kemur að heilbrigðisþjónustu. Ég hefi þó ekki orðið mikils vísari, og virðist sem heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi hafi ekki mikla né haldgóða þekkingu á þessu sviði. Það þykir mér miður. Við heyrum

alltof oft um flóttafólk sem þjáist af alvarlegum heilsubresti, bæði á líkama og sál, og flóttafólk sem ekki hefur fengið þá aðstoð sem það þarf nauðsynlega á að halda. — Í þessu sambandi vil ég segja ykkur, í stuttu máli, hvernig þessum málum er háttað hér í Noregi. Í Noregi fá allir þeir sem sækja um alþjóðlega vernd tiltekin réttindi í heilbrigðiskerfinu — á sama hátt og aðrir landsmenn — þótt erfitt geti reynst að komast á skrá hjá heimilislækni. Læknavakt, bráða- og sérfræðiþjónusta stendur þeim þó opin.

Innan þriggja mánaða frá komu eru svo allir flóttamenn og þeir sem hafa sótt um dvalarleyfi á grundvelli fjölskyldusameiningar kallaðir inn til heilbrigðisskoðunar þeim að kostnaðarlausu. Þessi heilbrigðisskoðun er eitt af mínum verkefnum í núverandi starfi.

Við komuna til landsins gangast allir undir berklaskoðun og geta þá samtímis fengið að tala við lækni eða hjúkrunarfræðing eigi þeir við einhver aðkallandi vandamál að stríða. Innan þriggja mánaða frá komu eru svo allir flóttamenn og þeir sem hafa sótt um dvalarleyfi á grundvelli fjölskyldusameiningar kallaðir inn til heilbrigðisskoðunar þeim að kostnaðarlausu. Þessi heilbrigðisskoðun er eitt af mínum verkefnum í núverandi starfi. Þar er skrásett heilsufarssaga hvers og eins, veitt er almenn skoðun og unnt er að fá tilvísun til sérfræðilækna ef nauðsynlegt reynist. Blóðsýni eru tekin, sem geta afhjúpað fleiri vandamál, og er niðurstöðum fylgt eftir af lækni. Þá er gerð einföld skimun vegna hugsanlegra geðheilbrigðisvandamála. Niðurstöður eru síðan sendar þeim heimilislækni, sem einstaklingnum hefur verið úthlutað hafi hann hlotið vernd í landinu.

Þá hefur heimilislæknirinn ákveðnar grunnupplýsingar um heilsufarssögu og ástand sjúklingsins þegar hann leitar til læknisins síðar. Í þessum skoðunum höfum við oftast en ekki afhjúpað heilbrigðisvanda. Oft er um að ræða minniháttar vandamál á borð við blóð- og bætiefnaskort, en einnig koma fram merki um alvarleg geðvandamál, áfallasögu eða jafnvel sögur um pyntingar í heimalandinu sem oft skilja eftir sig langvarandi meinsemdir. Þá er að sjálfsögðu mjög mikilvægt að bregðast skjótt við og vísa viðkomandi til viðeigandi sérfræðiþjónustu. — Við skoðun fá flóttamenn fræðslu um uppbyggingu heilbrigðiskerfisins í Noregi og hvert unnt er að leita hjálpar þegar eitthvað bjátar á.

Menningarhæfni í heilbrigðisþjónustu

Í starfi með flóttafólki eru skýr og góð samskipti mikilvæg. Þar gildir miklu skilningur á töluðu máli og ekki síður þekking á ólíkum menningarheimum og almenn virðing fyrir einstaklingnum. Eitt það veigamesta til að tryggja góð samskipti er

að nýta þjónustu þjálfaðra tülka í öllum samtölum er snerta heilbrigðismál. Það er þekkt staðreynd að þótt sjúklingurinn hafi getu til að tala önnur tungumál en sitt eigið, t.d. ensku, vilja allir helst ræða um heilsu sína á eigin tungu. Við verðum einnig að muna að ekki hafa allir lært að lesa og skrifa á sínu móðurmáli og því hjálpar ekki alltaf að deila út bæklingum.

Ekki allir með aðgang að góðu heilbrigðiskerfi

Það er mikilvægt að túlkur hafi hlotið þjálfun í starfi, sé bundinn þagnareyði á sama hátt og heilbrigðisstarfsfólk og að hann hafi reynslu af að túlka við aðstæður sem svipar til heilbrigðiskerfis. Á sama hátt þurfum við heilbrigðisstarfsfólk að hafa grundvallarskilning á því hvernig fólk með mismunandi menningarbakgrunn lítur á heilsu og heilsuefningu (e. *health beliefs* — heilsutrú). Mismunandi heilsutrú hefur mikil áhrif á það hvort og hvenær við leitum okkur hjálpar og hvaða kvilla við teljum að vestræn heilbrigðisþjónusta geti bætt. Það hefur einnig áhrif á þær aðferðir sem heilbrigðisstarfsfólk ætti að nota til að ná sem bestum árangri í samskiptum við sjúklinga og til að tryggja góða eftirfylgni. Ekki eru allir vanir aðgengi að góðu heilbrigðiskerfi eða vita hvernig á að nýta sér það.

Ég hvet því alla hjúkrunarfræðinga og heilbrigðisstarfsfólk almennt að kynna sér fræðigreinina menningarhæfni og lesa sér til um menningarhæfni í heilbrigðisþjónustu.

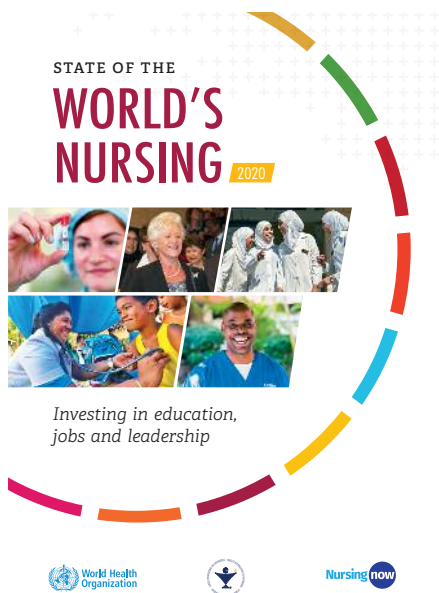
Ég hvet því alla hjúkrunarfræðinga (og heilbrigðisstarfsfólk almennt) að kynna sér fræðigreinina menningarhæfni (e. *cultural competency*) og lesa sér til um menningarhæfni í heilbrigðisþjónustu. Ég mæli með bókinni „Cultural awareness in nursing and health care: an introductory text“ eftir Karen Holland. Ég styðst sjálf við þessa bók þegar ég kenni hjúkrunar-nemum hnattræna heilsu og menningarhæfni. Það er mikið til af góðum bókum og fræðigreinum um efnið hafi maður áhuga á að lesa meira. Við Háskóla Íslands hefur einnig verið stofnað til framhaldsnáms í hnattrænni heilsu sem er góð námsleið fyrir hvern þann sem hefur brennandi áhuga á mál-efninu.

Síðan skora ég á Hildi Ey Sveinsdóttur, sem ég hefi starfað með í alþjóðaverkefnum hjá Rauða krossinum, að skrifa næstu þankastrík.

Að fjárfesta í hjúkrunarfræðingum

— Aðalbjörg Finnbogadóttir og Edda Dröfn Daníelsdóttir tóku saman

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) sendi frá sér í byrjun apríl langþráða skýrslu um stöðu og mikilvægi hjúkrunar í heiminum. Skýrslan, *State of the World's Nursing 2020; Investing in education, jobs and leadership*, kortleggur í fyrsta skipti hjúkrun á heimsvísu og kemur með tillögur að breytingum varðandi menntun, starfsmöguleika, starfsumhverfi, leiðtogahæfni og launakjör hjúkrunarfræðinga.



Skýrsla Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar (WHO) um stöðu og mikilvægi hjúkrunar í heiminum.

WHO vann skýrsluna í samvinnu við Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga (ICN) og tók 191 land þátt í undirbúningsvinnunni, þar á meðal Ísland. Í skýrslunni segir m.a. að covid-19-heimsfaraldurinn undirstriki þá brýnu þörf að efla heilbrigðisstarfsmenn um allan heim. Hjúkrunarfræðingar eru meira en helmingur allra heilbrigðisstarfsmanna heims og veita þeir nauðsynlega þjónustu í öllu heilbrigðiskerfinu. Sögulega, sem og í dag, eru hjúkrunarfræðingar í fararbroddi í baráttu gegn ýmiss konar faraldri svo og heimsfaraldri sem ógnar heilsu manna. Um allan heim sýna þeir samúð sína, hugrekki, fagmennsku og áræði þegar þeir bregðast við covid-19-heimsfaraldrinum. Aldrei áður hefur verið sýnt fram á gildi þeirra með skýrari hætti.

Skýrslan er áþreifanleg áminning um einstakt hlutverk hjúkrunarfræðinga

„Hjúkrunarfræðingar eru hryggjarstykkið í heilbrigðiskerfi allra landa. Í dag eru margir hjúkrunarfræðingar í fremstu víglínu í baráttunni gegn Covid-19,“ sagði dr. Tedros Adhanom Ghebreyesus, framkvæmdastjóri WHO. „Þessi skýrsla er áþreifanleg áminning um einstakt hlutverk hjúkrunarfræðinga og áminning um að tryggja að þeir fái þann stuðning sem þeir þurfa til að halda heiminum heilbrigðum.“

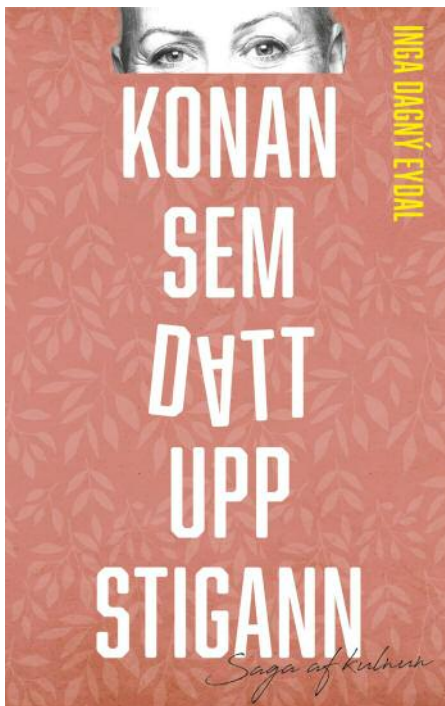
„Skýrsla þessi varpar ljósi á framlag hjúkrunarfræðinga og staðfestir að fjárfesting í hjúkrunarstéttinni er samfélaginu hagur en ekki kostnaður. Heimurinn þarfnast milljóna hjúkrunarfræðinga í viðbót og við skorum á stjórnvöld að gera rétt, fjárfesta í þessari frábæru atvinnugrein og fylgjast með íbúum þeirra njóta góðs af því ótrúlega starfi sem aðeins hjúkrunarfræðingar geta unnið.“

„Stjórnámamenn skilja kostnaðinn við menntun og viðhald fagfólks í hjúkrun, en fyrst núna eru augu þeirra að opnast fyrir hinu sanna gildi þeirra,“ sagði Annette Kennedy, forseti ICN. „Sérhver króna sem fjárfest er í hjúkrun bætir líðan fólks og fjölskyldna á áþreifanlegan hátt sem öllum er ljóst. Skýrsla þessi varpar ljósi á framlag hjúkrunarfræðinga og staðfestir að fjárfesting í hjúkrunarstéttinni er samfélaginu hagur en ekki kostnaður. Heimurinn þarfnast milljóna hjúkrunarfræðinga í viðbót og við skorum á stjórnvöld að gera rétt, fjárfesta í þessari frábæru atvinnugrein og fylgjast með íbúum þeirra njóta góðs af því ótrúlega starfi sem aðeins hjúkrunarfræðingar geta unnið.“

„Það er sko miklu erfiðara að komast þaðan aftur en að lenda þar“

— Umfjöllun um bókina *Konan sem datt upp stigann*

Hjúkrun tekur toll af hverri manneskju, líkt og önnur störf sem snúa að umönnun, aðstoð og kennslu. Að hafa valið þann vettvang að ævistarfi var dýru verði keypt hjá Ingu Dagnýju Eydal hjúkrunarfræðingi en hún lagði allan sinn metnað í starfið þar til að því kom að því kom að eitthvað brast. Hún brast í grát án nokkurs fyrirvara þegar hún sat á kaffihúsi með vinkonu sinni. „Það var eitthvað sem brast og ég gat bara ekki hætt að gráta,“ rifjar hún upp. Síðan eru liðin fjögur ár. Hún lýsir reynslu sinni af því að örmagnast í nýúkominni bók hennar sem ber titilinn *Konan sem datt upp stigann* og er bókin byggð að hluta til á dagbókarskrifum hennar.



Gafst upp á sálinni og líkaminn á eiganda sínum

Bókin er persónuleg reynslusaga hennar af því að örmagnast. Inga hefur í nokkur ár glímt við afleiðingar þess að hafa veikt af of mikilli streitu sem olli því að hún getur ekki stundað fasta vinnu en í áratugi gegndi hún erilsömu starfi sem hjúkrunarfræðingur. „Um miðjan mars gafst ég upp. Ég gafst svo rækilega upp í sálinni og líkaminn á eiganda sínum að ég hef ekki borið mitt barr síðan og líf mitt hefur breyst rækilega á öllum sviðum,“ skrifar hún í dagbók sína sumarið 2016. Hún hafði gegnt yfirmannsstöðu í heilbrigðiskerfinu undanfarin fjögur ár. Starfið tók oft á og ekki síst starfsmannamálin en vinnustaðurinn, sem var kvennavinnustaður, hafði á að skipa hörkuduglegum og ákveðnum starfsmönnum.

Ég var þó ekki bangin, hafði gegnt yfirmannsstöðu áður og verið farsæl í starfi og hafði óbilandi trú á að einlægni og vinsemi myndi skila mér góðu samstarfi. Ég man vel eftir athugasemd frá kollega innan stofnunarinnar þegar hún sagðist vera svo glöð yfir því að ég hefði tekið þetta starf að mér þar sem ég væri „svo mikill nagli“. Ég var ákaflega hissa á því að einhverjum dytti í hug að ég væri „nagli“, vissi vel að ég var fremur viðkvæm manneskja og stundum ofurviðkvæm.

Inga segir, að alla sína ævi hafi fólk haft á því miklar skoðanir hvernig hún ætti að vera og hvað væri henni fyrir bestu. „Ég hef áreiðanlega kynt undir því með óöryggi og sterkri löngun til að gera fólkið í kringum mig ánægt,“ segir hún. „Við erum misjöfn manneskjurnar og það sem einn þolir vel brýtur einhvern annan,“ segir hún, en í bókinni lítur hún yfir farinn veg og fjallar á einlægan hátt um áföll sem hún og fjölskylda hennar gengu í gegnum.

„Langvarandi álag í persónulegu lífi getur grafið undan andlegri og líkamlegri heilsu á þann hátt að þegar síðan álag í vinnunni bætist við getur kerfið hrundið þannig að skaðinn verði ekki bættur með vikufrii og hvíld. Jafnvel ekki í frii hjá mömmu!“

Það sem einn polir vel brýtur annan

„Langvarandi álag í persónulegu lífi getur grafið undan andlegri og líkamlegri heilsu á þann hátt að þegar síðan álag í vinnunni bætist við getur kerfið hrunið þannig að skaðinn verði ekki bættur með vikufríi og hvíld. Jafnvel ekki í fríi hjá mömmu!“ skrifar hún og bætir við: „Það að vera leiður í vinnunni sinni, haldinn mikilli og langvarandi streitu, verða fyrir miklum áföllum, hvílast ekki nægilega vel, allt eru þetta þættir sem geta leitt til sjúkdómsástandsins sem þekkt er sem kulnun,“ segir Inga. Sú tilhneiging að hafa allt of mörg járn í eldinum, fara hratt yfir sögu lífsins og hvílast lítið, þetta er auðvitað uppskrift að því að örmagnast eða jafnvel veikja ónæmiskerfið á þann hátt að fólk fái banvæna sjúkdóma,“ segir hún enn fremur.

Ég gæti skrifað langan pistil um nauðsyn þess að vera vel á verði gagnvart einkennum um að slík veikindi geti verið yfirvofandi. Þau þurfa ekki endilega að tengjast vinnu en gera það gjarnan. Aðdragandinn er oft langur og það þarf að fræða alla um þær leiðir sem fyrirfinnast til að varast alvarleg veikindi. Sem hjúkrunarfræðingur og yfirmaður á vinnustað þekki ég slík einkenni vel en trúði því að sjálf-sögðu ekki að þau gætu átt við mig sjálfa. Ég gerði jú meiri kröfur til mín en svo. Kannski liggur hundurinn einmitt grafinn þar. „Kona þarf að vera duglegri,“ eins og verðlaunahönnunin í hönnunarsamkeppni Strætó benti á — og við reynum „að vera bara duglegri“ við svo ótal margt (meistaránám með fullri vinnu er normið í dag). En það býður heim hættunni á að kona fari í þrot. Og það er sko miklu erfiðara að komast þaðan aftur en að lenda þar.

Í bókinni ræðir hún um kulnun og örmögnun, og leitar skýringa á hvað í því felst að verða fyrir kulnun og hugsanlegar leiðir til bata. Inga Dagný fjallar um aðdragandann að því að hún kulnaði eða hreinlega örmagnaðist. Það geti átt sér mislangan aðdraganda og það geti verið flókið að finna út úr því hvenær fólk byrjar að missa tökin. „Ég skildi þetta með að vera alltaf þreytt og ég vissi hvað kulnun þýddi, það var hluti af því sem ég átti að þekkja sem stjórnandi á vinnustað. En ég skildi alls ekki hvernig það gat gert einhvern svona veikan. Ég skildi ekki hvernig kvíðinn tengdist kulnun og ég skildi ekki hvernig það gat ekki verið bara nóg að taka sér frí eða skipta um starf.“

Aðdragandinn að því að slíkt ástand verði daglegur veruleiki geti verið langur og það sé alltaf freistandi að draga það aðeins á langinn að hvíla sig eða breyta aðstæðum sínum þannig að streitan sé ekki ófrávíkjanlegur förunautur alla daga. Inga átti nokkuð stormasamt samband við sína streitu, hún þreytti hana og tærði en hún var líka svolítið eins og gott örvandi lyf segir hún, „og ég leyfði henni að fleyta mér áfram á tvöföldum hraða í gegnum lífið, allt of lengi. Ég lét minn metnað, fullkomnunarárættu og kvíða, bera mig hratt og örugglega fram af brúninni. Og það er sko miklu erfiðara að komast þaðan aftur en að lenda þar.“

*Dagbók
Júní 2017*

Ég þekki fullt af sterkum konum og á mér nokkrar fyrirmyndir sem í mínum huga gætu sem best verið fyrirmyndir stelpna um allan heim. Í þeim hópi er heilbrigðisstarfsfólk, ljósmæður, kennarar og ófaglærðar, einstæðar mæður, svo eitthvað sé nefnt, og fæstar þeirra hafa prýtt síður tímarita eða vakið almenna athygli fólks. Þær eru þó margar hverjar ótrúlega sterkar stelpur. Þær vinna kraftaverk og hjarga mannslífum á hverjum degi. Þær hafa oftast ekki mikinn tíma aflögu til að halda sér til eins og prinsessur, en eru ótrúlega fallegar vegna þess að í augum þeirra er styrkur sem kemur beint úr fállegri sál.

Þessar konur bagna oft undan álagi og aðstæðum tilverunnar en þær brotna ekki. Þær halda áfram að sinna, hjúkra, skeina, hjálpa, lækna, kenna og annast um annað fólk. Þær hafa helgað líf sitt öllu því sem er gott.

Þær eru alvöru prinsessur tilverunnar og það er löngu kominn tími til að hefja þær til vegs og virðingar þannig að þær verði fyrirmyndir fyrir allar stelpur sem vilja verða sterkar.

Þeim tileinka ég þessa bók.

Fordómar og hugtakaruglingur einkennir umræðuna

„Einn ágætastur dag í febrúar árið 2016 keyrði ég grátandi heim úr vinnunni og fór þangað aldrei aftur. Það var hálka á veginum í sveitina og ég hugleiddi hversu þægilegt það væri ef ég keyrði bara út af... Þúsund hlutir áttu líklega þátt í því að reka mig ofan í þessa botnlausu holu...”



Vandinn er sá að eins og títt er um ástand sem er óáþreifanlegt þá eru ekki til traustar skilgreiningar á því. Fordómarnir eru miklir og hugtakaruglingur einkennir umræðuna, skrifar hún. Það að langvarandi og neikvæð streita verði að kulnun er ekki fullgild sjúkdómsgreining á Íslandi og þrátt fyrir að lækna og annað heilbrigðisstarfsfólk bæði þekki og viðurkenni sjúkdómsástandið sem slíkt, segir Inga, „þá eru notaðar aðrar greiningar, svo sem kvíða- eða streituröskun.“ Þá er farið að rugla saman því að vera leiður á vinnunni sinni eða þreyttur á of mikilli vinnu og því að verða veikur af kulnun — „slíkt gerist þegar umræðan um vandamálið eykst. Það að vera leiður í vinnunni sinni, haldinn mikilli og langvarandi streitu, verða fyrir miklum áföllum, hvílast ekki nægilega vel, allt eru þetta þættir sem geta leitt til sjúkdómsástandsins sem þekkt er sem kulnun.“

Það dylst engum mikilvægi þess að greina einkenni kulnunar snemma til að ná skjóttum bata sem og að koma í veg fyrir sjúklega streitu. Hún rifjar það upp að hafa brugðið allverulega þegar hún las grein eftir Ólaf Þór Ævarsson geðlækni en hann er einn þeirra sem hafa skrifað mikið um sjúklega streitu og vísar þá til þeirrar greiningartækni sem notuð er í sænska heilbrigðiskerfinu. „Þarna voru einkennin mín komin og ekki lengur bara þegar ég var óvenju þreytt“, segir hún en hann lýsir einkennum þannig: „Hamlandi ofurþreyta með minnkuðu frumkvæði, skorti á úthaldi eða óeðlilega mikilli þörf fyrir hvíld. Vitrænar truflanir með minnstruflunum og skertri einbeitingu eru mjög áberandi. Lækkað álagsspol. Tilfinningalegt ójafnvægi eða pirringur. Svefntruflanir. Truflandi líkamleg einkenni eins og stoðkerfisverkir, hjartsláttaróþægindi, meltingartruflanir, svimi og viðkvæmni fyrir hávaða og áreiti (bls. 127).“

Það er á ábyrgð samfélagsins, skrifar hún, og þeirra sem fara með völd hverju sinni að skapa mannvænlegt samfélag. Það er samfélag þar sem vellíðan og hamingja þegnanna fær ekki minni sess en peningar, samkeppni og hraði. Það er samfélag sem fræðir ungt fólk um andlega og líkamlega velferð og styrkir mótstöðu þess gegn streitu og græðgi.

