

# Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

The Icelandic Journal of Nursing | 1. tbl. 2022 | 98. árgangur

„Ef maður er í góðu formi ræður  
maður líka betur við erfiðleika sem  
koma upp í lífinu“

- Ólafía Kvaran



Mætir áskorunum  
með jákvæðu  
hugarfari

- Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir



„Ævintýrlegt en  
ekkert glamúrlíf“

- Jónína Eir Hauksdóttir



## RITRÝNDAR GREINAR

- Útskriftarvandi Landspítalans —
- Að efla virðingu í daglegri hjúkrun —
- Streita nemenda í hjúkrunarfræði í fyrstu bylgju COVID – 19 —
- Holdafar grunnskólabarna á Suðurnesjum og tengsl við lífsstílsþætti —
- Innleiðing gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu á Sjúkrahúsinu á Akureyri —



# TÚFEN

— TIL MEÐFERÐAR VIÐ DJÚPUM SLÍMHÓSTA

• INNIHELDUR GUAIFENESÍN • MÁ NOTA FRÁ 6 ÁRA ALDRI • MIXTÚRA • HÓSTASTILLANDI OG SLÍMLOSANDI

Túfen 13,33 mg/ml, mixtúra, 180 ml. Virkt efni: Guaifenesín. Ábending: Túfen er ætlað til notkunar við einkennum sýkinga í efri hluta öndunaræra og hjálpar til við að létta á djúpum hósta með því að losa slím sem auðveldar að hósta því upp og opna þannig öndunarveginn.

Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leiðtö 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). TUF.LA.2022.0001.01.

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

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



# Efnisyfirlit



8



20



30



34

- 2 Ritstjóraspjall
- 4 Pistill formanns Fíh
- 6 Nýtt starfsfólk Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
- 7 **Minning – Ingibjörg Ragnheiður Magnúsdóttir** heiðursfélagi Fíh
- 8 **Viðtal – Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir**, framkvæmdastjóri hjúkrunar hjá Heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu, hefur staðið í ströngu í heimsfaraldri og mætir áskorunum með jákvæðu hugarfari
- 16 Hjúkrunarfræðinemarnir **Bogey Ragnheiður Leósdóttir, Birgitta Rún Guðmundsdóttir** og **Almar Örn Wathne**
- 20 **Viðtal – Ólafía Kvaran**, hjúkrunarfræðingur, varð heimsmeistari í 21 km Spartan Race hlaupi árið 2019 og landaði Evrópumeistaratitli tveimur árum síðar.
- 26 Hjúkrun með mismunandi kynjagleraugum, myndir frá rafrænu málþingi Fíh
- 30 **Viðtal – Jónína Eir Hauksdóttir** segir frá ævintýralegu lífi hjúkrunarfræðings á setti þegar verið er að taka upp kvikmyndir, sjónvarpsþætti eða annað efni hér á landi
- 34 **Viðtal – Elín Ögmundsdóttir**, sérfræðingur í gjörgæsluhjúkrun nýbura, er í sjúkraflutningateymi nýburagjörgæslunnar sem sér um flutning á nýburum
- 38 **Viðtal – Theódóra Kolbrún Jónsdóttir**, hjúkrunarfræðingur á Vökudeild Landspítala, eignaðist son með hjartagalla og segir frá upplifun sinni og eiginmanns síns af flutningsteymi nýburagjörgæslunnar
- 40 **Sportíð – Elísabet Gerður Þorkeldsdóttir** segir frá hundagöngum þar sem hópur hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða fer saman í gönguferðir
- 42 Betri vinnutími, samantekt og staða frá kjara- réttindasviði Fíh
- 44 Kjara- og réttindasvið Fíh – allt um orlof
- 46 **Vaktin mín, Áslaug Arnoldsdóttir** gjörgæsluhjúkrunarfræðingur segir frá kvöldvakt á gjörgæsludeild
- 48 **Fræðslugrein:** Barneignarferli á tímum COVID – 19. Hlutverk hjúkrunarfræðinga
- 54 **Fræðslugrein:** Að verja starfsheilbrigði í krefjandi starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga – reynsla hjúkrunarfræðinema af áhrifum boðorða þjónandi forystu innan heilbrigðiskerfisins
- 62 **Ritrynd grein:** Streita nemenda í hjúkrunarfræði í fyrstu bylgju COVID – 19 – þversniðsrannsókn
- 72 **Ritrynd grein:** Innleiðing gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu á Sjúkrahúsinu á Akureyri – viðhorfsrannsókn og samantekt á innleiðingarferli
- 82 **Ritrynd grein:** Útskriftarvandi Landspítalans – leit að lausnum fyrir aldraða sem lokið hafa meðferð
- 92 **Ritrynd grein:** Að efla virðingu í daglegri hjúkrun
- 102 **Ritrynd grein:** Holdafar grunnskólabarna á Suðurnesjum og tengsl við lífsstílsþætti

# Skin og skúrir og ... haglé!

Vorið er alveg að koma hugsaði ég með mér þegar ég sat í heita pottinum með sólina í andlitið og hlustaði á gömul hjón sem sátu við hliðina á mér skipuleggja páskafrí á Kanarí. Já, vonandi verður þessi blessaði heimsfaraldur, sem hefur sett flest ferðaplön á bið, til friðs. Loksins kemst lífið aftur á flug svo ferðapýrstir, eins og þessi öldruðu hjón í heita pottinum, geti flogið á vit langbráðra sólarævintýra. Eftir sundsprett og sólbað með vorilm í lofti fór ég upp úr lauginni og viti menn, þegar ég gekk út í bíl, kom haglé! Snjóhvít og ísköld korn steypu sér á ógnarhraða beint í andlitið á mér, sem hafði verið í sólbaði nokkrum mínútum áður. Þetta er víst ekki alveg búið; hvorki veturinn né faraldurinn en við fáum stund milli stríða. Sólin lætur sjá sig, sumarið mun koma og veiran sem setti heimsbyggðina á hliðina, í lengri tíma en nokkur átti von á í upphafi, mun verða fjarlæg minning í framtíðinni. Faraldurinn er svolítið eins og vorboðinn; sólin lætur sjá sig í smástund en hverfur svo á bak við skýin og þá fer að haugrigna, snjó kyngir niður eða haglé koma á ógnarhraða og lemja húspök og nýbóðuð sólkysst andlit. Við höfum nokkrum sinnum þorað að vona að nú sé COVID liðið hjá en þá kemur nýtt afbrigði eins og haglé eftir sólbað í sundi, eða þá að smitin rjúka upp með tilheyrandi álagi á heilbrigðisstarfsfólk og samfélagið í heild sinni.

Nei, veiran er svo sannarlega ekki fallin í gleymskunnar dá, það veit ég vinnandi hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga. Flestir eru margbólusettil og fæstir veikjast orðið alvarlega en staðan er engu að síður þung á Landspítala. Fjölmargir eru enn að berjast við veiruna, eða afleiðingar hennar og heilbrigðisstarfsfólk í eldlínunni, er án nokkurs vafa, orðið langþreytt eftir mikið álag á heilbrigðiskerfið síðan COVID skaut upp kollinum í Kína.

Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir hjúkrunarfræðingur er í skemmtilegu og áhugaverðu viðtali þar sem hún segir meðal annars frá því þegar hún heyrði fyrstu fréttirnar af COVID-19. Hún var í skíðaferð á Ítalíu og var að drekka morgunkaffið sitt þegar samferðafólk hennar fór að spyrja hana hvort það þyrfti að hafa áhyggjur af þessari veiru, hún hélt nú ekki. Næstu daga fór fólk að ókyrrast og svo vatt þetta heldur betur upp á sig og Ragnheiður, sem var á þessum tíma nýlega tekin við starfi framkvæmdastjóra hjúkrunar hjá Heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu, hefur staðið í ströngu við að skipuleggja sýnatökur og bólusetningar. Nú tveimur árum síðar telur Ragnheiður faraldurinn vera á undanhaldi og að næsta áskorun verði hversu fljótt við getum risið upp eftir þetta mikla átak, það þurfi að hlúa að starfsfólkinu.



Það eru orð að sönnu, Ólafía Kvaran sem er einnig í viðtali í blaðinu segir að markmið sitt sé að hafa heilsu til að takast á við lífið, svo ég vitni beint í hennar orð; „ef maður er í góðu formi ræður maður líka betur við erfiðleika sem koma upp í lífinu. Ég fann það þegar maðurinn minn fór í hjartastopp um miðja nótt heima hjá okkur fyrir nokkrum árum.“ Ólafía segir þessa lífsreynslu hafa breytt hugsunarhætti sínum og lífsviðhorfi, hún sé eftir þetta meðvituð um mikilvægi þess að hafa heilsu og að fá að lifa hvern dag og njóta lífsins.

Og þegar öllu er á botninn hvolft er það mergurinn málsins eða lífsins öllu heldur. Að hafa heilsu og að fá að njóta lífsins er það dýrmætasta, hvort sem sólin skín eða gular viðvaranir eru í kortunum.

Að endingu vil ég minnast á Rapportið sem er nýtt hlaðvarp Fih þar sem þáttastjórnendur fá til sín gesti úr röðum hjúkrunarfræðinga í einlægt spjall um lífið og tilveruna. Rapportið er á Spotify og á heimasíðu félagsins, hjúkrun.is, er líka linkur á Rapportið.

Gleðilega páska og njótið lífsins og vorsins sem er handan við hornið.

Hljýjar kveðjur,

Endilega fylgið okkur á samfélagsmiðlum



hjukrun



facebook.com/hjukrun



**Tímarit hjúkrunarfræðinga**  
Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík  
s. 540 6400  
[hjukrun.is](http://hjukrun.is)

**Útgefandi:** Félag íslenskra  
hjúkrunarfræðinga

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

**Yfirllestur:** Ragnheiður Linnet  
**Auglýsingar:** Erna Sigmundsdóttir - sími 821 2755  
**Hönnun og umbrot:** Þorbjörg Helga Ólafsdóttir  
**Prentun:** Ísafoldarprentsmiðja

# MEÐ ÞÉR ALLA ÆVI

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

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

Nú geturðu sótt um bæði séreignarsparnað og fasteignalán á vefnum okkar. Kynntu þér málið á [lsr.is](#).

# Annars konar bylgja í uppsiglingu

Samkvæmt íslenskum yfirvöldum er COVID búið eftir tveggja ára baráttu og öllum takmörkunum verið aflétt innanlands. Á sama tíma hefur fjöldi innlagðra sjúklinga á heilbrigðisstofnanir og dagleg smit aldrei verið fleiri í landinu.

Hjúkrunarfræðingar fara ekki varhluta af því, enda helsta stéttin í baráttunni, og finna því alltaf fyrir því mikla álagi sem farsóttinni hefur fylgt. Nú eru það ekki bara fleiri sjúklingar heldur einnig hjúkrunarfræðingar og annað starfsfólk sem sjálft er að veikjast og hefur það bitnað mjög á mönnuninni sem fyrir var af skorum skammti. Fjölskyldur okkar veikjast líka og sinna þarf m.a. veikum börnum. Í febrúar fór af stað undarleg umræða hjá yfirvöldum þar sem rætt var um að vegna skortsins á starfandi hjúkrunarfræðingum væri möguleiki á að þeir ættu að mæta veikir til vinnu. Eins og þá kom fram í fjölmiðlum er það að mínu mati algjör fásinna, þrátt fyrir að okkur vanti hjúkrunarfræðinga til starfa. Veikindarétturinn verður ekki brotinn og myndi félagið að sjálfsögðu bregðast snarlega við því. Jafnframt stríðir þetta gegn siðareglum hjúkrunarfræðinga og velti ég fyrir mér hvort þessi hugmynd hefði verið sett fram gagnvart öðrum stéttum þjóðfélagsins. Enn ein sönnunin fyrir því að ekki sitja allir við sama borð í augum yfirvalda. Yfirvöld hafa vitað af manneklunni í mjög mörg ár og hafa haft lausnir á borðinu sem þarf að hafa kjark og þor til að hrinda í framkvæmd og það ekki seinna en strax. Þessi staða er ekkert að koma upp núna og hefði verið hægt að bregðast við henni miklu fyrr.

Ég hef miklar áhyggjur af aukningu á langvarandi veikindum hjúkrunarfræðinga og er fjöldi þeirra sem þiggja nú sjúkradagpeninga úr styrktarsjóði félagsins er í sögulegu hámarki. Þá þarf að hafa í huga að hjúkrunarfræðingar sem leita aðstoðar sjóðsins, eru þá þegar búnir að nýta sinn veikindarétt hjá atvinnurekanda, sem er yfirleitt heilt ár. Við erum því í raun að sjá núna skriðu sem fór af stað eftir fyrsta ár COVID-faraldursins.

Það sama má segja um fjölda hjúkrunarfræðinga sem leita til VIRK vegna starfsendurhæfingar. Þeir hafa aldrei verið jafnmargir. Það er jákvætt að hjúkrunarfræðingar skuli leita sér stuðnings, þurfi þeir á starfsendurhæfingu að halda, en það er verulegt áhyggjuefni hvað þeim hvað þeim fjölgar og hefur t.d. fjöldinn tvöfaldast frá 2018 og til ársins 2021.



Framundan er sumarið og hjúkrunarfræðingar og annað starfsfólk langþreytt eftir gífurlega erfið tvö COVID-ár í undirmönnuðu heilbrigðiskerfi. Hjúkrunarfræðingar hafa staðið vaktina svo eftir því hefur verið tekið, keyrt áfram, sett fjölskyldu og sjálfa sig til hliðar og leyst verkefni, bylgju eftir bylgju. Ég er ansi hrædd um að nú sé komið að skuldadögum. Ég held að nú sé í uppsiglingu annars konar bylgja í kjölfar COVID en það er bylgja afleiðinga langvarandi álags í starfi, uppsagna og flóta úr stéttinni vegna ófremdarástands í mönnunarmálum og starfs- umhverfi hjúkrunarfræðinga.

En ekki ætlum við að missa móðinn enda verður þetta heilbrigðiskerfi ekki rekið án okkar hjúkrunarfræðinga. Nú er komin enn ein ríkisstjórnin og vil ég binda vonir við hana. Ég átti mjög góðan fund með nýjum heilbrigðisráðherra strax í janúar og fann þar mikinn vilja gagnvart okkar helstu baráttumálum og nauðsyn þessa að grípa þarf strax inn í ef ekki á fara verr en þegar er. Nýjasta dæmið þar er að hann hefur ákveðið að skipa starfshóp sem á að taka til skoðunar réttarstöðu heilbrigðisstarfsfólks í tengslum við tilkynningar og rannsókn alvarlegra atvika í heilbrigðisþjónustu. Án efa verður haft samráð við félagið í þeirri vinnu.

Nú er rétt ár þar til kjarasamningar losna á ný. Við höfum þegar hafið vinnuna við undirbúning komandi kjarasamninga og m.a. hafið samtal milli Fih, ASÍ, BHM, BSRB og KÍ til að skoða þá sameiginlegu fleti sem við eigum í kjarabaráttunni og getum beitt okkur í sem eitt sterkt sameinað afl. Fundað er reglulega með trúnaðarmönnum, fram undan eru fundir með hjúkrunarfræðingum um land allt og í haust verður stór kjararáðstefna þar sem komandi samningar verða aðalmálið. Sífelld er verið að rýna í og meta kosti og galla verkefnisins um betri vinnutíma sem við síðan munum setja á vogarskálarnar og ákveða hvað við viljum gera í komandi kjarasamningum.

# Gæði – alla leið!

## Í SÁTT VIÐ NÁTTÚRUNA



Ætliðirnir þrír á Spóastöðum eru hluti þeirra 900 bænda sem eiga SS. Á jörðinni er stór skógur sem fjölskyldan hefur plantað og þannig er kolefnisspor býlisins lágmarkað. Fyrsta flokks aðbúnaður tryggir svo að kjötið frá SS skilar sér í gæðum alla leið á diskinn þinn.

Íslenska sveitin og SS - fyrir þig



## Hafdís Böðvarsdóttir hefur verið ráðin fjármálastjóri Fíh

Hafdís Böðvarsdóttir er nýr fjármálastjóri Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Hún ólst upp á Akranesi og lauk stúdentsprófi frá Fjölbrautarskóla Vesturlands. Hafdís lauk prófi í viðskiptafræði frá Háskóla Íslands og prófi til löggildingar í endurskoðun árið 1997.

Hafdís starfaði í mörg ár hjá KPMG og var í hópi eigenda í nokkur ár. „Ég fór þaðan árið 2008 til Avant þar sem ég starfaði sem fjármálastjóri og svo til Landsbankans við sameiningu. Ég var heimavinnandi með langveikt barn í nokkur ár en nú eru allir hressir og finnst mér gott að fara aftur út á vinnumarkaðinn. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga er lifandi og skemmtilegur vinnustaður og mér hefur verið vel tekið af því góða fólki sem þar starfar,“ segir Hafdís.



Og aðspurð hvað hún geri í frístundum segist hún hafa mikinn áhuga á íþróttum. „Mér finnst sérstaklega gaman að horfa á börnin mín keppa í fótbolta. Svo finnst mér mjög gaman að ferðast og gott að geta farið að ferðast aftur erlendis eftir tveggja ára heimsfaraldur. En mér finnst líka gott að vera heima á Íslandi, sérstaklega yfir sumartímam, þá finnst mér fátt betra en að dunda ég mér í garðinum heima í Garðabæ,“ segir Hafdís nýr fjármálastjóri félagsins.

## Nýr sviðsstjóri kjara- og réttindasviðs

Kristjana Elísabet Guðlaugsdóttir hefur verið ráðin sviðsstjóri kjara- og réttindasviðs Fíh. Kristjana er með BSc í viðskiptafræði og meistaranám í forystu og stjórnun með áherslu á mannauðsstjórnun frá Háskólanum á Bifröst.

„Ég þekki vel til ýmissa verkefna kjara- og réttindasviðs, hef meðal annars sótt námskeið í jafnlaunavottun og verið við innleiðingu betri vinnutíma, bæði hjá Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og hjá Heilbrigðisstofnun Norðurlands,“ segir Kristjana sem hefur starfað við mannauðstengd mál í hartnær 20 ár. „Lengst af var áherslan fyrst og fremst á réttindamál starfsmanna, síðari ár hef ég unnið sem starfsmannastjóri hjá Heilbrigðisstofnun Suðurnesja og mannauðsstjóri hjá Heilbrigðisstofnun Norðurlands. Ég þekki vel starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga, hef tekið þátt í gerð stofnanasamninga, bæði við Fíh, fyrir hönd stofnunar sem og við önnur stéttarfélag. Ég brenn fyrir mannauði stofnana og fyrirtækja og því er frábært að fá tækifæri til að sinna því hugðarefni með beinum hætti með öðrum frábæru starfsmönnum Fíh,“ segir Kristjana hress í bragði.



Aðspurð um áhugamálin segir hún ferðalög heilla. „Fjölskyldan býr vítt og breytt um heiminn og ég hef sjálf búið víða, bæði innanlands og erlendis. Meðal annars hef ég verið með heimili á Jamaíka og í Nuuk. Ferðalög heilla mig því, bæði þau sem ég fer í innra með mér og líka hin eiginlegu ferðalög, þetta sameinaðist svo í göngu um Jakobsveginn. Hann gekk ég, bæði í fríðu föruneyti Jakobína, sem og með sjálfri mér hluta af leiðinni.“ Kristjana segist að lokum vera mikil fjölskyldukona og njóti samvista með sínu fólki, hvort sem er við eldhúsbörðið eða á ferðalögum.



## Minning



### Ingibjörg Ragnheiður Magnúsdóttir, heiðursfélagi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, lést þann 20. janúar síðastliðinn. Með henni er genginn atorkusamur brautryðjandi í hjúkrun á Íslandi.

Ingibjörg fæddist 23. júní 1923 á Akureyri. Hún tók kennarapróf frá Íþróttakennaraskóla Íslands og stundaði íþróttakennslu áður en hún settist í Hjúkrunarskóla Íslands þá 34 ára gömul og lauk þaðan prófi í maí 1961. Strax eftir útskriftina lá leið hennar aftur til Akureyrar þar sem hún tók við stöðu hjúkrunarforstjóra við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri þann 1. júní 1961 sem hún sinnti í tíu ár. Veturinn 1964-1965 dvaldi hún í Danmörku og bætti við sig námi í hjúkrunarkennslu og spítalastjórn við Sygeplejeskolen í Árósum. Þar kynntist hún nýrri stétt sem kölluð var sygehjælpere og starfaði á sjúkrahúsum. Eftir heimkomuna hóf Ingibjörg baráttuna fyrir að sambærilegri menntun yrði komið á fót hér á landi og í framhaldinu tók hún það að sér. Fyrstu nemendurnir hér á landi hófu nám við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri haustið 1965 undir handleiðslu Ingibjargar og um vorið 1966 útskrifaðist fyrsti hópurinn. Nefndi Ingibjörg þessa nýju stétt, sjúkraliða. Fimm árum síðar, eða árið 1971, var Sjúkraliðaskóli Íslands stofnaður.

Ingibjörg hafði alla tíð mikinn metnað fyrir hjúkrun og námi hjúkrunarfræðinga. Hún var einn ötulasti talsmaður þróunar hjúkrunarmenntunar á Íslandi og var ein þeirra sem barðist fyrir því að koma hjúkrunarfræðinámi í Háskóla Íslands. Þeirri baráttu lauk með stofnun námsbrautar í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands árið 1973. Var hún einn af brautryðjendum námsbrautarinnar og gegndi stöðu námsbrautarstjóra frá 1975-1990.

Það lýsir vel huga Ingibjargar til þróunar hjúkrunarfræðinnar og hjúkrunarfræðinga að hún hafði forgöngu að stofnun Rannsóknarsjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur árið 2007. Tilgangur sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunarfræði og

ljósmóðurfræði. Styrkir eru veittir til hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í doktorsnámi vegna rannsóknarverkefna sem falla að markmiðum sjóðsins. Sjóðurinn heyrir undir styrktarsjóði Háskóla Íslands og hefur Ingibjörg styrkt sjóðinn í gegnum tíðina með rausnarlegum fjárfraumlögum.

Forystukonur innan hjúkrunarstéttarinnar lögðu lengi að stjórnvöldum að ráða hjúkrunarkonu til starfa í ráðuneyti heilbrigðismála. Sumarið 1971 var orðið við þeim tilmælum þegar Ingibjörg var ráðin í stöðu fulltrúa í nýstofnuðu ráðuneyti, heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu. Fljótlega var hún gerð að deildarstjóra, fyrst kvenna í slíkri stöðu innan Stjórnarráðsins, sem síðar breyttist í skrifstofustjóra. Ingibjörg starfaði þar í rúma tvo áratugi. Í störfum sínum í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu beitti hún sér fyrir margvíslegum málum til að efla hjúkrunar- og heilbrigðisþjónustu í landinu. Má þar nefna áhrif á lagasetningar um Hjúkrunarráð, sjálfstæði hjúkrunarstéttarinnar og heilsugæslu og byggingu heilsugæslustöðva á landsvísi. Þá sat hún í stjórnum ýmissa heilbrigðisstofnana, skóla, nefnda og ráða á sviði heilbrigðisþjónustunnar auk ritstarfa á því sviði.

Ingibjörgu var sýndur margvíslegur heiður fyrir störf sín á sviði hjúkrunar og heilbrigðismála. Hún var sæmd riddarakrossi hinnar íslensku fálkaorðu á nýársdag 1988 og verið heiðursfélagi frá 1989 í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Hjúkrunarfræðingar þakka Ingibjörgu R. Magnúsdóttur störf hennar í þágu hjúkrunarfræðinga og þróunar og eflingu hjúkrunarfræðinnar hér á landi. Blessuð sé minning hennar.

*Ragnheiður Ósk var í skíðafrí þegar  
hún heyrði fyrstu fréttir af COVID-19*



# Ragnheiður Ósk mætir áskorunum með jákvæðu hugarfari

Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir er framkvæmdastjóri hjúkrunar hjá Heilsugæslunni á höfuðborgarsvæðinu. Hún hefur staðið í ströngu í heimsfaraldrinum við að skipuleggja sýnatökur og bólusetningar, ásamt samstarfsfólki sínu. Ragnheiður Ósk var valin maður ársins 2021 og tileinkar hún tilnefninguna öllu heilbrigðisstarfsfólki sem staðið hefur í eldínunni undanfarin tvö ár. Við fengum Ragnheiði í smáspjall.

**Viðtal:** Kristín Rósa / **Myndir:** Sigríður Elín og úr einkasafni.

Ragnheiður Ósk segir að stærsta faglega áskorunin hafi verið að manna og halda öllum gangandi en hún stýrði þessu stóra batteríi sem sýnatökur og bólusetningar eru með jákvæðnina að leiðarljósi. Hún telur þó að önnur áskorun heilbrigðiskerfisins muni koma eftir faraldurinn því heilbrigðisstarfsfólk hafi verið undir miklu álagi og streitu í langan tíma. Hún telur að það eigi eftir að hafa afleiðingar og að það verði átak að keyra orkuna upp aftur. Næsta áskorun verður hversu fljótt við getum risið upp eftir þetta.

## Hver er Ragnheiður Ósk?

Ég fæddist og átti heima á Hellu í Rangárvallarsýslu fyrstu fimm ár ævinnar en þá flyt ég Norður og ég segist alltaf vera Akureyringur. Á Akureyri lærði ég hjúkrun og var í þriðja árganginum sem hóf nám við HA, ég byrjaði árið 1989. Okkur fannst árgangurinn vera voðalega stór en við vorum 16 sem byrjuðum í hjúkrun en fyrstu tvö árin höfðu einungis átta hafið nám. Ég kláraði hjúkrunarnámið og strax á fyrsta ári fór ég í verknám á barnaeildinni á Akureyri, en þar hafði aldrei verið nemi áður. Á barnaeildinni var mér ofsalega vel tekið og barnahjúkrunin heillaði mig mikið. Ég var þar svo öll sumur og vann þar eftir útskrift árið 1993.

## Varstu alltaf ákveðin í að læra hjúkrun?

Ég ætlaði alltaf að vinna með fólki og ég fann að það skipti mig miklu máli. Í menntaskóla heillaði viðskiptafræði marga sem ætluðu svo jafnvel að fara að vinna í banka en mér fannst það hljóta að vera hrútleiðinlegt og ekki spennandi. Mér fannst meira spennandi að vinna með fólki og mér fannst líka ofsalega spennandi að geta unnið út um allan heim og var á þessum tíma alveg viss um að ég myndi gera það, en svo hef ég aldrei gert það. Ég var á heilbrigðisbraut í Verkmenntaskólanum og fannst það mjög skemmtilegt og það lá því beinast við að fara í hjúkrun. Við fluttum svo suður til Reykjavíkur árið 1995 og þá fór ég að vinna á barnaeildinni á Borgarspítalanum. Fljótlega fór ég í meistaranám í fjölskyldu-hjúkrun og var í fyrsta árganginum í meistaranáminu við HÍ. Leiðbeinandi minn var Erla Kolbrún Svavarsdóttir og þetta var mjög skemmtilegur tími og skemmtilegur hópur í náminu með mér. Ég kláraði meistaranámið í fjölskyldu- og barnahjúkrun árið 2000 og þá fór ég aftur að vinna á barnaspítalanum og var verkefnistjóri þegar sameining barnaspítalans á Hringbraut og í Fossvogi er í gangi. Á þessum tíma var ég búin að læra allt um fræðin og var komin í verkefnastjórstöðu, ég upplifði þá að mig vantaði þekkingu eða færni í því hvernig ætti að útteila



Svalirnar út af skrifstofu Ragnheiðar í Mjóddinni.



Skrifstofuaðstaða Ragnheiðar í Laugardalshöll.

verkefnum eða innleiða ferla, gefa endurgjöf og að fá verkefni til að fljúga. Ég fór þá að leita að námi í verkefnastjórnun eða einhvers konar stjórnunarnámi og skráði mig í meistaranám í mannauðstjórnun, með áherslu á stjórnun og stefnumótun, sem ég kláraði 2004.

Síðar sá ég auglýsta stöðu sviðsstjóra á Heilsu- gæslunni í skólaheilsugæslu árið 2004 og fyrir algjöra rælni sótti ég um en ég var ekkert endilega ákveðin í að skipta um starf á þeim tímapunkti. Ég var mjög ánægð á Barnaspítalanum og fannst starf mitt skemmtilegt. Geir Gunnlaugsson læknir var þá yfir Miðstöð heilsuverndar barna og hann var ákveðinn í að að ráða mig. Ég ákvað að slá til og ég sé ekki eftir því, þessi ár hjá heilsugæslunni hafa verið mjög skemmtileg og ég sá strax að þar voru fjölmörg tækifæri. Það hafði verið mikil þróun á spítalanum og þar var allt komið í fastar skorður að mér fannst en heilsugæslan vera meira fljótandi. Hjúkrunarfræðingar eru um allt í samfélaginu og forvarnarþátturinn er stór en svo erum við líka að vinna með allt æviskeiðið. Það heillaði mig hvað það er ótrúlega fjölbreytt starf innan heilsugæslunnar. Ég var lengi með skólaheilsugæsluna á landsvísu og þar fékk ég tækifæri til að heimsækja öll sveitarfélögin og vera í sambandi við hjúkrunarfræðinga á öllu landinu. Mér fannst það mjög gefandi og skemmtilegt starf.

Í lok árs 2019 byrjaði ég svo í starfi framkvæmdastjóra hjúkrunar hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Þar tók ég við góðu búi af Þórunni Ólafsdóttur sem hafði sinnt starfinu af alúð í nær 20 ár. Það byrjaði nú nokkuð harkalega því þegar ég var búin að vera þrjá mánuði í starfi kom upp mislingafaraldur. Mánuði síðar komu svo upp berklar í Klettaskóla. Mér fannst þetta frekar skrytið; að þessir smitsjúkdómar væru að koma upp á þessum tíma en áherslan undanfarin ár hafði verið á lífsstílsjúkdóma. Ári síðar þá er COVID-19 að byrja. Ég man það svo vel þegar ég sá fyrstu fréttirnar um COVID-19, þá var ég úti á Ítalíu á skiðum að drekka morgunkaffið mitt. Samferðafólk mitt fór að benda mér á fréttir um þessa veiru og spurði hvort við þyrftum að hafa einhverjar áhyggjur af henni. Ég hélt nú ekki. Næstu daga fór ég svo að heyra meira frá samstarfsfólki mínu sem var farið að ókyrrast heima á Íslandi, það þurfi að fara að panta hlífðarbúninga, hanska og grímur. Þetta vatt svo heldur betur upp á sig eins og við þekkjum.

Árið fyrir COVID-19 var litað af smitsjúkdómum sem var frekar sérstakt, tveir fyrirvarar áður en faraldurinn skall á. Ég ætla nú samt að vona að það verði eitthvað annað en smitsjúkdómar sem við þurfum að kljást við.

„Ég ákvað að slá til og ég sé alls ekki eftir því, þessi ár hjá heilsugæslunni hafa verið mjög skemmtileg og ég sá strax að þar voru fjölmörg tækifæri.“

#### Hvernig upplifun var að vera valin maður ársins og breytti það einhverju fyrir þig?

Nei, nei það breytti engu fyrir mig og ég segi að þetta sé heilbrigðisstarfsmaðurinn og COVID-19 stríðsmaðurinn sem hafi fengið þessa viðurkenningu.

#### Kom valið þér á óvart?

Já, algjörlega. Mikil fjölmiðlaumfjöllun hefur verið í kringum verkefni heilsugæslunnar í faraldrinum, bæði sýnatökurnar og bólusetningarnar. Í stefnumótunarvinnu árið 2019 vildum við, meðal annars, bæta ímynd heilsugæslunnar. Stefna okkar var að koma fram í fjölmiðlum með jákvæða umfjöllun um heilsugæsluna og við settum okkur nokkur markmið:

Að ræða alltaf um hvað við værum að gera í stað þess að ræða um það sem við værum ekki að gera eða gætum ekki gert, hafa umræðuna jákvæða. Að kynna heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað og að fólk væri velkomið og reyna almennt að tala heilsugæsluna upp. Við settum okkur það markmið að við færum ekki í fjölmiðla til að kvarta og kveina. Það var alveg meðvitað. Við gætum farið í ráðuneytið ef okkur vantaði eitthvað og með athugasemdir, kvart og kvein en það ætti ekki heima í eyrum almennings. Maður þarf að vera meðvitaður um við hvern maður er að tala þegar talað er í fjölmiðlum. Ég ætla ekki að tala við stjórnvöld í gegnum fjölmiðla, um að það vanti peninga eða eitthvað annað. Það á ekki heima í fjölmiðlum eða í eyrum almennings á svona tímum. Almennigur þarf að heyra, og þá sérstaklega í svona kreppu, að það gangi vel, að við ráðum við hlutina, að við getum þetta og að við séum hér fyrir þig. En það er einmitt slagorð heilsugæslunnar: „Við erum hér fyrir þig“ og frá byrjun vorum við meðvituð um hvernig við vildum fara í umræðuna. Leiðarljósið var alltaf: „Við erum hér fyrir þig“.

Þegar við vorum að byrja að bólusetja komu upp miklar þælingar hvort það ætti að útiloka fjölmiðla en það voru alveg skýr skilaboð, líka frá forstjóra, að taka fjölmiðlum alltaf vel, vera jákvæð og hafa þá með okkur í líði. Ég held að það hafi jafnvel verið stór þáttur í því að við vorum valin maður ársins því við fengum líka að heyra það frá fjölmiðlafólki að það væri alltaf hægt að ná í okkur og að við værum alltaf jákvæð og viljug að segja frá, ég held að það hafi spilað inn í. Samskipti við fjölmiðla hafa verið alveg gríðarlega mikil, þetta eru örugglega 10-20 símtöl á dag við fjölmiðla og þegar eitthvað er í gangi þá gerir maður ekkert annað en að svara þeim. Ég spurði eina fjölmiðlakonuna einu sinni hvers vegna fjölmiðlar sýndu þessu svona mikinn áhuga, þetta væru jú bara sýnatökur eða bólusetningar. Þá lýsti hún þessu svo skemmtilega þegar hún sagði: „Þetta snertir okkur öll og við erum öll að biða eftir okkar skammti.“ Þetta hjálpaði okkur að skilja betur, það var allt samfélagið að biða eftir sínum skammti.

#### Hver var erfiðasta faglega áskorunin í þessum heimsfaraldri?

Það var að manna, að fá starfsfólk og að halda öllum gangandi og á tánum. Það er búið að vera ofboðslegt álag á mjög mörgu starfsfólki og þetta getur verið lýjandi og slítandi. Margir eru jafnvel með áfallastreituröskun eftir að hafa verið undir svona



miklu álagi í svona langan tíma og ég held að það eigi eftir að koma betur í ljós, það er enginn vafi. Það má líkja þessu við að fara í stríð, svo kemur fólk til baka og allt er búið, þá er mjög erfitt að keyra orkuna upp að nýju. Ég held að helsta áskorunin sé eftir, hún komi eftir faraldurinn.

### Hvernig hvetur þú samstarfsfólk þitt áfram?

Með jákvæðni. Það er ofboðslega gott starfsfólk sem við erum með hérna á Heilsugæslunni og mér finnst ég geta treyst því svo vel. Ég er ekki að anda ofan í háls málið á fólki heldur treysti ég því til að tala saman. Ég ber mikla virðingu fyrir teymisvinnu og vil hafa teymi í hlutunum. Ég þarf alls ekki að vita allt og stýra öllu og bara helst ekki. Ég vil heldur vera leiðbeinandi ef eitthvað vantar og mér finnst mjög gott að taka þátt sjálf. Ég hef mikið gert það í COVID-19 verkefnum; ég fer á gólfíð og tek þátt í að bólusetja, blanda lyf, taka sýni og sinni öðrum aðkallandi verkefnum. Ég hef þá líka betur á tilfinningunni um hvað málið snýst. Til dæmis um daginn þegar mörg börn voru í sýnatökum og ég heyrði á starfsfólki að það væri allt að kikna. Þá fór ég einn dag á gólfíð með þeim og tók þátt og eftir það veit ég um hvað málið snýst, þetta eru ekki lengur bara tölur á blaði. Ég get þá sagt við sóttvarnalækni: „Þetta gengur ekki lengur, þetta er ófremdarástand, við verðum að gera eitthvað.“ Og í kjölfarið var farið í að taka út allar þessar sýnatökur á börnum.

Það er mikilvægt, þó svo maður sé framkvæmdarstjóri að vera líka á gólfinu og vita hvernig hlutirnir ganga fyrir sig, hvað gengur vel og hvað ekki. Maður þarf að geta verið alls staðar í lífinu.

### Hvernig hlúir þú að starfsfólkinu?

Ég geri örugglega ekki nóg en það deilist líka á alla fagstjóra í heilsugæslunni, sem eru mjög flinkir að hrósa sínu fólki. Við hrósum en við höfum náttúrulega ekkert svigrúm sem ríkisstofnun til að gera eitthvað annað en að hrósa starfsfólki. Ég finn einnig að það er vel metið að geta verið jafningi; að vinna með starfsfólki á gólfinu og að taka þátt í þessu með því.

### Hefur starfsandinn eitthvað breyst, þreyta eða er meiri samheldni nú en áður en faraldurinn skall á?

Kannski ekki breyst mikið, það er mikið álag og fólk fer ekki varhluta af því en ég held að það sé meiri samheldni. Það er svona hvoru tveggja. Því tel ég að okkar helsta áskorun sé ekki komin enn, hún kemur eftir COVID. Ég er alla vega að búa mig undir það og sé alveg fyrir mér að það verði átak að koma öllum í gang aftur með önnur verkefni og þróun og að byggja upp og halda áfram því góða starfi sem hefur verið á Heilsugæslunni.



„Ég held að það hafi sett tóninn þegar elsta kynslóðin, 90 ára og eldri, byrjaði að koma og mætti sparíklædd. Konurnar svo flottar, búnar að fara í lagningu og klæða sig upp á, í pils, háa hæla og pels. Þetta var gaman og hátíðlegt ...“

### Þegar þú varst að undirbúa bólusetningar, hvernig gerðir þú það og voru einhverjar fyrirmyndir erlendis frá varðandi skipulag og framkvæmd?

Nei, það var engin fyrirmynd en mikil teymisvinna og allir lögðu sitt af mörkum. Það var náttúrulega frábær hópur hjúkrunarfræðinga í þessu og svo voru lögreglan og sjúkraflutningamenn líka með okkur, að ógleymdum forritunum. Margrét Héðinsdóttir hjúkrunarfræðingur var með okkur frá byrjun, hún er með innbyggða flæðishugsun og er alltaf að hugsa um flæði og ferli og hún kom til dæmis allri lyfjablönduninni upp í mjög gott flæði. Varðandi skipulagið eins og það þróaðist í Laugardalshöllinni þá var Jórlaug Heimisdóttir hjúkrunarfræðingur sem stýrði því flæði, ásamt sjúkraflutningamönnum og lögreglu, þegar við fórum yfir í Laugardalshöll. Þeir eru sérfræðingar í flæði og skipulagi á



Ræningjarnir úr Kardimommubænum mættu í Laugardalshöll þegar bólusetningar barna hófust.

stórum viðburðum og komu inn í verkefnið þegar aðgerðarstjórn Almannafræðinga var virkjuð hér á höfuðborgarsvæðinu. Við byrjuðum í anddyrinu og fórum svo yfir í stóra salinn og þá fer þessi stóra maskína í gang. Jákvæðni almennings skipti líka miklu máli, þessi góða stemning þó að fólk þyrfti að bíða í löngum röðum. Ég held að það hafi lagt tóninn þegar elsta kynslóðin, 90 ára og eldri, byrjaði að koma og mætti spariklædd. Konurnar svo flottar, búnar að fara í lagningu og klæða sig upp á, í pils, háa hæla og pels. Þetta var gaman og hátíðlegt, svolítið eins og „reunion“ því þarna voru árgangar að hittast og það þekktu allir einhverja.

#### Hvað hefði mátt betur fara í heilbrigðiskerfinu ef við gætum spólað tvö ár aftur í tímann?

Ég held að við höfum verið ótrúlega heppin með hvað þetta gekk allt vel upp. Ég er alla vega ekki komin á þann stað enn þá að sjá hvað við hefðum átt að gera öðruvísi. Ég held líka að það hafi verið gæfuspor að við tókum nær strax öll helstu COVID-verkefni út af heilsugæslustöðvunum. Sýnatökurnar voru á heilsugæslustöðvunum til að byrja með og það var mjög íþyngjandi fyrir aðra starfsemi að hafa þær þar. Það var ekki fyrr en við fórum í Keflavík og tókum að okkur sýnatökur við landamærin að við fengum verktaka til að sinna því. Það var gagnrýnt í upphafi en guði sé lof að við gerðum það, annars hefði allt okkar fagfólk verið í því að taka sýni alla daga. Þegar við vorum komin með verktaka í sýnatökurnar og mjög gott sjálfvirknivætt kerfi sáum við að færa þurfti

sýnatökurnar af heilsugæslustöðvunum og hafa þær á einum stað. Þegar svo var farið að bólusetja hefði líka verið eðlilegast að gera það á heilsugæslustöðvunum en þá kom þessi hugsun upp að fría stöðvarnar svo þær gætu haldið sinni starfsemi áfram. Það var stefnan og ég held að það hafi verið gæfuspor. Við höfum samt þurft að taka einhverja hjúkrunarfræðinga af stöðvunum til að sinna COVID-tengdum verkefnum en við erum líka með tímavinnufólk og fleiri sem komið hafa að þessu. Það er alveg frábært hvað margir hjúkrunarfræðingar sem eru orðnir lífeyrisþegar hafa komið til að taka þátt í þessu með okkur. Hjúkrunarfræðingar komu úr öllum áttum, úr einkageiranum, ráðuneytum, Embætti landlæknis, Tryggingastofnun, Landspítalanum, hjúkrunarheimilum og félaginu okkar. Allir lögðust á eitt.

#### Er faraldurinn á undanhaldi?

Já, eigum við ekki að segja það. Fjórða sprautan hefur nú verið í umræðunni eða hvort það eigi að bíða með hana. Það er ekkert vitað hver þróunin verður, eða hvort það komi alltaf ný afbrigði. Spurningin er því frekar hvernig við ætlum að ná stjórn á þessu, með reglulegum bólusetningum eins og influensubólusetningum eða hvort þetta fari jafnvel inn í influensubólusetninguna. Ég held að veiran verði áfram en vonandi vægari eins og hún er núna með ómikron.

„Það er alveg frábært hvað margir hjúkrunarfræðingar sem eru orðnir lífeyrisþegar hafa komið til að taka þátt í þessu með okkur.“

### Er heilbrigðiskerfið að undirbúa sig undir næsta heimsfaraldur eða næstu áskoranir?

Ég held að næsta áskorun verði hversu fljótt við getum risið upp eftir þetta mikla átak. Að detta ekki ofan í einhverja ládeyðu heldur nýta okkur það sem við höfum lært. Það er óhemjumargt sem við höfum fengið út úr þessari áskorun og þessari kreppu, eins og gerist í öllum kreppum, þá er alltaf heilmikill lærdómur. Hvernig getum við nýtt okkur hann og haldið áfram. Ég held að það skipti miklu máli. Við þurfum að hlúa að starfsfólkinu og taka upp þau verkefni sem við vorum að þróa og halda áfram með þau.

Út frá heilsugæslunni þá eru bæði kostir og gallar sem fylgja í kjölfar COVID. Við höfum fengið ofboðslega mikla umfjöllun og við það þá hefur ásóknin inn á heilsugæsluna margfaldast og örugglega inn í allt heilbrigðiskerfið. Fólki hefur lágan þröskuld til að hafa samband við heilbrigðiskerfið, bæði vegna heilsukvíða og líka vegna þess að fólki finnst það þurfa ráðgjöf. Þannig að þjónustupörfin er orðin gífurleg sem verður mikil áskorun fyrir okkur öll að ég tel. Hvernig ætlum við að halda utan um þetta, sinna þessu og styrkja fólk aftur til sjálfbærni varðandi heilsu?

Í mislingafaraldrinum kveiktum við á netspjallinu á Heilsuveru og sáum hvað það var að virka vel. Kynslóðin í dag og komandi kynslóðir eiga miklu erfiðara með að taka upp tólið, netspjall er þeirra leið og í COVID sáum við hvað netspjallið skipti miklu máli. Nú er búið að setja upp upplýsingastöð heilsugæslunnar og við sjáum fyrir okkur að öll samskipti varðandi upplýsingar og ráðgjöf til almenning verði þar. Þetta verður andlit heilsugæslunnar og vegvísir í fyrstu samskiptum við almenning.

### Hvað höfum við sem samfélag og heilbrigðiskerfi lært í faraldrinum?

Samstaða í heilbrigðiskerfinu er alveg frábær og ég held að íslenska heilbrigðiskerfið hafi staðið sig ofboðslega vel í gegnum þetta. Bæði Landspítalinn með COVID-göngudeildina og meðferðina sem er alveg frábær og svo heilsugæslan með sýnatökum og bólusetningum. Samskipti milli allra stofnana; Embætti Landlæknis, Landspítala, heilsugæslustöðva, sóttvarnalæknis og stofnana úti á landi, hafa verið til fyrirmyndar. Innviðirnir hafa því styrkst mikið og ég finn mikinn mun, hvernig allt kerfið er orðið samstilltara, það er meira samráð og kallað eftir samstillingu.



Ragnheiður ásamt barnabarni sínu.





Hjónin hamingjusöm í skíðafrí

„Ég elska að fara á skíði, ég er á svigskíðum, gönguskíðum og fjallaskíðum og ég elska alla útiveru.“

### Hvað með þig persónulega?

Þetta hefur ekki breytt mér en ég sé á hverjum degi hvað starfsfólkið mitt er frábært og gaman að vinna með því. Ég hlakka alltaf til að mæta til vinnu og get ekki hrósað starfsfólkinu mínu sem ég kalla COVID-stríðsmennina, nógsamlega. Þetta eru ekki bara heilbrigðisstarfsmenn, þetta er skemmtileg teymisvinna með alls konar fólki sem við höfum lært mikið af. Mér finnst ég hafa lært að horfa á stóru myndina, hvað það er sem skiptir máli, að festast ekki í smáatriðum og að treysta samstarfsfólkinu. Ég sem stjórnandi er meira í því hlutverki að hvetja starfsfólk og góðar hugmyndir áfram. Það er svo mikill fjársjóður í góðu starfsfólki og mikilvægt að virkja mannauðinn, hvetja hann áfram en ekki vera að anda ofan í háls málið á fólki

### Hvernig hlúir þú að sjálfri þér eftir annasaman dag?

Þá hlusta ég á góða bók, annars er hugurinn alltaf við vinnuna. Ég er alæta á bækur en þegar ég þarf að hvíla hugann hlusta ég oft á spennusögu en svo þegar ég slekk á sögunni man ég varla um hvað hún var en hún hvíldi hugann og fékk mig til að hugsa um eitthvað annað en vinnuna um stund.

### Hver eru áhugamál þín?

Ég elska að fara á skíði, ég er á svigskíðum, gönguskíðum og fjallaskíðum og ég elska alla útiveru. Einnig að vera með fjölskyldunni en ég á mann, þrjá syni, tvær tengdadætur og eitt barnabarn, þannig að fjölskyldan fer stækkandi.

## Örstutt að lokum

### Kaffi eða te?

Kaffi á morgnana en ég fæ mér alltaf tebolli í hádeginu.

### Uppáhaldsborgir?

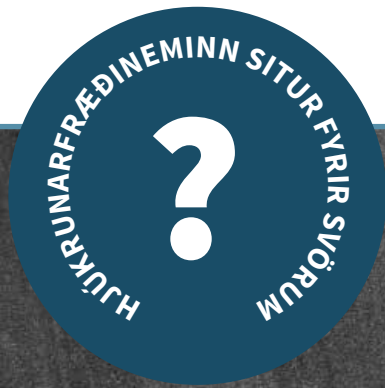
París og Veróna á Ítalíu.

### Hvað ætlar þú að gera í sumarfríinu?

Ég ætla að ferðast um Ísland. Ég hef lítið frí fengið síðastliðin sumur og vona að ég fái gott sumarfrí núna í sumar. Síðasta sumar skrapp ég á Vestfirði og kannski ég skreppi á Austfirði í sumar. Við eigum hús á Grenivík sem er okkar afdrep. Mér finnst mikil hvíld að fara þangað í sveitaloftið. Maðurinn minn er frá Grenivík og þar eru yndislegir bæjarbúar og náttúra, við förum í göngutúra, hjólum og skíðum.

### Mottó

Að brosa og gefa frá sér jákvæða strauma. Það hefur alltaf fylgt mér og mér líður betur þegar ég næ að brosa.



# Bogey Ragnheiður Leósdóttir

Stjórnvöld gætu hækkað grunnlaunin til að hvetja fleiri til að læra hjúkrunarfræði



**Aldur:** 25 ára.

**Stjórnumerkir:** Hrótur.

**Á hvaða ári ertu í náminu?**

Á fjórða ári.

**Hvers vegna valdir þú hjúkrunarfræði?**

Hjúkrunarfræðin opnar gríðarmarga atvinnumöguleika bæði hérlendis og erlendis. Svo er ég mikil félagsvera svo hjúkrunarfræðin lá vel við.

**Gætir þú hugsað þér að starfa sem hjúkrunarfræðingur erlendis í framtíðinni?**

Algjörlega.

**Skemmtilegasta fagið?**

Nýi áfanginn Andvari: gjörgæsluhjúkrun.

**Erfiðasta fagið?**

Bráðahjúkrun, Þorsteinn kennari gerir kröfur.

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

Hvað hjúkrunarfræðin er í raun og veru fjölbreytt og opnar marga atvinnumöguleika.

**Eitthvert fag sem þér finnst vanta í námið?**

Ég hefði verið til í að læra meiri líffærafræði.

**Ætlar þú að fara í framhaldsnám?**

Já, það eru margir spennandi möguleikar og ég hef ekki gert það upp við mig hvað ég mun velja.

**Hressasti kennarinn?**

Þorsteinn, ekki spurning.

**Eftirminnilegasta kennslustundin til þessa?**

Þegar við settum upp æðaleggi í fyrsta sinn á öðru ári, því fylgdi mikill spenningur.

**Flottasta fyrirmyndin í faginu?**

Ásdís Guðmundsdóttir, gjörgæsluhjúkrunarfræðingur og aðjúnt hjá HÍ. Hún er frábær í sínu starfi á gjörgæslunni og sem kennari við hjúkrunarfræðideildina.

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

Flyta mér hægt og vera fordómalaus.

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

Á núverandi vinnustað mínum gjörgæslunni á Hringbraut.

**Uppáhaldslæknadrama?**

Grey's Anatomy.

**Besta ráðið við prófkvíða?**

Að hreyfa sig.

**Kaffi, te, kólk, orkudrykkir eða allt saman?**

Kaffi.

**Besta nestið?**

Soðið egg.

**Besta næði til að læra?**

Heima í stofu.

**Hvernig nærir þú andann?**

Með því að hreyfa mig, fara í sund, hitta skemmtilegt fólk, þrjóna og lesa.

**Líkamsrækt eða letilíf á frídögum?** Líkamsrækt.

**Þrjú stærstu afrek í lífinu, fyrir utan börnin þín ef þú átt börn?**

Ég hef keppt fyrir Íslands hönd í stangarstökki, ég á 70 kg í bekkpressu og ég á íbúð.

**Hefur þú áhyggjur af hlýnun jarðar? Já.**

**Hvað gerir þú til að sporna við gróðurhúsaáhrifum?**

Ég geng alltaf í vinnuna og skólann, ég hendi aldrei mat og svo er ég kölluð Rauði krossinn í vinahópnum þar sem ég sé um endurnýtingu á fótum kaupóðra vinkvenna minna.

**Hvað gleður þig mest í lífinu?**

Góð heilsa.

**Hvað hryggir þig helst?**

Stríðið í Úkraínu.

**Uppáhaldsveitingastaður?**

Austur-Índíafélagið á Hverfisgötu.

**Hvers saknar þú mest í heimsfaraldri?**

Að geta ferðast áhyggjulaus.

**Fallegasta borg í heimi?**

París er ein af uppáhalds.

**Besti bar fyrir hamingjustundir (happy hour)?**

Sushi Social, góðir alvörukokteilar þar.

**Falín perla í náttúru Íslands?**

Grænihryggur er kannski ekki mjög falinn en algjör perla í náttúru Íslands.

**Besta baðið?**

Sundhöll Reykjavíkur.

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

Ég myndi segja að ég sé lífsglöð, drifandi og orkumikil.

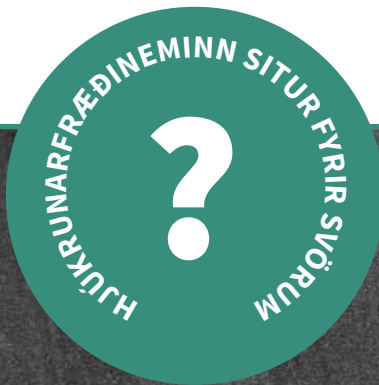
**Að lokum hvað finnst þér að stjórnvöld gætu gert til að hvetja fleiri til að læra hjúkrun?**

Varpa ljósi á hvað felst í starfi hjúkrunarfræðinga og hækka grunnlaunin.

**Alveg að lokum hvað finnst þér vanta í Timarit hjúkrunarfræðinga?**

Blaðið er flott eins og það er!





# Birgitta Rún Guðmundsdóttir

Erfitt að finna jákvæðari hjúkrunarfræðing og kennara en Marianne Klinke



**Nafn:** 25 ára.

**Stjörnumerki:** Meyja

**Á hvaða ári ertu í náminu?**

Ég er á fjórða ári.

**Hvers vegna valdir þú hjúkrunarfræði?**

Ég valdi hjúkrunarfræði því mig hefur lengi langað til að verða ljósmóðir.

Ég kynntist svo hjúkrunarstarfinu betur þegar ég byrjaði að vinna á

hjúkrunarheimili þegar ég var 17 ára og þá var ekki aftur snúið.

**Gætir þú hugsað þér að starfa sem hjúkrunarfræðingur erlendis í framtíðinni?**

Já, ég gæti hugsað mér að starfa erlendis. Mig hefur alltaf langað til að fara út í hjálparstarf.

**Skemmtilegasta fagið?**

Örveru- og sýklafræði fannst mér virkilega skemmtilegt fag.

**Erfiðasta fagið?**

Lífedeisfræði II, það flæktist eitthvað fyrir mér.

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

Hvað þessi tími hefur verið fljótur að líða og hversu mikið maður lærir í klíniska náminu.

**Eitthvert fag sem þér finnst vanta í námið?**

Nei, ekkert fag sem mér finnst vanta en það eru nokkur fög sem mér finnst að hefði mátt fara betur í eins og til dæmis líffærafræði og áfanga um samskipti.

**Ætlar þú að fara í framhaldsnám?**

Já, ég ætla í framhaldsnám í framtíðinni. Barnahjúkrun og ljósmóðurfræði eru efst á lista eins og er.

**Hressasti kennarinn?**

Marianne Klinke, held það sé erfitt að finna jákvæðari hjúkrunarfræðing og kennara en hana.

**Eftirminnilegasta kennslustundin til þessa?**

Herminám í bráðahjúkrun þar sem að kennararnir tóku hlutverk sitt sem aðstandendur virkilega alvarlega.

**Flottasta fyrirmyndin í faginu?**

Ágústa Hjördis Kristinsdóttir, sérfræðingur í bráðahjúkrun. Hún er frábær kennari og einnig hefur hún farið oft út í hjálparstarf og það er eitthvað sem mig hefur langað til að gera og því vil ég nefna hana.

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

Góð samskipti og góð nærvera.

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

Ég var svo heppin að fá vinnu á barnadeildinni á Barnaspítala Hringins eftir að ég kláraði þriðja árið og þar hef ég hugsað mér að vinna að loknu námi.

**Uppáhaldslæknadrama?**

Grey's Anatomy hefur vinningin og The Good Doctor.

**Besta ráðið við prófkviða?**

Sofa vel, halda rútinu, taka pásur og hreyfa sig.

**Kaffi, te, kók, orkudrykkir eða allt saman?**

Kaffi og mikið af því.

**Besta nestið?**

Flatkökur og skyr verður mjög oft fyrir valinu.

**Besta næðið til að læra?**

Heima í stofu eða á Þjóðarþéttunni.

**Hvernig nærir þú andann?**

Fer á æfingu, göngutúra þar sem ég hlusta á hlaðvörp og svo finnst mér kvóldsund mjög slakandi og nærandi.

**Líkamsrækt eða letilíf á frídögum?**

Mér finnst alltaf gott að hreyfa mig svölitið fyrst og svo letilíf eftir það.

**Þrjú stærstu afrek í lífinu?**

Ég fór til Bretlands sem au pair í eitt ár. Ég var í landsliðurvali unglinga í áhaldafimleikum, klárað stúdentspróf frá Verzlunarskóla Íslands og er alveg að ljúka námi í hjúkrunarfræði þrátt fyrir að vera lesblind.

**Hefur þú áhyggjur af hlýnun jarðar?**

Já, ég hef áhyggjur af hlýnun jarðar og öllu sem fylgir.

**Hvað gerir þú til að sporna við gróðurhúsasáhrifum?**

Ég reyni að nota bílinn minn sem minnst og kaupa frekar fjólnota vörur en einnota.

**Hvað gleður þig mest í lífinu?**

Fjölskyldan mín. Einnig bakklæti foreldra barna sem ég hef sinnt í mínu starfi og tilfinningin þegar maður veit að maður hefur hjálpað fólki á erfiðum stundum, það er góð tilfinning.

**Hvað hryggir þig helst?**

Að það sé stríð í heiminum í dag og að ekki allir geti búið við ásættanlegar aðstæður.

**Uppáhaldsveitingastaður?** Forréttabarin.

**Hvers saknaðir þú mest í heimsfaraldri?**

Að geta ekki hitt allt fólkið mitt og að geta ekki farið til útlanda.

**Fallegasta borg í heimi?** Búdapest að sumri.

**Besti bar fyrir hamingjustundir (happy hour)?**

Petersen svítan á góðum sumardeg.

**Falín perla í náttúru Íslands?** Myrkárgil á Borgarfirði.

**Besta baðið?** Vök Baths.

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

Ég myndi segja að ég væri jákvæð, drífandi, mjög samviskusöm og taki stundum kannski fullmikla ábyrgð á öllum öðrum í kringum mig.

**Að lokum hvað finnst þér**

**að stjórnvöld gætu gert til**

**að hvetja fleiri til að læra**

**hjúkrun?** Gera vinnuumhverfi

hjúkrunarfræðinga meira

aðlaðandi og tala um starfið á

uppbyggilegri hátt.

**Alveg að lokum hvað**

**finnst þér vanta í Tímarit**

**hjúkrunarfræðinga?**

Það væri gaman að sjá

kannski einhverjar

sturlaðar

staðreyndir

um hjúkrun.





# Almar Örn Wathne

Parf að auka fræðslu til ungmenna og breyta hugsunarhættinum svo strákar viti að hjúkrunarfræði er valmöguleiki



**Nafn:** 30 ára.

**Stjórnumerkir:** Sporðdreki.

**Á hvaða ári ertu í náminu?**

Ég er á öðru ári.

**Hvers vegna valdir þú hjúkrunarfræði?**

Til að hjálpa og hjúkra fólki, fjölbreyttir starfsmöguleikar og vegna starfsreynslu minnar á Geðþjónustu Landspítala.

**Gætir þú hugsað þér að starfa sem hjúkrunarfræðingur erlendis í framtíðinni?**

Já.

**Skemmtilegasta fagið?**

Lífeðlisfræði I og II.

**Erfiðasta fagið?**

Heilbrigðismat.

**Eitthvað fag sem þér finnst vanta í námið?**

Læt vita eftir tvö ár.

**Ætlar þú að fara í framhaldsnám?**

Já, ég stefni á framhaldsnám í geðhjúkrun.

**Hressasti kennarinn?**

Ásdís Guðmundsdóttir og Þorsteinn Jónsson.

**Eftirminnilegasta kennslustundin til þessa?**

Æfingatímarir í samskiptum og fræðsla. Flestar kennslustundir hafa farið

fram á netinu en þar hittumst við nemendur og kynntumst hvert öðru.

**Flottasta fyrirmyndin í faginu?**

Móðir mín, kærasta og samstarfsfélagar eru allt flottar fyrirmyndir.

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

Fræðsluhlutverkið.

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

Á Geðsviði Landspítala.

**Uppáhaldslæknadrama?**

The Good Doctor.

**Kaffi, te, kólk, orkudrykkir eða allt saman?** Orkudrykkir.

**Besta nestið?**

Flatkökur með hangikjöti.

**Besta næðið til að læra?**

Stofan heima hefur komið mér langt.

**Hvernig nærir þú andann?**

Með því að fara í göngutúra.

**Líkamsrækt eða letilíf á frídögum?**

Letilíf.

**Þrjú stærstu afrek í lífinu?**

Komast í gegnum klásus í hjúkrunarfræði og að hætta neyslu áfengis og tóbaks.

**Hefur þú áhyggjur af hlýnun jarðar?**

Já.

**Hvað gerir þú til að sporna við gróðurhúsáhrifum?**

Nota vistvænar samgöngur.

**Hvað gleður þig mest í lífinu?**

Hundar.

**Hvað hryggir þig helst?**

Ójafnrétti.

**Uppáhaldsveitingastaður?**

Forréttabarin.

**Hvers saknaðir þú mest í heimsfaraldri?**

Fjölskyldu og vina.

**Fallegasta borg í heimi?**

Reykjavík.

**Besti bar fyrir hamingjustundir (happy hour)?**

Ráðagerði á Seltjarnarnesi.

**Besta baðið?**

Náttúrulaugin í Reykjadal.

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

Skemmtilegur, þolinmóður, umhyggjusamur og traustur.

**Að lokum hvað finnst þér að stjórnvöld gætu gert til að hvetja fleiri til að læra hjúkrun?**

Það vantar ekki aðsókn og áhuga fólks í hjúkrunarfræði. Með því að aukafjármagn til Hjúkrunarfræðideildar og Landspítala væri hægt að tryggja fleiri verknámspláss og aukin námstækifæri. Þar geta stjórnvöld komið inn í. Einnig tel ég að það þurfi að auka fræðslu og kynningar í grunnskólum og framhaldskólum að strákar geti líka valið að læra hjúkrunarfræði. Ég tel að það þurfi að breyta hugsunarhættinum, þegar ég var yngri hugsaði ég ekki einu sinni um það að verða hjúkrunarfræðingur, eins og það væri ekki valmöguleiki fyrir stráka.



