

tímarit
HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING



1. TBL. 2021 • 97. ÁRGANGUR



Á fjórða tug hjúkrunarfræðinga
sæmdir riddarakrossi

MEÐ ÞÉR ALLA ÆVI

LSR er til staðar fyrir þig á mörgum helstu tímamótum ævinnar.
Sem sjóðfélagi öðlastu víðtæk réttindi – kynntu þér þau á lsr.is.

Hjá okkur geturðu líka fengið **séreignarsparnað**, sem er ekki aðeins
bein launahækkun fyrir þig, heldur líka ein besta sparnaðarleið sem völ
er á. Við bjóðum einnig **fasteignalán**, bæði verðtryggð og óverðtryggð.

Nú geturðu sótt um bæði séreignarsparnað og fasteignalán
á vefnum okkar. Kynntu þér málið á lsr.is.

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING

1. TBL. 2021 • 97. ÁRGANGUR

Efnisyfirlit

Félagið

- Bls. 4 Ritstjóraspjall
- 6 Formannspistill
- 8 Hjúkrunarfræðingar á tímum covid-19. Könnun á starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga, aðbúnaði og líðan í starfi. Guðbjörg Pálsdóttir, Halla Eiríksdóttir og Edda Dröfn Danielsdóttir
- 14 Orlofsfréttir
- 16 Styttning vinnuvikunnar. Harpa Júlía Sævarsdóttir, Guðbjörg Pálsdóttir og Eva Hjörtína Ólafsdóttir tóku saman

Viðtöl og greinar

- Bls. 18 Á fjórða tug hjúkrunarfræðinga verið sæmdir riddarkrossi fyrir framlag til hjúkrunar. Helga Ólafs og Aðalbjörg Finnbogadóttir
- 22 Berst fyrir málefnum heimilislausra og er ötul baráttukona jaðarsettra hópa. — Viðtal við Elísabetu Herdísar Brynjarsdóttur
- 26 Móttaka og starfsþróun hjúkrunarfræðinga af erlendum uppruna á Landspítala eftir Hrunn Sch. Thorsteinsson og Kristíu Salínu Þórhallsdóttur
- 28 Meira jafnræði á milli heilbrigðisstétta á Íslandi
- 34 Hjúkrun í „heimsþorpinu“ eftir Þorgerði Ragnarsdóttur
- 48 Konur sitja fyrir svörum ... — Kóngulær og kafbátar
- 52 Hugleiðingar um jafnréttisstarf og átaksverkefni til að fjölga körlum í hjúkrun eftir Hrafnhildi Snæfríðar- og Gunnarsdóttur

Pistlar

- Bls. 32 Tungumálið er veigamesta atriðið. Hugleiðingar hjúkrunarfræðinga af erlendum uppruna
- 36 Þankastrik: Er framtíð í að eldast? eftir Þóru Sif Sigurðardóttur
- 38 Verð er ekki það sama og virði eftir Sif Sigmarsdóttir

Fagið

- Bls. 40 Meðferðarúrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama eftir Kristínu Rósu Ármannsdóttur
- 46 Fagdeild um samþætta hjúkrun
- 56 Diplómanám í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun á meistarastigi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands eftir Önnu Tómasdóttur, Berglinni Guðrúnu Chu og Helgu Jónsdóttur
- 59 Saga hjúkrunarskráningar á Íslandi. Aðdragandi að stofnun rannsókn- og þróunarseturs um ICNP eftir Ástu Thoroddsen
- 67 ICNP, alþjóðlegt flokkunarkerfi í hjúkrun eftir Ástu Thoroddsen
- 72 Nýlegar doktorsvarnir
- 73 Viðhorf foreldra til heimavitjana í ung- og smábarnavernd: Lýsandi þversniðsrannsókn. Höfundar: Jörunn Edda Hafsteinsdóttir, Sesselja Guðmundsdóttir, Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir og Sigríður Sía Jónsdóttir
- 82 Reynsluheimur kvenna í íslensku fangelsi og reynsla þeirra af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Höfundar: Arndís Vilhjálmsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir og Sigrún Sigurðardóttir
- 92 Hent í djúpu laugina. Áskoranir í starfi nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga, líðan þeirra og bjargráð. Höfundar: Guðríður Ester Geirsdóttir, Telma Kjaran, Kristín Anna Jónsdóttir, Kristín Norðkvist Ragnarsdóttir og Hafdís Skúladóttir



Helga Ólafs ritstjóri.

Í fyrsta tölublaði ársins er víða stungið niður fæti og viðfangsefnin jafn ólík og þau eru mörg en þau eiga það öll sameiginlegt að hverfast um hjúkrun. Hjúkrun heimilislausra og jaðarsettra, hjúkrun aldraðra, hjúkrun kvenna í fangelsum, saga hjúkrunarskráninga, samþætt hjúkrun, kynjahlutfall í hjúkrun og hjúkrunarfræðingar af erlendum uppruna.

Ég hef alltaf dáðst að fólki sem flyst búferlum á vit nýrra ævintýra. Það krefst hugrekks að fara úr sínu kunnuglega umhverfi og því öryggi sem því fylgir og flytja til nýs lands, læra nýtt tungumál og kynnast nýju fólki og nýrri menningu fjarri fjölskyldu og vinum. Á annað hundrað hjúkrunarfræðinga af erlendum uppruna starfa nú á Landspítala og eru þeir um 7% af þeim hjúkrunarfræðingum sem starfa á sjúkrahúsinu. Til að auka öryggi þeirra í starfi sem og að leggja grunn að farsælum starfsferli hefur menntadeild Landspítala staðið fyrir starfsþróunarnámi fyrir erlendra hjúkrunarfræðinga sem hafa starfað á Landspítala innan við ár. Nokkrir á meðal þeirra deila með okkur reynslu sinni og hvaða erfiðleikum þeir stóðu frammi fyrir. Þeim ber öllum saman um mikilvægi þess að læra tungumálið. „Tungumálið! Það er á brattann að sækja alla daga fyrir alla útlendinga.“ Og það skiptast á skin og skúrir: „Ég hef grátið eftir vinnudag og ég hef fundið vanmátt minn ...“ Einn líkti ferðalaginu við rússíbanareid. „Lífið hér er eins og rússíbani, það fer upp og niður og það er undir hverjum og einum komið hvernig þeir njóta ferðarinnar.“

Þorgerður Ragnarsdóttir hjúkrunarfræðingur skrifar sömuleiðis um reynslu sína af því að starfa í Danmörku sem nýútskrifaður hjúkrunarfræðingur. „Í marga mánuði fannst mér ég vera ótrúlega leiðinleg og litlaus því ég gat hvorki verið fyndin á dönsku né svarað fyrir mig ef mér misbauð ... Það kom fyrir að ég móðgaði starfsfólk og sjúklinga með rangri orðanotkun, tónfalli eða áherslum ... Ég varð dauðþreytt að loknum vinnudegi því það fylgdi því stöðugt álag að máta sig inn í aðstæðurnar.“

Hjúkrunarfræðingar hafa lyft grettistaki á sviði hjúkrunar- og heilbrigðismála og lagt mikið af mörkum með störfum sínum bæði innanlands og erlendis. Frá árinu 1954 hefur á fjórða tug hjúkrunarkvenna og -fræðinga verið sæmdir riddarakrossi hinnar íslensku fálkaorðu en stofnað var til orðunnar 1921. Í ársbyrjun voru Helga Sif Friðjónsdóttir geðhjúkrunarfræðingur og Vilborg Ingólfssdóttir, hjúkrunar- og lýðheilsufræðingur, sæmdar riddarakrossi fyrir framlag sitt til hjúkrunar.

Þetta er síðasta tölublaðið sem ég ritstýri og vil ég nota tækifærið og þakka kærlega fyrir farsælt samstarf sem ég hef átt við þá ritnefndarfulltrúa sem ég hef starfað með, sem og samvinnu við þann fjölda hjúkrunarfræðinga sem ég hef átt í samskiptum við undanfarin ár.

Forsíðumyndina tók Elísabet Ragna Hannesdóttir í apríl 2019 við Bakkatjörn. Þakkar til allra þeirra sem þátt tóku í ljósmyndasamkeppninni Með augum hjúkrunarfræðingsins.

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA
Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík
Sími 540 6405
Netfang helga@hjukrun.is
Vefsíða www.hjukrun.is

Útgefandi: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga
Sími skrifstofu 540 6400

Ritstjóri og ábyrgðarmaður Helga Ólafs Fagritstjóri Anna Ólafía Sigurðardóttir Ritnefnd Aðalbjörg Stefánía Helgadóttir, Alda Ásgeirsdóttir, Anna Ólafía Sigurðardóttir, Hafís Skúladóttir, Hrund Scheving Thorsteinsson, Kristín Rósa Ármannsdóttir, Þorbjörg Jónsdóttir **Blaðamaður** Magnús Hlynur Hreiðarsson **Forsíðumynd** Elísabet Ragna Hannesdóttir **Ljósmyndir** ýmsir **Auglýsingar** Erna Sigmundsdóttir sími 821 2755 **Hönnun og umbrot** Egill Baldursson ehf. **Prentun** Litróf.

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

Léttu þér lífið

Baðhjálpartæki í samningi við Sjúkratryggingar Íslands

Etac My-Loo salernisupphækkun

Ný vörulína í salernisupphækkunum frá Etac. Opið á setunni er stærra, hönnun og áferð líkari postulini. Auðveldari í þrifum. Hægt að fá með eða án stuðningsarma. Burðarþol 150 kg.



Etac Easy sturtustóll

Stöðugur og meðfærilegur með 150 kg. burðarþoli.



Etac Swift Mobile Tilt sturtu- og salernisstóll

Uppfærð útgáfa. Endurbætt hönnun eykur þægindi notenda og bætir vinnuhagræði. Burðarþol 150 kg.



Etac Swift bað- og sturtustóll

Vinsælasti sturtustóllinn. Þægilegur og stöðugur með 130 kg. burðarþoli. Úrval af aukahlutum í boði, s.s. sápuhilla, mjúkt bak og sessa.

Etac Optima L salernisstöð

Einföld og þægileg salernisstöð. Burðarþol 150 kg.



etac®

Bjóðum úrval af hjálpartækjum fyrir notendur í allt að 300 kg. þyngd.

Stuðlaberg heilbrigðistækni er framsækið innflutnings- og þjónustufyrirtæki sem byggir á traustum faglegum grunni og áratuga reynslu. Við veitum heilbrigðisstofnunum, fagfólki og einstaklingum faglega ráðgjöf í velferðartækni og góða þjónustu. Við bjóðum fagfólki, og skjólstæðingum þeirra, velkomið í sýningarsal okkar að Stórhöfða 25. Fyrirspurnir má senda á stb@stb.is

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



Eirberg



STUÐLABERG
Heilbrigðistækni

Hagsmunir hjúkrunarfræðinga og efling hjúkrunar

Ég vil byrja á því að þakka traustið og þá hvatningu sem þið hafið sýnt mér til áframhaldandi starfa sem formaður félagsins en samkvæmt lögum félagsins er tímabilið nú fjögur ár. Ákvörðunin um framboð var langt í frá sjálfgefin enda mikið og krefjandi starf. Ég er þó mjög ánægð með að hafa tekið þessa ákvörðun og fundið fyrir stuðningi gífurlegs fjölda hjúkrunarfræðinga til að gegna formennsku áfram í félaginu.



Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Það er gefandi og gott að vinna að málefnum hjúkrunarfræðinga þó vinnan sé ekki alltaf dans á rósum — ekki frekar en önnur vinna hjúkrunarfræðinga og ber síðasta ár, sem einkenndist af kjarabaráttu og covid-faraldri, þess glögglega merki. Reynsla mín sem formaður síðustu ár, sem og áralöng reynsla innan heilbrigðis- og menntakerfisins, hefur nýst mér vel í starfinu, auk tengsla við fólk og stofnanir sem myndast hafa í árána rás, jafnt innan stéttar sem utan. Ég mun áfram gera mitt besta til að tryggja hagsmuni hjúkrunarfræðinga og vinna ötullega að eflingu hjúkrunar.

Stytting vinnuvikunnar er hagur allra

Eitt stærsta málið sem varðar hjúkrunarfræðinga þessa mánuðina er stytting vinnuvikunnar. Á þessum tímapunkti eru eflaust flestir hjúkrunarfræðingar búnir að kynna sér þetta vel enda hefur mikil umræða átt sér stað, bæði meðal atvinnurekenda og félagsins. Hjúkrunarfræðingar eru langfjölmennasta stéttin í vaktavinnu enda meginþorri stéttarinnar skilgreind sem vaktavinnufólk. Þessar breytingar hafa því gífurleg áhrif á vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga. Ég vil því brýna fyrir ykkur að kynna ykkur efnið mjög vel og er fjallað um styttingu vinnuvikunnar í þessu tölublaði. Jafnframt er heilmikið efni inni á vef- og facebooksíðunni betrivinnutimi.is, sem og inni á mínum síðum og facebooksíðu félagsins. Hagurinn er allra, bæði hjúkrunarfræðinga og atvinnurekenda. Verkefnið er afskaplega umfangsmikið og eigum við fulltrúa í stýrihópnum, sem ber ábyrgð á og sér um eftirfylgni út af verkefninu, og gætir hann hagsmuna hjúkrunarfræðinga. En það er með þetta stórvirki eins og önnur, það felur í sér ýmis ný verkefni í framkvæmdaferlinu sem hingað til hefur tekist að leysa og hef ég fulla trú á að við klárum þetta öll saman — enda ávinningurinn gífurlegur.

Einnig vil ég upplýsa félagsmenn um að verið er að vinna að þeim stofnanasamningum sem eftir eru. Vonumst við til að ljúka þeim sem allra fyrst og eru trúnaðarmenn upplýstir reglulega um stöðu mála.

Nú eru breytingar hjá félaginu en sviðsstjóri kjara- og réttindasviðs Fíh, Gunnar Helgason, sem sinnt hefur starfinu af einurð og mikill festu, hefur nú látið af störfum eftir tæplega sex ára farsælt starf. Hann hefur áorkað miklu í baráttunni fyrir bættum kjörum hjúkrunarfræðinga í annars krefjandi starfi og óska ég honum alls hins besta á nýjum starfsvettvangi.

Fjölbreytt tölvunámskeið fyrir hjúkrunarfræðinga

Eins og hjúkrunarfræðingar vita hafa nær allir viðburðir á vegum félagsins fallið niður síðastliðið ár vegna covid-faraldursins. Við stefnum þó ótrauð á að halda aðalfund félagsins 12. maí næstkomandi, á alþjóðadegi hjúkrunarfræðinga, bæði í vef-

Hjúkrunarfræðingum standa nú til boða meira en 30 tölvunámskeið í heilt ár þeim að kostnaðarlausu til að ná betri tökum á tölvutækni og nýjungum.

og nærheimum. Hjúkrunarþinginu, sem átti að vera nú í apríl um endurskoðun stefnu félagsins, var aflýst en þess í stað er endurskoðunin unnin m.a. í gegnum fag- og landsvæðadeildir á rafrænan hátt. Í vetur hefur félagsmönnum verið boðið upp á ýmsa fræðslu í formi rafrænna erinda á vef félagsins um heilsuefandi málefni. Hjúkrunarfræðingum standa nú til boða meira en 30 tölvunámskeið í heilt ár þeim að kostnaðarlausu til að ná betri tökum á tölvutækni og nýjungum. Gangi bólu-setningar eftir í þjóðfélaginu og við getum ýtt covid-faraldrinum aðeins aftur fyrir okkur, ætlum við að fara af stað í haust með m.a. viðburði sem við höfum þurft að fresta. Það verður gífurlega gott fyrir okkur að geta komið saman á ný, hist, valdeft okkur og glaðst saman.

Orlofskostir á mínum síðum

Sumarið er fram undan og flestir farnir að leggja drög að sumarfríinu í ár. Þar sem faraldurinn hefur því miður ekki kvatt heimsbyggðina þá hvet ég hjúkrunarfræðinga til að ferðast innanlands í sumar og njóta alls þess góða sem okkar fallega

Orlofsnefnd félagsins hefur tekið mið af óskum hjúkrunarfræðinga og aukið m.a. úrvalið á leigu sumarhúsa og íbúða. Hótelmiðarnir nutu mikilla vinsælda síðastliðið sumar og má reikna með að ekki verði breyting á.

land hefur upp á að bjóða. Hjúkrunarfræðingar búa við mikið atvinnuöryggi en svo er ekki farið hjá öllum hér á landi. Það væri því gott að geta stutt við íslenska ferðaþjónustu um leið og við njótum orlofsins. Orlofsnefnd félagsins hefur tekið mið af óskum hjúkrunarfræðinga og aukið m.a. úrvalið á leigu sumarhúsa og íbúða. Hótelmiðarnir nutu mikilla vinsælda síðastliðið sumar og má reikna með að ekki verði breyting á. Ég vek athygli á því að orlofsblaðið er ekki lengur gefið út á pappír og sent félagsmönnum, heldur má nálgast allar upplýsingar um orlofskosti á mínum síðum. Njótið vel og farið varlega.

16.-17. SEPTEMBER

Vísindaráðstefna haldin í samstarfi eftirfarandi aðila:
Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
Hjúkrunarfræðideildar HÍ
Hjúkrunarfræðideildar HA
Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
Landspítala

Auglýst eftir ágrípum

HJÚKRUN 2021

Vísindaráðstefna á Hilton Reykjavík Nordica

Í boði verða fyrirlestrar um niðurstöður rannsókna, þróunar- og gæðaverkefna, veggspjaldakynningar og málstofur.

Tekið verður á móti ágrípum frá 3. mars - 3. maí 2021

Allar heilbrigðisstéttir eru velkomnar á ráðstefnuna. Nánari upplýsingar verða birtar á vef félagsins þegar nær dregur.



Hjúkrunarfræðingar á tímum covid-19

Könnun á starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga, aðbúnaði og líðan í starfi

Guðbjörg Pálsdóttir, Halla Eiríksdóttir og Edda Dröfn Daníelsdóttir

Í janúar 2021 gaf Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga (ICN) út skýrslu um líðan hjúkrunarfræðinga á tímum covid-19 og þar kemur fram að 2262 hjúkrunarfræðingar í 59 löndum hafa látist af völdum covid-19 og flest dauðsföllin eru í Brasilíu, Bandaríkjunum og Mexíkó. Jafnframt kemur fram í skýrslunni að kannanir um líðan hjúkrunarfræðinga á tímum covid-19 víðs vegar um heim sýna að þeir hafa fundið fyrir einkennum á borð við kulnun, andlega þreytu, svefntruflanir og þunglyndi.

ICN biðlar til stjórnvalda um að grípa til nauðsynlegra aðgerða, eins og stuðnings í starfi, til að tryggja líkamlega og andlega heilsu hjúkrunarfræðinga. Það sama kom fram í nýlegri rannsókn frá Kanada um sálræn áhrif vegna covid á heilbrigðisstarfsfólk. Niðurstöður sýndu að slæm andleg heilsa er algengust meðal hjúkrunarfræðinga, þar sem yngstu hjúkrunarfræðingarnir og þeir sem eru með stytan starfsaldur voru í mikilli þörf fyrir stuðning.

Mikið álag hefur verið á hjúkrunarfræðingum, en þeir hafa gegnt lykilhlutverki í heilbrigðskerfinu í aðgerðum gegn covid-19. Því ber að fagna hversu fáir hjúkrunarfræðingar á Íslandi hafa smitast af veirunni en 59 hjúkrunarfræðingar hafa fengið covid og þar af er vitað um að 24 þeirra veiktust við vinnu sem sýnir fram á nýjan áhættuþátt í starfi.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) ákvað að gera könnun meðal félagsmanna til að kanna líðan íslenskra hjúkrunarfræðinga, starfsumhverfi þeirra og aðbúnað á tímum covid-19. Könnunin var viðamikil og er fjallað um hluta af niðurstöðunum í þessari grein. Frekari umfjöllun um könnunina verður birt síðar.

Framkvæmd könnunar, úrtak og svörun

Könnunin var lögð fyrir alla starfandi félagsmenn Fíh og er þetta í annað skiptið sem slík könnun er framkvæmd. Sú fyrri var gerð í nóvember 2017 og nýttist nú til samannburðar. Fyrirtækið Maskína ehf. framkvæmdi könnunina og fór hún fram dagana 17. nóvember 2020 til 18. janúar 2021. Könnunin var send rafrænt til allra starfandi félagsmanna Fíh, yngri en 70 ára. Tölvupóstur var sendur til félagsmanna og alls fjórar áminningar til þeirra sem ekki höfðu svarað, auk einna sms-skilaboða með tengil á könnunina.

Það voru 3.547 hjúkrunarfræðingar sem fengu könnunina senda og alls svöruðu 1.968 hjúkrunarfræðingar henni sem gerir 55,4% svarhlutfall. Þessi þátttaka gefur góða mynd af viðhorfum hjúkrunarfræðinga til starfsumhverfis, aðbúnaðar og líðanar í starfi, með sérstakri áherslu á covid-19 og er hluti könnunarinnar sá sami og hjúkrunarfræðingar svöruðu 2017 og því hægt að bera þær saman. Stjórn Fíh vill þakka hjúkrunarfræðingum fyrir þátttökuna en góð þátttaka tryggir áreiðanlegri niðurstöður. Nánari útlistun á úrtaki og svörun í könnuninni má sjá í töflu 1.

Tafla 1. Úrtak og svörun

Upphaflegt úrtak	3618
Vantaði netfang	71
Endanlegt úrtak	3547
Neita að svara	29
Næst ekki í	63
Fjöldi svarenda	1968
Svarhlutfall	55,40%

Könnunin samanstóð af 46 spurningum og var megininntak þeirra viðhorf til starfsins, starfsánægja, vinnuumhverfi, aðbúnaður og líðan í starfi á tímum covid-19. Spurningarnar voru annars vegar lokaðar, sumar með fimm punkta Likert-kvarða og hins vegar fjölsvarsspurningar þar sem merkja mátti við marga svarkosti. Einnig voru opnar spurningar með möguleika á að svara með eigin orðum.

Niðurstöðurnar gefa mynd af viðhorfum hjúkrunarfræðinga til starfsins, líðan og ýmsum þáttum sem snerta starf þeirra í covid-faraldrinum. Helstu breytur, sem notaðar voru til að greina niðurstöður einstakra spurninga betur, voru aldur, starfsreynsla, vinnufyrirkomulag og aðalvinnustaður. Í flestum breytum voru niðurstöður sýndar sem meðaltal á kvarðanum 0–5 eða 1–5 og segir það til um hvar þungamiðja svara var í tiltekinni spurningu. Meðaltöl einstakra spurninga verða ekki gefin upp og verður ekki tæmandi umfjöllun um könnunina í þessari grein.

Fíh mun vinna áfram með tilteknar niðurstöður könnunarinnar og nýta sér þær í vinnu tengdri kjörum og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Niðurstöðurnar í heild gefa góða mynd af starfsviðhorfum hjúkrunarfræðinga, líðan og öðrum þáttum sem snert hafa starf þeirra á covid-tímum.

Helstu niðurstöður

Ný viðfangsefni og undirbúningur

Undirbúningur fyrir heimsfaraldur hefur verið umfangsmikið og flókið verkefni sem snerti fjölmarga hjúkrunarfræðinga. Samkvæmt niðurstöðum könnunarinnar hafa 76% hjúkrunarfræðinganna þurft að bregðast við covid-19-sýkingum eða grun um þær í starfinu.

Þegar niðurstöður eru skoðaðar út frá því hvernig hjúkrunarfræðingar töldu sig undirbúna svöruðu 48% þeirra að þeir teldu sig fremur eða mjög vel undirbúna fyrir faraldurinn en 41% í meðallagi. Af þeim hjúkrunarfræðingum sem töldu sig mjög vel undirbúna voru flestir starfandi á Landspítala og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Hjúkrunarfræðingar voru einnig spurðir um hversu vel vinnustaður þeirra hefði verið undirbúinn fyrir faraldurinn og svöruðu 72% hjúkrunarfræðinga að þeirra vinnustaður væri mjög vel eða fremur vel undirbúinn fyrir covid-19 og 20% í meðallagi. Að mati hjúkrunarfræðinga voru það Heilbrigðisstofnun Austurlands, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins og Sjúkrahúsið á Akureyri sem voru hvað best undirbúin.

Hversu vel varstu undirbúin(n) fyrir covid-19?

9%	40%	41%	8%	2%
Mjög vel	fremur vel	í meðallagi	fremur illa	mjög illa/ alls ekki

Covid-19: þekking, upplýsingagjöf og miðlun

Eftir að faraldurinn skall á voru stöðugt nýjar upplýsingar að berast, til dæmis um sóttkví, fjölda smita og samkomutakmarkanir. Það var mjög mikilvægt að hjúkrunarfræðingar væru vel upplýstir starfs síns vegna þar sem staðan hverju sinni gat haft bein áhrif á öryggi hjúkrunar. Mat hjúkrunarfræðinga var að í 89% tilvika hefði þekking þeirra og reynsla nýst mjög eða fremur vel við breyttar aðstæður.

Þegar spurt var um almenna upplýsingagjöf um covid-19 fannst 78% hjúkrunarfræðinga hún vera mjög eða fremur góð. Jafnframt töldu 75% hjúkrunarfræðinga sig fá mjög eða fremur fullnægjandi upplýsingar varðandi faraldurinn frá sínum yfirmanni. Heilbrigðisstofnun Austurlands, Sjúkrahúsið á Akureyri og Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins komu þar best út. Því koma niðurstöðurnar í töflu 2 ekki á óvart en þar kemur fram að almannavarnir og upplýsingar í tölvupósti, sem þá er vinnutengdur, koma út á jöfnu. Á þessum fordæmalausum tímum áttu breytingar sér oft og tíðum stað með litlum fyrirvara og því ekkert óeðlilegt að munnlegar upplýsingar frá yfirmanni væru svona algengar, í ljósi síbreytilegs ástands í starfsumhverfinu.

Tafla 2. Hvaðan fékkstu upplýsingar um covid-19 sem tengiast starfinu?

Almannavarnir	69%
Upplýsingar í tölvupósti	69%
Munnlegar upplýsingar frá yfirmanni	54%
Á covid.is	52%
Á vefsíðu vinnustaðar	49%

Breytingar á starfsumhverfi og ábyrgð

Á öllum heilbrigðisstofnunum, heilsugæslustöðvum og hjúkrunar- og dvalarheimilum voru gerðar breytingar á skipulagi og starfsemi vegna covid-19. Verkefnin voru í flestum tilfellum gríðarlega umfangsmikil og fólu í sér m.a. endurskipulagningu á mönnun og þjónustu. Að mati hjúkrunarfræðinga var það í 64% tilfella yfirstjórn eða framkvæmdastjórn hvers vinnustaðar sem bar ábyrgð á fyrirhuguðum breytingum en 43% töldu það hafa verið samstarfsverkefni allra á vinnustaðnum. Um 66% hjúkrunarfræðinga töldu sig vera þátttakendur í skipulagsbreytingum sem aðrir skipulögðu en 23% töldu sig vera hluta af teymi sem skipulagði breytingarnar. Af þessu má álykta að meirihluti svarenda hafi tekið þátt í breytingum á starfsumhverfi sínu.

Hjúkrunarfræðingar voru spurðir um hverjir þeim fannst taka ábyrgð varðandi covid-tengdum málum á þeirra starfs-

einingu. Í töflu 3 sést að deildarstjórar eða næsti yfirmaður og hjúkrunarfræðingarnir sjálfir hafa mestu ábyrgðina, að þeirra mati. Stór hluti svarenda metur það á ábyrgð sinnar starfsstéttar að framfylgja þeim reglum sem settar eru um covid þar sem þeir bera í flestum tilfellum ábyrgð á starfsfólki sem er í nærumhverfi sjúklinga.

Tafla 3. Hverjir tóku ábyrgð varðandi covid-tengd mál á þinni starfseiningu?

Deildarstjóri / næsti yfirmaður	38%
Hjúkrunarfræðingar	37%
Yfirstjórn	21%
Læknar	4%

Bein áhrif faraldurs á starf og truflun á einkalífi

Til að tryggja öryggi hjúkrunarfræðinga, annarra starfsmanna og sjúklinga á tímum covid-19 settu vinnustaðir fram viðmið varðandi sóttkví starfsfólks. Áhersla var lögð á að hafa viðmiðin skýr og markmiðin að koma í veg fyrir útbreiðslu veirunnar manna á milli. Að mati 68% hjúkrunarfræðinga voru viðmiðin fremur eða mjög skýr, 19% töldu þau í meðallagi skýr og 13% fremur eða mjög óskýr. Eftir því sem hjúkrunarfræðingarnir voru eldri og með lengri starfsaldur mátu þeir viðmiðin skýrari en að sama skapi voru það yngstu hjúkrunarfræðingarnir með stysta starfsaldurinn sem töldu þau óskýr.

Eðli málsins samkvæmt urðu breytingar á vinnufyrirkomulagi hjá meirihluta hjúkrunarfræðinga í faraldrinum, en þó sögðu 38% hann ekki hafa haft nein áhrif á sínu vinnu. Eins og fram kemur í töflu 4 sögðust 27% hjúkrunarfræðinga hafa breytt vöktum vegna faraldursins, 26% þeirra unnu lengri vinnudaga og 10% fóru í önnur störf að eigin frumkvæði.

Tafla 4. Breytingar á starfi í covid-faraldri

Hafði engin áhrif á mína vinnu	38%
Vöktunum breytt með mínu samþykki	27%
Ég vann lengri vinnudag sjálfviljug(ur)	26%
Ég fór að eigin frumkvæði í annað starf/önnur verkefni	10%

Þetta telja greinahöfundar dæmi um aðlögunarhæfni og sveigjanleika innan stéttarinnar, að vera til staðar þar sem þeirra er þörf, þ.e. hjá skjólstæðingunum. Annað einkenni stéttarinnar er starfsvilji og samstarf við yfirmenn til að tryggja þjónustu, en 14% hjúkrunarfræðinganna sögðust hafa verið beðnir um að vinna þegar þeir voru í fríi, og 13% þeirra buðust til þess að fyrra bragði. Hér endurspeglast að vissu leyti þeir jákvæðu þættir við starfið sem hjúkrunarfræðingar nefndu í könnuninni, en þeir eru m.a. fjölbreytileiki starfsins, gera gagn og láta gott af sér leiða. Eru þessir þættir þeir sömu og komu fram í könnuninni 2017.

Eins og áður segir hafði faraldurinn þau áhrif að meirihluti hjúkrunarfræðinga gerði breytingar á störfum sínum. Þegar spurt var í hvaða verkefni þeir hefðu farið, kom í ljós að flestir fóru í sýnatöku og símaráðgjöf (tafla 5) en það var jafnframt algengasta breytingin á störfum hjúkrunarfræðinga hjá Heilsu-

gæslu höfuðborgarsvæðisins og heilbrigðistofnunum á landsbyggðinni. Aftur á móti var algengast að hjúkrunarfræðingar á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri færðust í störf á legudeildir (covid) og gjörgæsludeildir.

Tafla 5. Í hvaða verkefni fórstu?

Sýnatöku	27%
Símaráðgjöf	26%
Legudeild (covid-deild)	17%
Heilsugæslu	14%
Stjórnunarverkefni	14%
Hjúkrunarheimili	11%
Gjörgæsludeild	11%
Covid-19-göngudeild	9%

Vinnuumhverfi atvinnulífsins gjörbreyttist á covid-tímum, fjarvinna varð mjög algeng en aðeins 18% svarenda gátu nýtt sér hana. Eðli málsins samkvæmt er fjarvinna ekki algengur kostur fyrir hjúkrunarfræðinga á covid-19-tímum því rúmlega 68% gátu ekki nýtt sér þann möguleika í starfi, ólíkt mörgum öðrum stéttum. Á þetta við um hjúkrunarfræðinga í vaktavinnu eða 90% þeirra sem ekki gátu unnið í fjarvinnu. Þegar skoðaður var aldur og starfsreynsla kom í ljós að það voru helst hjúkrunarfræðingar 30 ára og yngri (87%) og höfðu unnið fimm ár eða skemur (83%) sem síst höfðu möguleika á því að vinna í fjarvinnu. Þessu til viðbótar var aukið álag á hjúkrunarfræðinga með börn þar sem þeir þurftu að mæta til vinnu á meðan börn voru ekki í skóla, ólíkt sumum stéttum sem höfðu tækifæri á að vinna heima.

Stuðningur í starfi og mat á verðleikum

Spurt var um hvort covid-19 hefði áhrif á það hvort hjúkrunarfræðingar héldu áfram að starfa sem slíkir og töldu 75 % þeirra það ekki breyta neinu. 10% þeirra sögðu áhugann vera heldur eða miklu meiri en 15% höfðu heldur eða miklu minni áhuga á að starfa áfram. Greinarhöfundar útiloka ekki að áhrif samfélagsmiðla hafi einhver áhrif á hjúkrunarfræðinga. Hafa verður í huga að stéttin hlaut verulega samfélagslega athygli og viðurkenningu meðal almennings vegna frammistöðu sinnar í baráttunni við faraldurinn.

Tæplega helmingur hjúkrunarfræðinga eða 49% segjast aldrei eða sjaldan hafa íhugað að hætta störfum og stór hluti hjúkrunarfræðinga eða 71% telur ekki líklegt að þeir skipti um starfsvettvang. Það er að mati greinarhöfunda mjög jákvætt og sérstaklega þar sem ekki er marktækur munur á þessari könnun og þeirri frá 2017. Þrátt fyrir erfitt og flókið starfsumhverfi með stöðugt nýjum úrlausnarefnum í faraldrinum, virtist það ekki ýta undir flótta úr stéttinni.

Íhugað að hætta að starfa sem hjúkrunarfræðingur				
25%	24%	27%	13%	11%
Aldrei	Sjaldan	Stundum	Nokkuð oft	Mjög oft

Líkur á að skipta um starfsvettvang				
40%	31%	16%	7%	6%
Mjög ólíklegt	Fremur ólíklegt	Í meðallagi	Fremur líklegt	Mjög líklegt

Ákvörðun stjórnvalda um að greiða heilbrigðisstarfsmönnum álagsgreiðslur vegna covid-19 var tilkynnt í apríl 2020. Aðspurðir töldu 67% hjúkrunarfræðinga sig hafa fengið álagsgreiðslur en þær dreifðust misjafnt eftir launagreiðendum. Hjúkrunarfræðingar starfandi hjá ríkinu voru fjölmennasti hópurinn eða 78%.

Eins og fram hefur komið er sýnt fram á að hjúkrunarfræðingar þurfa á stuðningi að halda í starfi sínu á covid-tímum og þá sérstaklega andlegum stuðningi. Spurt var um þörf fyrir andlegan stuðning, hvort hjúkrunarfræðingar hefðu fengið stuðning og þá frá hverjum. Hægt var að velja fleiri en einn möguleika.

Tafla 6. Andlegur stuðningur í starfi

Stuðningur frá:	
Hjúkrunarfræðingum	48%
Öðru samstarfsfólki	45%
Fjölskyldu	43%
Yfirmönnum	42%
Vinum	27%
Hef ekki fengið stuðning frá neinum	7%
Ég hef ekki þurft á stuðningi að halda / á ekki við	29%

Eins og sjá má í töflu 6 fá hjúkrunarfræðingar stuðning nokkurn veginn til jafns frá öðrum hjúkrunarfræðingum, samstarfsfólki, yfirmönnum og fjölskyldu. Það er alvarlegt að 7% hjúkrunarfræðinga töldu sig ekki hafa fengið stuðning frá neinum en stuðningur í starfi er öllu starfsfólki mikilvægur, ekki síst á tímum sem þessum. Hér er því mikið sóknartækifæri fyrir stjórnendur sem annars vilja styðja vel við hjúkrunarfræðinga, forða þeim frá kulnun í starfi sem og að halda þeim áfram við störf. 29% þátttakenda töldu sig þó ekki þurfa á stuðningi að halda. Nýleg kanadísk fræðileg samantekt um reynslu hjúkrunarfræðinga af umönnun covid-19-sýktra sýndi fram á að stuðningur yfirmanna og samfélags er talin ákjósanleg forsenda í covid-19-faraldrinum og geti haft áhrif til að koma í veg fyrir andlega og líkamlega vanlíðan hjúkrunarfræðinga.

Öryggi í starfi og reynslan af heimsfaraldri

Covid-19-faraldurinn var nýtt viðfangsefni fyrir allar heilbrigðisstéttir, þar með talið hjúkrunarfræðinga, og ákveðin glíma að takast á við hann. Samkvæmt niðurstöðum upplifðu

tæplega 86% hjúkrunarfræðinga að þeir hefðu tekist mjög eða fremur vel á við covid-19-faraldurinn, en lægsta hlutfallið var meðal ungra og öreyndra hjúkrunarfræðinga. Að mati greinarhöfundar geta ákveðnir þættir haft áhrif á þessa niðurstöðu, þar á meðal undirbúningur fyrir faraldurinn af hálfu stjórnenda, gott upplýsingaflæði, skilvirk teymisvinna og betri stuðningur í starfi, og þá sérstaklega við yngri kynslóðina.

Síbreytilegt umhverfi og hvernig breytingum er stjórnað og fylgt eftir skiptir hjúkrunarfræðinga máli. Voru þeir beðnir um álit á því hvernig þeim fannst vinnuveitendum þeirra hafa tekist til við að takast á við covid-19-faraldurinn. Niðurstöður sýndu að 83% hjúkrunarfræðinga töldu að vinnuveitendum þeirra hefði tekist vel eða fremur vel að kljást við faraldurinn og 14% mátu það í meðallagi. Þær stofnanir sem komu best út voru Heilbrigðisstofnun Austurlands, Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, Sjúkrahúsið á Akureyri og Landspítali.

Til að bregðast við ógnandi sýkingarhættu voru gerðar miklar kröfur um hlífðarbúnað við störf sem m.a. átti að tryggja öryggi starfsmanna. Tæplega 90% hjúkrunarfræðinga töldu sig ekki hafa liðið skort á hlífðarbúnaði og er það mjög ólíkt því sem hefur gerst víða á Norðurlöndum, í Evrópu eða öðrum heimsálfum. Þó greindu 5% hjúkrunarfræðinga frá skorti á hlífðargleraugum og 3% á grísum, sloppum og húfum.

Starfsánægja

Árið sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) helgaði hjúkrunarfræðingum var mjög eftirminnilegt fyrir íslenska hjúkrunarfræðinga. Á sama tíma og stéttin stóð frammi fyrir ógnvæglegum aðstæðum vegna covid-19, voru kjarasamningar í brennidepli og samið var um styttingu vinnuvikunnar. Það er vel þekkt að óánægja meðal félagsmanna rís oft hátt á samningstímum og gerðu greinarhöfundar ráð fyrir að neikvæð áhrif vegna fyrrnefndra atriða hefðu ef til vill komið fram.

Tæplega 82% hjúkrunarfræðinga töldu starfsanda á sínum vinnustað vera mjög eða fremur góðan. Enginn marktækur munur er á könnunum þó starfsandinn hafi batnað lítillega og er það skref í rétta átt. Rúm 78% hjúkrunarfræðinga eru mjög eða fremur ánægð í starfi. Ekki var marktækur munur eftir könnunum og kemur það greinarhöfundum ánægjulega á óvart í ljósi alls þess sem getið er um hér að ofan. Þegar starfsánægja er skoðuð út frá breytum (sjá töflu 2) er áhugavert að sjá að þeir hjúkrunarfræðingar, sem eru hvað óánægðastir, eru nú mun eldri og með meiri starfsreynslu en í fyrri könnun. Það má velta því fyrir sér hvort hér endurspeglar afleiðingar erfiðrar kjara-baráttu síðustu tveggja ára en þetta er í samræmi við þá tilfinningu starfsfólks félagsins eftir samskipti við hjúkrunarfræðinga á meðan á baráttunni stóð og að loknum gerðardómi.

	Ánægðastir 2020/2021	Ánægðastir 2017	Óánægðastir 2020/2021	Óánægðastir 2017
Aldur	60 ára og eldri	60 ára og eldri	40–49 ára	30–39 ára
	40–49 ára	50–59 ára	50–59 ára	Yngri en 30 ára
Starfsreynsla	30 ár eða meiri	30 ár eða meiri	11–14,9 ár	5–9,9 ár
	16–19,9 ár	20–29,9 ár	26–29,9 ár	Minni en 5 ár

Fjöldi hjúkrunarfræðinga og álag í starfi

Hjúkrunarfræðinga vantar til starfa og hefur gert lengi í íslensku heilbrigðiskerfi. Það endurspeglast í niðurstöðum þessarar könnunar en aðeins 48% telja mönnun hjúkrunarfræðinga vera fremur eða mjög fullnægjandi árið 2020. Það er ekki marktækur munur á milli vinnufyrirkomulags, líf- eða starfsaldurs. Tafla 7 sýnir helstu ástæður þess að mönnun hjúkrunarfræðinga er ófullnægjandi, að þeirra mati. Þetta kemur greinarhöfundum ekkert á óvart enda þekkt og margumrætt vandamál sem hægt væri að vinna bug á með sameiginlegri þátttöku hjúkrunarfræðinga, stjórnvalda, stjórnenda heilbrigðisstofnana og menntastofnana. Markmið allra þarf að vera að bæta kjör, starfsánægju og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga.

Tafla 7. Ástæður fyrir ófullnægjandi mönnun á starfseiningu

Mönnun var ábótavant fyrir	73%
Veikindaleyfi hjúkrunarfræðinga	45%
Engar umsóknir hjúkrunarfræðinga í laus störf	30%
Ekki fjármagn til að ráða fleiri hjúkrunarfræðinga	27%
Fjarvistir hjúkrunarfræðinga vegna covid-19-sóttkvíar eða smits	27%

Rúmlega 76% hjúkrunarfræðinga telja álagið í starfi vera aðeins, mjög eða alltof mikið, en í fyrri könnun frá 2017 mældist það meira eða 83%. Þetta er marktækur munur og vísbending um að félagsmönnum þyki álagið vera minna og er það athyglivert. Greinarhöfundar álykta að skýringa megi leita í bættri mönnun hjúkrunarfræðinga sem fluttust á milli starfa og komu úr bakvarðasveit, í mikilli samvinnu þvert á fagstéttir, aukna teymisvinnu, skýrari verkefnastjórnun og forgangsröðun í heilbrigðiskerfinu. Samtímis voru tíðir samráðsfundir og öflug upplýsingamiðlun.

Í báðum könnunum eru það yngri hjúkrunarfræðingar sem töldu álagið of mikið en það sem breyttist frá fyrri könnun er að nú bættust við eldri hjúkrunarfræðingar með langan starfsaldur.

Það er greinarhöfundum þó mikið áhyggjuefni að aðeins rúmlega 1% svarenda telur álagið vera aðeins, mjög eða alltof lítið. Hér er full þörf á að fá meira jafnvægi en nú er, þó þetta sé skref í rétta átt.

Tafla 8. Of mikið álag í vinnu

Of mikið álag		
	2017	2020–2021
Aldur	Yngri en 30 ára	Yngri en 30 ára
	30–39 ára	40–49 ára
Starfsreynsla	< 5 ár	21–25 ár
	5–9,9 ár	< 5 ár

Marktækur munur er á könnunum þegar kemur að ánægju hjúkrunarfræðinga með starfsumhverfi þeirra, en rúmlega 57% voru fremur eða mjög ánægðir með núverandi starfsumhverfi en 27% í meðallagi. Þetta er greinarhöfundum sérstakt

ánægjuefni enda snertir starfsumhverfið starf hjúkrunarfræðinga mikið. Hér að framan hafa þegar verið taldar upp líklegar skýringar að mati greinarhöfunda, m.a. bætt mönnun vegna faraldursins. Einnig má sérstaklega nefna að vegna faraldursins hafa hjúkrunarfræðingum verið falin ýmis ný og ábyrgðarmeiri störf með góðum árangri. Jafnframt hefur skapast vettvangur þar sem allir hafa tekið höndum saman í lausnamiðaðum nálgunum og jafnvel nýsköpun, með það eitt að markmiði að halda þjónustu í heilbrigðiskerfinu sem best gangandi.

Nýir áhættuþættir í starfi hjúkrunarfræðinga

Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga breyttist verulega eftir covid-19-faraldurinn og finna 89% svarenda fyrir einhverri áhættu eins og sjá má í töflu 9. Það er áhyggjuefni að 56% hjúkrunarfræðinga hafi stökum sinnum eða sjaldan upplifað áhættu í starfi vegna faraldursins þegar slíkt á ekki að þekkjast í raun. Ekki var marktækur munur á svörum eftir starfsheimum, aldri eða vinnufyrirkomulagi svo ætla má að þetta eigi almennt við starf hjúkrunarfræðinga. Þetta er að mati greinarhöfunda skýr krafa til heilbrigðisstofnana um að framfylgja gerð áhættumats starfa.

ICN vakti athygli á því í apríl 2020 að vegna faraldurs og starfsumhverfis hjúkrunarfræðinga væru þeir farnir að sýna í auknum mæli einkenni streitu, örmögnunar og áfallastreitu sem gætu haft grafalvarlegar afleiðingar fyrir hjúkrunarfræðinga og heilbrigðiskerfin. Nýleg sænsk fræðileg samantekt um reynslu hjúkrunarfræðinga af umönnun covid-19-sjúklinga sýndi hræðslu hjúkrunarfræðinga við að dreifa smiti, með þeim afleiðingum að þeir einangrast og verða varir við neikvæðar tilfinningar.

Tafla 9. Upplifun á áhættu í starfi vegna covid-19

Stöðugt	9%
Daglega	19%
Vikulega	5%
Stöku sinnum	31%
Sjaldan	25%
Aldrei	11%

Aðspurðir um hversu vel atvinnurekendur taka tillit til áhættu, voru svör hjúkrunarfræðinga með marktæka fylgni, bæði gagnvart starfsánægju og líkum á að hjúkrunarfræðingur skipti um starf á næstu 12 mánuðum. Greinarhöfundar ítreka að hér er mikilvægt tækifæri fyrir vinnustaði til að vinna að úrbótum við greiningu áhættu í starfi hjúkrunarfræðinga. Rúmlega helmingur svarenda eða 57% fannst vinnuveitandi sinn taka mikið eða fremur mikið tillit til áhættu í starfi vegna covid, í meðallagi svöruðu 32% en 11% töldu lítið eða mjög lítið tillit tekið til áhættu.

Viðhorf hjúkrunarfræðinga til bólusetningar var jákvætt og ætluðu 85% hjúkrunarfræðinga örugglega eða líklega að þiggja bólusetningu. Aðeins 3% svarenda voru ekki viss og einungis 2% ætla ekki að þiggja bólusetningu. Þetta er mun hærra

hlutfall jákvæðrar afstöðu en sambærileg rannsókn sýnir sem gerð var meðal norskra hjúkrunarfræðinga í lok nóvember 2020. Þar ætluðu 52% hjúkrunarfræðinga að þiggja bólusetningu en 37% voru ekki viss og 10% ætluðu ekki að þiggja hana. Ef til vill hefur framvinda á þróun bóluefnis áhrif þarna en kannanirnar eru framkvæmdar með 1–2 mánaða millibili.

Opnar spurningar

Í könnuninni gafst hjúkrunarfræðingum kostur á að tjá sig með eigin orðum og var sérstaklega ánægjulegt að sjá hversu mikil svörun var í þeim hluta. Það er mjög mikilvægt fyrir félagið að fá slík lýsandi svör um starfið og geta þau nýst í áframhaldandi vinnu.

Hjúkrunarfræðingar voru spurðir hvað þeim þætti annars vegar jákvætt og hins vegar neikvætt við starfið og var það einnig gert í fyrri könnuninni frá 2017. Í töflu 10 eru settir fram þeir sex þættir í hvorum flokki fyrir sig sem komu oftast fram. Upptalningin er ekki eftir mikilvægi. Jákvæðir þættir eru feitlettraðir en neikvæðir eru með grönnu lettri.

Tafla 10. Jákvæðir og neikvæðir þættir varðandi það að starfa sem hjúkrunarfræðingur

Fjölbreytileikinn	Erfið samskipti
Gefandi starf	Mannekla
Starfa með fólki	Vinnuálag
Láta gott af sér leiða	Neikvæð viðhorf
Mannleg samskipti	Laun
Gera gagn	Starfsumhverfi

Samantekt

Hér hafa verið kynntar helstu niðurstöður könnunarinnar sem veita okkur mikilvæga innsýn í starfsumhverfi og líðan hjúkrunarfræðinga á þessum fordæmalausum tímum árið 2020. Það er öllum ljóst að hjúkrunarfræðingar gegndu lykilhlutverkum í baráttunni við faraldurinn og skipuðu mikilvægan sess í annars góðu samstarfi fagstétta. Það sköpuðust ný tækifæri og lærdómur sem hjúkrunarfræðingar munu nýta sér til framtíðar í þróun starfsgreinarinnar. Með þessari könnun er verið að halda til haga reynslu hjúkrunarfræðinga og verða niðurstöðurnar nýttar til úrbóta og í hagsmunagæslu stéttarinnar.

Takk, hjúkrunarfræðingar



Orlofsfréttir

Síðastliðinn vetur hefur stjórn orlofssjóðs unnið að skipulagningu vegna komandi orlofsárs og nýtt sér niðurstöður þjónustu- og notendakannana meðal sjóðfélaga við þá stefnumótun. Niðurstöður þessara kannana voru m.a. að sjóðfélagar voru ánægðir með þá orlofskosti sem hafa verið í boði og vilja bæta við fleirum um allt land. Nýting orlofskosta hefur verið góð allt síðastliðið ár. Orlofsblaðið hefur komið út rafrænt undanfarnir 2 ár en í ár mun ekkert blað koma út heldur verða allar upplýsingar um orlofskosti á orlofsvef Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, hjukrun.is. Þar koma fram upplýsingar um leigutíma, verð, leigutímabil og fleira. Eins verður úthlutunarhappdrætti ekki þetta árið.

Fjöldi nýrra orlofskosta

Í ljósi ástandsins sem covid hefur skapað hefur stjórn sjóðsins unnið hörðum höndum við að bæta við fleiri kostum sem og

að bæta gæði þeirra í samræmi við óskir sjóðfélaga. Auglýst hefur verið eftir eignum um allt land og einnig eru áætlanir um að orlofsjóðurinn kaupi fleiri eignir og er það í vinnslu. Orlofsárið 2021 bætast við eignir á Akureyri, Tálknafirði, Dýrafirði, Siglufirði og Suðurlandi svo eitthvað sé nefnt. Einnig bættist við síðastliðið haust Stóratörfa 2 í Hrífunesi sem er mitt á milli Víkur og Kirkjubæjarklausturs. Þrír nýir orlofskostir koma strax í notkun í apríl og verður opnað fyrir þá vorúthlutun í byrjun mars. Opnun fyrir bókanir hefst 22. mars kl. 10:00 fyrir fyrsta forgangshóp, 25. mars fyrir annan hóp og 29. mars fyrir þá sem eru eftir.

Eins og staðan er núna verða 25 orlofskostir í boði í sumar auk hótelmiða líkt og fyrri ár. Stjórn orlofssjóðs hvetur alla sjóðfélaga til að skoða orlofsvefinn og nýta sér það sem er boði þar. Eins eru nýjar hugmyndir alltaf vel þegnar.

Stjórn orlofssjóðs Fíh

Kjörnefnd auglýsir eftir framboðum



Kjörnefnd Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga auglýsir eftir framboðum í stjórn félagsins, ritnefnd Tímarits hjúkrunarfræðinga, orlofssjóð, styrktarsjóð og kjörnefnd fyrir kjörtíma - bilið 2021-2023. Einnig er auglýst eftir skoðunarmönnum fyrir kjörtímabilið 2021-2022:

1. Stjórn félagsins, 3 stjórnarmenn og 1 varamaður
2. Ritnefnd Tímarits hjúkrunarfræðinga, 4 aðalmenn
3. Orlofssjóður, 5 aðalmenn
4. Styrktarsjóður, 3 aðalmenn og 2 varamenn
5. Kjörnefnd, 3 aðalmenn og 1 varamaður
6. Skoðunarmenn, 2 skoðunarmenn

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

Félagsmenn með fulla aðild eru kjörgengir í sjóði, nefndir og ráð á vegum félagsins ef lög þessi eða landslög kveða ekki á um aðra skipan.



Félagsmenn með fagaðild og lífeyrisaðild eru kjörgengir í nefndir og ráð á vegum félagsins ef lög þessi eða landslög kveða ekki á um aðra skipan.

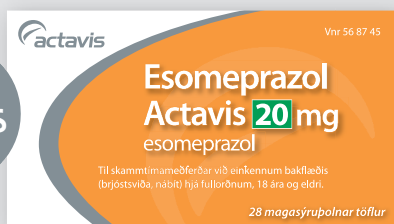
Kosning fer fram á aðalfundi félagsins 12. maí 2021. Framboð tilkynnist til kjörnefndar í netfangið kjornefnd@hjukrun.is

Framboðsfrestur er til 12. apríl 2021



Esomeprazol Actavis

– dregur úr einkennum sýrubakflæðis



FÆST ÁN
LYFSEÐILS

Esomeprazol Actavis 20 mg, 14 og 28 magasýrupólur töflur. Hver tafla inniheldur 20 mg af virka efni esomeprazólí og tilheyrir flokki prótónpumpuhamla. Þeir verka með því að minnka framleiðslu sýru í maga. Lyfið er ætlað sem skammtíma meðferð hjá fullorðnum við einkennum bakflæðis (t.d. brjóstsvíða og nábit). Gleypa skal töfluna heila með sopa af vatni, með mat eða á fastandi maga. Ekki skal tryggja eða mylja töfluna. Kynnið ykkur notkunarleiðbeiningar, varnaðarorð og frábendingar áður en lyfið er notað. **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.** Markaðsleyfishafi Actavis Group PTC ehf.

teva

Stytting vinnuvikunnar

Harpa Júlía Sævarsdóttir, Guðbjörg Pálsdóttir og Eva Hjörtína Ólafsdóttir tóku saman

Mikilvægum áfanga var náð í kjarasamningum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga vorið 2020 þegar samið var um styttingu vinnuvikunnar án launaskerðingar. Um er að ræða stórt framfaraskref í kjarabaráttu hjúkrunarfræðinga. Útfærslan á styttingu vinnuvikunnar verður ólík hjá hjúkrunarfræðingum í dagvinnu og þeim sem starfa í vaktavinnu en innleiðingu á dagvinnustöðum lauk um síðustu áramót.

Í vaktavinnu verður vinnuvikan styttd að lágmarki um fjórar klukkustundir, en að hámarki um átta klukkustundir miðað við fullt starf hjá þeim sem vinna mikla vaktabyrði. Með þessu er stigið stórt skref í átt að kröfu hjúkrunarfræðinga — sem og fjölmargra annarra vaktavinnustétta — að 80 prósent vinna í vaktavinnu jafngildi 100 prósentu vinnu í dagvinnu. Breytingin fyrir vaktavinnufólk krefst meiri undirbúnings og flóknari samtala á vinnustöðum en breytingarnar fyrir dagvinnufólk og því tekur hún ekki gildi fyrr en 1. maí næstkomandi.

Vinna á óreglulegum tímum sólarhringsins gerir fólki einnig erfiðara fyrir að eiga eðlilegt líf utan vinnutíma. Breytingarnar, sem nú eru að verða að veruleika, eru gerðar með það að leiðarljósi að bæta heilsu, öryggi og auka jafnvægi milli vinnu og einkalífs starfsfólks, ásamt öryggi skjólstæðinga þess.

Rannsóknir á vaktavinnu hafa leitt í ljós ýmsar neikvæðar afleiðingar sem geta hlotist af vaktavinnu, einkum á heilsu starfsfólks, öryggi starfsfólksins sjálfs og þeirrar þjónustu sem það veitir. Vaktavinnufólk er jafnframt talið í meiri hættu á að fá ýmsa sjúkdóma, t.a.m. getur vinna á mismunandi tímum sólarhringsins haft slæm áhrif á svefn fólks og það hefur síðan áhrif á heilsu þess. Vinna á óreglulegum tímum sólarhringsins gerir fólki einnig erfiðara fyrir að eiga eðlilegt líf utan vinnutíma. Breytingarnar, sem nú eru að verða að veruleika, eru gerðar með það að leiðarljósi að bæta heilsu, öryggi og auka jafnvægi milli vinnu og einkalífs starfsfólks, ásamt öryggi skjólstæðinga þess. Með breytingunum verður vaktavinnu vonandi eftirsóknarverðari og er breytingunum einnig ætlað að auka stöðugleika í mönnun hjá stofnunum ríkis og sveitarfélaga, sem og bæta öryggi og þjónustu við almenning.

Nýtt fyrirkomulag vaktavinnu

Kerfisbreytingin felur í sér að greiðslur fyrir vinnutíma vaktavinnufólks og þ.m.t. hjúkrunarfræðinga verða sanngjarnari og taka þá mið af því hvenær sólarhrings er unnið með tilliti til heilsu og öryggis starfsfólks. Tilkoma nýs vaktavinnukerfis mun fyrst og fremst umbuna þeim hjúkrunarfræðingum sem eru í háu starfshlutfalli og hafa þunga vaktabyrði. Í undirbúningnum og samningaviðræðum um nýtt kerfi voru yfir 300 starfshópar mátaðir inn í kerfið og niðurstaðan var sú að með nýju kerfi er verið að umbuna mest fyrir fjölda skipta sem mætt er í vinnu og mikla vaktabyrði utan dagvinnutíma.