Aldrei aftur óþægilegir skór og ekki drekka vont kaffi

Inga Dagný fer ekkert í grafgötur með hve mikið þetta ferli hefur tekið á hana. „Það að missa starfsorkuna, svo ég tali nú ekki um þá félagslegu og fjárhagslegu stöðu sem starfið gefur, er erfitt. Það að finnast maður ekki vera fullgildur þjóðfélagsþegn er erfitt og að horfa á eftir reynslu sinni og hæfni er erfitt.“ Það er á ábyrgð samfélagsins, skrifar hún, og þeirra sem fara með völd hverju sinni að skapa mannvænlegt samfélag. Það er samfélag þar sem vellíðan og hamingja þegnanna fær ekki minni sess en peningar, samkeppni og hraði. Það er samfélag sem fræðir ungt fólk um andlega og líkamlega velferð og styrkir mótstöðu þess gegn streitu og græðgi. Henni finnst umhugsunarvert hve mikil áhersla er lögð á árangursmiðað samfélag og að lífsóskalistinn sé jafn árangursmiðaður og flest annað sem við tökum okkur fyrir hendur og snúist um mælanleg afrek af ýmsu tagi. Hún gerði sinn lífsóskalista um það sem hún ætlar ekki að gera eða að minnsta kosti að gera heiðarlega tilraun til að draga

úr. Á listanum kemur fram að hún ætli ekki að ganga í óþægilegum skóm, ekki að þagga niður innsæi og betri vitund, ekki drekka vont kaffi, ekki kvarta yfir veðrinu, ekki sleppa tækifærum til að ferðast, ekki halda í dauða hluti — elska frekar upplifanir, fólk, dýr og blóm, ekki gera lítið úr eigin tilfinningum og annarra, ekki láta fram hjá sér fara tækifæri til að verja þá sem minna mega sín og ekki taka þátt í illu umtali og aldrei, aldrei leggja neinn í einelti.

Líf hennar hefur tekið stakkaskiptum og hún þarf sífellt að vera á varðbergi að fara sér hægt. „Hvað mig sjálfa varðar þá snýst líf mitt enn þá um það að reyna að koma einhverjum böndum á sjálfa mig. Fyrir utan kvíðann, sem er órökréttur og tekur ótrúlega mikla orku á hverjum degi, þá snýst líf mitt um það að hlaupa ekki of hratt. Jafnvel þótt heimurinn hafi minnkað niður í það að vera innan veggja heimilisins og hafa fáum skyldum að gegna hef ég endalausa tilhneigingu til að búa til fleiri kröfur, meiri kröfur, kröfur um fullkomnun og ég þarf alltaf að vera á varðbergi gagnvart því. Orkan sem áður var nægilega mikil til að bruna í gegnum dagana leyfir nú ekki meira en að dóla í rólegheitum, allt sem er utan þess kostar hvíld og tíma til að ná jafnvægi aftur,“ skrifar Inga.

„Ég trúí því að ég hefði dáið, ef ekki líkamlega þá að minnsta kosti andlega, hefði ég ekki farið í þrot og að ég sé vel

„Ég trúí því að ég hefði dáið, ef ekki líkamlega þá að minnsta kosti andlega, hefði ég ekki farið í þrot og að ég sé vel stödd miðað við það sem hefði getað orðið. Að hafa glatað svo stórum hluta af því sem mótaði mig í augum annarra gefur mér möguleika á því að byrja aftur með hreint borð. Nú get ég orðið eins og ég sjálf kys að vera og það er þó nokkuð!“

stödd miðað við það sem hefði getað orðið. Að hafa glatað svo stórum hluta af því sem mótaði mig í augum annarra gefur mér möguleika á því að byrja aftur með hreint borð. Nú get ég orðið eins og ég sjálf kys að vera og það er þó nokkuð!“

Bókin *Konan sem datt upp stigann* er einlæg og átakanleg reynslusaga Ingu Dagnýjar Eydal af því að lenda í kulnun og um leiðina til baka. — Helga Ólafs tók saman.



Brim er stoltur handhafi Umhverfisverðlauna atvinnulífsins 2019.

Með skýrri sýn, virðingu fyrir umhverfi okkar og ómetanlegu starfsfólki, hefur okkur tekist að verða leiðandi í umhverfismálum á Íslandi. Verðlaunin eru okkur hvatning til að ganga enn lengra í sátt og samlyndi við náttúruna - takk fyrir okkur.



Setið fyrir svörum ...

— Þrjár kynslóðir sitja fyrir svörum

Dugnaður er ofmetin dyggð að mati þeirra Ingibjargar Guðmundsdóttur, Ólafs G. Skúlasonar og Nönnu Bryndísar Snorradóttur en þau sitja fyrir svörum um allt frá dyggðum og afrekum til lasta og eftirsjár. Ólafur og Nanna eiga það sameiginlegt að hafa bæði viljað verða flugmenn þegar þau yrðu stór og fullkomin hamingja fyrir þeim er að vera sátt við sjálfa sig. Hjá Ingibjörgu felst hamingjan í góðri heilsu og að njóta hennar með góðu lífern, en að sigrast á kulnun er hennar stærsta afrek. Ingibjörg hræðist ekki neitt en Ólafur er haldinn sjúklega örök-réttri hræðslu við snáka en hefur alltaf verið sjúkur í gíraffa. Stærsta eftirsjáin hjá Ingibjörgu er að hafa ekki lært að syngja. „Lífið er of stutt til að líta í baksýnispegilinn,“ segir Nanna og Ólafur er sama sinnis: „Allt sem maður gerir, bæði það sem lukkast vel og það sem mistekst, er hluti af þeirri vegferð sem kom mér þangað sem ég er í dag.“

„Ekki deyja ráðalaus á þurru landi“

— Ingibjörg Guðmundsdóttir



Ingibjörg Guðmundsdóttir
hjúkrunarfræðingur.

Fullkomin hamingja er ... að hafa góða heilsu og njóta hennar með góðu lífern. Að eiga góða og elskulega fjölskyldu sem nærir mann og að starfa við áhugavert viðfangsefni. **Hvað hræðist þú mest?** Svo sem ekkert. Hið slæma kemur þegar það kemur og þá veit maður ekki hvernig maður tekst á við það. **Fyrirmyndin?** Sterkar skapandi konur og móðir mín. **Eftirlætismáltækið?** „Ekki deyja ráðalaus á þurru landi.“ **Hver er þinn helsti kostur?** Glöðværð og bjartsýni. **Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung?** Náttúrufræðingur og hjúkrunarkona. **Eftirlætismaturinn?** Góður fiskur, hreindýrasteik, lambakjöt og humar. **Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra?** Hroka og óhreinlyndi. **Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað?** Að hafa eignast fjögur börn — það besta sem til er. **Eftirminnilegasta ferðalagið?** Sigling til Ísrael, Aþenu og Rómar. Einnig allar þær ferðir sem ég hef farið um öræfi Íslands. **Ofmetnasta dyggðin?** Dugnaður. **Hver er þinn helsti löstur?** Fullkomnunarárátta. **Hverjum dáist þú mest að?** Engum sérstökum en dáist að mjög mörgum. Lítið fyrir stjörnuþyrkun. **Eftirlætishöfundurinn?** Jón Kalman Stefánsson. **Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið?** Konur eru konum verstar. **Mesta eftirsjáin?** Að hafa ekki lært að syngja. **Eftirlætisleikfangið?** Lék ekki með leikföng, bjó til leikrit. **Stóra ástin í lífinu?** Eiginmaður minn til 53 ára. **Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa?** Að vera listfeng. **Þitt helsta afrek?** Að sigrast á þunglyndi/kulnun. **Eftirlætisdýrið?** Hestarnir í sveitinni. **Hvar vildir þú helst búa?** Á Íslandi. **Hvað er skemmtilegast?** Að vera með góðu fólki. **Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vana?** Einlægni, vinsemd, elsku. **Eftirlætiskvikmyndin?** Fanney og Alexander. **Markmið í lífinu?** Að vera hamingjusöm. **Eftirminnilegasti sjúklingurinn?** Mjög margir og hafa gefið mér mjög mikið. **Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Hef nóg með að vera eftirlaunaþegi. Fékk mikla fullnægju og gleði úr starfi mínu við hjúkrun. Kynntist þar ótrúlega farsælu og flottu samstarfsfólki sem ég lærði mikið af. Tel mig gæfusama konu vegna þeirra kynna og samstarfs. **Eitthvað að lokum ...** Sleppi því.

Fátt er svo með öllu illt að ei boði gott

— Ólafur G. Skúlason

Fullkomin hamingja er ... að vera sáttur við það sem maður hefur og njóta líðandi stundar. Hvað hræðist þú mest? Snáka, er með sjúklega órókrétta hræðslu við snáka. Fyrirmyndin? Í hjúkrun er mín helsta fyrirmynd einn af mínum fyrstu deildarstjórum. Hún heitir Gyða Baldursdóttir og hef ég reynt að líkjast henni eftir megni. Annars á ég enga sérstaka fyrirmynd heldur reyni að taka réttar ákvarðanir miðað við fyrirliggjandi forsendur á hverjum tíma. Eftirlætismáltækið? Fátt er svo með öllu illt að ei boði gott. Hver er þinn helsti kostur? Jákvætt hugarfar og almennt léttlyndi. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ungur? Ég ætlaði alltaf að verða flugmaður eða prestur. Eftirlætismaturinn? Heimagerðu kjötbollurnar sem eiginkonan býr til. Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Dónaskap og óheiðarleika. Hverju ertu stoltastur af að hafa áorkað? Allt þetta nám sem ég hef lokið án nokkurra námslána. Eftirminnilegasta ferðalagið? Þau eru tvö. Annars vegar þegar ég fór með fjölskyldunni og tengdaforeldrum til Tenerife og hins vegar ferð með vina hjónum til Edinborgar. Ofmetnasta dyggðin? Dugnaður. Hver er þinn helsti löstur? Get verið sjúklega óþolinmóður. Hverjum dáist þú mest að? Einstæðum foreldrum, skil ekki hvernig þeir fara að þessu! Eftirlætishöfundurinn? Jo Nesbo og Yrsa Sigurðardóttir. Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið? Já!, ég geri það á eftir. Mesta eftirsjáin? Sé ekki eftir neinu, allt sem maður gerir, bæði það sem lukkast vel og það sem mistekst, er hluti af þeirri vegferð sem kom mér þangað sem ég er í dag. Eftirlætisleikfangið? Sjókaþakinn sem ég á eftir að kaupa mér. Stóra ástin í lífinu? Eiginkonan, Svanhvít Friðriksdóttir. Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa? Að geta lesið hugsanir. Þitt helsta afrek? Að ala upp börn sem virðast ætla að vera góðar manneskjur. Eftirlætisdýrið? Hef alltaf verið sjúkur í gíraffa, algerlega óútskýranleg fegurð yfir þessum dýrum. Hvar vildir þú helst búa? Þessi spurning þarfnast mikilla útskýringa og myndi vera efni í heilt viðtal. Hvað er skemmtilegast? Að eyða tímanum með fjölskyldu og vinum á góðum stundum. Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vina? Heiðarleika, jákvæðni og skvettu af fátíðni. Eftirlætiskvikmyndin? Of erfið spurning, næsta ... Markmið í lífinu? Að vera aðeins betri í dag en ég var í gær. Eftirminnilegasti sjúklingurinn? Það er maðurinn sem var handviss um að ég væri Hitler og endaði á því að henda glerglasi í hausinn á mér. Gott að það fylgi sögunni að ég sinnti honum aldrei heldur var bara alltaf að labba fram hjá honum. Hann lá á ganginum því hann var svo órólegur :) Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi? Að prófa sumarleyfisstaði fyrir ferðasiður. Eitthvað að lokum ... Munið að grípa gæsina þegar hún gefst ... hún kemur kannski ekki aftur.



Ólafur G. Skúlason, hjúkrunardeildarstjóri á skurðstofum í Föðvogi.

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





Nanna Bryndís Snorradóttir hjúkrunarfræðingur.

Betra að vera seinn og sætur en fljótur og ljótur — Nanna Bryndís Snorradóttir

Fullkomin hamingja er ... að vera jákvæður og sáttur við sjálfan sig og aðra. Hvað hræðist þú mest? Að eitthvað slæmt komi fyrir börnin mín. Fyrirmyndin? Ég á fjölmargar fyrirmyndir, bæði í lífinu og í hjúkrun. Myndi samt segja að mamma og pabbi hafi mótað og ég hafi náð að tileinka mér margt gott frá þeim sem hefur gert mig að þeim einstakling sem ég er í dag. Eftirlætismáltækið? Betra að vera seinn og sætur en fljótur og ljótur. Hver er þinn helsti kostur? Jákvæðni, seigla og atorkusemi. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung? Flugmaður. Eftirlætismaturinn? Mjög margt í uppáhaldi, en þessa dagana er það langa á veitingastaðnum Hipstur. Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Neikvæðni. Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað? Klárað hjúkrunarnámið mitt og sjá öll tækifærin sem hafa myndast við að hafa slíka menntun. Endalausir möguleikir. Eftirminnilegasta ferðalagið? Ferðalag til Taílands með útskriftarhópnum mínum 2012. Ofmetnasta dyggðin? Úff, ekki hugmynd, kannski dugnaður. Hver er þinn helsti löstur? Já, kannski fljótfærni — en oftar en ekki er það líka bara gott. Hverjum dáist þú mest að? Að fólki sem er jákvætt, auðmjúkt, heiðarlegt, kröftugt og kemur hlutunum í verk. Eftirlætishöfundurinn? Vilborg Davíðsdóttir. Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið? Þetta reddast. Mesta eftirsjáin? Engin eftirsjá, lífið er of stutt til að líta í baksýnispegilinn. Eftirlætisleikfangið? Já, ég á fullt af skemmtilegum spilum — myndi telja að spilið Partners væri skemmtilegast — lúdó á sterum. Mæli með því! Stóra ástin í lífinu? Kærastinn til 16 ára og börnin okkar tvö. Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa? Geta „teleportað“ mig á staði. Myndi henta mér ákaflega vel, á erfitt með að áætla tíma í umferð. Finnst að allt taki 5 mínútur. Þitt helsta afrek? Eignast tvö heilbrigð börn. Eftirlætisdýrið? Hundur. Hvar vildir þú helst búa? Garðabæ. Hvað er skemmtilegast? Að vera með þeim sem manni þykir vænt um, fjölskyldu og vinum. Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vina? Heiðarleika, jákvæðni, gleði, glens og almennt stuð. Eftirlætiskvikmyndin? Forrest Gump. Markmið í lífinu? Að vera hraust, heilbrigð og hamingjusöm. Eftirminnilegasti sjúklingurinn? Einstaklingur á hjúkrunarheimili í Húnaþingi. Var dásamlega litríkur karakter og skemmtilegt að hlusta á hvað hann hafði að segja. Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi? Ef til vill flugið en ég er annars mjög stolt og ánægð með hjúkrunarfræðimenntunina mína. Eitthvað að lokum ... Lífið er núna!

GÓÐUR BÚNAÐUR SKIPTIR MÁLI



2SKIN
ANTI-CHAFING GEL

Gel sem myndar
varnarfilmu á húð
Ekkert nudd
vatnshelt



 **COMPRESSPORT®**

Lauflétt þægileg hlífðarföt
vatnsheld og anda frábærlega

LÉTTIR OG ÞÆGILEGIR UTANVEGASKÓR FRÁ BROOKS

Frábært grip, stöðugir og með grjótvörn í sólanum



 **BROOKS** Cascadia GTX, vatnsheldir



 **BROOKS** Cascadia

GÖNGUGREINING

Fyrir verki í ökkum, hnjó, mjöðmum og baki

Bókaðu tíma á faeturtoaga.is eða í síma 55 77 100



FÆTUR TOGA

LEIÐIN TIL ÁRANGURS

Framhaldsnám í heilbrigðisvísindum við Háskólann á Akureyri

Sigríður Sía Jónsdóttir

Við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri (HA) er boðið upp á 120 ECTS-eininga meistaranám og viðbótarnám (diplómanám) á meistarastigi. Námið er opið fagfólki úr öllum heilbrigðisstéttum en stærsta heilbrigðisstétt landsins, hjúkrunarfræðingar, hefur eðlilega verið fjölmennust í námi hjá okkur. 1. janúar 2020 voru 125 nemendur í námi í framhaldsnámsdeildinni, af þeim voru 82 í meistaranámi og 43 í viðbótarnámi á meistarastigi.



Sigríður Sía Jónsdóttir, formaður framhaldsnámsdeildar HA.

Framhaldsnámsdeildin býður upp á krefjandi og skemmtilegt þverfaglegt nám fyrir fagfólk sem þegar hefur lokið fyrstu háskólagráðu innan heilbrigðisþjónustunnar. Nemendur koma inn í námið með klíniska og faglega þekkingu á sínu sérsviði. Markmiðið er að við brautskráningu verði þeir gagnrýnir greinendur og skapandi fagmenn á sviði vísindarannsóknastarfa og nýsköpunar. Þeir verði óhræddir við breytingar til framfara með vísýni að leiðarljósi. Námið er einnig góður undirbúningur fyrir doktorsnám við HA eða aðrar menntastofnanir innanlands eða erlendis.

HA býður upp á:

1) Viðbótarnám á meistarastigi:

Hægt er að uppfylltum inntökuskilyrðum að velja á milli 40 og 60 ECTS-eininga viðbótarnáms á meistarastigi á þeim kjörsviðum (sérfræðisviðum) sem eru í boði við HA. Innan ákveðinna tímamarka er hægt að fá námið metið upp í meistaranám á sama kjörsviði.

2) Meistaranám:

Námið er 120 ECTS-einingar og byggist upp á 40 einingum í skyldunámskeiðum auk valnámskeiða og 40 eða 60 ECTS-meistaraverkefni. Hver námsmaður skipuleggur námið í samræmi við sitt áhugasvið og kjörsvið.

Allt að 30 ECTS-einingar eru metnar inn í meistaranám úr fjögurra ára (240 eininga) BS-námi. Metnar ECTS-einingar koma í stað valnámskeiða. Hægt er að velja um 5 eða 10 ECTS-einingar í mörgum námskeiðum þegar þau eru tekin sem valnámskeið. **Ljósmaður með íslensk starfsréttindi** sem vilja auka þekkingu og færni í rannsóknum geta fengið allt að 70 einingar metnar úr ljósmaðranámi sínu upp í meistaraþróf. Tvö námskeið í aðferðafræði rannsókna (10 ECTS hvort) eru skyldunámskeið og eftir þau fylgir vinna við 30 eininga meistararannsókn sem lýkur með tilbúnu handriti að fræðigreini.

Uppbygging námsins

Námið við HA er skipulagt þannig að hægt er að stunda vinnu með því. Kennt er í þremur lotum hvert misseri en á milli er unnið að verkefnum, og námsmat í hverju námskeiði byggist almennt á verkefnavinnu í stað prófa.

Kjörsvið sem opin eru til innritunar fyrir haustið 2020

120 ECTS meistaranám / 40 ECTS-eininga viðbótarnám á meistarastigi

- Heilsugæsla í héraði — fræðileg
- Langvinn veikindi og lífsglíman
- Sálræn áföll og ofbeldi
- Stjórnun í heilbrigðisþjónustu
- Verkir og verkjameðferð
- Öldrun og heilbrigði

120 ECTS meistaranám

- Endurhæfing¹
- Geðheilbrigðisfræði¹
- Starfsendurhæfing²

120 ECTS meistaranám / 60 ECTS-eininga viðbótarnám á meistarastigi

- Heilsugæsla í héraði — klínísk³

50 ECTS meistaranám fyrir ljósmæður með starfsréttindi á Íslandi

¹ Námsárið 2020–2021 er 10 ECTS sérhæft skyldunámskeið þessara kjörsviða ekki í boði. Þau verða í boði námsárið 2021–22 en hægt er að skrá sig í meistaranám á þessum kjörsviðum næsta námsár og taka önnur skyldu- og valnámskeið.

² Starfsendurhæfing er samstarfsverkefni milli HA og félagsráðgjafadeildar Háskóla Íslands og sérhæfðu skyldunámskeiðin annars vegar kennd við HA og hins vegar við HÍ. Námsárið 2020–2021 eru sérhæfðu skyldunámskeiðin ekki í boði. Þau verða í boði námsárið 2021–22 en hægt er að skrá sig í meistaranám í við HA á þessu kjörsviði og taka önnur skyldu- og valnámskeið.

³ Heilsugæsla í héraði — klínísk er nám fyrir hjúkrunarfræðinga sem ráðnir hafa verið í 80% launaða sérnámsstöðu í heilsugæsluhjúkrun hjá heilbrigðisstofnunum landsins. Þetta er fullt nám í eitt ár, frá 1. ágúst – 31. júlí, og kennt og skipulagt í samvinnu við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Vormisseri 2021¹

Lota 1: 18.–22. janúar

Lota 2: 1.–5. mars

Lota 3: 12.–16. apríl

Röðun námskeiða í hverri lotu¹

- Stjórnun: mánudaga
- Heilbrigði kvenna: f.h. þriðjudaga og miðvikudaga
- Heilsugæsla og heilsuefning: e.h. á þriðjudögum og miðvikudögum
- Öldrun og heilbrigði: e.h. á þriðjudögum og miðvikudögum
- Málstofa meistaranema: f.h. á fimmtudögum
- Eigindlegar rannsóknir: föstudaga

¹ Birt með fyrirvara um breytingar.

Skipulag á námi í lotum:

Nemandi í fullu námi má gera ráð fyrir að mæta í 3 til 3½ dag í hverri lotu. Gerð er krafa um að nemendur mæti í a.m.k. 2 lotur í hverju námskeiði þó æskilegt sé að mæta í allar 3. Umsjónarkennara er frjálst að gera sérkröfur fyrir sitt námskeið um mætingu í einhverja ákveðna lotu eða allar 3. Þessar kröfur geta því verið mismunandi eftir námskeiðum.

Mæting er skilgreind á þrennan hátt: 1) mæting á staðinn; 2) mæting í gegnum hugbúnaðinn ZOOM; eða 3) mæting í gegnum fjarveru (e. Telepresence Robot). Má því segja að mæting felist í því að vera vitsmunalega og andlega mættur norður til Akureyrar þó svo að líkaminn geti verið annars staðar, sbr. lið 2 og 3. **Nauðsynlegt er að hafa tölvu með myndavél og öfluga nettengingu til að geta sinnt náminu.**

Opið er fyrir innritun til 15. júní 2020

Með umsókn þarf að fylgja:

- 1) Staðfest afrit af bakkalárprófskírteini eða sambærilegu prófskírteini.
- 2) Kynningarbréf
- 3) Námsáætlun
- 4) Ferilskrá

Umsækjendur skulu hafa fengið 7,25 í meðaleinkunn í grunnháskólanámi nema sérstaklega sé getið um annað í inntökuskilyrðum kjörsviðs. Við framhaldsnámsdeildina eru 66 námspláss í boði fyrir nýnema. Sérstakar matsreglur hafa verið samþykktar ef fleiri en 66 nýnemar skrá sig til náms.

Nánari upplýsingar um umsóknarferlið og námið er að finna á heimasíðu Háskólans á Akureyri, www.unak.is. Áslaug L. Guðmundsdóttir, verkefnastjóri við heilbrigðisvísindasvið HA, og dr. Sigríður Sía Jónsdóttir, formaður framhaldsnámsdeildarinnar, svara einnig fyrirspurnum.

Haustmisseri 2020

Lota 1: 7.–11. september

Lota 2: 12.–16. október

Lota 3: 16.–20. nóvember

Röðun námskeiða í hverri lotu

- Sálræn áföll og ofbeldi: mánudaga
- Verkir og verkjameðferð: þriðjudaga
- Heilbrigði og heilbrigðisþjónusta: miðvikudaga
- Málstofa meistaranema: f.h. á fimmtudögum
- Meginindlegar rannsóknir: e.h. á fimmtudögum og f.h. á föstudögum

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands á tímum covid-19

Herdís Sveinsdóttir og Helga Bragadóttir

Mikið hefur mætt á heilbrigðiskerfinu og þar með hjúkrunarfræðingum í yfirstandandi covid-19-heimsfaraldri. Í þessum stutta pistli ætlum við að deila með lesendum þeim óvæntu úrlausnar-efnum sem við stjórnendur í hjúkrunarfræðideild höfum staðið frammi fyrir á vormisserinu í sambandi við námið og hvernig við tókumst á við þau.