## Vilt þú ganga til liðs við öflugan hóp hjúkrunarfræðinga á Sjúkrahúsinu á Akureyri?



### Sjúkrahúsið á Akureyri

- Er framsækinn og eftirsóknarverður vinnustaður
- Veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu með áherslu á bráðþjónustu og helstu sérgreinameðferðir
- Er annað tveggja sérgreinasjúkrahúsa landsins og gegnir lykilhlutverki í almannavörnum
- Er kennslusjúkrahús og þekkingarstofnun sem leggur metnað sinn í kennslu og rannsóknir í heilbrigðisvísindum
- Leggur áherslu á að ráða til starfa og halda í hæfileikaríka einstaklinga
- Er miðstöð læknisfræðilegrar þjónustu sjúkraflugs í landinu
- Er með alþjóðlega gæðavottun á starfsemi sinni og er fyrsta heilbrigðisstofnunin á Íslandi til að hljóta slíka vottun
- Er með jafnlaunavottun skv. IST-85 frá árinu 2019

Sjúkrahúsið býður upp á krefjandi og áhugaverð störf í fjölbreyttu og spennandi starfsumhverfi með góðri handleiðslu og býður upp á tækifæri til starfsþróunar með markvissri þjálfun og fræðslu.

Ef þú hefur áhuga á að koma og vinna á lifandi og fjölbreyttum vinnustað þá er Sjúkrahúsið á Akureyri góður kostur.

Við tökum vel á móti þér.

## Aðalfundur Fíh

### Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga verður haldinn fimmtudaginn 12. maí 2022 á Hilton Reykjavík Nordica

Allir félagsmenn hafa rétt til setu á aðalfundi. Atkvæðisrétt hafa félagsmenn með fulla aðild, fagaðild, lífeyrisaðild og nemendur í hjúkrunarfræði sem þiggja laun samkvæmt kjarasamningi Fíh, sem skrá sig til þátttöku á fundinn fyrir 5. maí. Félagsmenn sem skrá sig eftir þann tíma hafa ekki atkvæðisrétt.

Vakin er athygli á að tillögur til lagabreytinga skulu hafa borist stjórn félagsins fyrir 14. apríl. Hið sama gildir um önnur mál sem félagsmenn óska eftir að tekin verði fyrir á aðalfundi.

Fundurinn verður nánar auglýstur síðar á vefsvæði félagsins, [www.hjukrun.is](http://www.hjukrun.is)



# Ef maður er í góðu formi ræður maður líka betur við erfiðleika sem koma upp í lífinu

Texti: Sigríður Elín Ásmundsdóttir | Myndir: Úr einkasafni

Ólafía Kvaran hjúkrunarfræðingur varð heimsmeistari árið 2019 þegar hún sigraði 21 km Spartan Race hindrunar- og þrekhlauþ í sínum flokki. Árið 2021 landaði hún svo Evrópumeistaratitlinum, hún segir útihlaup vera sína hugleiðslu og hleypur þess vegna oftast ein. Við heyrðum í hjúkrunarfræðingnum og hlaupakonunni Ólafíu sem segist ekki vera hætt að keppa en ætli samt að njóta lífsins meira á komandi árum og setja minni pressu á sjálfa sig. Hún segist vera mjög meðvituð um mikilvægi þess að hafa heilsu eftir að eiginmaður hennar fór í hjartastopp fyrir nokkrum árum. Það breytti lífsviðhorfi fjölskyldunnar.

Óla, eins og hún kys að kalla sig, kom sá og sigraði árið 2019, eftir að hafa lent í fjórða sæti árið áður. Svo skall heimsfaraldur á, hún hélt þó ótrauð áfram að hlaupa og tók þátt í Evrópumeistaramóti sem haldið var í Verbier í Swiss haustið 2021. Óla sigraði og var Evrópumeistari í sínum aldursflokki í 21 km Spartan Race. Í kjölfarið mætti hún til leiks á heimsmeistaramótið 2021 sem haldið var í heitum eyðimerkursandi í Abu Dhabi og landaði þar öðru sætinu.

**Óvænt boð á heimsmeistaramót í liðakeppni** Keppt er í íþróttinni í fjölmörgum löndum í Evrópu og Asíu og hún nýtur mikilla vinsælda í Bandaríkjunum. Í Spartan-hlaupum takast keppendur á við ýmiss konar hindranir í hlaupi sem oft er með mikilli hækkun. „Spartan-hlaup eru yfirleitt alltaf utanvegahlaup. Yfirleitt eru mótin haldin á stórum útivistarsvæðum, heimsmeistaramótið sem ég fór á 2019 var haldið á risastóru

skíðasvæði og þar vorum við að hlaupa í skíðabrekkum. Evrópumótið sem ég fór á var svo haldið í skíðaþorpi í Sviss,“ útskýrir Óla. Hún segir að það sé hentugt að halda þessi mót í skíðaþorpum því þar séu hótél, veitingastaðir og öll aðstaða fyrir keppendur. „Keppt er í fjórum vegalengdum, 5 km, 10 km, 21 km og 42 km og ég hef verið að keppa í 21 km hlaupum.“

En hvernig byrjaði þetta ævintýri? „Það gerðist satt best að segja mjög óvænt sumarið 2017, þá var mér og tveimur æfingafélögum mínum boðið að keppa sem lið. Spartan var að fara að halda heimsmeistaramót í liðakeppni um haustið og vantaði lið frá Íslandi. Ekkert okkar hafði prófað Spartan-hlaup áður en við ákváðum samt að skella okkur í liðakeppnina, mér fannst þetta spennandi áskorun og kolféll strax fyrir íþróttinni. Ég ákvað því að halda áfram og fljótlega var ég komin á kaf í þælingar og æfingar. Í upphafi árs 2018 fór ég að skoða hvernig best væri að æfa fyrir Spartan-mót sem endaði með því að ég fór til New York á þjálfaranámskeið og í framhaldinu til Boston á framhaldsnámskeið. Fyrri námskeiðið var bókleg þjálfunarfræði en það seinna tæknilegt, verklegt nám. Í Spartan-hlaupum eru



„Þetta er ekki bara líkamlega erfitt heldur líka gífurleg andleg áskorun.“



Ólafía varð heimsmeistari í 21 km Spartan Race hlaupi árið 2019

margar þrautir og hindranir, í 21 km hlaupi sem er mín vegalengd, eru til að mynda um 30 þrautir sem eru mistæknilegar og miserfiðar. Margar af þessum hindrunum eru skylduhindranir sem þýðir það að keppendur verða að geta klárað þær til þess að fá að halda áfram keppni; allur burður, eins og til dæmis að hlaupa með sandpoka eða trédrumba upp og niður brekkur, klifra yfir háa veggj og undir gaddavir eða gegnum eitthvað eru dæmi um hindranir sem keppendur verða að geta komist yfir. Ef ekki er keppandi úr leik og fær ekki að halda áfram keppni en það eru dómamar við hverja hindrun sem fylgjast með og sjá til þess að allir fari eftir settum reglum,” segir Óla. Og það eru ekki bara hindranir á landi því hún segir að keppendur þurfi líka að synda yfir ár og vötn. „Síðan er fullt af öðrum hindrunum sem eru tæknilegri og krefjast meira af manni, til dæmis apastigar, spjótkast, kaðlaklifur, minnispróf og alls konar veggjaklifur. Maður fær eina tilraun til að klára þær hindranir og ef það klikkar er maður sendur á refsisvæði og þarf að gera 30 „burpees“ (leggjast á kviðinn og hoppa upp með hendur fyrir ofan höfuð) til að fá að halda áfram keppni. Ef keppandi klárar ekki skylduhindrun þá er hann úr leik en ef hann klikkar á öðrum hindrum þarf að klára refsinguna og halda svo áfram,” útskýrir Óla hress í bragði.

#### **Kept í freðnu fjallendi og heitum eyðumerkursandi**

En hvernig upplifun var það að keppa á heimsmeistaramóti í fyrsta sinn? „Það var mikil reynsla, mótið var haldið lengst uppi í fjöllum og það var rosalega kalt í veðri. Það kom stormur nóttina fyrir keppnisdag og það var allt snjóhvítt þegar mótið hófst, ég þurfti til dæmis að synda í ísköldu vatni sem var frosið við bakkana. Það er ekki nóg með að umhverfið sé oft erfitt yfirferðar í þessum hlaupum því veðrið leikur líka stóran þátt í því hvernig gengur. Á seinna heimsmeistaramótinu sem ég fór á voru aðstæður

„... það er rosalega erfitt að hlaupa í eyðimerkursandi, það er eins og að hlaupa í hveiti því sandurinn er svo fíngerður. Skórnir mínir fylltust af sandi, þrátt fyrir sérstakar skóhlífar, táneglurnar krömdust og duttu svo af ein af annarri.“



gjörólikar, þá var kulddinn ekki erfiðasta áskorunin heldur hiti og fingerður sandur en hlaupið var í eyðimörk í Abu Dhabi í 30 stiga hita,“ segir hún og þá leikur okkur forvitni á að vita hvort kulddinn eða hitinn hafi hentað íslensku hlaupakonunni betur? „Ég vann í kuldanum en hef samt enga afsökun fyrir því að hafa ekki sigrað líka í hitanum því ég var búin að undirbúa mig mjög vel. Ég hljóp til að mynda í snjó til að undirbúa mig fyrir sandinn og æfði svo inni í svitagalla sem andar ekki með alla ofna í botni til að undirbúa mig undir hitann. Það kom mér samt á óvart hvað það er rosalega erfitt að hlaupa í eyðimerkursandi, það er eins og að hlaupa í hveiti því sandurinn er svo fingerður. Skórnir mínir fylltust af sandi, þrátt fyrir sérstakar skóhlífar, táneglurnar krömdust og dattu svo af ein af annarri. Sama hvað ég reyndi þá gat ég ekki, frekar en aðrir, hlaupið hratt í sandinum, ég er yfirleitt rúma þrjá tíma að hlaupa þessa vegalengd en ég var tæpa fimm tíma í Abu Dhabi-eyðimörkinni.“

### Margir keppendur gáfust upp

„Strax í upphafi hlaupsins þegar ég var búin að hlaupa nokkra kílómetra gerði ég mér grein fyrir því að ég yrði miklu lengur að klára þetta. Það er einmitt þessi óvissa og breytileiki á aðstæðum sem mér finnst svo heillandi. Þetta er ekki bara líkamlega erfitt heldur líka gífurleg andleg áskorun. Maður er í gegnum allt hlaupið að tala við sjálfan sig, endurmeta, breyta áætlun og aðlagast aðstæðum hverju sinni. Ég mætti vel undirbúin, var með næga orku og steinefni sem er það allra mikilvægasta við þessar aðstæður. Ég gerði ekki ráð fyrir því að vera svona lengi úti í sólinni og hitanum en sem betur fer hafði ég tekið með mér nægar birgðir og lenti ekki í neinum vandræðum. Það eru vatnsstöðvar

í brautinni en maður þarf að bera alla orku með sér. Margir keppendur lentu í vandræðum og gáfust upp en ég kláraði hlaupið og náði öðru sætinu,“ segir Óla ágætlega sátt þótt hún viðurkenni að það sé meira gaman að landa gulli en silfri. En hún er ekki hætt, segist vera farin að skoða næstu hlaup og vafalaust á hún eftir að koma heim með fleiri gullpeninga.

### Fór með hlaupahóp til Dallas

Óla segir aðspurð ekkert Spartan Race-hlaupasamfélag vera til hér á landi, þessi íþrótt njóti meiri vinsælda í öðrum löndum. „Þetta er risastórt batterí og á heimasíðunni spartan.com geta áhugasamir kynnt sér þetta nánar, til að mynda er keppt í aldursflokkum, eins og ég geri, en svo eru líka atvinnumannaflokkar þar sem keppendur safna stigum yfir tímabil og til að átta sig á umfanginu má nefna að á heimsmeistaramótinu 2019 voru 10-12 þúsund keppendur,“ útskýrir hún og eflaust eiga fleiri íslenskir hlauparar eftir að bætast við Spartan-hlaupasamfélagið í framtíðinni. Óla hefur lagt sitt af mörkum til að vekja áhuga á íþróttinni hérlendis, en árið 2018 skipulagði hún ferð til Dallas þangað sem hún fór með 50 manna hóp. „Við vorum í Dallas í fimm daga og allir kepptu, flestir fóru 21 km en nokkrir hlupu 42 km. Fórum síðan aftur 2019 til Killington í Vermont en þar er ein erfiðasta Spartan-brautin.“

Óla hefur verið með átta vikna sumarnámskeið þar sem hún lagði áherslu á að kenna fólki tæknileg atriði til að takast á við ólíkar hindranir og segir aldrei að vita hvort það verði haldið eitt slíkt á komandi sumri. Áhugasamir geta sent henni skilboð í gegnum Instagram, en hana er að finna undir nafninu olakvaran.





Ólafía ásamt fjölskyldu sinni

„Hlaupin mín eru flest alltaf utanvegar og ég hleyp mest ein. Fyrir mig er það ákveðin hugleiðsa að hlaupa ein, mér finnst það gott.“

#### **Borðar hreint fæði en getur ekki sagt nei við rjómaís**

Óla segir mataræðið skipta sig miklu máli: „Ég borða mikið og ég borða flest en mest hreint fæði í sinni upprunalegustu mynd. Ég fylgi engu ákveðnu mataræði en borða helst ekki unnar matvörur og ekki sykurbættar mjólkurvörur. Ég verð samt að játa að ég get aldrei sagt nei við rjómaís og á alltaf til rjómaís í frysti en ég læt hann vera í fjórar vikur fyrir keppni,“ segir hún brosandí og bætir við að hún taki líka bætiefni og nefnir sérstaklega astaxanthin og Unbroken; „Hvort tveggja eru íslensk vörumerki. Astaxanthin er andoxunarefni unnið úr örþörungum og Unbroken er unnið úr ferskum laxi og er vöðvanæring sem flýtir líka fyrir endurheimt og styður við ónæmiskerfið. Fyrir mig er góð endurheimt lykilatriði og ég viðurkenni að eftir því sem maður verður eldri því mikilvægari er hún,“ segir hún og hlær innilega.

#### **Ákveðin hugleiðsla að hlaupa ein úti**

Óla segist alla tíð hafa hreyft sig mikið: „Ég æfði alla tíð íþróttir sem krakki og er með mikið keppnisskap en ég var lengst í handbolta, hætti þegar ég var 25 ára og yngsti sonur minn eins árs. Næstu árin hafði svo annað í lífinu forgang; skóli, vinna og barnaupveldi en við hjónin eignuðumst þrjá syni á sjö árum. Þegar ég var 34 ára fluttum við til Bretlands og vorum þar í þrjú ár. Þegar við fluttum aftur heim byrjaði ég aftur að hreyfa mig af krafti, ég ákvað þá að prófa Boot Camp og fann mig strax í því. Boot Camp fer vel saman með hlaupunum, styrkur, snerpa og þol. Hlaupin mín eru flest utanvegar og ég hleyp mest ein. Fyrir mig er það ákveðin hugleiðsa að hlaupa ein, mér finnst það gott.“

Óla er hjúkrunarfræðingur, hugsar vel um heilsuna og hreyfir sig mikið, en hvað með svefninn, hversu mikilvægur er hann?

„Hann fór í hjartastopp í svefni, þetta gerðist undir morgun, ég svaf illa þessa nótt og vaknaði við það sem ég hélt að væru hrotur og ýtti í hann en áttaði mig þá á því að hann var kaldur og blár.“

„Svefninn er mikilvægari en mataræði og hreyfing því ef þú ert ekki vel hvíld eru meiri líkur á að þú leitir í skyndiorku. Sömmuleiðis hefur þú ekki sama úthald og þrek ef þú ert þreytt, svefn er auk þess mikilvægur fyrir endurheimt, líkaminn fer má segja í viðgerðarfasa þegar við sofum og svefn er mikilvægur til að vinna úr upplýsingum. Rannsóknir sýna að þú bætir ekki upp tapaðan svefn og ef svefninn er í „rugli“ getur reynst árangursríkt að setja reglu á hann, fara á sama tíma að sofa og vakna á sama tíma. Svo eru það þessir koffindrykkir en rannsóknir sýna að þeir sem drekka mikið koffín fá minna af djúpum svefni. Best er að sleppa koffíni eftir klukkan eitt á daginn til að ná góðum svefni,“ segir hún brosandí.

### Fjölskyldan nánari eftir hjartastopp um miðja nótt

Óla er í sambúð með Friðleifi Friðleifsyni sem er líka mikill hlaupari. Þau kynntust þegar þau voru um tvítugt og eiga þau þrjá syni sem hljóta að hafa smitast af hlaupabakteríu foreldranna eða hvað? „Já, þeir eru allir miklir íþróttagaurar, sá elsti var lengi í fótbolta og er búinn að vera mörg ár í Boot Camp líka, við æfum oft saman þar. Miðjan er á kafi í fótbolta og spilar með meistaraflökki Hauka og sá yngsti er í fótbolta og golfi. Þeir hlaupa líka allir og hafa komið með mér á Spartan-mót, eru allir þrír mjög liprir og flottir íþróttamenn,“ segir hún ánægð með synina þrjá.

Hvar sérðu sjálfa þig eftir fimm ár? Mér finnst ég vera komin á þann stað að ég er farin að íhuga hversu lengi ég muni hafa gaman af því að keppa, ég er mjög samviskusöm og set mikla pressu á sjálfa mig ef ég er búin að skrá mig í hlaup, þá er fókúsin þar. Þannig að eftir fimm ár ætla ég að vera farin að setja minni pressu á mig og njóta meira. Ég vil vera í formi fyrir lífið og geta

gert það sem mig langar, hvort sem það er að fara á fjallahjól eða kajak. Ég er nýlega búin að eignast mitt fyrsta fjallahjól og vildi að ég hefði kynnst því sporti fyrir það er svo skemmtilegt og góð útivist. Markmiðið í mínum huga er bara að hafa heilsu til að takast á við lífið því ef maður er í góðu formi ræður maður líka betur við erfiðleika sem koma upp í lífinu. Ég fann það þegar maðurinn minn fór í hjartastopp um miðja nótt heima hjá okkur fyrir nokkrum árum. Hann fór í hjartastopp í svefni, þetta gerðist undir morgun, ég svaf illa þessa nótt og vaknaði við það sem ég hélt að væru hrotur og ýtti í hann en áttaði mig þá á því að hann var kaldur og blár. „Ég hnoðaði og blés í hann þar til sjúkrahöllin kom og þau náðu að stuða hann í gang aftur. Þrátt fyrir að hafa verið rannsakaður í botn og gott eftirlit hefur ekki fundist nein skýring hvers vegna hann fór í stoppið. Hann er með óútskýrðar rafrufflanir í hjartanu og gengur í raun á bjargráði í dag. Mönguð þessi tækni,“ útskýrir hún og bætir við að þessi lífeynsla hafi haft mikil áhrif á fjölskylduna. „Strákarnir okkar voru allir heima þegar þetta gerðist og vöknudu auðvitað við lætin. En það var svo sláandi hvað þeir upplifðu þetta á mismunandi hátt, sjúkrahúsprestur talaði við okkur áður en hann kom heim af sjúkrahúsinu og þeir vildu helst ekki fá þabba sinn heim strax, fannst hann öruggari þarna á spítalanum. Það eru liðin sex ár síðan þetta gerðist og ég held að þetta hafi breytt hugsunarhætti mínum og lífsviðhorfi, núna er ég svo meðvituð um mikilvægi þess að hafa heilsu og við fjölskyldan erum meira meðvituð um að lifa hvern dag og njóta lífsins. Við erum mjög nán, förum saman í ferðalög og það er regla að það er alltaf eða oftast kvöldmat, okkur finnst gott að ná að spjalla saman yfir kvöldmatnum þótt það sé ekki alltaf full mæting þar sem það eru oft æfingar á matartíma,“ segir hún að endingu.

Óla hefur verið með sumarnámskeið þar sem hún kennir tæknileg atriði til að takast á við ólíkar hindranir og segir aldrei að vita hvort það verði haldið eitt slíkt á komandi sumri. Áhugasamir geta sent henni skilboði í gegnum Instagram þar sem hún er undir olakvaran.





Fyrirlesarar í þriðju lotu voru glaðbeittir fyrir pallborðsumræðurnar. Þorsteinn V. Einarsson, Sölvi Sveinsson, Gísli Kort Kristófersson og fundarstjórinn Ólafur G. Skúlason.



Sölvi Sveinsson sagði frá sinni upplifun sem karlkyns hjúkrunarfræðingur.

## Hjúkrun með mismunandi kynjagleraugum

Þann 4. febrúar síðastliðinn hélt Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga rafrænt málþing undir yfirkriftinni „Hjúkrun með mismunandi kynjagleraugum“.

Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Fíh, setti málþingið og fundarstjóri var Ólafur G. Skúlason, hjúkrunarfræðingur og forstöðumaður skurðstofa og gjörgæslu á Landspítala. Þinginu var skipt upp í þrjár lotur, fyrirlesararnir voru ellefu, umfjöllunarefnið mjög áhugaverð og umræðurnar sem sköpuðust í lok hvernar lotu skemmtilegar.

Við hvetjum alla áhugasama til að fara inn á vef félagsins [hjukrun.is](https://www.hjukrun.is) þar sem upptökur frá málþinginu eru aðgengilegar: <https://www.hjukrun.is/fagid/rafraent-malthing2022/>



Gísli Nils Einarsson hjúkrunarfræðingur. Hann fjallaði meðal annars um helstu ástæður þess að karlar velja sjaldan að vera hjúkrunarfræðingar en lág laun eru helsta ástæðan.



Halla Bergþóra Björnsdóttir, lögreglustjóri á Höfuðborgarsvæðinu flutti fyrsta erindið í annarri lotu málþingsins.



Hildur Sigurðardóttir, lektor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.



Hector Wilham Roque Rosal, hjúkrunarfræðingur á Landspítala sagði frá reynslu sinni sem karlkyns hjúkrunarfræðingur.



Alma Dóra Ríkharrðsdóttir, sérfræðingur í jafnréttismálum fjallaði um Jafnrétti í atvinnulífinu.



Ingólfur Ásgeir Jóhannesson, prófessor við Menntavísindasvið Háskóla Íslands, flutti áhugavert erindi.



Þorsteinn V. Einarsson sagði frá verkefninu Karlmenntan sem hefur vakið athygli í samfélaginu.



Eygla Ingadóttir, hjúkrunarfræðingur og formaður jafnréttisnefndar Landspítala sagði meðal annars frá gerð jafnréttisáætlunar og áskorunum í jafnréttismálum á heilbrigðisstofnunum.

## Hér má sjá dagskrá málþingsins

### **LOTA 1.**

Gísli Nils Einarsson, hjúkrunarfræðingur  
**Niðurstöður úr könnun Fíh og karlkyns hjúkrunarfræðinga á Íslandi.**

Alma Dóra Ríkharðsdóttir, sérfræðingur í jafnréttismálum

**Jafnrétti í atvinnulífinu.**

Árni Már Haraldsson, deildarstjóri gjörgæslu á Landspítala Hringbraut

**Af hverju fórstu ekki í lækinn? Reynsla og upplifun karlkyns hjúkrunardeildarstjóra.**

Hildur Sigurðardóttir, lektor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

**Karlar í námi við hjúkrunarfræðideild HÍ.**

### **LOTA 2.**

Halla Bergþóra Björnsdóttir, lögreglustjóri á Höfuðborgarsvæðinu

**Fjölgun kvenna meðal menntaðra lögreglumanna.**

Hector Wilham Roque Rosal, hjúkrunarfræðingur á Landspítala

**Reynslusaga karlkyns hjúkrunarfræðings.**

Ingólfur Ásgeir Jóhannesson, prófessor við Menntavísindasvið Háskóla Íslands

**Er hæfileikinn til að halda aga í kennslustundum tileinkaður körlum frá náttúrunnar hendi?**

Eygló Ingaðóttir, hjúkrunarfræðingur og formaður jafnréttisnefndar Landspítala

**Hlutverk jafnréttisnefnda – gerum betur.**

### **LOTA 3.**

Þorsteinn V. Einarsson, stofnandi Karlmennskunnar

**Verkefnið Karlmenntan.**

Sölvi Sveinsson, hjúkrunarfræðingur á Landspítala  
**Reynslusaga karlkyns hjúkrunarfræðings.**

Gísli Kort Kristófersson, sérfræðingur í geðhjúkrun og lektor við Háskólann á Akureyri

**Niðurstöður úr könnun Fíh og næst skref.**



*Pallborðsumræður að lokinni fyrstu lotu.*

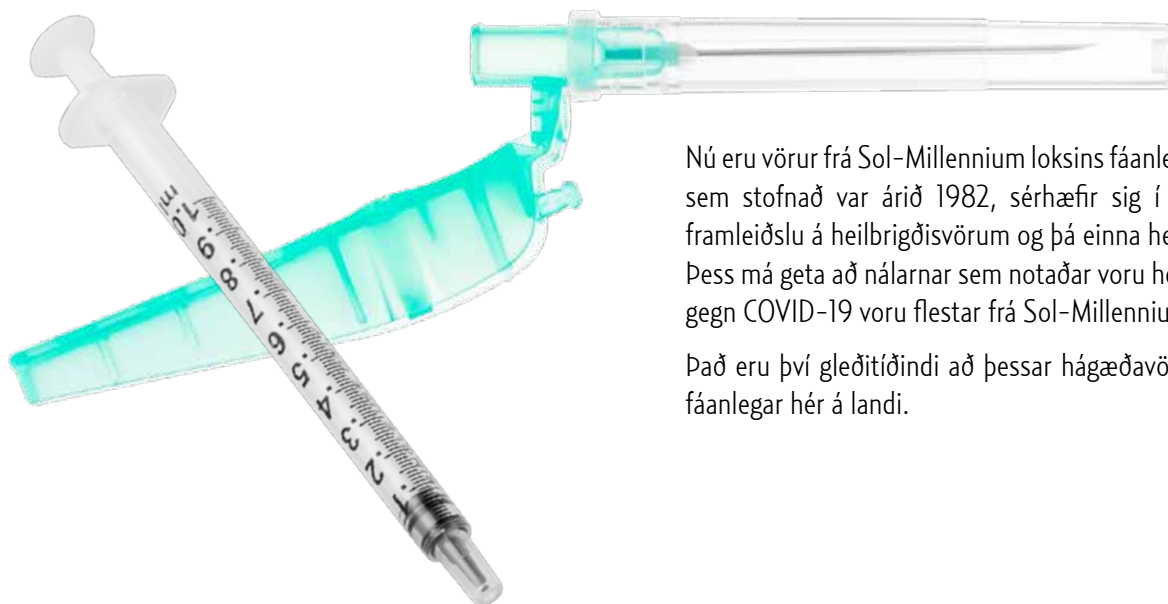


*Pallborðsumræður að lokinni annari lotu*



*Edda Dröfn Danielsdóttir, sviðsstjóri fagsviðs hjá Fíh, skipulagði málþingið og var að sjálfsgöðu á staðnum.*

## ICEPHARMA HEFUR SÖLU Á VÖRUM FRÁ SOL-MILLENNIUM



Nú eru vörur frá Sol-Millennium loksins fáanlegar á Íslandi. Fyrirtækið, sem stofnað var árið 1982, sérhæfir sig í þróun, rannsóknum og framleiðslu á heilbrigðisvörum og þá einna helst nálum og sprautum<sup>1</sup>. Þess má geta að nálarnar sem notaðar voru héraðs í bólusetningum gegn COVID-19 voru flestar frá Sol-Millennium.

Það eru því gleðitíðindi að þessar hágæðavörur á góðu verði séu nú fáanlegar hér á landi.

1. <https://emea.sol-m.com/sol-millennium/>



repose<sup>®</sup>

## REPOSE LÉTTIR UNDIR MEÐ ÞÉR

Byltingarkennd vara fyrir einstaklinga sem eru komnir með þrýstingssár eða eiga á hættu á að fá slík sár.



# Ævintýralegt en ekkert glamúrlíf

Jónína Eir Hauksdóttir er hjúkrunarfræðingur á bráðamóttökunni í Fossvogi, hún er einnig í hlutastarfi á Læknavaktinni og svo tekur hún að sér að vera hjúkrunarfræðingur á setti þegar verið er að taka upp erlendar kvikmyndir, sjónvarpsþætti eða annað efni hér á landi. Þær vaktir næra ævintýramanneskjuna Jónínu sem veit fátt skemmtilegra en að fá að fara á nýjar slóðir með tókuliði, leikurum og öllum hinum sem koma að svona verkefnum. Hún hefur unnið með heimsfrægum leikurum uppi á jöklum, úti í móa, oft fjarri mannabyggðum í alls kyns veðrum og vindum. Jónína segir að kuldinn sé erfiðasta áskorunin í starfi sínu sem set medic, eins og það heitir á ensku. Við settumst niður með ævintýramanneskjunni Jónínu og spurðum hana spjörunum úr.

**Texti:** Sigríður Elín Ásmundsdóttir | **Mynd:** Sigtryggur Ari Jóhannsson og úr einkasafni

Jónína útskrifaðist úr hjúkrunarfræði árið 1986 og hefur starfað við fagið síðan. „Fyrstu fimm árin eftir útskrift vann ég á Borgarspítalanum, eins og hann hét þá, á deild A-6 sem var almenn lyflækningadeild. Það var afskaplega lærdómsríkur og skemmtilegur tími. Á þessum tíma voru líka fjögur heila- og taugaskurðeildarpláss á deildinni. Seinna fór ég svo að starfa á bráðamóttöku.“

## Var nýfarin þegar hryllingurinn í Útey átti sér stað

Jónína segist alla tíð hafa verið í tveimur eða fleiri störfum í einu. „Í um sex ár var ég í 80 % starfi á bráðamóttökunni og fór svo fimm til sex sinnum á ári til Noregs þar sem ég tók oftast eins til tveggja vikna vinnutarnir, á hinum ýmsum deildum og bráðamóttökum. Stundum var ég lengur í einu. Mér fannst það á sínum tíma hressandi og skemmtilegt en eftir á að hyggja var þetta mikið álag. Kosturinn við að taka vinnutarnir erlendis er að maður kynnist mörgu fólki, lærir helling og upplifir nýja hluti. Ég var mest í Ósló, Bergen og Stavanger, tvisvar sinnum var ég í bænum Hønefoss, sem eyjan Útey tilheyrir, en það er bærinn sem tók við fórnarlömbum skotárásarinnar í Útey árið 2011. Ég var nýfarin þaðan þegar þessi hryllilegi atburður átti sér stað og þakka forsjánni fyrir að hafa ekki verið á vakt. Ég veit að nokkrir kollegar mínir á sjúkrahúsinu í bænum hættu að vinna við hjúkrun eftir þetta,“ segir hún sem lýsir vel hvaða afleiðingar það getur haft í för með sér að upplifa slíkan hrylling í starfi.



## Ævintýrasækin og finnst gaman að fara út í vond veður

Jónína hefur, eins og fram hefur komið, ekki eingöngu starfað við hjúkrun á sjúkrahúsum hérlandis og erlendis því hún hefur fengið að upplifa ótrúleg ævintýri sem hjúkrunarfræðingur á kvikmyndatökustöðum um allt Ísland; í óbyggðum, í borginni, litlum þorpum og uppi á jöklum svo eitthvað sé nefnt. En hvernig kom það til að hún fór að taka að sér verkefni sem hjúkrunarfræðingur á setti? „Þetta ævintýri byrjaði fyrir meira en 20 árum síðan þegar ég var fyrst beðin um að taka að mér að vera á setti, en á þeim tíma var ekki algengt að hjúkrunarfræðingur væri til staðar við tókur á kvikmyndum. Það var að byrja þá og ég vissi í raun ekkert hvað ég átti að gera og þeir sem ég var að vinna fyrir á þessum tíma vissu það varla





Mynd: Sigtryggur Ari Jóhannsson

## „Þetta er alls ekkert glamúrlíf og þetta er oft skrítin hjúkrun, ef við getum orðað það þannig.“

heldur. Í því verkefni var ég til að mynda beðin um að keyra vörubíl í bæinn því það var enginn annar til taks. Í dag er það orðið hluti af tryggingarsamningum hjá flestum löndum að það þurfi að vera hjúkrunarfræðingur á staðnum ef eitthvað kemur upp á. Ég fór í mitt fyrsta verkefni þegar lækni sem var að vinna með mér bað mig um það. Honum fannst ég líklegust til að hafa gaman af þessu því ég sæki svoltið í ævintýri og finnst bara gaman að fara út í vond veður. Ég játa að ég hef alveg lent í veseni en það hefur sloppið til. Ég fæ stundum brjáláðar hugdettur og framkvæmi þær kannski án þess að hugsa of mikið út í framhaldið, er jafnvel örlítið hvatvís,“ segir hún og hlær innilega.

### Slysaættan mest í lok dags

Í þessu fyrsta kvikmyndaverkefni sem Jónína fór í var verið að taka upp bíómynd á Reykjanesi og margir heimsfrægir leikarar, eins og Helen Mirren og fleiri, voru mættir á tókustað. „Áður en ég hélt af stað pakkaði ég verkjatöflum og fleiru ofan í tösku en faðir minn sem var lækni hjálpaði mér að útbúa sjúkratösku til að vera viðbúin þeim verkefnum sem upp gætu komið. Pabbi var meðal annars héraðslæknir á Egilsstöðum á sjöunda áratugnum og ýmsu vanur og gott að geta leitað til hans. Núna, eftir öll þessi ár og reynslu sem hjúkrunarfræðingur á setti, veit ég að ólíklegustu aðstæður geta komið upp. Leikararnir eru kannski bara tuttugu talsins en allur hópurinn er miklu stærri, oft eru yfir hundrað manns, og stundum miklu fleiri, á tókustað þegar verið er að gera kvikmynd eða sjónvarpsþátt. Auk þess er oft verið að vinna með stór farartæki og þunga hluti í erfiðum aðstæðum og allt skapar þetta slysaættu. Ég hef tekið eftir því að slysaættan er oft mest í lok tókudaga, sem yfirleitt eru tólf til sextán tíma langir, þegar allir eru orðnir þreyttir og að flýta sér að klára daginn og pakka niður, gerast slysin oft.“

### Má ekki víkja frá þegar áhættuatriði eru tekin upp

Jónína segir að verkefnin geti verið allt frá hausverk til slysa þar sem hún þarf að veita fyrstu hjálp og senda þann slasaða á nærliggjandi heilsugæslu eða sjúkrahús. „Ég hef stundum þurft að sauma fólk úti í móum eða uppi á jökli í alls konar veðrum. Ég þarf alltaf að meta hvað ég get klárað á tókustað en tíminn er peningar í kvikmyndabransanum og ef það þarf að senda leikara eða aðra frá tókustað til að, til dæmis, láta sauma nokkur spor, bíður kannski hundrað manna tókulið á meðan,“ útskýrir hún og segir að það hafi tekið sig mörg ár að átta sig á því að það er best þegar hún hefur ekkert að gera. „Ef hjúkrunarfræðingurinn er verkefnalaus á setti, þá er enginn meiddur eða verkjaður en ég er þannig að mér finnst erfitt að gera ekki neitt og ef sú staða hefur komið upp þá hef ég farið í það að smyrja samlokur eða hjálpa til með öðrum hætti,“ segir hún hress í bragði. „Ég er alltaf til taks og er með talstöð svo hægt sé að ná í mig en ef verið er að taka upp áhættuatriði er ég kölluð á staðinn þar sem verið er að taka upp og má ekki víkja frá. Alltaf þegar verið er að taka upp við erfiðar aðstæður, jafnvel líka í slæmu veðri er ég ekki róleg fyrr en dagurinn er búinn. Það getur allt gerst þegar fólk er til dæmis að klöngrast



## „Ég hef svo verið á tökustöðum í öllum seríum Game of Thrones sem teknar hafa verið upp að hluta til hér á landi.“

í stórgrýti í stormi. Stundum fer heill dagur í að ná sandi úr augum ef það er verið að taka upp í sandstormi.“

### Ættarmót á tökustað

Fjölbreytt, framandi og öðruvísi geta verkefni hjúkrunarfræðings á setti verið en hvað heillar Jónínu helst við þetta starf? „Þetta er mjög skemmtilegt og oft líka ævintýralegt en félagsskapurinn er það sem stendur upp úr. Líka það að fá að heimsækja staði sem ég myndi líklega ekki fara á eða komast á, ef út í það er farið. Að mæta á sett er eins og að mæta á ættarmót. Við erum öll verktakar og þetta er meira og minna alltaf sama fólkið sem fer í þessi kvikmyndaverkefni hér á landi. Við erum farin að þekkjast vel eftir mörg ár í bransanum. Það hefur verið rólegt út af faraldrinum en núna er allt að lifna við aftur sem er gaman.“

Jónína segir að verkefnið komi oft með litlum fyrirvara:

„Stundum er ég beðin um að fara í tveggja vikna verkefni úti á landi með viku fyrirvara sem getur verið snúið þegar maður er í tveimur vaktavinnustörfum. Vinnuveitendur mínir hafa verið mér afar umburðarlyndir í gegnum tíðina og ég er þeim þakklát fyrir það. Ég er í 60% starfi á bráðamóttökunni og 15% starfi á Læknavaktinni og hef ekki viljað binda mig meira. Ég vil hafa svigrúm til að sinna kvikmyndaverkefnum því þau gefa mér mikið. Í gegnum þau fæ ég að upplifa eitthvað sem ég myndi annars aldrei fá að upplifa og fæ að fara á ótroðnar slóðir og framandi staði sem eru forréttindi að mínu mati. Fyrir ekki alls löngu fór ég til dæmis með þyrlu upp á Skeiðarárjökul sem var gaman. Ég hef svo verið á tökustöðum í öllum seríum Game of Thrones sem teknar hafa verið upp að hluta til hér á landi. Ég hef unnið á setti við Kröflu, Mývatn, á Kárahnjúkum,



Langjökli, Svinafellsjökli, í Ísafjarðardjúpi og svona mætti lengi telja," segir hún en bætir við að hún finni núna hjá sér þörf fyrir að eiga meiri tíma til að sinna fjölskyldunni. „En að vera hjúkrunarfræðingur á setti er fullkomið starf fyrir þá sem elska ævintýramennsku og vilja upplifa eitthvað nýtt.“

#### Lærði að hugsa út fyrir kassann á Gufuskálum

Aðspurð hvaða þekking úr starfi hafi nýst henni best á setti segir Jónína að námskeið sem hún sótti á Gufuskálum fyrir mörgum árum síðan hafi reynst henni ótrúlega vel í starfi á setti og breytt hugarfarinu. „Þetta var vikunámskeið sem hét *wilderness advanced life support* og þarna sviðsettu þátttakendur, sem voru hjúkrunarfræðingar, læknar og slökkviliðsmenn, flugslys og alls konar slys og þurfu að læra að bjarga sér án þess að vera með tæki og tól sem vanalega eru til staðar í vinnuumhverfi okkar. Þarna lærði ég að hugsa út fyrir kassann; finna lausnir í flóknum aðstæðum sem hefur nýst mér sérlega vel í starfi hjúkrunarfræðings á setti. Auðvitað er líka öll mín reynsla af bráðamóttökunni og tengsl mín við hana ómetanleg," segir Jónína þakklát fyrir alla reynsluna því eftir spjall okkar er ljóst að hjúkrun í óbyggðum og óveðrum getur verið mikil áskorun og mikilvægt að pakka öllu mögulegu sem gæti komið að notum í sjúkratöskuna góðu. Verkefni eru oft mörg og langir tókudagar fjarri mannabyggðum.

„Stundum fer ég í nokkurra vikna verkefni eins og þegar verið var að taka upp erlenda sjónvarpsseríu á Reyðarfirði. Þá er oft rólegt hjá mér fyrstu vikuna en þegar líður á aukast veikindi í hópnum. Sérstaklega þegar um lengri verkefni er að ræða. Fólk sefur oft lítið, vinnur gjarnan við erfiðar aðstæður og vinnudagar eru langir. „Þetta er alls ekkert glamúrlíf og þetta er oft skrítin hjúkrun, ef við getum orðað það þannig.“ Jónína segir kuldann oft vera erfiðustu áskorunina í þessu starfi: „Það getur verið rosalega erfitt að vera úti í kulda, roki

„Ég elska starfið mitt sem hjúkrunarfræðingur og það getur líka boðið upp á ferðalög og ævintýralegar upplifanir ef maður vill og þess vegna hef ég svo gaman af vinnu minni við kvikmyndatökur.“

og frosti, jafnvel uppi á jökli, í 12 tíma eða meira, samfleytt. Kuldinn er erfiðastur finnst mér, eins og þetta er dásamlegt starf í góðu verði. Þegar ég kem heim eftir langa vinnutörn er maður stundum búinn að gleyma hversdagslífinu og skilur ekkert að það þurfi að fara út í búð og þvo þvott," segir hún hlæjandi.

#### Ætlaði að verða kvikmyndastjarna

„Ég ætlaði mér aldrei að vinna á mörgum stöðum í einu. Nú á ég tvö barnabörn sem ég vil hafa meiri tíma fyrir og svo kláraði ég jógakennaranám í fyrra og langar að fara nýta það meira en það nýtist mér vel í starfi hjúkrunarfræðings. Oft er fólk á setti að bera þunga hluti til dæmis og biðja mig um verkjalyf vegna álags á stoðkerfið. Ég er, eftir þetta nám, hins vegar farin að kenna fólki að gera æfingar sem virka oft og þá er jafnvel hægt að sleppa verkjalyfjum en það er ekki alltaf tími fyrir þetta, en stundum.“ Að lokum spyr ég Jónínu hvort hún hafi alltaf ætlað sér að vera hjúkrunarfræðingur eða hvort eitthvað annað hafi heillað hana á yngri árum? „Ég ætlaði alls ekki að læra hjúkrun. Ég ætlaði að verða kvikmyndastjarna, í dans- og söngvamyndum þegar ég var lítill eða vinna í sirkus," segir hún og hlær. En síðar þegar ég áttaði mig á hæfileikaleysinu, ætlaði ég í ferðamálafræði en þetta ætlaðist svona. Mamma var hjúkrunarfræðingur og pabbi læknir. Mig langaði að ferðast til Afríku og annarra fjarlæggra landa og það var móðir mín sem hvatti mig til að fara í þetta nám af praktískum ástæðum. Hún sagði að ég yrði aldrei atvinnulaus og hún hafði rétt fyrir sér. Ég elska starfið mitt sem hjúkrunarfræðingur og það getur líka boðið upp á ferðalög og ævintýralegar upplifanir ef maður vill og þess vegna hef ég svo gaman af vinnu minni við kvikmyndatökur," segir hún að lokum og ljóst að fleiri kvikmyndaævintýri bíða Jónínu núna þegar heimsfaraldurinn er að fjarlægast.

# Nýburagjörgæslu- hjúkrunarfræðingar á ferð og flugi

**Texti:** Sólvi Sveinsson | **Myndir:** Úr einkasafni

Í strjálbýlu landi líkt og Íslandi er mikilvægt að allir íbúar landsins eigi greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu. Hér á landi er ein nýburagjörgæsludeild, Vökudeild, þar sem veikum nýburum og fyrirburum sem þurfa gjörgæslumeðferð er sinnt. Deildin er staðsett á Landspítala við Hringbraut og sjúkraflutningateymi nýburagjörgæslunnar sér um flutning á nýburum hér á landi, bæði að sækja þau börn sem fæðast fjarri deildinni og sjá um flutninga á nýburum sem þurfa að komast í aðgerðir erlendis.



Elín Ögmundsdóttir er sérfræðingur í gjörgæsluhjúkrun nýbura. Hún hefur frá árinu 1992 starfað á Vökudeildinni/ nýburagjörgæsludeildinni og er hluti af flutningsteyminu. Elín settist niður með blaðamanni á köldum febrúarmorgni og sagði frá teyminu og verkefnum þess.

### Öryggismál að hafa flutningsteymið

„Sjúkraflutningar hafa alltaf verið hluti af starfsemi, alveg frá opnun deildarinnar árið 1976,“ segir Elín. „Formlegt flutningsteymi hefur verið starfandi í rúm tólf ár. Áður fyrir var ekki formlegt skipulag á flutningunum, þeir sem komust hverju sinni fóru í flutninga. Svo ákváðum við að stofna formlegt teymi til að auka gæði þjónustunnar. Teymið fær fræðslu um flutninga og kennslu á tækin sem eru notuð í flutningum. Þá er farið yfir áhættuþætti og hvaða áhrif það hefur á lífeðlisfræði nýburans að vera í háloftunum. Að geta reiknað út hve lengi súrefnisbirgðirnar duga er til dæmis mikilvægt. Við æfum líka það sem getur komið upp á. Við erum með skráningarblöð þar sem við skráum hvað gekk vel og hvað hefði mátt betur fara. Teymið hefur sótt ráðstefnur um sjúkraflutninga nýbura. Við höldum svo teymisfund árlega þar sem við förum yfir uppkomur og deilum reynslu okkar og lærum þannig af hvert öðru. Það er klárlega öryggismál fyrir landsbyggðina að hafa teymið. Við erum nýburasérfræðingar Íslands.“

### Stuttur viðbragðstími

#### Hvert eru þið að flytja börnin?

„Þetta skiptist í tvennt, það eru skipulagðir flutningar og svo bráðir flutningar. Skipulagðir flutningarnir eru þegar börn eru flutt út í hjartaaðgerðir eða aðrar stórar aðgerðir. Börnin eru yfirleitt flutt út nokkrum dögum eftir fæðingu. Oftast eru börnin ekki í öndunarvél og í nokkuð stöðugu ástandi. Þau eru gjarnan með smásúrefni og prostaglandíndreyppi sem er gefið til þess að halda fósturæðinni opinni. Þetta eru allt að 12-14 flutningar á ári. Áfangastaðurinn fer eftir því við hvaða sjúkrahús eru samningar hverju sinni. Börn hafa verið flutt til Englands, Danmerkur, Bandaríkjanna og nú síðustu árin aðallega til Svíþjóðar. Svo förum við líka stundum út aftur og sækjum börnin að aðgerð lokinni. Ef börn eru mjög veik og þurfa að flytjast erlendis kemur gjarnan sérhæft teymi frá Karólínska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi í sérútbúinni þotu. Bráðir flutningar eru að mestu flutningar innanlands en stundum frá Grænlandi. Þá er um að ræða börn sem fæðast óvænt slöpp á fæðingarstöðum á landsbyggðinni þar sem ekki er nýburagjörgæsla, eða aðstaða til að sinna þeim, nema til skemmri tíma. Markmiðið er að sækja börn sem þurfa sérhæfða meðferð og flytja á nýburagjörgæsluna. Þessir flutningsleggir eru yfirleitt ekki mjög langir, innan við klukkustund en vissulega lengri til Grænlands. Þetta eru um 12 til 14 flutningar á ári. Við förum einnig í flutninga þar sem konur eru í hótandi fyrirburafæðingu. Oftast tekst að flytja móðurina á Landspítala áður en barnið fæðist en ef ekki þá erum við til staðar með búnað og þekkingu til að sinna barninu. Teymið hefur stuttan viðbragðstíma. Sem dæmi fæddist barn á Akranesi og 40 mínútum eftir fæðinguna var teymið komið á sjúkrahúsið

„Það er klárlega öryggismál fyrir landsbyggðina að hafa teymið. Við erum nýburasérfræðingar Íslands.“

þar til að sinna nýburanum og undirbúa flutning á nýburagjörgæsluna,“ útskýrir Elín. **Þið flytjið börn bæði á landi og í lofti, ekki satt?** „Já, það er rétt, við förum til nágrannasveitarfélaganna yfirleitt á sjúkrahúsi en þegar við þurfum að fara um lengri veg fljúgum við oftast með sjúkraflugvél Mýflugs en stundum með þyrnu eða sjúkraflugvél Landhelgisgæslunnar.“

### Paulreynt starfsfólk í flutningsteyminu

Elín segir að í teyminu séu sjö hjúkrunarfræðingar og þrír til fimm nýburalæknar og það fara alltaf tveir saman í flutninga, hjúkrunarfræðingur og læknir. **En hvaða hæfni þurfa þessir aðilar að hafa?** „Miðað er við að minnsta kosti fimm ára starfsreynslu hjá hjúkrunarfræðingunum en allir teymismedlimir eru með umtalsvert lengri starfsreynslu en það. En það er aðallega að geta unnið sjálfstætt og vera lausnamiðaður því þú vinnur í aðstæðum sem eru mjög ólíkar þeim sem þú ert í dagsdaglega. Hafa þarf mikla faglega þekkingu og klíniska reynslu og hæfni til að geta starfað í teymi. Við erum alltaf bara tvö/tvær saman og verðum að geta unnið saman sem einn maður.“

### Bættar lífslíkur þegar flutningsteymið sér um flutning nýbura og fyrirbura

Fæðingarstöðum hefur fækkað mjög mikið hérlandis og á tímabili fækkaði flutningum eftir að fæðingar færðust í meira mæli til höfuðborgarinnar. Á landsvísu eru 75% fæðinga á Landspítala. Í gegnum tíðina hafa nýburar





Hrólfur Brynjarsson nýburalæknir og Sigríður María Atladóttir hjúkrunarfræðingur sinna nýbura



Elin Ögmundsdóttir

## „Það hefur verið sýnt fram á bætta útkomu hjá börnum þegar sérhæfð flutningsteymi sjá um flutning á veikum nýburum og fyrirburum. Bættar lífslíkur, færri fylgikvillar og minni líkur á óvæntum uppákomum í flutningi.“

stundum verið fluttir án samráðs við nýburagjörgæsluna. Því fór nýburagjörgæslan í átaksverkefni, í samstarfi við miðstöð sjúkraflugs á Akureyri, með það að markmiði að kynna teymið á fæðingarstöðum á Íslandi og það áhersluatriði að flutningsteymið sjái um flutninginn. Til er verklag um að flutningur á veikum nýburum skuli vera í höndum flutningsteymisins. Teymið vill gjarnan mæta á staðinn, meta börnin, gera þau flutningshæf og sjá um flutninginn. Kynningarstarfið hefur borið árangur en bráðum sjúkraflutningum innanlands hefur fjölgað síðastliðin fjögur ár,“ segir Elin. „Við komum með gjörgæslumeðferðina til barnsins og flytjum það til áframhaldandi meðferðar á Vökudeildina. Það hefur verið sýnt fram á bætta útkomu hjá börnum þegar sérhæfð flutningsteymi sjá um flutning á veikum nýburum og fyrirburum. Bættar lífslíkur, færri fylgikvillar og minni líkur á óvæntum uppákomum í flutningi. Fyrir flutning gefur teymið sér tíma til að undirbúa sjúklinginn fyrir flutning. Það eru teknar röntgenmyndir og blóðprufur ef þarf. Settir upp æðaleggir, sjúklingar barkaþræddir og sett dren ef ástæða er til. Það getur tekið tvær til þrjár klukkustundir að undirbúa fyrir flutning því meðan á flutningi stendur er best að gera sem minnst og oft ekki hægt að gera allt. Sem dæmi er ekki hægt að hlusta lungu í þyrlu því það er of mikill hávaði og titringur. Þau eru í viðkvæmu ástandi eftir fæðingu og að bæta flutningi ofan á getur verið mikið álag. Oftast fara foreldrar með í bráðan flutning en stundum eru mæðurnar ekki í ástandi til að fara með svo skömmu eftir fæðingu. Þá fær móðirin tækifæri til að ferðast til barnsins um leið og hún getur.“

### Nýburar á Saga Class

Elin segir að öllu jöfnu sé hægt að skipuleggja flutninga á börnum sem þurfa að fara erlendis með nokkurra daga fyrirvara en þá er flogið með farþegaflugi. „Við eigum í góðu samstarfi við Icelandair. Ég á góða vinkonu þar sem ég get hringt í nánast hvenær sem er sólarhrings og hún reddar flugi. Við fljúgum þá á Saga Class en flugfélagið tekur úr sætaraðir fremst fyrir flutningskassann. Við sitjum þá fyrir aftan barnið og foreldrarnir eru að sjálfsögðu með líka. Það kostar mikinn undirbúning að fara í svona flug. Fyrst þarf að skipuleggja flutninginn til Keflavíkur með sjúkrabíl þar sem þarf að fara í gegnum öryggisefirlit og landamæraskoðun. Svo kemur sjúkrabíll frá Lundi í Svíþjóð til Kastrup í Danmörku til að sækja nýburann, flutningsteymið og foreldrana. Þaðan er ekið yfir Eyrarsundsbrúna á barnagjörgæsluna í Lundi.“

### Viðkvæmir flutningar

„Nýburar eru viðkvæmir fyrir áreiti eins og ljósi, hitabreytingum, titringi og hávaða. Besti flutningsmáti fyrir nýbura er í móðurkviði en það er að sjálfsögðu ekki alltaf hægt. Hitastjórnun getur verið krefjandi. Við erum með hitakassa sem heldur á þeim hita en það má stilla hitastigið frá 26 gráðum upp í 37 gráður allt eftir því hver þörf barnsins er. Svo er sett yfir kassann yfirbreiðsla sem verndar barnið gegn ljósi og hjálpar hitakassanum að halda uppi hitastigi í köldu veðri. Það eru líka litlar eyrnahlífar sem er sett á eyrun en þær taka að sjálfsögðu bara hluta af hljóðinu. Til að halda hita og raka á litlum fyrirburum eru þeir settir í plastpoka. Það er allt reynt til að gera flutninginn bæriléan, í hitakassanum liggja börnin á sérstakri grjónadýnu sem er lofttæmd og þá liggur hún fullkomlega við líkama þeirra. Einnig fer net yfir líkamann sem skorðar hann þannig af. Þá er öruggt að barnið hreyfist ekki til í ókyrrð og lítil hætta er á að línur og leggir færast úr stað,“ útskýrir Elin. Hún segir að viðmið fyrir lífsmörk breytist í flugi. „Súrefnismettun lækkar í háloftunum og við getum þurft að sætta okkur við lægri súrefnismettun. Ef barn mettar illa á jörðu niðri þá mettar það verr í flugi. Í öllum holrýmum líkamans þenst loft út sem getur valdið vandræðum fyrir barnið. Þau hafa til dæmis ekki getu til að losa loft sem þenst út í maganum. Þess vegna þarf að setja magasondu fyrir flutning til að koma í veg fyrir uppþembdan maga. Það sama gildir um loftbrjóst, það getur versnað mikið í flugi og því þarf að útiloka slíkt og meðhöndla sé það til staðar.“

„Ég er alltaf þeirri stund fegnust þegar ég kem til baka aftur á nýburagjörgæsluna, ég finn hvernig ég slaka á þegar barnið er komið í öruggt umhverfi.“

### Veðurteppt í Kulusuk

**Eru bakvaktir í teyminu?** „Nei því miður er enginn á bakvakt, hvorki læknir né hjúkrunarfræðingur, eins og staðan er í dag. Stundum erum við heppin og það er einhver á vaktinni sem kemst í flutning en annars er hringt í meðlimi teymisins og treyst á að einhver komist í bráðaflutning. Ég hef hlaupið á móti sjúkrahúsum heiman frá mér og verið kippit upp í. Við viljum vera komin af stað innan hálf tíma eftir að óskað er eftir bráðum flutningi,“ útskýrir hún. **Ég frétti að þú hafir eitt sinn verið stödd á Akureyri þegar þú fékkst símtal þar sem þú varst beðin um að sinna barni á sjúkrahúsinu þar?** „Já, það passar. Ég var í fríi og það náðist ekki í neinn í teyminu nema mig. Ég sagðist vera stödd á Akureyri í fríi en var fljót að koma mér upp á sjúkrahúsið til að sinna nýburanum. Það kom læknir að sunnan og hitti mig þar og saman gátum við veitt barninu gjörgæslumeðferð.“ **En hvað er það eftirminnilegasta sem þú hefur upplifað með flutningsteyminu?** „Einu sinni þurftum við að sækja barn til Tasiilaq á Grænlandi en til að komast þangað þarf að fljúga til Kulusuk og fara þaðan með þyrilu til Tasiilaq. Daginn áður hafði verið gerð tilraun til að sækja barnið en þá var ekki hægt að lenda í Kulusuk. Flugvélin okkar gat lent næsta dag í Kulusuk en við vorum ekki fyrir lent en það skall á óveður svo þyrilan gat ekki flogið til Tasiilaq. Þetta var mjög dramatískt því við enduðum á að vera veðurteppt í Kulusuk í tvo sólarhringa. Þá komst þyrilan að sækja okkur og við gátum loksins sótt barnið. Allt fór vel að lokum og barnið komst á Barnaspítala Hringins,“ svarar Elín brosandí.

### Öll skilningarvit á fullu

**Hvernig er að vera í háloftunum með veikt barn?**

„Maður er „on high alert“ ef það má orða það þannig, öll skilningarvit eru á fullu. Maður slakar aldrei á og er á tánum allan tímann. Flugtak og landing. Ég er alltaf þeirri stund fegnust þegar ég kem til baka aftur á nýburagjörgæsluna, ég finn hvernig ég slaka á þegar barnið er komið í öruggt umhverfi. Þessir flutningar taka mjög mikið á, umhverfið er lítið og þröngt, maður er oft á hnjónum og þetta eru ekki bestu vinnuaðstæðurnar en ofboðslega skemmtileg vinna samt. En maður þarf að vera svolítill adrenalínfíkill til að vilja vinna í þessum aðstæðum,“ segir Elín að lokum.



„Nýburar eru viðkvæmir fyrir áreiti eins og ljósi, hitabreytingum, titringi og hávaða. Besti flutningsmáti fyrir nýbura er í móðurkviði en það er að sjálfsögðu ekki alltaf hægt.“



# Ótrúleg fagmennska flutningsteymisins í viðkvæmum aðstæðum

**Texti:** Sigríður Elín Ásmundsdóttir | **Myndir:** Úr einkasafni

Theódóra Kolbrún Jónsdóttir er hjúkrunarfræðingur á Vökudeild Landspítala. Hún og eiginmaður hennar, Ágúst Bent Jensson, eiga þrjú börn og þegar yngsta barn þeirra, sonurinn Theódór Bent, fæddist með hjartagalla þurftu þau að fara með hann til Svíþjóðar í stóra opna hjartaaðgerð. Flutningsteymi Vökudeildarinnar sá um að flytja drenginn þeirra á nýburagjörgæsluna í Lundi og reyndist foreldrunum ómetanlegur stuðningur á erfiðum tíma. Við fengum Theódóru til að segja okkur frá sinni upplifun af þessari lífsreynslu.

„Theódór Bent fæddist í febrúar 2021 en strax á 28 viku meðgöngu greindist hann með alvarlegan hjartagalla; þrengingu á ósæðarboga og vinstri slegillinn var rýrður. Það var strax vitað að hann þyrfti að fara út í stóra, opna hjartaaðgerð fljótt eftir fæðingu,“ segir Theódóra.

Litli drengurinn fæddist á fimmtudegi og fór þá strax á Vökudeildina í lyfjagjöf til þess að halda fósturæðinni opinni. „Við fórum svo út á mánudagsmorgun þegar hann var fjögurra daga gamall. Flugum til Kaupmannahafnar og þaðan fór hann í sjúkrabíl til Lundar þar sem hann fór í hjartaðargerðina,“ segir Theódóra. Hún segir að þau Ágúst hafi verið undirbúin undir það sem var í vændum að einhverju leyti þar sem þau vissu af hjartagallanum strax á meðgöngu. „Eftir að hann fæddist vorum við strax gripin af starfsfólki Vökudeildarinnar og flutningsteyminu. Þau sáu um alla pappírsvinnu eins og að útvega flugmiða, vegabréf fyrir hann og annað. Það eina sem við þurftum að hugsa um var að vera hjá honum. Flutningurinn gekk ótrúlega vel, hann fór í sjúkrabíl í hitakassa í fylgd hjúkrunarfræðings og læknis, upp á Keflavíkurflugvöll og við fylgdum eftir í leigubíl með tóman barnabílstól með okkur sem var sérstök upplifun. Við hittum svo hann og teymið þegar við komum inn í vélina.

Hjúkrunarfræðingur og læknir sátu fyrir framan hitakassann og fylgdust með lífsmörkum allan tímann og brugðust við öllum breytingum. Súrefnismettunin lækkar alltaf í flugi en við foreldrarnir urðum aldrei vör við að neitt væri að því þau brugðust svo fagmannlega við öllum breytingum hjá honum. Björk Áskelsdóttir hjúkrunarfræðingur var með góða yfirsýn yfir allt í fluginu sem veitti okkur mikið öryggi. Það var svo mikilvægt fyrir mig sem móður að sjá hvað það var vel hugsað um hann og hvað honum leið vel. Ég gat mjólkað mig og hann fékk síðan mjólkina beint í magann í gegnum næringarsondu. Ég viðurkenni að það er óneitanlega svolítið súrrealískt að upplifa þetta fjórum dögum eftir fæðingu, að vera allt í einu á hliðarlínunni að fylgjast með barninu sínu í þessum aðstæðum. Ég mjólkaði mig þarna í vélinni og á sama tíma aftur í vélinni var fólk að skála. En honum leið vel í fluginu, svaf mikið og drakk, það var hugsað fyrir öllu og þetta var því ekki eins dramatískt og við foreldrarnir bjuggumst við. En ég upplifði sterkt hvað ég var stödd á röngum stað, verandi nýbúin að fæða barn og mætt í flugstöðina í miðjum heimsfaraldri með tóman barnabílstól, segir hún einlæg og þakklát fyrir hvað allt gekk samt vel.

## Hvernig var upplifun ykkar foreldrana af flutningsteyminu og ferðalaginu til Svíþjóðar?

„Mjög góð, það var ótrúlega fagmannlega að öllu staðið. Björk Áskelsdóttir hjúkrunarfræðingur og Hrólfur



„Ég viðurkenni að það er óneitanlega svolítið sýrrealískt að upplifa þetta fjórum dögum eftir fæðingu, að vera allt í einu á hliðarlínunni að fylgjast með barninu sínu í þessum aðstæðum.“



Foreldrarnir með nýfæddan son sinn.