Fyrir hjúkrunarfræðinga í 100 prósent starfi, með þyngstu vaktabyrðina og fjölbreyttustu vaktirnar, mun vinnustundum fækka úr 173,3 klukkustundum á mánuði allt niður í 139 klukkustundir. Mánaðarleg stytting getur því orðið rúmlega 34 klukkustundir hjá hjúkrunarfræðingum frá því sem nú er.

Um það bil 70 prósent alls vaktavinnufólks, sem starfar hjá ríkinu, er í hlutastarfi. Um 80-85% allra hjúkrunarfræðinga starfa í hlutastarfi og því hafa þessar breytingar gífurleg áhrif á vinnuumhverfi stéttarinnar. Hjúkrunarfræðingar, sem hafa fram að þessu valið að vera í hlutastarfi, geta því eftir breytingarnar unnið áfram jafnmargar klukkustundir. Við það eykst starfshlutfallið og þar með hækka launin. Tæplega 80 prósent vaktavinnufólks, sem starfa hjá hinu opinbera, eru konur í heilbrigðis- og velferðarþjónustu. Þær eru líklegri til að velja sér hlutastörf og er því augljóst að um tímabæra og mikilvæga jafnréttisaðgerð er um að ræða, sérstaklega fyrir stétt eins og hjúkrunarfræðinga þar sem 97% þeirra eru konur.

Kostnaður tryggður vegna styttri vinnuviku

Á mörgum vinnustöðum hjúkrunarfræðinga þarf að manna vaktir hluta úr sólarhring eða allan sólarhringinn og er ljóst að styttingin mun kalla á aukin útgjöld frá launagreiðendum. Það hefur legið ljóst fyrir frá upphafi og var gert ráð fyrir því í kostnaðarmati kjarasamningsins líkt og hjá öðrum stéttum. Kerfisbreytingin er slík að þau verðmæti sem þegar voru inni

í kerfinu eru nýtt á annan hátt með viðbótarfjármagni sem fylgir kjarasamningum vegna þessa. Úr því verður til nýtt kerfi með styttri vinnuviku og auknum möguleikum á því að vera í fullu starfi í vaktavinnu, fá hærra vaktaálag á nóttunni og vaktahvata. Það er tekið sérstaklega fram að hjúkrunarfræðingar eiga ekki að lækka í launum við þessar breytingar, enda stytting vinnuvikunnar án launaskerðingar ófrávíkjanleg krafa Fíh í samningsferlinu.

Á einstaka vinnustöðum, sem ekki eru með vaktir allan sólarhringinn eða aðra sérstöðu, þarf að bregðast sérstaklega við til að tryggja að starfshópar lækki ekki í launum við kerfisbreytinguna. Um það er full sátt milli aðila í stýrihóp verkefnis um betri vinnutíma og hefur verið stofnaður starfshópur með fulltrúum samningsaðila, þ. á m. Fíh og launagreiðendum, til að meta og bregðast við slíkum hópum. Dæmi um slíkan hóp eru hjúkrunarfræðingar sem eru í 49,9% starfi samhliða töku lífeyris.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga og önnur samtök launafólks og launagreiðenda hafa sameinast í að veita fræðslu, leiðbeiningar og stuðning við vinnustaði við innleiðingu nýs vaktavinnukerfis. Þá fræðslu má til dæmis finna inni á vefnum betrivinnutimi.is en það er sameiginlegur vettvangur fyrir alla til að fá frekari upplýsingar og fræðslu, þ.m.t. hjúkrunarfræðinga. Einnig er þessar upplýsingar að finna á Mínun síðum á vef Fíh. Á flestum vaktavinnustöðum verður til svokallað mönnunargat og því þarf að fjölga stöðugildum hjúkrunar-

fræðinga. Á sama tíma vantar fleiri hjúkrunarfræðinga til starfa þó það sé ekki algilt á öllum vinnustöðum. Stjórnendur á hverjum vinnustað standa frammi fyrir því verkefni að meta þörfina fyrir hjúkrunarfræðinga og annað starfsfólk, breyta vaktakerfum og auglýsa eftir nýju starfsfólki til að bregðast við styttingunni þar sem þörf er á.

Tækifærin eru mikil

Stytting vinnuvikunnar í vaktavinnu gerist ekki sjálfkrafa. Það er sameiginlegt verkefni stjórnenda og hjúkrunarfræðinga að finna hvaða útfærslur á vinnutíma henta best á hverjum vinnustað. Oftast þarf að breyta vaktaskipulagi og er þá nauðsynlegt að taka fyrst mið af þörfum starfsmannar og starfsmannahópsins og óskum starfsfólks. Mikilvæg forsenda er virkt samtal á milli stjórnenda og hjúkrunarfræðinga á meðan á innleiðingunni stendur og góð samvinna um að finna bestu leiðina til að bæta vinnutímann.

Það felast gífurleg tækifæri í styttingu vinnuvikunnar í vaktavinnu, rétt eins og í dagvinnu. Þetta eru tækifæri sem hjúkrunarfræðingar í vaktavinnu, sem og þeirra stjórnendur, munu vonandi nýta sér í endurbætt skipulag sem gagnast öllum vel. Því er nauðsynlegt að allir hjúkrunarfræðingar nýti þetta tækifæri vel og leggist á eitt að tryggja sem bestan ávinning af styttingu vinnuvikunnar.

Takk, hjúkrunarfræðingar



SAMHERJI



Á fjórða tug hjúkrunarfræðinga verið sæmdir riddarakrossi fyrir framlag til hjúkrunar

Helga Ólafs og Aðalbjörg Finnbogadóttir

Á fjórða tug hjúkrunarkvenna og -fræðinga hafa verið sæmdir riddarakrossi hinnar íslensku fálkaorðu sem er æðsta heiðursmerki sem íslenska ríkið veitir fólki. Fyrsta hjúkrunarkonan, sem hlaut þessa viðurkenningu, var Kristín Thoroddsen yfirhjúkrunarkona en hún var sæmd riddarakrossi 1. janúar 1954 fyrir störf sín við Landspítalann frá stofnun hans. Fálkaorðan er veitt tvisvar á ári, 1. janúar og 17. júní, af forseta Íslands en stofnað var til orðunnar 1921.

Fálkinn var lengi útflutningsvara frá Íslandi og var talinn vera glæsileg gjöf til tignarmanna. Hann var auk þess uppistaðan í skjaldarmerki Íslands á árunum 1903–1919. Markmiðið með orðuveitingunni er að veita þeim sem skarað hafa fram úr öðrum í því að efla heiður og hag fósturjarðarinnar opinbera viðurkenningu. Með stofnun lýðveldisins 1944 varð forseti Íslands stórmeistari fálkaorðunnar.

Hafa lyft grettistaki á sviði hjúkrunar- og heilbrigðismála

Hjúkrunarfræðingar hafa í gegnum tíðina lagt mikið af mörkum með störfum sínum til bæði íslensks samfélags og alþjóðlegs. Því ber að fagna þegar viðurkenningar á borð við æðsta heiðursmerki, sem íslenska ríkið veitir fólki, falla þeim í skaut. Á listanum yfir þá hjúkrunarfræðinga sem sæmdir hafa verið riddarakrossi hinnar íslensku fálkaorðu má sjá hjúkrunarfræðinga sem hafa lyft grettistaki á sviði hjúkrunar- og heilbrigðismála. Má þar nefna störf í þágu sjúkra, mannúðarstörf, líknar- og hjúkrunarstörf, kennslustörf, stjórnunarstörf, brautryðjendastörf á ýmsum sviðum og framlag til alþjóðlegs hjálparstarfs í þróunarlöndum.

Íslenskir orðuþegar eru að jafnaði ríflega tugur hverju sinni en í ársbyrjun voru tveir hjúkrunarfræðingar sæmdir riddarakrossi fyrir framlag þeirra til hjúkrunar. Það voru þær Helga Sif Friðjónsdóttir geðhjúkrunarfræðingur fyrir brautryðjendastörf á vettvangi skaðaminnkunar fyrir fíkniefnaneytendur og aðra jaðarsetta hópa og Vilborg Ingólfssdóttir, hjúkrunar- og lýðheilsufræðingur, fyrir framlag til hjúkr-

Vilborg Ingólfssdóttir, hjúkrunar- og lýðheilsufræðingur, var sæmd riddarakrossi hinnar íslensku fálkaorðu fyrir framlag til hjúkrunar og heilbrigðisþjónustu á Íslandi og á alþjóðavettvangi 1. janúar síðastliðinn.



unar og heilbrigðisþjónustu á Íslandi og á alþjóðavettvangi. Árið áður var Sigurborg Ingunn Einarsdóttir, fyrrverandi hjúkrunarforstjóri og ljósmóðir á Eskifirði, sæmd riddarakrossi fyrir framlag til heilbrigðisþjónustu í heimabyggð og árið 2019 var Auðbjörg Brynja Bjarnadóttir, ljósmóðir og hjúkrunarstjóri á Kirkjubæjarklaustri, sæmd riddarakrossi fyrir framlag til heilbrigðis- og þjörgunarstarfa í heimabyggð.

Tók virkan þátt í mótun hjúkrunar-námsins á háskólastigi

Vilborg Ingólfssdóttir, hjúkrunar- og lýðheilsufræðingur, var sæmd riddarakrossi hinnar íslensku fálkaorðu fyrir framlag til hjúkrunar og heilbrigðisþjónustu á Íslandi og á alþjóðavettvangi 1. janúar síðastliðinn. Vilborg var í fyrsta hópnum sem nam hjúkrunarfræði í Háskóla Íslands árið 1973 en hún hafði þá þegar lokið námi við Hjúkrunarskóla Íslands og unnið við hjúkrun í tvö ár. Þar áður hafði hún einnig lokið stúdentsprófi. Það var enginn í hennar nærumhverfi sem starfaði við heilbrigðisþjónustu og hún segir tilviljun hafa ráðið því að hún lagði hjúkrun fyrir sig. Eftir sumarvinnu á Landspítalanum varð ekki aftur snúið. „Ég heillaðist og þarna fann ég minn vettvang.“ rifjar Vilborg upp en hún vann áfram þar samhliða menntaskóla.

Fyrsti hjúkrunarfræðingurinn hjá embætti landlæknis

Í ljósi reynslu og þekkingar á hjúkrun tók hún virkan þátt í mótun hjúkrunarnámsins í Háskóla Íslands. Að útskrift lokinni bjó hún í Svíþjóð í fimm ár, starfaði þar við hjúkrun og stundaði nám til meistaragráðu í lýðheilsufræðum sem þá var lítið þekkt nám hér á landi. Hún starfaði á Landspítalanum eftir að heim var komið en árið 1985 var Vilborg fyrsti hjúkrunarfræðingurinn sem ráðinn var hjá embætti landlæknis en embættið var stofnað 1760. Hún var þá einn af fimm starfsmönnum embættisins, en þegar hún lét þar af störfum tuttugu árum síðar störfuðu þar átta hjúkrunarfræðingar. Þá fór hún til starfa í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu, síðar í félags- og tryggingamálaráðuneytinu og lauk opinberum starfsferli sínum í velferðarráðuneytinu. Vilborg starfaði í fjölda ára við ráðgjöf hjá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni (WHO) og var um skeið yfirmaður hjúkrunar hjá Evrópuskrifstofu WHO. Þá var hún um margra ára skeið formaður ljósmæðraráðs og hjúkrunarráðs.

Farsæll starfsferill með hjúkrun að leiðarljósi

Þakklæti er ofarlega í huga Vilborgar þegar hún er spurð um þá viðurkenningu sem hún hlaut fyrir skömmu. „Með þessari sæmd er mér mikill heiður sýndur og tók ég við henni af mikilli gleði og af mikilli auðmýkt. Á starfsferli mínum hafa mér gefist ótal tækifæri til að móta og innleiða nýjungar sem varða hjúkr-

un, heilbrigðisþjónustu og ýmsa þætti lýðheilsu. En sæmdin er einnig þeirra sem trúðu á mig, treystu mér, gáfu mér tækifæri, stóðu með mér, studdu mig, deildu með mér lífsviðhorfum, gildum og trúnni á mátt forvarna, hjúkrunar og samstarfs heilbrigðisstétta svo og mikilvægi þátttöku einstaklinga og samfélaga í góðri heilsu og vellíðan einstaklinga,“ segir Vilborg.

Það er óhætt að segja að Vilborg eigi farsælan starfsferil. „Ég hef alltaf verið í svo mörgum og fjölbreyttum verkefnum að ég hef sjaldnast staldrað við,“ segir hún, „en ég hef alltaf haft hjúkrun að leiðarljósi og er svo hamingjusöm að hafa valið að leggja fyrir mig hjúkrun. Mér hafa verið gefin svo ótal mörg tækifæri að móta nýjungar í hjúkrun og lýðheilsu,“ segir hún. „Ég hef áhuga á öllu sem lýtur að góðri heilsu og vellíðan einstaklinga og samfélaga en kjarninn minn er í hjúkrun.“



Helga Sif Friðjónsdóttir geðhjúkrunarfræðingur var sæmd riddarakrossi hinnar íslensku fálkaorðu fyrir brautryðjendastörf á vettvangi skaðaminnkunar fyrir vímuefnaneytendur og aðra jaðarsetta hópa 1. janúar síðastliðinn.

Viðurkenning á mannréttindum og að gefast ekki upp

Helga Sif Friðjónsdóttir geðhjúkrunarfræðingur var sæmd riddarakrossi hinnar íslensku fálkaorðu fyrir brautryðjendastörf á vettvangi skaðaminnkunar fyrir vímuefnaneytendur og aðra jaðarsetta hópa. „Ég er enn að meðtaka þessa viðurkenningu,“ segir Helga Sif en hún fékk símtal um miðjan desember frá ritara orðunefndar þess efnis hvort hún vildi þiggja viðurkenninguna. „Ég hef alltaf fylgst með þessu, hverjir fá orðurnar. Ég hugsaði með mér að ég er eingöngu 45 ára ... er þetta ekki fyrir vel unnið ævistarf? hugsaði ég.“

Vegna aðstæðna í samfélaginu var orðuveitingin með öðru sniði en vant er og fengu orðuhafar 15 mínútur hver ásamt

gesti með forsetanum og forsetafrúnni. „Fyrir vikið var þetta enn persónulegra, held ég, og fékk sonur minn að koma með mér en hann er árinu yngri en Frú Ragnheiður en frúin verður einmitt 12 ára núna í október. Sonur minn hélt lengi vel á sínum yngri árum að við tvö ættum sjúkrabílinn,“ segir Helga. Eftir samveruna með forsetahjónunum á Bessastöðum áttaði Helga sig í raun á því hversu mikilvægt það hafði verið að þora að taka þetta brautryðjendaskref. „Ég hef oft hugsað um seigluuna sem einkenndi fyrstu árin, að standa þarna vaktina ár eftir ár, og þar með dvelja í fullvissunni um að skaðaminnkun í formi nálaskiptipjónustu á vettvangi í samfélaginu muni skila færri smitum og betri lífsgæðum fyrir fólk. Það tekur tíma að ná til hópsins með þjónustu og það má ekki gefast upp þó enginn komi í margar vikur. Í raun finnst mér því riddarakrossinn vera þakkið að einhverju leyti fyrir að gefast ekki upp. Mér finnst málsvarastarf sem þetta eitt það mikilvægasta sem hjúkrunarfræðingar sinna í sínu starfi.“ Helga segir viðurkenninguna einnig endurspegla traustið á gagnreynda þekkingu hjúkrunarfræðinga — að trúa á mikilvægt framlag hjúkrunarfræðinga. „Þetta er í raun viðurkenning á mannréttindum — að allir hafi jafnan rétt á heilsu og þjónustu,“ segir hún.

Skaðaminnkun byggist á grunn-gildum lýðheilsu

Helga kynntist því í Seattle í Bandaríkjunum hversu gefandi það er að vinna sjálfbóðaliðastarf en þar í borg lauk hún meistara- og doktorsnámi í geðhjúkrun frá Washingtonháskóla. Þar kynntist hún fyrst hugmyndinni um skaðaminnkun sem byggist á grunn-gildum lýðheilsu, að fólk geti búið við bestu mögulegu heilsu miðað við aðstæður, og hlaut hún þjálfun í sjálfbóðaliðaverkefni sem byggðist á skaðaminnkun. Sú reynsla átti eftir að koma að góðum notum þegar hún vann brautryðjendastarf við að koma á fót skaðaminnkun í samstarfi við Rauða krossinn í Reykjavík árið 2009. Til þess þurfti bíl, sprautubúnað og að þjálfra sjálfbóðaliða. Rauði krossinn átti hjólhýsi og stóran jeppa, auk þess að leggja til 20% stöðu verkefnastjóra í þetta verkefni. Þegar auglýst var eftir sjálfbóðaliðum var þátt-takan svo góð að hægt var að fara af stað með tvær vaktir á viku. Árið 2012 var keyptur notaður sjúkrabíll en kaupin á sjúkrabílnum gerðu gæfumuninn fyrir þjónustu Frú Ragnheiðar að því leyti að hægt var að koma þjónustunni nær fólkinu. Gamla hjólhýsið komst ekki að gistiskýlinu sem þá var staðsett í Þinghóltum en þar voru margir í gistingu sem Frú Ragnheiður sinnti. „Það varð gríðarleg aukning á notkun þjónustunnar með tilkomu sjúkrabílsins en við þurfum alltaf að hugsa um hvernig við getum aukið aðgang að okkur,“ segir Helga. „Það þarf ekki að breyta heiminum. Það þarf bara að þora og treysta eigin þekkingu. Það sem hægt er að gera á vettvangi er nóg. Það er fegurðin í hjúkruninni og skaðaminnkun.“

Aðalfundur Fíh

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga verður haldinn miðvikudaginn 12. maí 2021 á Grand Hótel Reykjavík

Allir félagsmenn hafa rétt til setu á aðalfundi. Atkvæðisrétt hafa félagsmenn með fulla aðild, fagaðild og lífeyrisaðild sem skrá sig til þátttöku á fundinn fyrir 5. maí. Aðrir fundarmenn hafa þar ekki atkvæðisrétt.

Vakin er athygli á að tillögur til lagabreytinga skulu hafa borist stjórn félagsins fyrir 14. apríl. 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



Hjúkrunarfræðingar sem sæmdir hafa verið riddarakrossinum

Anna María Hansen, 1980, hjúkrunarforstjóri

Anna Stefánsdóttir, 2016, formaður Rauða kross Íslands, fyrir störf í þágu heilbrigðis- og mannúðarmála

Auðbjörg Brynja Bjarnadóttir, 2019, ljósmóðir og hjúkrunarstjóri, fyrir framlag til heilbrigðis- og björgunarstarfa í heimabyggð

Auður Guðjónsdóttir, 2002, fyrir störf í þágu mænuskaddaðra

Árnína Guðmundsdóttir, 1985, fyrir hjúkrunarstörf

Áslaug Sigurbjörnsdóttir, 2000, fyrir mannúðarstörf

Bjarney Samúelsdóttir, 1976, fyrir líknar- og hjúkrunarstörf

Hedvig Lydia Iris Clausen, 1969, yfirhjúkrunarkona

Esther Mogensen, 1969, yfirhjúkrunarkona

Eyrún Jónsdóttir, 2017, fyrir störf í þágu þolenda kynferðisofbeldis

Geirprúður Ásgeirsdóttir, 1978, fyrir störf í þágu hjúkrunar- og líknarmála

Guðríður Jónsdóttir, 1963, forstöðukona Kleppsspítala, fyrir störf í þágu sjúkra

Halla Snæbjörnsdóttir, 1976, yfirhjúkrunarkona fyrir störf að heilbrigðismálum

Helga Sif Friðjónsdóttir, 2021, geðhjúkrunarfræðingur fyrir brautryðjendastörf á vettvangi skaðaminnkunar fyrir fíkniefnaneytendur og aðra jaðarsetta hópa

Herdís Storgaard, 2015, fyrir brautryðjendastörf að slysvörnum barna

Ingibjörg Helgadóttir, 2018, í tilefni af opinberri heimsókn forseta Íslands til Svíþjóðar

Jóna Guðmundsdóttir, 1966, fv. yfirhjúkrunarkona, fyrir hjúkrunarstörf

Júlíana Friðriksdóttir, 1983, fyrir hjúkrunarstörf

Kristín Thoroddsen, 1954, fyrir störf við Landspítalann frá stofnun hans

María P. Maack, 1959, fyrir hjúkrunarstörf og störf að mannúðarmálum

Oddný Guðmundsdóttir, 1974, fyrir hjúkrunar- og líknarstörf

Pálína Ása Ásgeirsdóttir, 2009, fyrir framlag til alþjóðlegs hjálparstarfs

Ragnheiður Sigurðardóttir, 2004, hjúkrunarforstjóri fyrir framlag til barnahjúkrunar

Sigríður Bachmann, 1958, yfirhjúkrunarkona fyrir hjúkrunar- og kennslustörf

Sigríður Eiríksdóttir, 1965, fyrir hjúkrunar- og heilsuverndarstörf

Sigríður Guðmundsdóttir, 1998, fyrir hjúkrunar- og hjálparstörf í þróunarlöndum

Sigrún Magnúsdóttir, 1977, fyrir líknar- og hjúkrunarstörf

Sigurlín Gunnarsdóttir, 1989, fyrir störf að hjúkrunarmálum

Sigurborg Ingunn Einarsdóttir, 2020, fv. hjúkrunarforstjóri og ljósmóðir á Eskifirði, fyrir framlag til heilbrigðisþjónustu í heimabyggð

Sólveig Guðlaugsdóttir, 2010, geðhjúkrunarfræðingur fyrir framlag til heilbrigðismála og umönnunar

Sólveig Guðrún Halldórsdóttir, 1981, fyrir líknar- og hjúkrunarstörf

Unnur Sigtryggisdóttir, 2003, fyrir störf að heilbrigðismálum

Valgerður Helgadóttir, 1987, fv. yfirhjúkrunarkona, fyrir störf í þágu sjúkra

Vigdís Magnúsdóttir, 2006, fv. forstjóri Landspítalans, fyrir hjúkrunarstörf

Vilborg Ingólfssdóttir, 2021, hjúkrunar- og lýðheilsufræðingur, fyrir framlag til hjúkrunar og heilbrigðisþjónustu á Íslandi og á alþjóðavettvangi

Þórunn Pálsdóttir, 1999, hjúkrunarforstjóri fyrir störf í þágu geðfatlaðra

Berst fyrir málefnum heimilislausra og er ötul baráttukona jaðarsettra hópa

— Viðtal við Elísabetu Herdísar Brynjarsdóttur

JCI-hreyfingin á Íslandi velur árlega Framúrskarandi Íslending en það er hluti af alþjóðlegri viðurkenningu sem JCI stendur fyrir um allan heim til að vekja athygli á því sem er vel gert og einnig til að hvetja annað ungt fólk til dáða. Árið 2020 varð hjúkrunarfræðingurinn Elísabet Herdísar Brynjarsdóttir valin Framúrskarandi ungur Íslendingur fyrir framlag sitt á sviði mannúðar- og sjálfbóðaliðamála.



Elísabet Herdísar Brynjarsdóttir, 28 ára gamall hjúkrunarfræðingur, var valin „Framúrskarandi ungur Íslendingur“ árið 2020.

Elísabet starfar í dag sem verkefnisstjóri Frú Ragnheiðar, skaðaminnskandi þjónustu Rauða krossins á höfuðborgarsvæðinu, en áður en hún varð verkefnisstjóri vann hún sem hjúkrunarfræðingur hjá Frú Ragnheiði í tvö ár. Í umsögn dómnefndar um Elísabetu segir m.a.: „Sem verkefnisstjóri hefur hún unnið ótrúlegt þrekvirki við skipulagningu starfsins og vitundarvakningu um orsakir, eðli og afleiðingar vímuefnavanda fyrir einstaklinginn og þeirra sem minna mega sín. Hún er ötul baráttukona jaðarsettra hópa, til dæmis heimilislausra og þeirra sem nota vímuefni í æð.“ Blaðamaður settist niður með Elísabetu til að fara yfir helstu verkefnið sem hún vinnur að og til að fá að skyggjast inn í líf hennar, auk þess að forvitnast um stöðu fólks með vímuefnavanda sem hún brennur svo heitt fyrir.

Sjálfbóðaliðar Frú Ragnheiðar yfir 120 og notendur um 600 á ári

Elísabet er 28 ára og býr með sambýlismanni sínum og tveimur ættleiddum villi-köttum við Fossvogsdalinn en hyggur á flutning til Hafnarfjarðar. Hún er fyrrverandi forseti Stúdentaráðs Háskóla Íslands, fyrsti kjörni hjúkrunarfræðingurinn í stöðuna, og er núverandi stjórnarformaður Félagsstofnunar stúdenta. Elísabet starfaði sem sjálfbóðaliði Frú Ragnheiðar áður en hún tók við verkefnisstjóra-stöðu Frú Ragnheiðar. Hlutverk hennar felst í að hafa yfirsýn yfir verkefnið í heild sinni, stefnumótun og framtíðarsýn ásamt áherslum, markmiðum og daglegum störfum. „Ég ber ábyrgð á að það sé góð samvinna við alla sem koma nálægt þjónustunni sem notendurnir njóta, miðla upplýsingum, safna styrkjum fyrir verkefnið, og í gegnum alla þessa ábyrgð er rík áhersla lögð á notendasamráð, sjálfbóðaliðalýðræði innan verkefnisins og samstarf við stjórn Rauða krossins. Verkefnið er flokkað sem hjúkrunarstýrt starf fyrir jaðarsetta einstaklinga á höfuðborgarsvæðinu í sjálfbóðnu starfi. Við leggjum áherslu á heilbrigðisþjónustu og heilsuvernd heimilislausra einstaklinga og þeirra sem nota vímuefni í æð til að draga úr smitsjúkdómum og sýkingum ásamt skaða af vímuefnanotkuninni. Sjálfbóðaliðar Frú Ragnheiðar eru í dag rúmlega 120 manns og notendur þjónustunnar um 600 einstaklingar á ári.“

„Við nálgumst málstaðinn á mannúðlegan hátt út frá grunngildum Rauða krossins og tölum fyrir virðingu, að mæta einstaklingum hér og nú og stuðla að reisn þeirra.“

„Saman erum við ein stór rödd sem óskar eftir áheyrn samfélagsins og bættum lífsgæðum jaðarsettra einstaklinga“

Frú Ragnheiður hefur vakið verðskuldaða athygli. Af hverju telur þú að verkefnið sé jafn mikilvægt og raun ber vitni? „Ég þakka það fyrst og fremst sjálfbóðaliðum Frú Ragnheiðar. Á bak við verkefnið, þrátt fyrir að ég og samstarfskona mín förum fyrir því opinberlega, eru hundruð sjálfbóðaliða sem hafa hlotið þjálfun og tala fyrir málstaðnum á hverjum degi í sínu umhverfi. Ég þakka það líka að verkefnið nýtur trausts notenda og notendur tala fyrir mikilvægi þjónustunnar. Saman erum við ein stór rödd sem óskar eftir áheyrn samfélagsins og bættum lífsgæðum jaðarsettra einstaklinga út frá skaðaminnkandi nálgun og hugmyndafræði. Verkefnið hefur notið mikils stuðnings og ég tel það líka vera vegna nálgunar okkar. Við nálgumst málstaðinn á mannúðlegan hátt út frá grunngildum Rauða krossins og tölum fyrir virðingu, að mæta einstaklingum hér og nú og stuðla að reisn þeirra,“ segir Elísabet og bætir strax við: „Allt þetta er í takt við siðareglur hjúkrunarfræðinga og þess vegna hafa hjúkrunarfræðingar yfirleitt verið meirihluti sjálfbóðaliða okkar í þau 12 ár sem við höfum verið starfandi. Verkefnið er miklu stærra en ég, mitt starf er ekki sjálfbóðið lengur og ég tilheyrir litlu broti af þeirri stóru sögu sem er á bak við bilinn okkar og hugmyndafræði. En ég hef fengið þann heiður og traust að miðla boðskapnum sem hjúkrunarfræðingur í starfi og met það mikils. Ég hef mjög mikla trú á sérþekkingu og nálgun hjúkrunarfræðinga fyrir svona viðkvæman málstað því við tölum út frá gagnreyndri þekkingu en líka út frá heildrænni og mannúðlegri nálgun út frá einstaklingnum.“

„Við höfum áhrif“

Hvernig er hefðbundinn dagur í vinnunni hjá þér og helstu verkefni sem þú ert að sinna? „Já, enginn dagur er eins. Ég byrja alla daga á stöðufundi með samstarfskonu minni, henni Haf-rúnu Elísu, fer síðan yfir vakt gærkvöldsins út frá skráningum og rapporti sjálfbóðaliða sem stóðu vaktina kvöldið áður. Legg línurnar fyrir daginn, svara tölvubréfum og held svo af stað út í daginn. Er yfirleitt að sinna vettvangshjúkrun á daginn, koma málum í farveg innan opinberra kerfisins, koma notendum okkar á réttu staðina, ráðleggja þeim hvert þeir eigi að leita með einstök vandamál. Það eru mikil samskipti við notendur á hverjum degi og það gerir starfið svo áhugavert og lærdómsríkt. Ég sit líklegast að meðaltali 2–3 fundi hvern dag og getur það verið allt frá fundum innan Rauða krossins yfir í fundi með ráðuneytum eða styrktaraðilum, fundi með aðstandendum eða einstaklingum sem þekkja til hugmyndafræðinnar og vilja hjálpa. Seinni part dagsins undirbúum við samstarfsfélagi minn vakt kvöldsins, undirbúum bilinn sem keyrir um götur höfuðborgarsvæðisins sex kvöld vikunnar, tökum svo á móti sjálfbóðaliðunum og erum svo á bakvakt fyrir sjálfbóða-

liðana. Þeir hringja í okkur í lok vaktar og skila vaktinni til okkar og svo hefst nýr vinnudagur daginn eftir. Daglegu störfin mín og okkar allra í Frú Ragnheiði einkennast ávallt af því að hugsa lausnamiðað, koma hlutum í farveg og framkvæma. Við fáum ákveðið frelsi og svigrúm til þess hjá mannúðarsamtökum og sjáum fallega hluti, sama hversu litlir eða stórir þeir eru, gerast á hverjum degi. Það er það sem ég tek svo með mér heim í lok dagsins — að við höfum áhrif,“ segir Elísabet.

„En á heildina litið horfi ég ávallt á þetta sem hjúkrunarfræðingur, ég sé ekki sjúkdóm, ég sé einstakling, einstakling sem þarf annaðhvort hlustun, ekki alltaf viðbrögð, en stundum viðbrögð, og þá er sérþekking mín og sjálfbóðaliða okkar tiltæk til að styðja við bakið á einstaklingnum til þess að hann haldi reisn áfram út í lífið, sama hvað hefur gerst áður.“

Mikilvægt að aðgreina vímuefnavanda og vímuefnanotkun

Það hefur orðið mikil vitundarvakning um fíkniefnavandann. Hvernig skilgreinir þú þennan vanda í dag? Mín upplifun á vímuefnum á Íslandi er sú að við hræðumst þetta og það er margt sem við skiljum ekki. Það er erfitt að bera okkur saman við önnur lönd og við viljum oft líta öðruvísi á hlutina því við erum Ísland, en þegar upp er staðið er fíkn nákvæmlega það, fíkn. Fíkn er aldrei eins hjá neinum tveimur. Við þurfum líka að aðgreina vímuefnavanda og svo vímuefnanotkun. Við sjáum ekki bara jaðarsettasta hópinn hjá okkur heldur líka alls konar fólk sem veit ekki hvert annað það getur snúið sér með hugleiðingar sínar um vímuefni. Við sjáum líka aðstandendur sem vita ekki hvert þeir geta snúið sér. En á heildina litið horfi ég ávallt á þetta sem hjúkrunarfræðingur, ég sé ekki sjúkdóm, ég sé einstakling, einstakling sem þarf annaðhvort hlustun, ekki alltaf viðbrögð, en stundum viðbrögð, og þá er sérþekking mín og sjálfbóðaliða okkar tiltæk til að styðja við bakið á einstaklingnum til þess að hann haldi reisn áfram út í lífið, sama hvað hefur gerst áður. Ég held við þurfum ekki að óttast það að vera að missa tök á neinu, en ég óttast aðgerðaleysi og þegar fólk vill ekki horfast í augu við stöðuna. Það sem ég óttast líka eru dauðsföll sem hægt er að koma í veg fyrir, til dæmis með sértækri nálgun heilbrigðiskerfis en hún er að vísu ekki í auglýsni enn sem komið er. En það er hægt, fræðin eru til staðar.“

*Elísabet Herdísar Brynjarsdóttir með
viðurkenninguna og blómvönd þegar hún
var valin „Framúrskarandi ungur
Íslendingur“ árið 2020.*



Mikilvægt að gefa heimilislausum pláss og áheyrn

Markhópur Frú Ragnheiðar er fyrst og fremst heimilislaust fólk. Hvaða áhrif hafði covid-19 á þennan hóp? „Covid-19 hafði áhrif sem við eigum enn eftir að greina, en þetta var gífurlega þungt ár. Ég tel ástæðuna á bak við það vera að jaðarsettur hópur stendur frammi fyrir skertu aðgengi og hindrunum innan heilbrigðiskerfisins á venjulegum degi. Með heimsfaraldrinum skertist aðgengi að öðrum hlutum líka og vandinn varð stærri. Aðgengi að hreinlæti skertist, aðgengi að salernisaðstöðu, grímuskyldan hafði mikil félagsleg áhrif. Svo eru það þeir sem fengu bakslag og byrjuðu kannski að nota aftur vímuefni eftir að hafa verið án þeirra í mörg ár. Það er margt sem við eigum enn þá eftir að skilja en verðum að gefa okkur rými til að skilja. Og gefa þessum viðhorfum, sem urðu á einhvern hátt eftir í samfélagslegri umræðu, pláss og áheyrn,“ segir Elísabet þungt hugsi yfir ástandinu.

Þú brennur greinilega fyrir starfi þínu og hefur náð ótrúlega góðum árangri í skipulagningu starfsins og ert greinilega mikil baráttukona jaðarsettra hópa. Hún hlær. „Ég hreinlega veit ekki af hverju ég er í þessu hlutverki. Ég hef oft velt því fyrir mér. En niðurstaðan er yfirleitt einhver sem nær til grunnilda minna sem einstaklings í stóru samfélagi. Ég er ég, en ég tilheyri líka stærra samhengi. Ég er hjúkrunarfræðingur og við tölum fyrir reisu einstaklinga, sjálfstæði þeirra og rétti þeirra til ákvarðanatöku innan heilbrigðiskerfisins. Ég fór að vinna fyrir einstaklinga sem ná oft ekki einu sinni inn í heilbrigðiskerfið, og hver er þá ákvörðunarréttur þeirra? Ég sé sóknarfæri í því að nýta mína sérþekkingu sem hjúkrunarfræðingur, nýta mína samfélagsstöðu sem einstaklingur sem hefur notið forréttinda, og tala með þeim sem fá oft ekki áheyrn. Ég hef upplifað þessa skilgreiningu á tilvist hjá mörgum af minni kynslóð, og sterkasta skynjum mín af þessu var þegar ég tók þátt í að stofna til loftslagsverkfalla ungmenna á Íslandi. Við erum að berjast fyrir bjartari framtíð því það er framtíðin sem við viljum. Staðan í dag er aukinn ójöfnuður, en það er hægt að

hafa hugrekkið til að bregðast við. Og ég tel það vera sjálfsagt mál að nýta mína sérþekkingu til þess að bregðast við. En ég er líka að starfa við það og mér finnst það sjálfsagt,“ segir Elísabet og glottir út í annað.

„Ég tek þessu ekki sem sjálfsögðum hlut, en ég átti erfitt með þetta því ég vinn náið með hetjum sem hafa gleymst og fá oft ekki viðurkenningar, hvað þá grundvallarþjónustu, og mannréttindi þeirra oft ekki virt. En móðir mín sagði við mig að ég gæti líka litið á þetta á þann veg að það væri verið að veita okkur öllum viðurkenningu — málstaðnum og þessari sterku skírskotun til hjúkrunar.“

Varð djúpt snortin út af viðurkenningunni

Þú varst valin árið 2020, sem Framúrskarandi ungur Íslendingur árið 2020 af JCI-hreyfingunni á Íslandi fyrir framlag þitt á sviði mannúðar- og sjálfbærniáðamála. Er það ekki svolítið fullorðins, og hvernig varð þér við þegar þú fékkst tilkynninguna um valið? „Mér finnst þetta mjög flókið. Ég átti mjög erfitt með þetta og sagði engum frá fyrr en fréttin birtist opinberlega. Ég var á báðum áttum með viðurkenninguna þegar ég fékk hana, bæði var ég mjög djúpt snortin yfir því að einhver væri tilbúinn að veita mér viðurkenningu fyrir öll mín störf í gegnum mínu stuttu lífstíð og varð meyr. En ég varð líka hugsuð því ég veit að ég hlaut viðurkenninguna líka að hluta til út af mínum forréttindum. Og þar flæktust málín. Ég tek þessu ekki sem sjálfsögðum hlut, en ég átti erfitt með þetta því ég vinn náið með hetjum sem hafa gleymst og fá oft ekki viðurkenningar, hvað þá grundvallarþjónustu, og mannréttindi þeirra oft ekki virt. En móðir mín sagði við mig að ég gæti líka litið á þetta á þann veg að það væri verið að veita okkur öllum viðurkenningu — málstaðnum og þessari sterku skírskotun til hjúkrunar. Að þetta sé eitthvað sem sé viðurkennt. Og það gaf mér styrk áfram eftir erfitt ár.“

Brennur fyrir mannréttindum og málsvarahlutverki hjúkrunarfræðinga

Ertu ekki að rifna yfir stolti yfir þínum árangri og hvað þú ert að gera frábæra hluti með þínu góða samstarfsfólki? „Jú, ég vakna þakklát á hverjum degi fyrir sjálfbærniáðana sem stuðla að því að ekki ein vakt falli niður í miðjum heimsfaraldri og fyrir að notendur þjónustunnar treysta okkur fyrir málsva-starfi, treysta okkur fyrir sögum sínum og treysta okkur fyrir því að hitta sig til að stuðla að heilsu þeirra. Ég brenn fyrir mannréttindum, málsvarahlutverki hjúkrunarfræðinga og stefnumótun út frá sjónarhorni hjúkrunarfræðinga og hef einnig dálæti á að kenna hjúkrunarnemum sem brenna alltaf af áhuga, hef verið aðstoðarkennari og stundakennari við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands síðan ég var nemandi og síðar sem útskrifaður hjúkrunarfræðingur.“

Hvað gerir þú til að tæma hugann að loknum vinnudegi? „Síðustu ár hafa einkennst mikið af vinnunni minni og ég er gífurlega þakklát fyrir öll tækifærin þar. En ég hef þurft að koma mér upp góðum ráðum til þess að komast í gegnum öll þessi tímabil og að starfa í óútreiknanlegu umhverfi á hverjum degi. Ég á gífurlega góða og sterka fjölskyldu og vini sem styðja við bakið á mér, ég reyni að læra eitthvað nýtt í hverjum mánuði og hef nýlega byrjað að þrjóna. Mig langar að skrá mig í smíðanámskeið bráðlega. Ég veit að samkenndarþreyta er eitthvað sem getur orðið til hjá heilbrigðisstarfsfólki og öðrum sem starfa mikið með öðrum og fyrir aðra, og ég reyni mitt besta til að passa upp á mig og temja mér jákvæð hollráð. Hugleiðsla, slökun, útivist og kærleiksríkur félagsskapur er eitthvað sem ég reyni að umvefja mig.“

Kærleiksrík leiðtogahæfni er líka eitthvað sem ég reyni að tileinka mér í starfi, að taka ákvarðanir og stýra verkefnum af umhyggju og vera óhrædd við það. Það er sama hvað kemur á borð til mín, ég reyni að standa með mínum gildum og stundum er það erfitt en það borgar sig alltaf fyrir mig sem mann-skju,“ segir Elísabet kát í bragði og ánægð og stolt með stöðu sína í dag.

Viðtal: Magnús Hlynur Hreiðarsson

Ásta Thoroddsen formaður ritstjórnar um ICNP hjá ICN

Ásta Thoroddsen, prófessor við Hjúkrunarfræðideild HÍ, hefur verið valin formaður nýrrar ritstjórnar sem nýlega var sett á laggirnar fyrir flokkunarkerfið ICNP (International Classification of Nursing Practice) af hálfu ICN, Alþjóðaráðs hjúkrunarfræðinga. Hlutverk ritstjórnarinnar er að vera tengiliður við stjórn ICN og SNOMED Interna-

tional, vinna að framgangi og innleiðingu á ICNP á alþjóðavísu. „Það er mikill heiður fyrir mig og hjúkrunarfræðinga á Íslandi að vera valin í þetta embætti. Með þessu skapast tækifæri fyrir okkur að hafa enn meiri áhrif á hvernig hjúkrun er kynnt í gegnum hjúkrunarnæm hugtök og hvaða hugtök í hjúkrun við vijum sjá í ICNP.“

Móttaka og starfsþróun hjúkrunarfræðinga af erlendum uppruna á Landspítala

Hrund Sch. Thorsteinsson¹ og Kristín Salín Þórhallsdóttir²

Það krefst mikillar þrautseigju og dugnaðar að hefja störf sem hjúkrunarfræðingur í nýju landi, framandi starfsumhverfi og þar sem tungumálið er erfitt. Á undanförunum árum hefur hjúkrunarfræðingum af erlendum uppruna fjölgað jafnt og þétt á Landspítala og líklegt er að svo verði áfram. Landspítali, eins og aðrar heilbrigðisstofnanir, þarf á þessum hjúkrunarfræðingum að halda til að manna stöður hjúkrunarfræðinga á spítalanum. Því er mikilvægt að þeir séu ánægðir og haldist í starfi. Hvernig staðið er að ráðningu, móttöku og aðlögun að starfi, þ.m.t. starfsþróun, ræður þar miklu um. Ljóst er að mikill fengur er í erlendum hjúkrunarfræðingum sem vilja starfa á Íslandi.

Starfsþróun íslenskumælandi hjúkrunarfræðinga á Landspítala

Hjúkrunarfræðingum í starfi á Landspítala hefur um árabil staðið til boða ýmiss konar starfsþróun í formi fyrirlestra, námskeiða, verklegrar þjálfunar og fleira. Starfsþróun á spítalanum er annars vegar miðlæg á vegum menntadeildar og hins vegar deildarbundin. Starfsþróunartækifæri fyrir íslenskumælandi hjúkrunarfræðinga á vegum menntadeildar hafa aukist verulega á síðustu árum, m.a. með auknu framboði á rafrænum námskeiðum og með tilkomu kennslu- og hermiseturs Landspítala. Þegar erlendir hjúkrunarfræðingar hafa náð góðum tókum á íslensku og þeir eru tilbúnir til taka þeir þátt í starfsþróun með íslenskumælandi kollegum sínum.

Síðan 2014 hefur menntadeild Landspítala jafnframt boðið upp á starfsþróunarár fyrir nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga. Markmið starfsþróunarársins er að tryggja öryggi sjúklinga og bæta gæði hjúkrunar með því að efla þekkingu og færni nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga. Aðlögun þeirra að starfsumhverfi er þannig flýtt með skipulagðri starfsþróun, vinnusmiðjum, hermikennslu, jafningjastuðningi o.fl.

Móttaka og starfsþróun erlendra hjúkrunarfræðinga á Landspítala

Á annað hundrað erlendir hjúkrunarfræðingar starfa nú á Landspítala, 32 karlar og 100 konur, og eru 8% allra hjúkrunarfræðinga sem þar starfa. Til samanburðar voru innflytjendur á Íslandi 15% í september 2020 skv. upplýsingum frá Hagstofu. Erlendir hjúkrunarfræðingar, sem starfa á Landspítala nú, eru frá alls 23 löndum. Þau eru:

Albanía	Danmörk	Lettland	Sviss
Ástralía	Filippseyjar	Litháen	Svíþjóð
Bandaríkin	Frakkland	Noregur	Tæland
Belgía	Ítalía	Pólland	Ungverjaland
Brasilía	Kanada	Slóvakía	Þýkaland
Bretland	Kína	Spánn	

Haustið 2019 óskuðu deildarstjórar eftir að ferli ráðningar, móttaka og starfsþróun erlendra hjúkrunarfræðinga yrði bætt. Brýnt var talið að bregðast hratt við þeirri

¹ Hjúkrunarfræðingur PhD, deildarstjóri á menntadeild Landspítala
² MS í mannauðstjórnun, verkefnastjóri á menntadeild Landspítala

ósk, ekki síst vegna erlendu hjúkrunarfræðinganna sjálfra, en einnig vegna samstarfsfólks þeirra og stjórnenda. Sett var af stað verkefni innan menntadeildar sem hafði það að markmiði að

- Skýra og samræma verklag við ráðningu og móttöku erlendra hjúkrunarfræðinga
- Jafna aðstöðumun erlendra og íslenskra hjúkrunarfræðinga hvað varðar starfsþróun
- Tryggja móttöku og aðlögun við hæfi, byggða á þekkingu og reynslu
- Flýta aðlögun að starfi á Landspítala
- Auka hæfni erlendra hjúkrunarfræðinga til að takast á við það sem reynir á í starfinu við nýjar aðstæður
- Auka öryggi sjúklinga og starfsmanna, bæta gæði þjónustu, auka starfsánægju og festu

Starfsþróun erlendra hjúkrunarfræðinga

Auk íslenskunámskeiða, sem erlendum hjúkrunarfræðingum standa til boða, er starfsþróun erlendra hjúkrunarfræðinga nú tvíþætt. Annars vegar hefur verið boðið upp á námskeið eða þjálfun fyrir erlenda hjúkrunarfræðinga sem hafa starfað hér í meira en 1–2 ár, hafa reynslu af starfi innan Landspítala og hafa náð nokkrum tókum á íslensku. Þeim er boðið upp á námskeið þar sem töluð er íslenska, en farið hægar yfir og enska notuð til útskýringar eftir þörfum. Markmið námskeiðanna er að erlendir hjúkrunarfræðingar fái tækifæri til að tala um hjúkrun og þjónustu við sjúklinga á íslensku. Innihaldi starfsþróunarinnar svipar til þess sem er í boði fyrir íslenska hjúkrunarfræðinga, en einnig var haft samráð við erlenda hjúkrunarfræðinga um val á efni og efnisþáttum. Þá standa þeim einnig til boða rafræn námskeið á ensku.

Markmið starfsþróunarársins var að auka öryggi þeirra í starfi og leggja grunn að farsælum starfsferli. ... Ólíkt íslenskum hjúkrunarfræðingum á starfsþróunarári eru erlendir hjúkrunarfræðingar sem hingað koma með mismikla starfsreynslu og ólíkt grunnnámi.

Í janúar 2020 hófst starfsþróunarár fyrir hóp erlendra hjúkrunarfræðinga sem höfðu starfað á Landspítala innan við ár. Kennit var á ensku. Markmið starfsþróunarársins var að auka öryggi þeirra í starfi og leggja grunn að farsælum starfsferli. Á þessu fyrsta starfsþróunarári fyrir erlenda hjúkrunarfræðinga voru skráðir 40 þátttakendur. Í heildina var starfsþróunarárið sjö fræðsludagar sem dreifðust yfir árið og lauk í janúar 2021. Fræðslan á starfsþróunarárinu fólst í fyrirlestrum, kennslu á rafræn kerfi spítalans, handleiðslu reyndra hjúkrunarfræðinga, jafningjastuðningi og færniþjálfun. Innihald starfsþróunarárs

fyrir nýútskrifaða íslenska hjúkrunarfræðinga var haft til hliðsjónar auk þess sem haft var samráð við deildarstjóra og erlendu hjúkrunarfræðingana sjálfa um hvaða efni væri mest þörf fyrir. Ólíkt íslenskum hjúkrunarfræðingum á starfsþróunarári eru erlendir hjúkrunarfræðingar sem hingað koma með mismikla starfsreynslu og ólíkt grunnnámi. Taka þarf tillit til þess þegar innihald fræðslu og þjálfunar er ákveðið. Í lok hvers starfsþróunardags voru þátttakendur beðnir um að meta daginn, kennsluaðferðir og gefa ábendingar um hvað mætti betur fara ásamt því að benda á hvaða fræðslu eða þjálfun þeir töldu sig hafa mest gagn af. Þannig var hægt að sníða starfsþróunarárið að þátttakendum.

Á starfsþróunarárinu voru allir hjúkrunarfræðingarnir í stuðningshópum sem var stýrt af reyndum íslenskum hjúkrunarfræðingum sem allir höfðu reynslu af því að flytjast búferlum og starfa sem hjúkrunarfræðingur í öðru landi.

Ásamt þeim markmiðum sem áður er getið er eitt af markmiðum starfsþróunarárs erlendra hjúkrunarfræðinga að tengja hópinn saman, en rannsóknir hafa sýnt að jafningjastuðningur er mikilvægur þegar verið er að taka fyrstu skrefin á nýjum vinnustað. Á starfsþróunarárinu voru allir hjúkrunarfræðingarnir í stuðningshópum sem var stýrt af reyndum íslenskum hjúkrunarfræðingum sem allir höfðu reynslu af því að flytjast búferlum og starfa sem hjúkrunarfræðingur í öðru landi. Kostir þess að hafa stuðningshópa líkt og þessa eru að hjúkrunarfræðingar fá rými til þess að deila sinni reynslu með öðrum sem eru að kljást við svipaða reynslu.

Í heildina kom starfsþróunarárið vel út og voru þátttakendur sammála um að starfsþróunarárið hjálpaði þeim að takast á við starfið, jók starfsánægju, kynnti þeim betur starfsemi spítalans ásamt því að hvetja til frekari starfsþróunar í hjúkrun. Deildarstjórar lýsti einnig ánægju sinni með þetta fyrirkomulag. Nú í febrúar hófst nýtt starfsþróunarár fyrir nýlega ráðna erlenda hjúkrunarfræðinga á Landspítala. Þátttakendur eru liðlega tuttugu. Skipulag og innihald þess byggist að miklu leyti á fyrra starfsþróunarári og niðurstöðum úr könnun meðal þátttakenda á fyrra starfsþróunarári.

Niðurstaða okkar á Landspítala er að starfsþróun eins og hér er lýst, sem er sérsniðin að fræðsluþörfum hjúkrunarfræðinga sem hingað koma til starfa, sé forsenda farsæls starfs og samvinnu við íslenskumælandi hjúkrunarfræðinga og sjúklinga. Það er enn fremur mikilvægt að veita formlegan stuðning og hvatningu, bæði miðlægt og á deildinni sem viðkomandi starfar á. Við treystum því að hjúkrunarfræðingar taki vel á móti erlendum hjúkrunarfræðingum, aðstoði þá við að komast inn í starfið og sýni þeim tillitssemi og sanngirni fyrstu mánuðina í starfi. Það er trú okkar að til framtíðar muni störf þeirra hér auðga og efla hjúkrun á Íslandi.

Meira jafnræði á milli heilbrigðisstétta á Íslandi

Helga Ólafs

Holly Gumz frá Bandaríkjunum, Jessica Lohane Soles Soares frá Brasilíu og Matteo Pari frá Ítalíu hafa öll lokið starfsþróunarnámi fyrir erlenda hjúkrunarfræðinga sem menntadeild Landspítala hefur staðið fyrir frá því á síðasta ári. Þau eru sammála um að námskeiðið hafi verið þeim gagnlegt og hlakka til þess næsta sem haldið verður á íslensku. Í viðtali við Tímarit hjúkrunarfræðinga segja þau lesendum frá hvað það var sem varð til þess að þau komu hingað til starfa og hvernig þeim hefur gengið að fóta sig á Íslandi.

Svo kom Brexit!

Ástæðurnar eru ólíkar fyrir komu þeirra. Matteo, sem var búsettur á Englandi, kom hingað fyrst í brúðkaupsferð árið 2012. „Ég varð heillaður af landinu og í raun var Ísland alltaf í huganum eftir þessa ferð en við vorum að fjárfesta í húsi og ég var í hjúkrunarnámi. Svo kom Brexit. Í kjölfar Brexit breyttist allt á bara tveimur árum. Ég hugsaði með mér að ákjósanlegast væri að fara eitthvað annað í tvö ár eða svo og þá kom Ísland upp í hugann,“ rifjar hann upp. Hann fann enska útgáfu á vef Land-



*Matteo Pari, Holly Gumz
og Jessica Lohane Soles Soares.*



WELLION GALILEO^{GLU/KET} KETÓNA- OG BLÓÐSYKURMÆLIR

Mældu ketóna- og blóðsykurgildi með eina og sama mælinum

Hjá fólki með sykursýki er mikilvægt að mæla ketónagildi ef blóðsykur hefur verið hár svo hægt sé að meta hvort viðkomandi sé í hættuástandi (diabetic ketoacidosis). Mæling með blóðdropa er mun nákvæmari en aðrar leiðir sem hingað til hafa verið notaðar til að mæla ketónagildi.

Með **Wellion GALILEO** er hægt að mæla bæði ketóna- og blóðsykurgildi. Mælirinn nemur hvort verið sé að mæla ketóna- eða blóðsykurgildi eftir því hvor strimillinn er settur í mælinn. Blóðdropi er settur á glúkósa- eða ketónastrimil og niðurstaða fæst á 5 – 8 sekúndum. Mælirinn er traustur, nákvæmur og með stórum skjá og ljósi til að auðvelda mælingu.

Mælirinn hentar sem öryggistæki fyrir fólk með sykursýki teg.1, heimilislækna, fólk með insúlíndælu og læknastöðvar á landsbyggðinni.

Nánari upplýsingar veitir Júlíus Arnarson: julius@fastus.is

sítalans og ákvað að freista gæfunnar og sækja um. Eiginkona hans var ekki eins bjartsýn: „Það sakar ekki að reyna en þú færð ekkert svar,“ sagði hún. En Matteo sendi tölvupóst að morgni til og svarið barst um hádegisbil þar sem honum var boðið að koma í atvinnuviðtal. Eftir smáumhugsun sló hann til og stuttu síðar, eða í janúar 2020, voru þau flutt hingað með son sinn og annað barn á leiðinni.

Fyrsta reynsla hennar af íslenska heilbrigðiskerfinu var heldur óvenjuleg. „Ég lenti eiginlega í árekstri. Ég var nýkomin til landsins og var að hjóla í ræktina og kona opnaði snögg bílhurð og ég skall á hana og flaug af hjólinu,“ segir Holly.

Flaug af hjólinu og beint á gjörgæslu

Bernskudraumur Holly að búa erlendis rættist óvænt þegar kærasti hennar rambaði á upplýsingar um meistaranám í jarðhitafræði við Íslenska orkuháskólann: „Væri það ekki skondið ef ég sækti um og kæmist að og við gætum búið á Íslandi í tvö ár?“ Þetta var meira grín en alvara, segir Holly, en hér erum við komin. Fyrsta reynsla hennar af íslenska heilbrigðiskerfinu var heldur óvenjuleg. „Ég lenti eiginlega í árekstri. Ég var nýkomin til landsins og var að hjóla í ræktina og kona opnaði snögg bílhurð og ég skall á hana og flaug af hjólinu,“ segir Holly. Hún leitaði til Landakots og var ekið þaðan á bráðamóttökuna í Fossvogi. „Ég grét alla leiðina þangað og ég man að einn hjúkrunarfræðingurinn bauð mig velkomna til Íslands og sagði að þau vantaði hjúkrunarfræðinga. Stuttu seinna var ég komin í þjálfun í Fossvoginum sem sjúkraliði,“ en hún starfar á B4 – heila- og taugadeild. Holly rifjar upp að nokkru eftir óhappið hafi konan, sem olli óhappinu, boðið henni í kaffi og það hafi verið eftirminnilegt og fallet af henni. Þetta var sumarið 2019.

