

# Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

The Icelandic Journal of Nursing | 2. tbl. 2021 | 97. árgangur

„Starf faghópsins á að vera  
brú fyrir fræðilega þekkingu  
yfir í klínískt starf.“

- Rannveig Jóna Jónsdóttir,  
sérfræðingur í gjörgæsluhjúkrun

FORRÉTTINDI  
AÐ VERA  
HANDLEIÐARI

„JÖRÐIN  
ÞARFNAST  
HJÚKRUNAR“

MIKILVÆGI  
VIÐRUNAR  
EFTIR ERFIÐA  
ATBURÐI

## ENGUM ER HJÚKRAÐ EF ENGINN HJÚKRAR

Heilbrigðiskerfi fast í vítahring manneklu

### RITRÝNDAR GREINAR

Viðhorf hjúkrunarfræðinga  
og ljósmæðra á SAK  
til fjölskylduhjúkrunar

Fræðsluþarfir og  
sjúkdómstengd þekking  
einstaklinga með  
kransæðasjúkdóm:  
Þversniðsrannsókn við  
útskrift af sjúkrahúsi

„Þetta breytti lífi mínu“  
Reynsla fólks af  
dáleiðslumeðferð við  
afleiðingum sálrænna áfalla



# BLEIKU HANSKARNIR

## - bjarga viðkvæmum höndum

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



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

Sérfræðingar okkar veita faglega aðstoð við innkaup og pöntun.

OPIÐ ALLA  
VIRKA DAGA  
KL. 8-17

# Efnisyfirlit

- 2 Ritstjóraspjall
- 4 Pistill formanns Fíh
- 5 Héðan og þaðan
- 6 **Viðtal – Helga Þorbergsdóttir**, hjúkrunarfræðingur og sjúkraflutningamaður er í krefjandi starfi í Vík í Mýrdal en kann líka að njóta lífsins
- 12 **Faghópur í gjörgæsluhjúkrun – Rannveig Jóna Jónsdóttir** sérfræðingur í gjörgæsluhjúkrun segir að starf faghópsins eigi að vera brú fyrir fræðilega þekkingu yfir í klínískt starf
- 16 **Viðtal við Rósu Kristjánsdóttur**, deildarstjóra sálgæslu djákna og presta á Landspítala um mikilvægi viðrunar eftir erfiða atburði
- 18 **Hjúkrunarþing 2021** verður haldið í september. Takið daginn frá
- 20 **Viðtal við Unni Hebu Steingrímsdóttur**, geðhjúkrunarfræðing á BUGL og handleiðara um handleiðslu
- 24 **Viðtal við Hrönn Stefánsdóttur**, hjúkrunarfræðing á bráðamóttöku LSH og verkefnastjóra neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis, sem hefur þegið handleiðslu í 4 ár
- 26 Hópur hjúkrunarfræðinga stundar sjósund í Nauthólsvík á hverjum mánudegi
- 30 **Hugleiðing Elínar Tryggvadóttur**, hjúkrunarfræðings, um skaðaminnkun
- 32 Hjúkrunarfræðinemarnir Kristófer Kristófersson og Lilja Bjarklind Garðarsdóttir sitja fyrir svörum
- 34 **Þankastrík | Ingi Þór Ágústsson** lýsir því hvernig viðhorf hans til öldrunarhjúkrunar breyttust á svipstundu
- 36 Aðalfundur Fíh fór fram þann 26. maí og verður næst haldinn þann 12. maí 2022
- 38 **Atli Már Markússon** fór í sjúkraflutninganám í Bandaríkjunum og ákvað svo að skella sér í nám í hjúkrunarfræði og segir þetta tvennt fara vel saman
- 42 **María Ingadóttir** segir að dregið hafi úr fordómum gagnvart konum í sjúkraflutningum
- 46 Ákall til hjúkrunarfræðinga um þátttöku í að varðveita heilbrigði jarðar
- 49 Námskeið um getnaðarvarnir – lyfjaávisanir á vegum Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands
- 50 Fagdeild um forystu í hjúkrun
- 52 **Fræðigreini:** Engum er hjúkrað ef enginn hjúkrar: Stóra vandamál stjórnandans að tryggja faglega mönnun til framtíðar
- 61 Heilsuhornið
- 62 **Ritrýnd grein:** Fræðsluþarfir og sjúkdómstengd þekking einstaklinga með kransæðasjúkdóm: Þversniðsrannsókn við útskrift af sjúkrahúsi
- 72 **Ritrýnd grein:** Reynsla fólks af dáleiðslumeðferð við afleiðingum sálrænna áfalla
- 82 **Ritrýnd grein:** Viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Sjúkrahúsinu á Akureyri til fjölskylduhjúkrunar

# „Ykkar raddir eiga að heyrast, þetta er ykkar vettvangur til að láta ljós ykkar skína ...“



Þjóðin var bólusett, sumarið kom og lífið varð aftur eins og við þekktum það fyrir heimsfaraldur, þótt veiran sem setti allt úr skorðum sé ekkert farin að eilífu og eigi eflaust eftir að valda meiri usla, þá skín sólin glatt þegar þetta er skrifað og þá er alltaf meiri gleði og grilllykt í loftinu.

Nýtt tölublað Tímarits hjúkrunarfræðinga er á leiðinni í prentun, nýr ritstjóri hefur tekið við stýrinu og það eru breytingar í loftinu. Lesendur hafa eflaust nú þegar rekið augun í breytt útlit blaðsins, ritrýndu greinarnar fengu nýtt og ferskt útlit og forsiðan er allt öðruvísi en áður. Verðlaunaljósmyndarinn Heiða Helgadóttir fór og hitti Rannveigu Jónu Jónsdóttur, sérfræðing í gjörgæsluhjúkrun, sem er í viðtali í blaðinu, á gjörgæsludeildinni í Fossvogi og myndaði hana í hennar vinnuumhverfi. **Ljósmyndin er sterk; umhverfið blákalduð raunveruleiki og gjörgæsluhjúkrunarfræðingurinn alvarlegur á svipinn, enda staðan í heilbrigðiskerfinu á Íslandi grafalvarleg eins og margsinnis hefur komið fram í fréttum.** Í þessu tölublaði er einmitt fræðigrein sem ber heitið *Engum er hjúkrað ef enginn hjúkrar: Stóra vandamál stjórnandans, að tryggja faglega mönnun til framtíðar*, þar kemur fram að heilbrigðiskerfið okkar er fast í vitahring manneklu og sums staðar þannig að gengur nærri gæðum og öryggi skjólstæðinga og starfsfólks. Hvet alla til að lesa þessa grein.

En ég vil þakka hlýlegar móttökur þegar ég hóf störf fyrir stuttu, það er góð tilfinning að byrja á nýjum vinnustað og upplifa góðan starfsanda og kynnast góðu fólki; bæði hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga, og eins öllu því faglega fólki sem fyllir ritstjórnir blaðsins; það er fólkið sem hefur faglegu þekkinguna sem ég hef ekki. Ég er ekki hjúkrunarfræðingur, það má alveg segja að ég komi úr allt annarri átt; glanstímaritaheiminum, þar sem áherslan er eilítið meiri á umbúðirnar en innihaldið, ef við getum orðað það þannig. Ég ritstýrði Húsum og híbýlum; tímariti um hönnun og heimili, í níu ár. Nú er ég komin nær kjarnanum; Tímarit hjúkrunarfræðinga leggur áherslu á innihaldið en margir eru hissa og sjá ekki tenginguna. Hvernig er hægt að ritstýra glanstímariti um hönnun og fara svo að ritstýra fagtímariti hjúkrunarfræðinga? Jú, það er áskorun; spennandi áskorun sem ég tek fagnandi. Ég mun leggja metnað minn í að búa til tímarit sem hjúkrunarfræðingar vilja lesa og hafa auk þess gagn og

gaman að. Ykkar raddir eiga að heyrast, þetta er ykkar vettvangur til að láta ljós ykkar skína og því vil ég endilega heyra frá ykkur ef þið eruð með hugmynd. Ekki hika við að senda mér línu á **sigridur@hjukrun.is**

En ef ég lærði ekki hjúkrunarfræði, hvað þá? Ég ætlaði alltaf að verða ljósmóðir, það var bernskudraumurinn, mér fannst það fallegasta og merkilegasta starf í heimi og finnst það enn þá. Örlögin leiddu mig hins vegar á aðra braut því hugmyndavinna og skrif réðu för en fyrsta ljóðabókin mín var handskrifuð jólagjöf til mömmu og pabba þegar ég var tíu ára. Þau sögðu mér alltaf að heillavænlegast fyrir mig væri að fylgja hjartanu; læra eitthvað tengt því sem ég hefði ástríðu fyrir. (Kannski var það líka vegna þess að ég var svo spítalahrædd sem barn að ég endaði í sálfræðimeðferð til að komast yfir hræðsluna). Niðurstaðan varð því mannfræði og svo fjölmiðlafræði, blanda sem hentar ástríðu minni fullkomlega og ég er því alsæl í nýju ritstjórarstarfi. Ég fékk grafískan hönnuð, hana Þorbjörgu Ólafsdóttur hjá Farva, í lið með mér til að breyta útliti blaðsins. Innihaldið er að sjálfsögðu aðalatriðið en allt hitt skiptir líka máli; litaval, letur, ljósmyndir, grafískar myndir, pappírinn og uppsetninginn. Smáatriðin eru aðalatriðin segi ég stundum því ef nostrað er við öll smáatriðin smellur heildin betur saman og aðalatriðin ná betur í gegn. Þið munuð sjá fleiri breytingar á blaðinu í næstu tölublöðum og mikið vona ég að ykkur líki þær og lesið blaðið upp til agna.

Annars skrápp ég í Nauthólsvík um daginn og fylgdist þar með nokkrum hressum hjúkrunarfræðingum labba út í ískalt Atlantshafið og taka sundsprett meðan ég sat í kappklædd í fjörunni og dáðist að þeim. En núna er tækifærið, það er sumar, sól og fri framundan. Ég ætla að láta vaða út í kaldan sjóinn og synda með fiskunum, vera nagli eins og hjúkrunarfræðingarnir sem hittast alltaf á mánudögum, kannski ég fái bara að fljóta með þeim, það væri gaman!

Gleðilegt sumarfrí kæru hjúkrunarfræðingar, vonandi getið þið notið þess og hlaðið batteríin í leiðinni.

*Sigríður Elín Ásmundsdóttir*



**Tímarit hjúkrunarfræðinga**  
Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík  
s. 540 6400  
**hjukrun.is**

**Útgefandi:** Félag íslenskra  
hjúkrunarfræðinga

**Ritstjóri og ábyrgðarmaður:** Sigríður Elín Ásmundsdóttir  
**Ritnefnd:** Kristín Rósa Ármannsdóttir, Sölvi Sveinsson,  
Þorgerður Ragnarsdóttir  
**Fagritstjóri:** Þorbjörg Jónsdóttir  
**Ritnefnd ritrýndra greina:** Hrund Scheving Thorsteinsson,  
Sigrún Sunna Skúladóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir  
**Forsíðumynd:** Heiða Helgadóttir

**Ljósmyndir:** Heiða Helgadóttir, Hallur Karlsson, Sigríður Elín,  
shutterstock.com og fleiri.  
**Yfirlestur og próförf:** Ragnar Hauksson  
**Auglýsingar:** Erna Sigmundsdóttir - sími 821 2755  
**Hönnun og umbrot:** Þorbjörg Helga Ólafsdóttir, Farvi / farvi.is  
**Prentun:** Litróf



LA ROCHE-POSAY  
LABORATOIRE DERMATOLOGIQUE

BÆTIR LÍF VIÐKVÆMRAR HÚÐAR

ERTU MEÐ ÞURRA HÚÐ?  
HÚÐKLÁÐA?  
OFNÆMISHÚÐ?



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



# Tímamótarannsóknir í hjúkrun á tímum COVID-19

Á aðalfundi félagsins 26. maí síðastliðinn var samþykkt ný stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum til ársins 2030. Aðalbjörg Finnbogadóttir, verkefnastjóri fagsviðs, var fengin til að semja stefnuna, í samstarfi við stjórn og fagdeildir félagsins, þar sem faraldurinn kom í veg fyrir að hægt væri að vinna sameiginlega að henni á hjúkrunarþingi vorið 2020. Við framsetningu stefnunnar var horft til heilbrigðisstefnu heilbrigðisráðuneytisins fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Stefna félagsins er lýsing á hlut hjúkrunarfræðinga og hjúkrunar til að ná fram heilbrigðisstefnu stjórnvalda. Heimsmarkmið Sameinuðu þjóðanna voru einnig höfð til hliðsjónar sem og aðrar stefnur félagsins í einstökum málaflokkum, eins og til að mynda geð-, öldrunar- og heilsugæsluhjúkrun.

Ég tel nauðsynlegt fyrir hjúkrunarfræðinga og félagið að hafa slíka stefnu, hún tekur mið af þeirri hugmyndafræði sem starfsemi félagsins byggist á og endurspeglar jafnframt í gildum félagsins sem eru **ábyrgð, áráði og árangur**.

Nýju stefnuna má finna á heimasíðu félagsins og vil ég hvetja alla hjúkrunarfræðinga til að kynna sér hana og hafa að leiðarljósi í málefnum hjúkrunar.

Dagana 2. og 3. júní 2021 fór fram árleg líf- og heilbrigðisvísindaráðstefna Háskóli Íslands og fannst mér hún einstaklega áhugaverð, enda var haldin sérstök málstofa um covid-19 og hjúkrun. Þar birtu hjúkrunarfræðingar tímamótaniðurstöður úr rannsóknum sínum tengdum áhrifum og afleiðingum faraldursins, til dæmis mat sjúklinga með covid-19 á öryggiskennd og heilsulæsi. Einnig voru kynntar niðurstöður úr rannsóknum á annars vegar reynslu hjúkrunarfræðinga á að hjúkra covid-19 smituðum sjúklingum á covid-19-göngudeild og hins vegar reynslu hjúkrunarstjórnenda af stofnun göngudeilda fyrir covid-19-smitaða sjúklinga. Þar kom berlega í ljós, enn og aftur, mikilvægi hjúkrunarfræðinga í baráttunni við veiruna og hversu miklu lykilhlutverki hjúkrunarfræðingar hafa gegnt í faraldrinum.

Hjúkrunarstjórnendur, til að mynda, höfðu tækifæri til að nýta að fullu þekkingu sína og hæfni við koma á nýju skipulagi og taka ákvarðanir fumlaut. Það sama var að segja um aðra hjúkrunarfræðinga sem notuðu sína heildræna þekkingu, meðal annars til að skipuleggja ýmsar nýjar leiðir við að sinna sjúklingum við krefjandi aðstæður; ýmist á staðnum eða í fjarhjúkrun. Það kemur ekki á óvart að sjá í niðurstöðum einnar rannsóknarinnar, að starfið í faraldrinum hafði víðtæk sálfélagsleg og líkamleg áhrif á hjúkrunarfræðinga, og að mörkin milli vinnu og einkalífs voru óskýr. Að mínu mati eigum við eflaust eftir að sjá frekari eftirköst faraldursins þegar fram líða stundir, enda er honum ekki lokið þótt við sjáum vissulega vel til lands núna.

Þessar rannsóknarniðurstöður koma kannski ekki öllum á óvart en hér er þó búið að staðfesta þær með vísindalegum aðferðum og það skiptir gífurlega miklu máli. Hjúkrunarfræðingar, sem annars skipuðu svo veigamikinn sess í viðbrögðum heilbrigðiskerfisins við veirunni, eiga að rannsaka áhrif faraldursins og taka þannig



„Það kemur ekki á óvart að sjá í niðurstöðum einnar rannsóknarinnar, að starfið í faraldrinum hafði víðtæk sálfélagsleg og líkamleg áhrif á hjúkrunarfræðinga, og að mörkin milli vinnu og einkalífs voru óskýr.“

þátt í vísindarannsóknum innan heilbrigðiskerfisins. Það er meðal annars á niðurstöðum slíkra vísindarannsókna sem við byggjum áfram upp hágæðahjúkrunarþjónustu. Ég vil því hvetja hjúkrunarfræðinga til að halda áfram þessu góða rannsóknarstarfi og kynna það, bæði innanlands og á alþjóðavettvangi, til að þessi einstaki árangur okkar hér á landi, í viðbrögðum við faraldrinum, verði öðrum sýnilegur.

Við horfum nú til betri tíma og strax í haust fáum við fyrsta tækifærið til að sameinast á ráðstefnunni Hjúkrun 2021 sem fram fer á Hilton Reykjavík Nordica dagana 16. – 17. september næstkomandi. Ég hlakka mikið til þess að hitta sem flesta hjúkrunarfræðinga þar, enda tími til kominn að við náum að tala saman, hlæja, fræðast og gleðjast, eins og okkur er einum lagið. Við þurfum að halda áfram að standa saman, vera góð hvert við annað og muna að þessi heimsfaraldur hefur tekið, og tekur enn þá, sinn toll af landsmönnum. Við gerum áfram það sem við erum góð í sem er að hjúkra fólki, styðja hvert annað og sýna manneskjunnar skilning á annars fordæmalausum tímum.

Nú er sumarið komið og langþráð sumarfrí byrjuð. Það verður aldrei of oft sagt að hjúkrunarfræðingum, sem og öðrum, er það lífsnauðsynlegt að taka sér frí frá störfum og skerpa um leið á mörkum vinnu og einkalífs. Ég vona að þið njótið frísins með ykkar nánustu og komið endurnærð aftur til starfa að því loknu.

**Gleðilegt sumar.**



# Héðan og þaðan

Texti og myndir: Sigríður Elín



## Gersemar og sögulegir munir í húsnæði Fíh

*Hjúkrun í 100 ár*, var titill sýningar sem var haldin í Árbæjarsafni sumarið 2019. Sýningin var hluti af hátíðardagskrá í tilefni af 100 ára afmæli Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og áherslan var á sögu hjúkrunar í samhengi við breytingar á stöðu kynjanna og þróunar í tækni og vísindum, frá byrjun 20. aldar og til dagsins í dag. Á sýningunni voru sögulegir munir og öllu var svo pakkað niður að henni lokinni. En á dögnum mættu hressar í húsnæði Fíh þær Bergdís Kristjánsdóttir og Ingbjörg Pálmadóttir, sem voru í sýningarnefndinni, til þess að fara í gegnum gersemar frá sýningunni; gamlar nælur, myndir og muni, bækur, prófskirteini og spítalaföt frá löngu liðnum tímum. Ritstýran var svo heppin að hitta þær í salnum og eftir skemmtilegt spjall fékk ég leyfi til að taka nokkrar myndir fyrir Tímaritið sem gleðja vonandi.



## Nýr sviðsstjóri kjara- og réttindasviðs

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga fékk öflugan liðsmann til sín á dögnum þegar Jón Tryggvi Jóhannsson, 56 ára Siglufirðingur, hóf störf hjá félaginu.

Jón Tryggvi er með embættispróf í lögfræði frá Háskóla Íslands, MS í mannauðsstjórnun frá sama háskóla og skellti sér einnig í nám í markþjálfun. Jón Tryggvi er stoltur af sínum heimabæ Siglufirði og segist hafa alist þar upp í fullkomnu frelsi en



hann hefur búið í Reykjavík frá menntaskólaaldri. Lengst af, eða í 17 ár, starfaði hann sem lögfræðingur hjá Lífeyrissjóði verkfræðinga. Jón Tryggvi er þó ekki að koma beint frá Lífeyrissjóðnum því hann starfaði sem mannauðsstjóri og launafulltrúi á Sólheimum í Grímsnesi í rúm tvö ár áður en hann hóf störf hjá Fíh. Hann segir nýja starfið vera draumastarfið; „ekki spurning, þetta er draumurinn. Nýja starfið leggst vel í mig og ég kem inn í frábæran hóp starfsmanna hjá félaginu“, segir hann hress í bragði en þá leikur okkur forvitni á að heyra hvernig draumaferðalagið væri, vegna þess að núna er sumar og sól og frí framundan: „Ég væri mikið til í að ferðast um landið á flottum húsbíl. Það heillar mig líka mikið að heimsækja Ítalíu og Slóveníu“, svarar hann sólbrúnn og sæll.

## Saga Jóels sögð af móður hans

Auðbjörg Reynisdóttir, hjúkrunarfræðingur, skrifaði bók sem kom út á þessu ári og ber heitið **Banvæn mistök í íslenska heilbrigðiskerfinu**.

Hvernig lifir móðir af slíkan missi? Bókin er saga Auðbjargar og aftan á kápu bókarinnar segir: Móðir segir frá lífi og dauða sonar síns en röð mistaka á bráðamóttöku barna skilur eftir lærdóm sem enginn má láta framhjá sér fara. Saga fyrir alla sem vilja tryggja öryggi sjúklinga. Hér er um líf og dauða að tefla.



## Afmælisráðstefna: Krabbamein á Íslandi árið 2021 - horft til framtíðar

**70 ára afmælisráðstefna Krabbameinsfélags Íslands fer fram fimmtudaginn 26. ágúst í Háskólanum í Reykjavík.**

Á ráðstefnunni sem stendur yfir frá klukkan 16:30 til 20:30 verður fjallað um krabbamein á Íslandi í víðu samhengi, með hliðsjón af markmiðum Krabbameinsfélagsins um að fækka þeim sem fá krabbamein, fjölga þeim sem lifa og bæta lífsgæði sjúklinga og aðstandenda. Til umfjöllunar verður meðal annars staða mála hér á landi, áskoranir og nýjar leiðir og reynsla sjúklinga af greiningu og meðferð.

Þátttaka er ókeypis og léttar veitingar verða í boði.

**Ahugasamir geta skráð sig á heimasíðu Krabbameinsfélagsins.**

Hjúkrunarfræðingur í ritstjórninni pantaði sér stuðningssokka frá Compression Socks World sem eru litríkari en flestir sokkar sem veita stuðning. Þeir eru svo góðir að við urðum að láta ykkur vita af þeim! Hér er síðan [compressionsocksworld.com](https://www.compressionsocksworld.com)





Helga er mikil fjallageit og  
nýtur þess í botn að ganga á  
stór og smá fjöll, þar fær hún  
sína útrás. Hér er hún stödd  
á Höttu þar sem sést niður í  
Heiðardal.





# Bolvíkingurinn sem settist að í Vík í Mýrdal

Helga Þorbergsdóttir, hjúkrunarfræðingur og sjúkraflutningamaður, hleypur á fjöll, syndir, dansar, þrjónar, gróðursetur og nýtur lífsins samhliða krefjandi starfi sínu í Vík í Mýrdal.

Texti: Magnús Hlynur Hreiðarsson | Myndir: úr einkasafni

## Nam heilsuhagfræði, sjúkraflutninga og siðfræði

„Ég er fædd 26. júlí 1959 á Landspítalanum og flaug vikugömul á Catalinu-flugbáti til Ísafjarðar og fór síðan um Óshlíð heim til Bolungarvíkur. Ólst þar upp við opið haf, í faðmi vestfirskra fjalla og stórfjölskyldu, þar til fjölskyldan flutti í Kópavog þegar ég var á þrettánda ári. Bernskuárin fyrir vestan einkenndust af frjálssræði, athafnasemi og gleði. Bolungarvík var öflugt sjávarþorp og börnin urðu snemma virkir þátttakendur í samfélaginu. Brimbrjóturinn, fjöllin og fjaran voru okkar vettvangur. Það voru viðbrigði að flytja úr vestfirsku sjávarplássi í fjölmennið í Kópavogi en þar átti ég góð ár og þroskaferill unglingsáranna einkenndist af tilraunum til finna sjálfið í sér og staðsetja sig í tilverunni, með virkni og vináttu. Auk þess að hafa lokið námi í hjúkrunarfræði nam ég heilsuhagfræði og starfstengda heilbrigðis- og lífsiðfræði við HÍ. Ég er sjúkraflutningamaður, EMTA, og með kennararéttindi í skyndihjálpi. Til að halda mér vakandi hef ég af og til sótt námskeið tengd hjúkrun, stjórnun, opinberri stjórnsýslu og siðfræði,“ segir Helga og spyr hlæjandi hvort þetta sé ekki góð kynning á sér.

Helga er gift Sigurgeiri Má Jenssýni, lækni í Vík, og þau eiga fjögur börn sem hún segir að séu þeirra bestu vinir. Auk þess eiga þau hjónin tíu yndisleg barnabörn. „Ég er einföld kona og áhugamálin mín eru samofin lífinu og tilverunni. Fjölskyldan, starfið mitt, náttúran, umhverfið og samfélagið nær og fjær. Ég fæ góðar núvitundarstundir með því að synda, ganga, grúska, dansa, þrjóna og baka súrdeigsbrauð, svo eitthvað sé nefnt,“ segir hún og bætir við að hún horfi líka á góða sakamálaþætti til að tæma hugann. „Flestir dagar ársins hefjast á góðum sundspretti, ég nýt þess að hreyfa mig úti í náttúrunni. Svo má nefna eitt áhugamál sem Sigurgeir hefur kveikt áhuga minn á en það er skógrækt,“ segir Helga brosandi.

## Þykir vænt um starfið sitt

Hvað varð til þess að Helga ákvað á sínum tíma að fara að læra hjúkrunarfræði? „Það var einföld ákvörðun, það var þó ekki bernskudraumur að læra hjúkrun. Margt kom til greina, ég horfði yfir sviðið, sló til og hef verið þakklát fyrir það æ síðan. Starfið er krefjandi og um leið gefandi, mér þykir vænt um starfið mitt og ég er stolt af því,“ segir hún brosandi.





Hér er verið að skíra León Inga, son Hörpu Elínar, dóttur Helgu og Sigurgeirs, sem hefur verið búsett í Chile síðastliðinn áratug. Presturinn er Haraldur M. Kristjánsson. Helga þrjónaði skírmarkjólinn en barnabörnin hafa öll verið skirð í honum.

### Einstaklega fjölbreytt og ófyrirsjáanlegt starf

Árið 1985 réðu þau Sigurgeir sig til starfa á Heilsugæslustöðinni í Vík og hefur það verið þeirra starfs- og lífsvettvangur síðan, eða í hart nær 40 ár. Vík er H1 -stöð samkvæmt gamalli skilgreiningu. Af fagfólki eru þar fastráðinn einn hjúkrunarfræðingur og einn læknir. Síðan eru ritari, ræstir í hlutastörfum og sjúkraflutningamenn á bakvöktum. Helga segir að stöðin sinni allri almennri heilsugæslustarfsemi sem snertir lífsferil íbúanna frá vöggu til grafar. Einnig sinnir stöðin þeim bráðatilvikum sem upp koma í héraðinu og aðliggjandi héruðum ef þörf krefur, vaktsíminn er því aldrei langt undan. Helga segist fara um héraðið í vitjanir, til að hitta nýfædd börn og fjölskyldur þeirra, eldra fólkið sem þarf þjónustu heim og svo hefur líknandi meðferð í heimahúsum verið þáttur í starfinu í gegnum tíðina. „Ég tek blóðprufur, gef lyf, er í heilsuefandi og almennri móttöku, sinni ungbarnavernd, hitti fólk í viðtölum, hef samvinnu við grunn- og leikskóla og einnig hjúkrunarheimilið. Bólusetningar gegn covid-19 og sýnatökur eru líka hluti af starfinu mínu um þessar mundir og það má segja að fjölbreytnin sé í raun óendanleg og ófyrirsjáanleg. Ég tek vaktir á sjúkrabílnum og hendist í útköll um fjöll og firnindi ef því er að skipta,“ segir Helga.

„Ég tek vaktir á sjúkrabílnum og hendist í útköll um fjöll og firnindi ef því er að skipta ...“

### Alltaf í hlutverki hjúkrunarfræðings

En hverjir eru kostir og gallar þess að vinna í svona litlu samfélagi eins og í Mýrdalshreppi? „Þjónustusvæði stöðvarinnar spannar Mýrdalshrepp og nær aðeins út í nærliggjandi sveitir. Það eru margir kostir við að vinna í þessu dásamlega umhverfi. Hvítfyssandi öldur við svartan sandinn, græn fjöllin, hvítur jökullinn, fossar og fleira fallegt. Við höfum verið lánsöm og átt afar góð samskipti við íbúa héraðsins. Það er ekki hlaupið að því að við hjónin getum bæði komist í burtu með litlum fyrirvara og það hefur komið fyrir að það hafi verið verulega bagalegt. Aðgengi að ýmiss konar sérfræðiþjónustu hefur aukist hér en gæti verið betra,“ segir Helga og bætir við: „Mér finnst nálægðin við fólkið í héraðinu vera kostur frekar en galli og það er ekki oft sem mér hefur fundist hún erfið. Ég er Helga og ég er hjúkrunarfræðingur hvar sem ég kem og mér finnst vandræðalítið að skilja að vinnu og önnur samskipti í héraði.“

Það er óneitanlega svolítið sérstakt að hjúkrunarfræðingur og læknir Mýrdalshrepps séu hjón og eyði öllum tímum saman, í vinnunni og á heimilinu. Ætli það sé flókið? „Nei, nei,“ svarar hún brosandi. „Það vita það allir sem hafa unnið með Sigurgeiri að það er einstaklega gott og eflandi að vinna með honum. Við þekkjumst orðið ansi vel og lesum hvort annað. Við höfum það eins og trén sem dafna, við stöndum þétt saman en þó ekki í skugga hvort annars. Ég hef notið þessarar teymisvinnu öll þessi ár. Við höfum líka alltaf verið einstaklega heppin með annað samstarfsfólk á stöðinni.“

### Oft fjöldi útkalla á sólarhring yfir sumartímann

Samfélagið í Mýrdalshreppi byggist fyrst og fremst á ferðaþjónustu og ferðamönnum. Það er því gríðarlegt álag á Helgu og Sigurgeiri þegar svæðið er allt fullt af ferðamönnum, sérstaklega yfir sumartímann. „Ferðaþjónustan er undirstöðuáttvinnugrein á okkar svæði og margir vinsælustu ferðamannastaðir landsins eru hér. Þegar ferðamannastraumurinn var hér í algleymingi var rosalega mikið að gera hjá okkur gömlu hjónunum. Tugir þúsunda á svæðinu og stundum fjöldi útkalla á sólarhring, hvort sem var í sjúkraflutningum eða á stöðina. Svo kom covid og eins og hendi væri veifað hurfu ferðamennirnir og útköllum fækkaði



en við fengum ný verkefni og það er því alltaf nóg að gera,” útskýrir hún hress í bragði og bætir við að í Mýrdalshreppi sé næstum helmingur íbúanna af erlendum uppruna og það sé skemmtileg glíma að sinna þeim þörfum sem það hafi í för með sér.

### Kviðir því ekki að hætta að vinna

Helga verður 62 ára í sumar og Sigurgeir verður 68 ára, það verða því breytingar á þeirra högum á næstu árum þegar þau setjast í helgan stein, hætta að vinna og fara að njóta efri árána. Helga segist nýlega hafa lokið námskeiði í hjúkrun aldraðra. „Það rann upp fyrir mér á einum fyrirlestrinum að ég er nánast á þessum aldri sem verið var að fjalla um,“ segir hún og brosir út í annað. „Ég kviði því ekki að hætta að vinna og held raunar að það hljóti að vera gott að geta algjörlega ráðið tíma sínum sjálfur. Mér finnst líklegt að við munum halda tengslum við héraðið svo lengi sem líf og heilsa endist. Skógrækt og ýmis búsysla á jörðinni okkar í Helludal í Bláskógabyggð fær meira rými þegar við hættum að vinna. Ég reyni svo örugglega að halda taktinum í mínu lífi með sundi, grúski og gönguferðum. Það er tilhlökkunarefni að geta varið

meiri tíma með afkomendum og vonandi gefast tækifæri til að nema nýjar lendur í viðum skilningi þess orðs,“ segir Helga sátt við guð og menn.

### Oddviti og varamaður á Alþingi

Helga hefur mikinn áhuga á samfélagsmálum og fylgist með öllu því helsta, sem er að gerast í landsmálunum og sveitarstjórnarmálum. Hún var oddviti Mýrdalshrepps og sat sem varamaður á Alþingi skamma hríð á sínum tíma. „Ég hef áhuga á samfélagsmálum nær og fjær, hef til að mynda setið í stjórn Háskólafélags Suðurlands frá upphafi og sit þar enn. Ég var í meira en áratug varamaður í vísindasiðanefnd og kom talsvert að vinnu þar. Það eru fáar nefndir í Mýrdalshreppi sem ég hef ekki setið í. Það var mikil reynsla og lærdómsríkt að sitja í sveitarstjórn og gegna stöðu oddvita. Mér fannst það á við gott nám og það reyndi á einurð og ýmsa persónuleikabætti mína. Ég gaf kost á mér af því ég hafði áhuga á uppbyggingu í hreppnum, ekki síst sá ég þörf á að byggja upp íþróttamannvirki, sundlaug og íþróttahús. Við réðumst í það verkefni með ágætum árangri,“ segir Helga stolt.

*Helga með sextíu rauðar rósir á 60 ára afmæli sínu, stödd í landi þeirra hjóna í Helludal í Biskupstungum í Bláskógabyggð.*





Fyrsta bóluefnið gegn covid, sem kom til Víkur, dregið upp. Sigurgeir fylgist spenntur með konu sinni.



„Ég er Helga og ég er hjúkrunarfræðingur hvar sem ég kem og mér finnst vandræðalítið að skilja að vinnu og önnur samskipti í héraði.“

Þeir, sem þekkja Helgu vita að hún er alltaf brosandí og jákvæð. Hún segir ástæðuna einfalda. „Já, ég er þakklát fyrir svo margt í lífi mínu og mér gefast mörg tilefni til að brosa. Ég varð snemma læs og las allt sem ég komst í þegar ég var krakki. Ég man eftir mér þegar ég var líklega 11 ára, með óinnbundna bók úr bókaskáp föður míns sem hét „Speki stóu og kristni“. Það sem ég skildi eftir þann lestur var að þarna voru menn að halda því fram að afdrif og líðan færu ekki eftir því hverju fólk lenti í í lífinu, heldur hvernig það hugsaði um það og tæki á því. Einnig það að mennirnir hefðu ekki allt á valdi sínu. Þetta ásamt svo mörgu öðru, sem safnast hefur í sarp minn, hefur verið mér gott veganesti.“

#### Hjúkrun hefur eflst

Þegar Helga er spurð um stöðu stéttarinnar, hjúkrunarfræðinga, hvernig hún sé í dag að hennar mati og hvort starfið hafi breyst mikið á þeim tíma sem hún hefur starfað sem hjúkrunarfræðingur, stendur ekki á svörum. „Hjúkrun sem starfsgrein hefur tvímælalaust eflst á starfsárum mínum. Sjálfstraust stéttarinnar, virðing og sjálfstæði hefur aukist. Hjúkrunarfræðingar koma öflugir, vel menntaðir og tilbúnir til að starfa á jafnréttisgrundvelli með öðrum heilbrigðisstéttum.“ Helga er að lokum spurð út í sumarið í sumar, hvort það standi eitthvað sérstakt til og hvernig þau Sigurgeir ætli að eyða því? „Það verður nóg að gera. Sigurgeir hefur í nokkur ár tekið langt sumarfrí, horfið til fjalla og notið þess að planta tugþúsundum trjáa í land sem við eigum í uppsveitum Árnessýslu. Ég geri ráð fyrir að geta skotist eitthvað til hans, það er einstaklega róandi og gefandi að gróðursetja með manninum mínum. Við munum örugglega fara ferðir á hálendið og verja góðum tíma með afkomendum okkar. Ég hef trú á að þetta verði gott sumar,“ segir jákvæði, öflugi og skemmtilegi hjúkrunarfræðingurinn í Mýrdalshreppi.



*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.







# Faghópur í gjörgæsluhjúkrun

Rannveig Jóna Jónsdóttir, sérfræðingur í gjörgæsluhjúkrun

---

**Texti:** Sölvi Sveinsson | **Myndir:** Heiða Helgadóttir

Frá árinu 2020 hefur starf fagraða og faghópa hjúkrunar á sviðum Landspítala verið endurskipulagt. Í febrúar 2021 var stofnaður faghópur gjörgæsluhjúkrunar og fer Rannveig Jóna Jónasdóttir, sérfræðingur í gjörgæsluhjúkrun, fyrir hópnum.





Í faghópnum eru hjúkrunarfræðingar með meistaragráðu í gjörgæsluhjúkrun og er markmið faghópsins að bæta þjónustu við sjúklinga og aðstandendur á gjörgæsludeildum Landspítala. Starf faghópsins á að vera brú fyrir fræðilega þekkingu yfir í klínískt starf. Í gegnum tíðina hefur verið töluvert af hjúkrunarfræðingum með meistaragráðu í gjörgæsluhjúkrun á gjörgæsludeildum Landspítala og bætist nú jafnt og þétt í hópinn eftir að boðið var upp á meistaranám í gjörgæsluhjúkrun við Háskóla Íslands. Við náðum tali af Rannveigu sem sagði okkur nánar frá faghópnum.

Að sögn Rannveigar er faghópurinn byggður upp á gömlum grunni en Lovísa Baldursdóttir, sérfræðingur í gjörgæsluhjúkrun, fór fyrir álika hópi í fjölmörg ár. Markmið faghópsins er að gjörgæsluhjúkrun byggist á bestu þekkingu hverju sinni og að skapa svigrúm fyrir meistaramenntaða hjúkrunarfræðinga til að vinna að verkefnum sem nýtast í klínísku starfi. Sem dæmi má nefna að hjúkrunarfræðingar fái tíma til að vinna að verklagsreglum eða vísindarannsóknunum sem stuðlað geti að framþróun í gjörgæsluhjúkrun á Landspítala.

Hvað er gjörgæsluhjúkrun? „Gjörgæsluhjúkrun er mat, eftirlit og meðferð sjúklinga með bráð og alvarleg veikindi og fjölskyldna þeirra. Eftirlit með ástandi gjörgæslusjúklinga er mjög mikilvægt í hjúkrun þeirra. Eftirlit felur í sér að sjá fyrir breytingar á ástandi sjúklinga og koma þannig í veg fyrir versnun. Jafnframt er hjúkrun fjölskyldu sjúklinga stór þáttur gjörgæsluhjúkrunarfræðinga og felst til dæmis í upplýsingagjöf, nærveru, hlustun og samtali um ástand sjúklings, meðferð og viðbrögð fjölskyldu í bráðum veikindum sjúklings,“ útskýrir Rannveig.

„Starf faghópsins á að vera brú fyrir fræðilega þekkingu yfir í klínískt starf.“

### Áhersla lögð á fjölskylduhjúkrun

Rannveig segir að faghópurinn muni velja sér áhersluefni fyrir hvert starfsár og ákveðið var að leggja áherslu á fjölskylduhjúkrun á fyrsta starfsári faghópsins. Nýta á niðurstöður úr rannsóknum sem hafa verið gerðar í fjölskylduhjúkrun á deildunum. Þær niðurstöður gefa meðal annars til kynna að tilfinningalegum stuðningi við aðstandendur sé ábótavant. Rannveig segir að rannsaka þurfi hvernig hjúkrunarfræðingar geti veitt aðstandendum tilfinningalegan stuðning. Auka megi færni hjúkrunarfræðinga með ýmsum aðferðum, til dæmis með fræðslu, stuðningi frá sérhæfðum hjúkrunarfræðingum í fjölskylduhjúkrun og með herminámi. Þá má auka samstarf við aðrar fagsettir, svo sem með sálgæslu, félagsráðgjöfum og sálfræðingum. „Markmiðið er að bæta þjónustu við fjölskyldur þeirra sem liggja á gjörgæsludeild og efla hjúkrunarfræðinga í að sinna fjölskyldum sjúklinga.“

### Mikilvægt að hafa hjúkrunarfræðinga með sérfræðiþekkingu

„Gjörgæsla er flókin og margbreytileg sérgrein í meðferð sjúklinga með bráð og alvarleg veikindi og fjölskyldna þeirra. Framhaldsnám í gjörgæsluhjúkrun er mikilvægt hjúkrunarfræðingum til að kynnast gagnreynndri þekkingu gjörgæsluhjúkrunar, ásamt viðfangsefnum og álitamálum í meðferð gjörgæslusjúklinga, færa rök fyrir eigin úrlausnum og geta tekið faglegar ákvarðanir og rökstutt þær,“ segir Rannveig.

### Gróska í gjörgæsluhjúkrun

Haustið 2019 var sett á laggirnar meistaranám í gjörgæsluhjúkrun við Háskóla Íslands í samstarfi við Landspítala. Námið mæltist vel fyrir, en alls luku níu hjúkrunarfræðingar meistaranámi nú í vor. Rannveig segir að á næsta ári muni fjórir hjúkrunarfræðingar til viðbótar, á gjörgæsludeildum Landspítala, ljúka meistaranámi. „MS-nám í gjörgæsluhjúkrun nær yfir fjögur samfelld misseri. Í náminu eru tekin kjarnanámskeið meistaranáms í hjúkrunarfræði og sérhæfð gjörgæslunámskeið, eins og gjörgæsluhjúkrun



# „Markmiðið er að bæta þjónustu við fjölskyldur þeirra sem liggja á gjörgæsludeild og efla hjúkrunarfræðinga í að sinna fjölskyldum sjúklinga.“

og lyfjafræði svæfingalyfja. Á síðustu önn námsins vinna nemendur lokaverkefni í gjörgæsluhjúkrun. Hægt er að sækja um MS-nám í gjörgæsluhjúkrun tvisvar á ári, eins og þegar sótt er um MS-nám í hjúkrunarfræði. Aðsóknin hefur verið góð og ljóst er að mikill áhugi er hjá hjúkrunarfræðingum á Íslandi að sækja sér menntun í gjörgæsluhjúkrun. Gjörgæsludeildir Landspítala í Fossvogi, á Hringbraut og nýburagjörgæslu bjóða hjúkrunarfræðingum, sem starfa á gjörgæsludeildunum, klínískt starfsnám samhliða MS-gjörgæsluhjúkrunarnámi annað hvert ár. Klínískt starfsnám hefst haustið 2021 og lýkur vorið 2023, í náminu er mikil áhersla lögð á nýtingu rannsókna,“ útskýrir Rannveig. Hún bætir

við að faghópurinn verði mikilvægur farvegur fyrir hjúkrunarfræðinga sem eru að ljúka meistaranámi þar sem þeir fá svigrúm og utanumhald til þess að efla hjúkrun á gjörgæsludeildum Landspítala.

## Nýir leiðarvísar fyrir sjúklinga og aðstandendur

Rannveig segir frá metnaðarfullri útgáfu á leiðarvísi fyrir sjúklinga og aðstandendur á gjörgæsludeild sem kom út núna í júní. Leiðarvísirinn er þýðing á efni frá bresku góðgerðarsamtökunum ICUsteps ([icusteps.com](https://www.icusteps.com)) og verður boðinn aðstandendum og sjúklingum á gjörgæslu, ásamt því að birtast í íslenskri þýðingu á vefsíðu [icusteps.com](https://www.icusteps.com). Í leiðarvísinum eru upplýsingar um dvöl á gjörgæslu, og ráðgjöf og upplýsingar um meðferð og bataferli á legudeild, eftir útskrift af gjörgæsludeild, og eftir að heim er komið. Jafnframt var gefinn út bæklingur fyrir börn sem heimsækja aðstandanda á gjörgæslu en sá bæklingur er einnig ættaður frá ICUsteps.

## Öflugur hópur hjúkrunarfræðinga að bætast í hóp gjörgæsluhjúkrunarfræðinga

Á vorönn 2021 útskrifuðust, eins og fyrr segir, níu hjúkrunarfræðingar með meistaraþráðu í gjörgæsluhjúkrun frá hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Lokaverkefni hjúkrunarfræðinganna eru fjölbreytt en eiga það sameiginlegt að vera miðuð að þörfum sjúklinga og aðstandenda á gjörgæsludeild og tengjast því beint klínískri gjörgæsluhjúkrun. Hér til hliðar eru heiti lokaverkefnanna, ásamt nöfnum hjúkrunarfræðinganna.





## Nýburagjörgæsla

*Mat á þörf á nýju verklagi við verkjamat á nýburagjörgæsludeild á Íslandi í ljósi prófunar á íslenskri þýðingu á endurskoðuðu PIPP-R Theja Lankathilaka\*\**

*Ljósameðferð við nýburagulu í heimahúsi: Kerfisbundin fræðileg samantekt Fanný B. Miiller Jóhannsdóttir\**

*Samvera foreldra og fyrirbura á nýburagjörgæslu Landspítala Birna Rut Aðalsteinsdóttir\*\**

*Eftirlit með lífsmörkum og einkennum nýbura. Þýðing, staðfæring og forprófun á matstækinu Newborn Early Warning Trigger and Track (NEWTT) Guðrún Stefánsdóttir\**

*Álag og liðan foreldra barna með meðfædda hjartasjúkdóma á nýburagjörgæslu Landspítala Elín Gróa Guðjónsdóttir\*\**

## Gjörgæsla fullorðinna og barna

*Þættir í umönnun fullorðinna sjúklinga á sjúkrahúsi sem fengið hafa skammtíma barkaraufartúbu á gjörgæsludeild: Kerfisbundin fræðileg samantekt Regina Böðvarsdóttir\**

*Lífslökameðferðir á gjörgæslu. Áhrif umönnunar-þátta hjúkrunar og upplifun fjölskyldu. Samþætt fræðileg samantekt Anna Halla Birgisdóttir\**

*„Hvað er að hrjá mig?“ Kerfisbundin fræðileg samantekt á mati á verkjum, vökustigi, óráði og/ eða fráhrarfi barna á gjörgæsludeild og áhrif þess á útkomu barna á og eftir gjörgæsludeild Anna Harðardóttir\**

*Hægðalosun og hægðalyfjameðferð gjörgæslu-sjúklinga: Lýsandi samanburðarrannsókn Aníta Agestad\*\**

\*Verkefni aðgengilegt á skemman.is

\*\*Aðgangur takmarkaður





# Mikilvægt að viðra tilfinningar eftir erfiða atburði

Texti og mynd: Sigríður Elin

Á heimasíðu Landspítala má finna upplýsingar um áfallahjálp og eru þar taldir upp sex þættir sem áfallahjálpsamanstendur af. Þessir þættir eru sálræn skyndihjálp, upplýsingar og fræðsla, viðrun, úrvinnsla, virkjun stuðningskerfis fyrir þolendur áfalla og að lokum mat á áhættuþáttum og eftirfylgd. Við ætlum að staldra við þriðja þáttinn; VIÐRUN, og fengum Rósu Kristjánsdóttur, deildarstjóra sálgæslu djákna og presta á Landspítala, til að fræða okkur.

„Orðið defusing, eða viðrun eins og það er nefnt á íslensku, merkir það atferli að gera eitthvað skaðlaust áður en það getur valdið skaða. Í orðabókum er það meðal annars þýtt með þeim hætti að viðrun er líkt við það að gera sprengju óvirka; að aftengja áður en sprengjan getur valdið skaða. Það er að segja, að þegar alvarlegir atburðir verða, til að mynda alvarleg slys eða veikindi, er nauðsynlegt fyrir starfsfólk deilda sem að málinu koma, að hafa tækifæri á því að koma saman og fara yfir reynslu sína. Að viðra tilfinningar sem fyrst eftir atburðin til að reyna að koma í veg fyrir að reynslan hafi langvarandi áhrif á líðan. Ef ekki er hægt að gera aðstæður skaðlausar, svo við höldum okkur við það orð, þá er að minnsta kosti reynt að minnka líkurnar á hugsanlegum skaða; draga úr einkennum,“ útskýrir Rósa. Í stuttu máli má segja að viðrun sé það þegar lítill hópur fólks kemur saman eftir erfiða reynslu, sem er það áhrifamikil að hætta er á að hún hafi áhrif á hæfni okkar til halda stjórn.

**Nauðsynlegt að viðrun eigi sér stað sem fyrst**  
Viðrun, (defusing), er styttri og að vissu leiti einfaldari útgáfa af kerfisbundinni úrvinnslu, (debriefing). Rósa segir mikilvægt að viðrun sé unnin fyrr en þegar um úrvinnslu sé að ræða. „Nauðsynlegt er að viðrun eigi sér stað sem fyrst eftir erfiðan atburð. Og vegna þess að viðrun á sér stað svo fljótt er ekki farið eins djúpt í tilfinningarnar eins og þegar úrvinnslu vinna fer í gang. Viðrun gerir fólki, sem lendir í erfiðum aðstæðum, fært að tala um reynsluna áður en það hefur í raun tíma til að

endurskoða hana og mögulega mistúlka eða misskilja raunverulega þýðingu hennar fyrir hvern og einn. Samkvæmt þeim heimildum, sem ég hef aflað mér, er því sums staðar haldið fram að viðrun strax, sé betri og hjálpi betur, en þegar beðið er í sólarhring, sem ráðlagt er að líði áður en kerfisbundin úrvinnsla fer í gang. Viðrun er notuð strax eftir áfall og þarfnast ekki teymis, sem er hins vegar kallað til þegar úrvinnsla á við. En viðrun er ferli sem á alls ekki alltaf við, það þarf að vega og meta það út frá ýmsum þáttum eins og til að mynda tímasetningu.

Þegar Rósa er spurð hver markhópurinn sé segir hún að hann sé miðaður við kjarnann í hópnum sem var í mestri nálægð í erfiðum aðstæðum. Vanalega eru um sex til átta manns í hópi, en oft er nauðsyn að vera með viðrun í fleiri minni hópum, sem tengjast sama atburði en hver hópur kemur að á mismunandi hátt og hefur því sérstöðu sem þarf að ræða sérstaklega.

Hverjir eiga að sjá um og stjórna viðruninni? „Faglega séð er ráðlagt að fá utanaðkomandi aðstoð þegar viðrun á sér stað. En þær aðstæður geta komið upp, eins og til dæmis, þegar erfið tilfelli koma upp að nóttu til, að aðgangur að stuðningi er ekki eins auðsóttur og á daginn, hvað gerum við þá? Allir sem koma hafa þörf fyrir stuðning og því er ekki hægt að ætla einum úr hópnum að vera í hlutverki stjórnanda. Ef vaktstjóri metur aðstæður þannig að nauðsyn sé að fá aðstoð strax, kallar hann eftir þeim presti eða djákna sem er á vakt í sjúkrahúsinu og biður um aðstoð.“

### Viðrun má ekki misnota þá missir hún marks

„Nauðsynlegt er að viðrun eigi sér stað í hlutlausu rými. Hún á aldrei að vera á vettvangi atburðarins. Ef aðstæður uppfylla kyrrð og næði má segja að hægt sé að vera næstum því hvar sem er.