Brynjarsson læknir höfðu fulla stjórn á aðstæðum sem var mjög traustvekjandi. Okkur leið ágætlega miðað við aðstæður en ég er flughrædd og átti nóg með sjálfa mig. Þegar við lentum fylgdi Björk honum í sjúkrabílnum til Lundar og Hrólfur læknir fylgdi okkur í leigubílnum. Svo hittumst við á sjúkrahúsinu og þremur dögum eftir komuna þangað fór Theódór svo í aðgerðina sem gekk vonum framar. Við foreldrarnir vissum ekki að eftir svona stóra opna hjartaaðgerð er brjóstholið opið í tvo sólarhringa á eftir til að geta brugðist við ef eitthvað kemur upp á, svo ekki þurfti að opna bringubeinið aftur. Honum var haldið sofandi í öndunarvél og fimm dögum eftir aðgerðina var hann tekinn úr henni. Hann var vakinn og allt gekk eins og í sögu, átta dögum seinna fórum við svo með hann heim til Íslands í barnabílstólum sem við fórum með tóman út. Flutningsteymið var samt fyrir tilviljun í vélinni á leiðinni heim, það hittist þannig á að þau voru að flytja annað barn út og voru á heimleið á sama tíma sem var ótrúlega gott. Það veitti okkur öryggi að vita af þeim,“ segir hún og bætir við að ekkert hafi komið upp á í fluginu eða eftir aðgerðina. Theódór er nýorðinn eins árs og Theódóra segir að hann sé undir reglulegu eftirliti en braggist vel og eðlilega

#### Að lokum ef þú ættir að lýsa flutningsteyminu með einni setningu?

Flutningsteymið er mjög mikilvægur hlekkur í þjónustu við fjölskyldur á krefjandi tíma í lífinu. Traustvekjandi og við fullkomna stjórn án þess þó að það bitni á umhyggjusemi gagnvart barninu, og ekki síst, okkur foreldrunum.

„En ég upplifði sterkt hvað ég var stödd á röngum stað, verandi nýbúin að fæða barn og mætt í flugstöðina í miðjum heimsfaraldri með tóman barnabílstól, ...“



# Drifkrafturinn er hundarnir

Á gjörgæsludeild Landspítala við Hringbraut hefur hópur hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða farið í reglulegar göngur með hundana sína. Elísabet Gerður Þorkelsdóttir er hjúkrunarfræðingur á gjörgæsludeild Landspítala við Hringbraut. Hún svaraði nokkrum spurningum um hópinn.

Texti: Sölvi Sveinsson / Myndir: Úr einkasafni

## Hvernig og hvenær kom það til að þið ákváðuð að fara í göngur saman með hundana ykkar?

Á deildinni hafa í gegnum tíðina verið virkir gönguhópar en þessir hópar höfðu reyndar legið í dvala í nokkur ár. Við erum margir hundaeigendur á deildinni og vorum oft að fara í göngur í hvert í sínu lagi. Við ákváðum svo árið 2018 skipuleggja reglulegar göngur með hundana okkar til þess að njóta félagsskapar hvert annars. Við stofnuðum þá spjallhóp á samfélagsmiðlum þar sem við skipulögðum hittinga og þannig fór boltinn að rúlla.

## Er hópurinn bara fyrir hundaeigendur?

Nei, alls ekki, það eru allir á deildinni velkomnir með í göngur. Það hafa margir sem ekki eru hundaeigendur verið duglegir að koma með okkur. Það hefur meira að segja tekist að smita suma af hundabakteríunni í þessum göngum. En hundarnir eru samt drifkrafturinn í hópnum því þeir þurfa hreyfingu á hverjum degi og draga þannig okkur mannfólkið út að ganga.

## Hvernig er fyrirkomulagið á göngunum og hvað mæta margir?

Það er engin föst regla á því hvenær við hittumst. Fyrirvarinn er oft stuttur og þetta eru ekki endilega langar göngur. Við höfum samt líka farið í lengri göngur saman. Það er allur gangur á því hve margir mæta, stundum erum við bara nokkur en það er alltaf jafngaman samt, hvort sem það eru margir eða fáir.

## Hvert farið þið vanalega að ganga?

Mest í nágrenni Reykjavíkur, til dæmis við Hádegismóa, Hólmsheiði og við Hafravatn. Við förum stundum á Esjuna og helstu fellin í kringum höfuðborgarsvæðið. Þá förum við í tvær göngur á Hengilinn og höfum gengið nokkrum sinnum á Móskaðshnjúka. Svo er lengri ferð á langtímaplaninu hjá okkur. Það er líka gaman að segja frá því að með félagsskapnum höfum við náð að deila skemmtilegum göngusvæðum og gönguleiðum með hvert öðru.

## Hvað gefur þessi samveran utan vinnutíma ykkur?

Göngurnar hafa bjargað geðheilsu starfsfólks í COVID-faraldrinum og þegar deildin er þung. Það er gott að fá stuðning frá hvert öðru en þetta er algjör streitulosun að fara saman út og það er líka svo gott og gaman að hitta vinnufélagana í öðru umhverfi en bara vinnunni. Við vinnum líka betur saman á vöktunum. Þá hefur þróast sterkari vinskapur og ný vinasambönd orðið til. Það er allur gangur á því hvað er rætt í göngunum, það er ekki allt vinnutengt en gjarnan eru erfiðar vaktir og atvik rædd og krufin.



„Göngurnar hafa bjargað geðheilsu starfsfólks í COVID-faraldrinum og þegar deildin er þung.“





Kristjana E. Guðlaugsdóttir,  
sviðsstjóri kjara- og réttindasviðs

# Betri vinnutími

## Samantekt og staða frá kjara- og réttindasviði Fíh



Harpa Júlía Sævarsdóttir,  
sérfræðingur í kjaramálum

Þann 1. janúar og 1. maí árið 2021 fór af stað verkefnið Betri vinnutími, hjá dagvinnuhópum annars vegar og vaktavinnuhópum hins vegar. Verkefnið er ákveðið tilraunaverkefni sem lýst er í Fylgiskjali 1 og 2 sem fylgir miðlunartillögu ríkissáttasemjara. Verkefnið tekur til alls starfsfólks hjá ríki, sveitarfélögum, Reykjavíkurborg og Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu. Leiðarljós verkefnisins eru öryggi, heilsa og jafnvægi, ásamt því að samræma betur vinnu og einkalíf. Það er í gildi til 31. mars 2023 samhliða gildistíma kjarasamninga. Stýrihópur og matshópur launagreiðenda og launþega fylgjast vel með lykilmælikvörðum verkefnisins, bæði fyrir hönd launþega og stofnanna. Forsendur verkefnisins eru skýrar. Þetta er breytingarferli sem felur í sér tækifæri en jafnframt takmarkanir sem þarf og verið er að greina. Verkefnið hefur vakið athygli annarra þjóða sem fyrirmynd og þáttur sem litið er til sem áhugaverða nálgun til að mæta því álagi sem faraldur COVID-19 hefur valdið á vinnumarkaði.

Betri vinnutími í vaktavinnu hófst 1. maí 2021 og var sá tími vissulega áskorun með sumarið fram undan og alheimsfaraldur í gangi. Kerfisbreytingin var kynnt hjúkrunarfræðingum á breiðum vettvangi, bæði af verkefnastjórn betri vinnutíma í vaktavinnu, Starfsmennt, stofnunum og Fíh. Nú líður að því að um ár sé komið frá þeim tíma og er verkefnið hálfnað. Nauðsynlegt er að hafa í huga að þetta er umbótaverkefni sem þarf að vera í stöðugri skoðun þar sem um ákveðið tímabundið tilraunaverkefni er að ræða. Það eru enn að finnast tækifæri til umbóta og það þarf að endurskoða verkefnið á hverjum stað reglulega og endurmeta þætti eins og t.d. starfshlutfall og dreifingu vakta. Breytingin hefur ekki verið fest í sessi og skrifuð inn í kjarasamninga. Þess vegna þarf að greina vel annamarka verkefnisins sem og tækifærin til þess að það sé hægt að betrumbæta breytinguna, ef hana á að festa í sessi.

Félagið er ánæggt með hvað hjúkrunarfræðingar eru duglegir að láta heyra frá sér og fundað er reglulega með trúnaðarmönnum hjúkrunarfræðinga um stöðu verkefnisins. Fleiri tækifæri eru fram undan til þess að ræða þessi mál, sem og önnur kjaratengd málefni. Fyrirhugaðir eru fundir með hjúkrunarfræðingum vítt og breytt um landið, könnun verður lögð fyrir hjúkrunarfræðinga á haustdögum og einnig verður haldin kjararáðstefna í haust en hún verður nánar kynnt í júní útgáfu Tímarits hjúkrunarfræðinga.



Eva Hjörtína Ólafsdóttir,  
kjararáðgjafi

# Kjörnefnd auglýsir eftir framboðum



Kjörnefnd Félags Íslenskra Hjúkrunarfræðinga auglýsir eftir framboðum í stjórn félagsins og ritnefnd Tímarits Hjúkrunarfræðinga fyrir kjörtímabilið 2022-2024. Einnig er auglýst eftir skoðunarmönnum fyrir kjörtímabilið 2022-2023:

1. **Stjórn félagsins:** 3 stjórnarmenn og 1 varamaður
2. **Ritnefnd Tímarits Hjúkrunarfræðinga:** 3 fulltrúar (2 í almenna hluta ritnefndar og 1 í ritrýnda hlutann). Sú krafa er gerð að fulltrúi í ritrýnda hluta hafi doktorsmenntun eða sé langt kominn með námið.
3. **Skoðunarmenn:** 2 skoðunarmenn.

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

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

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

Kosning fer fram á aðalfundi félagsins 12. maí 2022. Framboð tilkynnist til kjörnefndar í netfangið [kjornefnd@hjukrun.is](mailto:kjornefnd@hjukrun.is)

**Framboðsfrestur er til 8. apríl 2022**

**Hlutverk Fíh í verkefninu er að fylgjast með og greina framgang þess á vinnustöðum hjúkrunarfræðinga, fylgjast með lykilmælikvörðum sem og að eiga samtal við hjúkrunarfræðinga um árangur og annmarka verkefnisins.**

„Það þarf að meta verkefnið í heild með kostum og göllum.“

Það skiptir Fíh miklu máli að eiga gott og gagnvart samtal við alla hjúkrunarfræðinga er varðar framhald verkefnisins áður en næstu kjarasamningar verða gerðir. Það þarf að meta verkefnið í heild með kostum og göllum. Ákveða þarf hvort festa eigi breytinguna með betri vinnutíma og styttingu vinnuviku í sessi og ef svo verður, hvaða þætti þarf að betrumbæta í verkefninu.

Nú þegar er vitað um þætti sem taka þarf til endurskoðunar. Það er ákveðin gagnrýni komin fram vegna jöfnun vinnuskila og áhrif þeirra á vaktahvata, sem og vaktalag á stórhátíðisdögum. Einnig er margt sem bendir til þess að aðlaga þurfi uppfyllingarskilyrðin fyrir vaktahvata, áhrif fjölda mætinga og tíma utan dagvinnumarka svo eitthvað sé nefnt. Þetta eru þættir sem eru í stöðugri skoðun og verða út samningstímann.

Það er mikið til af fræðsluefni á vefsíðu Fíh, á síðunni [betrivinnutimi.is](http://betrivinnutimi.is), sem og í Fylgiskjölum 1 (dagvinna) og 2 (vaktavinna) í miðlunartillögu ríkissáttasemjara. Betri vinnutíma er ætlað að efla heilsu og öryggi og koma öllum til góða: Starfsfólki, stjórnendum og almenningi.



# Allt um orlof

Nýr orlofskaflí tók gildi í júní 2020, um leið og miðlunartillaga ríkissáttasemjara. Orlofskaflinn er samkvæmt gildandi orlofslögum (<https://www.althingi.is/lagas/nuna/1987030.html>). Breytingarnar sem gerðar voru, eru til þess fallnar að stuðla að tækifærum fólks til að taka orlof á orlofsárinu og rétt til þess að taka fullt orlof á orlofstíma. Það er því miður algengt að ekki sé hægt að verða við óskum hjúkrunarfræðinga um að taka fullt orlof á sumarorlofstíma. Því mun orlof sem tekið er fyrir utan orlofstímann, áfram vera með lengingu, líkt og tiltekið er í orlofslögum og miðlægum kjarasamningum. Aftur á móti þarf framvegis að liggja fyrir því skrifleg beiðni yfirmanns.

**Texti:** Harpa Júlía Sævarsdóttir

## Ávinnsla orlofs

Orlofsárið er frá 1. maí til 30. apríl. Með starfi á orlofsárinu ávinnur hjúkrunarfræðingur sér rétt til orlofs og orlofslauna á næsta orlofsári. Allir hjúkrunarfræðingar ávinna sér nú 30 daga sumarorlof. Hjúkrunarfræðingar eiga einnig rétt á að taka út að lágmarki 15 daga samfellda (alls 3 vikur) og alls 30 daga orlof á sumarorlofstímabili sem er 1. maí -15. september.

## Orlofsfé

Greitt er orlofsfé af alagi og yfirvinnu og lagt inn á bankareikning viðkomandi. Það er greitt út í maí ár hvert.

## Ákvörðun orlofs

Yfirmaður ákveður, í samráði við hjúkrunarfræðing, hvenær orlof skuli veitt. Yfirmanni er skylt að verða við óskum hjúkrunarfræðings um hvenær orlof skuli veitt, verði því við komið vegna starfsemi stofnunar. Ákvörðun um sumarorlof skal liggja fyrir 31. mars og tilkynnt hjúkrunarfræðingi með sannanlegum hætti, svo sem í tímaskráningarkerfi stofnunar, nema sérstakar aðstæður hamli.

## Tímabil sumarorlofs

Tímabil sumarorlofs er frá 1. maí til 15. september.

## Úttekt orlofs

Taka skal orlof fyrir lok orlofsársins, þ.e. fyrir 30. apríl ár hvert, þó er við sérstakar aðstæður hægt að fresta töku orlofs um eitt ár. Hjúkrunarfræðingur á rétt til þess að taka sér sumarfrí óháð því hvort viðkomandi eigi rétt á launum í orlofi. Komi hjúkrunarfræðingur úr öðru starfi án þess að hafa þar notið áunnins orlofs, þá á hann rétt á launalausum orlofi þar til 30 daga orlofi er náð.

## Lenging orlofs

Sé orlof eða hluti orlofs tekið utan sumarorlofstímabils, að beiðni yfirmanns, skal sá hluti orlofsins lengjast um 25%. Sé það að ósk hjúkrunarfræðings að geyma töku sumarorlofs þá kemur ekki til lenging á orlofi teknu utan sumarorlofstímabils. Ef ekki var unnt að veita fullt sumarorlof (30 daga) á sumarorlofstímabili sem lýkur 15. september þá er 25% lenging á orlofsdögum teknum eftir þann tíma. Þessu þarf að fylgjast með þar sem það er yfirmaður sem tekur afstöðu til lengingar orlofs hverju sinni.





### Frestun orlofs

Flutningur orlofs milli ára er óheimil en þó með eftirfarandi undantekningum:

Ef hjúkrunarfræðingur tekur ekki orlof eða hluta af orlofi, að skriflegri beiðni yfirmanns, getur orlofið geymt til næsta orlofsárs, enda hafi hjúkrunarfræðingur ekki lokið orlofstöku á orlofsárinu. Sama gildir um hjúkrunarfræðing í fæðingarorlofi. Í slíkum tilvikum getur uppsafnað orlof þó aldrei orðið meira en 60 dagar. Nýti hjúkrunarfræðingur ekki hina uppsöfnuðu orlofsdaga, fynrast þeir. Upplýsingar um stöðu þegar áunnins og ótekens orlofs skulu vera hjúkrunarfræðinig aðgengilegar í tímaskráningarkerfi stofnunar.

Veikist hjúkrunarfræðingur í orlofi, telst sá tími ekki til orlofs sem veikindum nemur, enda sanni hjúkrunarfræðingur með læknavottorði að hann geti ekki notið orlofs. Tilkynna skal yfirmanni án tafar með sannanlegum hætti ef um veikindi eða slys í orlofi er að ræða. Í slíkum tilvikum er heimilt að flytja ótekið orlof til næsta árs.

Hjúkrunarfræðingur í veikindum og hlutaveikindum geta ekki tekið orlof meðan á þeim stendur og gilda þar aðrar reglur um frestun á orlofi.

### Fyrning orlofs

Önnur breyting á orlofskaflanum varðar reglur um fyrningu orlofs bæði vegna orlofs sem ekki er tekið á orlofsárinu sbr. gr. 4.6.1 í kjarasamningum, ásamt undantekningu um ótekið orlof (gjaldfallið). Til að koma í veg fyrir að tvær fyrningarreglur væru í gildi á sama tíma var tekin ákvörðun um að fram til 30. apríl 2023 verði orlof fyrnt með sama hætti og verið hefur til þessa:

Hjúkrunarfræðingur getur 1. maí ár hvert mest átt inni orlof sem nemur einu orlofsári við upphaf nýs orlofsárs, annað fyrnist. Áunnið og gjaldfallið orlof getur mest verið tvöfalt, þ.e. það sem gjaldfellt við upphaf yfirstandandi orlofsárs og frestað gjaldfallið orlof frá árinu á undan (60 dagar). Þetta gildir til 30. apríl 2023.

Fyrning samkvæmt nýjum reglum tekur gildi 1. maí 2023 og þá verður ekki hægt að flytja ótekið orlof milli orlofsára nema í undantekningartilvikum. Undantekningar eru ef: hjúkrunarfræðingur frestar orlofi að skriflegri beiðni yfirmanns, hjúkrunarfræðingur er í fæðingarorlofi, hjúkrunarfræðingur getur ekki tekið orlof vegna veikinda. Það orlof sem er verið að ávinna á yfirstandandi orlofsári og losnar 1. maí n.k. á að ljúka við að taka á orlofsárinu. Það fyrnist ef það hefur ekki verið tekið fyrir 30. apríl 2023.

### Orlofsuppbót

Orlofsuppbót er greidd út 1. júní ár hvert. Hjúkrunarfræðingur, sem er í starfi til 30. apríl þar á undan, eiga að fá orlofsuppbót. Greitt skal hlutfallslega miðað við starfshlutfall og starfstíma. Orlofsuppbót árið 2022 er 53.000 kr.





## Áslaug Arnoldsdóttir gjörgæsluhjúkrunarfræðingur

# Kvöldvakt á gjörgæsludeild á Hringbraut

Gjörgæsludeildin á Hringbraut sinnir fjölbreyttum sjúklingahópi, bæði börnum og fullorðnum. Deildin er sjö rúma deild og er ein þriggja gjörgæsludeilda á landinu.

Mig hafði lengi langað að vinna á gjörgæslunni en lét ekki verða af því fyrr en sjö árum eftir útskrift þá með nokkurra ára reynslu frá hjartadeild og af störfum erlendis í farteskinu. Síðan þá eru liðin 21 ár og mikil breyting hefur orðið á starfsemi deildarinnar á þeim tíma svo ekki sé minnst á aukið álag. Þrátt fyrir það er alltaf viss eftirvænting að mæta til vinnu enda tel ég að vandfundið sé eins frábært samstarfsfólk og þar.

Vaktin byrjar klukkan 15 en ég er mætt snemma. Mér finnst gott að taka inn stemninguna á deildinni áður en ég byrja og fá mér einn kaffibolla með þeim sem eru að koma á kvöldvaktina með mér. Fá að heyra aðeins hvernig gengur með ákveðna sjúklinga, skoða planið fyrir vaktina og undirbúa mig fyrir verkefni sem fyrir liggja. Á þessari vakt er deildin full, þar af eru tveir sjúklingar með virka COVID-19 sýkingu og þegar ég geng inn á deildina sé ég samstarfsfólk klæða sig í hlífðarfatnað sem þarf að vera í til að sinna þeim sjúklingum af öryggi.

Þessa vakt er ég vaktstjóri, ég byrja á því að spjalla við vaktstjóra morgunvaktar. Þá fæ ég yfirsýn yfir þá sjúklinga sem liggja á deildinni og við förum yfir mönnun.

**Við erum sammála um að mönnun næturvaktar sé tæg og ekki megi mikið út af bregða því hlutirnir geti breyst hratt á gjörgæsludeild.**

Við förum yfir möguleika í stöðunni og ákveðum að ég skuli reyna að finna einhvern sem getur verið á aukavakt næstu nótt. Ég sendi nokkur SMS til starfsmanna sem eru í fríi og set inn færslu á Facebook-síðu hjúkrunarfræðinga deildarinnar og spyr hvort einhver geti komið á aukavakt.

Yfirfærsla klínískrar ábyrgðar á milli vakta er misjafnlega útfærð eftir deildum en á gjörgæslunni fer hún oft fram við rúm sjúklings. Það er að mörgu að hyggja og vaktaskiptin eru oft notuð til skoðanaskipta um hjúkrunarmedferð sjúklings þar sem ýmsar hugmyndir

eru ræddar. Að því loknu gera hjúkrunarfræðingar öryggistékk þar sem farið er yfir tækjabúnað, lyf og annað í umhverfi sjúklings sem gæti þurft að nota á vaktinni sem fram undan er.

Venjulega er einn hjúkrunarfræðingur með hvern sjúkling, stundum tveir ef sjúklingur er mjög kríttískt veikur eða í einangrun. Sjúklingar á gjörgæslu eru í langflestum tilvikum undir ströngu eftirliti sem þýðir meðal annars að þeir eru aldrei skildir eftir einir, það eru alltaf hjúkrunarfræðingar og/eða sjúkraliðar á sjúkrahöfnum.

Ég fer á allar stofur til að sjá hvort ég get aðstoðað. Það er yfirvofandi andlát á deildinni og þann sjúkling þarf að flytja á einbýli og til þess þarf margar hendur. Að því loknu slökkvum við ljós á ganginum á deildinni. Það er gert af virðingu við þann sem er að skilja við en ekki síst til að minna starfsfólk og gesti deildarinnar á að ganga hljóðlega um. Ég er svo hjá sjúklingnum á meðan sá hjúkrunarfræðingur sem hugsar um hann fer inn í aðstandendaherbergi og ræðir við fjölskyldu sjúklingsins.



Orri Jökulsson og Sólveig Kristjánsdóttir hjúkrunarfræðingar á vaktinni.





Gunnar Helgason, Áslaug Arnoldsdóttir og Ásdís Guðmundsdóttir hjúkrunarfræðingar.

Á annarri stofu á að taka sjúkling sem var í opinni hjartaaðgerð fyrir um daginn á rúmstokk og ég fer til að aðstoða við það. Til þess þarf a.m.k. þrjá starfsmenn þar sem sjúklingurinn er enn tengdur við hjartarafsjá, vökvadælu og dren svo ekki sé minnst á að einn og einn sjúkling svimar við fyrstu framúrferð og þá er gott að hafa margar hendur til stuðnings.

Ég kiki á vaktstjórásimann til að sjá hvort einhver hafi svarað beiðni minni um að koma á næturvaktina og þá hringir hann. Í símanum er hjúkrunarfræðingur af legudeild á Hringbrautinni. Fyrr um daginn hafði verið útskrifaður til þeirra sjúklingur af gjörgæslunni og sú sem hringir vill fá ráðgjöf. Gjörgæsludeildir Landspítala veita legudeildum á Hringbraut og í Fossvogi formlegan stuðning, meðal annars með eftirliti með ákveðnum sjúklingum, eftir útskrift af gjörgæslu. Þetta kallast eftirgæsla. Eftirgæsla er reglubundið mat og eftirlit með sjúklingi sem legið hefur á gjörgæslu í að minnsta kosti 72 tíma.

Klínískir sérfræðingar í gjörgæsluhjúkrun sinna eftir-gæslu á dagvinnutíma, utan þess tíma, sinna eftirgæslu annaðhvort vaktstjórar á gjörgæsludeildum eða þeir hjúkrunarfræðingar sem hjúkruðu viðkomandi í gjörgæslulegunni. Ég þekki sjúklinginn sem um ræðir og læt samtarfsfólk mitt vita að ég fari af deildinni til að kíkja á hann. Þegar ég kem á deildina, byrja ég á því að tala við hjúkrunarfræðinginn sem er ábyrgur fyrir sjúklingnum og við förum svo saman til sjúklingsins. Þegar málið hefur verið leyst sammælumst við um að gjörgæsluhjúkrunarfræðingur á næturvakt muni hringja til að heyrna hvernig gangi. Á leiðinni til baka kem ég við í matsalnum og kippi með mér einhverjum kræsingum í kvöldmatinn. Vaktin líður áfram, við skiptumst á að fara í mat og þegar allir eru komnir til baka hjálpumst við að með hin ýmsu verk, aðhlyningu, sáraskipti, lyfjagjafir, framúrferðir, blóðprufur, samtöl við ættingja, annaðhvort í síma eða á deildinni, og skráningu svo eitthvað sé nefnt.

**Enn hringir síminn og áður en ég svara honum, loka ég augunum og sendi beiðni út í kosmosið um að þetta sé einhver að segjast ætla að fórna nætursvefninum og koma á næturvakt.**

Í símanum er hins vegar sérfræðingurinn á vaktinni. Hún segir mér að á leiðinni í hús sé maður sem hafi farið í hjartatopp í heimahúsi og þurfi á gjörgæslu að halda. Hann muni fyrst fara í hjartaþræðingu og sneiðmyndatöku en koma að þeim rannsóknum loknum á deildina. Ég er eini lausi hjúkrunarfræðingurinn svo það gefur auga leið að ég taki við sjúklingnum sem er á leiðinni til okkar.

Við hjálpumst að við að undirbúa komu hans, yfirfara stæði og tækjabúnað og blanda þau lyf sem við þurfum til að meðhöndla sjúklinginn. Ég bið einn af sjúkraliðunum okkar að fara með gjörgæslurúm á hjartaþræðingarstofuna svo hægt sé að flytja sjúklinginn upp til okkar á öruggan hátt. Það er allt tilbúið fyrir komu sjúklings og ég

„Að því loknu slökkvum við ljós á ganginum á deildinni. Það er gert af virðingu við þann sem er að skilja við en ekki síst til að minna starfsfólk og gesti deildarinnar á að ganga hljóðlega um.“

tek mér tíma til að kíkja enn á vaktstjórásimann. Þar leynist SMS frá hjúkrunarfræðingi sem er til í að koma á næturvaktina. Ég hringi strax í hana til að staðfesta vaktina og bæti henni á planið.

Ég nýti tímann áður en sjúklingurinn, sem ég á að taka við, kemur á deildina til að heyrna í öllum hjúkrunarfræðingum vaktarinnar um ástand sjúklinganna til að geta gefið næsta vaktstjóra yfirsýn yfir deildina. Renni yfir mönnum og ráðfæri mig við góðan kollega um niðurröðun verkefna fyrir næstu vakt og við gerum smávægilegar breytingar. Enn hringir síminn og í þetta skipti er það sérfræðingurinn okkar að láta vita að þau séu á leiðinni á deildina með sjúklinginn. Ég finn hvernig púlsinn verður aðeins hraðari því verkefnið fram undan er bæði krefjandi og spennandi. Þegar nýr sjúklingur leggt inn á deildina eru allir tilbúnir að aðstoða. Móttakan gengur vel, sjúklingurinn er í öndunarvél og með sídreppi í æð sem styðja við hjarta og æðakerfi og lyf til slæfingar. Við tengjum hann í hjartasírta og getum þannig séð í beinni útsendingu helstu lífsmörk eins og púls, blóðþrýsting, öndunartíðni og hita og getum brugðist við hratt og örugglega ef einhverjar breytingar verða. Ég fer yfir meðferðina með sérfræðingi og við leggjum línur fyrir næstu klukkustundirnar.

Tíminn hefur líðið hratt og áður en ég veit af er næturvaktin mætt. Við förum yfir mál sjúklingsins, fyrirhugaða meðferð og hvað hefur þegar verið gert. Ég veit að ég skil sjúklinginn minn eftir í öruggum höndum og fer og leita uppi vaktstjóra næturvaktarinnar til að gefa henni yfirsýn yfir deildina og plön morgundagsins. Þau geta auðveldlega riðlast, þannig er starfsemi gjörgæslunnar einfaldlega. Þar breytast hlutirnir hratt og ég veit að þegar geng inn á deildina á næstu vakt gætu aðstæður á deildinni verið allt aðrar. Það og akkúrat það er það besta en líka það erfiðasta við að vinna á gjörgæslu.

**Vaktinni minn er lokið og ég geng út af deildinni, tæmi hugann og það eina sem ég spái í núna er hvaða leið ég ætla að ganga heim.**

## Höfundar

**MAGÐALENA LÁRA  
SIGURÐARDÓTTIR**  
hjúkrunarfræðingur  
**SARA HILDUR TÓMASDÓTTIR BRIEM**  
hjúkrunarfræðingur  
**HILDUR SIGURÐARDÓTTIR**  
lektor og ljósmóðir

# Barneignarferli á tímum COVID-19 Hlutverk hjúkrunarfræðinga

## INNGANGUR

Að verða foreldri er stór breyting í lífi fólks sem oftast er ánægjuleg en aðlögunin að nýjum aðstæðum er jafnframt krefjandi og getur verið streituvaldandi (Copeland og Harbaugh, 2019; Wiklund o.fl., 2018). Breytingin getur haft áhrif á líðan og tilfinningar para (Wiklund o.fl., 2018), auk þess sem ábyrgðin og nýjar áskoranir geta breytt sjálfsmynd þeirra (Riggs o.fl., 2018). Mæður upplifa gjarnan erfiðleika við að ná jafnvægi á eigin lífi eftir fæðingu, að sinna eigin þörfum á sama tíma og þær kynnast nýburanum og hans þörfum (Copeland og Harbaugh, 2019). Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki í gegnum allt barneignarferlið, frá getnaði til og með sængurlegu (Gilmer o.fl., 2016).

Smitsjúkdómurinn COVID-19 kom fyrst til sögunnar í desember 2019. Fljótlega dreifðist hann hratt út og varð að heimsfaraldri. COVID-19 er af völdum kórónuveiru sem veldur öndunarfærasýkingu með misalvarlega birtingarmynd (Umakanthan o.fl., 2020). Flest lönd gripu til þess ráðs að setja á samkomutakmarkanir til að sporna gegn frekari útbreiðslu sjúkdómsins. Gripið hefur verið til margvíslegra takmarkana s.s. ferðatakmarkana, fjöldatakmarkana og fjarlægðarmarkana. Faraldurinn hefur haft þau áhrif að margir hafa misst vinnuna og óvissa ríkir um framtíðarstörf sökum efnahagslegra áhrifa (Daly o.fl., 2021). Venjur margra fjölskyldna hafa tekið breytingum þar sem biðlað var til fólks að vera sem mest heima, skólum og daggæslum var lokað og foreldrar þurftu

margir hverjir að vinna heima (Russell o.fl., 2020). Faraldurinn hefur leitt af sér miklar breytingar á þjónustu við foreldra ungra barna til að verja heilbrigðisstarfsfólk og verðandi mæður gegn smiti (Davis-Floyd o.fl., 2020).

COVID-19 hefur leitt til breytinga á starfi hjúkrunarfræðinga og þeirri þjónustu sem þeir veita nýbökudum og verðandi foreldrum (Arnetz o.fl., 2020). Faraldurinn hefur haft áhrif á andlega líðan nýbakaðra og verðandi mæðra, ekki síður en almennings og fjölskyldna (Dib o.fl., 2020; Russell o.fl., 2020; Vindegaard og Benros, 2020). Að verða foreldri getur verið streituvaldandi en COVID-19 faraldurinn hefur aukið streitu tengda barneignarferlinu. Hræðsla við að smitast, einangrun, skortur á upplýsingum og tekjutap eru þættir sem hafa haft mikil áhrif á líðan fjölskyldunnar (Russell o.fl., 2020). Mæður sem áttu barn á tímum COVID-19 töldu að faraldurinn hefði haft áhrif á andlega líðan þeirra. Áhyggjur þeirra voru miklar, skortur var á upplýsingum og breyting var á þjónustu (Ollivier o.fl., 2021). Mæður misstu stuðning í gegnum meðgöngu og fæðingu, viðvera stuðningsaðila í fæðingu var takmarkaðri og miklar breytingar urðu á mæðravernd (Chivers o.fl., 2020). Takmarkanirnar höfðu áhrif á félagsleg tengsl sem varð til þess að stórfjölskyldan missti af merkilegum atburðum í lífi nýburans (Ollivier o.fl., 2021).

## Að verða foreldri á tímum COVID-19

Rannsóknir benda til að ástand í samfélagi á borð við COVID-19 hafa viðtæk áhrif á geðheilsu einstaklinga og fjölskyldunnar í heild. Hræðsla við að smitast, einangrun, pirringur, leiði, skortur á vistum og upplýsingum, tekjutap og fordómar eru allt þættir sem hafa áhrif á líðan fjölskyldunnar (Russell o.fl., 2020). Konur sem áttu barn á tímum COVID-19 lýstu því að þeim fannst þær finna fyrir þunglyndi og upplifðu auknar tilfinningar s.s. um að vera týndar, yfirgefnar, örmagna, pirraðar, leiðar, reiðar og kvíðnar. Þekkt er að nýbakaðar mæður finni fyrir miklum tilfinningum í gegnum barneignarferlið en það að eignast barn á tímum heimsfaraldurs getur ýtt undir tilfinningasveiflur (Ollivier o.fl., 2021).

Ollivier og félagar (2021) rannsökuðu áhrif COVID-19 faraldursins á foreldra. Stór hluti umönnunaraðila í rannsókninni taldi að það að eignast barn á tímum COVID-19 hafi haft neikvæð áhrif á andlega líðan. Ýmsir þættir höfðu þar áhrif s.s. skortur á félagslegum tengslum, sorgartilfinning í fæðingarorlofi sem var ekki eins og mæður höfðu reiknað með, einangrun frá ástvinum og ýmsir aðrir streituvaldar. Áhyggjur nýbakaðra mæðra voru miklar. Þær upplifðu að þær hefðu ekki fengið nægar upplýsingar um hvernig best væri að hugsa um nýburann og hefðu viljað fá betri upplýsingar um brjóstgjöf. Hjúkrunarfræðingar sem höfðu sinnt þeim þurftu í vaxandi mæli að sinna COVID-19 tengdum viðfangsefnum og þeim fannst þær vera skildar eftir einar í óvissunni með einungis símaráðgjöf og engin persónuleg tengsl. Þeim fannst þær missa frá sér stuðningsaðilann sem hefði annars verið með þeim í gegnum allt ferlið (Ollivier o.fl., 2021).

Mæður og makar sem eignuðust barn á tímum COVID-19 voru mörg hver að takast á við önnur verkefni eins og að hugsa um önnur börn á heimilinu. Skólum og barnagæslum var stundum lokað vegna smita og sumir ákváðu að hafa börnin heima vegna hræðslu við smit. Fyrir einstæðar mæður gat þetta verið einkar erfitt og ömmur og afar áttu erfitt með að aðstoða nýbakaða foreldra af ötta við að smitast (Almeida o.fl., 2020). Mæður kunnu að meta stuðning heilbrigðisstarfsfólks og töldu samband við það vera mikilvægt. Án þess gátu mæður upplifað að þær væru gleymdar og yfirgefnar. Mæður misstu af stuðningi frá mömmuhópum, foreldratímum og öðrum félagslegum tengslum á tímum COVID-19. Tengslamyndun stórfjölskyldunnar við nýburann skertist og upplifðu mæður að fjölskyldur þeirra væru að missa af merkilegum atburðum í lífi barnsins sem hafði mikil áhrif á líðan þeirra (Ollivier o.fl., 2021).

## Samband, kynlíf og barneignir

Aukið álag og streita geta haft mikil áhrif á rómantískt samband pars. Náíð samband þar sem báðir einstaklingar upplifa öryggi og gagnkvæman stuðning er mikilvægt bæði fyrir andlega og líkamlega heilsu (Pietromonaco og Overall, 2020). Hvaða áhrif COVID-19 hefur haft á sambönd para er ekki að fullu þekkt en vitað er að margir upplifðu aukna streitu í kjölfar COVID-19 sem tengdist gjarnan fjárhagsáhyggjum og því að starfsöryggi var ógnað. Áhrif faraldursins á gæði og stöðugleika sambands er mismunandi milli para en það hvernig tekist var á við erfiðleika og hlúð að sambandinu fyrir faraldurinn hafði forspárgildi um það hvernig gekk að takast á við faraldurinn (Pietromonaco og Overall, 2020).

Óvissan um hversu lengi faraldurinn mun hafa áhrif á líf fólks er mikil. Bráð og krónísk streita minnkar ánægju í parasambandi. Þör eru líklegri til að búa yfir bjargráðum til að viðhalda sambandinu þegar streita er í styttri tíma en þegar streitan verður krónísk er hætta á að þau dugi ekki lengur til (Pietromonaco og Overall, 2020). Li o.fl. (2020) rannsökuðu áhrif COVID-19 á ástarsambönd og kynheilbrigði í Kína. Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu fram á að 22% þátttakenda fundu fyrir minnkaðri kynhvöt í kjölfar COVID-19 faraldursins og 41% þátttakenda upplifðu að tíðni kynmaka minnkaði. Helstu áhrifaþættirnir voru: Meira um truflanir á heimilinu, minna um persónulegt frelsi og lakari andleg líðan (Li o.fl., 2020).

Margar konur höfðu áhyggjur af fjölskyldunni sökum óvissu með faraldurinn og vildu fresta barneignum (Chivers o.fl., 2020). Micelli o.fl. (2020) rannsökuðu lífsstílsbreytingar tengdar faraldurinn og áhrif þeirra á löngun til að verða foreldri. Niðurstöðurnar sýndu að af þátttakendum sem höfðu hugsað sér að eignast barn áður en faraldurinn skall á hættu 37,3% við barneignir í ljósi nýrra aðstæðna. Meginástæður þess voru í 58% tilvika áhyggjur af fjárhagsstöðu og einnig höfðu 58% áhyggjur af hvaða afleiðingar COVID-19 hefði á meðgönguna. Af þeim sem höfðu ekki hugsað sér að eignast barn fyrir faraldurinn fundu um 11,5% fyrir löngun til að verða foreldri þegar samkomutakmarkanir voru sem mestar og var sú þrá meira áberandi hjá konum en körlum. Af þeim sögðust 50% hafa þörf fyrir breytingu og 40% hafa þörf fyrir ánægjulegan atburð (Micelli o.fl., 2020).

## Meðganga

Meðganga felur í sér áskoranir sem geta haft áhrif á andlega, líkamlega og félagslega líðan kvenna. Almennt þá eru barnshafandi konur ekki líklegri til að upplifa meiri streitu og kvíða en aðrar konur sem ekki eru barnshafandi. Þær konur sem glíma við erfiðleika á meðgöngu eru þó í aukinni hættu á að upplifa meiri streitu og kvíða samanborið við þær sem ganga í gegnum meðgöngu án vandkvæða (Stepowicz o.fl., 2020).

Félags- og efnahagslegir þættir í kjölfar COVID-19 virðast heilt yfir hafa meiri áhrif á konur en karla og getur meðganga á þessum tímum verið sérstaklega viðkvæmt tímabil (Kotlar o.fl., 2021). Rannsóknir sem til eru í dag sýna fram á að barnshafandi konur eru ekki í aukinni áhættu á að smitast og litlar líkur eru á að smituð móðir beri COVID-19 smit til barns í fæðingu eða með brjóstgjöf (Vazquez-Vazquez o.fl., 2021). Upplýsingar um hvaða áhrif COVID-19 getur haft á meðgöngu og langtímaáhrif á nýburann eru enn af skornum skammti (Stepowicz o.fl., 2020).

Stepowicz og félagar (2020) rannsökuðu streitu og kvíða meðal barnshafandi kvenna og nýbakaðra mæðra í COVID-19 faraldrinum. Í rannsókninni kom fram að þær konur sem glímdu við andleg veikindi fyrir faraldurinn voru í aukinni hættu á að glíma við streitu á meðgöngu. Barnshafandi konur sem voru einhleypar eða í óformlegu sambandi voru einnig líklegri til að finna fyrir auknum kvíða á meðgöngu á tímum COVID-19 heldur en þær sem voru giftar. Ástæður fyrir því voru taldar vera að einhleypar konur upplifi meiri óstöðugleika og óvissu en giftar konur sem upplifa ró og öryggi í sambandi sínu (Stepowicz o.fl., 2020). Félagsleg einangrun og sóttkví getur aukið hættu á andlegum veikindum meðal barnshafandi kvenna. Á tímum COVID-19 hefur tíðni kvíða og þunglyndiseinkenna barnshafandi kvenna aukist (Kotlar o.fl., 2021). Kvíðinn var meiri á fyrsta þriðjungi meðgöngunnar en á seinni stigum og í sængurlegu (Stepowicz o.fl., 2020). Óvissan sem fylgir faraldrinum og skortur á stuðningi frá vinum og fjölskyldu getur aukið streitu á meðgöngu (Kotlar o.fl., 2021).

## Fæðing og sængurlega

Frá því COVID-19 faraldurinn hófst hafa miklar breytingar orðið á þjónustu við foreldra í gegnum barneignarferlið. Víðsvegar um heiminn hafa mæður ekki getað fengið þann stuðning sem þær kjósa í fæðingunni. Í sumum löndum hefur stuðningur frá maka og öðrum stuðningsaðilum verið bannaður í fæðingu meðan önnur lönd leyfa að einn stuðningsaðili sé viðstaddur fæðingu. Flest sjúkrahús hafa sett þau skilyrði að stuðningsaðilinn sé ekki með nein einkenni COVID-19. Á flestum stöðum mátti stuðningsaðili aðeins vera á meðan fæðingu stendur en ekki í sængurlegu (Davis-Floyd o.fl., 2020).

Rannsókn Vazquez-Vazquez o.fl. (2021) sem náði til mæðra með barn yngra en eins árs leiddi í ljós að meðal mæðra sem áttu barn í miðju útgöngubanni í Bretlandi lýstu 39% breytingum á fæðingarátætlun sökum faraldursins. Helstu breytingarnar sem þær lýstu voru að þurfa að fæða á sjúkrahúsi en ekki á ljósmæðrastýrðri einingu, hafa ekki möguleikann á að fæða í vatni, eiga ekki kost á heimafæðingu, hafa aðeins mátt hafa einn stuðningsaðila í fæðingunni og einungis þegar komið var að virkri fæðingu (Vazquez-Vazquez o.fl., 2021). Barnshafandi konur geta upplifað mikla streitu

og kvíða við að ákveða hvar þær vilja eiga barnið upp á hvaða stuðning þær geta haft í fæðingunni. Þetta getur haft ýmsar afleiðingar í för með sér varðandi líðan móður s.s. fæðingarþunglyndi í kjölfar þess að vera skildar eftir einar á sjúkrahúsi eftir fæðingu án stuðnings frá maka (Davis-Floyd o.fl., 2020). COVID-19 hefur aukið hræðslu barnshafandi kvenna og fjölskyldna þeirra þar sem mæður upplifðu tilfinningar um að hafa ekki stjórn á aðstæðum og fundu fyrir mikilli óvissu með framtíðina (Souto o.fl., 2020).

Þegar faraldurinn stóð sem hæst í Bretlandi voru mæður útskrifaðar af sjúkrahúsi stuttu eftir fæðingu og fengu aðeins eina til tvær vitjanir frá ljósmæðrum í heimaþjónustu (MacGregor o.fl., 2020). Útgöngubann hafði töluverð áhrif á stuðningsnet þeirra. Minni stuðningur frá vinum og vonbrigði yfir að geta ekki hitt aðrar mæður í ýmsum mömmuhópum (Vazquez-Vazquez o.fl., 2021). Að minnka stuðningsnet mæðra eftir fæðingu eykur áhættuna á verri andlegri heilsu og eru vísbendingar um aukningu andlegra vandamála hjá mæðrum sem áttu barn í miðjum COVID-19 faraldri (MacGregor o.fl., 2020).

Í rannsókn Ollivier o.fl. (2021) kom fram að á tímum heimsfaraldurs þótti konum þær fá takmarkaðar upplýsingar um úrræði við fæðingarþunglyndi. Margar mæður upplifðu mikla óvissu með tilfinningar sínar og vildu fá staðfestingu á því að það sem þær upplifðu væru eðlilegar tilfinningar og þær þyrftu ekki að hafa áhyggjur. Í dag er víða hægt að leita sér aðstoðar við fæðingarþunglyndi en á tímum COVID-19 virðist sú þjónusta ekki hafa verið sett í forgang og því síður aðgengileg en önnur heilbrigðisþjónusta (Ollivier o.fl., 2021).

Fyrir tíma COVID-19 voru konur líklegri til að horfa á fæðingu með eftirvæntingu og tilhlökkun en á tímum COVID-19 breyttust þær tilfinningar hjá mörgum konum í hræðslu, óvissu og sorg. Fyrri fæðingarreynsla getur haft áhrif á væntingar kvenna til næstu fæðingar. Ekki hefur verið sýnt fram á að COVID-19 smitist til barns í gegnum fæðingarveg, berist til barns í gegnum fylgju eða legvatn en takmörkuð gögn eru til um það (Souto o.fl., 2020).

## Mæðravernd og þjónusta við foreldra

Mæðravernd tók miklum breytingum í COVID-19 faraldrinum. Ekki var aðeins gripið til takmarkana varðandi stuðningsaðila heldur var einnig mikil breyting á hvernig mæðravernd var háttað. Á sumum sjúkrahúsum fór mæðravernd að hluta til fram í gegnum fjarfundabúnað og síma (Davis-Floyd o.fl., 2020). Í Bretlandi var gripið til þess ráðs að senda konur heim með blóðþrýstingsmæli og viðmiðunargildi með fyrirmælum um að að mæla sig sjálfar reglulega (Kotlar o.fl., 2021). Þá voru vitjanir ljósmæðra einnig á sumum stöðum styttrar og þeim fækkað (Davis-Floyd o.fl., 2020). Fjöldi heilbrigðisstofnana þurfti að loka alfarið og varð þá meira álag á öðrum stofnunum eins og spítólum. Spítalar hafa þurft að setja reglur um fjölda fólks í hverju herbergi og hversu langan tíma mæður mega dvelja eftir fæðingu. COVID-19 hefur því haft neikvæðar afleiðingar á aðgengi og gæði þjónustu varðandi mæðra (Kotlar o.fl., 2021).

Verðandi mæður hafa upplifað á þessum fordæmalausum tímum ótta og kvíða við COVID-19 og það að smitast á spítala eða í mæðravernd. Heilbrigðisstarfsfólk hefur lýst því að það

að stuðningsaðili hafi ekki mátt vera viðstaddur fósturskimun hafi skapað meiri ótta og kvíða hjá verðandi mæðrum og vakið upp spurningar um öryggi þjónustunnar fyrir fæðingu (Davis-Floyd o.fl., 2020).

Margir verðandi foreldrar höfðu áætlað að fara á fæðingarnámskeið fyrir COVID-19 en hjá um 75% var námskeiðunum aflýst sökum faraldursins. Um helmingi þeirra var boðið fæðingarnámskeið á netinu í stað námskeiðsins sem átti að vera á staðnum. Flestir verðandi foreldrar (93,2%) sögðust frekar hafa kosið námskeið á staðnum en námskeið á netinu ef það hefði staðið til boða (Burgess o.fl., 2021).

### Brjóstgjöf

Mæður í Bretlandi sem eignuðust barn þegar samkomutakmarkanir voru sem mestar lýstu margar hverjar skorti á stuðningi við brjóstgjöf. Skortur var á raunverulegri aðstoð þar sem þær fengu hagnýt ráð um t.d. hvernig þær ættu að leggja barnið á brjóst. Þær leituðu margar hverjar eftir stuðningi frá fjölskyldu, vinum og mömmuhópum á samfélagsmiðlum. Makar voru helstu stuðningsaðilar þeirra (Vazquez-Vazquez o.fl., 2021).

Veiran sem veldur COVID-19 hefur fundist í sýnum brjóstamjólkur en óvíst er hvort smit berist til barns með mjólkinni. Á sumum stöðum var haldið aftur af húð við húð snertingu nýburans við foreldra, barn aðskilið frá móður og brjóstgjöf ekki hafin hjá mæðrum með grun um eða staðfest smit vegna hugsanlegs skaða sem það gæti valdið barninu (Souto o.fl., 2020). Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) hefur mælt með því að konur sem eru með staðfest smit eða grun um smit hefji eða haldi samt sem áður áfram brjóstgjöf. Hugsanlega er brjóstgjöf verndandi þáttur fyrir barnið þar sem mótefni í brjóstamjólk berast til barns. Kostir brjóstgjafar vega verulega upp á móti mögulegu smiti til barns og því ætti ekki að hætta brjóstgjöf ef mögulegt er (Kotlar o.fl., 2021).

### Breyting á fjölskyldulífi

Vísbendingar eru um að þeir sem upplifa mikla umönnunarbyrði, t.d. foreldrar, upplifa meiri og sterkari neikvæð viðbrögð á tímum hamfara eins og heimsfaraldurs. Kvíði og áfallastreita getur einnig aukist hjá umönnunaraðilum þegar umönnunarbyrði eykst (Russell o.fl., 2020). Þegar umönnunaraðilar takast á við aukna streitu verður andleg og tilfinningaleg líðan þeirra fyrir miklum áhrifum. Það að annast fjölskylduna verður þeim erfitt og foreldrar geta upplifað þessar hindranir í foreldrahlutverkinu sem óyfirstigulegar (Prime o.fl., 2020).

Foreldrar móta sín eigin viðbrögð, hver þeirra bjargráð eru og hvernig þau hlúa að sjálfum sér í erfiðum aðstæðum. Foreldrar eru fyrirmyndir barna sinna og rannsóknir gefa til kynna að þó að börn telja sig ekki verða fyrir eins miklum áhrifum af erfiðleikum og foreldrar þeirra, upplifa þau álíka mikla vanlíðan (Russell o.fl., 2020). Hræðsla foreldra getur smitað út frá sér og börn verið sérstaklega næm á tilfinningalegt ástand fullorðinna í kringum sig, sérstaklega foreldra sinna (Imran o.fl., 2020). Streita og álag foreldra á hamfaratímum getur magnað upp umönnunarbyrði og andleg einkenni, sem gæti haft áhrif á samband foreldra og barna (Russell o.fl., 2020).

Að vera foreldri er streituvaldandi við venjulegar kringumstæður. COVID-19 faraldurinn hefur leitt til aukinnar streitu hjá almenningi sem er greinilegri hjá foreldrum en öðrum fullorðnum sem ekki eiga börn. Á tímum faraldursins gripu margir skólar og daggæslur til þess ráðs að loka. Skólastarf færðist heim og börnin voru mun meira heima (Russell o.fl., 2020). Faraldurinn og breytingarnar sem urðu á daglegu lífi höfðu meiri áhrif á feður en mæður. Þeir sem glímdu við fjárhagserfiðleika lýstu einnig meiri umönnunarbyrði og geðrænum einkennum (Russell o.fl., 2020). Streita tengd faraldurinum getur hafa aukist hjá fjölskyldum barna með sérþarfir og krefjandi hegðunarvandamál vegna þess að stuðningur sem þær nutu fyrir var skertur (Prime o.fl., 2020).

Foreldrar þurftu margir hverjir að vinna heima á tímum COVID-19 og börnin einnig þegar skólar lokuðu. Það að sinna bæði vinnu og börnum, jafnvel í sama rými, þessar aðstæður gátu haft hindrandi áhrif á afköst foreldra í vinnunni (Waizenegger o.fl., 2020).

### Hlutverk hjúkrunarfræðinga

COVID-19 faraldurinn hefur haft mikil áhrif á störf heilbrigðisstarfsfólks. Heilbrigðiskerfið hefur þurft að takast á við margvíslegar áskoranir út um allan heim. Í faraldurinum hafa hjúkrunarfræðingar staðið frammi fyrir aðstæðum sem ógna heilsu þeirra, vellíðan og getu til að sinna starfi sínu. Hjúkrunarfræðingar hafa upplifað örmögnun, líkamleg óþægindi í kjölfar langra vinnudaga í hlífðarbúnaði, hræðslu við að smitast og tilfinningalega vanlíðan. Þessir álagsþættir eru viðbót við álag í störfum hjúkrunarfræðinga sem var ærið fyrir (Arnetz o.fl., 2020).

Hjúkrunarfræðingar gegna lykilhlutverki í forvörnum gegn COVID-19 og viðbrögðum við faraldurinum. Þeir veita sjúklingum persónulega hjúkrun og innleiða heilsusefningar-áætlanir og forvarnir í samfélaginu og fyrir aðra heilbrigðisstarfsmenn. Heimsfaraldur krefst virkrar þátttöku hjúkrunarfræðinga bæði við umönnun, við heilbrigðisfræðslu og miðlun lýðheilsuupplýsinga til samfélagsins á tímum COVID-19. Hjúkrunarfræðingar veita sjúklingum, fjölskyldum og almenningi upplýsingar um faraldurinn, biðla til almennings um að fylgja tilmælum heilbrigðisyfirvalda og stuðla að aðgerðum til að koma í veg fyrir ný smit. Leiðtogar í hjúkrun eru enn fremur ábyrgir fyrir því að veita hjúkrunarfræðingum uppfærðar upplýsingar reglulega varðandi verklagsreglur um vinnuvernd (Bolina o.fl., 2020).

Hjúkrunarfræðingar veita foreldrum í barneignarferlinu mikilvægan stuðning. Þeir hafa þekkingu og færni til að styðja við nýja foreldra í þeirra hlutverki með notkun gagnreyndar þekkingar og starfshátta. Þarfir nýrra foreldra eru mismunandi og því þarf að aðlagja heilbrigðisþjónustu að þeirra óskum og hjúkrunarfræðingar þurfa að meta gagnrýnið hvað á við hverju sinni. Hjúkrunarfræðingar ættu að leiðbeina nýjum foreldrum og benda á úrræði sem standa þeim til boða ef þeir standa frammi fyrir erfiðleikum t.d. eins og svefnráðgjöf (Gilmer o.fl., 2016).

Það er mikilvægt að heilbrigðiskerfið sem veitir nýjum foreldrum þjónustu hafi getu til að bregðast hratt og örugglega við nýjum aðstæðum. Fyrstu mánuðir COVID-19 leiddu í ljós að þjónusta við nýbakaða foreldra var ábótavant

á tímum heimsfaraldurs. Þeir þurftu gjarnan sjálfir að finna út úr hlutunum og fengu ekki þá aðstoð sem áður stóð til boða. Hjúkrunarfræðingar eru meðal annarra heilbrigðisstétta í lykilhlutverki að huga að félagslegri og andlegri líðan fjölskyldunnar eftir að nýtt barn kemur í heiminn (Ollivier o.fl., 2021).

Þegar COVID-19 smitum fór að fjölga þurfti að grípa til ýmissa ráðstafana. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður þurftu að breyta starfsháttum sínum í takt við faraldurinn s.s. með því að takmarka persónulega þjónustu og veita þess í stað þjónustu í gegnum fjarfundabúnað eða síma. Verðandi mæður hafa upplifað mikla hræðslu í faraldrinum sökum skorts á upplýsingum um afleiðingar sjúkdómsins og takmarkana. Hjúkrunarfræðingar og ljósmæður brugðust við því með því að setja upp ráðgjafalínur og símaver og birta myndbönd (Walton, 2020). Heilbrigðisstarfsmenn þurfa að vera vakandi fyrir því að þreyta og tilfinningalegt álag í kjölfar sóttkvíar og félagslegrar fjarlægðar vegna breytinga á vinnu, skólastarfi og umönnun eykst eftir því sem ástandið varir lengur. Þeir þurfa að geta veitt úrræði til að aðstoða umönnunaraðila við að halda áfram að sinna foreldrahlutverkinu og veita börnum sínum öryggi og vernd (Russell o.fl., 2020).

## LOKAORÐ

COVID-19 hefur haft viðtæk áhrif á allan heiminn. Faraldurinn hefur orðið til þess að breytingar hafa orðið á heilbrigðisþjónustu við foreldra í barneignarferlinu og hann hefur haft neikvæðar afleiðingar á aðgengi og gæði þjónustunnar (Kotlar o.fl., 2021). Mæðravernd hefur tekið miklum breytingum og á sumum sjúkrahúsum farið að hluta til fram í gegnum fjarfundabúnað. Stuðningsaðilar hafa víða ekki verið leyfðir í fósturskimunum og fæðingarnámskeið verið felld niður (Burgess o.fl., 2021; Davis-Floyd o.fl., 2020). Verðandi mæður hafa upplifað ótta og kvíða við sjúkdóminn og óttast að smitast af COVID-19 á spítala eða í mæðravernd (Davis-Floyd o.fl., 2020).

Í mörgum löndum hefur konum verið neitað um þann stuðning sem þær kjósa í fæðingu vegna sóttvarnaraðgerða (Davis-Floyd o.fl., 2020). Margar mæður upplifðu skort á stuðningi frá heilbrigðisstarfsfólki við brjóstgjöf. Mæður leituðu því margar hverjar frekar til aðstandenda eftir stuðningi og hagnýtum ráðum (Vazquez-Vazquez o.fl., 2021). Hræðsla var við að bera smit frá móður til barns með brjóstgjöf og dæmi um að ráðið var frá brjóstgjöf ef grunur var um smit hjá móður (Souto o.fl., 2020). Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur gefið út að ávinningur brjóstgjafar sé meiri en hætta á mögulegu smiti til nýburans og því ætti að hefja brjóstgjöf eins fljótt og mögulegt er (Kotlar o.fl., 2021).

COVID-19 faraldurinn hefur leitt til aukinnar streitu og hafa rannsóknir sýnt fram á að aukið álag og streita getur haft mikil áhrif á rómantískt samband pars (Pietromonaco og Overall, 2020; Russell o.fl., 2020).

Streita á tímum COVID-19 hefur verið greinilegri hjá foreldrum en öðrum fullorðnum einstaklingum (Russell o.fl., 2020). Foreldrar sem glímdu við álagsþætti fyrir faraldurinn s.s. fjárhagserfiðleika og börn með sérþarfir voru í meiri hættu á að finna fyrir neikvæðum áhrifum COVID-19 á andlega heilsu (Prime o.fl., 2020; Russell o.fl., 2020).

Rannsóknur ber saman um að faraldurinn hefur haft viðtæk áhrif á barneignarferli, fjölskyldulíf og líðan foreldra. Hafa ber í huga að faraldurinn er enn í gangi og endanleg áhrif því ekki ljós. Frekari rannsóknir munu eflaust bæta þekkingu á COVID-19 sjúkdómnum og afleiðingum hans í framtíðinni.

Hjúkrunarleg gildi undirstrika mikilvægi þess að hlúa að andlegri líðan foreldra í gegnum barneignarferlið, halda utan um fjölskylduna og stuðla að eðlilegu fjölskyldulífi. Draga má margvíslegan lærdóm af COVID-19 faraldrinum þar sem margt hefur þurft að breytast og fólk þurft að aðlagast nýjum aðstæðum. Því mætti álykta að heilbrigðiskerfið sé betur undirbúið fyrir hamfarir og jafnvel aðra heimsfaraldra eftir að hafa tekist á við COVID-19. Hjúkrunarfræðingar hafa án efa lært mikið á þessum tíma og fengið dýrmæta reynslu bæði af því sem hefur gengið vel en ekki síður af því sem gekk verr. Getur sú þekking hjálpað þeim að átta sig betur á þörfum foreldra í gegnum barneignarferlið, tilfinningum og þeim stuðningi sem þeir þurfa á að halda.