Kveið kuldalum

„Til að gera langa sögu stutta kom ég hingað fyrir tilstilli fjölskyldu stúlku sem dvaldi hjá okkur í Brasilíu sem skiptinemi,“ segir Jessica. Faðir skiptinemans er íslenskur og móðirin frá Noregi en þau búa í Noregi en reka einnig fyrirtæki hér á landi. Upphaflega átti Jessica að aðstoða við reksturinn en hún hafði þá nýlengi hjúkrunarnámi í Brasilíu. „Það var erfið ákvörðun að skilja kærastann eftir og systir mín var á þeim tíma barnshafandi og svo kveið ég kuldalum en mig hafði alltaf langað að fara út fyrir landsteinana,“ rifjar hún upp. Þegar hún kom hingað í september 2018 skráði hún sig strax í íslenskunám og sótti síðar um starf hjá Landspítalanum. „Það kostaði ekki neitt að sækja um en ég taldi það langsótt, en þau voru bjartsýn og ég fékk starfið.“ Jessica byrjaði í júlí 2019 sem sjúkraliði en það tók alllangan tíma að fá hjúkrunarleyfið sem barst svo í desember 2020 og nú starfar hún á A6-lungnadeild með Matteo. Hún býr í íbúð þeirra hjóna sem þau eiga hér á landi en þau búa í Noregi. „Ég á ekki til orð hve þakklát ég er þeim en vegna þeirra er ég hér.“



„Í Brasilíu eru lækna líkt og guðir“

Aðspurð um reynslu þeirra af því að starfa hjá íslenska heilbrigðiskerfinu eru fyrstu viðbrögð þeirra að hér sé minni munur á heilbrigðisstéttum. „Í Brasilíu eru lækna líkt og guðir,“ segir Jessica. Hér er mun meira jafnvægi og ekki þessi aðgreining sem þekkist víða erlendis,“ segir hún jafnframt. „Og meira að segja meðal þeirra sem vinna í mótuneytinu. Það er mjög virðingarvert.“ Matteo tekur undir og segir Breta leggja sig í líma við þennan mannarmun og til frekari aðgreiningar er hver starfsstétt með sinn eigin vinnufatnað. „Við erum í raun öll að vinna sömu vinnuna en hver með sinni aðferð,“ segir hann. Þar sem heilbrigðiskerfið í Bandaríkjunum er einkarekið veldur það því að fólki er mismunað eftir efnahag, segir Holly. „Ég er því mjög hrifin af íslenska heilbrigðiskerfinu,“ segir hún.

Þrátt fyrir að þau Holly, Matteo og Jessica hafi dvalið hér í tiltölulega skamman tíma eru þau óhrædd við að tjá sig á íslensku en erlendum hjúkrunarfræðingum, sem starfa hjá Landspítalann, stendur til boða að sækja íslenskunámskeið. Jessica hefur verið hér lengst og talar reiprennandi íslensku. Til að byrja með hjálpaði það henni mikið að sitja og hlusta á samstarfsfólkið spjalla í matar- og kaffihléum. Matteo vill gjarnan tala meiri íslensku en fyrir honum er það mikilvægt að viðkomandi sættist á að íslenskan hans sé ekki fullkomin. Þau segja móttökurnar, sem hjúkrunarfræðingar af erlendum uppruna fá, vera til fyrirmyndar og það hafi verið mjög gagnlegt að sækja starfsþróunarnámskeiðið á vegum Landspítalans.

Vörutorg Icepharma

vorutorg.icepharma.is

Aðgengileg vefverslun fyrir fyrirtæki og stofnanir þar sem viðskiptavinir geta séð vöruframboð Icepharma og pantað vörur á sínum samningsverðum með rafrænum hætti.



Vörutorg Icepharma formlega tekið í notkun

Fujifilm Sonosite ömtæki

Betri meðferðarhaldi með Contour® Next One

Mikilvægi góðrar næringar

Cationorm augndropar

 **icepharma**
Vörutorg

Tungumálið er veigamesta atriðið

Hugleiðingar hjúkrunarfræðinga af erlendum uppruna

Það krefst hugrekkis að fara úr sínu kunnuglega umhverfi og því öryggi sem því fylgir og flytja til nýs lands, læra nýtt tungumál og kynnast nýju fólki og nýrri menningu fjarri fjölskyldu og vinum. Það eru margar hindranir sem hjúkrunarfræðingar af erlendum uppruna þurfa að yfir-stíga þegar þeir flytja hingað búferlum. Flestir finna fyrir óöryggi og kvíða þegar byrjað er í nýju starfi. Umhverfið er nýtt og andlitin ókunnug. Og það er nýtt og framandi tungumál. Nokkrir hjúkrunarfræðingar af ólíkum uppruna deila með okkur reynslu sinni og hvaða erfiðleikum þeir stóðu frammi fyrir.

Holly frá Bandaríkjunum

Þegar ég hugsa til baka þá var það í fjöldamörg skipti sem ég lagði ekki í að segja að ég skildi ekki íslensku. Það tók mig marga mánuði að öðlast það öryggi að geta sagt með öryggi: „Ég skil ekki,“ án þess að röddin titraði eða ég roðnaði upp í hársrætur. Þetta er einhver viðkvæmni sem ég á erfitt með að koma í orð — brothætt samband sem ég á við Ísland sem ég þarf að meðhöndla með mikilli varúð — þetta hárfína jafnvægi sem ég berst við að halda. Ég vil vera fullgildur meðlimur í mikilsmetinni hjúkrunarstétt og ég vil ekki vera byrði á samstarfsfóki mínu eða ógna á einhvern hátt öryggi sjúklinga minna.

Tungumálið eitt er heilmikil hindrun fyrir okkur sem komum hingað. Þar fyrir utan er fólkið okkar ekki með okkur, fjölskylda og vinir, en það að vera fjarri kunnugleikanum veldur innri baráttu. Þrátt fyrir að ég sé óendanlega þakklát fyrir að fá tækifæri til að búa hér og starfa þá finnst mér oft að ég sé ein. Að eiga samskipti í gegnum samfélagsmiðla og í síma við ástvini sína er háð takmörkunum. Það er ekki eins og að vera með fólkinu sínu.

Kórónufaraldurinn hefur síðan því miður haft margvísleg félagsleg áhrif. Sem útlendingur í fjarlægu landi hef ég ekki þann stuðning sem ég bjó við áður og hef þurft að feta mig í gegnum það, t.a.m. hvernig ég ætti að panta mat og koma mér til vinnu. Þrátt fyrir að það sé ákveðin eftirvænting í að búa til nýjar hefðir og vana og uppgötva nýja staði (besta mjólkurkaffið er í Sandholtsbakarí) þá sakna ég oft kunnugleikans heiman frá. Þá fer mikið af andlegri orku í að viðhalda sambandi við fjölskyldu og vini og að ganga úr skugga um að allt sé í lagi heima og allir heilbrigðir.

Það koma tímar þar sem mig langar aftur heim. Ég hef grátið eftir vinnudag og ég hef fundið vanmátt minn að geta ekki tengst sjúklingum mínum eins og ég hefði viljað vegna tungumálaörðugleika. Mér finnst ég alltaf standa einu skrefi fyrir aftan samstarfsfélaga mína þegar þeir ganga áhyggjulausir til og frá vöktum. Það að þreifa sig áfram í þoku framandi tungumáls (þrátt fyrir að ég geri mitt besta til að læra það) veldur því að manni miðar hægar en óskandi hefði verið í þeim verkefnum sem maður tekur sér fyrir hendur. En það mun koma að því að ég þurfi ekki lengur að biðja fólk um að tala hægar eða endurtaka það sem það sagði. Og sömuleiðis kemur að því að ég þurfi ekki að hefja símtal á því að biðja viðkomandi að tala hægt og á eins einföldu máli og unnt er. Ég veit að sá dagur mun koma, en þangað til ætla ég að halda áfram að bæta við þekkingu mína í starfsþróunarverkefninu á Landspítala. Ég mun halda áfram að biðja um aðstoð frá samstarfsfólkinu mínu og reyna að gleyma ekki að ég er ekki ein.

River frá Filippseyjum

Það er ekki tekið út með sældinni að flytja til Íslands og starfa hér en það skiptir miklu máli hve vel maður er undirbúinn. Mig langar að deila hér nokkrum atriðum frá þessari vegferð minni við að festa hér rætur svo vel að vindhviðurnar nái ekki að feykja mér út í buskann.

Tungumálið er veigamesta atriðið hjá öllum sem ákveða að fara úr sínum þægindahring yfir til hins ókunna. Mörgum finnst vissulega erfitt að læra nýtt tungumál en mér finnst það beinlínis spennandi.

Við fyrstu kynni mín af vinnustaðnum leið mér eins og ég væri sífellt að leita að nál í heystakki við að finna réttu orðin. Það koma tímar þar sem ég hef leitt hugann að því hví í ósköpunum ég var að flytja hingað? En tíminn vann með mér og áður en ég vissi af var ég búin að læra meira og meira og komast áfram í vöndunarhúsi íslenskunnar. Í gegnum starfsþróunarnám á vegum Landspítalans var okkur boðið upp á mismunandi leiðir í íslenskunámi og þar fengum við efni til að dýpka þekkingu okkar.

Í hreinskilni sagt var ég eiginlega skelkuð að flytja hingað, sér í lagi vegna vanmáttar af því að koma frá Asíu. Ég hugsaði með mér að ég yrði fyrir áreitni vegna húðlitar míns þar sem flestir þeir sem hér búa eru hvítir. Þær áhyggjur voru ekki á rökum reistar. Þrátt fyrir að Íslendingar geti verið fálátir á stundum hafa þeir verið hlýir við mig og mér hefur þótt ég velkomin hér. Rasismi er því miður veruleiki víðast hvar en þær móttökur, sem ég hef fengið, hristu fljótt þá hræðslutilfinningu af mér.

„Þú verður að aðlagast veðrinu því það getur breyst á næsta andartaki.“ Þessi setning hefur fylgt mér allar götur frá því að ég flutti hingað. Ég hef aldrei borðað eins hollan mat og frá því að ég flutti hingað enda úrvalið af heilsusamlegum mat frábært og það hefur sannarlega gert mér gott.

Vinnuaðstaður hér á landi eru með því besta sem ég hef nokkurn tíma kynnst. Hvernig stéttarfélögin og yfirvöld vernda sitt fólk er til fyrirmyndar. Í lokin: Lífið hér er eins og rússíbani, það fer upp og niður og það er undir hverjum og einum komið hvernig þeir njóta ferðarinnar.

Reina frá Filippseyjum

Hvar á ég eiginlega að byrja? Ég er svolítið innhverf manneskja og þá er það átak að hefja samtal við innfædda. En ef maður stekkur bara í djúpu laugina kemst maður að því hve hlýtt fólkið er og reiðubúið að bjóða mann velkominn.

Tungumálið! Það er á brattann að sækja alla daga fyrir alla útlendinga. En það er spennandi að læra nýtt og nýtt orð, að heyra ný máltæki og að búa til nýjar setningar. Þetta er lærdómsríkt ferðalag en um leið og maður nær tökum á málinu og verður fær í munnlegum samskiptum þá er ferðalagið svo sannarlega þess virði. Og svo er það veðrið! „Ef þér list ekki á veðrið skaltu bara bíða í fimm mínútur.“ Fyrir útlending frá hitabeltislandi er það afar fjarlæg hugsun að gá til veðurs til að ákveða í hvað maður á að fara áður en lagt er í hann.

Ég hef heldur betur vanmetið hve veðrið getur verið breytilegt hér og staðið frammi fyrir að vera með frosna fingur eftir að ég fór út í glaða sólskini. Fyrir alla náttúruunnendur ætti Ísland að vera á óskalistanum vegna hinnar ægífögru náttúru.

Jessica frá Brasilíu

Það er flókið að búa í fjarlægum landi og það eru margar hindranir sem hjúkrunarfræðingar af erlendum uppruna þurfa að yfirstíga. Persónulega þykir mér erfiðast að geta ekki átt fullnægjandi samskipti vegna tungumálaörðugleika. Það er svo margt sem ég sakna: maturinn, sólin og fjölskylda mín, svo ekki sé minnst á faðmlög á tímum kórónuveirufaraldursins. En þrátt fyrir allt er ég mjög þakklát fyrir minn vinnustað og allt það frábæra fólk sem er í kringum mig. Ég legg mig fram um að halda í jákvæðnina og gera mitt besta að vera góð manneskja, og ekki síst góður hjúkrunarfræðingur.

Hjúkrun í „heimsþorpinu“

Þorgerður Ragnarsdóttir

Alþjóðlega viðurkennd hjúkrunarmenntun er lykill að öruggum störfum um allan heim. Það er meðal þess sem gerir menntunina eftirsóknarverða fyrir ungt fólk. Frá upphafi hjúkrunar á Íslandi höfum við notið starfskrafta hjúkrunarfræðinga víða að. Íslenskir hjúkrunarfræðingar hafa líka alla tíð verið víðförlir. Fjölpjóðlegur bakgrunnur hjúkrunarfræðinga er meðal þess sem gefur starfinu gildi.

Hreyfanlegur starfskraftur

Það kann að virðast einfalt mál fyrir hjúkrunarfræðinga að flytja til annars lands og hefja þar störf. Vinnuafli þeirra er alls staðar eftirsótt og fjölmargir leggja land undir fót, ýmist á vit ævintýra eða í von um betri lífskjör. Hjúkrunarfræðingar sem flytja til annarra landa til starfa eiga það sammerkt að vilja helst aðlagast fljótt (Choi, Cook og Brunton, 2019). Raunin er þó sú að mörgum reynist erfitt að fóta sig á nýjum stað (Brunton og Cook, 2018; Brunton o.fl., 2019). Sinn er siðurinn í landi hverju og menningarmunur, samskiptaerfiðleikar, vinnuálag, valdamismunur á milli erlendra hjúkrunarfræðinga og þeirra sem eru hagvanir heima fyrir getur hamlað skilvirkni í teymisvinnu og ógnað öryggi sjúklinga. Glíman við nýtt og framandi tungumál er tímafrek og svo er snúið að semja sig að nýjum háttum, viðhorfum og reglum. Slík aðlögun gerist ekki einhliða heldur þarf hún að vera gagnkvæm, þar sem bæði aðkomnir og heimavanir laga sig að nýjum aðstæðum (Brunton og Cook, 2018; Brunton M. o.fl., 2019; Choi, Cook og Brunton, 2019).

Ekki á heimavelli

Allt frá upphafi íslenskrar hjúkrunarsögu hafa íslenskir hjúkrunarfræðingar sótt menntun og reynslu víða um lönd (Margrét Guðmundsdóttir, 2010). Margir koma aftur reynslunni ríkari um það hvernig er að vera aðkomumaður og hvað það er krefjandi að hasla sér völl sem slíkur.

Sjálf hef ég reynslu af að starfa í Danmörku fyrir nokkrum áratugum síðan. Þangað fór ég stuttu eftir úrskrift, nokkuð rogginn með mína dæmigerðu íslensku skóladönsku. Þegar á hólminn var komið átti ég bæði erfitt með að skilja tungumálið og að gera mig skiljanlega. Ég sagði það sem ég kunni að segja en ekki endilega það sem ég vildi segja. Það kom fyrir að ég móðgaði samstarfsfólk og sjúklinga með rangri orðanotkun, tónfalli eða áherslum. Margir höfðu alls kyns útskýringar um lífið og tilveruna á reiðum höndum fyrir mig sem kom frá „lille Ísland“. Alls kyns kurteisvenjur voru framandi, hvenær átti að „þéra“, hvar mátti sitja og hvaða boðleiðir virkuðu. Í marga mánuði

Í marga mánuði fannst mér ég vera ótrúlega leiðinleg og litlaus því ég gat hvorki verið fyndin á dönsku né svarað fyrir mig ef mér misbauð. Ég varð dauðþreytt að loknum vinnudegi því það fylgdi því stöðugt álag að máta sig inn í aðstæðurnar.

fannst mér ég vera ótrúlega leiðinleg og litlaus því ég gat hvorki verið fyndin á dönsku né svarað fyrir mig ef mér misbauð. Ég varð dauðþreytt að loknum vinnudegi því það fylgdi því stöðugt álag að máta sig inn í aðstæðurnar. Ljósu punktarnir í tilverunni voru hjúkrunarfræðingar, kollegar mínir, flestir danskir, sem studdu mig með ráðum og dád. Þeir tóku mig með í mat, hittu mig utan vinnutíma, klöppuðu mér á bakið þegar ég misskildi, gerðu létt grín þegar svo bar undir, hughreystu mig þegar á móti blés og hvöttu mig áfram þangað til ég gat spjarað mig sjálf. Þær lögðu lykkju á leið sína til að hafa mig með og styðja mig og því fylgdi örugglega aukaálag fyrir þær. Ég er þeim ævinlega þakklát og hugsa til þeirra allra með hlýju.

Um þessar mundir starfa 115 erlendir hjúkrunarfræðingar sem eru skráðir hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) á Landspítala, meirihluti frá Asíu, aðallega Filippseyjum, margir frá ýmsum löndum Evrópu en færri frá öðrum heimsálfum. Þeir eru um 7% af 1740 hjúkrunarfræðingum sem starfa á sjúkrahúsinu. Auk þeirra eru einhverjir sem hafa ekki verið skráðir hjá Fíh enn sem komið er, en eru í Eflingu eða SFR (Landspítali, 2020). Samkvæmt upplýsingum frá Hagstofunni voru erlendir ríkisborgarar sem hlutfall af mannfjölda á Íslandi hátt í 14% árið 2020 (Hagstofa Íslands, 2021). Hlutfall erlendra hjúkrunarfræðinga á Landspítala er því mun lægra en hlutfall landsmanna með erlent ríkisfang.

Betri hjúkrun í heimsþorpinu

Ég efast ekki um að erlendir hjúkrunarfræðingar sem koma hingað eru í marga mánuði að glíma við svipuð tilvistarvanda-



mál og ég gerði í Danmörku á sínum tíma. Það hvernig við tókum á móti þeim og hvaða rými þeir fá getur haft töluverð áhrif á hvernig þeim vegnar. Við getum ekki án þeirra verið og þeir eru mikilvæg viðbót við samfélagið okkar. Til að komast hingað hafa þeir lagt mikið á sig og þurft að uppfylla ýmis skilyrði til að eiga kost á starfi hér. Okkar verkefni er að greiða leið þeirra fyrstu mánuðina og jafnvel árin í starfi og leik.

Mig grunar að margir hjúkrunarfræðingar, sem hafa hleypt heimdraganum, geti tengt við lýsinguna á minni reynslu hér að framan og að þeir hafi þurft tíma og stuðning góðra samstarfsmanna til að komast inn í starfið á nýjum stað. Það skiptir máli að þeir erlendu hjúkrunarfræðingar sem nú eru að hefja störf á Landspítala minnst tímans hér sem tíma vaxtar og eflingar í lífi sínu og starfi. Með opnum huga og í sameiningu geta hjúkrunarfræðingar sem stétt stuðlað að betri hjúkrun og auknum lífsgæðum hvar sem er í „heimsporpinu“.

Það hvernig við tókum á móti þeim og hvaða rými þeir fá getur haft töluverð áhrif á hvernig þeim vegnar. Við getum ekki án þeirra verið og þeir eru mikilvæg viðbót við samfélagið okkar.

Heimildir

- Brunton, M. og Cook, C. (2018). Dis/Integrating cultural difference in practice and communication: A qualitative study of host and migrant registered nurse perspectives from New Zealand. *International Journal of Nursing Studies*, 83, 18–24. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.04.005>
- Brunton, M., Cook, C., Kuzemski, D. Brownie, S. og Thirlwall, A. (2019). Internationally qualified nurse communication: A qualitative cross country study. *Journal of Clinical Nursing*, 28, 19–20. Sótt á <https://doi.org/10.1111/jocn.14968>
- Choi, S., Cook, C. og Brunton, M. (2019). Power distance and migrant nurses: The liminality of acculturation. *Nursing Inquiry*, 26(4). Sótt á <https://doi.org/10.1111/nin.12311>
- Hagstofa Íslands (2021). Mannfjöldi eftir sveitarfélögum, kyni, ríkisfangi og ársfjórðungum 2010–2020. Talnaefni á vefnum, sótt 04.03.2021 á https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__1_yfirlit__arsfjordingstolur
- Landspítali. (4. júní 2020). Hæfniskröfur. Tölvupóstur frá Telmu Sveinsdóttur. Sótt 4. júní 2020
- Margrét Guðmundsdóttir. (2010). *Saga hjúkrunar á Íslandi*. Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Er framtíð í að eldast?

Þóra Sif Sigurðardóttir

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



Þóra Sif Sigurðardóttir, forstöðumaður
Lögmanshlíðar og starfandi hjúkrunar-
forstjóri hjá Öldrunarheimilum Akureyrar.

Ungur maður var nýverið viðstaddur þegar verið var að hefja bólusetningu 90 ára og eldri við covid-19. Ummæli hans vöktu sannarlega athygli mína: „Hversu flottir eru þeir sem eru orðnir 90 ára! Einn þeirra var í alveg eins bol og ég, vatnsgreiddur, í toppstandi og sveiflaði bíllyklunum með vísifingri.“ Þarna virðist heilsuefning og heilbrigðisþjónusta án efa vera að skila sér. Og eflaust í einhverjum tilfellum góð genasamsetning.

En af hverju finnst okkur það vera skrítið að aldraðir séu jafningjar okkar og eigi framtíð? Flest okkar ná þeim áfanga að eldast og á afmælisdögum tölum við um það sem forréttindi að eldast og að heilsan sé góð. Svo eigum við aldraða ættingja eða vini sem við njótum þess að vera í samskiptum við sem jafningja.

Eftir að hafa starfað við öldrunarþjónustu undanfarin ár segi ég hiklaust: Já, það er framtíð í að eldast. En samfélagið virðist ekki alltaf vera á sama máli. Ákveðið viðhorf gagnvart öldruðum virðist sveima yfir í samfélaginu og endurspeglast víða. Eldra fólk og aldraðir, það er ekki alltaf gott að átta sig á um hvaða aldurshóp er verið að ræða.

Viðhorf okkar gagnvart öldruðum litast oft af umræðunni í samfélaginu og ýmiss konar fréttaflutningi. Fréttaflutningurinn „aumingja aldraðir“ er ekki alltaf jákvæður hvort sem um ræðir fráflæðisvanda, heimsendan mat að ekki sé minnst á hver á eiginlega að sjá um allt þetta gamla fólk þegar aldurshóparnir fara ört stækkaði og lífeyririnn dugir ekki til að framfleyta þeim.

67 ára skilgreindir aldraðir

Samkvæmt lögum er maður skilgreindur aldraður þegar 67 ára aldri er náð. En sem betur fer hefur heilsuefning, þekking á eigin heilsu og heilbrigðis- og velferðarþjónusta þróast til hins betra. Sem dæmi má nefna tannheilsu, en þeim fer ört fækkandi sem eru ekki með eigin tennur. Það var ekki raunin þegar ég vann mitt fyrsta sumar á hjúkrunarheimili sem sumarstarfsmaður. Hver gervigómurinn á fætur öðrum var burstaður á kvöldin að undanskildu einu tilfelli þar sem ómögulegt var að ná neðri gómnum úr einum íbúanna. Eftir ítrekaðar tilraunir kom í ljós að viðkomandi var með eigin tennur, mér til mikillar undrunar.

Viðhorf okkar gagnvart öldruðum litast oft af umræðunni í samfélaginu og ýmiss konar fréttáflutningi. Fréttáflutningurinn „aumingja aldraðir“ er ekki alltaf jákvæður hvort sem um ræðir fráflæðisvanda, heimsendan mat að ekki sé minnst á hver á eiginlega að sjá um allt þetta gamla fólk þegar aldursþóparnir fara ört stækkandi og lífeyririnn dugir ekki til að framfleyta þeim. Það er kannski ein gleðifrétt í lokin á sunnudagsfréttatímanum sem sýnir hamingjusama íbúa á hjúkrunarheimili við leik og störf við dynjandi undirleik harmonikku.

Í einhverjum tilfellum á neikvæði fréttáflutningurinn, sem hér er lýst, einhvern rétt á sér, en engin ástæða er til að alhæfa um alla aldraða. Flestir aldraðir hafa það gott, jafnvel mjög gott, og það má segja það upphátt án þess að skammast sín fyrir það. Í könnun á högum og líðan aldraðra frá árinu 2016 meta 73% aldraða heilsufar sitt gott, 76% stunda einhverja líkamsrækt 1–2 sinnum í viku og 89% búa í eigin húsnaði.



Okkar grunnþarfir breytast ekki þó að við eldumst. Við viljum vera í tengslum og samskiptum við aðra. Við viljum finna fyrir öryggi, hafa tilgang, halda áfram að þroskast og gleðjast. Það er öllum nauðsynlegt að takast á við ný viðfangsefni, það eru engin aldurstakmörk á því að þroskast, tileinka sér nýjungar og miðla þekkingu til annarra.

Það að eldast er ekki sjúkdómur!

Maður spyr sig stundum í hljóði hvort unga barnafólkið ætti ekki frekar að fá frítt í sund þegar það mætir þangað með barnahópinum eða njóta annarra fríðinda sem aldraðir hafa. Það að eldast er ekki sjúkdómur þó vissulega fylgi það þessu aldurstímabili að greinast með sjúkdóma eða það þurfi að sinna líkamlegu viðhaldi. Það á einnig við um önnur aldurstímabil. Okkar grunnþarfir breytast ekki þó að við eldumst. Við viljum vera í tengslum og samskiptum við aðra. Við viljum finna fyrir öryggi, hafa tilgang, halda áfram að þroskast og gleðjast. Það er öllum nauðsynlegt að takast á við ný viðfangsefni, það eru engin aldurstakmörk á því að þroskast, tileinka sér nýjungar og miðla þekkingu til annarra. Þrátt fyrir þetta reiknum við oft með því að aldraðir hafi ekki getu eða þekkingu til að tileinka sér nýjungar, t.a.m. tækninýjungar. Snjallsímar, spjaldtölvur og sambærileg tæki eru í notkun á flestum heimilum í dag, einnig á hjúkrunarheimilum. Þar hafa sífellt fleiri íbúar tileinkað sér tæknina á ýmsan hátt, hvort sem það er í alþjóðlegum hjólreiðakeppnum eða í samskiptum við aðstandendur sem búa erlendis eða bara í næstu götu. Tilgangurinn er að viðhalda og auka lífsgæði þeirra sem þar búa. Við erum í auknum mæli farin að nota velferðartæknina í heilbrigðis- og vel-

ferðarþjónustu og þar hefur covid-19 svo sannarlega hjálpað okkur og jafnvel ýtt okkur fram af brúninni til að byrja með. Það er erfitt að hugsa sér framtíð heilbrigðis- og velferðarþjónustu við aldraða án tækninnar.

Við eigum það til að festast í gamla góða hjólfarinu og gleyma að tileinka okkur nýjungar. Kannski getur annað og fjölbreyttara form þjónustu hentað hinum aldraða en það sem er í boði í dag. Og ef til vill þurfa allir þeir aðilar sem veita öldruðum þjónustuna að opna eða brjóta út úr boxunum sem unnið er innan í dag, gefa eftir og tengja enn betur saman í þágu notandans sem þarf á þjónustunni að halda.

Ég skora á Inga Þór Ágústsson, forstöðumann í Austurhlíðum á Öldrunarheimilum Akureyrar, að skrifa næsta þankastrík.

Verð er ekki það sama og virði

Sif Sigmarsdóttir

Janúar 2020. Ég sit inni í sjúkrabíl sem ekur með blikkandi ljós og vælandi sírenur eftir götum Lundúna. Þetta er í fyrsta sinn sem ég kem inn í slíkan bíl. Vera mín í bílnum vekur með mér furðu. Einhvern veginn hafði ég staðið í þeirri trú að sjúkrabílar væru fyrir annað fólk. Klukkustund fyrr hafði ég setið við tölvuna í vinnunni með tíu metra langan tossalista eins og snöru um hálsinn við afgreiðslu verkefna sem ég áleit kraftinn sem tryggði að jörðin snerist um möndul sinn, heltekin af tölvupóst-innhólfinu þar sem sendingar flugu fram og til baka af jafnmiklum ofsa og boltar í úrslitaleik á Wimbledon. En krísur gera okkur gjarnan kleift að sjá hvað það er sem raunverulega skiptir máli.



Sif Sigmarsdóttir.

Þegar sex ára dóttir mín var flutt með sjúkrabíl á Great Ormond Street-barnaspítalann í London með sprunginn botnlanga áttum við fjölskyldan ekki von á öðru en að við yrðum komin aftur heim eftir nokkra daga. Raunin varð önnur. Í kjölfar fylgikvilla og sýkinga eftir skurðaðgerð ílentumst við á spítalanum. Í hátt á þriðju viku dvöldum við innilokuð í ókunnugri spítalaveröld í móki óvissu og ótta. En þrátt fyrir það sá ég tilveruna skýrar en nokkru sinni fyrr.

Tilgangur lífsins var ekki vistaður í tölvunni; tékklistar voru ekki hreyfiafl jarðar; eftirsókn eftir vindi gerði ekki annað en að rugla hárgreiðslunni. En röntgensjónin risti dýpra en undir yfirborð eigin nafla. Þar sem ég sat við rúmstokk dóttur minnar fylgdist ég vanmáttug með hjúkrunarfræðingum og öðru starfsfólki spítalans bregða sér í líki bjargvætta, skemmtikrafta, sálusorgara og allsherjarreddara. Lamandi upp-götvun sló mig: Við sem samfélag erum á algjörum villigötum.

Þegar við mæðgur gengum loks út af spítalanum sólríkan vetrardag í London taldi ég mig eina um opinberunina. En örlögin höguðu því svo að brátt yrði lexían allri heimsbyggðinni ljós.

Eindálkur á innsíðum dagblaða

Haft er eftir Oscari Wilde að sú sé kaldlynd manneskja sem veit verðið á öllu en virði einskis. Samfélag okkar er orðið þessi kaldlynda manneskja. Æ oftar trompar verð virði. Öttinn við slíkt kaldlyndi breiðist hratt út.

Í metsölubók lögfræðingsins Michaels Sandel, *What Money Can't Buy: The Moral Limits of Markets*, færir höfundur rök fyrir því að við búum ekki lengur við markaðshagkerfi heldur lifum við í markaðssamfélagi. Stjörnuhagfræðingurinn Mariana Mazzucato segir hagkerfi heimsins í kreppu. Ástæðan: Við erum hætt að ræða um það sem eitt sinn var þungamiðja hagfræðinnar, virði — hvað er virði og hvað er það sem er okkur einhvers virði? Meira að segja fyrrverandi bankastjóri Englandsbanka, seðlabanka Bretlands, er sammála. Í desember síðasliðnum hlaut Mark Carney þann heiður að flytja Reith-fyrirlestrana, árlega fyrirlestraröð breska ríkisútvarpsins, þar sem fremstu hugsuðum samtímans er boðið að tala. Í fjórum fyrirlestrum rökstuddi Carney að samfélag okkar hefði villst af leið; við værum farin að leggja of mikla áherslu á fjárhagslegt virði vöru og þjónustu og of litla áherslu á siðferðilegt og samfélagslegt virði.

Fyrir ári, þegar ég sat við sjúkrabeð dóttur minnar, las ég frétt um nýja veiru sem hefði fundist í Kína. Við upphaf 2020 var kórónuveiran aðeins eindálkur á innsíðum

dagblaða. Fáir töldu mikla hættu á ferðum. Því rétt eins og ég hafði alltaf talið sjúkrabíla þjónustu við annað fólk áleit heimsbyggðin pestarfaraldur atburð sem gerðist á öðrum tíma-skeiðum. En svo, skyndilega, öllum að óvörum, en samt ekki, gerist það versta.



Líkræður og ferilskrár

Fyrir nokkrum árum skipti David Brooks, dálkahöfundur New York Times, mannlegum dyggðum í tvo flokka, annars vegar í ferilskrárdyggðir — afrek, prófgráður og launaflokk, hins vegar líkræðudyggðir — varstu góðhjartaður, heiðvirður, hjálpsamur? Samfélagið hefur löngum verið heltekið af virðingu fyrir ferilskrárdyggðum: framkvæmdastjórum, framámönnum og mektarfólki. En það hriktir í stoðum þeirrar heimsmyndar.

Kórónuveirufarsóttin, sem nú geisar, afhjúpaði meira en nokkru sinni fyrr virði mismunandi starfsstétta. Í ljós kom að það voru ekki launahæstu hóparnir með flestar ferilskrárdyggðir sem reyndust mikilvægastir þegar á reyndi. Við áttum skyndilega allt okkar undir heilbrigðisstarfsfólki, starfsfólki í matvælaframleiðslu, afgreiðslufólki verslana, fólki í umönnunarstörfum og ræstingum.

Gríski heimspekingurinn Plató hélt því fram að sögumenn stýrðu heiminum. Persónuleg kreppa mín á spítalanum með dóttur minni, þar sem ég sat ráðalaus, komin upp á náð og miskunn heilbrigðisstarfsfólks, varð til þess að ég endurskrifaði þær sögur sem ég lifði eftir. Kórónuveirufarsóttin er kreppa sem sent hefur veröldina í sömu vegferð.

Heimsbyggðin fylgist nú með ykkur, hjúkrunarfræðingum, berjast í fremstu víglínu gegn covid-19. Á sama tíma er „hetjulegt“ framlag okkar hinna til baráttunnar gegn útbreiðslu kórónuveirunnar — þar með talið mannanna með stærstu verðmiðana — að halda okkur heima og hámhörfa á Netflix yfir sneið af heimabökuðu súrdeigsbrauði.

Kórónuveirufaraldurinn skilur eftir sig sviðna jörð. En í eyðileggingunni má líka finna tækifæri. Yfirstandandi kreppa hefur svipt hulunni af hinu augljósa: Verð er ekki það sama og virði. Við stöndum á tímamótum. Ætlum við að lyppast áfram inn í framtíðina af andleysi og skrifa þar sömu gömlu sögurnar og við skrifuðum í gær?

Kórónuveirufaraldurinn skilur eftir sig sviðna jörð. En í eyðileggingunni má líka finna tækifæri. Yfirstandandi kreppa hefur svipt hulunni af hinu augljósa: Verð er ekki það sama og virði. Við stöndum á tímamótum. Ætlum við að lyppast áfram inn í framtíðina af andleysi og skrifa þar sömu gömlu sögurnar og við skrifuðum í gær? Eða ætlum við að henda gamla handritinu á haugana og, með sannleikann sem kórónuveiran afhjúpaði að leiðarljósi, leggja drög að nýjum veruleika þar sem líkræðudyggðir trompa innantómar ferilskrárdyggðir, samfélag fólks ákveður söguþráðinn en ekki ósýnileg markaðsöfl og þeir sem vinna störf sem mest hafa virði eru metnir að verðleikum?

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



Meðferðarúrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama

Kristín Rósa Ármannsdóttir

Meðferð sem byggist á tengslum hugar og líkama (*mind body practices/medicine*) er ný nálgun innan heilbrigðisgeirans sem gefur heilbrigðisstarfsfólki ólíkar aðferðir til að bæta umönnun og meðferð, sem og að hjálpa fólki að hjálpa sér sjálft. Þessar aðferðir eru ekki eingöngu áhrifaríkar til að hjálpa öðru fólki heldur geta hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn nýtt sér þær til að hlúa að eigin heilsu.



Kristín Rósa Ármannsdóttir.

Florence Nightingale aðhylltist mjög heildræna hjúkrun. Það var hennar trú að hlutverk hjúkrunar væri að setja sjúklinga í bestu aðstæður til að ná og viðhalda heilsu og til að koma í veg fyrir eða lækna sjúkdóma eða sár. Hjúkrunarfræðingar hafa einstakt tækifæri til að efla hjúkrunarþjónustu til að bæta heilsu og líðan sjúklinga og almennings almennt. Úrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama koma að góðu gagni við að bæta heilsu og auka vellíðan, og slík úrræði styrkja sjúklingana, efla seiglu þeirra og hafa mikið forvarnargildi.

Meðferðarúrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama er víða um heim verið að samþætta hefðbundinni heilbrigðisþjónustu sem í auknum mæli viðurkennir mikilvægi forvarna með sjálfsúmönnun (*self-care*) og vali á heilbrigðum lífstíl. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) skilgreinir sjálfsúmönnun sem getu einstaklinga, fjölskyldna og samfélaga til að efla, koma í veg fyrir, viðhalda og takast á við veikindi og fötlun með eða án stuðnings heilbrigðisstarfsmanna (WHO, 2021).

Heildrænn skilningur

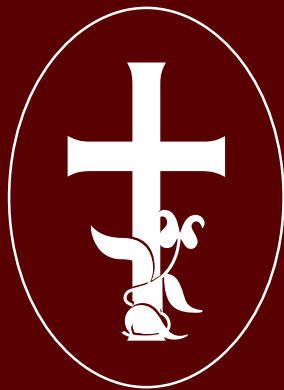
Hjúkrun hefur alltaf litið heildrænt á einstaklinginn, hann sé eining líkama, hugar og sálar sem hafi áhrif hvert á annað. Nokkrar grunnhugmyndir einkenna hugmyndafræði óhefðbundinna meðferðarúrræða sem falla vel að hugmyndafræði hjúkrunar (Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir, 2010). Þar er fyrst að nefna heildrænan skilning á einstaklingum, heilbrigði hans og veikindum — að heilsa er ekki bara að vera án sjúkdóma. Áhersla er lögð á að einstaklingurinn beri ábyrgð á heilsu sinni og fái hjálp og aðstoð til þess.

Hugtakið samþætt, óhefðbundin viðbótarmeðferð er í stöðugri þróun eins og þetta svið í heild. Þegar verið er að lýsa þessum aðferðum notar fólk oft orðin óhefðbundið og viðbótar sem samheiti, en þessi hugtök vísa til ólíkra sviða. Hér er stutt lýsing á hvað þessi hugtök fela í sér.

Óhefðbundin meðferð (*alternative therapy*) er þegar óhefðbundin aðferð er notuð í staðinn fyrir hefðbundna lækni meðferð. Í gegnum aldirnar hafa þeir sem stunda óhefðbundnar lækningar lagt áherslu á mikilvægi samspils hugar og líkama (NCCIH, e.d.).

Viðbótarmeðferð (*complementary therapy*) kallast það ef óhefðbundin aðferð er notuð með hefðbundinni lækni meðferð.

Viðbótarmeðferð vísar til meðferðar sem ekki hefur verið kennd í hefðbundnu námi heilbrigðisstétta. Sýnt hefur verið fram á að meðferðin sé gagnleg til viðbótar við hefðbundna heilbrigðisþjónustu. Margs konar viðbótarmeðferð spilar mikilvægt hlutverk til að efla og viðhalda heilsu og til að bæta lífsgæði (NCCIH, e.d.).



FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímann
s: 897 2468



Hálf dán
s: 898 5765



Ólöf
s: 898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

www.uth.is | uth@uth.is



Samþætt meðferð (*integrative*) samþættir hefðbundna meðferð (*conventional*) og viðbótarmeðferð (*complementary*) (NCCIH, e.d.).

Markmiðið að samþætta fjölbreytt úrræði

Samþætt meðferð leggur áherslu á heildræna sjúklingamiðaða nálgun að heilsu og vellíðan. Markmiðið er að samræma vel meðferðarúrræði mismunandi aðila og stofnana. Litið er á einstaklinginn sem heild og hann meðhöndlaður sem heild — líkama, hugar og sálar. Með samþættari meðferð er átt við að heilbrigðisstarfsmaðurinn bjóði sjúklingi viðbótarmeðferð samhliða annarri heilbrigðisþjónustu inni á heilbrigðisstofnun (NCCIH, e.d.).

Bandaríska stofnunin um samþætt meðferðarúrræði og viðbótarmeðferðarúrræði (National Center for Complementary and Integrative Health, NCCIH) stýrir og styður rannsóknir um samþætt meðferðarúrræði og veitir upplýsingar um hlutverk þeirra við að efla heilsu og heilbrigðisþjónustu. NCCIH hefur skilgreint samþætt meðferðarúrræði svo:

- Náttúruleg meðferðarúrræði
- Meðferðarform sem byggjast á tengslum hugar og líkama

Áður voru smitsjúkdómar helsta ógn við heilsu fólks en nú er helsta vá hins vestræna heims langvarandi lífsstílsjúkdómar sem m.a. fæðuvenjur, hreyfingarleysi og streita hafa áhrif á. Þetta kallar á nýjar aðferðir í heilbrigðiskerfinu og eflingu forvarnaþjónustu.

Læknávisindin hafa fært okkur ótrúlega framfarir í skurðlækningum og lyflækningum og fjölmargt er hægt að meðhöndla sem áður var ekki hægt að meðhöndla. Skilningurinn hefur beinst að einstökum hlutum líkamans en minni gaumur verið gefinn að hvernig allir þessir hlutar virka sem flókin og samtengd heild og sérstaklega hvernig hugurinn hefur samskipti við líkamann, bæði á jákvæðan og neikvæðan hátt. Heilbrigðisvandamál hafa einnig breyst. Áður voru smitsjúkdómar helsta ógn við heilsu fólks en nú er helsta vá hins vestræna heims langvarandi lífsstílsjúkdómar sem m.a. fæðuvenjur, hreyfingarleysi og streita hafa áhrif á. Þetta kallar á nýjar aðferðir í heilbrigðiskerfinu og eflingu forvarnaþjónustu.

Í dag er vísindasamfélagið að breytast og aukinn áhugi er á að skilja líkamann sem flókin samskipti milli hugsana, líkama og ytri heims. Meðferðarform, sem byggjast á tengslum hugar og líkama, eru vaxandi grein innan heilbrigðisgeirans og eru víða um heim orðin hluti af hinu hefðbundna heilbrigðiskerfi. Hugmyndafræði meðferðar sem byggist á tengslum líkama og hugar byggist á þeirri vitneskju að samspil er milli viðhorfa, hugsana, tilfinninga, hegðunar og samskipta



sem getur haft djúpstæð áhrif á líkamann og getur þar af leiðandi haft bein áhrif á heilsu. Tengsl hugar og líkama eru viðurkennd. Meðferð sem byggist á tengslum hugar og líkama er óhefðbundin 21. aldar aðferð við heilbrigðisþjónustu, aðferð sem felur í sér fjölbreytt atferlis- og lífstílsinngríp jafnhliða hefðbundinni heilbrigðisþjónustu.

Vaxandi vísindalegur grunnur styrkir meðferðarúrræði sem byggjast á að tengsl hugar og líkama þurfi að vaxa, það sé nauðsynlegur hluti af heilbrigðiskerfinu. Vísindaleg þekking upplýsir almenning, heilbrigðisstarfsmenn og mótendur heilbrigðisstefnu um ákvarðanatöku varðandi notkun og samþættingu viðbótarúrræða og samþættra úrræða. Rannsóknir hafa sýnt að meðferðarúrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama eru áhrifarík, örugg og ódýr leið til að draga úr streitu, efla heilsu og koma í veg fyrir streitutengda sjúkdóma. Meðferðarform sem byggjast á tengslum hugar og líkama eru meðal annars: Hugleiðsla, núvitund, jóga, tai-chi, qi-gong, dáleiðsla, tónlist, slökun, listmeðferð, bæn, meðferð með dýrum og dansmeðferð, nálastungur og nudd (NCCIH, e.d.).

Í auknum mæli stuðst við óhefðbundna meðferð

Rannsókn á notkun viðbótarmeðferðar á Íslandi árið 2015 og samanburður við niðurstöður úr sambærilegri rannsókn frá árinu 2006 sýndi að Íslendingar nýta sér óhefðbundna meðferð í vaxandi mæli sem viðbót við hefðbundna heilbrigðisþjónustu. Árið 2015 notuðu 40% þátttakanda viðbótarmeðferð sl. 12 mánuði og er það 8,4% aukning frá því árið 2006. Ástundun jóga og hugleiðslu hefur aukist mikið en 19,3% stunduðu jóga eða hugleiðslu árið 2015 samanborið við 6,8% árið 2006 (Gunnarsdóttir, Örlygsdóttir og Vilhjálmsson, 2019).

Íslensk rannsókn, sem fjallaði um áhrif slökunar meðferðar á nýu algeng einkenni hjá sjúklingum með krabbamein, sýndi að eftir meðferð voru marktækt færri sjúklingar með einkenni, einkennin voru færri og meðalstyrkur einkenna var marktækt



minni. Meðalstyrkur einkenna lækkaði mest út af vanlíðan, þreytu og kvíða. Ályktað var að slökunar meðferð hefði mjög jákvæð áhrif og að efla þyrfti þessa þjónustu við krabbameinssjúklinga (Þóra Jenný Gunnarsdóttir, Lilja Jónasdóttir og Nanna Friðriksdóttir, 2011)

Notkun viðbótar meðferðar hefur einnig aukist mikið í Bandaríkjunum. Heilbrigðir lífshættir, eins og að borða heilsusamlega, hreyfa sig nóg og reykja ekki getur dregið úr hættunni á að fá alvarlega langvinna sjúkdóma. Rannsakendur eru að skoða hvort viðbótar meðferð og samþætt meðferð hafi hlutverki að gegna í að efla heilbrigða lífshætti og sanna þannig gildi sitt í forvörnum.

Rannsóknir hafa sýnt margvísleg jákvæð áhrif. Til dæmis hjálpar jóga og hugleiðsla reykingafólki að hætta að reykja og í gangi er rannsókn styrkt af NCCIH um það hvort núvítundarmeðferð sem nær til allrar fjölskyldunnar geti bætt matarvenjur hjá unglingum sem eru of þungir (NCCIH, e.d.). Nálastungur og hugleiðsla fyrir krabbameinssjúklinga hafa gefið góða raun og dregið úr einkennum og aukaverkunum meðferðar hjá þeim sem eru í krabbameins meðferð og nudd virðist draga úr verkjum og bæta líðan hjá sjúklingum með langt gengið krabbamein. Þá dregur jóga úr slappleika sem margar konur finna fyrir og tai-chi og qi-gong dregur úr einkennum eins og slappleika, svefnerfiðleikum og þunglyndi hjá fólki sem hefur verið með krabbamein (NCCIH, e.d.).

Nálastungur og hugleiðsla fyrir krabbameinssjúklinga hafa gefið góða raun og dregið úr einkennum og aukaverkunum meðferðar hjá þeim sem eru í krabbameins meðferð og nudd virðist draga úr verkjum og bæta líðan hjá sjúklingum með langt gengið krabbamein.

Margþætt áhrif slökunar

Við háskólann í Minnesota er Earls E. Bakken Center for Spirituality and Healing sem hjúkrunarfræðingurinn Mary Jo Kreitzer stofnaði árið 1995. Allar götur síðan hefur stofnunin komið nýjum viðhorfum og aðferðum á framfæri í heilbrigðis-menntun og rannsóknum og í klínískri þjónustu. Markmið stofnunarinnar er að efla heilsu og vellíðan einstaklinga, stofnana og samfélaga með viðbótar meðferð og

heilun. Mary Jo Kreitzer er frumkvöðull á sviði meðferðar-úrræða sem byggjast á tengslum líkama og hugar. Stofnun hennar er með 25 ára reynslu í nýsköpun í heilbrigðisþjónustu og hefur gegnt veigamiklu hlutverki við að efla heilsu og vellíðan einstaklinga, samtaka og samfélaga á staðnum, á landsvísi og á alþjóðavettvangi (Earls's E. Bakken Center for Spirituality and Healing, e.d.). Frá árinu 2006 hefur Benson-Henry Institute samþætt meðferðarform sem byggjast á tengslum hugar og líkama við almenna heilbrigðisþjónustu á Massachusetts General Hospital, rannsóknir og þjálfun heilbrigðisstarfsfólks.

Að virkja slökunarviðbrögðin dregur ekki einungis úr streitu og kvíða heldur hefur það einnig áhrif á lífæðlisfræðilega þætti eins og blóðþrýsting, hjartslátt og súrefnisupptöku.

Slökunarviðbrögðin (*The relaxation response*) og rannsóknir Bensons lækni eru grunnurinn að ýmsum meðferðar-úrræðum sem byggjast á tengslum hugar og líkama í Benson-Henry Institute. Þessi úrræði byggjast á frumkvöðlastarfi Bensons og rannsóknum hans á áhrifum streitu á blóðþrýsting í kringum 1960. Benson fann út að hugleiðsla dregur úr efna-skiptum, hægir á öndun, hjartslátti og virkni heilans og þessar breytingar kallaði hann slökunarviðbrögðin sem eru and-stæða streituviðbragðanna (fight and flight response). Að virkja slökunarviðbrögðin dregur ekki einungis úr streitu og kvíða heldur hefur það einnig áhrif á lífæðlisfræðilega þætti eins og blóðþrýsting, hjartslátt og súrefnisupptöku (Benson-Henry Institute, e.d.).

Benson-Henry Institute lítur svo á að úrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama séu mikilvægur hluti af heilbrigðiskerfinu sem leggur í auknum mæli áherslu á mikilvægi forvarna með því að einstaklingar hugsi um heilsuna og velji heilbrigðan lífstíl. Sjúklingar læra meðferðarúrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama til að bæta eigin heilsu, t.d. núvitund, jóga, hugleiðslu, betri næringu og æfingar (Benson-Henry Institute, e.d.).

Slökunar meðferð dregur úr notkun heilbrigðisþjónustu

Árlega eru þúsundir sjúklinga meðhöndlaðir á Benson-Henry Institute þar sem beitt er ýmiss konar meðferð sem byggist á gagnreyndri þekkingu til að styrkja náttúrulegan heilunarmátt líkama og hugar. Benson-Henry Institute hefur m.a. skipulagt streitu- og seigluþjálfunarnámskeið (*stress management and resiliency training* — SMART) og eru slökunarviðbrögðin undirstaða þess og eru þar kenndar aðferðir sem byggjast á tengslum hugar og líkama og virkja slökunarviðbrögðin (Benson-Henry Institute, e.d.). Rannsóknir hafa sýnt að slökunar meðferð dregur úr notkun heilbrigðisþjónustu um allt að 43% (Stahl o.fl., 2015).

Meðferðarúrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama eru að verða óaðskiljanlegur hluti af heilbrigðiskerfinu víða um heim, m.a. með tilkomu stofnana eins og Benson-Henry Institute og Earls E. Bakken Center for Spirituality and Healing við háskólann í Minnesota. Slík úrræði leggja áherslu á sjálfs-umönnun hvers manns og hafa mikilvægu hlutverki að gegna við að efla heilbrigða lífshætti, efla og viðhalda heilsu og bæta lífsgæði sjúklinga jafnt sem heilbrigðra einstaklinga.

Hjúkrunarfræðingar ættu að setja forvarnarþjónustu á oddinn og veita heilsueflandi þjónustu alls staðar í heilbrigðiskerfinu. Úrræði sem byggjast á tengslum hugar og líkama veita hjúkrunarfræðingum og sjúklingum fjölmarga möguleika til að efla og bæta heilsu og vellíðan.

Heimildir

- Benson-Henry Institute (e.d.). For Mind Body Medicine at Massachusetts General Hospital. <https://bensonhenryinstitute.org/>
- Björg Helgadóttir, Rúnar Vilhjálmsson og Þóra Jenný Gunnarsdóttir. (2010). Notkun óhefðbundinnar heilbrigðisþjónustu á Íslandi. *Læknablaðið*, 96(4), 267–273.
- Earls's E. Bakken Center for Spirituality and Healing. Advancing the health and wellbeing of individuals, organizations and communities (e.d.). <https://www.csh.umn.edu/>
- Gunnarsdóttir, T. J., Örylgadóttir, B. og Vilhjálmsson, R. (2019). The use of complementary and alternative medicine in Iceland: Results from a national health survey. *Scandinavian Journal of Public Health*. <https://doi.org/10.1177/1403494819863529>
- NCCIH, National Center for Complementary and Integrative Health (e.d.). <https://www.nccih.nih.gov>
- Stahl, J. E., Dossett, M. L., LaJoie, A. S., Denninger, J. W., Mehta, D. H., Goldman, R., Ficchione, G. L., Benson, H. (2015). Relaxation response and resiliency training and its effect on healthcare resource utilization. *PubMed.gov*. doi: 10.1371/journal.pone.0140212
- WHO, World Health Organization. (2021). Self-care interventions for health. Sótt 2. febrúar 2021 á https://www.who.int/health-topics/self-care#tab=tab_1
- Þóra Jenný Gunnarsdóttir, Lilja Jónasdóttir og Nanna Friðriksdóttir. (2011). Áhrif slökunar meðferðar á einkenni sjúklinga með krabbamein. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 6(87), 46–52.



OPIÐ ALLA
VIRKA DAGA
KL. 8-17.

ABENA ÞVAGLEKAVÖRUR FÁST Í REKSTRARLANDI

samþykktar af Sjúkratryggingum Íslands og Ríkiskaupum

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

Við komum vörum heim til notenda.

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

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



REKSTRARLAND

Fagdeild um samþætta hjúkrun

Fagdeildin var stofnuð 2010 undir nafninu Fagdeild um viðbótarmeðferðir. Nafn deildarinnar vísaði til úrræða sem ekki höfðu verið talin hluti af hefðbundinni heilbrigðisþjónustu en sýnt hafði verið fram á með rannsóknum að nýttust samhliða hefðbundinni heilbrigðisþjónustu.

Fljótlega hófust umræður um nafn deildarinnar og einnig um val á íslenskum orðum í tengslum við ensku orðin *alternative*, *complementary* og *integrative nursing* sem höfðu fest sig í sessi. Í umræðunum kom fram að margir félagar vildu halda hugmyndafræði *integrative nursing* á lofti, að hér væri verið að stunda gagnreynda hjúkrunarmeðferð sem styrkti og félli vel að hefðbundinni meðferð. Á aðalfundi 2018 var nafnið Fagdeild um samþætta hjúkrun valið úr tillögum frá félögum. Þar var enska heitið *Integrative nursing* haft til hliðsjónar. Í ársbyrjun 2021 voru 75 hjúkrunarfræðingar skráðir félagar í deildinni.

Helstu markmið fagdeildarinnar eru:

- Að stuðla að viðurkenningu á notkun gagnreyndrar samþættrar meðferðar innan heilbrigðiskerfisins sem hefur þann tilgang að efla heilsu, lina þjáningar, draga úr sjúkdómseinkennum og bæta lífsgæði.
- Að vinna að auknu framboði á samþættri meðferð innan heilbrigðiskerfisins og tryggja þátttöku hjúkrunarfræðinga í þeim efnum.
- Að stuðla að aukinni þekkingu almennings, sjúklinga, fagfólks og heilbrigðisyfirvalda á samþættum meðferðarúrræðum.
- Að vera málsvári samþættra meðferðarúrræða í samskiptum við Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, aðrar heilbrigðisstéttir, fyrirtæki á heilbrigðissviði og stjórnvöld.
- Að hvetja til aukinnar menntunar hjúkrunarfræðinga á sviði samþættra meðferðarúrræða, meðal annars með því að efla hlut slíkrar menntunar í hjúkrunarnámi.

Á fundum hafa félagar oft kynnt og sýnt þá samþætta meðferð sem þeir nota í starfi. Þar má nefna slökun, núvitund, hugleiðslu, ilmólúmeðferð, nálastungur og tónheilun.

Þrír félagsfundir eru haldnir árlega, fræðslufundur að hausti, jólafundur og aðalfundur í mars og í tengslum við hann er oftast fræðslufyrirlestur. Á fundum hafa félagar oft kynnt og sýnt



Stjórn fagdeildar um samþætta hjúkrun í febrúar 2021, talið frá vinstri, sitjandi: Sigrún Sigurðardóttir, Lilja Jónasdóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir; standandi: Lóa Öskarsdóttir, Margrét Hákonardóttir, Rannveig Björk Gylfadóttir. Á myndina vantar Guðrúnu Hauksdóttur.

þá samþætta meðferð sem þeir nota í starfi. Þar má nefna slökun, núvitund, hugleiðslu, ilmólúmeðferð, nálastungur og tónheilun. Málþing var haldið á vegum deildarinnar í febrúar 2018 og er áætlað að halda málþing um samþætt meðferðarúrræði annað hvert ár. Búið var að skipuleggja glæsilegt málþing sl. haust í tilefni af 10 ára afmæli deildarinnar en því varð að fresta vegna sóttvarnareglna.

Félagar í fagdeildinni hafa tekið þátt í erlendum ráðstefnum um samþætt meðferðarúrræði, til dæmis International Integrative Nursing Symposium sem haldin er annað hvert ár.

Allir félagar í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga, sem hafa áhuga á samþættum meðferðarúrræðum, geta orðið félagar í deildinni, óháð því hvort þeir veita slíka meðferð í starfi sínu eða utan þess. Skrifstofa Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga tekur við umsóknum og sendir til formanns, www.hjukrun.is.

Bragðgóðir munnúðar frá

BetterYou®

Frásogast beint út í blóðrásina í gegnum slímhúð í munni. Þannig er alfarið sneitt framhjá meltingarfærunum, upptakan er tryggð og magavandræði úr sögunni.



Konur sitja fyrir svörum ...

— Kóngulær og kaþbátar

Hvað eiga kóngulær og kaþbátar sameiginlegt? Vafalaust ekkert nema að vekja ótta meðal fólks. „Ég hræðist mest að drukkna í kaþbát,“ segir Jónína Eir Hauksdóttir og „kóngulær eru líka eitthvað til að hræðast,“ svarar Nanna Kristín Johansen en þær sátu fyrir svörum ásamt Maríu Vigdísi Sverrisdóttur um lífið og tilveruna. María hræðist mest þá tilhugsun að valda öðrum skaða. Fyrir utan að vera hjúkrunarfræðingar eiga þær það allar sameiginlegt að hafa sömu bókina á náttborðinu, sem er Snerting eftir Ólaf Jóhann Ólafsson, og kannski sitthvað fleira.



Jónína Eir Hauksdóttir hjúkrunarfræðingur.