Hjúkrunarfræðideildin vel undirbúin fyrir fjarvinnu

Faraldurinn hefur haft mikil áhrif á starfsemi Hjúkrunarfræðideildar líkt og annarra vinnustaða. Fyrirlestrahald, umræðufundir og fundir starfsmanna voru færðir í fjarfundaform sem reyndist lítið mál enda kennsluhættir deildarinnar fjölbreyttir og var hjúkrunarfræðideild, af deildum háskólans, einna best undir fjarvinnu búin. Klínísk námið í grunnnáminu var hins vegar þyngri þraut, sérstaklega klínísk námið á þriðja ári en þá eru nemendur einvörðungu í klíník.

Erfiðleikarnir fólust í auknu álagi á hjúkrunarfræðinga sem störfuðu á deildum, meiri vinnu nemenda og ótta við að nemendur sýktu sjúklinga og sína nánustu. Flestallir nemendur starfa með námi og fara á milli stofnana og húsa einstakra stofnana, svo sem Landspítala. Þar var áhersla lögð á að lítið eða ekki væri farið á milli. Jafnframt var ekki gott að fara á milli hjúkrunarheimila, heilsugæslu og Landspítala. Augljósir valkostir voru að segja nemendum að þeir yrðu að velja vinnu eða nám, og ef vinna væri valin þá seinkaði náminu. Stofnanir gátu hins vegar illa án starfskrafta nemenda verið. Þá stóðum við frammi fyrir því að seinka klínísku námi nemenda. Það var slæmur kostur sem hefði í för með sér að sumarvinna nemenda yrði með öðru sniði, þeir fengju ekki störf sem nemendur að loknu þriðja námsári og verkefni þeirra yrðu því önnur í sumarstarfinu. Okkur hugnaðist þetta ekki og því varð að hugsa í lausnum og finna nýjar leiðir við breyttar aðstæður. Markmið okkar voru strax þessi:

- Öllum nemendum verður gert kleift að ljúka námi á misserinu
- Gæði klíníska námsins haldast eins og kostur er
- Nemendur geta stundað vinnu með námi.

Námstækifæri víða að finna

Til að ná þessum markmiðjum var ákeðið að nemendur ákveðinna námskeiða tækju klínísk námið á sínum vinnustað. Þetta krafðist nýrrar skipulagningar og sköpunargáfu en opnaði jafnframt augu allra fyrir því að námstækifæri er að finna víða. Þökkum við öllum forsvarsmönnum sjúkrahúsa fyrir að

samþykka að nemendur tækju klínísk námið á vinnustaðnum. Þetta þýddi að sumir nemendur tóku klínísk námið í geðhjúkrun á gjörgæsludeild, aðrir á hjúkrunarheimili og þar fram eftir götunum.

Kennarar aðlöguðu klínísk verkefni þannig að nemendur gátu tekið þau á sínum vinnustað með áherslu á það nám sem þeir voru í. Auk þess voru útbúin klínísk tilfelli um sjúklinga sem nemendur spreyttu sig á. Segja má að við þessar aðstæður og þær lausnir sem fundnar voru hafi sjóndeildarhringur allra hlutaðeigandi vikkað. Til dæmis getur löng dvöl á gjörgæslu haft áhrif á andlegt ástand sjúklinga. Það tókst þó ekki að nýta þessi úrræði í öllum námskeiðum og má nefna heilsugæslu og hjúkrun aðgerðasjúklinga. Úrræði fundust þó sem fólu í sér að ofangreindum markmiðum var náð.

Náð samstarf við menntadeild Landspítala

Í þessu ferli vorum við í nánú samstarfi við menntadeild Landspítala. Jafnframt var brýnt fyrir nemendum að ef óvissa væri skyldi fara varfærustu leið og fylgja smitleiðbeiningum stofnunar eða deildar þar sem klínísk námið eða vinnan fór fram. Brýnt var fyrir nemendum að ef þeir færu að starfa á deild þar sem þá vantaði upp á klínísk þjálfun (t.d. við geðhjúkrun á gjörgæslu) létu þeir viðkomandi hjúkrunardeildarstjóra vita af því þannig að deildarstjórinn vissi að viðkomandi þyrfti ef til vill aðeins lengri aðlögunartíma.

Á fyrsta námsári var þrekvirki unnið í að ljúka klínísku námi í almennri hjúkrun. Á vormisseri annars námsárs var ekkert klínískt nám vegna námsskrárbreytinga sem eru í gangi. Á fjórða námsári voru áhrifin helst þau að lokaverkefniskynningum nemenda var sleppt. Lokaverkefnisdagur B-nema hefur sannarlega verið nokkurs konar uppskeruhátíð námsins og alltaf mjög ánægjulegur dagur og sakna hans allir í ár. Að höfðu samráði við nemendur var ákveðið að hafa ekki „fjar-lokaverkefnisdag“. Ekki er enn útséð um fyrirkomulag útskriftar en það er von okkar allra að af formlegri útskrift verði.

Varðandi námsmat var það á öllum stigum náms rafrænt. Ýmsar tilfæringar voru gerðar sem of langt mál er að fjalla um núna en vonandi allt til góðs á endanum. Tvær doktorsvarnir

frestuðust þó á vormisseri en verða haldnar á fjarfundi í byrjun júní.

Hjá nemendum í framhaldsnámi voru námsleyfi afturkölluð og vaktaáætlanir breyttust með skömmum fyrirvara. Geta nemenda til að stunda sitt nám skertist auk þess að einbeitingarskortur gerði vart við sig. Kennsla og verkefni voru hratt og vel aðlöguð breyttum aðstæðum og var komið til móts við nemendur eins og unnt var, skiladögum verkefna breytt og lokum vormisseris breytt. Námsverkefni sem fólu í sér vettvangsheimsóknir eða gagnaöflun á klínískum vettvangi voru endurskoðuð. Má segja að í öllu tilliti hafi kennarar og nemendur brugðist vel við og aðstæður verið nýttar til hins ýtrasta við endurskoðun kennsluaðferða, verkefna og viðfangsefna til að draga sem mestan lærdóm af þessari einstöku reynslu.

Helstu vandkvæði doktorsnema sneru að gagnasöfnun í rannsóknum þeirra því þeir áttu erfitt með að nálgast þátttakendur á tímum samkomubannsins.

Varanleg áhrif á nýtingu tækni og nýjunga í kennslu

Kennsla í ljósmóðurfræði byggist mikið á virkri þátttöku nemenda og reynði því fjarkennsluformið mikið á. Það gekk þó vel,

en nemendur voru afar ánægðir þegar kennsla í kennslustofu hófst aftur. Kennsluhættir sem reyndust vel verða þó teknir til endurskoðunar. Í klínísku námi gátu nemendur að mestu haldið áætlun en gera þurfti nokkrar breytingar, t.d. á fæðingarardeildum þar sem mikil nánd er milli nemenda og ljósmæðra og rými á fæðingarstofum í sumum tilfellum takmarkað. Starfsemi var breytt í mörgum tilvikum á klínískum stofnunum á meðan ástandið var sem verst, eins og aðgengi verðandi fedra að þjónustunni, og hafði það áhrif á námið.

Covid-19-faraldurinn hefur ekki eingöngu fært okkur strembin úrlausnarefni í kennslunni heldur hefur hann vakið mikla og jákvæða athygli á mikilvægu hlutverki hjúkrunarfræðinga í heilbrigðisþjónustunni og þar með samfélaginu almennt.

Kennarar eru almennt sammála um að faraldurinn hafi haft afgerandi og varanleg áhrif til góðs hvað nýtingu tækninnar og nýjungar í kennslu varðar. Covid-19-faraldurinn hefur ekki

fastus.is



CARESCAPE V100 LÍFSMARKASJÁ

Frá GE Healthcare

- BP/PULSE
- Masimo
- SpO2
- Fáanlegur á hjólastandi
- Val um EXERGEN hitamæli



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

FASTUS
Veit á vandaða lausn



Umsóknarfrestur um grunnám rennur út 15. júní nk. og er búist við miklum áhuga á hjúkrunar-námi í ljósi ofangreinds. Hjúkrunarfræðideild tók aftur upp samkeppnispróf haustið 2020. Í boði voru 120 námspláss og voru þau öll fyllt. Í haust verða í boði 130 námspláss.

eingöngu fært okkur strembin úrlausnarefni í kennslunni heldur hefur hann vakið mikla og jákvæða athygli á mikilvægu hlutverki hjúkrunarfræðinga í heilbrigðisþjónustunni og þar með samfélaginu almennt.

Mikill áhugi á hjúkrunarnámi

Umsóknarfrestur um grunnám rennur út 15. júní nk. og er búist við miklum áhuga á hjúkrunarnámi í ljósi ofangreinds. Hjúkrunarfræðideild tók aftur upp samkeppnispróf haustið 2020. Í boði voru 120 námspláss og voru þau öll fyllt. Í haust verða í boði 130 námspláss. Erfiðlega mun ganga að koma þessum fjölda fyrir og vantar fjármagn, fólk og klínísk námspláss. Með fólki er átt við kennara, starfsfólk í stoðþjónustu, hjúkrunarfræðinga á stofnunum sem taka að sér nemendur og fleiri (sjá frekar <https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/2020/04/17/Tillogur-til-fjolgunar-utskrifadra-hjukrunarfraedinga/>). Til að greiða úr vandræðum með klínísk námspláss og minnka álag á hjúkrunarfræðinga og nemendur á deildum áætluð við, fáist nægilegt fjármagn, að hefja tvíkennslu námskeiða á þriðja og fjórða námsári frá og með hausti 2021.



Tækifæri í nýju starfs- umhverfi

Sól er farin að hækka á lofti. Grasið grænkar og blóm eru tekin að blómstra. Á sama tíma blasir við okkur nýr raunveruleiki sem hvetur okkur til að hugsa til framtíðar.

Leiðtogar þurfa að sýna hugrekki og útsjónarsemi til skemmri sem lengri tíma. Í ólgusjó þarf að sýna frumkvæði við að stýra starfseminni í gegnum fordæmalaus áhrif COVID-19, undirbúa rekstur fyrir efnahagslægd og taka stefnumótandi ákvarðanir um framtíð félagsins.

KPMG styður leiðtoga við að breyta áskorunum í tækifæri.

Kynntu þér þjónustu okkar á [kpmg.is](https://www.kpmg.is) eða hafðu samband í síma 545 6000.

[kpmg.is](https://www.kpmg.is)



Takk, hjúkrunarfræðingar,
fyrir ómetanleg störf í okkar þágu



SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL



HRAFNISTA



GARÐHEIMAR

Deloitte.



REYKJALUNDUR
endurhæfing



KJÓSARHREPPUR



sensæ



SAMHERJI



Making our world more productive

Egill Baldursson ehf.
Umbrot á umbrotatímum



HS VEITUR



Landsvirkjun



ESKJA

REITIR
FASTEIGNAFÉLAG



MedicAlert®



HAPPDRAETTI
HÁSKÓLA ÍSLANDS
vænlegast til vinnings



VATNSVIRKINN
FAGVERSLUN FYRIR FAGMENN



Punglyndi meðal aldraðra: Einkenni, orsök, mat og meðferð

Arna Vignisdóttir

Punglyndi er einn af algengustu sjúkdómum í heiminum, en um 15% aldraðra eru metnir með punglyndi og talið er að á árabílinu 2015 til 2050 muni hlutfall þeirra sem eru með punglyndi hækka í 22% (World Health Organization, 2017). Á Íslandi er um 20.000 manns greindir með punglyndi og af þeim eru aldrið um 12% og er það um 50% meira en í öðrum aldurshópum hér á landi. Eldri konur eru líklegri til að greinast með punglyndi en eldri karlar, og voru 11% kvenna en 4,5% karla með punglyndi af þeim sem voru 67 ára og eldri árið 2015 (Hagstofa Íslands, 2015).

Talið er að allt að 40% þeirra sem búa inn á hjúkrunarheimilum séu með punglyndi (Ellard o.fl., 2014). Einkenni og orsakir punglyndis geta verið ýmiss konar og er því mikilvægt að kunna góð skil á þeim mælitækjum sem eru notuð til að meta punglyndi og einnig að þekkja þau úrræði sem eru í boði fyrir aldrið með punglyndi.

Einkenni

Einkenni um punglyndi hjá öldruðum geta verið margs konar og oft önnur en meðal yngra fólks. Algengustu einkenni punglyndis hjá öldruðum eru viðvarandi depurð, áhugi og ánægja af lífinu minnkar verulega, orkuleysi og mikil þreyta. Fólk finnur fyrir vonleysi, einmanaleika og getur fundist það einskis virði. Það á erfiðara með að einbeita sér, finnur fyrir meiri óvissu og minni þess skerðist, það ber meira á rugli, fólkið fer að tala hægar og verður svartsýnna á lífið. Neikvæðar hugsanir gera vart við sig, sjálfsgagnrýni eykst og sjálfsálit minnkar (Lijun o.fl., 2014).

Breytingar geta átt sér stað á daglegu lífi, svefnavenjur breyst, matarlyst minnkað og þyngd breyst. Fólk getur fengið hægðatregðu, höfuðverk, kynhvötin minnkað, það getur fundið fyrir meiri óróleika og orðið félagslega einangraðra. Áhyggjur og kvíði verður meiri og hugsanir um dauðann aukast (Kennedy-Malone o.fl., 2019).

Áföllum sem fólk hefur orðið fyrir í lífinu, eins og félagsleg áföll og ástvinamissir eða að missa maka sinn, fylgir mikil þjáning, sorg og einmanaleiki. Einnig getur skilnaður við maka og fjárhagsáhyggjur eftir að fólk hættir að vinna sökum aldurs stuðlað að punglyndi.

Orsakir

Skýringar á punglyndi hjá öldruðum geta verið ýmsar en svefntruflanir eru algeng orsök. Aldrið finna fyrir ýmsum líkamlegum breytingum og greinast jafnvel með sjúkdóm sem getur stuðlað að punglyndi. Einnig er þekkt að missir á sjálfstæði og að vera ekki lengur sjálfbjarga með daglegar venjur getur leitt til skertrar sjálfsmyndar. Áföllum sem fólk hefur orðið fyrir í lífinu, eins og félagsleg áföll og ástvinamissir eða að missa maka sinn, fylgir mikil þjáning, sorg og einmanaleiki. Einnig getur skilnaður við maka og fjárhagsáhyggjur eftir að fólk hættir að vinna sökum aldurs stuðlað að punglyndi. Talið er að 40% aldrið finni fyrir einmanaleika (Lijun o.fl., 2014).

Matstæki

Það getur verið erfiðleikum bundið að greina punglyndi hjá öldruðum einstakling þar sem einkennin geta verið svipuð öðrum einkennum sem fylgja því að eldast, svo sem minni virkni og skortur á frumkvæði (Mark o.fl., 2016). Til að meta punglyndi hjá öldruðum eru notuð matstæki sem gefa okkur vísbendingu um hugsanleg punglyndiseinkenni. Matstækið sem er aðallega notað fyrir punglyndi meðal aldrið nefnist GDS (e. Geriatric Depression Scale). Þessi kvarði var búinn til árið 1983 með aldrið í huga og er einfaldur í notkun (Merkin o.fl., 2019). Tvenns konar útfærslur eru af mælitækinu. Fyrri útgáfan inniheldur 30 spurningar og styttri útgáfan inniheldur 15 spurningar, einstaklingurinn svarar já eða nei eftir því sem við á (Merkin o.fl., 2019). Einnig eru til fleiri matstæki, þar má nefna kvíða- og punglyndiskvarðann HADS (e. The Hospital Anxiety and Depression Scale) en í honum eru 14 atriði sem skiptast svo í tvo kvarða, punglyndiskvarða og kvíðakvarða. HADS-mælitækið hefur reynst vel til að greina þá sem eru með vanlíðan og er einnig næmt fyrir ástandi hins aldrið ef einhverjar breytingar verða á meðferð hjá honum. Einnig eru



til fleiri og flóknari matstæki sem er erfiðara að leggja fyrir aldraða og eru þess vegna minna notuð (Læknablaðið; 2000: Jakob Smári o.fl., 2008).

Hugræn atferlismeðferð er mjög mikið notuð við þunglyndi hjá öldruðum og hefur reynst vel. Meðferðin miðar að því að hinn aldraði nái tökum á þessum hugsunum og takist á við daglegt líf án þess að gagnrýna sjálfan sig. Sálfræðimeðferð, samskiptameðferð og fjölskyldumeðferð hefur einnig reynst vel til að meðhöndla þunglyndi hjá öldruðum.

Meðferð við þunglyndi

Ýmsir meðferðarmöguleikar eru til að meðhöndla þunglyndi. Þegar meðferð er valin þarf að hafa í huga hversu alvarlegt þunglyndið er og hvað einstaklingurinn vill sjálfur. Mikilvægt er að beina sjónum að þörfum hvers og eins því þær geta verið mismunandi. Þau úrræði sem helst eru notuð við vægu þung-

lyndi eru atferlismeðferð, hugræn atferlismeðferð, samskiptameðferð og fjölskyldumeðferð, ásamt lyfjameðferð. Atferlismeðferð er veitt hjá sálfræðingum og er notuð til að vinna úr atferli, breytt atferli felur í sér betri líðan. Meðferðin getur leitt til betri samskipta, t.d. gagnvart nánustu aðstandendum. Ef hinn aldraði nær tökum á breytttri hegðun færir það honum yfirleitt betri heilsu (McClafferty, 2012). Hugræn atferlismeðferð er mjög mikið notuð við þunglyndi hjá öldruðum og hefur reynst vel. Meðferðin miðar að því að hinn aldraði nái tökum á þessum hugsunum og takist á við daglegt líf án þess að gagnrýna sjálfan sig (Gould o.fl., 2012). Sálfræðimeðferð, samskiptameðferð og fjölskyldumeðferð hefur einnig reynst vel til að meðhöndla þunglyndi hjá öldruðum. Rannsóknir hafa sýnt að framantalin meðferðarúrræði bæta verulega líðan og stuðla að bata hjá þeim sem tekur virkan þátt í meðferðinni (Kennedy-Malone o.fl., 2019). Lyfjameðferð er mikið notuð við þunglyndi og er sérstaklega gagnleg við alvarlegu þunglyndi. Við upphaf lyfjagjafar aldraðra með þunglyndi þarf að finna rétta lyfið sem óhætt er að taka samhliða öðrum lyfjum sem hinn aldraði tekur svo ekki komi fram óæskilegar milliverkanir. Einnig er mikilvægt að hafa í huga að hjá öldruðum er niðurbrot lyfja í líkamanum hægara en hjá yngra fólki. Helstu geðlyf sem gefin eru öldruðum eru í flokki SSRI-lyfja. Lyfin henta öldruðum vel vegna þess að þau hafa ekki áhrif á minni, hjartastarfsemi, blóðþrýsting og eru ekki slævandi (Alduhisky, 2018). Rannsóknir hafa sýnt að þeir sem hafa greinst með

meðal- eða alvarlegt þunglyndi fá meiri bata ef þeir eru á lyfjameðferð og sálfræðimeðferð samtímis (Kennedy-Malone o.fl., 2019).

Raflækningar eru ekki mikið notaðar við þunglyndi hjá öldruðum en þegar þunglyndið er orðið mjög alvarlegt og lyfjameðferð hefur ekki dugað eða sjúklingurinn er kominn í sjálfsvígshættu hefur þótt nauðsynlegt að nota þær.

Raflækningar eru ekki mikið notaðar við þunglyndi hjá öldruðum en þegar þunglyndið er orðið mjög alvarlegt og lyfjameðferð hefur ekki dugað eða sjúklingurinn er kominn í sjálfsvígshættu hefur þótt nauðsynlegt að nota þær. Hinn sjúki er svæður áður en hann fer í meðferð hverju sinni. Meðferðin kallar fram krampa og er honum gefið vöðvaslakandi lyf til að minnka krampann. Aukaverkanir meðferðar geta verið tímabundin minnisskerðing, harðsperrur, höfuðverkur, ógleði og þreyta en ekki til langframa. Meðferðin er fljótverk og sjúklingar eru fljótir að jafna sig og verða virkir þáttakendur í daglegu lífi fyrr en af öðrum úrræðum sem beitt er (Kristín S. Jensdóttir og Sigurður B. Stefánsson, 2010).

Lokaorð

Ljóst er að þunglyndi er alvarlegt vandamál hjá öldruðum sem getur oft reynst erfitt að greina og því er mikilvægt að þekkja einkenni og orsök svo hægt sé að veita rétta meðferð hverju sinni. Hver og einn einstaklingur gengur í gegnum breytingar í lífinu sem geta verið bæði líkamlegar og andlegar og er nauðsynlegt að vera vakandi fyrir því sem hinn aldraði segir og upplifir. Ýmiss konar meðferð er hægt að veita til að meðhöndla þunglyndi og vert að hafa í huga að lyfjameðferð er ekki eina lausnin við þunglyndi, meðferð án lyfja hefur gefið góðan árangur. Hjúkrunarfræðingar gegna lykilhlutverki í að meta og veita þá meðferð sem einstaklingurinn þarfnast og þurfa þeir að vera vel upplýstir um sjúkdóminn og hvernig best er að veita sjúklingnum þá aðstoð sem hann þarfnast.

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

Heimildaskrá

- Alduhishy, M., (2018). The overprescription of antidepressants and its impact on the elderly in Australia. *Trends Psychiatry Psychother*, 40(3), 241–243. doi: 10.1590/2237-6089-2016-0077
- Ellard, D. R., Thorogood, M., Underwood, M., Seale, C. og Taylor, S. (2014). Whole home exercise intervention for depression in older care home residents (the OPERA study): A process evaluation. *BMC Medicine*, 12(1). doi: 10.1186/1741-7015-12-1
- Gould, R. L., Coulson, M. C., og Howard, R. J. (2012). Cognitive behavioral therapy for depression in older people: A meta-analysis and meta-regression of randomized controlled trials. *Journal of American Geriatric Society*, 60(10), 1817–1830. doi: 10.1111/j.1532-5415.2012.04166.x
- Hagstofa Íslands. (2015). *Þunglyndiseinkenni algeng á Íslandi*. Sótt 20. nóvember 2019 á <https://hagstofa.is/utgafur/frettasafn/heilbrigðismal/heilsufarsrannsokn-2015-thunglyndiseinkenni/>
- Jakob Smári, Daníel Þór Ólason, Þórður örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson. (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenski gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Tímarit sálfræðingafélags Íslands*, 13, 147–169.
- Kennedy-Malone, L., Martin-Plank, L., og Duffy, E. (2019). *Advanced Practice Nursing in the Care of Older Adults*, 2, 452–453. Philadelphia: FA Davis.
- Kristín S. Jensdóttir og Sigurður B. Stefánsson. (2010). Raflækningar: Leiðbeiningar fyrir notendur. *Geðsvið Landspítala, móttökudeild 32A*, 1–6.
- Lijun, L., Zhenggang, G., og Junnan, Z., (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750–758. doi.org/10.1177/1359105314536941
- Læknaðlaðið. (2000). *Mat á þunglyndi aldraðra. Þunglyndismat fyrir aldraða: Íslensk gerð. Geriatric Depression Scale (GDS)*. Sótt 21. nóvember 2019 á <https://www.laeknabladid.is/2000/5/fraedigreinar/nr/441/>
- Mark, O., Carlos, B., Steven, C. M. (2016). Treatment of adult depression in the United States. *JAMA Internal Medicine*, 176(10), 1482–1491. doi:10.1001/jamainternmed.2016.5057
- McClafferty, C. (2012). Expanding the cognitive behavioural therapy traditions: An application of functional analytic psychotherapy treatment in a case study of depression. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 7(2–3), 90–95.
- Merkin, A. G., Medvedev, O. N., Sachdev, P. S., Tippet, L., Krishnamurthi, R., Mahon, S., ... Feigin, V. L. (2019). New avenue for the geriatric depression scale: Rasch transformation enhances reliability of assessment. *Journal of Affective Disorders*, 264, 7–14. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.100>
- World Health Organization. (2017). *Mental health and older adults*. Sótt 24. nóvember 2019 á <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/en/>



Of mikið sumar?