## HEIMILDIR

- Almeida, M., Shrestha, A. D., Stojanac, D., og Miller, L. J. (2020). The impact of the COVID-19 pandemic on women's mental health. *Archives of women's mental health*, 23(6), 741–748. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01092-2>
- Arnetz, J. E., Goetz, C. M., Arnetz, B. B., og Arble, E. (2020). Nurse Reports of Stressful Situations during the COVID-19 Pandemic: Qualitative Analysis of Survey Responses. *International journal of environmental research and public health*, 17(21), 8126. <https://doi.org/10.3390/ijerph17218126>
- Bolina, A. F., Bomfim, E., og Lopes-Júnior, L. C. (2020). Frontline Nursing Care: The COVID-19 Pandemic and the Brazilian Health System. *SAGE open nursing*, 6(1), 1–6. <https://doi.org/10.1177/2377960820963771>
- Burgess, A., Brennan, R. B., Bradley, D., Dada, S., og Burcher, P. (2021). Pregnant Women's Reports of the Impact of COVID-19 on Pregnancy, Prenatal Care, and Infant Feeding Plans. *MCN. The American journal of maternal child nursing*, 46(1), 21–29. <https://doi.org/10.1097/NMC.000000000000067>
- Chivers, B. R., Garad, R. M., Boyle, J. A., Skouteris, H., Teede, H. J., og Harrison, C. L. (2020). Perinatal Distress During COVID-19: Thematic Analysis of an Online Parenting Forum. *Journal of medical Internet research*, 22(9), e22002. <https://doi.org/10.2196/22002>
- Copeland, D. B., og Harbaugh, B. L. (2019). "It's Hard Being a Mama": Validation of the Maternal Distress Concept in Becoming a Mother. *The Journal of perinatal education*, 28(1), 28–42. <https://doi.org/10.1891/1058-1243.28.1.28>
- Daly, Z., Slemmon, A., Richardson, C. G., Salway, T., McAuliffe, C., Gadermann, A. M., Thomson, K. C., Hirani, S., og Jenkins, E. K. (2021). Associations between periods of COVID-19 quarantine and mental health in Canada. *Psychiatry research*, 295(2021), 113631. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113631>
- Davis-Floyd, R., Gutschow, K., og Schwartz, D. A. (2020). Pregnancy, Birth and the COVID-19 Pandemic in the United States. *Medical anthropology*, 39(5), 413–427. <https://doi.org/10.1080/01459740.2020.1761804>
- Dib, S., Rougeaux, E., Vázquez-Vázquez, A., Wells, J., og Fewtrell, M. (2020). Maternal mental health and coping during the COVID-19 lockdown in the UK: Data from the COVID-19 New Mum Study. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 151(3), 407–414. <https://doi.org/10.1002/ijgo.13397>
- Gilmer, C., Buchan, J. L., Letourneau, N., Bennett, C. T., Shanker, S. G., Fenwick, A., og Smith-Chant, B. (2016). Parent education interventions designed to support the transition to parenthood: A realist review. *International journal of nursing studies*, 59, 118–133. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.03.015>
- Imran, N., Zeshan, M., og Pervaiz, Z. (2020). Mental health considerations for children and adolescents in COVID-19 Pandemic. *Pakistan journal of medical sciences*, 36(COVID19-S4), S67–S72. <https://doi.org/10.12669/pjms.36.COVID19-S4.2759>
- Kotlar, B., Gerson, E., Petrillo, S., Langer, A., og Tiemeier, H. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on maternal and perinatal health: a scoping review. *Reproductive health*, 18(1), 10. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01070-6>
- Li, G., Tang, D., Song, B., Wang, C., Qunshan, S., Xu, C., Geng, H., Wu, H., He, X., og Cao, Y. (2020). Impact of the COVID-19 Pandemic on Partner Relationships and Sexual and Reproductive Health: Cross-Sectional, Online Survey Study. *Journal of medical Internet research*, 22(8), e20961. <https://doi.org/10.2196/20961>
- MacGregor, R., Hillman, S., og Bick, D. (2020). Falling through the cracks: the impact of COVID-19 on postnatal care in primary care. *The British journal of general practice*, 70(701), 578–579. <https://doi.org/10.3399/bjgp20X713573>
- Micelli, E., Cito, G., Cocci, A., Polloni, G., Russo, G. I., Minervini, A., Carini, M., Natali, A., og Coccia, M. E. (2020). Desire for parenthood at the time of COVID-19 pandemic: an insight into the Italian situation. *Journal of psychosomatic obstetrics and gynaecology*, 41(3), 183–190. <https://doi.org/10.1080/0167482X.2020.17595>
- Ollivier, R., Aston, D. M., Price, D. S., Sim, D. M., Benoit, D. B., Joy, D. P., Iduey, D., og Nassaji, N. A. (2021). Mental Health and Parental Concerns during COVID-19: The Experiences of New Mothers Amidst Social Isolation. *Midwifery*, 94(2021), 102902. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102902>
- Pietromonaco, P. R., og Overall, N. C. (2020). Applying Relationship Science to Evaluate How the COVID-19 Pandemic May Impact Couples' Relationships. *The American psychologist*, 10.1037/amp0000714. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/amp0000714>
- Prime, H., Wade, M., og Browne, D. T. (2020). Risk and Resilience in Family Well-Being During the COVID-19 Pandemic. *The American psychologist*, 75(5), 631–643. <https://doi.org/10.1037/amp0000660>
- Riggs, D. W., Worth, A., og Bartholomaeus, C. (2018). The transition to parenthood for Australian heterosexual couples: expectations, experiences and the partner relationship. *BMC pregnancy and childbirth*, 18(1), 342. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-1985-9>
- Russell, B. S., Hutchison, M., Tambling, R., Tomkun, A. J., og Horton, A. L. (2020). Initial Challenges of Caregiving During COVID-19: Caregiver Burden, Mental Health, and the Parent-Child Relationship. *Child psychiatry and human development*, 51(5), 671–682. <https://doi.org/10.1007/s10578-020-01037-x>
- Souto, S., Albuquerque, R. S., og Prata, A. P. (2020). Fear of childbirth in time of the new coronavirus pandemic. *Revista brasileira de enfermagem*, 73(Suppl 2), e20200551. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0551>
- Stepowicz, A., Wencka, B., Bienkiewicz, J., Horzelski, W., og Grzesiak, M. (2020). Stress and Anxiety Levels in Pregnant and Post-Partum Women during the COVID-19 Pandemic. *International journal of environmental research and public health*, 17(24), 9450. <https://doi.org/10.3390/ijerph17249450>
- Umakanthan, S., Sahu, P., Ranade, A. V., Bukelo, M. M., Rao, J. S., Abrahao-Machado, L. F., Dahal, S., Kumar, H., og Kv, D. (2020). Origin, transmission, diagnosis and management of coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Postgraduate medical journal*, 96(1142), 753–758. <https://doi.org/10.1136/postgradmedj-2020-138234>
- Vazquez-Vazquez, A., Dib, S., Rougeaux, E., Wells, J. C., og Fewtrell, M. S. (2021). The impact of the COVID-19 lockdown on the experiences and feeding practices of new mothers in the UK: Preliminary data from the COVID-19 New Mum Study. *Appetite*, 156(2021), 104985. <https://doi.org/10.1016/j.appet.2020.104985>
- Vindegaard, N., og Benros, M. E. (2020). COVID-19 pandemic and mental health consequences: Systematic review of the current evidence. *Brain, behavior, and immunity*, 89, 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.05.048>
- Walton G. (2020). COVID-19. The new normal for midwives, women and families. *Midwifery*, 87, 102736. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102736>
- Waizenegger, L., McKenna, B., Cai, W., og Bendz, T. (2020) An affordance perspective of team collaboration and enforced working from home during COVID-19. *European Journal of Information Systems*, 29(4), 429–442. <https://doi.org/10.1080/0960085X.2020.1800417>
- Wiklund, I., Wiklund, J., Pettersson, V., og Boström, A. M. (2018). New parents' experience of information and sense of security related to postnatal care: A systematic review. *Sexual and reproductive healthcare*, 17(2018), 35–42. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.06.001>

## Höfundar

GUÐRÚN EYDÍS EYJÓLFSDÓTTIR  
HULDA SIF ÞÓRISDÓTTIR  
LAUFEY LIND STURLUDÓTTIR  
MARGRÉT ÁSTA ÍVARSDÓTTIR  
MARÍA RÓS SIGURBJÖRNSDÓTTIR  
ÞORBJÖRG INGA ÁSBJARNARDÓTTIR  
Nemendur við Háskólann á Akureyri

DR. SIGRÍÐUR HALLDÓRSDÓTTIR  
Kennari

# Að verja starfsheilbrigði í krefjandi starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga

## Reynsla hjúkrunarfræðinema af áhrifum boðorða þjónandi forystu innan heilbrigðiskerfisins

### HINN ÚTKEYRÐI HJÚKRUNARFRÆÐINGUR

Heilbrigðisstörf eru álagstengd margra hluta vegna. Má þar nefna niðurskurð í heilbrigðiskerfinu, undirmönnun, skort á starfsfólki og núna síðast áhrif af COVID-19. Hjúkrunarfræðingar eru undir vaxandi álagi vegna þessa og samhliða hafa kröfur á stéttina aukist. Orsakir bæði stöðugs og langvarandi álags í starfi hafa valdið aukningu einkenna streitu og kulnunar, sem brýst gjarnan fram í formi tilfinningalegrar örmögnunar (Guo o.fl., 2017).

Stjórnendur og deildarstjórar eru eins misjafnir og þeir eru margir og aðhyllast þeir og fylgja mismunandi stjórnunarstílum. Höfundar hafa allar reynslu af stjórnendum frá sínum vinnustöðum, bæði góða og slæma. Starf hjúkrunarfræðinga er margþætt og skiptir þar miklu að hafa gott utanumhald og yfirsýn. Þegar upp koma vandamál er hins vegar mikilvægt að geta leitað til stjórnanda. Stuðningur, góð samskipti, viðurkenning og hvatning frá stjórnanda eru allt þættir sem ýta undir vellíðan í starfi og þá tilfinningu að starfsmaðurinn skipti máli.

Ákveðið var að skoða sérstaklega stjórnunarstílinn sem kenndur er við þjónandi forystu. Höfundar telja að með hann að leiðarljósi sé hægt að minnka álag á starfsfólk og koma á betra starfsumhverfi. Þjónandi forysta er í senn leiðtoga- og

stjórnunarstíll, sem leggur til uppbyggilega leið til að auka traust, siðferði og fagmennsku á vinnustaðnum.

Í þjónandi forystu huga stjórnendur að heildinni, högum starfsfólks og uppbyggingu starfs á jafningjagrundvelli. Rannsóknir sýna að framkoma leiðtoga og líðan hans hefur áhrif á líðan og árangur undirmanna. Þannig geta styðjandi stjórnendur lækkað streituvalda hjá sínu starfsfólki og bætt líðan þeirra. Ánægja og áhugi af starfi hjálpar hjúkrunarfræðingum við að veita góða hjúkrun, skapa góðan starfsanda og minnkar starfsmannaveltu (Chen og Chen, 2018).

Heilsa og vellíðan hjúkrunarfræðinga hefur mikið að segja um starfsgetu og starfsheilbrigði þeirra. Þar geta álagþættir og slæm líðan komið niður á veittri hjúkrun, umönnun og öryggi skjólstæðinga. Hér verður leitast við að svara spurningunum: Hvaða þættir í starfi hjúkrunarfræðinga eru líklegastir til að draga úr starfsheilbrigði og starfsánægju? Með hvaða hætti er hægt að bregðast við því álagi sem myndast hefur innan hjúkrunar vegna COVID-19? Og hvernig má nýta leiðtogafærni og þjónandi forystu til að styðja við starfsheilbrigði hjúkrunarfræðinga?



## Þekktu rauðu ljósin

Þegar fjallað er um hugtök er venjan að skilgreina þau svo bæði höfundur og lesandi geti sammælst um merkingafræðilegan ramma þeirra. Hugtök á borð við „vellíðan“, „hamingja“, „heilbrigði“ og „ánægja“ verða hins vegar ekki svo auðveldlega skilgreind. Hér á eftir verður fjallað nánar um slík hugtök, einkum í tengslum við hjúkrunarstarfið. Sú umræða tekur mið af almennum málvenjum, ásamt notkun og þýðingu hugtakanna í fræði- og fræðslugreinum. *Starfsheilbrigði* verður notað sem regnhlífarhugtak um líkamlega, félagslega og sálræna þætti sem hafa áhrif á velferð og heilbrigði einstaklings í starfi. Í því felst m.a. starfsánægja og heilbriggt vinnuumhverfi. Hvoru tveggja stuðlar að góðum starfsanda og getur haft jákvæð áhrif á starfsemi.

Í daglegu lífi er gjarnan talað um forvarnargildi þess að þekkja hættur, áhættuþætti og það sem ber að varast. Í atvinnulífinu þarf einnig að huga að því sem getur talist álagsvaldur og áhættuþáttur fyrir heilsu starfsfólks í vinnuumhverfi þess. Stjórnendur og starfsfólk bera sameiginlega ábyrgð á að skapa gott vinnuumhverfi og starfsanda. Það er allra hagur að starfsfólki líði vel á vinnustaðnum og sé ánægt í starfi. Starfsánægja hefur m.a. verið skilgreind út frá viðhorfi og tilfinningum einstaklinga til starfs síns sem geta verið bæði neikvæð eða jákvæð. Starfsánægja byggir á mati hvers og eins á starfi sínu, á starfsumhverfi, stjórnun og samskiptum. Ánægja í starfi getur skipað veigamikinn sess í starfsmannahaldi og heilbriggt vinnuumhverfi er jafnframt talið stuðla að betri þjónustu innan heilbrigðisstofnana. Nokkrir þættir innan vinnustaða eru taldir stuðla að starfsheilbrigði, m.a. valdefling, árangur í starfi, stuðningur frá yfirmanni, væntumþykja, samskipti og gott upplýsingaflæði. Vinnuumhverfi þar sem starfsfólki er leyft að þroskast í starfi og það fær að taka virkan þátt í ákvarðanatöku er einnig talið stuðla að aukinni starfsánægju (Zinn, 2008).

Á síðustu áratugum hafa lífslíkur einstaklinga með langvinn veikindi aukist með bættri heilbrigðisþjónustu og framförum í læknavísindum. Meðalaldur hækkar og eru aldraðir ört stækkandi hópur í okkar samfélagi. Samkvæmt mannfjöldaspá Hagstofu Íslands (2019) er talið að aldraðir verði rúmlega 25% þjóðarinnar árið 2055, en árið 2019 voru þeir í kringum 14%. Samfara þessari þróun mun fjölga í hópi þeirra sem þurfa á hjúkrunarþjónustu að halda. Víða er nú þegar skortur á starfsfólki í hjúkrun og bykir einsýnt að ekki verði hægt að þjónusta alla þá sem þurfa á hjúkrun að halda. Talið er að 7,6 milljónir hjúkrunarfræðinga muni vanta til að

uppfylla hjúkrunarþörf á heimsvísu árið 2030 (WHO, 2016). Viðamiklar ráðstafanir og úrbætur þarf því til að tryggja fagfólk áfram til vinnu. Skortur á hjúkrunarfræðingum og viðvarandi mannekla hefur áhrif á gæði og umönnun skjólstaðinga heilbrigðiskerfisins. Um leið hefur slíkur skortur neikvæð áhrif á starfsánægju hjúkrunarfræðinganna sjálfra. Starfsálag og óánægja í starfi dregur úr löngun og áhuga þeirra á starfi sínu og með snjóboltaáhrifum getur hvorutveggja viðhaldið ástandinu. Þá smitar streita og óánægja í starfi út frá sér og hefur í senn neikvæð áhrif á vinnustað, starfsánægju annarra og ekki síst þá þjónustu sem veitt er (Lu o.fl., 2019; Rodríguez-Monforte o.fl., 2021).

## Vernd starfsheilbrigðis

Á síðustu árum hefur mikið verið rætt um streitu, kulnun og brotthvarf hjúkrunarfræðinga úr stéttinni. Vaktavinna er vel þekktur streituvaldur, að ónefndu miklu álagi á heilbrigðiskerfið og vinnustaði innan þess. Auknar starfstengdar kröfur, álag og ábyrgð taka sinn toll og erfitt getur verið að samræma einkalíf, vinnu og frítíma. Birtingarmyndir vinnutengds álags og streitu geta verið mismunandi á milli einstaklinga en tengjast gjarnan verri líðan starfsmanna.

Hjúkrunarfræðingar þurfa að hlúa sjálfir að velferð sinni og heilsu og axla vissa ábyrgð á starfsheilbrigði sínu. Stofnanir og stjórnendur bera þó mestan þunga af framsetningu og útfærslu álags- og streituúrræða til starfsmanna sinna. Löggjafinn veitir starfsmönnum enn fremur ákveðna vernd, t.d. þegar kemur að umhverfi vinnustaða og öryggi. Í lögum um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum nr. 46/1980 (vinnuverndarlögin) kemur fram, að tilgangur þeirra sé að leitast við að tryggja öruggt og heilsusamlegt vinnuumhverfi. Vinnuverndarlögin fjalla meðal annars um skipan fulltrúa í öryggisnefnd og stofnun öryggisráðs, sem eftir atvikum tekur mið af stærð vinnustaðar og fjölda starfsmanna. Þá eru ákvæði um lögboðinn hvíldartíma, frítíma og hámarksvinnutíma. Enn fremur er fjallað um áhættumat, heilsuvernd og heilsufarsskoðanir. Þar kemur fram að atvinnurekandi beri ábyrgð á að gerð sé áætlun um öryggi og heilbrigði á vinnustað. Sú áætlun á að fela í sér mat á áhættu í starfi með tilliti til öryggis og heilsu starfsmanna og áhættuþátta í umhverfi. Þegar áhættumat á vinnustað gefur til kynna að heilsu og öryggi starfsmanna sé hættu búin skal atvinnurekandi grípa til nauðsynlegra forvarna í þeim tilgangi að koma í veg fyrir hættuna eða, þar sem þess er ekki kostur, draga úr henni eins og frekast er unnt. Áætlunin á einnig að

lúta að heilsuvernd, forvörnum og aðgerðum sem grípa þarf til í því skyni að draga úr atvinnutengdum sjúkdómum og slysum, sbr. 1. mgr. 66. gr. Samkvæmt vinnuverndarlögum ber að stuðla að heilsuvernd starfsmanna gegn hvers konar heilsuvá eða heilsutjóni sem kann að stafa af vinnu þeirra eða vinnuskilyrðum. Þá ber atvinnurekanda að stuðla að verkefnum við hæfi og andlegri og líkamlegri aðlögun þeirra að starfsumhverfi. Draga skal úr fjarvistum frá vinnu vegna veikinda og slysa með því að auka öryggi og viðhalda heilsu starfsmanna á vinnustað. Loks ber að stuðla að andlegri og líkamlegri vellíðan starfsmanna.

Vinnustaðir setja sér ákveðnar reglur og hafa ákveðin gildi til að vinna eftir. Þar sem Landspítalinn er stærsti vinnustaður heilbrigðisstarfsmanna hér á landi verður hér aðeins vikið að stefnu hans í þessum málum. Landspítalinn hefur ákveðin gildi og hefur sett sér skýra stefnu og markmið sem unnið er að. Gildi Landspítalans eru umhyggja, öryggi, fagmennska og framþróun (Landspítali, e.d.). Landspítalinn kynnti enn fremur samskiptasáttmálann árið 2018. Samskiptasáttmálinn var unninn út frá yfir 900 ábendingum frá um 700 starfsmönnum, um hvað gera mætti betur til að bæta samskipti á spítalanum. Markmið samskiptasáttmálans fólust einkum í að bæta samskipti milli ólíkra starfsstétta spítalans og við sjúklinga og aðstandendur þeirra. Enn fremur átti sáttmálinn að stuðla að betri líðan og öryggi skjólstaðinga og starfsfólks og auka starfsánægju (Landspítali, e.d.).

Undirmönnun og mikil starfsmannavelta getur komið niður á umönnun sjúklinga og haft áhrif á öryggi þeirra. Aðkoma stjórnenda og stuðningur þeirra við samstarfsmenn, rétt eins og samvinna og jákvæð samskipti, eru lykilatriði til aukinnar þátttöku og meiri starfsánægju. Í skrifum um líðan heilbrigðisstarfsmanna er oft vísað til sjálfsumönnunar og er þar átt við þær aðferðir sem hægt sé að nýta sér til að huga að eigin heilsu og líðan. Sjálfsumönnun er þannig hugsuð sem bjargráð við streitu, kulnun og þreytu. Samheiti við hugtakið sjálfsumönnun er sjálfsrækt og vísar til þess þegar einstaklingar taka upp heilbrigðari lífsstíl. Sjálfsrækt hjá hjúkrunarfræðingum er talin auka starfsánægju og jákvæðni til starfsins.

Slökunar- og núvitundaræfingar eru meðal þess sem getur haft jákvæð áhrif á vellíðan og streitustjórnun hjá hjúkrunarfræðingum (Oates, 2018). Í hjúkrun reynir óumdeilanlega á ýmsa streituvaldandi þætti, en markviss sjálfsrækt getur dregið úr þeim, aukid seiglu og bætt líðan. Rannsóknir benda til þess að hjúkrunarfræðingar geti bætt líðan sína með persónulegum þroska og sjálfsumönnun. Andleg líðan hjúkrunarfræðinga, jákvætt viðhorf, von, virkni, seigla og bjartsýni eru lykilatriði í að viðhalda starfsheilbrigði. Andlegt jafnvægi hjúkrunarfræðinga hjálpar þeim að takast á við streitu og eru sjálfsþekking, sjálfstraust og seigla þar veigamiklir þættir. Þessir þættir styðja einnig við það að ná árangri, læra og verða sterkari andspænis áskorunum (Elliott og Fry, 2021).

### Sjúkleg streita og kulnun

Mikið hefur verið fjallað um kulnun (e. *burnout*) undanfarin ár og mikilvægi fyrirbyggjandi aðgerða gegn henni. Kulnun er lýst sem sálrænu ástandi tilfinningalegrar örmögnunar, sem kemur í kjölfar langvarandi streitu og er oft tengd starfi.

Tilfinningaleg örmögnun vísar til þess að einstaklingnum finnst kröfurnar til hans vera of miklar og hann hefur ekki kraft til að standa undir þeim væntingum. Ástandið getur komið í kjölfar langvarandi sálrænnar og líkamlegrar vanlíðunar (Guo o.fl., 2017). Heilbrigðisstarfsmenn eru taldir í aukinni áhættu á að þróa með sér kulnun vegna eðlis starfs þeirra. Þeir verða fyrir miklum og oft tilfinningalega lýjandi streituvöldum við að veita flókna hjúkrun og meðferð. Verkefnaálag og of mikil vinna, óreglulegur vinnutími, yfirvinna, vaktaskipti og undirmönnun eru allt áhættuþættir kulnunar. Einkenni kulnunar geta verið líkamleg einkenni eins og t.d. þreyta, kvíði, svefntruflanir, höfuðverkur, veikindi, minnkuð einbeiting og minnistap (Woo o.fl., 2020).

Takmarkaður stuðningur frá yfirmönnum er einnig veigamikill áhrifaþáttur sem ýtir undir kulnun. Stuðningur, góð stjórnun og hvatning frá yfirmönnum geta hins vegar dregið úr streitu og hjálpað hjúkrunarfræðingum að takast á við vinnuálag og kulnun (Chen og Chen, 2018). Kulnun er ástand sem getur leitt til alvarlegs heilsubrests, t.d. svefnleysis, vímuefnaneyslu, sálrænnar vanlíðunar, minni starfsánægju og meiri starfsmannaveltu. Kulnun getur orsakað skerðingu á gæðum hjúkrunar og umönnunar skjólstaðinga og haft neikvæð áhrif á upplifun skjólstaðinga, umönnun og öryggi þeirra (Geuens o.fl., 2017; Guo o.fl., 2017).

### Áskoranir heimsfaraldurs

Um fátt hefur verið meira fjallað en kórónuveirufaraldurinn COVID-19 frá því að smit fóru að dreifast um heimsbyggðina í ársbyrjun 2020. Sú umfjöllun hefur m.a. beinst að því gríðarlega álagi sem hefur myndast í heilbrigðiskerfum víða um heim og ógnar bæði öryggi og velferð einstaklinga. Ekki síst þegar horft er til viðkvæmra hópa og fjölmennra samfélaga. Samhliða þessu hafa heilbrigðisstarfsmenn víða þurft að starfa við bæði óöruggar og oft á tíðum ómanneskjulegar aðstæður. Í sumum löndum hefur ekki verið unnt að sinna öllum sem hafa þurft á bráðri lækisþjónustu að halda og fjöldi fólks hefur dáið vegna skorts á sjúkrahúsum og nauðsynlegum læknaþjónu. Greind tilfelli á heimsvísu í apríl 2021 nálgast 148 milljónir manna, þar af eru meira en þrjár milljónir láttnar (Ueda o.fl., 2020; World Health Organization, e.d.).

Allt frá því COVID-19 uppgötvaðist hafa farið fram viðamiklar rannsóknir á veirunni SARS-CoV-2, bæði í tengslum við faraldsfræði og erfðafræði ásamt efnahagslegum, samfélagslegum og sálfélagslegum áhrifum. Þá hafa áhrif COVID-19 einnig verið skoðuð í tengslum við heilsufar og starfsheilbrigði framlinustarfsfólks, þar með talið hjúkrunarfræðinga. Í skýrslu Alþjóðaráðs hjúkrunarfræðinga (e. International Council of Nurses) kemur fram, að við árslok 2020 voru skráð dauðsföll hjúkrunarfræðinga í 59 löndum orðin 2.262. Sú tala hefur síðan farið hækkandi og kann raunverulega að vera mun hærri þar sem skortur er á haldbærum gögnum um smit og áhrif meðal heilbrigðisstarfsmanna (International Council of Nurses, 2021). Enn fremur bendir ýmislegt til þess að COVID-19 hafi með beinum eða óbeinum hætti haft verulega íþyngjandi og skaðleg áhrif á geðheilsu þeirra. Margt kemur þar til sem eykur á streitu meðal hjúkrunarfræðinga, svo sem fyrirvaralausar og endurteknar breytingar og endurskipulagning á bæði starfsemi og starfsháttum ásamt ótta við að smitast af

COVID-19 og ótti við að smita aðra. Skortur á viðeigandi hlífðarfatnaði og öryggisbúnaði, erfiðar ákvarðanir um forgangsröðun hjúkrunar og heimsóknir meðal veikra og deyjandi, upplifun hins ráðþrota og hjálparlausa, eru einnig streituvaldar. Afleiðingar alls þessa hafa birst rannsakendum í formi aukins þunglyndis og kvíða meðal hjúkrunarfræðinga. Þá hefur einnig verið mælanleg aukning á svefnröskunum, áfallastreituröskunum og kulnun í starfi. Bent hefur verið á kostnaðarsöm ruðningsáhrif þessa þegar hjúkrunarfræðingar í kjölfarið detta úr starfi, hvort sem þeir hætta, skipta um starfsvettvang eða fara í veikindaleyfi. Við það eykst starfsmannavelta í heilbrigðiskerfinu, sem missir jafnframt frá sér reynslumikið fagfólk, þarf að þjálfa upp nýtt starfsfólk og framleiðni minnkar (Marvaldi o.fl., 2021).

Ljóst er að áskoranir innan heilbrigðiskerfisins eru margar, ekki síst þegar fram líða stundir. Síðbúnað afleiðingar COVID-19 eiga enn eftir að líta dagsins ljós og eiga jafnt við um notendur sem og veitendur heilbrigðisþjónustunnar. Alþjóðaráð hjúkrunar hefur lagt áherslu á ákveðna þætti sem taldir eru mikilsvæðir fyrir starfsgreinina í viðbrögðum ríkja við COVID-19.

- Að tryggja magn og gæði öryggisbúnaðar, hlífðarfatnaðar og fræðslu um sóttvarnir
- Að gæta og hlúa sérstaklega að heilsu og velferð starfsmanna
- Tryggja smitakningar og boðleiðir upplýsinga
- Greiða réttlát og sanngjörn laun sem taka mið af þeirri áhættu og þeirri yfirvinnu eða aukavinnu sem hjúkrunarfræðingar leggja á sig
- Útfæra öruggt og skilvirkt skráningarkerfi í tengslum við fjölgun á starfsfólki
- Skipuleggja dreifingu á starfsemi og sérhæfðum starfskrafti í tengslum við flóknari og sérhæfðari tilfelli
- Styðja við nýsköpun og þróun nýrra kerfa í heilbrigðisþjónustu
- Stuðla að virðingu gagnvart starfsgreininni, starfsfólkinu og þeim fyrirmælum sem ráðlögð eru innan heilbrigðisvísinda
- Fjárfesta í innviðum og skapa aðstæður þar sem hjúkrunarfræðingar geta þróað með sér forystuhlutverk og leiðtoga-hæfileika með aðkomu þeirra að stefnumótun og gerð áætlana innan heilbrigðiskerfa
- Þróa og innleiða almenna aðgerðaráætlun um COVID-19 þar sem hjúkrunarfræðingar eru virkir þátttakendur

Loks ber að draga nauðsynlegan lærdóm af COVID-19 svo betur megi takast á við það sem framtíðin kann að bera í skauti sér (International Council of Nurses, 2020).

### Starfsheilbrigði og reynsla úr hjúkrunarstarfi

Höfundar eru sammála um að það að líða vel og vera ánægður og sáttur á sínum vinnustað er ekki sjálfgefið. Einn af áhrifaþáttum starfsánægju er stuðningur stjórnenda við hjúkrunarfræðinga til að ná persónulegum markmiðum. Þar er sérstaklega horft til hvatningar, leiðsagnar, þjálfunar og framþróunar sem starfsmenn fá í sínu starfi innan vinnustaðarins. Einnig skiptir ánægja starfsmanna með forystu, starfsþróun og skýra starfslýsingu miklu fyrir hamingju og vellíðan starfsmanna á vinnustað (Joo og Lee, 2017).

Ef taka þarf erfiðar og jafnvel umdeildar ákvarðanir hefur þótt lykilatíði að stjórnendur byggja þær á málefnalegum og hlutlægum gögnum (Serrat, 2017). Niðurstöður rannsóknar sem gerð var hér á landi um viðhorf til stjórnunar og áhrif á líðan heilbrigðisstarfsfólks í starfi benda til að stjórnunarstíll yfirmanna og samskipti þeirra við aðra starfsmenn skipti miklu máli. Sé samskiptum ábótavant geta skapast neikvæð viðhorf og vanlíðan meðal starfsfólks. Aðrar rannsóknir gefa til kynna að samskipti við stjórnanda sé veigamikil atriði til aukinnar starfsánægju og fyrir líðan starfsmanna (Hallfríður Eysteinsdóttir o.fl., 2013).

### Áhrif viðurkenningar í starfi

Árangri í starfi er oft skipt niður í hlutlægan og huglægan. Hlutlægur árangur visar til ytri þátta eins og árstekna og fjölda stöðuhækkana. Huglægur eða innri mælikvarði árangurs í starfi snýst um huglægt mat einstaklingsins um árangur á starfsferlinum. Þetta felur venjulega í sér þær tilfinningar sem einstaklingur ber til starfs síns og starfsánægju hans. Mikilvægt er að starfsmenn finni fyrir stuðningi stjórnenda og viðurkenningu til að eflast í starfi (Teodorescu o.fl., 2017).

Áhugasamir starfsmenn taka almennt virkari þátt í störfum sínum og þar með störfum vinnustaðarins. Þá eru ánægðir starfsmenn yfirleitt afkastameiri og viljugri til að gera meira en ætlast er til af þeim á vinnustaðnum. Helst það í hendur við það þegar þeir upplifa stuðning frá fyrirtækinu. Þar líta starfsmenn einnig til þess hversu mikið vinnustaðurinn metur framlag þeirra og hugar að heilsu starfsmanna (Joo og Lee, 2017). Höfundar hafa sjálfir reynslu af því að viðurkenning, áhugi á starfinu og tækifæri til þátttöku og ákvarðanatöku stuðli að auknu vinnuframlagi þeirra sem starfsmanna.

Heilbrigðisstofnanir veita betri þjónustu ef starfsmenn skynja að þeir séu álitnir verðmætar auðlindir og hljóta viðurkenningu fyrir sín störf. Stjórnandi með metnaðarfulla, sannfærandi og stefnumarkandi framtíðarsýn ýtir undir traust og öryggi starfsmanna. Áhugi starfsmanna eykst ef þeir hafa trú á því að vinnuframlag þeirra og metnaður leiði til betri frammistöðu í starfi og umbunar. Hafa ber í huga að góður leiðtogi gerir starfsmönnum sínum ljóst til hvers er ætlast af þeim og aðstoðar þá og leiðbeinir til að ná þeim markmiðum (De Simone, 2015). Hér skiptir miklu máli að fá viðurkenningu, stuðning og hvatningu. Einnig að starfsmenn finni það að yfirmanni sé umhugað um líðan þeirra og heilsu.

### Gagnkvæmt traust stjórnenda og starfsmanna

Hæfni stjórnanda til að öðlast traust starfsmanna á vinnustað þykir eitt af lykilatíðum góðrar stjórnunar. Gagnkvæmt traust milli yfirmanns og undirmanna eykur líkur á þátttöku starfsmanna þegar kemur að nýjungum á vinnustað. Að starfsmenn finni fyrir trausti yfirmanns í sinn garð eykur starfsframlag og ýtir undir sköpunargáfu þeirra. Eins er mikilvægt að starfsmaður finni að stjórnanda sé annt um velferð hans, en áhugaleysi stjórnanda á högum undirmanna getur skapað vantraust (Serrat, 2017).

Traust og samvinna leiða til uppbyggilegs samstarfs, það er óápreifanlegt en þarf að vera til staðar til að stjórnandi öðlist virðingu. Skýr samskipti, sanngirni og stuðningur starfsmanna við ákvarðanatöku ýta undir traust til stjórnenda. Þar gildir

að tekið sé tillit til mismunandi skoðana og viðhorfa. Traust skiptir máli þegar kemur að því að virkja starfsmenn til aukinnar ábyrgðar. Einnig er talið að innleiðing breytinga gangi auðveldar fyrir sig þar sem traust ríkir til stjórnanda (Ghimire, 2019).

Traust skiptir miklu máli þegar kemur að aðstæðum sem krefjast samvinnu milli yfirmanns og undirmanna en það er talið bæta samvinnu og koma í veg fyrir vandamál á vinnustað. Þar þarf að gæta að góðum samskiptum til að auka gagnsæi í starfi og koma í veg fyrir misskilning. Traust til yfirmanns ræðst að miklu leyti af því að yfirmaður sýni hegðun á borð við heiðarleika, virðingu, nákvæmni og sanngirni (Hartmann og Slapničar, 2009).

### Að veita en ekki beita stjórnun

Þjónandi forysta er tiltölulega nýtt hugtak innan stjórnunar, í það minnsta að farið sé að ræða um hana sem sérstaka hugmyndafræði í stjórnun. Horfa má til hugmyndafræðinnar sem leiðtogastils þar sem stjórnun er í raun veitt en ekki beitt. Þjónandi forysta hefur stundum verið borin saman við leiðtogaeiginleika Jesú Krists og þess sambands sem hann átti við lærisveina sína og samfélag sitt (Sendjaya og Sarros, 2002). Hið sama megi segja um leiðtogastil Mahatma Gandhi og Martins Luthers King, sem þjónuðu fyrst og fremst málstaðnum og lögðu til hliðar sínar eigin þarfir (Gandolfi og Stone, 2018).

Þjónandi forysta er byggð á hugmyndafræði Roberts K. Greenleaf (1904-1990) og leggur áherslu á þann þátt stjórnandans að þjóna öðrum. Þannig hvílir áhersla stjórnandans á að mynda samband við starfsfólk sitt, treysta þeim til verkefna, leiðbeina eftir þörfum og deila með þeim ábyrgð (Greenleaf, 2008). Markmið hins þjónandi leiðtoga er þannig fólgið í þroska og framförum starfsfólksins í stað rekstrarafkomu eða afkasta fyrirtækja eða stofnana. Sú áhersla hefur svo aftur jákvæð áhrif á framleiðni og leiðir að endingu til vegsendar atvinnurekandans (Gandolfi og Stone, 2018). Þjónandi forysta leggur þannig megináherslu á leiðtogabátt fremur en stjórnandabátt og hefur mælst vel fyrir í starfi innan heilbrigðisstofnana (Augustine, 2021).

Þjónandi forysta byggir að miklu leyti á siðferðilegum grunni. Vilji leiðtogans til að þjóna öðrum krefst þess að hann hafi sterkt siðferði sem felst m.a. í því að hann sýni af sér góða hegðun, bæði í einkalífi og starfi sínu. Í góðu siðferði felst ekki síður hæfni leiðtogans til virkrar hlustunar og uppbyggilegra samtala við starfsfólk. Með því megi stuðla að góðum samskiptum, trausti og góðu siðferði á vinnustaðnum. Þjónandi leiðtogi er ákveðin fyrirmynd starfsfólksins og til að öðlast traust þeirra er nauðsynlegt að hann fylgi alltaf sömu gildum (Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013). Ein af siðferðilegum skyldum þjónandi leiðtoga er framsýni (e. *foresight*). Í því felst að horfa til framtíðar og móta framtíðarsýn og framtíðarstefnu stofnunar eða vinnustaðar. Það felur einnig í sér að læra af þeim mistökum sem orðið hafa og koma í veg fyrir að þau endurtaki sig. Þannig notar hann innsæi sitt til að sjá fyrir hvaða afleiðingar atburður á liðandi stundu gæti haft í framtíðinni (Greenleaf, 2008/2018). Því mætti á margan hátt líkja þeim grunnildum sem felast í þjónandi forystu við boðorð.

### Boðorð þjónandi forystu

Þjónandi forysta sem hugmyndafræði hefur gefið góða raun þegar kemur að samskiptum milli starfsmanna og stjórnenda og til stjórnunar fyrirtækja. Stjórnunaraðferðin er talin uppbyggileg leið sem eflir traust, siðferði og fagmennsku. Hugmyndafræðin felur í sér að stjórnendur þurfa að leggja rækt við ákveðna persónueiginleika og vinna að því að tileinka sér þá (Gandolfi og Stone, 2018). Þannig hefur stjórnandi sem vinnur eftir þjónandi forystu einlæg áhuga á högum starfsfólks og vilja til að þjóna. Hann býr yfir sjálfsþekkingu, sjálfsvitund og sýnir auðmýkt, hefur skýra framtíðarsýn, hugsjón og tekur ábyrgð og vinnan er á jafningjagrundvelli (Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013). Nokkrar skilgreiningar eru til um grunnildi þjónandi forystu. Hér verður horft til átta áhrifamestu meginþátta hugmyndafræðinnar og þeir settir fram sem lýsandi boðorð hennar. Tafla 1 sýnir yfirlit yfir helstu skilgreiningar á þeim.

Eftir þessum meginþáttum vinnur hinn þjónandi leiðtogi og tileinkar sér sem gildi og aðferðir til stjórnunar (van Dierendonck og Nuijten, 2011). Samtenging er milli þessara boðorða og reynslu höfunda. Það vekur áhuga þeirra hvernig stjórnendur og leiðtogar geta nýtt sér þjónandi forystu og boðorð hennar til að bæta starfshéilbrigði innan síns vinnustaðar.

### Birtingarmynd þjónandi forystu í starfi

Í þjónandi forystu er horft til hvatningar og stuðnings yfirmanna til starfsmanna auk þess sem leitast er við að efla þá til sjálfstæðis. Niðurstöður rannsóknar á Íslandi frá árinu 2015 sýna fram á sterk tengsl milli þjónandi forystu sem stjórnunaraháttar og aukinnar starfsánægju starfsmanna. Einnig skipta viðbrögð og framkoma stjórnenda miklu máli fyrir líðan starfsfólksins í vinnu (Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020). Reynsla höfunda úr starfi hjúkrunarfræðinga er sú að öll samvinna gengur mun betur þegar samskipti við yfirmann eru góð. Góð samvinna og samskipti eru mjög mikilvægir þættir í starfi hjúkrunarfræðinga. Miklu skiptir í meðferð og umönnun allra skjólstæðinga að tryggja boðleiðir og að samskipti séu örugg og rétt. Upplýsingar þurfa að vera skýrar og rétt gefnar og yfirmaður að halda vel utan um og tryggja upplýsingaflæði innan deildarinnar. Þá skapast síður tækifæri til misskilnings og/eða rangra samskipta.

Grunnatriði árangursríkrar breytingarstjórnunar sem þjónandi leiðtogar veita er að gefa starfsmönnum tækifæri til að vera virkir þátttakendur í innleiðingu breytinga sem hefur gefið mjög góða raun (Kristín Þórarinsdóttir o.fl., 2020). Það sammælist meginþáttum þjónandi forystu að veita hugmyndum starfsmanna sinna brautargengi og hvetja þá með í þá vinnu sem liggur fyrir.

Meginþættir þjónandi forystu eru samtalið, samvinnan og samskiptin sem stjórnendur eiga við starfsfólk sitt (Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir, 2013). Samskipti þurfa að byggjast á virðingu bæði fyrir starfsmanninum sjálfum sem persónu og einnig sem fagmanni. Þá skiptir máli að stjórnandinn nýti boðorð hugmyndafræðinnar um eflingu, ábyrgðarskyldu og forgangsröðun í þágu annarra. Einnig stuðlar það að viðurkenningu og ánægju í starfi að finna fyrir því að stjórnanda sé umhugað um starfsmenn sína og sjálfseflingu þeirra. Þar skiptir einnig miklu að finna fyrir

Tafla 1. Átta meginþættir þjónandi forystu

Boðorð þjónandi forystu	
<b>Efling</b> (e. <i>empowerment</i> )	Leiðtoginn hvetur fylgjendur sína og stuðlar með því að persónulegum þroska þeirra. Eflir sjálfstraust þeirra og eykur trú á eigin færni og ákvarðanatöku
<b>Ábyrgðarskylda</b> (e. <i>accountability</i> )	Leiðtoginn höfðar til ábyrgðar á þeirri vinnu fylgjenda sinna sem þeir geta borið ábyrgð á
<b>Forgangsröðun í þágu annarra</b> (e. <i>standing back</i> )	Leiðtoginn setur mál sem fylgjendur hafa áhuga á í forgang og veitir þeim stuðning og viðurkenningu fyrir vel unnin verk
<b>Auðmýkt</b> (e. <i>humility</i> )	Leiðtoginn getur viðurkennt eigin mistök og þekkir sínar sterku og veiku hliðar og er fær um að leita eftir stuðningi annarra þegar hann þarf
<b>Falsleysi</b> (e. <i>authenticity</i> )	Leiðtoginn er trúr sjálfum sér og kemur sannlega fram eins og hann er
<b>Hugrekki</b> (e. <i>courage</i> )	Leiðtoginn hefur þor til að taka áhættu, breyta venjum og standa á móti föstum starfsháttum með nýjum aðferðum og leiðum
<b>Fyrirgefning</b> (e. <i>interpersonal acceptance</i> )	Leiðtoginn setur sig í spor fylgjenda og sýnir hæfni til að fyrirgefa og leggja ágreiningsmál til hliðar
<b>Ráðsmennska</b> (e. <i>stewardship</i> )	Leiðtoginn sýnir og tekur ábyrgð. Hann er fyrirmynd í vinnu og þátttöku og setur hagsmuni heildarinnar í forgang

(van Dierendonck og Nuijten, 2011)

því það eykur vellíðan þeirra í starfi. Ekki er hægt að ítreka nógsamlega mikilvægi sjálfsumönnunar hjúkrunarfræðinga og að atvinnurekendur stuðli að slíkum aðstæðum eða tækifærum.

Síðan COVID-19 faraldurinn skall á heimsbyggðina hafa heilbrigðisstarfsmenn þurft að takast á við áður óþekktar aðstæður og gríðarlegt álag í starfi. Á sama tíma hefur dregið úr almennri heilsugæslu og menn óttast að myndast hafi uppsöfnuð þörf fyrir heilbrigðisþjónustu. Því er ljóst að hjúkrunarfræðingar munu áfram vinna í krefjandi umhverfi sem vegið getur að starfsheilbrigði þeirra. Tillögur um hvernig bregðast megi við áhrifum af COVID-19 hafa verið settar fram af Alþjóðaráði hjúkrunarfræðinga. Í þeim kemur fram mikilvægi þess að gæta betur að öryggi í starfsumhverfi og huga að heilsu og velferð hjúkrunarfræðinga. Í því felst að efla þá í leiðtoga- og forystuhlutverkum og fá þá að teikniborðinu þegar kemur að stefnumótun og áætlanagerð í heilbrigðisþjónustu. Þá er líklegt að fara þurfi sérstaklega yfir vinnuverndarlögin og horfa þarf til hvernig tryggja eigi heilsuvernd heilbrigðisstarfsmanna.

Leiðtogastíll stjórnanda leikur stórt hlutverk við mótun góðs starfsanda á vinnustöðum og er því beintengdur starfsánægju. Þjónandi forysta byggir á hugmyndafræði sem hægt er að

Tafla 2. Þættir sem stuðla að starfsheilbrigði

Starfsheilbrigði	Reynsla höfunda	Hvað segja fræðin?	Þjónandi forysta
Áhugi	Hver ber ábyrgð á eigin starfsheilbrigði	Hlúa að mannauðnum	Sjálfsþing
Heilsa og líðan	Úrræði og bjargráð til betri líðanar og eflingar starfsheilbrigðis	Siðferði og gildi á vinnustöðum	Árangur í starfi
Viðurkenning	Samskipti við stjórnendur mikilvæg og eykur samvinnu	Stjórnunarstíll yfirmanns	Stuðningur frá yfirmanni
Starfsánægja	Þekktu rauðu ljósin	Samskipti við stjórnanda	Gagnkvæmt traust

heilindum og einlægni stjórnandans og að hann sé sannur bæði í framkomu og starfi gagnvart sínum starfsmönnum. Tafla 2 sýnir samantekt á umfjöllunarefninu

### Horft til framtíðar

Margir hjúkrunarfræðingar verja stórum hluta ævinnar á vinnustað sínum. Gott starfsumhverfi er talið skila sér í meiri starfsánægju. Til að bæta starfsumhverfi og starfsheilbrigði hjúkrunarfræðinga er mikilvægt að nýta þá þekkingu og reynslu sem til er um efnið. Þar á meðal um þau neikvæðu áhrif sem álag og undirmönnun getur haft á störf og líðan hjúkrunarfræðinga. Líkja má þessu við öryggisatriði sem farið er yfir í flugvéllum. Við verðum fyrst að setja á okkur súrefnisgrímuna sjálf áður en við aðstoðum aðra. Þannig felst ávinningur atvinnurekanda í því að hjúkrunarfræðingar hlúi að sjálfum sér, enda tryggir það sjúklingum og öðrum þjónustugegum betri hjúkrun. Þeir þættir sem hafa einna helst áhrif á starfsheilbrigði eru álag í starfi og stjórnunarhættir. Mikið álag og ónægur stuðningur geta leitt til streitu sem er beinn áhættuþáttur fyrir kulnun. Aðstæður sem leiða til kulnunar geta skapast í kjölfar niðurskurðar og illa skipulagðra breytinga. Mikilvægt er að hlúa að andlegri heilsu starfsmanna

horfa til sem uppbyggilegs stjórnunarstíls. Boðorð hennar byggja á trausti, skýrum markmiðum og stuðningi frá stjórnanda. Samkvæmt henni er helsta markmið stjórnanda að þjóna undirmönnum sínum og skapa gott vinnuumhverfi. Þannig vinna allir saman að settum markmiðum og samstaða myndast. Styðjandi yfirmaður ber virðingu fyrir starfsfólki sínu og sýnir þeim traust sem veitir þeim viðurkenningu í starfi. Þá leggur hann sig fram um að draga úr streitu í vinnuumhverfi sem hefur í för með sér jákvæð áhrif. Þau áhrif skila sér í betra starfsheilbrigði, hjálpa starfsmönnum að þekkja viðvörunarljósin, draga úr kulnun og bæta almenna heilsu og vellíðan. Heilbrigðiskerfið stendur og fellur með starfsfólki innan þess. Þar eru hjúkrunarfræðingar ein af burðarstöðunum. Til mikils er að vinna og getur áhrifarík stjórnun bætt starfsheilbrigði þeirra, sem er mikilvægur hlekkur til að viðhalda og uppfylla hjúkrunarþörf framtíðarinnar.

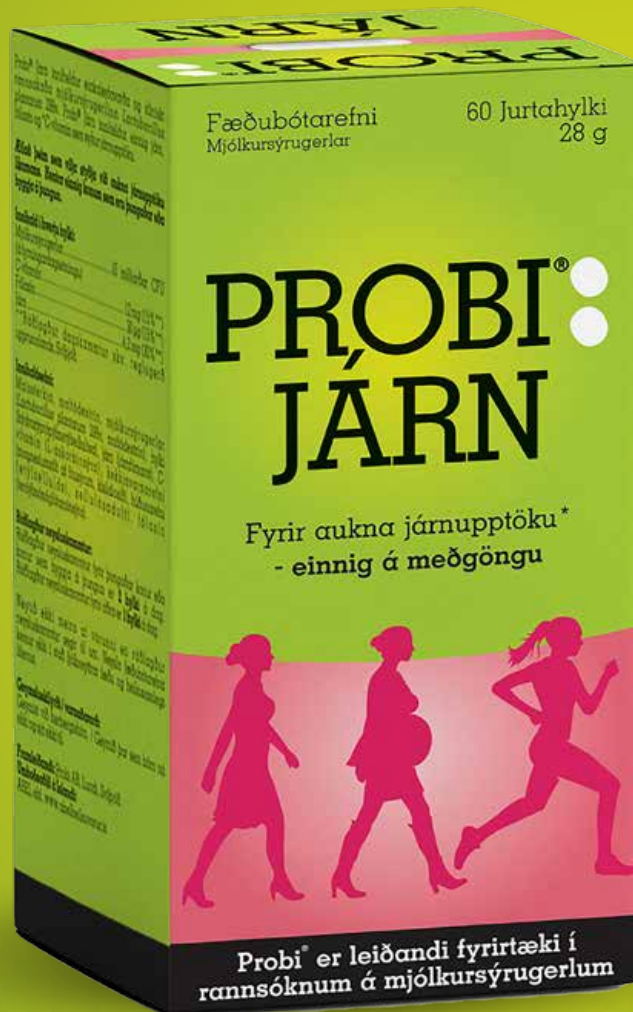


## HEIMILDIR

- Augustine, L. G. (2021). Exploring various leadership styles to use among nurses towards challenges faced within the 21st century: A systematic review. *International Journal of Human Resource Studies*, 11(1), 55-69. <https://doi.org/10.5296/ijhrs.v11i1.18063>
- Chan, C. C. A., McBey, K., og Scott-Ladd, B. (2011). Ethical leadership in modern employment relationships: Lessons from St. Benedict. *Journal of Business Ethics*, 100(2), 221-228. <https://doi.org/10.1007/s10551-010-0676-x>
- Chen, S. og Chen, C. (2018). Antecedents and consequences of nurses' burnout: Leadership effectiveness and emotional intelligence as moderators. *Management Decision*, 56(4), 777-792. <https://doi.org/10.1108/MD-10-2016-0694>
- De Simone, S. (2015). Expectancy Value Theory: Motivating Healthcare Workers. *American International Journal of Contemporary Research* 5(2), 19-23. [http://www.aijcrnet.com/journals/Vol\\_5\\_No\\_2\\_April\\_2015/3.pdf](http://www.aijcrnet.com/journals/Vol_5_No_2_April_2015/3.pdf)
- Elliott, R. og Fry, M. (2021). Psychological capital, well-being, and patient safety attitudes of nurses and midwives: A cross-sectional survey. *Nursing & Health Science*, 23(1), 237-244. <https://doi.org/10.1111/nhs.12808>
- Gandolfi, F. og Stone, S. (2018). Leadership, Leadership Styles, and Servant Leadership. *Journal of Management and Research*, 18(4), 261-269. [https://www.researchgate.net/publication/340940468\\_Leadership\\_Leadership\\_Styles\\_and\\_Servant\\_Leadership](https://www.researchgate.net/publication/340940468_Leadership_Leadership_Styles_and_Servant_Leadership)
- Geuens, N., Van Bogaert, P. og Franck, E. (2017). Vulnerability to burnout within the nursing workforce - the role of personality and interpersonal behaviour. *Journal of Clinical Nursing*, 26(23-24), 4622-4633. <https://doi.org/10.1111/jocn.13808>
- Greenleaf, R. K. (2008). *The servant as leader*. The Greenleaf center for servant leadership.
- Greenleaf, R. K. (2018). *Þjónn verður leiðtogi* (Róbert Jack Þýddi). Þekkingarsetur um þjónandi forystu/lönu. (Upphaflega gefið út 2008).
- Ghimire, B. (2019). Factors affecting employees' trust in management. *NCC Journal*, 4(1), 31-39. <https://doi.org/10.3126/ncj.v4i1.24732>
- Guo, Y., Luo, Y., Lam, L., Cross, W., Plummer, V. og Zhang, J. (2017). Burnout and its association with resilience in nurses: A cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 27(11-2), 441-449. <https://doi.org/10.1111/jocn.13952>
- Hagstofa Íslands. (2019). Mannfjöldaspá 2019-2068. *Hag tíðindi* 104 (13), 9. <https://hagstofa.is/utgafur/frettasafn/mannfjoldi/mannfjoldaspa-2019-2068/>
- Hallfríður Eysteinsdóttir, Hermann Óskarsson og Ragnheiður Harpa Arnarsdóttir. (2013). Heilbrigðisstarfsfólk á landsbyggðinni: Viðhorf til stjórnunar og liðan í starfi. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 89(3), 48-56. [https://www.hirsla.is/bitstream/handle/2336/303082/Hj\\_2013\\_89\\_03.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.hirsla.is/bitstream/handle/2336/303082/Hj_2013_89_03.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Hartmann, F. og Slapničar, S. (2009). How formal performance evaluation affects trust between superior and subordinate managers. *Accounting, Organizations and Society*, 34(6), 722-737. <https://doi.org/10.1016/j.aos.2008.11.004>
- International Council of Nurses. (2020). *ICN Call to action*. COVID-19. [https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN-briefing\\_COVID19\\_Top\\_priorities\\_ENG.pdf](https://www.2020yearofthenurse.org/uploads/2020/04/ICN-briefing_COVID19_Top_priorities_ENG.pdf)
- International Council of Nurses. (2021). *International council of nurses Covid-19 update*. <https://www.icn.ch/sites/default/files/inlinefiles/ICN%20COVID19%20update%20report%20FINAL.pdf>
- Joo, B. og Lee, I. (2017). Workplace happiness: Work engagement, career satisfaction, and subjective well-being. *Evidence - Based HRM*, 5(2), 206-221. <http://dx.doi.org/10.1108/EBHRM-04-2015-0011>
- Kristín Þórarinsdóttir, Hjördis Sigursteinsdóttir og Kristín Thorberg. (2020). Starfsánægja hjúkrunarfræðinga og viðhorf til þjónandi forystu í fari yfirmanna á umbreytingartímum í heilbrigðisþjónustu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 96(3), 85-91. <https://www.hirsla.is/bitstream/handle/2336/621655/Starfsanægja%20....pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Landspítali. (e.d.). *Samskiptasáttmálinn*. <https://www.landspitali.is/um-landspitala/fyrir-starfsfolk/samskiptasattmali-landspitala/>
- Landspítali. (e.d.). *Stefna Landspítala*. <https://stefna.landspitali.is/default.aspx?pageid=bc05218c-d674-11e6-b6ba-005056be0005#section1>
- Lu, H., Zhao, Y., While, A. (2019). Job satisfaction among hospital nurses: A literature review. *International Journal of Nursing Studies* 94(6), 21-31. [doi:10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011](https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.01.011)
- Lög um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum nr. 46/1980.
- Marvaldi, M., Mallet, J., Dubertret, C., Moro, M. R., og Guessoum, S. B. (2021). Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 126, 252-264. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.03.024>
- Oates, J. (2018). What keeps nurses happy? Implications for workforce well being strategies. *Nursing Management*, 25(1), 34-41. <https://doi.org/10.7748/nm.2018.e1643>
- Rodríguez-Monforte, M., Bethell, J., Stewart, S., Chu, C. H., Escrig-Pinol, A., Gea-Sánchez, M. og McGilton, K. S. (2021). The influence of supervisory support, work effectiveness, work empowerment and stress secondary to residents' responsive behaviours on job satisfaction of nursing staff: A multisite cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 29(3), 497-507. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jonm.13173>
- Sendjaya, S., og Sarros, J. C. (2002). Servant leadership: its origin, development, and application in organizations. *Journal of Leadership & Organizational Studies*, 9(2), 57-64. <https://doi.org/10.1177/107179190200900205>
- Serrat O. (2017) *Building Trust in the Workplace*. Springer.
- Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Gerður Jónsdóttir. (2013). Þjónandi forysta og rannsóknir hér á landi. *Stjórnmal og stjórnsýsla*, 9(2), 415-438. <http://dx.doi.org/10.13177/irpa.a.2013.9.2.8>
- Specchia, M. L., Cozzolino, M. R., Carini, E., Di Pilla, A., Galletti, C., Ricciardi, W. og Damiani, G. (2021). Leadership styles and nurses' job satisfaction. Results of a systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 1-15. <https://doi.org/10.3390/ijerph18041552>
- Teodorescu, A., Furnham, A. og MacRae, I. (2017). Trait correlates of success at work. *International Journal of Selection and Assessment*, 25(1), 36-42. <http://dx.doi.org/10.1111/ijjsa.12158>
- Ueda, M., Martins, R., Hendrie, P.C., McDonnell, T., Crews, J.R., Wong, T.L., McCreery, B., Jagels, B., Crane, A., Byrd, D.R., Pergam, S.A., Davidson, N.E., Liu, C., Stewart, F.M. (2020). Managing Cancer Care During the COVID-19 Pandemic: Agility and Collaboration Toward a Common Goal. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network* 18(4), 366-369. <https://doi.org/10.6004/jjncn.2020.7560>
- Van Dierendonck, D. og Nuijten, I. (2011). The servant leadership survey: Development and validation of a multidimensional measure. *Journal of Business and Psychology*, 26(3), 249-267. <https://doi.org/10.1007/s10869-010-9194-1>
- Woo, T., Ho, R., Tang, A. og Tam, W. (2020). Global prevalence of burnout symptoms among nurses: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Psychiatric Research*, 123, 9-20. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2019.12.015>
- World Health Organization. (e.d.). *WHO Coronavirus (COVID-19) dashboard*. <https://covid19.who.int/>
- World Health Organization. (2016). Health workforce requirements for universal health coverage and the Sustainable Development Goals. ( Human Resources for Health Observer, 17). World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250330>
- Zinn, E.T. (2008). Applied psychology, industrial and organization psychology. Í Davis, S. F. og Buskist W. (ritstjórar), 21st Century Psychology: A Reference Handbook (bls. 382- 383). Sage Publications.
- Þórey Agnarsdóttir, Sigríður Halldórsdóttir, Hafdis Skúladóttir og Hjördis Sigursteinsdóttir. (2014). Vinnutengd streita og starfsumhverfi íslenskra hjúkrunardeildarstjóra. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 90(1), 42-48. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2014/1-tbl-2014/VinnutengdStreita.pdf>

# PROBI® JÁRN

vinnur gegn lágum járngildum á nýjan máta með því að auka upptöku járns en ekki eingöngu inntöku.



**PROBI® JÁRN** hentar m.a:

- Konum á barneignaraldri
- Barnshafandi konum
- Unglingum
- Eldra fólki
- Fólki í mikilli þjálfun
- Grænmetisætum/grænkerum, ef lágt járn magn er í fæðu

**PROBI® JÁRN** inniheldur einn af mest rannsökuðu mjólkursýrugerlum heims sem á hafa verið gerðar yfir 50 klínískar rannsóknir.

**PROBI® JÁRN** inniheldur einnig fólásín og C-vítamín.

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

## ÚTDRÁTTUR

### Tilgangur

COVID-19 faraldurinn hefur haft margþætt áhrif á nemendur í hjúkrunarfræði en umtalsverðar breytingar þurfti að gera á námi þeirra vorið 2020. Miklum breytingum getur fylgt streita og hafa rannsóknir meðal erlendra nemenda í hjúkrunarfræði mælt streitu sem miðlungs til alvarlega á tímum faraldursins. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna streitu nemenda í hjúkrunarfræði og tengsl streitu við stuðning, mat á eigin heilsu og upplifun á gengi náms. Jafnframt að kanna algengustu bjargráð nemenda við streitu og viðhorf þeirra til breytinga sem urðu á námi þeirra í fyrstu bylgju COVID-19.

### Aðferð

Um þversniðsrannsókn var að ræða. Öllum nemendum í grunnnámi við hjúkrunarfræðideildir Háskóla Íslands (N=545) og Háskólans á Akureyri (N=212) var boðin þátttaka. Svarhlutfall var 33,8%. Lýsandi- og ályktunartölfræði var notuð við gagnagreiningu. Streitukvarðinn Perceived Stress Scale-10 sem metur alvarleika streitu með 10 spurningum (spönn 0-40 stig) var notaður, fleiri stig benda til aukinnar streitu. Þátttakendur svöruðu einnig spurningum um þætti sem geta haft áhrif á streitu, helstu bjargráð sem þeir notuðu og viðhorf til breytinga sem gerðar voru á námi þeirra.

### Niðurstöður

Þátt tóku 256 nemendur; meðalaldur var 27,8 ár ( $sf=6,6$ ). Meðaltal streitustiga var 18,1 ( $sf=7,03$ ; spönn=1-37), sem er talin miðlungsstreita. Langflestir sögðust hafa nægan stuðning við námið (82,7%), og streitustig þeirra voru færri en hinna sem sögðust ekki hafa nægan stuðning ( $p=0,002$ ). Helstu bjargráð þátttakenda við streitu voru að tala við fjölskyldu/vini eða hreyfa sig. Minnihluti leitaði eftir stuðningi hjá kennurum eða námsráðgjöfum. Meirihluti þátttakenda var ánægður/mjög ánægður með breytingar sem gerðar voru á náminu á tímum faraldursins en sagðist upplifa frekar mikla eða mjög mikla streitu tengda háskólanámi.

### Ályktun

Streita nemenda reyndist svipuð og í venjulegu árferði, og einnig streita tengd háskólanámi. Tengsl stuðnings og streitu undirstrika mikilvægi þess að huga að nemendum sem ekki njóta nægilegs stuðnings og hvernig nýta má betur ráðgjöf námsráðgjafa og kennara skólanna.

### Lykilorð:

Nemendur, hjúkrunarfræði, streita, bjargráð, COVID-19.

## HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

**Nýjungar:** Niðurstöður rannsóknarinnar lýsa streitu sem hjúkrunarfræðinemar í grunnnámi við HA og HÍ fundu fyrir við lok fyrstu bylgju COVID-19 og þáttum henni tengdri, auk þess að gera grein fyrir viðhorfum nemenda til breytinga sem urðu á námi þeirra og mati nemenda á áhrifum þess á heilsu og gengi náms.

**Hagnýting:** Efling jákvæðra bjargráða við streitu, og aukinn stuðningur getur haft jákvæð áhrif á streitu nemenda í hjúkrunarfræði. Um einn af hverjum 10 nemendum í þessari rannsókn upplifir streitu á alvarlegu stigi og þurfa háskólarnir að bregðast við því með markvissum hætti.

**Þekking:** Meirihluti nemenda í hjúkrunarfræði mældist með miðlungsstreitu tengda námi á tímum COVID-19, en fleiri upplifðu streitu tengda háskólanámi. Með góðri samvinnu við alla hlutaðeigandi, þar með talið nemendur, reyndist unnt að gera breytingar á námi fyrirvaralítið sem flestir nemendur voru sáttir við.

### Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Streita meðal nemenda í hjúkrunarfræði getur haft neikvæð áhrif á líðan og festu þeirra í starfi í framtíðinni. Mikilvægt er að kenna nemendum aðferðir til að draga úr streitu og þjálfa þá í notkun þeirra.



## Höfundar

## HRUND SCH. THORSTEINSSON

Landspítala og Hjúkrunarfræðideild  
Háskóla Íslands

## JÓHANNA BERNHARÐSDÓTTIR

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands  
og Landspítala

## MARGRÉT HRÖNN SVAVARSDÓTTIR

Hjúkrunarfræðideild Háskólans á  
Akureyri

## ERLA KOLBRÚN SVAVARSDÓTTIR

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands  
og Landspítala

## GÍSLI KORT KRISTÓFERSSON

Hjúkrunarfræðideild Háskólans  
á Akureyri og Háskóla Íslands, og

Sjúkrahúsinu á Akureyri

## HERDÍS SVEINSDÓTTIR

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands  
og Landspítala

## BIRNA G. FLYGENRING

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

# Streita nemenda í hjúkrunarfræði í fyrstu bylgju COVID-19: Þversniðsrannsókn

## INNGANGUR

COVID-19 faraldurinn hefur haft umtalsverðar breytingar á námstillhögun í för með sér fyrir nemendur á öllum skólastigum hérlendis sem og erlendis, en kennsla féll víða niður og skólabyggingum var lokað í fyrstu bylgju faraldursins. Nokkurrar óvissu gætti um framvindu faraldursins og áhrif hans á nám í hjúkrunarfræði á Íslandi. Alþekkt er að óvissa eykur streitu og jafnframt að mikil streita hefur neikvæð áhrif á vellíðan og getu til að tileinka sér nýja þekkingu. Stór hluti nemenda í hjúkrunarfræði var enn fremur starfsmenn heilbrigðisstofnana og þurfti því að auki að takast á við þá ógn og óvissu sem fylgdi faraldrinum t.d. vegna ótta þeirra við að smitast eða smita skjólstæðinga sína eða fjölskyldumeðlimi. Erlendar rannsóknir sýna neikvæð áhrif faraldursins meðal annars á andlega heilsu nemenda (Kim o.fl., 2021; Reverté-Villarroya o.fl., 2021), einbeitingu og nám (Lovrić o.fl., 2020).