„Nei er bara vitlaust svar!“

— Jónína Eir Hauksdóttir

Fullkomin hamingja er ... að vita fólkið mitt öruggt og ánægt og þar með talið sjálfa mig. Hvað hræðist þú mest? Að eitthvað komi fyrir fólkið mitt og að drukkna í kaþbát, enda er ég ekkert að þvælast í svoleiðis. Fyrirmyndin? Ég á nokkrar sem snúa að ýmsum þáttum í lífinu en efstur á toppnum er pabbi minn. Eftirlætismáltækið? Hahaha. Ég spurði manninn minn hvað hann héldi að það væri og hann sagði að það væri „Nei er bara vitlaust svar“ og ég held að það stemmi bara ágætlega. Ég nota þetta víst dálítið. Hver er þinn helsti kostur? Ég held að það sé bara almenn jákvæðni. Svo er ég alltaf að reyna að temja mér góða hluti, eins og umburðarlyndi og þolinmæði, sem eru mér alls ekki meðfæddir. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung? Mig langaði mest að leika í dans- og söngvamyndum. Helst í Hollywood eða Broadway. Eða vera í sirkus, loftfimleikakona eða línudansari. Áttaði mig nokkuð fljótt á því að það mundi ekki gerast. Eftirlætismaturinn? Ís. Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Einstrengingshátt og húmorsleysi. Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað? Ég veit ekki hvort ég hef áorkað einhverju sérstöku, en í augnablikinu er ég afar ánægð með að hafa lokið jógakennaranáminu mínu í Yoga Shala. Það er að skila sér vel til mín og vonandi fólksins í kringum mig. Eftirminnilegasta ferðalagið? Fyrsta skíðaferðin til Austurríkis með pabba mínum, ásamt Valdimari Örnólfssyni og félögum. Það var líka æðislegt í Víetnam og á Kúbu og ... Ofmetnasta dyggðin? Stolt. Hver er þinn helsti löstur? Úfff ... ég á marga. Óstundvísi kannski. Hef afar lélegt tímaskyn og fer alltaf allt of seint að sofa. Hverjum dáist þú mest að? Barnabörnunum mínum. Eftirlætishöfundurinn? Isabel Allende. Elska andrúmsloftið í bókunum hennar. Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið? „Að vera með böggum hildar.“ Mikið í tísku hjá fjölmiðlafólki og fleirum og ég held að ekki nokkur maður viti alveg hvað það þýðir. Mjög fyndið. Mesta eftirsjáin? Tilgangslaust að sjá eftir neinu. Veldur bara tilgangslausri vanlíðan. Eftirlætisleikfangið? Skíðin mín. Bókin á náttborðinu? Yfir höfin eftir Isabel Allende, Snerting eftir Ólaf Jóhann og bók um öndunartækni. Stóra ástin í lífinu? Drengirnir mínir. Jafnast ekkert á við þá ást. Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa? Einbeitingu. Þitt helsta afrek? Enn þá óunnið. Eftirlætisdýrið? Fuglar. Hvar vildir þú helst búa? Ítalíu og að kunna ítölsku. Hvað er skemmtilegast? Það er svo margt skemmtilegt. Ég elska jóga og svo líður mér hvergi betur en í góðra vina hópi úti í náttúrunni. Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vina? Væntumþykju og hlátur. Eftirlætiskvikmyndin? Held að ég verði að segja Shawshank Redemption. Markmið í lífinu? Að vera sátt og ánægð með hvað

sem lífið býður upp á. Nægjusemi. **Eftirminnilegasti sjúklingurinn?** Þeir eru nú nokkrir eftir öll þessi ár. En eftir hrun vann ég mikið í Noregi. Á bráðamóttöku í Ósló var ég að hjúkra lítilli yndislegri 7 ára stúlku sem var fótbrotin. Hún var frá Pakistan minnir mig. Stórfjölskyldan var með henni til stuðnings. Ég var búin að setja gifs á hana upp í nára og var svo að hjálpa henni á klósettið. Hún spyr mig þá hvort ég sé múslimi eins og hún. Ég hváði aðeins en svaraði svo, að ég yrði víst að teljast kristin. Þá varð hún mjög hissa og sagði það vera skrítið. Ég væri svo góð að hún hélt að ég væri múslimi. Ég velti því lengi fyrir mér hvað henni hefði eiginlega verið sagt. **Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Mig hefur oft dreynt um að eiga lítinn veitingastað eða gistiheimili. Núna veit ég ekki hvort ég myndi nenna því. Ég er líka að telja í mig kjark að gera eitthvað við jóganámið mitt og læra meira í því sambandi. **Eitthvað að lokum?** Vona bara að þetta covid-ástand í heiminum fari að líða undir lok og vona líka að við höfum lært sitthvað af því og gleymum því ekki strax.

Horfir fram á veginn og eftirsjá er einungis tímaeyðsla

— Nanna Kristín Johansen

Fullkomin hamingja er ... Vera í kringum fólkið mitt og í góðra vina hópi. Það er líka hægt að finna hamingjuna í göngutúr í fallegri náttúru með heitt kakó og teppi. Golf er auðvitað best. **Hvað hræðist þú mest?** Að missa heilsuna er ekki góð tilhugsun en kóngulær eru líka eittvað til að hræðast. **Fyrirmyndin?** Hver önnur en Florence. **Eftirlætismáltekið?** Milt er móðurhartað. **Hver er þinn helsti kostur?** Þrautseig og skipulögð. **Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung?** Bóndi. **Eftirlætismaturinn?** Beef bourguignon og sushi. **Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra?** Hroka og sjálfsselsku. **Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað?** Að eiga börnin mín fjögur. **Eftirminnilegasta ferðalagið?** Brúðkaupsferð til Parísar með tvo drengi í eftirdragi og einn í bumbunni. Drengirnir afklæddust í gosbrunn við Louvre-safnið en var vísað upp úr af lögreglu. Þann sama dag gekk ég niður Eiffeltúrninn vegna lyftubilunar, þá komin sex mánuði á leið. **Ofmetnasta dyggðin?** Kannski hugrekki. Vaða áfram án þess að sjá heildarmyndina. **Hver er þinn helsti löstur?** Smámunasemi og ópolinmæði. **Hverjum dáist þú mest að?** Dáist mest að fólki sem er drífandi, hefur trú á sjálfu sér og lætur drauma sína rætast. **Eftirlætishöfundurinn?** Halldór Laxness. **Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið?** Ertu sátt við mig! **Mesta eftirsjáin?** Ég horfi fram á veginn og eftirsjá er einungis tímaeyðsla. **Eftirlætisleikfangið?** Golfsettið mitt. **Bókin á náttborðinu?** Er að hefja lestur á nýrri bók, Snertingu eftir Ólaf Jóhann. **Stóra ástin í lífinu?** Eyvi. **Eftirlætisdýrið?** Hundur. **Hvar vildir þú helst búa?** Ef ekki á Íslandi þá á Ítalíu eða í Danmörku þar sem ég er Kvartbauni. **Hvað er skemmtilegast?** Ég er svo heppin að ég vinn við það sem mér finnst skemmtilegt en auðvitað eru ferðalög með fjölskyldu nærandi og eitt það skemmtilegasta sem ég geri er að fara í golf og á skíði. **Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vina?** Vinsemd, hlýju, kærleika og þá helst heiðarleika. **Eftirlætiskvikmyndin?** Love Actually er mynd sem maður getur alltaf horft á um jólin. La vita è bella er líka mynd sem skilur mikið eftir sig. **Markmið í lífinu?** Lifa til fulls, lækka forgjöfina næsta sumar. Eiga margar góðar stundir með fjölskyldu og skoða landið okkar betur. Klára diplómanám í bráðahjúkrun nú í vor og huga að heilbrigði líkama og sálar. **Eftirminnilegasti sjúklingurinn?** Margir sjúklingar mjög eftirminnilegir og draga má mikinn lærdóm af þeim. Get ekki dregið einn fram fremur en annan en margir sem maður gleymir aldrei. **Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Líklega væri ég til í að vinna við garðrækt, arkitektúr eða vera syngjandi glaður bóndi með helling af krökkum og dýrum í kringum mig. Kannski bara margt sem maður gæti hugsað sér. Hjúkrunarfræðingur er samt besta starfið. **Eitthvað að lokum?** Carpe diem.



Nanna Kristín Johansen hjúkrunarfræðingur.



María Vigdís Sverrisdóttir
hjúkrunarfræðingur.

Markmiðið „að lifa af eða deyja ella“

— María Vigdís Sverrisdóttir

Fullkomin hamingja er ... Að vera sáttur við sjálfan sig og aðra. Hvað hræðist þú mest? Ég bara veit það ekki ... En að valda öðrum skaða er hræðileg tilhugsun. Fyrirmyndin? Margar en líklega er það fólk sem stendur mér næst sem eru mínar fyrirmyndir. Foreldrar mínir sem kenndu mér svo margt. Amma mín sem var ótrúleg kona sem tókst að standa upprétt og halda í lífsgleði þrátt fyrir mörg áföll í lífinu og svo eru það systkini mín sem hafa tekist á við margt og staðið sig framúrskarandi í leik og starfi. Fyrirmyndir mína í hjúkrun eru margar og þar eru margar af mínum bestu vinkonum sem eru flottir og faglegir hjúkrunarfræðingar. Ég verð þó að nefna nokkra hjúkrunarfræðinga sem ég hef lært mikið af. Hildur Helgadóttir, nú verkefnastjóri á Landspítala, sem ég vann fyrst með á smitsjúkdómadeildinni, og Pálína Ásgeirsdóttir sem var deildarstjóri á slysadeildinni þegar ég vann þar. Ég var svo heppin að fá að vinna með báðum þessum konum þegar ég var nýútskrifuð og voru þær miklar fyrirmyndir í faglegri vinnu og góðir kennarar. Svo verð ég að fá að minnast á nöfnurnar Sigríði Gunnarsdóttir, framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítala, og Sigríði Gunnarsdóttir, prófessor á Bifröst. Þessar konur kveikja einhvern neista í hjúkrunarhjartanu í hvert sinn sem ég hlusta á þær tala um hjúkrun. Eftirlætismál-tækið? Hver er sinnar gæfu smiður. Hver er þinn helsti kostur? Jákvæðni, ég tek mig ekki of hátíðlega og tel mig hafa þökkalega tilfinningagreind. Hvað vildirðu verða þegar þú varst ung? Að vera flugfreyja eins og Didda frænka eða hjúkrunkona eins og María Maack frænka. Eftirlætismaturinn? Ég borða allt og elska góðan mat ... ákveðið vandamál ... Hvaða löst áttu erfiðast með að þola í fari annarra? Óheilindi, lygar og hroka. Hverju ertu stoltust af að hafa áorkað? Börnin mín þrjú sem ég er óendanlega stolt af. Svo eru það verkefnin sem hafa reynt mikið á og ég e.t.v. efaðist um að mér tækist að klára. Það eru nokkur slík verkefni sem mér hafa verið falin í vinnunni, eins og að takast á við flóknar breytingar. Eins er ég ótrúlega stolt og þakklát fyrir samstarfsfólkið sem hefur farið í þessa leiðangra með mér, án þessa fólks hefðu verkefnin ekki farið eins vel. Eftirminnilegasta ferðalagið? Úff ... þau eru svo mörg og erfitt að gera upp á milli þeirra fjölmörgu ferðalaga innanlands og utan með góðum vinum og fjölskyldu ... margar alveg frábærar ferðir. En langar þó að nefna hjólaferð sumarið 2019 þegar við hjóluðum hluta af Jakobsstígnum á Spáni með góðum vinum. Ofmetnasta dyggðin? Úff ... jú líklega er það að halda að maður sé ómissandi. Hver er þinn helsti löstur? Að færast of mikið í fang og gera of margt í einu ... ákveðinn athyglisbrestur. Hverjum dáist þú mest að? Fólki sem tekst á við erfiðleika í lífinu af æðruleysi og kemur út sem sterkari einstaklingar. Eftirlætishöfundurinn? Ragnar Jónsson, Yrsa Sigurðardóttir og Kim Leine. Ofnotaðasta orðið eða orðatiltækið? Þetta reddast! Mesta eftirsjáin? Ég sé ekki eftir neinu. Vissulega hefur maður tekið misgáfulegar ákvarðanir í lífinu en þær ákvarðanir hafa þá kennt manni eitthvað eða leitt mann á nýjar slóðir. Ef eitthvað er gæti ég sagt að stundum hef ég látið vinnuna stýra of miklu í lífi mínu. Eftirlætisleikfangið? Núna eru það hjólin mín, dansskórnir og myndavélin (í símanum). Sem barn var það dúkka sem systkini mín kölluðu Bollubínu til að hrella mig. Mér fannst það agalegt nafn fyrir fallegu dúkkuna mína og grét yfir þessu miskunnarleysi þeirra en svo fór ég sjálf að nota nafnið, það festist við hana og varð hið besta nafn. Bókin á náttborðinu? Snerting eftir Ólaf Jóhann Ólafsson og Östýriláta móðir mín eftir Sæunni Kjartansdóttur. Stóra ástin í lífinu? Maðurinn minn, hann Raggi minn, og nýjasta ástin í lífi mínu er lítill yndislegur ömmustrákur. Hvaða eiginleika vildirðu helst hafa? Að geta séð fram í tímann ... og að hafa þrautseigju og seiglu. Þitt helsta afrek? Börnin mín þrjú sem eru ótrúlega flottir og vandaðir einstaklingar. Og í vinnu er það líklega þegar hringt var í mig frá slysadeildinni kl. 23.00 og ég beðin að koma til að fara með sjúkling, sem hafði verið endurlífgaður eftir drukknun, í súrefniskútinn. Þegar mér var sagt að enginn annar gæti gert þetta og maðurinn yrði að komast í kútinn þá dreif ég mig auðvitað af stað, ósofin, búin með fullan vinnudag og ekki á bakvakt ... nema

hvað. Það runnu reyndar á mig tvær grímur þegar ég kom á staðinn og sá að sjúklingurinn var „intuberaður“ og svæfður og mér sagt að ég yrði í kútnum með honum í 8 klukkutíma. Sumsé að handventilera hann, gefa lyf, setja upp vökva, tæma þvagpoka, saga, snúa og hagræða, fylgjast með lífsmörkum og sjúklingnum sjálfum við aðstæður þar sem ég var ein og ekki var hægt að standa uppréttur í klefanum eða fara á klósettið ... í 8 klukkutíma ... ekki málið! En Guði sé lof, við lifðum þetta bæði af og sjúklingurinn náði fullum bata. Í viðtali sem tekið var við hann í fjölmiðlum nokkru síðar þakkaði hann læknum fyrir að bjarga lífi sínu ... Hann vissi ekki betur ... ósýnilegu störf hjúkrunarfræðinganna. En ég fékk mína viðurkenningu síðar þegar ég var heiðruð á ársfundi spítalans fyrir þetta. **Eftirlætisdýrið?** Hundurinn minn, hann Dreki. **Hvar vildir þú helst búa?** Það er gott að búa á Íslandi og líklegast allra best núna en það eru margir staðir sem væri spennandi að búa á um tíma. **Hvað er skemmtilegast?** Að ferðast, dansa, hjóla, syngja og hlæja með skemmtilegu fólk ... að vera með góðu fólki, fjölskyldu minni, vinum og vinnufélögum. **Hvaða eiginleika metur þú mest í fari vna?** Traust, umhyggju og gleði. **Eftirlætiskvikmyndin?** Mjög margar og mismunandi eftir tímabilum í lífinu. Það eru þó þrjár myndir sem höfðu mikil áhrif á mig þegar ég sá þær sem mig langar að nefna. Jagten, Breaking the Waves og Babel. **Markmið í lífinu?** „Að lifa af eða deyja ella“ eins og maðurinn sagði ... En annars að

njóta líðandi stundar, gera sitt besta, læra og þroskast. **Eftirminnilegasti sjúklingurinn?** Það eru mjög margir eftirminnilegir sjúklingar sem koma upp í hugann og líklega skilja þeir mest eftir sem reyna mest á mann sem hjúkrunarfræðing og manneskju eins og við alvarleg slys, veikindi og andlát. Það eru þó þrír ungir menn með alnæmi sem eru mér ofarlega í huga, ég hjúkraði þeim á smitsjúkdómadeildinni þegar ég var nýutskrifuð. Ungir menn í blóma lífsins sem voru mjög veikir og stóðu frammi fyrir nýjum lífshættulegum sjúkdómi. Á sama tíma og þeir voru að berjast fyrir lífi sínu þurftu þeir að takast á við mikla fordóma og hræðslu við sjúkdóminn í samfélaginu. Mjög flókin hjúkrun, ekki bara vegna þess hve veikir þeir voru heldur líka vegna þess að fjölskylduaðstæður þeirra voru ótrúlega flóknar. Ég lærði mikið af því að hjúkra þessum mönnum. **Hvaða starfsvettvang myndirðu kjósa annan en núverandi?** Ætli ég hefði ekki látið listagyðjuna taka völdin ... Ljósmyndun, leirlist, leiklist eða unnið við það sem ég lærði fyrst, leikhús og kvikmyndaförðun. **Eitthvað að lokum?** Hverjum hefði dottið í hug að árið sem var tileinkað hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum yrði svona. Að það væri árið sem reyndi meira á þessar stéttir en nokkru sinni. Ég hef alltaf verið stolt af því að vera hjúkrunarfræðingur en líklega aldrei meira en núna og sjaldan fundið fyrir meiri skilningi og aðdáun almennings á störfum okkar. Kannski vita fleiri núna hvað hjúkrunarfræðingar gera. Takk fyrir mig.

Tjónaviðgerðir fyrir

VOTTAD RÉTTINGAVERKSTÆÐI
CABAS TJÓNAMAT

öll tryggingafélög

TOYOTA
VIÐGERÐAÞJÓNUSTA



BRETTI
Bílasprautun & réttingar

Smiðjuvegi 4D - 200 Kópavogi - Sími 440 8030 / 897 1998
bretti@bretti.is - www.bretti.is

Hugleiðingar um jafnréttisstarf og átaksverkefni til að fjölga körlum í hjúkrun

Hrafnhildur Snæfríðar- og Gunnarsdóttir

Í greininni fjallar Hrafnhildur um kynjað starfsval út frá sjónarhorni kynjafræðinnar. Greinin er byggð á erindi sem hún hélt á málþingi á vegum jafnréttisdaga HÍ um kynjað starfsval. Hrafnhildur hefur rannsakað reynslu kvenna í hefðbundnum karlagreinum, s.s. í stærðfræði, eðlisfræði og rafmagns- og tölvuverkfræði. Það hefur gengið betur að fjölga konum í raunvísinda- og tæknigreinum en það hefur gengið að fjölga körlum innan hjúkrunar. Hvað veldur? Af hverju er hlutfall karlmannna eins lágt í hjúkrun og raun ber vitni og hverju hafa átaksverkefni skilað?



Hrafnhildur Snæfríðar- og Gunnarsdóttir er hjúkrunarfræðingur á líknardeildinni í Kópavogi og adjunkt við menntavísindasvið HÍ auk þess að starfa við rannsóknir á Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.

Stofnað hefur verið til fjöldamargra átaksverkefna í því skyni að sporna gegn kynjuðu starfsvali, svo sem að fjölga konum í raun- og tæknigreinum og körlum í heilbrigðis-tengdum greinum. Verkefnin hafa hins vegar verið gagnrýnd fyrir að virka ekki sem skyldi og að árangur af þeim sé skammvinnur. Fræðafólk hefur bent á að aðgerðirnar hafi oft ekki verið nægilega vel ígrundaðar og beinist ekki gegn raunverulegri rót vandans. Þá er áhugavert að velta fyrir sér hver sé raunveruleg rót vandans.

Kynjaðar hugmyndir um menntun

Hugmyndir um jafnrétti og hvernig við náum árangri á því sviði hafa þróast mikið undanfarna áratugi. Fjöldi rannsókna hefur varpað ljósi á hvernig hugmyndir okkar um menntun hafa í gegnum tíðina verið kynjaðar. Það er arfleifðin sem við þurfum að horfast í augu við. Lengi vel var áhersla lögð á að halda konum fyrir utan samfélagsleg völd og menntun. Kynjaðar hugmyndir um árangur og færni eiga sér ýmsar birtingarmyndir og hefur fræðafólk meðal annars fjallað um slík viðhorf með tilvísan í eignunarkenninguna (*attribution theory*). Kenningin lýsir því hvernig við útskýrum velgengni eða árangur, bæði okkar eigin og annarra. Rannsóknir sýna að slægur árangur drengja er almennt talinn stafa af ytri þáttum, t.d. stuðningsleysi í umhverfi. Hjá stúlkum er hins vegar hæfni og þekking oft dregin í efa.

Slík viðhorf endurspeglast jafnvel í átaksverkefnum og umræðum í kringum slík verkefni. Lágt hlutfall kvenna í raun- og tæknigreinum er oft skýrt með því að stelpur þori ekki í raunvísindi, að þær hafi ekki nægjanlegt sjálfstraust til þess og ekki næga þekkingu til að ná árangri í greinunum. Þetta er mjög ólíkt umræðunni um fjölgun karla innan hjúkrunar og kennslugreina í gegnum tíðina en þar hefur vandinn yfirleitt verið talinn felast í umhverfinu og ytri þáttum, svo sem þáttum í náminu, staðblæ, verklagi og viðhorfum innan deildanna og staðalmyndum sem ríkja í garð starfsins. Aðilar í forsvari slíkra verkefna hafa bent á mikilvægi þess að skipuleggjendur námsins líti gagnrýnið í eigin barm og athugi hvort eitthvað í námsefni, uppbyggingu náms, ríkjandi viðhorfum og verklagi geri það að verkum að körlum finnist þeir ekki eiga heima innan greinanna.

Átaksverkefni, sem ætlað er að vinna gegn viðteknum hugmyndum, eiga það til að rata ofan í hjólför annarra íhaldssamra hugmynda og jafnvel stuðla að því að festa í sessi kynjaðar hugmyndir og staðalmyndir. Í versta falli getum við, í átaksverkefnum, unnið að því að endurskapa og viðhalda mismunun og valdatengslum sem vanmeta framlag ákveðinna hópa, og hampa sumum umfam aðra.

ARE YOU MAN ENOUGH... TO BE A NURSE?

Want a **career** with **unlimited opportunities** that will challenge your **intelligence, courage and skill, be a nurse.** For information about the exciting possibilities in the nursing profession, including links to educational & financial resources, go to www.WorkforceCentralFlorida.com/PHC.

David Rothberg, RN, Critical Care, Health Counsel, Bone Bank
Scott Brinkman, RN, Emergency Dept, Orlando Regional Hospital, Paramedic
Jason Treake, RN, Nursing Student, Santa Fe
Carla Arnold, RN, Medical Student, Orlando Regional Hospital
Dan Mercado, RN, Critical Care Unit, Orlando Regional Hospital, Basketball Guard
Mark Nag, RN, Cardiovascular Intensive Care Unit, Florida Hospital, Soccer Forward
Mark Randall, RN, Emergency Room, Health Counsel, Rock Climber
Sharon Lugo, RN, Critical, Observation Unit, Orlando Regional Hospital, Soccer Diver
Brian Brooks, RN, Critical Care, Emergency Dept, Orlando Regional Hospital, Golfer

Ég tel að flestir séu þeirrar skoðunar að það sé alla jafna vænlegra til árangurs að einblína á ytra umhverfið, stuðninginn og ríkjandi viðhorf. Ef planta nær ekki að vaxa og dafna í garðinum þá byrjum við ekki á því að kenna plöntunni sjálfri um heldur leitum við ástæðna í umhverfi hennar, jarðveginum, vatninu, veðurfarinu og áburðinum (Eileen Byrne). Í auknum mæli felast áherslur átaksverkefna í gagnlegri rýni á námsumhverfið og ríkjandi staðalmyndir í garð greinanna.

Staðalmyndir eiga djúpar rætur í lífseigum og rótgrónum þankagangi

Það er ekki hægt að neita því að það ríkja mjög kynjaðar staðalmyndir um hjúkrunarfræðinga. Staðalmyndir eru ekki tilviljunarkenndar heldur samofnar ríkjandi valdatengslum og eiga djúpar rætur í lífseigum og rótgrónum þankagangi. Rétt eins og alltaf þá verða staðalmyndir til þess að smætta og einfalda og við nánari greiningu endurspeglar þær gjarnan gagnkynhneigðarrembu, kynjaðar, rasískar og „ableískar“ hugmyndir. Það er af því að staðalmyndir spretta upp úr og vinna að því að viðhalda ríkjandi valdatengslum.

Hugmyndir um hjúkrunarfræðinga hafa lengst af, ef ekki alltaf, verið nátengdar hugmyndum um konur. Hjúkrunarkonur eru umhyggjuríkar og styðjandi. Þær eru undirbúnar undir alvarlegustu verkefni lífsins (sem lúta að heilsu) og þær eru ráða- og skilningsgóðar. Þetta er sannarlega ekki ljót mynd sem er dregin þarna upp en við megum ekki gleyma að þetta er einn hluti tvíhyggjunnar. Á hinum enda ássins eru hugmyndir okkar um karlmennsku, því þetta er jú andstæðupar. Karlinn (lesist einnig lækurinn) er yfirvegaður, rökfastur, hlutlaus, hefur frumkvæði og sýnir jafnvel fálæti. Þetta er sum sé hið sígilda tvenndarpar: karlar og konur, læknar og hjúkrunarfræðingar. Í tvíhyggjunni felst ávallt stigveldi því andstæðir þættir tvenndarparsins eru mishátt metnir. Framlag kvenna er vanmetið. Þetta er arfleifðin okkar, partur af sögu okkar og bergmálar enn í dag.

Rætur þessarar tvíhyggju liggja djúpt í menningu okkar og sögu og lita hvernig framlag og vinna er metin, hvaða störf eru talin meira virði og hvaða störf eru minna metin. Af því að þessar hugmyndir eiga sér svo djúpar rætur eru þær jafnframt svo kunnuglegar, við rennum einhvern veginn svo ljúflega inn í þessi þrástef óafvitandi ef við gætum okkar ekki.



Orðræða sem viðheldur valdamisræmi

Það er ákveðin hætta á að átaksverkefni, sem ætlað er að stemma stigu við kynjuðu mynstri, tali inn í þessar staðalmyndir. Í versta falli geta þau haldið þessum kynjuðu staðalmyndum á lofti og veitt þeim aukið rými. Þá erum við í raun að endurskapa og styrkja kynjuð valdatengsl. Stundum hafa átaksverkefni gengið út á að reyna að kveikja áhuga nemenda á störfum með fræðsluherferðum, svo sem bæklingum eða kynningum, og þá er valið myndefni og umfjöllun sem er talin höfða til kynsins sem um ræðir í þeirri von að það breyti ásynd námsins í augum tilvonandi nemenda.

Með þessu er ég ekki að leiða rök að því að það eigi ekki að sýna fjölbreyttar birtingarmyndir starfsins, því hjúkrunarfræði er sannarlega fjölbreytt og skemmtilegt starf sem býður upp á marga möguleika. En hér er verið að gefa það til kynna að það sé karlmönnum ekki samboðið að starfa við sams konar störf og konur, að það sé þeim eðlislægt að hafa önnur áhugasvið. Jafnvel að það grafi undan karlmennsku og virðingu karla að sinna kvenlægu störfum. Við erum að tala inn í orðræðu sem viðheldur valdamisræmi og lítilli virðingu í garð framlags og starfa kvenna. Það er *mannlegt* að vilja fjölbreytni í starfi og spennandi starfsvettvang en ekki kynjað.

Vandinn er ekki að hjúkrunarfræðistarfið er gjarnan tengt við konur. Vandinn er að við vanmetum störf kvenna og berum ekki sambærilega virðingu fyrir þeim og störfum karla. Ef þetta misræmi væri ekki fyrir hendi væri það ekki álitid ógn við karlmennsku að ganga inn í störf sem unnin hafa verið af konum. Í stað þess að byggja fleiri staðalmyndir í kringum störfin þá þurfum við að afbyggja þær.

Störf og framlag karla meira virði en kvenna

Staðalmyndir eiga djúpar rætur í menningu okkar, eru smætandi og skaðlegar og vinna að því að skýra, réttlæta og viðhalda aðstöðumun kynjanna. Þótt staðalmyndir séu eitt einkenni meinsins er þar ekki rót vandans. Rót vandans er sú að við metum störf og framlag karla meira virði en kvenna.

Það er mikilvægt að draga upp fjölbreyttar myndir af hjúkrunarstarfinu en við þurfum að gera það á ábyrgðafullan hátt

og hafa myndirnar grundaðan í veruleika starfsins. Starf hjúkrunarfræðingsins felst í að vera undirbúinn undir alls kyns aðstæður, sýna festu og vera tilbúinn að starfa í mikilli nánd við samstarfsfólk og skjólstæðinga. Þær lífseigu hugmyndir eru alltumlykjandi að konur séu körlum fremri þegar kemur að nánd og nærgætni. Ef við viljum stuðla að jafnrétti og berjast gegn kynjuðu starfsvali er mikilvægt að vinna gegn þeirri kynjuðu síbylju að umönnun, nánd og nærgætni séu ekki karl-lægir eiginleikar.

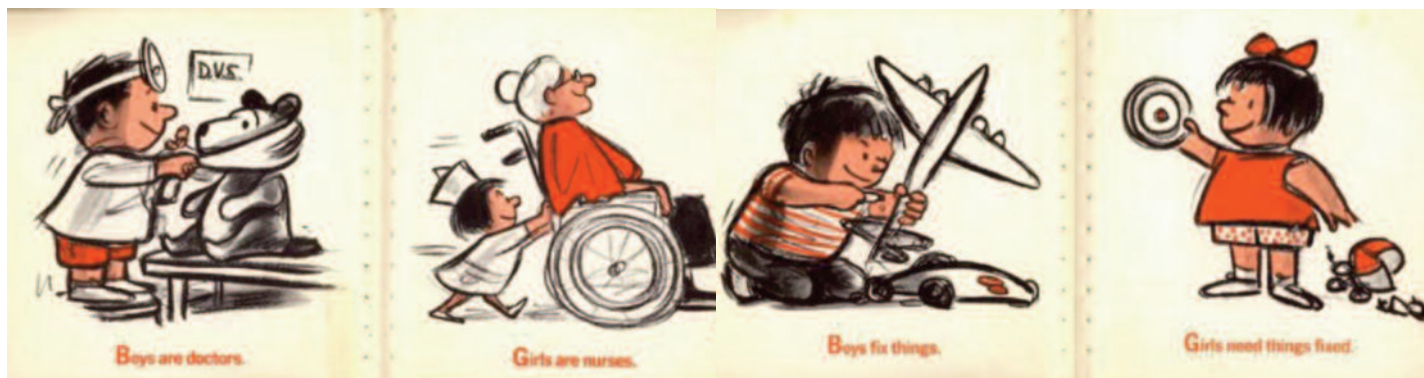
Í nýlegu upplýsingamyndbandi Landspítalans um jafnréttisstarf kom fram að mikilvægt sé að spítalinn endurspegli samfélagið. Við getum öll verið sammála um það. Það er hins vegar tímabært að ræða um jafnrétti í þessum efnum í víðari skilningi og leggja aukna áherslu á fjölbreytileika. Síðastliðin ár hafa jafnréttismál þróast mikið og fleiri breytur en kyn skipta máli í þessu samhengi. Það er ekki síður mikilvægt að við lítum til annarra hópa. Ef við gefum okkur það að það sé erfitt fyrir karla að ganga inn í núverandi fyrirkomulag hjúkrunarnámsins, hvernig er staðan þá gagnvart fötludum nemendum, hinsgin nemendum og nemendum af erlendum uppruna?

Ég leyfi mér að fullyrða að kynjaðar væntingar og viðhorf sem má hugsanlega greina í náminu eru einungis brotabrot af því sem nemendur munu kynna að námi loknu þegar út á starfsvettvang er komið.

Hvar er vandinn?

Í ljósi þess hve vandinn er útbreiddur og rótgróinn má draga í efa að lausnin felst eingöngu í breyttri námstilhögun og ásynd námsins. Ég leyfi mér að fullyrða að kynjaðar væntingar og viðhorf sem má hugsanlega greina í náminu eru einungis brotabrot af því sem nemendur munu kynna að námi loknu þegar út á starfsvettvang er komið.

Ég hef starfað í þó nokkur ár á Landspítalanum og þykir vænt um vinnustaðinn. En rétt eins og á öðrum vinnustöðum fyrirfinnast þar fordómar og kynjuð viðmið. Eitt af því fyrsta sem ég þurfti að læra sem hjúkrunarfræðingur á sjúkrahúsi



var að starfa innan um hið mikla stigveldi sem þar á sér stað. Þarna ríkir ákveðin virðingarröð sem gengur út á að aðgreina störf og ábyrgð og meta til virðingar. Störf eru sannarlega misvel metin og það endurspeglast ekki bara í launumslaginu heldur gegnsýrir líka samskipti og starfshætti. Þetta er ekki bundið við Landspítalann sérstaklega, þetta er ekki einu sinni séríslenskt fyrirbæri heldur alþekkt vandamál. Heilbrigðisstofnanir eru oft mjög stórir vinnustaðir og þar fyrirfinnast sannarlega sömu fordómar og annars staðar í samfélaginu.

Niðurstöður erlendra rannsókna hafa leitt í ljós að hinsegin karlar og konur í hjúkrunarstarfi upplifi gjarnan neikvæð viðhorf og mismunun og verða jafnvel fyrir ofbeldi, sem byggist á hómófóbíu, í starfi sínu. Þá hefur lesbískum hjúkrunarfræðingum verið meinað að sinna ákveðnum hluta starfa eftir að þær komu út úr skápnunum, þ.e.a.s. að sinna líkamlegri umönnun kvenna. Aðrar rannsóknir sýna að karlkynshjúkrunarfræðingum hafi verið meinað að sinna umönnun kvenna af ótta við að snerting þeirra væri túlkuð sem kynferðisleg. Við höfum ekki gert sambærilegar rannsóknir á Íslandi en það væri ábyrgðarlaust að ganga út frá því að mismunun fyrirfinnst ekki innan sjúkrastofnana hérlandis.

Víðsýni fremur en rótgróið og kynjað gildismat

Ég held að það hljóti að vera forgangsatriði að beina sjónum í auknu mæli að starfsumhverfinu og viðteknu verklagi á vinnustöðum og að þar sé unnið markvisst gegn rótgrónu gildismati sem endurspeglar og viðheldur ríkjandi valdamisræmi. Að vinna sé lögð í að stuðla að jákvæðum viðhorfum og gildum sem endurspeglar víðsýni og þar sem fjölbreytileiki starfsfólks er álitinn kostur og honum er fagnað, þar sem vel er tekið á móti starfsfólki sem ekki fellur innan ramma viðtekinnna staðalmynda.

Ég tel að kynningarstarf sé jákvætt og mikilvægt að karlar finni að það sé talað sérstaklega til þeirra, án þess þó að það sé gert með þeim hætti að aðgreina störf þeirra frá störfum og framlagi kvenna. Þá er enn fremur tímabært að líta til fleiri hópa í þessu samhengi. Loks þarf að breyta viðhorfum í garð hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta þar sem konur eru í miklum meirihluta, því það er sannarlega kerfislegt vanmat á þessum störfum. Það endurspeglast m.a. í launum hjúkrunarfræðinga sem hafa alltaf verið lág í samanburði við viðmiðunarstéttir með sambærilega menntun og ábyrgð.



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

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

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

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

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

Við tökum vel á móti þér!



SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL

Kíktu á vefinn okkar sak.is/atvinna

ÖRYGGI - SAMVINNA - FRAMSGÆKKNI



Diplómanám í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun á meistarastigi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

Anna Tómasdóttir¹, Berglind Guðrún Chu² og Helga Jónsdóttir³

Heimsfaraldur covid-19 hefur haft víðtæk áhrif á líf og heilsu fólks um heim allan, og um leið dregið fram í dagsljósið styrkleika og veikleika sem snerta samfélagslega innviði okkar og heilbrigðiskerfið. Hér á landi hefur okkur tekist að standa saman og leggja traust okkar á sérfræðipekkingu hjúkrunarfræðinga, lækna og annarra fagaðila í viðbrögðum við útbreiðslu covid-19.

Með vísindi í forgrunni hefur áhersla verið lögð á umfangsmikla skimun, rakningu smitleiða, sóttkví útsettra, einangrun sýktra, samkomutakmarkanir og fræðslu og upplýsingagjöf til almennings. Sérfræðingar sýkingavarna- og smitsjúkdómadeilda Landspítalans hafa tekið að sér ráðgefandi hlutverk fyrir heilbrigðisstofnanir um allt land, og mikið hefur mætt á þeim fáu hjúkrunarfræðingum sem hafa þekkingu á sérsviðinu. Þrátt fyrir ríka samstöðu og góðan árangur hefur komið glögg í ljós að skortur er á þekkingu á sýkingavörnum og útbreiðslu smitsjúkdóma meðal hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna.

Þörf á sérþekkingu í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun

Á fyrri hluta síðustu aldar var þetta sérsvið mjög sterkt innan hjúkrunar á Íslandi og alþjóðlega, og má í því samhengi nefna hjúkrun berklasjúklinga og holdsveikra. Lítil áhersla hefur verið lögð á sérsviðið í framhaldsnámi hjúkrunarfræðinga undanfarna áratugi og einungis örfáir hjúkrunarfræðingar eru með framhaldsnám á þessu sérsviði. Þörf er á sérþekkingu í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun alls staðar í heilbrigðisþjónustunni, á sjúkrahúsum, í heilsugæslu, á hjúkrunarheimilum og á vettvangi. Auk þess er þekking á sýkingavörnum gríðarlega mikilvæg við stefnu-mótun og ákvarðanir um fyrirkomulag stofnana.

Tilgangur diplómanámsins er að veita hjúkrunarfræðingum tækifæri til að efla þekkingu sína og færni á sviði sýkingavarna og smitsjúkdómahjúkrunar á lands- og heimsvísu.

Í ljósi alls ofangreinds var skipuð námsnefnd um diplómanám á framhaldsstigi í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun vorið 2020. Við undirbúningsvinnu námsleiðarinnar hafði námsnefnd samráð við helstu sérfræðinga hérlandis á sviði sýkingavarna, smitsjúkdóma og örverufræði. Einnig var horft til uppbyggingar og efnisatriða sambærilegra námsleiða á hinum Norðurlöndunum við undirbúning námsins. Diplómanám í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun er skipulagt sem 30 ECTS-nám á framhaldsstigi, og það hugsað sem nám með starfi sem má ljúka á þremur til fjórum misserum. Námsleiðin var samþykkt sem viðbótardiplómanám á sérsviði hjúkrunar af deildarráði Hjúkrunarfræðideildar í febrúar 2021 og munu fyrstu nem-

¹ MSc, hjúkrunarfræðingur á göngudeild smitsjúkdóma, A3.

² Sérfræðingur í hjúkrun sjúklinga með smitsjúkdóma.

³ Prófessor í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og forstöðumaður fræðasviðs langveikra fullorðinna á Landspítala.

endur því geta hafið nám haustið 2021. Námið má einnig nota til grundvallar frekari sérhæfingar á klínísku sérsviði hjúkrunar á meistarastigi (MS með áherslu á sýkingavarnir og smitsjúkdómahjúkrun).

Hagnýt þekking á sviði sýkingavarna og smitsjúkdómahjúkrunar

Tilgangur diplómanámsins er að veita hjúkrunarfræðingum tækifæri til að efla þekkingu sína og færni á sviði sýkingavarna (e. *infection control*) og smitsjúkdómahjúkrunar (e. *infectious disease nursing*) á lands- og heimsvísu. Námið byggist að stærstum hluta á fjórum kjarnanámskeiðum. Auk námskeiða í *sýklafræði* (5 ECTS) og *veirufæði* (3 ECTS) sitja nemendur tvö sérkennd námskeið. Annars vegar er það *faraldsfræði, útbreiðsla smitsjúkdóma og sóttvarnir* (6 ECTS) og hins vegar *sýkingavarnir og smitsjúkdómahjúkrun* (6 ECTS). Til viðbótar við kjarnanámskeiðin taka nemendur námskeiðið *fræðileg aðferð* (2 ECTS) auk valnámskeiðs (8 ECTS).

Að námi loknu skulu nemendur hafa öðlast færni til að hagnýta þekkingu sína við störf á sviði sýkingavarna og smitsjúkdómahjúkrunar. Nemendur munu þannig búa yfir kunnáttu sem nýtist í almennum forvörnum og hreinlæti; í viðbrögðum við faröldrum og hópsýkingum; við hjúkrun sjúklinga með bráða og langvinna smitsjúkdóma innan og utan stofnana; við uppbyggingu heilbrigðisþjónustu og skipulag stofnana; ásamt þátttöku í sýkingavörnum og þróunarsamvinnu á alþjóðlegum vettvangi.

Færni hjúkrunarfræðinga með diplómanám í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun byggist á yfirgripsmikilli þekkingu á:

- helstu örverum sem sýkja menn, meinvirkni þeirra, greiningu, einkennum og meðferð
- faraldsfræði smitsjúkdóma og aðferðum til að meta og hefta útbreiðslu þeirra
- lögum og reglugerðum sem ná yfir opinberar sóttvarnarráðstafanir
- starfsemi ónæmiskerfisins í tengslum við sýkingar og virkni bóluefna
- undirstöðuatriðum sýkingavarna, smitleiðum örvera og algengum spítala-sýkingum
- ónæmum bakteríum, þróun sýklalyfjaónæmis og sýklalyfjagæslu
- hjúkrun sjúklinga með bráða og langvinna smitsjúkdóma, auk fyrirbyggjandi aðgerða

Námskrá fyrir nemendur í diplómanámi í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun

Fyrsta misseri — haust 2021	Samtals	8 ECTS
Fræðileg aðferð	2 ECTS	
Faraldsfræði, útbreiðsla smitsjúkdóma og sóttvarnir	6 ECTS	
Annað misseri — vor 2022	Samtals	8 ECTS
Sýklafræði fyrir hjúkrunarfræðinga	5 ECTS	
Veirufæði fyrir hjúkrunarfræðinga	3 ECTS	
Þriðja misseri — haust 2022	Samtals	6 ECTS
Sýkingavarnir og smitsjúkdómahjúkrun	6 ECTS	
Valnámskeið — óháð misseri	Samtals	8 ECTS

Námið verði aðgengilegt hjúkrunarfræðingum um allt land

Í náminu verður stuðst við fjölpættar aðferðir við kennslu, svo sem klínískt nám, umræðufundi, tilfellingakynningar, fyrirlestra, kennslu í færnistofu og hópavinnu. Áhersla verður lögð á að tengja fræðilegan hluta við raunveruleg dæmi, meðal annars með kynningum frá sérfræðingum á sviði smitsjúkdóma og sýkingavarna. Tekin verða raunveruleg dæmi um hópsýkingar á heilbrigðisstofnun og nemendur fá tækifæri til að vinna að eigin viðbragðsáætlun. Notað verður fjölpætt námsmat, þar með talið próf, skrifleg verkefni, kynningar og þátttaka í umræðutímum. Lögð er áhersla á að námið verði aðgengilegt hjúkrunarfræðingum um allt land og verður því skipulagt með þeim hætti að nemendur eigi þess kost að taka hluta námsins í fjarnámi með staðbundnum lotum eftir atvikum og aðstæðum.

Það er enginn vafi í huga þeirra sem til þekkja að þörf er á viðbótarnámi á framhaldsstigi í sýkingavörnum og smitsjúkdómahjúkrun. Slík viðbótarmenntun mun nýtast hjúkrunarfræðingum sem starfa innan allra sérsviða og um allt land, hvort sem það er á heilsugæslu, á minni heilbrigðisstofnunum eða á Landspítalanum. Við erum bjartsýn á að hjúkrunarfræðingar sjái sér hag í því að efla þekkingu sína og færni á sviði sýkingavarna og smitsjúkdómahjúkrunar, bæði til faglegrar framþróunar og til heilla fyrir samfélagið allt. Umsóknarfrestur vegna diplómanáms við Hjúkrunarfræðideild HÍ er til og með 15. apríl 2021. Við hlökkum til að sjá sem flesta!

Við erum bjartsýn á að hjúkrunarfræðingar sjái sér hag í því að efla þekkingu sína og færni á sviði sýkingavarna og smitsjúkdómahjúkrunar, bæði til faglegrar framþróunar og til heilla fyrir samfélagið allt.

Smith+Nephew

ER ÞINN SJÚKLINGUR AÐ FÁ RÉTTA MEÐFERÐ
TIL AÐ FYRIRBYGGJA EÐA GRÆÐA ÞRÝSTINGSSÁR?



Designed for People who
Happen to be Patients
ALLEVYN®
Life



- Húðvænar, marglaga sílíkonumbúðir
- Létta á og dreifa álagi/þrýstingi
- Vatnsheldar
- Breiðir kantar fyrir betri endingu

jana@icepharma.is

Smith & Nephew data on file report OR-DOF 020 An open, prospective, randomised, comparative volunteer trial to compare the performance of silicone adhesive dressings. Mepilex™ Border. Smith & Nephew data on file report OR-DOF 041 An open, prospective, comparative volunteer trial to assess the retention qualities of ALLEVYN Life and Biatain™ Silicone Smith & Nephew data on file report OR-DOF 011, Results from a multi-centre, non-comparative clinical in market evaluation of ALLEVYN Gentle Border dressing and from Open, prospective randomised, within volunteer comparison of Dakota and Mepilex Border in terms of showerproof and use on awkward areas. Hussein D; August 2010 Smith & Nephew data on file report DS/12/185/DOF Impact protection properties of ALLEVYN Life, Mepilex Border and Biatain Silicone.

Saga hjúkrunarskráningar á Íslandi

Aðdragandi að stofnun rannsókna- og þróunarseturs um ICNP

Ásta Thoroddsen, prófessor og forstöðumaður ICNP-setursins

Í ágúst 2019 samþykkti Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga (International Council of Nurses, ICN) stofnun Rannsókna- og þróunarseturs um ICNP á Íslandi (ICN Accredited ICNP Research & Development Centre in Iceland). ICNP-setrið var síðan formlega stofnað 2. mars 2020 innan Heilbrigðisvísindastofnunar Háskóla Íslands með aðsetur í Hjúkrunarfræðideild. Aðdragandi að stofnun rannsókna- og þróunarseturs um flokkunarkerfi í hjúkrun er orðinn nokkuð langur. Því er ekki úr vegi að gera honum skil. Sagan er orðin löng, spannar 35 ár, og ekkert verður til úr engu, en stiklað verður á stóru.

Vakning innan hjúkrunarfræðinnar

Hjúkrunarfræðingar hafa ávallt skráð ástand og líðan sjúklinga, hvað gert var fyrir þá og svörun þeirra við því. Umtalsvert magn hjúkrunarfræðilegra gagna um ástand, viðbrögð og líðan sjúklinga verður til við daglega skráningu á heilbrigðisstofnunum. Alveg fram á 9. áratuginn var þessum gögnum þó hent. Um miðbik síðustu aldar, þegar hjúkrunarfræðin þróaðist sem fræðigrein í Bandaríkjunum, áttuðu hjúkrunarfræðingar sig á nauðsyn þess að greina þau viðfangsefni sem þeir eru menntaðir til að sjá um og bera ábyrgð á lögum samkvæmt (Gordon, 1987). Jafnframt óx vitund um mikilvægi þess að greina vandamál sjúklinga rétt og hafa skipulag á hjúkruninni (Abdellah, 1959) og hugtakið hjúkrunarferli kom fyrst fram árið 1958 (Orlando, 1961). Umræður jukust innan hjúkrunarfræðinnar, sérstaklega í Bandaríkjunum, um mikilvægi þess að hjúkrunarfræðin ætti sína fagorðaskrá eða fagmál.

Orð eins og smitgát, sóttkví og einangrun eru dæmi um hugtök sem fyrir ári síðan flokkuðust undir fagorð innan fagmáls en skilgreiningar þeirra eru nú flestum þekktar og orðin töm. Fagmálið gegnir mikilvægu hlutverki í að greina, miðla, skipuleggja og lýsa því sem í þessu tilviki er einstakt við hjúkrun — að fanga hinn flókna veruleika hennar.

Sértækt fagmál er hverri fræðigrein mikilvægt og hver fræðigrein hefur iðulega eigið tungutak sem hjálpar meðlimum greinarinnar að skilgreina hugtök sem máli skipta innan hennar. Fagmál, sem vísindagrein þróar, þjónar þeim tilgangi að gefa flóknum fyrirbærum ákveðin heiti og auðvelda samskipti milli þeirra sem nota það. Orð eins og smitgát, sóttkví

og einangrun eru dæmi um hugtök sem fyrir ári síðan flokkuðust undir fagorð innan fagmáls en skilgreiningar þeirra eru nú flestum þekktar og orðin töm. Fagmálið gegnir mikilvægu hlutverki í að greina, miðla, skipuleggja og lýsa því sem í þessu tilviki er einstakt við hjúkrun — að fanga hinn flókna veruleika hennar.

Sameiginlegt fagmál hjúkrunarfræðinga í formi flokkunarkerfa er ein af forsendum þess að þeir geti nýtt sér gögn, sem skráð hafa verið, til að bæta hjúkrun og efla öryggi sjúklinga, og til að styðja við klíniska ákvarðanatöku og sköpun á nýrri þekkingu. Og ekki skal vanmetið mikilvægi þess að fagorð séu til á íslensku og að vandað sé til verka við þýðingar og nýyrðasmíð.

Á 8. áratugnum kom fram fyrsta kóðaða flokkunarkerfið í hjúkrun í Bandaríkjunum, NANDA, sem fjallar um greiningar hjúkrunarfandamála (Gordon, 1987). NANDA-samtökin (áður North American Nursing Diagnosis Association) voru svo stofnuð 1982 (Gordon, 1987) en þau heita í dag NANDA International, skammstafað NANDA-I (NANDA International, e.d.). Steinunn Garðarsdóttir (1985) var fyrst hjúkrunarfræðing á Íslandi til að kynna flokkunarkerfi NANDA-hjúkrunargreininga.

Önnur flokkunarkerfi í hjúkrun, sem hafa orðið þekkt hér á landi, eru *Nursing Interventions Classification* (NIC) fyrir hjúkrunarmedferð og *Nursing Outcomes Classification* (NOC) fyrir árangur. Þau eru bæði þróuð við Háskólann í Iowa. Fleiri og fleiri þekkja einnig International Classification for Nursing Practice (ICNP) sem er byggt upp hjá Alþjóðaráði hjúkrunarfræðinga, ICN.

Saga flokkunarkerfa í hjúkrun á Íslandi

Hugtakið hjúkrunarferli sést fyrst á prenti á Íslandi árið 1976 þegar Guðrún Margrét Þorsteinsdóttir hjúkrunarfræðingur birti grein um það í Tímariti Hjúkrunarfélags Íslands. Þó nokkur umræða varð meðal hjúkrunarfræðinga um hjúkrunarferlið á 8. og 9. áratugnum og greinilegt að um það var talsvert

rætt í norrænu samstarfi, ráðstefnur og kynningar voru haldnar og um það skrifað (Elín Eggerz-Stefánsson, 1981; Gréta Aðalsteinsdóttir o.fl., 1976; Guðrún Eggertsdóttir, 1977; Þóra Arnfinnsdóttir, 1980; Þórunn Kjartansdóttir, 1988).

Árið 1986 sendi deild hjúkrunarforstjóra innan Hjúkrunarfélags Íslands landlæknisembættinu áskorun þess efnis að unnið yrði að stöðlun hjúkrunargreininga til skráningar í hjúkrun og til að undirbúa tölvuskráningu. Í kjölfarið var stofnaður vinnuhópur heilsugæsluhjúkrunarfræðinga sem gaf út handbók um hjúkrunarskráningu árið 1991 á vegum embættisins. Vinnuhópurinn skipuðu Anna Björg Aradóttir, Bryndís Halldórsdóttir, Guðrún Broddadóttir, Kristín Axelsdóttir, Kristín Pálsdóttir, María Guðmundsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Vilborg Ingólfssdóttir, en Rut Jónsdóttir frumþýddi texta (Vilborg Ingólfssdóttir o.fl., 1997). Það var í fyrsta sinn sem NANDA-flokkunarkerfið í hjúkrun var þýtt í heild á íslensku (Landlæknisembættið, 1991) en Steinunn Garðarsdóttir (1985) hafði áður grófþýtt heiti hjúkrunargreininga. Þessi útgáfa var mikil framsýni.

Vinnu- og ráðgjafarhópar um skráningu hjúkrunar voru starfandi hjá landlæknisembættinu í um 25 ár með Vilborgu Ingólfssdóttur og Önnu Björgu Aradóttur hjúkrunarfræðinga í broddi fylkingar. Ásta Thoroddsen bættist í hópinn og ritstýrði síðari útgáfum af handbókinni. Á þessum árum var Handbók um skráningu hjúkrunar gefin út þrisvar af embættinu, 1991, 1997, viðauki við þá útgáfu árið 2000, og aukin og viðamesta útgáfan árið 2002 (Anna Björg Aradóttir og Ásta Thoroddsen, 1997; Ásta Thoroddsen, 2002; Landlæknisembættið, 1991). Þýðing á bandarísku flokkunarkerfi um hjúkrunarmeðferð, Nursing Interventions Classification (NIC), leit fyrst dagsins ljós árið 1997 (Ásta Thoroddsen, 2002; 2005). Fjöldi hjúkrunarfræðinga starfaði í vinnuhóp um skráningu hjúkrunar hjá embættinu og lagði af mörkum ómetanlega vinnu til viðbótar þeim sem að ofan eru nefndir. Þeir eru: Brynja Örlýgsdóttir, Elísabet Guðmundsdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Jóhanna Fjóra Jóhannsdóttir, Júlía Sigurveig Jónsdóttir, Kristín Þórarinsdóttir, Laura Sch. Thorsteinsson, Lilja Björk Kristinsdóttir, Lilja Stefánsdóttir, Lilja Þorsteinsdóttir og Matthildur Valfells.

Á Íslandi hafa heilsufarslyklar verið notaðir sem rammi til stuðnings við skipulega söfnun upplýsinga um aðalþætti virkni og heilbrigðis hjá sjúklingum og til að flokka saman skyldar hjúkrunargreiningar. Heilsufarslyklarnir (Functional Health Patterns), áður oft kallaðir Gordons-lyklar, byggjast á hugmyndum Marjorie Gordon (Gordon, 1987). Lyklarnir eru 11 talsins og taldi Gordon að notkun þeirra stuðlaði að rétttri framsetningu hjúkrunargreininga. Hún lagði áherslu á að maðurinn tileinkar sér lífverni og virkni til að viðhalda heilbrigði sínu, lífsgæðum og ná því besta út úr lífinu. Það er okkar, hjúkrunarfræðinga, að afla upplýsinga og meta hvenær þetta mynstur breytist þannig að grípa þurfi inn í, greina breytinguna eða vandann, sem er þá sett fram sem hjúkrunargreining. Heilsufarslyklarnir hafa náð mikilli útbreiðslu hér á landi, notaðir í námi og kennslu, rannsóknnum og klínísku starfi, og má segja að upplýsingaskrá sjúklings byggist á þeim á nær öllum heilbrigðisstofnunum. Heilsufarslyklar Gordon voru gefnir út í vasabroti af Kristínu Þórarinsdóttur árið 2000 og síðar af Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri (FSA) og Landspítala. Áður höfðu upplýsingar um sjúklinga verið skráðar eftir líffærakerfum. Það þótti ekki nógu hjúkrunarfræðileg nálgun. Frá fyrstu útgáfu á Handbók um skráningu hjúkrunar hafa hjúkrunargreiningar verið flokkaðar samkvæmt heilsufarslyklunum.

Á árinu 2009 var ýmislegt að gerast í rafrænum sjúkraskrármálum, kröfulýsing gerð þar að lútandi og tilheyrandi kóðamál hjá heilbrigðisráðuneytinu og unnið var að nýrri útgáfu á lágmarksskráningu vistunarypplýsinga á Íslandi hjá landlæknisembættinu. Dregist hafði úr hömlu að uppfæra kóðakerfin í hjúkrun í sjúkraskrá og hjúkrunarfræðingar kölluðu eftir nýrri útgáfu af Handbók um skráningu hjúkrunar. Á sama tíma var verið að vinna að nýrri stefnu Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fih), m.a. í upplýsingatækni í hjúkrun. Í minnisblaði til formanns Fih, dagsettu 15. september 2009 frá formanni vinnuhóps um upplýsingatækni í hjúkrun (Ásta Thoroddsen, 15. sept. 2009a), kemur þetta fram:

Heilsufarslyklarnir hafa náð mikilli útbreiðslu hér á landi, notaðir í námi og kennslu, rannsóknnum og klínísku starfi, og má segja að upplýsingaskrá sjúklings byggist á þeim á nær öllum heilbrigðisstofnunum. Áður höfðu upplýsingar um sjúklinga verið skráðar eftir líffærakerfum. Það þótti ekki nógu hjúkrunarfræðileg nálgun. Frá fyrstu útgáfu á Handbók um skráningu hjúkrunar hafa hjúkrunargreiningar verið flokkaðar samkvæmt heilsufarslyklunum.

Stefnuhópur FÍH hefur að undanfögnu verið að skoða möguleikann á því að taka upp ICNP (International Classification for Nursing Practice) í stað NANDA og NIC. Kemur þar ýmislegt til, en þó helst það að ICNP er þróað af hálfu ICN og hefur nýlega verið samþykkt af WHO sem eitt af þeim alþjóðlegu kóðakerfum sem WHO mælir með. Mikil þróun hefur átt sér stað í sambandi við ICNP að undanfögnu en hið sama á ekki við um NANDA og NIC. Nú hefur einnig komið á daginn að kostnaður við notkunarleyfi á NANDA og NIC er mikill, eða um 2,5 milljón á hvort kerfi, árlega fyrir NIC og annað hvert ár fyrir NANDA.