Ef atburðurinn, sem kallar á viðrun, á sér stað í byrjun vaktar er best að geta sest niður strax og víðra reynsluna. Geta síðan tekið til næstu verka það sem eftir er vaktar og þannig minnkað álagið. Gangi það ekki er nauðsynlegt að tryggja að engin fari af vaktinni fyrr en viðrun hefur átt sér stað svo fólk geti farið heim til fjölskyldu sinnar og skilið að vinnu og einkalíf,” segir Rósa og spurð út í tímamörk viðrunar segir hún að viðrun taki venjulega frá tuttugu mínútum upp í klukkutíma hámark.

„Viðrun gerir fólki, sem lendir í erfiðum aðstæðum, fært að tala um reynsluna áður en það hefur í raun tíma til að endurskoða hana og mögulega mistúlka eða misskilja ...”



„Ef viðrun fer að ráði yfir klukkustund er það merki um að hópurinn hefur orðið fyrir alvarlegu áfalli sem þarfnast nánari stuðnings eða stjórnun hópsins hefur farið út um þúfur og umræðan út fyrir það sem skipti máli. Sé það mat stjórnanda að meira sé að en viðrunarfundur geti tekið á er nauðsynlegt að gera viðeigandi ráðstafanir, eins og að koma á kerfisbundnum úrvinnslufundi á næstu dögum.”

Eðli málsins samkvæmt er fyrirvari viðrunarfundar oftast stuttur og því ekki alltaf hægt að undirbúa fundina mikið. „Stutt lýsing á því sem gerðist er næg, svo er farið yfir hvað var erfiðast, staðreyndir, hugsanir, viðbrögð og einkenni. Það er mikilvægt að hvetja alla til að tala en virða þá sem kjósa að þegja. Enginn pressa á að vera á þátttakendum, heldur fullvissa um að umhyggja fyrir þeim sé undirliggjandi ástæða fyrir samverunni. Traust er forsenda fyrir því að vel gangi. Þegar viðrun á sér stað er reynt að svara þeim spurningum sem spurðar eru, átta sig á reynslunni og viðbrögðunum hjá hópnum. Ræða um viðbrögð og sjálfshjálp við stressinu og álaginu. Koma svo á úrvinnslufundi reynist það niðurstaðan eftir viðrunina. Gefa endurgjöf, (feedback), hvað var gott og hvað er hægt að læra af reynslunni. Gefa einnig færi á áframhaldandi stuðningi ef þess er þörf.”

Hvenær á viðrun ekki við? „Viðrun er byggð upp sem lítill hópur, skjót íhlutun eftir álag og stress, sem á sér stað á fyrstu átta klukkustundum eftir erfiðan atburð; oftast eftir erfið slys. Að nota viðrun þegar margir dagar eru liðnir frá atburði er misnotkun á aðferðinni. Að nota viðrun eftir allar vaktir er líka misnotkun sem orsakar að aðferðin missir marks og áhrif hennar verða að engu með tímanum. Aðeins þeir sem kunna til verka eiga að stjórna viðrun og sjá til þess að henni sé beitt rétt,” segir Rósa Kristjánsdóttir að endingu. Þeir sem vilja kynna sér þetta nánar geta lesið lokaverkefnið „Viðrun á bráðamóttöku” sem má nálgast á [skemman.is](http://skemman.is).



# Ráðstefna

## Hjúkrun 2021 verður haldin í september!

Vísindaráðstefnan Hjúkrun 2021 verður haldin á Reykjavík Hilton Nordica, dagana 16. og 17. september næstkomandi. Ráðstefnan er haldin annað hvert ár. Undanfarin ár hefur ráðstefnan verið vel sótt af hjúkrunarfræðingum og verður það vonandi líka núna í ár.

**Texti:** Edda Dröfn Daníelsdóttir, sviðsstjóri fagsviðs

Í boði verða fyrirlestrar um niðurstöður rannsókna, þróunar- og gæðaverkefna, veggspjaldakynningar og málstofur. Mikill undirbúningur á sér stað fyrir ráðstefnuna og sér Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, annars vegar um að skipa undirbúningsnefnd sem er ábyrg fyrir dagsskrá ráðstefnunnar, og hins vegar vísindanefnd, sem er ábyrg fyrir því að fara yfir öll innsend ágrip fyrir ráðstefnuna. Nefndirnar eru skipaðar hjúkrunarfræðingum frá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga, Háskóla Íslands, Háskólanum á Akureyri, Landspítalanum og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

### Málstofur í staðinn fyrir vinnusmiðjur

Í ár var ákveðið að gera ákveðnar breytingar á dagskrá ráðstefnunnar sem hefur verið með hefðbundnu sniði undanfarin ár. Ákveðið var að hætta að bjóða upp á vinnusmiðjur og vera þess í

stað með málstofur, þar sem þeir til fjórir verða með erindi, svo þegar allir hafa lokið sínum erindum verður opnað fyrir spurningar og umræður. Einnig var ákveðið að breyta kynningu á veggspjöldum þannig að í ár verður boðið upp á örkynningar á þeim, sem fara fram með þeim hætti að hver hjúkrunarfræðingur fær þrjár mínútur til að kynna og svo tvær mínútur fyrir spurningar og umræður.

### Aðalfyrirlesararnir í ár íslenskir

Undanfarin ár hefur verið hefð fyrir því að fá erlenda fyrirlesara sem aðalfyrirlesara á ráðstefnuna en í ár var ákveðið að einblína á íslenska aðalfyrirlesara sem verða; Ásta Thoroddsen, dósent við hjúkrunafræðideild Háskóla Íslands, María Fjóra Harðardóttir, forstjóri Hrafnistu og Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, framkvæmdastjóri hjúkrunar hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Undirbúningsnefnd og vísindanefnd, fyrir vísindaráðstefnuna Hjúkrun 2021, binda miklar vonir við að þessar breytingar munu leggjast vel í ráðstefnugesti og hlakka til að sjá sem flesta hjúkrunarfræðinga á ráðstefnunni í haust.





AAAAAAAAATSSJÚÚÚ!



# Of mikið sumar?

## Flynise – 24 klukkustunda virkni við ofnæmi

Flynise filmuhúðaðar töflur innihalda 5 mg af virka efninu desloratadíni og er ofnæmislyf sem er ætlað til meðferðar á einkennum ofnæmiskvefs og ofsakláða. Flynise er ætlað fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri og er áhrifaríkt við að draga úr einkennum ofnæmiskvefs eins og hnerra, nefrennsli og kláða í nefi, ásamt augnkláða, tárarennslis og roða í augum og kláða í efri góm. Lyfið er til inntöku og á að gleypa töfluna heila. 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](http://www.serlyfjaskra.is) Markaðsleyfishafi Actavis Group PTC ehf.

teva



# Ákveðin forréttindi að vera handleiðari

Handleiðsla getur verið mikilvægur stuðningur fyrir hjúkrunarfræðinga í krefjandi starfi og starfsumhverfi og þyrfti að vera algengari og sýnilegri sem hluti af starfsþróun og eflingu hjúkrunarfræðinga. Unnur Heba Steingrimsdóttir er geðhjúkrunarfræðingur á BUGL og handleiðari. Hún hefur verið í Stuðnings- og ráðgjafarteymi Landspítalans í mörg ár og veitir einnig handleiðslu á stofu.

**Texti:** Kristín Rósa Ármannsdóttir | **Mynd:** úr einkasafni



## Hvers vegna ákvaðst þú að læra handleiðslu?

„Ég hef alltaf haft áhuga á mannlegum samskiptum og það hefur stýrt vali mínu á starfsvettvangi hjúkrunar. Ég fór sjálf fyrst í handleiðslu fyrir rúmum 30 árum þegar ég var að vinna á spítalanum við krefjandi starf, sem deildarstjóri á geðdeild, og það hjálpaði mér mikið. Bæði í að eflast í því starfi en einnig með að horfa inn á við og læra á styrkleika mína og hindranir. Á þessum árum fór ég í sérnám í geðhjúkrun, þar sem ég hafði mikinn áhuga á því sem tengdist geðheilbrigði, og síðan í kjölfarið fór ég í handleiðslunámið. Þar sá ég tækifæri til að læra meira og fara dýpra í þætti sem við höfðum lært í geðhjúkrunarfræðinni og einnig að tengja betur við þá reynslu sem hafði þegar öðlast við klínísku vinnuna á geðsviði spítalans. Það var kannski helsta ástæðan fyrir því að ég fór í handleiðslunámið og ég hef aldrei séð eftir því. Það hefur verið mjög hjálplegt á margan hátt. Ég lít á það sem ákveðin forréttindi að vera handleiðari. Ég er alltaf að læra eitthvað nýtt og áhugavert, ég er að fá aðgang að því sem skiptir miklu máli fyrir fólk, hvað það er að hugsa, spá í, hefur áhyggjur af eða er ánægt með og þetta er samtál þar sem ég gef einnig af mér. Ég fór einnig í dáleiðslunám samhliða geðhjúkrunarnáminu, tók mastersnám í mannauðsstjórnun, með áherslu á áhættustjórnun, og hef verið að þjálfa mig í fjölskyldumeðferð og áfallastreitumeðferð síðustu árin. Þetta eru allt módel og hugmyndafræði sem nýtast mér við handleiðsluna. Það er hægt að nýta handleiðslu á svo margan hátt og þar skiptir reynsla og þekking handleiðarans miklu máli.

## Handleiðsla er ákveðið lærdómsferli

„Handleiðsla er samvinna og samtál á milli handleiðsluþega og handleiðara. Þetta er formlegt, það er trúnaður og yfirleitt er gerður samningur um ákveðinn tímaramma. Gerður er greinamunur á því hvort verið er að veita ráðgjöf eða handleiðslu. Handleiðsla er hugsuð sem ákveðið lærdómsferli og getur verið með ýmsu sniði. Það eru ákveðin viðfangsefni sem handleiðsluþeginn hefur þörf



## „Reynslan hefur sýnt sig að handleiðsla skiptir máli fyrir starfsfólk til að takast á krefjandi verkefni og koma í veg fyrir kulnun í starfi.“

fyrir að skoða og vill tala um. Ég sem handleiðari hlusta og kem síðan með endurgjöf, einhverjar hugmyndir, einhver verkfæri inn í samtalið, sem þá vonandi nýtist viðkomandi handleiðsluþega. Það sem handleiðsla felur í sér er að þú ert alltaf að skoða sjálfsímyndina þína. Þú ert að skoða hvaðan þú kemur og skoða hliðstæð ferli, sem eiga sér oft orsakir og rætur í fortíðinni, og eru að keyra einhver viðbrögð sem þú ert að sýna í dag. Flestir sem koma til mín eru í krefjandi starfi hvort sem það tengist stjórnun starfsmanna eða umönnun skjólstæðinga og oft í yfirþyrmandi, streituvekjandi aðstæðum. Þannig er fókussinn oft til að byrja með, eins og í áfallafræðunum í dag, á að draga sem mest úr spennu og skoða hvar þolmörkin þín liggja. Þú byrjar á að kortleggja, vinna úr upplýsingum, tengja og setja á rétta staði og færa svo út kvíarnar. Handleiðslan getur þannig verið vettvangur til að hjálpa fólki að komast aftur inn í þolmörkin sín og til grundvallar liggur efling á sjálfsmeðvitund, sjálfstrú og styrkleikum. Oftast er handleiðslan að fókusera á vinnusvæðið þitt eða vinnusjálfið en óhjákvæmilega skarast þetta oft mikið við einkasjálfið, það sem fólk er að upplifa persónulega í sínu einkalífi. Í handleiðslu ertu að nota þekkinguna þína. Þú ert staddur einhvers staðar og ert með einhverjar þælingar og þú færð tækifæri til að vikka út það sem þú ert að hugsa um. Auðvitað getur það alveg eins verið eitthvað jákvætt frekar heldur en að það sé alltaf eitthvað að. Þú þarft að vera tilbúinn til að fara inn á við, að skoða sjálfan þig og stundum er fólk tilbúna til þess ef það er í krísu eða finnur eitthvað trufla daglegt líf. Þá er fólk oft tilbúna að fara meira inn á við og fá aðstoð við að leysa úr því sem það er að takast á við,“ segir Unnur.

Hún bætir við að þegar hún byrjaði í handleiðslunáminu hafi verið gerður greinarmunur á samtalsmeðferð og handleiðslu og segir að margt sé klárlega sameiginlegt. „Það sem er mikilvægt er að þú hafir viðeigandi hugmyndafræði, þekkingu og þjálfun og vitir á hvaða svæði þú ert að vinna með viðkomandi sem handleiðari eða meðferðaraðili.“

### Hvaða ástæðu þarf maður að hafa til að sækja um að fara í handleiðslu?

„Ástæðan getur til dæmis verið sú að það er eitthvað sem truflar þig, þú vilt skoða sjálfan þig aðeins betur og fá tækifæri til þess að fá nýja sýn, eða þú vilt kryfja eitthvað til mergjar, og fá tækifæri til að læra meira. Handleiðsla getur líka verið tækifæri til að efla styrkleika, fá staðfestingu á því að þú ert á réttri leið.“

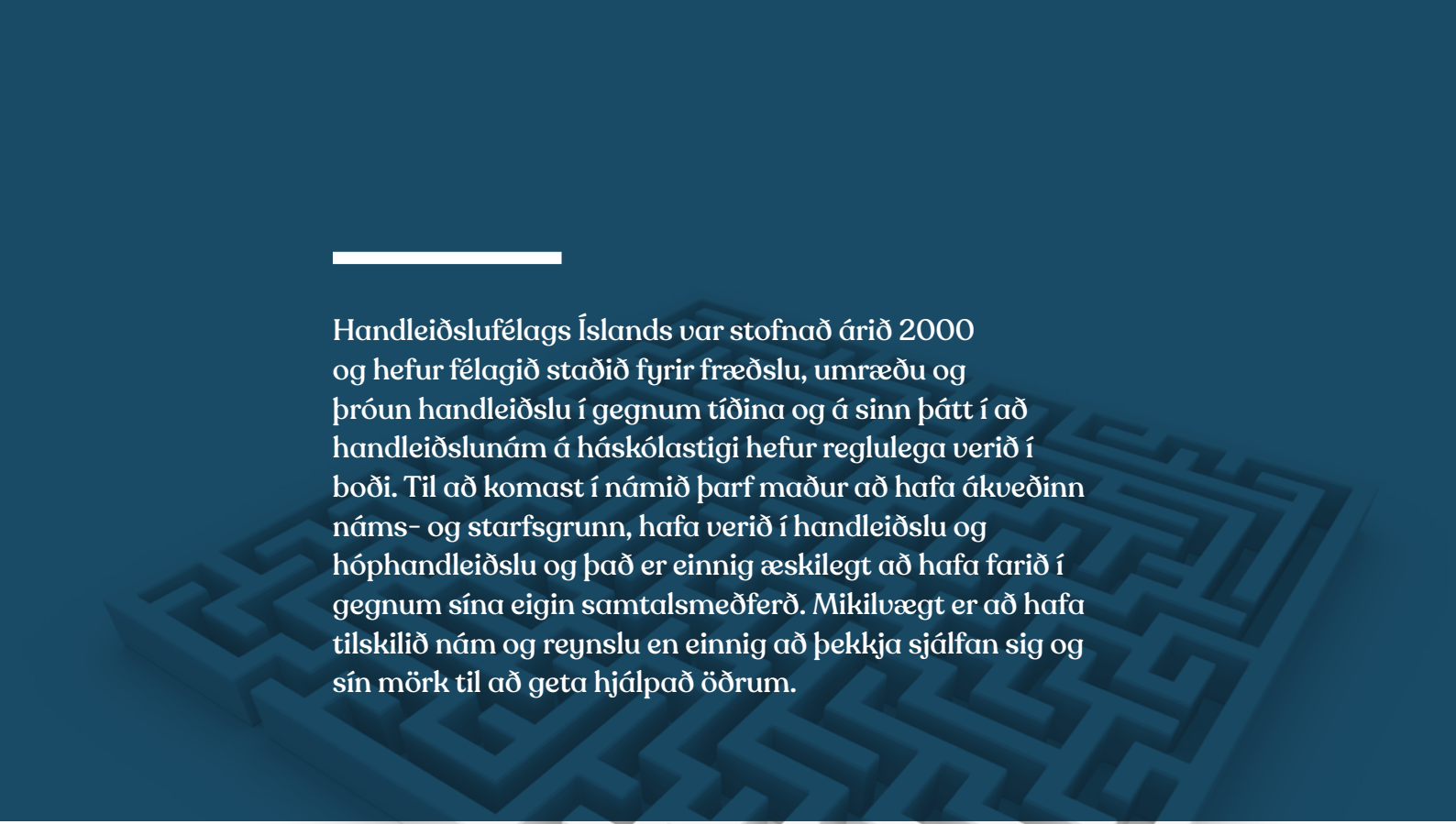
### Hvert er hlutverk handleiðara?

„Ég myndi segja að hlutverk handleiðara sé að mynda traust og skapa vettvang til þess að sá sem sækir handleiðsluna geti komið með sín viðfangsefni inn í samtalið. Þú ert að bjóða viðkomandi velkominn og þetta er alltaf samvinna. Fólk þarf að upplifa að þú hafir einlægan áhuga á því að verða að liði og að þú hafir áhuga á því sem viðkomandi er að segja. Bæði það sem er truflandi og viðkomandi vill skoða hjá sjálfum sér, eða í þeim verkefnum sem viðkomandi er að sinna. Þetta er þematengt. Þú kemur ekki í handleiðslu þar sem handleiðari segi þér um hvað þú átt að tala. Þú sem handleiðsluþegi verður að koma með það. Handleiðari og handleiðsluþegi kynnast í fyrsta tímanum og ef grundvöllur næst fyrir samvinnu koma fram aðalatriðin sem viðkomandi vill ræða í handleiðslunni og svo þróast það í samtalinu. Handleiðsla er vettvangur til að heyra sjálfan þig tala um það sem skiptir máli fyrir þig; hafa vettvang til að ræða það og fá endurgjöf á umræðuefnið sem skiptir þig máli. Þú getur svo fengið hugmyndir, leiðbeiningar og tilvísanir í einhvers konar lausnir sem þú hefur áhuga á að samþykka eða vísa frá. Það er bara opið. Handleiðsla á að vera styðjandi og öruggt svæði fyrir þetta samtali.“

### Hverjir þurfa á handleiðslu að halda?

„Flestin geta nýtt sér handleiðslu. Alls staðar í starfi, til dæmis innan spítala þar sem er mikið álag, miklar kröfur og flókin vandamál og verkefni sem fólk er að glíma við, og þarf stuðning með. Bæði í tengslum við veikindi sjúklinga en líka varðandi samskipti innan fagstétta, teyma og almennt í starfi. Ég er til dæmis oft að handleiða hjúkrunarfræðinga sem eru að byrja í starfi á mínum vinnustað (BUGL). Við erum oft með flókin og þung mál og oft verður erfitt. Þá er handleiðsla vettvangur til að losa spennu, sortera sjálfan sig og finna út úr ýmsum málum. En nálgunin er ólík eftir því hvort þú ert að handleiða nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga, sem eru að byrja í sínu starfi, þar sem fókussinn er meira á fagímyndina, eða hvort þú ert að handleiða einhvern sem er með mikla fagþekkingu og áralanga reynslu. Þetta er fjölbreytt og handleiðsla getur bæði verið fyrir einstaklinga og hópa. Við höfum til dæmis lengi verið með vikulega hóphandleiðslu í Fjölskyldumeðferðarteymi BUGL. Einnig hefur verið handleiðsla fyrir teymi spítalans á hinum ýmsu deildum. Á BUGL hafa einnig verið að þróast, síðustu 15 árin, á landsvísi samráðsteymi í heimabyggð sem eru innan heilsugæslu, félagsþjónustu, barnaverndar og skóla. Þar má líka segja að fagfólk okkar sé með ákveðna handleiðslu; á vinnubrögð, á mál og fleira.“





Handleiðslufélag Íslands var stofnað árið 2000 og hefur félagið staðið fyrir fræðslu, umræðu og þróun handleiðslu í gegnum tíðina og á sinn þátt í að handleiðslunám á háskólastigi hefur reglulega verið í boði. Til að komast í námið þarf maður að hafa ákveðinn náms- og starfsgrunn, hafa verið í handleiðslu og hóphandleiðslu og það er einnig æskilegt að hafa farið í gegnum sína eigin samtalsmeðferð. Mikilvægt er að hafa tilskilið nám og reynslu en einnig að þekkja sjálfan sig og sín mörk til að geta hjálpað öðrum.

#### **Hvernig geta hjúkrunarfræðingar nýtt sér handleiðslu?**

„Það er lærdómstækifæri að vera í sambandi við handleiðara og fá handleiðslu varðandi hvar þú ert staddur með sjálfan þig, varðandi fagþekkingu, samskipti við samstarfsfólk og sjúklinga og hvert þú vilt stefna. Þetta er lærdómsvegur. Landspítalinn er stór vinnustaður þar sem alltaf má búast við miklum hraða og streituvekjandi aðstæðum sem þarf að mæta út frá faglegum forsendum og ákveðnum kröfum. Handleiðslan þarf að miðast við það, sem þýðir ákveðinn sveigjanleika, og að gerðir séu samningar fyrir lengri eða styttri tíma, eftir þörfum þeirra sem vinna á spítalanum. Það getur til að mynda oft verið erfitt fyrir starfsfólk, að komast frá vegna aðstæðna í vinnunni. Þó er mikilvægt að leggja áherslu á að fólk setji handleiðslutíma í sem mestan forgang og fái til þess leyfi frá yfirmönnum.“

#### **Hvernig komast hjúkrunarfræðingar í handleiðslu?**

„Stuðnings og ráðgjafateymi Landspítalans hefur lengi verið til og tekur á móti beiðnum frá starfsfólki spítalans. Teymið er þverfaglegt og hefur á að skipa öflugum fagfólki, en það hafa verið mjög fá stöðugildi í teyminu, miðað við allan þann fjölda starfsmanna sem vinnur á spítalanum. Síðustu ár hefur þó verið aukinn skilingur af hálfu stjórnenda á því hve handleiðsla er mikilvægur hluti af starfinu. Reynslan hefur sýnt sig að handleiðsla skiptir máli fyrir starfsfólk til að takast á krefjandi verkefni og koma í

„Það sem handleiðsla felur í sér er að þú ert alltaf að skoða sjálfsímyndina þína. Þú ert að skoða hvaðan þú kemur og skoða hliðstæð ferli, sem eiga sér oft orsakir og rætur í fortíðinni, og eru að keyra einhver viðbrögð sem þú ert að sýna í dag.“

veg fyrir kulnun í starfi. Í dag getur fólk sótt sjálft um handleiðslu, það er opinn aðgangur að stuðnings- og ráðgjafateymi í gegnum heimasíðu spítalans en oft eru yfirmenn til aðstoðar og senda inn beiðni til teymisstjóra fyrir sitt starfsfólk.“

# PROBI:MAGE®

söluhæstir í Svíþjóð,  
frábærar móttökur á Íslandi!



Við notum PROBI:MAGE® mjólkursýrugerla  
fyrir þarmaflóruna og meltinguna.



**Sigríður Ríta**  
Ragnarsdóttir



**Þorbjörg**  
Hafsteinsdóttir



**Birgir**  
Þórðarson



**Þórunn**  
Kristjónsdóttir

**PROBI®** vörurnar fást í apótekum, heilsuverslunum og stórmörkuðum.



# Handleiðsla – heilbrigt bjarggráð í starfi

Hrönn Stefánsdóttir, hjúkrunarfræðingur á bráða-  
móttöku LSH og verkefnastjóri neyðarmóttöku  
fyrir þolendur kynferðisofbeldis, hefur þegið  
handleiðslu á Landspítalanum frá árinu 2016.  
Hún sagði okkur frá sinni reynslu af því að þiggja  
handleiðslu en handleiðarinn hefur meðal annars  
hjálpað henni að vinna úr streitu sem fylgir  
starfinu og fengið hana til að skoða hvernig ýmis  
mál tengd starfinu hafa áhrif á hana persónulega.  
Hún segir að handleiðsla eigi að vera hefð innan  
hjúkrunar því starfið reyni oft á starfsfólk.

**Texti:** Kristín Rósa Ármannsdóttir | **Mynd:** Hallur Karlsson

„Faghandleiðsla er fyrir mér mikilvægur vettvangur  
þar sem ég sest niður með handleiðara mínum  
og er þá að styrkja mig sem hjúkrunarfræðing og  
meðferðaraðila. Í handleiðslu hef ég fengið tækifæri  
til að ræða um starfið mitt, það sem kemur inn  
á borð til mín og hvernig ég get þróað mig sem  
hjúkrunarfræðing. Handleiðslan fer fram í öruggu  
umhverfi þar sem ég fæ tækifæri til að viðra, ræða  
bæði starfið og eins ef það er eitthvað sem liggur á  
mér varðandi aðstæður heima fyrir. Handleiðarinn  
aðstoðar mig við að greina á milli einkasjálfs og  
vinnusjálfs, kennir mér að þekkja eigin mörk og  
takmarkanir og að setja mér markmið í starfi.  
Handleiðarinn minn hefur líka komið með tillögur  
að því hvernig gott er að vinna úr þeirri streitu sem  
ég verð fyrir í starfinu og hvetur mig til þess að skoða  
hvernig ýmis mál hafa áhrif á mig persónulega,“ segir  
hún einlæg.

„Það er mikilvægt fyrir  
okkur að geta viðrað  
við fagaðila í öruggu  
umhverfi. Það gefur  
manni svigrúm til að  
léttu á erfiðum málum ...“



### Handleiðsla algjörlega nauðsynleg innan heilbrigðisgreina

Hrönn fór fyrst í handleiðslu árið 2016. „Þá var ég nýtekin við verkefnastjórn á neyðarmóttöku fyrir þolendur kynferðisofbeldis, þeirri stjórnun fylgdu alls konar ný hlutverk og ég þurfti að laga mig að breyttu starfsumhverfi. Þá fannst mér gott að geta leitað til handleiðara sem hafði mikla þekkingu, bæði á starfi mínu og því að vera millistjórnandi.“ Hrönn hefur þegið handleiðslu meira og minna í 4 ár núna og hyggst halda því áfram.

„Fyrir mér er þetta heilbriggt bjargráð í starfi og nauðsynlegt. Það er meiri hefð fyrir handleiðslu hjá sálfræðingum og félagsráðgjöfum heldur en hjúkrunarfræðingum en ég tel það vera algjörlega nauðsynlegt innan heilbrigðisgreina sem og annarra framlínustarfsmanna. Það er mikilvægt fyrir okkur að geta viðrað við fagaðila í öruggu umhverfi. Það gefur manni svigrúm til að létta á erfiðum málum sem koma inn á mitt borð og getur líka stutt þá sem eru í teyminu mínu, aðra hjúkrunarfræðinga. Handleiðarinn minn getur stutt mig við úrlausn

vandamála sem geta komið upp og hann eflir mig sem fagmanneskju,“ segir hún og bætir við: „Ég tel að það sé mikilvægt að hvetja hjúkrunarfræðinga til að sækja sér handleiðslu vegna þess að við vinnum oft í umhverfi sem reynir mjög á okkur, streitan getur verið mikil og þá er gott að leita til einhvers sem getur leiðbeint manni um leiðir til að draga úr streitu. Undanfarin ár hefur verið meiri vitundarvakning um kulnun og fagþreytu og því er lag að koma á hefð fyrir handleiðslu innan hjúkrunar,“ segir Hrönn að endingu.

**„Undanfarin ár hefur verið meiri vitundarvakning um kulnun og fagþreytu ...“**



# Sjósund er meiri hugrækt en líkamsrækt

Seinnipartinn á mánudögum hittist hópur hjúkrunarfræðinga í Nauthólsvík og æðir út í ískalt Atlantshafið til að synda. Ritstýran ákvað að hitta þessar hressu hafmeyjar á Ylströndinni og beið þeirra við heita pottinn þar sem þær hittast alltaf áður en þær láta vaða út í sjó.

Texti og myndir: Sigríður Elín

Þær voru augljóslega vanar; allar voru þær í sjósundsskóm og sumar auk þess með sundhettu og sundgleraugu. Það var blankalogn úti og tíu gráður, sem þær voru sammála um að væri finasta veður fyrir sjósund því þær skella sér líka til sunds í Atlantshafið yfir vetrartímann, í frosti og snjó jafnvel. Eftir gott pottaspjall var tímabært að arka út í sjóinn og ritstýran notaði tækifærið og tók nokkrar myndir af þeim úr fjörunni. Eftir sjósundið röltu þær svo aftur í heita pottinn og héldu spjallinu áfram og allar voru þær sammála um að sjósund væri gríðarlega hressandi fyrir sál og líkama.

**Harpa Sóley Snorradóttir, hjúkrunar- og lýðheilsufræðingur á göngudeild blóð- og krabbameinslækninga, svaraði nokkrum spurningum fyrir hönd hópsins.**

## Hvernig kom það til að þið ákváðuð að fara nokkrar saman í sjósund?

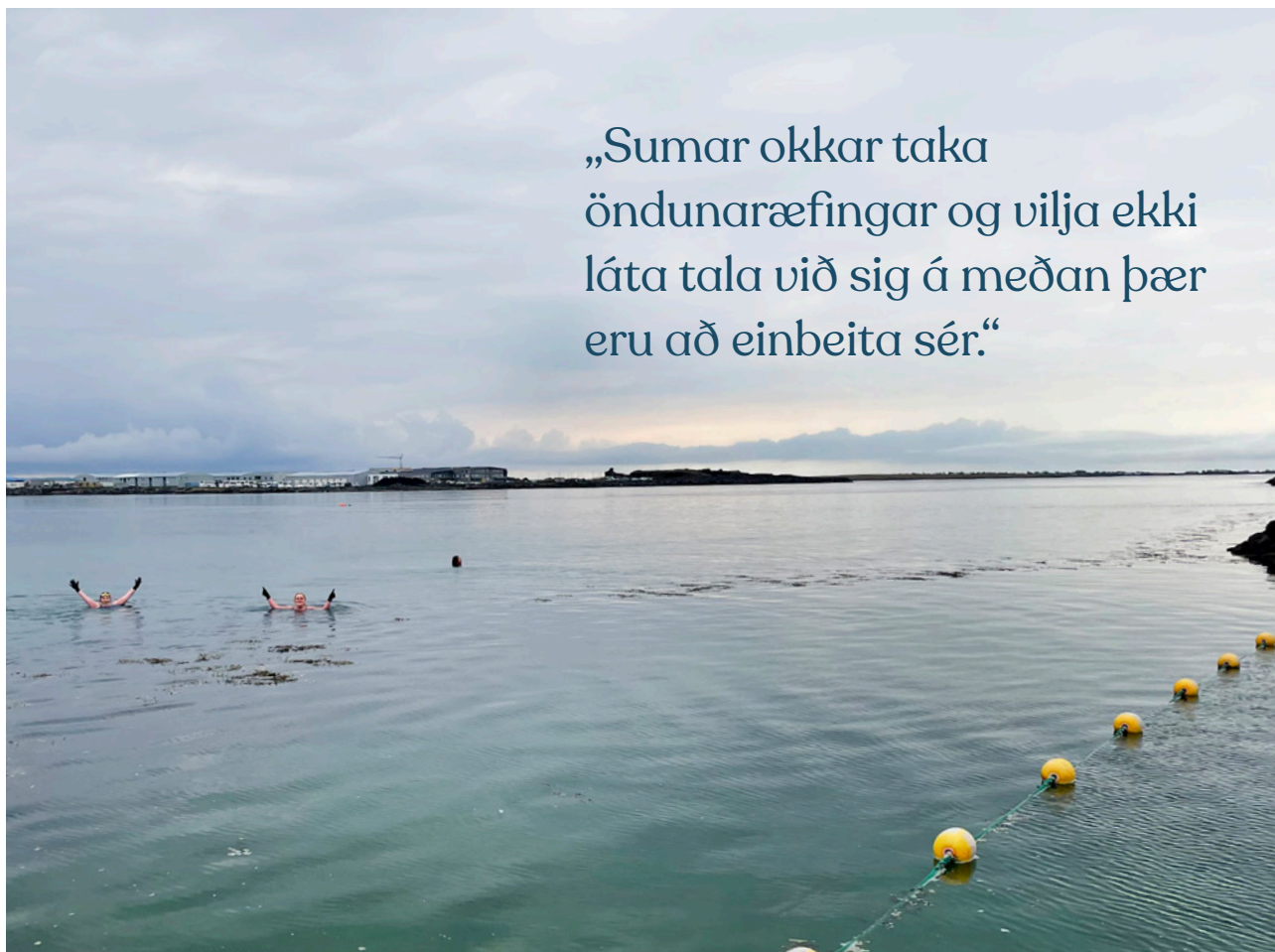
Ég og Ragna Dóra fórum á námskeið í sjósundi þar sem við vorum að æfa okkur fyrir landvættaþrautirnar. Hvorugar vorum við vanar að synda í köldum sjó eða yfirhöfuð fara í köld böð og þótti ekkert heillandi við það. En þar sem ein af landvættaþrautunum er að synda í Urriðavatni, sem við vissum að yrði um 10-15 gráða heitt í júlí, ákváðum við að drífa okkur á námskeið. Í fyrsta tímanum leist okkur ekkert á þetta, ískalt og erfitt að fara úti í. Námskeiðið var í maí og sjórinn var um 9 gráður. Eftir tvo tíma vorum við farnar að synda um





2. tbl. 97. árg. 2021 | Tímarit hjúkrunarfræðinga 29





„Sumar okkar taka  
öndunaræfingar og vilja ekki  
láta tala við sig á meðan þær  
eru að einbeita sér.“

## NÖFN HAFMEYJANNA

Harpa Sóley Snorradóttir

Ragna Dóra Rúnarsdóttir

Helga Gunnarsdóttir

Ásta Ingibjörg Þorsteinsdóttir

Halla Grétarsdóttir

Kristín Sif Árnadóttir

Hrönn Stefánsdóttir

Sigrún Þorsteinsdóttir

Allar nema Ásta starfa á deild 11B, dag- og göngudeild krabbameinslækninga. Ásta er á 11EG sem er legudeild blóð- og krabbameinslækninga.

500 metra í sjónum og vorum þá um 15-20 mínútur ofan í. Við féllum alveg kylliflatar fyrir sjósundinu og vorum ákáfar í að bera út boðskapinn um hvað sjósund væri æðislegt. Fyrir en varir var kominn góður hópur úr vinnunni og þeim hefur öllum fundist þetta æðislegt. Tvær úr hópnum voru aðeins byrjaðar að prufa köld böð og sjósund en annars voru þetta allt konur sem höfðu aldrei prófað sjósund áður.

### Hvernig gengur þetta fyrir sig þegar þið hittist í Nauthólsvíkinni?

Við byrjum alltaf á að fara í heita pottinn í svona korter, svo förum við í sjóinn. Oft förum við fyrst í lónið, sérstaklega yfir vetrartímann þegar sjórinn er í kringum núll gráður, svo förum við aftur í pottinn og svo í sjóinn. Hvað við erum lengi er mjög misjafnt, það fer eftir hitastigi, dagsforminu og fleiru. Sjósundið datt aðeins niður í heimsfaraldrinum en við erum byrjaðar að venja okkur við aftur. Áður en covid skall á miðaði ég við 4 gráður; synti þá að kaðli, það eru um það bil 250 metrar. En ef sjórinn er heitari, í kringum 10 gráður, er ég oft 15-20 mínútur í sjónum og stundum lengur, það fer allt eftir veðrinum. Ef það er sól og blíða er ég lengur og ef það er háflóð og stórstreymt er ég líka lengur ofan í því þá er svo mikil „mýkt“ í sjónum og maður finnur svo vel fyrir orkunni í hafinu miðað við þegar það er háfjara.

### Huort vegur meira félagsskapurinn eða sundið í sjónum?

Ætli það sé ekki nokkuð jafnt. Fyrir mig er það öll orkan sem ég fæ úr hafinu. Ég hef líka prófað að synda í vötnum en mér finnst það ekki sama upplifunin. Ég hef heldur engan áhuga



á að fara í köld ker í sundlaugum, það er krafturinn, orkan og „mýktin“ sem heillar mig við sjósundið, auk þess er þetta líka svo góð slökunarstund með góðum konum.

### **Tekur það langan tíma að venja líkamann (og hugann) við að synda í köldum sjó?**

Mér finnst alltaf dálítið erfitt að fara úti í fyrst. Sumar okkar taka öndunaræfingar og vilja ekki láta tala við sig á meðan þær eru að einbeita sér. Aðrar skella sér út í strax, með krafti. Ég þarf alltaf að telja niður, og ef það er sólskin horfi ég í áttina að sólinni og tel niður áður en ég læt vaða. Ég hef líka tekið eftir því að ef maður er undir miklu álagi, og þá sérstaklega andlegu álagi, er erfiðara að fara úti í. Ef maður er illa hvíldur er líka mjög erfitt að vera úti í köldum sjónum en maður er samt alltaf fullur af orku þegar maður kemur upp úr.

### **Hvað hefur sjósund umfram hefðbundna líkamsrækt?**

Mér finnst ekki hægt að bera þetta saman þar sem þetta er ekki beint líkamsrækt, sjósund er meiri hugrækt en líkamsrækt.

### **Hvaða árstími er bestur til að byrja í sjósundi?**

Ég tel best að byrja á vorin, í maí til dæmis.

### **Hittist þið allt árið um kring og þá líka í frosti og snjó?**

Já, við höfum gert það, alltaf á mánudögum klukkan rúmlega fjögur og allir áhugasamir hjúkrunarfræðingar eru velkomnir að slást í hópinn með okkur.







# Skaðaminnkun snýst um að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur hverju sinni

Hugleiðing hjúkrunarfræðings á bráðamóttöku

**Texti:** Elín Tryggvadóttir, hjúkrunarfræðingur bráðamóttöku Fossuogi

Hún herðir stasann um handlegginn, staðsetur æðina og stingur. Efnið flæðir inn í líkamann. Hún verður aftur eins og hún á að sér að vera og hugsunin verður skýrari. Hún lítur út um bílrúðuna og forðast að hugsa um það sem hún varð að gera til að komast hingað. Vissi að ef hún mögulega þyrfti að leggjast inn þyrfti hún að taka með sér efni fyrir dvölina. Hún fengi ekki neitt á sjúkrahúsinu. Þegar hún fann fyrstu einkennin fyrir þremur dögum hafði hún byrjað að undirbúa sig. Sparað við sig skammtinn, beðið manninn sem hún býr hjá þessa dagana um aðeins meira eftir hvern greiða, sinnt vinum hans líka. Þrír sólarhringar af veikindum, titrandi undir sæng þar sem hún þráði ekkert annað en aðeins meiri yl eða verið svo heitt að hana langaði að rífa sig úr öllu. Fóturinn rauður, heitur og bólgin. Taktföst tromma sem aldrei hættir að berja auman útlimin. Nú sló tromman bara hraðar. Hún herðir upp hugann, kveður manninn og stígur úr bílnum. Hún horfir á innganginn og þröskuldinn sem hún þarf að stíga yfir. Þröskuldinn sem hækkar með hverju skrefi sem hún tekur. Þröskuldinn sem fyrir konu eins og hana er nær óyfistíganlegur. Hún dregur andann djúpt og gengur inn. Stundarglasinu hefur verið snúið.

Í hverjum einstaklingi býr ósýnilegt stundarglas. Stundarglös mannanna eru mismunandi. Sum eru risastór, önnur minni.

„... höfum hugmyndafræði skaðaminnkunar að leiðarljósi og munum að stundarglös eru ákaflega brothætt.“

Sandurinn sem rennur í gegn getur verið í miklu magni eða litlu, grófur eða finn; allt eftir aðstæðum hvers og eins. Stundarglasið getur stækkað og minnkað eftir því hvernig okkur líður hverju sinni. Stundarglas vinkonu okkar er átakanlega lítið, fingerður sandurinn rennur hratt til botns.

Hjúkrunarfræðingar eru sérfræðingar í að laga störf sín að þörfum skjólstæðinga sinna. Þeir búa einnig yfir þeim einstaka hæfileika að geta haft áhrif á stundarglös. Þeir geta hægt á stöðugu rennsli sandsins, lagt glasið á hliðina og látið tímann standa í stað, eða jafnvel snúið því við, og byrjað upp á nýtt. Þegar einstaklingur sem er háður efnum í æð gengur inn á sjúkrahúsinn upplifir hann oft á tíðum að ekki sé á hann hlustað. Tíminn sem hann hefur þar til æðarnar öskra eftir næsta skammti er jú knappur og þarf að nýta vel.



„The question is not the addiction, but why the pain?“

Dr. Gabor Maté

Hugmyndafræði skaðaminnkunar snýst um að mæta einstaklingnum þar sem hann er staddur hverju sinni. Stúlkan sem steig yfir himinháan þröskuld heilbrigðiskerfisins þarf að þessu sinni meðferð við sýkingu en ekki meðferð við fíkn í ávanabindandi efni. Okkur sem fagmönnum ber að verða við þeirri ósk. Við getum ekki krafist þess að hún noti ekki efni á meðan á sjúkrahússlegunni stendur ef við bjóðum henni ekki viðhaldsmeðferð. Við krefjumst þess ekki að verkjasjúklingur hætti að hafa verki ef við gefum honum engin verkjalyf. Slíkar tilraunir eru dæmdar til að mistakast.

Hjúkrunarfræðingar eru góðri stöðu til að eyða þröskuldum. Fagleg vinnubrögð og virðing gagnvart skjólstæðingnum eru grunnildi hjúkrunarfræðinnar. Flestir sem glíma við fíknisjúkdóma eru með langa áfallasögu að baki. Oft á tíðum eiga þau ákaflega erfitt með að leita aðstoðar af ótta við höfnun eða fordóma heilbrigðisstarfsfólks. Vinkona okkar í sögunni hér að ofan hefði kannski leitað aðstoðar fyrr, ef hún hefði ekki óttast áfellisdóm, þeirra sem hún þarf mest á að halda þegar hún veikist. Hún hefði ef til vill getað leitað á heilsugæsluna og fengið töflumeðferð við byrjandi sýkingu í stað þess að þurfa sjúkrahússdvöl vegna yfirvofandi sýklasóttar. Þetta eru engin geimvísindi.

Við hjúkrunarfræðingar höfum í gegnum tíðina sýnt að við getum fært fjöll fyrir skjólstæðinga okkar. Opnum hugann, höfum hugmyndafræði skaðaminnkunar að leiðarljósi og munum að stundarglós eru ákaflega brothætt.

Alvogen

## KALMENTE | NEFÚÐI VIÐ OFNÆMISKVEFI

- NÓG EINU SINNI Á SÓLARHRING
- 140 SKAMMTAR
- NEFÚÐI
- INNIHELDUR MÓMETASONFÚRÓAT

Kalmente 50 µg/skammt, nefúði, dreifa. 140 skammtar í úðaglas. Virkt efni: mómetasonfúróat. Ábending: Kalmente er notað við einkennum ofnæmiskvefs (einnig kallað árstíðabundið ofnæmiskvef) og stöðugs ofnæmiskvefs hjá 18 ára og eldri. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leiðið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á [www.serlyfjaskra.is](http://www.serlyfjaskra.is).

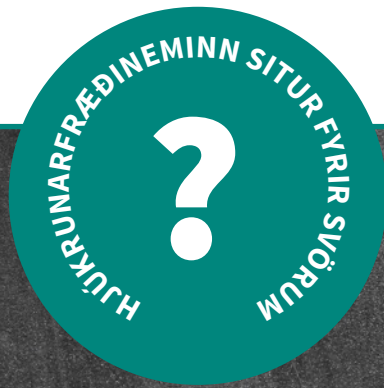
FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

KAL.L.A.2020.0001.01

[alvogen.is](http://alvogen.is)







# Kristófer Kristófersson

Valdi hjúkrunarfræði eftir tvö ár í  
læknisfræði og tvær gráður í viðskiptafræði

**Aldur:** 31 árs

**Á hvaða ári ertu í náminu?**

Ég er að fara á þriðja ár í haust.

**Hvers vegna hjúkrunarfræði?**

Þetta er búin að vera löng leið með alls konar beygjum áður en ég fór í hjúkrun! Ég byrjaði árið 2010 í lækninum hér heima og var í náminu í tvö ár. Námið gekk vel og ég var með frábærar einkunnir en til að opna mig alveg og vera hreinskilinn þá leið mér bara ekkert sérstaklega vel í því námi. Ég ákvað að taka pásu, sem varð svo engin pása því ég fór í viðskiptafræði og kláraði BS og MS í því. Vann við það í nokkur ár en fannst það bara alls ekki nógu skemmtilegt eða nærandi og eftir miklar þælingar um hvað mig langaði að gera sótti ég um í hjúkrun. Ég vissi að mig langaði að vinna náð með fólki, gat nýtt minn bakgrunn og svo fannst mér ekki svo vitlaust að hafa viðskiptafræðina í pokahorninu með því. Ég er að vinna á fíknigeðdeild Landspítalans, mér hefur aldrei fundist eins gaman að því sem ég er að gera og námið er frábært.

**Skemmtilegasta fagið?**

Þetta er allt saman skemmtilegt. Ég hef ekki enn þá farið í leiðinlegan kúrs.

**Eitthvað sem hefur komið á óvart í náminu?**

Hvað þetta hefur gengið stóráfallalaust í miðjum heimsfaraldri. Vonum við svo ekki öll að það komi ekki bakslag í þennan slag við veiruna?

**Eitthvað sem þér finnst að megi bæta við námið?** Ekkert sem kemur strax upp í hugann. Ætli maður væri ekki betur í stakk búinn að svara þessu að námi loknu.

**Ætla þú í framhaldsnám?**

Já, ég hugsa það. Í dag myndi ég segja í geðhjúkrun en framtíðin er framtíðin.

**Hressasti kennarinn?**

Marianne Klinke. Hún er alltaf hress og er með brennandi og smitandi áhuga fyrir starfinu og faginu.

**Flottasta fyrirmyndin?**

Ég vinn með ótrúlega flottu og færur fagfólki á fíknigeðdeildinni og það er ekki hægt að gera upp á milli þeirra, þar eru fyrirmyndir sem ég læri eitthvað af á hverjum degi.

**Eiginleikar sem þú vilt tileinka þér í starfi?**

Heiðarleiki, traust, að vera fagleg fyrirmynd og hafa ánægju af starfinu.

**Hvar langar þig helst að vinna að námi loknu?**

Ég kann vel við mig á geðinu en hlakka til að fara í verknám á fleiri deildum. Það er allt opið.

**Uppáhaldslæknadrama?**

House var alltaf í miklu uppáhaldi og ég á góðar nostalgíuminningar frá ER (Bráðamóttökunni). Ég gafst upp á Grey's fyrir löngu, held að það hafi verið þegar helmingurinn af persónunum dó í flugslysi.

**Besta ráðið við prófkviða?**

Hreyfa sig! Og læra svo meira.

**Kaffi, te, kók eða orkudrykkir?**

Ljósblár Monster.

**Hvernig nærir þú andann?**

Með góðum svefni og hreyfingu.

**Uppáhaldshreyfing?**

Hjólreiðar og lyftingar.

**Þrjú stærstu afrek í lífinu hingað til?**

Þessi spurning er mjög auðveld fyrir fólk sem á þrjú börn en ég á ekkert gott svar um sjálfan mig! En fólk sem er ánægt með sjálft sig, líður vel í eigin skinni og nýtur þess sem það gerir, bæði í og utan vinnu, hefur afrekað býsna margt og ég held að við ættum öll að stefna að því.

**Hefur þú áhyggjur af hlýnun jarðar?**

Já, ég geri það.

**Hvað gerir þú til að sporna við gróðurhúsaáhrifum og hlýnun jarðar?**

Ég reyni að kaupa sem minnst af óþarfa drasli og borða mun minna af kjöti en ég gerði. Ég verð samt að viðurkenna að ég held að jörðin okkar getið ekki staðið undir þeim lífsstíl sem við öll lifum. Hvort sem við gerum minna af hinu eða þessu þá er óþægilegi sannleikurinn sá að við þyrftum að spóla tvær iðnbýltingar og eina upplýsingabýltingu til baka til að geta talist sjálfbær, því miður.

**Hvað gleður þig mest?**

Að hafa ánægju af lífinu á hverjum degi, hvort sem það er í sólríki utanlandsferð eða á næturvakt þá er ánægju alls staðar að finna.

**Uppáhaldsveitingastaður?** Tapasbarinn.

**Fallegasta borg í heimi?** París.

**Besti bar fyrir hamingjutíma?**

Petersensvitan í eftirmiðdagssólinni.

**Falín perla í náttúru Íslands?**

Náttúruleigin sem frændfólk mitt í Skagafirði á, á sinni jörð, og enginn veit eða fær að vita hvar er.

**Besta baðið?**

Ég segi Laugardalslaug en annars er góð og löng sturta heima eftir annasama vakt líka rosaalega dýrmæt og góð.

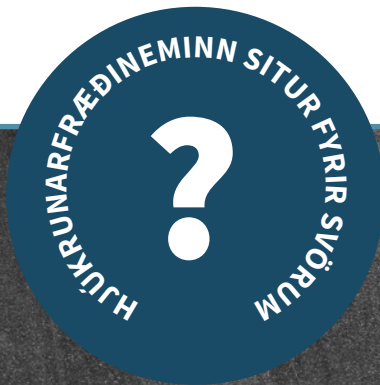
**Hvernig myndir þú lýsa þér í einni setningu?**

Mér var einu sinni sagt ég venjist ágætlega! Höldum okkur við þá lýsingu.

**Skemmtilegasti tími ársins?**

Ég elska íslenska vorið. Þá lifnar yfir öllu og öllum og maður finnur einhvern veginn kraftinn og gleðina í þjóðarsálinni aukast.





# Lilja Bjarklind Garðarsdóttir

Finnst vanta áfanga um jaðarsetta  
hópa og hjúkrun þeirra



**Aldur:** 24 ára.

**Á hvaða ári ertu í náminu?**

Þriðja ári.