Flynise – 24 klukkustunda virkni við ofnæmi

Flynise inniheldur 5 mg af virka efninu desloratadíni og er ofnæmislyf sem er ætlað til meðferðar á einkennum ofnæmiskvefs og ofsakláða. Flynise er ætlað fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri og er áhrifaríkt við að draga úr einkennum ofnæmiskvefs eins og hnerra, nefrennsli og kláða, ásamt augnkláða, tárarennisli og roða í augum og kláða í efri góm. Lyfið er til inntöku og á að gleypa töfluna heila. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.


Actavis

Kvíði hjá öldruðum: Greining og meðferð

Kristrún Anna Skarphéðinsdóttir

Kvíði lýsir sér þannig að fólk hefur miklar áhyggjur sem erfitt er að stjórna. Þessar áhyggjur fara að hafa áhrif á daglegt líf fólksins. Líkamleg einkenni geta líka fylgt, eins og óþægindi frá maga, hröð og grunn öndun og þyngsli eða verkur fyrir brjósti. Einkenni, eins og ógleði, svefntruflanir, hægðatregða og áhyggjur af ýmsu, t.d. heilsu, eru algengari meðal aldraðra (Kennedy-Malone o.fl., 2019).

Kvíði er algengur hjá öldruðum en er oft vangreindur og því ekki meðhöndlaður (Bandelow o.fl., 2017). Þeir sem eru með kvíða eiga frekar á hættu að fá hjarta- og æðasjúkdóma en ókvíðnir (Emdin o.fl., 2016). En hverjir eru það sem fá helst kvíða og hvað er hægt að gera? Hverju þurfum við að vera vakandi fyrir?

Hverjir fá kvíða og hversu algengur er hann?

Allir geta fengið kvíða en milli 3 og 14% aldraðra eru með greinda kvíðaröskun (Kennedy-Malone o.fl., 2019). Þeim er hættara við kvíða sem hafa lent í miklum áföllum í lífinu, þurft að búa við fátæk, lent í ofbeldi og fundið fyrir mikilli streitu á yngri árum. Nýleg áföll, missir og aðskilnaður eru allt áhættuþættir fyrir kvíða hjá öldruðum. Ýmsir sjúkdómar ýta einnig undir kvíða, eins og geðsjúkdómar, þunglyndi, vitglöp, hjarta-sjúkdómar og öndunarfarasjúkdómar. Konur eiga frekar á hættu að fá kvíða (Andreescu og Varon, 2015). Rannsóknir sýna að konur geta verið allt að tvisvar sinnum líklegri til að fá kvíða en karlar (Catuzzi og Beck, 2014).

Til eru margar mismunandi gerðir kvíðaröskunar en algengast er að aldraðir séu með almenna kvíðaröskun, einfalda fælni, félagslegan kvíða og kvíða sem fylgir lyfjaáhrifum eða lækisfræðilegu ástandi.

Til eru margar mismunandi gerðir kvíðaröskunar en algengast er að aldraðir séu með almenna kvíðaröskun, einfalda fælni, félagslegan kvíða og kvíða sem fylgir lyfjaáhrifum eða lækisfræðilegu ástandi. Á öldrunarheimilum áttar starfsfólk sig oft ekki á einkennum kvíða. Það heldur að einkennin séu eðlileg og að þau tengist öldrun, en á hjúkrunarheimilum er algengt að fólk sé með ógreindan kvíða (Kennedy-Malone o.fl., 2019).

Hvers vegna fá aldraðir kvíða?

Það að eldast getur haft margt í för með sér, eins og að missa heilsu, missa maka og nána vini og breytingar verða á heila. Ýmsir nýir streituvaldar fara að hafa áhrif, sjálfstæði minnkar, hræðsla við að detta og brotna og fjárhagsáhyggjur. Þetta getur allt verið orsök fyrir kvíða hjá öldruðum. Margir aldraðir sem fá kvíða hafa verið með kvíða frá yngri árum en hann versnar svo þegar aldurinn færir yfir. Þó fá sumir aldraðir kvíða sem hafa ekki fengið hann áður (Kennedy-Malone o.fl., 2019).

Hvernig greinum við kvíða?

Til að greina kvíða er mikilvægt að hlýða vandlega á sjúkra-söguna. Spyrja þarf út í neyslu koffíns, áfengis og lyfja en óhóf-leg neysla getur leitt til einkenna sem líkjast kvíða. Taka þarf blóðprufur til að skoða t.d. skjaldkirtilsvirkni (Kennedy-Malone o.fl., 2019). Ýmis einkenni þurfa að vera til staðar til að greinast með kvíðaröskun, t.d. mikill kvíði, áhyggjur sem erfitt er að stjórna og svo þurfa að vera a.m.k. þrjú önnur einkenni til staðar. Þau einkenni geta verið erfiðleikar við að einbeita sér, pirringur, eirðarleysi, erfiðleikar með svefn, verða oft og auðveldlega þreyttur og vöðvaspenna (Clifford o.fl., 2015). Þegar einhver er með einkenni kvíða eða grunur leikur á kvíða þarf að leggja fyrir hann áreiðanlegan greiningarkvarða til að staðfesta kvíðann og hversu alvarlegur hann er. Til eru margir kvarðar sem hægt er að nota en einn þeirra er Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS). Í HADS er spurningarlisti sem er notaður til að skima eftir þunglyndi og kvíða. Þetta er listi með 14 spurningum, 7 tengdum kvíða og 7 tengdum þunglyndi. Hver spurning gefur fjóra svarmöguleika og 0–3 stig. Stigin eru svo tekin saman, þunglyndi sér og kvíði sér. Hægt er að fá minnst 0 stig og mest 21 stig. Því fleiri stig því alvarlegri kvíði eða þunglyndi. Þetta er einfaldur spurningarlisti sem fljótlegt er að leggja fyrir (Breeman o.fl., 2015).

Einnig er til greiningarkvarði sem hentar vel fyrir aldraða en það er Geriatric Anxiety Inventory (GAI). GAI var búinn til sérstaklega fyrir aldraða. Hann er mjög einfaldur í notkun, með stuttum og einföldum spurningum. Hann inniheldur 20



spurningar sem er annaðhvort svarað með já eða nei. GAI-kvarðinn hentar mjög vel til að greina kvíða hjá öldruðum og hefur reynst vel við gerð rannsókna til að kanna hve kvíði er algengur (Pachana og Byrne, 2012).

Meðferð við kvíða

Lyfjameðferð er oftast fyrsti kosturinn en einnig getur verið gott að nota sálfræðimeðferð eða blanda aðferðunum saman. Hvaða meðferð er notuð fer eftir því hversu alvarlegur kvíðinn er og hvað hentar hverjum og einum. Þegar sett er upp meðferðaráætlun þarf að huga að nokkrum atriðum: hvað vill einstaklingurinn, kostnaður, hvernig virkar meðferðin, aukaverkanir og milliverkanir lyfja (Bandelow o.fl., 2017). Til eru margir meðferðarkostir við kvíða en hér verður fjallað stuttlega um lyfjameðferð og hugræna atferlismeðferð.

Lyfjameðferð

Fara þarf varlega í að setja aldraða á lyf því líkaminn starfar öðruvísi þegar hann eldist, frásög er minna og efnaskipti hægari. Aldraðir eru oft á mörgum lyfjum og því þarf að gæta að milliverkunum. Byrja þarf á litlum skömmtum og fara rólega í að stækka skammta. Gott er að byrja á helmingi þess sem ráðlagt er fyrir fullorðna. Mikilvægt er að vera vel vakandi fyrir aukaverkunum en um 25% fólks hættir á kvíðalyfjum vegna aukaverkana (Clifford o.fl., 2015; Kennedy-Malone o.fl., 2019).

Algengast er að byrja á SSRI-lyfjum (selective serotonin reuptake inhibitors) en þau virka vel á aldraða. Ef byrjað er á of stórum skammti geta þau aukið einkenni kvíða. Einnig geta þau lækkað natríummagn í blóði og því þarf að vera vakandi fyrir

einkennum eins og svima og þreytu. SNRIS-lyf (serotonin-norepinephrine reuptake inhibitors) hafa einnig reynst vel. Ekki er mælt með að nota bensódíasepín-lyf og alls ekki í langan tíma en aldrið geta verið í fallhættu og truflun getur orðið á vitrænni getu þeirra. Þau gætu þó hjálpað með að brúa bilið þangað til SSRI- eða SNRIS-lyfin byrja að virka. Stundum líða nokkrar vikur þangað til lyfin ná fullri virkni (Andreescu og Varon, 2015; Bandelow o.fl., 2017).

Hugræn atferlismeðferð

Hugræn atferlismeðferð (HAM) hefur góð áhrif á kvíða hjá öldruðum en meðferðin er notuð m.a. við þunglyndi og ýmiss konar kvíðaröskun. Þetta er sálfræðimeðferð sem hefur reynst vel hjá þeim sem eru með kvíða (Bandelow o.fl., 2017; Dear o.fl., 2015). Áhugi fólks á HAM fer sívaxandi. Meðferðin byggist á því að breyta hugarfari og hegðun sem stuðla að einkennum. Fólk er þjálfað í að takast betur á við áreiti sem veldur einkennum. Notuð eru viðtöl og gerð heimavinna. HAM-meðferð sem er sérstaklega ætluð til að minnka streitu hefur verið notuð hjá öldruðum með góðum árangri og hentar vel þeim sem eru með langvarandi heilsufarsvandamál. Þá er beitt hugleiðslu, öndunaræfingum og jóga. Það hefur sýnt sig að HAM-meðferð meðal aldrið minnkar kvíða, bætir vitræna getu og dregur úr áhyggjum (Crane o.fl., 2017; Lenze o.fl., 2014). Sálfræðingar og fleiri fagaðilar eru með HAM-námskeið víðs vegar á Íslandi, t.d. á Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, en til þess að skrá sig þarf tilvísun frá lækni (Heilsugæslan, e.d.).

Til að meta árangur og bæta batahorfur þarf að gefa hinum aldrið nægan tíma, leyfa honum að tala, sýna honum virðingu og samhug. Það þarf að leyfa honum að spyrja en forðast skal flókin orðasambönd við útskýringar.

Hvernig er árangur metinn?

Til að meta árangur og bæta batahorfur þarf að gefa hinum aldrið nægan tíma, leyfa honum að tala, sýna honum virðingu og samhug. Það þarf að leyfa honum að spyrja en forðast skal flókin orðasambönd við útskýringar. Fylgjast þarf með hvort hinum aldrið líður betur eftir að meðferð hófst og hvort einkenni eru farin að minnka eða jafnvel horfin. Mikilvægt er að einstaklingurinn fái félagslegan stuðning og geti þannig náð betri stjórn á streitu. Fræða þarf hinn aldrið og aðstandendur hans um kvíðann og hvernig best er að stjórna honum. Gott er að afhenda bæklinga með nægilega stóru lettri og útskýra þá vel og biðja hinn aldrið um að endurtaka það sem sagt var til að ganga úr skugga um að hann hafi skilið allt (Kennedy-Malone o.fl., 2019).

Lokaorð

Ljóst er að kvíði er algengur hjá öldruðum en oft ómeðhöndlaður. Hann getur aukið hættu á hjarta- og æðasjúkdómum og því er mikilvægt að hann sé greindur og meðhöndlaður. Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera vakandi fyrir einkennum kvíða og hverjir eru í meiri hættu en aðrir. Aldrið eru búnir að reyna ýmislegt í gegnum lífið, eins og ástvinamissi og heilsutap. Við þurfum að gefa okkur tíma í að hlusta og spyrja um líðan. Lyf geta oft hjálpað en það þarf að fylgjast með virkni þeirra á kvíðann, aukaverkunum og milliverkunum. Hugræn atferlismeðferð hefur góð áhrif á aldrið og er mikilvæg fyrir þá sem eru með kvíða og einhvers konar geðröskun. Mikilvægt er að aldrið hugi að heilsuefingu og kunni að minnka streitu svo að þeir geti notið meiri lífsgæða.

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

Heimildaskrá

- Andreescu, C. og Varon, D. (2015). New research on anxiety disorders in the elderly and an update on evidence-based treatments. *Current Psychiatry Reports*, 17, (53). doi:10.1007/s11920-015-0595-8
- Bandelow, B., Michaelis, S. og Wedekind, D. (2017). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues Clin Neurosci*, 19(2), 93–107.
- Breeman, S., Cotton, S., Fielding, S. og Jones, G., T. (2015). Normative data for the hospital anxiety and depression scale. *Qual life res*, 24, 391–398. doi:10.1007/s11136-014-0763-z
- Catuzzi, J. E. og Beck, K. D. (2014). Anxiety vulnerability in women: A two-hit hypothesis. <https://doi.org/10.1016/j.expneurol.2014.01.023>
- Clifford, K., Duncan, N., Heinrich, K. og Shaw, J. (2015). Update on managing generalized anxiety disorder in older adults. *Journal of Gerontological Nursing*, 41(4), 10–20. doi:10.3928/00989134-20150313-03
- Crane, R. S., Brewer, J., Feldman, C., Kabat-Zinn, J., Santorelli, S., Williams, J. M. G. og Kuyken, W. (2017). What defines mindfulness-based programs? The warp and the weft. *Psychological Medicine*, 47, 990–999. doi:10.1017/S003329171600331
- Dear, B. F., Zou, J. B., Ali, S., Lorian, C. N., Johnston, L., Sheehan, L., ... Titov, N. (2015). Clinical and cost-effectiveness of therapist-guided internet-delivered cognitive behavior therapy for older adults with symptoms of anxiety: A randomized controlled trial. *Behavior Therapy*, 46, 206–217.
- Emdin, C. A., Odutayo, A., Wong, C. X., Tran, J., Hsiao, A. J. og Hunn, B. H. (2016). Meta-analysis of anxiety as a risk factor for cardiovascular disease. *The American Journal of Cardiology*, 118(4), 511–519. doi:10.1016/j.amjcard.2016.05.041
- Heilsugæslan (e.d.). Það er engin heilsa án geðheilsu. Hugræn atferlismeðferð-Hópar. Sótt á <https://www.heilsugaeslan.is/thjonusta-stodvanna/salfraedithjonusta/#Tab1>
- Kennedy-Malone, L., Martin-Plank, L. og Duffy, E. G. (2019). *Advanced practice nursing in the care of older adults* (2. útgáfa). Psychosocial Disorders, 428–468. F.A. Davis Company, Philadelphia.
- Lenze, E. J., Hickman, S., Hershey, T., Wendleton, L., Ly, K., Dixon, D. ... Wetherell, J. L. (2014). Mindfulness-based stress reduction for older adults with worry symptoms and co-occurring cognitive dysfunction. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 29(10), 991–1000. doi:10.1002/gps.4086
- Pachana, A. N. og Byrne, J. G. (2012). The Geriatric Anxiety Inventory: International use and future directions. *Australian Psychologist*, 47, 33–38. doi:10.1111/j.1742-9544.2011.00052.x

Hegðunarvandamál á hjúkrunarheimilum og tengsl við heilsufar, virkni og fjötranotkun

Útdráttur

Á Íslandi fjölgar í hópi háaldraðra eins og annars staðar í heiminum. Það kallar á aukna og bætta þjónustu við þennan aldurshóp. Einstaklingum með heilabilunarsjúkdóma fer því einnig fjölgandi en sjúkdómunum fylgja ýmis taugasálfræðieinkenni. Hegðunarvandi sem birtist hjá allt að 90% einstaklinga með heilabilun veldur hinum aldraða og aðstandendum hans mikilli streitu og dregur úr vellíðan og lífsgæðum.

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hve hegðunarvandi er algengur hjá íbúum á íslenskum hjúkrunarheimilum og tengsl hans við vitræna skerðingu, þunglyndi, verki, virkni og notkun fjötra.

Aðferð: Rannsóknin var megindeleg, aftursýn og lýsandi. Við tölfraðilega greiningu var notað interRAI-MDS 2.0 mat 2596 íbúa sem dvöldu á hjúkrunarheimilum árið 2014 og voru gögnin fengin hjá Embætti landlæknis.

Niðurstöður: Meðalaldur íbúanna var 84,4 ár, 37,2% úrtaksins voru karlar og 62,8% konur. Þá var meðaltal einkenna um hegðunarvanda hæst hjá þeim sem voru með blandað form heilabilunar (0,34–1,15) og minnst hjá einstaklingum sem ekki höfðu heilabilunarsjúkdóma (0,07–0,31). Einnig kom í ljós jákvæð fylgni á milli hegðunarvanda og þunglyndiseinkenna (Sp-ró = 0,399; $p < 0,0001$), meiri verkja (Sp-ró = 0,099; $p < 0,0001$), minni virkni (Sp-ró = 0,224; $p < 0,0001$) og fjötranotkunar (Sp-ró = 0,145; $p < 0,0001$).

Ályktun: Niðurstöðurnar gefa yfirlit yfir algengustu atferlis- og taugasálfræðieinkenni íbúa á hjúkrunarheimilum. Verkir, þunglyndi, skortur á örvun og virkni og notkun fjötra eru þættir sem taka þarf tillit til þegar verið er að meta og veita meðferð við hegðunarvanda hjá íbúum hjúkrunarheimila til að bæta líðan þeirra. Aukin þekking á þessum þáttum er mikilvæg til að greina og meta orsakir hegðunarvanda. Mikilvægt er að tryggja nægilega þekkingu þeirra sem starfa á hjúkrunarheimilum í að meðhöndla hegðunarvanda til að hægt sé að veita árangursríka, einstaklingsbundna meðferð.

Lykilorð: Hegðunarvandi, verkir, þunglyndi, virkni, fjötrar og interRAI-MDS

Inngangur

Langlífi hefur aukist mjög á síðustu árum og því má gera ráð fyrir því að fjölgun verði í hópi þeirra sem greinast með langvinna sjúkdóma af ýmsu tagi. Algengasta tegund öldrunarsjúkdóma er heilabilun en sjúkdómar sem valda heilabilun eru yfir 50 talsins (Kales o.fl., 2015). Algengasti heilabilunarsjúkdómurinn er alzheimers-sjúkdómur og má rekja 50% allra heilabilana til hans. Aðrar algengar tegundir heilabilunarsjúkdóma eru Lewy body, æðaheilabilun og framheilabilun (Bekris o.fl., 2010).

Einkenni þessara heilabilunarsjúkdóma eru margvísleg og misáberandi. Algengust eru svokölluð atferlis- og taugasálfræðieinkenni en þau fela í sér safn ákveðinnar hegðunar- eða sálfræðieinkenna sem greina má hjá fólki með heilabilun (Gerdner, 2010). Helstu einkennin eru þunglyndi, kvíði, ofskynjanir, ranghugmyndir, óróleiki, árásargirni, sinnuleysi, svefntruflanir og innsæisleysi eða hvatvísi. Talið er að eitt eða fleiri þessara einkenna komi fram hjá allt að 90% þessara sjúklinga einhvern tímann í sjúkdómsferlinu (Kales o.fl., 2015) og að þessi atferlis- og taugasálfræðieinkenni hafi mikil áhrif á lífsgæði einstaklingsins og þá umönnun sem hann fær hvort sem er í heimahúsum eða á hjúkrunarheimili (Auer o.fl., 2018).

Margt getur haft áhrif á tilkomu og birtingarmynd atferlis- og taugasálfræðieinkenna og er talið að þau stafi af samspili líffræðilegra og persónubundinna þátta hjá einstaklingnum sem og ytri aðstæðum. Sjúkdómurinn veldur margvíslegum breytingum á starfsemi heila og taugafrumna sem í framhaldinu veldur breytingum á hegðun og atferli sjúklingsins (Bekris

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Tíðni hegðunarvanda meðal íbúa hjúkrunarheimila er mest meðal einstaklinga með alzheimers-sjúkdóm og blandað form heilabilunar auk þess sem þunglyndi, verkir, skortur á dægrastyttingu og notkun fjötra getur aukið líkur á hegðunarvanda meðal íbúa.

Hagnýting: Þá er mikilvægt að tryggja nægjanlega þekkingu heilbrigðisstarfsmanna á einkennum um hegðunarvanda og tryggja mannafla til þess að sinna virkniþörfum og líkamlegum þörfum íbúanna.

Þekking: Einkenni um hegðunarvanda voru mest hjá sjúklingum með blandað form heilabilunar. Einnig kom í ljós jákvæð fylgni á milli hegðunarvanda og þunglyndiseinkenna, meiri verkja, minni virkni og fjötranotkunar.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Hjúkrunarfræðingar þurfa að hafa þekkingu á meðferð sem hægt er að veita til þess að draga úr hegðunarvanda, þar á meðal meðferð án lyfja, og geta veitt öðrum starfsmönnum fræðslu um þau meðferðarúrræði.

o.fl., 2010). Fræðimenn hafa bent á þætti sem hafa áhrif á styrk og birtingarmynd þessara einkenna. Úppfylltar þarfir einstaklingsins, bæði andlegar og líkamlegar, eru taldar geta stuðlað að hegðunarvanda sökum þess að sjúklingurinn getur ekki tjáð sig um líðan sína og tilfinningar.

Algase og félagar settu fram kenningu sína „The Need driven Dementia compromised Behavior model“ (NDB) árið 1996. Samkvæmt þeirra kenningu er hegðunarvandi ákveðin hegðun sem einstaklingur með heilabilun sýnir þegar líkamlegum, andlegum, félagslegum eða tilfinningalegum þörfum hans er ekki fullnægt. Hegðunarvandann sýnir hann vegna boðskiptaerfiðleika sem oft eru mjög miklir á seinni stigum sjúkdómsins (Algase o.fl., 1996; Lemay og Landreville, 2010). Meiri líkur eru á hegðunarvanda ef sjúklingurinn fær ekki fullnægjandi aðstoð sem veitt er af virðingu, þekkingu og fagmennsku við daglegar athafnir (Algase o.fl., 1996).

Meðferð án lyfja við hegðunarvanda

Þrátt fyrir að rannsakendur hafa ráðlagt að nota engin lyf þegar meðferð hefst við hegðunarvanda hafa rannsóknir sýnt að geðdeyfðarlyfjum er oft beitt við hegðunarvanda (Livingston o.fl., 2017). Nýleg íslensk rannsókn sýndi svipaðar niðurstöður þar sem auknar líkur voru á notkun sterkra geðlyfja og geðdeyfðarlyfja eftir því sem vitræn skerðing jókst (Sigurveig Gísladóttir, 2019). Margt bendir til að notkun þessara lyfja tengist tímaskorti og skorti á nákvæmum leiðbeiningum um meðferð (Kales o.fl., 2015). Enn fremur tengist notkunin meira venjum innan heimilisins en raunverulegum einkennum og heilsufari einstaklinganna (Cioltan o.fl., 2017). Notkun sterkra geðlyfja við hegðunarvanda er talin óæskileg vegna ýmiss konar aukaverkana sem og auknum líkum á ótímabæru andláti og heilablóðfalli (Cohen-Mansfield o.fl., 2012; Livingston o.fl., 2017).