Nám í hjúkrunarfræði er streituvaldandi og vísbendingar eru um að streita meðal nemenda í hjúkrunarfræði sé algeng (Labrague o.fl., 2014; Simonelli-Munoz o.fl., 2018). Í rannsókn meðal fyrsta og annars árs nemenda í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri (HA) (Eva Mjöll Júlíusdóttir og Helga Berglind Hreinsdóttir, 2010) mældist meirihluti þátttakenda yfir meðal streitustigi fyrir nemendur almennt samkvæmt viðmiðum Cohen og Williamson (1988). Sambærilegar niðurstöður komu fram í rannsókn meðal nemenda í grunnnámi við Háskóla Íslands (HÍ) árið 2016 (Sigríður Lilja Magnúsdóttir og Valdís Ingunn Óskarsdóttir, 2016). Of mikil streita er skaðleg líðan og andlegri heilsu (Labrague o.fl., 2014, 2018) og hefur áhrif á námsgetu og námsárangur (Galvin o.fl., 2015). Vitað er að streita nemenda eykst alla jafna eftir því sem lengra líður á nám þeirra (Alzayyat og Al-Gamal, 2014) og nemendur geta jafnvel sýnt byrjandi einkenni kulnunar við útskrift úr námi (Sheroun o.fl., 2020). Þættir sem valda streitu má bæði rekja til fræðilega hluta námsins en ekki hvað síst klíniska hluta þess. Helstu streituvaldar í fræðilega hluta námsins eru próf og hræðslan við að standast ekki námskröfur og verkefnaálag (Galvin o.fl., 2015).

Nemendur lýsa klíniska náminu gjarnan sem mikilvægum og ánægjulegum hluta námsins (Hrund Sch. Thorsteinsson, 2006), en jafnframt sem streituvaldandi (da Silva o.fl., 2014). Dæmi um streituvalda í klínisku námi eru að hafa umsjón með og annast sjúklinga, of mikil og margvísleg ábyrgð, hræðsla við mistök, samskipti við starfsmenn hjúkrunar og kennara (Al-Gamal o.fl., 2018), skortur á faglegru þekkingu og færni (Bahadir-Yilmaz, 2016; Labrague, 2014), vinnuálag vegna verkefna (Chen og Hung, 2014) auk klíniska umhverfisins sjálfs (Blomberg o.fl., 2014) og stöðugar tilfærslu milli klínískra vettvanga (Al-Gamal o.fl., 2018; Rudman og Gustavsson, 2012).

Í þverskurðarrannsókn meðal líðlega 600 nemenda í hjúkrunarfræði í upphafi COVID-19 faraldursins (Aslan og Pekince, 2020) kom fram að aldur, kyn, fréttáhorf, hræðsla við smit og útgöngubann spáðu saman fyrir um streitustig. Í erlendri viðtalsrannsókn (Luberto o.fl., 2020) hafa nemendur í heilbrigðisvísindum, þar með talið nemendur í hjúkrunarfræði, lýst áhyggjum af heilsufari annarra, svo sem fjölskyldu, skjólstæðinga og samstarfsfólks og óttuðust nemendur að vera smitberar COVID-19. Enn fremur höfðu nemendur áhyggjur af andlegri líðan fólks almennt, félagslegri einangrun sjúklinga og óvissu (Casafont o.fl., 2021). Þá sýndi rannsókn frá Filippseyjum að rúmlega þriðjungur hjúkrunarnemenda upplifði mikla einmanakennd á tímum COVID-19 (Labrague o.fl., 2021). Nemendur höfðu einnig áhyggjur af námi og miklum röskunum tengdum náminu (Luberto o.fl., 2020; Casafont o.fl., 2021).

Samkvæmt kenningum Lazarus og Folkman (1984) er bjargráðum einstaklings lýst sem vitsmunalegum aðferðum eða atferli til að takast á við innri eða ytri streituvalda sem viðkomandi álitur að reyni á eða séu umfram getu hans til að ráða við. Bjargráðunum er samkvæmt þessum kenningum skipt í tvo meginflokka, annars vegar lausnamiðaðar aðlögunarleiðir og hins vegar tilfinningamiðaðar aðlögunarleiðir. Einstaklingurinn er líklegur til að grípa til lausnamiðaðra aðlögunarleiða telji hann sig geta tekist beint á við tiltekinn streituvald eða vanda eða breytt afstöðu sinni til hans. Dæmi um slík bjargráð er að leita sér upplýsinga eða aðstoðar frá öðrum. Sé tilgangur bjargráðanna hins vegar fyrst og fremst að takast á við tilfinningaleg viðbrögð eða vanlíðan vegna streituvaldsins grípur viðkomandi til tilfinningamiðaðra aðlögunarleiða til dæmis með neyslu áfengis, slökun eða hugardreifingu. Oftast nýta einstaklingar sér báða flokka aðlögunarleiða í senn og geta þær ýmist styrkt streituvíðnám einstaklingsins og seiglu hans eða reynst honum þvert á móti óheilsusamlegar (Lazarus og Folkman, 1984).

Rannsakendur víðs vegar um heim hafa beint sjónum sínum að bjargráðum sem nemendur í hjúkrunarfræði grípa til vegna streitu, kvíða og þunglyndis í tengslum við COVID-19 faraldurinn (Majrashi o.fl., 2021). Megin niðurstaða annarra rannsókna er sú að nemendur sem nýta sér stuðning nákominna, takast á við hlutina af seiglu og beita skopskyni, eru síður einmana og eiga auðveldar með að takast á við tilfinningar sínar og streitu á tímum COVID-19 (Begam og Devi, 2021; Casafont o.fl., 2021; Labrague o.fl., 2021; Kim o.fl., 2021). Enn aðrar rannsóknir gefa til kynna betri líðan þeirra sem stunda íþróttir, öndunaræfingar eða jóga á tímum heimsfaraldursins meðan enn önnur rannsókn sýndi að óregla á svefni og næringu tengist hærra streitustigi meðal nemenda (Casafont o.fl., 2021).

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna streitu nemenda í hjúkrunarfræði og tengsl streitu við stuðning, mat á eigin heilsu og upplifun á gengi náms. Jafnframt að kanna algengustu bjargráð nemenda gegn streitu og viðhorf þeirra til breytinga sem urðu á námi í fyrstu bylgju COVID-19 faraldursins.

## AÐFERÐ

Þetta var þversniðsrannsókn meðal nemenda í grunnnámi í hjúkrunarfræðideildum HÍ (N=545) og HA (N=212) og var öllum boðin þátttaka. Gagna var aflað rafrænt frá lok maí og fram í júní með REDCap (e.d), þ.e. eftir að vormisseri lauk. Könnunin var opin í 21 dag. Nemendur fengu könnunina í tölvupósti á netföng sem voru fengin frá nemendaskrá skólanna. Könnunin var send út í lok fyrstu bylgju COVID-19 faraldursins sem hafði haft margþætt áhrif á nemendur í hjúkrunarfræði héraendis, en umtalsverðar breytingar urðu á námi þeirra. Hvað varðar fræðilega námið þá urðu sér í lagi breytingar hjá nemendum í HÍ. Fyrirlestrum var frestað eða féllu niður, námið færðist yfir á netið og nemendur og kennarar þurftu að tileinka sér rafrænt nám fyrirvaralaust, bein samskipti milli nemenda og kennara minnkuðu og færðust yfir á netið. Samskipti nemenda og verkefnavinna fór enn fremur fram rafrænt. Í

HA voru þessar breytingar minni þar sem bóklegt nám var þegar að hluta til kennt með rafrænum hætti. Í báðum skólum breyttist námsmat, próf og próftími.

Hvað varðar klínískt nám var nán samvinna milli vettvangs klíniska námsins og heilbrigðisvísindadeilda HA og HÍ um möguleg viðbrögð við COVID-19, og þeim aðstæðum sem kynnu að skapast. Sérstök áhersla var á að nemendur á útskriftarmisseri gætu lokið námi og leitað var leiða til að sem flestir gætu haldið áfram klínísku námi, svo þeir gætu lokið áföngum þess misseris sem þeir voru á. Ýmsar leiðir voru farnar, m.a. sú leið að lágmarka tilfærslu nemenda milli deilda. Það þýddi að nemendur voru stundum lengur í klínísku námi á sömu deild og luku þar áföngum sem ekki tilheyrðu sérgrein deildar, eða að nemendur tóku klínískt nám á deildum þar sem þeir voru í starfi með námi.

## Mælitæki

Streita var mæld með streitukvarðanum Perceived Stress Scale 10 (PSS-10; Cohen og Williamson, 1988) sem metur einkenni streitu með 10 spurningum um hugsanir og líðan síðastliðinn mánuð. Svarmöguleikar eru á skalanum 0-4 (aldrei=0, næstum aldrei=1, stundum=2, nokkuð oft=3 og mjög oft=4), samanlögð stig 0-40 (Cohen og Williamson, 1988). Innri áreiðanleiki mælitækisins hefur reynst góður (Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2020; Cohen og Williamson, 1988). Í þessari rannsókn reyndist áreiðanleiki spurningalistans 0,68 (Chronbach's  $\alpha$ ). Í rannsóknnum á streitu hjúkrunarnema á tímum COVID-19 hefur niðurstöðum verið skipt upp eftir stigafjölda streitu á PSS-10-kvarðanum og alvarleiki streitu flokkaður á eftirfarandi hátt: <13 væg streita, 14-26 miðlungs streita og 27-40 alvarleg streita (Sheroun o.fl., 2020; Kim o.fl., 2021).

Þátttakendur svöruðu einnig sex spurningum um streitu og stuðning í námi en þær spurningar voru þróaðar og forprófaðar í lokaverkefnisrannsókn þeirra Guðrúnar Bjartmarz og Steinunnar Birnu Aðalsteinsdóttur á grundvelli fræðilegs lesefnis (2007). Þrjár spurninganna sneru að upplifun streitu tengdri ástundun háskólanáms, samskiptum við kennara og skorti á námsleiðbeiningum, ein spurning sneri að stuðningi við námið, í einni var spurt hvort tími til námsins væri nægur og annarri að því hver veiti stuðning í náminu (sjá svarmöguleika í töflu 1). Auk þess voru fimm spurningar samdar af höfundum, um nám á tímum COVID-19, þrjár spurningar þar sem þátttakendur mátu almenna, líkamlega- og andlega heilsu sína (sjá svarmöguleika í töflu 1) og tvær spurningar um viðhorf til þeirra breytinga sem urðu á náminu. Svarmöguleikar um mat á heilsu svarar til svarmöguleika á þekktum spurningalista, SF-36-spurningakvarðanum. Spurningar um bjargráð nemenda við streitu var þróuð á grundvelli fræðilegs lesefnis í lokaverkefnisrannsókn Sigríðar Lilju Magnúsdóttur og Valdísar Ingunnar Óskarsdóttur (2016), og byggir m.a. á listunum Brief COPE (Carver, 1997) og The Coping Behavior Inventory (Sheu o.fl., 2002). Gefnir voru 18 valkostir (sjá mynd 1) og mátti merkja við alla sem við áttu. Að lokum var spurt um bakgrunn þátttakenda s.s. aldur, kyn, hjúskaparstöðu, hvort væru foreldrar, námsár, vinnu með námi (starfshlutfall) og hvort nemendur hefðu íhugað að hverfa frá námi.

## Siðfræði

Leyfi fyrir rannsókninni var fengið hjá deildarforseta hjúkrunarfræðideildar HÍ, sviðsforseta Heilbrigðisvísindasviðs HA og Vísindasiðanefnd (tilvísunarnúmer: 20-099). Þátttakendur fengu skriflegar upplýsingar um rannsóknina í tölvupósti ásamt beiðni um þátttöku og slóð á rannsóknina. Litið var á svörin spurningalistans sem samþykki fyrir þátttöku. Ekki var hægt að rekja svör til einstakra þátttakenda.

## Gagnagreining

Gögnin voru greind með IBM SPSS-forritinu, útgáfu 26. Ekki reyndist marktækur munur á svörum nemenda við HÍ og HA hvað varðar breytur rannsóknarinnar og því voru svör þeirra sameinuð og greind sem um einn hóp væri að ræða. Þar sem fjöldi þátttakenda var ekki meiri en raun bar vitni var ákveðið að sameina svarmöguleika og vinna með þá þannig. Ef svörin voru 80% eða meiri við PSS-10-kvarðanum var meðaltal notað til að reikna út heildarstig. Lýsandi gögn voru sett fram sem hlutföll og meðaltöl. Ályktunartölfræði var notuð til þess að lýsa tengslum milli breyta og notað til þess tvíhliða t-próf, einhliða ANOVA-dreifingreining, Tukey post hoc-próf og Pearson-fylgnistuðull. Miðað var við marktæktarmörk  $p < 0,05$ .

## NIÐURSTÖÐUR

Þátttakendur voru 256 og var meðalaldur þeirra 27,8 ár ( $sf=6,6$ ;  $spönn=19-50$ ). Svarhlutfall var 33,8%. Meirihluti þátttakenda (80,5%) var í launaðri vinnu með námi. Bakgrunn þátttakenda má sjá í töflu 2.

Tafla 2. Bakgrunnur þátttakenda ( $N = 256$ )

	<i>n</i>	%
<b>Kyn</b>		
Konur	242	95,3
Karlar	11	4,3
Annað	1	0,4
<b>Hjúskaparstaða</b>		
Gift/kvæntur/i sambúð/i föstu sambandi	74	29,2
Einhleyp/ur	179	70,8
<b>Foreldri</b>		
Já	84	33,1
Nei	170	66,9
<b>Skóli</b>		
Háskóli Íslands	155	60,8
Háskólinn á Akureyri	100	39,2
<b>Námsár</b>		
Fyrsta ár	69	27,3
Annað ár	56	22,1
Þriðja ár	55	21,7
Fjórða ár	73	28,9
<b>Vinna með námi</b>		
Já	206	80,5
Nei	50	19,5
<b>Starfshlutfall</b>		
≤20%	73	36,3
21-50%	93	45,8
51-100%	36	17,9
<b>Hugsað um að hætta í námi eða skipta um nám?</b>		
Mjög oft/oft	32	12,7
Nokkuð oft	34	13,5
Sjaldan/aldrei	185	73,7

Mismunandi fjöldatölur stafa af því að gögn vanta.

## Streita nemenda í hjúkrunarfræði

Streitustig voru að meðaltali 18,1 ( $sf=7,03$ ;  $spönn=1-37$ ). Um fjórðungur þátttakenda (25,5%) mældist með væga streitu ( $\leq 13$  stig), 63,1% miðlungs streitu (14-26 stig) og 11,4% alvarlega streitu (27-37 stig). Hvorki reyndist marktækur munur á streitustigi nemenda eftir kyni ( $F=1,108(2)$ ;  $p=0,332$ ), hjúskaparstöðu ( $t=-0,6(152)$ ;  $p=0,569$ ), hvort þeir voru foreldrar ( $t=0,9(156)$ ;  $p=0,389$ ), eftir námsárum ( $F=0,5(3)$ ;  $p=0,649$ ), eða hvort þeir voru í launaðri vinnu með námi ( $t=-1,3(69)$ ;  $p=0,198$ ). Ekki var heldur marktæk fylgni milli streitustiga og aldurs ( $r=-0,086$ ;  $p=0,184$ ).

Tengsl streitustiga við upplifun á streitu í námi, má sjá í töflu 1. Meirihluti þátttakenda (77,6%), sagðist upplifa mjög mikla/frekar mikla streitu tengdu háskólanámi og 30,2% tengda samskiptum við kennara og höfðu þeir hærra meðaltal streitustiga samanborið við þá sem sögðust upplifa mjög litla/frekar litla streitu tengda háskólanámi og í samskiptum við kennara. Tæplega helmingur (48,6%) fann fyrir mjög mikilli/frekar mikilli streitu vegna skorts á námsleiðbeiningum. Þá sögðu 41,6% að þeir hefðu oftast/nær alltaf nægan tíma til að stunda námið og 29,8% að þeir höfðu stundum nægan tíma til að stunda námið og höfðu þessir tveir hópar lægra streitustig en þeir 28,6% sem sögðust nær aldrei eða sjaldan hafa tíma til þess að stunda námið.

## Upplifun nemenda í hjúkrunarfræði á eigin gengi í námi

Meðalstreitustig var lægra hjá þeim sem sögðu fræðilega námið hafa gengið mjög vel/vel til samanburðar við þá sem sögðu fræðilega námið hafa gengið sæmilega, mjög illa/illa ( $p < 0,001$ ). Streitustig var einnig lægra hjá þeim sem sögðu fræðilega námið hafa gengið sæmilega til samanburðar við þá sem sögðu það hafa gengið illa/mjög illa ( $p < 0,001$ ). Munur var á meðaltali streitustiga milli hópa eftir gengi í klínísku námi ( $p=0,011$ ) þannig að þeir sem sögðu að klínísku námið hefði gengið mjög vel/vel höfðu færri meðaltalsstreitustig en þeir sem sögðu það hafa gengið illa/mjög illa.

Meðaltal streitustiga var lægra hjá þeim sem sögðust hafa náð að skipuleggja námið mjög vel/vel ( $p < 0,001$ ) og hjá þeim sem fannst mjög gott/gott að fá fjarkennslu, samanborið við þá sem náðu illa/mjög illa að skipuleggja námið og sem fannst mjög slæmt/slæmt að fá fjarkennslu ( $p=0,001$ ). Þá var meðalsstreitustig hærra hjá þeim sem töldu að lokun bygginga háskólanna hefði haft áhrif á sig ( $p=0,002$ ).

## Mat nemenda í hjúkrunarfræði á eigin heilsu

Tæpur helmingur þátttakenda (46,5%) taldi almenna heilsu sína frábæra/mjög góða, 44,9% mátu líkamlega heilsu sína frábæra/mjög góða og 27,6% mátu andlega heilsu sína frábæra/mjög góða. Þeir sem töldu almenna heilsu sína sæmilega/slæma höfðu fleiri streitustig í samanburði við þá sem töldu almenna heilsu sína frábæra/mjög góða eða góða ( $p < 0,001$ ). Þeir sem töldu líkamlega heilsu sína slæma/sæmilega eða góða höfðu fleiri streitustig en þeir sem töldu líkamlega heilsu sína frábæra/mjög góða ( $p < 0,001$ ). Þá mældust þeir sem töldu andlega heilsu sína slæma/sæmilega með fleiri streitustig en þeir sem töldu andlega heilsu sína góða sem aftur höfðu fleiri streitustig en þeir sem töldu heilsu sína frábæra/mjög góða ( $p < 0,001$ ).

Tafla 1. Tengsl streitustiga við upplifun á streitu í námi, mat á gengi náms og eigin heilsu

Breytur	n (%)	Streitustig M(sf)	ANOVA F(df)	t-próf t(df)	p
<b>Streita tengd námi</b>					
<i>Hversu mikla eða litla streitu upplifir þú tengda því að stunda háskólanám?</i>					
Mjög mikla/frekar mikla	198(77,6)	19,2(7,0)		-5,3(108)	<0,001
Mjög litla/frekar litla	57(22,4)	14,3(5,8)			
<i>Hversu mikla eða litla streitu upplifir þú tengda samskiptum við kennara?</i>					
Mjög mikla/frekar mikla	77(30,2)	20,2(8,2)		-3,0(115)	0,004
Mjög litla/frekar litla	178(69,8)	17,1(6,2)			
<i>Hversu mikla eða litla streitu upplifir þú tengda skorti á námsleiðbeiningum?</i>					
Mjög mikla/frekar mikla	124(48,6)	19,9(7,4)		-2,8(253)	0,006
Mjög litla/frekar litla	131(51,4)	16,9(6,5)			
<i>Telur þú þig hafa nægan tíma til að stunda námið?</i>					
Oftast/nær alltaf	106(41,6)	16,1(6,0)	13,4(2)		<0,001
Stundum	76(29,8)	17,6(6,3)			
Nær aldrei/sjaldan	73(28,6)	21,4(7,9)			
<b>Nám</b>					
<i>Hvernig hefur fræðilega námið gengið</i>					
Mjög vel/vel	153(60)	16,1(6,6)	23,67(2)		<0,001
Sæmilega	87(34,1)	20,4(6,0)			
Illa/mjög illa	15(5,9)	25,9(6,7)			
<i>Hvernig hefur klíniska námið gengið</i>					
Mjög vel/vel	95(55,6)	17,4(7,5)	4,62(2)		0,011
Sæmilega	59(34,5)	19,9(6,4)			
Illa/mjög illa	16(9,9)	22,4(6,5)			
<i>Hvernig náðir þú að skipuleggja námið</i>					
Mjög vel/vel	114(44,5)	15,9(6,3)	22,11(2)		<0,001
Sæmilega	101(39,5)	18,2(6,8)			
Illa/mjög illa	41(16)	23,8(6,5)			
<i>Hvernig fannst þér að fá kennslu í fjarfundarbúnaði</i>					
Mjög gott/gott	142(65,7)	17,2(6,7)	7,62(2)		0,001
Sæmilegt	58(26,9)	19,5(6,6)			
Slæmt/mjög slæmt	16(7,4)	23,6(8,2)			
<i>Hafði lokun bygginga háskólans áhrif á þig?</i>					
Já	101(39,5)	19,8(7,0)		3,2(207)	0,002
Nei	155(60,5)	16,9(6,8)			
<b>Heilsa</b>					
<i>Hvernig metur þú almenna heilsu þína?</i>					
Frábæra/mjög góða	118(46,5)	16,5(6,7)	19,16(2)		<0,001
Góða	107(42,1)	18,0(6,5)			
Sæmilega/slæma	29(11,4)	24,9(6,3)			
<i>Hvernig metur þú líkamlega heilsu þína</i>					
Frábæra/mjög góða	114(44,9)	16,1(6,8)	9,9(2)		<0,001
Góða	94(37,0)	19,0(6,9)			
Sæmilega/slæma	46(18,1)	21,0(6,5)			
<i>Hvernig metur þú andlega heilsu þína?</i>					
Frábæra/mjög góða	70(27,6)	14,2(6,1)	48,11(2)		<0,001
Góða	111(43,7)	16,9(6,1)			
Sæmilega/slæma	73(28,7)	23,6(5,8)			

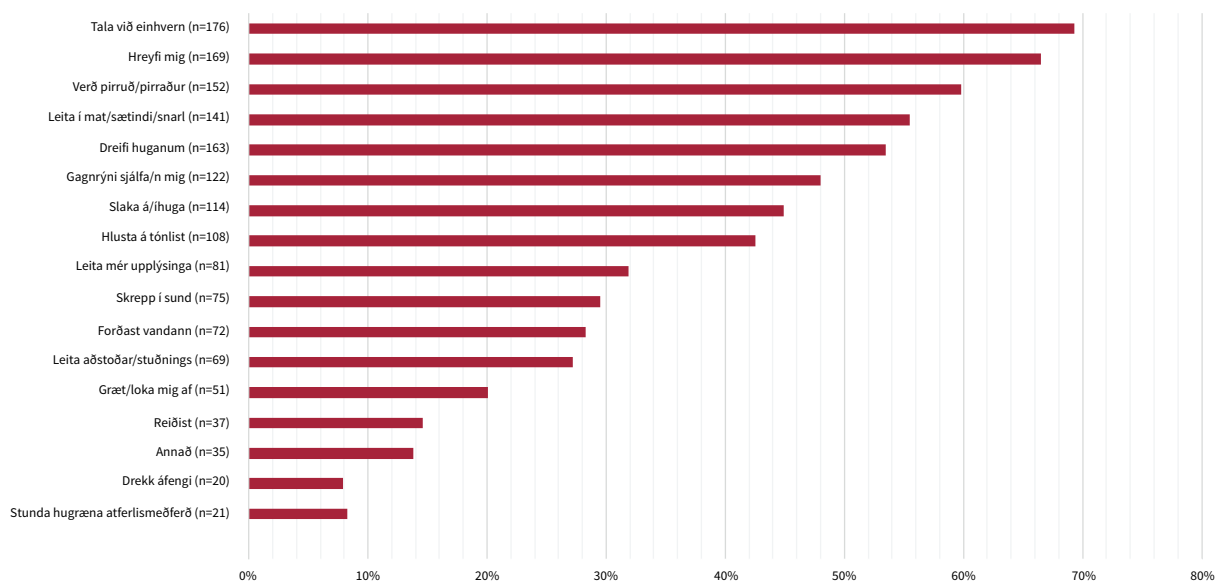
Mismunandi fjöldatölur stafa af því að gögn vanta.

## Helstu bjargráð nemenda í hjúkrunarfræði, stuðningur og tengsl við streitu

Eins og sjá má á mynd 1 notuðu þátttakendur fjölbreytt bjargráð til að bregðast við streitu.

Algengustu bjargráð við streitu voru að tala við einhvern (69,3%) eða hreyfa sig (66,5%), að verða pirraður (59,8%) og leita í mat, sætindi eða snarl (53,5%). Nemendur sem sögðust gráta eða loka sig af höfðu að meðaltali fleiri streitustig ( $M=20,7$ ;  $sf=7,5$ ) en þeir sem sögðust ekki bregðast við streitu á þann hátt ( $M=17,5$ ;  $sf=6,8$ ;  $t=-2,8(72)$ ;  $p=0,007$ ), nemendur sem sögðust reiðast sem viðbragð við streitu höfðu einnig

Mynd 1. Bjargráð nemenda í hjúkrunarfræði við streitu



að meðaltali fleiri streitustig ( $M=20,4$ ;  $sf=6,3$ ) en þeir sem merktu ekki við það viðbragð við streitu ( $M=17,7$ ;  $sf=7,1$ ;  $t=-2,3(53)$ ;  $p=0,024$ ). Nemendur sem sögðust bregðast við streitu með því að leita í mat höfðu að meðaltali fleiri streitustig ( $M=19,2$ ;  $sf=6,8$ ) en þeir sem notuðu ekki slíkt bjargráð við streitu ( $M=16,7$ ;  $sf=7,0$ ;  $t=-2,9(237)$ ;  $p=0,004$ ). Nemendur sem sögðust forðast vandann höfðu að meðaltali fleiri streitustig ( $M=20,2$ ;  $sf=7,1$ ) en þeir sem sögðust ekki bregðast við á þann hátt ( $M=17,1$ ;  $sf=6,9$ ;  $t=-3,7(125)$ ;  $p<0,001$ ), þeir sem sögðust bregðast við með því að gagnrýna sjálfan sig höfðu fleiri streitustig ( $M=20,4$ ;  $sf=7,0$ ) en þeir sem sögðust ekki bregðast þannig við ( $M=15,9$ ;  $sf=6,4$ ,  $t=-5,4(245)$ ;  $p<0,001$ ) og þeir sem sögðust bregðast við með því að verða pirraðir höfðu fleiri streitustig ( $M=19,2$ ;  $sf=6,8$ ) en þeir sem sögðust ekki bregðast þannig við ( $M=16,4(7,1)$ ;  $t=-3,1(209)$ ;  $p=0,003$ ). Ekki mældist marktækur munur á streitustigum eftir notkun annarra bjargráða sem fram koma á mynd 1.

Flestir þátttakenda (82,7%) töldu sig hafa nægan stuðning við námið og þeir sem töldu svo vera höfðu marktækt færri streitustig ( $M=17,3$ ;  $sf=6,5$ ) en þeir sem sögðust ekki hafa nægan stuðning ( $M=21,6$ ;  $sf=8,3$ ;  $t=-3,5(55)$ ;  $p=0,002$ ). Nemendur leituðu helst eftir stuðningi hjá fjölskyldu sinni (80,7%) en síst til námsráðgjafa (5,1%) og tæpur fimmtungur þátttakenda sagðist leita eftir stuðningi til kennara (18,9%) (tafla 3).

Tafla 3. Stuðningsaðilar þátttakenda á tímum COVID-19 ( $N=256$ )

Hver veitti þér stuðning í náminu	n	%
Fjölskylda	205	80,7
Samnemendur	171	67,3
Vinir	166	65,4
Maki	159	62,6
Kennarar	48	18,9
Námsráðgjafar	13	5,1
Aðrir	10	3,9
Hef ekki þurft stuðning	10	3,9

## Breytingar á námi í fyrstu bylgju COVID-19

Ríflega þriðjungur þátttakenda (37,1%) svaraði því til að rof hefði orðið á klínisku námi vegna COVID-19 og 31,2% sagði að klíniskum námsstað hefði verið breytt. Meirihlutinn (61,2%) var mjög ánægður/frekar ánægður með þá breytingu sem gerð var á klínisku námi, en 8,2% var mjög óánægður/frekar óánægður með breytinguna. Um þriðjungur þátttakenda (34,7%) taldi að breyting á klíniskum námsvettvangi hefði engin eða lítil áhrif haft á gæði klíniska námsins, 26,5% taldi breytingarnar hafa haft nokkur áhrif og 38,7% taldi þær hafa haft talsverð eða mikil áhrif. Lítil hluti (14,3%) taldi að það hefði verið vænlegri kostur að fresta náminu fram á sumar eða haust.

Yfir helmingur þátttakenda (65,7%) sagðist ánægður/mjög ánægður með hvernig hjúkrunarfræðideildirnar við HÍ og HA tókust á við þær aðstæður sem sköpuðust í klínisku námi. Enn fleiri eða 74,2% sögðust frekar ánægðir/mjög ánægðir með hvernig tekist var á við aðstæður í fræðilegu námi og 72,3% voru mjög ánægðir/frekar ánægðir með hvernig deildirnar tókust á við það ástand sem COVID-19 faraldurinn skapaði vegna prófa og námsmats.

## UMRÆÐA

Megin niðurstaða rannsóknarinnar var að streita meðal nemenda í hjúkrunarfræði á Íslandi á tímum COVID-19 mældist miðlungsstreita og svipuð og fram hefur komið í erlendum rannsóknaniðurstöðum á tímum heimsfaraldursins (Aslan og Pekince, 2020; Sheroun o.fl., 2020). Sambærilegar niðurstöður komu fram í rannsókn Evu Mjallar Júlíusdóttur og Helgu Berglindar Hreinsdóttur frá 2010 þar sem meðalstreitustig fyrsta og annars árs nemenda í hjúkrunarfræði mældist 17,2 stig og meirihluti (65%) mældist yfir streituvíðmiðum meðal almennings í rannsókn Cohen og Williamson (1988). Streitustig í rannsókn þeirra Sigríðar Lilju Magnúsdóttur og Valdísar Ingunnar Óskarsdóttur meðal háskólanemenda árið 2016 var hins vegar 20,6 stig. Skýringin á að streitustig mælast ekki fleiri í okkar rannsókn kann að vera sú að gögnum var safnað eftir að misseri lauk og nemendur því ekki lengur undir álagi vegna náms. Í rannsókninni upplifði um tíundi hluti alvarlega streitu. Mikilvægt er að leita leiða til að greina þann hóp snemma og bjóða viðeigandi aðstoð og stuðning ásamt því að fylgjast vel með hvernig honum vegnar. Tíðni alvarlegrar streitu reyndist svipuð í rannsókn Sheroun o.fl. (2021) meðal nemenda í hjúkrunarfræði á tímum COVID-19. Alvarleg streita meðal hjúkrunarnema mælist þó mjög breytileg á milli rannsókna eða frá 4% upp í tæp 25% (Kim o.fl., 2021; Begam og Devi, 2020).

Þrátt fyrir að minnihluti þátttakenda hafi mælst með alvarlega streitu, þá upplifðu tæp áttatíu prósent þátttakenda sig með frekar mikla eða mjög mikla streitu tengda háskólanáminu. Þessar niðurstöður eru samhljóma niðurstöðum rannsókna meðal nema í grunnnámi við HÍ, þar sem um 86% þátttakenda töldu sig upplifa frekar mikla til mjög mikla streitu tengda því að stunda háskólanám (Sigríður Lilja Magnúsdóttir og Valdís Ingunn Óskarsdóttir, 2016). Þetta kemur ekki á óvart þar sem háskólaárin eru almennt talin tími áskorana og streitu (Beiter o.fl., 2015). Skortur á námsleiðbeiningum var einnig algengur streituvaldur, en þó ekki algengari en fram kom í rannsókn meðal grunnnemenda í HÍ frá 2016 þar sem 55% töldu sig upplifa frekar til mikla streitu tengda skorti á námsleiðbeiningum (Sigríður Lilja Magnúsdóttir og Valdís Ingunn Óskarsdóttir, 2016). Í ljósi þess er athyglisvert hversu fáir leituðu til námsráðgjafa eða kennara eftir stuðningi og leiðsögn. Velta má fyrir sér hvort kynna þyrfti betur hlutverk námsráðgjafa og þá aðstoð sem námsráðgjafar skólanna geta veitt nemendum, og hvetja nemendur reglulega til að nýta sér hana, sérstaklega í tengslum við aukið álag. Einnig má gera ráð fyrir að aðgengi að kennurum og námsráðgjöfum skólanna hafi verið minna á tímum COVID-19 þar sem byggingum skólanna var lokað og staðarnám ekki í boði og líklegt að enn ítarlegri námsleiðbeininga hefði verið þörf.

Erlendar rannsóknir hafa sýnt fram á vaxandi andlega vanlíðan á tímum COVID-19 meðal nemenda í hjúkrunarfræði (Kim o.fl., 2021; Majrashi o.fl., 2021). Í okkar rannsókn kom fram að langflestir þátttakenda töldu líkamlega heilsu sína góða eða mjög góða en hins vegar töldu heldur færri andlega heilsu sína góða eða mjög góða. Þeir sem mátu líkamlega og andlega heilsu sína verr skoruðu martækt hærra á streitukvarðanum sem er sambærilegt við það sem kom fram í rannsókn Sheroun o.fl. (2021). Streitustig þeirra sem töldu sig hafa stuðning í

námi var jafnframt marktækt lægra en þeirra sem töldu sig ekki fá stuðning sem var tæplega fimmtungur þátttakenda. Önnur erlend rannsókn á tímum COVID-19 meðal nemenda í hjúkrunarfræði sýndi að félagslegur stuðningur reyndist versnandi gagnvart einmanakennd meðal nemendanna (Labrague o.fl., 2021).

Það kemur ekki á óvart að nemendur sem töldu að nám sitt hefði ekki gengið vel skoruðu einnig marktækt hærra á streitukvarðanum en þeir sem töldu það hafa gengið vel á þessum tímum. Sambærilegar niðurstöður hafa komið fram erlendis þar sem nemendur í hjúkrunarfræði lentu til dæmis í vanda með nettengingar og fjarkennslu (Fitzgerald og Konrad, 2021; Masha'al o.fl., 2020). Jafnframt kom ítrekað fram í fjölmiðlum að skortur var á hlífðarþúningum og að smitvörnum væri ábótavant víða erlendis, sem átti ekki við hér á landi.

Hvað varðaði stuðning í námi þá taldi meirihluti nemendanna eða um áttatíu prósent að þeir fengju stuðning við nám sitt og þá oftast frá fjölskyldu, samnemendum og vinum, sem samræmist niðurstöðum eigindlegrar rannsóknar meðal nemenda hjúkrunarfræði (Roca o.fl., 2021). Algengustu bjargráð nemenda við streitu í okkar rannsókn voru að tala við einhvern og að hreyfa sig, sem teljast gagnleg bjargráð samkvæmt Lazarus og Folkman (1984). Þetta er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna þar sem flestir nemendur í hjúkrunarfræði leituðu sér félagslegs stuðnings á tímum COVID-19 og ræddu tilfinningar sínar við sína nánustu (Sümen og Adibelli, 2021; Roca o.fl., 2021). Í okkar rannsókn reyndist streitustig marktækt hærra á meðal þeirra sem reiddust, lokuðu sig af eða leituðu í mat eða sætindi en þeirra sem ekki brugðust við með þessum hætti. Samkvæmt Lazarus og Folkman (1984), er hér um ógagnleg bjargráð að ræða til að takast á við erfiðar tilfinningar, sem geta haft neikvæðar langtímaafleiðingar fyrir viðkomandi.

Eins og fram hefur komið var streita meðal þátttakenda í þessari rannsókn ekki meiri en lýst er í fyrri rannsóknnum, þrátt fyrir að miklar breytingar væru gerðar á náminu í fyrstu bylgju COVID-19 með afar stuttum fyrirvara eins og kom fram í grein Herðisar Sveinsdóttir og Helgu Bragadóttur, (2020). Umsjónarkennarar námskeiða lögðu sig fram um að koma til móts við nemendur varðandi fyrirkomulag klíniska námsins. Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að meirihluti nemenda í hjúkrunarfræði við HA og HÍ hafi verið sáttur við þær breytingar sem gerðar voru á námi þeirra á tímum COVID-19 faraldursins, bæði hvað varðaði fræðilegt nám og klínískt nám. Það er ólíkt því sem kom fram í erlendri eigindlegri rannsókn sem unnin var á svipuðum tíma, en þar kom fram að nemendur urðu fyrir talsverðum óþægindum vegna breytinga sem gera þurfti á námi þeirra vegna COVID-19 (Fawas o.fl., 2021).

### **Styrkleikar og takmarkanir rannsókna**

Helstu styrkleikar rannsóknarinnar voru að allir nemendur í grunnnámi í hjúkrunarfræði á Íslandi áttu kost á þátttöku í rannsókninni og rannsakendur þekktu vel þær breytingar sem gerðar voru á náminu. Hópurinn sem stóð að rannsókninni kom frá báðum skólum sem sjá um menntun

hjúkrunarfræðinga. Mælitækið sem notað var til að meta streitu er viðurkennt og þykir áreiðanlegt og réttmætt. Takmarkanir rannsóknarinnar liggja helst í lágu svarhlutfalli og að rannsóknin var lögð fyrir að loknu misseri. Því kann að vera að niðurstöður endurspegli ekki þá streitu sem nemendur fundu fyrir meðan á náminu stóð. Jafnframt var nokkur hluti spurninga saminn af rannsakerndum og ekki forprófaður, en stuðst var við fræðilegt lesefni og niðurstöður rannsókna. Í spurningunni um mat þátttakenda á áhrifum breytinganna á gæði námsins láðist að spyrja um hvort þátttakendur teldu áhrifin jákvæð eða neikvæð.

### **Ályktanir**

Ljóst er að meirihluti nemenda fann fyrir miðlungs streitu á þessum tíma, en streitan var þó ekki meiri en mælist í venjulegu áferði. Hins vegar sagðist meirihluti þátttakenda finna fyrir mikilli streitu tengt háskólanáminu. Tengsl stuðnings og streitu undirstrika mikilvægi þess að nemendur í háskólanámi hafi greiðan aðgang að stuðningi. Með samstilltu átaki og samvinnu menntastofnana og heilbrigðisstofnana tókst að gera yfirgripsmiklar breytingar á námi í hjúkrunarfræði sem meirihluti nemenda var ánægður með. Það skal þó haft í huga að tæplega 40% þátttakenda töldu að breytingar á klínisku námi hafi haft talsverð eða mikil áhrif á gæði klíniska námsins. Allflestir nemendur réðu vel við þær miklu breytingar sem urðu á námi þeirra vegna faraldursins. Fjöldi og tegund bjargráða sem nemendur notuðu benda til bæði lausnamiðaðrar og tilfinningamiðaðrar nálgunar á vanlíðan vegna streitu.

Samkvæmt þátttakendum rannsóknarinnar virðist þeim stofnunum sem koma að námi og kennslu nemenda í hjúkrunarfræði í grunnnámi á Íslandi hafa tekist vel á við þær aðstæður sem sköpuðust á þessum óvissutíma.

---

### **ÞAKKIR**

Öllum þeim nemendum sem gáfu sér tíma til að svara spurningalistanum er þakkað sérstaklega fyrir þátttökuna.



## ENGLISH SUMMARY

# Nursing students' stress and attitudes towards changes made to their studies in the time of COVID-19: a cross-sectional study.

Thorsteinsson, H.S., Bernhardsdottir, J., Svavarsdottir, M.H., Svavarsdottir, E.K., Kristofersson, G.K., Sveinsdottir, H., Flygenring, B.G.

### Aim

The COVID-19 pandemic has multifaceted effect on nursing students, including significant changes made to their studies in the spring of 2020. Major changes can lead to stress. Stress among nursing students in the time of COVID-19 has been found to be moderate to severe.

The aim of the study was to examine nursing students' stress and its relationship with support, own assessment of health and experience related to their studies. Furthermore, to gather information about coping strategies used and attitudes towards changes made to studies during the first wave of COVID-19.

### Method

This was a cross-sectional study. All undergraduate nursing students at the University of Iceland (N=545) and University of Akureyri (N=212) were offered participation. Data was collected in May and June 2020. Response rate was 33.8%. Descriptive and inferential statistics were used to analyze the data. The severity of stress was measured by the Perceived Stress Scale 10, which has 10 questions (range: 0-40). A higher score indicates increased stress. Participants also answered questions about factors known to affect stress, attitudes towards changes made to their studies and coping strategies used.

### Results

Participants were 256 (mean age was 27.8 years (SD=6.6)). Mean stress score was 18.1 (SD=7.03; range 1-37); defined as moderate stress. Most participants (82.7%) felt they had adequate support related to their studies and experienced significantly less stress than students who did not experience enough support ( $p=0,002$ ). Main coping strategies used were talking to family or friends or physical exercise, while teachers or students' counsellors were seldom consulted. Most participants were satisfied with the changes made to their studies at this time.

### Conclusion

Most students' scores indicated moderate stress, however they experienced high levels of stress related to studying at the university level. The relationship between support and stress emphasizes the importance of identifying students who lack support, as well as increasing students' use of the services of school counselors and teachers.

### Keywords

Students, nursing, stress, coping mechanisms, COVID-19

### Correspondent:

hrundsch@landspitali.is



## HEIMILDIR

- Al-Gamal, E., Alhosain, A. og Alsunay, K. (2018). Stress and coping strategies among Saudi nursing students during clinical education. *Perspectives in Psychiatric Care*, 54(2), 198-205. <https://doi.org/10.1111/ppc.12223>
- Alzayyat, A. og Al-Gamal E. (2014). A review of the literature regarding stress among nursing students during their clinical education. *International Nursing Review*. 61(3), 406-15. <https://doi.org/10.1111/inr.12114>
- Bahadır-Yılmaz, E. (2016). Academic and clinical stress, stress resources and ways of coping among Turkish first-year nursing students in their first clinical practice. *Kontakt*, 18(3), e 145-e151. <https://doi.org/10.1016/j.kontakt.2016.08.001>
- Aslan, H. og Pekince, H. (2020). Nursing students' views on the COVID-19 pandemic and their perceived stress levels. *Perspectives in psychiatric care*, 57, 695-701. <https://doi.org/10.1111/ppc.12597>
- Begam, B. og Devi, K. (2020). A study to assess the perceived stress among nursing students during COVID-19 lockdown. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 5(4), 388-393. [https://ijshr.com/IJSHR\\_Vol.5\\_Issue.4\\_Oct2020/IJSHR\\_Abstract.0051.html](https://ijshr.com/IJSHR_Vol.5_Issue.4_Oct2020/IJSHR_Abstract.0051.html)
- Beiter, R., Nash, R., McCrady, M., Rhoades, D., Linscomb, M., Clarahan, M. og Sammut, S. (2015). The prevalence and correlates of depression, anxiety, and stress in a sample of college students. *Journal of Affective Disorders*, 173, 90-96. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.054>
- Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir (2020). Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 96(1), 68-75. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2020/1-tbl-2020/StreitaKulnunBjargrad.pdf>
- Blomberg, K., Bisholt, B., Kullén Engström, A., Ohlsson, U., Sundler Johansson, A. og Gustafsson, M., (2014). Swedish nursing students' experience of stress during clinical practice in relation to clinical setting characteristics and the organisation of the clinical education. *J. Clin. Nurs*. 23 (15–16), 2264–2271. <https://doi.org/10.1111/jocn.12506>
- Casafont, C., Fabrellas, N., Rivera, P., Olivé-Ferrer, M. C., Querol, E., Venturas, M., Prats, J., Cuzco C., Frias, C.E., Pérez-Ortega S. og Zabalegui, A. (2021). Experiences of nursing students as healthcare aid during the COVID-19 pandemic in Spain: A phenomenological research study. *Nurse Education Today*, 97, 104711. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104711>
- Chen, Y. W. & Hung, C. H. (2014). Predictors of Taiwanese baccalaureate nursing students' physio-psycho-social responses during clinical practicum. *Nurse Education Today*, 34(1), 73-77.
- Cohen, S. og Williamson, G. (1988). *Perceived Stress in a Probability Sample of the United States*. In S. Spacapan, og S. Oskamp (ritstjórar.), *The Social Psychology of Health: Claremont Symposium on Applied Social Psychology* (pp. 31-67). Newbury Park, CA: Sage.
- da Silva, R. M., Tonini, C., Felipe Dias Lopes, L., Serrano, P., Costa, A. og Guido, L., (2014). Hardy personality and burnout syndrome among nursing students in three Brazilian universities: An analytic study. *BMC Nursing*, 13(9), 9. <https://doi.org/10.1186/1472-6955-13-9>
- Eva Mjöll Júlíusdóttir og Helga Berglind Hreinsdóttir (2010). *Streita hjúkrunarfræðinema á fyrsta og öðru námsári við Háskólann á Akureyri* (óútgefin BS-ritgerð). Háskólinn á Akureyri, Akureyri.
- Fawaz, M., Al Nakhal, M. og Itani, M. (2021). COVID-19 quarantine stressors and management among Lebanese students: a qualitative study. *Current Psychology*, 1-8. <https://doi.org/10.1007/s12144-020-01307-w>
- Fitzgerald, A. og Konrad, S. (2021). Transition in learning during COVID-19: Student nurse anxiety, stress, and resource support. *Nursing Forum*, 56(2), 298-304. <https://doi.org/10.1111/nuf.12547>
- Galvin, J., Suominen, E., Morgan, C., O'Connell, E. J. og Smith, A. P. (2015). Mental health nursing students' experiences of stress during training: A thematic analysis of qualitative interviews. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 22(10), 773-783. <http://doi.org/10.1111/jpm.12273>
- Guðrún Bjartmarz og Steinunn Birna Aðalsteinsdóttir (2007). *Streita meðal kvenstúdenta í Háskóla Íslands* (óútgefin BSc-ritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Herdís Sveinsdóttir og Helga Bragadóttir. (2020). Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands á tímum covid-19. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 2(96), 58-59. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2020/2-tbl-2020/HjukrunarfræðideildHI.pdf>
- Hrund Sch. Thorsteinsson. (2006). Klínískt nám í hjúkrunarfræði: Liðan og reynsla nemenda. Í Helga Jónsdóttir (ritstjóri), *Frá innsæi til inngripa*. (ISBN 9979-66-186-0) (bls.201-219). Hið íslenska bókmenntafélag.
- Kim, S. C., Sloan, C., Montejano, A. og Quiban, C. (2021). Impacts of Coping Mechanisms on Nursing Students' Mental Health during COVID-19 Lockdown: A Cross-Sectional Survey. *Nursing Reports*, 11(1) 36-44. <https://doi.org/10.3390/nursrep11010004>
- Labrague, L. J., (2014). Stress, stressors, and stress responses of student nurses in a government nursing school. *Health Science Journal* 7(4), 424-435. <https://www.hsj.gr/medicine/stress-stressors-and-stress-responses-of-student-nurses-in-a-government-nursing-school.php?aid=2806>
- Labrague, L. J., De Los Santos, J. A. A. og Falguera, C. C. (2021). Social and emotional loneliness among college students during the COVID-19 pandemic: The predictive role of coping behaviors, social support, and personal resilience. *Perspectives in Psychiatric Care*. <https://doi.org/10.1111/ppc.12721> advanced online publication.
- Labrague, L.J., McEnroe-Petite, D.M.; Al Amri, M., Fronza, D.C. og Obeidat, A.A. (2017) An integrative review on coping skills in nursing students: implications for policymaking. *International Nursing review* 65, 279-291. <https://doi.org/10.1111/inr.12393>
- Labrague, L.J., McEnroe, Petite, D.M., Papatathanasiou, I.V., Edet, O.B., Tsaras, K., Leocadio, M.C. og Velacaria, P.I.T. (2018). Stress and coping strategies among nursing students: An international study. *Journal of Mental Health*, 27(5), 402-408; <https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417552>
- Lazarus, R. S. og Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer
- Lovrić, R., Farčić, N., Mikšić, Š. og Včev, A. (2020). Studying during the COVID-19 pandemic: A qualitative inductive content analysis of nursing students' perceptions and experiences. *Education Sciences*, 10(7), 188. <https://doi.org/10.3390/educsci10070188>
- Luberto, C. M., Goodman, J. H., Halvorson, B., Wang, A. og Haramati, A. (2020). Stress and Coping Among Health Professions Students During COVID-19: A Perspective on the Benefits of Mindfulness. *Global Advances in Health and Medicine*, 9, 1-5. <https://doi.org/10.1177/2164956120977827>
- Majrashi, A., Khalil, A., Nagshabandi, E. A. og Majrashi, A. (2021). Stressors and Coping Strategies among Nursing Students during the COVID-19 Pandemic: Scoping Review. *Nursing Reports*, 11(2), 444-459. <https://doi.org/10.3390/nursrep11020042>
- Masha'al, D., Rababa, M. og Shahrour, G. (2020). Distance Learning-Related Stress Among Undergraduate Nursing Students During the COVID-19 Pandemic. *Journal of Nursing Education*, 59(12), 666-674. <https://doi.org/10.3928/01484834-20201118-03>
- REDCap (ed). REDCap Research Electronic Data Capture. Sótt frá: <https://redcapinfo.ucdenver.edu/>.
- Reverté-Villarroya, S., Ortega, L., Lavedán, A., Masot, O., Burjalés-Martí, M. D., Ballester-Ferrando, D., Fuentes-Pulmarola, C. og Botigué, T. (2021). The influence of COVID-19 on the mental health of final-year nursing students: comparing the situation before and during the pandemic. *International Journal of Mental Health Nursing* 30(3):694-702. <https://doi.org/10.1111/inm.12827>
- Roca, J., Canet-Vélez, O., Cemeli, T., Lavedán, A., Masot, O. og Botigué, T. (2021). Experiences, emotional responses, and coping skills of nursing students as auxiliary health workers during the peak COVID-19 pandemic: A qualitative study. *International Journal of Mental Health Nursing*, fyrir fram rafræn birting publication. <https://doi.org/10.1111/inm.12858>
- Rudman, A. og Gustavsson, J. P. (2012). Burnout during nursing education predicts lower occupational preparedness and future clinical performance: A longitudinal study. *International Journal of Nursing Studies*, 49(8), 988-1001. <https://doi.org/doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.03.010>
- Sigríður Lilja Magnúsdóttir og Valdis Ingunn Óskarsdóttir (2016). *Rannsókn á streitu meðal nemenda í grunnnámi við Háskóla Íslands* (óútgefin BSc-ritgerð). Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Sheroun, D., Wankahar, D.D., Devrani, A., PV, L., Gita, S. og Chatterjee, K., (2020). A Study to Assess the Perceived Stress and Coping Strategies among B.Sc. Nursing Students of Selected Colleges in Pune during COVID-19 Pandemic Lockdown. *International Journal of Science and Healthcare Research*, 5(2), 280-288. [https://ijshr.com/IJSHR\\_Vol.5\\_Issue.2\\_April2020/IJSHR0038.pdf](https://ijshr.com/IJSHR_Vol.5_Issue.2_April2020/IJSHR0038.pdf)
- Simonelli-Munoz, A.J., Balanza, S., Rivera-Caravaca, J.M., Vera-Catalan, T., Lorente, A.M. og Gallego-Gomez, J.I. (2018). Reliability and validity of the student stress inventory-stress manifestations questionnaire and its association with personal and academic factors in university students. *Nurse Education Today* 64: 156-160. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.02.019>
- Sümen, A. og Adıbelli, D. (2021). Nursing students' readiness and coping strategies for the Covid-19 pandemic in Turkey. *Journal of Professional Nursing*, 37(3), 553-561. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.03.005>

## ÚTDRÁTTUR

### Tilgangur

Það er mannlegt að gera mistök en mistök hafa í eðli sínu misalvarlegar afleiðingar. Rannsóknir sýna að hægt er að fyrirbyggja um 50% mistaka í svæfingum og skurðaðgerðum. Viðtækar rannsóknir hafa verið gerðar á því hvernig best sé að fyrirbyggja mistök á þessum vettvangi og hefur meðal annars verið horft til jákvæðrar reynslu annarra starfsgreina á notkun gátlista í bráðatilfellum. Mikilvægt er að starfsfólk sjái tilgang með notkun gátlista og telji þá vera til hagsbóta í starfi. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf hjúkrunarfræðinga og sérfræðilækna á skurðstofum Sjúkrahússins á Akureyri til notkunar gátlista við störf sín og hvort munur væri á viðhorfi fyrir og eftir kynningu á gátlistum vegna bráðra vandamála á skurðstofu.

### Aðferð

Megindlegt rannsóknarsnið framsýnnar, lýsandi samanburðarrannsóknar var notað. Þýðið innihélt alla hjúkrunarfræðinga og sérfræðilækna sem störfuðu á skurðstofunum á rannsóknartímanum, 47 talsins og var úrtakið allt þýðið. Fimmtán gátlistar vegna bráðra vandamála á skurðstofu sem höfðu verið þýddir og innleiddir á Landspítala voru staðfærðir og innleiddir á Sjúkrahúsinu á Akureyri á rannsóknartímanum. Stuðst var við fyrstu tvö af fjórum þrepum viðurkennds innleiðingarferlis og var kynning gátlistanna rafræn. Spurningalisti var lagður tvisvar fyrir þátttakendur, fyrir og eftir kynningu á gátlistunum.

### Niðurstöður

Svarhlutfall var 87% fyrir kynningu og 67% eftir. Viðhorf þátttakenda til notkunar gátlista á skurðstofum mældist jákvætt og töldu flestir að gátlistar myndu nýtast við venjubundnar aðstæður og í bráðatilfellum. Meira en helmingur sagðist öruggur í störfum sínum án notkunar gátlista. Í samanburði með þörfuðu t-prófi kom fram að færri þátttakendur treystu sér til að framkvæma verk sín í bráðatilfellum án gátlista að loknum fyrstu tveimur þrepum innleiðingarferlis heldur en fyrir innleiðingu ( $t(27)=-2,521; p=0,02$ ).

### Ályktun

Niðurstöður benda til að þátttakendur sjái tilgang með notkun gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu í bráðatilfellum. Jákvætt viðhorf gefur einnig tilefni til væntinga um áframhaldandi árangursríka innleiðingu gátlistanna á skurðstofum Sjúkrahússins á Akureyri.

### Lykilorð:

Gátlistar í bráðatilfellum; bráðameðferð í svæfingu; öryggisgátlisti WHO fyrir skurðstofur; innleiðingarvísindi.

## HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

**Nýjungar:** Viðhorf sérfræðilækna og hjúkrunarfræðinga á skurðstofum Sjúkrahússins á Akureyri til notkunar gátlista í bráðatilfellum er jákvætt og sér starfsfólkið tilgang með notkun þeirra sem hjálpartækja í meðferð bráðatilfella.

**Hagnýting:** Niðurstöður nýtast við áframhaldandi innleiðingu gátlista til notkunar í bráðatilfellum á skurðstofum Sjúkrahússins á Akureyri og geta þar með leitt til bættrar meðferðar í bráðatilfellum. Niðurstöðurnar geta einnig nýst á öðrum stofnunum sem hyggjast innleiða slíka gátlista.

**Þekking:** Niðurstöðurnar sýna að fagfólk á skurðstofum sér gátlista í bráðatilfellum sem gagnleg hjálpartækja og getur innleiðing slíkra gátlista átt þátt í að auka öryggi sjúklinga sem gangast undir svæfingu og skurðaðgerðir. Sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hér á landi svo vitað sé.

### Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Mögulega velja hjúkrunarfræðingar sem starfa á svæfingadeildum og skurðstofum að nýta sambærilega gátlista í bráðatilfellum sem upp kunna að koma í starfi þeirra. Með markvissri innleiðingu getur notkun gátlista orðið almennari og haft jákvæð áhrif á öryggi sjúklinga.

## Höfundar

## EYRÚN BJÓRG ÞORFINNSDÓTTIR

Sjúkrahúsið á Akureyri, Háskólinn á Akureyri

## ÁRÚN KRISTÍN SIGURÐARDÓTTIR

Háskólinn á Akureyri, Sjúkrahúsið á Akureyri

## MARTIN INGI SIGURÐSSON

Landspítali, Háskóli Íslands

# Innleiðing gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu á Sjúkrahúsinu á Akureyri

## Viðhorfsrannsókn og samantekt á innleiðingarferli

### INNGANGUR

Það er mannlegt að gera mistök. Mannleg mistök hafa í eðli sínu misalvarlegar afleiðingar eftir því á hvaða vettvangi þau eru gerð (Arriaga o.fl., 2013). Mistök í svokölluðum há áhættu starfsgreinum eru sérstaklega talin geta haft verulega alvarlegar afleiðingar og jafnvel kostað mannlíf (Jones o.fl., 2018; Saxena, o.fl., 2020). Notkun gátlista sem hjálpartækja hefur lengi tíðkast í ýmsum starfsgreinum eins og flugsamgöngum, geimvísindum og kjarnorkustarfsemi til að fækka mistökum (Goldhaber-Fiebert o.fl., 2015; Hepner o.fl., 2017; Simmons og Huang, 2019).

### Gátlistar á skurðstofum

Talið er að allt að 50% mistaka í svæfingum og skurðaðgerðum sé hægt að fyrirbyggja (de Jager o.fl., 2019) og að meirihluti þeirra verði vegna manlegra þátta eins og ófullnægjandi samskipta eða þegar teymisvinnu er ábótavant (Jones o.fl., 2018; Weller og Boyd, 2014). Síðan á seinni hluta 20. aldar, þegar byrjað var að beina athygli að öryggi sjúklinga í svæfingum á heimsvísu (Saxena o.fl., 2020), hafa víðtækar rannsóknir varðandi öryggi verið gerðar og ýmsar tillögur um úrbætur settar fram (Marshall, 2013; Weller og Boyd, 2014). Meðal úrbóta er innleiðing gátlista á skurðstofum, bæði til notkunar í hefðbundinni starfsemi sem og í bráðatilfellum (Low o.fl., 2012). Þar hefur verið horft til jákvæðra áhrifa slíkra gátlista innan flugsamgangna (Clay-Williams og Colligan, 2015).

Árið 2008 gaf Alþjóða heilbrigðismálastofnunin (WHO) út gátlista til notkunar við almennar svæfingar og skurðaðgerðir með það að markmiði að auka öryggi sjúklinga (de Jager o.fl., 2019). Sýnt hefur verið fram á að dauðsföllum og öðrum alvarlegum fylgikvillum svæfinga og skurðaðgerða fækkaði eftir innleiðingu gátlistans (Arriaga o.fl., 2013; Haugen o.fl., 2019). Gátlisti WHO hefur verið notaður á skurðstofum Sjúkrahússins á Akureyri (SAK) síðan 2011. Skiptar skoðanir eru á því hversu vel fagfólki í svæfingum gengur að tileinka sér notkun gátlista sem hjálpartækja en þó virðist rannsóknnum bera saman um að meiri vilji sé fyrir notkun gátlista í bráðatilfellum en við dagleg störf, að undanskildum fyrrnefndum gátlista WHO (Burian o.fl., 2018; Prielipp og Birnbach, 2016). Rannsóknir á viðhorfi fagfólks til notkunar gátlista á skurðstofum hafa leitt í ljós að viðhorfið er að mestu jákvætt og flestir telja að gátlistar séu til bóta (Huang o.fl., 2019; Krombach o.fl., 2015).

Þeir þættir sem helst hafa verið nefndir gegn því að nota gátlista eru að þeir séu tímafrekir (Bergs o.fl., 2015), geti leitt athygli frá sjúklingum (Goldhaber-Fiebert o.fl., 2020) og þeir trúfli flæði í starfsemi á skurðstofum (Burian o.fl., 2018). Rannsóknir benda þó til að með markvissri þjálfun í notkun gátlista megi bæta alla þessa þætti (Burian o.fl., 2018; Marshall, o.fl., 2016). Þá hefur einnig verið bent á mikilvægi þess að gátlistar komi ekki í stað gagnrýnnar hugsunar

og sérfræðipækningar, heldur séu þeir viðbót og stuðningur í krefjandi aðstæðum (Everett o.fl., 2017; Szabo o.fl., 2015; Urman o.fl., 2021).

Þó að bráðatilfelli séu mögulega algeng á stórum sjúkrahúsum og í heilbrigðisgeiranum í heild sinni (Arriaga o.fl., 2013) lendir hver og einn starfsmaður sjaldan í slíkum aðstæðum og því er erfitt að verða sérfræðingur í meðferð þeirra ef eingöngu er byggt á reynslu (Schild o.fl., 2019). Rannsóknir sýna að erfitt getur reynst að treysta á þekkingu eina saman þegar sjaldgæf bráðatilfelli koma upp (Schild o.fl., 2019), meðal annars vegna neikvæðra áhrifa streitu á minni (Gleich o.fl., 2019).

Í bráðatilfellum hefur notkun gátlista reynst vel og stuðlað að bættu öryggi sjúklunga (Rinieri o.fl., 2020; Turkelson o.fl., 2020) og hafa rannsóknir við þjálfun bráðatilfella við hermiaðstæður sýnt að viðurkenndu verklagi er frekar fylgt ef gátlistar eru notaðir (Arriaga o.fl. 2013; Hardy o.fl., 2018; Saxena o.fl., 2020). Ekki hafa allar rannsóknir sýnt gagnsemi í notkun gátlista í bráðatilfellum (Everett o.fl., 2017; Urman o.fl., 2021) sem vekur spurningar um hvaða hlutverk þættir eins og viðhorf fagfólks og mismunandi innleiðingarferli gegna (Clebene o.fl., 2017).