**Hvers vegna hjúkrunarfræði?**

Hjúkrunarfræði heillaði mig vegna þess að það er svo ótrúlega fjölbreytt og áhugavert fag sem gefur marga möguleika í lífinu. Að hjálpa fólki í gegnum hvers konar erfiðleika er mjög gefandi og góð næring fyrir sálina.

**Skemmtilegasta fagið?**

Lífeðlisfræði hefur vinninginn þar.

**Eitthvað sem hefur komið á óvart í náminu?**

Já, það kom mér mikið á óvart hversu margbreytilegt hjúkrunarstarfið er.

**Eitthvað sem þér finnst að megi bæta við námið?** Já, mér þætti gott að fá inn áfanga sem fjallar um jaðarsetta hópa og hjúkrun þeirra.

**Ætlar þú í framhaldsnám?**

Já, draumurinn hefur alltaf verið að fara í ljósmóðurina en það er aldrei að vita hvert lífið leiðir mann.

**Hressasti kennarinn?**

Allir hressir og flottir

**Flottasta fyrirmyndin?**

Það er algjörlega hún Ólína Ingibjörg, mamma mín, sem er flottasta og besta hjúkkan „out there“!

**Eiginleikar sem þú vilt tileinka þér í starfi?**

Kurteisi, hlýleiki og dugnaður.

**Hvar langar þig helst að vinna að námi loknu?**

Mig langar að fara á einhvers konar lyflækningadeild.

**Uppáhaldslæknadrama?**

Grey's Anatomy, að sjálfsögðu.

**Besta ráðið við prófkúíða?**

Taka pásur, fara í göngur eða taka stuttan hitting með vinkonum til að dreifa huganum.

**Kaffi, te, kók eða orkudrykkir?**

Pepsi max!

**Hvernig nærir þú andann?**

Ég fer í göngur, hlusta á hlaðvörp og stunda almenna slökun.

**Uppáhaldshreyfing?**

Tabata.

**Þrjú stærstu afrek í lífinu hingað til?**

Börnin mín, að ná að mennta mig og svo náði ég einu sinni að fara í splitt.

**Hefur þú áhyggjur af hlýnun jarðar?**

Já ég hef miklar áhyggjur af hlýnun jarðar.

**Hvað gerir þú til að sporna við gróðurhúsaáhrifum og hlýnun jarðar?**

Ég reyni að gera sem mest en enn þá er margt sem ég má bæta. Til dæmis flokka ég, nota bílinn sem allra minnst, kaupi frekar notað en nýtt og skipti út einnota vörum í fjölnota.

**Hvað gleður þig mest?**

Samverustundir með fjölskyldu og vinum.

**Hvað hryggir þig mest?**

Að sjá einhvern eiga erfitt og þá sérstaklega börn.

**Uppáhaldsveitingastaður?**

XO.

**Hvers saknar þú mest í heimsfaraldri?**

Þegar hann var sem verstur þá saknaði ég þess helst að geta ekki hitt fólkið mitt.

**Fallegasta borg í heimi?**

Mykonos í Grikklandi.

**Besti bar fyrir hamingjutíma?**

Danski barinn.

**Falín perla í náttúru Íslands?**

Paradísarlaut er æði.

**Besta baðið?**

Sky Lagoon er geggjað!

**Hvernig myndir þú lýsa þér í einni setningu?**

„Take no bullshit kind

a girl“ með sterka

réttlætiskennd

og gæti ekki

sungið rétta

laglínu til

að bjarga

lífi mínu.

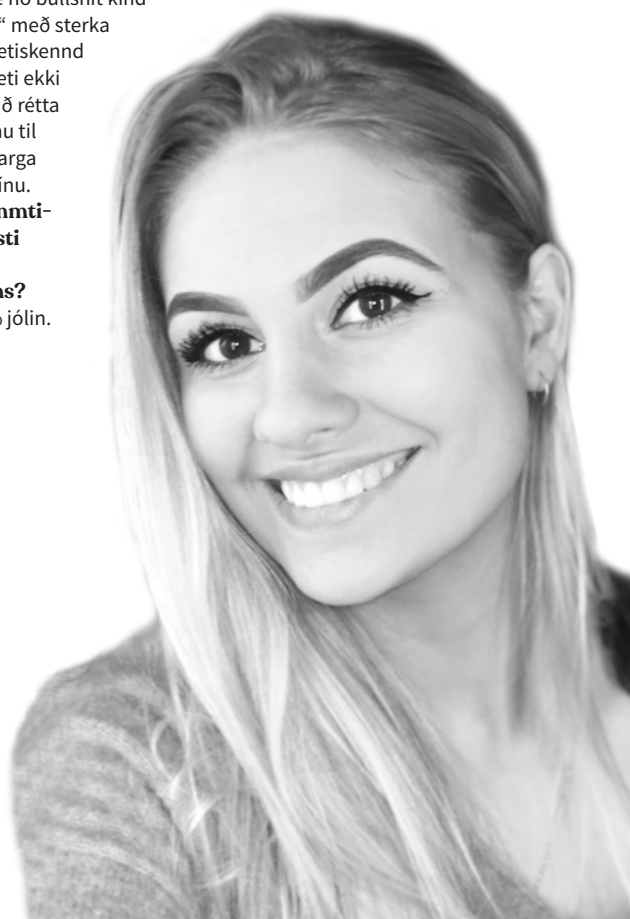
**Skemmti-**

**legasti**

**tími**

**ársins?**

100% jólin.





## Pankastrik

## Gleði

Fyrir rúmum fimm árum síðan gekk ég inn á hjúkrunarheimili á Akureyri til að taka þar við forstöðumannsstöðu. Ég hafði ekki mikla reynslu af því að starfa við öldrunarmál en fannst þetta mjög spennandi vettvangur. Það sem seldi mér hugmyndina var sú staðreynd að Hjúkrunarheimili Akureyrar, var og er nýsköpunarfyrirtæki, hversu mikil snilld er það? Spennan og tilhlökkunin var mikil þegar ég gekk inn í húsakynni öldrunarheimilisins fyrsta vinnudaginn. Eins og gengur á nýjum stað, þá rataði ég ekkert um húsið og spurði eldri mann, sem sat þungt hugsi í stól á gangveginum, til vegar. Ég settist hjá honum og sagði honum hvaðan ég væri og svona; hverra manna ég væri. Ég taldi víst að allt eldra fólk vildi vita hvaðan ég kæmi og hverjum ég væri skyldur. Hann svaraði að bragði: „**Veistu, ég barasta held að stelpurnar í dag séu bara miklu myndarlegri en þegar ég var aðeins yngri.**”

**Texti:** Ingí Þór Ágústsson, forstöðumaður Austurhlíðar, Öldrunarheimila Akureyrar



Þetta svar fannst mér algjör snilld! Þarna á fyrstu mínútunum í nýrri vinnu, á nýjum stað og nýjum starfsvettvangi, breyttust öll mín viðhorf til öldrunarhjúkrunar. Allt það sem ég taldi mig vera að fara að gera, breyttist við þetta fyrsta spjall. Þessi eldri maður varð þess valdandi að ég áttaði mig á því að það er sama hvað við erum gömul, við höfum öll áhuga á hinu kyninu, (eða sama kyni), gleðinni, vinskapnum og á því að fíflast aðeins. Þetta varð til þess að þau verkefni, sem ég síðan setti á fót þarna, urðu svolítið frábrugðin því sem ég taldi mig vera að fara að gera, eftir þetta spjall fyrsta daginn.

Þegar ég var við verknám í öldrunarhjúkrun á Droplaugarstöðum, fyrir mörgum árum síðan, þá man ég hvað mér fannst staðurinn stofnanalegur og einmanalegur. Mér fannst vanta gleðina. Í mörg ár á eftir, hugsaði ég með mér, að þetta væri ekki starfsvettvangur fyrir mig. Vá! Ég hafði sko rangt fyrir mér! Ég skammast reglulega við sjálfan mig, fyrir framan spegilinn á morgnana, og spyr sjálfan mig hvers vegna ég hafi ekki fyrir löngu verið byrjaður að starfa að öldrunarmálum?



Ég tók mig til og setti mér ný markmið í starfi; að finna gleðina í húsinu og viðhalda henni. Vá, hvað það er gaman að finna gleðina í hversdagslegum aðstæðum. Ég fór að skammast í notendum hér að vera nú ekki að hlaupa á göngunum og hrósa þeim fyrir fallett „viðhald“ (göngugrindina). Ég sótti um vínveitingaleyfi og dró nokkra karla hér með mér í bjórsmökkun, (sem endaði með gleði fram á rauða nótt því þeir vildu ekki fara heim). Dró þá líka með mér í bíó og fékk svo 70 tommu sjónvarp fyrir heimsmeistaramótið í tuðrusparki og poppvél. Ég samdi líka við Græna Hattinn um atriði í bókakaffihúsið okkar og er búin að flækjast um allan Eyjafjörð, með íbúa og notendur, að kynna okkur umhverfið með leiðsögumanni, sem við réðum í fullt starf hér eitt sumarið. Allt þetta og öll ótal mörgu samtölin við þá sem hér búa, starfa og leita sér þjónustu, um allt sem skiptir máli í þessu lífi. Kjarninn í þeim samtölum er ástin. Það man enginn eftir fyrsta hjólinu eða fyrsta bílnum en það muna allir eftir fyrsta kossinum og ljóma við tilhugsunina. Já, eða reyna að fela það þegar roðinn færir yfir kinnina. Það muna allir eftir fyrstu ástinni, fyrsta skotinu og hvolpalátunum. Fyrsta dansinum á ballinu og fiðrildinu í maganum þegar ástin var til staðar. Þar sem gleðin er, þar er jú líka sorg, það muna margir eftir sorginni en gleðin er samt það sem stendur upp úr. Vissulega hefur lífið ekki verið dans á rósum hjá mörgum og sorgina hafa margir upplifað, sumir meira en aðrir. Heldra fólk hefur kennt mér að lífið er alls konar, við erum alls konar og við berum alls

konar með okkur; gott og slæmt, allt til enda. Gleðin hér hefur líka kennt mér að við erum nánast öll eins. Við elskum flest að gleðjast, hlæja, fíflast, vinskap og félagsskap og það er alveg óháð aldri. Gleðin færir okkur velliðan, hún fær okkur til að finnast við lifandi, finnast við skipta máli og umfram allt færir hún okkur magaverk af hlátri sem er yndisleg tilfinning. Það er alveg sama á hvaða aldri maður er, gleðin kveikir í manni lífslöngun, hressir, kætir og ætli hún, svei mér þá, lengi þá ekki lífið?

Þess má geta að eldri maðurinn í upphafi sögunnar var minn besti vinur hér á Akureyri þar til hann lést. Við áttum margar góðar stundir hér þar sem við vorum með fíflalæti, sögðum sögur og horfðum út um gluggann, (á stelpurnar), fram að andláti hans. Ég fæ seint fullþakkað honum vinskapinn, þessi elska sem sneri mér alveg þarna á fyrstu mínútunum í nýju starfi. Takk Siggí Leós! Og nei, það er ekki ennþá búið að reka mig!

---

**Mig langar að yngri kynslóð hjúkrunarfræðinga fái tækifæri í næsta pistli og skora því á Sigrúnu Evu Sigurjónsdóttur, hjúkrunarfræðing hjá Heilsuvernd að skrifa næsta pistil.**

„Þar sem gleðin er, þar er jú líka sorg, það muna margir eftir sorginni en gleðin er samt það sem stendur upp úr.“







# Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh)  
fór fram 26. maí síðastliðinn á Grand Hótel.

Texti: Edda Dröfn Danielsdóttir | Myndir: Sigríður Elín

## Hjúkrunarfræðingar skiptu sköpum í heimsfaraldrinum

Guðbjörg Pálsdóttir, formaður félagsins, setti fundinn, ávarpaði fundarmenn og ítrekaði að árið 2020 hafi undirstrikað mikilvægi hjúkrunarfræðinga sem hryggjarstykkið í heilbrigðiskerfinu. Framganga hjúkrunarfræðinga í heimsfaraldrinum hafi skipt sköpum og að heilbrigðiskerfið hefði ekki getað tekist á við vá af slíkri stærðargráðu án hjúkrunarfræðinga.

Formaður kom einnig inn á styttingu vinnuvikunnar og undirstrikaði hversu mikilvægt væri að hjúkrunarfræðingar tryggðu sér sem best ávinninginn af þessari styttingu, sem er stórt framfaraskref. Breytingarnar eiga að leiða til aukinna lífsgæða og vega upp á móti margrannsökuðum neikvæðum áhrifum vaktavinnu, auk þess að auðvelda félagsmönnum að samræma fjölskyldu- og atvinnulíf.

## Ársreikningar

Á fundinum voru samþykktir ársreikningar félagsins, minningarsjóða Kristínar Thoroddsen og Hans Adolfs Hjartasonar, sem og Rannsóknar- og vísindasjóðs hjúkrunarfræðinga. Tillaga um breytingu á félagsgjöldum var samþykkt, sem og markmið og starfsáætlun félagsins fyrir næsta starfsár. Alls voru átján tillögur til lagabreytinga lagðar fram á fundinum sem allar voru samþykktar.

Farið var yfir kjör í nefndir, stjórn og ráð félagsins, sem að þessu sinni var sjálfkjörið og var Guðbjörg Pálsdóttir jafnframt sjálfkjörin formaður til næstu fjögurra ára.

## Ný stefna Fíh í hjúkrunar- og heilbrigðismálum

Guðbjörg Pálsdóttir formaður kynnti drög að nýrri stefnu Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum til ársins 2030. Stefnan tekur mið af heilbrigðisstefnu fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030 og einnig af þeirri hugmyndafræði sem starfsemi félagsins byggist á og endurspeglast í gildum hjúkrunarfræðinga sem er ábyrgð, áráði og árangur. Stefnan er einnig byggð á skilgreiningu ICN á hjúkrun þar sem kjarni hjúkrunar snýr að umhyggju og virðingu fyrir lífi skjólstaðingsins, sem og mannhelgi hans og frelsi. Nýja stefna Fíh í heilbrigðismálum var samþykkt á aðalfundinum, hana má nálgast á heimasíðu félagsins [hjukrun.is](http://hjukrun.is).

## Ályktanir aðalfundar Félags íslenskra hjúkrunafræðinga

Hildur Björk Sigurðardóttir meðstjórnandi lagði fram ályktanir stjórnar.



Ásta Thoroddsen og Edda Dröfn



Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Fíh



Guðrún Yrsa Ómarðóttir og  
Hulda S. Gunnarsdóttir



Harpa Júlía Sævarsdóttir



Halla Eiríksdóttir, varaformaður Fíh, eldhress að vanda

### Aðalfundur samþykkti eftirfarandi ályktanir:

#### Mönnun hjúkrunarfræðinga

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh), haldinn 26. maí 2021, lýsir yfir miklum áhyggjum af niðurstöðu skýrslu á vegum heilbrigðisráðuneytisins um greiningu á rekstrarkostnaði hjúkrunarheimila. Það er óásættanlegt að mönnun hjúkrunarfræðinga sé langt undir lágmarksviðmiðum embættis landlæknis um hlutfall hjúkrunarfræðinga af heildarfjölda starfsfólks er starfar við umönnun aldraðra. Slík staða ógnar verulega gæðum og öryggi öldrunarþjónustunnar. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga skorar á heilbrigðisráðherra að tryggja lágmarksmönnun hjúkrunarfræðinga til að hægt verði að veita árangursríka og góða þjónustu við íbúa hjúkrunarheimila. Til þess þarf að bregðast við rekstrarhalla hjúkrunarheimilanna með nægjanlegu fjármagni þannig að hægt verði að veita örugga og góða þjónustu til framtíðar.

#### Stytting vinnuvikunnar

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh), haldinn 26. maí 2021, fagnar styttingu vinnuvikunnar, sem tók gildi 1. janúar 2021, hjá dagvinnufólki og 1. maí hjá vaktavinnufólki. Þar sem stór hluti hjúkrunarfræðinga er í vaktavinnu er stigið stórt skref í þá átt að 100% vaktavinna jafngildi 80% viðveru hjúkrunarfræðinga með þunga vaktabyrði. Breytingarnar eiga að leiða til aukinna lífsgæða til að vega upp á móti neikvæðum áhrifum vaktavinnu á heilsu og öryggi og auðvelda starfsfólki þannig að samræma fjölskyldu- og atvinnulíf. Þetta er stórt framfaraskref í kjarabaráttu hjúkrunarfræðinga. Því er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar nýti þetta tækifæri sem best og leggist á eitt við að tryggja sem best ávinninginn af styttingu vinnuvikunnar.

Fundarmenn lýstu annars ánægju sinni með fundinn enda sögulegur í því samhengi að t.d. var samþykkt lagabreyting sem gerir félaginu kleift að halda hér eftir aðalfundinn með rafrænni kosningaþátttöku. Eins var samþykkt ný stefna í hjúkrunar- og heilbrigðismálum sem félagið mun nota að leiðarljósi til ársins 2030.

Næsti aðalfundur félagsins er áætlaður 12. maí 2022.

## Hvatningarstyrkir Fíh og styrkir úr B-hluta vísindasjóðs

Veittir voru fimm hvatningarstyrkir til frumkvöðla í hjúkrun á Íslandi, hver að upphæð 500.000 kr.

### Eftirfarandi hjúkrunarfræðingarnir fengu styrk:

Ásdís Elfarsdóttir Jelle, deildarstjóri sýkingavarnadeildar Landspítala.  
Guðbjörg Pálsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun sjúklunga með sár.  
Jónína Hólmfríður Hafliðadóttir, frumkvöðull á sviði taugahjúkrunar.  
Snæbjörn Ómar Guðjónsson, sérfræðingur í geðhjúkrun.  
Sóley Bender prófessor, frumkvöðull í uppbyggingu fræðasviðs um kynheilbrigðismál.

Sautján hjúkrunarfræðingar fengu styrk úr B-hluta vísindasjóðs og heildarupphæð styrkja var 11.054.850 krónur.

### Eftirtaldir hjúkrunarfræðingar fengu styrk:

Berglind Steindórsdóttir  
Birna Rut Aðalsteinsdóttir  
Brynja Ingadóttir  
Elva Rún Rúnarsdóttir  
Guðrún Kristjánsdóttir  
Helga Bragadóttir  
Kristín Þórarínsdóttir  
Lilja Dögg Bjarnadóttir  
María Finster Úlfarsson  
María Kristánsdóttir  
Ólafía Daniélsdóttir  
Ragnheiður Guðmundsdóttir  
Sigríður Zöega.  
Sigríður Þóroddsdóttir  
Sólrún Dögg Árnadóttir  
Sólrún W. Kamban  
Theja Lankathilaka



Herdís Lilja, Margrét, Guðbjörg og Steinunn, starfsmenn Fíh





„... ég segi stundum  
að hjúkrun sé  
flottasta iðnnámið.“

# Mest gefandi að hjálpa fólki á erfiðum tímum

Atli Már Markússon fór í sjúkraflutninganám í Maine í Bandaríkjunum þar sem áhersla var lögð á utanspítalaþjónustu í óbyggðum. Atli ákvað svo þegar hann var heimavinnandi húsfaðir á Húsavík að skella sér í hjúkrunarfræði og sér ekki eftir því þar sem námið nýtist sérlega vel í starfi hans sem sjúkraflutningamaður. Við slógum á þráðinn til Atla til að heyra hvernig þetta tvennt fer saman en þess má geta að Atli lauk einnig námi í svæfingahjúkrun fyrir nokkrum árum.

Texti og myndir: Sigríður Elín

## Hvað varð til þess að þú ákvaðst að sækja um nám í hjúkrunarfræði á sínum tíma?

„Ég var búinn að vera í utanspítalaþjónustunni í nokkur ár þegar við hjónin fluttum til Húsavíkur. Hún var í sínu sérnámi sem heimilislæknir og ég allt í einu bara heimavinnandi húsfaðir. Ég fór að líta í kringum mig í Akureyrarháskóla, ég er ekki lögfræðitýpan en sá að það væri góð leið til þess að verða betri sjúkraflutningamaður að skrá mig í hjúkrunardeildina.“

## Voru margir karlmenn í náminu á sama tíma og þú?

„Það var einn minnir mig, held að hann hafi ekki farið í gegnum klásusinn.“

## Hvers vegna mælir þú með hjúkrunarfræði fyrir karlmenn?

„Hjúkrunarfræði er frábært fag fyrir þá sem vilja vinna með höndunum, ég segi stundum að hjúkrun sé flottasta iðnnámið.“

## Nú eru aðeins 3% hjúkrunarfræðinga karlmenn. Hvað er hægt að gera til að breyta þessu og auka hlut karla í hjúkrun?

„Það þarf að breyta miklu þegar kemur að kennslu í hjúkrunarfræði, hjúkrun er að mínu mati fyrst og fremst verklegs eðlis og í grunnnámi hjúkrunar er lögð allt of mikil áhersla á akademíska þekkingu og færni tengda rannsóknum í stað þess að kenna fólki að vinna í alvöru á vettvangi og nota bæði hug og hönd.“

## Hefur þú fundið fyrir fordómum í starfi vegna þess að þú ert karlmaður?

„Já, 100% til að byrja með þegar ég var enn í náminu og að flakka á milli deilda, hér og þar var mikið af kvenkyns kollegum sem fannst þetta ekki vera eðlilegt. Ég hef reyndar ekki orðið var við slíka fordóma lengi en kannski hefur það meira með vinnustaðina að gera.“

## Hver var aðdragandinn að því að þú fórst í sjúkraflutninga?

„Ég hafði mikinn áhuga á starfinu og sjúkraflutninganáminu, ég lærði í Maine í Bandaríkjunum og valdi námsleið þar sem áhersla var lögð á óbyggða-utanspítalaþjónustu. Það er gaman frá því að segja að flestir aðaltöfvararnir sem sinntu kennslunni þar voru hjúkrunarfræðingar. Námið og starfið sem sjúkraflutningamaður var og er mjög skemmtilegt, það var hins vegar ekki fyrr en ég kláraði hjúkrunarfræðinámið og hafði unnið sem hjúkrunarfræðingur um tíma að ég áttaði mig á því hvað ég kunni í raun lítið sem sjúkraflutningamaður áður en ég tók hjúkrunarfræðina. Sjúkraflutninga- og bráðataeknanám er í rauninni mjög stutt og einhæft nám sem snýr að mjög einangruðum hluta ferlisins. Mín skoðun er að hjúkrunarfræðingur með víðtæka reynslu, eins og til að mynda frá bráðamóttöku, svæfingu, gjörgæslu, geðsviði, heilsugæslu úti á landi og fleiri starfsstöðvum, geti bætt gæði utanspítalaþjónustu til mikilla muna og jafnvel gert okkur kleift að skipuleggja heilbrigðisþjónustu og þá sérstaklega



„Á þeirri stundu sé ég fyrir mér að það verði þrjár sjúkraþyrlur með sérhæfðri áhöfn svæfingahjúkrunarfræðings og læknis um borð að sinna utanspítalabjónustu á Íslandi.“

á landsbyggðinni á öruggari og hagkvæmari hátt. Mín sýn er að í framtíðinni verði utanspítalabjónustu sinnt af hjúkrunarfræðingum með sérmenntun í sjúkraflutningum.

#### Hvernig finnst þér hjúkrunarfræðimenntunin nýttast í starfi sjúkraflutningamanns?

„Reynslan úr hjúkrun stendur vissulega með manni í utanspítalabjónustunni, við förum í mörg útköll sem flokkast sem „almenn veikindi“, það er að segja fólk er kannski slápt, ekki eins og það á að sér að vera og svo framvegis. Mismunagreiningar og reynslan, bæði af bráðamóttökunni og úr flutningunum, er gríðarlega dýrmæt í starfi mínu.“

#### Hvað finnst þér erfiðast að glíma við í starfi þínu sem sjúkraflutningamaður?

„Biðin reynir mikið á.“

#### Hvað er það besta við starfið?

„Það er svo magnað að bæði í starfi mínu á svæfingunni í Fossvogi og í utanspítalabjónustunni á ég alveg geggjáða vinnufélaga. Margir, sem ekki þekkja til, sjá bæði þessi störf fyrir sér í einhverjum dramatískum hetjuljóma þar sem hvert einasta tilfelli, sem við förum í, eða sjúklingur, sem kemur inn, hangir algjörlega á bláþræði. Það sem hins vegar er farið að gefa mér mest svona í seinni tíð er að hjálpa fólki á erfiðum tímum. Geysilega mörgum líður alveg bölvanlega og það getur verið erfitt fyrir okkur heilbrigðisstarfsfólk, hvort sem það er inni á skurðstofu rétt áður en skjólstæðingur sofna eða bara inni í stofu heima hjá einhverjum sem er að hugsa um að svipta sig lífi, að setjast niður og taka samtalið. Að mæta fólki á erfiðum stundum, ræða lausnir við það og hvetja það til dáða, það er það sem gefur mér svo mikið svona í seinni tíð. Þarna kemur líka reynslan úr náminu sterk inn, vá hvað ég lærði mikið í þriggja vikna verknámi á geðdeild á sínum tíma.“



#### Hvað gerið þið vinnufélagarnir til að efla liðsandan?

„Við förum út að borða eins og gengur og tölum mjög mikið saman. Það er líka mjög gott og gefandi að hendast á eins og eitt námskeið, eða ráðstefnu erlendis, til að hressa aðeins upp á þekkinguna. Það er orðið allt of langt síðan maður hefur farið til útlanda.“

#### Hvar sérðu sjálfan þig eftir tíu ár?

„Vonandi alveg að fara að hætta að vinna. Ég sé mig sitja við sundlaugina á Flórída með kaffibolla þar sem ég horfi á sjúkraþyrlu fljúga yfir og hugsa hvað ég sé heppinn að hafa fengið að hjálpa til við að koma Íslandi inn í nútímann í flutningum á veikum og slösuðum. Á þeirri stundu sé ég fyrir mér að það verði þrjár sjúkraþyrlur með sérhæfðri áhöfn svæfingahjúkrunarfræðings og læknis um borð að sinna utanspítalabjónustu á Íslandi.“



## 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 afþagðs 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

Kiktu á vefinn okkar [sak.is/atvinna](http://sak.is/atvinna)

ÖRYGGI - SAMVINNA - FRAMSEKNI



AÐGANGSSTÝRÐIR LYKLASKÁPAR

## Ert þú lykilmanneskja?



- ✓ Rekjanleg innskráning starfsmanna
- ✓ Aukið ut anumhald, betri yfirsýn og meira öryggi
- ✓ Upplýsingaskjár – hvaða lykill er í notkun og hver er með hann

**OPTIMA**

FREKARI UPPLÝSINGAR VEITA SÖLURÁÐGJAFAR OKKAR, HAFÐU SAMBAND:

Suðurlandsbraut 6, 108 Reykjavík | Sími 588-9000 | [sala@optima.is](mailto:sala@optima.is) | [www.optima.is](http://www.optima.is)



# Hefur dregið verulega úr fordómum gagnvart konum í sjúkraflutningum

María Ingadóttir lærði fyrst sjúkraliðann, fór svo í hjúkrun og svo í bráðataekninám til Bandaríkjanna. Hún segir starfið fjölbreytt og krefjandi og að stuðningur félaganna og úrvinnsla áfalla skipti miklu máli í sínu starfi. María var nýkomin heim af fæðingardeildinni þegar við heyrðum í henni.

---

**Texti:** Sigríður Elín | **Myndir:** úr einkasafni





### Hvað varð til þess að þú ákvaðst að sækja um nám í hjúkrunarfræði á sínum tíma?

„Þegar ég var í 10. bekk var boðið upp á starfskynningu og ég valdi að fara á sjúkrahúsið á Ísafirði og var þar í tvo daga. Mér fannst spítalaumhverfið mjög spennandi og gaman að vinna með skjólstæðingunum. Ég valdi því að fara í sjúkraliðanám sem ég kláraði 19 ára gömul árið 2006. Í framhaldinu fór ég að vinna á Heilbrigðisstofnun Norðurlands á Húsavík en mér fannst ég samt hvergi nærri búin með mína menntagöngu svo það lá beinast við að hefja nám í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri sem ég kláraði árið 2012.“

### Hvernig fáum við fleiri karlmenn í hjúkrunarfræði?

„Ég held að áframhaldandi fræðsla um starfið og fjölbreytileikann sem það hefur upp á að bjóða muni skila sér á endanum. Því miður er hjúkrunarstarfið oft of mikil tölvuvinna og skráning, að mínu mati. Þótt það sé mikilvægt þá tel ég að meiri „hands on“ hjúkrun og samskipti við skjólstæðingana myndi auka áhuga á starfinu. Auk þess tel ég starf hjúkrunarfræðinga ekki metið að verðleikum með tilliti til launa, þegar launin verða betri munum við sjá fleiri karlmenn í okkar stétt.“

### Hver var aðdragandinn að því að þú fórst í sjúkraflutningar?

„Þegar ég starfaði á Heilbrigðisstofnun Norðurlands Húsavík frá árinu 2007 til 2018 var ég fyrst beðin um að prófa að taka nokkrar vaktir á sjúkrabíl og það má segja að ég hafi strax fengið brennandi áhuga. Ég kláraði grunnmenntun í sjúkraflutningum og starfaði á sjúkrabíl í hlutastarfi með vaktavinnu á sjúkrahúsinu. Svo langaði mig í frekara nám en fann ekkert sem hentaði mér í sérhæfingu í hjúkrun á þeim tíma. Áhugi minn á utanspítalaþjónustu var hvati til frekari menntunar á því sviði og því fór ég í bráðataekninám, í Massachusetts í Bandaríkjunum, sem ég kláraði árið 2018.“



### Hefur þú upplifað fordóma í starfi vegna kyns þíns?

Já, pottþétt en ég get ekki nefnt eitthvað sérstakt dæmi sem situr í mér. Það hefur orðið mikil fjölgun á konum í sjúkraflutningum og dregið verulega úr fordómum að mínu mati. Mér finnst besta að vinna í blönduðum hópi og mikilvægt að ekki sé verið að kyngreina einstaklinga heldur velja frekar þann sem er hæfastur hverju sinni. Það má alltaf gera betur samt og við sjáum vonandi fleiri konur í stjórnunarstöðum innan sjúkraflutninga í framtíðinni enda margar öflugar.“

### Hvernig finnst þér hjúkrunarfræðimenntunin nýttast í sjúkraflutningum?

„Ég myndi segja að hjúkrunarfræðimenntun og sjúkraflutningar væru eins og gin og tonic. Þetta eru náskyldar greinar, þar sem hjúkrunarfræði veitir djúpa og góða þekkingu á mjög breiðu sviði, svo fer maður grynna í ótal marga hluti á sviði bráðaþjónustu og lærir að vinna mjög markvisst eftir vinnuferlum í sjúkraflutningum. Þetta tvennt saman skilar öflugri starfsmanni í báðum starfsgreinum. Að vera hjúkrunarfræðingur í grunninn hefur nýst mér afar vel í starfi á sjúkrabíl; þekking og reynsla af störfum á bráðamóttöku og úti á landi er sérstaklega dýrmæt. Ég tel að þetta tvennt fari sérstaklega vel saman á landsbyggðinni þar sem flestir sjúkraflutningarmenn eru hlutastarfandi, þá er nauðsynlegt að halda sér vel við og það getur maður gert í störfum inn á spítala. Þó svo flutningar séu færri á landsbyggðinni þá veikist fólk þar og slasast alveg jafn alvarlega, flutningar eru lengri og ekki fullbúin bráðadeild í næsta nágrenni. Í þannig aðstæðum reynir oft mikið á og þá getur reynsla og menntun skipt máli.“

### Langar þig að læra meira og þá hvað?

„Held mig langi alltaf að læra eitthvað meira. Nú þegar maður er orðin sjúkraliði, hjúkrunarfræðingur og bráðataeknir er þá ekki bara lækisfræði næst?“



# „Mér finnst besta að vinna í blönduðum hópi og mikilvægt að ekki sé verið að kyngreina einstaklinga heldur velja frekar þann sem er hæfastur hverju sinni.“

Nei, veistu, þessi menntun sem ég hef opnar marga möguleika og ég gæti bætt við mig sérhæfingu; bæði sem hjúkrunarfræðingur og bráðataeknir. Mörg svið eru mjög spennandi en núna vil ég fyrst og fremst viðhalda þeirri færni og getu sem ég hef en ég stefni alltaf hærra. Seinna á starfsævinni gæti ég hugsað mér að sinna kennslu og einnig hef ég áhuga á rannóknarvinnu sem tengist utanspítalabjónustu á Íslandi, það er lítið um slíkt en gæti svo sannarlega nýst til að bæta þjónustuna.“

## Í hverju felast mestu áskoranirnar í starfi þínu sem sjúkraflutningamaður?

„Þær geta heldur betur verið fjölbreyttar og krefjandi, enda enginn dagur eins í sjúkraflutningum. Við sinnum margvíslegum verkefnum en auðvitað erum við fyrst og fremst boðuð út til að sinna veikum og slösuðum. Skjólstæðingar okkar eru á öllum aldri og ekkert tilfelli er eins. Umhverfið getur líka verið áskorun; alls konar aðstæður á sjó og landi. Það getur verið einn skjólstæðingur, það getur líka verið hópslys. Oft á tíðum er fólk að upplifa sínar verstu stundir þegar við komum á staðinn og því fylgir oft mikil geðshræring, aðstandendur eru jafnvel líka á staðnum og þurfa utnumhald. Þótt við reynum að vera sem best undirbúin að öllu leiti þá er það ekki alltaf nóg, erfið útköll eru stór áskorun þar sem getur reynt verulega á andlegu hlið okkar sjúkraflutningamanna. Það er mjög misjafnt hvað hreyfir við fólk í þessu starfi og þá er félagastuðningur og rétt úrvinnsla áfalla mikilvægur þáttur.“

## Hvað er það besta við starfið?

„Það besta er þegar allt gengur upp; þegar við komumst fljótt og örugglega á staðinn og náum að skila skjólstæðingi okkar í betra ástandi á sjúkrahús til frekari meðferðar. Maður upplifir líka mikið þakklæti frá skjólstæðingum og aðstandendum sem er alltaf góð tilfinning. Góðir samstarfsfélagar og starfsandi er líka lykilatriði og gerir góðan dag enn betri.“

## Hvað gerið þið vinnufélagarnir til að efla liðsandan?

„Á Selfossi, þar sem ég starfa, er mjög öflugt og skemmtilegt lið í sjúkraflutningum. Þeir sem eru á vakt saman eyða óhjákvæmilega meiri tíma saman



og þá er nauðsynlegt að það sé gott samstarf og góður andi til að allt gangi upp. Vaktirnar fara oft í líkamsrækt saman, borða og vinna föst verk saman. Svo eru haldnar verklegar æfingar og fræðslur þegar tækifæri gefst til. Við höfum einnig gert okkur glaðan dag, utan vinnutíma, með því að fara út að borða saman, í leikhús eða bíó. Árshátíðir, jólahlaðborð, ráðstefnur og þess háttar kemur vonandi sterkt inn aftur eftir skrítna tíma.“

## Að lokum; Hvar sérðu sjálfan þig eftir tíu ár?

„Eftir tíu ár reikna ég fastlega með að vera áfram starfandi í heilbrigðiskerfinu. Hver veit nema sjúkraflutningar verði þá orðið eitt af sérsviðum innan hjúkrunar. Draumurinn væri að flétta þessar starfsgreinar meira saman og geta verið að hluta til starfandi á sjúkrahól og inn á spítala að hluta, eins og er gert í löndum víða í kringum okkur. Eftir tíu ár verða svo vonandi sjúkrabyrlur á sveimi, góð rafræn sjúkraskráning, uppfærðir vinnuferlar og hágæða utanspítalabjónusta hér á landi. Á sumum sviðum erum við en þá í torfkofum miða við önnur lönd. Það má allavega segja að það séu ótal spennandi möguleikar í boði með þessa menntun sem ég hef og ég ætla að klárlega að nýta mér það í framtíðinni.“

# NJÓTUM ÞESS AÐ ELDAST MEÐ

## Femarelle®



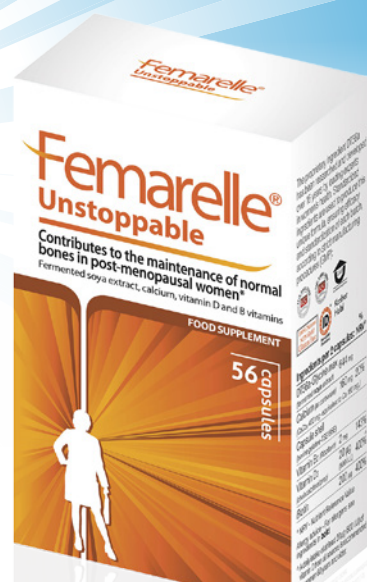
### Femarelle Rejuvenate

Hentar konum sem eru að upplifa fyrstu einkenni hormónabreytinga og áður en óregla kemst á blæðingar.



### Femarelle Recharge

Fyrir konur sem eru komnar á breytingarskeiðið og blæðingar óreglulegar eða hættar.



### Femarelle Unstoppable

Fyrir konur sem eru komnar yfir breytingaskeiðið og vilja viðhalda kraftmiklum lífsstíl og vernda beinin þegar árin færast yfir.

**Femarelle** er náttúruleg lausn fyrir konur sem vilja koma jafnvægi á hormónastarfsemina.

**Femarelle** fæst í þremur tegundum sem henta konum á mismunandi stigum tíðahvarfa.

## REYNSLUSÖGUR



„Ég finn fyrir meiri vellíðan og er með mun betra jafnvægi í líkamanum.“  
*Soffía Káradóttir*



„Ég fann strax mun á mér eftir fyrsta pakkann sem var alveg magnað. Núna hef ég notað Femarelle í dágóðan tíma. Þessi vara er svo sannarlega að virka.“  
*Magðalena Magnúsdóttir*



„Hitakófin hættu, vakna ekki lengur á nóttinni og fótapíringur er minni eftir að ég fór að taka inn Femarelle.“  
*Halldóra Ósk Sveinsdóttir*



# Ákall til hjúkrunarfræðinga um þátttöku í að varðveita heilbrigði jarðar

„Jörðin þarfnast hjúkrunar“

**Höfundar:** Helga Bragadóttir, Árún K. Sigurðardóttir, Brynja Ingadóttir, Brynja Örlýgsdóttir, Guðrún Pálsdóttir, Ingibjörg Hjaltadóttir, Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Ólafur G. Skúlason, Rut Sigurjónsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir, Tanja G. Schiöth Jóhannsdóttir  
**Myndir:** Þróstur Guðmundsson - Hvannadalshnúkur

Jarðarbúar horfast nú í augu við það sem talið er vera mesta lýðheilsuvá allra tíma, umhverfisvána. Heilbrigði jarðar og jarðarbúa haldast í hendur. Undanfarin ár hefur ítrekað verið bent á mikilvægi þess að bregðast við umhverfisvánni.

Segja má að Sameinuðu þjóðirnar hafi sett það málefni á oddinn, fyrst með skýrslu sinni *Special Report on Global Warming of 1.5°C* (IPCC, 2018) og síðar með heimsmarkmiðum sínum um sjálfbæra þróun sem tekur á umhverfisvánni frá öllum hliðum (sjá United Nations <https://sdgs.un.org/goals> og Félag Sameinuðu þjóðanna <https://www.un.is/heimsmarkmidin/>). Heimsmarkmiðin 17 snúast um aukinn jöfnuð auðs, heilsu og menntunar, frið, sjálfbærni og ábyrga hegðun í víðasta skilningi.

Mikilvægt er fyrir hjúkrunarfræðinga, sem annað heilbrigðisstarfsfólk, að taka virkan þátt í því að efla lýðheilsu fólks með því að stuðla að heilbrigði jarðar. Sama hvert eðli starfa okkar er, hvort sem það er í klíník, stjórnun, kennslu eða rannsóknum, öll gegnum við mikilvægu hlutverki sem heilbrigðisstarfsfólk og ábyrgð okkar gagnvart heilbrigði jarðar er mikil

(Huffling, 2019; Potter, 2019). Allt frá dögum Florence Nightingale, upphafskonu nútímahjúkrunar, hafa hjúkrunarfræðingar verið meðvitaðir um að gæði umhverfis gegna mikilvægu hlutverki í líkamlegu og andlegu heilbrigði fólks, þá sérstaklega aðgengi að hreinu lofti, góðri næringu og óspilltri náttúru. Þessi greinarstúfur er ákall til hjúkrunarfræðinga um að taka virkan þátt í að varðveita heilbrigði jarðar og draga úr áhrifum þeirrar umhverfissvár sem steðjar að jörðinni og íbúum hennar. Við kynnum hér til sögunnar eið heilbrigðisstarfsfólks um að varðveita heilbrigði jarðar á mannöld (*A planetary health pledge for health professionals in the Anthropocene*) sem birtur var í *The Lancet* í nóvember 2020 af alþjóðlegum þverfræðilegum hópi heilbrigðisvísindafólks. Eiðurinn er byggður á Genfaryfirlýsingunni og þeirri gullnu reglu heilbrigðisstarfsfólks að skaðleysi ráði ávallt för í ákvörðunum og gjörðum þess (*primum non nocere*) og er allt heilbrigðisstarfsfólk hvatt til að lesa hann og tileinka sér (Wabnitz o.fl., 2020).

Undanfarin ár hefur fólk í ríkara mæli orðið meðvitað um mikilvægi þess að varðveita jörðina og aðgerðir til að sporna við umhverfisvánni. Til marks um það hafa hjúkrunarfræðingar og heilbrigðisstarfsfólk austan



## SJÓNARSVIPTIR 1

Hvítagullfjallið ofar öllu  
Ljós landsins.  
Það fer og skuggarnir verða.  
Sjónarsviptir erum við á Íslandseyjunni.  
Við í heiminum.

Á förum  
frá okkur  
frá sjálfum sér sjálfum.  
Það gleymdist að hann er úr vatni gerður  
að hann leysist upp í það  
og flæðir yfir veg allrar veraldar.  
Ekki í hefndarskyni.  
Það er bara engin leið önnur en þessi  
sem við hröktum hann á.  
Við Misindismenn.  
Við Óvitar  
sem köllum okkur þó homo sapiens.  
Og Stephen Hawking sendi þau skilaboð  
úr fangelsi líkamans  
að við getum, ólíkt dýrunum, náð utanum alheiminn.  
Við vitibornu skiljum þá hamfarahlýnun á jörðinni  
en við látum ósköpin yfir ganga  
Börnin og barnabörnin. Krúttin á facebook.  
Hvað verður um þeirra krútt og þeirra krúttkrútt?  
Er okkur alveg sama?  
SAMA sem hroðgræðgi  
dádleysi  
ár fram af ári.  
mann fram af manni.

Jökullinn verður enginn að sér gengnum, enginn,  
ekki nokkur  
hann verður skrattakollur, kollóttur  
fjall með framliðnum fjöllum  
ekki ísfjallið brakandi bjart.  
Svo steindrept heimsins hvítasti kroppur og við tekur ótínt grjót.

(Steinunn Sigurðardóttir, Dimmumót, 2019, bls. 27-28)

hafs og vestan komið á fót hreyfingum sem markvisst vinna að því að efla þekkingu og færni til forystu í umhverfis- og loftslagsmálum. Í Bandaríkjunum hefur **Alliance of Nurses for Healthy Environments** verið starfsrækt frá 2008 (sjá ANHE – Alliance of Nurses for Healthy Environments (envirn.org)). Tilgangur ANHE er að stuðla að heilbrigði fólks og umhverfis með fræðslu og forystu meðal hjúkrunarfræðinga, styðja við rannsóknir, nota gagnreynda starfshætti og hafa áhrif á stefnumótun. ANHE hefur á þeim rúma áratug, sem það hefur starfað, unnið sér sess í bandarísku hjúkrunarsamfélagi, verið virkt, og beitt sér út frá forsendum hjúkrunar með heilbrigði fólks og umhverfis að leiðarljósi.

Í Evrópu eru nýstofnuð samtök hjúkrunarfræðinga um loftslagsbreytingar, **Nurses Climate Challenge Europe**, sem hafa það markmið að koma af stað hreyfingu meðal heilbrigðisstarfsfólks sem er reiðubúið að skuldbinda sig til að vinna að lausnum við umhverfisvánni í heilbrigðisþjónustu og í samfélaginu gegnum fræðslu og myndun

tengslanets heilbrigðisstarfsfólks (Health Care Without Harm, 2021, sjá About | NCC Europe (nursesclimatechallenge.org)). **Nurses Climate Challenge Europe**-samtökin spretta upp úr Health Care Without Harm (HCWH) sem eru samtök evrópskra heilbrigðiskerfa, sjúkrahúsa og annarrar heilbrigðisþjónustu, opinberra aðila, háskóla, félaga sem vinna að umhverfismálum og fagfélaga heilbrigðisstétta (Health Care Without Harm, 2021, sjá About | NCC Europe (nursesclimatechallenge.org)). Ísland á einn fulltrúa í HCWH sem er Landspítali.

Að því er höfundar best vita eru ekki til nein samtök eða félag á heilbrigðissviði hér á landi sem vinnur sérstaklega að heilbrigði jarðar eða umhverfismálum. Ljóst þykir að umhverfisvánni er okkar stærsta heilbrigðisvandamál í nútíð og framtíð og því má spyrja hvort ekki sé tímabært og í raun nauðsynlegt og ábyrgt af hjúkrunarfræðingum að stofna fagdeild um heilbrigði jarðar. „Jörðin þarfnast hjúkrunar.“ (Potter, 2019, bls. 206).

## HEIMILDIR

- Huffling, K. (2019). Building a global movement for health: Nurse leadership on climate change. *Creative Nursing*, 25(3), 191-194. doi: 10.1891/1078-4535.25.3.191.
- Potter, T. (2019). Planetary health: The next frontier in nursing education. *Creative Nursing*, 25(3), 201-207. doi: 10.1891/1078-4535.25.3.201.
- Wabnitz, K.J., Gabrysch, S., Guinto, R., Haines, A., Herrmann, M., Howard, C., Potter, T., Prescott, S.L., Redvers, N. (2020). A pledge for planetary health to unite health professionals in the Anthropocene. *Lancet*, 396(10261), 1471-1473. doi: 10.1016/S0140-6736(20)32039-0. Epub 2020 Sep 30.





# Eiður heilbrigðisstarfsfólks um að varðveita heilbrigði jarðar á mannöld

Ég heiti að helga líf mitt því að þjóna og vernda mannkyn og náttúruna sem heilbrigði manna veltur á.

Ég mun setja heilbrigði fólks, samfélaga og jarðarinnar í forgang og bera virðingu fyrir mannlífum og fjölbreyttu lífi á jörðinni.

Ég mun stunda fag mitt samviskusamlega og með virðingu fyrir og í samræmi við góða starfshætti með tilliti til heilbrigðis jarðarinnar.

Til að skaða ekki mun ég virða sjálfræði og reisu allra jarðarbúa við aðlögun nýrra leiða með það að markmiði að bæta heilbrigði og fyrirbyggja skaða á mannkyni og jörð.

Ég mun hafa í heiðri og virða það traust sem mér er sýnt og nýta þetta traust til að stuðla að bættri þekkingu og móta gildi og hegðun sem styðja við heilbrigði mannkyns og jarðar.

Ég mun leggja mig fram um að auka skilning minn á þeim áhrifum sem bein, ómeðvitund og kerfisbundin hlutdrægni hefur á sjúklinga mína, samfélög og jörðina, til þess að auka vitund mína til að þjóna.

Ég mun kappkosta að koma á jöfnuði og réttlæti með því að vekja athygli á umhverfis-, félags- og skipulagsmálum, sem eru mælikvarðar heilbrigðis, og um leið standa vörð um þá náttúru sem er undirstaða lífs á jörðu fyrir komandi kynslóðir.

Ég mun viðurkenna og virða ólíka uppsprettu þekkingar og kunnáttu hvað heilbrigði einstaklinga, samfélaga og jarðar varðar, svo sem hefðbundna kunnáttu frumbyggja, en um leið vinna gegn útbreiðslu rangra upplýsinga sem grafa undan heilbrigði jarðar.

Ég mun auka við og deila þekkingu minni í þágu samfélags og jarðarinnar; ég mun einnig markvisst efla þverfaglegar, heildrænar aðgerðir til að viðhalda heilbrigði einstaklinga, samfélaga og jarðar.

Ég mun sinna eigin heilsu, velferð og atgervi til þess að geta annast og þjónað samfélaginu eftir bestu getu.

Ég mun ætíð leitast við að vera fyrirmynd sjúklinga minna og samfélags með því að fylgja meginreglum sem stuðla að heilbrigði jarðar og draga úr loftlagsáhrifum.

Ég mun ekki beita þekkingu minni til að brjóta á mannréttindum og borgaralegu frelsi, jafnvel þótt mér sé ógnað; vitandi það að réttur fólks til heilsu er undirstaða heilbrigðis jarðar.

Með því að sverja þennan eið hef ég skuldbundið mig til að fylgja framtíðarsýn um persónulegt og félagslegt heilbrigði og heilbrigði jarðar, sem mun gera hvers kyns lífi kleift að dafna á jörðinni, í nútíð og framtíð.

Ég legg einlæglega og óbundin/n heiður minn að veði til að uppfylla þennan eið.



## RÁÐGJÖF UM GETNAÐARVARNIR – LYFJAÁVÍSANIR

Á vegum Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands verður haustið 2021 boðið upp á námskeið til að undirbúa hjúkrunarfræðinga í að veita ráðgjöf um getnaðarvarnir og ávísa hormónagetnaðarvörnum. Það er ætlað hjúkrunarfræðingum sem lokið hafa eða stunda meistaranám í heilsugæslu.

Námskeiðið heitir **HJÚ157F Ráðgjöf um getnaðarvarnir – lyfjaávísanir** og er 6 ECTS-einingar og er bæði fræðilegt og klínískt. Fræðilegi hlutinn er kenndur í einni lotu sem byrjar í lok september og lýkur með rafrænu prófi. Lotan hefst mánudaginn 27. september og lýkur föstudaginn 1. október. Nemendur vinna síðan tvö klínísk verkefni og ljúka námskeiðinu í lok haustannar. Lágmarksfjöldi er 15 nemendur og hámarksfjöldi 20 nemendur.