Rannsóknir hafa sýnt að tengsl eru á milli þunglyndiseinkenna og óróleika og árásargirni hjá fólki með heilabilun og að rétt meðferð og greining þunglyndis hjá þessum einstaklingum geti dregið úr hegðunarvanda (Herrera-Guzmán o.fl., 2010). Þunglyndiseinkenni eru algeng á öllum stigum heilabilunar og eykur það enn á vanda einstaklingsins. Niðurstöður benda til að þunglyndi auki árásagirni óháð því hversu alvarlega heilabilunin er, og að þunglyndiseinkennin versni þegar heilabilunarsjúkdómurinn ágerist. Samt sem áður virðist þunglyndi vangreint og vanmeðhöndlað hjá einstaklingum með heilabilun (Majic o.fl., 2012).

Verkir eru mjög algengir hjá íbúum hjúkrunarheimila eða hjá allt að 50% aldraðra en erfitt getur verið að greina verki hjá einstaklingum sem þjást af heilabilunarsjúkdómum (Auer o.fl., 2018). Óróleiki, hróp og köll og höfnun á umönnun eru einkenni sem geta bent til verkja en eru oft talin vera vísbending um versnandi sjúkdóm þar sem meðferð með geðdeyfðarlyfjum er beitt í stað fullnægjandi verkjamats og verkjameðferðar (Ahn og Horgas, 2013; Brennan og SooHoo, 2014).

Virkni og dægrastytting flokkast sem meðferð án lyfja og er beitt til þess að draga úr hegðunarvanda hjá einstaklingum með heilabilun. Skortur á virkni og dægrastyttingu meðal íbúa hjúkrunarheimila getur haft slæm áhrif og hefur verið tengd

við skert lífsgæði, aukna árásargirni, óróleika, þunglyndi og sinnuleysi (Scherder o.fl., 2010). Einnig getur lítil virkni leitt til skertrar sjálfbjargargetu og aukið líkur á hegðunarvanda einstaklinga með heilabilun (Finnegan o.fl., 2015).

Fjötrum eða öryggisbúnaði er oftast beitt meðal einstaklinga með hegðunarvanda en annarra íbúa (Kales o.fl., 2015). Markmiðið með notkun þeirra getur verið að draga úr líkum á byltum eða að íbúi fari sér á voða (Hofmann o.fl., 2015). Afleiðingar fjötranotkunar geta hins vegar verið umtalsverðar fyrir einstaklinginn. Sýnt hefur verið fram á að vitsmunageta einstaklingsins skerðist oft og tíðum, hegðunarvandi eykst og hróp og köll verða tíðari. Einnig eru bráðainnlagnir á sjúkrahús og ótímabært andlát algengari meðal þessara einstaklinga (Hofmann o.fl., 2015).

Rannsóknir hafa einnig sýnt að skilningur umönnunaradila á orsökum og eðli hegðunarvanda og annarra atferlis- og taugasálfræðieinkenna er oft og tíðum lítill og jafnframt eru þetta einkenni sem aðstandendum og umönnunaraðilum finnst hvað erfiðast að takast á við (Teles o.fl., 2020). Umönnun einstaklinga með heilabilun getur verið mjög flókin og streituvaldandi, sérstaklega í ljósi þess að meðferðin krefst einstaklingsbundinnar nálgunar þar sem engin ein meðferð hentar öllum (Kales o.fl., 2015).

Hegðunarvandi er alvarlegt einkenni sem skerðir lífsgæði einstaklingsins, veldur streitu og vanlíðan hjá ættingjum og krefst víðeigandi meðferðar. Því er mikilvægt að afla þekkingar á hvernig hegðunarvandi birtist á íslenskum hjúkrunarheimilum til að hægt sé að veita víðeigandi meðferð.

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna tíðni hegðunarvanda hjá íbúum á íslenskum hjúkrunarheimilum og tengsl hans við vitræna skerðingu, þunglyndi, verki, virkni og notkun fjötra.

AÐFERÐ

Rannsóknin var megindleg, aftursýn og lýsandi. Þetta rannsóknarsnið er talið gagnlegt til að lýsa tengslum milli fyrirbæra í þýði fremur en gefa til kynna orsakasamhengi (Polit og Beck, 2012). Rannsóknarsniðið var valið í þeim tilgangi að varpa ljósi á tengsl ýmissa breyta við hegðunarvanda hjá íbúum hjúkrunarheimila, skoða hvort tengslin séu tölfræðilega marktæk og setja fram ályktanir eða tilgátur sem síðan má nota til frekari rannsókna.

Þau gögn sem notuð voru í rannsókninni voru fengin úr RAI-gagnagrunni sem Embætti landlæknis hefur umsjón með. Breytur og kvarðar voru valdir út frá markmiði rannsóknarinnar.

Úrtak

Í þýðinu voru allir einstaklingar sem dvöldust á hjúkrunarheimilum á landinu á árinu 2014. Í úrtakinu voru allir heimilismenn sem voru metnir með interRAI MDS 2.0 matstækinu á hjúkrunarheimilum á öllu landinu. Samtals voru þetta 2596 einstaklingar, ef einhver þeirra átti fleiri en eitt interRAI MDS 2.0 mat árið 2014 var í rannsókninni notað nýjasta mat hvers einstaklings.

Mælitæki

Gögnun, sem unnið er með í þessari rannsókn, var safnað með matstækinu interRAI-MDS 2.0 (e. *inter Resident Assessment Instrument Minimum Data Set 2.0*) sem sérstaklega er útbúið fyrir hjúkrunarheimili, öðru nafni RAI-mat. InterRAI MDS 2.0 matstækið er klínískt matstæki sem í eru ákveðnir meginþættir: Minimum Data Set 2.0 (MDS) sem er gagnasöfnunarpáttur matstækisins (Morris o.fl., 1990); gæðavísar (e. *quality indicators*) sem gefa vísendingar um gæði þeirrar umönnunar sem veitt er (InterRAI, 2020); interRAI-kvarðar fyrir mat á heilsu, virkni og sjálfbjargargetu einstaklingsins (InterRAI, 2020); matslyklar (e. *resident assessment protocol*) sem leiðbeina um ítarlegra mati og áætlanagerð í tengslum við meðferð og umönnun og loks RUG-flokkunarkerfið (e. *Resource Utilisation Groups*) sem mælir álag og kostnað þeirrar umönnunar sem veitt er á heimilinu (Mor, 2004).

Þær breytur sem notaðar voru úr interRAI MDS 2.0 matstækinu voru þessar: Einkenni um hegðunarvanda: a) árásargjarn í orði, b) árásargjarn í verki, c) ráfar um án sýnilegs tilgangs, d) ósæmleg félagsleg hegðun og e) hafnar umönnun. Sjúkdómsgreiningar a) alzheimer, b) elliglöp önnur en alzheimer, c) blandað form heilabilunar (alzheimer og önnur elliglöp), d) ekki með heilabilun; öryggisútbúnaður og útbúnaður til að hefta hreyfingu: a) stórar rúmgrindur báðum megin, b) aðrar gerðir af rúmgrindum, c) líkamsfjötrar, d) útlímafjötrar, e) stóll sem hindrar að íbúi geti staðið upp; meðaltími í virkum athöfnum: a) mikill, meiri en $\frac{2}{3}$ af tímanum, b) þó nokkur, $\frac{1}{3}$ – $\frac{2}{3}$ af tímanum, c) lítill, minna en $\frac{1}{3}$ af tímanum, d) enginn; verkir: a) tíðni, b) styrkur. Auk þess voru notaðar niðurstöður úr útreikningum á verkjakvarða og þunglyndiskvarða.

Verkjakvarði er fjögurra atriða kvarði frá 0–3. Tvær breytur í tengslum við tíðni og styrk verkja eru notaðar við útreikning á kvarðanum. Stig 0 á verkjakvarða þýðir enginn verkur og 3 stig þýðir að íbúinn er með óbærilega verki. Niðurstöður rannsóknna hafa bent til að verkjakvarði Rai-matsins sé áreiðanlegur til að meta verki hjá íbúum hjúkrunarheimila (Fries o.fl., 2001).

Þunglyndiskvarðinn er 15 stiga kvarði frá 0–14. Kvarðinn tengir saman sjö breytur: neikvæðar staðhæfingar, reiði gagnvart sjálfum sér eða öðrum, tjáningu um ótta eða hræðslu, endurteknar kvartanir um heilsuleysi, endurteknar kvartanir um kvíða, leiða, áhyggjufullt yfirbragð og grátgirni. 0 stig þýðir að engin merki séu um þunglyndi en því fleiri sem stigin eru því meiri eru líkurnar á þunglyndi. Þrjú stig gefa til kynna milt þunglyndi (InterRAI, 2020).

Tölfræðileg úrvinnsla

Samanburður var gerður á tíðni hegðunarvanda hjá íbúum hjúkrunarheimila sem voru með heilabilunarsjúkdóm og þeirra sem ekki höfðu hann samkvæmt skráningu í RAI-mati. Alls eru fimm breytur sem lúta að hegðunarvanda: a) árásargjarn í orði, b) árásargjarn í verki, c) ráfar um án sýnilegs tilgangs, d) ósæmleg félagsleg hegðun og e) hafnar umönnun. Hverju einkenni eru gefin stig í RAI-mati þar sem 0 stig þýðir:

hegðun ekki til staðar, 1 stig: einkenni til staðar í einn til þrjá daga, 2 stig: einkenni til staðar í fjóra til sex daga á síðastliðnum sjö dögum, 3 stig: einkenni til staðar daglega síðustu sjö dagana.

Gögnin voru greind út frá því hvort þátttakendur væru með alzhimers-sjúkdóm, önnur elliglöp en alzheimer, blandaða heilabilun eða ekki með heilabilunarsjúkdóm. Notuð var lýsandi tölfræði, s.s. tíðni, hlutföll, meðaltöl og staðalfrávik og upplýsingar settar fram í töflum og myndum. Kíkvaðrat-próf (χ^2) var notað til að meta hvort marktækur munur væri á hlutföllum mismunandi hópa, óháð t-próf var notað til að meta mun á tveimur hópum og einhliða dreifigreining (e. *one way ANOVA*) var notuð til að meta mun á meðaltölum fleiri en tveggja hópa. Þegar einhliða dreifigreining sýndi marktækan mun var Tukey-próf notað til að sjá hvar munurinn lægi. Þegar fengist var við raðbreytur var Kruskal Wallis-prófi beitt til að meta mun á meðaltölum (miðgildum) fleiri en tveggja hópa. Fylgni á milli hlutfallsbreyta var reiknuð með Pearson-stuðli en Spearmans-ró til að meta fylgni á milli raðbreyta. Gagnauðvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu IBM SPSS Statistics for Windows, gerð 21.0.

Síðfræði

Upplýst samþykki var ekki aflað þar sem gögnin voru fengin úr RAI-gagnagrunninum en ekki safnað sérstaklega fyrir þessa rannsókn og því var ekki rætt við íbúa eða aðstandendur þeirra. Einungis var unnið með ópersónugreinanleg gögn og þess gætt við framsetningu á niðurstöðum að ekki sé hægt að þekkja einstaklinga eða stofnanir. Leyfi fyrir rannsókninni voru fengin hjá Embætti landlæknis (tilv. 1303070/5.6.1/gkg), Vísindasiðanefnd (tilv. VSNb2013030008/03.15) og Persónuvernd (tilv. 2013030392HGK). Meðferð gagnanna er í samræmi við fyrirmæli í fyrrgreindum leyfum.

Niðurstöður

Þátttakendur

Meðalaldur þátttakenda var 84,4 ár (sf 8,7 ár, spönn 32 til 108), 50,1% íbúa var 86 ára eða eldri og 62,8% voru konur. Af íbúum hjúkrunarheimilanna voru 751 (28,9%) með alzheimer, 935 (36,0%) með elliglöp önnur en alzheimer, 71 (2,7%) með blandað form heilabilunar og 839 (32,3%) voru ekki með heilabilunarsjúkdóm.

Hegðunarvandi og skert vitræn geta

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að hlutfall einstaklinga í úrtakinu, sem voru árásargjarnir í orðum, skamma aðra, hrópa að öðrum eða ógna, var 27,1% (n = 703). Þá voru 11,2% (n = 292) einstaklinga einhvern tímann á síðastliðnum sjö dögum árásargjarnir í verki og 20,2% (n = 523) sýndu ósæmlega félagslega hegðun. Tæplega þriðjungur eða 29,3% (n = 758) íbúa hjúkrunarheimila ráfuðu um án sýnilegs tilgangs og 30,7% (n = 797) einstaklinga höfnuðu umönnun, inntöku lyfja eða

Tafla 1. Meðaltal hegðunarvanda¹ eftir sjúkdómsgreiningu með Kruskal-Wallis-prófi

	Meðaltal (0–3 stig)	Kíkvaðrat χ^2	p	df
Árásargjarn í orði		215,508	< 0,0001	3
Alzheimer	0,39			
Önnur elliglöp en alzheimer	0,23			
Blandað form heilabilunar	0,39			
Ekki heilabilun	0,09			
Árásargjarn í verki		82,035	< 0,0001	3
Alzheimer	0,32			
Önnur elliglöp en alzheimer	0,20			
Blandað form heilabilunar	0,34			
Ekki heilabilun	0,07			
Ráfar um án sýnilegs tilgangs		294,65	< 0,0001	3
Alzheimer	1,16			
Önnur elliglöp en alzheimer	0,64			
Blandað form heilabilunar	1,15			
Ekki heilabilun	0,20			
Ósæmileg félagsleg hegðun		85,129	< 0,0001	3
Alzheimer	0,57			
Önnur elliglöp en alzheimer	0,42			
Blandað form heilabilunar	0,89			
Ekki heilabilun	0,23			
Hafnar umönnun		134,175	< 0,0001	3
Alzheimer	0,85			
Önnur elliglöp en alzheimer	0,56			
Blandað form heilabilunar	0,96			
Ekki heilabilun	0,31			

¹ Hverju einkenni voru gefin eftirfarandi stig: 0: hegðun ekki til staðar; 1: einkenni til staðar í einn til þrjá daga; 2: einkenni til staðar í fjóra til sex daga á síðastliðnum sjö dögum; 3: einkenni til staðar daglega síðustu sjö dagana

aðstoð við daglegar athafnir á síðastliðnum sjö dögum. Þá var meðaltal einkenna um hegðunarvanda, sem endurspeglar tíðni og umfang hegðunarvandans, mest hjá einstaklingum með blandað form heilabilunar og minnst hjá einstaklingum sem ekki höfðu heilabilunarsjúkdóma (sjá töflu 1).

Þunglyndi

Þegar tíðni þunglyndis var könnuð eftir tegund vitrænnar skerðingar kom í ljós að ekki var marktækur munur á hópunum. Tíðni þunglyndis meðal íbúanna var 43,3% (n = 1124) og reyndist ekki marktækur munur eftir sjúkdómsgreiningu (= 7,685; $p > 0,05$).

Kannað var hvort munur væri á sjúkdómahópum hvað varðar alvarleika þunglyndis og kom í ljós marktækur munur á meðaltölum hópanna fjögurra (sjá töflu 2).

Einstaklingar með blandað form heilabilunar voru með hæstu gildin á þunglyndiskvarða eða 3,31 stig að meðaltali. Kannað var með Tukeys-prófi hjá hvaða hópum munurinn var marktækur og kom í ljós að einungis var marktækur munur á einstaklingum sem ekki voru með heilabilun (2,40 stig) og einstaklingum með alzheimer (3,03 stig; $p < 0,001$) og hins vegar einstaklingum sem ekki voru með heilabilun (2,40 stig) og ein-

staklingum með önnur elliglöp en alzheimer (2,84 stig; $p = 0,018$).

Þunglyndi og hegðunarvandi

Jákvæð fylgni var á milli þunglyndis og hegðunarvanda. Því fleiri stig sem viðkomandi fékk á þunglyndiskvarða því meiri var hegðunarvandinn (sjá töflu 3).

Verkir

Einstaklingar sem voru verkjalausir voru 32,0% (n = 832), 37,1% (n = 962) voru með verki sjaldnar en daglega og 30,9% (n = 802) einstaklinga í úrtakinu voru með verki daglega. Þegar styrkur verkjanna var kannaður kom í ljós að 48,2% (n = 851) íbúanna voru með miðlungsverki og hjá 13,2% (n = 238) einstaklinganna voru verkir stundum mjög slæmir eða óbærilegir. Marktækur munur var á verkjum á verkjakvarða og þess hvort viðkomandi var með heilabilunarsjúkdóma eða ekki. Einstaklingar sem ekki voru með heilabilun voru með fleiri stig á verkjakvarða en einstaklingar með önnur elliglöp en alzheimer og einnig fleiri stig en einstaklingar með alzheimers-sjúkdóm ($p < 0,0001$) (sjá töflu 2).

Tafla 2. Meðaltal á þunglyndiskvarða (0–14), verkjakvarða (0–3) og áætluðum tíma í virkum athöfnum eftir sjúkdómsgreiningu með dreifigreiningu (ANOVA)

	Meðaltal	Staðalfrávik	Lágm.	Hám.	F	p	df
Þunglyndiskvarði					6,341	< 0,0001	3
Alzheimer	3,03	3,349	0	14			
Önnur elliglöp en alzheimer	2,84	3,224	0	14			
Blandað form heilabilunar	3,31	3,192	0	12			
Ekki heilabilun	2,40	2,880	0	14			
Heild	2,76	3,164					
Verkjakvarði					7,487	< 0,0001	3
Alzheimer	0,97	0,915	0	3			
Önnur elliglöp en alzheimer	1,04	0,897	0	3			
Blandað form heilabilunar	1,30	0,932	0	3			
Ekki heilabilun	1,17	0,975	0	3			
Heild	1,07	0,933					
Áætlaður tími í virkum athöfnum					17,629	< 0,0001	3
Alzheimer	1,06	0,873	0	3			
Önnur elliglöp en alzheimer	1,13	0,830	0	3			
Blandað form heilabilunar	1,11	0,894	0	3			
Ekki heilabilun	0,85	0,822	0	3			
Heild	1,02	0,850					

0 stig = mikil virkni, 1 stig = þó nokkur virkni, 2 stig = lítil virkni, 3 stig = engin virkni

Tafla 3. Fylgni einkenna um hegðunarvanda við þunglyndiskvarða, verkjakvarða, áætlaðan tíma í virkum athöfnum og fjötranothkun (n=2589)

	Þunglyndiskvarði		Verkjakvarði		Áætlaður tími í virkum athöfnum		Fjötranothkun	
	Spear-mans-ró	P ¹	Spear-mans-ró	P ¹	Spear-mans-ró	P ¹	Spear-mans-ró	P ¹
Árásargjarn í orði	0,290	< 0,0001	0,026	0,1921	0,086	< 0,0001	0,059	0,003
Árásargjarn í verki	0,223	< 0,0001	0,047	0,017	0,156	< 0,0001	0,115	< 0,0001
Ráfar um án sýnilegs tilgangs	0,299	< 0,0001	0,015	0,445	0,065	< 0,001	0,037	0,059
Ósæmileg félagsleg hegðun	0,374	< 0,0001	0,073	< 0,0001	0,134	< 0,0001	0,145	< 0,0001
Hafnar umönnun	0,399	< 0,0001	0,099	< 0,0001	0,224	< 0,0001	0,107	< 0,0001

¹ Tvíhliða próf

Verkir og hegðunarvandi

Einnig kom í ljós að því meiri verki sem sjúklingurinn hafði því meiri var árársargirni (Spearman-ró = 0,047; $p = 0,017$), ósæmileg félagsleg hegðun (Spearman-ró = 0,073; $p < 0,0001$) og höfnun á umönnun (Spearman-ró = 0,099; $p < 0,0001$) (sjá töflu 3).

Virgni

Um 70% (n = 1832) sjúklinga voru virkir þriðjung eða meira af þeim tíma sem þeir höfðu til virkra athafna, um 25% (n = 644) voru virkir minna en þriðjung tímans en um 4% (n = 105) voru ekki virkir. Einstaklingar sem ekki eru með heilabilun eyða fleiri stundum að meðaltali í virkum athöfnum heldur en

bæði einstaklingar með alzheimers-sjúkdóm og einstaklingar með önnur elliglöp (sjá töflu 2).

Virgni og hegðunarvandi

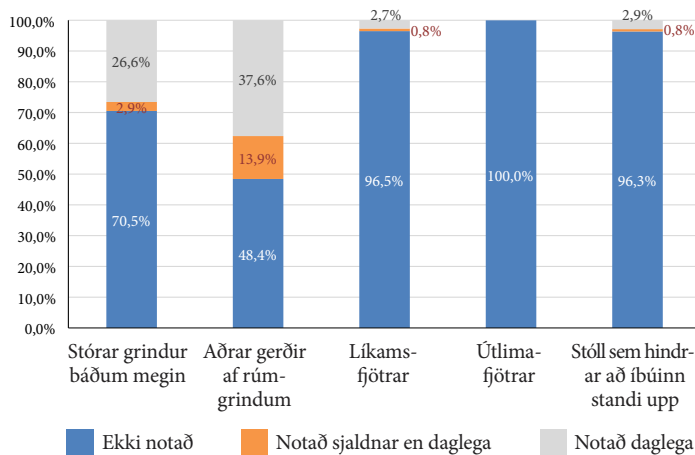
Þegar kannað var hvort fylgni væri á milli áætlaðs tíma í virkum athöfnum og einkenna um hegðunarvanda kom í ljós marktæk jákvæð fylgni milli ráfs, árársargirni í orði, árársargirni í verki, ósæmilegrar hegðunar og þess að hafna umönnun og virkni í daglegum athöfnum. Því minni sem áætlaður tími var í virkum athöfnum því meiri voru einkenni um hegðunarvanda en þetta var hins vegar veik fylgni (sjá töflu 3).

Fjötranotkun

Alls voru einhvers konar fjótrar notaðir við umönnun 77,3% einstaklinganna ($n = 2007$). Hins vegar var hlutfall íbúa með líkamsfjötra einungis 3,5% ($n = 92$). Könnuð voru tengsl milli fjötranotkunar og heilabilunarsjúkdóma og kom í ljós að ekki mældust marktæk tengsl milli þess hvort viðkomandi væri með einhverja fjötra og sjúkdómsgreiningar ($\chi^2 = 3,502$; $p = 0,320$). Rúmgrindur báðum megin, líkamsfjötrar eða stóll sem hindrar að íbúinn geti staðið upp var notaður við umönnun 36,7% (953) íbúa í rannsókninni (mynd 1).

Fjötranotkun og hegðunarvandi

Marktæk veik fylgni var á milli þess hvort íbúi væri með einhverja fjötra, þ.e. stórar grindur báðum megin, hálfa grind öðrum megin, líkamsfjötra, útlimafjötra eða stól sem hindrar að íbúi getið staðið upp, og einkenna um hegðunarvanda. Því fleiri fjötra, sem viðkomandi einstaklingur hafði, því meira var um árásgirni í orði (Spearman's-ró = 0,059; $p = 0,003$), árásgirni í verki (Spearman's-ró = 0,115; $p < 0,0001$), ósæmilega hegðun (Spearman's-ró = 0,145; $p < 0,0001$) og þess að hafna umönnun (Spearman's-ró = 0,107; $p < 0,0001$). Fylgnin var hins vegar mjög veik (sjá töflu 3).



Mynd 1. Hlutfall þeirra sem nota ákveðna tegund af fjötrum.