### Innleiðing gátlista

Það sem talið er skipta mestu máli við innleiðingu gátlista er að innihald þeirra sé byggt á traustum þekkingargrunni og samræmist starfsemi sem þeim er gert að þjóna (Bergs o.fl., 2015; Clebone o.fl., 2017; Turkelson o.fl., 2020). Mikilvægt er talið að fagfólk sjái tilgang með notkun gátlistanna og telji þá vera til hagsbóta í starfi frekar en til trafala (Priellipp og Birnbach, 2016). Mikilvægur þáttur í því samhengi er að hafa væntanlega notendur með í innleiðingarferlinu (Goldhaber-Fiebert o.fl., 2020; Haugen o.fl., 2019).

Þeir aðilar sem mest hafa rannsakað innleiðingu gátlista á skurðstofum hafa stofnað samtök í kringum þróun innleiðingar og þjálfun fagfólks. Þessi samtök halda í sameiningu úti heimasíðu, „OR emergency checklist implementation toolkit“ (<https://www.implementing-emergencychecklists.org/>), þar sem farið er yfir það sem þarf að hafa í huga við innleiðingu gátlista til notkunar í bráðatilfellum á skurðstofum. Samtökin birta þar eigin gátlista sem öðrum stofnunum er frjálst að nýta. Mælt er með því að nýta forprófaða og viðurkennda gátlista og aðlaga þá að mismunandi starfsemi eða stofnunum (Gleich o.fl., 2019; Simmons og Huang, 2019).

Starfshópur um notkun gátlista hjá Stanford-háskóla-sjúkrahúsinu, sem eru meðlimir í ofangreindum samtökum, mælir með eftirfarandi fjórum þrepum við innleiðingu gátlista til notkunar í bráðatilfellum á skurðstofum byggðum á rannsóknum um efnið: 1) að búa til (e.create), 2) að kynna (e.familiarize), 3) að nota (e.use) og 4) að samþætta (e.integrate) (Goldhaber-Fiebert og Howard, 2013; Simmons og Huang, 2019).

### Tilgangur og markmið

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna viðhorf hjúkrunarfræðinga og sérfræðilækna á skurðstofum SAK til notkunar gátlista við störf sín. Viðhorfsrannsóknin var gerð samhliða innleiðingu 15 gátlista vegna bráðra vandamála á skurð-

stofunum. Þorin voru saman viðhorf milli starfsstétta (hjúkrunarfræðinga og sérfræðilækna), milli starfssviða (svæfingasviðs og skurðsviðs) og eftir starfsreynslu á sérsviði. Einnig var skoðað hvort breyting yrði á viðhorfi að loknum tveimur þrepum af fjórum í innleiðingarferli gátlistanna á skurðstofunum.

## AÐFERÐ

### Rannsóknarsnið og þátttakendur

Megindlegt rannsóknarsnið framsýnnar, lýsandi samanturðarrannsóknar var notað. Þýðið var hjúkrunarfræðingar og sérfræðilækna sem störfuðu við svæfingadeild og skurðstofu SAK á þeim tveim tímupunktum sem spurningalistarnir voru lagðir fyrir og var úrtakið allt þýðið, 47 (september 2020) og 46 (janúar 2021) einstaklingar. Spurningalisti, saminn af höfundum var lagður fyrir og fengu þátttakendur einkvæm rannsóknarnúmer, þannig að hægt væri að bera saman svör fyrir og eftir kynningu gátlistanna án þess að hægt væri að rekja svör til einstakra þátttakenda.

### Mælitæki

Höfundar útbjuggu spurningalista um viðhorf til notkunar gátlista á skurðstofum, með sérstakri áherslu á bráðatilfelli. Einnig var spurt út í viðhorf til gátlista WHO sem notaður hefur verið á skurðstofum SAK síðan 2011. Spurningalistinn innihélt 12 lokaðar og fjórar hálfopnar- spurningar, auk tveggja opinna spurninga í lokin sem buðu upp á almennar athugasemdir þátttakenda. Hugtakið gátlisti var skilgreint í upphafi spurningalistans til að tryggja að skilningur þátttakenda á hugtakinu væri sá sami og rannsakenda. Bakgrunnsbreytur tengdust: starfsstétt, sérfræðigrein og starfsaldri á sérfræðisviði. Viðhorfsspurningar voru settar upp á fimm þrepa Likert-kvarða og við útreikninga voru þrepunum gefin gildin 1-5, þar sem lægra gildi var jákvæðara svar. Dæmi um viðhorfsspurningar má sjá í töflu 2. Spurningar varðandi notkun gátlista við mismunandi bráðatilfelli (sjá töflu 5) og mögulega kosti og ókosti við notkun þeirra (sjá töflu 3 og 4) voru settar upp í valflokkaþspurningar á nafnkvarða og boðið upp á valmöguleikann „annað“.

Forprófun var gerð á spurningalistanum meðal sjö hjúkrunarfræðinga og sérfræðilækna sem störfuðu á skurðstofum annars staðar en á SAK og voru minniháttar úrbætur gerðar á spurningalistanum í kjölfarið.

### Innleiðingarferli

Á rannsóknartímanum var farið í gegnum fyrstu tvö af fjórum þrepum fyrrnefnds innleiðingarferlis (Goldhaber-Fiebert og Howard, 2013; Simmons og Huang, 2019).

- 1. Að búa til:** Gátlistar við bráðum vandamálum á skurðstofu voru upphaflega próaðir og prófaðir hjá Brigham and Women's Hospital /Harvard Medical School (Arriaga o.fl., 2013) og síðar þýddir á íslensku og innleiddir á skurðstofum Landspítala af Martini Inga Sigurðssyni. Um er að ræða 15 gátlista til notkunar í mismunandi bráðatilfellum á skurðstofu. Gerðar voru smávægilegar breytingar á listunum til að staðfæra þá að notkun á SAK og var endanlegt innihald þeirra samþykkt af yfirlækni svæfingadeildar SAK.

2. **Að kynna:** Kynning fór fram með rafrænum hætti. Allir í þýðinu fengu gátlistana senda í tölvupósti, auk þess sem þeim var komið fyrir á skurðstofum og sameiginlegum rýmum einingarinnar. Rafræn glærakynning og kynningarmyndbönd voru einnig send á sömu aðila. Óskað var eftir athugasemdum varðandi innihald listanna, framsetningu og notkun.

### Framkvæmd

Þátttakendur svöruðu sama spurningalista í september 2020 og í janúar 2021, en við seinni fyrirlið var bætt við spurningum varðandi innleiðingarferlið, meðal annars hvort þátttakendur hefðu kynnt sér nýju gátlistana. Kynningarbréf var sent í tölvupósti en spurningalistinn á pappír í innanhússpósti. Þátttakendum voru gefnar þrjár vikur til að svara hvorum spurningalista og var áminningarbréf sent í tölvupósti eftir tvær vikur. Spurningalistum var skilað í merktu umslagi í skilakassa innan SAK.

### Greining gagna

Lýsandi tölfraði var notuð til að lýsa viðhorfum þátttakenda til einstakra þátta en t-próf óháðra hópa voru gerð til að bera saman viðhorf milli mismunandi hópa eftir starfsstétt, starfssviði og starfsaldri á sérsviði. Breyting á viðhorfi fyrir og eftir kynningu á gátlistum var mæld með þöruðu t-prófi. Við gagnagreiningu var starfsaldur tekinn saman úr fimm hópum og settur í tvo. Miðað var við ≤ 15 ára reynslu á starfssviði og ≥ 16 ára til að hafa sem jafnastan fjölda í hvorum hóp. Tölfraðiforritið SPSS (útgáfa 27) var notað við greiningu gagna.

### Leyfi fyrir rannsókn – samþykki þátttakenda

Sótt var um leyfi til siðanefndar SAK, sem taldi ekki þörf á samþykki fyrir rannsókn en skriflegt leyfi fékkst hjá framkvæmdastjórum lækninga og hjúkrunar á SAK. Í kynningarbréfi var þátttakendum kynntur réttur til að hafna þátttöku, að svör yrðu ekki rakin til einstakra þátttakenda og atriði tengd vörslu og eyðingu rannsóknargagna. Þátttaka í rannsókn var túlkuð sem upplýst samþykki.

## NIÐURSTÖÐUR

Yfirlit um svörun í september 2020 (T1) og janúar 2021 (T2) má sjá í töflu 1. Þátttakendur sem svöruðu báðum spurningalistum voru 59,6% (n=28), 6,4% (n=3) svöruðu ekki og 6,4% (n=3) svöruðu bara seinni spurningalistanum.

Tafla 1. Heildarsvörun þátttakenda, svörun eftir starfsstétt og skipting svara eftir starfssviði og starfsaldri á sérsviði. Fjöldi og hlutfall af heild (%).

Svörun	T1*	T2*
Heildarsvörun	41/47 (87,2%)	31/46 (67,4%)
Svörun sérfræðilækna	25/26 (96,2%)	17/26 (65,4%)
Svörun hjúkrunarfræðinga	16/21 (76,2%)	14/20 (70,0%)
Tilheyrðu svæfingasviði	12/41 (29,3%)	12/31 (38,7%)
Tilheyrðu skurðsviði	29/41 (70,7%)	19/31 (61,3%)
Höfðu starfsaldur ≤15 ár	17/41 (41,5%)	16/31 (51,6%)
Höfðu starfsaldur ≥16 ár	24/41 (58,5%)	15/31 (48,4%)

\*T1 er mælipunktur fyrir innleiðingu gátlista á skurðstofum.

\*T2 er mælipunktur eftir tvö þrep af fjórum í innleiðingu á gátlistum vegna bráðra vandamála á skurðstofu.

Tafla 2. Svör þátttakenda við spurningum um hversu vel þátttakendur töldu að gátlistar myndu nýtast og hversu vel þátttakendur treystu sér til að framkvæma störf sín án gátlista. Fjöldi svara og hlutfall af heild (%).

Spurning	Mjög vel		Frekar vel		Hvorki vel né illa		Frekar illa		Mjög illa		Samtals	
	T1*	T2*	T1*	T2*	T1*	T2*	T1*	T2*	T1*	T2*	T1*	T2*
Hversu vel/illa telur þú að gátlistar myndu nýtast við venjubundin störf á skurðstofum?	22 (54%)	17 (55%)	15 (37%)	12 (39%)	4 (9,8%)	2 (6,5%)	0	0	0	0	41 (100%)	31 (100%)
Hversu vel/illa telur þú að gátlistar myndu nýtast í bráðatilfellum sem mögulega koma upp á skurðstofum?	16 (39%)	16 (52%)	17 (41%)	13 (42%)	6 (15%)	2 (6,5%)	1 (2,4%)	0	1 (2,4%)	0	41 (100%)	31 (100%)
Í venjubundnum störfum, hversu vel/illa treystir þú þér til að framkvæma þau verk sem þarf, með því að stóla á þekkingu þína og minni eingöngu?	14 (34%)	9 (29%)	21 (51%)	18 (58%)	6 (15%)	4 (13%)	0	0	0	0	41 (100%)	31 (100%)
Í bráðatilfellum sem mögulega koma upp á skurðstofu, hversu vel/illa treystir þú þér til að framkvæma þau verk sem leysa þarf, með því að stóla á þekkingu þína og minni eingöngu?	7 (17%)	4 (13%)	25 (61%)	11 (35%)	8 (20%)	14 (45%)	1 (2,4%)	2 (6,5%)	0	0	41 (100%)	31 (100%)

T1 er mælipunktur fyrir innleiðingu gátlista á skurðstofum.

\*T2 er mælipunktur eftir tvö þrep af fjórum í innleiðingu á gátlistum vegna bráðra vandamála á skurðstofu.

### Viðhorf þátttakenda til notkunar gátlista

Spurðir út í viðhorf til notkunar gátlista á skurðstofum almennt, sögðu 97,6% (n=40) á T1 og 100% (N=31) á T2 viðhorfið vera mjög jákvætt eða frekar jákvætt. Í spurningu um viðhorf til notkunar WHO-listans sögðust 95,1% (n=39) á T1 og 100% (N=31) á T2 vera mjög jákvæð eða frekar jákvæð. Spurðir út í áhrif WHO-gátlistans á öryggi sjúklinga, þá töldu 93% (n=38) á T1 og 100% (N=31) á T2 notkun hans auka öryggi sjúklinga en 2,4% (n=1) töldu að notkun listans hefði engin áhrif á öryggi sjúklinga á T1. Enginn taldi notkun listans minnka öryggi sjúklinga. Einn þátttakandi tók sérstaklega fram undir möguleikanum „annað“ að hann teldi listann tryggja það að sýklalyf væru gefin fyrir aðgerð.

Samantekt á viðhorfi til notkunar gátlista í venjubundnum störfum annars vegar og bráðatilfellum hins vegar má sjá í töflu 2. Þar sést að flestir töldu að gátlistar myndu nýtast vel en engu að síður treysti meirihluti þátttakenda sér mjög vel eða frekar vel til að framkvæma verk sín án gátlista.

Spurðir út í kosti gátlista, töldu flestir notkun þeirra auka öryggi sjúklinga en helstu ókostir voru taldir möguleg töf á meðferð. Samantekt á svörum má sjá í töflum 3 og 4. Við möguleikann „annað“ lýstu nokkrir þátttakendur yfir áhyggjum af því að gátlistar yrðu notaðir í stað gagnrýnnar hugsunar, til dæmis sagði einn: „... geta gefið falskt öryggi ef fólk fer að tikka í box, án þess að hugsa“.

Þegar þátttakendur voru spurðir út í viðhorf til þess að notaður yrði gátlisti ef upp kæmi bráðatilfelli þar sem þeir sjálfir þyrftu að undirgangast svæfingu eða skurðaðgerð, sögðust 82,9% (n=34) á T1 og 97,7% (n=30) á T2 vera jákvæð eða frekar jákvæð en 17,1% (n=7) á T1 og 3,2% (n=1) á T2 sögðust hvorki jákvæð eða neikvæð. Enginn þátttakandi var neikvæður gagnvart því að notaður væri gátlisti í þeirra eigin meðferð.

Þátttakendur voru einnig spurðir út í hvað af þeim bráðatilfellum sem *Gátlistar vegna bráðra vandamála á skurðstofu* ná yfir, þeir töldu að gátlistar myndu nýtast. Samantekt á svörum má sjá í töflu 5 en 19,5% (n=8) á T1 og 35,5% (n=11) á T2 töldu að gátlistar nýttust í öllum þeim 15 tilfellum sem gátlistarnir ná yfir. Nokkrir þátttakendur tóku það fram við möguleikann „annað“ að þeir töldu þessu betur svarað af starfsfólki svæfingadeildar en skurðstofu og einn vildi bæta við gátlista varðandi tækjabilanir.

Nokkur svör bárust við opinni spurningu í lokin, meðal annars atriði tengd útliti, lengd og aðgengi listanna. Dæmi um svör eru: „ættu að innihalda mikilvæga þætti ... ekki að vera of langir“; „... vera við höndina, ekki þurfa að leita að þeim“; „... fer eftir hönnun ... aðgengi og kúltúr sem þeim er búinn ...“; „vera hannaðir með lágmarksáhrif á vinnuflæði“.

Í seinni fyrirlögn sögðust 77,4% (n=24) hafa kynnt sér innihald gátlistanna. Þá sögðust 83,9% (n=26) þátttakenda vera mjög jákvæð eða frekar jákvæð fyrir notkun nýju gátlistanna í mögulegum bráðatilfellum en 16,1% (n=5) sagðist hvorki vera jákvætt né neikvætt. Enginn sagðist frekar neikvæður eða mjög neikvæður fyrir notkun þeirra. Svör við opinni spurningu í lokin bentu á mikilvægi þess að fólk kynnti sér listana, þar sem takmarkaður tími væri til uppfléttinga í bráðatilfellum

Tafla 3. Svör þátttakenda um mögulega kosti við notkun gátlista, fjöldi svara og hlutfall af heild (%).

Valkostur	T1*	T2*
Auka líkur á að meðferð sé rétt og fullnægjandi	33 (80%)	28 (90%)
Auka öryggi sjúklinga	39 (95%)	30 (97%)
Auka öryggi starfsfólks	26 (63%)	23 (74%)
Bæta starfsánægju	15 (37%)	14 (45%)
Flyta fyrir réttri meðferð í bráðatilfellum	23 (56%)	21 (68%)
Bæta flæði í venjubundnum aðstæðum	21 (49%)	19 (61%)
Hafa jákvæð áhrif á teymisvinnu	27 (66%)	26 (84%)
Ég sé enga mögulega kosti við notkun gátlista á skurðstofum	0	0

\*T1 er mælipunktur fyrir innleiðingu gátlista á skurðstofum.

\*T2 er mælipunktur eftir tvö þrep af fjórum í innleiðingu á gátlistum vegna bráðra vandamála á skurðstofu.

Tafla 4. Svör þátttakenda um mögulega ókosti við notkun gátlista, fjöldi svara og hlutfall af heild (%).

Valkostur	T1*	T2*
Tefja fyrir framkvæmd venjubundinnar meðferðar	12 (29%)	7 (23%)
Tefja fyrir framkvæmd meðferðar í bráðatilfellum	12 (29%)	8 (26%)
Hafa neikvæð áhrif á teymisvinnu	2 (4,9%)	0
Minnka öryggi sjúklinga	0	0
Ég sé enga ókosti við notkun gátlista á skurðstofum	21 (51%)	17 (55%)

\*T1 er mælipunktur fyrir innleiðingu gátlista á skurðstofum.

\*T2 er mælipunktur eftir tvö þrep af fjórum í innleiðingu á gátlistum vegna bráðra vandamála á skurðstofu.

Tafla 5. Svör þátttakenda sértæk fyrir „Gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu“. Spurt var við hver af eftirfarandi bráðatilfellum þátttakendur töldu að gátlistar myndu nýtast. Fjöldi svara og hlutfall af heild (%).

Valkostur	T1*	T2*
Hjartsláttartruflanir	17 (41%)	20 (65%)
Hjartastopp	25 (61%)	20 (65%)
Lágþrýsting	12 (29%)	13 (42%)
Löftrek til lungna	12 (29%)	16 (52%)
Erfiður loftvegur	19 (46%)	18 (58%)
Lækkað súrefnisinnihald í blóði	13 (32%)	15 (48%)
Ófnæmislost	24 (59%)	21 (68%)
Eldur á skurðstofu	23 (56%)	18 (58%)
Mikil blæðing	25 (61%)	20 (65%)
Illkynja háhiti	22 (54%)	21 (68%)
Há mænudeyfing	14 (34%)	19 (61%)
Staðeifylfylfjæitrun	21 (51%)	20 (65%)
Hjartastopp/lost hjá þungaðri konu	23 (56%)	19 (61%)
Ég tel ekki að gátlistar myndu nýtast í bráðatilfellum	3 (7,3%)	1 (3,2%)

\*T1 er mælipunktur fyrir innleiðingu gátlista á skurðstofum.

\*T2 er mælipunktur eftir tvö þrep af fjórum í innleiðingu á gátlistum vegna bráðra vandamála á skurðstofu.

Tafla 6. Samantekt á marktækum ( $p < 0,05$ ) t-prófum óháðra hópa þegar borin voru saman viðhorf eftir starfsstétt, starfssviði og starfsaldri á sérsviði. T1=september 2020, T2=janúar 2021.

Tími	Niðurstaða	t - gildi
T1	Hjúkrunarfræðingar hafa jákvæðara viðhorf en sérfræðilæknar til notkunar gátlista á skurðstofum	$t(32)=2,43; p=0,02$
T1 og T2	Sérfræðilæknar treysta sér frekar en hjúkrunarfræðingar til að framkvæma verk sín án gátlista í venjubundnum störfum	T1: $t(39)=-3,2; p<0,001$ T2: $t(29)=2,64; p=0,01$
T1	Sérfræðilæknar treysta sér frekar en hjúkrunarfræðingar til að framkvæma störf sín án gátlista í bráðatilfellum	$t(39)=-2,39; p=0,02$
T2	Hjúkrunarfræðingar hafa jákvæðara viðhorf en sérfræðilæknar til gátlista WHO	$t(16)=2,22; p=0,04$
T2	Þátttakendur með 15 ára starfsreynslu á sérsviði eða minna hafa jákvæðara viðhorf til gátlista WHO en þátttakendur með 16 ára starfsreynslu á sérsviði eða meira	$t(14)=-2,26; p=0,04$
T2	Hjúkrunarfræðingar telja frekar en sérfræðilæknar að gátlistar nýtist við venjubundin störf (V) og í bráðatilfellum (B)	V: $t(29)=2,67; p=0,01$ B: $t(29)=2,27; p=0,03$

og einnig kom fram hugmynd um að bjóða upp á kennslu og þjálfun þar sem gátlistarnir kæmu við sögu.

### Samanburður á viðhorfi

Munur á viðhorfi milli hópa út frá bakgrunnsbreytum var mældur með t-prófi óháðra hópa. Samantekt á marktækum t-prófum í samanburði milli hópa má sjá í töflu 6.

Í samanburði með þöruðu t-prófi milli T1 og T2 kom fram að færri þátttakendur treystu sér til að framkvæma verk sín í bráðatilfellum án gátlista að loknum tveimur þrepum innleiðingar **Gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu** heldur en fyrir ( $t(27)=-2,521; p=0,02$ ). Ekki fannst marktækur munur á milli T1 og T2 að öðru leyti með þöruðu t-prófi.

## UMRÆÐA

Rannsóknin mat viðhorf hjúkrunarfræðinga og sérfræðilækna á skurðstofum SAK til notkunar gátlista á skurðstofum. Helstu niðurstöður bentu til að forsendur fyrir notkun **Gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu** séu jákvæðar. Þannig sýndu niðurstöður paraðs t-prófs að færri þátttakendur treystu sér til að leysa verkefni sín án gátlista í bráðatilfellum, að loknum fyrstu tveimur þrepum innleiðingarferlis **Gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu** heldur en fyrir innleiðingu. Það gefur vísbindingar um að þátttakendur hafi mögulega séð kosti þess að nota gátlista í bráðatilfellum, eftir að hafa séð hvernig slíkir gátlistar líta út og fengið kynningu á notkun þeirra. Þessa tilgátu styðja niðurstöður Goldhaber-Fiebert og félagar (2020) sem gerðu afturvirka rannsókn meðal svæfingalækna og svæfingahjúkrunarfræðinga á tveimur sjúkrahúsum í Bandaríkjunum þar sem gátlistar í bráðatilfellum höfðu verið innleiddir. Allir þátttakendur þeirrar rannsóknar sögðust vilja nota gátlista í bráðatilfellum í framtíðinni eftir að þeir höfðu

séð virkni þeirra, einnig þeir sem áður hefðu ekki kosið að nota þá.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að viðhorf hjúkrunarfræðinga og sérfræðilækna til notkunar gátlista í störfum sínum mældist jákvætt. Einnig virtist viðhorf til gátlista WHO, sem notaður hefur verið á skurðstofunum í 10 ár vera jákvætt og töldu þátttakendur notkun hans auka öryggi sjúklinga. Þetta samræmist niðurstöðum rannsóknar sem Krombach og félagar (2015) gerðu á meðal svæfingalækna og svæfingahjúkrunarfræðinga á stóru háskólasjúkrahúsi í Bandaríkjunum. Í þeirri rannsókn töldu 98% þátttakenda WHO-listann mikilvægan eða mjög mikilvægan með tilliti til öryggis sjúklinga.

Alidina og félagar birtu árið 2018 rannsókn sem gerð var á stofnunum í Bandaríkjunum sem hlaðið höfðu niður gátlistum af heimasíðum Ariadne Labs eða Stanford-háskóla til eigin nota. Tilgangurinn var að skoða hvaða þættir skiptu mestu máli í innleiðingu gátlista með það fyrir augum að þeir væru nýttir í viðeigandi aðstæðum og voru alls skoðaðar niðurstöður frá 368 svarendum. Eitt af því sem talið var stuðla að vel heppnaðri innleiðingu gátlista á skurðstofum var að hefð væri fyrir því á viðkomandi stofnunum að vinna markvisst að öryggi sjúklinga (Alidina o.fl., 2018). Því má velta fyrir sér hvort jákvæð reynsla þátttakenda í þessari rannsókn af WHO-listanum og traust til hans, stuðli að jákvæðu viðhorfi til notkunar gátlista almennt.

Í rannsókninni kom fram að fleiri telja að gátlistar myndu nýtast í venjubundnum aðstæðum en í bráðatilfellum. Þetta er í ósamræmi við niðurstöður Krombach og félagar (2015) en þar sá um helmingur þátttakenda tilgang með notkun gátlista í venjubundnum aðstæðum, en 87% til 97% í bráðatilfellum. Í þeirri rannsókn sögðust 64% treysta sér til að framkvæma venjubundin störf sín byggð á þekkingu og minni eingöngu en einungis 34% í bráðatilfellum. Í okkar rannsókn voru einnig fleiri þátttakendur sem treystu sér til að framkvæma verk sín án gátlista í venjubundnum störfum en í bráðatilfellum.

Athygli vekur að þó að meirihluti þátttakenda telji sig geta leyst störf sín án notkunar gátlista, bæði í venjubundnum aðstæðum og bráðatilfellum, þá telja engu að síður flestir að gátlistar geti nýst í hvorum aðstæðum fyrir sig. Það sama má sjá í niðurstöðum Krombach og félagar (2015) en þar segist meira en þriðjungur þátttakenda myndu nýta sér gátlista í bráðatilfellum ef þeir væru til staðar en engu að síður segjast 96% treysta sér til að framkvæma verkefni sín í bráðatilfellum byggð eingöngu á þekkingu og minni. Því mætti draga þá ályktun að þó að sérhæft fagfólk upplifi sjálfstraust í starfi og sé öruggt í störfum sínum, telji það gátlista gagnleg hjálpartæki.

Þegar spurt var um mögulega kosti gátlista, töldu flestir að notkun þeirra myndi auka líkurnar á því að meðferð væri rétt og fullnægjandi og auka öryggi sjúklinga. Rannsóknir sem gerðar hafa verið á notkun gátlista í bráðatilfellum styðja þetta viðhorf þátttakenda. Þannig sýna niðurstöður rannsókna Hardy og félagar (2018) og Arriaga og félagar (2013) sem báðar voru framkvæmdar við hermiaðstæður meðal skurðstofuteyma, að meðferð í bráðatilfellum er frekar samkvæmt stöðluðum verkferlum viðkomandi bráðatilfella ef

gátlistar eru notaðir. Í rannsókn Arriaga og féлага (2013) kom einnig fram að flestir myndu framvegis kjósa að nota gátlista í bráðatilfellum og 97% vildu að gátlistar yrðu notaðir ef upp kæmu neyðartilfelli þar sem þeir sjálfir væru sjúklingar. Þetta samræmist niðurstöðum þessarar rannsóknar þar sem mikill meirihluti þátttakenda var jákvæður fyrir notkun gátlista í þeirra eigin meðferð.

Í samantektarrannsókn Saxena og féлага frá 2020 kemur fram að í 23 af samtals 25 rannsóknum sem fjallað var um, var hægt að tengja notkun gátlista við minni líkur á mannlegum mistökum, aukid öryggi sjúklinga, bættu teymisvinnu og aukin gæði meðferðar.

Átta rannsóknir í samantektinni fjölluðu um notkun gátlista við þjálfun bráðatilfella við hermiaðstæður og sýndu þær allar fram á bættu meðferð ef notaðir voru gátlistar (Saxena, 2020). Þegar kemur að mögulegum ókostum við notkun gátlista, sýndu niðurstöðurnar að einhverjir þátttakenda óttuðust að notkun þeirra tefði fyrir meðferð. Eins sýndu svör við opnum spurningum að þátttakendur höfðu áhyggjur af því að notkun gátlista kæmi í stað gagnrýnninnar hugsunar sérhæfðs fagfólks. Þetta samræmist niðurstöðum Krombach og féлага (2015) en þar töldu 31% að gátlistar gætu tafið meðferð og 27% töldu þá geta leitt athygli frá meðferð sjúklinga. Í rannsókn Goldhabert-Fiebert og féлага (2020) kemur fram að í þeim fáu tilfellum sem þátttakendum fannst notkun gátlista mögulega afvegaleiða meðferð í stutta stund, mátu þeir kostina við notkun þeirra meiri þegar á heildina var litið. Þeir álykta að engir gátlistar komi í stað sérfræðipækkingar og leiðtogahæfileika en gátlistar geti verið mikilvægt hjálpartæki varðandi teymisvinnu og ákvarðanatöku í erfiðum aðstæðum.

Í rannsókn Alidina og féлага (2018) kemur fram að mótstaða við notkun gátlista minnki líkurnar á árangursríkri innleiðingu. Þeir komust einnig að því að minni starfsstöðvar höfðu fjórfalt betri árangur í innleiðingu en stærri og að stuðningur stjórnenda og sérstakur aðili sem leiðir innleiðinguna skipta miklu máli varðandi hvernig til tekst. Skurðstofur SAK falla undir alla þessa þætti. Í heimildasamantekt Simmons og Huang frá 2019 kemur fram að árangursrík innleiðing sé vandasöm en ef vel tekst til geti innleiðing gátlista í bráðatilfellum orðið til þess að bjarga mannlífum og bæta lífsgæði, sem hljóti að vera hið endanlega markmið þeirra.

### **Styrkleiki og takmarkanir rannsókna­rinnar**

Styrkleiki rannsókna­rinnar verður að teljast góð þátttaka, sérstaklega á T1 en þegar horft er á heildarsvörun þá svöruðu langflestir í þýðinu könnuninni. Því má álykta að niðurstöðurnar endurspeglar vel viðhorf hjúkrunarfræðinga og sérfræðilækna á skurðstofunum til notkunar gátlista við störf sín.

Meðal takmarkana rannsókna­rinnar verður að telja smæð einingarinnar og að fáir þátttakendur hindra alhæfingar eða yfirfærslugildi niðurstaðna. Mælitækið hefur ekki verið notað áður, sem getur haft áhrif á réttmæti niðurstaðna en forprófun var gerð með það að markmiði að auka réttmæti þess. Heimsfaraldur COVID-19 gerði það jafnframt að verkum að innleiðing gátlistanna varð ekki eins og til stóð. Ekki var möguleiki á kynningu eða æfingum í hópum og því varð kynningin einungis rafræn. Þetta gæti skýrt minni þátttöku

á T2. Einnig er möguleiki á valbjögun (e. selection bias) þar sem mögulegt er að einungis þeir sem eru sérstaklega jákvæðir eða neikvæðir gagnvart notkun gátlista séu líklegri til að taka þátt í spurningakönnun með valþátttöku.

### **Ályktanir**

Höfundar álykta að góð þátttaka í rannsókninni og almennt jákvætt viðhorf, bæði til notkunar gátlista almennt og til hinna nýju Gátlista vegna bráðra vandamála á skurðstofu gefi tilefni til væntinga um áframhaldandi árangursríka innleiðingu gátlistanna á skurðstofum SAK. Slíkt innleiðingarferli getur tekið langan tíma og var einungis tveimur þrepum af fjórum lokið á rannsóknartímanum.

### **ÞAKKIR**

Sérstakar þakkir fá þátttakendur í rannsókninni, hjúkrunarfræðingar og sérfræðilæknar sem starfa á svæfingadeild og skurðstofu Sjúkrahússins á Akureyri. Vísindasjóður Sjúkrahússins á Akureyri fær þakkir fyrir veittan styrk til rannsóknarinnar.



## ENGLISH SUMMARY

# Implementation of checklists for crisis situations in operating rooms in Akureyri Hospital: A survey and summary of the implementation process.

Thorfinnsdottir, E.B., Sigurdardottir, A.K., Sigurdsson, M.I.

### Aim

To err is human, but as the nature of mistakes are diverse their consequences are not equally critical. Research shows that about 50% of mistakes in anesthesia and surgery are preventable. Extensive research has been conducted to analyze how mistakes in this field can best be prevented, where use of checklists in crisis situations in other fields are used as models. The literature about implementation of checklists in operating rooms emphasizes the importance of staff awareness regarding the purpose and benefit of their use. The aim of this study was to explore the attitude of nurses and consultant physicians working in the operating rooms of Akureyri hospital, towards using checklists in their work and whether there was a difference in attitudes before and after the presentation of checklists for crisis situations.

### Method

A quantitative, prospective, descriptive, and comparative research. The study population was nurses and consultant physicians working in Akureyri Hospital operating rooms at the time of the study, 47 in total, and the study sample was the population. Fifteen checklists for crisis situations already translated to Icelandic and implemented in Landspítali, were adjusted for use in Akureyri Hospital. The implementation relied on the first two steps out of four in an implementation protocol and introduction of the checklists was electronic. A questionnaire was answered two times, before and after presentation of the crisis checklists.

### Results

The response rate was 87% before the presentation and 67% after. Participants' attitude towards using checklists in surgical rooms was generally positive and most said that checklists can be of use, both in routine work and in crisis situations. Nevertheless, majority of participants answered that they feel confident in performing their work, without use of checklists. A paired t-test revealed that after the introduction of the new checklists, fewer staff members felt confident performing their work in crisis situations without using checklists as before ( $t(27)=-2,521; p=0,02$ ).

### Conclusion

The results suggest that participants see purpose in using the new checklists in crisis situations. Positive attitude also gives a reason to expect further effective implementation of the new checklists in Akureyri Hospital's operating rooms.

### Keywords

crisis checklists; emergency manuals; anesthesia crisis management; WHO surgical safety checklist; implementation science.

**Correspondent:**  
[eyrunbth@sak.is](mailto:eyrunbth@sak.is)

## HEIMILDIR

- Alidina, S., Goldhaber-Fiebert, S. N., Hannenberg, A. A., Hepner, D. L., Singer, S. J., Neville, B. A., Sachetta, J. R., Lipsitz, S. R., og Berry, W. R. (2018). Factors associated with the use of cognitive aids in operating room crises: A cross-sectional study of US hospitals and ambulatory surgical centers. *Implementation Science*, 13(1), 50; <https://doi.org/10.1186/s13012-018-0739-4>
- Arriaga, A. F., Bader, A. M., Wong, J. M., Lipsitz, S. R., Berry, W. R., Ziewacz, J. E., Hepner, D. L., Boorman, D. J., Pozner, C. N., Smink, D. S., og Gawande, A. A. (2013). Simulation-based trial of surgical-crisis checklists. *The New England Journal of Medicine; Boston*, 368(3), 246-53; DOI: 10.1056/NEJMsa1204720
- Bergs, J., Lambrechts, F., Simons, P., Vlayen, A., Marneffe, W., Hellings, J., Cleemput, I., og Vandijck, D. (2015). Barriers and facilitators related to the implementation of surgical safety checklists: A systematic review of the qualitative evidence. *BMJ Quality and Safety*, 24(12), 776-786; <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-004021>
- Burian, B. K., Clebone, A., Dismukes, K., og Ruskin, K. J. (2018). More than a tick box: Medical checklist development, design, and use. *Anesthesia and Analgesia*, 126(1), 223-232; <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000002286>
- Clay-Williams, R., og Colligan, L. (2015). Back to basics: Checklists in aviation and healthcare. *BMJ Quality and Safety*, 24(7), 428-431; <https://doi.org/10.1136/bmjqs-2015-003957>
- Clebone, A., Burian, B. K., Watkins, S. C., Gálvez, J. A., Lockman, J. L., og Heitmiller, E. S. (2017). The development and implementation of cognitive aids for critical events in pediatric anesthesia: The society for pediatric anesthesia critical events checklists. *Anesthesia and Analgesia*, 124(3), 900-907; <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001746>
- de Jager, E., Gunnarsson, R., og Ho, Y. (2019). Implementation of the world health organization surgical safety checklist correlates with reduced surgical mortality and length of hospital admission in a high-income country. *World Journal of Surgery*, 43(1), 117-124; <https://doi.org/10.1007/s00268-018-4703-x>
- Everett, T. C., Morgan, P. J., Brydges, R., Kurrek, M., Tregunno, D., Cunningham, L., Chan, A., Forde, D., og Tarshis, J. (2017). The impact of critical event checklists on medical management and teamwork during simulated crises in a surgical daycare facility. *Anaesthesia*, 72(3), 350-358; <https://doi.org/10.1111/anae.13683>
- Gleich, S. J., Pearson, A. C. S., Lindeen, K. C., Hofer, R. E., Gilkey, G. D., Borst, L. F., Haile, D. T., og Martin, D. P. (2019). Emergency manual implementation in a large academic anesthesia practice: Strategy and improvement in performance on critical steps. *Anesthesia and Analgesia*, 128(2), 335-341; <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000003578>
- Goldhaber-Fiebert, S. N., og Howard, S. K. (2013). Implementing emergency manuals: Can cognitive aids help translate best practices for patient care during acute events? *Anesthesia and Analgesia*, 117(5), 1149-1161; <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e318298867a>
- Goldhaber-Fiebert, S. N., Lei, V., Nandagopal, K., og Bereknayei, S. (2015). Emergency manual implementation: Can brief simulation-based OR staff trainings increase familiarity and planned clinical use? *The Joint Commission Journal on Quality and Patient Safety*, 41(5), 212-220; [https://doi.org/10.1016/S1553-7250\(15\)41028-1](https://doi.org/10.1016/S1553-7250(15)41028-1)
- Goldhaber-Fiebert, S. N., Bereknayei Merrell, S., Agarwala, A. V., De La Cruz, Monica M., Cooper, J. B., Howard, S. K., Asch, S. M., og Gaba, D. M. (2020). Clinical uses and impacts of emergency manuals during perioperative crises. *Anesthesia and Analgesia*; <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000005012>
- Hardy, J., Gouin, A., Damm, C., Compère, V., Veber, B., og Dureuil, B. (2018). The use of a checklist improves anaesthesiologists' technical and non-technical performance for simulated malignant hyperthermia management. *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine*, 37(1), 17-23; <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2017.07.009>
- Haugen, A. S., Sevdalis, N., og Sjøfteland, E. (2019). Impact of the world health organization surgical safety checklist on patient safety. *Anesthesiology*, 131(2), 420-425; <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000002674>
- Hepner, D. L., Arriaga, A. F., Cooper, J. B., Goldhaber-Fiebert, S. N., Gaba, D. M., Berry, W. R., Boorman, D. J., og Bader, A. M. (2017). Operating room crisis checklists and emergency manuals. *Anesthesiology: The Journal of the American Society of Anesthesiologists*, 127(2), 384-392; <https://doi.org/10.1097/ALN.0000000000001731>
- Huang, J., Sanchez, K., Wu, J., og Suprun, A. (2019). Best location and reader role in usage of emergency manuals during critical events experienced emergency manual users' opinion. *Cureus*, 11(4), e4505; <https://doi.org/10.7759/cureus.4505>
- Jones, C. P. L., Fawker-Corbett, J., Groom, P., Morton, B., Lister, C., og Mercer, S. J. (2018). Human factors in preventing complications in anaesthesia: A systematic review. *Anaesthesia*, 73 Suppl 1, 12-24; <https://doi.org/10.1111/anae.14136>
- Krombach, J. W., Edwards, W. A., Marks, J. D., og Radke, O. C. (2015). Checklists and other cognitive aids for emergency and routine anesthesia care - A survey on the perception of anesthesia providers from a large academic US institution. *Anesthesiology and Pain Medicine*, 5(4), e26300; <https://doi.org/10.5812/aamp.26300v2>
- Low, D., Walker, I., Heitmiller, E. S., og Kurth, D. (2012). Implementing checklists in the operating room. *Paediatric Anaesthesia*, 22(10), 1025-1031; <https://doi.org/10.1111/pan.12018>
- Marshall, S. (2013). The use of cognitive aids during emergencies in anesthesia: A review of the literature. *Anesthesia and Analgesia*, 117(5), 1162-1171; <https://doi.org/10.1213/ANE.0b013e31829c397b>
- Marshall, S. D., Sanderson, P., McIntosh, C. A., og Kolawole, H. (2016). The effect of two cognitive aid designs on team functioning during intra-operative anaphylaxis emergencies: A multi-centre simulation study. *Anaesthesia*, 71(4), 389-404; <https://doi.org/10.1111/anae.13332>
- OR emergency checklist implementation toolkit; <https://www.implementingemergencychecklists.org/>
- Prielipp, R. C., og Birmbach, D. J. (2016). Pilots use checklists, why don't anesthesiologists? the future lies in resilience. *Anesthesia and Analgesia*, 122(6), 1772 - 1775; <https://doi.org/10.1213/ANE.0000000000001320>
- Rinieri, P., Selim, J., Le Guillou, V., og Baste, J. (2020). Crisis checklist (code red) for the management of cardiac arrest during minimally invasive thoracic surgery: Case report. *Journal of Cardiothoracic Surgery*, 15(1), 173; <https://doi.org/10.1186/s13019-020-01200-4>
- Saxena, S., Krombach, J. W., Nahrwold, D. A., og Pirracchio, R. (2020). Anesthesia-specific checklists: A systematic review of impact. *Anaesthesia Critical Care and Pain Medicine*, 39(1), 65-73; <https://doi.org/10.1016/j.accpm.2019.07.011>
- Schild, S., Sedlmayr, B., Schumacher, A., Sedlmayr, M., Prokosch, H., og St Pierre, M. (2019). A digital cognitive aid for anesthesia to support intraoperative crisis management: Results of the user-centered design process. *Jmir Mhealth and Uhealth*, 7(4), e13226; <https://doi.org/10.2196/13226>
- Simmons, W. R., og Huang, J. (2019). Operating room emergency manuals improve patient safety: A systemic review. *Cureus*, 11(6), e4888; <https://doi.org/10.7759/cureus.4888>
- Szabo, A., August, D. A., Klainer, S., Miller, A. D., Kaye, A. D., Raemer, D. B., og Urman, R. D. (2015). The use of emergency manuals in perioperative crisis management: A cautious approach. *The Journal of Medical Practice Management*, 30(6), 8-12.
- Turkelson, C., Keiser, M., Sculli, G., og Capoccia, D. (2020). Checklist design and implementation: Critical considerations to improve patient safety for low-frequency, high-risk patient events. *BMJ Simulation and Technology Enhanced Learning*, 6(3), 148-157; <https://doi.org/10.1136/bmjstel-2018-000353>
- Urman, R. D., August, D. A., Chung, S., Jiddou, A. H., Buckley, C., Fields, K. G., Morrison, J. B., Palaganas, J. C., og Raemer, D. (2021). The effect of emergency manuals on team performance during two different simulated perioperative crises: A prospective, randomized controlled trial. *Journal of Clinical Anesthesia*, 68; <https://doi.org/10.1016/j.jclinane.2020.110080>
- Weller, J., og Boyd, M. (2014). Making a difference through improving teamwork in the operating room: A systematic review of the evidence on what works. *Current Anesthesiology Reports*, 4, 77-83; <https://doi.org/10.1007/s40140-014-0050-0>



# Rétt lyf á réttum tíma

**Evondos lyfjaskammtarinn** er byltingarkennd velferðartækni sem nýtist í fjarheilbrigðisþjónustu. Tilkoma hans hér á landi styður enn frekar við sjálfstæða búsetu fólks í heimahúsum, bætir gæði þjónustunnar, eykur skilvirkni og tryggir einstaklingum örugga og rétta lyfjagjöf á tilsettum tíma.

**Í lyfjaskammtarann eru settar hefðbundnar lyfjarúllur** og les tækið þær upplýsingar sem fram koma á hverjum lyfjapoka og skammtar réttum lyfjum á réttum tíma. Lyfjaskammtarinn er með bæði texta- og raddleiðbeiningum á íslensku, sem styður enn betur við meðferðarheldni.

**Ef einstaklingur gleymir að taka lyfin** innan ákveðins tímaramma koma skilaboð eða viðvaranir í miðlægt kerfi svo heimaþjónustan geti brugðist strax við. Þetta eftirlit veitir einstaklingum mikið öryggi, t.d. þeim sem búa einir eða í mikilli fjarlægð frá aðstandendum.

**Lyfjaskammtarinn** er frá finnska fyrirtækinu Evondos sem hefur þegar veitt skjólstæðingum sínum yfir 10 milljónir lyfjaskammta á Norðurlöndunum. Evondos er með fjarvöktun á öllum sínum lyfjaskömmtum allan sólarhringinn, allan ársins hring og jafnframt sér Icepharma um þjónustu og viðhald hér á landi.



**Frekari upplýsingar veitir**  
Helga Dagný Sigurjónsdóttir  
Hjúkrunarfræðingur Icepharma  
helga.dagny@icepharma.is  
Sími: 520 4329



## ÚTDRÁTTUR

### Tilgangur

Undanfarin ár hafa um og yfir 100 manns þurft að bíða eftir útskrift af Landspítalanum á hverjum tíma þó að meðferð þeirra sé lokið. Tilgangur rannsóknarinnar var að greina útskriftarvanda Landspítalans, hver áhrif hans væru og hvaða lausnir væru vænlegar til að greiða úr vandanum.

### Aðferð

Notast var við lýsandi eigindlega rannsóknaraðferð í formi viðtala og greiningar þeirra með grundaðri kenningu að hliðsjón. Viðtöl voru tekin við sex starfsmenn Landspítalans sem hafa reynslu af útskriftarmálum.

### Niðurstöður

Útskriftarvandi Landspítalans hefur víðtæk og neikvæð áhrif á starfsemi spítalans, starfsfólk hans, sjúklinga og aðstandendur þeirra. Hann veldur þrýstingi á flæði sjúklinga innan spítalans, útskriftarvinnan er mikil og margar hindranir komu í ljós. Innan spítalans er of seint hugað að útskriftarferlinu og skráningu getur verið ábótavant ásamt því að vanda mætti betur til útskriftar. Utan spítalans er mikill skortur á úrræðum, samstillingu úrræða og sveigjanleika. Starfsfólk Landspítalans finnur fyrir álagi, kvíða, lýjandi samskiptum og uppgjöf þegar kemur að útskriftarmálum. Aldraðir sjúklingar finna einnig fyrir kvíða vegna óvissunnar og biðtíminn er skaðlegur heilsu þeirra og færni. Aðstandendur eru margir ráðþrota en vilja öryggi fyrir sinn nánasta ættingja. Viðmælendur greindu frá neikvæðum samfélagslegum viðhorfum gagnvart öldruðum og skorti á fagþekkingu á málefnum aldraðra hjá stjórnvöldum. Tillögur að lausnum til að greiða úr útskriftarvanda Landspítalans eru margþættar.

### Ályktun

Niðurstöður gefa til kynna að þörf sé á lausnum, innan spítalans og utan hans. Starfsfólk Landspítalans ætti að byrja útskriftarferlið fyrr og vanda betur til. Fjölga þarf úrræðum utan Landspítalans, efla það sem er til nú þegar og samþætta þjónustu. Mikilvægt er að mótuð sé heildræn stefna í málefnum aldraðra og að henni sé fylgt eftir með skýrum hlutverkum og ábyrgð hvers og eins. Mikilvægt er að horfa á heildarmyndina og vinna áfram að úrbótum í heilbrigðiskerfinu til að ná fram hagkvæmum ávinningi fyrir alla.

### Lykilorð:

Aldraðir, útskriftarvandi, skaðlegur biðtími, álag í starfi, úrbætur

## HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

**Nýjungar:** Rannsóknin veitir nýja þekkingu um útskriftarvanda Landspítalans þar sem hann er skoðaður frá mörgum hliðum, það er að segja eðli vandans, orsök, áhrif og tillögur að lausnum.

**Hagnýting:** Niðurstöður geta gagnast til úrbóta í heilbrigðiskerfinu og þjónustu við aldraða ásamt því að bæta heilsu og líðan starfsmanna, aldraðra sem þiggja heilbrigðisþjónustu og aðstandenda þeirra.

**Þekking:** Aukning á fræðilegri þekkingu á þjónustubörfum aldraða, hjúkrun aldraðra og börfum á umbótum í heilbrigðiskerfinu.

### Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Aukin þekking og skilningur á áhrifum útskriftarvandans á starfsmenn, sjúklinga og aðstandendur þeirra. Hvatning til úrbóta.

# Útskriftarvandi

## Landspítalans

### Leit að lausnum fyrir aldraða sem lokið hafa meðferð

#### INNGANGUR

Útskriftarvandi Landspítalans er skilgreindur í nýlegri skýrslu Embætti landlæknis (2019) sem vandi sem myndast þegar ekki er hægt að útskrifa sjúkling, sem lokið hefur meðferð og er metinn útskriftarhæfur, af spítalanum vegna skorts á úrræðum utan hans. Í langflestum tilfellum er um að ræða aldraða einstaklinga sem ekki eru lengur færir um búsetu á eigin heimili vegna líkamlegrar og/eða vitrænnar færniskerðingar. Útskriftarvandinn veldur flæðivanda innan spítalans þar sem sjúklingar sem ekki er hægt að útskrifa teppa rúm á bráðadeildum og erfitt reynist að leggja sjúklinga frá bráðamóttöku inn á viðeigandi bráðadeildir (Embætti landlæknis, 2019). Meðallegutími á Landspítalanum hefur verið að lengjast undanfarin ár og rúmanýting spítalans farið í allt að 105% á sumum deildum (Landspítali, 2019), en æskilegt hámarksviðmið er 85% (Embætti landlæknis, 2019). Hagsmunir og þarfir sjúklinga skulu höfð í öndvegi samkvæmt stefnu Landspítalans og er áhersla lögð á að sjúklingar fái þjónustu á réttu þjónustustigi í öruggu umhverfi (Landspítali, 2020). Miðað við þetta ástand getur starfsfólk Landspítalans ekki veitt sjúklingum þjónustu á viðeigandi þjónustustigi (Embætti landlæknis, 2019).

Mikill hraði og aukinn þrýstingur á útskriftir einkenna nútímaspítala (Digby o.fl., 2018), en í samantektarrannsókn Rojas-García og féлага (2018) kemur fram að útskriftarþrýstingurinn auki álag á starfsfólk spítalans, sem getur haft neikvæðar afleiðingar þegar kemur að umönnun sjúklinga. Spítalar teljast almennt ekki ákjósanlegt umhverfi fyrir aldraða sjúklinga, þá sérstaklega til lengri tíma (Digby o.fl., 2018). Of löng lega getur haft slæm heilsufarsleg áhrif á aldraða sjúklinga (Rosman o.fl., 2015). Dagleg hreyfing og virkni minnkar (Rojas-García o.fl., 2018) og hætta er á að sjúklingurinn einangrist félagslega (Wilson o.fl., 2014). Einnig er hætta á að andlegri heilsu hans hraki (Everall o.fl., 2019) og að hann upplifi sig sem byrði (McCloskey o.fl., 2015). Hætta á spítalasykingum eykst með hverjum deginum ásamt því að hætta á snemmbærum dauða aldraðra sjúklinga eykst (Rojas-García o.fl., 2018; Rosman o.fl., 2015).

Samkvæmt mannfjöldaspám er talið að hlutfall fólks á aldrinum 65 ára og eldra muni hækka um allan heim á næstu áratugum og hér á landi er því spáð að það verði 24% íbúa landsins árið 2050 (Hagstofa Íslands, e.d.). Líffræðileg öldrun, ásamt öðrum áhrifaþáttum, eykur líkurnar á heilsu- og færniskerðingu en þó er einstaklingsbundið hve hratt það ágerist (WHO, 2018). Samhliða breytingum á mannfjöldaþróun er hlutfallslegri fækkun spáð í hópi yngra vinnandi fólks. Hlutfallið er nú um fjórir einstaklingar undir 65 ára á vinnumarkaði á móti hverjum einum einstaklingi yfir 65 ára aldri. Á næstu fjórum til fimm áratugum er því spáð að hlutfallið minnki niður í um tvo einstaklinga á vinnumarkaði á móti hverjum einum einstaklingi 65 ára og eldri (OECD, 2017). Með þessari fjórsjáanlegu mannfjöldaþróun mun álag á heilbrigðiskerfið óhjákvæmilega aukast (Lopreite og Mauro, 2017). Við það skapast áskoranir sem hver og ein þjóð þarf að takast á við og er Ísland þar ekki undanskilið. Mikil þörf er talin á úrbótum í þjónustu við aldraða (Marcusson o.fl., 2019; Modas o.fl., 2019). Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO, 2018) leggur áherslu á að heilbrigðiskerfi séu endurskipulögð og betur löguð að þörfum aldraðra og að heilbrigð öldrun sé markmið í öllum stefnum stjórnsvalda. Mælt er með samþættri þjónustu fyrir aldraða (Carvalho o.fl., 2017), en með forvörnum og heilsuefingu má draga úr sjúkdómsbyrði og færniskerðingu og þar með minnka kostnað og álag á heilbrigðiskerfið (Williams o.fl., 2019).

Fjöl margar fræðigreinar, skýrslur og rannsóknir benda til að úrræðaleysi ríki í þjónustu við aldraða hér á landi (Embætti landlæknis, 2019; Sigurdardóttir o.fl., 2016; Kristín Björnsdóttir, 2008). Opinber stefna er að aldraðir geti „búið við eðlilegt heimilislíf en að jafnframt sé tryggð nauðsynleg stofnanþjónusta þegar hennar er þörf“ (Lög um málefni aldraðra, nr.125/1999). Stefnuleysi í málefnum aldraðra á Íslandi hefur verið gagnrýnt, en óskýr hlutverk aðila í íslenski heilbrigðisþjónustu og óljós ábyrgð hvers og eins eru talin stór hluti af helstu annmörkum heilbrigðiskerfisins (Eybjörg Hauksdóttir, 2019a). Til að mæta betur þörfum aldraðra fyrir þjónustu hefur lengi verið kallað eftir heildstæðri stefnu um opinbera öldrunarþjónustu í samvinnu við sveitarfélögin (Samband íslenskra sveitarfélaga, 2018). Sumarið 2021 lagði heilbrigðisráðherra fram ný drög að stefnu í heilbrigðisþjónustu fyrir eldra fólk þar sem áhersla var lögð á samþætta heilbrigðis- og félagsþjónustu (Halldór S. Guðmundsson, 2021).

Ísland sker sig úr í samanburði við það sem er annars staðar á Norðurlöndunum varðandi framlag til þjónustu við aldraða. Hérlandis verjum við minnst í langtímaþjónustu (e. longterm care) miðað við landsframleiðslu. Hlutfall útgjalda er einnig ólíkt, þar sem hérlandis fara um 92% til hjúkrunarheimila en um 7% í þjónustu til þeirra sem eru í eigin búsetu. Miðað við hin norrænu löndin er talsverður munur á þessu hlutfalli, þar sem þar fara 30–64% útgjaldanna í hjúkrunarheimili en 30–70% í heimaþjónustu, það er félagslega heimilishjálp og heimahjúkrun (OECD, 2017). Umönnunarpörf þeirra sem flytja á hjúkrunarheimili hefur aukist á undanförunum árum og staða hjúkrunarheimila fer versnandi (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2019). Daggjöld til hjúkrunarheimila eru ekki talin duga til að hjúkrunarheimili geti sinnt þjónustu af þeim gæðum sem þeim ber (Eybjörg Hauksdóttir, 2019,b; Sigurdardóttir o.fl., 2016, Heilbrigðisráðuneytið, 2021). Þá hefur verið bent á að í rannsókn á högum og líðan aldraðra (Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, 2017) kom fram að aldraðir vildu bættu þjónustu í heimahús ásamt fleiri innlitum og meiri viðveru í hvert skipti.

Markmið rannsóknarinnar var að skilja og greina ástæður útskriftarvanda Landspítalans. Einnig var markmiðið að kanna hver áhrif hans væru á starfsemi spítalans og hvaða lausnir gætu greitt úr vandanum að mati starfsfólks. Rannsóknarspurningarnar eru eftirfarandi; Í hverju felst útskriftarvandi Landspítalans? Hver er reynsla starfsmanna af útskriftarvandanum? Hvaða lausnir eru vænlegar til að greiða úr útskriftarvanda Landspítalans?

## AÐFERÐ

Til að skilja útskriftarvanda Landspítalans var ákveðið að notast við lýsandi eigindlega rannsóknaraðferð í formi viðtala. Með eigindlegri rannsóknaraðferð getur rannsakandi öðlast skilning á reynslu viðmælenda sinna og hvernig þeir skilja veröld sína (Braun og Clarke, 2013). Tekin voru sex viðtöl við starfsmenn Landspítalans og þau greind með nálgun Charmaz (2014) að grundaðri kenningu Glaser og Strauss (1967).

## Þátttakendur

Til að ná fram svörum um útskriftarvanda Landspítalans var ákveðið að leita eftir viðtölum við starfsfólk Landspítalans sem þekkir vel til útskriftarvandans og þeirra áhrifa sem vandinn getur haft. Úrtakið var því markmiðsurtak (e. purposive sampling) þar sem viðmælendur voru valdir út frá tilgangi og markmiði rannsóknarinnar (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Haft var samband með tölvupósti við framkvæmdastjóra flæðisviðs Landspítalans, þar sem rannsóknin var kynnt og óskað eftir upplýsingum um hentuga viðmælendur. Í framhaldinu var haft samband við þátttakendur sem mælt var með, rannsóknin kynnt fyrir þeim og óskað eftir viðtali og tími og staðsetning þá ákveðin. Til að tryggja réttmæti rannsókna var hugað að breidd í úrtaki, þannig að viðmælendur voru sérstaklega valdir út frá ólíkum starfssviðum og menntun. Þar með var reynt eftir bestu getu að koma í veg fyrir úrtaksskekku (e. elite bias) (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Þátttakendur rannsóknarinnar voru starfsfólk innan Landspítalans sem var í lykilstöðu þegar kom að útskriftarmálum Landspítalans. Þátttakendurnir voru allir kvenkyns, störfuðu á Landspítalanum, voru eldri en 40 ára og háskólamenntaðir. Þátttakendurnir komu úr fagstéttum hjúkrunarfræðinga, félagsráðgjafa og lækna. Braun og Clarke (2013) mæla með notkun gervinafns til að gæta nafnleyndar þátttakenda en gervinöfnin sem voru notuð eru: Bára, Kristín, Margrét, Sigrún, Fjóra og Hafdís.

## Gagnaöflun og greining

Notast var við kerfisbundna greiningu grundaðrar kenningar í anda Charmaz (2104). Samkvæmt Charmaz er ferlið kerfisbundið en jafnframt sveigjanlegt og leiðbeinir rannsóknaraðila hvernig á að móta rannsóknarspurningar, safna og grandskoða gögn sem hann aflar, vinna úr þeim með kóðun og komast að rannsóknarniðurstöðu. Lýsandi gögnum var safnað með viðtölum við þátttakendur. Viðtölin voru hljóðrituð á farsíma rannsakanda með leyfi viðmælenda. Í viðtölunum var stuðst við hálfstaðlaðan viðtalsramma (Tafla 1) með nokkur atriðisorð á blaði sem var fyrir fram mótaður með það að markmiði að ná fram svörum við rannsóknarspurningunum. Spurningum var bætt við jafnóðum í hverju viðtali, eftir því hvernig viðtalið þróaðist, til að dýpka skilning á reynslu viðmælenda. Gagnagreining hefst við gagnaöflun í eigindlegum rannsóknum, en með því getur rannsakandi fundið út hvenær nóg er komið af gögnum og náð þar með mettun (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Viðtölin urðu að endingu sex talsins, en þá hafði mettun náðst að mati rannsakanda. Viðtölin tóku að jafnaði um 40–60 mínútur og var þeim lokið í enda febrúar 2020. Öll viðtölin fóru fram í lokuðu rými á Landspítalanum þar sem næði fékkst.

Eftir hvert og eitt viðtal var hlustað ítrekað á hljóðupptökuna, afritað orðrétt og lesið vandlega yfir til að fá dýpri skilning á reynslu og frásögn viðmælenda. Viðtalið var kóðað með lýsandi athugasemdum rannsakanda. Hver kóði var eitt til þrjú orð og án túlkunar og mats rannsakanda. Viðtölin voru þá aftur lesin yfir og unnið að greinandi minnisblaði samhliða þar sem innihald viðtalanna var flokkað eftir kóðunum. Farið var vandlega yfir alla kóðana, merkt við þá sem komu upp aftur og aftur og þeir flokkaðir í svipaða flokka. Sú úrvinnsla endaði með sex stórum meginþemum, sem öll voru með þremur til

sjö undirköflum. Gagnaöflun og gagnagreining tók um fimm mánuði.

### ***Siðferðilegar áskoranir***

Siðferðilegar áskoranir rannsókna eru fyrst og fremst nafnleynd og trúnaður gagnvart þátttakendum og að tryggt sé að þeir verði ekki fyrir skaða af völdum rannsóknarinnar (Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir, 2013). Í viðtölunum var rætt um málefni sjúklinga almennt en þar gildi sama regla að niðurstöður yrðu ekki persónugreinanlegar. Siðanefnd stjórnsýslurannsókna á Landspítalanum gaf leyfi fyrir rannsókninni. Þátttakendur skrifuðu undir upplýst samþykki og var boðið að hafa samband við siðanefndina ef spurningar vöknudu varðandi rannsóknina. Ef þeir höfðu þörf á andlegum stuðningi eftir að hafa veitt viðtal var þeim bent á stuðnings- og ráðgjafateymi Landspítalans. Rannsakandi og leiðbeinandi höfðu einir aðgang að persónugreinanlegum gögnum, sem geymd voru í læstum skáp hjá leiðbeinanda á meðan rannsókn stóð yfir en þeim var eytt að rannsókn lokinni.

Tafla 1. Viðtalsrammi

#### **Starf**

**Aðkoma og hlutverk að útskriftarmálum**

**Reynsla í útskriftarmálum**

**Hefur útskriftarvandinn breyst með tímanum**

**Hvað þarf til að útskrifa sjúkling**

**Hvaða úrræði eru í boði**

**Hvað veldur útskriftarvandnum**

**Samskipti við aðstandendur**

**Hver ber ábyrgð**

**Upplifun annarra af útskriftarvandnum og umræðan**

**Áhrif á sjúklinginn og aðstandendur hans**

**Áhrif á starfsfólk**

**Er úrbóta að vænta, þá hvers konar**

**Hvað þarf að bæta**

**Tillögur að úrbótum**



## NIÐURSTÖÐUR

Pemagreining leiddi í ljós sex yfirþemu, hvert og eitt með þrjú til sjö undirþemu eins og sjá má á mynd 1. Yfirþemum voru eftirfarandi: innri hindranir, ytri hindranir, reynsla og upplifun starfsmanna, ytri lausnir, innri lausnir og aukin ábyrgð ríkis og sveitarfélaga.