Á námskeiðinu læra nemendur almennt um getnaðarvarnir, sérstaklega um hormónagetnaðarvarnir, og hvernig skuli standa að ráðgjöf um getnaðarvarnir. Námskeiðinu er ætlað að gefa fræðilegan grunn en jafnframt að byggja upp klíníska færni svo nemandi sé fær um að ávísa hormónagetnaðarvörnum, fylgja þeim konum eftir sem fá getnaðarvarnir og takast á við þær aukaverkanir sem upp kunna að koma. Sýnt er hvernig hormónastafur og lykkja er sett upp og fjarlægð og nemendur fá tækifæri til að æfa sig.

Fyrir starfandi hjúkrunarfræðinga þarf að sækja um námið í gegnum Endurmenntun. Umsóknarfrestur verður til og með 13. ágúst. Ekki er tekið við umsóknum eftir þann tíma. Nemendur við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands skrá sig í námskeiðið með hefðbundnum hætti. Nemendur við Háskólann á Akureyri þurfa að sækja um námið sem gestanemar fyrir 15. ágúst. Upplýsingar um gestanám: [https://www.hi.is/nam/gestanam\\_opinberir\\_haskolar](https://www.hi.is/nam/gestanam_opinberir_haskolar)

Við viljum hvetja hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni til að nýta sér þetta tækifæri sem námskeiðið **Ráðgjöf um getnaðarvarnir – lyfjaávísanir** gefur hjúkrunarfræðingum, sérstaklega í heilsugæslunni.

Umsjónarkennarar eru Sóley S. Bender prófessor og Hildur Sigurðardóttir lektor.

AÐGANGSSTÝRÐIR LYFJASKÁPAR MEÐ INNBYGGÐUM HUGBÚNAÐI

# Örugg og rekjanleg meðhöndlun lyfja

- ✓ Öryggi fyrir skjólstæðinga – rétt lyf, réttur skammtur, á réttum tíma
- ✓ Ánægðir starfsmenn – auðveld og örugg meðhöndlun lyfja
- ✓ Aukið hagræði – skilvirkir ferlar og utnumhald



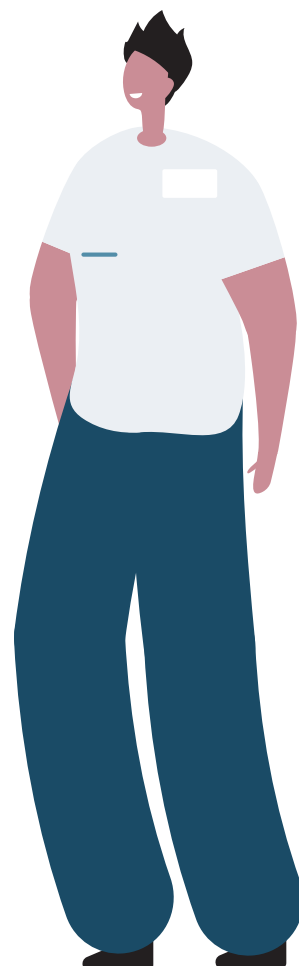
# Fagdeild stjórnenda innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga er nú orðin **Fagdeild um forystu í hjúkrun**

Frá stjórn Fagdeildar um forystu í hjúkrun til allra hjúkrunarstjórnenda og leiðtoga í hjúkrun

**Texti:** Helga Bragadóttir, f.h. stjórnar Fagdeilar um forystu í hjúkrun.

Fagdeild um forystu í hjúkrun, sem hét áður Fagdeild stjórnenda innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, hefur auk nafnbreytingar endurskoðað markmið sín og það hverjum fagdeildin er opin. Tillögur að breytingum voru lagðar fyrir aðalfund fagdeildarinnar 13. apríl sl. og voru þær samþykktar einróma.

Með breytingunum færir fagdeildin sig nær nútímastjórnun og forystu í hjúkrun þar sem ekki er eingöngu lögð áhersla á hlutverk þeirra sem gegna formlegum stjórnunarstörfum heldur litið til hjúkrunarfræðinga í fjölbreyttum störfum stjórnenda og leiðtoga í heilbrigðis- og velferðarmálum. Breytingarnar eru í anda þess sem Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga (ICN) hefur boðað síðustu ár, þar sem unnið er að því að efla alla hjúkrunarfræðinga sem leiðtoga, og ábendinga Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) um mikilvægt leiðtogahlutverk hjúkrunarfræðinga í heilbrigðisþjónustu um víða veröld.



Gerð var tillaga um breytingu á nafni fagdeildarinnar og lagðar undir fundinn nokkrar mismunandi útfærslur á nafni með það fyrir augum að gera það knappara og var tillagan **Fagdeild um forystu í hjúkrun** samþykkt. Kynningartexti fyrir heimasíðu Fíh og starfsreglur fagdeildarinnar voru endurskoðaðar með tilliti til þess að fleiri hjúkrunarfræðingar en þeir sem gegna formlegum stjórnunarstöðum í heilbrigðis- og velferðarþjónustu gætu gerst félagar, svo sem verkefnastjórar, gæðastjórar, fræðimenn o.fl. Við endurskoðun kynningartexta og starfsreglna var einnig tekið tillit til vaxandi mikilvægis hnattrænnar nálgunar, menningarnæmis og gagnreyndra starfshátta í hjúkrun og heilbrigðisþjónustu, auk þess sem framsetning starfsreglna fylgir nú leiðbeiningum Fíh. Á heimasíðu félagsins má nálgast allar nánari upplýsingar: [www.hjukrun.is/fagid/fagdeildir/](http://www.hjukrun.is/fagid/fagdeildir/).

Fundarmenn aðalfundar lýstu ánægju sinni með breytingarnar og töldu þær til bóta, í takt við tímann og framsýnar. Með þeim gæfist fleirum kostur á þátttöku í fagdeildinni og það væri til að styrkja stjórnun og forystu sem sérsviðs innan hjúkrunar sem aftur efldi þá sem gegna hlutverkum stjórnenda og leiðtoga í hjúkrun á Íslandi. Fagdeild um forystu í hjúkrun býður því alla hjúkrunarfræðinga sem starfa við og hafa áhuga á stjórnun og forystu í heilbrigðis- og velferðarþjónustu velkomna.



## Fagdeild um forystu í hjúkrun

Fagdeild um forystu í hjúkrun er opin öllum þeim hjúkrunarfræðingum í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga sem hafa áhuga á og/eða starfa við stjórnun og forystu innan heilbrigðis- og velferðarþjónustu.

Fagdeild um forystu í hjúkrun er áhugamannafélag sem hefur að markmiði að efla tengsl stjórnenda og leiðtoga innan hjúkrunar, miðla þekkingu og stuðla að framþróun innan fagsins. Leitast er við að vera virkur þátttakandi í stefnumótun, styðja við aukna þekkingu um forystu, hjúkrunarstjórnun, leiðtogahlutverk hjúkrunarfræðinga og gagnreynda starfshætti. Markmiðið er að efla forystu-hlutverk hjúkrunarfræðinga.

Fagdeildin er virkur samstarfsaðili stjórnenda og leiðtoga á alþjóðavettvangi og beitir sér fyrir hnattrænni nálgun, menningarnæmri þjónustu, þverfaglegu samstarfi, rannsóknum og framförum í stjórnun og forystu.

Með þessi markmið að leiðarljósi stendur fagdeildin fyrir fundum og málþingum, tekur þátt í viðburðum og verkefnum, gefur út fréttabréf til félagsmanna og miðlar upplýsingum á facebook-síðu fagdeildarinnar.

Umsókn um aðild að fagdeildinni má senda til stjórnar fagdeildarinnar á netfangið **[forysta@hjukrun.is](mailto:forysta@hjukrun.is)**



ANNA MARÍA ÓMARSÐÓTTIR

aðstoðardeildarstjóri LSH

HELGI ÞÓR LEIFSSON

sérfræðingur í skurðlækningum á SAK

HILDA HÓLM ÁRNADÓTTIR

hjúkrunarfræðingur og verkefnastjóri

á upplýsingatæknideild SAK

# Engum er hjúkrað ef enginn hjúkrar:

Stóra vandamál stjórnandans, að tryggja faglega mönnun til framtíðar

## ÚTDRÁTTUR

Að viðhalda mönnun, tryggja að fólkið á gólfinu njóti öryggis í starfi og hafi tækifæri til að veita faglega og viðunandi heilbrigðisþjónustu er á meðal mikilvægustu viðfangsefna stjórnenda í heilbrigðiskerfinu. Tilgangur þessarar greinar er að skoða mannaflaspár til framtíðar, hvaða þættir valda álagi á hjúkrunarfræðinga og hver framtíð þeirra er.

Leitað var að heimildum og rannsóknum í leitarvélum Pubmed, EbscoHost, Google scholar, Scopus, Web of science, ProQuest og Leitir.is. Leitarorð voru m.a. nurse, patient care, quality of care, insufficient og patient ratings. Niðurstöður sýndu að mönnun er ábótavant um allan heim. Á Íslandi, sérstaklega eftir efnahagshrunið og nú enn fremur í tengslum við covid-19-faraldurinn, hefur nýliðun hjúkrunarfræðinga verið of lítil. Laun hjúkrunarfræðinga voru talin of lág miðað við álag í starfi. Mikil undirmönnun

er á vaktalínum, starfsfólk er sent á milli eininga og hlutfall erlends vinnuafls og starfsfólks í gegnum starfsmannaleigur hefur hækkað. Hlutfallslega fleiri hjúkrunarfræðingar og stjórnendur finna fyrir kulnun í starfi. Með hækkandi lífaldri fólks munu körfur á gott heilbrigðiskerfi aukast þar sem þörf verður fyrir sífellt flóknari meðferð. Eins og staðan er í dag er vöntun á heilbrigðisstarfsfólki og mun eftirspurnin aukast á komandi árum. Því má segja að heilbrigði og vellíðan fólks sé í hættu ef ekki tekst að ráða bót á mönnunarvandanum.

Stjórnvöld verða að taka málið föstum tókum og innleiða stefnu sem stuðlar að því að gera starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga eftirsóknarvert, auka menntunarstig og tryggja öryggi og bæta kjör. Styttning vinnuvikunnar gæti dregið úr álagi en gæti líka aukið álag ef ekki er bætt úr grunnmönnun því annars verður meira álag á þá sem eru á staðnum.

---

### Lykilorð:

Mönnun hjúkrunarfræðinga, álag, öryggi, kulnun, stefna stjórnvalda

## INNGANGUR

Tilgangur þessarar fræðslugreinar er að skoða og rýna í mannaflaspár til framtíðar, hvað verið sé að gera til að áætla þá þörf, hvaða þættir helst valda því að hjúkrunarfræðingar hverfa til annarra starfa og loks verður lítið til stefnu og ráðstafana stjórnvalda til að bæta mönnun til framtíðar. Heilbrigðiskerfi okkar Íslendinga er fast í vítahring manneklu, mismikilli eftir landshlutum og stofnunum, en sums staðar þannig að gengur nærri gæðum og öryggi skjólstaðinga og starfsfólks. Vandi stjórnenda er mikill þegar kemur að því að manna vaktir m.t.t. öryggis og gæða (Heilbrigðisráðuneytið, 2020a). Til að geta haldið úti góðu og skilvirku heilbrigðiskerfi þarf ýmislegt að vera til staðar. Menntað, hæft og áhugasamt starfsfólk er meðal þeirra nauðsynlegu skilyrða sem þarf að uppfylla í því tilliti. Það verður að vera unnt að takast á við þann vanda sem til staðar er og upp getur komið hverju sinni (Aiken o.fl., 2017). Í greiningu á vinnumarkaði hjúkrunarfræðinga frá árinu 2017, sem unnin var fyrir Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga, var gert ráð fyrir að rúmlega 400 hjúkrunarfræðinga myndi vanta til starfa á Íslandi árið 2021 (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017).

Ísland er ekki eina landið sem glímur við skort á heilbrigðisstarfsmönnum. Þessi mannekla er stórt alþjóðlegt vandamál því að vaxandi eftirspurn er eftir vinnuframlagi hjúkrunarfræðinga um allan heim (Drennan og Ross, 2019). Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin gerir ráð fyrir aukinni þörf heilbrigðisstarfsmanna á komandi áratugum, m.a. vegna fjölgunar eldra fólks og aukningar á lífstílstengdum sjúkdómum (World Health Organisation, 2013).

Niðurstöður rannsókna, bæði erlendra sem innlendra, sýna að æ fleiri heilbrigðisstarfsmenn leiða hugann að því að segja upp núverandi starfi innan nokkurra mánaða og leita á önnur mið (Jana Kristín Knútsdóttir o.fl., 2019). Úttekt Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar frá 2013 gerði ráð fyrir að um 40 prósent hjúkrunarfræðinga í þróuðum löndum myndi hætta að starfa innan heilbrigðiskerfisins á næsta áratug vegna vinnuálags, krefjandi umhverfis og lágra launa (World Health Organisation, 2013). Það er ljóst að engum verður hjúkrað ef enginn hjúkrar.

Gefin var út heilbrigðisstefna árið 2019 fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu og gildir hún til ársins 2030. Þar kemur fram að heilbrigðisráðuneytið viðurkennir vandann og að á honum þurfi að taka (Heilbrigðisráðuneytið, 2019). Á síðustu árum hafa verið settir saman faghópar sem eiga að vinna að því að koma með tillögur um hvernig hægt er að brúa mönnunargatið í heilbrigðiskerfi okkar (Heilbrigðisráðuneytið, 2020a; Heilbrigðisráðuneytið, 2020b).

Til að skoða þetta nánar veltum við fyrir okkur eftirfarandi rannsóknarspurningum:

**Útskrifum við nægilega margt faglært heilbrigðisstarfsfólk?**

**Geta stjórnendur tryggt gæði og öryggi starfsfólks og skjólstaðinga?**

**Hvaða þættir valda auknu álagi á hjúkrunarfræðinga? Hver er framtíð hjúkrunarfræðinga?**

### Aðferð við gagnaöflun

Við gagnaöflun fyrir vinnslu þessarar greinar var stuðst við nokkrar leitarvélar. Leitað var eftir heimildum og rannsóknum í eftirfarandi leitarvélum: Pubmed, EbscoHost, Google scholar, Scopus, Web of science, ProQuest og Leitir.is. Leitarorð, sem voru notuð til þess að þrengja leitina, voru m.a. „nurses“, „nursing staff“, „patient care“, „effect on patient“, „patient safety“, „lack of“, „shortage“, „workforce shortages“, „deficiency“ og „insufficient“. Einnig var leitað eftir „quality of care“, „patient mortality“, „patient ratings“. Þessum leitarorðum var blandað saman við leitina og stundum stuðst við ákveðin hugtak, t.d. patient safety.

Innlendar heimildir voru meðal annars óbirt rannsókn meðal starfsmanna SAK frá í febrúar 2021 um álag í starfi og upplýsingar úr óbirtri skýrslu hagdeildar Landspítalans (Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir 2021).

## ENGUM ER HJÚKRAÐ EF ENGINN HJÚKRAR

### Hvað er viðunandi heilbrigðisþjónusta?

Stóru spurningunni um hvaða skilyrði hjúkrunarþjónustan þarf að uppfylla, þannig að hún teljist vera viðunandi bæði fyrir heilbrigðisstarfsfólk sem veitir hana og skjólstaðinga, er ekki auðvelt að svara. Það þarf ekki margar rannsóknir til að sýna fram á að mannekla kemur niður á gæðum í þjónustu og árangri meðferðar. Að nægilega margt fólk sé í boði til að annast sjúklinga er augljóslega skilyrði fyrir því að það sé á annað borð mögulegt. Engum er hjúkrað ef enginn hjúkrar. Erfitt er að segja til um hversu marga hjúkrunarfræðinga þarf á hverja 1000 íbúa til að tryggja viðunandi umönnun og meðferð. Ekki er hægt að nefna eina ákveðna tölu því hún verður aldrei meira en viðmiðunartala og verður alltaf breytileg eftir hjúkrunarþyngd og sérsviðum (Saville o.fl., 2019).

Niðurskurður og sparnaður eftir efnahagshrunið árið 2008 hafði mikil áhrif á heilbrigðiskerfið hér á Íslandi. Starfsálag jókst til muna samfara niðurskurðarkröfu, og heilbrigðiskerfinu var skorinn þröngur stakkur. Þetta hafði neikvæð áhrif á starfsánægju starfsfólks innan heilbrigðiskerfisins. Langvarandi áhrif af álaginu hafa sagt til sín undanfarin ár með auknum fjarvistum starfsmanna og það eykur síðan útgjöld stofnana út af aukavöktum annarra og því fylgir auðið álag á allan hópinn (Hjördís Sigursteinsdóttir, 2016). Kauplausar fjarvistir hjúkrunarfræðinga árið 2005, þ.e. eftir að veikindaréttur er fullnýttur, voru að jafnaði eitt stöðugildi hvern mánuð á Landspítala. Árið 2019 var um að ræða níu stöðugildi og er það gríðarleg aukning. Þegar skoðaðar eru veikindafjarvistir árið 2017-2018 annars vegar og 2018-2019 hins vegar hækkar hlutfallið úr 10% í 20%. Meðalfjöldi



hjúkrunarfræðinga sem er í langtímaveikindaleyfi (lengur en 58 daga) á hverjum tíma er 67 einstaklingar og að jafnaði eru 62 hjúkrunarfræðingar í foreldra- og fæðingarorlofi. Það samsvarar 127 stöðugildum í dagvinnu en ekki er ráðið í þessar stöður í öllum tilvikum (Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir, 2021).

Ástandið hefur versnað enn frekar undanfarið með tilkomu covid-19-faraldursins, álag á heilbrigðisþjónustuna hefur aldrei verið eins mikið og nú. Erfitt er að hugsa til afleiðinganna sem það á eftir að hafa til skemmri og lengri tíma. Heilbrigðiskerfið er komið að þolmörkum varðandi lágmarksmönnun. Nú stöndum við auðvitað í storminum miðjum. Þó sjái fyrir endann á faraldrinum, hefur enn hvorki gefist tími né ráðrúm til að kanna áhrif covid-19 á starfsfólk í heilbrigðiskerfinu á þessu krefjandi álagstímabili og hvort og hvaða áhrif faraldurinn hefur á þjónustugæði og meðferð innan heilbrigðisstofnana. Hugsanlega gætu slíkar rannsóknir varpað betra ljósi á hvar viðmið um lágmarksmönnun ættu að liggja. Undanfarið ár hafa orðið til mikilvæg gögn sem geta gefið okkur vísbendingar um þolmörk og lágmarksmönnun.

### Skortur á hjúkrunarfræðingum á heimsvísu

Um allan heim er skortur á hjúkrunarfræðingum. Meðal ástæðnanna er fjölgun mannkyns og hækkandi lífaldur en hvort tveggja leiðir af sér fleiri skjólstæðinga sem þurfa aukna og flóknari heilbrigðisþjónustu. Mikilvægt er því að skilningur sé til staðar á hlutverki og mikilvægi þátttöku hjúkrunarfræðinga við að tryggja gæði og öryggi við meðferð sjúklinga (Griffiths o.fl., 2018).

Talið er að 12,9 milljónir heilbrigðisstarfsmanna muni vanta til starfa um heim allan árið 2030, þar af 8 milljónir hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra (World Health Organization, 2013). Skýrsla hagdeildar Landspítala staðfestir að mikið „gat“ er í mönnun hjúkrunarfræðinga og þar var áætlað, fyrir styttingu vinnuvikunnar, að vantaði 76 stöðugildi hjúkrunarfræðinga (Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir, 2021). Í umfjöllun Morgunblaðsins um mönnunarvanda ríkisstofnana vegna styttingar vinnuvikunnar segir Gunnar Ágúst Beinteinsson, framkvæmdastjóri mannauðsmála Landspítalans, að 120 stöðugildi heilbrigðisstarfsmanna á vaktalínunum vanti upp á til að tryggja mönnun Landspítalans eftir að stytting vinnuvikunnar tók gildi 2. maí síðastliðinn, en þar eru alls um 3000 starfsmenn í vaktavinnu (Ómar Friðriksson, 2021).

### Hvað verður um menntaða hjúkrunarfræðinga?

Menntun íslenskra hjúkrunarfræðinga er öflug og stenst samanburð við það sem best gerist á heimsvísu. Skýrsla Fih, sem gefin var út árið 2017, gerði ráð fyrir að fram til ársins 2021 mundi nýliðun innan stéttarinnar rétt svo ná að leysa af hólmi þá hjúkrunarfræðinga sem ljúka störfum vegna aldurs (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017). Á Landspítalanum, sem er stærsti vinnustaður Íslands, má ætla að fjórðungur láti af störfum næstu 10 árin vegna aldurs. Stöðugildum hjúkrunarfræðinga hefur fjölgað að jafnaði um 2,2% síðustu ár á Landspítala (Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir, 2021).

Á komandi árum má gera ráð fyrir að hjúkrunarfræðingum sem starfa í þróðu löndum muni fækki um 40%. Ein helsta ástæðan er að komandi kynslóðir munu ekki mennta sig eða starfa við hjúkrun vegna lágra launa og of krefjandi vinnuumhverfis (World Health Organisation, 2013). Meðalfjöldi sjúklinga sem hjúkrunarfræðingur ber ábyrgð á daglega hefur bein áhrif á ánægju í starfi og kulnun (Chen o.fl., 2019) en starfið getur verið líkamlega og andlega erfitt. Mikilvægt er fyrir stjórnendur að þekkja áhættuþætti kulnunar og vera meðvitaðir um einkenni þeirra, bæði vegna starfsfólksins og einnig vegna eigin áhættu. Hjúkrunarfræðingar vilja geta nýtt meiri tíma með fjölskyldu sinni og telja sig ekki fá næg tækifæri til framþróunar í starfi, og þetta verður til þess að þeir leita í önnur störf (Muabbar og Alsharqi, 2021). Stjórnendur á heilbrigðisstofnunum eiga erfitt með að halda góðu jafnvægi milli vinnu og einkalífs og meðal þeirra er hætta á kulnun í starfi veruleg (Kelly o.fl., 2019).

Cheval og samstarfsmenn (2019) framkvæmdu samantektarrannsókn um reynslu heilbrigðisstarfsmanna af álagi í starfi. Úrtakið voru 229 heilbrigðisstarfsmenn þar sem meðalaldurinn var 30 ár. 48% úrtaksins voru hjúkrunarfræðingar, 27% læknar og 25% féll undir annað heilbrigðisstarfsfólk. Samantektin sýndi að um helmingur þátttakenda eða 46% gat ekki svarað hvort þeir myndu kjósa að starfa áfram innan heilbrigðisþjónustunnar við að sinna sjúklingum. Einnig sýndu niðurstöðurnar að margir þátttakendur fundu fyrir miklu álagi í starfi sínu. Þeir töldu sig ekki alltaf ná að sinna öllum verkefnum sínum á vinnutíma og unnu því oft umfram umsamið vinnuhlutfall. Niðurstöðurnar bentu til þess að stór hluti þátttakenda horfði til annarra starfa utan heilbrigðiskerfisins.

Jana Kristín Knútsdóttir og samstarfsmenn (2019) unnu rannsókn sem fékk nafngiftina „Þróun starfsumhverfis á Landspítala: Kulnun í starfi, starfsánægja og gæði þjónustunnar.“ Hún sýndi að 17,2% þátttakenda höfðu áform um að láta af störfum á Landspítalanum næstu 6-12 mánuðina. Hún sýndi einnig að 54% þátttakenda unnu umfram umsamið starfshlutfall, einu sinni eða oftar í viku.

### Getum við dregið úr kulnunarhættu?

Mikilvægt er að finna leiðir innan heilbrigðiskerfisins til að koma til móts við unga hjúkrunarfræðinga þannig að þeir hverfi ekki frá störfum innan heilbrigðiskerfisins vegna kulnunar og streitu. Rannsókn, sem fór fram á bráðadeildum hér á landi, leiddi í ljós að fleiri yngri hjúkrunarfræðingar urðu oftar varir við einkenni streitu heldur en þeir sem voru eldri og voru einkennin að jafnaði alvarlegri. Mismunandi niðurstöður komu í ljós þegar sérsviðin voru borin saman. Á skurðsviði töldu 24% hjúkrunarfræðinga að mönnun væri óviðunandi eða algerlega óviðunandi, en á lyflækningasviði, þar sem fleiri ungir hjúkrunarfræðingar unnu, voru 58% þeirra sammála þessari fullyrðingu (Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2020).

Mikilvægt er að byrja strax í grunnnáminu að undirbúa hjúkrunarfræðinema með því að breyta námskránni til þess að stuðla að forvörnum, þannig að þeir þekki einkenni streitu og kulnunar og viti hvernig á að leita eftir faglegri aðstoð. Mikilvægt er að vera meðvitaður um líðan sína og beita þeim úrræðum sem kennd eru til að öðlast meiri starfsánægju (Friganovic o.fl., 2019).

## Skortur á starfsfólki, undirmönnun á vöktum

Árið 2011 var framkvæmd rannsókn á heilbrigðisstofnunum á Selfoss, Akranes og Keflavík um starfsánægju og streitu. Hún leiddi í ljós að 26% starfsmanna þessara stofnanna töldu að nokkrar eða mjög miklar líkur væru að þeir myndu hætta í hjúkrun. Einnig sýndu niðurstöður rannsóknarinnar að um 16% starfsmanna myndu skipta um starf og hætta að starfa á viðkomandi stofnun ef þeim byðist annað starf. Margir hjúkrunarfræðingar upplifa aukið álag vegna manneklu á vöktum og reynsla starfsfólks er að ekki sé alltaf kallað til aukafólk þegar mönnun er ábótavant miðað við álag (Birna G. Flygenring og Herdís Sveinsdóttir, 2014). SAK púlsinn er könnun sem mannauðsdeildin á SAK leggur reglulega fyrir starfsmenn sína til þess að mæla upplifun starfsfólks af vinnuumhverfinu. Könnunin í febrúar á þessu ári, leiddi í ljós að starfsfólk SAK finnur fyrir gífurlegu álagi í starfi. (Erla Björnsdóttir, 2021). Ef horft er á tölur frá Landspítalanum frá árinu 2005 voru nýráðningar hjúkrunarfræðinga á Landspítalanum að meðaltali 116. Síðustu fimm ár hefur þessi tala lækkað að meðaltali niður í 87 hjúkrunarfræðinga árlega. Aldrei hafa verið eins fáir með sína fyrstu ráðningu þar og árið 2019, að undanskildu árinu 2010. 64 einstaklingar voru ráðnir árið 2019 og þar af helmingurinn með erlent nafn. Hlutfall þeirra sem eru í fullu starfi á vöktum er 17% og þeirra sem eru eingöngu í dagvinnu er 36%. Einstaklingum í tímavinnu hefur fjölgað en flestir eru í hópnum 60 ára og eldri. Hlutfall hjúkrunarfræðinga í 80% starfshlutfalli eða meira í vaktavinnu hefur vaxið úr 57% árið 2005 í 62% árið 2019 og gæti það verið tengt því að fleiri erlendir hjúkrunarfræðingar koma til starfa og vinna oft fulla vinnu. Flestir hjúkrunarfræðingar sem starfa á Landspítalanum vinna við beina hjúkrun, þ.e. í klínísku starfi, svo sem á legudeildum, skurðstofum, gjörgæslu- og bráðadeildum, dag- eða göngudeildum. Aðrir, sem eru um 12% af heildinni, vinna í öðrum störfum. Hlutfallslega hefur öðrum störfum fjölgað minna en klínískum, um 1,3% á móti 2,3%. Sé hlutfallið árið 2019 borið saman við árið 2005 eru nú 88% starfandi í klíník en voru áður 86%. Því hefur verið haldið fram að hlutfall hjúkrunarfræðinga, sem starfa ekki beint við hjúkrun, hafi hækkað á síðastliðnum árum, en svo er ekki samkvæmt þessum nýlegu tölum (Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir, 2021).

## Nýting á starfsfólki milli eininga

Að skipuleggja og áætla viðeigandi mannafla á spítala getur verið flókið og erfitt. Nýtt eru ýmis forrit og viðmið sem geta gefið vísbendingu um viðeigandi mönnunarpörf. Viða er gerð krafa um sparnað og eru hjúkrunarfræðingar fjölmenn starfsstétt. Með því að hafa lágmarksmönnun og nýta fljótandi starfsfólk milli eininga innan sömu stofnana og fólk með tímabundna ráðningu til að vinna þegar grunnmönnun er lítil, má lækka beinan kostnað vegna starfsmanna. Mikil notkun á slíku starfsfólki getur tengst verri árangri af meðferð sjúklinga með lengri sjúkráhúsvist og hærri dánartíðni (Griffiths o.fl., 2021).

Góð mönnun er kostnaðarsöm en gefur hins vegar betri raun fyrir skjólstæðinga, með styttri legutími og lægri dánartíðni. Ef vinna er skipulögð út frá algjörrí lágmarksmönnun skapar það hættu á að geta ekki kallað til starfsfólks með stuttum fyrirvara þegar þörf er á. Slíkt gefur ekki góða raun og er tengt verri batahorfum sjúklinga. Það vantar hjúkrunarfræðinga um allan heim og að nýta starfsmannaleigur og fljótandi mannskap leysir ekki skort á hjúkrunarfræðingum til langframa (Griffiths

o.fl., 2021). Ef deildir nota mikið af utanaðkomandi starfsfólki getur það leitt til minna öryggis sjúklinga þar sem starfsmenn þekkja ekki að fullu starfsemi deildarinnar og ná ekki að kynnast skjólstæðingunum. Bent hefur verið á að til að auka gæði og öryggi sé stöðugt vinnuafli betra en tímabundið (Aðalbjörg J. Finnbogadóttir, 2015).

## Aukavinna/yfirvinna

Þar sem starfsmannaskortur er staðreynd og stöðugildi oft ekki fullsetin getur reynst erfitt að manna vaktir. Meira er um að fólk sé beðið að vinna umfram sína vinnuskyldu, fengið er að láni fólk af öðrum deildum til að standa vaktina hjá þeim sem verr settar eru. Heilbrigðisstarfsfólk vinnur oft einu sinni eða oftar í viku umfram umsamið starfshlutfall (Jana Kristín Knútsdóttir o.fl., 2019; Muabbar og Alsharqi, 2021). Það eru kallað út á sínum frídögum og fyrirfram skipulögðu vaktaplani er breytt með stuttum fyrirvara (Birna G. Flygenring og Herdís Sveinsdóttir, 2014). Oft eru vaktir lengdar til að hafa viðeigandi mönnun á hverjum tíma (Muabbar og Alsharqi, 2021). Um 4-5% hjúkrunarfræðinga við vinnu á Landspítalanum hverju sinni eru að vinna yfirvinnu. Árlegum stöðugildum í yfirvinnu innan spítalans fjölgaði úr 24 árið 2010 (2,3%) í 61 árið 2019 (4,8%) (Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir, 2021).

Ástæðan fyrir því að hjúkrunarfræðingar vinna aukavaktir er m.a. fjárhagslegur ávinningur. Einnig mæta margir til vinnu vegna vitneskjunnar um aðbráð nauðsyn sé fyrir starfskrafta þeirra, og með aukavöktum má safna tímum og flýta þar með fyrir starfsþróun. Það sem helst veldur því að hjúkrunarfræðingar mæta ekki ef kallað er út vegna aukavaktar er þreyta, að fyrirvarinn sé of stuttur eða þeir séu þegar með önnur verkefni skipulögð (Lobo o.fl., 2018).

## Erlent vinnuafli, skipulag og samsetning á starfsfólki.

Vegna þess hve erfitt hefur reynst síðustu árin að manna íslenskt heilbrigðiskerfi hefur erlendu starfsfólki fjölgað mikið. Erlendir starfsmenn fylla að hluta upp í mönnunargatið. Á Landspítala hefur erlendum hjúkrunarfræðingum fjölgað hratt síðustu ár og var hlutfall þeirra 2% árið 2005 en var komið í 8% árið 2019. Þriðjungur nýrra hjúkrunarfræðinga árið 2019 með sína fyrstu ráðningu á spítalanum var erlendur og starfa nú hjúkrunarfræðingar á spítalanum af 22 þjóðernum. Ef svo heldur fram sem horfir má reikna út að árið 2030 verði 37% hjúkrunarfræðinga við störf á spítalanum erlendir, þar sem að þróun síðustu fimm ára sýnir að þessi hópur stækkar að meðaltali um 15 % á ári. Hlutfall erlendra hjúkrunarfræðinga í vaktavinnu var 96% árið 2019, en 63% íslenskra hjúkrunarfræðinga voru í vaktavinnu. Árið 2019 voru 44% nýútgefinna hjúkrunarleyfa á Íslandi fyrir hjúkrunarfræðinga með erlent ríkisfang. Fyrstu tvo mánuðina af árinu 2020 þá voru gefin út 18 ný hjúkrunarleyfi, þar af voru 89% til hjúkrunarfræðinga með erlent nafn (Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir, 2021).

Vissulega er gríðarlega mikilvægt ef ekki fást Íslendingar til starfa að hafa möguleikann á að ráða einhvern til að sinna sjúklingum. Því miður er staðreyndin hins vegar sú að margar stofnanir og einingar inni á stóru spítölunum eru komnar að þörmörkun með það að hafa ekki mannskap sem talar og skilur íslensku. Þessi hraða og mikla fjölgun



erlendra hjúkrunarfræðinga, sem tala annað mál en íslensku að móðurmáli, og sá tími sem fer í að ná góðum tókum á íslensku hefur leitt til aukins álags á íslenska samstarfsmenn þeirra. Þetta álag birtist til dæmis í yfirfærslu ákveðinna verkefna frá erlendum hjúkrunarfræðingum yfir á íslensku, t.d. skrifleg samskipti, s.s. hjúkrunarbréf, þátttaka í fjölskyldu-fundum, símsvörun, samskipti við ættingja og fleira (Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir, 2021; Heilbrigðisráðuneytið, 2020a). Auk þess getur það reynst sjúklingunum gríðarlega erfitt að geta ekki tjáð sig eða gert sig skiljanlega við þá sem annast þá. Þetta veldur þeim óöryggi og dregur einnig úr sjúklingaöryggi og eykur hættu á mistökum, vanlíðan og hægum bata. Því getur verið ærið flókið verkefni fyrir stjórnanda að skipuleggja vinnu þegar þarf að horfa á heildina m.t.t. samsetningar hverrar vaktar. Vaktir þarf að skipuleggja þannig að viðeigandi reynsla, hæfni og þekking sé til staðar, en auk þess þarf alltaf einhver á vaktinni að skilja og tala íslensku (Aðalbjörg J. Finnbogadóttir, 2015).

### Menntun, gæði og öryggi

Það er ekki í almannapágu að fylla sjúkrahúsin af lítið menntuðu starfsfólki. Samkvæmt rannsókn Aiken og samstarfsmanna (2017) komu fram tengsl á milli meira menntaðra hjúkrunarfræðinga og lægri dánartíðni sjúklinga. Á þeim sjúkrahúsum, þar sem meira menntaðir hjúkrunarfræðingar störfuðu, voru minni líkur á fylgikvillum, þar að auki var umönnun sjúklinga betri. Einnig sýndi rannsóknin að miðað við mönnunarstaðal fyrir 25 sjúklinga sem gerði ráð fyrir fjórum hjúkrunarfræðingum og tveimur sjúkraliðum eða aðstoðarmönnum, þá jókst dánartíðni ef hjúkrunarfræðingum fækkaði um einn, en minnkaði ef þeim fjölgaði um einn (Aiken o.fl., 2017). Hægt er að auka öryggi og gæði þjónustu heilbrigðisstofnana með því að minnka álag og hafa færri sjúklinga á hvern starfandi hjúkrunarfræðing (Pérez-Francisco o.fl., 2020).

Hjúkrunarfræðingar þurfa að búa yfir þekkingu og færni sem starf þeirra útheimtir til þess að tryggja öryggi sjúklinga. Gott þverfaglegt samstarf milli starfsstétta og hæfilegt vinnuálag er mjög mikilvægt. Aðgangur að viðeigandi og nauðsynlegum tækjum og búnaði er mikilvægur og að vinna eftir skýrum verkferlum og gæðaskjölum stofnana (Vaismoradi o.fl., 2020).

Heilbrigðisstarfsfólk hefur ríka öryggistilfinningu og vinnur eftir ströngum reglum, verkferlum og gæðastöðlum. Starfsfólk telur að þegar mannekla er mikil eða mönnun ónæg til að sinna nauðsynlegum verkefnum á sjúkrahúsinu hafi það neikvæð áhrif á umönnun skjólstaðinga þeirra (Jana Kristín Knútsdóttir o.fl., 2019). Sjá má á starfsemitölum Landspítalans að skráningu alvarlegra atvika fjölgar milli ára miðað við fyrsta fjórðung árána 2020 og 2021 og eru alvarleg atvik helmingi fleiri en á sama tímabili (Elísabet Guðnadóttir, 2021). Stundum má rekja alvarleg atvik til ákveðinna verkþátta sem ekki tekst að framkvæma þegar mönnun hjúkrunarfræðinga er ábótavant. Ófaglært fólk getur ekki gengið í störf hjúkrunarfræðinga þar sem þörf er á þekkingu, kunnáttu og verkfærni sem það býr ekki yfir (Griffiths o.fl., 2018).

### Hver ber ábyrgðina, hvað er hægt að gera?

Þegar kemur að því að manna vaktir fer mikill tími stjórnenda í að skipuleggja vaktir starfsmanna og tryggja viðeigandi færni, þekkingu og reynslu hverju sinni. Ábyrgðin er ekki bara hjá stofnunum og stjórnendum heldur einnig hjá stjórnvöldum sem hafa viðurkennt vandann. Síðustu ár hafa verið vinnuhópar að störfum sem hafa tekið saman atriði sem geta haft áhrif á mönnunarvanda innan heilbrigðiskerfisins (Heilbrigðisráðuneytið, 2020a). Síðla árs 2019 var settur saman stýrihópur af heilbrigðisráðherra sem átti að koma með tillögur um hvernig hægt væri að fjölga hjúkrunarfræðingum næstu árin. Tillögurnar voru settar fram með ítarlegri skýrslu sem byggð var á fag- og reynsluþekkingu hópsins og fyrirkomulagi á uppbyggingu hjúkrunarnáms jafnt hérlendis sem erlendis (Heilbrigðisráðuneytið, 2020b). Segja má að frá því að Háskólinn á Akureyri fór að útskrifa hjúkrunarfræðinga hafi mikill viðsnúningur orðið í mönnunarvanda hjúkrunarfræðinga á landsbyggðinni. Í dag er til að mynda SAK vel mannað af hjúkrunarfræðingum (Heilbrigðisráðuneytið, 2020a). Vonir eru bundnar við að með auknu fjármagni til menntastofnana og fjölgun nemenda í námi batni mönnun í hjúkrun næstu árin.

Íslensk stjórnvöld eru ábyrg fyrir heilbrigðisþjónustu og í lögum um heilbrigðisþjónustu nr. 40/2007 segir í 1. gr. að allir eigi kost á fullkomnustu heilbrigðisþjónustu sem á hverjum tíma er tók á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði í samræmi við ákvæði laga (Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40, 2007). Síðustu ár hafa deildarstjórar Landspítalans verið sammála um að lítið sé sótt um auglýst störf hjúkrunarfræðinga (Vigdís Birna Hólmgeirsdóttir, 2016). Einhverjar einingar innan Landspítalans hafa auglýst og ekki fengið neina umsókn þrátt fyrir að hafa birt auglýsingar margsinnis. Má því segja að stjórnendur standi frammi fyrir vandamáli sem eykst með hverju árinu og geti ekki staðið lengur undir því að veita þá heilbrigðisþjónustu sem lögin segja til um.

### Lausnir

Ef horft er á vanda íslenska heilbrigðiskerfisins og hugað að úrlausnum er hægt að horfa til stefnu og viðurkenningarkerfis sem unnið er eftir á bandarískum sjúkrahúsum. Þessi stefna kallast Magnet og stuðlar að gæðum í hjúkrun sjúklinga, eykur starfsánægju hjúkrunarfræðinga og minnkar vinnuálag. Sjúkrahús þurfa að uppfylla ákveðna þætti til að fá þessa viðurkenningu. Þau sjúkrahús sem viðhafa þessa stefnu horfa til framtíðar og starfa eftir gagnreyndri þekkingu (ANCC Magnet Recognition Program, e.d). Samkvæmt rannsókn Stimpfel og félaga (2016) eru auknar líkur á að hjúkrunarfræðingum sem starfa eftir þessari stefnu finnist þeir vera vel þjálfaðir og faglegir í starfi sínu. Þeir telja sig vera betur í stakk búna til þess að sinna starfi sínu vel. Þeim finnst þeir hæfari til þess að meta sjúklinga og bregðast við vandasömum aðstæðum, sem geta skapast, með gagnreyndri þekkingu. Einnig sýnir rannsóknin að þeir hjúkrunarfræðingar sem starfa eftir Magnet finna í flestum tilfellum til meiri starfsánægju en aðrir hjúkrunarfræðingar. Skjólstaðingar á þeim stofnunum lýsa meiri ánægju með veitta þjónustu og með tengsl við sinn hjúkrunarfræðing. Fjölmörg sjúkrahús í Evrópu hafa aðlagð eða breytt starfsháttum sínum til að hljóta þessa viðurkenningu og starfa eftir þessari stefnu (ANCC Magnet Recognition Program®, e.d).



Laun eru alltaf til umræðu þegar kemur að hjúkrunarfræðingum og umönnunarstéttum almennt hjá ríkinu sem og álag og kulnun í starfi. Sandra B. Franks, stjórnarmaður í BSRB og formaður sjúkraliðafélags Íslands, kemst svo að orði:

**Vandi spítalans á undanförunum árum hefur ekki síst verið skortur á heilbrigðisstarfsfólki, sér í lagi sjúkraliðum og hjúkrunarfræðingum. Aukið álag og launaskerðingar verða ekki til að bæta þann vanda. Eðlilegra væri að leita allra leiða til að draga úr álagi og bæta kjörin til að fjölga í þessum mikilvægu fagstéttum (Sjúkraliðafélag Íslands, 2019).**

Það er áhyggjuefni hve mikið brottfall er í hópi starfandi hjúkrunarfræðinga og hve margir horfa til annarra starfa utan heilbrigðiskerfisins (Cheval o.fl., 2019). Nauðsynlegt er að gera vinnuumhverfið meira heillandi, draga úr álagi í starfi og leita markvisst uppi þá þætti sem skapa óánægju til þess að geta bætt úr þeim. Mannauðurinn er mikilvægur og ef stofnanir missa út úr kerfinu fólk með mikla reynslu tekur bæði tíma og kostar peninga að fjárfesta í nýjum starfsmönnum.

Margar einingar hafa síðustu ár glímt við mönnunarvanda og nú eftir 1. maí, þegar stytting vinnuvikunnar tekur gildi, má vænta þess að enn meira gap komi til með að myndast sem erfitt verður að fylla. Er það mat stjórnenda að erfitt verði að ráða fólk þar sem umsóknir undanfarin misseri hafa oft og tíðum verið fáar og jafnvel engar. Á 16 rúmadeild á Landspítalanum er staðan ekki vænleg. Fullmannað er 16,1 stöðugildi en er í dag mönnun í 12,1 stöðugildi. Mætti því strax í dag ráða inn 4 hjúkrunarfræðinga í 100% starf. Svipaða sögu er að segja af fleiri deildum innan Landspítalans og heilbrigðisstofnunar á landinu (Gerður Beta Jóhannsdóttir, munnleg heimild, 28. apríl 2021).

Stjórnvöld verða að stuðla að því að heilbrigðisstofnanir landsins séu samkeppnishæfar þegar horft er til starfskrafta hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta. Þetta er stórt og ærið verkefni. Starfshópur, sem heilbrigðisráðherra skipaði, hefur skilað tillögum um betri menntun og mönnun heilbrigðisstétta sem mikilvægt er að fara vel yfir til þess að stuðla að vel mannaðri heilbrigðisþjónustu (Heilbrigðisráðuneytið, 2020a).

## LOKAORÐ

Heilbrigðisáætlun stjórnvalda er sett fram sem leiðarvísir í átt að bættu heilbrigðiskerfi Íslendinga. Ábyrgðin um faglega mönnun innan heilbrigðiskerfisins liggur hjá stjórnendum stofnana, en stjórnvöld bera ábyrgð á að háskólar landsins séu í stakk búnir og hafi nægilegt bolmagn til að útskrifa þann fjölda heilbrigðisstarfsmanna sem samfélagið þarfnast. Eftir nokkurra ára bið eftir aðgerðum af hendi stjórnvalda varð úr faghópur til að setja saman áætlun og tillögur um hvernig megi fjölga útskrifuðum hjúkrunarfræðingum. Þar er gert ráð fyrir fjölgun nemanda næstu árin, samhliða auknu fjármagni til háskólanna. Getu þeir því nýtt fjármagnið til að styrkja innviði og bæta í kennslu innan sem utan skóla. Námsvettvangur hjúkrunarfræðinga er um allt land á hinum ýmsu stofnunum. Staðreyndin er þessi, ekki er nægilegt framboð af hjúkrunarfræðingum. Starfsálag á þá er mikið og vinna þeir oft umfram vinnuskyldu sína. Þetta eykur hættu á skertri starfsánægju, kulnun og verri þjónustu. Ef marka má rannsóknir er þessi vandi ekki á undanhaldi.

Aukinn fjöldi sjúklinga, sem hver hjúkrunarfræðingur þarf að sinna, veldur því að afdrif sjúklinga eru ekki eins góð, alvarleg atvik og dánartíðni þeirra vegna legu á sjúkrahúsi hafa aukist. Því eru hjúkrunarfræðingar lykilstarfsmenn þegar horft er til öryggis sjúklinga. Eins og staðan er í dag er heilbrigðiskerfið komið að þolmörkum hvað þetta varðar og með auknum fjölda alvarlegra atvika, hjúkrunarfræðinga sem telja sig óörugga og hafa ekki undan að sinna starfi sínu eins og þeim þykir boðlegt er erfitt að segja að öryggi á íslenskum heilbrigðisstofnunum sé tryggt. Þeir sem starfa á gólfinu gera allt sem þeir geta til að ná því besta fram í viðvarandi vítahring mannekunnar. Núverandi ástand eykur hættu á alvarlegum mistökum.

Áhugavert verður að sjá hvort það næst að framfylgja heilbrigðisstefnunni sem gildir til ársins 2030, þar sem ábyrgð er lögð á lykilstarfsmenn innan heilbrigðiskerfisins. Einnig þarf að hlúa að starfsfólki þegar miklar breytingar eiga sér stað eins og heilbrigðisáætlunin gerir ráð fyrir á komandi árum. Miklar breytingar urðu á vinnutíma með styttingu vinnuvikunnar nú í upphafi árs 2021 og verður ærið verkefni fyrir stjórnendur að að tryggja viðunandi mönnun miðað við nýjar forsendur. Skortur á viðmiðum og mælikvörðum varðandi lágmarksmönnun eða viðunandi mönnun gerir það að verkum að verkefnið að bæta mönnun verður heldur óáþreifanlegt og fljótandi. Það stendur hvergi í lögum eða reglum hversu mikið er nóg eða hvaða atriði séu höfð til hliðsjónar við það mat.

Við búum við þann veruleika að það er skortur á hjúkrunarfræðingum. Á meðan svo er þurfum við ef til vill að endurhugsa starfsumhverfi þeirra samhliða breyttu vinnufyrirkomulagi og nýrri tækni. Góð þverfagleg samvinna milli fagstétta er mikilvæg því hún eykur árangur og starfsánægju. Skortur á starfandi hjúkrunarfræðingum eykur þörfina á að nýta réttu starfsmennina á réttum stað þannig að fagleg nálgun verði sem best og sjúklingar fái bestu mögulegu umönnun. Það er engum hjúkrað ef enginn hjúkrar.