UMRÆÐUR

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að einkenni um hegðunarvanda voru einkum hjá einstaklingum með blandað form heilabilunar og minnst hjá einstaklingum sem ekki höfðu heilabilunarsjúkdóma. Einkenni um hegðunarvanda, sem olli andlegri vanlíðan hjá íbúnum eða var truflandi fyrir aðra heimilismenn eða starfsfólk, var nokkuð mikil í rannsókninni eða frá 11% til 31% og er það í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna. Rannsókn Galindo-Garre og félaga (2015) sýndi svipaðar niðurstöður en þar var hlutfall einstaklinga sem voru árásgjarnir í verki 15%. Í rannsókn Auer og félaga (2018) kom í ljós að 80% íbúa hjúkrunarheimilis í Austurríki

sýndu eitt eða fleiri einkenni um hegðunarvanda og er það mun hærra hlutfall en í þessari rannsókn.

Heildarhlutfall íbúa með þunglyndi í þessari rannsókn var 43% og er það svipað hlutfall og greint hefur verið frá í öðrum rannsóknum. Þunglyndi virðist samkvæmt niðurstöðum þessarar rannsóknar vera algengt bæði hjá einstaklingum með heilabilun og þeim sem ekki þjáast af slíkum sjúkdómum þar sem ekki var marktækur munur á tíðni þunglyndis eftir sjúkdómsgreiningu íbúana. Í rannsókn Ellard og félaga (2014) kom fram að hlutfall þunglyndis meðal íbúa á hjúkrunarheimilum var um 40%. Önnur rannsókn Hartford og samstarfsmanna (2017) sýndi svipaðar niðurstöður þar sem 43% einstaklinga með heilabilun þjáðust af þunglyndi sem tengdist vitrænni skerðingu og skertri getu til daglegra athafna.

Í niðurstöðum þessarar rannsóknar kemur einnig fram að marktæk fylgni sé milli alvarleika þunglyndis og hegðunarvanda. Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður Galindo-Garre og félaga (2015) sem stóðu fyrir rannsókn í Þýskalandi með interRAI-matstækinu og leiddu í ljós að það sem helst stuðlaði að því að íbúi neitaði umönnun eða sýndi árásgjarna hegðun var skortur á skilningi íbúans og þunglyndi. Framangreind einkenni hafa veruleg áhrif á lífsgæði einstaklinga og því er markviss greining og rétt meðferð þunglyndis hjá einstaklingum með heilabilun mikilvæg til að draga úr hegðunarvanda. Jafnframt er þörf fyrir þekkingu á annarri meðferð en lyfjameðferð til að meðhöndla og fyrirbyggja þunglyndi og hegðunarvanda, s.s. fjölbreyttri afþreyingu og viðbótarmeðferð. Nýleg rannsókn bendir til að slík meðferð sé veitt á flestum hjúkrunarheimilum en samt sem áður sé þörf fyrir aukna þekkingu og stuðning til að styrkja starfsfólk í að veita slíka meðferð (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2019).

Í rannsókn á íbúum íslenskra hjúkrunarheimila voru alls 31% íbúanna með verki daglega og um 37% voru með verki sem voru sjaldnar en daglega. Enn fremur kom í ljós að af þeim sem voru með verki voru 48% með miðlungsmikla verki og hjá 13% voru verkirnir stundum mjög slæmir eða óbærilegir. Þetta er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna sem hafa bent til að verkir væru algengir hjá íbúum hjúkrunarheimila og að allt að 50% einstaklinga á hjúkrunarheimilum þjáist af verkjum (Auer o.fl., 2018). Enn fremur sýna aðrar rannsóknir að verkir eru oftast til staðar hjá einstaklingum með vitræna skerðingu og skerta getu til daglegra athafna (Björk o.fl., 2016). Niðurstöður þessarar rannsóknar sýndu að því meiri verki sem einstaklingur hafði á verkjakvarða því meiri var hegðunarvandinn, en fylgnin var hins vegar veik. Í rannsókn Ahn og Horgas (2013) frá Flórída voru könnuð tengsl verkja og hegðunarvanda. Niðurstöður þeirra leiddu í ljós að einstaklingar með slæma verki voru ólíklegri til að ráfa en aðrir íbúar en líklegri til að sýna árásgjarna hegðun heldur en þeir sem ekki voru með verki.

Þessar niðurstöður gefa til kynna að árangursrík verkjameðferð geti verið hjálpleg til að draga úr árásgirni og óróleika hjá fólki með heilabilun. Nákvæmt verkjamat hjá einstaklingum sem ekki geta tjáð sig er flókið og því þarf að tryggja að starfsfólk noti viðeigandi matstæki og hafi þekkingu til að veita fjölbreytta og einstaklingsmiðaða verkjameðferð.

Niðurstöður rannsóknar okkar leiddu í ljós að fylgni var á milli virkni og hegðunarvanda. Í ljós kom að eftir því sem íbúar eyddu minni tíma til virkra athafna á hjúkrunarheimilinu því meiri var hegðunarvandinn. Þessar niðurstöður eru í samræmi við niðurstöður Finnegan og samstarfsmanna (2015) sem greindu frá því að það sem einkennir þá sem ekki eru virkir í daglegu lífi sé vitræn skerðing, hegðunarvandi og lítil sjálfbjargargeta. Þessar niðurstöður gefa vísbendingar um mikilvægi þess að huga að virkni og aukinni dægrastyttingu fyrir íbúa hjúkrunarheimila til að draga úr þunglyndiseinkennum, hegðunarvanda og bæta líðan og lífsgæði íbúanna. Rannsókn Henskens og félaga (2018) styður þessar niðurstöður en þar kom í ljós að markviss virkni og þjálfun íbúa á hjúkrunarheimili dró marktækt úr þunglyndiseinkennum og hegðunarvanda meðal heimilismanna og bætti líðan þeirra.

Svo virðist sem notkun fjötra af einhverju tagi sé algeng á hjúkrunarheimilum samkvæmt niðurstöðum okkar rannsóknar. Engu að síður hefur verið deilt um það hvort rúmgrindur öðrum megin teljist til fjötra en það er algengasta tegund fjötra samkvæmt okkar niðurstöðum. Rúmgrindur báðum megin, stóll sem hindrar að íbúi geti staðið upp eða líkamsfjötrar voru notaðir við umönnun 36,7% íbúa og er það nokkuð hátt hlutfall. Rannsóknir hafa leitt í ljós að þar sem fjötrar eru notaðir við umönnun eru íbúar marktækt oftari með mikið skerta vitræna getu, sýna oftari hegðunarvanda og eru háðari umönnunaraðilum við hreyfingu og daglegar athafnir (Hofmann o.fl., 2015).

Rannsóknir hafa sýnt að hjúkrunarfræðingar upplifa sterkar tilfinningar og innri togstreitu þegar ákvörðun um notkun fjötra er tekin við umönnun (Hofmann o.fl., 2015). Þeir þurfa að líta til margra þátta við val á viðeigandi meðferðarúrræðum, svo sem að tryggja öryggi íbúanna, og jafnframt standa vörð um sjálfræði þeirra og virðingu. Þess vegna er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn séu vel meðvitaðir um þær afleiðingar og þau áhrif sem notkun fjötra getur haft fyrir einstaklinginn og taki tillit til þeirra þátta þegar ákvörðun er tekin. Einnig á að taka slíkar ákvarðanir út frá skýrum verklagsreglum og vönduðu vinnulagi sem byggist á vísindalegum rannsóknum og gagnreyndri þekkingu (Hofmann o.fl., 2015).

Mikilvægt er að meðhöndla sem fyrst einkenni um hegðunarvanda hjá íbúum en ekki síður að reyna að koma í veg fyrir þessi einkenni og draga úr þeim eins og hægt er. Þetta er

gert út frá markvissu mati á styrk einkenna og undirliggjandi orsökum þeirra. Virkni og afþreying sem tekur mið af þörfum hvers einstaklings er mikilvæg til að koma í vega fyrir og draga úr einkennum. Til að starfsmenn hafi þekkingu til að veita slíka meðferð þurfa allir sem sinna umönnun skjólstæðingsins að fá fræðslu reglulega. Sé slíkt ekki gert getur hegðunarvandi íbúa blossað upp aftur og aftur stóran hluta dagsins og litað þar með tilveru hans. Skortur á fræðslu og stuðningi eykur á streitu og óöryggi hjá starfsmönnum og aðstandendum íbúans. Streita og kvíði hjá umönnunaraðila getur komið fram í því hvernig hann tekst á við hegðunarvanda og hvernig samskipti hann á við einstaklinginn og þannig haft mikil áhrif á líðan viðkomandi íbúa (Kales o.fl., 2015).

Styrkur þessarar rannsóknar á íbúum íslenskra hjúkrunarheimila felst í því að gögnin, sem unnið var með, ná til alls þýðisins en stórt úrtak eykur líkur á því að hægt sé að draga ályktanir um íslensk hjúkrunarheimili af niðurstöðunum. Hins vegar telst það til takmarkana að gögnum var ekki safnað sérstaklega fyrir rannsóknina heldur eru notuð gögn sem safnað er við dagleg störf og getur vinnuálag, mismunandi aðstæður og breytilegt umhverfi á hjúkrunarheimilum haft áhrif á gögn sem skráð eru. Einnig hefði verið æskilegt að geta notað sérstakan kvarða fyrir hegðunarvanda í þessari rannsókn en ekki hefur verið útbúinn slíkur kvarði fyrir matstækið. Því væri áhugavert að nota nákvæmara matstæki til að meta hegðunarvanda með RAI-matinu. Einnig geta aftursýnar rannsóknir verið veikar þegar kemur að því að styðja ákveðið orsakasamband milli fyrirbæra.

Niðurstöðurnar gefa góða vitneskju um hegðunarvanda og önnur atferlis- og taugasálfræðieinkenni sem algeng eru hjá fólki með heilabilunarsjúkdóma. Þetta eru einkenni sem draga úr lífsgæðum aldraðra íbúa á hjúkrunarheimilum og valda bæði aðstandendum og starfsmönnum streitu. Þetta er því þekking sem er mikilvæg til að hjúkrunarfræðingar og stjórnendur stofnana geti skipulagt viðeigandi meðferð og úrræði fyrir þá sem dvelja á íslenskum hjúkrunarheimilum.

Þakkar

Öldrunarráði Íslands og B-hluta vísindasjóðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga eru færðar þakkar fyrir veitta styrki til verkefnisins.

Heimildir

- Ahn, H., og Horgas, A. (2013). The relationship between pain and disruptive behaviors in nursing home resident with dementia. *BMC Geriatrics*, 13, 1–7.
- Algase, D. L., Beck, C., Kolanowski, A., Whall, A., Berent, S., og Richards, K. (1996). Need driven dementia-compromised behavior: An alternative view of disruptive behavior. *American Journal of Alzheimer's Disease and other Dementias*, 11(6), 10–19.
- Auer, S. R., Höfler, M., Linsmayer, E., Beránková, A., Prieschl, D., Ratajczak, P., og Holmerová, I. (2018). Cross-sectional study of prevalence of dementia, behavioural symptoms, mobility, pain and other health parameters in nursing homes in Austria and the Czech Republic: Results from the DEMDATA project. *BMC Geriatrics*, 18(1), 178.
- Bekris, L. M., Yu, C. E., Bird, T. D., og Tsuang, D. W. (2010). Genetics of Alzheimer's disease. *Journal of Geriatric Psychiatry and Neurology*, 23(4), 213–227.
- Björk, S., Juthberg, C., Lindkvist, M., Wimo, A., Sandman, P. O., Winblad, B., og Edvardsson, D. (2016). Exploring the prevalence and variance of cognitive impairment, pain, neuropsychiatric symptoms and ADL dependency among persons living in nursing homes: A cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 16(1), 154.
- Brennan, P. L., og SooHoo, S. (2014). Psychiatric disorders and pain treatment in community nursing homes. *American Journal of Psychiatry*, 22(8), 792–800.
- Cioltan, H., Alshehri, S., Howe, C., Lee, J., Fain, M., Eng, H., ... og Mohler, J. (2017). Variation in use of antipsychotic medications in nursing homes in the United States: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 17, 32; doi: 10.1186/s12877-017-0428-1
- Cohen-Mansfield, J., Thein, K., Marx, M. S., og Dakheel-Ali, M. (2012). What are the barriers to performing nonpharmacological interventions for behavioral symptoms in the nursing home? *Journal of American Medical Directors Association*, 13, 400–405.
- Ellard, D. R., Thorogood, M., Underwood, M., Seale, C., og Taylor, S. J. (2014). Whole home exercise intervention for depression in older care home residents (the OPERA study): A process evaluation. *BMC Medicine*, 12(1), 1; doi: 10.1186/1471-7015-12-1
- Finnegan, S., Bruce, J., Lamb, S. E., og Griffiths, F. (2015). Predictors of attendance to group exercise: A cohort study of older adults in long term care facilities. *BMC Geriatrics*, 15, 2–12.
- Fries, B. E., Simon, S. E., Morris, J. N., Flodstrom, C., og Bookstein, F. L. (2001). Pain in U.S. nursing homes: Validating a pain scale for the minimum data set. *The Gerontologist*, 41(2), 173–179; doi:10.1093/geront/41.2.173
- Galindo-Garre, F., Volicer, L., og van der Steen, J. T. (2015). Factors related to rejection of care and behaviors directed towards others: A longitudinal study in nursing home residents with dementia. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders Extra*, 5(1), 123–134.
- Gerdner, L. A. (2010). Evidence based guideline and individualized music for elders with dementia. *Journal of Gerontological Nursing*, 36(6), 7–15.
- Hartford, L. A., Berland, A., og Telenius, E. W. (2017). Associations between physical function and depression in nursing home residents with mild and moderate dementia: A cross-sectional study. *BMJ Open*, 7(7).
- Henskens, M., Nauta, I. M., og Scherder, E. J. A. (2018). Effects of physical activity in nursing home residents with mild and moderate dementia: A randomized controlled trial. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 46(1–2), 60–80.
- Herrera-Guzmán, I., Gudayol-Ferré, E., Herrera-Abarca, J. E., Herrera-Guzmán, D., Montelongo-Pedraza, P., Padrós Blázquez, F., o.fl. (2010). Major depressive disorder in recovery and neuropsychological functioning: Effects of selective serotonin uptake inhibitor and dual inhibitor depression treatments on residual cognitive deficits in patients with Major Depressive Disorder in recovery. *Journal of Affective Disorders*, 123, 341–350.
- Hofmann, H., Schorre, E., Haastert, B., og Meyer, G. (2015). Use of physical restraints in nursing home: A multicentre cross-sectional study. *BMC Geriatrics*, 21(15), 1–8.
- Ingibjörg Hjaltadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2019). Virkni og viðbótarmeðferð á íslenskum hjúkunarheimilum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 95(3), 80–87.
- InterRAI (2020). Applications. Sótt í janúar 2020 á: <https://www.interrai.org/applications/>
- Kales, H. C., Gitlin, L. N., og Lyketsos, C. G. (2015). Assessment and management of behavioral and psychological symptoms of dementia. *BMJ*, 350(369), 1–16.
- Lemay, M., og Landreville, P. (2010). Review: Verbal agitation in dementia: The role of discomfort. *American Journal of Alzheimer's Disease and Other Dementias*, 25(3), 193–201.
- Livingston, G., Sommerlad, A., Orgeta, V., Costafreda, S. G., Huntley, J., Ames, D., ... og Cooper, C. (2017). Dementia prevention, intervention, and care. *The Lancet*, 390(10113), 2673–2734.
- Majic, T., Pluta, J. P., Mell, T., Treusch, Y., Gutzmann, H., og Rapp, M. A. (2012). Correlates of agitation and depression in nursing home residents with dementia. *International Psychogeriatrics*, 24(11), 1779–1789.
- Morris, J. N., Hawes, C., Fries, B. E., Phillips, C. D., Mor, V., Katz, S., o.fl. (1990). Designing the national resident assessment instrument for nursing homes. *The Gerontologist*, 30, 293–302.
- Mor, V. (2004). A comprehensive clinical assessment tool to inform policy and practice: Applications of the minimum data set. *Medical Care*, 42(4), 50–59.
- Polit, D. F., og Beck, C. T. (2012). *Nursing research, generating and assessing evidence for nursing practice* (9. útgáfa). New York: Wolter Kluwer.
- Scherder, E. J., Boger, T., Eggermont, L. H., Hamers, J. P., og Swaab, D. F. (2010). The more physical inactivity, the more agitation in dementia. *International Psychogeriatrics*, 22(8), 1203.
- Sigurveig Gísladóttir (2019). Geðlyfjanotkun á hjúkunarheimilum: Tengsl geðlyfjanotkunar við hegðunarvanda, kvíða, ranghugmyndum, þunglyndiseinkennum, hreyfigetu, sjálfsbjargargetu og virkni hjá íbúum þriggja hjúkunarheimila á landsbyggðinni árin 2016–2018. M.Sc.-verkefni við Framhaldsnámsdeild Heilbrigðisvísindasviðs Háskólans á Akureyri. Leiðbeinendur: Árún K. Sigurðardóttir og Ingibjörg Hjaltadóttir.
- Teles, S., Ferreira, A., Seeher, K., Fréel, S., og Paúl, C. (2020). Online training and support program (iSupport) for informal dementia caregivers: Protocol for an intervention study in Portugal. *BMC Geriatrics*, 20(1), 1–13.

English Summary

Gunnarsdottir, S. H., and Hjaltadottir, I.

Behavioural symptoms in nursing homes in association with health, leisure activities and restraint use

Background: The proportion of the very elderly is increasing in Iceland, as elsewhere, requiring more and better care services for this age group. Therefore, the number of people with dementia is also rising, but the disease presents various neurological symptoms. Behavioural symptoms is present in up to 90% of individuals with dementia. This is stressful for the individuals and their families and decreases their well being and quality of life.

Aim: of the research was to investigate the frequency of behavioural symptoms in Icelandic nursing homes and the association with cognitive impairment, depression, pain, activities and the use of restraints.

Method: The research is quantitative, retrospective, and descriptive. Data for statistical analysis were 2596 interRAI-MDS 2.0 assessments of nursing home residents in 2014, obtained from the Directorate of Health in Iceland.

Results: The average age of residents was 84.4 years, 37.2% of whom were men and 62.8% women. Individuals suffering from a mixed type of dementia had the highest average for behavioural symptoms (0.34–1.15) and residents without dementia had the

lowest (0.07–0.31). The findings showed a positive correlation between behavioural symptoms and symptoms of depression ($Sp\ rho = 0.399$; $p < 0.0001$), higher levels of pain ($Sp\ rho = 0.099$; $p < 0.0001$), less time in activities ($Sp\ rho = 0.224$; $p < 0.0001$) and restraint use ($Sp\ rho = 0.145$; $p < 0.0001$).

Conclusions: The findings present the most common behavioural and neuropsychological symptoms in nursing home residents. In order to improve the wellbeing of nursing home residents, factors such as pain, depression, lack of activities and use of restraints must be taken into account when assessing and treating behavioral problems. Increased knowledge of these factors is important when diagnosing and assessing the causes of behavioural symptoms. It is important to ensure that nursing home staff has sufficient knowledge on how to treat behavioural symptoms so that the most effective and individually designed treatment can be provided.

Keywords: Behavioural symptoms, pain, depression, activity, restraints and interRAI-MDS.

Correspondent: solveig.gunnarsdottir@hsu.is

Íslensk þýðing WHODAS 2.0 og próffræðilegir eiginleikar hennar

Útdráttur

Inngangur: Í hugmyndafræði alþjóðlega flokkunarkerfisins um færni, fötlun og heilsu (ICF) er áhersla lögð á færni fólks við þær aðstæður sem það býr. WHODAS 2.0 spurningalistinn, WHO Disability Assessment Schedule 2.0, var saminn til að mæla færni og fötlun í takt við ICF, óháð mál- og menningarsvæðum eða þeim heilsufarsvanda sem að baki býr. Markmið rannsóknarinnar voru að þýða WHODAS 2.0 og staðfesta próffræðilega eiginleika íslensku þýðingarinnar.

Aðferð: WHODAS 2.0 var þýtt úr ensku. Þá var það lagt fyrir og rætt í rýnihópi fólks í endurhæfingu og leiddi það til minniháttar breytinga. Bakþýðing staðfesti samhljóm íslensku útgáfunnar við upprunalegu ensku útgáfuna. Þýðingin var þá lögð fyrir tvo hópa. Fyrri hópurinn ($n = 81$) var fólk sem var að hefja endurhæfingu en það svaraði WHODAS einu sinni auk þess að svara SF-36v2-spurningalistanum. Í síðari hópnum ($n = 67$) var fólk í viðhaldsþjálfun sem glímdi við hjarta- eða lungnasjúkdóma. Það svaraði WHODAS 2.0 tvisvar með 2 vikna millibili. Innri áreiðanleiki var prófaður með Cronbachs-alfa, áreiðanleiki endurtekinnna mælinga með innan-flokksfylgnistuðli og samtímaréttmæti við SF-36v2 var prófað með fylgnistuðli Spearmans.

Niðurstöður: Innri áreiðanleiki var á bilinu 0,83–0,98 fyrir mælitækið í heild og alla undirvarða þess. Áreiðanleiki endurtekinnna mælinga reyndist 0,77–0,94. Fylgni milli WHODAS 2.0 og SF-36v2 var marktæk fyrir alla undirvarða sem snúa að skyldum heilsutengdum þáttum ($r = -0,25$ til $-0,7$, $p < 0,05$) eða í 36 af 48 tilfellum.

Ályktanir: Próffræðilegir eiginleikar íslensku þýðingarinnar á WHODAS 2.0 eru góðir. Íslenska þýðingin er framlag til heilbrigðisþjónustu og rannsókna á Íslandi og auk þess opnast möguleikar á þátttöku Íslands í alþjóðlegum rannsóknum á færni og fötlun.

Lykilorð: WHODAS 2.0, íslenska, réttmæti, áreiðanleiki, SF-36v2

Inngangur

Þróun í heilbrigðisvísindum og bætt lífskjör í hinum vestræna heimi síðustu áratugina hafa orðið til þess að æ fleiri glíma við langvinna sjúkdóma og farniskerðingu af ýmsu tagi (World Health Organization [WHO], 2011). Þessi fjölgun kallar á aukna þverfaglega nálgun í heilbrigðisþjónustu og jafnframt aukið samráð við skjólstæðinga (Atwhal o.fl., 2014; Entwistle og Watt, 2013) þar sem heildræn, einstaklingsmiðuð þjónusta eflir færni og lífsgæði þeirra sem glíma við heilsubrest (Morgan og Yoder, 2012).

Alþjóðlega flokkunarkerfið um færni, fötlun og heilsu (e. *International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) var gefið út af Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (World Health Organization) árið 2001. Það byggist á ICF-líkaninu (mynd 1), sem samþættir hið líflæknisfræðilega og hið sálfélagslega heilsulíkan til að draga upp heildræna mynd af færni og fötlun. Meginhugtak ICF er færni og birtist hún í þremur víddum sem líkamsstarfsemi/líkamsbygging, athafnir og þátttaka. Fötlun, sem er andstæðan við færni, birtist hins vegar sem skerðing á líkamsstarfsemi/líkamsbyggingu, hömlun við athafnir og takmörkuð þátttaka. Öll þessi fyrirbæri eru afleiðing af samspilinu milli heilsufars einstaklingsins og aðstæðna hans (Guðrún Pálmadóttir, 2013; Stucki o.fl., 2007; WHO, 2001).