Connie Delaney, prófessor og deildarforseti School of Nursing við Háskólann í Minnesota, og Ásta Thoroddsen, prófessor og forstöðumaður ICNP-setursins. Dr. Delaney flutti ávarp við opnun ICNP-setursins.

Í framhaldinu greindi Stefnuhópur Fíh frá niðurstöðu hópsins „... að International Classification for Nursing Practice (ICNP), sem þróað er af ICN, sé álitlegasti kosturinn fyrir Ísland“ (Ásta Thoroddsen, 13. okt. 2009b). Að tillögu stjórnar Fíh tók embætti landlæknis þá ákvörðun árið 2010 að ICNP skyldi notað á landsvísi sem aðalflokkunarkerfið til að skrá hjúkrun í rafhænni sjúkraskrá á sjúkrahúsum (Embætti landlæknis, 2020). Frá því að ákvörðun var tekin hjá embætti landlæknis um að nota skyldi ICNP við daglega skráningu í hjúkrun og fyrirmæli þess efnis sett fram í lágmarksskráningu vistunarupplýsinga hafa ekki komið fram skýrar áætlanir um hvernig að því skuli staðið eða því komið í kring.

Ýmis rannsóknar- og þróunarverkefni voru unnin af hjúkrunarfræðingum um notagildi Nursing Outcome Classification (NOC) þótt það kæmist ekki í daglega notkun á Íslandi (Elisabet Guðmundsdóttir, 2002; Jóhanna Fjóra Jóhannesdóttir, 2006).

Lágmarksskráning vistunarupplýsinga

Árið 2001 voru gefin út tilmæli landlæknis um lágmarksskráningu vistunarupplýsinga á sjúkrahúsum (Landlæknisembættið, 2001) þar sem sagði að „allar heilbrigðisstofnanir skuli gera grein fyrir hjúkrunarvandamálum og -meðferð sjúklinga, sem lagðir hafa verið inn á stofnanir frá og með 1. apríl 2001.“ Í fyrsta skipti var einnig tilgreint að nota skyldi NANDA-flokkunarkerfið við skráningu hjúkrunarvandamála og NIC fyrir hjúkrunarmeðferð. Svipuð tilmæli voru síðar gefin út fyrir skráningu á heilsugæslustöðvum (Landlæknisembættið, 2002). Lágmarksskráning á heilbrigðisstöðvum lúta nú fyrir mælum landlæknis frá 2008 og frá 2011 á sjúkrahúsum (Landlæknisembættið, 2008; 2011).

Sem fyrr er getið gaf embættið út fyrirmæli um lágmarksskráningu vistunarupplýsinga árið 2011 þar sem tilgreint er að ICNP skuli notað til að skrá hjúkrunarvandamál og -meðferð sjúklinga á öllum heilbrigðisstofnunum (Landlæknisembættið, 2011). Höfundur er ekki kunnugt um að stjórnvöld í nokkru öðru landi í heiminum hafi gert slíkar kröfur til skráningar í hjúkrun nema hér og í Noregi (Norsk sykepleierforbund, e.d.). Erlendum samstarfsaðilum hefur þótt það athygli- og eftirsóknarvert að ákvörðun um notkun samræmds fagmáls til skráningar hjúkrunar hafi verið tekin fyrir landið í heild í samráði við hjúkrunarfræðinga. Þó má geta þess að ICNP er notað á landsvísi í Portúgal, og Danir hafa tekið slíka ákvörðun einnig. ICNP hefur verið þýtt á íslensku af Ástu Thoroddsen og Brynju Örlýgsdóttur. Hana má finna á heimasíðu Rannsóknar- og þróunarseturs um ICNP, <https://icnp.hi.is>, og á vef Alþjóðaráðs hjúkrunarfræðinga, ICN, á slóðinni: <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>.

Rafræn sjúkraskrá

Í kröfulýsingu fyrir rafræn sjúkraskrárkerfi, sem sett var fram af heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu árið 2001, kom fram sú krafa að hjúkrunarvandamál skyldi skrá samkvæmt NANDA (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Sjúkraskrárkerfið Saga var fyrst tekið í notkun árið 1995 á heilsugæslustöðvum. Frá upphafi hefur verið hægt að skrá upplýsingar um sjúklinga samkvæmt heilsufarslyklum og hjúkrunargreiningar samkvæmt NANDA. Þótt ákvörðun um að nota ICNP til daglegrar skráningar í hjúkrun hafi verið tekin árið 2010 hefur það ekki enn verið innleitt í rafræna sjúkraskrá. Vonir standa til þess að með stofnun Rannsóknar- og þróunarseturs um ICNP verði þeirri vinnu flýtt sem þarf til að koma því í notkun.

Ýmis átaksverkefni tengd hjúkrunarskráningu

Í gegnum árin hafa mörg átaksverkefni verið unnin víðs vegar á landinu til að bæta skráningu á þann veg að hún endurspegli

raunverulegt ástand sjúklinga, og á síðari árum, þegar tölvu-
væðing kom til skjalanna, að til yrðu skipuleg gögn sem mætti
endurnýta, m.a. til rannsókna. Ný þekking, breytt verklag og
nýjar kröfur gera það að verkum að skráningarverkefni þurfa
stöðugt að vera í gangi til að halda viðeigandi verklagi við og
vera í takti við tímann. Umfangsmestu verkefnin, sem tengdust
hjúkrunarskráningu, voru unnin á Landspítala og FSA.

Innleiðing flokkunarkerfa í klíniska vinnu er flókið verkefni sem krefst þekkingar og mannafla. Hjúkrunarfræðingar eru fjölmennasta stétt heilbrigðiskerfisins, um 1500–1800 á Landspítala einum, og þegar við bætist vinna við þróun hugbúnaðar sem þarf að endurspegla innihald hjúkrunar og starf hjúkrunarfræðinga þá getur tekið á.

Innleiðing flokkunarkerfa í klíniska vinnu er flókið verkefni sem krefst þekkingar og mannafla. Hjúkrunarfræðingar eru fjölmennasta stétt heilbrigðiskerfisins, um 1500–1800 á Landspítala einum, og þegar við bætist vinna við þróun hugbúnaðar sem þarf að endurspegla innihald hjúkrunar og starf hjúkrunarfræðinga þá getur tekið á. Frá því 1997 hefur verið unnt að nota flokkunarkerfi á heilsugæslustöðvum og göngu-
deildum til að skrá hjúkrun í rafræna sjúkraskrá. Gögnin sem til verða eru vistuð varanlega í gagnagrunnum þannig að tengsl milli skráðra atriða haldast og hægt er að nota gögnin til rannsókna og skapa nýja þekkingu. Það er engan veginn sjálfsgefið að gögn séu vistuð á þann hátt að unnt sé að nota þau aftur þótt þau séu skráð í upplýsingakerfi. Frá fræðilegu sjónarmiði hefur staða hjúkrunarskráningar og þess sem til þarf fyrir hana náð langt á Íslandi í samanburði við önnur lönd. Vinnan, sem unnin var undir merkjum landlæknisembættisins, þ.e. þýðing og útgáfa NANDA- og NIC-flokkunarkerfanna á Íslandi, var ein af forsendum þess að svo yrði.

Ekki er víst að allir átti sig á þeirri gríðarlegu vinnu sem liggur að baki uppbyggingu sjúkraskrár og því að hlaða kerfið af faglegu innihaldi því ekki er nóg að hafa rafrænt kerfi ef innihaldið styður ekki við klíniska vinnu. Landspítali og Sjúkrahúsið á Akureyri fóru í mikið uppbyggingarstarf í hjúkrun áður en rafræn skráning var tekin upp á legudeildum í sjúkraskrá. Vinna við þarfagreiningu fyrir hjúkrunarskráningu hófst 1999 á Landspítala. Fyrstu prófanir á hjúkrunarhluta rafrænnar skráningar í sjúkraskrárkerfinu Sögu hófust á krabbameins- og blóðsjúkdómadeild árið 2001 og síðar það ár á skurðlækningadeildum og sjúkrahústengdri heimaþjónustu. Vegna mikils hægagangs í kerfinu og annarra tæknilegra vandkvæða var notkuninni hætt árið 2003 þar til lagfæringum væri lokið. Áður hafði rafræn skráning verið notuð á dag- og göngu-
deildum um nokkurra ára skeið og skilaði sú skráning mikilvægum upplýsingum um hjúkrun á þeim deildum (Anna

Stefánsdóttir, 2008). Sett var af stað sérstakt átak í skráningu hjúkrunar á árinu 2003 þar sem öll svið spítalans voru virkjuð (Þróunarhópur um skráningu hjúkrunar, 2003). Reglulegar kannanir um árangur þess voru gerðar fyrir og eftir að atakið hófst og birtust niðurstöðurnar í skýrslunni *Staða hjúkrunarskráningar á Landspítala – háskólasjúkrahúsi. Mat á árangri átaks til bættrar skráningar* (Ásta Thoroddsen, 2006). Könnun, sem byggð var á sama matsgrundvelli, var einnig gerð á FSA á árinu 2004 (Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, 2004).

Heilbrigðisstofnanir þurftu að endurskoða stefnu í hjúkrunarskráningu í kjölfar nýrra viðmiða í lágmarksskráningu vistunarupplýsinga. Sett var fram stefna um hjúkrunarskráningu á Landspítala árið 2001 og hún endurnýjuð 2008 og 2012 og nú, árið 2021, er enn verið að endurnýja hana og á FSA var sett ný stefna árið 2004. Í kjölfar fyrstu stefnunnar setti Anna Stefánsdóttir, framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítala, á laggirnar verkefnahóp á þróunarskrifstofu hjúkrunarforstjóra frá 2001–2007. Í verkefnahópnum voru eftirtaldir aðilar til lengri eða skemmri tíma: Álfheiður Árnadóttir, Ásta Thoroddsen, Edda Jóna Jónasdóttir, Elísabet Guðmundsdóttir, Guðrún Bragadóttir, Jónína Þ. Erlendsdóttir, Kristín Sólveig Kristjánsdóttir og Lilja Þorsteinsdóttir. Í kjölfar næstu stefnu, árið 2008, skipaði Anna stýrinféð um skráningu hjúkrunar og samkvæmt erindisbréfi voru eftirtaldir aðilar skipaðir: Kristín A. Söphusdóttir, hún var fyrsti formaður hópsins, Ásta Thoroddsen, Guðrún Jónsdóttir, Guðrún Sigurjónsdóttir, Hanna Kristín Guðjónsdóttir, Helga Bragadóttir, Helga Rósa Másdóttir, Herdís Herbertsdóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Lilja Stefánsdóttir, Margrét Thorlacius og Þorgerður Gunnarsdóttir. Herdís Gunnarsdóttir var fyrsti starfsmaður hópsins (Anna Stefánsdóttir, 2008). Hópurinn starfaði til ársins 2015. Í erindisbréfi fyrir stýrihópinn kom meðal annars fram að honum var falið að vinna að 10 mismunandi verkefnum tengdum hjúkrunarskráningu, til dæmis að „fylgja eftir stefnu LSH í skráningu hjúkrunar“ (Anna Stefánsdóttir, 2008). Þessir hópar unnu gríðarmikið starf og lögðu línur um hvernig rafrænni hjúkrunarskráningu skyldi háttað í sjúkraskrárkerfinu Sögu. Þótt verkefnin væru unnin í nafni Landspítala þá nutu allar heilbrigðisstofnanir á landinu góðs af vinnunni. Að undirlagi Guðrúnar Auðar Harðardóttur, sem þá starfaði hjá heilbrigðisráðuneytinu, var svokölluð meðferðareining í Sögu keypt og innleidd á allar heilbrigðisstofnanir á landinu. Ég tel að á engan sé hallað þegar ég segi að Anna Stefánsdóttir, fyrrverandi framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítala, eigi mikinn heiður skilinn fyrir hversu langt við höfum komist. Í sínu starfi hafði Anna mikinn skilning á þessum verkefnum, var framsýn og veitti verkefnum brautargengi innan spítalans. En árangri þarf að halda við. Verkefni sem tengjast hjúkrunarskráningu þurfa að vera sífellt í gangi fremur en að vera átaksverkefni. Í þessu sambandi er einnig vert að geta hins mikla og góða samstarfs sem hjúkrunarfræðingar á Landspítala áttu við hugbúnaðarfyrirtækið Origo og forvera þess (Gagnalind, eMR, TM Software) um þróun hjúkrunarskráningar í sjúkraskrárkerfinu Sögu. Samantekt á ýmsum tæknilegri þáttum þessa starfs má sjá annars staðar (Thoroddsen o.fl., 2006; Thoroddsen o.fl., 2010; Thoroddsen o.fl., 2014).



Fjöldi manns var viðstaddur opnun ICNP-setursins.

Á árunum 2001–2011 var einnig unnið að fjölmörgum verkefnum á FSA, síðar Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK). Má þar sérstaklega nefna stöðlun á eyðublöðum fyrir upplýsingasöfnun þar sem markmiðið var „að stuðla að virkri þátttöku sjúklinga í upplýsingasöfnun í hjúkrun og um leið bættum samskiptum“ (Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, 2003, bls. 13), innihald fyrir rafræna skráningu hjúkrunar, innleiðingu á leiðbeinandi hjúkrunaráætlunum og flokkunarkerfum í hjúkrun (Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri, 2003–2005; Sjúkrahúsið á Akureyri, 2006–2008). Á þessum árum fór mikil vinna í gerð leiðbeinandi hjúkrunaráætlana á pappír meðan beðið var eftir að rafræna sjúkraskráin kæmist í fulla notkun. Til að spara vinnu hjúkrunarfræðinga voru meðal annars útbúnir límmiðar sem á var prentuð NANDA-hjúkrunargreining og viðeigandi NIC-hjúkrunarmedferð. Miðarnir voru síðan límdir inn í hjúkrunaráætlun sjúklings eftir því sem við átti. Þetta vinnulag var einnig notað á Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Akranesi.

Hjúkrunarskráningarkerfið Ferlissmiðjan Anna var tekin í notkun á árinu 2005 á legudeildum Landspítala. Þessi hugbúnaður hjálpaði hjúkrunarfræðingum að nota tölvur við daglega, staðlaða skráningu og þekking á samræmdu fagmáli jókst við gerð leiðbeinandi hjúkrunarferla en ætíð var ljóst að ekki væri unnt að nýta Ferlissmiðjuna sem slíka í rafrænni sjúkraskrá (Landspítali, 2007). Til undirbúnings fyrir innleiðingu sjúkraskrárkerfisins Sögu lögðu hjúkrunarfræðingar á öllum deildum spítalans á sig gríðarlega mikla vinnu til undirbúnings fyrir daglega tölvuskráningu sem fólst í gerð sérhæfðra leiðbeinandi hjúkrunaráætlana sem síðan voru settar inn í Sögu. Um 200 slíkar áætlanir urðu til þar sem hjúkrunargreiningar voru skráðar samkvæmt NANDA ásamt einkennum og orsaka- eða áhættuþáttum, hjúkrunarmedferð var skráð samkvæmt NIC og viðeigandi verkþáttum. Alls urðu þetta 65.709 línur af atriðum sem unnar voru í Excel og fóru inn í Sögukerfið. Hanna Kristín Guðjónsdóttir og Ásta Thoroddsen höfðu veg og vanda af þessari vinnu. Með ítarlegri notkun staðlaðs fagmáls eða flokkunarkerfa var unnt að fanga dulda (*e. tacit*) þekkingu í hjúkrun og þekkingarvinna hjúkrunarfræðinga varð mun sýnilegri.

Ýmis annars konar átaksverkefni, sem tengjast hjúkrunarskráningu, hafa verið unnin á síðustu 30 árum. Þar má nefna Telenurse, stofnun fagdeildar um upplýsingatækni í hjúkrun og iðorðasafn. Stuttlega verður gerð grein fyrir þessum verkefnum.

Telenurse var verkefni sem fólst í því að prófa Alfa-útgáfuna af ICNP í rafrænni sjúkraskrá (Sögu) og var það gert á smit-sjúkdómadeild Borgarspítala. Verkefnið var styrkt veglega úr 4. rammaáætlun Evrópusambandsins á árunum 1996–1999 og var Ísland eitt 10 Evrópulanda sem tóku þátt. Samstarfsaðilar hér á landi voru Gagnalind (einn af forverum Origos), landlæknisembættið og námsbraut í hjúkrunarfræði (nú Hjúkrunarfræðideild) við Háskóla Íslands. Fulltrúar þessara aðila voru Þorsteinn Víglundsson, Vilborg Ingólfssdóttir og Ásta Thoroddsen. Fjöldi hjúkrunarfræðinga hér á landi kom að þessu verkefni. Niðurstöður leiddu til umtalsverðra breytinga á stjórnun og þróun ICNP og tók ICN þá þætti yfir í kjölfarið af meiri festu en áður. Við höfum því átt samleið með ICNP nokkuð lengi.

Fagdeild um upplýsingatækni í hjúkrun var stofnuð árið 2012. Í stefnu og markmiðum fagdeildarinnar kemur fram rík áhersla á rafræna hjúkrunarskráningu og að hjúkrunarfræðingar séu „leiðandi í þróun á upplýsinga- og samskiptatækni innan heilbrigðiskerfisins og hagnýti hana við söfnun, skráningu, vistun, meðhöndlun og miðlun upplýsinga í hjúkrun til að stuðla að heilbrigði landsmanna.“ (Fagdeild um upplýsingatækni í hjúkrun, 2013). Þar er einnig lögð áhersla á að notaðir séu samræmdir, alþjóðlegir staðlar, svo sem ICNP, á sviði upplýsingatækni við skráningu, vistun, meðhöndlun og miðlun upplýsinga til að auka gæði og öryggi gagna í hjúkrun.

Íðorðasafn í hjúkrun er ekki til en með þýðingu á ICNP á íslensku hefur skapast farvegur fyrir það. Í Íðorðabanka Árnastofnunar eru engin orð eða hugtök sem tengjast hjúkrun sérstaklega. Samstarf hefur skapast á milli Ágústu Þorbergsdóttur, málfræðings á Málræktarsviði Árnastofnunar, og Rannsókn- og þróunarseturs um ICNP um gerð íðorðasafns í hjúkrun og er sú vinna í gangi. Ásta Thoroddsen hefur haft forgöngu um þessa vinnu.

Nám og kennsla

Í upphafi var sagt að ekkert yrði til úr engu. Sú vinna sem hefur farið fram hefur einnig skilað sér í kennslu, rannsóknunum og inn á heilbrigðisstofnanir. Nemendum í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Háskólann á Akureyri hefur verið kennt að nota flokkunarkerfi í hjúkrun við daglega skráningu frá því á 9. áratugnum og til þess m.a. notaðar handbækurnar gefnar út af landlæknisembættinu. Eftir að þær seldust upp og embætti landlæknis hætti að gefa út Handbækur um skráningu hjúkrunar hefur Skráningarkverið verið gefið út og reynt að laga efni þess að ICNP (Ásta Thoroddsen, 2012; 2015). Á Akureyri hefur kennslan verið á hendi Kristínar Þórarinsdóttur lektors og á hendi Ástu Thoroddsen prófessors við Háskóla Íslands í fjölda ára. Fjöldi rannsókna hefur einnig farið fram á Íslandi á þessu sviði og niðurstöður notaðar meðal annars við kennslu. En það getur verið erfitt að kenna eitthvað sem ekki er unnt að vinna með á vettvangi og nemendur eiga erfitt með að fóta sig á sjúkradeildum þar sem hjúkrunarskráning endurspeglar ekki vel ástand sjúklinga og meðferð.

Stofnun Rannsókna- og þróunarseturs um ICNP

Þróun rafrænnar sjúkraskrár á Íslandi er á tímamótum þar sem nýjar tæknilausnir hafa komið til og breytingar eru í vendum á notkun flokkunarkerfa, til dæmis ICD 11 fyrir sjúkdómsgreiningar sem kalla á annars konar lausnir en hingað til hafa verið notaðar. Í stefnu embættis landlæknis 2016–2020 um rafræna sjúkraskrá og heilbrigðisnet kemur m.a. fram að „tryggja [skuli] að rafræn sjúkraskrá uppfylli kröfur heilbrigðisyfirvalda hverju sinni. Á það við um lög, reglugerðir, staðla, kóðanir og hvers kyns fyrirmæli landlæknis þar um.“ (Bls. 3). Breytingar, sem ætla má að séu fram undan og birst hafa í stefnu yfirvalda, hafa komið hjúkrun og ICNP í sviðsljósið og beint sjónum að mikilvægi þess að skapa vettvang til að vinna að þróun og framgangi ICNP, m.a. með stofnun ICNP-seturs. Aðrar ástæður fyrir stofnun viðurkennds rannsókn- og þróunarseturs um ICNP er að samræma notkun og þróun á ICNP meðal hjúkrunarfræðinga á Íslandi. Slíkt setur, sem beinir sjónum að hjúkrun í gegnum ICNP, eykur trúverðugleika, til dæmis við leiðbeiningu til yfirvalda um notkun ICNP og framsetningu þess í rafrænni sjúkraskrá. Hlutverk setursins verður einnig að halda áfram þýðingu, prófunum og framgangi ICNP.

Undirbúningur fyrir umsókn og opnun ICNP-setursins

Vorið 2019 var stjórnendum tíu hagsmunaaðila í heilbrigðis-tengdum stofnunum eða fyrirtækjum boðið að senda 1–2 fulltrúa til að taka þátt í vinnufundi til undirbúnings umsóknar um Rannsókn- og þróunarsetur um ICNP sem viðurkennt væri af ICN, Alþjóðaráði hjúkrunarfræðinga. Allir hagsmunaaðilar þáðu boðið. Með því féllust þeir á „að vera tilgreindir hagsmunaaðilar í rannsóknunum, þróun, þýðingu, innleiðingu og notkun ICNP á Íslandi“ eins og fram kom í boðsbréfi um þátttöku. Vinnufundurinn var haldinn 9. maí 2019. Skilgreind voru hlutverk, markmið og drög að vinnuáætlun sem send voru ICN. Alþjóðaráðið samþykkti að skilgreind atriði samræmdust sýn ICN á *e-Health*, rafræna heilbrigðisþjónustu, og samþykktu stofnun Rannsókna- og þróunarseturs um ICNP á Íslandi (ICN Accredited ICNP Research and Development Centre in Iceland) 16. ágúst 2020. Formleg opnun setursins fór síðan fram við hátíðlega athöfn 2. mars 2020 að viðstöddum fjölda gesta. Connie Delaney, prófessor og deildarforseti við Háskólann í Minnesota, og Ásta Thoroddsen fluttu erindi. Í starfsreglum setursins, sem samþykktar eru af stjórn Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands, segir að stjórn ICNP-setursins skuli skipuð einum fulltrúa frá eftirtöldum aðilum: Hjúkrunarfræðideild, embætti landlæknis og íslenskri heilbrigðisstofnun. Stjórnina skipa Brynja Örlygsdóttir, formaður, Guðrún Auður Harðardóttir og Hanna Kristín Guðjónsdóttir. Ásta Thoroddsen er forstöðumaður setursins. Nánari upplýsingar um ICNP-setrið má finna á heimasíðu þess, <https://icnp.hi.is>.

Íslenska ICNP-setrið er eitt af 14 setrum í heiminum sem viðurkennd eru af ICN. Hin eru í Brasilíu, Síle, Íran, Írlandi, Kanada, Kóreu, Ítalíu, Minnesota í Bandaríkjunum, Noregi, Póllandi, Portúgal, Singapúr og eitt fyrir þýskumælandi lönd (Þýskaland, Sviss, Austurríki). Noregur og Danmörk hafa ákveðið að taka upp ICNP við skráningar í hjúkrun á landsvísu. Samstarf er við hin Norðurlöndin um ICNP í gegnum Nordic Terminology Network.

Hlutverk og markmið ICNP-setursins

Hlutverk ICNP-setursins á Íslandi er að mynda og standa vörð um tengslanet hjúkrunarfræðinga, heilbrigðis- og menntastofnana og annarra hagsmunaaðila á Íslandi til að þróa, þýða, innleiða og nota ICNP í kennslu, rannsóknum og klínísku starfi. Setrið skuldbindur sig til að starfa í samræmi við sýn ICN á e-Health.

Markmið sem skilgreind voru fyrir umsókn til ICN voru:

- Að vera virkur þátttakandi í þróuninni á ICNP m.a. með því að fá nemendur, hjúkrunarfræðinga og sérgreinar hjúkrunar til að vinna með ICNP
- Að á hverjum tíma sé til uppfærð og aðgengileg íslensk þýðing á ICNP; setrið þarf að vinna með embætti landlæknis að því að undirbúa og birta ICNP fyrir notendum með aðgengilegum og auðveldum hætti á netinu og á þann hátt að það nýtist hjúkrunarfræðingum
- Að ICNP sé innleitt á öllum sjúkrastofnunum á Íslandi og sé þar með hluti af rafrænni sjúkraskrá; setrið getur haft mótandi áhrif á hvað og hvernig verður innleitt og það krefst samstarfs við stofnanir og embætti landlæknis
- Að ICNP endurspeglar í námskrá og kennslu í hjúkrunarfræði; þessi verkefni fela í sér fræðslu til nemenda og kennara um ICNP, í raun að endurmennta hjúkrunarstéttina
- Að hvetja til og styðja við rannsóknir til að þróa og efla ICNP; m.a. með því að skipuleggja og móta verkefni sem nemendur í grunn- og framhaldsnámi geta komið að
- Að skilgreina þarfir fyrir tæknilausnir og veita ráðgjöf um hvaða tæknilegi stuðningur þurfi að vera til staðar við innleiðingu og notkun ICNP í rafrænum sjúkraskrárkerfum og sem lýtur alþjóðlegum stöðlum; samstarf setursins, embættis landlæknis og hugbúnaðarfyrirtækja er mikilvægt hér, sérstaklega til að stuðla að því að viðurkenndir staðlar, s.s. ISO 18104, séu notaðir við innleiðingu ICNP í rafræna sjúkraskrá

Lögd var fram metnaðarfull verkefnaáætlun fyrir hvert markmið sem er aðgengileg á heimasíðu setursins. Fyrsta rannsóknarverkefnið var lokaverkefni til BS-prófs sem laut að því að skoða hversu vel hugtök í ICNP endurspeglar viðfangsefni og íhlutanir hjúkrunarfræðinga sem tengjast lífsstíl. Ásta Bergrún Birgisdóttir og Kristín Margrét Kristjánsdóttir hjúkrunarfræðingar, unnu að því. Setrið mun nýta sér niðurstöður úr slíkum

verkefnum til að hafa áhrif á þróun ICNP til hagsbóta fyrir fræðigreininna hjúkrun, hjúkrunarstarfið og þar með sjúklingum til heilla.

Hér hefur verið tæpt á 35 ára sögu verkefna sem hafa beint og óbeint tengst uppbyggingu, þróun og notkun samræmds fagmáls í hjúkrun. ICNP er slíkt fagmál. Það er okkar hjúkrunarfræðinga að hafa áhrif á tungutak fræðigreinarinnar. Með stofnun Rannsókna- og þróunarseturs um ICNP, sem viðurkennt er af ICN, og í samstarfi við skilgreinda hagsmunaaðila getum við betur unnið að rannsóknum, þróun, þýðingu, innleiðingu og notkun ICNP á Íslandi. Hjúkrunarfræðingar, sem hafa áhuga á að kynna sér verkefni og viðfangsefni sem tengjast ICNP, eru boðnir velkomnir og hvattir til að hafa samband. Netfang setursins er icnp@hi.is.

Heimildir

- Abdellah, F. G. (1959). Improving the teaching of nursing through research in patient care. Í Gordon, M. (1987). *Nursing diagnosis. Process and Application*. (2. útg.). New York: McGraw-Hill Book Company.
- Anna Björg Aradóttir og Ásta Thoroddsen (ritstj.). (1997). *Skráning hjúkrunar – handbók* (2. útg.) Reykjavík: Landlækniseimbættið.
- Anna Stefánsdóttir. (2008). *Stýrinfund um skráningu hjúkrunar á Landspítala – Erindisbréf*. Óutgefið skjal dagsett 12. mars 2008.
- Ásta Thoroddsen (ritstj.). (2002). *Skráning hjúkrunar – handbók*, (3. útg.). Reykjavík: Landlækniseimbættið.
- Ásta Thoroddsen. (2005). Applicability of the Nursing Interventions Classification to describe nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 19, 128–139.
- Ásta Thoroddsen. (2006). *Staða hjúkrunarskráningar á Landspítala – háskóla-sjúkrahúsi. Mat á árangri áttaks til bættrar skráningar*. (Skýrsla). Reykjavík: Þróunarhópur um skráningu hjúkrunar, Landspítala.
- Ásta Thoroddsen. (2009b). Minnisblað til formanns Fíh, Elsu B. Friðfinnsdóttur, 15. sept. 2009
- Ásta Thoroddsen. (2009a). Tillaga til stjórnar Fíh frá formanni vinnuhóps um upplýsingatækni í hjúkrun, 13. okt. 2009.
- Ásta Thoroddsen. (2012). *Skráningarkverðið*. (1. útg.). Reykjavík: Sprengjuhöllin.
- Ásta Thoroddsen. (2015). *Skráningarkverðið*. (2. útg.). Reykjavík: Sprengjuhöllin.
- Elín Eggerz-Stefánsson. (1981). Hjúkrunarferli — hjúkrunarrannsóknir. *Tímarit Hjúkrunarfélags Íslands*, 58(1), 26–27.
- Elísabet Guðmundsdóttir. (2002). Nursing Sensitive Patient Outcomes (NOC) at Landspítali-University Hospital in Iceland. Óbirt meistara-ritgerð: Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Embætti landlæknis. (2016). *Rafræn sjúkraskrá og heilbrigðisnet. Stefna Embættis landlæknis til 2020*. Sótt á: <https://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item28559/>
- Embætti landlæknis. (2020). *Flokkunarkerfi*. Sótt á: <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/flokkunarkerfi/>
- Fagdeild um upplýsingatækni í hjúkrun. (2013). *Stefna Fagdeildar um upplýsingatækni í hjúkrun innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga*. Óbirt skjal.
- Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri. (2003). *Ársskýrsla 2003*. Akureyri: FSA. Sótt á <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/arsskyrsla2003.pdf>
- Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri. (2004). *Ársskýrsla 2004*. Akureyri: FSA. Sótt á <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/arsskyrsla2004.pdf>
- Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri. (2005). *Ársskýrsla 2005*. Akureyri: FSA. Sótt á <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/arsskyrsla2005.pdf>
- Gordon, M. (1987). *Nursing Diagnosis. Process and Application*. (2. útg.). New York: McGraw-Hill Book Company.

- Gréta Aðalsteinsdóttir, Lilja Jónasdóttir og Sigbrúður Ingimundardóttir. (1976). Kennarafundur í Munaðarnesi. *Tímarit Hjúkrunarfélags Íslands*, 52(4), 157,161.
- Guðrún Eggertsdóttir. (1977). Hjúkrunarferli. *Tímarit Hjúkrunarfélags Íslands*, 53(4), 165–170.
- Guðrún Margrét Þorsteinsdóttir. (1976). Hjúkrunarferli. *Tímarit Hjúkrunarfélags Íslands*, 52(1), 4–6.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið. (2001). *Almenn kröfufylsing fyrir sjúkraskrárkerfi — lágmarkskröfur*. Reykjavík: Höfundur.
- Jóhanna Fjóra Jóhannesdóttir. (2006). Outcomes Oriented Nursing Documentation in Clinical Practice. Óbirt meistarafræðing: Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Landlæknisembættið. (1991). *Handbók um hjúkrunarskráningu*. (1. útg.). Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Landlæknisembættið (2001). *Lágmarksskráning vistunarupplýsinga á sjúkrahúsum. Tilmæli landlæknis*. (3. útg.). Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Landlæknisembættið. (2002). *Lágmarksskráning á heilsugæslustöðvum og hjá sjálfstætt starfandi sérfræðingum*. Tilmæli landlæknis. (1. útg.). Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Landlæknisembættið. (2008). *Lágmarksskráning á heilsugæslustöðvum og á læknaðstofum. Fyrirmæli landlæknis*. (2. útg.). Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Landlæknisembættið. (2011). *Lágmarksskráning vistunarupplýsinga á sjúkrahúsum. Fyrirmæli landlæknis*. (4. útg.). Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Landspítali. (2007). Minnisblað vegna hjúkrunarstjórnarfundar 6. febrúar 2007 frá Þróunarhópi um hjúkrunarskráningu. Óbirt skjal.
- NANDA International. (e.d). Our story. Sótt 22.2.2021 á <https://nanda.org/who-we-are/our-story/>
- Norsk sykepleierforbund. (e.d.). *Dokumentation og planlegging av sykepleie*. <https://www.nsf.no/sykepleiefaget/dokumentasjon-og-planlegging-av-sykepleie>
- Orlando, I. J. (1961). Ida Jean Orlando. Í J. B. George (ritstj.), *Nursing Theories. The Base for Professional Nursing Practice*. New Jersey: Prentice-Hall Inc.
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2006). *Ársskýrsla 2006*. Akureyri: SAK. Sótt á https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/fsa-netskyrsla-leidr_2.pdf
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2007). *Ársskýrsla 2007*. Akureyri: SAK. Sótt á <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/netskyrsla2007-small.pdf>
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2008). *Ársskýrsla 2008*. Akureyri: SAK. Sótt á https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/netskyrsla_final3.pdf
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2009). *Ársskýrsla 2009*. Akureyri: SAK. Sótt á <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/Netskyrsla09.pdf>
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2010). *Ársskýrsla 2010*. Akureyri: SAK. Sótt á https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/fsa_netsk_rsla_2010_lok.pdf
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2011). *Ársskýrsla 2011*. Akureyri: SAK. Sótt á https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/netskyrslan_2011.pdf
- Steinunn Garðarsdóttir. (1985). Flokkunarkerfi hjúkrunargreininga. *Curator*, 8(9–15).
- Thoroddsen, A., Ingólfssdóttir, V. og Heimisdóttir, M. (2006). Clinical informatics for quality of care and patient safety: The Icelandic garden. Í C. A. Weaver, C. W. Delaney, P. Weber og R. L. Carr (ritstj.), *Nursing and Informatics for the 21st Century. An International Look at Practice, Trends and the Future*. Chicago, Illinois: HIMSS. Bls. 377–81.
- Thoroddsen, A., Gunnarsdóttir, H. og Heimisdóttir, M. (2010). The development and implementation of the EHR in Iceland. Í Weaver, C. A., Delaney, C. W., Weber, P. og Carr, R. (ritstj.), *Nursing and Informatics for the 21st Century. An International Look at Practice, Trends and the Future*. 2. útg. Chicago, Illinois: HIMSS. Bls. 382–88.
- Thoroddsen, A., Guðjónsdóttir, H. K. og Guðmundsdóttir, E. (2014). From capturing nursing knowledge to retrieval of data from a data warehouse. Í K. Saranto, C. Weaver og P. Chang (ritstj.), *Nursing Informatics 2014. East meets West eSMART+*. Amsterdam: IOS Press. Bls. 79–86. doi:10.3233/978-1-61499-415-2-79
- Vilborg Ingólfssdóttir, Ásta Thoroddsen og Anna Björg Aradóttir. (1997). Formáli. Í Ásta Thoroddsen og Anna Björg Aradóttir (ritstj.), *Skráning hjúkrunar – handbók*. Reykjavík: Landlæknisembættið.
- Þóra Arnfinnsdóttir. (1980). Hjúkrunarferli. *Tímarit Hjúkrunarfélags Íslands*, 56(3–4), 2–4.
- Þórunn Kjartansdóttir. (1988). Á skurðstofuhjúkrun að vera eyland í hjúkrunarferlinu? *Tímarit Hjúkrunarfélags Íslands*, 64(1), 46–47.
- Þróunarhópur um skráningu hjúkrunar á Landspítala. (2003). *Ársskýrsla*. Reykjavík: Landspítali.

ICNP, alþjóðlegt flokkunarkerfi í hjúkrun

Ásta Thoroddsen, prófessor og forstöðumaður Rannsókna- og þróunarseturs um ICNP®

International Classification for Nursing Practice®, dagsdaglega kallað ICNP, er flokkunarkerfi í hjúkrun sem verður notað til skráningar í hjúkrun á Íslandi. Það mun taka við af flokkunarkerfunum NANDA-I fyrir hjúkrunargreiningar og NIC (Nursing Interventions Classification) fyrir hjúkrunarmeðferð. Embætti landlæknis ákvað árið 2010 að ICNP skuli notað á landsvísu sem aðalflokkunarkerfið til að skrá hjúkrun í rafrænni sjúkraskrá. Það var gert samkvæmt tillögu frá stjórn Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Í gildi eru fyrirmæli frá embættinu um að ICNP skuli notað til að skrá hjúkrunarvandamál og -meðferð sjúklinga á öllum heilbrigðisstofnunum. Sjá einnig greinina Saga hjúkrunarskráningar á Íslandi sem birtist á öðrum stað í blaðinu.

Hvað er ICNP?

ICNP er flokkunarkerfi eða fagorðaskrá sem er safn samþykktra orða og er fagmál í hjúkrun. Segja má að um sé að ræða orðalista með hugtökum sem tilheyra hjúkrun. Markmið fagmáls er að tryggja sameiginlegan skilning á hugtökum innan hjúkrunar og heilbrigðisþjónustunnar. Fagmál hjúkrunarfræðinnar með flokkuðum og stöðluðum hugtökum, sem eru kóðuð, eykur líkur á sameiginlegum skilningi hjúkrunarfræðinga á inntaki fræðigreinarinnar. Til eru mörg flokkunarkerfi á sviði heilbrigðisþjónustu sem eru sértæk fyrir hjúkrun, til dæmis NANDA-I og NIC sem áður voru nefnd. Með ICNP er hægt að skrá hjúkrunargreiningar, útkomur og hjúkrunarmeðferð sem er uppistaðan í daglegri skráningu hjúkrunarfræðinga. ICNP styður almenna og sérhæfða hjúkrunarþjónustu þvert á sviði.

Sérstaða ICNP felst í að það er byggt upp hjá Alþjóðaráði hjúkrunarfræðinga, ICN (International Council of Nurses) og því ætlað hjúkrunarfræðingum um allan heim. ICNP tilheyrir jafnframt WHO-fjölskyldu flokkunarkerfa (Family of International Classifications) eins og sjúkdómsflokkunarkerfið ICD-10. Embætti landlæknis hefur landsleyfi fyrir notkun ICNP hér á landi. ICNP hefur nú þegar verið þýtt á íslensku af Ástu Thoroddsen prófessor og Brynju Örlygsdóttir, dósent við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, og er þýðingin í stöðugri endurskoðun. Þýðingu á ICNP 2019 má sjá á vefsíðu Rannsókna- og þróunarseturs um ICNP, <http://icnp.hi.is>. Kerfið er í stöðugri þróun og kemur ný útgáfa út annað hvert ár. Sem alþjóðlegt kerfi auðveldar ICNP að unnt sé að skiptast á gögnum um hjúkrun innanlands sem utan, þvert á lönd og svið.

Faglegur ávinningur af því að nota ICNP

Sjúkraskráin er mikilvæg í allri þjónustu við sjúklinga og þarf að vera vel skipulögð til að hún þjóni þeim tilgangi að veita yfirsýn um sögu, ástand, greiningu, meðferð og framvindu

sjúklinga og að upplýsingarnar séu aðgengilegar fyrir klíniska ákvarðanatöku. Þeim mun betri sem skráning um ástand og meðferð sjúklinga er því betri er yfirsýn um ástand og meðferð þeirra og slíkt eykur öryggi sjúklinga. Hjúkrunarferlið er notað á alþjóðavísu til að skrá og skipuleggja hjúkrun. Á Íslandi er uppbygging á skráningu hjúkrunar í sjúkraskrá nokkuð skipuleg með upplýsingum um sjúkling, hjúkrunargreiningum og -meðferð með verkþáttum en ekki markmið eða útkomu. Talsvert hefur verið kallað eftir útkomumælingum og ætti ICNP að auðvelda þá vinnu.

Við betri skráningu er auðveldara að miðla upplýsingum milli heilbrigðisstarfsmanna, og það leiðir til betri samskipta og samfella í þjónustu eykst innan og milli heilbrigðisstofnana. Rannsóknir sýna hins vegar að nokkuð vantar á nákvæmni í skráningu þannig að það sem skráð er endurspeglir raunverulegt ástand sjúklinga hverju sinni.

Við betri skráningu er auðveldara að miðla upplýsingum milli heilbrigðisstarfsmanna, og það leiðir til betri samskipta og samfella í þjónustu eykst innan og milli heilbrigðisstofnana. Rannsóknir sýna hins vegar að nokkuð vantar á nákvæmni í skráningu þannig að það sem skráð er endurspeglir raunverulegt ástand sjúklinga hverju sinni. Það getur leitt til þess að sjúkraskráin verður ekki áreiðanleg heimild til rannsókna eða til að fylgjast með samfelli í meðferð (Ásta Thoroddsen, 2011).

Stöðluð hugtök og kóðar fyrir hjúkrunargreiningar, útkomur og hjúkrunaríhlutun eða -meðferð í sjúkraskrá auðvelda

- Sýnileiki og framlag hjúkrunar eykst
- Gæði hjúkrunarskráningar aukast og upplýsingar, sem þarf til að bregðast við breytingum á heilsu og hjúkrunarþörfum skjólstæðinga, verða aðgengilegri
- Framlag hjúkrunar kemur fram í þverfaglegum heilbrigðisupplýsingakerfum
- Með ICNP er notaður upplýsingastaðall sem nota má til að efla þjónustu og styðja við stefnumótun
- ICNP styður almenna og sérhæfða hjúkrunarþjónustu þvert á svið
- Gögn og upplýsingar verða til sem nota má til rannsókna
- ICNP styður við gagnreynda starfshætti
- ICNP sameinar mismunandi flokkunarkerfi í hjúkrun

Mynd 1. Faglegur ávinningur af notkun ICNP í hjúkrun.

vistun gagna. Tölfræði og skýrslur um ástand sjúklingahópa, heilsufar þeirra og hjúkrun sem skráð hefur verið gefur tækifæri til að fylgjast náið með heilsu og hjúkrunarþörfum um tiltekinn tíma. Það getur gefið tilefni til að aðlaga og breyta hjúkrunarmedferð til að uppfylla betur þarfir fólks sem glímir við heilsufarsvanda. Upplýsingar sem skráðar eru með flokkunarkerfum henta vel til rannsókna sem og við að velja viðmið í gæða- og umbótaverkefnum. Á hinn bóginn er ekki unnt að nota frjálsan texta, til dæmis úr framvindunótum, í þessum tilgangi nema með ærinni fyrirhöfn. Með því að tengja gögn úr hjúkrun við upplýsingar úr öðrum upplýsingakerfum verða stjórnunarupplýsingar enn fyllri, gefa ítarlegri tölur og meiri upplýsingar. Gögnin eru þá notuð ópersónugreinanleg til að stjórnendur geti tekið saman skýrslur og upplýsingar um þjónustu eða starfsemi til að kostnaðargreina, skipuleggja eða byggja ákvarðanir á. Slík gögn auka sýnileika hjúkrunar. Jafnframt verður auðveldara að nota tölur og skýrslur til að skoða starfsemi þar sem hjúkrunarþjónusta er veitt, meta gæði, faglega ábyrgð og ávinning þeirrar hjúkrunar sem veitt er. ICNP er einnig hægt að nota til að fella gagnreynda starfshætti inn í rafræna sjúkraskrá.

Stöðluð og kóðuð hugtök í hjúkrun eru dæmi um upplýsingastaðal sem jafnframt er gæðastaðall fyrir gögn. Upplýsingastaðall má skilgreina á þann hátt að unnt er að deila gögnum og bera þau saman milli heilbrigðisstofnana vegna þess að gögnin eru skráð á sambærilegan hátt, meðal annars með því að sama flokkunar- og kóðakerfið er notað. Gögn úr sjúkraskrá eru grunnurinn að heilbrigðistölfræði landsins.

Til eru mörg flokkunarkerfi í hjúkrun í heiminum og ICNP hefur sameinað mörg þeirra. Í ICNP má til dæmis finna nær öll hugtök sem eru í NANDA-I og NIC. Frá og með árinu 2021 verður ICNP gefið út í samvinnu við SNOMED-CT sem er stærsta kóðakerfi sem til er innan heilbrigðisvísinda. Í SNOMED-CT eru hundruð þúsunda hugtaka og í því sameinast mismunandi flokkunarkerfi í hjúkrun enn frekar. Það er mikill akkur í því fyrir hjúkrun að njóta samvinnu við SNOMED-CT og það mun flýta uppbyggingu á ICNP. ICNP verður engu að síður áfram á forræði ICN og verður uppbyggingu þess haldið áfram þar en í samvinnu við SNOMED-CT.

Sjúkraskráin er þverfagleg. Við skráningu í sjúkraskrá nota læknar flokkunarkerfin ICD-10 og NCSP (Nordic Classification for Surgical Procedures), lyf eru skráð með ATC og hjúkrun verður skráð með ICNP. Með notkun alþjóðlegra flokkunarkerfa er auðveldara að draga fram framlag hjúkrunar á sambærilegan hátt og hjá öðrum fagaðilum. Það er því faglegur ávinningur af því að hjúkrunarfræðingar tali og skilji fagmálið (mynd 1).

Hvernig er ICNP uppbyggt?

Flokkunarkerfið ICNP er byggt upp af um 4500 hugtökum á sjö mismunandi ásum sem raða má saman til að mynda hjúkrunargreiningar, -útkomur og -medferð eða -íhlutun. Ásarnir eru: aðalhugtak, afstaða eða ákvörðun, hjúkrunarþegi, framkvæmd, aðferðir, staðsetning á líkama eða í rúmi og tími (tafla 1).

Tafla 1. Sjö ásar sem ICNP er byggt upp af

Heiti ása	Lýsing
Aðalflugtak (focus)	Hugtak eða viðfangsefni sem skiptir máli fyrir hjúkrun (verkur, útskilnaður, þekking)
Afstaða, ákvörðun (judgement)	Hugtak sem lýsir klínisku álitni eða ákvörðun sem tengist aðalflugtaki (truflað, skortur á, hætta á, minnkað, aukið)
Hjúkrunarþegi (client)	Hugtak sem á við þann er nýtur hjúkrunar/meðferðar (einstaklingur, fjölskylda)
Framkvæmd (action)	Hugtak sem lýsir því sem gert er fyrir eða með þeim sem nýtur hjúkrunar (að kenna, hagræða, skola)
Aðferðir (means)	Hugtak sem lýsir því sem notað er til að framkvæma (áhöld eða þjónusta)
Staðsetning á líkama eða í rúmi (location)	Hugtak sem lýsir líkamlegri staðsetningu út frá miðpunkti líkama (vi/hæ) (vi. auga, hæ. fótur) eða staðsetningu í rými (heima, vinnustaður)
Tími (time)	Hugtak sem lýsir tímapunkti, tímabili (við útskrift, í aðgerð)

Hugtökin geta staðið ein og sér (t.d. sár) eða tengst öðrum hugtökum (t.d. sykursýkifótasár) til að ná fram sértækari merkingu. Ávallt þarf hugtök úr tveimur ásum hið minnsta, oftast eru ásarnir aðalflugtak og afstaða/ákvörðun notaðir fyrir hjúkrunargreiningu og aðalflugtak og framkvæmd fyrir hjúkrunarmeðferð. Dæmi um þetta eru:

Hjúkrunargreining: *Skert* (afstaða) *hreyfigeta* (aðalflugtak)
Hjúkrunaríhlutun/-meðferð: *Mæla* (framkvæmd) *blóð-þrýsting* (aðalflugtak)

Ákvörðun hefur verið tekin um að ICNP verði notað í framtíðinni við skráningu í hjúkrun á Íslandi. ICNP kemur því til með að snerta alla starfandi hjúkrunarfræðinga. Rannsókn- og þróunarsetur um ICNP mun leggja fram ýmiss konar fræðsluefni, til dæmis örnámskeið og greinar, á næstu vikum á vefsíðu setursins, <https://icnp.hi.is>.

Í töflu 2 á næstu opnu má sjá dæmi um hjúkrunargreiningar, útkomur og -meðferð eða íhlutun sem lýst hefur verið hjá börnum með verki (Coenen o.fl., 2017). Flestar hjúkrunargreiningar sem þarna koma fram ættu að koma hjúkrunarfræðingum kunnuglega fyrir sjónir enda keimlíkar NANDA-greiningum. Hjúkrunarmeðferð og -íhlutun eru einnig áþekkar því sem er í NIC-flokkunarkerfinu, til dæmis súrefnismeðferð og vökvagjöf í æð, en þó er ýmis meðferð skráð á svipaðan hátt og hjúkrunarfræðingar þekkja sem verkþætti. Í töflu 2 hafa ásar verið settir saman til að mynda hjúkrunargreiningar og -meðferð. Á vefsíðu Rannsókn- og þróunarseturs um ICNP má finna fræðsluefni og dæmi um hjúkrunargreiningar og -meðferð samkvæmt ICNP.

Hvernig verður ICNP notað?

Í dagsdaglegu starfi ættu hjúkrunarfræðingar ekki að verða varir við miklar breytingar þegar ICNP verður komið inn í sjúkraskrá. Talsverða undirbúningsvinnu þarf að inna af hendi áður en til þess kemur. Hún felst meðal annars í því að deildir og sérsvið hjúkrunar þurfa að taka þátt í því að velja viðeigandi hjúkrunargreiningar og -meðferð sem oftast er notuð svipað og nú er í Sögu undir Ferli á deild.

Nánari upplýsingar um ICNP

Ákvörðun hefur verið tekin um að ICNP verði notað í framtíðinni við skráningu í hjúkrun á Íslandi. ICNP kemur því til með að snerta alla starfandi hjúkrunarfræðinga. Rannsókn- og þróunarsetur um ICNP mun leggja fram ýmiss konar fræðsluefni, til dæmis örnámskeið og greinar, á næstu vikum á vefsíðu setursins, <https://icnp.hi.is>. Einnig má finna efni á vefsíðu Alþjóðaráðs hjúkrunarfræðinga, ICN, <http://icn.ch>. Þeim sem hafa áhuga á að kynna sér ICNP betur eða vinna að efni því tengdu er velkomið að hafa samband á netfangið icnp@hi.is.

Heimildir

- Ásta Thoroddsen. (2011). Eru hjúkrunargreiningar nægilega lýsandi? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87(4), 12–16
- Coenen, A., Feetham, S., Hinds, P.S., Jansen, K., Keller, S., Kim, T.Y. og fleiri. (2017). *Pain Management for Paediatric Population*. Genf, International Council of Nurses.

Tafla 2. ICNP-hugtök um verki og verkjameðferð barna. Byggt á Coenen. (2017). ICN Catalogue: Pain Management for Paediatric Population

Hjúkrunargreiningar	Útkomur	Íhlutun og hjúkrunarmedferð
Verkjameðferð		
Ófullnægjandi verkjastjórnun	Verkjastjórnun Minni verkur Ánægja með verkjameðferð	Meðhöndla verk Stuðla að hreyfingu Meta þekkingu á verkjameðferð
Ónóg þekking á verkjameðferð	Þekking á verkjameðferð	Fræða um verkjameðferð
		Samvinna við þverfræðilegt teymi Samvinna um verkjameðferðaráætlun
Hætta á óæskilegum lyfhrifum af hjúkrunarstýrðri verkjameðferð		Samvinna um að hefja hjúkrunarstýrða verkjastillingu Hefja hjúkrunarstýrða verkjastillingu Hafa eftirlit með neikvæðum viðbrögðum af hjúkrunarstýrðri verkjameðferð
Hætta á óæskilegum lyfhrifum af sjálfstýrðri verkjameðferð		Samvinna um að hefja sjálfstýrða verkjameðferð Hefja sjálfstýrða verkjameðferð Hafa eftirlit með neikvæðum viðbrögðum af sjúklingsstýrðri verkjameðferð Meta þekkingu á sjálfstýrðri verkjameðferð
Ónóg þekking á sjálfstýrðri verkjameðferð	Þekking á sjálfstýrðri verkjameðferð	Fræða um sjálfstýrða verkjameðferð
Ónóg þekking á lyfi	Þekking á lyfi	Fræða um lyf
Ónóg þekking á lyfjameðferð	Þekking á lyfjameðferð	Meta þekkingu á lyfjameðferð Fræða um meðhöndlun lyfja
Aukaverkun lyfs	Engin merki um aukaverkun lyfs	Meta aukaverkun lyfs
Sljóleiki af róandi lyfi	Engin sljóvgun	
Fráhvarfseinkenni		Hafa eftirlit með fráhvörfum Meta fráhvarf
Lífeðlisfræðileg hlið verkja		
Bráðaverkur	Engin merki um verki Minnkaður verkur	Meta verki Meta þekkingu á verkjum
Langvarandi verkir	Ræður við verki Ræður ekki við verki	Fræða um verki Hafa eftirlit með verkjum Meðhöndla verk Setja kaldan bakstur á Setja heitan bakstur á Nudd Vatnsmeðferð Meta fráhvarf
Draugaverkur		
Eirðarleysi		
Fráhvarfseinkenni Lystarleysi	Stjórnun fráhvarfseinkenna	Hafa eftirlit með fráhvörfum Meta matarlyst
Magnleysi		Meta magnleysi
Niðurgangur	Engin merki um niðurgang	
Ofursársaukanæmi		Meta ofursársaukanæmi
Ófullnægjandi verkjastjórnun	Verkjastjórnun	Samvinna við verkjasérfræðing
Ógleði	Engin merki um ógleði	
Ónóg þekking á sjúkdómi	Þekking á sjúkdómi	Meta þekkingu á sjúkdómi Fræða um sjúkdóm

Tafla 2. Framhald

Hjúkrunargreiningar	Útkomur	Íhlutun og hjúkrunarmeðferð
Lífeðlisfræðileg hlið verkja		
Óþægindi		
Sársaukaofskynjun		Meta sársaukaofskynjun
Sljóleiki af róandi lyfi		
Svefnhöfgi Svefntruflun		Meta svefn Hvetja til hvíldar Koma á háttavenjum
Uppköst	Engin merki um uppköst	
Sálræn hlið verkja		
Félagsleg einangrun		
Félagslegum stuðningi ábótavant		
Gott geðslag		Meta geðslag
Hjálparleysi		
Vonleysi		
Kvíði	Minnkaður kvíði	Meta kvíða
Langvarandi leiði	Minnkaður langvarandi leiði	Meta depurð
Leiði		Meta leiða
Martröð	Viðunandi svefn	Slökunarmeðferð
		Fræða um öndunartækni
Ótti	Minnkaður ótti	Meta ótta
Skert hugarstarf	Hugarstarf innan eðlilegra marka	Meta hugarstarf
Truflun á sálrænu ástandi	Jákvæð sálræn viðbrögð	Meta sálrænt ástand
		Meta sálræn viðbrögð við verkjum
	Minnkað magnleysi Minnkaður verkur	Listmeðferð Athyglisdreifing Framkvæma klasa athafna í senn Draga úr örvun/áreiti Tónlistarmeðferð Leikmeðferð Hagræða sjúklingi Stuðla að húð-við-húð aðferð Veita andlegan stuðning Styrkja atferlisáætlun

Nýlegar doktorsvarnir

Fjallað var um doktorsritgerðir Valgerðar Lísu Sigurðardóttur og Ástu Bjarneyjar Pétursdóttur í síðasta tölublaði en þær vörðu doktorsrannsókn sína við Háskóla Íslands í júní á síðasta ári. Þau leiðu mistök urðu að ekki var farið rétt með heiti og markmið rannsóknar þeirra og því er það endurbirt í þessu tölublaði. Beðist er velvirðingar á þessum mistökum.

Valgerður Lísu Sigurðardóttir

Valgerður Lísu Sigurðardóttir varði doktorsritgerð sína í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 5. júní. Ritgerðin ber heitið: Neikvæð upplifun fæðingar og ljósmóðurmeðferð: Framtíðarsýn barneignarþjónustu (Negative birth experience and midwifery counselling intervention: A vision for maternity care). Aðalmarkmið rannsóknarinnar var að þróa ljósmóðurmeðferð fyrir konur sem hafa þörf fyrir að fara yfir upplifun fæðingar. Í fyrsta hluta voru markmiðin að lýsa fæðingarupplifun kvenna fyrstu tvö árin eftir fæðingu og skoða áhrif stuðnings á upplifun fæðingar. Markmið annars hluta var að skoða væntingar og reynslu kvenna af að fara yfir upplifun fæðingar með ljósmóður í Ljáðu mér eyra (LME) þjónustu á Landspítala. Markmið þriðja hluta var að lýsa uppbyggingu og forþróa meðferð sem fól í sér að konur í áhættumeðgöngu skrifuðu um fæðingarupplifun og komu í viðtal eftir fæðingu til ljósmóður sem sinnti þeim í meðgönguvernd.

Andmælendur voru dr. Mirjam Lukasse, prófessor við Oslo Metropolitan University, Deild hjúkrunar og heilsuefingar, Ósló, og dr. Inga Dóra Sigfúsdóttir, prófessor við Sálfræðideild Háskólans í Reykjavík.