### Innri hindranir

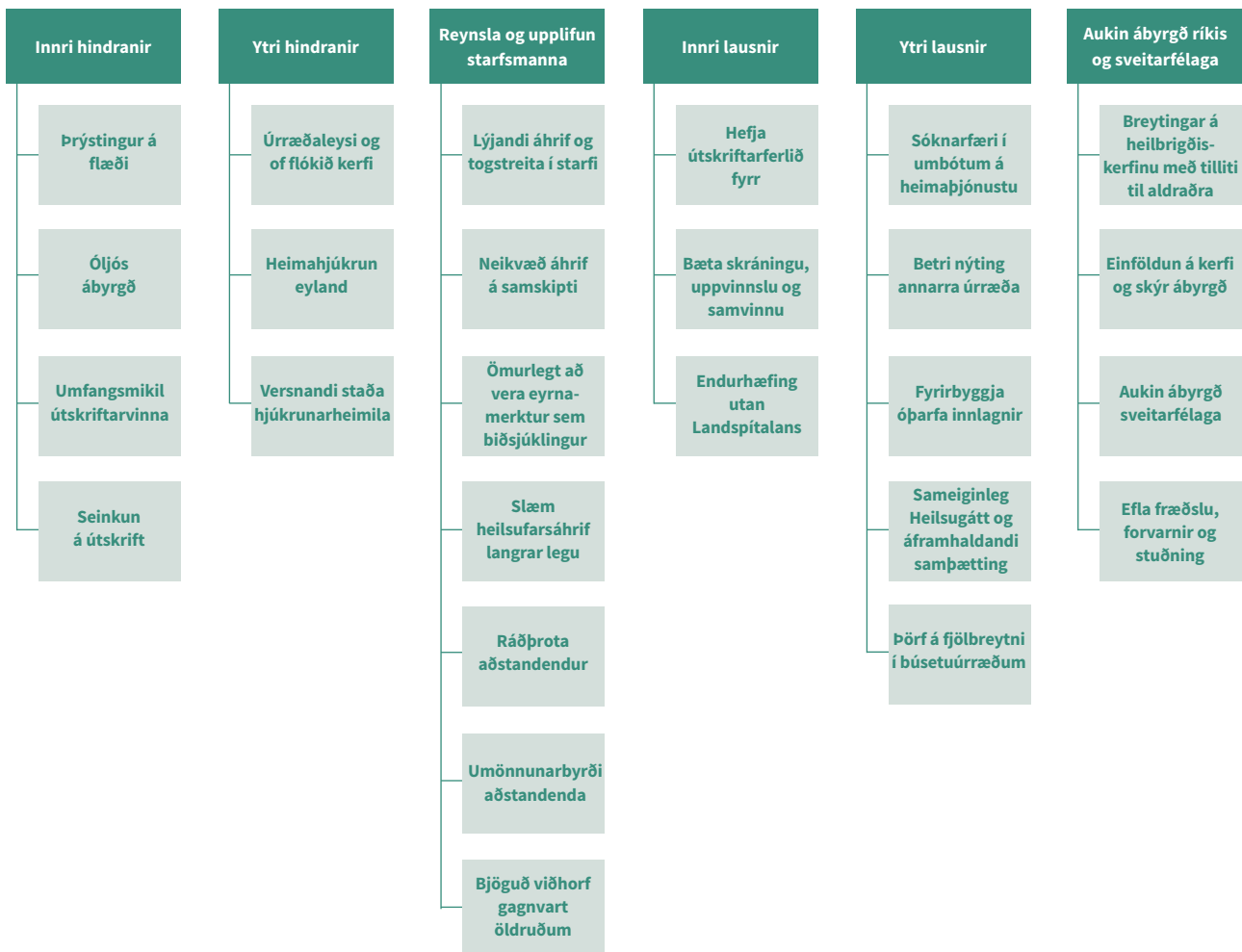
Innri hindranir innan Landspítalans reyndust vera þrýstingur á flæði, óljós ábyrgð, umfangsmikil útskriftarvinna og seinkun á að hefja útskriftarferlið innan Landspítalans. Margrét benti á hversu slæmt ástandið væri og sagði að það væri „alltaf verið að reyna að yta fólki áfram í kerfinu ... fólk er að bíða á bráðadeildinni ... það er alveg massíft þar ... og fólk er á bráðalegudeild ... og þegar byrjað í uppvinnslu þar ... og síðan byrjar pressan ....“ Flestir viðmælendur fundu fyrir þessum þrýstingi og sögðu frá því að þeir fengju reglulega símtöl, jafnvel daglega, frá flæðideild og/eða innlagnarstjóra þar sem spurt væri hvort einhver pláss væru ekki að fara að losna. Sjúklingar eru veikari nú en áður, miðað við svör viðmælenda, en á sama tíma er lögð meiri áhersla á hraða. Kristín sagði: „Mér finnst fólk vera mun slappara sem kemur núna inn á deildina þannig að maður er að keyra þetta á meiri hraða í gegn.“ Margrét talaði um að margir aldraðir sjúklingar færu „einhvern svona hring inni á sjúkrahúsinu“ og að einhvern veginn virtist sem ástandið ylli því að enginn væri á réttum stað.

Í viðtölunum kom fram að það væri tilfinning starfsmanna Landspítalans að of mikil ábyrgð væri sett á stofnunina og starfsfólk hennar. Bára sagðist upplifa „að við eigum bara að leysa allt“ þegar kæmi að úrræðaleysi utan spítalans og Sigrún benti þar á óljós hlutverk og ábyrgð. Hafdís sagði að „það geta allir sagt sig frá verkefnum nema spítalinn“. Útskriftarvinnan er umfangsmikil að mati viðmælenda og margt sem þarf að huga að. Vinnan er þverfagleg og gerð í samráði við sjúklinga og aðstandendur. Að sækja um úrræði utan Landspítalans getur verið tímafrek og erfið vinna en úrræðaleysið hefur áhrif á samskipti milli þjónustuaðila miðað við svör viðmælenda. Allir viðmælendur töldu að hefja þyrfti útskriftarferlið fyrir. Kristín taldi það alveg ljóst að hefja þurfi ferlið fyrir og sagði: „Það er allt of seint farið að huga að útskrift“ og nefndi þá að upplýsingaskráning væri oft ekki næg. Bára taldi að uppvinnsla hjá öldruðum sjúklingum gæti því miður verið ófullnægjandi og því til skýringar sagði hún: „Kannski af því að gamla fólkið verður alltaf útundan.“

### Ytri hindranir

Ytri hindranir reyndust vera skortur á þjónustuúrræðum fyrir aldraða sem leiddi til seinkunar á útskriftum af Landspítalanum. Allir viðmælendur töldu mikla vöntun á úrræðum, Sigrún sagði að þegar kæmi að útskrift tæki það „allt mið af úrræðum utanhúss.“ Hafdís taldi ástæðuna vera skort á fjármagni í þjónustu við aldraða og sagði það

Mynd 1. Meginþemu rannsóknar ásamt undirþemum.





ámælisvert að ekki væri hægt að útskrifa aldraða sjúklinga af Landspítalanum vegna vöntunar á úrræðum. Viðmælendur nefndu að kerfið væri allt of flókið, að það þyrfti að endurskipuleggja það og að vöntun væri á heildrænni stefnu.

Heimahjúkrun er það úrræði sem fékk mestu umfjöllunina frá viðmælendum. Kristín sagði að ágætt samstarf væri á milli starfsmanna Landspítalans og heimahjúkrunar en það gæti verið erfitt að fá þá þjónustu sem sótt væri um. Misjafnt aðgengi að heimahjúkrun eftir hverfum og milli sveitarfélaga væri augljóst. Kristín sagði oft erfitt að fá þjónustu: „Það er bara hryllilegt stundum ... í ákveðnum hverfum.“ Hafdís sagði „heimahjúkrun er náttúrlega bara gríðarlega veik... að mörgu leyti illa skipulögð“ og kallaði hana eyland eftir að heilsugæslan var aðskilin frá þeim. Hjúkrunarheimili og staða þeirra kom þá einnig til umræðu en Bárá sagði að það væru „alltof margir að biða á spítalanum eftir að komast á hjúkrunarheimili.“ Sigrún benti á að hjúkrunarheimilin nú á dögum „hafi ekki bolmagn“ til að taka fljótt við sínum íbúum aftur eftir innlögn á spítala, til að mynda ef þörf væri á áframhaldandi sýklalyfjagjöf í æð. Hún sagði að ástæðan fyrir þeirri þróun væri lág daggjöld til hjúkrunarheimila sem leiddi til ráðningar færri fagmenntaðra starfsmanna. Það orsakaði einnig fleiri innlagnir frá hjúkrunarheimilunum, „fólk er að koma hingað á Landspítalann ... veikt frá hjúkrunarheimilum í allt of miklum mæli ... því að það eru ekki burðir til þess að bregðast við.“ Margrét benti á að ástandið væri orðið það slæmt að „það má segja að, hérna, úrræðaleysi í sveitarfélögunum með þjónustuna getur gert það að verkum að viðkomandi fer í færni- og heilsumat en ekki heim.“

### Reynsla og upplifun starfsmanna af útskriftarvanda Landspítalans

Viðmælendur greindu frá því að þeir upplifðu erfiðleika og álag í starfi í tengslum við útskriftarmálin ásamt því að útskriftarvandinn hefði slæm áhrif á samskipti starfsmanna innan Landspítalans við aðra þjónustuaðila og við aðstandendur. Hafdís sagði: „Þetta er bara ógeðslega lýjandi og þetta er ógeðslega erfitt og þetta er barátta á hverjum einasta degi.“ Bárá lýsti uppgjöf hjá starfsmönnum vegna vandans og Kristín sagði að útskriftarmálin gætu verið „bara hryllileg.“ Kristín afsakaði jafnframt neikvæðni sína en benti á að „okkar glíma er gjörsamlega þessi í hnotskurn“ og að útskriftarmálin: „þau eru bara að valda því að maður er, sko, ... hugsar á hverjum degi: fyrir hvern er ég að þessu.“ Sigrún sagði að vandinn gæti valdið gremju starfsmanna á milli deilda, að það væri „verði að pressa áfram í kerfinu og hver bendir á annan.“ Margrét lýsti erfiðum samskiptum við þjónustuaðila utan Landspítalans og sagðist þurfa „að anda djúpt ... áður en maður fer að hringja í heimaþjónustu eða ... þú átt endurtekin símtöl ... endurtekið kvabb ...“ og nefndi þá einnig að „það þarf að vera þannig að það er hægt að hringja og biðja um innlit tvisvar til þrisvar á dag í (sveitarfélag) að það sé ekki bara hlegið að manni.“

Ágreiningur getur komið upp á milli aðstandenda og starfsmanna en Fjóla sagði að ef kafað væri djúpt í málið væri oft gild ástæða að baki. „Fólk skilur alveg í hvaða stöðu við erum og við skiljum alveg í hvaða stöðu aðstandendur eru,“ sagði Kristín, „en samt birtist þessi reiði ... þessi svona erfiðu samskipti og allt þetta ... og þetta birtist gagnvart starfsfólki hér.“ Bárá sagðist oft kvíða því að ræða heimferðina

við aðstandendur og Hafdís sagði samskiptin vera lýjandi og reyna mikið á en jafnframt að hún hefði skilning á stöðu aðstandenda: „Þú veist, það er ekki eins og þetta séu vöndir einstaklingar ... það er ekki það sem þetta snýst um. Þetta er bara einhvern veginn, þeir eru bara í pattstöðu, það er bara mjög algengt.“ Sigrún talaði þá um falskt öryggi þar sem aðstandendur teldu margir að spítalinn væri öruggari staður en heimili einstaklingsins.

Viðmælendur sýndu samúð með öldruðum sjúklingum Landspítalans. Kristín sagði þá þakkláta fyrir þá aðstoð sem þeir fengu og Margrét benti á að „þessi kynslóð sem eru aldraðir ... þetta er fólk sem vill ekki vera með neitt vesen ...vill ekkert vera eitthvað að láta hafa of mikið fyrir sér.“ „Þetta er ömurleg staða,“ sagði Hafdís, og „það er ömurlegt að vera eyrnamerkur sem biðsjúklingur.“ Biðtíminn og óvissa um framtíðina getur reynst öldruðum erfið, miðað við svör viðmælenda. Kristín sagði sjúklingana vilja vera í öruggum höndum og það að vita ekki hvað kæmi næst reyndist þeim erfitt. „Þessi óvissa um að geta fengið eitthvað ... og að fara þangað eða hingað og eitthvað svona ... hvað verður um mig? Of löng lega á spítala getur haft slæm heilsufarleg áhrif á aldráðan einstakling. „Þú þarft ákveðinn tíma til að ná þér en eftir það getur þú bara orðið innlyksa,“ sagði Bárá og Sigrún benti á að á spítalanum væri „allt umhverfið andstætt þínum þörfum“, að aukin hætta væri á óráði, færniskerðingu og spítalasykingum. Hafdís taldi þá að eftir langa legu og flutning á milli ýmissa deilda „þá eru margir einhvern veginn bara búnir að gefast upp“.

### Innri lausnir

Innri lausnir, samkvæmt svörum viðmælenda, snúa að úrbótum innan Landspítalans. Hefja þarf útskriftarferlið um leið og hægt er, þá helst strax við innlögn. Markmiðið er alltaf númer eitt að fara heim, eins og Kristín sagði, og að starfsfólk þurfi að „presentera mikilvægi þess að sjúklingar útskrifist heim“. Fjóla lagði áherslu á að vinna jafnt og þétt að útskrift frá fyrsta degi og þá í samvinnu við aðstandendur og Margrét sagði að „það er svolítið mikið lykilatriði að allir séu samstíga“. Bæta má skráningu, en það auðveldar fyrir meðferð og við útskrift, samkvæmt Kristínu. Sama má segja um uppvinnslu sjúklings, myndatökur, lyfjabreytingar og annað slíkt; hana þarf að klára sem fyrst eftir því sem kostur er en vegna álags á flæði innan spítalans óttast bæði Margrét og Bárá að ef til vill fái aldraðir ekki nægjanlega uppvinnslu og vandanum verði ýtt áfram á næstu deild. Passa þarf því upp á að aldraðir sjúklingar fái jafngöða uppvinnslu og aðrir og lagði Hafdís áherslu á að vanda vel til útskriftar, meðal annars til að minnka líkurnar á endurinnlögn. Fjóla taldi þá mikilvægt að deildirnar ynnu vel saman, að starfsfólk skipti verkum á milli sín og nýtti sér útskriftarteymi Landspítalans ef þörf væri á. Endurhæfing utan spítalans kom þá einnig til tals en mögulega væri hægt að útskrifa fyrr ef það úrræði væri eftt.

### Ytri lausnir

Ytri lausnir, að mati viðmælenda, snúa fyrst og fremst að umbótum í heimaþjónustu, betri nýtingu annarra úrræða og fyrirbyggja óþarfar innlagnir. Allir viðmælendur sögðu frá því að efla þyrfti heimahjúkrun að þeirra mati. Margrét myndi vilja að hægt væri að sækja um nokkur innlit á dag í öllum hverfum og sveitarfélögum án þess að biðtími væri of langur og Sigrún myndi vilja að hægt væri að setja inn meiri þjónustu

tímabundið ef ástand hins aldraða í heimahúsi versnaði, en með því væri ef til vill hægt að koma í veg fyrir „að viðkomandi lendi í tvo, þrjá, fjóra sólarhringa hérna á bráðamóttökunni áður en hann kemst upp á legudeild“ eins og Fjóla kom að orði. Heimahjúkrun hefði þá gott af læknisstuðningi samkvæmt Sigrúnu og Hafdís og meiri viðvera væri æskileg samkvæmt Fjólu. Endurhæfingarteymið, hluti af heimaþjónustu Heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu, fékk góða dóma en það mætti efla enn betur til að hjálpa öldruðum í sjálfstæðri búsetu. Flestir viðmælendur vildu einnig sjá fjölgun á dagvistunarúrræðum, hvíldarinnlögnum, íþróttastarfi og öðru sem gæti gagnast öldruðum til að búa lengur í heimahúsi og við góða heilsu, ásamt því að fjölga mætti búsetuúrræðum og auka þar fjölbreytni. Kristín, Sigrún og Fjóla myndu vilja sjá sameiginlega Heilsugátt milli starfsmanna í öllu heilbrigðiskerfinu til að auðvelda samskipti og flestir viðmælendur töluðu fyrir áframhaldandi samþættingu í heimaþjónustu. Fjóla sagði kostinn við samþætta heimaþjónustu vera að þá væri „rétt fagfólk á réttum stað“ hverju sinni.

### Aukin ábyrgð ríkis og sveitarfélaga

Viðmælendur töldu þörf á endurskipulagningu á heilbrigðiskerfinu með tilliti til aldraðra og að einfalda það. Þá væri mikilvægt að fjármagn væri nýtt rétt, mikilvægt væri að horft væri á heildarmyndina og til annarra norrænna landa til að ná fram hagkvæmum árangri. Starfsfólk ráðuneytanna þyrfti að „setja sig í spor aldraðra“ að mati Báru, Hafdís fannst sárvanta að stjórnvöld leituðu í meiri mæli til fagfólks í heilbrigðismálum og Sigrún lagði áherslu á að sett yrði fram heildræn stefna í málefnum aldraðra og að henni væri fylgt eftir. Stuðla þyrfti að áframhaldandi samþættingu en eins og Fjóla sagði: „Það hlýtur að vera mikill ávinningur fyrir fjölda kerfa að vinna saman.“ Ábyrgð og hlutverk allra þjónustuaðila þyrftu að vera skýr eins og Hafdís benti á: „að það þyrfti að fara að hugsa um kerfið sem heild ...“, og sagði að Landspítalinn gæti ekki leyst allan vandann einn og sér. Margrét vildi að sveitarfélögin bæru ábyrgð á sínum íbúum og Hafdís vísaði í „skandinavíska módelið“ þar sem sveitarfélag væri látið borga sekt ef það gæti ekki tekið við sínum íbúa eftir útskrift af spítala vegna skorts á þjónustu í heimahúsi. Fjóla taldi það vera „aðalmarkmiðið að styðja fólk í að vera lengur heima og í sjálfstæðri búsetu“ og að það væri „alveg orðið tímabært að taka það upp um nokkur stig“. Síðast en ekki síst þyrfti að bæta fræðslu og aðgengi að upplýsingum sem sneru að öldruðum. Fjóla lagði áherslu á það og sagði að það sem „sparar mesta peninga er bætt lýðheilsa og forvarnir“. Þá vildi hún sjá meiri stuðning fyrir aldraða og aðstandendur þeirra, en stuðningur og fræðsla gæti skipt sköpum. Fjólu, Sigrúnu og Hafdís fannst að tími væri kominn til þess að fólk tæki meiri ábyrgð á eigin heilsu og tryggði þar með farsæla öldrun.

## UMRÆÐA

Útskriftarvandi Landspítalans hefur víðtæk og neikvæð áhrif á starfsemi hans, starfsfólk, sjúklinga og aðstandendur þeirra. Of mikil ábyrgð og álag er á starfsemi og starfsfólk Landspítalans sem veita flóknustu meðferðarúrræðin og í bráðaaðstæðum, meðan aðrir þjónustuaðilar virðast geta sagt sig frá verkefnum. Landspítalinn sem stofnun getur ekki einn

boðið upp á flóknustu meðferðarúrræðin og jafnframt borið samhliða ábyrgð á öllum þeim sem þurfa á áframhaldandi aðstoð að halda sem ætti að vera hægt að veita utan spítalans. Stjórnvöld bera ábyrgð á heilbrigðisþjónustu Íslendinga og er þjónusta á viðeigandi þjónustustigi réttur sjúklinga samkvæmt stefnu um heilbrigðisþjónustu (Heilbrigðisráðuneytið, 2019). Spurningin er hvenær þolmörkum verður náð þegar kemur að öryggi sjúklinga og gæðum þjónustunnar og hvort þessi staða er ásættanleg yfirleitt eins og er.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýndu að seinkun á útskrift byggir á innri og ytri hindrunum og samræmist það niðurstöðum erlendra rannsókna (Modas o.fl., 2019). Innan Landspítalans reyndust innri hindranir meðal annars vera þær að útskriftarferlið hæfist of seint og uppvinnslu á meðferð aldraðra sjúklinga gæti verið ábótavant. Velta má því fyrir sér af hverju útskriftarferlið hefst of seint, hvort verklagsreglur um útskriftarferli á Landspítalanum séu ekki samræmdar milli allra deilda og/eða ekki nógu skýrar. Eins vaknar sú spurning hver ástæðan sé að baki því að aldraðir fái ef til vill ekki sömu þjónustu og hvort um aldursmismunun sé að ræða. Ytri hindranir í útskriftarmálum Landspítalans, að mati viðmælenda, eru skortur á þjónustuúrræðum fyrir aldraða, að kerfið sé of flókið og illa skipulagt, og að hlutverk og ábyrgð hvers og eins þjónustuaðila séu ekki nógu skýr. Þessar niðurstöður samræmast skýrslu Embættis landlæknis (2019), þar sem fram kemur að útskriftarvandi Landspítalans myndist vegna skorts á úrræðum utan spítalans og að óskýr hlutverk aðila og ábyrgð hvers og eins séu talin vera helstu annmarkar heilbrigðiskerfisins hérlandis (Eybjörg Hauksdóttir, 2019a). Það skýrir að vissu leyti of mikið álag á starfsemi Landspítalans en er engu að síður algjörlega óásættanleg staða fyrir alla sem koma við sögu og lýsir því ef til vill að um kerfisbundinn vanda sé að ræða sem þarfnist allsherjarúrbóta.

Mikið álag er á starfsfólki í vinnu tengdri útskriftarvandanum, starfið er erfitt, lýjandi og vanþakklátt, leiðir til erfiðra samskipta og jafnvel til uppgjafar í starfi. Þetta er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna. Of mikið álag í starfi getur haft neikvæðar afleiðingar á starfsfólk (Rojas-García o.fl., 2018) og viðvarandi álag getur haft streituvaldandi áhrif, aukið kvíða og leitt til kulnunar í starfi (Berman o.fl., 2016). Þrýstingur á útskriftir er það mikill að svo virðist sem starfsfólk hagi störfum sínum gegn eigin sannfæringu. Samkvæmt siðareglum Landspítalans (e.d.) á starfsfólk spítalans að haga störfum sínum þannig að hagsmunir sjúklinga og spítalans séu hafðir að leiðarljósi. Það setur starfsfólk Landspítalans í vonda stöðu þegar erfitt er að tryggja hagsmunum beggja aðila í hverju tilviki fyrir sig.

Upplifun viðmælenda í heildina af aðstæðum aldraðra sjúklinga, sem dvelja lengur en þörf er á Landspítalanum, er sú að biðin og óvissan sé öldruðum erfið, að spítalaumhverfið henti ekki öldruðum sjúklingum og að það hafi með tímanum slæm heilsufarsleg áhrif. Það samræmist því miður fræðunum, en bið og óvissa hefur slæm áhrif á aldraða sjúklinga (Cressman o.fl., 2013) og spítalar teljast almennt ekki ákjósanlegt umhverfi fyrir aldraða sjúklinga, sérstaklega ekki til lengri tíma (Digby o.fl., 2018). Yfirlýst markmið íslenskrar heilbrigðisstefnu eru að öryggi í heilbrigðisþjónustu eigi að snúast um að bæta heilsu og auka lífsgæði fólks en ekki að auka hættu á skaða (Heilbrigðisráðuneytið, 2019) og þar af

leiðandi er lífsnauðsynleg þörf á úrbótum. Þessi staða er óásættanleg og það er dapurleg tilhugsun að þetta skuli vera staðreynd.

Aðstandendur eru oft á tíðum ráðþrota, þeir upplifa umönnunarbyrði, telja sig vera í pattstöðu og í sumum tilfellum koma þeir í veg fyrir útskrift til að stuðla að því að þeirra nánasti komist á hjúkrunarheimili sem fyrst. Þetta ástand leiðir til erfiðra samskipta starfsfólks við aðstandendur. Þessar niðurstöður samræmast rannsókn Koren og féлага (2018), en þar kom fram að þótt starfsfólk teldi suma aðstandendur krefjandi væri orsökinn ónóg þjónusta heilbrigðisyfirvalda við aldraða. Svipaða niðurstöðu má finna í hérlendum rannsóknum, þar sem fram kemur að ekki er ólíklegt að álag á aðstandendur hafi aukist vegna úrræðaleysis (Sigurdardóttir o.fl., 2016). Pattstaða aðstandenda er því líklegast lýsandi fyrir stöðu þeirra, en vegna úrræðaleysis í þjónustu við aldraða eru margir að bugast og treysta sér ekki til að stuðla að heimferð aðstandenda sinna. Þeir telja spítalann öruggan stað en eins og fram hefur komið er spítalinn ekki ákjósanlegur staður fyrir aldraða einstaklinga til lengri tíma og því er um falskt öryggi að ræða.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að viðmælendur telja mikla vöntun á úrbótum í heilbrigðiskerfinu þegar kemur að málefnum aldraðra. Að mati viðmælenda er þörf á nýrri sýn í málefnum aldraðra, heildrænni stefnu sem fylgt er eftir ásamt aukinni aðkomu fagaðila og aldraðra. Ávinningur ætti að vera í einföldun og samvinnu milli kerfa og þjónustuaðila. Auðvelda þarf boðleiðir, efla þverfaglega samvinnu og klára samþættingu heimaþjónustu. Auka þarf fræðslu, þjálfun og menntun starfsfólks í heilbrigðisþjónustu sem sinnir öldruðum til að mæta betur þörfum þeirra. Létta þarf álagi á Landspítalanum svo að hægt sé að veita sjúklingum þjónustu á viðeigandi þjónustustigi. Starfsfólk Landspítalans ætti að hefja útskriftarferlið fyrir, samvinnu milli deilda má bæta og vanda betur til við skráningu og uppvinnslu ásamt því að passa upp á að sjúklingum sé ekki mismunað vegna aldurs. Þörf er á róttækum breytingum, en án þeirra er hætt á að vegna fyrirsjáanlegra breytinga í mannfjöldapróun muni álag á spítalann eingöngu aukast. Spítalar þurfa að geta veitt sjúklingum sínum þjónustu á viðeigandi þjónustustigi, en það er markmið heilbrigðisstefnu eigi síðar en árið 2030 ásamt því að hægt verði að útskrifa sjúklinga án tafa eftir að meðferð þeirra er lokið (Heilbrigðisráðuneytið, 2019). Það verður að teljast óásættanlegt að þessu markmiði verði jafnvel ekki náð fyrir en eftir tæpan áratug, ef það næst á annað borð, og því er augljós þörf á úrbótum hið fyrsta.

Mikil áhersla var lögð á úrbætur utan Landspítalans að sögn viðmælenda, nýta mætti betur þau úrræði sem væru til staðar, efla þau en jafnframt fjölga. Með enn frekari stuðningi til heimahjúkrunar og heimaþjónustu almennt væri sjálfsagt hægt að koma betur til móts við aldraða og veita einstaklingsmiðaða þjónustu ásamt því að styðja við sjálfstæða búsetu, sem væri réttur þeirra. Þá væri löngu tímabært að endurskoða hlutskiptingu á kostnaði í langtímaþjónustu hérlendis og horfa til annarra Norðurlanda sem verðu mun hærra hlutfalli í heimaþjónustu. Það mætti þó ekki vera á kostnað gæða og þjónustu hjúkrunarheimila, sem nú þegar stæðu mörg höllum fæti og þörfnuðust einnig sárlega úrbóta.

Rannsóknin byggir á viðtölum við sex starfsmenn sem hafa mikla reynslu af útskriftarmálum Landspítalans. Takmarkanir rannsóknarinnar eru þær að viðmælendur eru fáir og því er ekki hægt að alhæfa út frá niðurstöðum. Styrkleiki rannsóknarinnar er að viðmælendur koma úr mismunandi starfsstéttum sem koma að umönnun og útskriftum aldraðra sjúklinga á ólíkan hátt. Álykta má út frá niðurstöðum að þörf sé á átaki innan spítalans um breytt verklag og að utan spítalans þurfi að stórefla þjónustu við aldraða ásamt því að skerpa hlutverk og ábyrgð þjónustuaðila. Þjóða þarf upp á fjölbreyttari úrræði og fjölga þeim og efla samvinnu allra kerfa, en gott og traust skipulag öldrunarþjónustu eykur ekki einungis öryggi þeirra öldruðu sem þurfa á þjónustu að halda heldur einnig aðstandenda þeirra og starfsfólks bæði innan og utan Landspítala. Mikilvægt er að horft sé á heildarmyndina og unnið áfram að úrbótum í heilbrigðiskerfinu til að ná fram hagkvæmum ávinningi fyrir alla í samfélaginu.

## ÞAKKIR

Fyrst og fremst þakka ég viðmælendum mínum sem voru tilbúnir að veita ítarleg viðtöl með upplýsingum úr reynsluheimi sínum í starfi. Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga þakka ég fyrir fjárstyrk og ritstjórn greinar.

## ENGLISH SUMMARY

# Discharge planning challenges at the Landspítali – The National University Hospital of Iceland: Search for solutions in elderly care

Hermansdóttir, G., Sigurdardóttir, S. H.

### Aim

In recent years, more than 100 elderly people at any given time have had to experience delayed discharge from Landspítali. The main objective of this research was to analyze the discharge planning challenges at Landspítali, the consequences of this problem and what solutions could possibly be found.

### Method

A descriptive qualitative research method with grounded theory was used in the form of interviews and analysis of the information obtained. Interviews were conducted with six employees of Landspítali who have experience in discharge planning challenges.

### Results

The discharge planning challenges have an extensive and negative effect on the hospital's activities, its staff, patients and their families. These challenges put pressure on the flow of patients, the discharge work is extensive, and many obstacles were identified. Within the hospital itself, the discharge planning is brought up late in the admission process, and documentation is often deficient. Outside the hospital, there is a lack of resources, coordination and flexibility. Employees of Landspítali experience stress, difficult communication and desperation when it comes to discharging patients. Elderly patients

experience anxiety due to uncertainty, and the waiting time has a detrimental effect on their health and capability. Their families feel helpless and desperately want security for their close relatives. All the interlocutors reported negative attitudes toward elderly people in society and felt that the authorities lacked professional knowledge on the issues of the elderly.

### Conclusion

The results indicate a need for solutions, both inside the hospital and outside in the community. Employees of Landspítali need to start the discharge process much earlier and improve its quality. The resources outside the hospital need to be increased, those that already already should be reinforced and the integrated services simplified. It is important to formulate a holistic policy on the care of the elderly, with clear roles and responsibilities, and look at the bigger picture while continuing to work on improvements for viable options for everybody.

### Keywords

Elderly, discharge planning challenges, harmful waiting time, job load, improvements

### Correspondent:

fridanni@gmail.com

## HEIMILDIR

- Berman, A. T., Snyder, S. og Frandsen, G. (2016). *Kozier and Erb's fundamentals of nursing, concepts, process and practice* (10. útgáfa). London: Pearson.
- Braun, V. og Clarke, V. (2013). Planning and designing qualitative research. Í V. Braun og V. Clarke (ritstjórar), *Successful qualitative research. A practical guide for beginners* (bls. 42–74). London: Sage.
- Carvalho, de I. A., Epping-Jordan, J., Pot, A. M., Kelley, E., Toro, N., Thiagarajan, J. A. og Beard, J. R. (2017). Organizing integrated health-care services to meet older people's needs. *Bulletin of the World Health Organization*, 95(11), 756. doi:10.2471/BLT.16.187617
- Charmaz, K. (2014). *Constructing grounded theory*. London: Sage.
- Cressman, G., Ploeg, J., Kirkpatrick, H., Kaasalainen, S. og McAiney, C. (2013). Uncertainty and alternate level of care: A narrative study of the older patient and family caregiver experience. *Canadian Journal of Nursing Research Archive*, 45(4), 12–29. Sótt af <https://cjr.archive.mcgill.ca/article/view/2424/2418>.
- Digby, R., Lee, S. og Williams, A. (2018). The 'unworthy' patient with dementia in geriatric rehabilitation hospitals. *Collegian*, 25(4), 377–383. doi:10.1016/j.colegn.2017.10.002
- Embætti landlæknis. (2019). Eftirfylgniúttekt vegna alvarlegrar stöðu á bráðamóttöku Landspítalans. Sótt af [https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item37965/Bradamottaka\\_LSH\\_Eftirfylgniuttekt\\_Sept2019\\_LOK.pdf](https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item37965/Bradamottaka_LSH_Eftirfylgniuttekt_Sept2019_LOK.pdf)
- Everall, A. C., Guilcher, S. J., Cadel, L., Asif, M., Li, J. og Kulski, K. (2019). Patient and caregiver experience with delayed discharge from a hospital setting: A scoping review. *Health Expectations*, 22(5), 863–873. doi:10.1111/hex.12916
- Eybjörg Hauksdóttir (2019a). *Starfsumhverfi þjónustuveitenda í heilbrigðisþjónustu sem gera samninga við Sjúkratryggingar Íslands*. Sótt af [https://samtok.is/wp-content/uploads/2019/12/Loka%3CBATg%3%A1fa\\_-\\_starfsumhverfi\\_%3C%BEj%3C%B3nustuveitenda.pdf](https://samtok.is/wp-content/uploads/2019/12/Loka%3CBATg%3%A1fa_-_starfsumhverfi_%3C%BEj%3C%B3nustuveitenda.pdf)
- Eybjörg Hauksdóttir (2019b). *Umsögn SFV um heilbrigðisstefnu*. Sótt af <https://samtok.is/wp-content/uploads/2020/02/Ums%3C%b6gn-sfv-um-heilbrig%3C%b0isstefnu.pdf>
- Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands. (2017). Greining á högum og líðan aldraðra á Íslandi [skýrsla unnin fyrir velferðarsvið Reykjavíkurborgar, velferðarráðuneytið og Landssamband eldri borgara]. Sótt af <https://www.stjornarradid.is/media/velferddarraduneyti-media/media/skyrslur2016/Hagir-eldri-borgara-2016.html>
- Glaser, B. og Strauss, A. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. London: Weidenfeld & Nicolson.
- Hagstofa Íslands (e.d.). Mannfjöldi eftir sveitarfélögum, kyni, ríkisfangi og ársfjórðungum. Sótt af [https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar\\_\\_mannfjoldi\\_\\_1\\_yfirlit\\_\\_arsfjordingstolur/MAN10001.px](https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__mannfjoldi__1_yfirlit__arsfjordingstolur/MAN10001.px)
- Haldór S. Guðmundsson (2021). *Virðing og reisn. Sambætt heilbrigðis- og félagsþjónusta fyrir eldra fólk. Drög að stefnu um heilbrigðisþjónustu fyrir aldraða, unnið fyrir heilbrigðisráðuneytið í júní 2021*. doi:10.13140/RG.2.2.24597.65765
- Heilbrigðisráðuneytið (2019). *Heilbrigðisstefna til ársins 2030*. Sótt af [https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsarskrar/Heilbrigdisstefna\\_4.juli.pdf](https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsarskrar/Heilbrigdisstefna_4.juli.pdf)
- Heilbrigðisráðuneytið (2021). *Greining á rekstrarkostnaði hjúkrunarheimila: Skýrsla verkefnastjórnar*. Sótt af <https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsarskrar/Greining%20a%cc%81%20rekstri%20hju%cc%81krunarheimila%2020042021.pdf>
- Ingibjörg Hjaltadóttir, Kjartan Ólafsson, Árún K. Sigurðardóttir og Ragnheiður Harpa Arnardóttir. (2019). Heilsa og lífun íbúa fyrir og eftir setningu strangari skilyrða fyrir flutningi á hjúkrunarheimili 2007. *Læknablaðið*, 105, 435–441. doi:10.17992/lbl.2019.10.251
- Katrín Blöndal og Sigríður Halldórsdóttir (2013). Úrtök og úrtaksaðferðir í eiginlegum rannsóknum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 129–136). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Koren, D., Laidsaar-Powell, R., Tilden, W., Latt, M. og Butow, P. (2018). Health care providers' perceptions of family caregivers' involvement in consultations within a geriatric hospital setting. *Geriatric Nursing*, 39(4), 419–427. doi:10.1016/j.gerinurse.2017.12.013
- Kristín Björnsdóttir (2008). Hvenær er heimilið besti kosturinn?: Áherslur í uppbyggingu heimahjúkrunar. *Timarit hjúkrunarfræðinga*, 3(84), 49–56. Sótt af <https://www.hirsla.is/his/bitstream/handle/2336/35212/H2008-03-84-F1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Landspítali (e.d.). Mannauðsstefna og siðareglur Landspítalans. Sótt af <https://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=11445>
- Landspítali (2019). Starfsemiupplýsingar Landspítalans. Sótt af <https://www.landspitali.is/um-landspitala/spitalinn-i-tolum/starfsemiupplýsingar-lsh/>
- Landspítali (2020). Stefna Landspítala. Sótt af <http://stefna.landspitali.is/default.aspx?pageid=bc05218c-d674-11e6-b6ba-005056be0005#section1>
- Lopreite, M. og Mauro, M. (2017). The effects of population ageing on health care expenditure: A Bayesian VAR analysis using data from Italy. *Health Policy*, 121(6), 663–674. doi:10.1016/j.healthpol.2017.03.015
- Lög um málefni aldraðra nr. 125/1999.
- Marcusson J., Nord, M., Johansson, M. M., Alwin, J., Levin, L. Å., Dannapfel, P., ... Cedersund, E. (2019). Proactive health care for frail elderly persons: Study protocol for prospective controlled primary care intervention in Sweden. *BMJ open*, 9(5). doi:10.1136/bmjopen-2018-027847
- McCloskey, R., Jarrett, P. og Stewart, C. (2015). The untold story of being designated an alternate level of care patient. *Healthcare Policy*, 11(1), 76–89. Sótt af <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4748367/>
- Modas, D. A. S., Nunes, E. M. G. T. og Charepe, Z. B. (2019). Causes of delayed hospital discharge among adult clients: A scoping review. *Revista gaúcha de enfermagem*, 40. doi:10.1590/1983-1447.2019.20180130
- OECD (2017). *Health at a Glance 2017. OECD Indicators*. Sótt af [https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017\\_health\\_glance-2017-en](https://www.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-2017_health_glance-2017-en)
- Rojas-García, A., Turner, S., Pizzo, E., Hudson, E., Thomas, J. og Raine, R. (2018). Impact and experiences of delayed discharge: A mixed-studies systematic review. *Health Expectations*, 21(1), 41–56. doi:10.1111/hex.12619
- Rosman, M., Rachminov, O., Segal, O. og Segal, G. (2015). Prolonged patients' in-hospital waiting period after discharge eligibility is associated with increased risk of infection, morbidity and mortality: A retrospective cohort analysis. *BMC Health Services Research*, 15(1), 246. doi:10.1186/s12913-015-0929-6
- Samband íslenskra sveitarfélaga. (2018). *Framtíð öldrunarþjónustu: Hlutverk sveitarfélaga*. Sótt af [https://www.samband.is/wp-content/uploads/2020/06/stefnumotun\\_oldrunar\\_thjonusta\\_umraeduskjal\\_11092018.pdf](https://www.samband.is/wp-content/uploads/2020/06/stefnumotun_oldrunar_thjonusta_umraeduskjal_11092018.pdf)
- Sigurðardóttir, S.H., Kristmundsson, O.H. og Hrafnadóttir, S. (2016). Care of older adults in Iceland: Policy objectives and reality. *Journal of social service research*, 42(2), 233–245. doi:10.1080/01488376.2015.1137535
- Wilson, D. M., Vihos, J., Hewitt, J. A., Barnes, N., Peterson, K. og Magnus, R. (2014). Examining waiting placement in hospital: Utilization and the lived experience. *Global Journal of Health Science*, 6(2), 12.
- Williams, G., Cylus, J., Roubal, T., Ong, P., Barber, S. og World Health Organization. (2019). Sustainable health financing with an ageing population: Will population ageing lead to uncontrolled health expenditure growth? Sótt af <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31820890/>
- WHO. (2018). Ageing and health. Sótt af <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

## ÚTDRÁTTUR

### Tilgangur

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða virðingu sem hluta af umönnun í heilbrigðisþjónustu með áherslu á að lýsa leiðum sem hjúkrunarfræðingar geta notað í daglegu starfi til að viðhalda og efla virðingu sjúklinga.

### Aðferð

Rýrnirannsókn (e. Scoping studies). Leitað var í gagnasöfnunum PubMed, Web of Science og Scopus að efni frá 1997-2017. Leitarorðin voru: Dignity in healthcare, dignity nursing, fostering dignity (virðing í heilbrigðisþjónustu, virðing í hjúkrun, að stuðla að virðingu).

### Niðurstöður

Fjórtán greinar voru valdar í samantektina. Tólf greinanna voru eigindlegar rannsóknir, ein var fræðigrein og ein fræðileg samantekt/hugtakagreining. Alls voru nefnd fimmtíu og sjö þemu í niðurstöðum þessara fjórtán greina. Þessi þemu voru borin saman og þau sem voru lík flokkuðust saman í fjögur ný meginþemu: Persónumiðuð hjúkrun; Eiginleikar í framkomu hjúkrunarfræðinga; Samskipti og Umhverfi.

### Ályktun

Að viðhalda og efla virðingu sjúklinga byggir á framkomu hjúkrunarfræðinga og samskiptum sem fela í sér að sjúklingi finnist að á hann sé hlustað og tekið hafi verið tillit til hans sjónarmiða. Umhverfið hefur einnig áhrif á virðingu, að aðbúnaður sé góður og skilyrði séu fyrir næði.

## HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

**Nýjungar:** Hjúkrunarfræðingar þurfa að ígrunda hugsanir sínar, tilfinningar og framkomu í daglegri umönnun til að geta viðhaldið virðingu sjúklinga.

**Hagnýting:** Þegar hugað er að virðingu sjúklinga finna þeir fyrir stjórn, sjálfstrausti og vellíðan.

**Þekking:** Hjúkrun sem viðheldur og eflir virðingu er gefandi og veitir starfsánægju.

### Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Virðing er ekki fólgin í því að koma fram við aðra eins og maður vill láta koma fram við sjálfan sig, heldur felur hún í sér að koma fram við aðra eins og þeir vilja láta koma fram við sig.

## Höfundar

KATRÍN EDDA SNJÓLAUGSDÓTTIR

Landspítali

DR. ERNA HARALDSDÓTTIR

Columba's Hospice, Queen Margaret

University Edinburgh Uk.

# Að efla virðingu í daglegri hjúkrun

## INNGANGUR

Enska orðið dignity kemur frá latneska orðinu dignitas/dignus sem þýðir að vera verðugur (Anderberg o.fl., 2007). Þegar fræðilegur bakgrunnur orðsins dignity er skoðaður má segja að það feli í sér tvær ólíkar merkingar, algilda og afstæða. Algilda merkingin felur það í sér að allar manneskjur hafa gildi óháð aðstæðum eða utanaðkomandi áhrifum.

Að hafa gildi og eiga tilkall til virðingar er einfaldlega hluti af því að vera manneskja. Þessi algildi er forsenda siðferðslegra gilda og mannréttindi eru byggð á þessari merkingu. Afstæða merking hugtaksins er fólgin í virðingu út frá eigin upplifun (sjálfsvirðingu) eða út frá framkomu annarra (Jacobson, 2007). Í þessari grein er valið að nota orðið virðing yfir enska orðið dignity þar sem það er orðið sem mest er notað yfir þetta hugtak og vísar þá til afstæðar virðingar sem er samt aldrei hægt að taka úr samhengi við algilda virðingu.

Veikindi og afleiðingar þeirra eru utanaðkomandi þættir sem hafa áhrif á virðingu. Það er eitt af hlutverkum hjúkrunarfræðinga að viðhalda virðingu sjúklinga (Condon og Hegge, 2011). Rannsóknir hafa sýnt að sjúklingar sem upplifa virðingu frá heilbrigðisstarfsfólki sýna betri meðferðarhaldni, hlúa betur að forvörnum og eru ánægðari með umönnun sína (Jacobson, 2009). Virðing hefur áhrif á sjálfsálit og getur þar með haft áhrif á líkamlega og andlega heilsu. Lágt sjálfsálit hefur verið tengt við neikvæðar tilfinningar og getur leitt til kvíða og þunglyndis (Clark, 2010).

Það að við getum haft áhrif á virðingu skjólstæðinga okkar og þar með andlega líðan varð til þess að áhugi kviknaði á að skoða nánar hugtakið virðing í heilbrigðiskerfinu. Tilgangurinn með þessu verkefni var að skoða hvernig hjúkrunarfræðingar geta í daglegu starfi sínu viðhaldið og eflt tilfinningu skjólstæðinga sinna um virðingu.

Ákveðið var að gera fræðilega samantekt og nota aðferðafræði rýnirannsóknar til að skoða betur virðingu í heilbrigðisþjónustu. Rannsóknarspurningin var: „Hvernig viðhalda og efla hjúkrunarfræðingar virðingu sjúklinga?“

## AÐFERÐ

### Rýnirannsókn

Gerð var fræðileg samantekt á leiðum til að viðhalda og efla virðingu með því að nota aðferðafræði rýnirannsóknar (e. Scoping studies) (Arksey og O'Malley, 2005). Rýnirannsóknir eru kerfisbundnar eins og hinar hefðbundnu fræðilegu samantektir og farið er í gegnum fimm stig:

1. Sett er fram rannsóknarspurning.
2. Leitað er að rannsóknnum sem fela í sér nákvæma skráningu við leit svo hægt sé að framkvæma hana aftur. Ólíkt hefðbundinni, fræðilegri samantekt mega rannsóknarsniðin vera margvísleg. Leitað er í rafrænum gagnasöfnum, heimildaskrá, lykiltímaritum og efni frá stofnunum og ráðstefnum.
3. Val á rannsóknnum er eins og í hefðbundinni fræðilegri samantekt. Ekki eru sett fyrir fram fastmótuð skilyrði fyrir inntöku heldur byggt á aukinni þekkingu á fræðunum við valið.
4. Niðurstöður eru kortlagðar í frásögn í stað úrdrátta gagna eða tölfræðilegra niðurstaðna.
5. Settar eru fram niðurstöður úr öllum gögnum í stað hluta þeirra.

### Gagnaleit

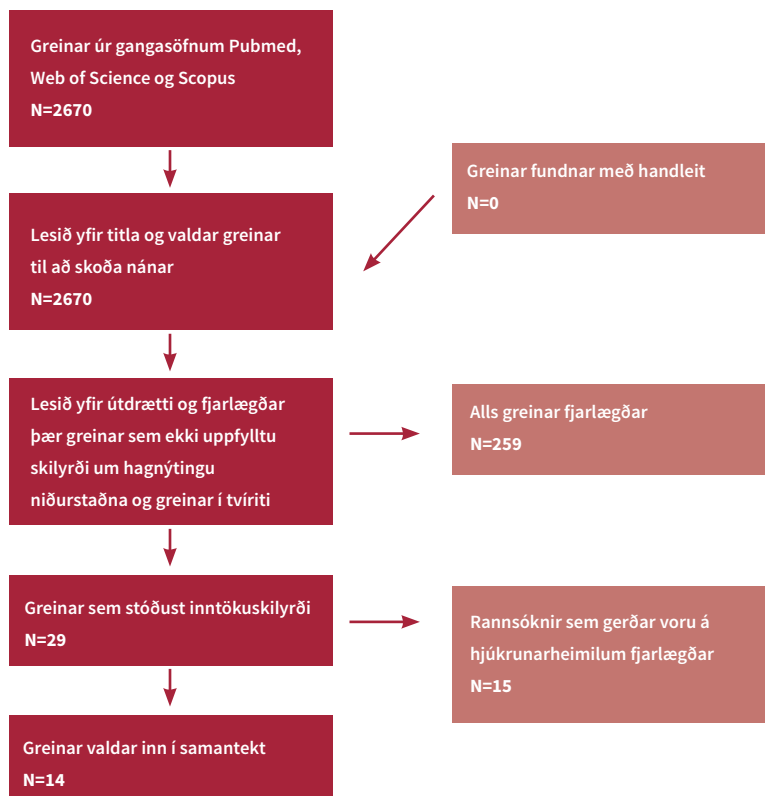
Leitarorðin sem voru notuð voru: Dignity in healthcare, dignity nursing, fostering dignity. Heimildaleit fór fram frá október 2017 til janúar 2018. Gagnasöfnin sem leitað var í voru Pubmed, Web of Science og Scopus. Leitað var að efni frá 1997-2017. Ákveðið var að hafa tímabil leitar vítt þar sem hugtakið virðing er ekki breytilegt eða fellur úr gildi innan

ákveðins tímaramma, samanber meðferðarrannsóknir sem byggja á síbreytilegri tækni. Leitin var þrengd við *English language, human, article, review* og í Scopus var leitin einnig þrengd við nursing.

### Val á greinum

Leitin gaf 2.670 niðurstöður. Rennt var yfir titla og 288 greinar valdar til að skoða nánar. Síðan var lesið yfir útdrætti og fjarlægðar þær greinar sem ekki voru taldar koma til greina eða tvö eða fleiri eintök voru af. Markmiðið var að finna greinar sem gáfu leiðbeiningar um virðingu á hagnýtan hátt. Greinarnar voru valdar með inntökuskilyrðum sem voru ekki fyrir fram mótuð eins og í kerfisbundinni fræðilegri samantekt, heldur var byggt á aukinni þekkingu og skilningi á aðferðum sem nýtast til að viðhalda og efla virðingu. Valdar voru þær greinar sem vörpuðu ljósi á hvernig hjúkrunarfræðingar gætu hagnýtt sér virðingu í daglegu starfi og hvernig hugtakið virðing gæti birst sem hluti af umönnun sjúklinga. Útilokaðar voru greinar sem fjölluðu um virðingu í sérhæfðum aðstæðum s.s. slysum, bráðamóttöku, gjörgæslu og sem sérstaklega fjölluðu um ákveðna sjúkdóma eins og t.d. alnæmi og geðsjúkdóma. Það var ekki talið samræmast tilgangi rýnisins að einblína á virðingu innan mismunandi sjúklingahópa heldur var markmiðið að auka skilning á virðingu almennt án tillits til sjúkdóma. Einnig voru rannsóknir sem sneru að börnum og unglिंगum teknar út og í staðinn var einblínt á rannsóknir á fullorðnum sjúklingum. Allar greinar sem fjölluðu um lífslok og það að deyja með reisn voru fjarlægðar sem og heimspekilegar greinar um hugtakið virðingu og

Mynd 1. Prisma-flæðiskema





## Mynd 2. Einkenni greinanna í samantektinni

Höfundur og ár	Rannsóknarhópur	Markmið	Aðferðafræði
Anderberg o.fl., 2007	Fullorðnir sjúklingar	Að skýra hver er merking þess að viðhalda virðingu	Fræðilegt yfirlit, hugtakgreining
Arman og Rehnsfeldt, 2007	Sjúklingar, hjúkrunarfræðingar og hjúkrunarfræðinemar	Að skýra hvað er góð siðferðisleg umönnun	Fyrirbærafræði
Dawood og Gallini, 2010	Sjúklingar og umönnunaraðilar	Að skýra frá reynslu sjúklinga af virðingu í umönnun	Eigindleg aðferðafræði, frásagnir
Gallagher, 2004	Á ekki við	Að skýra hvað er virðing í heilbrigðisþjónustu	Yfirlitsgrein
Hall og Höj, 2012	Hjúkrunarfræðingar	Að skoða reynslu danskra hjúkrunarfræðinga á umönnun aldraða á sjúkrahúsum	Önnur greining á eigindlegu viðtali
Heijkenskjöld o.fl., 2010	Hjúkrunarfræðingar	Að skoða hver er skilningur hjúkrunarfræðinga á virðingu sjúklinga á sænskum lyflækniseildum	Fyrirbærafræði
Lin og Tsai, 2010	Hjúkrunarfræðingar	Að rannsaka hvernig hjúkrunarfræðingar viðhalda virðingu sjúklinga	Eigindleg aðferðafræði,
Lin o.fl., 2011	Sjúklingar	Að skoða virðingu í umönnun frá sjónarhorni sjúklinga í Taívan	Eigindleg aðferðafræði, viðtöl
Matiti og Trorey, 2008	Sjúklingar	Að skoða sjónarhorn sjúklinga um þá þætti sem stuðla að virðingu þeirra sé viðhaldið á sjúkrahúsi og hvort henni hafi verið viðhaldið eða ekki	Fyrirbærafræði
Papastavrou o.fl., 2016	Hjúkrunarfræðinemar	Að skoða virðingu sjúklinga frá sjónarhorni hjúkrunarfræðinema	Rýnihópar og efnisgreining
Walsh og Kowanko, 2002	Hjúkrunarfræðingar og sjúklingar	Að sjá hvað felst í virðingu frá sjónarhorni hjúkrunarfræðinga og sjúklinga, hvernig hún er skilgreind út frá reynslu þeirra og skilgreina hjúkrunarmeðferðir sem viðhalda eða efla virðingu sjúklinga	Fyrirbærafræði
Webster og Bryan, 2009	Aldraðir sjúklingar	Að skoða reynslu aldraða sjúklinga á hvað virðing er á sjúkrahúsum og hvernig hún er eflad	Eigindleg aðferðafræði, viðtöl
Williams o.fl., 2016	Fagfólk í heilbrigðiskerfinu	Að skoða hvað heilbrigðisfagfólk telur að sé virðing í umönnun og reynslu á að veita hana	Eigindleg aðferðafræði, djúpvíðtöl
Woolhead o.fl., 2006	Fullorðnir einstaklingar og fagfólk í heilbrigðis- og félagsþjónustu	Að meta reynslu af tjáskiptum milli fullorðinna einstaklinga og heilbrigðis- og félagsþjónustu í sex Evrópulöndum	Eigindleg aðferðafræði, rýnihópar

virðingu sem snýr að heilbrigðisstarfsfólkinu sjálfu. Þá stóðu eftir 29 greinar og til að þrengja meira og sérhæfa niðurstöður, voru fjarlægðar greinar sem fjölluðu um virðingu á hjúkrunarheimilum. Hjúkrunarheimili eru heimili fólks og er því umhverfið þar ekki sambærilegt því sem gerist á sjúkrahúsum þar sem fólk dvelur tímabundið. Valdar voru greinar sem fjölluðu um virðingu og fólu í sér að hægt væri að hagnýta niðurstöðurnar til að viðhalda og efla virðingu sjúklinga á sjúkrahúsum. Að lokum stóðu fjórtán greinar eftir í samantektina. Sjá mynd 1.

### Gagnagreining

Í gagnagreiningu voru niðurstöður rannsókna lesnar yfir og kortlagðar (Arksey og O'Malley, 2005). Tilgangur gagnagreinarinnar var að finna þá þætti sem hægt væri að nýta í daglegu starfi hjúkrunarfræðinga. Höfundur ákvað að setja niðurstöðurnar fram sem þemu þar sem stærstu hlutar rannsókna voru eigindlegar rannsóknir sem settu fram niðurstöður sínar sem þemu. Notuð var þemagreining þar sem flokkuð voru saman lík þemu eða flokkar niðurstaðna og smíðuð ný þemu. Alls voru nefnd fimmtíu og sjö þemu í niðurstöðum þessara fjórtán greina. Þessi þemu voru borin saman og þau sem voru lík flokkuðust saman í fjögur ný meginþemu. Þetta var flókið ferli þar sem miklar tengingar gátu verið milli þemanna.

### NIÐURSTÖÐUR

Alls voru nefnd fimmtíu og sjö þemu í niðurstöðum þessara fjórtán greina. Þessi þemu voru borin saman og þau sem voru lík flokkuðust saman í ný þemu. Smíðuð voru fjögur ný meginþemu með tólf undirþemum úr niðurstöðum þeirra (Mynd 3).

#### Persónumiðuð hjúkrun

Þrettán niðurstöður tengdu virðingu við persónumiðaða hjúkrun (Anderberg, o.fl., 2007; Arman og Rehnsfeldt, 2007; Gallagher, 2004; Hall og Höj, 2012; Heijkenskjöld, Ekstedt og Lindwall, 2010; Lin og Tsai, 2010; Lin, Tsai og Chen, 2011; Matiti og Trorey, 2008; Papastavrou, Efstathiou, Andreou, 2016; Walsh og Kowanko, 2002; Webster og Bryan, 2009; Williams, Kinnear og Victor, 2016; Woolhead, o.fl., 2006). Persónumiðuð hjúkrun skiptist í fjögur undirþemu: *Að horfa á sjúkling sem manneskju; hver sjúklingur er einstakur; að styðja við sjálfstæði, þátttöku og val sjúklings; að styðja við jákvæða líkamsmynd sjúklings.*

*Að horfa á sjúkling sem manneskju* fól í sér að hlutgera ekki sjúklinga heldur virða persónuleika þeirra (Walsh og Kowanko, 2002). Horfa ætti á sjúklinga heildrænt (Arman og Rehnsfeldt, 2007). Það væri vanvirðing við sjúklinga að kalla þá eftir

Mynd 3. Niðurstöðum var skipt í fjögur 4 meginþemu sem skiptust svo niður í undirþemu.

Persónumiðað hjúkrun	Eiginleikar í framkomu hjúkrunarfræðinga	Samskipti	Umhverfi
Að horfa á sjúkling sem manneskju	Athygli og góðmennska	Hlusta á sjúkling og gefa tíma	Aðbúnaður
Hver sjúklingur er einstakur	Að vera málsvari og félagi	Skýr tjáskipti og hvernig ávarpað	Næði
Að styðja við sjálfstæði, þátttöku og val sjúklings	Litlu þættirnir	Upplýsingar og trúnaður	
Að styðja við jákvæða líkamsímynd sjúklings			

sjúkdómsgreiningu eða stofnúmeri (Papastavrou o.fl., 2016). Taka ætti tillit til trúar, hæfni, gilda og lífssögu hvers og eins (Hall og Höj, 2012).

*Það að hver sjúklingur sé einstakur* fól í sér að allir hafi rétt á að þeim sé sýnd virðing. Mismunur vegna aldurs, þjóðernis, stöðu í þjóðfélagi og kynþáttar ógnar virðingu. Einnig skiptir ekki máli hvort sjúklingur sé með meðvitund eða ei (Papastavrou o.fl., 2016; Lin og Tsai, 2010). Aldraðir eru í frekari hættu á að upplifa mismunur (Webster og Bryan, 2009).

*Að styðja við sjálfstæði, þátttöku og val sjúklings* fól í sér að taka tillit til óska sjúklings og leyfa þeim að vera þátttakendur í eigin umönnun (Heijkenskjöld o.fl., 2017). Sjálfstæði og stjórn voru lykilþættir virðingar en þeir sem eru öðrum háðir voru líklegri til að upplifa virðingarleysi (Webster og Bryan, 2009; Matiti og Trorey, 2008). Skert sjálfsbjargargeta ógnaði virðingu (Papastavrou o.fl., 2016). Það þyrfti að aðlaga umhverfi og aðstæður að getu sjúklingsanna (Anderberg o.fl., 2007). Sjúklingar vildu geta tekið ákvörðun um eigin meðferð (Lin, o.fl., 2011). Mikilvægt var að sjúklingar sjálfir væru þátttakendur í eigin umönnun og það ætti að taka tillit til óska þeirra (Woolhead o.fl., 2006).

*Að styðja við jákvæða líkamsímynd sjúklings* fól m.a. í sér mikilvægi þess að sjúklingar fengju tækifæri til að klæðast eigin fötum í stað sjúkrahúsfasta og vera hreinir og snyrtilegir (Hall og Höj, 2012; Matiti og Trorey, 2008).

### Eiginleikar í framkomu hjúkrunarfræðinga

Alls bentu ellefu greinar á hvernig þrjú eiginleikar í framkomu hjúkrunarfræðinga höfðu áhrif á virðingu sjúklings (Anderberg o.fl., 2007; Arman og Rehnsfeld, 2007; Dawood og Gallini, 2010; Gallagher, 2004; Heijkenskjöld, 2017; Lin og Tsai, 2010; Lin o.fl., 2011; Matiti og Trorey, 2008; Walsh og Kowanko, 2002; Webster og Bryan, 2009; Williams, o.fl., 2016) Þessir eiginleikar mynduðu þrjú undirþemu sem voru: *athygli og góðmennska; að vera málsvari og félagi og litlu þættirnir*; athygli og góðmennska fólu í sér að geta sett sig í spor sjúklings og veitt veruleika þeirra athygli og samúð (Lin og Tsai, 2010; Matiti og Trorey, 2008). Dawood og Galini (2010) vildu meina að hjúkrunarfræðingar væru umhyggjusamir en oft önnur kafnir við skriffinnsku sem tæki athyglina af sjúklingunum og hamlaði þar með virðingu.

*Að vera málsvari og félagi sjúklingsanna* var eiginleiki sem eflði virðingu sjúklings. Sjúklingarnir höfðu þörf á að finna að hjúkrunarfræðingarnir stæðu með þeim (Lin o.fl., 2011) og að þeir hefðu áhuga á þeim og þeirra lífi (Heijkenskjöld o.fl., 2010). Þeir væru málsvarar þeirra sem ekki gátu svarað fyrir sig og væru jafnvel látnir (Walsh og Kowanko, 2002).

Arman og Rehnsfeld (2007) nefndu mikilvægi þess fyrir sjúklingana að finna að samskipti við heilbrigðisstarfsfólk væri á jafnréttisgrundvelli. Þeir fjölluðu líka um *litlu þættina* sem var þriðja þemað en þeir þættir drógu úr þjáningu og fengu sjúklings til að finnast að þeir skiptu máli. Þetta gat verið eitthvað sem hjúkrunarfræðingurinn gerði fyrir sjúkling en væri ekki endilega partur af umönnun hans, t.d. taka rusl af borði fyrir sjúkling sem væri rúmfastur (Lin, o.fl., 2011).