ICF-flokkunarkerfinu er ætlað að skapa samræmt og staðlað orðfæri ásamt umgjörð til að lýsa heilsu fólks og heilsutengdri færni við þær aðstæður sem það býr. ICF snýr því bæði að heilsuviðum og heilsutengdum sviðum frá líkamlegu, einstaklingsbundnu og samfélagslegu sjónarhorni (WHO, 2001; WHO o.fl., 2015). ICF-flokkunarkerfið hefur tvo meginstofna, annan fyrir færni og fötlun og hinn fyrir aðstæður. Færni- og fötlunarstofninn deilist í hlutana líkamsstarfsemi og líkamsbyggingu annars vegar og athafnir og þátttöku hins vegar, og aðstæðustofninn greinist í umhverfisþætti og einstaklingsbundna þætti. Þessir fjórir hlutar greinast síðan í undirflokka

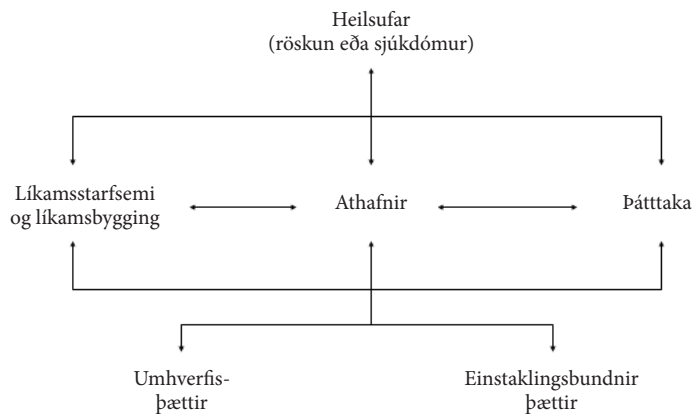
Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Réttmætt og áreiðanlegt mælitæki á íslensku til að skoða færni og fötlun fólks óháð sjúkdómsgreiningum og aðstæðum.

Hagnýting: Mælitækið nýtist til að meta þjónustupörf, skipuleggja skjólstæðingsmiðaða meðferð og meta áhrif hennar á færni fólks.

Viðbót við þekkingu: Sambærilegt mælitæki hefur ekki áður verið þýtt og rannsakað við íslenskar aðstæður.

Áhrif á störf fagfólks í heilbrigðisþjónustu: WHODAS 2.0 er sjálfsmatstæki sem byggist á þverfaglegum grunni og getur því eflt bæði skjólstæðingsmiðaða nálgun og þverfaglega samvinnu.



Mynd 1. Hugmyndafræðileg tengsl hugtaka í ICF

nema einstaklingsbundnu þættirnir sem flokkast ekki nánar. Flokkunarkerfið spannar u.þ.b. 1500 hugtök. Það hefur verið þýtt á íslensku og er aðgengilegt í heild sinni á vefnum (Landlæknisembættið, e.d.).

Með tilkomu ICF færast áherslan frá afleiðingum einstakra sjúkdóma til lýsinga á því hvernig fólki sem glímir við heilsuþrest gengur að takast á við daglegt líf (Federici og Meloni, 2010; Guðrún Pálmadóttir, 2013; WHO, 2001; WHO o.fl., 2015). Þessi breytta sýn gerir kröfu um mælitæki sem mælir færni og fötlun frá heildrænu sjónarhorni og spannar allar víddir ICF, það er líkamlegt atgervi, athafnir og þátttöku. Mikilvægt er að matið byggist á reynslu þeirra sem glíma við heilsuþrest en slíkar upplýsingar eru nauðsynlegar við skipulag meðferðarúrræða og annarrar heilbrigðisþjónustu þannig að hún fullnægi þörfum skjólstæðinga sem best.

Mælitækið WHODAS 2.0 (World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0) var samið á vegum WHO til að unnt væri að skoða og bera saman færni og fötlun fólks óháð sjúkdómsgreiningu. Þetta er þverfaglegt mælitæki, upphaflega á ensku, sem mælir umfang fötlunar frá sjónarhóli þess sem við hana glímir og endurspeglar atriði í athafna- og þátttökuhluta ICF-flokkunarkerfisins (WHO, 2010). WHODAS 2.0 var samið í tveimur þrepum. Í fyrra þrepinu voru skoðuð 300 mælitæki sem mæla ólíka heilsutengda þætti, innihald þeirra var mátað við ICF og þau atriði valin sem féllu að hugmyndafræðinni, alls 96 atriði. Með vettvangskonunum, rýningu sérfræðinga og ígrunduðum samtölum varð til 36 spurningar sjálfsmatslisti. Leitandi þáttagreining leiddi í ljós sex undirflokkar, þ.e. (1) skilningur og boðskipti (e. *understanding and communicating*), (2) að komast um (e. *getting around*), (3) eigin umsjá (e. *self-care*), (4) samskipti (e. *getting along with people*), (5) dagleg störf (e. *life activities*) og (6) þátttaka í samfélaginu (e. *participation in society*). Einn kvarðinn (dagleg störf) reyndist hafa tvo undirflokkar, annars vegar heimilisstörf og hins vegar vinnu og nám. Hver undirkvarði inniheldur fjögur til átta atriði (spurningar) sem eru metin á fimm þrepa raðkvarða þar sem 1 stendur fyrir „ekkiert erfitt“ og 5 fyrir „mjög erfitt eða get ekki gert“. Lítillega breytt útgáfa af mælitækinu er notuð til að leggja fyrir aðstandanda eða umönnunaraðila (e. proxy) ef skjólstæðingur getur ekki svarað sjálfur en atriðin eru öll þau sömu. Báðar þessar útgáfur eru líka til í

viðtalsútgáfu og einnig er til styttri útgáfa af mælitækinu með aðeins 12 atriðum (Üstün o.fl., 2010a).

Vinna má úr niðurstöðum á tvennan hátt. Einfalda leiðin er að leggja allar tölurnar saman án þess að taka tillit til erfðleika atriðanna, en slík niðurstaða er ónákvæm. Hin aðferðin byggist á kenningum um svarferlalíkon (item response theory) þar sem tölfræðilegum aðgerðum er beitt til að umbreyta hráum niðurstöðum í kvarða með jöfnum bilum (Furr og Basharach, 2008). Síðarnefnda aðferðin er talin markvissari og því oftast notuð, en niðurstöðurnar birtast þá á kvarðanum 0–100 þar sem hærra gildi merkir meiri fötlun. Hjá WHO má nálgast sérstakt reiknilíkan til slíkra útreikninga fyrir WHODAS 2.0.

Á síðara þrepi þróunarferlisins voru próffræðilegir eiginleikar mælitækisins rannsakaðir, þ.e. innri áreiðanleiki, áreiðanleiki endurtekinnna prófana, sýndarréttmæti og samtímaréttmæti. WHODAS 2.0 reyndist áreiðanlegt og réttmætt í öllum þessum prófunum (Üstün o.fl., 2010a; Üstün o.fl., 2010b; WHO, 2010).

WHO hefur gefið út sérstakar leiðbeiningar um þýðingu og prófun WHODAS 2.0 sem rannsakendur fá aðgang að þegar leyfi til þýðingar hefur verið veitt. Við þýðingu og prófun er þessum leiðbeiningum að jafnaði fylgt og mælifræðilegir eiginleikar oftast kannaðir með prófun á innri áreiðanleika, áreiðanleika endurtekinnna prófana og samtímaréttmæti. Einna algengast er að samtímaréttmæti sé prófað með samanburði við SF-36 lífsgæðakvarðann (Federici o.fl., 2017; Ware og Gandek, 1998). WHODAS 2.0 hefur verið þýtt á fjölda tungumála og prófað innan margra ólíkra hópa og menningarsvæða (Federici o.fl., 2017). Mælitækið hefur reynst áreiðanlegt og réttmætt fyrir mismunandi aldurs- og sjúklingahópa á ólíkum mál- og menningarsvæðum og niðurstöðum þýðingarannsóknar frá hinum ýmsu löndum ber að mestu leyti saman hvað varðar próffræðilega eiginleika þess (Castro o.fl., 2018; Cheung o.fl., 2015; Chiu o.fl., 2014; Ćwirlej-Sozańska o.fl., 2018; Federici o.fl., 2017; Koumpouros o.fl., 2018; Moen o.fl., 2017; Silva o.fl., 2013). WHODAS 2.0 er einnig næmt á breytingar á færni og fötlun og því hentugt til að mæla áhrif endurhæfingar og annarra inngripa sem ætlað er að auka færni og þátttöku fólks (Axelsson o.fl., 2017; Federici o.fl., 2017; Garin o.fl., 2010; Üstün o.fl., 2010a; White o.fl., 2008, 2018; WHO, 2010). Rannsóknir hafa einnig sýnt að WHODAS 2.0 getur haft forspárgildi er lýtur að þörf fyrir dvöl á hjúkrunarheimili eða aðra þjónustu (Hu, H.-Y. o.fl., 2017; Hu, L. o.fl., 2012; O'Donnell o.fl., 2016). WHODAS 2.0 er því mikilvægt, þverfaglegt mælitæki í starfi og rannsóknum innan heilbrigðis- og velferðarþjónustu víða um heim. Íslensk þýðing spurningalistans ásamt prófun áreiðanleika og réttmætis er forsenda þess að hægt sé að nota WHODAS 2.0 á Íslandi. Aðgengi að mælitækinu á íslensku gæti aukið skilning héraðs á færni og fötlun frá sjónarhóli skjólstæðinga og eftir þverfaglegt samstarf.

Tilgangur rannsóknarinnar var að þýða WHODAS 2.0 á íslensku og rannsaka próffræðilega eiginleika íslensku þýðingarinnar, það er innri áreiðanleika, áreiðanleika endurtekinnna mælinga og samtímaréttmæti.

Aðferð

Rannsóknarsnið og þátttakendur

Rannsóknin var framskyggn, lýsandi þversniðsrannsókn með samanburði mælitækja og tvíteknum mælingum fyrir hluta þátttakenda. Notað var hentugleikaúrtak og gögnum safnað frá tveimur hópum. Í öðrum hópnum ($n = 100$) var fólk að hefja endurhæfingu á endurhæfingardeild Sjúkrahússins á Akureyri á Kristnesi sem er fimm daga sólarhrings- og dagdeild fyrir fullorðna. Innlagirnir eru skipulagðar fyrir fram og endurhæfingin einkennist af bæði hóp- og einstaklingsþjálfun, allt eftir eðli færniskerðingarinnar (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2018). Í hinum hópnum ($n = 79$) var fólk með hjarta- og/eða lungnasjúkdóma í viðhaldsþjálfun á HL-stöðinni á Akureyri. Þjálfunin fer fram í nokkrum hópum á mismunandi erfiðleikastigi og hver um sig æfir tvisvar til þrisvar í viku (HL-stöðin Akureyri, e.d.). Valviðmiðin voru að vera 18 ára eða eldri, skilja ritað íslenskt mál og vera fær um að svara spurningalistingu án aðstoðar.

Gögnum var safnað með tveimur stöðluðum mælitækjum, WHODAS 2.0 og SF-36v2-lífsgæðakvarðanum, sem bæði eru spurningalistar. Að auki svöruðu þátttakendur átta bakgrunnsspurningum um lýðfræðileg atriði og heilsufar. Öll gögn í rannsókninni voru ópersónugreinanleg og við framkvæmd rannsóknarinnar var farið með persónuupplýsingar og skráningu þeirra í samræmi við lög nr. 77/2000 um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga. Sjúkrahúsið á Akureyri og HL-stöðin veittu leyfi fyrir gagnasöfnuninni. Rannsóknin var samþykkt af síðanefnd Sjúkrahússins á Akureyri (nr. 5/2014) og tilkynnt til persónuverndar (nr. S6952/2014).

Mælitæki

WHODAS 2.0 var þýtt samkvæmt leiðbeiningum WHO um þýðingu, bakþýðingu og álit rýnihópa. Tveir af höfundum þessarar greinar þýddu listann úr ensku á íslensku og sú þýðing var lögð fyrir fimm einstaklinga í endurhæfingu. Fjórir þeirra mynduðu síðan rýnihóp með fyrsta höfundi þar sem skiljanleiki spurninganna var ræddur. Nokkrar ábendingar um uppsetningu og orðalag komu fram og þau atriði voru lagfærð. Síðan var listinn lagður fyrir og ræddur við tvo til viðbótar og gerðu þeir ekki neinar athugasemdir. Listinn var þá bakþýddur á ensku af fagaðila í endurhæfingu með gott vald á báðum tungumálum. Ítarleg skoðun þýðendanna tveggja og samanburður ensku frumútgáfunnar við bakþýðinguna sýndi að þessar tvær útgáfur rímuðu vel saman og því var íslenska þýðingin talin tilbúin til prófunar.

SF-36v2-lífsgæðakvarðinn (útgáfa 2) (Ware og Gandek, 1998) er sjálfsmatskvarði fyrir heilsutengd lífsgæði fólks. Hann inniheldur 36 spurningar sem deilast á átta undirkvarða: (1) líkamleg virkni (e. *physical functioning*), (2) líkamlegt hlutverk (e. *role physical*), (3) verkir (e. *bodily pain*), (4) almennt heilsufar (e. *general health*), (5) lífsþróttur (e. *vitality*), (6) félagsleg virkni (e. *social functioning*), (7) tilfinningalegt hlutverk (e. *role emotional*) og (8) geðheilsa (e. *mental health*). Mögulegur stigafjöldi er á bilinu 0–100 og fleiri stig endurspeglar meiri

lífsgæði. SF-36v2 var þýddur árið 2003 og próffræðilegir eiginleikar þýðingarinnar hafa síðan verið rannsakaðir (Margrét Eiríksdóttir, 2011).

Gagnaöflun

Gagnasöfnun fór fram frá desember 2015 til desember 2016. Á Kristnesi var öllum sem uppfylltu valviðmiðin boðið að taka þátt þar til 100 manns höfðu gefið vilyrði fyrir þátttöku. Hver þátttakandi fékk umslag með spurningalistunum WHODAS 2.0 og SF-36v2 auk bakgrunnsspurninga og kynningarbréfs um rannsóknina þar sem kom fram að með því að svara og skila spurningalistunum hefði viðkomandi samþykkt þátttöku í rannsókninni. Listunum var síðan skilað í lokuðu umslagi í merktan kassa á deildinni. Á HL-stöðinni buðu sjúkrahjálfarar stöðvarinnar þátttöku öllum sem uppfylltu valviðmiðin og afhentu þeim WHODAS 2.0 spurningalistann, bakgrunnsspurningar og upplýsingabréf samsvarandi því sem notað var á Kristnesi. Tveimur til þremur vikum síðar var WHODAS 2.0 lagt aftur fyrir þessa þátttakendur. Þeim var gefið kóðunarnúmer í upphafi sem tengiliður á stöðinni hélt utan um en aðeins hann hafði aðgang að tengingu númeranna við nafnalista þátttakenda. Þannig var bæði hægt að fyrirbyggja rekjanleika listanna og para saman viðeigandi gögn eftir tvær umferðir. Í leiðbeiningum er viðkomandi beðinn að hugsa um síðastliðna þrjátíu daga þegar hann svarar WHODAS 2.0 spurningalistanum og tekið fram að fólk sem ekki stundar vinnu eða nám eigi ekki að svara spurningum í þeim flokki.

Tölfræðileg úrvinnsla

Hrátölum allra undirkvarða WHODAS 2.0 var umbreytt í jafnbilakvarða samkvæmt leiðbeiningum frá WHO (WHO, 2010). Innri áreiðanleiki var reiknaður með Cronbachs-alfa fyrir WHODAS 2.0 í heild og alla undirflokkana þess. Áreiðanleiki endurtekinnar mælinga var reiknaður með innanflokks-Fylgnistuðli (e. *intra class correlation, ICC; two-way mixed effects model*) fyrir undirkvarðana og mælitækið í heild. fylgnistuðull Spearmans var notaður til að reikna fylgni milli allra undirkvarða mælitækjanna WHODAS 2.0 og SF-36v2. Út frá eðli spurninga innan undirkvarðanna og með hliðsjón af niðurstöðum tveggja stórra erlendra rannsókna, með samtals 2.160 þátttakendum í endurhæfingu (Moen o.fl., 2017, Garin o.fl., 2010), var búist við að minnsta kosti meðalsterkri fylgni ($r > 4,0$) 15 undirkvarða mælitækjanna tveggja, en veikari eða ómarktækri fylgni annarra undirkvarða. Notað var tölfræðiforritið SPSS, útgáfa 23, og marktektarmörk sett við $p < 0,05$.

Niðurstöður

Á Kristnesi voru afhentir 100 listar og svarhlutfallið var 81%. Á HL-stöðinni voru afhentir 79 listar í fyrri umferð og svarhlutfall var 85% ($n = 67$). Samtals voru þátttakendur því 148. Sextíu og fjórir þátttakendur (43%) svöruðu öllum spurningum listans og 48 til viðbótar svöruðu öllu nema spurningunum um vinnu og nám, 17 á Kristnesi og 31 á HL-stöðinni.

Tuttugu og fjórir þátttakendur slepptu einni eða tveimur spurningum og tíu slepptu þremur eða fleiri. Tæplega helmingur þátttakenda svaraði ekki spurningum um *vinnu og nám* og 25 slepptu að svara spurningu um kynlíf innan undirskarðans um *samskipti*. Við endurtekna fyrirlögn á HL-stöðinni náðist til 58 manns af þeim 67 sem svöruðu í fyrra skiptið og svarhlutfallið var 95% (55 listar).

Bakgrunnur og heilsufar

Konur voru í meirihluta á Kristnesi en karlar á HL-stöðinni. Meðalaldur þátttakenda á Kristnesi var 53 ár ($\pm 10,6$; 22–73) en 74 ár ($\pm 8,3$; 56–89) á HL-stöðinni. Tæpur helmingur þátttakenda á Kristnesi var í launaðri vinnu eða námi og rúmur helmingur fékk örorkubætur. Á HL-stöðinni voru flestir þátttakendurnir á ellilífeyri og tæpur fjórðungur í launuðu starfi.

Tafla 1. Lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur

	Kristnes n = 81	HL-stöðin, Akureyri n = 67
	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)
Kyn		
Karl	18 (23)	47 (70)
Kona	62 (77)	20 (30)
Búseta		
Dreifbýli	16 (20)	5 (8)
Þéttbýli	64 (80)	61 (92)
Hlutverk¹		
Í launaðri vinnu eða námi	35 (43)	16 (24)
Sér um heimili	43 (53)	17 (25)
Sjálfboðaliði	5 (6)	1 (2)
Öryrki	42 (52)	7 (10)
Ellilífeyrisþegi	5 (6)	51 (76)
Án atvinnu	4 (5)	3 (5)
Menntun¹		
Grunnskólapróf	56 (69)	38 (57)
Starfsréttindapróf	25 (31)	33 (49)
Stúdentspróf	15 (19)	4 (6)
Háskólapróf	17 (21)	8 (12)
Önnur menntun	8 (10)	8 (12)

¹ Þátttakendur voru beðnir að merkja við allt sem við átti og því eru svörin samtals fleiri en þátttakendur

Tafla 2 sýnir aðalheilsufarsvanda þátttakenda að eigin mati. Stoðkerfisvandamál voru algengust á endurhæfingardeildinni en þar á eftir kom annar eða óþekktur vandi og síðan ofþyngd. Á HL-stöðinni voru hjarta- og lungnasjúkdómar algengastir.

Tafla 2. Aðalheilsufarsvandi að mati þátttakenda

	Kristnes n = 81	HL-stöðin n = 55
Aðalheilsufarsvandi ¹	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)
Stoðkerfisvandamál	69 (85)	14 (21)
Hjarta- og/eða lungnasjúkdómur	2 (3)	51 (76)
Vandamál frá miðtaugakerfi	4 (5)	1 (2)
Sálrænir eða geðrænir erfiðleikar	5 (6)	3 (5)
Ofþyngd	10 (12)	3 (5)
Krabbamein eða ónæmissjúkdómar	1 (1)	3 (5)
Skyndtruflanir (heyrnar- eða sjónskerðing)	2 (3)	8 (12)
Annar eða óþekktur vandi	13 (16)	1 (2)

¹ Nokkrir merktu við fleiri en einn heilsufarsvanda og því eru svörin samtals fleiri en þátttakendur

Próffræðilegir eiginleikar WHODAS 2.0

Tafla 3 sýnir áreiðanleikastuðla mælitækisins í heild og allra undirskarða þess, bæði fyrir heildarhópin (n = 148) og hópana tvo sinn í hvoru lagi. Áreiðanleikastuðullinn var 0,95 fyrir mælitækið í heild og yfir 0,8 fyrir alla undirskarða hjá báðum hópum ef frá er talinn undirskarðinn *samskipti* á HL-stöðinni þar sem stuðullinn mældist 0,77.

Áreiðanleikastuðla endurtekinna mælinga er að finna í töflu 4, en hann var reiknaður út frá gögnum þeirra 55 þátttakenda á HL-stöðinni sem svöruðu WHODAS 2.0 tvisvar. ICC-fylgnistuðullinn var yfir 0,75 fyrir alla undirskarðana og mælitækið í heild. Hæsti fylgnistuðullinn var fyrir *vinnu og nám í daglegum störfum* og því næst fyrir *að komast um*.

Tafla 5 sýnir samtímaréttmæti íslenskrar þýðingar WHODAS 2.0 í samanburði við SF-36v2-lífsgæðakvarðann. Fylgni var marktæk í 36 tilfellum af 48. Í heildina séð var þátttökukvarðinn með sterkustu fylgnina við alla kvarða SF-36v2, og kvarðinn fyrir eigin umsjá með þá veikustu.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að próffræðilegir eiginleikar íslenskrar þýðingar á WHODAS 2.0 eru góðir. Innri áreiðanleiki var góður, bæði fyrir mælitækið í heild og alla undirskarðana, og hið sama gildir um áreiðanleika endurtekinna mælinga. Fylgnin milli viðeigandi undirskarða WHODAS 2.0 og SF-36v2 var marktæk og því óhætt að álykta að gott samtímaréttmæti sé til staðar. Þessar niðurstöður ríma vel við prófun á upphaflegri útgáfu WHODAS 2.0 (WHO, 2010) sem og niðurstöður erlendra þýðingarannsóknna, en mælitækið hefur verið þýtt á um 50 tungumál (Castro og Leite, 2017; Castro o.fl., 2018; Cheung o.fl., 2015; Chiu o.fl., 2014; Ćwirlej-Sozańska o.fl., 2018; Federici o.fl., 2017; Koumpouros o.fl., 2018; Moen o.fl., 2017; Silva o.fl., 2013).