* * *

Ásta Bjarney Pétursdóttir

Ásta Bjarney Pétursdóttir varði doktorsritgerð sína í hjúkrunarfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 11. júní. Ritgerðin ber heitið: Styrkleikamiðuð fjölskyldu-stuðningsmeðferð í sérhæfðri líknarheimaþjónustu (Family Nursing Strengths-Oriented Supportive Intervention in Specialized Palliative Home Care).

Aðalmarkmið rannsóknarinnar var að þróa, innleiða og meta árangur íhlutunar sem felur í sér styrkleikamiðuðar meðferðarsamræður fyrir nána aðstandendur sjúklinga með lífsógnandi krabbamein, auk þess að meta langtímaáhrif á andlega líðan aðstandenda eftir andlát sjúklingsins. Einnig að þróa sértækt innleiðingarferli fyrir hjúkrunarfræðinga sem sinna líknarheimaþjónustu. Aðstandendur sjúklinga með lífsógnandi krabbamein þurfa á sérhæfðum stuðningi að halda, vegna þess álags sem getur fylgt veikindaferlinu og alvarlegum afleiðingum þess. Íhlutun í formi meðferðarsamræðna getur styrkt aðstandendur í að vera betur í stakk búnir til að takast á við aðstæðurnar.

Umsjónarkennari og leiðbeinandi var dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild. Auk hennar sátu í doktorsnefnd þau Valgerður Sigurðardóttir, Erna Haraldsdóttir, Mary Kay Rayens og Arna Hauksdóttir.

Andmælendur voru dr. Carole Robinson, prófessor emeritus við Faculty of Health and Social Development University of British Columbia, Kanada, og dr. Bryndís Björk Ásgeirsdóttir, prófessor og deildarforseti við Sálfræðideild Háskólans í Reykjavík.

Jórunn Edda Hafsteinsdóttir, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
Sessela Guðmundsdóttir, Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu
Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
Sigríður Sía Jónsdóttir, framhaldsnámsdeild Heilbrigðisvísindasviðs Háskólans á Akureyri

Viðhorf foreldra til heimavitjana í ung- og smábarnavernd: Lýsandi þversniðsrannsókn

Útdráttur

Tilgangur: Heimavitjanir hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd miða að því að veita foreldrum aðstoð og ráðgjöf eftir fæðingu barns, á tíma sem oft er viðkvæmur foreldrunum. Tilgangur rannsóknarinnar var að varpa ljósi á viðhorf foreldra til heimavitjana hjúkrunarfræðinga á vegum ung- og smábarnaverndar heilsugæslustöðva og meta hvort munur væri á viðhorfum foreldra með fyrsta barn og þeirra sem höfðu eignast barn áður.

Aðferð: Lýsandi þversniðsrannsókn. Úrtakið voru foreldrar sem komu með börn í sex og níu vikna skoðun á heilsugæslustöðvar á höfuðborgarsvæðinu í upphafi árs 2020. Foreldrar sem samþykktu þátttöku fengu sendan rafrænan spurningalista með 27 opnum og lokuðum spurningum, 19 spurningum um heimavitjanir og átta spurningum um bakgrunn þátttakenda.

Niðurstöður: Á rannsóknartímabilinu komu 390 börn í sex eða níu vikna skoðun. Foreldrar 136 barna (35%) svöruðu öllum spurningunum. Af þeim voru 93% konur og rétt tæpur helmingur var að eignast sitt fyrsta barn (49%). Flestir foreldrarnir (92%) voru ánægðir með heimavitjanir hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd og kunnu að meta ráðgjöf, aðstoð og stuðning sem hjúkrunarfræðingar veittu þeim. Flestum fannst heimavitjanirnar hæfilega margar (84%) og hæfilega langar (96%). Lítil hluti foreldra (8,1%) var óánægður með heimavitjanir hjúkrunarfræðinga. Foreldrar með fyrsta barn voru marktækt óánægðari með aðstoð og ráðgjöf sem þeir fengu í heimavitjunum en foreldrar sem höfðu eignast barn áður. Ekki var marktækur munur á viðhorfum foreldra með fyrsta barn og þeirra sem höfðu eignast barn áður varðandi tíðni eða lengd heimavitjana.

Ályktanir: Niðurstöðurnar benda sterklega til þess að heimavitjanir hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd séu mikilvægur þáttur í þjónustu við nýbakaða foreldra. Meirihluti þátttakenda var ánægður

með heimavitjanir hjúkrunarfræðinga, fjölda þeirra og lengd en alltaf má gera betur. Huga þarf sérstaklega að þörfum foreldra með fyrsta barn þar sem þeir voru marktækt óánægðari með aðstoð og ráðgjöf sem þeir fengu en foreldrar sem höfðu eignast barn áður.

Lykilord: hjúkrunarfræðingar, heimavitjun, ung- og smábarnavernd, foreldrar, heilsugæsla.

Inngangur

Heimavitjanir hjúkrunarfræðinga eru hluti af ung- og smábarnavernd sem er umfangsmikill þáttur í starfsemi heilsugæslustöðva. Árið 2019 voru 41.240 heimavitjanir og heilsufarsskoðanir í ung- og smábarnavernd á heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu. Hjúkrunarfræðingar skipuleggja og sinna ung- og smábarnavernd samkvæmt leiðbeiningum frá Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu (ÞÍH) (2020a) og er markmiðið að efla heilsu og stuðla að vellíðan og þroska með skipulögðum heilsufarsskoðunum, ásamt aðstoð og ráðgjöf til foreldra. Þjónustan hefst með tveimur til þremur heimavitjunum á fyrstu vikum barns en frá sex vikna aldri eru skoðanir á heilsugæslustöð. Í heild er boðið upp á að minnsta kosti þrettán reglulegar og gjaldfrjálsar skoðanir frá fæðingu til grunnskólaaldurs (Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, 2020b). Þjónustan er samræmd yfir allt landið og samræmist leiðbeiningum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (World Health Organisation, 2013). Við fæðingu barns fá flestir foreldrar í raun þrískipta þjónustu: þjónustu við fæðingu og stutta sængurlegu, heimaþjónustu ljósmæðra og þjónustu ung- og smábarnaverndar heilsugæslunnar. Ljósmæður sinna heima-

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Rannsóknin er framlag til aukinnar þekkingar á viðhorfum foreldra til heimavitjana hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd á heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu.

Hagnýting: Niðurstöður rannsóknarinnar gefa til kynna að heimavitjanir hjúkrunarfræðinga séu mikilvægur þáttur í þjónustu við nýbakaða foreldra.

Þekking: Viðhorf foreldra til ung- og smábarnaverndar eru lítt þekkt hérlandis og niðurstöður rannsóknarinnar gefa vís-

bendingar um að heimavitjanir hjúkrunarfræðinga séu vel metnar af foreldrum, en ástæða er til að afla frekari þekkingar á viðhorfum og reynslu foreldra af þessari heilsueflandi þjónustu.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Hjúkrunarfræðingar í ung- og smábarnavernd ættu að mæta öllum foreldrum af virðingu og meta þörf þeirra fyrir ráðgjöf og aðstoð ásamt því að leggja sérstaka áherslu á að leggja mat á þarfir foreldra með fyrsta barn fyrir þjónustu.

þjónustu við flesta nýbakaða foreldra með allt að átta heim-sóknum fyrstu tíu dagana eftir fæðingu. Eftir það tekur ung- og smábarnavernd heilsugæslunnar við (Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, 2020b). Dvelji barn eða móðir þess lengur en 86 klukkustundir á sjúkrahúsi eftir fæðingu á fjöl-skyldan ekki rétt á heimabjónustu ljósmæðra (Hildur Sig-urðardóttir, 2014). Eins og sést hér að framan geta skilin á milli heimabjónustu ljósmæðra og heimavitjana hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd verið nokkuð óljós.

Í heimavitjun metur hjúkrunarfræðingur þroska barns, leitað er að frávikum og hlustað eftir áhyggjum og líðan for-eldra (Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, 2020b). Í ung- og smábarnavernd er fjölskylduhjúkrun samkvæmt Calgary-likaninu höfð að leiðarljósi. Hún byggist á virkri hlustun, að sýna áhuga og að viðhorf allra í fjölskyldunni heyrist (Wright og Leahey, 2011; Xiao o.fl., 2019). Foreldrar vilja hafa samfellu í þjónustu (Benjamins o.fl., 2015; Panagopoulou o.fl., 2018b) og er það haft að leiðarljósi hérlandis með því að sami hjúkr-unarfræðingur fylgi fjölskyldunni eftir, verði því viðkomið (Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, 2020a). Öryggi fjöl-skyldunnar við að annast barnið er mikilvægt og því vinna hjúkrunarfræðingur og foreldrar saman að því að finna hvar fjölskyldan er sterkust fyrir. Þannig er þátttaka foreldranna virk í ferlinu (Aston o.fl., 2015; Kitson o.fl., 2013). Heimavitj-anir veita hjúkrunarfræðingum aukna innsýn í félagslega stöðu og líðan foreldra (Glavin o.fl., 2010) og betra tækifæri til að meta þarfir þeirra (Eronen o.fl., 2007; Xiao o.fl., 2019). Fagleg uppbyggjandi ráðgjöf og aðstoð hjúkrunarfræðinga getur eft trú foreldra á eigin getu til að taka ákvarðanir með þarfir barnsins að leiðarljósi (Eronen o.fl., 2010; Nilsson o.fl., 2015; Panagopoulou o.fl., 2018b).

Fyrstu sex vikurnar eftir fæðingu eru viðkvæmur og mikil-vægur tími fyrir heilsu og velferð móður og barns (Hajimiri o.fl., 2018) og sýnt hefur verið fram á að foreldrar hafa þörf fyrir persónulega ráðgjöf augliti til auglitis frá heilbrigðisstarfs-fólki (Aston o.fl., 2018). Þetta tímabil hefur þó fengið mun minni athygli í rannsóknum en meðganga og fæðing (Tully o.fl., 2017). Fáar rannsóknir eru til á heimavitjunum hjúkr-unarfræðinga og viðhorfi foreldra til þeirra en í ljós hefur komið að foreldrar eru jafnvel óvissir um tilgang þeirra og til hvers er ætlast af þeim sjálfum (Tveter og Karlsson, 2017). Vitað er að foreldrar með fyrsta barn leita upplýsinga víða á internetinu (Aston o.fl., 2018) en jafnframt finna þeir gjarnan fyrir óöryggi, ótta og efast um eigin getu til að annast barnið vegna skorts á reynslu (Luyben o.fl., 2011; Wilkins, 2006). Að-stöð, fræðsla og hvatning getur auðveldað foreldrum að aðlag-ast nýjum hlutverkum, eft trú þeirra á eigin getu (McLeish o.fl., 2020) og dregið úr skaðlegum áhrifum þreytu og streitu sem margir nýir foreldrar upplifa eftir fæðingu (Liyana Amin o.fl., 2018; Paul o.fl., 2012). Brjóstagjöf veldur mæðrum með fyrsta barn hvað mestri streitu á fyrstu vikum eftir fæðingu og ráðgjöf varðandi brjóstagjöf hefur mikil áhrif á aðlögun þeirra að foreldrahlutverkinu (Ranch o.fl., 2019). Grísk rannsókn sýndi að foreldrar sem fengu heimavitjanir eftir fæðingu barns voru ánægðari með þjónustuna á fyrstu vikum þess en þeir sem fengu hana á stofnun (Panagopoulou o.fl., 2018a). Heima-

vitjanir hafa jákvæð áhrif á mæður hvað varðar brjóstagjöf og líðan eftir fæðingu (Paul o.fl., 2012; Yonemoto o.fl., 2017) og tíðni heimavitjana og lengd ætti að byggja á samfélagslegum aðstæðum og þörfum fjölskyldna (Yonemoto o.fl., 2017). Heimavitjanir hafa einnig jákvæð áhrif á fjölskyldur sem standa höllum fæti eða eru í hættu á illri meðferð (Avellar og Supplee, 2013; Christie og Bunting, 2011). Öryggi fedra, sem voru að eignast sitt fyrsta barn, í foreldrahlutverkinu jókst í kjölfar heimavitjana (Tiitinen Mekhail o.fl., 2019) þótt ýmsar rannsóknarniðurstöður greini frá því að þeim þyki stuðningur heilbrigðisstarfsfólks eftir fæðingu miðast of mikið við mæður (Bayley o.fl., 2009; Deave o.fl., 2008). Áströlsk þjónustukönnun á ungbarnavernd, sem foreldrar 719 barna tóku þátt í, sýndi að 82% þeirra höfðu fengið heimavitjun. Foreldrarnir mátu faglega færni og sérfræðiþekkingu heilbrigðisstarfsfólks mik-ils. Það skipti foreldrana máli að fá fullvissu og samþykki heil-brigðisstarfsmanns fyrir því að þeir beittu réttum aðferðum við umönnun og uppeldi barna sinna (Rossiter o.fl., 2019). Heimavitjanir stuðla að því að foreldrar skynji samfellu í meðferð og aukið sjálfsöryggi, með traustu meðferðarsam-bandi við heilbrigðisstarfsmann (Barimani og Vikström, 2015; Haggerty o.fl., 2013).

Ráðgjöf er stór hluti af heimavitjunum og er fræðsluþörf foreldra metin í hverri vitjun. Áhersla er lögð á ráðgjöf um brjóstagjöf og næringu, umönnun, að lesa í tjáningu barns, hreinlæti, slysavarnir og aðra þætti eftir því sem við á (Þróun-armiðstöð íslenskrar heilsugæslu, 2020b). Hjúkrunarfræð-ingur spyr um andlega líðan og líkamlega heilsu foreldra, og mæðrum með andlega vanlíðan á meðgöngu og eftir fæðingu er fylgt eftir. Rannsóknir sýna að hjúkrunarfræðingar telja að í heimavitjunum gefist gott tækifæri til að upplýsa báða for-eldra um mikilvægi andlegrar vellíðanar eftir fæðingu og fæðingarþunglyndi, skima eftir því og meðhöndla (Alexandrou o.fl., 2018; Glavin o.fl., 2010).

Hér á landi hefur viðhorf til ung- og smábarnaverndar eða þjónustan sjálf verið lítið rannsökuð. Íslensk rannsókn á áhrifum fræðslu og stuðnings við hjúkrunarfræðinga sem sinntu mæðrum með andlega vanlíðan eftir barnsburð leiddi í ljós að hjá meðferðarhóp fengu mæðurnar marktækt færri stig á Edinborgar-þunglyndiskvarðanum (EPDS) frá 9. til 15. viku eftir fæðingu. Inngrip hjúkrunarfræðinganna skiluðu því marktækum árangri og meðal inngripa voru fjórar aukaheima-vitjanir á rannsóknartímabilinu með áherslu á virka hlustun (Ingadóttir og Thome, 2006). Árið 2002 gerðu Geir Gunn-laugsson og Sesselja Guðmundsdóttir könnun á viðhorfum foreldra til ungbarnaverndar á vegum Miðstöðvar heilsu-verndar barna, en niðurstöður hennar voru ekki birtar á prenti. Sama ár var gerð rannsókn á viðhorfum hjúkrunar-fræðinga og foreldra til heimavitjana og íslenskar leiðbeiningar um þær skoðaðar. Niðurstöður voru birtar á veggspjaldi á ráðstefnu evrópsku lýðheilsusamtakanna (EUPHA) árið 2003 (Gunnlaugsson o.fl., 2003). Heimavitjunum í ung- og smábarnavernd hefur fækkað síðustu ár, árið 2019 voru þær 2,25 (Sesselja Guðmundsdóttir og Lilja B. Kristinsdóttir, 2020) eins og gæðaviðmið heilsugæslunnar gera ráð fyrir en árið 2002 voru þær hins vegar 5,3 að meðaltali (Gunnlaugsson o.fl.,

2003). Þeim hefur því fækkað umtalsvert án þess að foreldrar hafi nokkuð verið spurðir um þarfir sínar. Tilgangur rannsóknarinnar var því að varpa ljósi á viðhorf foreldra til heimavitjana hjúkrunarfræðinga á vegum ung- og smábarnaverndar heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu og meta hvort munur væri á viðhorfum foreldra með fyrsta barn og þeirra sem áttu barn áður. Settar voru fram eftirfarandi rannsóknarspurningar:

1. Hvert er viðhorf foreldra til heimavitjana í ung- og smábarnavernd á höfuðborgarsvæðinu?
2. Er munur á viðhorfum foreldra með fyrsta barn og þeirra sem höfðu eignast barn áður?

Aðferð

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn með hentugleikaúrtaki.

Þátttakendur

Úrtak rannsóknarinnar voru íslenskumælandi foreldrar sem komu með börn sín í sex og níu vikna skoðun á öllum 19 heilsugæslustöðvunum á höfuðborgarsvæðinu, á tímabilinu 13. janúar til 7. febrúar 2020. Alls komu 390 börn í þessar skoðanir á tímabilinu.

Mælitæki

Mælitæki rannsóknarinnar var spurningalisti saminn af rannsakendum, þar sem ekki fannst spurningalisti í vísindarannsóknnum sem fullnægði rannsóknarspurningum og markmiði rannsóknarinnar. Við gerð spurningalistans var stuðst við könnun Geirs Gunnlaugssonar og Sesselju Guðmundsdóttur frá 2002 og leiðbeiningar um ung- og smábarnavernd frá Embætti landlæknis og ÞÍH (2020a). Spurningalistinn var lagður fyrir fjóra reynda hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd með það í huga að meta innra réttmæti hans. Eftir það var hann forprófaður af sex öðrum hjúkrunarfræðingum og tíu foreldrum ungra barna. Gerðar voru lagfæringar eftir ábendingum sem fram komu, spurningar umorðaðar og lagfærðar. Spurningalistinn innihélt 27 spurningar, 19 spurningar um heimavitjanir og átta um bakgrunn þátttakenda. Spurt var um fjölda heimavitjana, tímalengd, ánægju/óánægju með þær og hvort foreldrar hefðu náð að spyrja um það sem þeim lá á hjarta. Níu spurningar voru um ánægju/óánægju varðandi aðstoð og ráðgjöf við: brjóstagjöf og næringu, óværd, svefn, umönnun barns, tengslamyndun og það að lesa í tíðningu barns, þroska og örvun auk hvíldar og andlegrar líðanar foreldra og slysavarnir. Fimm punkta Likert-kvarði var notaður, frá „mjög ánægð/ur“, „hlutlaus“ til „mjög óánægð/ur“ auk valmöguleikans „hef ekki þurft aðstoð/ráðgjöf“. Í spurningalistanum voru sex opnar spurningar þar sem foreldrum var boðið að tjá sig um heimavitjanirnar, meðal annars hvað þeir voru

ánægðir eða óánægðir með og hverju þeir myndu vilja breyta varðandi þær. Bakgrunnsspurningar voru um kyn, aldur, hjúskaparstöðu og menntun. Einnig var spurt hvort þátttakandi hefði gengið með barnið (konur), hvort fæðingin hefði verið um fæðingarveg eða keisarafæðing (konur), hversu mörg börn þátttakandi hefði fætt (konur) eða hversu mörg börn hann ætti (karlar). Þá var spurt frá hvaða heilsugæslustöð heimavitjanirnar voru. Spurningalistinn, sem tók um 10 mínútur að svara, var gerður aðgengilegur þátttakendum á rafrænu formi í QuestionPro sem er öruggt og lokað netsvæði.

Gagnasöfnun

Hjúkrunarfræðingar í ung- og smábarnavernd heilsugæslustöðvanna fengu senda kynningu á rannsókninni í tölvupósti auk þess sem hún var kynnt á fundum fyrir fagstjórum hjúkrunar og verkefnastjórum í ung- og smábarnavernd. Hjúkrunarfræðingar í ung- og smábarnavernd kynntu rannsóknina munnlega fyrir foreldrum og afhentu þeim sem vildu kynningar- og samþykkisbréf ásamt umslagi. Í samþykkisbréfinu var leitað eftir samþykki þeirra með undirskrift og netfangi og samþykkisbréfið sett í lokað umslag. Umslaginu var ýmist skilað aftur til hjúkrunarfræðings eða í móttöku heilsugæslustöðvar. Fyrsti höfundur safnaði saman umslögnum af öllum heilsugæslustöðvunum og sendi foreldrum tölvupóst á uppgefið netfang með tengli á rafrænan spurningalista. Tvisvar var send út rafræn áminning til þeirra sem ekki höfðu svarað.

Siðfræði

Rannsóknin fékk leyfi vísindanefndar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Háskóla Íslands, sótt var um leyfi til Vísindasíðanefndar sem tilkynnti að ekki þyrfti leyfi nefndarinnar en rannsóknin fékk númerið VSN-19-221. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar og lögum um persónuvernd fylgt í hvívetna. Leyfi fyrir því að kynna rannsóknina fyrir foreldrum fékkst hjá yfirmönnum hjúkrunar og lækninga á öllum heilsugæslustöðvunum. Í kynningarbréfi fengu þátttakendur upplýsingar um tilgang rannsóknar og markmið. Einnig að þátttakan væri áhættalaus, nafnlaus og ekki væri hægt að rekja svör til svarenda, að leyfilegt væri að sleppa einstaka spurningum og hætta þátttöku hvenær sem var. Þátttakendur gáfu upplýst samþykki sitt með undirskrift. Farið var með allar upplýsingar sem trúnaðarmál.

Gagnagreining

Tölfræðileg úrvinnsla gagna var gerð með tölfræðiforritinu IBM SPSS Statistics 25. Notuð var lýsandi tölfræði og Pearsons kíkvarðat-marktektarpróf var notað við samanburð. Þátttakendum var skipt í tvo hópa, í öðrum hópnum voru foreldrar með fyrsta barn og í hinum hópnum foreldrar sem áttu barn áður. Í spurningum um ánægju/óánægju með þjónustu, aðstoð og ráðgjöf voru svarmöguleikarnir „mjög ánægður“ og „frekar ánægður“ sameinaðir í „ánægður“. Svarmöguleikarnir „frekar

óánægður“ og „mjög óánægður“ voru ásamt svarmöguleikanum „hlutlaus“ sameinaðir í „óánægður“. Einnig var svarmöguleikanum „hef ekki þurft aðstoð/ráðgjöf“ sleppt þegar unnið var úr svörum með „ánægja/óánægja“.

Niðurstöður

Bakgrunnur þátttakenda

Á rannsóknartímabilinu komu 390 börn í sex eða níu vikna skoðun og foreldrar 49,4% þeirra (n = 193) gáfu samþykki sitt. Foreldrar 136 barna (34,9%) svöruðu öllum spurningunum og niðurstöður byggjast á svörum þeirra. Þátttakendur skiptust jafnt á milli hópanna tveggja, 49,3% (n = 67) voru að eignast sitt fyrsta barn og 50,7% (n = 69) höfðu eignast barn áður. Þátttakendur voru 93,4% konur sem allar gengu með barn sitt og 84,3% barnanna fæddust um fæðingarveg. Meirihluti þátttakenda var giftur eða í sambúð (91,9%) og hafði lokið námi á háskólastigi (70,6%). Rétt rúmur helmingur þátttakenda (52,9%) var á aldrinum 30–39 ára, enginn þátttakandi var undir 20 ára. Allir þátttakendur fengu heimavitjanir utan einn sem fór í skoðun á sína heilsugæslustöð í öðru hverfi í stað heimavitjana frá hverfisstöð. Einungis var martækur munur á bakgrunni hópanna varðandi aldur og fjölda barna. Í töflu 1 má sjá bakgrunnsupplýsingar þátttakenda

Tafla 1. Bakgrunnur þátttakenda, með fyrsta barn og sem áttu barn áður

	Heild n = 136 (100%)	Fyrsta barn n = 67 (49,3%)	Barn áður n = 69 (50,7%)	P-gildi* < 0,05
Kyn:				
Karlar	9 (6,6)	6 (9,0)	3 (4,3)	
Konur	127 (93,4)	61 (91,0)	66 (95,6)	
Aldur:				
20–29	53 (39,0)	36 (53,7)	17 (24,6)	0,01*
30–39	72 (52,9)	28 (41,8)	44 (63,8)	0,002*
40 ára og eldri	11 (8,1)	3 (4,5)	8 (11,6)	0,03*
Hjúskaparstaða:				
Einstæður	8 (5,9)	6 (8,9)	2 (2,9)	
Í sambandi/hjúskap	125 (91,9)	60 (89,6)	65 (94,2)	
Annað	3 (2,2)	1 (1,5)	2 (2,9)	
Menntun:				
Grunnskóli eða minna	16 (11,8)	8 (11,9)	8 (11,6)	
Stúdent eða iðnnám	24 (17,6)	12 (17,9)	12 (17,4)	
Háskólapróf	96 (70,6)	47 (70,1)	49 (71,0)	
Konur — fæðing (n = 127)				
Um fæðingarveg	107 (84,3)	49 (80,3)	58 (87,9)	
Keisaraskurður	20 (15,7)	12 (19,7)	8 (12,1)	

* P-gildi, marktækni miðuð við < 0,05

Viðhorf foreldra til heimavitjana

Meirihluti þátttakenda (91,9%, n = 124) var frekar eða mjög ánægður með heimavitjanirnar. Í ljós kom að 50,4% þátttakenda höfðu fengið tvær eða þrjár heimavitjanir og 8,9% höfðu fengið fjórar. Hins vegar höfðu 4,4% aðeins fengið eina en 36,3% fengið fimm eða fleiri og voru þeir síðasttöldu marktækt ánægðari með heimavitjanirnar (p < 0,014) en þeir sem fengu fjórar eða færri. Jafnframt fannst flestum þátttakendum heimavitjanirnar hæfilega margar (83,7%) og hæfilega langar (95,6%) (tafla 2). Eini marktæki munurinn á hópunum var að foreldrar með fyrsta barn vildu frekar breyta einhverju í heimavitjunum (p < 0,02). Ellefu þátttakendur (8,1%) voru óánægðir með heimavitjanir hjúkrunarfræðinga. Foreldrum gafst kostur

Tafla 2. Samanburður á viðhorfi til skipulags heimavitjana meðal hópanna tveggja

	Heild n = 135* (100%)	Fyrsta barn n = 66 (48,9%)	Barn áður n = 69 (51,1%)	P-gildi** < 0,05
Fjöldi heimsóknna:				
Ein	6 (4,4)	3 (4,5)	3 (4,4)	
Tvær	50 (37,1)	22 (33,3)	28 (40,6)	
Þrjár	18 (13,3)	9 (13,6)	9 (13,0)	
Fjórar	12 (8,9)	7 (10,6)	5 (7,2)	
Fimm eða fleiri	49 (36,3)	25 (37,9)	24 (34,8)	
Fannst þér heim-sóknirnar vera:				
Of fáar	20 (14,8)	13 (19,7)	7 (10,2)	
Hæfilega margar	113 (83,7)	52 (78,8)	61 (88,4)	
Of margar	2 (1,5)	1 (1,5)	1 (1,4)	
Fannst þér heim-sóknirnar vera:				
Of stuttar	6 (4,4)	4 (6,1)	2 (2,9)	
Hæfilega langar	129 (95,6)	62 (93,9)	67 (97,1)	
Of langar	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Varst þú ánægð/ur/ óánægð/ur með heimavitjanirnar:				
Ánægður	124 (91,9)	58 (89,4)	66 (94,3)	
Óánægður	11 (8,1)	7 (10,8)	4 (5,7)	
Fékkstu tækifæri til að spyrja um það sem þér hefur verið efst í huga í heimavitjunum:				
Já	129 (95,6)	61 (92,4)	68 (98,6)	
Nei	6 (4,4)	5 (7,6)	1 (1,4)	
Myndir þú vilja breyta einhverju við heima- vitjanir:				
Nei	80 (59,3)	33 (50,0)	47 (68,1)	
Hef ekki skoðun	27 (20,0)	14 (21,2)	13 (18,9)	
Já	28 (20,7)	19 (28,8)	9 (13,0)	0,02*

* Einn þátttakandi þáði ekki heimavitjanir frá hverfisheilsugæslu og er því ekki með

** P-gildi, marktækni miðuð við <0,05

Tafla 3. Svör við opnum spurningum um heimavitjanir

Ánægja með heimavitjanir	„Fagleg vinnubrögð, hlýleg nálgun, fagmennska, góðar upplýsingar og bæklingar.“ „Aðhlynning á heimavelli, besti staðurinn til að eiga samskipti um umönnun barnsins og í faðmi fjölskyldunnar.“ „Gott að fá fagaðila sem getur staðfest eða leiðrétt atriði hjá manni í umönnun barnsins. Eykur sjálfstraust og gleði í nýju hlutverki :-“ „Að þurfa ekki að fara sjálf með barnið á heilsugæslu.“ „Þægilegt að fá að spjalla við hjúkrunarfræðing um það sem okkur datt í hug að spyrja, okkur fannst gott að fá hana heim fyrstu tvö skiptin áður en við mættum sjálf á heilsugæsluna.“ „Að geta spurt um allt sem viðkom barninu og mér sjálfri í umhverfi sem mér leið vel í.“ „Var komin með hita og sýkingu í brjóstið. Ég var ánægð með að hjúkrunarfræðingurinn kveikti strax á því hvað var að og setti mig á sýklalyf. Einnig að hún hugsaði um hvernig mér leið andlega sem hjálpaði mér heilmikið.“ „Að þurfa ekki að fara út með hvítvoðung. Persónulegt. Náið. Öryggi í að vera heima. Geta leyft eldri systkinum að vera með.“ „Ég fékk þá aðstoð sem ég þurfti heima hjá mér og þurfti ekki að fara með nýfætt barnið mitt út.“
Óánægja með heimavitjanir	„... Einnig fannst mér vanta meiri fræðslu, fannst heimsóknin aðallega vera vigtun á barninu og skoða nafnann og svo nánast farin á korteri.“ „Hvað hún tók stuttan tíma og lítið um góðar ráðleggingar.“ „Of mikla áherslu á meðalþýngd barna. Minna horft á líðan barns og atferli.“
Mætti gera betur í heima- vitjunum	„Þær eru með ákveðna hluti sem þær tékka og skoða, hefði verið gaman að vita hvað það er ...“ „Betri samfella milli heimaþjónustu ljósmæðra og ungabarnaverndar.“ „Mætti vera tékklisti sem væri farið eftir þar sem hægt væri að sjá hvað myndi vera rétt eða farið yfir í hverri vitjun fyrir sig. Þannig er hægt að sjá heildarmyndina og ræða ákveðna hluti og undirbúa komandi vikur fyrir glóruleusa nýbakaða foreldra ...“

á að tjá sig um hvað þeir væru ánægðir/óánægðir með í heima- vitjunum eða hvað mætti betur fara í þeim með því að svara opnum spurningum sem sjá má í töflu 3. Þeir sem voru óánægðir nefndu skort á fræðslu, skort á tíma og ófagleg vinnubrögð, þá fannst foreldrum vanta sértæk ráð við vanda- málum sem upp komu. Einnig kom fram að heimavitjanir mættu vera fleiri, vera betur skipulagðar og að meiri samfella mætti vera á milli heimaþjónustu ljósmæðra og heimavitjana hjúkrunarfræðinga. Foreldrar bentu líka á að gott væri að vita fyrir fram hvað væri gert og skoðað í heimavitjunum. Eins og sést í töflu 3 komu einnig jákvæð svör foreldra sem voru ánægðir með fræðslu, stuðning, hvatningu, gott viðmót og fagmennsku í heimavitjunum.

Viðhorf til aðstoðar og ráðgjafar í heimavitjunum

Eins og sést í töflu 4 á næstu síðu var meirihluti foreldra ánægð- ur með þá aðstoð og ráðgjöf sem þeir fengu. Hins vegar voru foreldrar með fyrsta barn þó marktækt líklegri til að vera óá- nægðir með aðstoð og ráðgjöf hjúkrunarfræðinga en þeir sem höfðu eignast barn áður. Sú óánægja sneri að aðstoð og ráðgjöf varðandi brjósttagjöf ($p = 0,001$), óværd ($p = 0,040$), svefn ($p = 0,021$), hvíld fjölskyldunnar ($p = 0,011$) þroska og örvun barns ($p = 0,003$) og slysavarnir ($p = 0,042$). Ekki reyndust marktæk tengsl á milli aldurs þátttakenda, hjúskaparstöðu, menntunar- stigs eða fæðingarmáta og ánægju með veitta aðstoð og ráð- gjöf.

Umræður

Niðurstöður rannsóknarinnar voru að mikill meirihluti þátt- takenda var ánægður með heimavitjanir frá hjúkrunarfræð- ingum í ung- og smábarnavernd heilsugæslustöðva á höfuð- borgarsvæðinu. Niðurstöðurnar ríma vel við niðurstöður á rannsóknum um að heimavitjanir hafi jákvæð áhrif á foreldra (Yonemoto o.fl., 2017). Rannsóknarniðurstöðurnar ber að túlka í ljósi þess að bakgrunnur þátttakenda var frekar eins- leitur og endurspeglar þýðið að takmörkuðu leyti því meiri- hluti þátttakenda var háskólamenntaðar mæður í sambúð eða giftar. Einungis örfáir feður tóku þátt í rannsókninni og það vekur upp spurningar um hvaða ástæður séu þar að baki, til dæmis hvort þeir telji stuðning heilbrigðisstarfsfólks miðast of mikið við mæður, eins og rannsóknir sýna (Bayley o.fl., 2009; Deave o.fl., 2008), eða hvort þeir séu síður í fæðingarorlofi en mæður við sex og níu vikna aldur barns.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að foreldrar með fyrsta barn voru marktækt óánægðari með aðstoð og ráðgjöf en foreldrar sem höfðu eignast barn áður og að sérstaklega þarf að styrkja þjónustu við foreldra með fyrsta barn og tryggja að hjúkrunarfræðingar fullnægi þörfum þeirra. Það er mikilvægt því að aðstoð, ráðgjöf og hvatning eru áhrifamiklar leiðir til að efla trú foreldra á eigin getu (McLeish o.fl., 2020) og auðvelda þeim að finna sig í nýjum hlutverkum (Liyana Amin o.fl., 2018; Paul o.fl., 2012). Óánægja foreldranna sneri meðal annars að aðstoð og ráðgjöf varðandi brjósttagjöf en rannsóknir

Tafla 4. Samanburður á viðhorfum til fræðslu sem veitt var í heima-
vitjun milli þátttakanda með fyrsta barn og þeirra sem áttu
barn/börn áður.

Varstu ánægð/ur með aðstoð og ráðgjöf?	Heild n (%)	Fyrsta barn n (%)	Barn áður n (%)	P-gildi**
Varðandi brjóstagið? (n = 118)*				
Ánægður	97 (82,2)	44 (73,3)	53 (91,4)	
Óánægður	21 (17,8)	16 (26,7)	5 (8,6)	0,010
Varðandi óvæð barns? (n = 97)*				
Ánægður	70 (72,2)	33 (63,5)	37 (82,2)	
Óánægður	27 (27,6)	19 (36,5)	8 (17,8)	0,040
Varðandi svefn barns (n = 96)*				
Ánægður	68 (70,8)	31 (60,8)	37 (82,2)	
Óánægður	28 (29,2)	20 (39,2)	8 (17,8)	0,021
Varðandi hvíld fjölskyldunnar? (n = 97)*				
Ánægður	76 (78,5)	38 (69,1)	38 (90,5)	
Óánægður	21 (21,6)	17 (30,9)	4 (9,5)	0,011
Varðandi umönnun barns, t.d. böðun? (n = 96)*				
Ánægður	82 (85,4)	44 (83,0)	38 (88,4)	
Óánægður	14 (14,6)	9 (17,0)	5 (11,6)	0,460
Varðandi tengsla- myndun, að lesa í tjáningu barns? (n = 110)*				
Ánægður	62 (62,0)	31 (55,4)	31 (70,5)	
Óánægður	38 (28,0)	25 (44,6)	13 (29,5)	0,123
Varðandi andlega líðan foreldra? (n = 110)				
Ánægður	90 (81,8)	46 (75,4)	44 (89,8)	
Óánægður	20 (10,9)	15 (24,6)	5 (10,2)	0,052
Varðandi þroska og örvun barns? (n = 114)				
Ánægður	82 (71,9)	36 (60,0)	46 (85,2)	
Óánægður	32 (28,1)	24 (40,0)	8 (14,8)	0,003
Varðandi slysavarnir? (n = 104)				
Ánægður	57 (54,8)	25 (45,5)	32 (65,3)	
Óánægður	47 (45,2)	30 (54,5)	17 (34,7)	0,042

* Þeir sem svöruðu að þeir „hefðu ekki þurft hjálp“ eru ekki með

** P-gildi, marktækni miðuð við <0,05

hafa sýnt að mæður með fyrsta barn telja brjóstagið valda þeim mestri streitu og að ráðgjöf varðandi brjóstagið sé sam-
ofin aðlögun þeirra að foreldrahlutverkinu (Kronborg o.fl.,
2014; Ranch o.fl., 2019). Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera
meðvitaðir um að foreldrar telja að ráðgjöf sé ekki alltaf nægi-

anleg og að sýn heilbrigðisstarfsfólks og mæðra á ráðgjöfina
sé mismunandi (Ranch o.fl., 2019; Razurel o.fl., 2011). Út frá
niðurstöðum um að ekki reyndist munur á hópunum varðandi
fræðslu um umönnun barns, tengslamyndun eða andlega líðan
foreldra má álykta að það bendi til þess að þeim þáttum séu
gerð fullnægjandi skil í heimavitjunum í ung- og smábarna-
vernd.

Einnig kom fram í rannsóknarniðurstöðum að foreldrar
með fyrsta barn vildu frekar gera breytingar á heimavitjunum
og í opnum svörum greindu þeir meðal annars frá því að þeim
þótti vanta lista eða betri upplýsingar um það sem gert væri í
heimavitjunum. Það bendir til óryggis foreldra hvað varðar
heimavitjanir og markmið þeirra, og samræmist þetta niður-
stöðum annarra rannsókna (Rautio, 2013; Tveter og Karlsson,
2017). Í símtali við foreldra, þar sem tími fyrir fyrstu heima-
vitjun er ákveðinn, mætti upplýsa foreldra betur um tilgang
heimavitjananna, hvað hjúkrunarfræðingar gera í þeim og vísa
foreldrum á vefinn Heilsuvera.is þar sem finna má upplýsingar
um heimavitjanir.

Á svörum foreldra við opnum spurningum um heimavit-
janir sást að hjúkrunarfræðingarnir höfðu beitt virkri hlustun,
sýnt sannan áhuga og byggt upp traust sem samkvæmt grein
Wright og Leahey (2011) eru lykilatriði í því að byggja upp
meðferðarsamband. Niðurstöður rannsóknarinnar samræm-
ast niðurstöðum erlendra rannsókna, þar sem foreldrar mátu
gott meðferðarsamband og góða samskiptaeiginleika hvað
mest í heimavitjunum hjúkrunarfræðinga. Einnig mátu þeir
mikils að þjónustan væri persónuleg, sveigjanleg og að for-
eldrar fengju upplýsingar og fræðslu (Barimani og Vikström,
2015; Damashek o.fl., 2020) til að ná stjórn á nýju aðstæðum
(Hjälmhult og Lomborg, 2012). Meirihluta foreldranna fannst
þeir fá tækifæri til að spyrja um það sem þeim var efst í huga,
og slíkt er mikilvægt því vangaveltur og reynsla foreldra eru
mismunandi og hjúkrunarfræðingar þurfa að vera meðvitaðir
um að hver fjölskylda er einstök (Tveter og Karlsson, 2017).
Þá kom fram í opnum svörum þátttakanda að tryggja þyrfti
betur upplýsingaflæði á milli heimaþjónustu ljósmæðra og
hjúkrunarfræðinga ung- og smábarnaverndar. Það eru mikil-
vægar ábendingar því samfella í flutningi á milli þjónustustiga
bætir öryggi og stuðning við fjölskyldur fyrstu vikunnar eftir
fæðingu (Barimani og Vikström, 2015; McLelland o.fl., 2015).
Von er til þess að með væntanlegu rafrænu skráningakerfi fyrir
heimaþjónustu ljósmæðra takist að auka samfellu í þjónust-
unni. Í skriflegum svörum foreldranna kom fram ánægja með
að fá þjónustuna heim í stað þess að þurfa að fara út með
börnin þegar þau væru ung. Mikilvæg rök með heimavitj-
unum í ung- og smábarnavernd eru að þær leiða til betri and-
legrar líðanar móður, og börn lenda síður í smithættu af
ókunnugum (Yonemoto o.fl., 2017). Rannsakendur leyfa sér
að draga þá ályktun að þau rök hafi fengið aukið vægi nú á
tímum þegar heimsfaraldur COVID-19 herjar á heiminn.

Jákvætt var að foreldrum þóttu heimavitjanir hjúkrunar-
fræðinga vera hæfilega margar og hæfilega langar. Um leið er
það áhugavert því að þeim hefur farið fækkandi undanfarna
tvo áratugi og eiga samkvæmt leiðbeiningum ÞÍH (2020b) nú
að vera tvær til þrjár. Upplýsingar um hvað varð til þess að

heimavitjunum hefur fækkað eins mikið og raun ber vitni (Sesselja Guðmundsdóttir og Lilja B. Kristinsdóttir, 2020) liggja ekki fyrir en telja má að mesta breytingin felist í því að heimavitjun við níu vikna aldur hefur breyst í komu á heilsugæslustöð. Athygli vakti að lítill hópur foreldra fékk einungis eina heimavitjun en það er ekki í takt við ráðleggingar ÞÍH (2020b). Foreldrar sem fengu fimm eða fleiri heimavitjanir lýstu yfir mestu ánægjunni með þær, en það vekur upp spurningar hvort þeir hafi ef til vill ekki gert greinarmun á heimaþjónustu ljósmæðra og heimavitjana hjúkrunarfræðinga. En það heyrir til undantekningar að boðið sé upp á svo margar heimavitjanir í ung- og smábarnavernd.

Styrkur og takmarkanir

Styrkur rannsóknarinnar var að foreldrarnir sem svöruðu komu frá öllum heilsugæslustöðvunum sem tóku þátt í rannsókninni. Þá var fjöldi þátttakenda jafn á milli hópanna tveggja. Spurningalistinn var saminn af rannsakerndum sem hafa mikla reynslu af ung- og smábarnavernd og eftirfylgd eftir fæðingu. Hann var stuttur og nokkuð hnitmiðaður og líklega hafði það þau áhrif að foreldrar voru tilbúnir til að svara honum. Ákveðið var að hafa einnig opnar spurningar þar sem foreldrar gátu bætt við skoðunum til viðbótar við lokaðar spurningar.

Veikleiki rannsóknarinnar verður hins vegar að teljast að um nýjan spurningalista var að ræða og forþrófun takmörkuð. Einnig hefði verið gagnlegt að hafa spurningar um hvaða fagaðili sinnti heimavitjunum og hvort foreldrar hafi verið ánægðir með að fá þjónustuna heim eða getað hugsað sér að fá hana á heilsugæslustöð. Veikleiki var einnig að þátttakendur endurspegluðu þýðið ekki nægjanlega vel. Þá var það takmarkandi að hjúkrunarfræðingar sem kynntu rannsóknina fyrir foreldrum voru ekki beðnir um að safna upplýsingum um fjölda íslenskumælandi foreldra sem komu með börn í skoðun á rannsóknartímabilinu, hve mörgum var boðin þátttaka og hve margir neituðu þátttöku.

Framtíðarrannsóknir

Mikilvægt er að endurtaka rannsóknina í þeim tilgangi að ná til breiðari hóps foreldra með því að leggja listann fyrir stærra úrtak á landsvísi, þýða listann á fleiri tungumál og ná þannig til foreldra af erlendum uppruna. Einnig er mikilvægt að skoða sérstaklega þarfir feðra fyrir ráðgjöf og aðstoð, ekki síst nú þegar réttur þeirra til fæðingarorlofs hefur aukist. Eins og áður kom fram er einnig mikilvægt að skoða betur þann hóp sem ekki var ánægður með heimavitjanirnar og hvaða ástæður liggja þar að baki, til dæmis með því að kanna einnig aðstæður og andlega líðan foreldra og bera saman við viðhorf til heimavitjana. Þá vöknðu hugmyndir að rannsóknum á forvörnum og heilsueflandi þjónustu eftir fæðingu í víðara samhengi. Mikilvægt er að greina innihald þjónustunnar og hagkvæmni hennar.

Ályktun

Heimavitjanir hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd eru mikilvægur þáttur í þjónustu við nýbakaða foreldra. Meirihluti þátttakenda var ánægður með heimavitjanir frá hjúkrunarfræðingum í ung- og smábarnavernd, fjölda þeirra og lengd en alltaf má gera betur. Uppfylla þarf þarfir hverrar fjölskyldu og sníða þjónustuna að henni. Styrkja þarf þjónustu við foreldra með fyrsta barn sérstaklega þar sem þeir voru marktækt óánægðari með þá aðstoð og ráðgjöf sem þeir fengu en foreldrar sem höfðu eignast barn áður. Ástæða er til að útfæra þjónustuna áfram og að afla frekari þekkingar á viðhorfum og reynslu foreldra af þessari heilsueflandi þjónustu.

Þakkar

Kærar þakkar til hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í ung- og smábarnavernd sem kynntu rannsóknina fyrir foreldrum. Þátttakendur fá bestu þakkar fyrir að gefa sér tíma til að svara spurningalistanum. Yfirmönnum heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu er þakkað fyrir að gefa leyfi fyrir rannsókninni. Prófarkalesurum þökkum við gagnlegar ábendingar. Hrönn Birgisdóttir fær þakkar fyrir aðstoð við tölfræðilega úrvinnslu, hvatningu og ráðleggingar. Báru Birgisdóttur og Kristínu Ingu Guðmundsdóttur þökkum við fyrir yfirlestur.

Heimildir

- Alexandrou, F., Sakellari, E., Kourakos, M. og Sapountzi-Krepia, D. (2018). Health visitors' perceptions on their role to assess and manage postpartum depression cases in the community. *Health & Social Care in the Community*, 26(6), 995–1000. doi:10.1111/hsc.12638
- Aston, M., Price, S., Etowa, J., Vukic, A., Young, L., Hart, C., ... Randel, P. (2015). The power of relationships: Exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. *Journal of Family Nursing*, 21(1), 11–34. doi:10.1177/1074840714561524
- Aston, M., Price, S., Monaghan, J., Sim, M., Hunter, A. og Little, V. (2018). Navigating and negotiating information and support: Experiences of first-time mothers. *Journal of Clinical Nursing*, 27(3–4), 640–649. doi:10.1111/jocn.13970
- Avellar, S. A. og Supplee, L. H. (2013). Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. *Pediatrics*, 132(2), 90–99. doi:10.1542/peds.2013-1021G
- Barimani, M. og Vikström, A. (2015). Successful early postpartum support linked to management, informational, and relational continuity. *Midwifery*, 31(8), 811–817. doi:10.1016/j.midw.2015.04.009
- Bayley, J., Wallace, L. M. og Choudhry, K. (2009). Fathers and parenting programmes: Barriers and best practice. *Community Practitioner*, 82(4), 28–31. Sótt á <https://search.proquest.com/scholarly-journals/fathers-parenting-programmes-barriers-best/docview/213340208/se-2?accountid=49582>
- Benjamins S. J., Damen M. L. W. og van Stel, H. F. (2015). Feasibility and impact of doctor-nurse task delegation in preventive child health care in the Netherlands: A controlled before-after study. *PLoS One*, 10(10): e0139187. doi:10.1371/journal.pone.0139187
- Christie, J. og Bunting, B. (2011). The effect of health visitors' postpartum home visit frequency on first-time mothers: Cluster randomised trial. *International Journal of Nursing Studies*, 48(6), 689–702. doi:10.1016/j.ijnurstu.2010.10.011
- Damashek, A., Kothari, C., Berman, A., Chahin, S., Lutzker, J. R., Guastaferrro, K. og Self-Brown, S. (2020). Engagement in home visiting services during

- the transition from pregnancy to postpartum: A prospective mixed methods pilot study. *Journal of Child and Family Studies*, 29(1), 11–28. doi:10.1007/s10826-019-01641-z
- Deave, T., Johnson, D. og Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: The needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(30). doi:10.1186/1471-2393-8-30
- Eronen, R., Pincombe, J. og Calabretto, H. (2007). Support for stressed parents of young infants. *Neonatal, Paediatric and Child Health Nursing*, 10(2), 20–27.
- Eronen, R., Pincombe, J. og Calabretto, H. (2010). The role of child health nurses in supporting parents of young infants. *Collegian*, 17(3), 131–141. doi:10.1016/j.colegn.2010.04.001
- Glavin, K., Ellefsen, B. og Erdal, B. (2010). Norwegian public health nurses' experience using a screening protocol for postpartum depression. *Public Health Nursing*, 27(3), 255–262. doi:10.1111/j.1525-1446.2010.00851.x
- Gunnlaugsson, G., Örlýgsdóttir, B. og Finnbogadóttir, H. (2003). Home visits to newborns in Iceland: Experiences and attitudes of parents and community health nurses. *European Journal of Public Health*, 13(4): 95.
- Haggerty, J. L., Roberge, D., Freeman, G. K. og Beaulieu, C. (2013). Experienced continuity of care when patients see multiple clinicians: A qualitative metasummary. *The Annals of Family Medicine*, 11(3), 262–271. doi:10.1370/afm.1499
- Hajimiri, K., Shakibazadeh, E., Haeri Mehrizi, A. A., Shab-Bidar, S. og Sadeghi, R. (2018). The role of perceived barrier in the postpartum women's health promoting lifestyle: A partial mediator between self-efficacy and health promoting lifestyle. *Journal of Education and Health Promotion*, 7, 38. doi:10.4103/jehp.jehp_70_17
- Hildur Sigurðardóttir. (2014). *Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmæðra 2014*. Endurskoðuð útgáfa. Reykjavík: Embætti landlæknis.
- Hjálmhult, E. og Lomborg, K. (2012). Managing the first period at home with a newborn: A grounded theory study of mothers' experiences. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 26(4), 654–662. doi:10.1111/j.1471-6712.2012.00974.x
- Ingadóttir, E. og Thome, M. (2006). Evaluation of a web-based course for community nurses on postpartum emotional distress. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 20(1), 86–92. doi:10.1111/j.1471-6712.2006.00385.x
- Kitson, A., Marshall, A., Bassett, K. og Zeitz, K. (2013). What are the core elements of patient-centred care? A narrative review and synthesis of the literature from health policy, medicine and nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 69(1), 4–15. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06064.x
- Kronborg, H., Harder, I. og Hall, E. O. C. (2014). First time mothers' experiences of breastfeeding their newborn. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 6(2), 82–87. doi:10.1016/j.srhc.2014.08.004
- Liyana Amin, N. A., Tam, W. W. S. og Shorey, S. (2018). Enhancing first-time parents' self-efficacy: A systematic review and meta-analysis of universal parent education interventions' efficacy. *International Journal of Nursing Studies*, 82, 149–162. doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.03.021
- Luyben, A. G., Kinn, S. R. og Fleming, V. E. M. (2011). Becoming a mother: Women's journeys from expectation to experience in three European countries. *International Journal of Childbirth*, 1(1):13–26. doi:10.1891/215652811795481122
- McLeish, J., Harvey, M., Redshaw, M. og Alderdice, F. (2020). A qualitative study of first time mothers' experiences of postnatal social support from health professionals in England. *Women and Birth*. doi:10.1016/j.wombi.2020.10.012
- McLelland, G., Hall, H., Gilmour, C. og Cant, R. (2015). Support needs of breast-feeding women: Views of Australian midwives and health nurses. *Midwifery*, 31(1), e1–e6. doi:10.1016/j.midw.2014.09.008
- Nilsson, I., Danbjørg, D. B., Aagaard, H., Strandberg-Larsen, K., Clemensen, J. og Kronborg, H. (2015). Parental experiences og early postnatal discharge: A meta-synthesis. *Midwifery*, 31(10), 926–934. doi:10.1016/j.midw.2015.07.004
- Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F., Kolovos, P. og Tziaferi, S. (2018a). Women's views of postnatal care and evaluation of an intervention of postnatal home visits in Greece. *International Journal of Nursing, Midwife and Health Related Cases*, 4(3), 20–36.
- Panagopoulou, V., Kalokairinou, A., Tzavella, F. og Tziaferi, S. (2018b). A survey of Greek women's satisfaction of postnatal care. *AIMS Public Health*, 5(2), 158–172. doi:10.3934/publichealth.2018.2.158
- Paul, I. M., Beiler, J. S., Schaefer, E. W., Hollenbeck, C. S., Alleman, N., Sturgis, S. A., ... Weisman, C. S. (2012). A randomized trial of single home nursing visits vs office-based care after nursery/maternity discharge: The nurses for infants through teaching and assessment after the nursery (NITTANY) study. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 166(3), 263–270. doi:10.1001/archpediatrics.2011.198
- Ranch, M. M., Jämtén, S., Thorstensson, S. og Ekström-Bergström, A. C. (2019). First-time mothers have a desire to be offered professional breastfeeding support by pediatric nurses: An evaluation of the mother-perceived-professional support scale. *Nursing Research and Practice*. doi.org/10.1155/2019/8731705
- Rautio, S. (2013). Parents' experiences of early support. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 927–934. doi:10.1111/scs.12006
- Razurel, C., Brunhon-Schweitzer, M., Dupanloup, A., Irion, O. og Epiney M. (2011). Stressful events, social support and coping strategies of primiparous women during the postpartum period a qualitative study. *Midwifery*, 27, 237–242. doi:10.1016/j.midw.2009.06.005
- Rossiter, C., Fowler, C., Hesson, A., Kruske, S., Homer, C. S. E. og Schmied, V. (2019). Australian parents' use of universal child and family health services: A consumer survey. *Health & Social Care in the Community*, 27(2), 472–482. doi:10.1111/hsc.12667
- Sesselja Guðmundsdóttir og Lilja B. Kristinsdóttir. (2020). *Ung- og smábarnavernd á höfuðborgarsvæðinu 2019. Ársskýrsla*. Reykjavík: Próunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu: Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins.
- Tiitinen Mekhail, K., Lindberg, L., Burström, B. og Marttila, A. (2019). Strengthening resilience through an extended postnatal home visiting program in a multicultural suburb in Sweden: Fathers striving for stability. *BMC Public Health*, 19(1), 102. doi:10.1186/s12889-019-6440-y
- Tully, K. P., Stuebe, A. M. og Verbiest, S. B. (2017). The fourth trimester: A critical transition period with unmet maternal health needs. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 217(1), 37–41. doi:10.1016/j.ajog.2017.03.032
- Tveter, H. og Karlsson, M. (2017). Parents' experiences and perspectives of a postnatal home visit by a district nurse in Sweden. *Journal of Health Visiting*, 5(2), 82–88. doi:10.12968/johv.2017.5.2.82
- Wilkins, C. (2006). A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. *Midwifery*, 22(2):169–80
- World Health Organisation. (2013). *Recommendations on postnatal care of the mother and newborn*. Sótt á http://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/postnatal-care-recommendations/en/
- Wright, L. M. og Leahey, M. (2011). *Hjúkrun og fjölskyldur, leiðbeiningar um mat á fjölskyldum og meðferð*. Anna María Hilmarsdóttir og Þórunn Lárusdóttir þýddu. Reykjavík: Háskólaútgáfan.
- Xiao, X., Ngai, F., Zhu, S. og Loke, A. Y. (2019). The experiences of early postpartum Shenzhen mothers and their need for home visit services: A qualitative exploratory study. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 20. doi:10.1186/s12884-019-2686-8
- Yonemoto, N., Dowswell, T., Nagai, S. og Mori, R. (2017). Schedules for home visits in the early postpartum period. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*, 8. doi:10.1002/14651858.CD009326.pub3
- Próunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu. (2020a). *Ung- og smábarnavernd*. Sótt á <http://xn--h-iga4c.is/svid-thih/ung-og-smabarnavernd/>
- Próunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu. (2020b). *Heimavitjanir*. Sótt á <http://www.throunarmidstod.is/svid-thih/ung-og-smabarnavernd/heimavitjanir/#Tab4>

English Summary

Hafsteinsdóttir, J. E., Guðmundsdóttir, S., Erlendsdóttir, R. Ó., Jónsdóttir, S. S.

Parents' view on home visits from nurses in well-childcare:
Descriptive cross-sectional study

Aim: Postnatal home visits from nurses in well-childcare aim to provide parental support and education, at a sensitive time. The purpose of this study was to examine parents' experience with home visits by nurses from public healthcare centers. Also, to assess if there was a difference in the views of first-time parents and those who have had a child before.

Method: Descriptive cross-sectional study. The sample consists of parents who brought children in for six and nine weeks appointments at the healthcare centers in the capital area in Iceland, early in 2020. Parents who agreed to participate were sent an electronic questionnaire with 27 open and closed questions, 19 questions about home visits and 8 about their background.

Results: During the study period 390 children came for six or nine weeks appointments at the healthcare centers. Parents of 136 children participated (35%). Most of them (93%) were female and just under half were having their first child (49%). Most participants (92%) were satisfied with home visits and appreciated the coun-

seling and education provided by the nurses. Most found the home visits to be appropriately frequent (84%) and reasonably long (96%). Small part of participants (8,1%) was dissatisfied with home visit from a nurse. First-time parents were significantly more dissatisfied with counseling and education than those who had a child before. No significant difference was between the attitudes of first-time parents and those who had a child before, regarding the frequency or duration of visits.