## HEIMILDIR

- Aðalbjörg J. Finnbogadóttir. (2015). Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga: Öruggt eða varasamt? *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 1(91), 32-35.
- Aiken, L. H., Sloane, D., Griffiths, P., Rafferty, A. M., Bruyneel, L., McHugh, M., Maier, C. B., Moreno-Casbas, T., Ball, J. E., Ausserhofer, D. og Sermeus, W. (2017). Nursing skill mix in European hospitals: Cross-sectional study of the association with mortality, patient ratings, and quality of care. *BMJ Quality & Safety*, 26(7), 559-568. doi:10.1136/bmjqs-2016-005567
- ANCC Magnet Recognition Program. (e.d). American Nursing Credentialing Center. <https://www.nursingworld.org/organizational-programs/magnet/>
- Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir. (2020). Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðadeild. *Tímarit hjúkrunarfræðinga* 1(96), 68-75.
- Birna G. Flygenring og Herdis Sveinsdóttir. (2014). Starfsánægja, streita og heilsufar á breytingartímum: Rannsókn á kragasjúkrahúsum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 4(90), 50-60.
- Chen, Y. C., Guo, Y. L., Chin, W. S. Cheng, N. Y., Ho, J. J. og Shiao, J. S. (2019). Patient-nurse ratio is related to nurses' intention to leave their job through mediating factors of burnout and job dissatisfaction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(23), 4801. <https://doi.org/10.3390/ijerph16234801>
- Cheval, B., Cullati, S., Mongin, D., Schmidt, R. E., Lauper, K., Pihl-Thingvad, J., Chopard, P. og Courvoisier, D. S. (2019). Associations of regrets and coping strategies with job satisfaction and turnover intention: International prospective cohort study of novice healthcare professionals. *Swiss Medical Weekly*, 149, doi:10.4414/smw.2019.20074
- Drennan, V. M. og Ross, F. (2019). Global nurse shortages: The facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, 130(1), 25-37. doi:10.1093/bmb/ldz014
- Elísabet Guðnadóttir. (2021). *Starfsemisupplýsingar Landspítalans mars 2021*. Landspítali, skrifstofa fjármála.
- Erla Björnsdóttir. (2021). HR monitor SAK febrúar 2021 [Öbirtar rannsóknaniðurstöður mannauðsstjóra]. Sjúkrahúsið á Akureyri.
- Friganovic, A., Selic, P., Ilic, B. og Sedec, B. (2019). Stress and burnout syndrome and their associations with coping and job satisfaction in critical care nurses: A literature review. *Psychiatry Danubina*, 31, 21-31. <https://search.proquest.com/docview/2204688106>
- Griffiths, P., Recio-Saucedo, A., Dall'Ora, C., Briggs, J., Maruotti, A., Meredith, P., Smith, G. B. og Ball, J. (2018). The association between nurse staffing and omissions in nursing care: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 74(7), 1474-1487. doi:10.1111/jan.13564
- Griffiths, P., Saville, C., Ball, J. E., Jones, J., Monks, T. og Safer Nursing Care Tool study team. (2021). Beyond ratios-flexible and resilient nurse staffing options to deliver cost-effective hospital care and address staff shortages: A simulation and economic modelling study. *International Journal of Nursing Studies*, 117, <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103901>
- Guðbjörg Pálsdóttir, Gunnar Helgason og Helga Ólafs. (2017). *Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa! Vinnumarkaður hjúkrunarfræðinga*. [https://www.hjukrun.is/library/Skrar-NeW/utgefidefni/Skyrslur/Vinnumarkadur\\_hjukrunarfraedninga.pdf](https://www.hjukrun.is/library/Skrar-NeW/utgefidefni/Skyrslur/Vinnumarkadur_hjukrunarfraedninga.pdf)
- Heilbrigðisráðuneytið. (2019). *Heilbrigðisstefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030*. [https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymrar-skrar/Heilbrigdisstefna\\_4.juli.pdf](https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymrar-skrar/Heilbrigdisstefna_4.juli.pdf)
- Heilbrigðisráðuneytið. (2020a). *Mönnun hjúkrunarfræðinga*. [https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit-skyrslur-og-skrar/Skyrsla\\_monnun\\_hjukrunarf\\_21082020.pdf](https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit-skyrslur-og-skrar/Skyrsla_monnun_hjukrunarf_21082020.pdf)
- Heilbrigðisráðuneytið. (2020b). *Tillögur til fjölgunar útskrifaðra hjúkrunarfræðinga*. <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymrar-skrar/Tilloc3%b6gur%20til%20fjc3%b6lgunar%20c3%batskrifa%20c3%b0ra%20hjc3%b0krunarfrc3%a6c3%b0dnga.pdf>
- Hjördis Sigursteinsdóttir. (2016). "Vinnuleðin hefur tapast, nú er bara álag og erfitt og lítil gleði": Starfsumhverfi opinberra starfsmanna á tímum efnahagsþrenginga. *Stjórnmal og stjórnsýsla*, 2(12), 417-441. doi:10.13177/irpa.a.2016.12.2.11
- Jana Katrín Knútsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Kári Kristinsson. (2019). Þróun starfsumhverfis á Landspítala: Kulnun í starfi, starfsánægja og gæði þjónustu. *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál*, 16(2), 37-52. doi:10.24122/tve.a.2019.16.2.3
- Kelly, L. A., Lefton, C. og Fischer, S. A. (2019). Nurse leader burnout, satisfaction, and work-life balance. *The Journal of Nursing Administration*, 49(9), 404-410. <https://doi.org/10.1097/NNA.0000000000000784> [doi]
- Kristlaug H. Jónasdóttir og Elísabet Guðmundsdóttir. (2021). *Þróun mönnunar og starfsumhverfis hjúkrunarfræðinga á Landspítala*. [Öbirt skýrsla]. Landspítali-háskólasjúkrahús.
- Lobo, V. M., Ploeg, J., Fisher, A., Peachey, G. og Akhtar-Danesh, N. (2018). Critical care nurses' reasons for working or not working overtime. *Critical Care Nurse*, 38(6), 47-57.
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 40. (2007). <https://www.althingi.is/lagas/nuna/2007040.html>
- Muabbar, H. og Alsharqi, O. (2021). The impact of short-term solutions of nursing shortage on nursing outcome, nurse perceived quality of care, and patient safety. *American Journal of Nursing Research*, 9(2), 35-44.
- Sjúkraliðafélag Íslands. (12 des. 2019). *Niðurskurður á Landspítalanum ósættanlegur að mati BSRB*. <http://www.slf.is/nidurskurdur-a-landspitalanum-oasettanlegur-ad-mati-bsrb/>
- Stimpfel, A. W., Sloane, D. M., McHugh, M. D. og Aiken, L. H. (2016). Hospitals known for nursing excellence associated with better hospital experience for patients. *Health Services Research*, 51(3), 1120-1134. doi:10.1111/1475-6773.12357
- Ómar Friðriksson. (2021). Mönnunargat áskorun fyrir stjórnendur. [https://www.mbl.is/frettir/innlent/2021/05/02/monnunargat\\_askorun\\_fyrir\\_stjornendur/](https://www.mbl.is/frettir/innlent/2021/05/02/monnunargat_askorun_fyrir_stjornendur/)
- Pérez-Francisco, D. H., Duarte-Clíments, G., del Rosario-Melián, J. M., Gómez-Salgado, J., Romero-Martin, M. og Sánchez-Gómez, M. B. (2020). Influence of workload on primary care nurses' health and burnout, patients' safety, and quality of care: Integrative review. *Healthcare (Basel)*, 8(1), 12. doi:10.3390/healthcare8010012
- Saville, C. E., Griffiths, P., Ball, J. E. og Monks, T. (2019). How many nurses do we need: A review and discussion of operational research techniques applied to nurse staffing. *International Journal of Nursing Studies*, 97, 7-13. doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.04.015
- Vaismoradi, M., Tella, S., Logan, P. A., Khakurel, J. og Vizcaya-Moreno, F. (2020). Nurses' adherence to patient safety principles: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, doi:10.3390/ijerph17062028
- Vigdis Birna Hólmgeirsdóttir. (2016). *Er faglega staðið að ráðningum hjúkrunarfræðinga á Landspítala Háskólasjúkrahúsi?* [Lokaverkefni til MPA-gráðu í opinberri stjórnsýslu við HI]. Skemman. <https://skemman.is/bitstream/1946/24095/3/Lokaritger%c3%b0.pdf>
- World Health Organization. (2013). *Global health workforce shortage to reach 12.9 million in coming decades*. <https://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/health-workforceshortage/en/>



# VANDAÐIR EINNOTA HANSKAR

Nitrile hanskar bláir 100 stk í pk  
Verð: **2.890** kr/pk m/vsk

Latex hanskar svartir 100 stk í pk  
Verð: **2.790** kr/pk m/vsk

Hybrid hanskar (vinyl- & nitril) 100 stk í pk  
Verð: **1.910** kr/pk m/vsk



## Airfree lofthreinsitæki

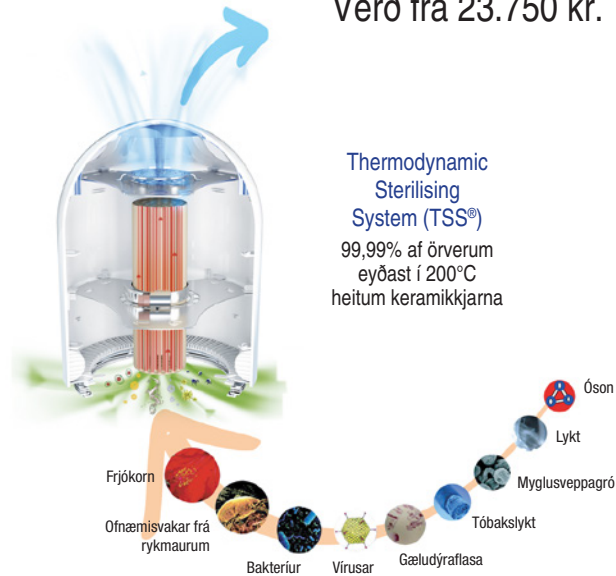
Margverðlaunuð lofthreinsitæki sem eyða 99,99% af örverum og ofnæmisvökum úr andrúmsloftinu.

Eyða einnig lykt og gæludýraflösu.

Hljóðlaus og sjálfhreinsandi.

Hönnuð fyrir mismunandi stór rými, 16-60 m².

Verð frá 23.750 kr.



## Hvernig virkar Airfree?

Lofthreinsitækin draga verulega úr örverum í andrúmsloftinu með því að brenna þær. Óhreint loft sogast hljóðlaust inn í tækið með varmaþurði og eyðist í 200 gráðu heitum keramikkjarna þess. Þær lífrænu agnir sem valda ólykt eyðast einnig í kjarna Airfree. Þetta ferli er algjörlega hljóðlaust, krefst ekki viðhalds og hefur verið sannreynt í fjölmörgum rannsóknum.



## Boneco rakatæki

Einföld og þægileg rakatæki til að viðhalda réttu rakastigi á heimili og skrifstofu. Möguleiki að fá rakatæki með innbyggðum rakamæli sem viðheldur sjálfkrafa réttu rakastigi. Allt yfirborð og plast sem kemst í snertingu við vatn er sérstaklega bakteríu- og veiruvæð.

Verð frá 6.950 kr.



## Boneco lofthreinsitæki

Verðlaunuð fyrir hönnun og virkni og taka lítið gólfpláss. Öflug en hljóðlát virkni. Stórar HEPA og VOC kolasíur eyða vírusum, bakteríum og fjarlægja 99,99% af ofnæmisvökum. VOC kolasían dregur úr lykt og bindur rokgjöm efni, eiturefni og ýmsar gastegundir s.s brennisteinsdíoxíð og formalín (e. formaldehyde). Hreinsa allt að 300 m³/klst.

Verð frá 44.750 kr.





# Öndunaræfing sem losar um spennu

**Umsjón:** Kristín Rósa Ármannsdóttir, hjúkrunarfræðingur og jógakennarir

## KOSTIR KVIÐARÖNDUNAR

- losar um spennu
- dýpkar slökun
- eykur tilfinngastjórn
- eykur skýrleika hugar
- eykur einbeitingu
- færir súrefni til fruma
- eflir heilsu
- bætir svefn

Andardrátturinn er öflugt „tæki“ sem við höfum og getum notað til þess að virkja slökunarviðbragð líkamans. Djúpur, hægur andardráttur gefur líkamanum merki um að allt sé í lagi; það slaknar á vöðvum og streituviðbrögð líkamans virkjast ekki.

Gefðu þér tíma daglega til að virkja slökunarviðbragðið, það mun með tímanum skila þér jákvæðum breytingum. Gott er að gera þessa öndunaræfingu alltaf á sama stað og á sama tíma dagsins, ef það er hægt. Æskilegt er að vera í rólegu og friðsælu umhverfi og æfa öndunina í 5-10 mínútur á dag. Auka svo tímann hægt og rólega upp í 20 mínútur á dag.

Slökunaröndun er hægt að gera hvar og hvenær sem er, í amstri dagsins þegar þú finnur þig spennast upp og streitan er á ná tökum á þér. Það getur gerst í vinnunni, í röðinni í Bónus eða í bílnum á rauðu ljósi. Taktu þá nokkra langa og djúpa andardrætti, það er öflug og einföld leið gegn streitu.

**Kviðaröndun** (þindaröndun,) eða slökunaröndun eykur súrefnisupptöku líkamans og það teygist á vöðvaþráðum sem gefa líkama og huga merki um að slaka á.

## Öndunaræfing

Byrjaðu á því að koma þér fyrir í góðri sitjandi stöðu, lokaðu augunum. Beindu athyglinni inn á við og að andardrættinum. Skynjaðu andardráttinn og taktu eftir eftirfarandi atriðum:

**Ertu að anda hægt eða hratt?**

**Andar þú grunnt eða djúpt?**

**Er hver andardrátturinn langur eða stuttur?**

**Hvaða hlutar bringu og kviðar hreyfast þegar þú andar?**

Byrjaðu nú að anda meðvitað og dýpkaðu öndunina. Andaðu inn og út um nef eða inn um nef og út um munn. Andaðu djúpt að þér og andaðu svo hægt og rólega frá þér; tæmdu allt loft út. Settu hönd á kvið og finndu hvernig kviðurinn þenst út eins og blaðra við innöndun og á útöndun fellur hann niður. Haltu áfram að fylgjast með andardrættinum og hvernig kviðurinn hreyfist með; þenst út á innöndun, fellur niður á útöndun. Á sama tíma skaltu gefa eftir og slaka á allri spennu í líkamanum.



# ÚTDRÁTTUR

## Tilgangur

Vegna forvarna og betri meðferðar lifa fleiri með kransæðasjúkdóm en áður og eykur það þörf fyrir fræðslu frá heilbrigðisstarfsfólki. Tilgangur rannsóknarinnar var að lýsa sjúkdómstengdri þekkingu og fræðsluþörfum sjúklinga með kransæðasjúkdóm við útskrift af sjúkrahúsi.

## Aðferð

Í þessari lýsandi þversniðsrannsókn, sem gerð var 2017-2018, tóku þátt fullorðnir einstaklingar sem lögðust inn á sjúkrahús vegna bráðs kransæðaheilkennis, kransæðavíkkunar eða kransæðahjáveituaðgerðar. Við útskrift af sjúkrahúsi var gögnum safnað úr sjúkraskrá, með mælingum og þátttakendur svöruðu spurningalistum. Sjúkdómstengd þekking var metin með mælitækinu Þekking-KRANS sem inniheldur 20 fullyrðingar, flokkaðar í fimm þekkingarsvið. Möguleg stig á heildarkvarða eru 0-20 og á hverju þekkingarsviði 0-4. Þátttakendur voru einnig beðnir um að meta fræðsluþarfir sínar varðandi 15 atriði er tengjast kransæðasjúkdómi á 4 stiga kvarða (1 = mjög lítil þörf, til 4 = mjög mikil þörf).

## Niðurstöður

Þekking þátttakenda ( $N = 445$ , 80% karlar, meðalaldur 64,1 ár ( $sf\ 9,1$ )) mældist að meðaltali 13,6 ( $sf\ 3,3$ ), þekking mældist mest á sviði næringar ( $M\ 3,2$ ;  $sf\ 10,0$ ) og minnst á sviði sálfélagslegrar áhættu sem tengist kransæðasjúkdómi ( $M\ 2,4$ ;  $sf\ 1,0$ ) ( $p < 0,001$ ). Menntun, reykingar, trú á eigin getu, aldur og fyrri sjúkrahúslega vegna kransæðasjúkdóms skýrðu 16% af breytileika í þekkingu ( $F\ 14,223$ ;  $R^2\ 0,159$ ;  $p < 0,001$ ). Yfir 70% sjúklinga höfðu mikla eða mjög mikla þörf fyrir fræðslu um sjúkdóminn og meðferð hans.

## Ályktun

Við útskrift af sjúkrahúsi mældist sjúkdómstengd þekking einstaklinga með kransæðasjúkdóm viðunandi en þó höfðu þeir enn miklar fræðsluþarfir sem mikilvægt er að uppfylla. Við sjúklingafræðslu þurfa hjúkrunarfræðingar að hafa í huga að aldur, menntun, fyrri saga um kransæðasjúkdóm, reykingar og trú á eigin getu eru þættir sem geta haft áhrif á hvernig fræðsla skilar sér í betri þekkingu. Eftirfylgd hjúkrunarfræðinga á göngudeild og aukin fjarheilbrigðisþjónusta gætu verið fýsilegir kostir til að uppfylla fræðsluþarfir eftir útskrift af sjúkrahúsi.

## Lykilorð:

Fræðsluþarfir, kransæðasjúkdómur, sjálfsmönnum, sjúklingafræðsla, þekking.

# HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

**Nýjungar:** Rannsóknin sýnir að þrátt fyrir að sjúkdómstengd þekking íslenskra sjúklinga með kransæðasjúkdóm mælist viðunandi hafa þeir miklar fræðsluþarfir við útskrift af sjúkrahúsi.

**Hagnýting:** Heilbrigðisstarfsfólk getur nýtt niðurstöður rannsóknarinnar við endurskoðun, þróun og forgangsroðun innihalds fræðslu fyrir einstaklinga með kransæðasjúkdóm.

**Þekking:** Niðurstöðurnar sýna að fræðsluþarfir kransæðasjúklinga við útskrift af sjúkrahúsi tengjast fyrst og fremst sjúkdómi og meðferð.

**Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:** Hjúkrunarfræðingar þurfa að vinna markvisst að þróun sjúklingafræðslu sem hjúkrunarmeðferðar og huga að eigin færni í að veita einstaklingshæfða fræðslu.

## Höfundar

## AUÐUR KETILSDÓTTIR

Landspítala, hjúkrunarfræðideild  
Háskóla Íslands

## HULDA HALLDÓRSDÓTTIR

Landspítala

## KOLBRÚN SIGURLÁSDÓTTIR

Sjúkrahúsi Akureyrar og  
hjúkrunarfræðideild Háskólans á  
Akureyri

## BRYNJA INGADÓTTIR

hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands  
og Landspítala

## MARGRÉT HRÖNN SVAVARSDÓTTIR

hjúkrunarfræðideild Háskólans á  
Akureyri

# Fræðsluþarfir og sjúkdómstengd þekking einstaklinga með kransæðasjúkdóm: Þversniðsrannsókn við útskrift af sjúkrahúsi

## INNGANGUR

Hjarta- og æðasjúkdómar eru algengasta dánarorsök á Íslandi (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Jón Óskar Guðlaugsson, 2019) og valda þeir rúmlega helmingi allra dauðsfalla í Evrópu (Timmis o.fl., 2020). Algengastur hjartasjúkdóma er kransæðasjúkdómur (Timmis o.fl., 2020; Virani o.fl., 2020) en hann orsakast í flestum tilvikum af æðakölkun sem veldur æðaskellum og geta þær leitt til þrenginga í kransæðum. Sjúkdómurinn er í eðli sínu alvarlegur og langvinnur en getur verið stöðugur til langs tíma. Hægt er að hafa áhrif á sjúkdómsferlið með lyfjameðferð, aðgerðum og breytingum á lífsstíl (Knuuti o.fl., 2020). Áhættuþættir kransæðasjúkdóma eru að miklu leyti tengdir lífsstíl og er talið að með forvörnum og meðhöndlun áhættuþátta sé hægt að fyrirbyggja allt að 80% tilfella hjarta- og æðasjúkdóma (World Health Organization, 2019).

Á Íslandi líkt og um allan heim fækkaði dauðsföllum vegna hjarta- og æðasjúkdóma um 50-60% á árunum 1960-2015 (Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Jón Óskar Guðlaugsson, 2019; OECD, 2015). Talið er að meginástæða þessarar lækkunar sé að forvarnir hafa dregið úr þekktum áhættuþáttum, t.d. reykingum, blóðfitutruflunum og háþrýstingi, auk þess sem miklar framfarir hafa orðið í meðferð kransæðasjúkdóms (Aspelund o.fl., 2010; OECD, 2015; Piepoli o.fl., 2016). Bent hefur verið á að aukin tíðni sykursýki og offitu (Karl Andersen o.fl. 2017), sem og skortur á aðhaldni (e. adherence) geti aftur á móti snúið þessari þróun við (OECD, 2015). Auk hinna hefðbundnu áhættuþátta hafa rannsóknir sýnt að félagsleg staða og andleg líðan tengjast þróun hjarta- og æðasjúkdóma. Meðal tekjulægri þjóða Evrópu er staða áhættuþátta verri og dauðsföll fleiri vegna sjúkdómsins (Timmis o.fl., 2020).

Vegna forvarna og betri meðferðar lifa fleiri með langvinnan kransæðasjúkdóm en áður (Aspelund o.fl., 2010). Þörf fyrir fræðslu frá heilbrigðisstarfsfólki um sjúkdóminn (Resurrección o.fl., 2019), heilbrigðan lífsstíl og sjálfsumönnun hefur því aukist (Anderson o.fl., 2017). Sjúklingafræðslu má skilgreina sem ferli sem miðar að því að skapa þekkingu, breytingu á viðhorfum og/eða færni eða hafa áhrif á hegðun sem nauðsynleg er til að viðhalda eða bæta heilsu (Redman, 2004). Þrátt fyrir að rannsóknir hafi ekki sýnt að sjúklingafræðsla ein og sér hafi áhrif á horfur kransæðasjúklinga, þá eru vísbendingar um að fræðsla auki líkur á árangursríkum lífsstílsbreytingum, eins og aukinni hreyfingu, betra mataræði og reykleysi (Ghisi o.fl., 2014a; Ghisi o.fl., 2020). Samkvæmt rannsóknnum eykur sjúklingafræðsla einnig trú á eigin getu (Ghisi o.fl., 2020) og hugsanlega heilsutengd lífsgæði (Anderson o.fl., 2017). Kransæðasjúklingum sem fá viðeigandi fræðslu virðist einnig finnast að þeir hafi meiri stjórn og hafa síður neikvæðar tilfinningar gagnvart veikindunum sínum (Cartledge o.fl., 2018). Sjúklingafræðsla og stuðningur við lífsstílsbreytingar, sem hefur það að markmiði að efla færni og sjálfstraust sjúklinga til að taka upplýstar ákvarðanir varðandi eigið heilsufar eða ástunda heilsutengda hegðun, er því mikilvæg í öllu bataferli kransæðasjúklinga.



Þekking kransæðasjúklinga við útskrift af sjúkrahúsi er lítið rannsökuð en rannsókn Boyde og félaga (2015) sýndi að 30% þátttakenda voru með ónóga þekkingu á einkennum sjúkdómsins. Algengt er að heilbrigðisstarfsfólk meti ekki (Ghisi o.fl., 2014b) eða sinni ekki fræðsluþörfum sjúklinga sinna (Cartledge o.fl., 2018). Rannsóknir hafa sýnt að sjúklingafræðsla heilbrigðisstarfsfólks beinist aðallega að upplýsingum tengdum sjúkdómi og meðferð en fræðsluþörfum sem tengjast tilfinningalegri líðan og félagslegum málefnum er síður sinnt (Ingadóttir o.fl., 2020). Heilbrigðisstarfsfólk og kransæðasjúklingar hafa einnig ólíkar skoðanir á því hvað séu mikilvægustu upplýsingarnar fyrir sjúklinga en rannsókn Ghisi og félaga (2014b) sýndi að eftir útskrift voru mikilvægustu upplýsingarnar að mati kransæðasjúklinga tengdar greiningu, meðferð, lyfjameðferð og öryggi. Hins vegar taldi heilbrigðisstarfsfólk að upplýsingar um áhættuþætti, þar með talið sálfélagslega áhættuþætti og öryggi, væru mikilvægustu upplýsingarnar. Rannsókn á fræðsluþörfum sjúklinga sem höfðu farið í kransæðavíkkun eða hjáveituaðgerð leiddi í ljós að sjúklingar töldu fræðsluþarfir sínar meiri en hjúkrunarfræðingar (Mosleh o.fl., 2017). Sú fræðsluþörf sem bæði sjúklingar og hjúkrunarfræðingar álitu mikilvægasta var umhirða sárs (skurðsár/stungustaður). Aðrar fræðsluþarfir sem sjúklingar töldu mikilvægar tengdust lyfjum, bráðum uppákomum og áhættuþáttum. Hjúkrunarfræðingar töldu auk umhirðu sárs, stjórnun áhættuþátta og þá sérstaklega líkamspjálfun hvað mikilvægasta en sjúklingar álitu fræðslu um daglega hreyfingu síst mikilvæga. Rannsókn Ghisi og félaga (2014b) leiddi í ljós að fræðsluþarfir kransæðasjúklinga breytast eftir útskrift. Strax eftir útskrift var mestur áhugi á fræðslu um lyf, bráðar uppákomur og öryggi. Fljótlega eftir útskrift kom fram meiri fræðsluþörf um greiningu, meðferð og næringu. Þegar frá útskrift leið var mesta fræðsluþörfin tengd bráðum uppákomum, greiningu, meðferð og þekkingu um hjartað.

Rannsóknir benda þannig til þess að þekkingu kransæðasjúklinga á sjúkdómi sínum sé ábótavant, fræðsluþarfir þeirra séu vanmetnar og að sjúklingar hafi mikla þörf fyrir fræðslu um öryggi, lífsstíl, greiningu og meðferð kransæðasjúkdóms (Boyde o.fl., 2015; Cartledge o.fl., 2018; Ghisi o.fl., 2014b; Mosleh o.fl., 2017; Svavarsdóttir o.fl., 2015).

Til að skipuleggja markvissa þjónustu byggja á gagnreyndri þekkingu er þörf á að kanna hvernig málum er háttað meðal íslenskra sjúklinga. Markmið þessarar rannsóknar var því að lýsa sjúkdómstengdri þekkingu og fræðsluþörfum sjúklinga með kransæðasjúkdóm við útskrift af íslenskum sjúkrahúsum og skoða tengsl þekkingar við áhættu- og bakgrunnspætti.

## AÐFERÐ

Þessi þversniðsrannsókn er hluti af stærri rannsókn, KRANS-rannsókninni sem er langtímarannsókn um lífsstíl, áhættuþætti, sjúkdómstengda þekkingu, fræðsluþarfir og sjálfsumönnun einstaklinga með kransæðasjúkdóm á Íslandi (<https://www.unak.is/is/rannsoknir/rannsoknir-vid-ha/The-KRANS-study>). Í þessari grein eru notuð gögn frá fyrsta tímapunkti rannsóknarinnar sem safnað var frá fullorðnu fólki

með staðfestan kransæðasjúkdóm við útskrift af sjúkrahúsi á tímabilinu október 2017 til nóvember 2018.

## Þátttakendur

Boðin var þátttaka 18-79 ára sjúklingum sem lögðust inn á Landspítala eða Sjúkrahúsið á Akureyri vegna bráðs kransæðaheilkennis, kransæðavíkkunar eða kransæðahjáveituaðgerðar. Útilokaðir frá þátttöku voru þeir sem höfðu skerðingu á hugrænni starfsemi sem hamlaði þátttöku og þeir sem ekki skildu eða ekki töluðu íslensku. Einnig voru útilokaðir einstaklingar sem fóru í hjartaþræðingu en greindust ekki með kransæðasjúkdóm.

## Mælitæki

Sjúkdómstengd þekking var metin með Spurningalista um kransæðasjúkdóm (Þekking-KRANS) sem er íslensk útgáfa af mælitækinu „Coronary Artery Disease Education Questionnaire-short version (CADE-Q-SV) (Ghisi o.fl., 2016). Mælitækinu er ætlað að meta þekkingu einstaklinga með kransæðasjúkdóm í hjartaendurhæfingu á sjúkdómi sínum og heilbrigðum lífsstíl. Í mælitækinu eru 20 spurningar og fullyrðingar sem skiptast í fimm þekkingarsvið: *Sjúkdóms-tengda þekkingu, áhættuþætti, hreyfingu, næringu og sálfélagslega áhættu*. Svarmöguleikar eru: rétt, rangt og veit ekki. Hvert rétt svar gefur eitt stig en rangt svar og „veit ekki“ gefur 0 stig. Því er mesti mögulegi stigafjöldi 4 stig innan hvers þekkingarsviðs og heildarstigafjöldi 20 stig.

Mælitækið var upphaflega samið á portúgölsku en hefur verið þýtt og staðfært á fleiri tungumál, meðal annars ensku (Ghisi o.fl., 2016) og spænsku (Ghisi o.fl., 2021). Prófræðilegir eiginleikar þess hafa reynst fullnægjandi fyrir áreiðanleika endurtekinnar prófunar innan hvers þekkingarsviðs (e. intra class correlation coefficient) og innri áreiðanleiki (e. internal consistency), metinn með alfastuðli (e. Cronbach's alpha) hefur mælst á bilinu 0,76-0,94 fyrir hvert þekkingarsvið og > 0,70 fyrir heildarlistann. Viðmiðunargildi (e. criterion validity) sýndi mun á stigafjölda eftir menntunarstigi ( $p < 0,001$ ) og hversu lengi þátttakendur höfðu verið í endurhæfingu ( $p < 0,005$ ) (Ghisi o.fl., 2016). Innihaldsréttmæti (e. content validity) var metið af 12 sérfræðingum í hjartaendurhæfingu. Mælitækið var þýtt og staðfært úr ensku á íslensku í samráði við höfunda, með aðferðinni ígrunduð samtöl (e. cognitive interviewing) samkvæmt Willis (2005). Spurningalistinn var lagður fyrir heilbrigðisstarfsfólk ( $n = 8$ ) og sjúklinga ( $n = 6$ ) á Reykjalundi og tekin ígrunduð samtöl við hvern þátttakanda. Í kjölfarið var spurningalistinn lagaður að íslensku orðfæri og áherslum í fræðslu íslenskra hjartasjúklinga (Henný Hrund Jóhannsdóttir o.fl., 2017). Til þessa var fengið leyfi Vísindasiðanefndar (Tilv.:17-088) og framkvæmdastjóra lækninga á Reykjalundi. Í þessari rannsókn var alfastuðull fyrir íslenska þýðingu mælitækisins 0,74.

Til viðbótar við spurningalistann Þekking-KRANS voru þátttakendur beðnir um að svara spurningum um hversu mikla þörf þeir hefðu fyrir fræðslu um 15 efnisatriði. Svarmöguleikar í þessum spurningum voru fjórir (mjög mikla þörf – mikla þörf – litla þörf – enga þörf). Spurningarnar voru samdar af höfundum og byggjast á þekktum áhættuþáttum kransæðasjúkdóma, æskilegum lífsstíl (Piepoli, o.fl., 2016)

og mikilvægum þáttum í fræðslu kransæðasjúklinga (Ghisi o.fl., 2014b; Mosleh o.fl., 2017). Einnig var spurt hvort þátttakendur hefðu fengið fræðslu frá heilbrigðisstarfsfólki í sjúkrahúslegunni (já/nei) og hversu vel fræðsluþörfum var sinnt fyrir útskrift, svarmöguleikar voru fjórir (mjög vel – að mestu – að litlu leyti – alls ekki).

Bakgrunnsupplýsingum um aldur, kyn, hjúskaparstöðu, búsetu, innlagnarástæðu, legutíma og fyrri innlagnir vegna kransæðasjúkdóms var safnað úr sjúkraskrá en einnig var hæð og þyngd mæld til að reikna líkamsþyngdarstuðul. Með spurningalista var aflað upplýsinga um menntun, hvort tekjur dygðu til nauðsynlegra útgjalda, reykingar, hreyfingu, einkenni kviða og þunglyndis og trú á eigin getu. Hreyfing var metin með „Adapted version of the leisure time physical activity questionnaire“ (PA questionnaire) en það er spurningalisti sem lýtur að hreyfingu undanfarna þrjá mánuði. Listinn var upphaflega saminn af Saltin og Grimby (1968) og hann hefur síðan verið notaður til að meta hreyfingu hjá yfir 600.000 manns og hefur gott forspárréttmæti (Grimby o.fl., 2015). PA-hreyfistíminn hefur fjóra svarmöguleika: Aðallega kyrrseta – létt líkamleg áreynsla  $\geq 2\frac{1}{2}$  klst/viku – hreyfing með talsverðri áreynslu  $\geq 2\frac{1}{2}$  klst/viku – stíf reglubundin þjálfun oft í viku, samtals í minnst fimm klukkustundir, þar sem líkamleg áreynsla er mikil (Saltin og Grimby, 1968). Einkenni kviða og þunglyndis voru metin með „Hospital Anxiety and Depression Scale“ (HADS), möguleg stig eru 0-21 fyrir hvorn kvarða og þeir sem fá 8 stig og meira teljast vera með einkenni kviða eða þunglyndis. Mælitækið hefur lengi verið notað á Íslandi og próffræðilegir eiginleikar íslensku útgáfunnar reynst fullnægjandi (Jakob Smári o.fl., 2008). Trú á eigin getu var metin með „Self-confidence scale“ sem inniheldur 6 staðreyndir og svarmöguleika frá 1 = ekki viss til 4 = alveg viss. Reiknaður er staðlaður stigafjöldi, 0-100, þar sem fleiri stig þýða meiri trú á eigin getu (Dickson o.fl., 2017). Innri áreiðanleiki (alfa-stuðull) kvarðans í þessari rannsókn mældist 0,84 og er sambærilegur við bandaríska rannsókn á próffræðilegum eiginleikum kvarðans ( $\alpha = 0,84$ ) (Dickson o.fl., 2017).

### Greining gagna

Lýsandi tölfræði var notuð til að lýsa bakgrunni þátttakenda. Meðaltal og staðalfrávik var reiknað fyrir samfelldar breytur og tíðni og hlutföll fyrir flokkabreytur. Búseta í dreifbýli og þéttbýli var skilgreind eftir póstnúmerum (þéttbýli: póstnúmer 101-170, 200-225, 270-276, 600-603; dreifbýli: önnur póstnúmer). Breytan hjúskaparstaða var flokkuð í tvíkösta breytu fyrir gagnagreiningu: Annars vegar þátttakendur í sambúð, kvæntir/giftir og hins vegar einhleypir, fraskildir og ekklar/ekkjur. Breytan um hvort tekjur heimilisins duga fyrir útgjöldum var einnig flokkuð í tvíkösta breytu, já og nei. Þeir sem svöruðu að tekjur dygðu, þeir gætu lagt fyrir eða að tekju rétt dygðu, voru flokkaðir sem já, tekjur duga. Þeir sem svöruðu að tekjur dygðu sjaldan eða aldrei voru flokkaðir sem nei, tekjur duga ekki.

Virkir reykingamenn voru skilgreindir sem þeir sem reyktu síðastliðinn mánuð fyrir innlögn. Þátttakendum var skipt í þrjá flokka eftir líkamsþyngdarstuðli:  $< 25 \text{ kg/m}^2$  (kjörþyngd);  $\geq 25-29,9 \text{ kg/m}^2$ ; (ofþyngd) og  $\geq 30 \text{ kg/m}^2$  (offita).

Í gagnagreiningu á þekkingu (Pekking-KRANS) voru útilokaðir spurningalistar þar sem vantaði 10% eða meira af svörum. Meðaltal þekkingar var borið saman við bakgrunnsbreytur með fylgniþrófum og stikuðum prófum (t-prófi og einhliða dreifigreiningu). Línuleg fjölbreytuaðhvarfsgreining (enter-aðferð) var gerð til að greina hvaða bakgrunnsþættir spáðu fyrir um þekkingu. Valdar voru þær bakgrunnsbreytur sem höfðu marktæka fylgni við þekkingu eða fyrri rannsóknir hafa sýnt tengsl við þekkingu. Gögnin voru greind með SPSS, útgáfu 26. Miðað var við marktæktarmörk  $p < 0,05$ .

### Siðfræði

Rannsóknin var unnin í samræmi við ákvæði Helsinkiyfirlýsingarinnar (World Medical Association, 2013). Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir rannsókninni (Tilv.:17-159) sem og framkvæmdastjórn lækninga á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri. Þátttakendur fengu munnlegar og skriflegar upplýsingar um rannsóknina, tækifæri til að spyrja spurninga og skrifuðu undir upplýst samþykki áður en gagnasöfnun hófst.

## NIÐURSTÖÐUR

Alls tóku 445 sjúklingar þátt í rannsókninni, meðalaldur þeirra var 64,1 ár (*sf* 9,1) og 80% voru karlmenn. Fyrri innlögn vegna kransæðasjúkdóms var skráð hjá 45% og 47% höfðu lagst brátt inn. Meðallegutími var 3,2 dagar (0-31 dagar, *sf* 4,8) og 51% þátttakenda dvöldu sólarhring eða styttra á sjúkrahúsi. Upplýsingar um bakgrunn þátttakenda má sjá í töflu 1.

Þekking tengd kransæðasjúkdómi mældist að meðaltali 13,6 stig (*sf* 3,3). Þekkingin mældist mest á sviði næringar og minnst á sviði sálfélagslegrar áhættu ( $p < 0,001$ ). Tafla 2 sýnir niðurstöður um sjúkdómstengda þekkingu, þar með talið meðaltal stiga við hverri spurningu þekking-KRANS spurningalistans. Þær spurningar sem flestir þátttakendur (94%) svöruðu rétt lutu að breytanlegum áhættuþáttum kransæðasjúkdóma, leiðum til þess að stjórna blóðþrýstingi og lýsingu á brjóstverk (92%). Þær spurningar sem fæstir svöruðu rétt lutu að áhrifum mataræðis á kólesteról í blóði (25%), áhrifum kæfisvefns á endurtekið hjartaáfall (32%) og verkunarmáta kólesteróllækkandi lyfja (4%) (tafla 2).

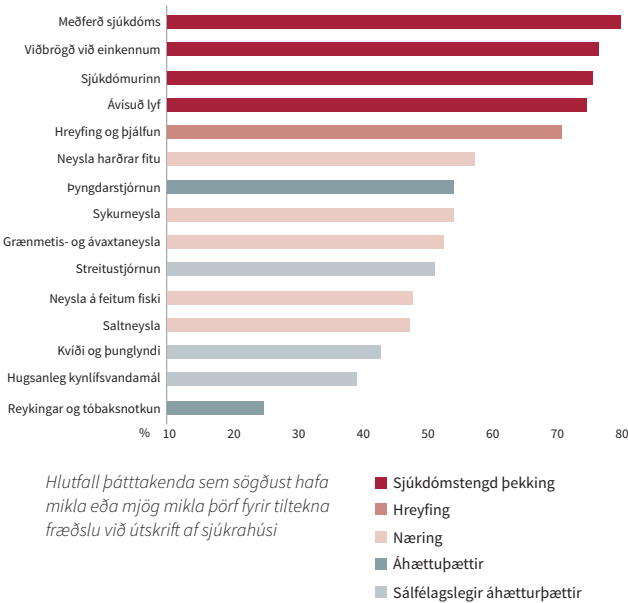
Alls sögðust 89% þátttakenda hafa fengið fræðslu frá heilbrigðisstarfsfólki í sjúkrahúslegunni um hjartasjúkdóm sinn og meðferð hans. Meirihluti þátttakenda (81%) sagði að fræðsluþarfar þeirra hefðu verið uppfylltar fyrir útskrift, þar af 34% mjög vel. Jafnframt sögðust flestir hafa mikla eða mjög mikla þörf fyrir fræðslu um sjúkdóminn, meðferð hans og viðbrögð við einkennum (71-76%). Hugsanleg kynlífsvandamál (32%) og reykingar (16%) voru þættir sem fæstir sögðust hafa mikla eða mjög mikla þörf fyrir fræðslu um. Af þeim 18% sem reyktu sögðust 30% hafa mikla eða mjög mikla þörf fyrir fræðslu um reykingar. Fræðsluþarfar fyrir hvert efnisatriði má sjá á mynd 1.



Þegar skoðuð voru tengsl þekkingar við bakgrunn þátttakenda kom í ljós munur á þekkingu eftir menntun, aldri, tekjum og búsetu (þéttbýli/dreifbýli), trú þeirra á eigin getu, einkennum þunglyndis og hvort þeir reyktu eða ekki (tafla 3).

Þessar breytur voru því valdar í línulega aðhvarfsgreiningu auk breytunnar fyrri sjúkrahúslega vegna kransæðasjúkdóms. Aðhvarfsgreiningin leiddi í ljós að þekking var meiri hjá þeim sem höfðu meiri menntun, reyktu ekki, höfðu meiri trú á eigin getu, voru yngri og höfðu áður legið á sjúkrahúsi vegna kransæðasjúkdóms. Alls skýrðu þessar breytur 15,9% breytileika í þekkingu ( $F\ 14,223, p < 0,001$ ) (tafla 4).

Mynd 1. Fræðsluþarfir einstaklinga með kransæðasjúkdóm



Tafla 1. Bakgrunnur þátttakenda (N = 445)

|                                                  | n   | %  |
|--------------------------------------------------|-----|----|
| <b>Kyn</b>                                       |     |    |
| Karlar                                           | 354 | 80 |
| Konur                                            | 91  | 20 |
| <b>Menntun</b>                                   |     |    |
| Grunnskólapróf                                   | 122 | 32 |
| Framhaldsskólapróf (t.d. iðnmenntun/stúdent)     | 171 | 45 |
| Háskólapróf                                      | 88  | 23 |
| <b>Hjúskaparstaða</b>                            |     |    |
| Kvæntir/giftir/í sambúð                          | 321 | 72 |
| Einhleypir/fráskildir/ekkjur eða ekklar          | 124 | 28 |
| <b>Búseta</b>                                    |     |    |
| Dreifbýli                                        | 134 | 30 |
| Þéttbýli                                         | 311 | 70 |
| <b>Tekjur duga fyrir útgjöldum</b>               |     |    |
| Já                                               | 326 | 88 |
| Nei                                              | 24  | 12 |
| <b>Innlagnarástæða</b>                           |     |    |
| Bráð kransæðastífla (STEMI)                      | 93  | 21 |
| Bráð kransæðastífla (NSTEMI)                     | 77  | 17 |
| Brátt kransæðaheilkenni                          | 40  | 9  |
| Kransæðahjáveituaðgerð (valaðgerð)               | 45  | 10 |
| Kransæðamyndataka og víkkun (valaðgerð)          | 190 | 43 |
| <b>Lagst inn áður vegna kransæðasjúkdóms</b>     |     |    |
| Já                                               | 200 | 45 |
| Nei                                              | 245 | 55 |
| <b>Dagar á sjúkrahúsi</b>                        |     |    |
| ≤1 dagur                                         | 225 | 51 |
| 2-7 dagar                                        | 170 | 38 |
| ≥11 dagar                                        | 50  | 11 |
| <b>Líkamleg virkni síðustu 3 mánuði</b>          |     |    |
| Aðallega kyrrseta                                | 131 | 35 |
| Létt líkamleg áreynsla ≥ 2½ klst./viku           | 141 | 38 |
| Hreyfing með talsverðri áreynslu ≥ 2½ klst./viku | 76  | 21 |
| Stíf reglubundin þjálfun oft í viku              | 21  | 6  |
| <b>Líkamsþyngdarstuðull</b>                      |     |    |
| < 25 kg/m²                                       | 74  | 17 |
| 25-30 kg/m²                                      | 186 | 42 |
| ≥ 30 kg/m²                                       | 180 | 41 |
| <b>Reykingar</b>                                 |     |    |
| Já                                               | 78  | 18 |
| Nei                                              | 354 | 82 |
| <b>HADS-kvíðastig ≥ 8</b>                        |     |    |
|                                                  | 90  | 23 |
| <b>HADS-þunglyndisstig ≥ 8</b>                   |     |    |
|                                                  | 78  | 20 |

Mismunandi fjöldatölur stafa af því að gögn vantar

Tafla 2. Sjúkdómstengd þekking þátttakenda (Þekking – KRANS) (N = 372)

| Þekkingarsvið              | Fullyrðingar                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Rétt svör<br>%               | Stig<br>M (sf) |
|----------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|----------------|
| <b>Næring</b>              | Unnar matvörur (t.d. tilbúnað matvörur, unnar kjötvörur, pakkamatvörur og tilbúnað réttir) innihalda oft mikið salt (R).<br>Í mataræði sem getur stuðlað að lækkun blóðþrýstings er mikið af grænmeti og ávöxtum, heilkorni, hnetum og fræjum (R).<br>Transfitusýrur eru að hluta til hertar jurtaolíur (t.d. í smjörliki) og þær eru óhollar (R).<br>Góð leið til að auka trefjaneyslu er að borða meira af kjöti og mjólkurvörum (V).                                                                                                                                                                                                 | 89,1<br>84,8<br>77,5<br>65,2 | 3,2 (1,0)      |
| <b>Áhættuþættir</b>        | Til að hafa stjórn á blóðþrýstingi er ráðlagt að minnka saltmagnið í matnum, stunda líkamsþjálfun, taka reglulega blóðþrýstingslækkandi lyf (ef ávísað af lækni) og læra aðferðir til að slaka á (R).<br>Dæmi um áhættuþætti kransæðasjúkdóma sem hægt er að hafa áhrif á eru: blóðþrýstingur, kólesteról, reykingar, óbeinar reykingar, ummál mittis og viðbrögð við streitu (R).<br>Líkamsrækt og hollt mataræði hefur engin áhrif á sykursýki (R).<br>Góð leið til að hafa jákvæð áhrif á kólesterólgildi er að gerast grænmetisæta og forðast egg (V).                                                                              | 94,3<br>93,6<br>76,0<br>24,7 | 2,9 (0,8)      |
| <b>Hreyfing</b>            | Ef óþægindi fyrir brjósti koma fram á göngu ætti viðkomandi að greikka sporið og sjá til hvort óþægindin hverfa ekki (V).<br>Ávinningur styrktaræfinga (t.d. lyftingar eða notkun teygjubanda) felst meðal annars í því að vöðvamassi og styrkur aukast, blóðsykursgildi batna og geta til að sinna daglegum verkefnum eflist (R).<br>Við líkamsþjálfun veit maður að æfingarnar eru hæfilega erfiðar þegar áreynslustigið (BORG-skalin) er ekki hærra en „dálítið erfið“ og maður getur æft og haldið uppi samræðum á sama tíma (R).<br>Upphitun fyrir æfingar eykur hjartsláttinn smám saman og getur minnkað líkur á brjóstverk (R). | 85,0<br>72,7<br>53,1<br>53,0 | 2,6 (1,1)      |
| <b>Sjúkdómur</b>           | Verkur frá hjarta (brjóstverkur) getur komið fram í hvíld eða við líkamlega áreynslu og gert vart við sig sem óþægindi í handlegg, baki og/eða hálsi (R).<br>Mikilvægi blóðflöguhemjandi lyfja eins og Hjartamagnýls (aspiríns) felst í því að blóðflögur loða minna saman og blóðið streymir því auðveldar um kransæðar og stoðnet (R).<br>Kransæðasjúkdómur er sjúkdómur í kransæðum hjartans sem leggst einungis á eldra fólk sem reykir eða er með hátt kólesteról (V).<br>Blóðfitulækkandi lyf minnka upptöku kólesteróls úr fæðu (V).                                                                                             | 92,2<br>85,8<br>74,3<br>4,0  | 2,6 (0,7)      |
| <b>Sálfélagsleg áhætta</b> | Streita er stór áhættuþáttur hjartaáfalls og er mikilvægur líkt og hár blóðþrýstingur og sykursýki (R).<br>Að forðast samskipti við fólk sem veldur þér vanlíðan er það eina sem dugur til að hafa hemil á streitu (V).<br>Það er þekkt að fólk þjáist af þunglyndi eftir hjartaáfall. Þunglyndi dregur úr orku til að taka þátt í endurhæfingu og eykur líkur á öðru hjartaáfalli (R).<br>Ómeðhöndlaður kæfisvefn eykur ekki líkur á öðru hjartaáfalli (V).                                                                                                                                                                            | 89,4<br>67,4<br>53,1<br>31,8 | 2,4 (1,0)      |
| <b>Heildarlisti</b>        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                              | 13,6 (3,3)     |

1 = rétt, 0 = rangt eða veit ekki; Möguleg stig innan sviða 0-4, möguleg heildarstig 0-20. R = rétt fullyrðing, V = röng fullyrðing.

Tafla 3. Tengsl þekkingar við bakgrunnsbreytur og valda áhættuþætti (N = 372\*)

| Breytur                                                   | n   | Dreifing |              | t-próf<br>t(df) | Anova<br>F(df) | Fylgni<br>(r) | p-gildi |
|-----------------------------------------------------------|-----|----------|--------------|-----------------|----------------|---------------|---------|
|                                                           |     | Meðaltal | Staðalfrávik |                 |                |               |         |
| <b>Kyn</b>                                                |     |          |              | 1,412 (370)     |                |               | 0,159   |
| Karlar                                                    | 298 | 13,8     | 3,3          |                 |                |               |         |
| Konur                                                     | 74  | 13,2     | 3,12         |                 |                |               |         |
| <b>Hjúskaparstaða</b>                                     |     |          |              | 0,825 (370)     |                |               | 0,410   |
| Kvæntur/gift/i sambúð                                     | 272 | 13,7     | 3,1          |                 |                |               |         |
| Einhleypir                                                | 100 | 13,4     | 3,6          |                 |                |               |         |
| <b>Búseta</b>                                             |     |          |              | 2,22 (370)      |                |               | 0,027   |
| Þéttbýli                                                  | 260 | 13,9     | 3,3          |                 |                |               |         |
| Dreifbýli                                                 | 112 | 13,2     | 3,1          |                 |                |               |         |
| <b>Áður lagst inn á sjúkrahús vegna kransæðasjúkdóms?</b> |     |          |              | 1,827 (370)     |                |               | 0,068   |
| Já                                                        | 160 | 14,0     | 3,2          |                 |                |               |         |
| Nei                                                       | 212 | 13,4     | 3,3          |                 |                |               |         |
| <b>Reykingar</b>                                          |     |          |              | 4,18 (368)      |                |               | <0,001  |
| Já                                                        | 67  | 12,2     | 4,0          |                 |                |               |         |
| Nei                                                       | 303 | 14,0     | 3,0          |                 |                |               |         |
| <b>Menntun</b>                                            |     |          |              |                 | 12,99 (2)      |               | <0,001  |
| Grunnskólapróf                                            | 116 | 12,9     | 3,2          |                 |                |               |         |
| Framhaldsskólapróf                                        | 163 | 13,4     | 3,3          |                 |                |               |         |
| Háskólapróf                                               | 81  | 15,1     | 2,8          |                 |                |               |         |
| <b>Tekjur heimilisins</b>                                 |     |          |              |                 | 7,57 (3)       |               | 0,001   |
| Duga / getur lagt fyrir                                   | 196 | 14,4     | 2,8          |                 |                |               |         |
| Duga rétt                                                 | 109 | 12,8     | 3,5          |                 |                |               |         |
| Duga sjaldan                                              | 29  | 13,0     | 2,8          |                 |                |               |         |
| Duga aldrei                                               | 15  | 13,0     | 3,4          |                 |                |               |         |
| <b>Hreyfing</b>                                           |     |          |              |                 | 1,40 (3)       |               | 0,243   |
| Aðallega kyrrseta                                         | 123 | 13,3     | 3,4          |                 |                |               |         |
| Létt áreynsla ≥ 2½ klst./viku                             | 134 | 13,9     | 3,2          |                 |                |               |         |
| Talsverð áreynsla ≥ 2½ klst./viku                         | 73  | 13,0     | 3,1          |                 |                |               |         |
| Stíf reglubundin þjálfun oft í viku                       | 21  | 14,6     | 3,2          |                 |                |               |         |
| <b>Aldur</b>                                              | 372 | 64,3     | 8,8          |                 |                | -0,124        | 0,017   |
| <b>Líkamsþyngdarstuðull</b>                               | 368 | 29,4     | 4,6          |                 |                | 0,026         | 0,620   |
| <b>Trú á eigin getu</b>                                   | 355 | 52,2     | 23,0         |                 |                | 0,195         | <0,001  |
| <b>HADS-kvíðastig</b>                                     | 370 | 4,8      | 3,7          |                 |                | -0,030        | 0,570   |
| <b>HADS-þunglyndisstig</b>                                | 369 | 4,2      | 3,7          |                 |                | -0,121        | 0,020   |

Mismunandi fjöldatölur stafa af því að gögn vanta

\* Þátttakendur sem svöruðu 18 spurningum og fleiri af þekking-Krans-spurningalistanum



Tafla 4. Skýringargildi breyta sem hafa áhrif á heildarstig þekkingar við línulega aðhvarfsgreiningu

|                                                     | Óstöðluð hallatala | Staðalvilla | Stöðluð hallatala | p-gildi |
|-----------------------------------------------------|--------------------|-------------|-------------------|---------|
| Menntun                                             | 0,900              | 0,218       | 0,207             | <0,001  |
| Reykir [já]                                         | -2,070             | 0,427       | -0,246            | <0,001  |
| Trú á eigin getu                                    | 0,024              | 0,007       | 0,174             | 0,001   |
| Aldur                                               | -0,053             | 0,020       | -0,142            | 0,007   |
| Fyrri sjúkrahúsinnlögn vegna kransæðasjúkdóms [nei] | -0,732             | 0,334       | -0,112            | 0,029   |

R² = 0,171, aðlagð R² = 0,159

UMRÆÐA

Í þessari fyrstu íslensku rannsókn á sjúkdómstengdri þekkingu sjúklinga með kransæðasjúkdóm og fræðsluþörfum þeirra kom margt athyglisvert í ljós. Þekking þátttakenda var viðunandi og heildarstigafjöldi þekkingar sambærileg við kransæðasjúklinga í Rómönsku-Ameríku (Ghisi o.fl., 2021) en heldur minni en í Kanada (Ghisi o.fl., 2020) þar sem sama mælitæki var notað til að meta þekkingu kransæðasjúklinga fyrir endurhæfingu. Þekking einstaklinga með kransæðsjúkdóm í eða eftir endurhæfingu hefur þó reynst meiri í fyrri rannsóknum (Ghisi o.fl., 2016; Ghisi o.fl., 2020; Ghisi o.fl., 2021). Meðaltal þekkingar mældist minnst á sviði sálfélagslegrar áhættu en mest á sviði næringar og samræmist það fyrri rannsóknum (Ghisi o.fl., 2016; Ghisi o.fl., 2020; Ghisi o.fl., 2021). Þekking á næringu og hreyfingu hefur einnig komið best út í alþjóðlegum rannsóknum en þekking á sjúkdómnum mælst minnst (Ghisi o.fl., 2016; Ghisi o.fl., 2020; Ghisi o.fl., 2021).