Innri áreiðanleiki íslensku þýðingarinnar mældist hæstur fyrir mælitækið í heild og undirskarðann *dagleg störf*. Þessum

Tafla 3. Innri áreiðanleiki WHODAS 2.0

	Kristnes (n = 81)	HL-stöð (n = 67)	Samtals (n = 148)
Skilningur og boðskipti	0,89 (n = 77)	0,91 (n = 64)	0,90 (n = 141)
Að komast um	0,80 (n = 75)	0,86 (n = 65)	0,86 (n = 140)
Eigin umsjá	0,84 (n = 80)	0,81 (n = 65)	0,83 (n = 145)
Samskipti	0,87 (n = 68)	0,77 (n = 53)	0,83 (n = 121)
Dagleg störf - heild	0,95 (n = 49)	0,97 (n = 24)	0,96 (n = 73)
— heimilisstörf	0,96 (n = 76)	0,96 (n = 64)	0,97 (n = 140)
— vinna og nám	0,96 (n = 51)	0,98 (n = 25)	0,98 (n = 76)
Þátttaka	0,80 (n = 73)	0,82 (n = 53)	0,87 (n = 137)
Listinn í heild	0,94 (n = 59)	0,95 (n = 42)	0,95 (n = 109)

Tafla 4. Áreiðanleiki endurtekinna mælinga WHODAS 2.0

	Fyrri mæling Meðaltal ± SD (n = 55)	Seinni mæling Meðaltal ± SD (n = 55)	ICC	95% öryggisbil
Skilningur og boðskipti	14,5 ± 17,7	15,8 ± 17,6	0,84	0,72–0,91
Komast um	24,3 ± 25,0	23,8 ± 23,6	0,93	0,89–0,96
Eigin umsjá	9,4 ± 19,2	8,7 ± 18,6	0,83	0,71–0,91
Samskipti	17,4 ± 19,8	15,3 ± 17,0	0,77	0,59–0,87
Dagleg störf - heild				
— heimilisstörf	31,0 ± 30,4	29,8 ± 30,6	0,91	0,85–0,95
— vinna og nám	20,2 ± 27,7	18,5 ± 26,8	0,94	0,84–0,98
Þátttaka	24,7 ± 18,5	24,3 ± 9,2	0,88	0,79–0,93
Mælitækið í heild	22,9 ± 19,1	21,2 ± 17,1	0,92	0,84–0,96

SD: staðalfrávik (standard deviation)
ICC: innanflokksfylgnistuðull (intra class correlation)

Tafla 5. Samtímaréttmæti WHODAS 2.0

SF-36v2	WHODAS 2.0					
	Skilningur og boðskipti	Komast um	Eigin umsjá	Dagleg Samskipti	störf	Þátttaka
Geðheilsa	-0,66 ³	-0,11	-0,17	-0,65 ³	-0,14	-0,54 ³
Lífsþróttur	-0,49 ³	-0,25 ¹	-0,19	-0,46 ³	-0,37 ²	-0,47 ³
Verkir	-0,40 ³	-0,37 ²	-0,25 ¹	-0,25 ¹	-0,37 ²	-0,50 ³
Líkamleg virkni	-0,16	-0,61 ³	-0,28 ¹	-0,18	-0,42 ²	-0,44 ³
Líkamlegt hlutverk	-0,38 ²	-0,38 ²	-0,32 ²	-0,31 ¹	-0,76 ²	-0,59 ³
Tilfinningalegt hlutverk	-0,57 ³	0,03	-0,20	-0,46 ³	-0,12	-0,45 ³
Félagsleg virkni	-0,64 ³	-0,28 ¹	-0,26 ¹	-0,69 ³	-0,38 ²	-0,63 ³
Almennt heilsufar	-0,37 ²	-0,08	-0,18	-0,34 ²	-0,15	-0,28 ¹

¹ $p < 0,05$
² $p < 0,01$
³ $p < 0,001$. Feitletraðar tölur sýna þá 15 fylgnistuðla sem búist var við að sýndu að minnsta kosti meðalsterka fylgni ($r > 0,4$). Fylgnin er neikvæð þar sem fleiri stig á WHODAS tákna lakari færni og heilsu, en í SF-36 tákna fleiri stig meiri lífsgæði. SF-36v2: SF-36 2. útgáfa

niðurstöðum ber saman við sambærilegar erlendar rannsóknir á mælitækinu þar sem innri áreiðanleiki er oftast á bilinu 0,75–0,94 og að jafnaði hæstur fyrir mælitækið í heild og undir-
kvarðann *dagleg störf*, en lægstur fyrir *samskipti* (Castro o.fl., 2018; Cheung o.fl., 2015; Chiu o.fl., 2014; Ćwirlej-Sozańska o.fl., 2018; Moen o.fl., 2017). Áreiðanleikastuðull telst góður ef hann er hærri en 0,7 en jafnframt er talið æskilegt að hann sé ekki hærri en 0,95 þar sem það bendir til þess að óþarflega

margar spurningar snúist um sama fyrirbærið (Terwee o.fl., 2007; Field, 2018). Niðurstöðurnar hér eru einna líkastar niðurstöðum í Noregi og Kína enda var þýðið í Noregi líkt því íslenska og aldur og heilsufarsvandi kínversku þátttakendanna af svipuðum toga. Menning Íslands og Kína er hins vegar ólík og þessi líkindi eru því vísbending um notagildi WHODAS 2.0 þvert á menningarheima. Í þessari rannsókn var innri áreiðanleiki lægstur fyrir undirklarðann *samskipti* sem er svipað og í erlendu rannsóknunum og alla jafna skýrt með lágu svarhlutfalli við spurningunni um kynlíf (Castro o.fl., 2018; Koumpouros o.fl., 2018; Moen o.fl., 2017). Hið sama gæti gilt um okkar rannsókn því margir slepptu að svara þessari spurningu. Það kann að hafa haft áhrif á niðurstöðurnar þótt hægt sé að fylla í eyðurnar með meðaltali annarra svara þátttakandans úr viðkomandi undirklarða þegar einungis vantar eitt eða tvö svör, samkvæmt handbók um WHODAS 2.0 (Üstün o.fl., 2010a). Í heild voru niðurstöðurnar fyrir innri áreiðanleika nálægt því sem best gerist í rannsóknum á mælitækinu erlendis og þetta á líka við þótt menning landanna sé ólík (Cheung o.fl., 2015; Chiu o.fl., 2014; Ćwirlej-Sozańska o.fl., 2018).

Áreiðanleiki endurtekinna mælinga var einnig góður, þ.e. ICC hærri en 0,75 (Koo og Li, 2016), og í samræmi við erlendar rannsóknir þar sem hann hefur oftast mælst á bilinu 0,80–0,95, bæði fyrir undirklarðana og mælitækið í heild (Federici o.fl., 2017). Innanflokksfylgnistuðullinn var hér hæstur fyrir undirklarðana *dagleg störf* og *að komast um* og fyrir mælitækið í heild, og það er í fullu samræmi við niðurstöður erlendra þýðingarrannsókna (Chiu o.fl., 2014; Ćwirlej-Sozańska o.fl., 2018; Koumpouros o.fl., 2018; Moen o.fl., 2017). Fylgnistuðullinn var lægstur fyrir *samskipti*, en svo var einnig í Portúgal (Silva o.fl., 2013). Þar sem heilsufar svarenda var stöðugt yfir tímabilið er skýring á lægri stuðli í þessum undirklarða að líkindum sú sama og nefnd var hér áður varðandi innri áreiðanleika, þ.e. að einni spurningu innan kvarðans er oft ósvarað og var það ívið algengara við síðari fyrirlögnina. Fylgnistuðullinn fyrir *eigin umsjá* var næstlægstur eins og í Póllandi og Taiwan en í Noregi var hann lægstur (Chiu o.fl., 2014; Ćwirlej-Sozańska o.fl., 2018; Moen o.fl., 2017). Hér er því einnig mikill samhljómur við erlendu þýðingarrannsóknirnar þótt þátttakendur þar séu oft heldur yngri og frá ólíkum mál- og menningarsvæðum. Áreiðanleiki endurtekinna mælinga var prófaður meðal 55 þátttakenda, en samkvæmt COSMIN gátlistanum telst slíkur samanburður fyllilega trúverðugur ef þátttakendur eru 50 eða fleiri (Mokkink o.fl., 2019).

Fylgnin milli WHODAS 2.0 og SF-36v 2 var marktæk milli undirklarðans *þátttaka* og allra átta kvarðanna í SF-36v2 og að minnsta kosti meðalsterk í sjö tilvikum af átta. Svipaða niðurstöðu má sjá í norsku rannsókninni (Moen o.fl., 2017) þar sem þýðið var fólk í endurhæfingu, eins og í þessari rannsókn, og meðalaldur þátttakenda svipaður. Í norsku rannsókninni var fylgnin milli *þátttökukvarða* WHODAS 2.0 og félagslegrar virkni í SF-36v2 sterkust, líkt og í okkar rannsókn. Sambærileg tengsl er einnig að finna við þennan sama kvarða í grísku rannsókninni (Koumpouros o.fl., 2018) þótt þátttakendur þar hafi verið heldur eldri en hér. Sterk tengsl *þátt-*

tökukvarðans við alla kvarða SF-36v2 má telja rökrétt þar sem sá kvarði spannar víðara hugtak en aðrir undirklarðar (WHO, 2001; WHO o.fl., 2015). Þessi skýru tengsl heilsutengdra lífsgæða við þátttöku benda líka til þess að mælingar á heilsutengdum lífsgæðum endurspegli þátttöku að allnokkru leyti, eins og aðrir hafa bent á (Salter o.fl., 2005). Fylgnin var einnig sterk á milli undirklarðans *skilningur og boðskipti* í WHODAS 2.0 og kvarðanna geðheilsu og félagslegrar virkni í SF-36v2. Hin sterka fylgni á milli undirklarðans *samskipti* í WHODAS 2.0 og kvarðanna geðheilsu og félagslegrar virkni í SF-36v2 fylgir sama mynstri og niðurstöður norsku rannsóknarinnar þótt fylgnistuðlarnir séu almennt hærri í okkar rannsókn. Þegar skoðaðir eru kvarðarnir í WHODAS 2.0 sem lýsa fyrst og fremst líkamlegu atgervi fólks þá var sterkustu fylgnina að finna annars vegar á milli kvarðans *að komast um* í WHODAS 2.0 og líkamlegrar virkni í SF-36v2 og hins vegar milli *daglegra starfa* í WHODAS 2.0 og líkamlegs hlutverks í SF-36v2, en sambærilegar niðurstöður má sjá í rannsókninni frá Noregi (Moen o.fl., 2017). Í heild má segja að niðurstöðurnar sýni að minnsta kosti meðalsterka fylgni alls staðar þar sem þess var vænst nema fyrir undirklarðann *eigin umsjá* þar sem fylgnin var fremur veik en þó marktæk. Niðurstöður okkar og samanburður þeirra við erlendar rannsóknir benda því sterklega til þess að hin íslenska þýðing WHODAS 2.0 sé bæði réttmæt og áreiðanleg.

Helstu takmarkanir rannsóknarinnar eru að úrtakið var tiltölulega lítið og meðalaldur þátttakenda frekar hár enda meiri líkur á heilsubresti með hækkandi aldri. Svörun við spurningum um vinnu og nám var því í lægri kantinum. Úrtakið var einnig nokkuð einsleitt miðað við fólk í endurhæfingu en þriðjungur þátttakenda var í hjarta- og lungnaendurhæfingu. Styrkur rannsóknarinnar er hins vegar sá að gagna var leitað í tveimur mismunandi úrtökum og svarhlutfall var gott auk þess sem niðurstöðurnar ríma vel við niðurstöður erlendra rannsókna.

Gildi rannsóknarinnar felst í aðgengi fagfólks og rannsákenda að réttmætu og áreiðanlegu mælitæki á íslensku til að skoða færni og fötlun fólks á Íslandi þvert á sjúkdómsgreinir og aðstæður. Þetta eykur einnig möguleika Íslands til að taka þátt í alþjóðlegum rannsóknum, til dæmis á stöðu ákveðinna hópa og árangri þjónustu við fólk með skerta færni af ólíkum toga. Frekari útfærsla er samt þörf, til dæmis væri æskilegt að staðfesta uppbyggingu kvarða íslenskrar útgáfu WHODAS 2.0 með leitandi þáttagreiningu en til þess þarf stærra úrtak. Einnig væri áhugavert að skoða sérstaklega næmi íslensku þýðingarinnar til að skera úr um notagildi mælitækisins í árangursmælingum.

Mælitækið opnar nýja möguleika fyrir fagfólk í heilbrigðisþjónustu, ekki síst þá hjúkrunarfræðinga sem gegna ábyrgðarstöðum og stýra þjónustu t.d. á hjúkrunarheimilum eða í heimaþjónustu. Mat með WHODAS 2.0 lætur í té upplýsingar um færni skjólstæðinga á mismunandi sviðum daglegs lífs og leggur þannig góðan grunn að skipulagningu heildarþjónustu og verkaskiptingu fagfólks í þverfaglegu teymi. Niðurstöður mælitækisins byggjast á mati skjólstæðingsins sjálfs og það er grundvallaratriði í einstaklingsmiðaðri þjónustu.

Þakkir

Kærar þakkir til skjólstæðinga Kristness og HL-stöðvarinnar fyrir þátttökuna. Ingvari Þóroddssyni, yfirlækni á Kristnesi og HL-stöð, og starfsfólki beggja staða er þakkað þeirra framlag til rannsóknarinnar. Vísindasjóður Sjúkrahússins á Akureyri fær þakkir fyrir veittan styrk.

Heimildir

- Athwal, L., Marchu, B., Laforêt-Fliesser, Y., Castanza, J., Davis, L. og LaSalle M. (2014). Adaptation of a best practice guideline to strengthen client-centered care in public health. *Public Health Nursing*, 31 (2), 134-43. doi:10.1111/phn.12059.
- Axelsson, E., Lindsäter, E., Ljótsson, B., Andersson, E. og Hedman-Lagerlöf, E. (2017). The 12-item World Health ... to individuals with anxiety and stress disorders: A psychometric investigation ... *JMIR Mental Health*, 4(4), e58. doi: 10.2196/mental.7497.
- Castro, S. S. og Leite, C. F. (2017). Translation and cross-cultural adaptation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule — WHODAS 2.0. *Fisioterapia E Pesquisa*, 24(4), 385–391. doi:10.1590/1809-2950/17118724042017.
- Castro, S. S., Leite C. F., Baldin, J. E. og Accioly, M. F. (2018). Validation of the Brazilian version of WHODAS 2.0 in patients on hemodialysis therapy. *Fisioterapia Em Movimento*, 31(1), 1–13. doi:10.1590/1980-5918.031.AO30.
- Cheung, M. K. T., Hung, A. T. F., Poon, P. K. K., Fong, D. Y. T., Li, L. S. W., Chow, E. S. L., ... Liou, T. (2015). Validation of the World Health Organization assessment schedule II Chinese traditional version (WHODAS II CT) in persons with disabilities and chronic illnesses for Chinese population. *Disability and Rehabilitation*, 37(20), 1902–1907. doi:10.3109/09638288.2014.989336.
- Chiu, T., Yen, C., Chou, C., Lin, J., Hwang, A., Liao, H. og Chi, W. (2014). Development of traditional Chinese version of World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 36 — item (WHODAS 2.0) in Taiwan: Validity and reliability analyses. *Research in Developmental Disabilities*, 35(11), 2812–2820. doi:10.1016/j.ridd.2014.07.009.
- Ćwirlej-Sozańska, A., Wilmowska-Pietruszyńska, A. og Sozański, B. (2018). Validation of the Polish version of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0) in an elderly population (60–70 years old). *International Journal of Occupational Safety and Ergonomics*, 24(3), 386–394. doi:10.1080/10803548.2017.1316596.
- Entwistle, V. A. og Watt, I. S. (2013). Treating patients as persons: A capabilities approach to support delivery of person-centered care. *The American Journal of Bioethics*, 13(8), 29–39. doi: 10.1080/15265161.2013.802060.
- Federici, S., Bracalenti, M., Meloni, F. og Luciano, J. V. (2017). World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0: An international systematic review. *Disability and Rehabilitation*, 39(23), 2347–2380. doi: 10.1080/09638288.2016.1223177.
- Federici, S. og Meloni, F. (2010). WHODAS II: Disability self-evaluation in the ICF conceptual frame. Í J. Stone og M. Blouin (ritstjórar), *International Encyclopedia of Rehabilitation*. Center for International Rehabilitation Research Information and Exchange (CIRRIE). Sótt á <http://cirrie.buffalo.edu>
- Field, A. (2018) *Discovering Statistics Using SPSS Statistics* (5. útg.). London: Sage Publications.
- Furr, R. M. og Basharach, V. R. (2008). *Psychometrics: An introduction*. London: Sage Publications.
- Garin, O., Ayuso-Mateos, J. L., Almansa, J., Nieto, M., Chatterji, S., Vilagut, G., ... Ferrer, M. (2010). Validation of the „World Health Organization Disability Assessment Schedule, WHODAS-2“ in patients with chronic diseases. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8(1), 51. doi:10.1186/1477-7525-8-51.
- Guðrún Pálmaðóttir. (2013). ICF og iðjubjálfun: Fagþróun, hugmyndafræði og hagnýtt gildi. *Iðjubjálfinn*, 1, 9–17.
- HL-stöðin Akureyri (e.d.). Sótt á hlstodin.net.is
- Hu, H.-Y., Chi, W.-C., Chang, K.-H., Yen, C.-F., Escorpizo, R., Liao, H.-F. ... (2017). The World Health Organization Disability ... can predict the institutionalization of patients with stroke. *European Journal of Physical and Rehabilitation Medicine*, 53(6), 856–62. doi:10.23736/S1973-9087.17.04615-9.
- Hu, L., Zang, Y.-L. og Li, N. (2012). The applicability of WHODAS 2.0 in adolescents in China. *Journal of Clinical Nursing*, 21(17–18), 2438–51. doi:10.1111/j.1365-2702.2012.04126.x.
- Koo, T. K. og Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intra-class correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15, 155–163.
- Koumpourou, Y., Papageorgiou, E., Sakellari, E., Prapas, X., Perifanou, D. og Lagiou, A. (2018). Adaptation and psychometric properties evaluation of the Greek version of WHODAS 2.0. pilot application in Greek elderly population. *Health Services and Outcomes Research Methodology*, 18(1), 63–74. doi:10.1007/s10742-017-0176-x.
- Landlæknisembættið (e.d.). Stöðluð kóðun í alþjóðlegum flokkunarkerfum Landlæknisembættisins. Sótt á <http://skafli.is>
- Margrét Eiríksdóttir (2011). Próffræðileg athugun á The Short From (36) Health Survey (SF-36) heilsukvarðanum. Sótt á <http://hdl.handle.net/1946/8586>
- Moen, V., Drageset, J., Eide, G., Klokke, M. og Gjesdal, S. (2017). Validation of World Health Organization Assessment Schedule 2.0 in specialized somatic rehabilitation services in Norway. *Quality of Life Research*, 26(2), 505–514. doi:10.1007/s11136-016-1384-5.
- Mokkink, L. B., Prinsen, C. A. C., Patrick, D. L., Alonso, J., Bouter, L. M., deWet, H. C. W. og Terwee, C. B. (2019). COSMIN study design checklist for patient-reported outcome measurement instruments. Sótt á www.cosmin.nl
- Morgan, S. og Yoder, L. H. (2012). A concept analysis of person-centered care. *Journal of Holistic Nursing*, 30, 6–15. doi:10.1177/0898010111412189.
- O'Donnell, M. L., Alkemade, N., Creamer, M.C., McFarlane, A. C., Silove, D., Bryant, R. A. og Forbes, D. (2016). The long-term psychiatric sequelae of severe injury: A 6-year follow-up study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 77(4), e473–9. doi:10.4088/JCP.14m09721.
- Salter, K., Jutai, J. W., Teasell, R., Foley, N. C., Bitensky, J. og Bayley, M. (2005). Issues for selection and outcome measures in stroke rehabilitation: ICF participation. *Disability Rehabilitation*, 27(9), 507–28. doi:10.1080/0963828040008552.
- Silva, C., Coleta, I., Silva, A. G., Amaro, A., Alvarelhão, J., Queirós, A. og Rocha, N. (2013). Adaptation and validation of WHODAS 2.0 in patients with musculoskeletal pain. *Revista De Saude Publica*, 47(4), 752. doi: 10.1590/S0034-8910.2013047004374.
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2018). Sjúkrahúsið á Akureyri 2017 (ársskýrsla). Sótt á <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/arsskyrsla-sak-2017-02-del.pdf>
- Stucki, G., Cieza, A. og Melvin, J. (2007). The international classification of functioning, disability and health (ICF): A unifying model for the conceptual description of the rehabilitation strategy. *Journal of Rehabilitation*, 39(4), 279–285. doi:10.2340/16501977-0041.
- Terwee, C. B., Bot, S. D. M., de Boer, M. R., van der Windt, D. A. W. M., Knol, D. L., Dekker, J. o.fl. (2007). Quality criteria were proposed for measurement properties of health status questionnaires. *Journal of Clinical Epidemiology*, 60(1), 34–42. doi:10.1016/j.jclinepi.2006.03.012.
- Üstün, T. B., Kostanjsek, N., Chatterji, S. og Rehm, J. (ritstj.). (2010a). Measuring health and disability: Manual for WHO disability assessment schedule: WHODAS 2.0. Genf: Alþjóðahæilbrigðismálastofnunin.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Kostanjsek, N., Rehm, J., Kennedy, C., Epping-Jordan, J., ... Pull, C. (2010b). Developing the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(11), 815–823. doi:10.2471/BLT.09.06723110.
- Ware, J. E. og Gandek, B. (1998). Overview of the SF-36 health survey and the International Quality Of Life Assessment (IQOLA) project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903–912. doi:10.1016/S0895-4356(98)00081-X.

- White, M. C., Randall, K., Alcorn, D., Greenland, R., Glasgo, C. og Shrim, M. G. (2018). Measurement of patient reported disability using WHODAS 2.0 before and after surgical intervention in Madagascar. *BMC Health Service Research*, 18, 305.
- WHO (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin). (2001). *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Genf: Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin.
- WHO (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin) (2010). WHO disability assessment schedule 2.0 (WHODAS 2.0). Sótt á <https://www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/>
- WHO (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin). (2011). World report on disability. Genf: (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin).
- WHO (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin), Háskólinn á Akureyri og Embætti landlæknis. (2015). *Alþjóðlegt flokkunarkerfi um færni, fötlun og heilsu: ICF: Stutt útgáfa*. Reykjavík: Embætti landlæknis.

English Summary

Petursdóttir, H. H., Arnardóttir, R. H., and Palmadóttir G.

WHODAS 2.0 — Translation into Icelandic and testing of its psychometric properties

Aim: The International Classification of Function, Disability and Health (ICF) accentuates the functioning of the individual in his ordinary surroundings. The WHODAS 2.0 questionnaire (WHO Disability Assessment Schedule 2.0), was developed to assess health status and disability across different cultures and settings in accordance with the ICF. The aim of this study was to translate WHODAS 2.0 into Icelandic and validate its psychometric properties.

Methods: WHODAS 2.0 was translated into Icelandic and then tested and discussed in a focus group with patients in rehabilitation resulting in minor changes. Translation back into English confirmed the accuracy of the Icelandic translation. The Icelandic version was tested in two groups. One group (n = 81) consisted of patients at admittance to rehabilitation, who answered WHODAS 2.0 once and filled in the SF-36 questionnaire. The second group (n = 67) comprised chronic heart- and lung patients receiving maintenance training. They answered WHODAS 2.0 twice with

the interval of two weeks. Internal reliability and test-retest reliability were tested using Cronbach's alpha and intra class correlation (ICC) analysis, respectively. Concurrent validity with the SF-36 was tested using the Spearman's rho correlation.

Results: Cronbach's alpha was 0.83–0.98 for the total score and the subscales of WHODAS 2.0. Similarly, ICC was 0.77–0.94. Significant correlation emerged in 36 of 48 comparisons, i.e. between all relevant subscales of the two instruments ($r = -0.25$ to -0.7 ; $p < 0.05$).

Conclusions: The Icelandic translation of WHODAS 2.0 is reliable and valid. It can now be used in assessment of health and disability status of people who speak Icelandic, both in clinical situations and for research purposes.

Keywords: WHODAS 2.0, Icelandic translation, validity, reliability, SF-36v2

Correspondent: hafdisp@sak.is



Góð þjónusta breytir öllu

Þegar mest reynir á er dýrmætt að eiga góða að. Við færum heilbrigðisstarfsfólki okkar bestu þakkir fyrir þeirra góðu þjónustu við þessar erfiðu aðstæður, þið hafið svo sannarlega breytt öllu.

Starfsfólk Íslandsbanka