Conclusion: The results of this study strongly indicate that home visits from nurses in well-childcare are important to parents. Most participants were pleased with the home visits by nurses. First time parents need better support because they were significantly more dissatisfied with counseling and education than those who had a child before.

Keywords: nurses, home visits, well-childcare, parents, primary care

Correspondent: jorunn.edda.hafsteinsdottir@heilsugaeslan.is

Reynsluheimur kvenna í íslensku fangelsi og reynsla þeirra af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis

Útdráttur

Tilgangur: Konur sem hafa afplánað refsidóma hafa flestar, ef ekki nær allar, einhverja áfallasögu að baki. Þær glíma við flókinn vanda sem einkennist af vímuefnanotkun og afleiðingum hennar. Lítið er vitað um reynsluheim þeirra í íslenskum fangelsum og af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Tilgangur rannsóknarinnar er að auka þekkingu og dýpka skilning á þeirri reynslu þeirra.

Aðferð: Í þessari fyrirbærafræðilegu rannsókn tóku þátt níu konur á aldrinum 20–45 ára. Þær áttu allar við vímuefnavanda að stríða og höfðu allar leitað sér meðferðar við honum. Tekin voru tvö viðtöl við allar nema tvær, samtals 16 viðtöl.

Niðurstöður: Konurnar höfðu allar leitað sér aðstoðar vegna vímuefnavanda fyrir afpláun. Þær höfðu leitað í flest meðferðarúrræði sem í boði voru hér á landi, og höfðu einnig leitað sér vímuefnameðferðar erlendis. Flestar konurnar notuðu vímuefni um æð og glímdu við heilsufarsvanda því tengdan. Konurnar höfðu flestar orðið fyrir einhvers konar áföllum í æsku eða á fullorðinsárum. Var vímuefnaneyslan einhvers konar bjargráð til að flýja eða lifa af erfiðar aðstæður. Vímuefnaneyslunni fylgdi síðan mikil vanlíðan, depurð og kvíði. Meirihluti þeirra voru mæður og höfðu misst börn sín frá sér vegna vímuefnanotkunarinnar. Konurnar óskuðu þess flestallar að unnið væri úr áföllum þeirra meðan vímuefnameðferðin færi fram þar sem þær töldu vímuefnaneyslu sína vera nátengda þeim áföllum sem þær höfðu orðið fyrir. Þeim fannst mikilvægt að virkara meðferðarstarf væri í fangelsum og kvörtuðu undan iðjuleysi sem þeim fannst ekki einungis erfitt heldur einnig auka vanlíðan þeirra og fíkn í vímuefni. **Ályktanir:** Rannsókn þessi sýnir að mikilvægt er að nýta viturlegar en nú er gert þann tíma sem konur afplána refsidóm, t.d. með því að veita meðferð við vímuefnavanda og við þeim áföllum sem þær hafa orðið fyrir sem börn, unglingar og fullorðnar konur.

Lykilorð: konur, fangelsi, áföll, vímuefnavandi, kvenfangi, fyrirbærafræði, viðtöl

Inngangur

Á síðastliðnum árum hefur vímuefnaneysla verið vaxandi vandi í heiminum. Gera má ráð fyrir að fimm prósent allra fullorðinna einstaklinga í heiminum hafi notað ólögleg vímuefni að minnsta kosti einu sinni á ævinni eða alls um 250 milljónir manna. Af þessum fjölda má gera ráð fyrir að um 29,5 milljónir manna lendi í vímuefnavanda (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2017; Koob og Volkow, 2010; Rhemtulla o.fl., 2016). Á Íslandi hafa 10,4% núlifandi karla og 4,6% kvenna leitað sér aðstoðar vegna áfengis og annarra vímuegjafa hjá SÁÁ. Hlutfall kvenna hefur verið um 30% frá árinu 2009 (SÁÁ, 2016). Alls lögðust 528 konur á sjúkrahúsið Vog árið 2018 á móti 1144 karlmönnum (SÁÁ, 2019).

Afleiðingar vímuefnanotkunar

Neikvæðar afleiðingar vímuefnaneyslu eru óumdeildar. Þunglyndi, kvíði og ýmiss konar alvarleg geðröskun er algengari meðal þeirra sem eiga við vímuefnavanda að stríða (Schuckit, 2006; Walker og Druss, 2016) og ótímabær dauðsföll, slys og skerðing lífsgæða eru þekktar afleiðingar vímuefnaneyslu (Chander o.fl., 2006). Líkamlegur heilsufarsvandi tengist einnig vímuefnanotkun, sér í lagi meðal þeirra sem neyta vímuefna um æð en árið 2015 var gert ráð fyrir því að tæpar 12 milljónir einstaklinga í heiminum noti vímuefni um æð. Einn áttundi

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Rannsóknin sýnir hve konur í íslensku fangelsi geta glímt við flókinn heilbrigðisvanda og hve réttlausear og berskjaldaðar þær geta verið.

Hagnýting: Rannsóknin veitir aukna þekkingu og dýpri skilning á reynsluheimi þessara kvenna sem mæta oft fordómum innan heilbrigðiskerfisins og sýnir mikilvægi þess að tekið sé tillit til þess flókna heilbrigðisvanda sem þær glíma við.

Þekking: Þátttakendur áttu margföld áföll að baki og þurftu á flókinni áfallamiðaðri hjúkrun og meðferð að halda en fengu enga.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Með aukinni þekkingu og dýpri skilningi á áfallasögu og heilbrigðisvanda kvenna með alvarlegan vímuefnavanda hafa hjúkrunarfræðingar, sem sinna þjónustu við þær, betri forsendur til að veita þeim viðeigandi hjúkrun og umönnun hvar sem þeir starfa í heilbrigðiskerfinu.

þeirra er með HIV og meira en helmingur er með lifrabólgu C (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2017). Húðsýkingar eru tíðar meðal þeirra (Dahlman o.fl., 2015) og það sama má segja um aðrar bakteríusýkingar, eins og sýkingar í hjartalokum (Rosenthal o.fl., 2016). Samfara aukinni notkun vímuefna fjölga þeim sem hljóta refsíðoma. Rannsóknarniðurstöður frá Bandaríkjunum, Kanada og Evrópu sýna að 60% handtekinna einstaklinga reyndust við skimun jákvæðir út af að minnstu kosti einni gerð vímuefna við handtöku (Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna, 2018). Staðan er svipuð í Svíþjóð en þar er talið að um 70% þeirra sem afplána refsíðoma eigi við áfengis- og annan vímuefnavanda að stríða (Mannerfelt og Hákansson, 2018).

Konur og fangelsi

Hlutfall kvenfanga fer hækkandi í heiminum. Talið er að um 600 þúsund konur hafi verið í fangelsi árið 2012 (Strathdee o.fl., 2015). Í Bandaríkjunum eru kvenfangar um sjö prósent þeirra sem afplána refsíðom og hefur hlutfallið aukist um 700% á milli áranna 1984 og 2014 (Mannerfelt og Hákansson, 2018).

Kvenfangar sem hafa orðið fyrir áfalli í æsku eru í aukinni hættu á streitu, vanlíðan og lélegra heilsufarsástandi. Þessum föngum er jafnframt hættara við að verða fyrir geðröskun, vímuefnavanda, átröskun og lenda í kynlífsvinnu (De Hart o.fl., 2014; McCauley o.fl., 2019; Moloney o.fl., 2009). Í yfirlitsgrein Karlsson og Zielenski (2018), þar sem teknar voru saman 42 rannsóknargreinar um kynferðislegt ofbeldi og geðröskun meðal kvenfanga, kemur fram að engin rannsókn hafi verið gerð á því hversu vel staðlaðir matskvarðar ná utan um alvarleika þess, og hversu langvarandi kynferðislegt ofbeldi er gagnvart konum sem hafa afplánað refsíðom. Í ljósi þess hversu algengt er að kvenfangar séu þolendur kynferðislegs ofbeldis hafa sumir rannsakendur gengið svo langt að álykta að kynferðislegt ofbeldi geti varðað leið kvenna í fangelsi (Karlsson og Zielenski, 2018).

Í ljósi ólíks reynsluheims karla og kvenna eru þarfir þeirra ólíkar þegar kemur að vímuefnaðferð, bæði innan og utan fangelsis. Það er því mikilvægt að litið sé heildrænt á þarfir kvenfanga og að konur í afplánun fái meðferð við vímuefnavanda sínum og tækifæri til að vinna úr fyrri áföllum (Fazel o.fl., 2016; Mejía o.fl., 2015; Mollard og Hudson, 2016).

Rannsakendur fundu engar íslenskar rannsóknir um reynslu kvenfanga af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Kvenföngum hefur ekki verið gefinn mikill gaumur og samræmist það rannsóknum erlendis frá. Fáar rannsóknargreinar eru til um sértæka meðferð fyrir konur í fangelsum og beinast rannsóknir, sem til eru, iðulega að karlföngum eða blönduðum hópum (Zlotnick o.fl., 2003).

Tilgangur rannsóknarinnar var að varpa ljósi á reynsluheim kvenna í íslensku fangelsi og reynslu þeirra af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Er þá vonin að hægt verði að bjóða upp á frekari úrræði og jafnvel hvetja til viðameiri

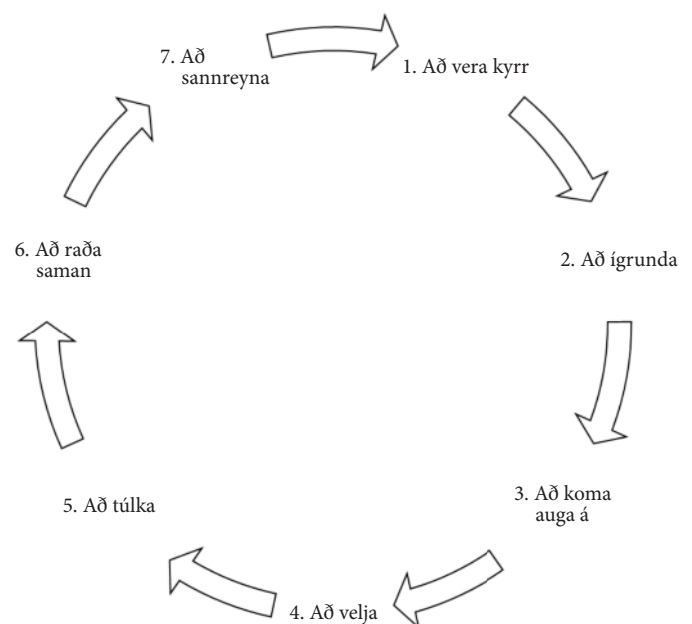
rannsókna á þessu sviði. Rannsóknarspurningin var: Hver er reynsluheimur kvenfanga í íslensku fangelsi og hver er reynsla þeirra af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis?

Aðferð

Eigindleg rannsóknaraðferð, Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði, var notuð til að svara rannsóknarspurningunni. Markmið hans er að auka skilning á mannlegum fyrirbærum í þeim tilgangi að bæta mannlega þjónustu (Sigríður Halldórsdóttir, 2016). Fyrirbærafræði hentar vel þegar rannsaka á jaðarhópa, en einstaklingar sem nota vímuefni og stunda refsiverða háttsemi geta talist jaðarsettir (Lintonen o.fl., 2012; Rognli o.fl., 2015). Litið var á þátttakendur sem meðrannsakendur og þess gætt í hvívetna að sýna þeim nærgætni og virðingu samkvæmt hugmyndafræði Vancouver-skólans.

Gagnasöfnun og greining gagna

Tólf þrepa rannsóknarferli Vancouver-skólans er eitt af megin-einkennum hans (sjá töflu 1 á næstu síðu). Á meðan unnið er að rannsókninni er farið í gegnum sjö vitræna ferla Vancouver-skólans í öllum 12 þrepunum: Að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman, og að sannreyna (sjá mynd 1).



Mynd 1. Vitrænn vinnuferill Vancouver-skólans í fyrirbærafræði

Þátttakendur

Þátttakendur voru valdir með tilgangsrúttaki og snjóboltaúr-taki. Skilyrði fyrir tilgangsrúttaki er að þátttakendur hafi reynslu af því sem á að rannsaka. Með snjóboltaúr-taki benda þátttakendur á aðra hugsanlega þátttakendur, með sömu reynslu.

Tafla 1. Rannsóknarferli Vancouver-skólans

Rannsóknarþáttur	Hvað gert var í þessari rannsókn
Prep 1. Velja samræðufélaga (úrtakið)	Níu konur, sem afplánuðu refsidóm, voru valdar með tilgangsrúrtaki, tvær sem höfðu lokið afplánun fengust með snjóboltaúrtaki
Prep 2. Vera kyrr	Til að koma í veg fyrir að fyrirframmótaðar hugmyndir hefðu áhrif á niðurstöðurnar var staldrað við og reynt að leggja þær til hliðar
Prep 3. Taka þátt í samræðum. Gagnasöfnun	Tvö viðtöl við sjö kvennanna, eitt viðtal við tvær þeirra; viðtalsrammi hálfstaðlaður og fór gagnasöfnun fram í gegnum samræður
Prep 4. Hefja gagnagreiningu, skerpt vitund varðandi orð	Gagnagreining var unnin samhliða gagnasöfnun
Prep 5. Hefja gagnagreiningu á þrepum	Til að svara spurningunni „hver er reynsla konunnar?“ var textinn lesinn nokkrum sinnum yfir
Prep 6. Átta sig á heildarmynd af reynslu hvers einstaklings	Rauði þráður frásagnarinnar var fundinn með að raða mikilvægustu atriðunum úr frásögninni upp
Prep 7. Staðfesta heildarmynd af reynslu hvers einstaklings með honum sjálfum	Hverjum kvenfanga voru kynntar niðurstöður gagnagreiningarinnar
Prep 8. Átta sig á heildarmyndinni — meginniðurstöður	Niðurstöður allra samræðna túlkaðar í eina heildarmynd sem alfarið var byggð á rannsóknargögnum
Prep 9. Bera niðurstöðurnar saman við rannsóknargögn eða rituðu samræðurnar til að sjá hvort samræmi sé á milli þeirra	Viðtölin lesin aftur yfir til að ganga úr skugga um samræmi
Prep 10. Velja rannsókninni heiti sem lýsir niðurstöðum hennar	„Mér finnst bara eins og allar konur hafi áfallasögu í gegnum neyslu“
Prep 11. Sannreyna niðurstöður með rannsakendum	Niðurstöður sannreynar með nokkrum þátttakendum
Prep 12. Skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar	Vitnað var orðrétt í konurnar svo reynsluheimur þeirra fengi að heyrast sem best

Rætt var við níu konur sem voru í afplánun eða höfðu fyrir á lífsleiðinni afplánað refsidóm. Leitað var til Fangelsismálastofnunar sem gaf samþykki sitt fyrir rannsókninni. Skilyrði fyrir þátttöku var að þátttakendur ættu eða hefðu átt við vímuefnavanda að stríða og hefðu afplánað refsidóm í fangelsi á Íslandi. Níu konur, á aldrinum 20–45 ára, samþykktu þátttöku. Þær uppfylltu fyrrnefnd skilyrði og voru tilbúnar til að deila reynslu sinni. Konurnar voru ýmist í afplánun eða höfðu lokið henni.

Fyrsti höfundur tók öll 16 viðtölin. Tekin voru tvö viðtöl við allar konurnar nema tvær þeirra vegna þess að þær luku afplánun og ekki náðist í þær fyrir seinna viðtal. Hvert viðtal var að jafnaði ein til tvær klukkustundir og ekki var munur á tímalengd fyrri og seinni viðtala. Stuðst var við viðtalsáætlun en samræðum leyft að flæða frjálst. Var því um hálfstöðluð viðtöl að ræða. Síðari viðtölin voru tekin frá einni viku til tveimur mánuðum síðar, eftir því sem hentaði þátttakendum. Seinna viðtalið var notað til að dýpka frásögn kvennanna og fá staðfestingu á að rannsakandi hefði túlkað rannsóknargögnin rétt (Helga Jónsdóttir, 2013). Viðtölin fóru flest fram inni í fangelsinu. Viðtöl við þær sem áður höfðu afplánað dóm fóru fram á stað að þeirra vali. Áður en konurnar tóku þátt í rannsókninni völdu þær sér rannsóknarnafn sem notað var við úrvinnslu gagna. Viðtölin voru tekin upp og voru svo skráð orðrétt. Eftir að þau höfðu verið skráð var upptökum eytt. Rannsakandi hafði einn aðgang að ópersónugreinanlegum gögnum. Viðtölin voru greind eftir 12 þrepum Vancouver-

Tafla 2. Rannsóknarnöfn þátttakanda og yfirlit yfir neikvæða áhrifaþætti í uppvexti

Rannsóknar nafn konu	Neikvæðir áhrifaþættir í bernsku	Aldur við upphaf notkunar vímuefna	Annar vandi en vímuefnavandi
Sigrún	Kynferðisleg misnotkun	12 ára	Átröskun, áfallastreituröskun, ADHD
Anna	Hegðunarvandi	14 ára	ADHD, geðhvarfasýki, geðrofseinkenni
Karítas	Einelti, missir nákomins, áfall	12 ára	Persónuleikavandi, kvíði
Selma	Kynferðisleg misnotkun, vanræksla, vímuefnanotkun foreldra, einelti	11 ára	Kvíðaröskun, áfallastreituröskun
Fríða	Hegðunarvandi, vímuefnanotkun foreldra	12 ára	Enginn
Bára	Kynferðisleg misnotkun	35 ára	ADHD, reynt sjálfsvíg
Helga	Greindi ekki frá neikvæðum áhrifaþáttum í æsku	29 ára	Kvíðaröskun, ofsakvíði
Dóra	Kynferðisleg misnotkun	12 ára	ADHD, þunglyndi, kvíði
Berglind	Einelti, hegðunarvandi	12 ára	ADHD, einhverfa, persónuleikavandi

skólans lið fyrir lið en aðferðin byggist á textagreiningu á einstökum tilvikum (e. *case studies*) (þrep 1–7) og síðan samanturði á tilvikum (þrep 8–12). Niðurstöðurnar eru dregnar út úr textanum (e. *deconstruction*) og síðan settar saman í eina heild (e. *reconstruction*) fyrir heildarniðurstöður. Gagnamettun náðist þegar nægilegum gögnum hafði verið safnað saman til að svara rannsóknarspurningunni.

Síðfræði

Meginatriði rannsóknarsíðfræðinnar voru höfð að leiðarljósi við skipulagningu og framkvæmd rannsóknarinnar. Áhersla var lögð á að valda þátttakendum ekki skaða en ljóst er að um berskjaldaðan hóp er að ræða (Sigurður Kristinsson, 2013). Ef konurnar nefndu staðhætti eða nöfn annarra einstaklinga var slíkt ekki skráð. Rannsakandi sýndi einnig konunum rituðu viðtölin ef þær óskuðu þess. Konunum bauðst að tala við geðhjúkrunarfræðing ef þátttakan í rannsókninni og upprifunin hafði neikvæðar afleiðingar. Engin þeirra nýtti sér það en fyrsti höfundur ræddi við eina konuna nokkru eftir að rannsókninni lauk í kjölfar þess að rannsóknin var kynnt á ráðstefnu. Engin dró þátttöku sína til baka.

Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna

Í aðferðafræði Vancouver-skólans er stuðst við aðferðir sem er ætlað að auka réttmæti og áreiðanleika rannsókna. Á það sérstaklega við þrep 7, 9 og 11. Greiningarlíkön voru borin undir þátttakendur til að auka réttmæti. Samþætting rannsókna (e. *researcher triangulation*) er aðferð sem beitt er til að auka réttmæti rannsókna og var notuð í þessari rannsókn. Var það helst gert í þrepi 8, 10 og 12.

Niðurstöður

Konurnar höfðu flest allar glímt við vímuefnavanda frá unglingsaldri og reynt þau meðferðarúrræði sem í boði voru hér á landi, sumar oftast en einu sinni, og sumar höfðu einnig leitað

sér aðstoðar erlendis. Hluti þeirra hafði farið í vímuefnamedferð fyrir 18 ára aldur og dvalið á unglingaheimilum. Reynsla þeirra af meðferðarúrræðunum var misjöfn. Þær sem höfðu orðið fyrir áföllum í æsku fannst aðaláherslan lögð á vímuefnavandann í stað þess að litið væri heilðrænt á vanda þeirra. Það var mat kvennanna að skortur væri á markvissu meðferðarstarfi innan fangelsins og að lítið væri í boði til að takast á við vímuefnavanda þeirra. Það var ósk kvennanna að meira framboð væri á faglegri aðstoð. Konurnar voru jákvæðar í garð fangavarða og óskuðu jafnframt eftir meiri og persónulegri samskiptum við þá. Upplýsingagjöf fannst þeim hins vegar ábótavant varðandi stöðu þeirra mála í dómskerfinu og ýmis réttindi þeirra innan fangelsins.

Upphaf og aðdragandi vímuefnanotkunar

Hjá öllum konunum hafði vímuefnaneyslan átt sér einhvers konar aðdraganda. Frásagnir um einelti í æsku, vanrækslu og vímuefnaneyslu á æskuheimili voru einkennandi. Fjórar af níu konum greindu frá kynferðisofbeldi í æsku. Misjafnt var hvernær þær greindu frá ofbeldinu og hvernig þær unnu úr því. Skólagangan hafði gengið erfiðlega hjá flestum þeirra, hegðunarvandi og vímuefnaneysla hafði fljótt sett mark sitt á hana. Einelti olli því að skólagangan varð óbærileg, stríðni og barsmíðar voru daglegt brauð og áföllin skullu oft á aftur og aftur.

Kynferðislegt ofbeldi

Sigrún varð fyrir kynferðisofbeldi sem barn og áleit það upphafspunkt vímuefnaneyslunnar:

Ég var bara alltaf erfitt barn og lenti í misnotkun af bróður hennar mömmu, og það stóð yfir í nokkur ár. Mér finnst það hafa mótað mig. Ég fíka við að reykja sígarettur 8 ára, drekka 12 ára. Fór þá á unglingaheimili og var þá farin að reykja hass, var þar í þrjá mánuði og þar kynntist ég fullt af fólki og þar prófa ég að færa mig yfir eins og í amfetamín. Og svo kem ég út og þá er ég bara farin að gera allt til að redda mér næsta skammti, eins oft og ég gat á þessum tíma.

Tafla 3. Yfirlit yfir niðurstöður rannsóknarinnar

Upphaf og aðdragandi vímuefnanotkunar	Vímuefnanotkun sem óhjálplegt bjargráð — „fixa sig“	Misgóð meðferðarúrræði	Iðjuleysi í fangelsi	Lífið eftir afplánun
Áföll	Ofbeldissambönd	„Kærasti í næstum hverri meðferð“	Versnandi líðan, andlega og líkamlega	Blendnar tilfinningar
Ofbeldi	Heimilisleysi	„Vont að láta renna af sér, andlega og líkamlega“	Ósk um meðferð og meðferðarúrræði	Úrræðaleyssi
Kynferðisleg misnotkun	Vímuefnanotkun fjármögnuð	Skortur á einstaklingsmiðaðri nálgun	Fíkn	Óvissa
Hegðunarvandi í æsku	Hnignandi heilsufar	Einblínt á vímuefnavandann	Sorg	Von
Óregla og vímuefnavandi á æskuheimili	Rofin tengsl			

Mörk Sigrúnar voru orðin afar óljós og greindi hún frá því að hafa aftur orðið fyrir kynferðisofbeldi nokkrum áður síðar þar sem hún og fleiri ungar stúlkur voru fórnarlömb sama mannsins.

Dóra varð fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku, gerandinn var náteyndur henni og hún sagði:

En þú veist, já ... ég held samt að það [kynferðisofbeldið] hafi verið það sem startaði öllu saman og [að] ég byrjaði í neyslu ... Öll þessi áföll eyðilögðu þetta allt [...] Maður vildi ekkert dila við þetta, maður er bara í fokk-it gírnum.

Selma varð einnig fyrir kynferðisofbeldi á heimilinu: „Ég hef ekki samskipti við pabba minn því hann ... beitti mig kynferðisofbeldi.“ Móðir hennar var í vímuefnaneyslu og lýsti Selma mikilli vanrækslu á æskuheimili sínu.

Einelti

Erfiðleikarnir voru ekki bara heima fyrir hjá Selmu, hún varð fyrir miklu einelti í skóla sem hún tengdi við vímuefnaneysluna:

Ég byrjaði strax í grasi. Ég prófaði að drekka og var ekkert að fíla það, svo fór ég að reykja gras. Þetta gerðist rosalega hratt. Svo bara fyrir fjórum árum þá fór ég að sprauta mig. Þetta fer rosalega hratt en áföllin voru svo mikil að ég þurfti bara eitthvað. Ég var lögð í einelti, mikið einelti. Ég var lamin af krökkum úr skólanum. Þetta var rosamikið, skilurðu, fyrir ellefu ára einstakling að bera og foreldrar mínir virkir [í vímuefnaneyslu], þetta er svo mikið. Ég þurfti bara að komast í burtu, eitthvað til að gleyma og þegar ég var að fá mér, þá leið mér bara best.

Karítas varð einnig fyrir einelti og taldi það hafa mótað persónuleika sinn: „Ég hef alltaf verið svona frekar hlédræg. Ég held að það hafi komið út frá einelti í grunnskóla.“

Vímuefnaneysla sem óhjálplegt bjargráð — að „fixa sig“

Konurnar lýstu vímuefnaneyslunni sem eins konar flóttaleið til að takast á við vanlíðan vegna áfallanna og takast á við hegðunarörðugleikana sem fylgdu þeim. Þær byrjuðu snemma að neyta vímuefna, 12–13 ára, sumar fyrr. Áföllin og vanlíðanin í æsku hafði mótað konurnar. Sigrún greindi frá því hvernig hún notaði vímuefni til að deyfa sársauka: „Ég hef bara viljað slökkva, ég er ekki að dópa til að fara í partí.“ Anna ólst upp við góðar heimilisaðstæður og sagði æsku sína hafa verið góða, hún glímdi hins vegar við mikinn reiði- og hegðunarvanda sem barn. Hún hélt að vímuefnaneysla gæti einhvern veginn hjálpað henni að ná stjórn á sér:

Ég er að glíma við reiðivanda til margra ára áður en ég fer í neyslu. Mikinn óróa og ... var ekki að finna mig sem funkerandi manneskju í skóla, heimilisaðstæðum eða neitt. Og, hérna, ég held að eftir fyrsta glasið og þegar ég fór yfir í fíkniefni, að ég hélt að ég myndi róast en það sem gerðist er að það bara ýktist allt til óbóta ... Já, já, þetta var svona bjargráð og flótti. Maður heldur alla vega að maður sé að flýja, en maður er ekkert að flýja. En, já, mér fannst alltaf eitthvað vanta, var að flýja þessi köst og

reiði. Og ég hélt að ef ég myndi byrja í neyslu, þá myndi ég bara róast, [en] nei, nei, þetta gerði bara illt verra, maður var bara kominn með hnífa á loft þegar maður var í neyslu.

Endurtekið ofbeldi og ofbeldissambönd

Með vímuefnaneyslunni urðu konurnar fyrir ofbeldi margsinnis. Þær áttu í nánnum samböndum við menn sem beittu þær ofbeldi. Oft áttu þær erfitt með að koma sér úr þeim aðstæðum. „Kærastinn“ bæði útvegaði þeim vímuefni og beitti þær ofbeldi. Berglind lýsti samskiptum sínum við barnsföður sinn þannig:

... fór svo í meðferð, entist þar í fimm vikur, fór í bæjarleyfi til að fara til tannlæknis, við [barnsfaðirinn] lentum í slagsmálum og hann handleggsbraut mig, sersveitin kom heim og handtók hann og þá bara flosnaði ég bara upp úr meðferðinni, það leið vika, þá kom hann bara og sótti mig með hrúgu af kókaíni. Síðan reyndi ég aftur að fara í meðferð, þá sótti hann mig eftir viku.

Dóra varð einnig fyrir ofbeldi af hendi barnsföður síns og átti svipaða reynslu að baki: „Ég var í miklu ofbeldissambandi með barnsföður mínum. Það var mikið líkamlegt og andlegt ofbeldi.“ Hún lýsti einnig flóknum samskiptum þeirra á milli: „Þetta var mjög erfitt tímabil þannig að ég fór bara að leita í vímuefni aftur og áfengi ... ég var að reyna að losna við barnsföður minn [...] ég fór alltaf aftur til hans.“

Selma greindi einnig frá ofbeldi sem hún varð fyrir af hendi fyrrverandi sambýlismanns og barnsföður: „Ég var að koma úr miklu ofbeldissambandi með barnsföður mínum og það er búið að skemma mig og rústa lífi mínu. Ég er í sambandi í dag og það hefur rosa áhrif.“

Ofbeldið var ekki einungis í nánnum samböndum því til að fjármagna vímuefnaneysluna og húsaskjól leiddust þær út í smáglæpi. Dóra hafði reynslu af því að vera heimilislaus: „Ég hef verið í sambandi í eitt og hálf ár en fyrir það þá var ég að stunda vandi, ég var líka með körlum, sofa hjá til þess að fá húsaskjól og dóp. Maður leitast bara eftir því, þá er maður bara góður.“

Sigrún hafði verið heimilislaus, þurft að þrúka á götunni og komast ekki í næturathvarf:

... sérstaklega á nóttunni, að komast, til dæmis ef það var seint, að komast ekki á Konukot, bara ef það var kalt og komast hvergi inn. Þetta er bara harka, maður er að gera hluti sem maður vill ekki gera, til að ná sér í efni. Þetta snýst bara um það.

Flókinn heilsufarsvandi

Konurnar glímdu allar við flókinn heilsufarsvanda, líkamlegan og geðrænan, tengdan vímuefnamisnotkun og fyrri áföllum. Þær sem höfðu notað vímuefni um æð glímdu við afleiðingar þess, lifrabólgu C og HIV. Þær greindu frá kvíða og urðu varar við ýmis geðrofseinkenni án þess að vera greindar með geðrofssjúkdóm. Þær glímdu einnig við aðsóknarhugmyndir um að einhver vildi þeim illt og líðanin magnaðist upp undir áhrifum vímuefna en voru enn til staðar þegar þær voru ekki undir áhrifum.

Misgód meðferðarúrræði

Konurnar áttu að baki fjölmörg skipti í meðferð, hérlandis sem og erlendis. Sumar þeirra höfðu einnig dvalið í barnaverndarúrræðum sem börn og unglingar og átt innlagnir á barna- og unglingageðdeild Landspítalans. Þrátt fyrir fjölda innlagna á meðferðarstofnanir fóru þær að nota vímuefni aftur fljótlega að meðferð lokinni. Sumar kvennanna sögðust hafa viljað fá að vinna úr erfiðri lífsreynslu í vímuefna meðferðinni sjálfri. Dóra hafði gert tilraun til að vinna úr sinni reynslu:

Nei, ég hef aldrei unnið úr þessu. Ég fór einu sinni í Stígamót þegar ég var edrú eftir að ég hafði verið í meðferð og þú veist, um leið og hún fór að fara dýpra og dýpra í þetta þá bara datt ég iðá. Maður vill ekki finna tilfinningar, bara loka á þetta.

Nær engin meðferðarúrræði, sem konurnar höfðu leitað í, voru kynjaskipt. Sumum fannst það truflandi og hafa slæm áhrif á árangur þeirra í meðferðinni. Sumar þeirra höfðu stofnað til ástarsambanda og verið vísað úr meðferð eða útskrifað sig sjálfar þess vegna þótt meðferðinni hafi ekki verið lokið. Sigrún minntist þess þegar hún byrjaði að fara í vímuefna meðferð sem unglingur: „Það voru einhverjir strákar, og maður var svo veikur að maður sagði bara já við öllu.“ Í eitt skiptið hafði hún útskrifað sig vegna manns sem áreitti hana í meðferðinni. Karítas hafði svipaða sögu að segja:

Maður eignast liggur við kærasta í hverri einustu meðferð. Maður er ekkert að hugsa um sjálfan sig. Ég held ég geti talið það á fingrum annarrar handar hvað ég hef farið í gegnum margar meðferðir án þess að eignast kærasta. Ég á 20 innlagnir á Vog, margar innlagnir á 33, tvær á Krýsuvík, þannig að ég hef náð mér í kærasta í öllum þessum meðferðum.

Selma sagði frá fordómum og skilningsleysi starfsfólks á stöðu sinni og annarra kvenna þegar hún ræddi reynslu sína af því að fjármagna vímuefnanotkun sína:

En þetta er bara eitthvað [kynlífsvinna] sem flestir kvenmenn gera, það er svoldið þannig. Og af hverju er ekki talað meira um þetta? Það er bara ekkert finnst mér. Það er alveg erfitt að koma inn í meðferð og fá eins og blauta tusku í andlitið þegar maður fer að tala um þetta. Svona fordómar. Margir ráðgjafar með gríðarlega mikla fordóma fyrir þessu og af hverju eru þeir þá að vinna við þetta.

Iðjúsvipting í fangelsi

Konunum fannst fangelsisvistin ekki betrunarvist og töldu að hún hefði haft skaðleg áhrif á andlega og líkamlega líðan þeirra og heilsu. Töldu þær litla betrun fólga í því að sitja inn á gangi og horfa á sjónvarpið. Vinna var af skorum skammti og lítill kostur á annarri afþreyingu eða menntun. Helga komst svo að orði um iðjuleysið í fangelsinu: „Að vera í fangelsi, maður er eins og dýr í búri. Þú ert dýr í búri!“ Upplifun Karítasar var áþekkt:

Maður er bara hérna í geymslu, þetta er engin betrunarvist. Þetta er meira, bara verið að skemma mann heldur en að laga mann. Það er enginn eitthvað, sem er hérna í langan tíma, sem er hérna í meira en þrjá mánuði sem er að fara að koma heill út úr þessu.

Allar konurnar lýstu kvíðaeinkennum þegar líða tók á fangelsisvistina. Anna sagði:

Það er erfitt að vera hérna, það er svo mikil streita og stress og maður er að missa hárið. Þetta er ein erfiðasta lífsreynsla sem ég hef gengið í gegnum.

Anna hafði hins vegar ætlað að nýta sér það sem væri í boði og hafði gert það fyrst um sinn en: „Maður bara missir metnað á að gera hlutina. Fyrst fór ég í ræktina, mætti í jóga, gerði allt sko, allt sem var í boði hérna inni. Svo byrjaði þetta að dvína.“

Konunum fannst kvíðinn, sem fylgdi fangelsisvistinni, eirðar- og iðjuleysið ekkert gera annað en að auka á fíkn. Karítas lýsti aðstæðunum og iðjuleysinu á eftirfarandi hátt: „Manni leiðist svo rosalega að hugurinn fer sjálfkrafa að hugsa um eitthvað sem stýttir manni stundir og eina sem við höfum til að stytta okkur stundir eru fíkniefni.“

Öll virkni, sem var boðið upp á, fannst þeim mikil tilbreyting í, eins og Berglind sagði:

Nú er námskeið fyrir okkur í samskiptum. Það brýtur rosalega upp daginn. Og við erum að tala um eitthvað annað en dóp. Það er eins og hérna í vinnustofunni. Við sitjum saman í hring og eina sem talað er um: hver þekkir hvern, hver er nýkominn inn og hvaða dóp var verið að nota í síðasta partíi. Það er bara þannig, það er bara umræðuefnið í fangelsi. Partur af undirheimunum er bara hérna og ekkert til að brjóta það upp.

Konurnar tömdu sér margar óheilbriggt samband við mat, sögðu lítið annað hægt að gera en að borða við þessar aðstæður og láta tímann líða. Ein þeirra hafði bætt á sig 30 kílóum á nokkrum mánuðum en aðrar leituðu allra leiða til að sporna við því. Dóra hafði ekki átt við átröskun að stríða áður en hún hóf afplánun en var nú farin að stunda losunarhegðun til að losa sig við matinn: „Það eru allar stelpurnar að æla hérna. Stundum fer maður bara í neyslu aftur af því að maður hefur bætt á sig.“ Átröskun hjá Sigrúnu hafði tekið sig upp aftur eftir að hún hóf afplánun: „Það er frekar núna sem ég er ekki að borða nóg. Ég fæ mér próteinsjeik á morgnana og stundum borða ég ekki meira.“

Konunum fannst að það þyrfti að vinna með vímuefnavandann í fangelsinu. Boðið var upp á tvo AA-fundi á viku og þar með var það upptalið. Ekki voru allar sem nýttu sér þá. Karítas hafði hugmyndir um hvernig hægt væri að auka og bæta meðferðarstarf í fangelsinu: „... bara að það væri meðferðargangur hérna og teymi í kringum. Það væru viðtöl og grúppur.“ Karítas taldi að það myndi hafa jákvæð áhrif og að konurnar hefðu þá möguleika á að takast á við vímuefnavanda sinn:

Það myndi kannski minnka neyslan meðal kvenna ef það yrði eitthvað meðferðarúrræði hérna. Að það væri hjálp til að takast á við sorgina, reidina gagnvart sjálfum sér að hafa farið frá börnunum sínum, þú veist allt þetta sem er að hrjá mann, sem er öðruvísi en með karlana. Það eru margar stelpur sem liggja inni á klfanum sínum eftir lokun og gráta vegna saknaðar til barnanna sinna. Það er bara að deyfa samviskubitið og láta tímann líða. Deyfa sársaukann og finna ekki til. Það er erfitt þarna úti en svo er erfiðara að vera lokaður hérna inni og þurfa að dila við þetta. Þér er bara hent inn á einhvern gang og færð enga hjálp. Það er miklu erfiðara.

Konurnar áttu allar börn og voru þau flest í varanlegu fóstri hjá fósturfjölskyldum, feðrum sínum eða öðrum ættingjum. Það var þeim þungbæst að ræða börn sín. Sumar buðu börnum sínum góða nótt í huganum á kvöldin til að viðhalda tengslunum en aðrar aftengdu alveg tilfinningar sínar til barnanna sinna. Dóra á tvö börn sem bæði voru í fóstri: „Það var mjög erfitt tímabilið þegar hann var tekinn af mér. Ég hef bara algjörlega blokkað það. Þetta bara eyðilagði líf mitt þegar strákurinn var tekinn af mér.“

Lífið eftir afplánun

Konurnar höfðu undirbúið sig misjafnlega vel fyrir lok afplánunar. Nokkrar þeirra voru staðráðnar í að takast á við vímuefnavandann og reyna að byggja upp sambandið við börnin sín en aðrar vissu ekki hvað biði þeirra. Bára taldi dagana þar til hún myndi losna en var alveg óviss um framtíðina: „Ég fer bara í eitthvað herbergi og svo verður það bara að koma í ljós. Ég mun fá mér [rítalín] þegar ég kem út, ég veit það, ég bíð eftir því.“ Reynsla Fríðu var sú sama: „Ég var ekkert að pæla í henni [framtíðinni]. Sambýlishmaðurinn minn sótti mig þegar ég fór þaðan út [úr fangelsinu] og ég man eiginlega bara ekki meira. Ég hélt bara áfram að nota.“

Flestar þeirra voru ekki með öruggt húsnæði í lok afplánunar. Sögðu þær að það væri nær ógjörningur fyrir sig að fá húsnæði þar sem þær væru á sakaskrá og væru ekki ofarlega í forgangi fyrir félagslegt húsnæði. Karítas sagði:

Hver og ein einasta stelpa sem hefur verið með mér á gangi hefur farið út í óvissu, og fólk endar bara á sófaflakki eða Konukoti og Gistiskýlinu. Og þegar fólk fer aftur í þessar aðstæður þá bara gerir það það sem það þekkir, fer í neyslu og svo í glæpi. Það er ekki séns í helvíti að þú sért að fara að lifa á götunni edrú. Fólk fer beint í neyslu.

Þeim fannst að einhver úrræði þyrftu að vera í boði að lokinni afplánun. Helga sagði: „Ég hef alveg verið, og haldið að ég væri í góðum málum. En það er bara hægara sagt en gert að koma úr lokuðu fangelsi.“ Konunum fannst þær ekki sitja við sama borð og karlmenn varðandi afplánun í opnu úrræði. Karítas nefndi að konur væri í algjörum minnihluta á Vernd: „Þetta er eins og vera kvenfangi á Vernd. Kannski ein með tuttugu og eitthvað strákum, það er heldur ekkert auðvelt, það vantar áfangaheimili fyrir konur eftir fangelsi.“ Reynsla Berglindar af opnu úrræði var áþekk reynslu Karítasar:

Konur eiga ekki að þurfa að vera á sama stað og níðingar og nauðgarar sem hafa misnotað konur og börn. Við þurfum að þola þetta í neyslu en við eigum ekki að þurfa að vera í kringum þetta í fangelsi. Þetta er ekki félagskapur sem maður leitar að og flestallar konur í fangelsum hafa verið misnotaðar á einhvern hátt.

Að mati kvennanna var algjört úrræðaleysi þegar kom að lokum afplánunar. Karítas sagði: „... þú tekur bara strætó í bæinn. Svo mætirðu niður í Mjódd og hringir í rítalínsalann þinn, þú veist, ert bara komin í það sama.“

Umræða

Konurnar áttu allar við vímuefnavanda að stríða og höfðu hlotið refsídóm vegna vímuefnatengdra brota. Vandir þeirra er djúpstæður og þær hafa nær allar orðið fyrir áföllum og erfiðri lífsreynslu fyrr á lífsleiðinni. Áhrif áfalla, kynferðisofbeldis og annarra erfiðleika eru alvarleg en lítið hefur verið unnið með áfallasögu þeirra í fangavistinni.

Vímuefnavandi og endurtekið ofbeldi

Allar konurnar í rannsókninni glímdu við alvarlegan vímuefnavanda og flestar þeirra hafa notað vímuefni um æð en það samræmist rannsókn Mannerfelt og Håkanson (2018). Vímuefnaneysluna sögðu þær hafa verið leið til að deyfa sig og takast á við þá andlegu vanlíðan sem áföllin og annar vandi leiddi af sér. Samkvæmt rannsókn Zlotnick og félaga (2003) er það vel þekkt að vímuefni séu notuð til að deyfa sársaukafullar tilfinningar og erfiða lífsreynslu. Hið sama kemur fram í skýrslu Fíkniefna- og sakamálastofnunar Sameinuðu þjóðanna (2018). Altintas og Bilici (2018) benda enn fremur á að mikill meirihluti kvenfanga hafi orðið fyrir vanrækslu og líkamlegu eða kynferðislegu ofbeldi eða hvoru tveggja í æsku.

Konurnar greindu einnig frá ofbeldi sem þær urðu fyrir af hendi sambýlismanna og barnsfeðra og hvernig vímuefnanotkun þeirra var oft samofin þeirra. Aðrar rannsóknir hafa einnig sýnt að konur í vímuefnaneyslu eru fastar í vítahring ofbeldis og vímuefnanotkunar og eiga frekar á hættu að verða fyrir ofbeldi í nánnum samböndum heldur en aðrar konur (Lynch o.fl., 2012; Testa o.fl., 2003). Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2018) hefur bent á að kynbundið ofbeldi gegn konum í virkri vímuefnaneyslu sé tvöfalt til fimmfalt algengara en hjá konum í sambærilegu þýði sem ekki nota vímuefni. Má þar nefna ofbeldi í nánnum samböndum, ofbeldi af hendi annars en maka og kynferðisleg nauðung.

Konurnar glímdu allar við kvíða og höfðu að eigin sögn verið greindar með kvíðaröskun ásamt áfallastreituröskun. Af þeim þremur milljónum kvenna sem handteknar eru ár hvert í Bandaríkjunum má gera ráð fyrir að einn fimmti glími við geðröskun, um helmingi fleiri en í almennu þýði. Hlutfall kvenfanga með geðröskun og tvígreindan vanda er einnig hærra meðal kvenfanga en við karlfanga (Abram o.fl., 2003).

Skortur á áfallamiðaðri nálgun í vímuefnameðferð

Konurnar höfðu margoft leitað sér meðferðar við vímuefnavanda. Þær konur sem höfðu áfallasögu úr æsku sögðu að meðferðin þyrfti að vera áfallamiðaðri en hún er nú, en það gefur til kynna að ekki sé tekið tillit til sértækra þarfa þeirra þegar kemur að vímuefnameðferð. O'Hagan og Wilson (2018) benda á að tíðni áfalla, svo sem kynferðislegs ofbeldis, er hærri meðal kvenna en karla sem sækja vímuefnameðferð.

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin og Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna (2018) hafa bent á að vímu-

efnavandi sé heilbrigðisvandi sem skuli meðhöndlaður sem slíkur innan heilbrigðiskerfisins. Einstaklingar með vímuefnavanda eigi rétt á og hafi brýna þörf fyrir fagleg meðferðarúrræði sem byggjast á gagnreyndri þekkingu. Það var hins vegar mat kvennanna að í sumum þeim meðferðarúrræðum sem þær höfðu leitað í hefði starfsfólk ekki verið fagmenntað og að þeirra mati ýmislegt fengið að viðgangast.

Fangelsi og staðan nú

Konurnar glímdu við áfallastreituröskun auk annarrar geðröskunar, svo sem kvíða eða þunglyndi. Þær töldu að vímuefnameðferð auk aðstoðar við geðrænum kvillum hefði getað nýst þeim. Þær sem fengið höfðu slíka aðstoð innan fangelsisins töldu þá aðstoð hjálplega. Önnur rannsókn sýnir að kvenfangar vilja eiga þess kost að fá viðeigandi meðferð og eru mun líklegri til að nýta sér hana í afplánun. Kvenfangar með ómeðhöndlaða áfallastreituröskun eru líklegri en aðrar til að fara að nota vímuefni og fara aftur inn í dómsskerfið, og konur í afplánun gætu því virkilega haft gagn af áfallamiðaðri meðferð (Karlsson og Zielinski, 2018).

Heildrænn stuðningur í lok afplánunar er nauðsynlegur svo að konur geti á árangursríkan hátt komið aftur út í samfélagið eftir afplánun. Skortur á geðheilbrigðisþjónustu, menntun og tryggu húsnæði eru allt erfiðleikar sem kvenfangar mæta við lok afplánunar, auk þess að fara aftur í umhverfið þar sem þær voru í vímuefnanotkun áður (Covington og Bloom, 2006; Perkins o.fl., 2018). Sú stefnumótun þar sem aðaláherslan er að takmarka framboð vímuefna ber vott um skilningsleysi á flóknum vanda refsifanga. Refsivist einstaklinga með vímuefnavanda er til einskis fáir þeir ekki aðstoð við að takast á við vímuefnaneyslu sína (Chandler o.fl., 2009).

Mikilvægt er að bjóða upp á áfallamiðaða hjúkrun þeirra kvenna í íslenskum fangelsum sem glíma við alvarlegan vímuefnavanda. Bjóða þarf upp á greiningarferli þar sem lagt er mat á flókin heilsufarsvanda þeirra og síðan þarf að beita ýmiss konar gagnreyndri hjúkrunarmeðferð ásamt þverfaglegri nálgun hóps sérfræðinga. Að taka alvarlega þann flókna heilsufarsvanda sem þessar konur glíma við er ekki aðeins þjóðfélagslega hagkvæmt heldur er það mannúðlegri laus en að bjóða kvenföngum aðeins upp á einhæfa afþreyingu.

Styrkur rannsókna og takmarkanir

Það er styrkur þessarar rannsóknar að hún er sú fyrsta sinnar tegundar á Íslandi sem fjallar um reynsluheim kvenna sem glíma við alvarlegan fíkniefnavanda í íslensku fangelsi og reynslu þeirra af meðferðarúrræðum innan og utan fangelsis. Hún sýnir glögg hve flókin heilbrigðisvandi þeirra er og hve réttláusar og berskjaldar þær eru. Rannsóknin sýnir að þær þurfa á flókinni áfallamiðaðri hjúkrun og meðferð að halda. Aukin þekking og dýpri skilningur á reynslu þeirra er forsenda þess að unnt sé að veita þeim markvissa áfallamiðaða hjúkrun og meðferð.

Hugsanlegt er að valskekkja hafi átt sér stað þar sem ómögulegt er að ganga úr skugga um hvort úrtakið er dæmi-

gert fyrir þýðið. Önnur takmörkun gæti verið að túlkun gagna mótist um of af bakgrunni rannsakennda, svo sem kyni, menningu og fyrri reynslu. Alltaf er hætta á að fyrirframgefna hugmyndir rannsakennda hafi áhrif á niðurstöðurnar.

Lokaorð

Þátttakendur rannsóknarinnar er afar jaðarsettur og falinn hópur í ljósi stöðu sinnar. Konurnar glímdu við flókin vanda, bæði líkamlegan og á geðheilsu. Þær mættu gjarnan fordómum vegna vímuefnanotkunar sinnar þegar þær leituðu til heilbrigðisþjónustunnar. Þær eiga allar að baki gríðarlega áfallasögu sem börn, unglingar og á fullorðinsárum. Þær glíma einnig við geðrænan vanda sem nauðsynlegt er að veita meðferð við. Mikilvægt er að sjónarmið þessara kvenna heyrist og að hjúkrunarfræðingar séu meðvitaðir um sértækar þarfir þeirra hvar svo sem þeir kunna að veita þeim þjónustu.

Þakkir

Höfundar vilja fyrst og fremst þakka þátttakendum fyrir að deila þungbærri reynslu sinni, slíkt er ekki sjálfgefið. Fangelsismálastofnun fær einnig þakki fyrir gott samstarf við framkvæmd rannsóknarinnar.

Heimildir

- Abram, K. M., Teplin, L. A. og McClelland, G. M. (2003). Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorder among women in jail. *American Journal of Psychiatry* 160, 1007–1010. doi:10.1176/appi.ajp.160.5.1007
- Altintas, M. og Bilici, M. (2018). Evaluation of childhood trauma with respect to criminal behavior, dissociative experiences, adverse family experiences and psychiatric backgrounds among prison inmates. *Comprehensive Psychiatry*, 82, 100–107.
- Chander, G., Himeloch, S. og Morre, R. D. (2006). Substance abuse and psychiatric disorders in HIV positive patients. *Drugs*, 66(6), 769–789. doi:10.2165/00003495-200666060-00004
- Chandler, R. K., Fletcher, B. W. og Volkow, N. D. (2009). Treating drug abuse and addiction in the criminal justice system: Improving public health and safety. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 301(2), 183–190. doi:10.1001/jama.2008.976
- Covington, S. S. og Bloom, B. E. (2006). Gender responsive treatment and services in correctional settings. *Women and Therapy*, 29(3–4), 9–33. doi:org/10.1300/J015v29n03_02
- Dahlman, D., Håkansson, A., Björkman, P., Blomé, M. A. og Kral, A. H. (2015). Correlates of skin and soft tissue infections in injection drug users in a syringe-exchange program in Malmö, Sweden. *Substance Use and Misuse*, 50(12), 1529–1535. doi:10.3109/10826084.2015.1023450
- DeHart, D., Lynch, S., Belknap, J., Dass-Brailsford, P. og Green, B. (2014). Life history models of female offending: The roles of serious mental illness and trauma in women's pathways to jail. *Psychology of Women Quarterly*, 38(1), 138–151. doi:10.1177/0361684313494357
- Fazel, S., Bartellas, K., Clerici, M. og Trestman, R. (2016). Mental health of prisoners: Prevalence, adverse outcomes and interventions. *Lancet Psychiatry*, 3, 871–881. doi:10.1016/S2215-0366(16)30142-0
- Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna. (2017). *World drug report 2017*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar.
- Fíkniefna- og sakamálastofnun Sameinuðu þjóðanna. (2018). *World drug report 2018*. Vín: Sameinuðu þjóðirnar.

- Helga Jónsdóttir. (2013). Viðtöl sem gagnasöfnunaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 137–153). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Karlsson, M. E. og Zielinski, M. J. (2018). Sexual victimization and mental illness prevalence rates among incarcerated women: A literature review. *Trauma Violence and Abuse*, 21(2), 326–349. doi:10.1177/1524838018767933
- Koob, G. og Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35, 217–238.
- Lintonen, T., Obstbaum, Y., Aarnio, J., von Gruenewaldt, V., Hakamäki, S., Kääriäinen, J., Mattila, A., Vartiainen, H., Viitanen, P., Wuolijoki, T. og Joukamaa, M. (2012). The changing picture of substance abuse problems among Finnish prisoners. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47, 835–842. doi:10.1007/s00127-011-0
- Lynch, S. M., Fritch, A. og Heath, N. M. (2012). Looking beneath the surface: The nature of incarcerated women's experiences of interpersonal violence, treatment needs and mental health. *Feminist Criminology*, 7(4), 381–400. doi:10.1177/1557085112439224
- Mannerfelt, C. og Håkansson, A. (2018). Substance use, criminal recidivism and mortality in criminal justice clients: A comparison between men and women. *Journal of Addiction*. doi:10.1155/2018/1689637
- McCauley, H. L., Riche, F., Hughes, S., Johnson, J. E., Zlotnick, C., Rosen, R. K., Wechsberg, W. M. og Kuo, C. C. (2019). Trauma, power and intimate relationship among women in prison. *Violence Against Women*, 26(6–7), 659–674. doi:10.1177/1077801219842948
- Mejía, B., Zea, P., Romero, M. og Saldíva, G. (2015). Traumatic experiences and re-victimization of female inmates undergoing treatment for substance abuse. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 10(5). doi:10.1186/1747-597X-10-5
- Mollard, E. og Hudson, D. B. (2016). Nurse-led trauma informed correctional care for women. *Perspectives in Psychiatric Care*, 52, 224–230. doi:10.1111/ppc.12122
- Moloney, K. P., van den Bergh, B. J. og Moller, L. F. (2009). Women in prison: The central issues of gender characteristics and trauma history. *Public Health*, 123(6), 426–430. doi:10.1016/j.puhe.2009.04.002
- Perkins, J., Rand, A. og Sheaffer, A. (2018). Social media usage and incarcerated women: A pilot study. *Prison Journal*, 98(1), 3–16. doi.org/10.1177/0032885517743436
- O'Hagan, A. og Wilson, M. (2018). Women and substance abuse: Gender specific social, biological and psychological differences and treatment considerations. *Forensic Research and Criminology International Journal*, 6(2), 90–98. doi:10.15406/frcij.2018.06.00189
- Rhemtulla, M., Fried, E. I., Aggen, S. H., Tuerlinckx, F., Kendler K. S. og Borsboom, D. (2016). Network analysis of substance abuse and dependence symptoms. *Drug and Alcohol Dependence*, 161, 230–237. doi:10.1016/j.drugalcdep.2016.02.005
- Rognli, E. B., Berge, J., Håkansson, A. og Bramness, J. G. (2015). Long-term risk factors for substance-induced and primary psychosis after release from prison. A longitudinal study of substance users. *Schizophrenia Research*, 168(1–2), 185–190. doi:10.1016/j.schres.2015.08.032
- Rosenthal, E. S., Karachmer, A. W., Thiesen-Toupal, J., Castillo, R. A. og Rowley, C. F. (2016). Suboptimal addiction interventions for patient hospitalized with injecting drug use-associated infective endocarditis. *The American Journal of Medicine*, 129(5), 481–485. doi:10.1016/j.amjmed.2015.09.024
- SÁÁ, Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (2016). *Ársrit SÁÁ 2016*. Reykjavík: SÁÁ.
- SÁÁ, Samtök áhugafólks um áfengis- og vímuefnavandann. (2019). *Ársrit SÁÁ 2019*. Reykjavík: SÁÁ.
- Schuckit, M. A. (2006). Comorbidity between substance use disorders and psychiatric conditions. *Addiction*, 101(1), 76–88. https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2006.01592.x
- Sigríður Halldórsdóttir. (2016). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281–297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson. (2013). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 71–88). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Strathdee, S. A., West, B. S., Reed, E., Moazan, B., Azim, T. og Dolan, K. (2015). Substance use and HIV among female sex workers and female prisoners: Risk environments and implications for prevention treatment and policies. *Journal of Acquired Immunodeficiency Syndrome*, 69, 110–117. doi:10.1097/QAI.0000000000000624
- Testa, M., Livingston, J. A. og Leonard, K. E. (2003). Women's substance use and experiences of intimate partner violence: A longitudinal investigation among community sample. *Addictive Behaviors*, 28(9), 1649–1664. doi:10.1016/j.addbeh.2003.08.040
- Walker, E. R. og Druss, B. G. (2016). Cumulative burden of comorbid mental disorders, substance use disorders, chronic medical conditions and poverty on health among adults in the U.S.A. *Psychology, Health and Medicine*, 22(6), 1–9. doi:10.1080/13548506.2016.1227855
- Zlotnick, C., Najavitas, L. M., Rohsenow, D. J. og Johnson, D. M. (2003). A cognitive-behavioral treatment for incarcerated women with substance abuse disorder and posttraumatic stress disorder: Findings from a pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 25(2), 99–105. doi:10.1016/s0740-5472(03)00106-5

English Summary

Vilhjalmsdottir, A., Halldorsdottir, S., Sigurdardottir, S.

Women's lived experience in an Icelandic prison and their experience of treatment options inside and out of prison

Aim: A vast majority of former female inmates have a history of trauma and tend to have complex issues marked by substance use and its consequences. The experience of female inmates in Icelandic prisons and their experience of addiction treatments during or after incarceration is not well documented. The aim of this study is to explore that experience.