Þrátt fyrir að heildarstig þekkingar geti talist viðunandi í okkar rannsókn virðist vera skortur á þekkingu á ákveðnum þáttum og rétt eins og í niðurstöðum okkar benda erlendar rannsóknir á kransæðasjúklingum til þess að þeir hafi ónóga þekkingu við útskrift af sjúkrahúsi (Boyde o.fl., 2015; Cartledge o.fl., 2018). Stuttur legutími hefur ef til vill áhrif þar sem ríflega helmingur þátttakenda dvaldi sólarhring eða skemur á sjúkrahúsi. Um helmingur sjúklinganna hafði greinst með alvarlegan langvinnan sjúkdóm og helmingur þeirra lagðist inn vegna bráðra veikinda. Sjúklingarnir eru því talsvert veikir meðan á sjúkrahúslegu stendur og aðstæður þeirra til náms ekki ákjósanlegar. Í niðurstöðum rannsóknar á kransæðasjúklingum (Svavarsdóttir o.fl., 2015) kom fram að þeir töldu sig hafa takmarkað gagn af fræðslu í sjúkrahúslegunni þar sem þeir voru ekki í ástandi til þess að meðtaka upplýsingar og mundu lítið af því sem sagt var. Þessir sjúklingar lögðu áherslu á endurtekna og meiri fræðslu eftir útskrift af sjúkrahúsi. Það er því mikilvægt að hjúkrunarfræðingar forgangsraði fræðslu í sjúkrahúslegunni í samræmi við þarfir sjúklinga og leggi eingöngu áherslu á þá fræðslu sem þarf að eiga sér stað meðan á sjúkrahúsdvöl stendur. Einnig er hugsanlegt að þær aðferðir sem eru notaðar við sjúklingafræðslu henti ekki til að fullnægja fræðsluþörfum sjúklingahópsins. Í þessari sömu rannsókn lögðu sjúklingarnir mikla áherslu á að fræðslan væri einstaklingsmiðuð og sniðin að þeirra þörfum, þar sem almennar upplýsingar væru t.d. settar í samhengi við þeirra sjúkdómsástand á skiljanlegu máli (Svavarsdóttir o.fl., 2015).

Áhrifaþættir sjúkdómstengdrar þekkingar meðal kransæðasjúklinga eru lítið rannsakaðir. Aðhvarfsgreining sýndi tengsl þekkingar við menntun, aldur, fyrri sjúkrahúslegu vegna kransæðasjúkdóms, reykingar og trú á eigin getu. Þetta er sambærilegt við niðurstöður erlendra rannsókna (Ghisi o.fl., 2014b) þar sem þeir sem voru yngri og með meiri menntun höfðu betri sjúkdómstengda þekkingu. Þessi tengsl menntunar við þekkingu koma einnig fram á þann hátt að við þátttöku í hjartaendurhæfingu eykst þekking þeirra minna sem eru með minni menntun og lægri tekjur (Ghisi o.fl., 2021). Tengsl reykinga og þekkingar hafa hins vegar ekki fundist í fyrri rannsóknum á kransæðasjúklingum svo við vitum til. Þetta eru áhugaverðar niðurstöður og velta má fyrir sér hvort skýringa sé að leita í aðheldni, að hún reynist reykingamönnum erfiðari en öðrum. Aðheldni krefst þekkingar en felur einnig í sér togstreitu á milli freistinga og að gera rétt, og að vera við stjórnvölinn líkt og lýst hefur verið hjá einstaklingum með sykursýki (Ingadóttir og Halldorsdóttir, 2008). Sjúkdómstengd þekking þátttakenda jókst einnig við aukna trú á eigin getu og er það í samræmi við rannsókn (Ghisi o.fl., 2020) á kanadískum kransæðasjúklingum í endurhæfingu. Trú á eigin getu er hugtak sem vaxandi áhugi er á innan hjúkrunarfræði enda virðist það gegna mikilvægu hlutverki í sjálfsumönnun hjartasjúklinga þar sem þekking er ein af grunnforsendum árangurs meðferðar (Riegel o.fl., 2017). Önnur tengsl við sjúkdómstengda þekkingu fundust í þessari rannsókn þótt þær breytur héldust ekki inni í líkaninu það er tekjur, einkenni þunglyndis og búseta. Það er vel þekkt að styttri menntun, lágar tekjur, lág þjóðfélagsstaða sem og andleg vanlíðan minnka hæfni kransæðasjúklinga til að takast á við lífsstílstengda áhættuþætti og gerir þá ólíklegri til að sinna eftirliti og endurhæfingu en þetta getur aftur haft áhrif á horfur þeirra (Resurrección o.fl., 2019). Hlutur þekkingar í því samhengi er þó ekki vel þekktur en vekur upp spurningar sem vert væri að kanna nánar. Hvað varðar mun á þekkingu eftir búsetu er það einnig áhugaverð niðurstaða. Íslensk rannsókn á áhrifum búsetu á hjartaheilsu og dánartíðni sýndi meiri notkun á heilbrigðiskerfinu vegna hjarta- og æðasjúkdóma í dreifbýli en þéttbýli og er það talið skýrast af aukinni tíðni breytilegra áhættuþátta meðal íbúa landsbyggðarinnar og þá sérstaklega meðal kvenna (Haraldsdóttir o.fl., 2017). Aðgengi sjúklinga í dreifbýli að göngudeildarþjónustu eftir greiningu og meðferð kransæðasjúkdóms, þar sem mikil fræðsla fer fram, er ekki jafn gott og þeirra sem búa í þéttbýli og sú staðreynd gæti útskýrt þennan mun á þekkingu eftir búsetu.

Niðurstöður okkar sýna að þrátt fyrir að þátttakendur hefðu almennt viðunandi sjúkdómstengda þekkingu og að langflestir töldu að fræðsluþarfir þeirra hefðu verið uppfylltar í sjúkrahúslegunni höfðu þeir þó frekari fræðsluþarfir og

Samræmist það niðurstöðum rannsóknar á fræðsluþörfum sjúklinga með hjartabilun (Ingadóttir o.fl., 2020). Líkt og í rannsókn Ghisi og félaga (2014b) höfðu þátttakendur mestar fræðsluþarfir um sjúkdóminn, meðferð hans, einkenni og lyfjameðferð (Mosleh o.fl., 2017). Flestir höfðu einnig fræðsluþarfir sem tengdust áhættuþáttum og heilbrigðum lífsstíl. Þessar niðurstöður geta nýst hjúkrunarfræðingum við að forgangsraða fræðslu meðan á sjúkrahúslegu stendur en rannsókn meðal einstaklinga með kransæðasjúkdóm á Íslandi og Noregi leiddi í ljós að sjúklingarnir sögðust ekki hafa næga þekkingu til þess að spyrja spurninga í sjúkrahúslagunni og töldu því mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk hefði innsýn í hvaða þekking gagnaðist þeim (Svavarsdóttir o.fl., 2015). Það vekur einnig athygli að þó að lítill hluti þátttakenda hafi verið í kjörþyngd þá taldi einungis tæpur helmingur sig hafa þörf fyrir fræðslu um þyngdarstjórnun. Minnsta fræðsluþörfin var um kynlíf og reykleysi enda reykti aðeins minni hluti þátttakenda. Þó vakti athygli að aðeins um þriðjungur þeirra sem reyktu töldu sig hafa þörf á fræðslu um reykingar. Hér er rétt að benda á að ekki var spurt um mikilvægi fræðsluþarfa eða hvort þátttakendur teldu sig hafa þörf á stuðningi við þyngdarstjórnun eða reykleysi en það hefði líklega gefið betri mynd af eðli þeirra fræðsluþarfa sem voru óuppfylltar. Við túlkun niðurstaðna þarf einnig að taka mið af því að spurningalistinn er lagður fyrir sjúklinga við útskrift af sjúkrahúsi en rannsóknir hafa sýnt að fræðsluþarfir kransæðasjúklinga breytast þegar frá líður greiningu um kransæðasjúkdóm (Ghisi o.fl., 2014b).

Þar sem rannsóknir hafa sýnt að fræðsla eykur líkur á árangursríkum lífsstílsbreytingum (Ghisi o.fl., 2014a; Ghisi o.fl., 2020) er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar skoði tækifæri til að bæta fræðslu. Sjúklingafræðsla er mikilvæg hjúkrunarmeðferð og hjúkrunarfræðingar þurfa að huga að eigin færni í að veita fræðslu. Sjúklingar telja að færni og þekking þess sem fræðir hafi áhrif á trúverðugleika fræðslunnar og hvernig þeir meðtaka fræðsluna. Mikilvægt sé að sá sem veitir fræðsluna hafi góða gagnreynda þekkingu og klíniska reynslu í meðferð hjartasjúklinga og að upplýsingarnar séu áreiðanlegar (Svavarsdóttir o.fl., 2015). Þannig er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar stuðli að þróun sjúklingafræðslu og séu gagnrýnir á þær aðferðir sem þeir beita við fræðslu. Niðurstöðurnar styðja mikilvægi þess að auka áherslu á að veita sjúklingafræðslu eftir útskrift af sjúkrahúsi. Rannsóknir hafa sýnt góðan árangur hjúkrunarstýrðra göngudeilda fyrir kransæðasjúklinga (Randall o.fl., 2017). Í Reykjavík og á Akureyri eru starfandi göngudeildir fyrir kransæðasjúklinga þar sem þeir fá eftirfylgd, fræðslu og stuðning við lífsstílsbreytingar. Engin slík þjónusta er í boði annars staðar á landsbyggðinni en þar mætti nota fjarheilbrigðisþjónustu í meira mæli til að ná til stærri hóps og jafna þannig aðgengi að heilbrigðisþjónustu í samræmi við stefnu fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030 (Stjórnarráð Íslands, 2019).

### Styrkleiki og takmarkanir rannsóknarinnar

Meginstyrkleiki rannsóknarinnar er stórt úrtak og niðurstöðurnar ættu því að endurspeglar vel stöðu þekkingar og fræðsluþarfir íslenskra kransæðasjúklinga.

Takmarkandi þáttur rannsóknarinnar er að spurningalistar voru lagðir fyrir við útskrift af sjúkrahúsi og því gætu líðan og ástand þátttakenda hafa haft neikvæð áhrif á getu þeirra til að svara spurningalistunum. Það að spurningalistinn var nokkuð langur og tók talsverðan tíma að svara hefur ef til vill leitt til þess að þátttakendur slepptu einstaka spurningum. Jafnframt gildir hér eins og í öðrum spurningakönnunum að ef til vill svara þátttakendur spurningum út frá því sem þeir telja æskilegt fremur en raunverulegt.

Til takmarkandi þátta rannsóknarinnar má einnig telja að sjúkdómstengd þekking var metin með þekking-KRANS mælitækinu sem upphaflega var samið með einstaklinga sem eru í hjartaendurhæfingu í huga. Með aðstoð fagfólks og sjúklinga var mælitækið þó aðlagð íslensku orðfæri og áherslum í fræðslu íslenskra hjartasjúklinga.

### Ályktanir

Niðurstöðurnar rannsóknarinnar benda til þess að sjúkdómstengd þekking þátttakenda sé að flestu leyti viðunandi. Fræðsluþörfum kransæðasjúklinga er þó ekki nægilega vel sinnt í sjúkrahúslagunni, og við útskrift af sjúkrahúsi höfðu þátttakendur miklar fræðsluþarfir tengdar sjúkdómi sínum og meðferð.

Niðurstöður rannsóknarinnar styðja einnig mikilvægi þess að afla nákvæmra upplýsinga um sjúklinga frá þeim sjálfum. Mikilvægt er að meta fræðsluþarfir sjúklinga eins og þeir sjálfir skilgreina þær og hafa í huga einstaklingsbundna þætti sem tengjast þekkingu þegar fræðsla er skipulögð og veitt.

### ÞAKKIR

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



## ENGLISH SUMMARY

# Educational needs and disease-related knowledge of patients with coronary heart disease: Cross-sectional study at hospital discharge

Ketilsdottir, A., Halldorsdottir, H., Sigurlasdottir, K., Ingadottir, B. and Svavarsdóttir, M. H.

### Aim

Secondary prevention and improved treatment have resulted in an increased number of people living with coronary heart disease (CHD) in need of patient education from healthcare professionals. The aim of this study was to describe the disease-related knowledge and educational needs of CHD patients at hospital discharge.

### Method

This cross-sectional study was conducted in 2017-2018. The participants were adults admitted to Icelandic hospitals because of acute coronary syndrome, percutaneous coronary intervention, or coronary artery bypass grafting surgery. Data were collected at hospital discharge from medical records, physical measurements, and questionnaires. Disease-related knowledge was assessed with the Coronary Artery Disease Education Questionnaire-short version (CADE-Q-SV) consisting of 20 assertions categorized into five subscales. The possible scores for the total list are 0-20 and 0-4 for each subscale. The participants were also asked to evaluate their educational needs regarding 15 items about CHD on a four-point scale (1 = very little need to 4 = very high need).

### Results

The mean total knowledge score of the participants ( $N = 445$ ; 80% males; mean age 64.1 years [ $SD$  9.1]) was 13.6 ( $sf$  3.3). The highest scores were for nutrition ( $M$  3.2;  $SD$  10.0) and the lowest were for CHD psychosocial risk factors ( $M$  2.4;  $SD$  1.0) ( $p < 0.001$ ). Education, smoking, self-confidence, age, and prior CHD-related hospitalization explained 16% of the variation in knowledge ( $F$  14.223;  $R^2$  0.159;  $p < 0.001$ ). Over 70% of patients had a high or very high need for education regarding the disease and its treatment.

### Conclusion

At hospital discharge, CHD patients' disease-related knowledge was acceptable. However, their educational needs were still high and remain important to fulfill. When providing patient education nurses need to recognize that age, education, prior CHD hospitalization, smoking, and self-confidence are factors that can affect how patient education translates into knowledge. Nurses' follow-up in outpatient clinics and, to a greater extent telehealth could be feasible options for fulfilling patients' educational needs after discharge.

### Key words:

Coronary heart disease, information needs, knowledge, patient education, self-care

### Correspondent:

audurket@landspitali.is

## HEIMILDIR

- Anderson, L., Brown, J. P., Clark, A. M., Dalal, H., Rossau, H. K. K., Bridges, C. og Taylor, R. S. (2017). Patient education in the management of coronary heart disease. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (6), 1-37. doi:10.1002/14651858.CD008895.pub3
- Aspelund, T., Gudnason, V., Magnúsdóttir, B. T., Andersen, K., Sigurðsson, G., Thorsson, B., ... Capewell, S. (2010). Analysing the large decline in coronary heart disease mortality in the Icelandic population aged 25-74 between the years 1981 and 2006. *PLoS ONE*, 5(11), e13957. doi:10.1371/journal.pone.0013957
- Boyde, M., Grenfell, K., Brown, R., Bannear, S., Lollback, N., Witt, J., ... Aitken, L. (2015). What have our patients learnt after being hospitalised for an acute myocardial infarction? *Australian Critical Care*, 28(3), 134-139. doi:10.1016/j.aucc.2014.05.003
- Cartledge, S., Feldman, S., Bray, J. E., Stub, D. og Finn, J. (2018). Understanding patients and spouses experiences of patient education following a cardiac event and eliciting attitudes and preferences towards incorporating cardiopulmonary resuscitation training: A qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 74(5), 1157-1169. doi:10.1111/jan.13522
- Dickson, V. V., Lee, C. S., Yehle, K. S., Mola, A., Faulkner, K. M. og Riegel, B. (2017). Psychometric testing of the self-care of coronary heart disease inventory (SC-CHDI). *Research in Nursing & Health*, 40(1), 15-22. doi:10.1002/nur.21755
- Ghisi, G. L. M., Abdullah, F., Grace, S. L., Thomas, S. og Oh, P. (2014a). A systematic review of patient education in cardiac patients: Do they increase knowledge and promote health behavior change? *Patient Education and Counseling*, 95(2), 160-174. doi:10.1016/j.pec.2014.01.012
- Ghisi, G. L. M., Fernandez, R., Quesada, D., Anchique, C. V., Gordillo, X., Loaiciga, B. A., ... Oh, P. (2021). Translation, adaptation, and psychometrically validation of an instrument to assess disease-related knowledge in Spanish-speaking cardiac rehabilitation participants: The Spanish doi:10.1016/j.hrtlng.2020.07.016 *V. Heart and Lung*, 50(1) 129-135. doi:10.1016/j.hrtlng.2020.07.016
- Ghisi, G. L. M., Grace, S. L., Thomas, S., Evans, M. F., Sawula, H. og Oh, P. (2014b). Healthcare providers' awareness of the information needs of their cardiac rehabilitation patients throughout the program continuum. *Patient Education and Counseling*, 95(1), 143-150. doi:10.1016/j.pec.2013.12.020
- Ghisi, G. L. M., Rouleau, F., Ross, M., Dufour-Doiron, M., Belliveau, S. L., Brideau, J., ... Oh, P. (2020). Effectiveness of an education intervention among cardiac rehabilitation patients in Canada: A multi-site study. *CJC Open (Online)*, 2(4), 214-221. doi:10.1016/j.cjco.2020.02.008
- Ghisi, G. L. M., Sandison, N. og Oh, P. (2016). Development, pilot testing and psychometric validation of a short version of the coronary artery disease education questionnaire: The CADE-Q SV. *Patient Education and Counseling*, 99(3), 443-447. doi:10.1016/j.pec.2015.11.002
- Grimby, G., Börjesson, M., Jonsdóttir, I. H., Schnohr, P., Thelle, D. S. og Saltin, B. (2015). The "Saltin-Grimby Physical Activity Level Scale" and its application to health research. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in Sports*, 25, 119-125. doi:10.1111/sms.12611
- Haraldsdóttir, S., Guðmundsson, S., Thorgeirsson, G., Lund, S. H. og Valdimarsdóttir, U. A. (2017). Regional differences in mortality, hospital discharges and primary care contacts for cardiovascular disease. *Scandinavian Journal of Public Health*, 45(3), 260-268. doi:10.1177/1403494816685341
- Henný Hrund Jóhannsdóttir, Katrín Ásbjörnsdóttir og Kristbjörg Eva Heiðarsdóttir. (2017). „Hugur einn það veit er býr hjarta nær“: Þýðing og staðfæring matstækisins Sp. KRANS á þekkingu einstaklinga með kransæðasjúkdóm. Öbirt lokaverkefni til BS-gráðu í hjúkrunarfræði, Hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri.
- Hildur Björk Sigbjörnsdóttir og Jón Óskar Guðlaugsson. (2019). Dánartíðni og dánarmein 2018. *Talnalæknir*, 13(7). Sótt 6. janúar 2020 á [https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item37714/Talnabrunnur\\_Agust\\_2019\\_.pdf](https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item37714/Talnabrunnur_Agust_2019_.pdf)
- Ingadottir, B. og Halldorsdottir, S. (2008). To discipline a "Dog": The essential structure of mastering diabetes. *Qualitative Health Research*, 18(5), 606-619. doi:10.1177/1049732308316346
- Ingadottir, B., Thylén, I., Ulin, K. og Jaarsma, T. (2020). Patients are expecting to learn more: A longitudinal study of patients with heart failure undergoing device implantation. *Patient Education and Counseling*, 103(7), 1382-1389. doi:10.1016/j.pec.2020.02.023
- Jakob Smári, Daniel Þór Ólason, Þórður Örn Arnarson og Jón Friðrik Sigurðsson. (2008). Mælitæki fyrir þunglyndi fullorðinna sem til eru í íslenskri gerð: Próffræðilegar upplýsingar og notagildi. *Sálfræðiritið - Tímarit Sálfræðingafélags Íslands* 13, 147-169.
- Karl Andersen, Thor Aspelund, Elías Freyr Guðmundsson, Kristín Siggeirsdóttir, Rósa Björk Þórólfsdóttir, Gunnar Sigurðsson og Vílmundur Guðnason. (2017). Úr gögnum Hjartaverndar: Faraldsfræði kransæðasjúkdóma á Íslandi í hálfa öld. *Læknablaðið*, 103, 411-420. doi:10.17992/lbl.2017.10.153
- Knuuti, J., Wijns, W., Saraste, A., Capodanno, D., Barbato, E., Funck-Brentano, C., ... Bax, J. J. (2020). 2019 ESC guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes: The task force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology (ESC). *European Heart Journal*, 41(3), 407-477. doi:10.1093/eurheartj/ehz425
- Mosleh, S. M., Eshah, N. F. og Almalik, M. M. A. (2017). Perceived learning needs according to patients who have undergone major coronary interventions and their nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 26(3-4), 418-426. doi:10.1111/jocn.13417
- OECD. (2015). Sótt 6. janúar 2020 á <https://www.oecd.org/health/health-systems/Cardiovascular-Disease-and-Diabetes-Policy-Brief.pdf>
- Piepoli, M. F., Hoes, A. W., Agewall, S., Albus, C., Brotons, C., Catapano, A. L., ... Binno, S. (2016). 2016 European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice: The sixth joint task force of the European society of cardiology and other societies on cardiovascular disease prevention in clinical practice (constituted by representatives of 10 societies and by invited experts) developed with the special contribution of the European association for cardiovascular prevention & rehabilitation (EACPR). *European Heart Journal*, 37(29), 2315-2381. doi:10.1093/eurheartj/ehw106
- Randall, S., Crawford, T., Currie, J., River, J. og Betihavas, V. (2017). Impact of community based nurse-led clinics on patient outcomes, patient satisfaction, patient access and cost effectiveness: A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 24-33. doi:10.1016/j.ijnurstu.2017.05.008
- Redman, B. K. (2004). *Advances in patient education*. New York: Springer Publishing.
- Resurrección, D. M., Moreno-Peral, P., Gómez-Herranz, M., Rubio-Valera, M., Pastor, L., Caldas de Almeida, J. M. og Motrico, E. (2019). Factors associated with non-participation in and dropout from cardiac rehabilitation programmes: A systematic review of prospective cohort studies. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 18(1), 38-47. doi:10.1177/1474515118783157
- Riegel, B., Moser, D. K., Buck, H. G., Dickson, V. V., Dunbar, S. B., Lee, C. S., ... Webber, D. E. (2017). Self-care for the prevention and management of cardiovascular disease and stroke: A scientific statement for healthcare professionals from the American Heart Association. *Journal of the American Heart Association*, 6(9), E006997. doi:10.1161/JAHA.117.006997
- Saltin, B. og Grimby, G. (1968). Physiological analysis of middle-aged and old former athletes: Comparison with still active athletes of the same ages. *Circulation*, 38(6), 1104-1115. doi:10.1161/01.CIR.38.6.1104
- Stjórnarráð Íslands. (2019). Heilbrigðisstefna: *Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030*. Heilbrigðisráðuneytið 2019. Sótt 11. desember 2020 á <https://www.stjornarradid.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=879dd726-9e80-11e9-9443-005056bc4d74>
- Svavarsdóttir, M. H., Sigurðardóttir, Á. K. og Steinsbekk, A. (2015). How to become an expert educator: A qualitative study on the view of health professionals with experience in patient education approaches to teaching and learning. *BMC Medical Education*, 15(1), 1-9. doi:10.1186/s12909-015-0370-x
- Timmis, A., Townsend, N., Gale, C. P., Torbica, A., Lettino, M., Petersen, S. E., ... Vardas, P. (2020). European Society of Cardiology: Cardiovascular disease statistics 2019. *European Heart Journal*, 41(1), 12-85. doi:10.1093/eurheartj/ehz859
- Virani, S. S., Alonso, A., Benjamin, E. J., Bittencourt, M. S., Callaway, C. W., Carson, A. P., ... Heard, D. G. (2020). Heart disease and stroke statistics—2020 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 141(9), E139-E596. doi:10.1161/CIR.0000000000000757
- Willis, G. B. (2005). Introduction to cognitive interviewing. *Cognitive interviewing: A tool for improving questionnaire design* (bls. 3-12). London: Sage Publication.
- World Health Organization. (2019). Sótt 16. desember 2020 á <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cardiovascular-diseases/data-and-statistics>
- World Medical Association. (2013). World Medical Association declaration of Helsinki: Ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA - Journal of the American Medical Association*, 310(20), 2191-2194. doi:10.1001/jama.2013.281053



# ÚTDRÁTTUR

## Tilgangur

Að skoða reynslu fólks af dáleiðslumeðferð við afleiðingum sálrænna áfalla með það að markmiði að auka þekkingu og dýpka skilning fagfólks og almennings á dáleiðslumeðferð sem meðferðarmöguleika.

## Aðferð

Unnið var eftir Vancouver-skólanum í fyrirbærafræði í tólf meginþrepum og sjö þrepa vitrænu ferli fylgt. Þátttakendur voru níu, sex konur og þrír karlar, sem höfðu fengið dáleiðslumeðferð hjá geðhjúkrunarfræðingi með dáleiðslumenntun. Tvö viðtöl voru tekin við hvern þátttakanda.

## Niðurstöður

Yfirþemað „Þetta breytti lífi mínu“ lýsir vel reynslu þátttakenda í þeim tilvikum þar sem árangur dáleiðslumeðferðarinnar hafði jákvæð áhrif á líf þeirra. Niðurstöður voru greindar í fimm undirþemu: reynsla af áföllum, heilsufarslegar afleiðingar áfalla, reynsla af öðrum meðferðarleiðum, reynsla af dáleiðslumeðferð og reynsla af árangri dáleiðslumeðferðar. Þátttakendur fundu að unnið var djúpt í tilfinningalífi þeirra og sú vinna bætti líðan þeirra. Þeir lýstu því að dáleiðslumeðferðin hefði hjálpað þeim að kryfja og vinna með tilfinningar og komist að rót áhrifanna sem áfallareynslan hafði haft á heilsu þeirra og líðan. Það leiddi til betri skilnings og þekkingar á tengslum eigin tilfinninga og líðanar. Auk þess skilaði dáleiðslumeðferðin betri sjálfsmynd, bættum svefni, minni kvíða og þunglyndi, betri hvíld, minni verkjum, bættri tilfinningastjórn og því að slæmar endurminningar hurfu.

## Ályktun

Dáleiðsla getur reynst vel við úrvinnslu sálrænna áfalla og neikvæðum heilsufarslegum afleiðingum þeirra. Mikilvægt er að í boði séu fjölbreytt meðferðarúrræði fyrir fólk með heilsufarsvandamál sem gætu verið afleiðingar af áföllum, því misjafnt er hvað hentar hverjum og einum.

## Lykilorð:

Sálrænt áfall, dáleiðslumeðferð, heilsufarsvandamál, hjúkrunarmeðferð, fyrirbærafræði.

# HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA „Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

**Nýjungar:** Rannsóknin er fyrsta íslenska rannsóknin um þetta efni og niðurstöðurnar auka þekkingu og dýpka skilning á að dáleiðslumeðferð geti verið árangursrík leið til að vinna með heilsufarsvandamál eftir sálræn áföll og til að koma í veg fyrir alvarlegan heilsubrest.

**Hagnýting:** Mikilvægt er að fólk, sem leitar til heilbrigðisþjónustunnar, eigi vól á margs konar meðferðarleiðum og dáleiðsla er hagkvæm og árangursrík leið til að vinna úr heilsufarslegum afleiðingum áfalla.

**Þekking:** Niðurstöðurnar eru innlegg í þekkingargrunn um dáleiðslumeðferð sem er mikilvægur til að stuðla að þróun og umbótum á vettvangi hjúkrunar.

**Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:** Niðurstöðurnar ættu að hvetja hjúkrunarfræðinga til að afla sér dáleiðslumenntunar til að vinna með ýmis heilsufarsvandamál, svo sem í kjölfar sálrænna áfalla.

## Höfundar

MARÍA ALBÍNA TRYGGVADÓTTIR

Verkmenntaskólinn á Akureyri

SIGRÚN SIGURÐARDÓTTIR

Háskólinn á Akureyri

ÞORBJÖRG JÓNSDÓTTIR

Háskólinn á Akureyri

# „Þetta breytti lífi mínu“

## Reynsla fólks af dáleiðslumeðferð við afleiðingum sálrænna áfalla

### INNGANGUR

#### Sálræn áföll og heilsufarslegar afleiðingar

Fæstir komast í gegnum lífið án áfalla og talið er að um 70% fólks verði fyrir að minnsta kosti einu alvarlegu áfalli á lífsleiðinni (Kessler o.fl., 2017). Flestir sem verða fyrir áföllum finna fyrir andlegri vanlíðan sem lagast oftast með tímanum. Verði einkenni viðvarandi í marga mánuði eða ár getur viðkomandi þróað með sér áfallastreituröskun (e. Post Traumatic Stress Disorder, PTSD) (World Health Organization (WHO), 2019) sem gerist í um 8% tilfella (Kessler o.fl., 2017). Helstu einkenni áfallastreituröskunar eru að endurupplifa atburðinn ítrekað, svefntruflanir, martraðir, sektarkennd, sjálfsásakanir, reiði, að forðast það sem minnir á atburðinn, tilhneiging til að einangra sig og kvíði (WHO, 2019). Áföll á unga aldri og endurtekin áföll geta aukið líkur á áfallastreituröskun (Kessler o.fl., 2017). Áföll af mannavöldum, eins og nauðgun, ofbeldi og einelti, geta enn frekar aukið þá hættu (Wamser-Nanney og Vandenberg, 2013). Viðbrögð fólks við áföllum eru einstaklingsbundin og eru ýmsir þættir taldir hafa áhrif þar á, svo sem persónugerð, erfðir, umhverfisþættir, aldur og fjöldi áfalla (Hornor, 2015; Kessler o.fl., 2017). Streituvaldandi atburðir og langtímastreita geta haft djúpstæð áhrif á ónæmisviðbrögð líkamans og þannig leitt til heilsubreysts og skertra lífsgæða. Bólgur eiga þar stóran hlut að máli því rannsóknir sýna að áfallastreituröskun ásamt kvíða og þunglyndi geta aukið á bólgumyndun í líkamanum sem aftur eykur líkur á hjarta- og æðasjúkdómum, alzheimer-sjúkdómi, sykursýki af gerð 2, liðagigt og húðsjúkdómum eins og sóra (Hagström o.fl., 2018; Yan, 2016). Hafi einstaklingur orðið fyrir áföllum í æsku er áhættan enn meiri (Danese og Lewis, 2017). Einnig er aukin hættu á að fólk með áfallastreituröskun reyki og misnoti vímuefni og slík hegðun getur síðan ýtt undir hættuna á að fá aðra sjúkdóma (Bryan, 2019). Margir langvinnir sjúkdómar eru að uppruna bólgusjúkdómar og þróaast á mörgum árum, s.s. sjálfsonæmissjúkdómar, iktsýki og hjarta- og æðasjúkdómar. Það gerir þá sem orðið hafa fyrir sálrænum áföllum mun berskjaldaðri fyrir slíkum sjúkdómum (Yan, 2016). Niðurstöður íslenskrar fyrirbærafræðilegrar rannsóknar sýna, að fólk með iktsýki telur mikla streitu vegna áfalla, eins og hjónabandsferðleika, álags í vinnu og niðurbjótandi samskipta, hafa leyst iktsýkina úr læðingi (Sigríður Jónsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2008).

Sálræn áföll af völdum vanrækslu í æsku og líkamlegs eða andlegs ofbeldis sem og kynferðis-ofbeldis geta valdið tilfinningalegri vanlíðan og sjúkdómum á borð við kvíða, þunglyndi, fælni, áfallastreituröskun og andlegri örmögnun. Einstaklingarnir kljást við erfiðar tilfinningar á borð við skömm, reiði og tilfinningu um að vera einskis virði. Auk þess getur slíkt ofbeldi haft í för með sér ýmis líkamleg einkenni, svo sem magabólgur, mígreni, offitu, verki, gigt og fleiri stoðkerfisvandamál (Sigríður Hrönn Bjarnadóttir o.fl., 2014). Þeir sem verða fyrir áföllum á barnsaldri eiga einnig frekar við skapgerðarþresti að stríða á fullorðinsárum (Stinson o.fl., 2016; Wamser-Nanney og Vandenberg, 2013).

Rannsókn Hagenaars og samstarfsmanna (2011) á því hvort fjöldi áfalla skipti máli eða það hvort áfall átti sér stað í æsku eða á fullorðinsárum sýnir að einstaklingar geta þróað með sér þunglyndi og aðra andlega kvilla óháð fjölda áfalla og aldurs við áfallið. Þeir sem höfðu orðið fyrir mörgum áföllum fundu frekar fyrir sektarkennd, skömm, reiði, einangrun og viðkvæmni en þeir sem höfðu orðið fyrir einu áfalli. Eins beindist reiði þeirra sem höfðu orðið fyrir mörgum



áföllum oftár í eigin garð, en hjá þeim sem höfðu upplifað eitt áfall beindist reiðin meira að öðrum (Hagenaars o.fl., 2011).

### Úrvinnsla áfalla

Afleiðingar sálrænna áfalla eru einstaklingsbundnar þar sem fólk tekst á við þau á margbreytilegan hátt. Talið er að ýmsir þættir geti stuðlað að því að fólk nái frekar að vinna sig út úr áföllum. Til að mynda hefur lífsánægja jákvæð áhrif á andlega sem líkamlega heilsu. Að sama skapi eykur lítil lífsánægja hættuna á þunglyndi, kvíða og á sálíkamlegum einkennum, s.s. ófullnægjandi svefni, takmarkaðri virkni, verkjum og slæmri líkamlegri heilsu almennt (Strine o.fl., 2008). Rannsóknir á tengslum milli ákveðinna persónueinkenna og þroska eftir áfall hafa á hinn bóginn sýnt að seigla virðist hjálpa fólki að ná sér aftur, eftir mjög streituvaldandi atburði í lífinu (Beutel o.fl., 2017; Fletcher og Sarkar, 2013). Jákvæð persónueinkenni, eins og hreinskilni og að kunna góð bjargráð, eru einnig eiginleikar þeirra sem ná frekar þroska eftir áföll (Mattson o.fl., 2018). Samvinnuþýði, samviskusemi, mannblendni, víðsýni og það að vera opin og tilbúinn að móttaka félagslegan stuðning hefur forspárgildi fyrir þroska eftir áfall (Owens, 2016; Staugaard o.fl., 2015).

Íslensk rannsókn framkvæmd með djúpvíðtölum við 12 einstaklinga um hvernig þeir lærðu að lifa með áföllum og ná vexti í kjölfar þeirra sýnir að úrvinnsla áfallanna hjálpaði þeim mest. Þar vó þyngst að fá tækifæri til að greina frá líðan sinni eftir áfall við fagmann sem sýndi þeim umhyggju, hlýju, stuðning og traust (Hulda Sædis Bryngeirsdóttir o.fl., 2016). Þessar niðurstöður sýna mikilvægi þess að fólk fái hjálp við úrvinnslu sálrænna áfalla til að koma í veg fyrir alvarlegan heilsubrest.

### Dáleiðslumeðferð við úrvinnslu áfalla

Úrvinnsla áfalla er mikilvæg því hún getur leitt til andlegs vaxtar og þroska (Jiang o.fl., 2017). Hægt er að leita ýmissa leiða við að vinna úr áföllum og er dáleiðslumeðferð ein þeirra. Við dáleiðslu verður breyting á vitundarástandi einstaklingsins og taugavirkni, þar sem einbeiting og tilfinningastjórnun eykst og sjálfsmeðvitundin minnkar (Jiang o.fl., 2017). Í þessu hugarástandi opnast fyrir undirvitundina þar sem hægt er að vinna með tilfinningar og reynslu einstaklingsins (Williamson, 2019).

Fræðileg samantekt O'Toole og félaga (2016), þar sem skoðaðar voru sex rannsóknir meðal 391 þátttakenda, sýndi að dáleiðsla er áhrifarík meðferð við afleiðingum sálrænna áfalla. Í dáleiðslu er hægt að kalla fram minningar af atburðum sem valdið hafa áfalli sem skjólstæðingur hefur bælt niður. Unnið er með tilfinningarnar sem tengjast áfallinu og einstaklingnum hjálpað að hafa stjórn á aðstæðum til að draga úr kvíða (O'Toole o.fl., 2016).

Dáleiðsla hefur reynst árangursrík við mörgum líkamlegum og andlegum einkennum sem geta verið afleiðingar sálrænna áfalla, svo sem verkjum, iðraólgu, kvíða, þunglyndi, geðsjúkdómum og sálíkamlegum einkennum (Bowker og Dorstyn, 2016; Cowen, 2016; Taylor og Genkov, 2019; Thompson o.fl., 2019). Dáleiðsla hefur einnig reynst vel við spennuhöfuðverk og mígreni sem eru algengir fylgifiskar langvarandi streitu (Ahmadi o.fl., 2018). Hún er góð til að vinna með fælmi, auka sjálfstraust og til að bæta

frammiðstöðu á ýmsum sviðum en það er afar mikilvægt við úrvinnslu áfalla (Yager, 2009). Íslensk viðtalsrannsókn Ólafar Unnar Sigurðardóttur (2008), meðal sex einstaklinga sem fengu dáleiðslumeðferð við alvarlegu þunglyndi og sjálfsvígshugsunum, sýndi einnig að dáleiðslumeðferð er gagnleg leið til að bæta andlega líðan. Þátttakendur lýstu meiri kjarki og tilfinningastjórn, betri hvíldartilfinningu, auknum innri styrk, rósemi og sjálfsöryggi. Þeir upplifðu einnig að þeir næðu að sjá hlutina frá fleiri sjónarhornum sem leiddi til betri skilnings.

Að hafa trú á sjálfum sér skiptir höfuðmáli ef ætlunin er að ná árangri í því sem menn taka sér fyrir hendur. Líkur á árangri aukast ef fólk trúir því að hægt sé að dáleiða það (Hunter, 2015). Faglegur stuðningur meðferðaraðilans í formi umhyggju og trausts skiptir einnig miklu máli til að ná vexti í kjölfar áfalls (Hulda Sædis Bryngeirsdóttur o.fl., 2016; Ólöf Unnar Sigurðardóttir, 2008).

Erlendar rannsóknir hafa sýnt að dáleiðslumeðferð hefur reynst vel við ýmsum heilsufarskvillum en mikill skortur er á íslenskum rannsóknum á dáleiðslumeðferð. Dáleiðsla hefur lítið verið notuð innan heilbrigðiskerfisins hér á landi en þar sem dáleiðsla er nú viðurkennd hjúkrunarmeðferð samkvæmt skráningarkerfi Alþjóðaráðs hjúkrunarfræðinga (ICN, 2019) er mikilvægt að gera frekari rannsóknir innan hjúkrunar. Vonin er að hægt verði að bjóða upp á dáleiðslumeðferð í auknum mæli í áfallamiðaðri þjónustu og er aukin þekking á viðfangsefninu forsenda fyrir eflingu slíkrar þjónustu. Þetta er fyrsta íslenska eigindlega rannsóknin á dáleiðslu sem unnin er meðal hjúkrunarfræðinga. Einnig er þetta fyrsta íslenska rannsóknin þar sem sérstaklega er skoðuð reynslan af úrvinnslu sálrænna áfalla með dáleiðslumeðferð.

### Tilgangur rannsókna og rannsóknarspurning

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða reynslu fólks af dáleiðslumeðferð við afleiðingum sálrænna áfalla, með það að markmiði að auka þekkingu og dýpka skilning á því. Rannsóknarspurningin var: Hver er reynsla fólks af dáleiðslumeðferð við afleiðingum sálrænna áfalla?

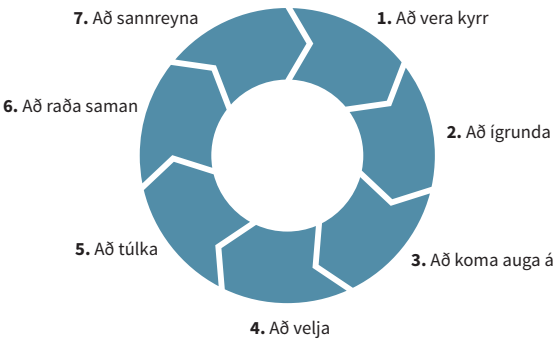
## ADFERÐ

Til að svara rannsóknarspurningunni var aðferð Vancouverskólans innan fyrirbærafræðinnar notuð því hún hentar vel fyrir tilgang og markmið rannsóknarinnar. Aðferðinni er ætlað að bæta mannlega þjónustu, t.d. heilbrigðisþjónustu, og gengur út frá því að hver og einn sjái veröldina með sínum augum og sinni reynslu og eigin túlkun á þeirri reynslu. Markmiðið er að rannsakandinn fái fram góða heildræna mynd af reynslu þátttakenda. Áherslan er á að dýpka skilning og auka þekkingu á mannlegri reynslu. Til að ná fram góðri heildrænni mynd þarf rannsakandinn að mynda ákveðin tengsl við þátttakendur, liggja yfir gögnunum og verja miklum tíma í gagnagreiningu. Aðferðin byggist á 12 þrepa ferli (tafla 1) sem unnið er eftir og meðan á rannsókninni stendur er sjö þrepa vitrænu ferli fylgt (mynd 1) siendurtekið í hverju þessara 12 þrepa (Sigríður Halldórsdóttir, 2016).

Tafla 1. Tólf þrep rannsóknarferlis Vancouver-skólans í fyrirbærafræði

| Þrep í rannsóknarferlinu                                                                           | Það sem gert var í þessari rannsókn                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Þrep 1.</b><br>Val á þátttakendum.                                                              | Níu þátttakendur voru valdir með tilgangsrúttaki, sex konur og þrír karlar.                                                                  |
| <b>Þrep 2.</b><br>Undirbúningur hugans.                                                            | Rannsakandi setti fyrirfram mótaðar hugmyndir sínar til hliðar eftir að hafa ígrundað þær vel.                                               |
| <b>Þrep 3.</b><br>Gagnasöfnun með viðtölum.                                                        | Tvö viðtöl tekin við hvern þátttakanda, samtals átján.                                                                                       |
| <b>Þrep 4.</b><br>Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök.                                      | Viðtölin voru hljóðrituð og skráð orðrétt. Unnið var samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu.                                              |
| <b>Þrep 5.</b><br>Þemagreining.                                                                    | Viðtölin voru marglesin til þess að greina í þeim lykilatriðin sem mundu svara rannsóknarspurningunni.                                       |
| <b>Þrep 6.</b><br>Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda.                                | Aðalatriðin dregin fram úr viðtölunum og sett fram í megin- og undirþemu í greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda.                          |
| <b>Þrep 7.</b><br>Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda.                | Allir þátttakendur staðfestu að greiningarlíkanið samræmdest frásögn þeirra. Þannig var stuðlað að áreiðanleika og réttmæti rannsóknarinnar. |
| <b>Þrep 8.</b><br>Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstaklingsgreiningarlíkönunum.       | Heildargreiningarlíkan var smíðað út frá innbyrðis samanburði á einstaklingsgreiningarlíkönunum. Mynd 2.                                     |
| <b>Þrep 9.</b><br>Heildargreiningarlíkanið borið saman við rannsóknargögnin.                       | Öll viðtölin voru lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið.                                                              |
| <b>Þrep 10.</b><br>Kjarni fyrirbærisins settur fram í yfirlit sem lýsir niðurstöðunum í hnotskurn. | „Þetta breytti lífi mínu“ var valið rauði þráðurinn í reynslu þátttakenda af dáleiðslumeðferð við afleiðingum sálrænna áfalla.               |
| <b>Þrep 11.</b><br>Staðfesting á heildargreiningarlíkani og yfirliti með einhverjum þátttakendum.  | Niðurstöðurnar voru bornar undir tvo þátttakendur og voru metnar sem rétt túlkun á niðurstöðum rannsakanda.                                  |
| <b>Þrep 12.</b><br>Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp þannig að viðhorf allra komi fram.    | Vitnað var beint í þátttakendur til að auka trúverðugleika rannsóknarinnar og sýna að niðurstöður byggjast á orðum þátttakenda.              |

Mynd 1. Vitrænn ferill Vancouvers-skólans í fyrirbærafræði (Sigríður Halldórsdóttir, 2016).



Þátttakendur og úrtak

Þátttakendur voru níu, þrír karlar og sex konur á aldrinum 20-57 ára, sem fengið höfðu dáleiðslumeðferð við afleiðingum sálrænna áfalla. Notað var tilgangsrúttak, þátttakendur voru valdir með tilliti til þess hversu vel þeir hentuðu tilgangi rannsóknarinnar. Geðhjúkrunarfræðingur með dáleiðslumenntun sá um að finna þátttakendur og bjóða þeim þátttöku. Við val á þátttakendum var áhersla lögð á að þeir hefðu orðið fyrir mismunandi tegundum áfalla til þess að ná meiri breidd í rannsóknina. Fleiri viðmælendum var safnað en þörf var á til að rannsakandi gæti valið úr af handahófi. Allir þátttakendur höfðu fengið dáleiðslumeðferð í þrjú til tíu skipti við andlegum eða líkamlegum einkennum sem rekja mátti til sálrænna áfalla (tafla 2). Meðferðin stóð í eina til eina og hálf klukkustund í senn. Meðferðaraðilinn kom þátttakendum í

dáleiðsluástand með innleiðingu. Því næst ímynduðu þeir sér öruggan stað áður en meðferðaraðilinn leiddi þá aftur í tímann þar sem áföll höfðu átt sér stað og aðstoðaði þá við að vinna úr þeim.

Rannsóknarsíðfræði

Samþykki fyrir rannsókninni var fengið hjá Vísindasiðanefnd. Allir þátttakendur veittu skriflegt samþykki af fúsum og frjálsum vilja eftir að hafa fengið skriflega og munnlega kynningu á rannsókninni til að tryggja og vernda réttindi og hagsmuni þeirra. Í öllu rannsóknarferlinu voru höfð að leiðarljósi fjögur grundvallaratriði sem gilda um vísindarannsóknir. Þau snúa að virðingu, velgjörð, skaðleysi og réttlæti (Sigríður Halldórsdóttir, 2016). Í upphafi rannsóknar fengu þátttakendur kynningarbréf um framkvæmd og tilgang hennar auk eyðublaðs til undirritunar skriflegs samþykkis. Tekið var fram hvert framlag þátttakenda væri, að þeir gætu hætt þátttöku hvenær sem er og þeim boðið að fá viðtal hjá geðhjúkrunarfræðingi ef þátttaka þeirra kallaði fram einhverja vanlíðan.

Til að tryggja nafnleynd var þátttakendum gefin rannsóknarnöfnin, Ása, Bára, Bergur, Hrafn, Ída, Magna, Sif, Steinar og Tinna og engir persónugreinanlegir þættir voru skráðir í rannsóknarferlinu. Öllum viðtölum og rannsóknargögnum var eytt að rannsókn lokinni.

Gagnasöfnun og gagnagreining

Tekin voru tvö viðtöl við hvern þátttakanda frá október 2019 til janúar 2020. Viðtölin byggðust á rannsóknarspurningunni „Hver er reynsla þín af dáleiðslumeðferð við afleiðingum



Tafla 2. Yfirlit yfir þátttakendur

| Nafn    | Aldur | Ástæða dáleišlumeðferðar                           | Áföll/orsök                                                        |
|---------|-------|----------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| Sif     | 33    | Verkir um allan líkamann, kvíði                    | Skilnaður foreldra<br>Andlegt ofbeldi<br>Erfiðar uppeldisaðstæður  |
| Bára    | 43    | Kvíði og þunglyndi                                 | Líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi                        |
| Ída     | 43    | Kvíði, þunglyndi og vefjagigt                      | Vanræksla<br>Einelti                                               |
| Bergur  | 57    | Heilsukvíði                                        | Yfirgefinn sem ungabarn                                            |
| Steinar | 49    | Þreyta (svimi og sjóntruflanir)                    | Á langveikt barn                                                   |
| Ása     | 44    | Áfallastreita -- endurminningar                    | Sjálfsvíg föður                                                    |
| Hrafn   | 37    | Reiði, samskiptavandi                              | Skilnaður foreldra<br>Erfiðar uppeldisaðstæður                     |
| Magna   | 47    | Áfallastreita – svefnerfiðleikar, kvíði, martraðir | Valdniðsla tengd erfiðri fæðingu og síðar vegna svæfingar/aðgerðar |
| Tinna   | 20    | Áfallastreita – endurminningar, kvíði              | Bílslys                                                            |

sálrænna áfalla?“ Stuðst var við fyrirframgerðan viðtalsramma en svör við spurningunum höfðu áhrif á seinni spurningar. Unnið var að gagnagreiningunni jöfnum höndum, frá því að fyrsta viðtal hófst. Viðtölin voru tekin upp, skráð orðrétt og upptökum eytt að því loknu. Til þess að fá fram sem skýrasta mynd af reynslu þátttakenda var leitast við að nota orð þeirra sjálfra. Þau voru fengin með því að marglesa viðtölin og draga fram mikilvægustu atriðin sem lýsa fyrirbærinu í hnotskurn.

Réttmæti og áreiðanleiki rannsókna

Til að tryggja réttmæti og áreiðanleika rannsóknarinnar mat aðalrannsakandi stöðugt gæði gagnasöfnunarinnar og gætti vel að eigin túlkunum. Rannsóknarniðurstöður voru rökstuddar með orðum frá þátttakendum og leitað var staðfestingar þeirra á túlkun viðtalsins sem dregið var saman í greiningu. Þrepum 7, 9 og 11 í Vancouver-skólanum var fylgt til að auka á réttmæti rannsókna (tafla 1). Gagna var aflað þar til heildarmynd var komin af niðurstöðunum (Sigríður Halldórsdóttir, 2016).

NIÐURSTÖÐUR

Ýmsar ástæður voru fyrir því að þátttakendur fóru í dáleišlumeðferð, s.s. kvíði, þunglyndi, verkir, þreyta, slæmar endurminningar og erfiðar tilfinningar (tafla 2). Sálræn áföll voru undirliggjandi orsök hjá öllum, en sumir höfðu ekki áttað sig á því fyrr en í dáleišlumeðferðinni. Þátttakendur lýstu því að dáleišlumeðferð hefði hjálpað þeim að vinna dýpra með áföllin þar sem verið var að kryfja hlutina og komast að rót vandans. Það leiddi til betri skilnings og þekkingar á tengslum eigin tilfinninga við líðan. Dáleišlumeðferðin skilaði betri sjálfsmynd, bættum svefni, betri hvíld, minni kvíða og þunglyndi, minni verkjum og slæmar endurminningar hurfu. Yfirþemað er bein tilvitnun í einn þátttakanda, „Þetta breytti lífi mínu,“ og lýsir vel reynslu þátttakenda þar sem meðferðin hafði jákvæð áhrif á líf þeirra. Niðurstöðum var skipt í fimm meginþemu og 25 undirþemu (tafla 3).

„Smám saman þá étur þetta mann upp.“  
Reynsla af áföllum

Þátttakendur höfðu upplifað sálræn áföll af ýmsu tagi, ýmist í barnæsku á löngum tíma eða skyndilega eftir að fullorðinsaldri var náð. Sjö þátttakendur voru að vinna með

Tafla 3. Yfirlit yfir niðurstöður rannsókna

| „Þetta breytti lífi mínu.“<br>Reynsla fólks af dáleišlumeðferð við afleiðingum sálrænna áfalla                   | Undirþemu                                                                                                                                                           |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| „Smám saman þá étur þetta mann upp.“<br>Reynsla af sálrænum áföllum                                              | Missir<br>Varð fyrir bíl<br>Yfirgefinn í súrefniskassa<br>Líkamlegt, andlegt og kynferðislegt ofbeldi<br>Langveikt barn<br>Skilnaður foreldra                       |
| „Það er búið að greina mig með allan fjandann.“<br>Heilsufarslegar afleiðingar áfalla.                           | Áfallastreita<br>Þunglyndi<br>Kvíði<br>Líkamleg einkenni<br>Sálíkamleg einkenni                                                                                     |
| „Ég er búinn að fara í alveg skrilíjón sálfræðimeðferðir, geðmeðferðir ...“<br>Reynsla af öðrum meðferðarleiðum. | Hjálpaði eitthvað<br>Gerði ekkert gagn                                                                                                                              |
| „Að kryfja hlutina.“<br>Reynsla af dáleišlumeðferð.                                                              | Jákvæð reynsla<br>Djúp tilfinningavinna<br>Skilvirkni<br>Kalla fram minningar                                                                                       |
| „Vinnur á rót vandans.“<br>Reynsla af árangri dáleišlu-meðferðar.                                                | Kvíði og ótti minnkuðu<br>Þunglyndi hvarf<br>Betri svefn<br>Byggði upp sjálfstraustið<br>Betri tilfinningastjórn<br>Hætti að endurupplifa<br>Minni verkir<br>Slökun |

afleiðingar áfalla sem þeir höfðu orðið fyrir í barnæsku eða fyrir mörgum árum en tveir voru að vinna með áföll sem áttu sér stað einu til tveim árum áður. Áföllin, sem þátttakendur höfðu orðið fyrir, voru margbreytileg svo sem einelti í æsku, andlegt, líkamlegt og kynferðislegt ofbeldi í æsku eða á fullorðinsárum, skilnaður foreldra, missir, sjálfsvíg foreldris, að eiga langveikt barn, bílslys, valdniðsla heilbrigðisstarfsmanna og að hafa verið yfirgefinn í súrefniskassa sem ungabarn. Viðbrögð þátttakenda við áföllunum voru misjöfn. Þar sem áföllin áttu sér stað á löngum tíma voru fyrstu viðbrögð að bæla tilfinningar sínar og reyna að aðlagast aðstæðum. Sif lýsti því á eftirfarandi hátt:

*... þess vegna var búið að byggjast svona rosalega mikið upp inni í líkamanum af því að allar þessar tilfinningar, sem höfðu komið upp, þær fengu aldrei neinn farveg. Þær voru bara bældar niðri, geymdar inni í líkamanum, inni í undirmeðvitundinni, og svo bara safnaðist þetta saman og bjó til þetta sjúka ástand.*

Þegar áföllin vörðu um langan tíma skapaðist langvarandi streita og álag. Steinar lýsti reynslu sinni af því að eiga langveikt barn: „Þú veist, maður er einhvern veginn bara alltaf á vaktinni. Hvort sem maður er hjá barninu eða ekki og þetta bara svona ... smám saman þá étur þetta mann upp ... þetta er svona langvarandi stress og álag.“ Sif greindi frá reynslu sinni af langvarandi streitu vegna áfalla í æsku á eftirfarandi hátt: „Ég átti aldrei neinn öruggan stað þegar að ég var að alast upp. Út af því þá fékk ég þetta forrit inn í hausinn á mér að ég væri aldrei örugg.“

Þegar áföllin dundu skyndilega yfir varð mikið og snögg tilfinningauppnám með sterkum tilfinningum sem gátu verið á sama tíma yfirpyrmandi og lamandi. Ótti, hræðsla og vanmáttur voru ríkjandi tilfinningar þegar áföllin áttu sér stað og þær breyttust síðan í andlega vanlíðan og endurupplifanir af atburðunum. Þátttakendur glímdu einnig við erfiðleika með svefn þar sem þeir fengu martraðir og endurupplifðu um leið tilfinningarnar frá áfallinu. Óttinn viðhélst og það hafði þau áhrif að þátttakendur forðuðust aðstæður sem tengdust áfallinu. Tinna lýsti upplifun sinni af umferðarslysi á eftirfarandi hátt: „Ég gat ekki labbað yfir gangbrautir, ég bara gat ekki neitt tengt umferð. Ég var bara hrædd við að keyra líka.“

### **„Það er búið að greina mig með allan fjandann.“ Heilsufarslegar afleiðingar áfalla.**

Þátttakendur greindu frá ýmsum heilsufarslegum vandamálum í kjölfar áfallanna. Tímabil viðvarandi vanlíðanar og oft og tíðum kvíða eða stöðugar streitu fylgdu í kjölfar áfallanna enda höfðu allir þátttakendurnir verið greindir með áfallastreitu af lækni, sálfræðingi eða geðhjúkrunarfræðingi. Það lýsti sér í margbreytilegum andlegum og líkamlegum einkennum sem ollu þeim verulegri skerðingu á lífsgæðum. Meðal andlegra einkenna voru kvíði, þunglyndi, brotin sjálfsmýnd, sjálfsvígshugsanir, áfallastreita og erfiðleikar í samskiptum. Einnig birtust erfiðar tilfinningar, svo sem sorg, ótti, reiði, gremja, pirringur, vonbrigði, tómleiki, einmanaleiki og hræðsla. Allir nema einn þátttakandi lýstu einnig líkamlegum eða sálíkamlegum einkennum, eins og verkjum, þreytu, að gnísta tönnum, vefjagigt, svefnleysi, minnkuðu skammtímaminni, parkinson-einkennum, s.s. skjálfta í höndum, liðverkjum, svima og sjóntruflunum. Hluti þátttakenda gerði sér ekki grein fyrir því að orsakir líkamlegra einkenna mætti rekja til áfalla sem þeir höfðu ekki unnið úr, en fundu það síðan í dáleiðslunni að orsökina lægi þar.

Ída varð fyrir einelti í grunnskóla og sagðist hafa upplifað vanrækslu í uppeldinu þar sem tilfinningalegum þörfum hennar hafi ekki verið fullnægt. Hún sagðist ekki hafa munað eftir sér öðruvísi en með kvíða sem hún lýsti svo: „Hræðslu við að passa ekki inn, held ég, að vera ekki nóg, eða finnast ég ekki vera nóg.“ Hún sagðist hafa verið uppfyll af erfiðum tilfinningum sem stjórnuðu henni alfarið. Hrafn var einnig að kljást við kvíða og erfiðar tilfinningar eins og mikla reiði sem

hafði mikil áhrif á líf hans. Samskipti hans við aðra voru oft lituð af reiði þar sem hann átti til dæmis erfitt með að vera rólegur í samskiptum og æsa sig ekki. Bára hafði verið með ýmis heilsufarsvandamál í gegnum tíðina og var meðal annars með kvíða og þunglyndi: „Ég bara einhvern veginn, fór ... alveg í algjört svað, sko ... þarna var ég ekki búin að fara í bað í 3 vikur, ekki búin að gera neitt, fór bara úr rúminu, á klósettið og inn í stofu.“

Sif byrjaði að fá verki, fyrst í baki, sem á stuttum tíma dreifðust um allan líkamann og urðu til þess að hún átti erfitt með að vinna heilan vinnudag. Hún lýsti verkjunum sem óbærilegum og væri hreinlega „að drepast úr verkjum“. Preytan sem fylgdi varð til þess að hún gat ekki unnið heilan vinnudag nema að fara heim úr vinnu í hádeginu að leggja sig.

Bergur þjáðist af heilsukvíða og svaf ekkert þegar hann var sem verstur. Hann var sannfærður um að hann væri kominn með liðagigt og parkinson-sjúkdóm:

*Maður fer að segja fólki frá því að maður sé að deyja. Þú ert bara í ömurlegu lífi. Þetta er bara næstum því eins vondu lífi og hægt er að hugsa sér, að vera í vondum heilsukvíða. Hverja einustu mínútu dagsins ertu að hugsa að liðirnir séu að hrynja og á leið í hjólastól.*

Þátttakendur höfðu farið í gegnum endurupplifanir og martraðir tengda áföllunum, eins og Tinna lýsti: „Ég var bara sofandi og öskra [...] já, ég bara upplifði hverja einustu hreyfingu, hvert einasta augnablik, þessa hræðslu þegar að sjokkið kom, sársaukann.“ Upplifun Mögnu var svipuð: „Fékk bara svona trámatiska drauma og, þú veist, vaknaði bara með hjartslátt, vaknaði bara kófsveitt með andfælum.“

### **„Ég er búinn að fara í alveg skrilljón sálfræðimeðferðir, geðmeðferðir ...“ Reynsla af öðrum meðferðarleiðum.**

Þeir þátttakendur sem upplifðu áföll í æsku höfðu ekki leitað sér aðstoðar fyrr en á fullorðinsárum. Allir þátttakendur nema einn höfðu leitað sér hjálpar hjá ýmsum fagaðilum í tengslum við heilsufarsvandamál áður en þeir reyndu dáleiðslumeðferð. Ástæður þess að þátttakendur fóru í dáleiðslumeðferð voru mismunandi. Sumir höfðu heyrt um dáleiðslu eða fengið ábendingar um hana frá kunningjum en öðrum boðið að fara í hana af dáleiðslumeðferðaraðilanum í kjölfar geðmeðferðarviðtals.

Þátttakendur höfðu farið til lækna, sálfræðinga, sjúkraþjálfara, kiropraktora og osteopata. Helmingur þeirra sagði að þessi úrræði hefðu ekkert gert fyrir sig og ekki verið unnið með orsök vandans: „Létu mig bara fá pillur og gátu ekkert gert fyrir mig,“ sagði Sif. Hinn helmingurinn taldi alla aðstoð og meðferð hafa hjálpað að einhverju leyti og töldu að sumar tegundir meðferðar hefðu unnið vel með dáleiðslunni, svo sem hugræn atferlismeðferð (HAM) og Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

### **„Að kryfja hlutina.“ Reynsla af dáleiðslumeðferð.**

Allir lýstu dáleiðslumeðferð sem einstakri meðferð þar sem um djúpa tilfinningavinnu væri að ræða. Ída sagði: „Ég held að málið sé að þetta fer einhvern veginn meira í grunninn, eða beint í kjarnann.“ Þátttakendur lýstu því að þegar vinnan



var svona djúp þá reyndi mikið á og þeir urðu eftir sig eftir meðferðina. Magna lýsti því á eftirfarandi hátt: „Það var eitt skipti þar sem X fór með mig svona rosalega langt og ég var algjörlega eftir mig, ég var bara andlega búin og uppgefin eftir það. Bara þreytt, þetta tók svo á.“

Þrátt fyrir djúpa og mikla tilfinningavinnu sögðust þátttakendur hafa upplifað góða slökun við að fara í dáleiðsluástand og liðið vel eftir tímann. Einnig lýstu þátttakendur því að þeir gátu kallað fram minningar í dáleiðsluástandi og þær tilfinningar sem fylgdu þeim. Þannig náðu þeir bæði að losa út tilfinningarnar sem fylgdu minningunni og átta sig á réttri upplifun. Í dáleiðslunni gat Bergur kallað fram endurminningu sem hann fann að var orsök heilsukviðans. Hann fór inn í minningu þar sem hann var yfirgefinn í súrefniskassa sem ungbarn:

*Þarna (í dáleiðslunni) einhvern veginn fór ég inn í þessa reynslu og hún var hrikaleg, ólýsanleg í orðum eiginlega, sko ... fer inn í svona, alveg ofboðslegur sársauki að vera svona einn einhvern veginn, sko ... fátt verra en að vera svona algjörlega yfirgefinn, hún er óendanlega sár, óendanlegur sársauki.*

„Vinnur á rót vandans.“

### **Reynsla af árangri dáleiðslumeðferðar.**

Allir þátttakendur töldu einhvern jákvæðan árangur af dáleiðslumeðferðinni og enginn upplifði neikvæða reynslu. Flestir sögðu dáleiðslumeðferðina vera sérstaka þar sem hún skilaði mjög góðum árangri og það á mun skemmri tíma en aðrar tegundir meðferðar sem þeir höfðu reynt. Einnig voru þátttakendur almennt sammála um að meðferðin væri árangursrík og fannst hún vera varanleg. Ída lýsti því svo: „Mér fannst hún virka roosalega vel. Ég held að þetta sé það sem hefur virkað best.“ Væntingar þátttakenda til árangurs voru misjafnar en allir töldu að þetta hefði verið ein besta ákvörðun sem þeir hefðu tekið og skilað sér léttara og jákvæðara lífi. Hjá sumum varð árangurinn gríðarlega mikill, eins og Sif lýsti því að dáleiðslumeðferðin hefði breytt lífi sínu. Hún hafði verið þjökkuð af verkjum í öllum líkamanum og gat ekki orðið unnið heilan vinnudag án þess að leggja sig. Eftir dáleiðslumeðferðina hafði hún ekki aðeins losnað við verki heldur höfðu bæði kvíði og sólarofnæmi horfið sem hún hafði haft frá því að hún var barn:

*Það var svo magnað að það sem gerðist líka var að ég hafði verið með sólarofnæmi frá því að ég var barn, alltaf svona svæsið sólaexem ... Eftir annað skiptið í dáleiðslunni, sem var fyrsta áfalladáleiðslan, þá losnaði ég við það, algjörlega. Það var sko 20 stiga hiti og glampandi sól í allt, allt sumar og ég hef aldrei fengið þetta exem aftur.*

Kvíði minnkaði eða hvarf hjá þeim sex þátttakendum sem höfðu verið með kvíða: „Lykill að því að læknaast af kvíðanum var að uppgötva hver orsökinn var. Hún bjó í undirmeðvitundinni, það var þetta forrit sem ég var með í undirmeðvitundinni,“ sagði Sif. Ída var auk þess haldin þunglyndi og lýsti hún árangri meðferðarinnar á þessum andlegu veikindum á eftirfarandi hátt: „Alla vega að þá kom ég inn alveg hérna á botninum og fór út með engin einkenni kvíða né þunglyndis.“

Dáleiðslumeðferðin bætti svefn hjá þeim þátttakendum sem áttu í erfiðleikum með svefn. Magna átti orðið mjög erfitt með að sofa þar sem hún endurupplifði áfallið við það að reyna að sofna og fannst þá eins og hún væri að kafna. Eftir dáleiðsluna sagðist hún eiga betra með að sofna.

Hjá þremur þátttakendum var ástæða þess að leita sér aðstoðar með dáleiðslumeðferð erfiðar endurminningar og martraðir sem kölluðu fram sterkar tilfinningar. Eftir dáleiðslumeðferðina birtust endurminningarnar ekki lengur ósjálfrátt, og tilfinningarnar sem fylgdu virtust ekki koma upp ef þeir hugsuðu meðvitað til þessara minninga, eins og Ása sagði: „Mér fannst þetta skila mestum árangri með það ... færa þessa minningu yfir á einhvern annan stað. Þannig að þú sért ekki með þetta einhvern veginn eins og í enninu allan tímann, sko.“ Tinna hefur hvorki fundið fyrir endurupplifunum né martröðum eftir meðferðina.

Þátttakendur greindu frá góðum árangri við að vinna úr ýmsum erfiðum tilfinningum. Tinna sagði t.d. að óttinn, sem hún hefði haft, hefði verið tíu á kvarðanum núll til tíu en farið niður í tvo til þrjá eftir dáleiðslumeðferðina. Hún gat því gengið varkár aftur yfir gangbrautir en hafði forðast það alfarið eftir að hún varð fyrir bíl. Hrafn lýsti svipuðum framförum hjá sér með reiðina: „Reiðin yfirtók allt saman, var konstant, núna er það eiginlega farið, ég hef frið í hjartanu.“ Bætt samskipti og betri stjórn á tilfinningum voru einnig árangur sem þátttakendur upplifðu. Þau upplifðu meiri hugarró sem kom meðal annars fram í betri samskiptum og lífsgæðum. Auk þess reyndist dáleiðslumeðferðin góð leið til að efla sjálfstraustið. Hjá Ídu hafði það tekið mjög miklum breytingum sem hafði þau áhrif að hún var farin að láta ýmsa drauma rætast sem hún hafði ekki haft trú á að hún gæti gert. Breytingunum lýsti hún á eftirfarandi hátt: „Frá því að trúa ekkert á sjálfa mig þá trúi ég núna 100% á sjálfa mig.“

## **UMFJÖLLUN UM NIÐURSTÖÐUR**

Jákvæð reynsla þátttakenda í þessari rannsókn sýnir að dáleiðslumeðferð er áhrifarík leið við úrvinnslu áfalla og hefur víðtæka möguleika í meðferð við margs konar heilsufarsvandamálum. Árangur dáleiðslumeðferðar á jafn margbreytilegum einkennum hefur ekki verið rannsakaður áður hér á landi svo höfundar viti til. Rannsóknir sem gerðar hafa verið á þessu sviði hafa hingað til meira miðast við að rannsaka árangur dáleiðslumeðferðar við einu afmörkuðu vandamáli.

Þátttakendur lýstu ólíkum líkamlegum og andlegum einkennum sem þeir röktu til margs konar sálrænna áfalla. Þegar atburðirnir sem ollu áföllunum gerðust á löngum tíma fundu þeir margar erfiðar tilfinningar sem þeir höfðu bælt niður til að aðlagast aðstæðum. Slík viðbrögð eru þekkt úr fyrri rannsóknum og sýnt hefur verið fram á að þau auka hættuna á áfallastreituröskun (Woodward o.fl., 2019). Bældu tilfinningarnar höfðu búið um sig í undirvitundinni og búið til ákveðið forrit um sýn þátttakenda af sjálfum sér, eins og að upplifa sig aldrei vera nóg, finna ekki fyrir öryggistilfinningu eða finna fyrir stöðugri reiði. Ekki hafði verið unnið úr tilfinningunum og því höfðu þær sest að í líkamanum og þróast í veikindi. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að streita hefur

mikil áhrif á ónæmiskerfi líkamans þannig að fólk verður viðkvæmara fyrir ýmsum heilsufarsvandamálum (Danese og Lewis, 2017; Yan, 2016). Sálræn áföll í æsku geta valdið tilfinningalegri vanlíðan, sjúkdómum og ýmsum líkamlegum einkennum (Sigríður Hrönn Bjarnadóttir o.fl., 2014; Sweeney o.fl., 2018), eins og fimm þátttakendur upplifðu í kjölfar erfiðra uppeldisaðstæðna þar sem ofbeldi af ýmsu tagi átti sér stað og það leiddi síðar til heilsubreysts. Niðurstöður þessarar rannsóknar um samskiptaerfiðleika, skapgerðarþresti og vímuefnanotkun, sem nokkrir þátttakendur höfðu átt við að stríða, staðfestir einnig niðurstöður fyrri rannsókna Stinson og félaga (2016) og Wamser-Nanney og Vandenberg (2013) þess efnis að þeir sem verða fyrir áföllum á barnsaldri leita frekar í vímuefni og eiga frekar við skapgerðarþresti að stríða á fullorðinsárum.

Áður en þátttakendur reyndu dáleiðslumeðferð höfðu þeir leitað aðstoðar víða með heilsufarsvandamál sín, svo sem hjá læknum, sálfræðingum og sjúkraþjálfurum, en með ófullnægjandi árangri. Hjá þessum meðferðaraðilum hafði áherslan helst verið á að vinna með einkennin, s.s. verki og kvíða, án þess að tengsl þeirra við áföll væru skoðuð. Fyrri rannsóknir hafa sýnt að rekja má mörg af þeim andlegu og líkamlegu einkennum, sem þátttakendur lýstu, til sálrænna áfalla fyrr á ævinni (Danese og Lewis, 2017; Kessler o.fl., 2017; Sigríður Hrönn Bjarnadóttir o.fl., 2014). Líkami og sál eru órjúfanleg heild þar sem samspil er á milli hugar, tauga- og ónæmiskerfis (Danese og Lewis, 2017; Yan, 2016). Við greiningu og meðferð einkenna á borð við þau sem þátttakendur í þessari rannsókn glímdu við er mikilvægt að hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk hafi í huga að þau geta átt rætur sínar að rekja til sálrænna áfalla sem einstaklingurinn gerir sér ekki alltaf sjálfur grein fyrir eða hefur ekki unnið úr. Þátttakendur sögðust hafa komist í betri tengsl við eigin tilfinningar í dáleiðslumeðferðinni og þannig áttað sig á orsök heilsufarsvandamála. Þá fannst þeim dáleiðslumeðferðin vera mjög skilvirk þar sem unnið hafði verið á rót vandans en það hefði ekki verið gert hjá öðrum meðferðaraðilum. Það má því ætla að það væri ávinningur af því fyrir notendur heilbrigðiskerfisins að hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk afli sér menntunar til að geta beitt dáleiðslumeðferð við ýmsum heilsufarsvandamálum. Hver manneskja er einstök og mikilvægt að hafa fjölbreytt meðferðarúrræði til að ná sem víðtækustum og bestum árangri.

Þátttakendur lýstu dáleiðslumeðferð sem einstakri meðferð þar sem unnið væri djúpt innra með þeim, með tilfinningar, líðan og minningar og þetta skilaði sér í bættum lífsgæðum. Einnig greindu þeir frá jákvæðum áhrifum á andlega líðan, líkamlega verki og ýmis önnur einkenni enda var sterkt samband á milli sálrænna og líkamlegra einkenna. Þessi árangur er í takt við niðurstöður fyrri rannsókna sem sýnt hafa jákvæðan árangur dáleiðslumeðferðar við að minnka verki og fleiri sálíkamleg einkenni (Ahmadi o.fl., 2018; Cowen, 2016; Taylor og Genkov, 2019; Thompson o.fl., 2019) sem og kvíða og þunglyndi (Bowker, og Dorstyn, 2016; Cowen, 2016; Ólöf Unnur Sigurðardóttir, 2008; Taylor og Genkov, 2019; Thompson o.fl., 2019). Þarna getur margt spilað inn í eins og að þátttakendur greindu frá því að öryggiskennd og traust til daleiðarans hefði hjálpað til við að ná góðum árangri. Sýnt hefur verið fram á að fagleg umhyggja hjúkrunarfræðinga

og annars heilbrigðisstarfsfólks og gott meðferðarsamband séu mikilvægir þættir við úrvinnslu áfalla og til að ná persónulegum þroska og vexti í kjölfarið (Hulda Sædís Bryngersdóttir o.fl., 2016).

Margir þátttakendanna höfðu ekki áður haft vitneskju um að daleiðsla væri mögulegt meðferðarúrræði. Viðhorf þeirra til daleiðslu fyrir meðferðina var því ýmist að hafa enga trú á slíku eða finnast hún áhugaverð. Eftir daleiðsluna voru allir þátttakendur ánægðir með meðferðina og mæltu með henni. Þátttakendum fannst vanta fræðslu til almennings um daleiðslumeðferð og að hún þyrfti að vera jafn aðgengilegur meðferðarmöguleiki og aðrir innan heilbrigðiskerfisins. Slíkar ábendingar hafa komið fram í annarri íslenskri rannsókn þar sem sýnt var fram á gagnsemi daleiðslumeðferðar til að bæta líðan og heilsu fólks (Ólöf Unnur Sigurðardóttir, 2008).

### **Styrkur, takmarkanir og framtíðarsýn**

Styrkur þessarar rannsóknar felst einkum í því að niðurstöðurnar benda til gagnsemi daleiðslumeðferðar við að vinna úr margvíslegum afleiðingum sálrænna áfalla. Niðurstöður benda einnig til að við greiningu og meðferð heilsufarsvandamála sé mikilvægt að horfa ekki einungis á einkennin heldur þarf einnig að hafa í huga að þau geta átt rætur að rekja til sálrænna áfalla fyrr á ævinni. Slíka þekkingu má nýta við skipulagningu á áfallamiðaðri heilbrigðisþjónustu til að draga úr áhrifum nýrra áfalla á heilsu og líðan síðar sem og við meðferð á heilsufarslegum afleiðingum áfalla fyrr á ævinni. Niðurstöðurnar endurspeglar þó einungis reynslu níu þátttakenda og því er ekki hægt að alhæfa út frá þeim. Mikilvægt er því að gera fleiri og stærri rannsóknir á efninu. Daleiðsla hefur ekki verið mikið notuð í heilbrigðiskerfinu á Íslandi en er nú orðin viðurkennd hjúkrunarmeðferð (ICN, 2019). Það er ekki síst þess vegna sem þörf er á kynningu og ítarlegri rannsóknum á þessu sviði en einnig til að byggja öflugri þekkingargrunn um reynslu af árangri daleiðslumeðferðar. Fróðlegt væri að rannsaka daleiðslumeðferð við sálrænum áföllum út frá fleiri meðferðaraðilum, en þátttakendur þessarar rannsóknar höfðu allir fengið meðferð hjá einum og sama daleiðslumeðferðaraðilanum.

Þessi rannsókn sýnir ekki einungis hversu mikilvægt það er að vinna úr sálrænum áföllum heldur einnig mikilvægi þess, að fólk geti fundið meðferðarleið sem hentar því. Daleiðslumeðferð getur því verið ákjósanlegur kostur í áfallamiðaðri þjónustu.



## ENGLISH SUMMARY

# “This changed my life”.

## Personal experiences from hypnosis treatment following psychological trauma

Tryggvadottir, M. A., Sigurdardottir, S. og Jonsdottir, Th.

### Aim

To examine personal experiences of hypnosis as treatment for consequences of psychological trauma and to expand knowledge and deepen professionals' and public's understanding of hypnotic treatments.

### Method

The study follows the Vancouver's School twelve main steps of phenomenology as well as the seven steps of cognitive process. The participants were six women and three men who had received hypnosis treatment by a mental nurse specialized in hypnotherapy. Two interviews were conducted with each participant.

### Results

Main theme of the study: “This changed my life” is a good description of participants' experience as the hypnotic treatment had very positive impact on their life. The results were divided into five subthemes: Experience of trauma; health consequences from trauma; experience of other treatments; experience of hypnotherapy; experience of the effectiveness of hypnotherapy. Participants experienced a deep emotional healing which resulted in increased mental wellbeing. The treatment helped them dissect their emotions, self-

analysis, and discover the roots of the traumatic experience and how it had affected their health and wellbeing. This led to an increased overall understanding and knowledge about their own feelings and emotions. Additionally, the hypnosis treatment resulted in better self-esteem, improved sleep, less anxiety and depression, better rest, less pain, better emotional control, and the disappearance of bad memories.

### Conclusion

Hypnosis can be useful for improving various health related conditions as well as processing of traumatic experiences. Therefore, it is important to increase nurses' awareness and knowledge in this field and increase accessibility of diverse treatments, as suitability can vary between individuals.

### Key words:

Psychological trauma, hypnotherapy, health problems, nursing, phenomenology.

### Correspondent:

maria@vma.is



## HEIMILDIR

- Ahmadi, A. M., Jafari, M., Sabzevari, L., Tafti, A. F. og Bidaki, R. (2018). Evaluation of the effect of hypnotherapy on the headache. *Sleep and Hypnosis (Online)*, 20(2), 114-119. doi:10.5350/Sleep.Hypn.2017.19.0142
- Beutel, M. E., Tibubos, A. N., Klein, E. M., Schmutzer, G., Reiner, I., Kocalevent, R. og Brähler, E. (2017). Childhood adversities and distress: The role of resilience in a representative sample. *PLoS One*, 12(3), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0173826
- Bowker, E. og Dorstyn, D. (2016). Hypnotherapy for disability-related pain: A meta-analysis. *Journal of Health Psychology*, 21(4), 526-539. doi:10.1177/1359105314530452
- Bryan, R. H. (2019). Getting to why: Adverse childhood experiences' impact on adult health. *The Journal for Nurse Practitioners*, 15(2), 1-6. doi:10.1016/j.nurpra.2018.09.012
- Cowen, L. (2016). Literature review into the effectiveness of hypnotherapy. *ACR Journal*(10)1, 1-55. Sótt á [http://www.acrjournal.com.au/resources/assets/journals/Volume-10-Issue-1-2016/V10\\_I1\\_Leon\\_Cowen\\_1-55.pdf](http://www.acrjournal.com.au/resources/assets/journals/Volume-10-Issue-1-2016/V10_I1_Leon_Cowen_1-55.pdf)
- Danese, A. og J. Lewis, S. (2017). Psychoneuroimmunology of early-life stress: The hidden wounds of childhood trauma? *Neuropsychopharmacology: Official Publication of the American College of Neuropsychopharmacology*, 42(1), 99-114. doi:10.1038/npp.2016.198
- Fletcher, D. og Sarkar, M. (2013). Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts and theory. *European Psychologist*, 18, 12-23. doi:10.1027/1016-9040/a000124
- Hagenaars, M. A., Fisch, I. og Van Minnen, A. (2011). The effect of trauma onset and frequency on PTSD-associated symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 132(1-2), 192-199. doi.org/10.1016/j.jad.2011.02.017
- Hagström, E., Norlund, F., Stebbins, A., Armstrong, P. W., Chiswell, K., Granger, C. B., ... Held, C. (2018). Psychosocial stress and major cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. *Journal of Internal Medicine*, 283(1), 83-92. doi:10.1111/joim.12692
- Hornor, G. (2015). Childhood trauma exposure and toxic stress: What the PNP needs to know. *Journal of Pediatric Health Care*, 29(2), 191-198. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2014.09.006>
- Hulda Sædis Bryngeirsdóttir, Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2016). Mikilvægi styðjandi fagfólks við að ná vexti í kjölfar áfalla. *Þjóðarspejillinn XVII*. Sótt á <http://hdl.handle.net/1946/26426>
- Hunter, C. R. (2015). *Listin að dáleidda*. Edinborg. Hypnotherapy Training Ltd.
- ICN, International Council of Nursing. (2019). ICNP vafri. <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Jiang, H., White, M. P., Greicius, M. D., Waelde, L. C. og Spiegel, D. (2017). Brain activity and functional connectivity associated with hypnosis. *Cerebral Cortex*, 27(8), 4083-4093. doi:10.1093/cercor/bhw220
- Kessler, R., Aguilar-Gaxiola, S., Alonso, J., Benjet, C., Bromet, E., Cardoso, G., ... Levinson, D. (2017). Trauma and PTSD in the WHO world mental health surveys. *European Journal of Psychotraumatology*. doi:10.1080/20008198.2017.1353383
- Mattson, E., James, L. og Engdahl, B. (2018). Personality factors and their impact on PTSD and post-traumatic growth is mediated by coping style among OIF/OEF veterans. *Military Medicine*, 183(9-10), e475-E480. <https://doi.org/10.1093/milmed/usx201>
- O'Toole, S. K., Solomon, S. L. og Bergdahl, S. A. (2016). A meta-analysis of hypnotherapeutic techniques in the treatment of PTSD symptoms. *Journal of Traumatic Stress*, 29(1), 97-100. doi:10.1002/jts.22077
- Owens, G.P. (2016). Predictors of posttraumatic growth and posttraumatic stress symptom severity in undergraduates reporting potentially traumatic events. *Journal of Clinical Psychology*, 72, 1064-1076. doi:10.1002/jclp.22309
- Ólöf Unnur Sigurðardóttir. (2008). Dáleiðslumeðferð: Aðferð til að bæta geðræna liðan. *Tímarit félagsráðgjafa*, 3, 27-34. Sótt á <http://www.felagsradgjof.is/files/4f7595d604b8b.pdf>
- Sigríður Halldórsdóttir. (2016). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 281-297). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigríður Hrönn Bjarnadóttir, Sigrún Sigurðardóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2014). „Ég veit ekki hvað það er að liða vel“: Reynsla kvenna með geðröskun af áhrifum endurtekens ofbeldis á liðan, líkamsheilsu og geðheilbrigði. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 90 (3):46-56. Sótt á <https://core.ac.uk/download/pdf/38282676.pdf>
- Sigríður Jónsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2008). Iktsýki, streita og bjargráð eftir áföll: Þessi sjúkdómur er allt öðruvísi en bækurnar segja til um. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 84(1), 48-55. Sótt á <https://www.hjukurun.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=1994>
- Spiegel, D. (2013). Tranceformations: Hypnosis in brain and body. *Depression & Anxiety*, 30(4), 342-352. doi:10.1002/da.22046
- Staugaard, S. R., Johannessen, K. B., Thomsen, Y. D., Bertelsen, M. og Berntsen, D. (2015). Centrality of positive and negative deployment memories predicts posttraumatic growth in Danish veterans. *Journal of Clinical Psychology*, 71(4), 362-377. doi:10.1002/jclp.22142
- Stinson, J. D., Quinn, M. A. og Levenson, J. S. (2016). The impact of trauma on the onset of mental health symptoms, aggression, and criminal behavior in an inpatient psychiatric sample. *Child Abuse & Neglect*, 61, 13-22. doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.09.005
- Strine, T., Chapman, D., Balluz, L., Moriarty, D. og Mokdad, A. (2008). The associations between life satisfaction and health-related quality of life, chronic illness, and health behaviors among U.S. community-dwelling adults. *Journal of Community Health*, 33(1), 40-50. doi:10.1007/s10900-007-9066-4
- Sweeney, A., Filson, B., Kennedy, A., Collinson, L. og Gillard, S. (2018). A paradigm shift: Relationships in trauma-informed mental health services. *BJPsych Advances*, 24(5), 319-333. doi:10.1192/bja.2018.29
- Taylor, D. A. og Genkov, K. A. (2019). Hypnotherapy for the treatment of persistent pain: A literature review. *Journal of the American Psychiatry Nurses Association*. 26(2), 157-161 <https://doi.org/10.1177/1078390319835604>
- Thompson, T., Terhune, D. B., Oram, C., Sharangpani, J., Rouf, R., Solmi, M., ... Stubbs, B. (2019). The effectiveness of hypnosis for pain relief: A systematic review and meta-analysis of 85 controlled experimental trials. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 99, 298-310. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2019.02.013>
- Wamser-Nanney, R. og Vandenberg, B. R. (2013). Empirical support for the definition of a complex trauma event in children and adolescents. *Journal of Traumatic Stress*, 26(6), 671-678. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/jts.21857>
- Williamson, A. (2019). What is hypnosis and how might it work? *Palliative Care: Research and Treatment*, 12. doi.org/10.1177/1178224219826581
- Woodward, E. C., Viana, A. G., Trent, E. S., Raines, E. M., Zvolensky, M. J. og Storch, E. A. (2019). Emotional nonacceptance, distraction coping and PTSD symptoms in a trauma-exposed adolescent inpatient sample. *Cognitive Therapy and Research*, 44, 412-419. <https://doi.org/10.1007/s10608-019-10065-4>
- World Health Organization (WHO). (2019, apríl). ICD-11 Coding tool. Sótt á [https://icd.who.int/ct11/icd11\\_mms/en/release](https://icd.who.int/ct11/icd11_mms/en/release)
- Yager, E. (2009). *Foundations of clinical hypnosis: From theory to practice*. Carmarthen: Crown House.
- Yan, Q. (2016). *Psychoneuroimmunology: Systems biology approaches to mind-body medicine*. Swiss, Springer International Publishing.



## ÚTDRÁTTUR

### Tilgangur

Fjölskylduhjúkrun bætir samskipti innan fjölskyldu, hefur áhrif á gæði hjúkrunar og verkferla á sjúkradeildum, eykur samvinnu við fjölskyldur, leiðir til styttri innlagna og getur jafnvel komið í veg fyrir endurinnlagnir. Viðhorf hjúkrunarfræðinga geta haft áhrif á það hvort og hvernig þeir veita fjölskylduhjúkrun. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta og dýpka skilning á viðhorfum hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Sjúkrahúsinu á Akureyri til fjölskylduhjúkrunar fyrir og á meðan á innleiðingu á Calgary fjölskylduhjúkrunar stóð.

### Aðferð

Rannsóknin var íhlutunarrannsókn án samanburðarhóps. Í megindelega hlutanum svöruðu þátttakendur spurningalista um viðhorf hjúkrunarfræðinga til mikilvægis fjölskyldna í hjúkrun (FINC-NA – Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes) ásamt bakgrunnsspurningum. Rannsóknargögnum og bakgrunnsupplýsingum var safnað hjá öllum hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum á SAK á tveimur tímabilum. Í megindelega hlutanum var unnið með gögnum hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á deildum þar sem fjölskylduhjúkrun var innleidd ( $n=145$ ). Á tíma 1 svöruðu 133 þátttakendur (92%) og á tíma 2 svöruðu 132 (89%). Úrvinnsla megindelegra gagna fór fram í SPSS. Í eigindlega hlutanum svöruðu þátttakendur þremur opnum spurningum skriflega. Af öllu þýðinu ( $N=205$ ) svöruðu 87 þátttakendur skriflega spurningum við báðar fyrirleignir sem voru greindar og flokkaðar með aðferðum innihaldsgreiningar.

### Niðurstöður

Viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar var almennt jákvætt. Það breyttist ekki í innleiðingarferlinu. Þátttakendur með hærra menntunarstig og lengri starfsreynslu litu síður á fjölskyldu sem byrði ( $p<0,05$ ). Þátttakendur sem töldu að það væri almenn stefna að hlúa að fjölskyldum á sinni deild höfðu jákvæðara viðhorf ( $p<0,05$ ). Þátttakendur töldu helsta ávinning og hvata fjölskylduhjúkrunar stuðla að auknum gæðum hjúkrunar. En hins vegar töldu þeir helstu hindranir í því að veita fjölskylduhjúkrun vera álagsþættir í starfi, starfsumhverfi og vinnuskipulagi.

### Ályktun

Það er mikilvægt að styðja áfram við jákvæðviðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar. Það hefur sýnt sig að jákvætt viðhorf stuðlar að árangursríkari fjölskylduhjúkrun til sjúklinga og aðstandenda.

### Lykilorð:

Fjölskylduhjúkrun – Viðhorf hjúkrunarfræðinga – Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkanið

## HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

**Nýjungar:** Fyrstu megindelegu og eigindlegu niðurstöður um viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til fjölskylduhjúkrunar á íslensku sjúkrahúsi fyrir utan höfuðborgarsvæðið.

**Hagnýting:** Niðurstöðurnar bæta við þekkingu sem mun nýtast í áframhaldandi þróun og innleiðingu Calgary fjölskylduhjúkrunar sem meðferðarúrræðis til að bæta gæði hjúkrunar á landsbyggðinni.

**Þekking:** Þekking á viðhorfum hjúkrunarfræðinga til fjölskylduhjúkrunar er mikilvæg því viðhorf geta haft áhrif á gæði heilbrigðisþjónustu sem sjúklingum og fjölskyldum þeirra er veitt.

### Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Niðurstöður nýtast í að skapa starfsumhverfi sem styður hjúkrunarfræðinga í klínískum störfum þeirra.

## Höfundar

ÁSLAUG FELIXDÓTTIR

Sjúkrahús Akureyrar

EYDÍS KRISTÍN

SVEINBJARNARDÓTTIR

Hjúkrunarfræðideild Háskólans á

Akureyri

SNÆBJÖRN ÓMAR GUDJÓNSSON

Sjúkrahús Akureyrar

# Viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Sjúkrahúsinu á Akureyri til fjölskylduhjúkrunar

## INNGANGUR

Félagslegt heilbrigði er hluti af heilsu og vellíðan sem hefur áhrif á líkamleg og geðræn veikindi. Jákvæð tengsl innan fjölskyldu og við vini eru mikilvægir hlekkir í félagslegu heilbrigði fólks (Deatrick, 2017). Sýnt hefur verið fram á með fræðilegum kenningum, klínískum störfum fagfólks og vísindarannsóknum að fjölskyldan hefur umtalsverð áhrif á heilbrigði og vellíðan fólks (Mackie o.fl., 2018; Shajani og Snell, 2019). Veikindi fjölskyldumeðlims er viðfangsefni allrar fjölskyldunnar þar sem veikindi geta aukið álag og breytt samskiptum innan fjölskyldunnar. Fjölskylduhjúkrun byggist á því að horft er samtímis á einstaklinginn innan fjölskyldunnar og fjölskylduna sem eina heild (Shajani og Snell, 2019; Wright, 2019). Calgary fjölskyldumats- og meðferðarlíkanið byggist á þeirri hugmyndafræði (Leahey og Wright, 2016; Shajani og Snell, 2019). Með aðferð Calgary líkansins geta hjúkrunarfræðingar veitt fjölskyldum stuðning sem getur haft jákvæð áhrif á bataferli sjúklings og þann stuðning sem þær telja sig fá frá heilbrigðisstarfsfólki. Ígrunduð stutt meðferðarsamtöl við sjúklinga og fjölskyldur um þróun sjúkdóms, batahorfur og meðferð geta aukið skilning á heilsufarsvanda og slíkt getur dregið úr þjáningu fjölskyldna og e.t.v. fækkað endurinnlögnum. Meðferðarheldni eykst þegar fjölskyldur og sjúklingar hjálpast að við að muna hvað fer fram í samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn (Chesla, 2010; Sveinbjarnardóttir og Svavarsdóttir, 2019; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2013; Østergaard o.fl., 2020).

Innleiðing Calgary fjölskylduhjúkrunar fór fram á öllum klínískum sviðum Landspítala á árunum 2007-2011. Meginmarkmið innleiðingarinnar var að færa viðurkennda hugmyndafræðilega þekkingu um fjölskyldustuðning yfir í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga til að bæta gæði hjúkrunarþjónustu (Svavarsdóttir o.fl., 2015). Innleiðingin leiddi af sér meistara- og doktorsverkefni sem bættu við nýrri þekkingu og ný mælitæki urðu til að mæla árangur fjölskylduhjúkrunar (Svavarsdóttir o.fl., 2012; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2012a, Sveinbjarnardóttir o.fl., 2012b).

Framkvæmdastjórn SAK tók ákvörðun árið 2016 um að innleiða Calgary fjölskylduhjúkrun á átta deildum sjúkrahússins. Í stefnumótun sjúkrahússins kemur fram að tilgangur innleiðingarinnar er að efla samvinnu við sjúklinga og fjölskyldur þeirra til þess að skjólstæðingar fái framúrskarandi þjónustu (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2017). Samhliða innleiðingu var tekin ákvörðun af verkefnahópi fjölskylduhjúkrunar á SAK um að framkvæma rannsókn á íhlutun nýrra starfshátta í samstarfi við Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans á Akureyri (HHA). Rannsókuð voru viðhorf hjúkrunarfræðinga til mikilvægis fjölskyldna í hjúkrun líkt og gert var á Landspítala (Blöndal o.fl., 2014; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Viðhorf og reynsla hjúkrunarfræðinga hefur áhrif á hvort þeir veiti fjölskylduhjúkrun (Shajani og Snell, 2019; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Østergaard o.fl., 2020). Í danskri rannsókn Østergaard og félaga (2020), þar sem 1720 hjúkrunarfræðingar voru spurðir um viðhorf til fjölskylduhjúkrunar, kom í ljós að danskir hjúkrunarfræðingar hafa almennt jákvæð viðhorf til fjölskylduhjúkrunar og telja fjölskyldur sjúklings vera mikilvægar í hjúkrun. Niðurstöður rannsóknarinnar studdu niðurstöður íslenskra rannsókna um að bakgrunnur, fræðsla, þjálfun og reynsla hjúkrunarfræðinga í að veita fjölskylduhjúkrun hefur áhrif á viðhorf þeirra til fjölskyldunnar. Bakgrunnspættir, sem geta haft áhrif á viðhorf, eru m.a.: aldur, kyn, starfsreynsla, reynsla af veikindum í eigin fjölskyldu og menntunarstig. Hjúkrunarfræðingar með styttri starfsreynslu



og minni menntun eru líklegri til að líta á fjölskyldu sjúklings sem byrði og hefja síður samstarf við hana (Benzein o.fl., 2008; Blöndal o.fl., 2014; Luttik o.fl., 2017; Sveinbjarnadóttir o.fl., 2011; Østergaard o.fl., 2020). Hjúkrunarfræðingar sem hafa fengið þjálfun í fjölskylduhjúkrun finna til meiri starfsánægju, hafa sterkari faglega sjálfsmynd, verða fyrir minna álagi í starfi og eru jákvæðari að hafa fjölskyldur með í ráðum (Sigurdardóttir o.fl., 2015; Svavarsdóttir o.fl., 2015).

Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til fjölskylduhjúkrunar í tengslum við innleiðingu Calgary fjölskylduhjúkrunar á SAK. Rannsóknarspurningar, sem leitast var við að svara, eru:

1. Hvert er viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar og er viðhorf þeirra mismunandi eftir bakgrunni?
2. Breyttist viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar meðan á innleiðingu Calgaryfjölskylduhjúkrunar stóð eða eftir að hafa sótt námskeið í Calgary fjölskylduhjúkrun?
3. Hverjar eru helstu hindranir og hver er helsti ávinningur í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra til að geta gert fjölskyldumat og veitt fjölskylduhjúkrun á SAK?
4. Hvernig lýsa hjúkrunarfræðingar og ljósmæður því að unnið sé með fjölskyldum á SAK og hverjar eru vangaveltur þeirra í því sambandi?

## AÐFERÐ

Rannsóknin var megindleg með þremur eigindlegum spurningum sem svarað var skriflega og var hún hluti meistararannsóknar tveggja nemenda við framhaldsnámsdeild heilbrigðisvísindasviðs HA (Áslaug Felixdóttir, 2019; Gunnhildur Ósk Sæbjörnsdóttir, 2018). Megindlegi hluti rannsóknarinnar var íhlutunarrannsókn án samanburðarhóps. Íhlutunin var innleiðing fjölskylduhjúkrunar á SAK. Þátttakendur svöruðu spurningalista um viðhorf hjúkrunarfræðinga til mikilvægis fjölskyldna í hjúkrun (FINC-NA – Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes) ásamt bakgrunnsspurningum. Þátttakendur svöruðu einnig þremur opnum spurningum skriflega í eigindlega hlutanum þar sem þeir lýstu með eigin orðum viðhorfum og skoðunum varðandi hindranir og ávinning við að veita fjölskylduhjúkrun. Í eigindlega hlutanum var notuð aðferð innihaldsgreiningar Graneheim og Lundman (2004) til að flokka niðurstöður.

## Umhverfi

SAK er annað tveggja sérgreinasjúkrahúsa landsins og er miðstöð sérhæfðrar heilbrigðisþjónustu á Norður- og Austurlandi. Það veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu, þar sem áhersla er lögð á bráðþjónustu og helstu sérgreinameðferðar. SAK er kennslusjúkrahús og þekkingarstofnun sem leggur metnað í kennslu og rannsóknir í heilbrigðisvísindum og starfsemin hefur hlotið alþjóðlega gæðavottun (Sjúkrahúsið á Akureyri, 2019). Samvinna SAK og HA í kennslu og vísindarannsóknunum er

innan Heilbrigðisvísindastofnunar Háskólans á Akureyri (HHA) samkvæmt samstarfssamningi (Háskólinn á Akureyri, e.d.). Tekin var ákvörðun um að innleiða fjölskylduhjúkrun á almenna göngudeild, barnadeild, fæðingardeild, legudeild geðdeildar, gjörgæsludeild, Kristnesspítala, lyflækningadeild og skurðlækningadeild (nefndar innleiðingardeildir í þessari grein).