Method: Nine women, 20–40 years old, participated in this phenomenological study. All participants had substance use problems and had sought treatment for it. Two interviews were conducted with each participant, except for two participants, sixteen interviews in total.

Results: All the women had sought help for addiction before incarceration. They had tried most of the addiction treatments available in Iceland in addition to treatments available abroad. Majority of them used substances intravenously and suffered from health complications thereof. Most of the participants had suffered traumas, in childhood and in adult life. Substance use was perceived

as a method of escaping or surviving difficult circumstances. Much sadness, melancholy and anxiety followed the substance use. Most of the participants were mothers and had lost custody of their children due to their substance abuse. Most of the women expressed a wish for a trauma-based drug treatment program as they believed their drug abuse was caused by the traumas they had experienced. They called for a more active treatment program in prisons and complained about idleness, which they felt increased their discomfort and drug craving.

Conclusion: This study shows that the incarceration period of women should be used more wisely—both for addiction treatment and for treatment for recovery from traumas they have experienced, during childhood, adolescence and in adult life.

Keywords: women, prison, trauma, substance addiction, female inmate, phenomenology, interviews

Correspondent: arndisvi@gmail.com

Guðríður Ester Geirsdóttir, lyflækningadeild Heilbrigðisstofnunar Suðurlands
Telma Kjarian, blóð- og krabbameinslækningadeild Landspítalans
Kristín Anna Jónsdóttir, heimahjúkrun Reykjavíkur, Rjóðri Landspítalans
Kristín Norðkvist Ragnarsdóttir, lyflækningadeild Heilbrigðisstofnunar Vesturlands
Hafðís Skúladóttir, hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri

Hent í djúpu laugina

Áskoranir í starfi nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga, líðan þeirra og bjargráð

Útdráttur

Markmið: Nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar mæta ýmsum áskorunum þegar þeir hefja starfsferil sinn. Hjúkrunarstarfið krefst mikillar þekkingar, færni og öryggis sem þróast samhliða aukinni reynslu í starfi. Námið, eitt og sér, virðist ekki alltaf duga til að undirbúa hjúkrunarfræðinga fyrir allt sem starfið felur í sér og oftar en ekki finnst nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum að þeim sé hent út í djúpu laugina þegar þeir hefja störf. Markmið þessarar rannsóknar var að öðlast innsýn í hvaða áskoranir mæta nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum fyrsta árið í starfi, hversu tilbúnir þeir telja sig vera til að takast á við þær og hvaða bjargráð þeir nýta sér til að vinna úr þessum áskorunum til að stuðla að góðri líðan í starfi. Með því að átta sig á þeim áskorunum sem nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar mæta daglega í störfum sínum er hægt að styðja við þá í starfi og stuðla þar með að aukinni starfsánægju og sporna gegn kulnun í starfi og brottfalli úr stéttinni.

Aðferð: Stuðst var við eigindlega rannsóknaraðferð þar sem sett voru þau skilyrði að þátttakendur hefðu brautskráðst frá hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri á árunum 2013–2017. Einnig voru sett þau skilyrði að þátttakendur væru starfandi á legudeildum sjúkrahúsa og hefðu unnið samfelldt á sama vinnustað í a.m.k. þrjá mánuði.

Niðurstöður: Niðurstöður sýndu að hjúkrunarfræðinámið undirbjó þátttakendur vel fyrir hjúkrunarstarfið og þær áskoranir sem mættu þeim þegar þeir hófu störf sem hjúkrunarfræðingar og töldu þeir að einstaklingsmiðuð aðlögun væri lykilatriði. Allir þátttakendur voru sammála um nauðsyn þess að tileinka sér jákvæð bjargráð í starfi og stuðla þannig að aukinni starfsánægju. Jákvætt viðhorf til starfsins var einkennandi meðal viðmælenda en samkvæmt þeim er það einn

af þeim mikilvægu þáttum sem geta dregið úr líkum á kulnun ásamt brottfalli úr faginu.

Ályktanir: Þrátt fyrir að hjúkrunarfræðingar nýti sér jákvæð bjargráð og séu meðvitaðir um streitutengda þætti starfsins er ekki síður mikilvægt að þeir njóti stuðnings vinnufélaga og stjórnunin sé góð.

Lykilorð: Hjúkrunarfræðingur, nýútskrifaður, áskoranir og bjargráð, innihaldsgreining

Inngangur

Starfsvettvangur hjúkrunarfræðinga hefur breyst töluvert í tímans rás og er í dag afar fjölbreyttur. Kröfur á færni og þekkingu hjúkrunarfræðinga eru því miklar og slíkt kallar á góða bóklega og verklega þjálfun á meðan á námi stendur (Katrín Blöndal o.fl., 2010; Vilborg Guðlaugsdóttir, 2009; World Health Organization, 2020). Bæði Háskóli Íslands (HÍ) og Háskólinn á Akureyri (HA) bjóða upp á nám í hjúkrunarfræði með fjölda-takmörkunum. Takmarkanirnar ráðast bæði af fjárveitingu og þeim fjölda verknámsplássu sem eru í boði en að meðaltali útskrifast um 120 hjúkrunarfræðingar ár hvert (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017; Ríkisendurskoðun, 2017). Samkvæmt nýlegri rannsókn eru vísbendingar um að þriðjungur nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga og hjúkrunarfræðinema telji ólíklegt að þeir komi til með að starfa við hjúkrunartengd störf í framtíðinni (Helga Ólafs, 2017). Í desember 2019 var skipaður starfs-hópur um menntun hjúkrunarfræðinga og aðgerðir til að sporna gegn skorti á hjúkrunarfræðingum. Í kjölfarið var, í apríl 2020,

Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?

Nýjungar: Rannsóknin varpar ljósi á veganesti nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga úr náminu yfir í starfið, hvernig hjúkrunarfræðinámið nýtist þegar út á vinnumarkaðinn er komið og að misvel er staðið að aðlögun nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga.

Hagnýting: Niðurstöður geta hjálpað stjórnendum að skoða hvaða þætti í aðlögun og innkomu í starfið þarf að laga til að auka öryggi og bæta líðan nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga.

Viðbót við þekkingu: Niðurstöður eru innlegg í fræði stjórnunar í hjúkrun þar sem hægt er að nýta þær til að stuðla að

umbótum við aðlögun nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga og gera þeirra fyrstu skref á vinnumarkaðinum auðveldari og minna streituvaldandi.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Niðurstöður geta verið hvatning til stjórnenda í hjúkrun um að semja verklagsreglur um aðlögun nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga, veita þeim bjargráð í starfinu og minnka þannig líkur á kulnun og brottfalli úr starfi.

gefin út skýrsla með 11 megin tillögum til að fjölga hjúkrunarfræðingum í starfi og var einn liður í því fjölgun námspláss (Heilbrigðisráðuneytið, 2020).

Álagið á íslenskum hjúkrunarfræðingum má rekja m.a. til mikils vaktálags, undirmönnunar og lágra launa (Vilborg Guðjónsdóttir, 2009). Hjúkrunarfræðingar starfa oft við krefjandi aðstæður þar sem starfsumhverfið er hvort tveggja líkamlega og andlega erfitt og því streituvaldandi. Þeir þurfa að vinna hraðar og leysa fleiri verkefni en áður, t.d. með aukinni tölvuvinnu og fleiru sem ekki snýr að beinni klínískri hjúkrun (Katrín Blöndal o.fl., 2010; Vilborg Guðjónsdóttir, 2009). Þegar álag í heilbrigðiskerfinu eykst, eins og t.d. í covid-19-heimsfaraldrinum, hefur mikilvægi starfsframlags hjúkrunarfræðinga verið sýnilegra í augum almennings og einnig hversu mikilvæg fjölhæfni og þekking stéttarinnar er (Heilbrigðisráðuneytið, 2020; World Health Organization, 2020).

Ekki er óalgennt að hjúkrunarfræðinemendur séu uggandi yfir að taka sín fyrstu skref í starfi eftir útskrift. Hjúkrunarstarfið er talið mjög streituvaldandi, þar sem hjúkrunarfræðingar eru berskjaldaðir fyrir streituvaldandi atburðum alla daga í starfi (Feddeh og Darawad, 2020). Lazarus og Folkman (1987) settu fram kenningu um streitu þar sem henni er lýst sem sálrænu ferli. Í kenningunni kemur fram að streita sé afleiðing þess hvernig fólk skynjar atvik og aðstæður í kringum sig og mótast í samspili við annað fólk og umhverfið. Streituvíðbrögð eru því persónuleg og er hægt að hafa áhrif á og breyta túlkun fólks á streitu (Lazarus og Folkman, 1987). Streitan hefur síðan áhrif á vinnuafköst sem og vilja og getu til að halda áfram í starfi (Feddeh og Darawad, 2020). Nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar finna margir til mikillar streitu í starfi á fyrstu starfsárunum og þá sérstaklega á fyrstu tveimur árunum eftir útskrift (Gifkins o.fl., 2017; Rudman o.fl., 2014; Wu o.fl., 2012). Skortur á skipulagi og óskýrir stjórnarhættir hafa líka töluverð áhrif (Ingibjörg H. Jónsdóttir, 2017) og getur m.a. vinnuálag, yfirvinna og vaktaskipulag leitt til streitu og dregið úr afköstum (McIntosh og Sheppy, 2013). Álagið sem reynslulítil hjúkrunarfræðingur er undir getur því verið mikið og valdið streitu og kulnun (Wu o.fl., 2012; Zhang o.fl., 2017).

Þær þrjár megináskoranir sem nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar standa frammi fyrir tengjast yfirþyrmandi starfsumhverfi, að ná tökum á verklegri færni og að ná að verða hluti af hópnum. Mörgum nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum finnst erfitt að komast inn í hraðann og eiga við áreitið sem fylgir starfsumhverfinu (Feng og Tsai, 2012; Wildermuth o.fl., 2020). Ýmsar leiðir eru færar til að mæta þeim áskorunum sem nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar standa frammi fyrir og skipta þar ytri og innri bjargráð meginmáli. Bjargráð eru þau úrræði eða ráð sem fólk nýtir sér til að takast á við sálrænar eða líkamlegar áskoranir í einkalífi og starfi (Laschinger og Grau, 2012; Zheng o.fl., 2017). Þau eru hegðun eða athöfn sem notuð er til að takast á við og komast í gegnum erfiðar aðstæður. Innri bjargráð eru persónulegur styrkur einstaklingsins en ytri bjargráð eru utanaðkomandi styrkur sem styður við hann. Það er talið mikilvægt fyrir hjúkrunarfræðinga að læra hvaða bjargráð eru góð í tengslum við álag og áskoranir í starfi (Gifkins o.fl., 2017; Laschinger og Grau, 2012; Zheng o.fl., 2017).

Að leggja rækt við sjálfan sig getur skipt miklu máli fyrir þá sem stunda kröfuharða vinnu. Sjálfsrækt er getan til að sýna sjálfum sér umhyggju og þegar hjúkrunarfræðingur leggur rækt við sjálfan sig er hann betur í stakk búinn til að takast á við starfið og uppfylla þarfir skjólstæðinga sinna og er öruggari, skilningsríkari og getur stjórnað eigin tilfinningum betur (Heffernan o.fl., 2010; Sigríður Halldórsdóttir, 2006). Kenning Sigríðar Halldórsdóttur (2006) um hjúkrun sem faglega umhyggju leggur áherslu á að hjúkrunarfræðingar sinni markvissri sjálfsrækt, bæði í einkalífi og starfi. Þeir þurfa að þekkja veikleika sína og styrk, hafa raunhæft sjálfstraust og faglegt öryggi.

Hjúkrunarfræðingar þurfa, samkvæmt þessu, að kunna streitustjórnun og vera færir um að vinna úr erfiðum tilfinningum. Þannig geta þeir sýnt sjálfum sér, sjúklingum sínum, aðstandendum þeirra og samstarfsfólki sínu umhyggju (Sigríður Halldórsdóttir, 2006). Heilbrigðir lífshættir, eins og að stunda líkamsrækt, lesa, njóta útiveru og fá nægan svefn, eru dæmi um sjálfsrækt. Að tileinka sér slík innri bjargráð getur stuðlað að endurheimt orku og að koma jafnvægi á einkalíf og starf hjúkrunarfræðinga (Gifkins o.fl., 2017; Zheng o.fl., 2017). Ígrundun nýtist einnig vel en hún nær til atvika eða athafna sem fela í sér ákveðið meðvitað hugsanaferli sem er skoðað með opnum huga (Asselin o.fl., 2013). Einn tilgangur ígrundunar er að aðstoða hjúkrunarfræðinginn að læra af reynslunni og öðlast faglega færni (Asselin o.fl., 2013; Bulman o.fl., 2012; Caldwell og Grobbel, 2013).

Margir nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar upplifa það að hefja störf sem visst raunveruleikaáfall sem tengist því að þeir fái ekki viðeigandi stuðning á vinnustað (Laschinger og Grau, 2012). Þegar um er að ræða stuðning frá vinnustað benda rannsóknir til að margir nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar nýti sér það bjargráð að leita til reynslumeiri hjúkrunarfræðinga til að fá ráðleggingar, álit og kennslu í hvernig best er að vinna störf (Gifkins o.fl., 2017; Laschinger og Grau, 2012; Zheng o.fl., 2017). Góð kynning á starfinu, stuðningur frá yfirmönnum, ánægjulegt starfsumhverfi og farsælt samstarf milli starfsmanna eru dæmi um góð ytri bjargráð sem nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar nýta sér (Gifkins o.fl., 2017; Laschinger og Grau, 2012; Rudman o.fl., 2014). Að geta komið með óskir um vaktir og haft áhrif á niðurröðun þeirra er mikilvægt bjargráð. Svefn og hvíld eru einnig mikilvægir þættir fyrir góða líkamlega og sálræna heilsu og er sífellt meiri vitundarvakning í samfélaginu gagnvart þeim (Bragadóttir, 2016). Hjúkrunarfræðingar vinna oft vaktavinnu og þegar vöktunum er þétt raðað er hætta á að ekki náist nægilegur svefn og hvíld á milli þeirra (Eldevik o.fl., 2013). Vaktavinna getur einnig haft neikvæð áhrif á fjölskyldulíf, til dæmis missir vaktavinnufólk af ýmsum atburðum vegna vinnu sinnar (Björk Bragadóttir o.fl., 2017; Costa, 2010; Yildirim og Aycan, 2008). Brottfall hjúkrunarfræðinga úr starfi er ákveðin forðunarhegðun og mætti því flokkast sem neikvætt bjargráð (Dawson o.fl., 2014; Gifkins o.fl., 2017) en þeir sem ná að temja sér jákvæð bjargráð til að takast á við áskoranir í starfi, hverfa síður frá störfum (Wu o.fl., 2012).

Kulnun er þekkt vandamál meðal hjúkrunarfræðinga og er afleiðing af langvarandi streituvaldandi umhverfi (Berglind

Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2020). Algengi kulnunar í starfi hjúkrunarfræðinga er nokkuð há miðað við önnur störf (Fida o.fl., 2018) og hefur streita í starfi hjúkrunarfræðinga ákveðið forspárgildi fyrir kulnun (Happell o.fl., 2013). Kulnun kemur m.a. fram í starfsóánægju sem getur leitt til þess að hjúkrunarfræðingar leita í aðrar starfsgreinar og er því mikilvægt að koma í veg fyrir kulnun þeirra (Fida o.fl., 2018). Samkvæmt rannsókn Rudman og félaga (2014) stefndi fimmti hver hjúkrunarfræðingur á að yfirgefa stéttina á fyrstu fimm árunum í starfi. Slæmur starfsandi, óánægja með laun, stjórnunarvandamál, vöntun á stuðningi frá stjórnendum, vinnuálag, það að vera ekki metinn að verðleikum og miklar kröfur til hjúkrunarfræðinga eru dæmi um ógnandi þætti sem geta ýtt undir brottfall. Hins vegar eru verndandi þættir taldir vera einstaklingsbundnir, eins og aldur og reynsla. Starfshættir stjórnenda geta líka auðveldað nýliðum lífið til dæmis með því að veita hjúkrunarfræðingum svigrúm til að hafa áhrif á vinnutíma og starfshlutfall sitt. Mikilvægt er að finna leiðir til að draga úr brottfalli hjúkrunarfræðinga og geta stjórnendur m.a. veitt umbun fyrir góða frammistöðu, stuðlað að styrkingu faglegrar þróunar, veitt aukin tækifæri til símenntunar og þannig ýtt undir jákvæð bjargráð hjúkrunarfræðingsins (Dawson o.fl., 2014).

Markmið rannsóknarinnar var að öðlast innsýn í hvaða áskoranir mæta nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum fyrsta árið í starfi, hversu tilbúnir þeir telja sig vera til að takast á við þær og hvaða bjargráð þeir nýta sér til að vinna úr þessum áskorunum til að stuðla að góðri líðan í starfi.

Aðferð

Rannsóknin var framkvæmd árið 2018 og var rannsóknargagna aflað með hljóðritun hálfstaðlaðra einstaklingsviðtala við sex nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga sem allir höfðu lokið BS-prófi við HA. Eiginleg viðtöl veita rannsakendum tækifæri til að öðlast innsýn í heim þátttakenda. Það getur verið mikilvægt þegar skoðuð er reynsla og álit einstaklinga á ákveðnu viðfangsefni og þeirri merkingu sem fólk leggur í líf sitt og aðstæður (McMillan, 2015).

Þátttakendur

Þátttakendur voru valdir með tilgangsrúrtaki (e. *purposive sampling*). Skilyrði fyrir þátttöku voru brautskráning úr hjúkrunarfræði frá HA á árunum 2013–2017 og að þátttakendur hefðu a.m.k. þriggja mánaða starfsreynslu á þeirri legudeild sem þeir voru starfandi á. Þátttakendur voru á aldrinum 26–43 ára og eitt til tvö ár voru frá brautskráningu þeirra og störfuðu þeir allir á legudeildum sjúkrahúsa víðs vegar um landið. Haft var samband við þátttakendur með tölvupósti þar sem þeim var kynnt rannsóknin með kynningarbréfi og þeim boðin þátttaka. Upplýsingar um hugsanlega þátttakendur voru fengnar úr fyrirliggjandi nafnalista brautskráningarnema HA og voru þeir valdir af handahófi af þeim lista.

Framkvæmd

Eftir að rannsakendur höfðu lesið ýmis gögn um fræðilegan bakgrunn tengdan rannsóknarspurningunum gerðu þeir viðtalsramma sem hafður var til hliðsjónar í viðtölunum. Tilgangur hans var m.a. að öll viðtölin myndu byggjast á svipuðum grunni. Viðtölin voru á bilinu 30–115 mínútur að lengd.

Fjórir rannsakendur stóðu að framkvæmd og úrvinnslu viðtalanna en flestir þeirra höfðu reynslu af gerð rannsókna, bæði í fyrri námi og störfum. Fjórir rannsakendur hljóðrituðu viðtölin og afrituðu þau orðrétt ásamt öllum glósum og athugasemdum rannsákenda. Stuðst var við aðferð Bengtsson (2016) við úrvinnslu textans og athugasemdir skrifaðar eftir túlkun rannsákenda á merkingu orða og blæbrigða í rödd viðmælenda.

Siðferðileg álitamál

Staðfesting fékkst frá Vísindasiðanefnd að ekki þyrfti leyfi frá nefndinni til þess að framkvæma rannsóknina. Við hljóðritun og eyðingu gagna var í hvívetna farið eftir lögum um persónuvernd (Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000) og þagnarskyldu (Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012). Meðhöndlun allra gagna fór fram með virðingu fyrir bæði rannsóknarefninu og þátttakendum í rannsókninni. Fyllsta trúnaðar var gætt og farið með allar upplýsingar sem trúnaðarmál í öllum atriðum rannsóknarinnar, dulnefni voru notuð (*Fjóla, Lilja, Íris, Rósa, Sóley og Ösp*) og upplýst samþykki fengið. Þátttakendum var gert ljóst hvert efni rannsóknarinnar væri ásamt markmiðum og tilgangi hennar. Viðtölin voru tekin upp með leyfi þátttakenda og þeim eytt að rannsókn lokinni.

Gagnagreining

Greining gagna fór fram með túlkandi innihaldsgreiningu (e. *content analysis*) þar sem greiningin tók mið af markmiðum rannsóknarinnar. Í upphafi tók greining einnig mið af viðtalsramma rannsóknarinnar með það fyrir augum að koma gögnunum í ákveðna þemaflokka út frá svörum viðmælenda. Viðtölin voru lesin margoft yfir og tók gagnagreining stöðugum breytingum. Undirliggjandi merking textans var dregin fram, gögn voru borin saman, túlkuð og settur kóði eftir merkingu þeirra og hversu oft þeir komu fyrir. Að lokum voru kóðarnir sameinaðir og úr þeim voru búin til þemu sem samanstóðu af tveimur meginþemum (áskorun og bjargráð) og ellefu undirþemum (aðlögun, starfsþróun, ábyrgð, streita, færni, kulnun, hvíld, sjálfsrækt og viðhorf, ígrundun, námið og starfsreynsla, handleiðsla).

Niðurstöður

Þátttakendur mættu ýmsum áskorunum á fyrsta starfsári sínu. Áskoranirnar tengdust bæði því skipulagi sem ríkti innan stofnananna sjálfra, hjúkrunarstörfunum sjálfum og því hvernig

þátttakendur náðu að sameina vinnu og einkalíf. Bjargráðin tengdust bæði innri þáttum sem þátttakendur gátu haft áhrif á, s.s. hvíld og sjálfsrækt, en einnig ytri þáttum sem komu fram í utanaðkomandi stuðningi.

Áskoranir

Þátttakendur rannsóknarinnar stóðu frammi fyrir ýmsum áskorunum sem tengdust beint vinnustað þeirra. Hagnýtir þættir á borð við vinnuáðstöðu, aðlögun, starfslýsingu, mönnun og starfskröfur, ásamt þeim verkefnum sem flokkast ekki beint undir starfslýsingu þeirra, voru meðal þess sem þeim fannst reyna mikið á í starfinu. Áskoranirnar sneru einnig að viðhorfum þeirra til starfsins, öryggi til að sinna því, skynjun á ábyrgðinni sem starfið felur í sér, streitu og kulnunareinkennum.

Aðlögun

Þegar kemur að áskorunum í starfi og hvernig þátttakendur tókust á við þær skipti aðlögun höfuðmáli. Góð aðlögun hafði áhrif á líðan og sjálfstraust þátttakenda sem voru að taka sín fyrstu skref í nýju hlutverki. Oft innihéldu starfskyldur viðmælenda verkefni sem þeir höfðu ekki gert sér grein fyrir og ekki alveg áttað sig á að féllu undir skyldur hjúkrunarfræðinga. Flestir töluðu um að þeir hefðu ekki fengið nægilegan undirbúning í náminu fyrir þennan hluta hjúkrunarstarfsins. Þeim fannst það haldast í hendur við hvernig staðið var að aðlögun þeirra og hvernig þeim tókst að ná utan um þessi verkefni, en að sögn þátttakenda var þó sú undantekning að þeir fengu nægilegan aðlögunartíma. Slæm stjórnun í tengslum við aðlögun var oft úrslitapáttur þess að viðmælendur ákváðu að láta af störfum á viðkomandi deild, eða eins og Ösp sagði:

Mér var hent út í djúpu laugina ... og ég fann að mér leið ekki vel á þessari deild og þess vegna kláraði ég aðeins sumarið og bara adíós. Ég sé ykkur ekki aftur, ég ætla ekki að koma hingað aftur. Þetta sumar var eiginlega bara svolítið þannig að manni kveið fyrir að fara í vinnuna og maður tók alveg svona góðar fimm mínútur út í bíl að telja kjark í sig að fara inn.

Starfsþróun

Misjafnt var hvert viðhorf þátttakenda til starfsþróunar var. Flestir voru sammála um að oft væri lítið svigrúm til starfsþróunar m.a. vegna fjársveltis innan íslenska heilbrigðiskerfisins. Að sögn þátttakenda fól hluti af starfsþróun fyrir nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga í sér að eiga möguleika á þátttöku í starfsþróunarári ef þeir unnu á Landspítalanum. Þetta fannst hluta af þeim sem bjó úti á landi miður og þeim fannst eins og þeir þyrftu meira að bera sig eftir björginni meðan þeir voru að fóta sig fyrstu mánuðina í starfi. Þeim sem unnu á Landspítalanum fannst þó starfsþróunarárið ekki endilega spennandi valkostur, eða eins og Sóley sagði:

Mér finnst efnið sem er í boði á starfsþróunarárinu mjög svipað því sem ég lærði í náminu og velti því fyrir mér hvort það henti

nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum. Ég held að það henti kannski betur þeim sem útskrifuðust fyrir löngu og vilja koma aftur til starfa við fagið.

Ábyrgð

Allir voru sammála um að störf hjúkrunarfræðinga feli í sér mikla ábyrgð og töluðu flestir um að það væri ein helsta áskorunin. Það kom fram að sú breyting, sem verður á þeim tíma frá því að viðmælendur voru hjúkrunarnemar yfir í að verða útskrifaðir hjúkrunarfræðingar, feli í sér umtalsverða aukna ábyrgð í starfi. Gerð var sú krafa að þeir hefðu umsjón með mun fleiri sjúklingum eftir útskrift en í klínísku námi og skorti þá því reynsluna til þess. Einnig kom fram að ábyrgðin væri mun meiri en sumir viðmælenda gerðu sér grein fyrir, eða eins og Íris sagði: „Þú átt bara að taka ákvarðanir sem ég ... ætlaði mér aldrei að þurfa að taka.“ Lilja lenti einnig í því að vera strax sett í verkefni sem hún taldi sig ekki tilbúna fyrir en fannst felast mikil ábyrgð í, t.d. ábyrgð á nemum og verklegri þjálfun þeirra. Allir óttuðust ákveðnar aðstæður sem kröfðust mikillar ábyrgðar af þeim og þeir voru jafnvel ekki með færni til að sinna. Nokkrir minntust á að á fyrsta starfsárinu væru þeir enn að læra en þyrftu samt að standa á eigin fótum og fannst þeim mikil ábyrgð fólgin í þessum línudansi. Þeir sem höfðu þegar lent í krefjandi aðstæðum þar sem reyndi á þekkingu þeirra og færni voru sammála um að það hefði komið þeim á óvart hversu vel þeir brugðust við í þeim sporum. Einnig kom fram að allir viðmælendur rannsóknarinnar óttuðust að gera mistök í starfi og tengdu það við ábyrgðina, eða eins og Ösp lýsti:

Það sem ég hræðist mest er að gera mistök ... maður hugsar til þess með hryllingi að, ef það skyldi gerast. Þetta getur gerst og eiginlega bara geri ég ráð fyrir að það muni einhvern tímann gerast, það er kannski mikið að gera og þá er náttúrulega miklu meiri hætta á því að gera mistök.

Streita

Flestir voru sammála um að streita sé hluti af daglegu lífi og áhrif hennar einstaklingsbundin. Það sem einum þátttakanda fannst vera neikvæð streita fannst öðrum vera jákvæð áskorun. Flestum leið vel í starfi og þótti ávallt gaman að mæta til vinnu þrátt fyrir stóran þátt streitu í starfinu sem stöðugt er að þróast í takt við samfélagsbreytingar. Streitan gat ýtt undir kulnun í starfi og haft neikvæð áhrif á upplifun þátttakenda á færni sinni. Þátttakendur fundu einnig oft ómeðvitaða streitu sem hafði víðtæk áhrif á ýmislegt í lífi þeirra. Þessi streita kom gjarnan fram í tengslum við trú þeirra á eigin getu í starfi en einnig vegna samviskubits sem þeir upplifðu í garð vinnunnar, eða eins og Sóley sagði: „Maður er alltaf svo gjarn að fá, þú veist, mórál yfir öllu. Maður á alltaf að vera bara á 150.“

Flestir voru sammála um að þeir eða fjölskyldur þeirra færðu einhverjar fórnir fyrir starfið. Það krafðist lagni að sameina vaktavinnu og einkalíf. Þeir sem voru knúnir til að vera í háu starfshlutfalli fannst þetta einkum erfitt og hafa að hluta til neikvæð áhrif á lífsgæði þeirra og vera streituvaldandi. Þrískiptum vöktum var lýst sem ákveðinni fórn sem fól m.a. í sér

löng tímabil þar sem þátttakendur hittu maka sinn og börn lítið. Viðvarandi mannekla hafði einnig áhrif á streitu þátttakenda þar sem hún gat auðið álagið í vinnunni og það litaði aftur hvernig þátttakendur náðu að nota frítíma sinn.

Færni

Þátttakendur voru allir þeirrar skoðunar að þeir byggju yfir meiri færni en þá grunaði og þeir væru betur í stakk búnir til að takast á við ögrandi verkefni í starfi, en það væri háð starfsvettvangi og fyrri reynslu á hvaða færniþætti reyndi. Flestum fannst þá vanta yfirsýn yfir þarfir sjúklinga og þau verk sem átti að innna af hendi, eða eins og Fjóla sagði: „Ég hefði þurft að vinna meira með náminu þar sem mig skorti ákveðna færni.“ En þrátt fyrir að þeir efdust fljótt í starfi og öðluðust nokkuð hratt faglega færni og náðu að tengja bóklega þekkingu úr náminu við verklega þætti starfsins gerðu þeir sér grein fyrir því að þeir áttu talsvert í land með að teljast vera reyndir hjúkrunarfræðingar. Flestir virtust vera vakandi fyrir því að til að öðlast aukna færni og eflast í starfi væri mikilvægt að nýta sér reynslu og þekkingu reyndari hjúkrunarfræðinga.

Kulnun

Viðmælendur voru allir meðvitaðir um að kulnun er þekkt innan hjúkrunarfræðistéttarinnar og margir nefndu að kulnun meðal hjúkrunarfræðinema væri raunverulegt vandamál. Sóley nefndi að hún hefði heyrt að kulnun hjúkrunarfræðinema væri rakin til of mikillar ábyrgðar í starfi fyrir útskrift og hjúkrunarfræðingar væru sérstaklega viðkvæmir fyrir kulnun á fyrstu tveimur árunum í starfi. Sóley sagði: „Ég er mjög meðvituð um streituna ... og geri mér grein fyrir að streitan getur byggst upp.“ Lilja sagði að þegar mikil mannekla væri á deildinni fyndi hún fyrir lönunartilfinningu gagnvart starfinu. Hún sagðist hafa fundið fyrir hálfgerðum kulnunareinkennum frá þriðja ári í náminu og gæti ekki neitað því að hún fyndi enn fyrir þeim. Flestir voru sammála um að mikil þreyta og langvarandi streita í starfi hefði neikvæð áhrif á líðan þeirra og gæti auðveldlega leitt til kulnunareinkenna.

Bjargráð

Samkvæmt niðurstöðum rannsóknarinnar nýttu allir viðmælendur sér einhvers konar bjargráð til að takast á við daglegar áskoranir hvort sem það var gert með innri eða ytri bjargráðum. Innri bjargráð þátttakenda rannsóknarinnar birtust einkum í formi hvíldar, sjálfsræktar, viðhorfa og ígrundunar. Allir þátttakendur nýttu sér þessi bjargráð á einn eða annan hátt. Ytri bjargráð þátttakenda fólust í utanaðkomandi stuðningi þar sem markvisst var unnið að þjálfun og styrkingu í starfi. Voru það einkum undirbúningur á námstíma, fyrri starfsreynsla, aðlögun, handleiðsla og gott starfsumhverfi.

Hvöld

Allir viðmælendur litu á hvöld sem hluta af bjargráðum en birtingarmyndin var mismunandi. Sumum fannst gott að sofa út eftir kvöldvaktir og vinnutarnir en aðrir fundu hvöld í því að takast á við önnur verkefni, s.s. að eyða tíma með fjölskyldunni, eða eins og Íris lýsti: „Ég fyllist af orku við það að eyða tíma með fjölskyldunni minni.“ Þátttakendur voru fúsir til að fórna fríu sínu í aukavaktir sem hafði þó neikvæð áhrif á hvöld þeirra þar sem þeir voru þá að vinna afar þétt, eða eins og Lilja komst að orði: „Ég fer í vaktarfrí en veit að það verður hringt í mig og ég beðin um að taka aukavakt sem klippir í sundur frí á milli vakta.“ Sóley sagði að þrátt fyrir að hún ynni að öllu jöfnu tvær til sex aukavaktir í mánuði hefði hún það fyrir reglu að taka aldrei aukavaktir þegar hún ætti fríhelgi.

Sjálfsrækt

Þátttakendur voru allir sammála um að sjálfsrækt skipti máli og stunduðu flestir einhvers konar sjálfsrækt í formi líkamsræktar, hannyrða, útiveru eða annarra áhugamála með það markmið að sinna sjálfum sér sem einstaklingi og hvílast og vinna þannig gegn streitu. Sóley var meðvituð um mikilvægi þess að efla andlega heilsu og leggja rækt við hana, t.d. með hugleiðslu og núvitund. Henni fannst mikilvægt að sinna sálrænum þáttum til að geta tekist á við áskoranir bæði í starfi og einkalífi, eða eins og hún sagði: „Maður þarf virkilega að passa upp á sjálfan sig.“ Það voru þó ákveðnir þættir sem gáfu þátttakendum minna rými til sjálfsræktar og að sameina vinnu og einkalíf. Þetta voru t.d. þrískiptar vaktir, hátt starfshlutfall, mikið vinnuálag, stór fjölskylda ásamt fjarlægð frá vinnustað.

Ígrundun

Allir viðmælendur notuðu ígrundun til að fara yfir þau verkefni sem hugsanlega hefðu mátt betur fara og voru sammála því að þeir væru ekki alltaf meðvitaðir um þegar þeir beittu ígrundun, en allir sögðust fara yfir vinnudaginn og verkefni hans. Viðmælendur nýttu sér ígrundun sérstaklega í krefjandi málum, eða eins og Lilja sagði: „Eins og mér fannst leiðinlegt að vinna ígrundunarverkefni á námstímanum þá skil ég í dag að það gagnast og beiti ég markvisst ígrundun þegar upp koma erfið mál og ígrunda þau í huganum.“ Lilja minntist einnig á að stundum velti hún deginum lengi fyrir sér og „er jafnvel heima á kvöldvakt“ eftir dagvakt á sjúkrahúsinu. Fleiri tóku í sama streng og lýsti Sóley þessu þannig: „Það kemur oft fyrir að maður sé að fara yfir ákveðið mál í huganum í marga daga.“

Námið og starfsreynsla

Námið gaf þátttakendum góðan grunn til að takast á við starfið eftir brautskráningu en var þó ekki fyllilega tæmandi gagnvart þeim verkefnum sem starfið felur í sér. Hluti þátttakenda bjó yfir starfsreynslu í umönnun áður en þeir hófu nám í hjúkrunarfræði. Helmingur þátttakenda var sjúkraliðar að mennt og töldu þá reynslu góðan undirbúning fyrir ákveðna þætti

starfsins. Allir voru sammála því að starfsreynslan, sem þeir öðluðust samhliða náminu í formi klíníks náms, sumarstarfa og hlutastarfa, hefði veitt þeim aukna verklega færni og öryggi í starfi til viðbótar við bóklegt nám.

Allir viðmælendur voru ánægðir með námið. Þeir veltu þó fyrir sér hvort auka mætti vægi klíníks náms, eða eins og Rósa sagði: „Ég hefði sjálf kosið að allt fjórða árið hefði verið skipulagt sem verknám.“ Flestir bentu þó á að vegna fjölbreytileikans, sem starfið býður upp á, sé ógerningur að undirbúa verðandi hjúkrunarfræðinga fyrir alla þætti starfsins.

Umraða

Ýmsar áskoranir verða á vegi nýtskrifaðra hjúkrunarfræðinga og misjafnt er hvernig þeir takast á við þær. Helstu áskoranirnar að sögn viðmælenda voru starfsumhverfið sem einkenndist af undirmönnun, tímaskorti og mikilli kröfu um yfirvinnu ásamt aukinni ábyrgð eftir útskrift og skorti á reynslu. Viðmælendur notuðu markvisst jákvæð bjargráð til að hvílast og vinna úr reynslu í starfinu, draga úr streitu og bæta líðan. Einnig nýttu þeir sér stuðning frá starfsumhverfinu og handleiðslu frá reyndari hjúkrunarfræðingum.

Viðmælendur rannsóknarinnar voru sammála um að þrátt fyrir góða fræðilega kennslu ásamt klínísku námi á námstíma, biðu þeirra ýmsar ófyrirsjáanlegar áskoranir eftir brautskráningu. Það er í samræmi við fræðilega umfjöllun en ljóst er að ýmsir erfiðleikar geta verið á vegi nýtskrifaðra hjúkrunarfræðinga og misjafnt er hvernig þeir takast á við þá, enda eru kröfurnar frá starfsumhverfinu fjölbreyttar (Heilbrigðisráðuneytið, 2020; Moustaka og Constantinidis, 2010; World Health Organization, 2020). Þrátt fyrir þetta þykir ljóst að viðmælendur litu ekki svo á að allar áskoranir væru neikvæðar heldur gætu þær verið tækifæri til að læra nýja hluti í starfinu og eflast sem hjúkrunarfræðingar. Þetta samræmist því sem Moustaka og Constantinidis (2010) fjalla um í grein sinni að hæfilegar áskoranir geta verið nauðsynlegar og aukið afkastagetu. Ef álagið verður hins vegar of mikið og viðkomandi sér ekki fram á að fullnægja þeim kröfum sem gerðar eru til hans geta áhrifin orðið skaðleg. Þetta kom einnig fram hjá viðmælendum í tengslum við álagið sem fylgir því að vinna í umhverfi sem einkenndist af undirmönnun, tímaskorti og mikilli kröfu um yfirvinnu. Það samræmist niðurstöðum rannsóknar Feng og Tsai (2012) þar sem nýtskrifuðum hjúkrunarfræðingum fannst erfitt að laga sig að starfsumhverfi sem einkenndist af starfsmannaskorti og tímahraki. Samkvæmt þessu er ljóst að bæta þarf ýmsa þætti í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga og huga sérstaklega að innkomu nýtskrifaðra hjúkrunarfræðinga.

Aðrar áskoranir, sem viðmælendur nefndu, tengdust þeirri breytingu sem verður á ábyrgð þeirra eftir brautskráningu, m.a. á fjölda sjúklinga. Um leið og starfsleyfi er í höfn ber hinn sami nýtskrifaði hjúkrunarfræðingur ábyrgð á allt að sjö til átta sjúklingum og jafnvel fleirum eftir þyngd deilda, ásamt því að fjöldi sjúklinga getur aukist á kvöld-, nætur- og helgarvöktum. Þetta samræmist niðurstöðum Feng og Tsai (2012)

þar sem bent er á að þetta sé sá raunveruleiki sem hjúkrunarfræðingar viðs vegar búa við. Hvort þátttakendur fundu til streitu út af ýmiss konar áskorunum og aukinni ábyrgð í starfi var einstaklingsbundið, það sem einn taldi streituvaldandi fannst öðrum jákvæð áskorun. Þetta samræmist skilgreiningu frá Rana og Upton (2009) á streitu þar sem fram kemur að hún er einstaklingsbundin og streituvaldarnir fjölbreyttir, en vinnutengd streita getur haft talsverð áhrif á líðan hjúkrunarfræðinga í starfi og á vinnuafköst þeirra (Feddeh og Darawad, 2020; McIntosh og Sheppy, 2013). Þegar um þrískiptingu vakta er að ræða er ljóst að talsvert reynir á skipulagshæfni og þrautseigju. Vaktavinna getur haft neikvæð áhrif á fjölskyldulíf og þeir sem vinna vaktavinnu eiga oft í erfiðleikum með að samræma frítíma með fjölskyldunni og starfið (Björk Bragadóttir o.fl., 2017; Costa, 2010; Ríkisendurskoðun, 2017).

Þátttakendur rannsóknarinnar töldu reynsluleysi í starfi einnig vera streituvald. Reynsluleysið kom m.a. fram þegar þeir tókust á við verkefni sem þeir höfðu ekki sinnt áður, skorti þekkingu á, eða höfðu litla og jafnvel enga reynslu af. Þeir töldu að með því að öðlast aukna færni myndi draga úr streituþáttum sem tengjast hæfni í starfi og er þetta í samræmi við rannsókn Feng og Tsai (2012). Mikilvægt er að stjórnendur hafi í huga að nýtskrifaður hjúkrunarfræðingur þarf svigrúm, tíma og góða einstaklingsmiðaða aðlögun til þess að öðlast færni til að sinna öllum verkþáttum (Rudman o.fl., 2014). Með því er hægt að brúa bilið frá námsmanni til fagmanns og þannig draga úr því raunveruleikaáfalli sem margir nýtskrifaðir hjúkrunarfræðingar finna fyrir (Laschinger og Grau, 2012).

Flestir viðmælendur rannsóknarinnar nýttu sér ýmis bjargráð til að takast á við þær áskoranir sem þeir mættu í starfi. Dæmi um innri bjargráð var hvíld, en allir virtust gera sér grein fyrir mikilvægi hvíldar og er það í samræmi við þá vitundarvakningu sem hefur verið í samfélaginu og tengist samspili heilsu og starfsumhverfis (Bragadóttir, 2016). Til að vera fær um að takast á við þær áskoranir sem starfið felur í sér þurfa hjúkrunarfræðingar að geta stundað markvissa sjálfsrækt en í henni felst t.d. ástundun á heilbrigðum lífsháttum til að endurheimta orku og koma jafnvægi á einkalíf og vinnu (Gifkins o.fl., 2017; Sigríður Halldórsdóttir, 2006; Zheng o.fl., 2017). Þátttakendur voru að vissu leyti meðvitaðir um mikilvægi sjálfsræktar til að stuðla að jafnvægi, draga úr streitu og huga að sjálfum sér til að hafa getu til að veita árangursríka hjúkrun. Flestir reyndu að sinna sjálfsrækt með t.d. líkamsrækt, félagslífi eða áhugamálum en gerðu sér grein fyrir því að rými til slíkrar iðkunar var ekki alltaf eins og þeir vildu. Flestir viðmælendur nýttu sér einnig ígrundun til að læra af reynslunni og efla með sér faglega færni en sýnt hefur verið fram á mikilvægi ígrundunar í störfum hjúkrunarfræðinga (Asselin o.fl., 2013; Bulman o.fl., 2012; Caldwell og Grobbel, 2013). Nefndu viðmælendur að þeir notuðu oft ígrundun og þá sérstaklega í þeim tilgangi að takast á við krefjandi vinnutengd mál og draga af þeim lærdóm. Flestir veltu fyrir sér ýmsum atvikum sem upp komu í vinnunni að vinnudegi loknum. Það kom fram hjá þeim öllum að þeir hefðu annaðhvort hringt upp á deild eftir að heim var komið til að tryggja að þeir hefðu sinnt skyldum sínum, eða heyrt af einhverjum sem gerði slíkt.

Ofangreind atriði nýtast til að viðhalda starfsánægju og góðu samspili milli starfs og einkalífs. Ljóst er að þeir hjúkrunarfræðingar sem ekki temja sér jákvæð bjargráð gagnvart þeim áskorunum sem mæta þeim í starfi eiga fremur á hættu en aðrir að finna fyrir streitu og kulnunareinkennum. Viðmælendur minntust flestir á að hafa upplifað vott af kulnun hvort sem var á námstímanum eða eftir brautskráningu. Ýmsir þættir í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga eru líklegir til að valda kulnun og því er nauðsynlegt fyrir hjúkrunarfræðinga að átta sig á þeim. Þar sem kulnun ýtir undir starfsánægju og getur leitt til þess að hjúkrunarfræðingar hverfi í önnur störf er þörf á að bregðast við þessum vanda (Rudman o.fl., 2014).

Þrátt fyrir að námið nái ekki að undirbúa verðandi hjúkrunarfræðinga fyllilega undir öll verkefni sem þeir standa frammi fyrir eftir brautskráningu eru þeir með góðan grunn fyrir komandi áskoranir og kunna að ráða í aðstæður og meta eigin getu. Svo virðist vera sem námið undirbúi þá ekki einungis fyrir þá verkþætti sem þeir munu standa frammi fyrir, heldur þjálfir þá einnig í gagnrýnni hugsun sem hægt er að leita í þegar á reynir. Þeir nýtskrifuðu hjúkrunarfræðingar sem tóku þátt í þessari rannsókn virtust geta metið hvenær þeir þurftu að leita til reyndari starfsmanns til að fá álit hans og ráð. Er þetta í anda umhyggjukenningar Sigríðar Halldórsdóttur (2006) en sú nálgun leggur áherslu á sjálfsþekkingu þar sem hjúkrunarfræðingurinn gerir sér grein fyrir eigin takmörkunum og vinnur stöðugt að því að efla fagþekkingu og styrkjast í starfi.

Ályktanir

Niðurstöður rannsóknarinnar veita innsýn í veganestið sem viðmælendur rannsóknarinnar fengu í náminu og hvernig hjúkrunarfræðingar nýttist þegar út á vinnumarkaðinn var komið. Eingöngu var þó leitað til þeirra sem brautskráðust frá HA á árunum 2013–2017 og náði rannsóknin til fámenns úrtaks og lýsir því aðeins skoðunum og reynslu þeirra sem tóku þátt í rannsókninni. Áhugavert væri að skoða þetta nánar með stærra úrtaki þar sem þátttakendur kæmu bæði úr HA og HÍ og þar sem starfsánægja, kulnun og streita hjá nýtskrifuðum hjúkrunarfræðingum yrði könnuð.

Mikilvægt er að styðja vel við nýtskrifaða hjúkrunarfræðinga með góðri aðlögun og aðstoða þá við að koma sér upp góðum bjargráðum gagnvart þeim áskorunum sem þeir standa frammi fyrir í starfi. Að fá loksins að takast á við starfið, þróast frá nýgræðingi til fagmanns, er ákveðið markmið sem flestir stefna að og hlakka til að takast á við. Ekki er nægilegt að hjúkrunarfræðingar búi yfir jákvæðum viðhorfum og séu fullir af eldmóði þegar þeir hefja fyrst störf heldur þarf í framhaldinu að hlúa að vellíðan þeirra í starfi svo og starfsstéttinni í heild. Passa þarf upp á starfsstéttina og gæta þess að fræðigreinin sem slík dragist ekki aftur úr eðlilegri og fordæmagefandi þróun annarra sambærilegra stétta á vinnumarkaði. Hjúkrunarfræðingar framtíðarinnar þurfa því að standa fastir á sínu og standa vörð um réttindi sín til aðlögunar og eðlilegrar starfsþróunar. Þeir sem ekki brenna jafnmikið fyrir þessari hugsjón og löngun í starfið teljast vera í vissri áhættu á að lenda

í kulnun og brottfalli þar sem þessi leið er ekki alltaf greið og getur verið þyrnum stráð. Með þessa vitneskju að leiðarljósi er einstaklega mikilvægt fyrir stjórnendur og starfsumhverfið að taka vel á móti nýjum hjúkrunarfræðingum og auðvelda þeim að leita sér aðstoðar og ráða.

Heimildir

- Asselin, M. E., Schwart-Barcott, D. og Osterman, P. A. (2013). Exploring reflection as a process embedded in experienced nurses' practice: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 69(4), 905–914. doi:10.1111/j.1365-2648.2012.06082.x.
- Bengtsson, M. (2016). How to plan and perform a qualitative study using content analysis. *NursingPlus Open*, 2, 8–14. doi:http://dx.doi.org/10.1016/j.npls.2016.01.001
- Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir. (2020). Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 96(1), 68–75.
- Björk Bragadóttir, Embla Ýr Guðmundsdóttir, Fanný Jóhannsdóttir, Harpa Júlía Sævarsdóttir og Hjördís Jóhannesdóttir. (2017). Svefn og vaktavinna. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 93(3), 48–55.
- Bragadóttir, H. (2016). Identifying indicators of healthy work environments in nursing as determinants of health in the 21st century. *Creative Nursing*, 22(4), 218–225. doi:http://dx.doi.org/10.1891/1078-4535.22.4.218
- Bulman, C., Lathlean, J. og Gobbi, M. (2012). The concept of reflection in nursing: Qualitative findings on student and teacher perspectives. *Nurse Education Today*, 32(5), 8–13. doi:https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.10.007
- Caldwell, L. og Grobbel, C. C. (2013). The importance of reflective practice in nursing. *International Journal of Caring Sciences*, 6(3), 319–326.
- Costa, G. (2010). Shift work and health: Current problems and preventive actions. *Safety and Health at Work*, 1(2), 112–123. doi:10.5491/SHAW.2010.1.2.112
- Dawson, A. J., Stasa, H., Roche, M. A., Homer, C. S. E. og Duffield, C. (2014). Nursing churn and turnover in Australian hospitals: Nurses perceptions and suggestions for supportive strategies. *BMC Nursing*, 13(1), 11. doi:10.1186/1472-6955-13-11
- Eldevik, M., Flo, E., Moen, B., Pallesen, S. og Bjorvatn, B. (2013). Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. *Public Library of Science*, 8(8), e70882. doi:https://doi.org/10.1371/journal.pone.0070882
- Feddeh, S. A. og Darawad, M. W. (2020). Correlates to work-related stress of newly-graduated nurses in critical care units. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 507–516.
- Feng, R. F. og Tsai, Y. F. (2012). Socialisation of new graduate nurses to practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 2064–2071. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03992.x
- Fida, R., Laschinger, H. K. S., og Leiter, M. P. (2018). The protective role of self-efficacy against workplace incivility and burnout in nursing: A time-lagged study. *Health Care Management Review*, 43(1), 21–29. doi:10.1097/HMR.0000000000000126
- Gifkins, J., Loudoun, R. og Johnston, A. (2017). Coping strategies and social support needs of experienced and inexperienced nurses performing shift-work. *Journal of Advanced Nursing*, 73(12), 3079–3089. doi:10.1111/jan.13374
- Guðbjörg Pálsdóttir, Gunnar Helgason og Helga Ólaf. (2017). *Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa! Vinnumarkaður hjúkrunarfræðinga*. Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- Happell, B., Reid-Searl, K., Dwyer, T., Caperchione, C. M., Gaskin, C. J. og Burke, K. J. (2013). How nurses cope with occupational stress outside their workplaces. *Collegian*, 20(3), 195–199. doi:10.1016/j.colegn.2012.08.003
- Heffernan, M., Quinn, G., McNulty, R. og Fitzpatrick, J. (2010). Self-compassion and emotional intelligence in nurses. *International Journal of*

- Nursing Practice*, 16(4), 366–373. doi:<https://doi.org/10.1111/j.1440-172X.2010.01853.x>
- Heilbrigðisráðuneytið. (2020). *Tillögur til fjölgunar útskrifaðra hjúkrunarfræðinga*. Reykjavík: Stjórnarráð Íslands, Heilbrigðisráðuneytið.
- Helga Ólafs. (2017). Munu ungir hjúkrunarfræðingar starfa við hjúkrun í framtíðinni? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 93(3), 9.
- Ingibjörg H. Jónsdóttir. (2017). Vinnutengd streita: Orsakir, úrræði og ranghugmyndir. *Ársrit um starfsendurhæfingu*, 54–57.
- Katrín Blöndal, Bergþóra Eyjólfssdóttir og Herdís Sveinsdóttir. (2010). Að vinna margslungin verk af fagmennsku í breytilegu umhverfi: Um störf hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(1), 50–56.
- Laschinger, H. K. S. og Grau, A. L. (2012). The influence of personal dispositional factors and organizational resources on workplace violence, burnout, and health outcomes in new graduate nurses: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(3), 282–291. doi:[10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2011.09.004)
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1987). Transactional theory and research on emotions and coping. *European Journal of Personality*, 1, 141–169.
- Lög um heilbrigðisstarfsmenn nr. 34/2012.
- Lög um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga nr. 77/2000.
- McIntosh, B. og Sheppy, B. (2013). Effects of stress on nursing integrity. *Nursing Standard*, 27(25), 35–39. doi:[10.7748/ns2013.02.27.25.35.e7199](https://doi.org/10.7748/ns2013.02.27.25.35.e7199)
- McMillan, J. H. (2015). *Educational research, fundamentals for the consumer* (7. útgáfa). Boston: Pearson Educations.
- Moustaka, E. og Constantinidis, T. C. (2010). Sources and effects of work-related stress in nursing. *Health Science Journal*, 4(4), 210–216.
- Rana, D. og Upton, D. (2009). *Psychology for nurses*. Harlow: Pearson Education Limited.
- Ríkisendurskoðun. (2017). *Hjúkrunarfræðingar: Mönnun, menntun og starfs-umhverfi*. Reykjavík: Ríkisendurskoðun.
- Rudman, A., Gustavsson, P. og Hultell, D. (2014). A prospective study of nurses' intentions to leave the profession during their first five years of practice in Sweden. *International Journal of Nursing Studies*, 51(4), 612–624. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.09.012>
- Sigríður Halldórsdóttir. (2006). Hjúkrun sem fagleg umhyggja: Kynning á hjúkrunarkenningu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga — Ritryndar fræðigreinar*, 1(1), 2–11.
- Vilborg Guðlaugsdóttir. (2009). Leysir kreppan manneklu í hjúkrun? Hvað með starfsumhverfið? *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(2), 32–37.
- Wildermuth, M. M., Weltin, A. og Simmons, A. (2020). Transition experiences of nurses as students and new graduate nurses in a collaborative nurse residency program. *Journal of Professional Nursing*, 36, 69–75. doi:[10.1016/j.profnurs.2019.06.006](https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2019.06.006)
- World Health Organization. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*. Genf: World Health Organization.
- Wu, T. Y., Fox, D. P., Stokes, C. og Adam, C. (2012). Work-related stress and intention to quit in newly graduated nurses. *Nurse Education Today*, 32(6), 669–674. doi:[10.1016/j.nedt.2011.09.002](https://doi.org/10.1016/j.nedt.2011.09.002)
- Yildirim, D. og Aycan, Z. (2008). Nurses' work demands and work-family conflict: A questionnaire survey. *International Journal of Nursing Studies*, 45(9), 1366–1378. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2007.10.010>
- Zhang, Y., Wu, J., Fang, Z., Zhang, Y. og Wong, F. K. Y. (2017). Newly graduated nurses' intention to leave their first year of practice in Shanghai: A longitudinal study. *Nursing Outlook*, 66(3), 202–211. doi:<https://doi.org/10.1016/j.outlook.2016.10.007>
- Zheng, R., Lee, S. F. og Bloomer, M. J. (2017). How nurses cope with patient death: A systematic review and qualitative meta-synthesis. *Journal of Clinical Nursing*, 27(1–2), 39–49. doi:[10.1111/jocn.13975](https://doi.org/10.1111/jocn.13975)

English Summary

Geirsdóttir, G. E., Kjaran, T., Jonsdóttir, K. A., Ragnarsdóttir, K. N., Skuladóttir, H.

Thrown into the deep end of the pool

Newly graduated nurses' challenges, wellbeing and coping skills

Aim: Newly graduated nurses face many challenges as they start their careers. Nursing demands a great deal of knowledge, skills and sense of precaution, which grows and evolves with added experience. An education in the field of nursing does not always seem to be enough to prepare new nurses for everything that the job requires. The experience of newly graduated nurses has often been compared to learning to swim by being thrown into the deep end of the pool. The aim of this study was to provide insight into the kinds of challenges newly registered nurses experience during their first years of nursing.

Method: A qualitative research method with the following two criteria was applied. All study participants had to have graduated in the years 2013–2017 from the University of Akureyri and worked consecutively at the same in-patient hospital ward for at least three months.

Results: The results suggest that the participants' education in nursing prepared them well for their work as a registered nurse.

However, individualized ways of adjusting to the challenges these registered nurses face are needed in order to overcome them. The participants in the study all agreed that it was necessary to find positive coping strategies to ensure a positive work experience. The participants all had a positive attitude toward their work which is, according to them, very important in the prevention of career burnout and their leaving nursing.

Conclusions: The study shows that even though registered nurses use positive coping strategies and are aware of the stress inducing aspects in their work, a supportive work environment and good management are equally important.

Keywords: *registered nurse, newly graduated, challenges and coping strategies, content analysis*

Correspondent: geg1@hi.is



FÆST NÚ ÁN LYFSEÐILS
Í NÆSTA APÓTEKI

RIZATRIPTAN ALVOGEN | VIÐ MÍGRENI

- INNIHELDUR RIZATRIPTAN
- HRÖÐ VERKUN
- MUNNDREIFITÖFLUR
- Í LAUSASÖLU

Rizatriptan 10 mg, munn-dreifitöflur, 2 stk. Virkt efni: Rizatriptan. Ábending: Bráð meðferð við höfuðverk tengdum migreniköstum, með eða án fyrirboða fyrir fullorðna. Taka skal Rizatriptan Alvogen eins fljótt og hægt er eftir að migreniseinkenni byrja. Ekki skal nota lyfið fyrirbyggjandi til að koma í veg fyrir migreniköst. Ekki taka meira en tvo skammta af Rizatriptan Alvogen á sólarhring. Það eiga einnig að líða

minnst 2 klst. á milli skammta. Ef ástandið versnar, skal leita til læknis. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfjans. Leiðið til læknis eða lyfjalæðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is