## Þátttakendur

Þýði og úrtak rannsóknar voru allir hjúkrunarfræðingar og ljósmæður á launaskrá SAK 1. desember 2016 (tími 1) og 1. mars 2018 (tími 2) með það að markmiði að kanna almennt viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á sjúkrahúsinu til fjölskylduhjúkrunar. Fyrir innleiðingu voru spurningalistar (FINC-NA) lagðir fyrir alla þátttakendur (þýði) og fyrirlögn þeirra endurtekin í innleiðingarferlinu eða 14 mánuðum síðar á sama hópi. Í megindlega hluta rannsóknarinnar var ákveðið að greina rannsóknargögn sem tilheyrðu innleiðingardeildum (tilgreindar að framan) vegna ófullnægjandi svörunar á öðrum deildum. Svörun þátttakenda í megindlega hlutanum var góð, á tíma 1 svöruðu 133 þátttakendur (92%) og á tíma 2 svöruðu 132 þátttakendur (89%). Breyting á stærð úrtaksins á tíma 1 og tíma 2 skýrist af starfsmannaveltu. Í eigindlega hlutanum var ákveðið að greina skrifleg svör þeirra 87 þátttakenda sem svöruðu við báðar fyrirlagnir, þ.e. bæði á tíma 1 og tíma 2, vegna dræmrar svörunar í skriflegu spurningunum.

## Mælitæki

Gagna var aflað með spurningalistanum FINC-NA ásamt þremur skriflegum spurningum. Á spurningalistanum eru 26 spurningar sem skiptast í fjóra þætti, þ.e. fjölskyldan sem samstarfsaðili og þátttakandi í hjúkrun, góð samskipti við fjölskylduna, fjölskyldan sem byrði og fjölskyldan sem uppspretta bjargráða eða eigin úrræða (Benzein o.fl., 2008). Svarmöguleikar voru fjórir: ósammála, frekar ósammála, frekar sammála og sammála. Bakgrunnur þátttakenda var metinn með átta spurningum. Þrjár eigindlegar opnar spurningar tilheyrðu rannsóknargögnum. Spurningar í eigindlega hlutanum voru þýddar, staðfærðar og forprófaðar á íslensku úr rannsókn Simpson og Tarrant (2006) þar sem megintilgangur var að búa til sjálfsmatslista fyrir hjúkrunarfræðinga til að mæla breytingar á framkvæmd eða innleiðingu fjölskylduhjúkrunar.

## Réttmæti og áreiðanleiki

Þegar FINC-NA-spurningalistinn var þýddur og forprófaður reyndist áreiðanleiki á íslensku í heild ágætur (Cronbachs-alfa 0,906) og fyrir 3 af undirþáttunum (0,73-0,87), en áreiðanleiki fyrir þáttinn fjölskyldan sem byrði var 0,58 (Arna Skúladóttir o.fl., 2010). Áreiðanleikastuðull undir 0,7 er álitinn frekar lágur en þó nothæfur í hóprannsóknunum (Guðrún Pálmadóttir, 2013). Í þessari rannsókn mældist áreiðanleiki fyrir listann í heild 0,846 og fyrir 3 af undirþáttunum 0,61-0,78 en þátturinn fjölskyldan sem byrði mældist einnig lægstur eða 0,511 og er það lægra en æskilegt er.

Spurningarnar í eigindlega hlutanum voru forprófaðar á 140 geðhjúkrunarfræðingum og sýndu niðurstöður að spurningarnar voru trúverðugar (Simpson og Tarrant, 2006). Einnig voru þær forprófaðar í íslensku doktorsverkefni (Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, 2012).

## Framkvæmd

Tengiliðir fjölskylduhjúkrunar fengu rannsóknargögn merkt ákveðnum númerum (dulkóðuð) í hendur og var úthlutað deildum á SAK til þess að leggja rannsóknargögnin fyrir. Upplýsingablað var afhent þátttakendum við fyrirögn. Ef viðkomandi svaraði spurningum var það staðfesting á samþykki fyrir þátttöku í rannsókn. Að svörun lokinni var rannsóknargögnum komið fyrir í umslagi sem var innsiglað í viðurvist þátttakenda. Sama aðferð var notuð við söfnum rannsóknargagna á tíma 1 og tíma 2.

## Íhlutun

Undirbúningur innleiðingar fjölskylduhjúkrunar á SAK hófst í september 2016 og stóð til áramóta 2016-2017. Innleiðingin á SAK byggdist á þekkingargrunni og áætlunum sem þegar voru til staðar innan Landspítalans en óskað var eftir samráði og leiðsögn frá fagráði fjölskylduhjúkrunar á Landspítalanum. Leiðsögn sérfræðinganna fól í sér kennslu um hugmyndafræði, viðtalstækni og klíniska þjálfun. Í upphafi var skipaður verkefnastjóri innleiðingar fjölskylduhjúkrunar á SAK en hann ásamt forstöðuhjúkrunarfræðingum innleiðingardeilda tilnefndu 15 tengiliði fjölskylduhjúkrunar. Tengiliðir fengu skýrt hlutverk samkvæmt starfslýsingu og unnu sameiginlega að aðgerðaráætlun. Þeir funduðu reglulega til að styrkja sig í hlutverki sínu sem fólst m.a. í fræðslu, stuðningi, handleiðslu, þjálfun og umræðum um Calgary fjölskylduhjúkrun við aðra hjúkrunarfræðinga á SAK. Á undirbúningstímabilinu var útbúin rannsóknaráætlun ásamt miðlægum gæðaskjölum og stefnumótun fjölskylduhjúkrunar á SAK leit dagsins ljós.

Til að festa innleiðingu í sessi á SAK voru útbúnar verklagsreglur, vasaspjöld með leiðbeiningum fyrir starfsfólk, stöðluð hjúkrunargreining innleidd ásamt kennslufni sem tengiliðir notuðu við almenna fræðslu á sínum deildum. Á deildunum var sett fram innleiðingaráætlun og skilgreind voru viðmið og markhópar þeirra sjúklinga sem fengu fjölskylduhjúkrun. Með framangreindu miðlægu verklagi var reynt að tryggja að tengiliðir notuðu sömu aðferðafræði til að koma kennslufni til skila til að auka innri áreiðanleika íhlutunar fjölskylduhjúkrunar á SAK. Formlegar og óformlegar kynningar á fjölskylduhjúkrun fyrir annað starfsfólk sjúkrahússins voru haldnar á innleiðingartímabilinu. Allt fræðslufni, allar upplýsingar um innleiðingu Calgary fjölskylduhjúkrunar eru aðgengilegar starfsfólki SAK.

Innleiðing og fræðsla fyrir hjúkrunarfræðinga og ljósmæður stóð frá 1. febrúar 2017 til 1. maí 2017, eftir það var unnið samkvæmt stefnumótun og verklagi fjölskylduhjúkrunar á SAK. Á komandi vikum og mánuðum verður stofnaður faghópur fjölskylduhjúkrunar á SAK í samvinnu við Heilbrigðisvísindastofnun HA. Helsta markmið faghópsins verður að tryggja áframhaldandi fjölskylduhjúkrun á SAK ásamt því að halda áfram að rannsaka áhrif fjölskylduhjúkrunar á sjúklinga og fjölskyldur. Ákveðið hefur verið að fagráð fjölskylduhjúkrunar á Landspítala og tilvonandi faghópur fjölskylduhjúkrunar á SAK verði í áframhaldandi samstarfi.

## Siðfræði

Sótt var um leyfi til framkvæmdastjóra hjúkrunar um að leggja rannsóknina fyrir. Söfnun rannsóknargagna og úrvinnsla þeirra var tilkynnt til Siðanefndar heilbrigðisrannsókna á SAK

(SSAK nr. 1/2017) og til Persónuverndar (nr. S8337/2017) þar sem fyrir lá að rannsóknin er ekki leyfisskyld. Í allri vinnslu og úrvinnslu rannsóknargagna var eingöngu unnið með rannsóknarnúmer og því ekki hægt að rekja svör til einstakra þátttakenda.

## Gagnagreining

Tölfræðiforritið SPSS, útgáfa 25.0, var notað við úrvinnslu gagna. Þegar bakgrunnsbreytur voru skoðaðar var notuð lýsandi tölfræði þar sem athuguð var tíðni og hlutföll. Þegar unnið var úr meginlegum gögnum til þess að skoða viðhorf hjúkrunarfræðinga var unnið með fjóra þætti spurningalistans. Listinn var einnig skoðaður í heild sinni. Spurningum var svarað á fjögurra punkta raðkvarða, fyrir hverja spurningu er hægt að fá frá einu og upp í fjögur stig. Fleiri stig þýða jákvæðara viðhorf. Í þættinum sem snýr að **fjölskyldan sem byrði** er stígunum snúið við í greiningu gagna svo að fleiri stig endurspeglir jákvæðara viðhorf eins og í hinum þáttunum. Þegar þátttakandi svaraði ekki spurningu (e. missing values) í þætti þá reiknaðist það ekki til stiga, hvorki í þeim þætti né til heildarstiga. Til þess að mæla viðhorf hjúkrunarfræðinga var byrjað með lýsandi tölfræði þar sem meðaltöl og staðalfrávik voru skoðuð. Til þess að skoða hvort viðhorf hefðu breyst á milli mælinga var gerður samanburður á meðaltölum og til þess notað parað t-próf. Notað var t-próf tveggja óháðra úrtaka (e. independent t-test) til þess að skoða hvort munur væri á tveimur hópum og loks var dreifigreining (e. ANOVA) notuð til að skoða mun á viðhorfi hjá fleiri en tveimur hópum. Til þess að meta marktækni var miðað við öryggismörkin  $p < 0,05$ .

Í eigindlega hluta rannsóknarinnar var aðferð innihalds-greiningar (e. content analysis) notuð samkvæmt lýsingu Graneheim og Lundman (2004). Svörin voru skrifuð orðrétt upp og sett í yfirflokka eftir eigindlegum spurningum, þ.e. hindrandi þætti, hvata og ávinning og hvernig unnið var með fjölskyldur. Eftir þá vinnu fóru þrír rannsakendur yfir gögnin hver fyrir sig og veltu fyrir sér viðhorfum til að finna samhljóm í flokkunum. Eftir greiningu texta í yfirflokkum fór fram röðun í undirflokk út frá viðhorfsflokkum. Til að halda utan um gögnin var notað forritið NVivo 11.

## NIDURSTÖÐUR

### Lýsing á þátttakendum

Alls voru sendir út 205 spurningalistar ( $N=205$ ) en ákveðið var að nota eingöngu bakgrunnsbreytur þátttakenda á innleiðingardeildum ( $n=145$ ). Af þessum 145 á innleiðingar-deildum svöruðu 133 þátttakendur (92%) á tíma 1. Bakgrunnsbreytur þátttakenda á innleiðingardeildum voru skoðaðar fyrir tíma 1 og tíma 2. Það reyndist ekki marktækur munur og því var einungis unnið með bakgrunnsbreytur frá tíma 1, sjá í töflu 1. Skoðaðar voru sérstaklega tvær spurningar sem sneru að innleiðingu fjölskylduhjúkrunar og þeim lýst á báðum tímamörktum, sjá töflu 2. Ekki var marktækur munur á bakgrunnsbreytum m.t.t. aldurs og starfsaldurs milli eigindlega og meginlega hluta rannsókna. En marktækur munur var á þeim sem lokið höfðu framhaldsnámi, 40% þátttakenda í meginlega hlutanum en 32% í eigindlega hlutanum.



Tafla 1. Lýsing á þátttakendum innleiðingardeilda á tíma 1

| Bakgrunnspáttur                                        | n(133) | %      |
|--------------------------------------------------------|--------|--------|
| Aldur                                                  |        |        |
| 30 ára og yngri                                        | 12     | 9,02%  |
| 31-50 ára                                              | 86     | 64,66% |
| 51 árs og eldri                                        | 35     | 26,32% |
| Kyn                                                    |        |        |
| Karl                                                   | 4      | 3,01%  |
| Kona                                                   | 128    | 96,24% |
| Svarar ekki                                            | 1      | 0,75%  |
| Innleiðingardeildir                                    |        |        |
| Almenn göngudeild                                      | 15     | 11,28% |
| Barnadeild                                             | 14     | 10,53% |
| Fæðingardeild                                          | 12     | 9,02%  |
| Legudeild geðdeilda                                    | 14     | 10,53% |
| Gjörgæsla                                              | 21     | 15,79% |
| Kristnesspítali                                        | 12     | 9,02%  |
| Lyflækningadeild                                       | 22     | 16,54% |
| Skurðlækningadeild                                     | 23     | 17,29% |
| Starfsaldur í hjúkrun                                  |        |        |
| <5 ár                                                  | 27     | 20,30% |
| 5-15 ár                                                | 47     | 35,34% |
| >15 ár                                                 | 59     | 44,36% |
| Hefur lokið framhaldsnámi                              |        |        |
| Já                                                     | 42     | 32,06% |
| Nei                                                    | 89     | 67,94% |
| Hefur reynt af alvarlegum veikindum í eigin fjölskyldu |        |        |
| Já                                                     | 108    | 81,20% |
| Nei                                                    | 25     | 18,80% |

Tafla 2. Stefna í fjölskylduhjúkrun og þátttaka í námskeiði

|                                                                  | Tími 1<br>n=133 (%) | Tími 2<br>n=132 (%) |
|------------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------|
| Er almenn stefna (afstaða) að hlúa að fjölskyldum á þinni deild? |                     |                     |
| Já                                                               | 118 (88,72%)        | 127 (96,21%)        |
| Nei                                                              | 9 (6,77%)           | 1 (0,76%)           |
| Veit ekki                                                        | 5 (3,76%)           | 3 (2,27%)           |
| Svarar ekki                                                      | 1 (0,75%)           | 1 (0,76%)           |
| Hefur þú sótt námskeið í fjölskylduhjúkrun?                      |                     |                     |
| Já                                                               | 25 (18,80%)         | 85 (64,39%)         |
| Nei                                                              | 108 (81,20%)        | 45 (34,09%)         |
| Svarar ekki                                                      | 0 (0%)              | 2 (1,52%)           |
| Ef nei, hefur þú áhuga á að sækja námskeið í fjölskylduhjúkrun?  |                     |                     |
| Já                                                               | 94                  | 38                  |
| Nei                                                              | 15                  | 20                  |

Megindlegar niðurstöður

Viðhorfsspurningar í spurningalistanum eru 26, hægt er að fá minnst 26 stig fyrir listann en mest 104 stig. Niðurstöðum á svörun FINC-NA úr hverjum þætti er lýst í töflu 3.

Til þess að bera saman viðhorf hjá sama hópnum á tíma 1 og tíma 2 var notað parað t-próf. Þátttakendur sem svöruðu öllum listanum á báðum tímum voru 76 af 133 þátttakendum, en mismunandi var eftir þáttum hversu mikil full svörun var, bæði á tíma 1 og 2. Þar kom ekki fram neinn marktækur munur eftir tímum, hvorki í heildarstigum né þegar greint var eftir þáttum, notað var öryggisbilið  $p<0,05$ , sjá töflu 4.

Tafla 3. Lýsing á svörun FINC-NA, meðaltölum með staðalfrávikum og áreiðanleikastuðlum á tíma 1 og tíma 2

| FINC-NA-þáttur                                | Tími 1<br>n=133 (%) | Meðaltal<br>(SD) | Chronbach's<br>alpha | Tími 2<br>n=132 (%) | Meðaltal<br>(SD) | Chronbach's<br>alpha |
|-----------------------------------------------|---------------------|------------------|----------------------|---------------------|------------------|----------------------|
| Fjölskyldan sem þátttakandi í umönnun [10-40] | 124<br>(93%)        | 32,90<br>(3,63)  | 0,77                 | 119<br>(90%)        | 32,88<br>(4,21)  | 0,86                 |
| Góð tjáskipti/samskipti við fjölskyldu [8-32] | 123<br>(92%)        | 24,78<br>(2,90)  | 0,64                 | 112<br>(85%)        | 24,91<br>(2,71)  | 0,60                 |
| Fjölskylda sem byrði [4-16]                   | 128<br>(96%)        | 12,62<br>(1,85)  | 0,51                 | 127<br>(96%)        | 12,79<br>(2,01)  | 0,61                 |
| Eigin úrræði fjölskyldu [4-16]                | 127<br>(95%)        | 12,54<br>(1,82)  | 0,62                 | 122<br>(92%)        | 12,85<br>(1,81)  | 0,66                 |
| Heildarlisti [26-104]                         | 128<br>(96%)        | 83,12<br>(7,94)  | 0,76                 | 110<br>(83%)        | 83,09<br>(8,68)  | 0,81                 |

Tafla 4. Parað t-próf (pöruð svör í hverjum þætti og heildarlista), samanburður á viðhorfi á milli tíma 1 og tíma 2

| FINC-NA-þáttur                                | n=133        | Tími 1<br>meðaltal (SD) | Tími 2<br>meðaltal (SD) | t      | p-gildi |
|-----------------------------------------------|--------------|-------------------------|-------------------------|--------|---------|
| Fjölskyldan sem þátttakandi í umönnun [10-40] | 92<br>(69%)  | 32,90 (3,85)            | 32,53 (4,30)            | 1,082  | 0,282   |
| Góð tjáskipti/samskipti við fjölskyldu [8-32] | 84<br>(63%)  | 24,71 (3,04)            | 24,68 (2,62)            | 0,117  | 0,907   |
| Fjölskylda sem byrði [4-16]                   | 100<br>(75%) | 12,70 (1,88)            | 12,82 (1,99)            | -0,757 | 0,451   |
| Eigin úrræði fjölskyldu [4-16]                | 95<br>(71%)  | 12,58 (1,86)            | 12,76 (1,83)            | -1,000 | 0,320   |
| Heildarlisti [26-104]                         | 76<br>(57%)  | 82,75 (8,61)            | 82,41 (8,75)            | 0,414  | 0,680   |

Óháð t-próf var notað til þess að bera saman hópa eftir bakgrunnsbreytum þegar hóparnir voru tveir en þegar hópar voru fleiri var notuð dreifigreining. Ekki var munur á viðhorfum þegar þátttakendum var skipt eftir aldri eða reynslu af veikindum í eigin fjölskyldu. Þátttakendur sem höfðu lokið viðbótarnámi höfðu jákvæðara viðhorf í þættinum *Fjölskyldan sem byrði*, jafnframt höfðu þeir jákvæðara viðhorf í heildarlistanum á tíma 2 ( $p<0,05$ ). Þátttakendur sem höfðu lengri starfsreynslu, þ.e. meira en 15 ár höfðu jákvæðara viðhorf en þátttakendur með minna en 5 ára starfsreynslu á tíma 1 í þættinum *Fjölskylda sem byrði* ( $p<0,05$ ).

Marktækur munur var á viðhorfi eftir því á hvaða deild þátttakendur störfuðu í öllum þáttum nema *Fjölskyldan sem byrði* á tíma 1 og tíma 2. Á tíma 1 var heldur ekki marktækur munur á heildarlistanum. Hjá þátttakendum sem svöruðu að það væri almenn stefna að hlúa að fjölskyldum á sinni deild var viðhorf marktækt jákvæðara en hjá þeim sem svöruðu nei eða veit ekki í heildarlistanum og svo í öllum þáttum nema *Fjölskyldan sem þátttakandi* ( $p<0,05$ ). Ekki var hægt að bera saman hópana á tíma 2 þar sem fáir þátttakendur svöruðu nei ( $n=1$ ) eða veit ekki ( $n=3$ ).

Viðhorf þátttakenda breyttust ekki eftir að hafa farið á námskeið, hvorki fyrir innleiðingu né eftir að þátttakendur höfðu fengið námskeið í tengslum við innleiðingu á fjölskylduhjúkrun.

### Eigindlegar niðurstöður

Niðurstöður eigindlega hlutans byggjast á svörum 87 þátttakenda sem svöruðu í báðum fyrirlögnum. Þátttakendur í eigindlega hlutanum störfuðu á öllum deildum SAK, óháð því hvort innleiða ætti fjölskylduhjúkrun á viðkomandi deild eða ekki. Þátttaka var meiri á þeim deildum þar sem innleiðing fjölskylduhjúkrunar fór fram.

Eigindleg innihaldsgreining skiptist í eftirfarandi þrjá þætti: hindrandi þætti, hvetjandi þætti og ávinning og fjölskylduhjúkrun í síðustu viku.

### Hindrandi þættir

Í fyrstu spurningunni var spurt um eftirfarandi:

*Hvað telur þú vera helstu hindranir í starfsumhverfi þínu til að geta gert fjölskyldumat (assessment) og veitt fjölskylduhjúkrun á þinni deild?*

Helstu hindranir í starfi þátttakenda við að veita fjölskylduhjúkrun voru álagsþættir. Voru það helst tímaskortur, álag á deild, of margir sjúklingar og skortur á mannafla. Auk þess komu fram viðhorf um vinnuáðstöðu, þar sem m.a. kom fram aðstöðuleysi og að fjölskylduhjúkrun ætti ekki við á þeirra deild. Á tíma 1 þótti stuttur dvalartími sjúklinga vera hindrun og að það vantaði stefnumótun/skipulag á deild, á tíma 2 komu þessi viðhorf ekki fram, sjá töflu 5.

### Hvetjandi þættir og ávinningur

Í annarri spurningu var spurt um eftirfarandi:

*Hvað telur þú hins vegar vera helsta ávinning og hvata í starfsumhverfi þínu til að geta gert fjölskyldumat (assessment) og veitt fjölskylduhjúkrun á þinni deild?*

Tafla 5. Hindrandi og hvetjandi þættir úr eigindlegum niðurstöðum ( $n=87$ )\*

| Hindrandi þættir                                      |           |           |
|-------------------------------------------------------|-----------|-----------|
|                                                       | Tími 1    | Tími 2    |
| <b>Álagsþættir</b>                                    | <b>93</b> | <b>71</b> |
| Tímaskortur                                           | 50        | 39        |
| Álag                                                  | 19        | 15        |
| Of margir sjúklingar                                  | 19        | 7         |
| Mannekla                                              | 5         | 11        |
| <b>Vinnuumhverfi</b>                                  | <b>41</b> | <b>20</b> |
| Aðstöðuleysi                                          | 22        | 12        |
| Fjölskylduhjúkrun á ekki við                          | 6         | 7         |
| Skortur á einbýli                                     | 7         | 1         |
| <b>Verklag og skipulag</b>                            | <b>30</b> | <b>13</b> |
| Stuttar innlagnir                                     | 16        | 2         |
| Vantar stefnumótun/skipulag á deild                   | 6         | 0         |
| Vani og venjur                                        | 6         | 4         |
| Vantar tæknibúnað                                     | 3         | 1         |
| Án fjölskyldu                                         | 5         | 4         |
| Fjölskylduviðtöl ættu að vera í höndum félagsráðgjafa | 0         | 2         |
| <b>Hindranir ekki til staðar</b>                      | <b>11</b> | <b>3</b>  |
| <b>Þekkingaskortur</b>                                | <b>10</b> | <b>2</b>  |
| Hvetjandi þættir                                      |           |           |
| <b>Eykur gæði þjónustu</b>                            | <b>83</b> | <b>75</b> |
| Betri samskipti og samvinna við aðstandendur          | 23        | 35        |
| Markviss hjúkrun                                      | 22        | 17        |
| Kynnast sjúklingi betur                               | 15        | 0         |
| Aukið öryggi sjúklings                                | 5         | 5         |
| Ánægðari sjúklingar og aðstandendur                   | 7         | 6         |
| Stuðningur                                            | 6         | 5         |
| Betri útskrift                                        | 5         | 6         |
| <b>Skipulag og verklag</b>                            | <b>15</b> | <b>6</b>  |
| Tímasparnaður                                         | 5         | 0         |
| Starfsánægja                                          | 9         | 3         |
| Aukin starfsánægja                                    | 6         | 0         |
| <b>Jákvætt viðhorf</b>                                | <b>7</b>  | <b>6</b>  |
| <b>Fjölskylduhjúkrun er til staðar á deild</b>        | <b>4</b>  | <b>3</b>  |

\*Þátttakendur gátu nefnt fleiri en eitt atriði undir hverjum yfirflokki

Þátttakendur töldu helsta ávinning af fjölskylduhjúkrun vera aukin gæði í sjúkrahúspjónustu. Í fyrri fyrirlögn var mesti hvatinn að kynnast sjúklingi betur, auk þess sem hjúkrun yrði markvissari og heildrænni. Í seinni fyrirlögn töldu hjúkrunarfræðingar að betri samskipti og samvinna væri helsti ávinningur, sjá töflu 5.

### Fjölskylduhjúkrun í síðustu viku

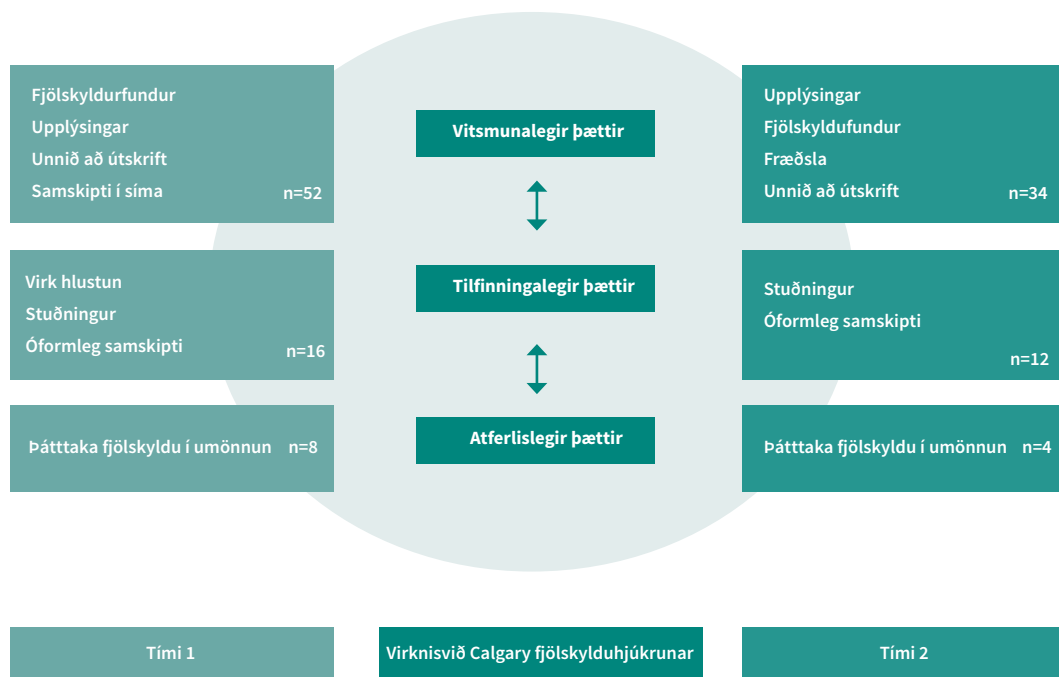
Í þriðju spurningu var spurt um eftirfarandi:

*Getur þú lýst því hvernig þú hefur unnið með fjölskyldum á þinni deild í síðustu viku? Komdu með vangaveltur þínar í því sambandi.*

Stuðst var við Calgary meðferðarlíkanið í greiningu og gögnin voru flokkuð eftir þremur virknisviðum fjölskylduhjúkrunar skv. líkaninu, sjá mynd 1. Virknisviðin eru vitsmuna-, tilfinninga- og atferlislegir þættir. Á bæði tíma 1 og tíma 2 voru hjúkrunarfræðingar aðallega að vinna með vitsmunalega þætti fjölskyldunnar, sem skarast síðan við aðra þætti fjölskylduvirkinnar. Í vitsmunalegum þáttum voru aðallega samskipti sem fólu í sér að veita aðstandendum og sjúklingum upplýsingar og fræðslu. Einnig að fá upplýsingar frá aðstandendum í samráði við sjúkling. Samvinna við aðstandendur fólst aðallega í því að þeir fengu leiðbeiningar



Mynd 1. Veitt fjölskylduhjúkrun í síðustu viku skv. lýsingum þátttakenda flokkuð í virknisvið Calgary líkansins.



og aðstoð við umönnun sjúklings ásamt því að undirbúa fjölskyldur undir útskriftir. Í þessum þætti komu fram vísbendingar um að tímaskortur væri hindrun í að veita fjölskylduhjúkrun.

## UMRÆÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á SAK til fjölskylduhjúkrunar sé almennt jákvætt. Niðurstöður eru í samræmi við aðrar sambærilegar rannsóknir sem gerðar hafa verið á Íslandi hvað varðar viðhorf hjúkrunarfræðinga til fjölskylduhjúkrunar (Blöndal o.fl., 2014; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Þegar hjúkrunarfræðingum finnst fjölskyldur vera krefjandi eða ef fjölskyldan sýnir miklar tilfinningar upplifa hjúkrunarfræðingar fjölskylduna frekar sem byrði. Wright og Bell (2009) fjalla um mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar skilji og vinni með viðhorf sín gagnvart fjölskyldum til þess að auðvelda samstarf við þær í meðferð. Komið hefur fram í rannsóknum að opið samtal, þar sem hjúkrunarfræðingur leggur áherslu á áhyggjur og spurningar fjölskyldu, getur dregið úr þjáningu hjá fjölskyldum (Benzein o.fl., 2008; Sveinbjarnardóttir og Svavarsdóttir, 2019).

Þátttakendur með 15 ára eða lengri starfsreynslu höfðu jákvæðara viðhorf en þátttakendur með undir 5 ára starfsreynslu í þættinum *fjölskyldan sem byrði*. Það er sambærilegt og hefur áður komið fram í niðurstöðum (Benzein o.fl., 2008; Gusdal o.fl., 2017; Luttik o.fl., 2017; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Reynsluleysi hjúkrunarfræðinga getur haft áhrif á það hvort þeir telji sig hafa tíma til þess að sinna fjölskyldum. Það má velta fyrir sér hvort reynslumeiri hjúkrunarfræðingar hafi meira vald til að stýra tíma sínum og geti því forgangsraðað með öðrum hætti

(Benzein o.fl., 2008; Gusdal o.fl., 2017; Luttik o.fl., 2017; Svavarsdóttir o.fl., 2015; Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Santos og samstarfsmenn (2017) fjölluðu um mikilvægi þess að reynslumeiri hjúkrunarfræðingar fengju stuðning og þjálfun frá reynslumeiri hjúkrunarfræðingum. Ný rannsókn, þar sem áhersla var á fjölskylduhjúkrun í grunnnámi hjúkrunarfræðinga, sýndi strax í kjölfar útskriftar að þeir treystu sér til að veita fjölskylduhjúkrun. Nýútskrifuðu hjúkrunarfræðingarnir töldu sig jafnvel ráða betur við að veita fjölskylduhjúkrun en kollegar þeirra með meiri starfsreynslu (Swan og Eggenberger, 2021).

Í niðurstöðum kom jafnframt fram að þátttakendur með viðbótarnám höfðu jákvæðara viðhorf til fjölskylduhjúkrunar á tíma 2 og er það sambærilegt við niðurstöður annarra rannsókna (Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011). Vert er að benda á að 97% þátttakenda á tíma 2 telja það vera almenna stefnu að hlúa að fjölskyldum á sinni deild og má túlka það sem góðan jarðveg til að koma stefnu SAK varðandi fjölskylduhjúkrun í framkvæmd.

Niðurstöður rannsóknarinnar greina frá því að viðhorf þátttakenda breyttust ekki í innleiðingarferlinu en það eru sambærilegar niðurstöður og í rannsókn Blöndal og samstarfsmanna (2014) sem gerð var á skurðlækningasviði Landspítala. Það er hins vegar á skjön við rannsókn sem gerð var á öllum deildum Landspítala, nema á bráðamóttöku (Svavarsdóttir o.fl., 2015). Hugsanleg skýring á óbreyttu viðhorfi getur verið að viðhorf í upphafi hafi verið jákvætt og því lítið svigrúm til breytinga. Í rannsókninni svöruðu þátttakendur spurningalistanum í annað sinn eftir 14 mánuði frá fyrstu fyrirlögn en það gæti verið of stuttur tími til þess að fá fram jákvæðara viðhorf. Í rannsókn Erlu Kolbrúnar og félaga voru til að mynda allt að 24 mánuðir á milli þess að þátttakendur svöruðu (Svavarsdóttir o.fl., 2015).

Rannsóknarniðurstöður benda til þess að hjúkrunarfræðingar sem hafa fengið kennslu og þjálfun í fjölskylduhjúkrun hafa jákvæðara viðhorf til fjölskylduhjúkrunar og eru frekar tilbúnir að beita henni í klínískri vinnu (Sigurdardóttir o.fl., 2015). Það eru sambærilegar niðurstöður og í rannsókn á geðsviði Landspítala þar sem hjúkrunarfræðingar töldu fjölskyldu síður byrði eftir að hafa tekið þátt í námskeiði í fjölskylduhjúkrun (Sveinbjarnardóttir o.fl., 2011).

Tímaskortur, aðstöðuleysi, álag, stuttur legutími og að of margir sjúklingar væru í umsjón hvers hjúkrunarfræðings var nefnt sem hindrandi þættir í eigindlega hlutanum og samræmist það niðurstöðum Gusdal og félaga (2017), Luttik og félaga (2017) og Sveinbjarnardóttir og félaga (2011). Allt eru þetta mjög þekktir þættir í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga í tengslum við innleiðingu nýrra starfshátta. Meginniðurstaðan varðandi hvaða hvetjandi ávinning hjúkrunarfræðingar á SAK töldu fölginn í því að veita fjölskylduhjúkrun, töldu þeir vera árangursríkari samskipti og samvinnu við aðstandendur. Fjölskyldan nær að aðlagast veikindum og fær fræðslu um sjúkdóminn og getur þannig borið fyrr kennsl á versnandi einkenni, gripið fyrr inn í sjúkdómsástand sem getur dregið úr endurinnlögnum (Gusdal o.fl., 2017).

Í þriðju eigindlegu spurningunni voru þátttakendur beðnir um að lýsa hvernig þeir hefðu unnið með fjölskyldum á sinni deild í síðustu viku. Niðurstöður sýndu að langoftast unnuhjúkrunarfræðingar og ljósmæður á SAK með vitsmunalega þætti fjölskylduvirkni, en í gegnum tíðina hefur verið lögð mikil áhersla á fræðsluhlutverk hjúkrunarfræðinga. Sóknarfærin geta legið í að þjálfra hjúkrunarfræðinga í tilfinninga- og atferlisþáttunum en þeir voru notaðir í mun minna mæli. Mikilvægt er að greina þarfir sjúklinga og fjölskyldna þeirra á hverjum tíma, t.a.m. hvort einstaklingar séu móttækilegir fyrir fræðslu eða hvort stuðningur eigi að vera í forgangi. Á fjölskyldufundi getur verið unnið með eitt virknisvið fjölskyldu, tvö eða öll samtímis (Shajani og Snell, 2019).

Fjölskyldan hefur umtalsverð áhrif á heilbrigði og vellíðan einstaklinganna innan hennar. Með því að hafa stefnu um að veita fjölskylduhjúkrun á SAK eru stjórnendur að leggja áherslu á og staðfesta mikilvægi fjölskylduhjúkrunar.

### Takmarkanir rannsókna

Veikleikar rannsóknarinnar voru að sumir þátttakendur luku ekki við að svara spurningarlistanum og aðrir merktu í tvo svarmöguleika en það ógilti svör þeirra við tilteknum spurningum. Þar með fækkaði þátttakendum í ákveðnum spurningum og því var ekki unnt að nota alla spurningalista til fulls. Innri áreiðanleiki spurningalistans reyndist í heild sinni góður (0,846) en einn þáttur skar sig sérstaklega úr en það var *fjölskyldan sem byrði* (0,511). Þann þátt má líta á sem einn af veikleikum rannsóknarinnar því æskilegt er að innri áreiðanleiki sé  $\geq 0,7$ . Höfundar FINC-NA hafa gert umbætur á spurningalistanum, m.a. hefur svarmöguleikum fjölgað þannig að hlutlaus möguleiki er í boði (Saveman o.fl., 2011). Með nýja spurningalistanum hefði ef til vill verið hægt að ná hærri innri áreiðanleika. Það hefði aftur á móti komið í veg fyrir að hægt væri að bera saman niðurstöður þessarar rannsóknar við fyrri rannsóknir sem stuðst hafa við eldri útgáfu spurningalistans.

Enginn samanburðarhópur var í rannsókninni og veikir það rök gagnvart áhrifum íhlutunar.

Allir tengiliðir innleiðingardeildanna fengu sömu kennslu og leiðbeiningar í upphafi verkefnisins, það var gert til þess að samræma kennslu tengiliða á öllum deildum. Ef til vill hafði það áhrif á innri áreiðanleika íhlutunar að ekki kenndu sömu leiðbeinendur námskeiðin á innleiðingardeildunum því það hefði að öllum líkindum styrkt íhlutun rannsóknarinnar. Styrkur rannsóknarinnar felst í góðu svarhlutfalli þátttakenda, reglulegum fundum og samráði tengiliða til að tryggja áreiðanleika íhlutunar og notuð voru áreiðanleg og réttmæt mælitæki sem hafa verið notuð og forprófuð víða í íslensku heilbrigðiskerfi.

## ÁLYKTUN

Með því að skilja betur viðhorf hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra er hægt að hafa áhrif á áframhaldandi þróun fjölskylduhjúkrunar á SAK. Út frá niðurstöðunum má ætla að fjölskylduhjúkrun hafi fest sig í sessi á SAK. Niðurstöður gefa til kynna að kennsluefni og útfærslu kennslunnar megi bæta þar sem viðhorf breyttist ekki eftir námskeið í fjölskylduhjúkrun eða á meðan á innleiðingarferlinu stóð. Jafnframt er nauðsynlegt að gera rannsóknir hjá sjúklingum og aðstandendum á upplifun á veittri fjölskylduhjúkrun. Símenntun HA í samstarfi við Heilbrigðisvísindasvið HA og SAK héldu vinnustofu, fræðsla og hagnýtar æfingar, í fjölskylduhjúkrun í október 2018 með dr. Janice M. Bell og dr. Lorraine M. Wright. Með stuðningi stjórnenda SAK tóku tengiliðir fjölskylduhjúkrunar þátt í vinnustofunni sem reyndist þeim mikil hvatning til að efla sig og samstarfsmenn sína í fjölskylduhjúkrun. Stefnt er að annarri vinnustofu með dr. Lorraine M. Wright haustið 2021, þegar færi gefst fyrir heimsfaraldri COVID-19, til að viðhalda þekkingu í fjölskylduhjúkrun á SAK.

## ÞAKKARÖRD

Höfundar vilja þakka þátttakendum rannsókna, tengiliðum fjölskylduhjúkrunar og forstöðuhjúkrunarfræðingum á SAK fyrir ómetanlegan stuðning og aðstoð við gagnasöfnun. SAK og HSA fá þakkið fyrir stuðning við rannsakendur meðan á rannsókn stóð. Jafnframt er fagráði fjölskylduhjúkrunar á Landspítala og HHA þakkað fyrir samstarf sem m.a. fól í sér faglegan stuðning og aðgengi að þekkingargrunni í fjölskylduhjúkrun. Loks vilja rannsakendur þakka B-vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir veitta rannsóknarstyrki í meistararannsóknnum Áslaugar Felixdóttur og Gunnhildar Óskar Sæbjörnsdóttur við Háskólann á Akureyri. Gunnhildur Ósk Sæbjörnsdóttir fær bestu þakkið fyrir leyfi til birtingar úr meistararitgerð hennar.



## ENGLISH SUMMARY

# Nurses' and midwives' attitudes towards family nursing at Akureyri Hospital (SAk)

Felixdottir, A., Sveinbjarnardottir, E.K. and Gudjonsson, S.O.

### Aim

Family nursing improves communication within the family, the quality of nursing practice and work processes in hospitals, enhances collaboration with families and can influence length-of-stay and re-admissions. Nurses' attitudes can affect whether and how they include family care in their nursing. The main objective was to assess and increase the understanding of the attitudes of nurses and midwives at Akureyri Hospital (SAk) toward the importance of involving families in their care, before and while implementing Calgary family nursing.

### Method

The quantitative part of this research was an intervention study without a control group. The participants answered the questionnaire "Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes" (FINC-NA) and background questions. Data analysis was conducted on data from nurses/midwives working on units where family nursing was implemented ( $n=145$ ). In time 1, 133 (92%) participants answered the questionnaires and in time 2, 132 (89%). Quantitative data was analysed with SPSS. In the qualitative part the participants answered in writing three open questions that 87 participants ( $N=205$ ) responded to at both times. The written answers were analysed with content analysis.

### Results

The attitudes of nurses/midwives towards families was generally positive. The attitudes did not change during the implementation process. Participants with a higher education level and longer work experience, experienced family less as a burden ( $p<0.05$ ). Participants who believed there was a general policy in their unit to care for families had more positive attitudes ( $p<0.05$ ). Participants believed the benefits of implementing family nursing into clinical practice improves the quality of nursing care. It emerged that the most significant hindrances in providing family nursing were stress factors, nurses' work environment and work structure.

### Conclusion

It is important to continue to support the nurses' and midwives' positive attitudes towards families at SAk. Research shows that positive attitudes can promote effective family nursing.

### Key words:

Family nursing – Nurses' attitudes – Calgary Family Assessment and Intervention Models

### Correspondent:

Áslaug Felixdóttir [aslaug@sak.is](mailto:aslaug@sak.is)

## HEIMILDIR

- Arna Skúladóttir, Elísabet Konráðsdóttir og Auðna Ágústsdóttir. (2010). Spurningalisti til að meta viðhorf fagfólks til fjölskylduhjúkrunar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(1), 6-10.
- Áslaug Felixdóttir. (2019). *Mikilvægi fjölskyldna við hjúkrun: Viðhorf hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsínu á Akureyri (SAK)*. Óbirt meistarafræðing: Háskólinn á Akureyri.
- Benzein, E., Johansson, P., Årestedt, K. F. og Saveman, B. I. (2008). Nurses' attitudes about the importance of families in nursing care. *Journal of Family Nursing*, 14(2), 162-180. doi:10.1177/1074840708317058
- Blöndal, K., Zoëga, S., Hafsteinsdóttir, J. E., Olafsdóttir, O. A., Thorvardardóttir, A. B., Hafsteinsdóttir, S. A. og Sveinsdóttir, H. (2014). Attitudes of registered and licensed practical nurses about the importance of families in surgical hospital units: Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 20(3), 355-375. doi:10.1177/1074840714542875
- Chesla, C. A. (2010). Do family interventions improve health? *Journal of Family Nursing*, 16(4), 355-377. doi:10.1177/1074840710383145
- Deatrick, J. A. (2017). Where is "Family" in the social determinants of health? Implications for family nursing practice, research, education, and policy. *Journal of Family Nursing*, 23(4), 423-433. doi:10.1177/1074840717735287
- Eydis Kristín Sveinbjarnardóttir. (2012). *Fjölskylduhjúkrun á bráðageðdeildum: Innleiðing og mat*. Óbirt doktorsritgerð: Háskóli Íslands.
- Graneheim, U. H. og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24(2), 105-112. doi://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2003.10.001
- Guðrún Pálmadóttir. (2013). Matstæki í rannsóknunum: Öflun gagna um færni, þátttöku og umhverfi fólks. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (2. útg.) (bls. 197-209). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Gunnhildur Ósk Sæbjörnsdóttir. (2018). *Mikilvægi fjölskyldna við hjúkrun: Viðhorf hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsínu á Akureyri*. Óbirt meistarafræðing: Háskólinn á Akureyri.
- Gusdal, A. K., Josefsson, K., Adolfsson, E. T. og Martin, L. (2017). Nurses' attitudes toward family importance in heart failure care. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(3), 256-266.
- Háskólinn á Akureyri (e.d.). *Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans á Akureyri*. Sótt á <https://www.unak.is/is/rannsoknir/heilbrigdisvinsindastofnun>
- Leahy, M. og Wright, L. M. (2016). Application of the Calgary family assessment and intervention models: Reflections on the reciprocity between the personal and the professional. *Journal of Family Nursing*, 22(4), 450-459.
- Luttik, M., Goossens, E., Ågren, S., Jaarsma, T., Mårtensson, J., Thompson, D., ... Strömberg, A. (2017). Attitudes of nurses towards family involvement in the care for patients with cardiovascular diseases. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 16(4), 299-308. doi:10.1177/1474515116663143
- Mackie, B. R., Mitchell, M. og Marshall, A. (2018). The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. *Collegian*, 25(1), 131-140.
- Santos, L. G. D., Cruz, A. C., Mekitarian, F. F. P. og Angelo, M. (2017). Family interview guide: Strategy to develop skills in novice nurses. *Revista brasileira de enfermagem*, 70(6), 1129-1136. doi:10.1590/0034-7167-2016-0072
- Saveman, B. I., Benzein, E. G., Engström, Å. H. og Årestedt, K. (2011). Refinement and psychometric reevaluation of the instrument: Families' Importance in Nursing Care – Nurses' Attitudes. *Journal of Family Nursing*, 17(3), 312-329.
- Shajani, Z. og Snell, D. (2019). *Wright & Leahy's Nurses and Families: A Guide to Family Assessment and Intervention*. Philadelphia: FA Davis.
- Sigurdardóttir, A. O., Svavarsdóttir, E. K. og Juliusdóttir, S. (2015). Family nursing hospital training and the outcome on job demands, control and support. *Nurse Education Today*, 35(7), 854. doi:10.1016/j.nedt.2015.03.003
- Simpson, P. og Tarrant, M. (2006). Development of the family nursing practice scale. *Journal of Family Nursing*, 12(4), 413-425. doi:10.1177/1074840706290806
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2017). *Árskýrsla SAK. Innleiðing á Calgary-fjölskylduhjúkrun*. Akureyri: Sjúkrahúsið á Akureyri. Sótt á <https://www.sak.is/static/files/arskyrslur/arskyrsla-sak-2017-02-del.pdf>
- Sjúkrahúsið á Akureyri. (2019). *Um sjúkrahúsið*. Sótt á <https://www.sak.is/is/um-fsa>
- Svavarsdóttir, E. K., Sigurdardóttir, A. O., Konradsdóttir, E., Stefansdóttir, A., Sveinbjarnardóttir, E. K., Ketilsdóttir, A., ... Guðmundsdóttir, H. (2015). The process of translating family nursing knowledge into clinical practice. *Journal of Nursing Scholarship*, 47(1), 5-15. doi:10.1111/jnu.12108
- Svavarsdóttir, E. K., Tryggvadóttir, G. B. og Sigurdardóttir, A. O. (2012). Knowledge translation in family nursing: Does a short-term therapeutic conversation intervention benefit families of children and adolescents in a hospital setting? Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. *Journal of Family Nursing*, 18(3), 303-327. doi:10.1177/1074840712449202
- Sveinbjarnardóttir, E. K. og Svavarsdóttir, E. K. (2019). Drawing forward family strengths in short therapeutic conversations from a psychiatric nursing perspective. *Perspectives in Psychiatric Care*, 55(1), 126-132.
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Hrafnkelsson, B. (2012a). Psychometric development of the Iceland-Expressive Family Functioning Questionnaire (ICE-EFFQ). *Journal of Family Nursing*, 18(3), 353-377.
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Hrafnkelsson, B. (2012b). Psychometric development of the Iceland-Family Perceived Support Questionnaire (ICE-FPSQ). *Journal of Family Nursing*, 18(3), 328-352.
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Saveman, B. (2011). Nurses attitudes towards the importance of families in psychiatric care following an educational and training intervention program. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 18(10), 895-903. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01744.x
- Sveinbjarnardóttir, E. K., Svavarsdóttir, E. K. og Wright, L. M. (2013). What are the benefits of a short therapeutic conversation intervention with acute psychiatric patients and their families? A controlled before and after study. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 593-602. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.10.009
- Swan, M. A. og Eggenberger, S. K. (2021). Early career nurses' experiences of providing family nursing care: Perceived benefits and challenges. *Journal of Family Nursing*, 27(1), 23-33. doi:10.1177/1074840720968286
- Wright, L. M. (2019). Older adults and their families: An interactional intervention that brings forth love and softens suffering. *Journal of Family Nursing*, 25(4), 610-626. doi:10.1177/1074840719864093.
- Wright, L. M. og Bell, J. M. (2009). *Beliefs and illness: A model for healing*. Canada: 4th Floor Press.
- Østergaard, B., Clausen, A. M., Agerskov, H., Brødsgaard, A., Dieperink, K. B., Funderskov, K. F., ... og Konradsen, H. (2020). Nurses' attitudes regarding the importance of families in nursing care: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 29(7-8), 1290-1301



# Takk fyrir stuðninginn

---





# FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímann  
s: 897 2468



Hálfván  
s: 898 5765



Ólöf  
s: 898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

[www.uth.is](http://www.uth.is) | [uth@uth.is](mailto:uth@uth.is)







# FÆTUR TOGA



**15% AFSLÁTTUR FYRIR  
HEILBRIGÐISSTARFSFÓLK**  
\*allar vörur verslunum

Verð kr. 21.990

Ghost eru mest verðlaunuðustu hlaupaskór í heiminum undanfarin 12 ár. Ghost er mjúkur með mikla höggdempun, góðan hæl kappa og frábæra öndunin. Þetta ásamt grófmunstruðum veltisóla gerir Ghost að frábærum vinnuskó á hörðu gólfi. Til í nokkrum litum.

Ert þú að nota góða skó?



Við hjálpum þér að velja  
skó eftir fótlagi og niðurstigi

Verð kr. 25.990

Glycerin 19 er nýjasta uppfærslan á Glycerin línunni frá Brooks. Skórnir eru einstaklega höggdempandi, mjúkir og fara því mjög vel með viðkvæm hné, mjaðmir og bak. Skórnir eru með mesta magnið af DNA Loft í miðsólanum af öllum Brooks skóm. Glycerin 19 eru mest höggdempandi skór sem hafa verið mældir.