### Samskipti

Tólf greinar birtu niðurstöður sem bentu á hvernig samskipti hefðu áhrif á að viðhalda og efla virðingu. (Anderberg o.fl., 2007; Dawood og Gallini, 2010; Gallagher, 2004; Heijkenskjöld o.fl., 2017; Lin og Tsai, 2010; Lin o.fl., 2011; Matiti og Trorey, 2008; Papastavrou o.fl., 2016; Walsh og Kowanko, 2002; Webster og Bryan, 2009; Williams o.fl., 2016; Woolhead o.fl., 2006). Samskiptum var skipt í þrjú undirþemu. Það fyrsta var *að hlusta á sjúkling og gefa tíma* (Anderberg, o.fl., 2007; Matiti og Trorey, 2008, og Woolhead o.fl., 2006). Þar var bent á að það væri ekki bara léleg hæfni starfsfólks sem hefði áhrif á þessi samskipti heldur byði vinnufyrirkomulag ekki upp á að starfsfólkið hefði þennan tíma (Woolhead o.fl., 2006; Papastavrou o.fl., 2016). Sjúklingar tjáðu óþægindi þegar hlutir eins og böðun voru framkvæmdir í flýti (Walsh og Kowanko, 2002). Það væri hægt að efla virðingu sjúklingsanna með því að gefa þeim næði til að tjá tilfinningar sínar (Heijkenskjöld o.fl., 2017).

Annað undirþemað var *skýr tjáskipti og hvernig ávarpað* og fól það í sér mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar kynntu sig með nafni og skýrðu frá því hvað þeir væru að fara að gera (Dawood og Gallini, 2010; Walsh og Kowanko, 2002; Williams o.fl., 2016). Undir þetta þema féll einnig sú vanvirðing sem fullorðnir sjúklingar verða fyrir þegar talað væri við þá eins og börn (Anderberg o.fl., 2007; Heijkenskjöld o.fl., 2017; Woolhead o.fl., 2006). Webster og Bryan (2009) bentu á mikilvægi óyrta tjáningarinnar og að framkoma hefði oft meiri áhrif heldur en hvernig hlutir eru sagðir. Hjá Woolhead o.fl. (2006) kom fram að orðanotkun eins og „elskan“ og „vinan“ gæti verið niðurlægjandi fyrir sjúklings.

Þriðja undirþemað var *upplýsingar og trúnaður*. Margar rannsóknirnar fjölluðu um mikilvægi þess að veita sjúklingunum greinargóðar upplýsingar og útskýra meðferðir. Einnig ætti að biðja um leyfi áður en meðferð væri veitt (Heijkenskjöld o.fl., 2017; Matiti og Trorey, 2008). Sjúklingar höfðu þörf fyrir upplýsingar augliti til auglitis í stað þess að fá bara bæklinga (Dawood og Gallini, 2010). Það að framkvæma inngrip á sjúklingum eins og að mæla blóðþrýsting eða sprauta, án þess að fá leyfi eða útskýra hvað væri í vændum ógnaði virðingu hans (Papastavrou o.fl., 2016). Jafnframt var mikilvægt að ræða ekki um mál sjúklings svo aðrir heyrðu til

og að heilbrigðisstarfsfólk talaði ekki yfir sjúklingnum eins og hann væri ekki á staðnum (Lin og Tsai, 2010). Það var vanvirðing við sjúklinga að koma fram við þá eins og þeir væru ósýnilegir (Woodhead o.fl., 2006).

## Umhverfi

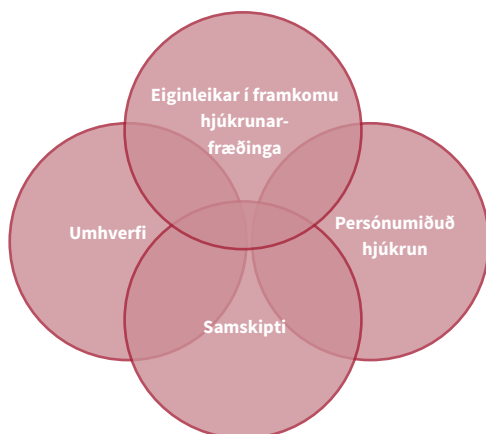
Ellefu greinar nefndu umhverfi sem áhrifaþátt í að viðhalda og efla virðingu (Anderberg, 2007; Dawoos og Gallini, 2010; 42 Gallagher, 2004, Lin og Tsai, 2010; Lin o.fl., 2011; Matiti og Trorey, 2008; Papastavrou o.fl., 2016; Walsh og Kowanko, 2002; Webster og Bryan, 2009; Williams o.fl., 2016; Woolhead o.fl., 2006). Umhverfið var með undirþemanu *aðbúnaður og næði*. *Aðbúnaður* fól í sér þætti eins og einrými svo hægt væri að tjá tilfinningar sínar en það þyrfti þó ekki alltaf að þýða að þörf væri á einbýli. Einnig fól aðbúnaður í sér að salerni væru hrein og hjúkrunarfólk þvægi hendur sínar fyrir aðhlyningu. *Næði* fól í sér þætti eins og að draga tjöld fyrir rúm, hylja nekt og banka á dyr sjúklings áður en farið var inn á stofuna (Anderberg o.fl., 2007; Walsh og Kowanko, 2002; Williams o.fl., 2016; Webster og Bryan, 2009). Viðleitni starfsfólks til að tryggja næði var mikilvæg. Það þótti vanvirðing í því að blanda saman kynjum á stofu (Dawoos og Gallini, 2010). Það væri sérstaklega óþægilegt fyrir sjúklinga sem þyrftu nána umönnun, t.d. með vandamál tengt útskilnaði, að vera á stofu með sjúklingum af öðru kyni.

## UMRÆÐA

Eins og áður hefur komið fram er það að viðhalda virðingu sjúklinga grundvöllur hjúkrunar (Condon og Hegge, 2011). Þessi fræðilega samantekt varpar ljósi á hugtakið virðingu í samhengi við hjúkrun með líkani sem samanstendur af fjórum undirhugtökum (mynd 4). Hvert undirhugtak skýrir síðan hvernig hjúkrunarfræðingar geta viðhaldið og eftl virðingu sem hl.uta af daglegri hjúkrun.

Í fyrsta lagi skýrir líkanið þau tengsl sem eru á milli persónu- miðaðrar hjúkrunar og virðingar. Líkanið styður við þá hugmynd Anderberg (2007) að náin tengsl séu á milli persónumiðaðar hjúkrunar og virðingar, þar sem hugað er að

Mynd 4. Virðing í daglegri hjúkrun



einstökum þörfum, óskum og venjum sjúklinga á heildrænan hátt, það er að segja líkamlega, andlega, trúarlega og félagslega. Líkanið virðing í daglegri hjúkrun, leggur áherslu á mikilvægi sjálfstæðis (Delmar, 2013) og þess að taka tillit til persónulegra sjónarmiða sjúklinga, að þeir upplifi að þeir séu þátttakendur í ákvörðunum sem snúa að umönnun þeirra og þeir hafi val. Þessum niðurstöðum ber saman við kenningu McCormack og McCance (2006) um persónumiðaða hjúkrun sem kemur inn á mikilvægi þess að virða gildi og viðhorf sjúklinga sem og mikilvægi þess að tekið sé tillit til þessara þátta í allri ákvarðanatöku sem lýtur að meðferð og umönnun sjúklinga.

Lohne o.fl. (2017) benda á að hafa þekkingu á persónuleika sjúklings styðji við og viðhaldi virðingu. Rannsóknir hafa sýnt fram á að það að sjúklingar fái að segja sögu sína stuðli að persónumiðaðri hjúkrun (Heggestad og Slettebø, 2015; Heijkenskjöld o.fl., 2017). Þetta samræmist kenningum kanadíska geðlæknisins Harvey Max Chochinov (Chochinov, 2007; Dignity in Care, 2016) sem setti fram virðingarspurninguna: „Hvað þarf ég að vita um þig svo ég geti veitt þér sem bestu umönnun?“ Spurningin getur hjálpað okkur við að veita persónumiðaða hjúkrun með því að horfa á einstakar aðstæður og persónuleika sjúklings. Undanfarin ár hefur verið aukin áhersla á þátttöku sjúklings í ákvarðanatöku í heilbrigðisstarfsfólki í stað forsjarhyggju og mælt er með að heilbrigðisstarfsfólk spyrji sjúklinginn beint: „Hvað skiptir þig máli?“ (Barry og Edgman-Levitan, 2012).

Í öðru lagi skýrir líkanið tengsl virðingar og eiginleika í framkomu hjúkrunarfræðinga (mynd 4). Þetta felur í sér að hjúkrunarfræðingar sýni sjúklingunum athygli og góðmennsku, séu málsvarar þeirra og félagar og hugi að litlu þáttunum (mynd 3). Niðurstöður úr fræðilegu samantektinni og líkanið sem sett er fram samræmdust kenningum Chochinov og félaga sem hafa mikið rannsakað virðingu og þróðu ABCD (Attitude, Behavior, Compassion, Dialogue) viðhaldsmeðferð virðingar (Dignity in Care, 2016). Henni er ætlað að leiðbeina heilbrigðisstarfsfólki hvernig það geti alltaf haft grunnildi virðingar til hliðsjónar í sínu starfi og leggur mikla áherslu á þætti eins og viðhorf og eiginleika heilbrigðisstarfsfólks sem hornstein virðingar.

Í þriðja lagi skýrir líkanið virðingu í daglegri hjúkrun, mikilvægi samskipta sem hluta af virðingu og ber saman við Dialogue í kenningu Chochinov og félaga (Dignity in Care, 2016). Undirþættir samskipta í líkaninu eru að hlusta á sjúkling og gefa tíma; skýr tjáskipti og hvernig ávarpað og upplýsingar og trúnaður (mynd 3). Það að hlusta og gefa sjúklingi tíma og skýr tjáskipti samræmist virkri hlustun. Virk hlustun sem meðferðarform er vel þekkt og er árangursrík til að veita tilfinningalegan stuðning. Hún er í raun undirstaða samskipta og felur í sér yrt og óyrt tjáskipti og gefur sjúklingum færi á að tjá líðan sína. Það að einhver hlusti getur hjálpað sjúklingnum að endurmeta reynslu sína og jafnvel finna sjálfur lausn sinna mála (Mesquita og Campos de Carvalho, 2014).

Umhverfið er fjórða hugtakið í líkaninu virðing í daglegri hjúkrun (mynd 4) og skiptist það í aðbúnað og næði (mynd 3). Áhrif umhverfis á líðan sjúklinga hefur löngum verið þekkt í hjúkrun. Í bók Florence Nightingale, Notes of Nursing, fjallar hún um ábyrgð hjúkrunarfræðinga á umhverfinu í kringum

sjúklingana, að það sé hreint, bjart og laust við hávaða (Nightingale, 1859) sem er samhljóma líkaninu sem hefur verið þróað með þessari fræðilegu samantekt.

Líkanið virðing í daglegri hjúkrun (mynd 4) lýsir eiginleikum og áherslum í hjúkrun sem stuðla að virðingu sjúklinga á sjúkrahúsum. Á sjúkrahúsum er virðing ekki alltaf viðhöfð sem skyldi og er þá ekki endilega við einstakt starfsfólk að sakast heldur er það menningin á stofnuninni sem stýrir hegðun þess. Hvernig stofnun er stjórnað hefur áhrif á virðingu (Lin o.fl., 2012). Menning innan stofnunar leggur grunn að ýmsum hefðum og reglum eins og að blanda saman kynjum á stofu og hvernig tjöldin sem eru umhverfis rúm sjúklinganna hylja. Menning innan stofnunar getur haft áhrif á framkomu hjúkrunarfræðinga en samkvæmt Walsh og Kowanko (2002) er vanvirðing á ábyrgð kerfisins vegna tímaskorts og álags, það væri ekki við starfsfólkið að sakast. Skortur á starfsfólki ylli því að því væri ekki gert kleift að starfa faglega eins og það óskaði sér helst. Það yrði þreyttara, hefði minni tíma fyrir hvern sjúkling og samskiptin minnkuðu sem allt ógnaði virðingu sjúklingsins (Bagheri o.fl., 2012). Afleiðingin gæti því orðið minnkandi starfsánægja og kulnun meðal hjúkrunarfræðinga. Stofnunin gæti bætt virðingu með því að huga að þessu og leggja áherslu á og styðja við framkomu sem stuðlar að virðingu við sjúklinga. Það hefur verið sýnt fram á að hægt sé að stuðla að þessari framkomu með kennslu og fræðslu um virðingu og skilgreiningar á henni og hvernig birtingarmyndir hennar kæmu fram í umönnun. Hluti af þessari kennslu væri að fá hjúkrunarfræðinga til að ígrunda störf sín og auka þekkingu á viðhorfum og framkomu sem efla virðingu. Samkvæmt rannsókn Kyle, Medford, Blundell, Webster, Munoz og Macaden, (2017) er hægt að kenna virðingu gegnum hlutverkaleiki og af reynslu sjúklinga sem segðu frá aðstæðum sínum sem efla virðingu eða lýstu virðingarleysi. Tilfellarannsóknir og samúðaræfingar sem hjálpa okkur við að setja okkur í spor annarra eru einnig leiðir til að kenna virðingu, en þá væri gott að láta umræður fylgja í kjölfarið. Hjúkrunarfræðingar hafa oft góða þekkingu á samskiptum og strax í grunnnámi er til dæmis lögð áhersla á virka hlustun og óyrta tjáningu. Niðurstöður rannsóknar á tengslum virkrar hlustunar, samkenndar, sjálfsmeðvitundar og persónumiðaðrar hjúkrunar (Haley o.fl., 2017) sýndi fram á að með virkri hlustun gætum við lært samkennd. Vinnufyrirkomulag og verkferlar stofnunar eins og t.d. að standa við rúm sjúklings og tala yfir hann geta verið ógn í samskiptum er varðar óyrta tjáningu þó að það að veita upplýsingar sé vissulega einn þáttur samskipta. Einnig er ítrekað rætt við sjúklinga um viðkvæm málefni þrátt fyrir að annar sjúklingur sé inni á stofunni. Við þurfum jafnframt að vera meðvituð um hvernig við tölum við fólk og hvaða orð við notum, það eru ekki allir hrifnir af því að vera kallaðir elskan og vinur og slík orðanotkun getur hreint og beint virkað niðurlægjandi.

Líkanið virðing í daglegri hjúkrun var sett fram til að hægt væri að efla virðingu í daglegu starfi með því að huga að fjórum undirstöðum hennar í umönnun sjúklinga. Ef við hugum að umhverfi sjúklinga, erum meðvituð um hvernig við höfum áhrif á líðan þeirra í gegnum eiginleika okkar og samskipti og hugum að einstaklingsmiðuðum þörfum þeirra eflum við virðingu þeirra. Markmið hjúkrunar felur alltaf í sér að bæta

líðan sjúklinga og það getum við gert með því að hagnýta okkur þekkingu á virðingu í daglegri hjúkrun.

### Kostir og gallar

Kostur þessarar rannsóknar var að hugtakið virðing var skoðað út frá mismunandi hópum eins og sjúklingum, hjúkrunarfræðingum, hjúkrunarnemum, öðru heilbrigðisstarfsfólki, umönnunaraðilum og starfsfólki í félagsþjónustu. Gallar rannsóknarinnar voru að flestar rannsóknirnar voru eigindlegar og lýsa upplifun sem takmarkar yfirfærslu á þýði. Einnig er hugtakið virðing mjög víðfeðmt.

## ÁLYKTANIR

Hjúkrunarfræðingar geta í sínu daglega starfi nýtt sér nokkra samverkandi þætti til að viðhalda og efla virðingu sjúklinga, sem beinast af því að hver sjúklingur upplifi að á hann sé hlustað og óskir hans virtar. Þarna skiptir persónumiðuð hjúkrun máli og mikilvægt er að hafa heildræna þekkingu á sjúklingnum. Forðast þarf að mismuna og/eða hlutgera sjúklinga en styðja við sjálfstæði þeirra og val. Hjúkrunarfræðingar verða að geta sýnt sjúklingum góðmennsku og athygli og verið málsvarar þeirra og félagar. Það eru litlu þættirnir sem viðhalda eða efla virðingu sjúklinga sem felast oft í að bregða út frá rútnunni og hafa löngun til að gera eitthvað meira fyrir sjúklinginn. Áhrifin af litlu þáttunum eru að sjúklingarnir upplifa sig sem einstakar manneskjur. Samskipti eru mikilvægur þáttur virðingar. Það þarf að gefa sjúklingum tíma, hlusta á þá, veita þeim upplýsingar og sýna þeim trúnað. Það þarf að gefa því gaum hvernig við tölum um og við sjúklingana. Umhverfið þarf að hlúa að virðingu, það þarf að vera hreint í kringum sjúklinga og auðvelt að geta veitt þeim næði.

## ENGLISH SUMMARY

# To promote dignity in daily nursing

---

Snjolaugsdottir, K.E., Haraldsdottir, E.

### Aim

The purpose of this article was to gain an understanding of dignity within the context of healthcare and how patients' dignity can be maintained and enhanced in day-to-day nursing practice.

---

### Method

Scoping studies. A comprehensive search was conducted using the databases PubMed, Web of Science and Scopus, from 1997 to 2017. Search terms were: Dignity in healthcare, dignity nursing, fostering dignity.

### Results

A final selection of fourteen papers met the inclusion criteria. Twelve were qualitative studies, one was a theoretical paper and one a concept analysis. Fifty-seven themes were identified in these 14 papers. These themes were compared and analysed into four new themes to describe dignity within the context of health care and highlight practical applications. These themes were person-centered care, qualities in nurse's behavior, communication and environment.

---

### Conclusion

To maintain and enhance patients, dignity, nurses need to interact with patients in a way that reflects the uniqueness of the patient and the environment needs to be comfortable and peaceful.

---

### Keywords

Nursing, Dignity, Healthcare.

---

### Correspondent:

[katrinsn@landspitali.is](mailto:katrinsn@landspitali.is)

## HEIMILDIR

- Anderberg, P., Lepp, M., Berglund, A. L. og Segesten, K. (2007). Preserving dignity in caring for older adults: a concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 59(6), 635–643. doi/10.1111/j.1365-2648.2007.04375
- Arman, M. og Rehnsfeldt, A. (2007). The 'little extra' that alleviates suffering. *Nursing ethics*, 14 (3), 372-386. doi/10.1177/0969733007075877
- Arksey, H. og O'Malley, L. (2005). Scoping studies: towards a methodological framework. *International Journal of Social Research Methodology*, 8(1), 19-32. doi/abs/10.1080/1364557032000119616
- Bagheri, H., Yaghmaei, F., Ashktorab, T. og Zayeri, F. (2012). Patient dignity and its related factors in heart failure patients. *Nursing Ethics* 19(3), 316-327. doi/10.1177/0969733011425970
- Barry, M. J. og Edgman-Levitan, S. (2012). Shared Decision Making - The Pinnacle of Patient-Centered Care. *New England Journal of Medicine*, 366 (780-781). DOI:10.1056/NEJMp1109283
- Chochinov, H.M. (2007). Dignity and the essence of medicine: the A, B, C, and D of dignity conserving care. *BMJ*, 335.184-187. doi: 10.1136/bmj.39244.650926.47
- Clark, J. (2010). Defining the concept of dignity and developing a model to promote its use in practice. *Nursing Times*, 106(20), 16-19.
- Dawood, M. og Gallini, A. (2010). Using discovery interviews to understand the patient experience. *Nursing management*, 17(1), 26-31. doi: 10.7748/nm2010.04.17.1.26.c7645
- Delmar, C. (2013). The interplay between autonomy and dignity: summarizing patients voices. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 16, 975-981. doi: 10.1007/s11019-012-9416-6
- Condon, B.B. og Hegge, B. (2011). Human Dignity: A Cornerstone of Doctoral Education in Nursing. *Nursing Science Quarterly*, 24(3), 209-214. doi: 10.1177/0894318411409425
- Dignity in Care (2016). Sótt 24. mars 2018 á <http://www.dignityincare.ca/en/theabcsof-dignityincare.html>
- Gallagher, A. (2004). Dignity and respect for dignity - Two key health professional values: Implications for nursing practice. *Nursing Ethics*, 11(6), 587-599. doi: 10.1191/0969733004ne7440a
- Haley, B., Heo, S., Wright, P., Barone, C., Rettiganti, M.R. og Anders, M. (2017). Relationships among active listening, self-awareness, empathy, and patient-centered care in associate and baccalaureate degree nursing students. *NursingPlus Open*, 3, 11-16.
- Hall, E.O.C. og Höj, B. (2012). Re-establishing dignity: Nurses' experiences of caring for older hospital patients. *Scandinavian Journal of Caring Science*, 26, 287-294.
- Heggestad, A. K. T. og Slettebø, A (2015). How individuals with dementia in nursing homes maintain their dignity through life storytelling – a case study. *Journal of Clinical Nursing*, 24, 2323-2330.
- Heijkenskjöld, K, B., Ekstedt, M. og Lindwall, L. (2010). The patient's dignity from the nurse's perspective. *Nursing Ethics*, 17(3), 313-324. doi: 10.1177/0969733010361444
- Jacobson, N. (2007). Dignity and health: A review. *Social Science & Medicine*, 64, 292-302. doi: 10.1016/j.socscimed.2006.08.039
- Jacobson, N. (2009). Dignity Violation in Health Care. *Qualitative Health Research*, 19(11), 1536-1547. doi.org/10.1177/1049732309349809
- Kyle, R.G., Medford, W., Blundell, J., Webster, E., Munoz, S-A. og Macaden, L. (2017). Learning and unlearning dignity in care: Experiential and experimental educational approaches. *Nurse Education in Practice*, 25, 50-56. doi: 10.1016/j.nepr.2017.05.001
- Lin, Y-P og Tsai, Y-F. (2010). Maintaining patients' dignity during clinical care: a qualitative interview study. *Journal of Advanced Nursing*, 67(2), 340-348. doi: 10.1111/j.1365-2648.2010.05498.x
- Lin, Y-P, Tsai, Y-F. og Chen, H-F.(2011). Dignity in care in the hospital setting from patients' perspectives in Taiwan: a descriptive qualitative study. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 794-801. doi: 10.1111/j.1365-2702.2010.03499.x
- Lin, Y-P, Watson, R. og Tsai Y-F.(2012). Dignity in care in the clinical setting: A narrative review. *Nursing Ethics*, 20(2), 168-177. doi: 10.1177/0969733012458609
- Lohne, V., Høy, B., Lillestø, B., Sæteren, B., Heggestad, A.K.T., Aasgaard, T. o.fl. (2017). Fostering dignity in the care of nursing home residents through slow caring. *Nursing Ethics*, 24(7), 778-788. doi: 10.1177/0969733015627297
- Matiti, M. R og Trorey, G. M. (2008). Patients' expectations of the maintenance of their dignity. *Journal of Clinical Nursing*, 17,2709-2717. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02365.x
- McCormack, B. og McCance, T. (2006). Development of a framework for person-centred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (5), 472-479. doi: 10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x
- Mesquita, A. C. og Campos de Carvalho, E. (2014). Therapeutic Listening as a health intervention strategy: An integrative review. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 48(6), 1123-1131. doi: 10.1590/S0080-623420140000700022
- Nightingale, F. (1859). Notes of Nursing. Philadelphia. J.B. Lippincott Company.
- Papastavrou, E., Efstathiou, G. og Andreou, C. (2016). Nursing students' perceptions of patient dignity. *Nursing Ethics*, 23(1), 92-103. doi: 10.1177/0969733014557136
- Walsh, K. og Kowanko, I. (2002). Nurses' and patients' perceptions of dignity. *International Journal of Nursing Practice*, 8, 143-151. doi/abs/10.1046/j.1440-172X.2002.00355.x
- Webster, C. og Bryan, K. (2009). Older people's views of dignity and how it can be promoted in a hospital environment. *Journal of Clinical Nursing*, 18, 1784-1792. doi: 10.1111/j.1365-2702.2008.02674.x
- Williams, V., Kinnear, D. og Victor, C. (2016). It's the little things that count': healthcare professionals' views on delivering dignified care: a qualitative study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(4), 782-790. doi: 10.1111/jan.12878
- Woolhead, G., Tadd, W., Boix-Ferrer, J.A., Krajcik, K., Schmid-Pfahler, B., Spjuth, B. o.fl. (2006). "Tu" or "Vous?" A European qualitative study of dignity and communication with older people in health and social care settings. *Patient Education and Counseling*, 61, 363-371. doi: 10.1016/j.pec.2005.04.014



# Verkur, eymsli, þroti?

## Diclofenac Teva hlaup

Til staðbundinnar meðferðar útvortis á vöðvum og liðum.

**Diclofenac Teva** er hlaup sem inniheldur virka efnið diklófenak. Lyfið er notað útvortis við verkjum, eymslum og þroti í liðum og vöðvum vegna bólgu. 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 Teva B.V. Umboðsaðili er Teva Pharma Iceland ehf.

**teva**

## ÚTDRÁTTUR

### Tilgangur

Offita snemma á lífsleiðinni getur haft margvíslegar afleiðingar og eru börn með offitu oftast greind seinna á lífsleiðinni með ýmsa sjúkdóma en börn sem eru í kjörþyngd. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna holdafar grunnskólalabarna á Suðurnesjum og tengsl við lífsstílsþættina matar- og drykkjarvenjur, D-vítamín inntöku, líkamlega hreyfingu og svefn.

### Aðferð

Rannsóknin var megindleg, lýsandi þversniðsrannsókn. Gögnin voru fengin úr Ískrá, sjúkraskrárkerfi skólaheilsugæslu og byggðust á upplýsingum um nemendur sem voru í 1., 4., 7. og 9. bekk á Suðurnesjum (N=1430).

### Niðurstöður

Úrtakið (n=1402) voru allir þeir nemendur sem áttu mælingar í Ískrá skólaárið 2019-2020. Af þeim voru 447 nemendur sem mældust of þungir eða með offitu. Alls voru 284 (20%) nemendur í yfirþyngd og 163 (12%) með offitu. Hæsta hlutfall nemenda í yfirþyngd var hjá stúlkum í 7. bekk (24%) og hæsta hlutfall nemenda með offitu var hjá drengjum í 9. bekk (17%). Marktækt fleiri nemendur reyndust vera í ofþyngd eða með offitu af þeim sem ekki borðuðu morgunmat ( $p=0,004$ ), stunduðu ekki íþróttir eða reglulega hreyfingu í 7. og 9. bekk ( $p=0,013$ ) og fóru seint að sofa í bæði 1. og 4. bekk ( $p=0,001$ ) og 7. og 9. bekk ( $p=0,007$ ). Í 9. bekk fannst við tvíkösta aðhvarfsgreiningu að fyrir hvern lífsstílsþátt þar sem farið var eftir leiðbeiningum um lífsstílsþætti minnkaði það líkurnar á að vera í yfirþyngd eða með offitu um 18%.

### Ályktun

Samkvæmt rannsókninni eykst hlutfall barna í ofþyngd og með offitu eftir því sem þau eldast og virðist það að borða ekki morgunmat, hreyfa sig ekki nóg og að sofa of lítið hafa marktæk áhrif þar á. Til að sporna við áframhaldandi þróun á yfirþyngd og offitu barna ætti að leggja áherslu á aukna fræðslu um forvarnargildi þessara þriggja þátta, einkum í eldri bekkjum, og gegna skólahjúkrunarfræðingar þar lykilhlutverki.

### Lykilorð:

Börn, ofþyngd, offita, lífsstílsþættir, skólaheilsugæsla.

## HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

**Nýjungar:** Ákveðnir lífsstílsþættir geta aukið áhættu barna og ungmenna á að verða of þungir eða of feit og má þar sérstaklega nefna svefn, hreyfingu og hvort morgunmatar sé neytt.

**Hagnýting:** Þyngdaraukning barna eykst á unglingsaldri og er það mikilvægt hlutverk skólahjúkrunarfræðinga að reyna að fyrirbyggja það að börn og unglingar þyngist of mikið og/eða of hratt.

**Þekking:** Niðurstöður rannsóknarinnar dýpka þekkingu á þáttum sem leitt geta til yfirþyngdar og offitu hjá grunnskólabörnum.

### Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Mikilvægt er að endurmeta reglulega hvar þörfin á áherslu í fræðslu til grunnskólalabarna, (foreldra þeirra og skólanna) liggur til að gera starf skólahjúkrunarfræðinga sem skilvirkast.



## Höfundar

## ANNA STEFÁNSDÓTTIR

Heilbrigðisvísindasvið Háskólans  
á Akureyri og Heilbrigðisstofnun  
Suðurnesja

## ÁRÚN K. SIGURDARDÓTTIR

Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á  
Akureyri og Deild mennta og vísinda á  
Sjúkrahúsinu á Akureyri

## KJARTAN ÓLAFSSON

Hug- og félagsvísindasvið Háskólans  
á Akureyri

# Holdafar grunnskólabarna á Suðurnesjum og tengsl við lífsstílsþætti

## INNGANGUR

Offita er orðið eitt stærsta heilsufarsvandamálið í heiminum og hefur Alþjóðaheilbrigðisstofnunin lýst yfir heimsfaraldri vegna þess. Sérstakt áhyggjuefni er aukning á ofþyngd meðal barna en árið 2016 voru um 18% barna í heiminum of þung og er það aukning um þriðjung frá árinu 1975 þegar hlutfallið var 4%. Árið 1975 var einungis rétt undir 1% barna á aldrinum fimm til 19 ára sem voru of feit en árið 2016 var hlutfallið komið í um 7% (WHO, 2016). Í rannsókn Brynhildar Briem (1999) á breytingum á hæð og þyngd meðal níu ára barna í Reykjavík kom í ljós að hlutfall ofþyngdar og offitu jókst frá árinu 1958 til 1998 úr 6,5% í 23,7%. Samkvæmt niðurstöðum mælinga í heilsuvernd skólabarna á höfuðborgarsvæðinu frá árinu 2004 til 2012 hægðist á þyngdaraukningunni og hlutfall of þungra og feitra barna í 1., 4., 7. og 9. bekk stóð nánast í stað. Hlutfall of þungra barna í 1., 4., 7. og 9. bekk var 21% árið 2012, þar af var 4,7% barnanna með offitu (Stefán Hrafn Jónsson, o.fl., 2013). Samkvæmt óbirtum niðurstöðum mælinga skólasviðs Þróunarstofu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins frá skólaárinu 2018-2019 voru að meðaltali um 23% grunnskólabarna á Íslandi of þung, þar af voru 5,8% of feit. Á Suðurnesjum var hlutfallið nokkuð hærra. Hlutfall barna í yfirþyngd var um 28% og hafði aukist um 3% frá 2014-2019. Þá jókst hlutfall of feitra stúlkna um 0,9% í 7,1% og of feitra drengja um 5,4% í 12% (Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, 2019).

Í heilsuvernd skólabarna hérlendis eru viðmið Cole o.fl. (2000) notuð við mat á líkamsþyngdarstuðli barna (Stefán Hrafn Jónsson o.fl., 2011). Viðmiðin eru kynjaskipt og sett fram fyrir börn á aldrinum tveggja til 18 ára, notuð eru heil og hálf aldursár barna, reiknuð út frá fæðingardegi og skráningardegi mælinga. Ef aldurstengdur líkamsþyngdarstuðull (LPS) barna frá fimm til nítján ára er einu staðalfrávikum fyrir ofan meðaltal eru þau almennt talin vera of þung en of feit ef þau eru tveimur og hálfu staðalfrávikum fyrir ofan meðaltal (Cole o.fl., 2000).

Offita snemma á lífsleiðinni getur haft margvíslegar afleiðingar og eykur líkur á ýmsum sjúkdómum síðar á lífsleiðinni svo sem hjarta- og æðasjúkdómum, háþrýstingi, sykursýki og stoðkerfisvandamálum auk lungnasjúkdóma og kæfisvefns (Andersen o.fl., 2016; Brady, 2017; Weihrauch-Blüher o.fl., 2019). Rannsóknir sýna að hátt LPS og hátt hlutfall fituvefs hjá börnum eykur hættu á D-vítamín- og járnskorti (Weihrauch-Blüher o.fl., 2019). Ofþyngd fylgir börnum gjarnan yfir á fullorðinsár en um helmingur of feitra barna eru enn of feit á unglingsárum auk þess sem þau eru fimm sinnum líklegri til að vera enn með offitu þegar komið er á fullorðinsár samanborið við börn sem ekki eru of feit (Simmonds o.fl., 2016). Þá eru sálrænar afleiðingar sem fylgja offitu barna ekki síður algengar en líkamlegar afleiðingar svo sem lágt sjálfsmat, þunglyndi, kvíði, lélegri frammistaða í skóla og fleiri tilfinninga- og hegðunarvandamál (Sagar og Gupta, 2018; Topcu o.fl., 2016).

Margt bendir til þess að tengsl séu á milli ofþyngdar hjá börnum og ýmissa lífsstíls- og umhverfisþátta. Samkvæmt skýrslu OECD (2019) um byrði offitu kemur fram að allt að 50% fólks borðar ekki nógu heilsusamlega fæðu samkvæmt alþjóðlegum ráðleggingum og einn af þremur hreyfir sig ekki nóg því um 40% af vökutíma er eytt í kyrrsetu. Erfðir og sjúkdómar geta haft áhrif á þróun offitu en eru þó sjaldan orsök hennar en erfðagallar hafa sýnt sig að skýra aðeins um eitt prósent tilfella offitu barna (Ells o.fl., 2005).

Mikilvægt er að stunda reglulega hreyfingu, ekki eingöngu til að fyrirbyggja ýmsa sjúkdóma, heldur einnig til að öðlast meiri líkamshreyfingu, vellíðan og betri lífsgæði. Í ráðleggingum Lýðheilsustöðvar (2008) um hreyfingu kemur fram að börn ættu að hreyfa sig í að minnsta kosti 60 mínútur á dag. Rannsókn Santos o.fl. (2019) sýndi að börn sem stunduðu einhvers konar hreyfingu einu sinni til þrisvar í viku voru í 69% minni hættu á að vera of feit og börn sem stunduðu hreyfingu fjórum til sex sinnum í viku voru í 78% minni hættu en þau börn sem ekki stunduðu neina hreyfingu.

Rannsóknir hafa sýnt fram á sterk tengsl milli þess að borða ekki morgunmat og að vera í yfirþyngd eða með offitu (Koca o.fl., 2017; Okada o.fl., 2018). Tengsl gosneyslu og offitu barna eru þekkt auk þess sem áhætta á að þróa með sér sykursýki af gerð 2 og ýmsa aðra sjúkdóma er aukin hjá börnum með offitu (Elva Gísladóttir og Hólmfríður Þorgeirsdóttir, 2015; Vos o.fl., 2016). Samkvæmt lýðheilsuvísí frá árinu 2018 kom fram að gosdrykkja, bæði barna og fullorðinna, er meiri á Suðurnesjum en annars staðar á landinu (Embætti landlæknis, 2018). Bandarísku hjartasamtökin (2016) hafa gefið út ráðleggingar sem viðbrögð við þeirri þróun sem orðið hefur á undanförunum áratugum þar sem fram kemur að börn og unglingar ættu að takmarka neyslu sína á sykrudrum drykkjum í einn eða færri drykk á viku (um 250 ml).

Í kanadískri rannsókn þar sem þátttakendur voru tveggja til 18 ára börn (n=217) með offitu kom í ljós að 76% þeirra voru með D-vítamínskort og voru sterk tengsl milli mittismáls barnanna og skorts á D-vítamíni auk þess sem þau voru í aukinni hættu á háþrýstingi og skertri insúlínstjórnun í líkamanum (McDonald o.fl., 2017). Rannsókn Giannios o.fl. (2018), sem gerð var í Grikklandi (n=232), gaf til kynna að D-vítamínjörð geti dregið úr offitu barna og þar með einnig hættu á heilsufarsvanda svo sem hjarta- og æðasjúkdómum og sykursýki. Líkamsþyngdarstuðull barna sem tóku þátt í rannsókninni lækkaði umtalsvert með aukinni inntöku á D-vítamíni í 12 mánuði. Þetta gefur ákveðna vísbendingu um að D-vítamínjörð geti haft jákvæð áhrif í meðferð barna með ofþyngd og offitu.

Vísbendingar eru um að börn og fullorðnir á Íslandi fái of lítinn svefn og eigum við það sameiginlegt með fleiri vestrænum þjóðum (Litsfeldt o.fl., 2020). Í lýðheilsuvísí frá árinu 2019 kemur fram að hlutfallslega flestir fullorðnir íbúar á Suðurnesjum sofa of stutt (Embætti landlæknis, 2019). Of lítill svefn hefur fjölmargar líkamlegar og sálrænar afleiðingar bæði hjá börnum og fullorðnum. Svefn er ekki síst mikilvægur þegar kemur að alhliða þroska barna og mikilvægur öllum lífverum en skortur á svefni hefur neikvæðar afleiðingar fyrir efnaskipti, ónæmi og innkirtlastarfsemi líkamans sem getur leitt til ofþyngdar og offitu (Miller og Cappuccio, 2013). Samkvæmt ráðleggingum svefnmiðstöðvar í Bandaríkjunum (The National Sleep Foundation) er æskilegt að börn á aldrinum 6-13 ára fái 9-11 klukkustunda svefn og unglingar átta til tíu klukkustunda svefn (Hirshkowitz, o.fl., 2015). Hins vegar hefur komið í ljós að þriðjungur 12-14 ára og yfir helmingur 15-17 ára unglinga fá minna en sjö klukkustunda svefn á nóttunni (Bash o.fl., 2014). Rannsóknir sýna samband milli of lítills svefns og ofþyngdar og offitu hjá börnum á öllum aldri (Weihrach-Blüher o.fl., 2019). Í rannsókn Litsfeldt o.fl. (2020) sem gerð var í Svíþjóð kom í ljós að samband reyndist vera á milli þess að sofa skemur

en sjö klukkustundir/nótt og yfirþyngdar og offitu hjá 13-15 ára unglingum. Í íslenskri rannsókn var hvíldartími unglinga í 10. bekk borinn saman við ráðlagðan svefntíma, það er að segja minnst átta tíma nætursvefn. Niðurstöðurnar sýndu að einungis 5,0% drengja og 19,8% stúlkna náðu ráðlögðum hvíldartíma og bæði stúlkur og drengir sváfu skemur á skóládögum en á frídögum. Á frídögum náðu 68,9% drengja og 65,6% stúlkna ráðlögðum hvíldartíma fyrir unglinga (Vaka Rögnvaldsdóttir o.fl., 2018). Af þessu má álykta að íslenskir unglingar fá ekki nægan svefn og mögulega getur það, að hluta til, útskýrt auknið algengi á ofþyngd og offitu.

Embætti landlæknis hefur á undanförunum árum stuðlað markvisst að heilsueflandi starfi í skólum með margvíslegu forvarnar- og heilsueflingarstarfi. Gefnar hafa verið út leiðbeiningar um heilsuvernd grunnskólabarna sem skólahjúkrunarfræðingar starfa eftir og er markmiðið að efla heilbrigði nemenda og stuðla að vellíðan þeirra. Leiðbeiningarnar ná til helstu þátta sem tengjast heilsuvernd barna í grunnskólum og er þess vænst að notkun þeirra auki gæði í heilsuvernd grunnskólabarna. Störf skólahjúkrunarfræðinga fela meðal annars í sér forvarnir, skimanir, heilsueflingu, fræðslu, bólusetningar, ráðgjöf og umönnun grunnskólabarna með bráð og langvinn veikindi (Embætti landlæknis, 2014; Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, e.d.). Ekki fundust margar íslenskar rannsóknir um tengsl lífsstíls og holdafars grunnskólabarna en vitað er að ofþyngd og offita er vandamál meðal grunnskólabarna og þá ekki síst á Suðurnesjum. Mikilvægt er að greina hvaða lífsstílsþættir hafa tengsl við offitu og ofþyngd til að inngríp skólahjúkrunarfræðinga í lífsstíl grunnskólabarna til að bæta heilsufar þeirra verði sem markvissast.

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna holdafar grunnskólabarna á Suðurnesjum skólaárið 2019-2020 og tengsl við lífsstílsþættina matar- og drykkjarvenjur, D-vítamíninntöku, líkamlega hreyfingu og svefn.

## AÐFERÐ

Megindleg, lýsandi þversniðsrannsókn (e. descriptive study design).

### Þátttakendur

Í þýðinu (N=1430) voru nemendur í 1., 4., 7. og 9. bekk í öllum 11 grunnskólum á Suðurnesjum skólaárið 2019-2020 en úrtakið var 1.402 nemendur. Skilyrði fyrir þátttöku voru að nemendur hefðu verið hæðar- og þyngdarmældir og skráning væri til um það í sjúkraskrárkerfinu ásamt grunnupplýsingum úr lífsstílsviðtali við skólahjúkrunarfræðing. Alls uppfylltu 1.402 nemendur þessi skilyrði. Gögn þeirra nemenda sem skilgreindir voru í yfirþyngd eða með offitu samkvæmt mælingum voru greind nánar (n=447).

### Gagnaöflun

Gagna fyrir rannsóknina var aflað úr Ískrá sem er rafrænt sjúkraskrárkerfi heilsugæslunnar. Í heilsuvernd skólabarna er sjúkraskrárkerfið Ískrá notað við skráningu en það var innleitt á höfuðborgarsvæðinu veturinn 2002-2003 og er

nú notað á landinu öllu. Í Ískrá eru skráðar upplýsingar um nemendur, heilsufarsleg vandamál þeirra, reglubundið eftirlit, samskipti þeirra og foreldra/forráðamanna við starfsfólk í heilsuvernd skólalabarna, forvarnir, fræðslu og skimanir sem skólahjúkrunarfræðingar sinna. Skólahjúkrunarfræðingar skima alla nemendur í 1., 4., 7. og 9. bekk og hæðar- og þyngdarmælingar eru gerðar hjá þeim auk sjónmælinga og eru niðurstöður skráðar í Ískrá sem veitir góða yfirsýn yfir og heldur utan um upplýsingar er varða heilsufar nemenda. Í kjölfar mælinga er líkamsþyngdarstuðull nemenda reiknaður þar sem viðmið Cole o.fl. (2000) eru notuð og frávik metin. Einnig eru tekin lífsstílsviðtöl við börn í þessum sömu árgöngum og eru þau hugsuð sem mat á fræðsluþörf. Fyrirmynd lífsstílsviðtala kemur frá Norðurlöndum þar sem víða eru notaðar sambærilegar spurningar. En spurningarnar hér á landi voru útbúnar af starfshópi innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

### Framkvæmd

Rannsóknin byggir á grunnupplýsingum úr lífsstílsviðtölum skólahjúkrunarfræðinga við nemendur í 1., 4., 7. og 9. bekk auk niðurstaðna hæðar- og þyngdarmælinga sem skráðar eru í sjúkraskrárkerfið Ískrá. Gögnin eru fyrir skólaárið 2019-2020 og voru skráð í Excel-gagnagrunn og fengu nemendur rannsóknarnúmer. Þeir flokkast eftir litum í sjúkraskrárkerfi Ískrár eftir því hvort þeir eru í undirþyngd=blár, kjörþyngd=grænn, yfirþyngd=gulur eða ofþyngd=rauður. Við flokkun er notast við viðmiðin Cole o.fl. (2000) en þau eru kynjaskipt og notuð eru heil og hálf aldursár barna, reiknuð út frá fæðingardegi og skráningardegi mælinga. Börn á aldrinum fimm til níttján ára eru almennt talin vera of þung ef aldurstengdur LBS þeirra er einu staðalfrávik fyrir ofan meðaltal en of feit ef þau eru tveimur og hálfu staðalfrávik fyrir ofan meðaltal (Cole o.fl., 2000). Rannsóknarbreyturnar voru settar upp í gagnagrunn rannsóknar og gildi þeirra skráð við rannsóknarnúmer hvers nemanda. Rannsóknin takmarkaðist við þær spurningar úr lífsstílsviðtölum sem tengdust mataræði, hreyfingu og hvíld, og sem var spurt um í að minnsta kosti þremur af fjórum árgöngum sem skimað var í.

### Rannsóknarbreytur

Líkamsþyngdarstuðull (LBS) nemenda í 1., 4., 7. og 9. bekk, aldur og kyn. Til viðbótar eru 11 spurningar um lífsstílsþætti sem eru viðtalsrammi lífsstílsviðtala og flokkast í þrjá þætti. A) spurningar sem tengjast mataræði: Borðaðir þú morgunmat í morgun? (já/nei); Tókst þú lýsi eða D-vítamín í morgun? (já/nei); Hversu oft í viku drekkur þú gosdrykk? 0-1x/viku, 2-3x/viku, 4-5x/viku, 6-7x/viku. B) spurningar sem tengjast hreyfingu: Hvernig komst þú í skólann í morgun? Gangandi/hjólandi/á bíl; æfir þú einhverjar íþróttir? (1. og 4. bekkur) (já/nei); hversu oft í viku æfir þú íþróttir eða stundar reglulega hreyfingu? (7. og 9. bekkur) 0-1x/viku, 2-3x/viku, 4-5x/viku, 6-7x/viku. C) Spurningar sem tengjast svefni/hvíld: Hvenær áttu að fara að sofa þegar það er skóli daginn eftir? Fyrir 1. og 4. bekk; fyrir kl 21, kl 21-22, eftir kl 22, veit ekki. Fyrir 7. og 9. bekk: Hvenær ferð þú venjulega að sofa á kvöldin þegar það er skóli daginn eftir? Fyrir kl 22, kl 22-23, kl 23-24, eftir kl 24. Þessu til viðbótar eru nemendur í 4., 7. og 9. bekk spurðir að: Gengur þér vel að sofna á kvöldin? Finnur þú fyrir þreytu á daginn? Með svarmöguleikum, Aldrei – Sjaldan – Stundum – Oftast – Alltaf. Gengið var út frá leiðbeiningum um heilsuhegðun: Að borða morgunmat, taka Lýsi/D-vítamín,

drekka gos-/orkudrykk sjaldnar en x1/viku, ganga/hjóla í skólann, æfa íþróttir eða stunda hreyfingu í 60 mínútur á dag, fari að sofa kl 21 eða fyrr í 1. og 4. bekk, fara að sofa kl 22 eða fyrr í 7. og 9. bekk.

### Greining gagna

Lýsandi og ályktunartölfræði var notuð. Tíðnitölur og hlutföll voru notuð við lýsingu á úrtakinu. Kíkvaðratpróf var notað til að kanna hvort ákveðnir lífsstílsþættir hafi áhrif á það hvort nemendur eru í yfirþyngd eða offitu. Í tölfræðiútreikningum voru nemendur í ofþyngd og með offitu settir í einn hóp og kannað hvort fylgni væri milli lífsstílsþátta og þess að vera í yfirþyngd eða með offitu. Til að skoða nánar tengsl milli líkamsþyngdar og lífsstílsþátta var búinn til kvarði þar sem lagður var saman fjöldi jákvæðra lífsstílsþátta sem nemendur uppfylltu og framkvæmd tvíkosta aðhvarfsgreining þar sem yfirþyngd og offita var fylgibreyta en fjöldi jákvæðra lífsstílsþátta var frumbreyta. Marktektarmörk voru miðuð við  $p=0,05$ .

Við skráningu og úrvinnslu gagna var töflureiknirinn Excel og tölfræðiforritið SPSS (útgáfa 27) notað.

### Siðfræði

Leyfi fyrir rannsókninni fékkst frá Vísindasiðanefnd. Engin persónuauðkenni voru í þeim gögnum sem notuð voru í rannsókninni.

## NIÐURSTÖÐUR

Alls voru 1.402 nemendur í 1., 4., 7. og 9. bekk í grunnskólum á Suðurnesjum skimaðir skólaárið 2019-2020. Af þeim voru alls 447 nemendur (32%) sem reyndust of þungir eða of feitir. Þar af voru 284 nemendur (20%) í yfirþyngd og 163 (12%) með offitu.

Tafla 1 sýnir hlutfall og tíðni nemenda eftir bekkjum sem eru í undir-, kjör- og yfirþyngd og þeirra sem eru með offitu, flokkað eftir kyni og bekk. Þar sést að hlutfall nemenda í yfirþyngd er hæst í 7. bekk (23%), hjá stúlkum í 7. bekk (24%) og þar á eftir hjá drengjum í 7. bekk (22%) og stúlkum í 4. bekk (22%). Hæsta hlutfall nemenda með offitu sést í 9. bekk (14%), en hjá drengjum í 9. bekk (17%) og þar á eftir hjá drengjum í 7. bekk (16%). Hjá stúlkum er hlutfallið jafnt í 1., 7. og 9. bekk með 10% og 9% í 4. bekk og er það lægra en hjá drengjum.

Í töflu 2 sést að þegar athugað var hvort munur væri á þyngd nemenda eftir þáttum sem tengdust mataræði kom í ljós að eini þátturinn í þeim flokki sem hefur tölfræðileg marktæk áhrif er hvort borðaður er morgunmat eða ekki ( $p=0,004$ ). Marktækt færri nemendur sem borðuðu morgunmat voru í yfirþyngd eða með offitu en þeir sem ekki borðuðu morgunmat. Inntaka á lýsi/D-vítamíni ( $p=0,407$ ) og tíðni gosdrykkjaneyslu í 4. bekk ( $p=0,483$ ) og gos- og orkudrykkjaneyslu í 7. og 9. bekk ( $p=0,501$ ) hafði ekki marktæk áhrif á þyngd.

Tafla 3 sýnir mun á þyngd nemenda eftir þáttum sem tengjast hreyfingu. Í ljós kom að íþróttaiðkun/regluleg hreyfing hjá nemendum í 7. og 9. bekk ( $p=0,013$ ) tengist marktækt minni

Tafla 1. Hlutfall og fjöldi nemenda í undirþyngd, kjörþyngd, yfirþyngd og með offitu og hlutföll innan bekkja eftir kyni.

	1. bekkur % n	4. bekkur % n	7. bekkur % n	9. bekkur % n	Samtals
<b>Undirþyngd</b>	1% (4/331)	1% (0/381)	1% (2/366)	1% (4/324)	0,8%
Drengir	2% (3/157)	1% (1/203)	1% (1/183)	1% (2/170)	(11/1402)
Stúlkur	1% (1/174)	0% (0/178)	1% (1/183)	1% (2/154)	
<b>Kjörþyngd</b>	71% (235/331)	69% (261/381)	63% (231/366)	67% (217/324)	67,3%
Drengir	70% (111/157)	68% (138/203)	61% (111/183)	64% (108/170)	(944/1402)
Stúlkur	71% (124/174)	69% (123/178)	66% (120/183)	71% (109/154)	
<b>Yfirþyngd</b>	19% (62/331)	21% (79/381)	23% (84/366)	18% (59/324)	20,3%
Drengir	19% (30/157)	20% (40/203)	22% (41/183)	19% (32/170)	(284/1402)
Stúlkur	18% (32/174)	22% (39/178)	24% (43/183)	18% (27/154)	
<b>Offita</b>	9% (30/331)	11% (40/381)	13% (49/366)	14% (44/324)	11,6%
Drengir	8% (13/157)	12% (24/203)	16% (30/183)	17% (28/170)	(163/1402)
Stúlkur	10% (17/174)	9% (16/178)	10% (19/183)	10% (16/154)	
<b>Samtals</b>	<b>100% (331)</b>	<b>100% (381)</b>	<b>100% (366)</b>	<b>100% (324)</b>	<b>1402</b>

Tafla 2. Hlutfall og fjöldi nemenda í yfirþyngd og með offitu eftir því hvort þeir borðuðu morgunmat, tóku Lýsi/D-vítamín og hversu oft í viku þeir drukku gos-/orkudrykk, greint eftir bekkjum.

Mataræði	1. bekkur		4. bekkur		7. bekkur		9. bekkur		p-gildi	
	Strákar % n	Stelpur % n	Strákar % n	Stelpur % n	Strákar % n	Stelpur % n	Strákar % n	Stelpur % n		
<b>Borðuðu morgunmat í morgun</b>	Já	27% (37)	28% (44)	30% (53)	32% (48)	37% (54)	35% (53)	30% (34)	22% (20)	0,004*
	Nei	38% (5)	28% (5)	48% (11)	27% (7)	54% (13)	29% (9)	45% (25)	38% (23)	
<b>Tóku Lýsi/D-vítamín</b>	Já	29% (22)	22% (18)	30% (26)	28% (29)	36% (31)	33% (30)	36% (24)	32% (18)	0,407
	Nei	26% (20)	34% (31)	33% (38)	36% (26)	42% (40)	35% (32)	34% (35)	26% (25)	
<b>Gosdrykkja pr/viku (4. bekk)</b>	0-1x				33% (45)	31% (41)				0,483
	2-3x				32% (17)	32% (11)				
	4-5x				13% (1)	40% (2)				
	6-7x				25% (1)	50% (1)				
<b>Gos/orkudr. Pr/viku (7. og 9. bekk)</b>	0-1x				36% (42)	34% (50)		30% (24)	27% (27)	0,501
	2-3x				42% (22)	31% (8)		42% (24)	27% (10)	
	4-5x				67% (4)	0% (0)		38% (6)	44% (4)	
	6-7x				50% (3)	50% (3)		31% (5)	50% (2)	

\* p-gildi fengið með kí-kvaðratprófi.

Tafla 3. Hlutfall og fjöldi nemenda í yfirþyngd og með offitu eftir því hvort og hve oft þeir æfa íþróttir og hvernig þeir koma til skóla eftir kyni, greint eftir bekkjum.

Hreyfing	1. bekkur		4. bekkur		7. bekkur		9. bekkur		p-gildi	
	Strákar % n	Stelpur % n	Strákar % n	Stelpur % n	Strákar % n	Stelpur % n	Strákar % n	Stelpur % n		
<b>Æfir íþróttir (1. og 4. bekk)</b>	Já	23% (22)	30% (32)	18% (45)	31% (41)					0,152
	Nei	31% (9)	22% (8)	44% (17)	32% (14)					
<b>Íþr./hreyf. Pr/viku (7. og 9. bekk)</b>	0-1x				45% (8)	50% (8)		28% (11)	41% (12)	0,013*
	2-3x				38% (27)	35% (25)		47% (27)	25% (11)	
	4-5x				39% (26)	38% (19)		34% (17)	27% (14)	
	6-7x				37% (10)	22% (10)		25% (5)	22% (6)	
<b>Ferðamáti í skólann</b>	Gengur/hjólár	22% (16)	25% (16)	34% (40)	33% (37)	37% (51)	36% (43)	32% (30)	27% (22)	0,568
	Á bíl	32% (24)	30% (33)	28% (24)	28% (24)	47% (20)	30% (19)	41% (30)	31% (21)	

\* p-gildi fengið með kí-kvaðratprófi.

þyngd. Marktækt færri börn sem æfðu íþróttir eða stunduðu reglulega hreyfingu í 7. og 9. bekk voru of þung eða feit en þau sem ekki gerðu það. Ekki sáust marktæk áhrif á þyngd eftir því hvort nemendur í 1. og 4. bekk æfðu íþróttir (p=0,152) eða hver ferðamáti þeirra í skólann var (p=0,568).

Þegar skoðað var hvort svefn hefði áhrif á þyngd nemenda (tafla 4) sást að nemendur sem náðu viðmiðum um hvíldartíma voru marktækt ólíklegri til að vera í yfirþyngd eða með offitu bæði í 1. og 4. bekk (p=0,001) og í 7. og 9. bekk (p=0,007). Ekki voru marktæk áhrif á þyngd eftir því hvort nemendur sögðu að þeim gengi vel að sofna á kvöldin

(p=0,205) eða ekki eða hvort þau sögðust finna til þreytu á daginn (p=0,767).

Þegar einföld fylgni milli þyngdarflokka og lífsstílsþátta var skoðuð, kom í ljós væg marktæk fylgni við þyngdarflokka eftir því hvort nemendur borðuðu morgunmat (r=0,09), hreyfðu sig í 7. og 9. bekk (r=0,11) og gengi vel að sofna á kvöldin (r=0,07) og voru þeir nemendur ólíklegri til að vera of þungir eða feitir. Mest var fylgnin á milli þess hvort nemendum gangi vel að sofna á kvöldin og hvort þeir finna fyrir þreytu á daginn (r=-0,36) sem þýðir að nemendur eru síður þreyttir á daginn ef þeim gengur vel að sofna á kvöldin. Fylgnin á milli

Tafla 4. Hlutfall og fjöldi nemenda í yfirþyngd og með offitu greint eftir kyni, eftir því hvenær þeir fara að sofa á kvöldin, hvort þeim gangi vel að sofa á kvöldin og hvort þeir finni fyrir breytu á daginn, greint eftir bekkjum.

Hvöld		1. bekkur		4. bekkur		7. bekkur		9. bekkur		p-gildi		
		Strákar %	Stelpur n	Strákar %	Stelpur n	Strákar %	Stelpur n	Strákar %	Stelpur n			
Á að fara að sofa (1. og 4. b)	Fyrir kl 21	27%	(29)	28%	(36)	23%	(24)	27%	(28)	0,001*		
	Kl 21-22	45%	(11)	45%	(9)	42%	(37)	40%	(25)			
	Eftir kl 22	0%	(0)	0%	(0)	17%	(1)	0%	(0)			
	Veit ekki	14%	(3)	17%	(4)	25%	(1)	33%	(33)			
Fer venjulega að sofa (7. og 9. bekk)	Fyrir kl 22					40%	(37)	34%	(40)	0,007*		
	Kl 22-23					35%	(28)	35%	(18)			
	Kl 23-24					38%	(3)	25%	(2)			
	Eftir kl 24					0%	(0)	51%	(1)			
Gengur vel að sofa á kvöldin?	Aldrei			50%	(2)	0%	(0)	100%	(2)	40%	(2)	0,205
	Sjaldan			38%	(8)	33%	(3)	50%	(3)	33%	(3)	
	Stundum			34%	(24)	31%	(17)	32%	(18)	34%	(21)	
	Oft			25%	(10)	29%	(13)	37%	(27)	32%	(25)	
	Alltaf			30%	(20)	32%	(22)	40%	(27)	32%	(20)	
Finnur þú fyrir þreytu á daginn?	Aldrei			23%	(10)	36%	(16)	33%	(15)	20%	(11)	0,767
	Sjaldan			31%	(16)	30%	(13)	26%	(9)	36%	(19)	
	Stundum			33%	(28)	31%	(24)	47%	(40)	34%	(26)	
	Oft			44%	(8)	17%	(2)	33%	(4)	25%	(1)	
	Alltaf			40%	(2)	0%	(0)	0%	(0)	60%	(3)	

\* p-gildi fengið með kí-kvaðratprófi.

Tafla 5. Tvíkosta aðhvarfsgreining á líkamsþyngdarstuðli og lífsstílsþáttum, greint eftir bekkjum.

	1. bekkur		4. bekkur		7. bekkur		9. bekkur	
	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P
Borða morgunmat	1,13	0,81	0,89	0,74	0,96	0,89	0,51	0,02
Taka Lýsi/D-vítamín	0,90	0,71	0,90	0,65	0,85	0,48	1,62	0,07
Drekka gos/orkudrykki < x1/viku			1,03	0,91	0,84	0,51	0,80	0,39
Ganga eða hjóla í skólann	0,57	0,06	1,30	0,27	1,06	0,84	0,78	0,32
Æfa íþróttir/stunda reglulega hreyfingu	1,20	0,60	0,81	0,45	0,70	0,16	0,75	0,33
Fara að sofa nógu snemma	1,12	0,72	0,54	0,01	1,16	0,53	0,54	0,25
Cox & Snell R Square	0,02		0,03		0,01		0,05	
Nagelkerke R Square	0,02		0,04		0,02		0,07	
Chi-sqr	4,01		11,2		4,3		15,09	

Tafla 6. Tvíkosta aðhvarfsgreining á líkamsþyngdarstuðli og fjölda lífsstílsþátta þar sem farið er eftir leiðbeiningum, greint eftir bekkjum.

	1. bekkur		4. bekkur		7. bekkur		9. bekkur	
	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P	Exp(B)	P
Fjöldi atriða sem eru eftir leiðbeiningum	0,83	0,09	0,88	0,12	0,92	0,31	0,82	0,03
Cox & Snell R Square	0,01		0,01		0,01		0,02	
Nagelkerke R Square	0,01		0,01		0,01		0,03	
Chi-sqr	2,88		2,51		2		6,95	

Þess hvenær nemendur í 7. og 9. bekk fara að sofa og hvort þeir borði morgunmat var marktæk neikvæð ( $r=-0,32$ ). Þau sem borða morgunmat fara frekar seinna að sofa og þau sem drekka gos sjaldan fara frekar fyrir að sofa ( $r=0,31$ ). Þá sást einnig fylgni á milli þess hvort nemendur borði morgunmat og hvort þau taki lýsi/D-vítamín ( $r=0,23$ ) og hvort þau drekki gos (neikvæð fylgni) ( $r=-0,22$ ), þau sem borða morgunmat taka frekar Lýsi/D-vítamín og drekka sjaldnar gos.

Í töflu 5 sést hvaða lífsstílsþættir hafa áhrif á það að vera í yfirþyngd eða með offitu í hverjum bekk af þeim fjórum sem um ræðir og jafnframt hvaða áhrif það hefur á líkur á því að vera í yfirþyngd eða með offitu að fylgja ráðleggingum um

lífsstíl. Fram kemur að í 1. bekk hefur enginn þáttur marktæk áhrif á þyngd. Í 4. bekk hefur það að fara nógu snemma að sofa marktæk áhrif á þyngd sem þýðir að fari nemendur að sofa klukkan 21 eða fyrr eru þeir ólíklegri til að vera of þung eða með offitu. Hjá nemendum í 7. bekk komu ekki fram marktæk áhrif. Í 9. bekk sást að borði nemendur morgunmat eru þeir marktækt ólíklegri til að vera of þungir eða feitir.

Í töflu 6 koma fram líkur á því að vera í yfirþyngd eða með offitu ef leiðbeiningum um heilsuhegðun er fylgt. Það reyndist marktækt eingöngu í 9. bekk ( $p=0,03$ ). Þar sést að fyrir hvern lífsstílsþátt sem farið er eftir leiðbeiningum minnkar það líkurnar á að vera í yfirþyngd eða með offitu um 18%.

## UMRÆÐA

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að umtalsverður fjöldi barna á Suðurnesjum er of þungur (20%) og of feitur (12%) og er hlutfall of feitra mun hærra en meðaltalið hefur verið á landsvísi en skólaárið 2018-2019 var það 23% of þungir og 6% of feitir (Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins, 2019). Þegar horft var til tengsla lífsstíls nemendanna við yfirþyngd og offitu voru mest tengsl í 9. bekk þar sem að fylgja ráðleggingum dró úr líkum á offitu. Einnig kom í ljós að nemendur sem borðuðu morgunmat voru marktækt sjaldnar of þungir eða feitir og er það í samræmi við rannsóknir sem hafa sýnt fram á sterk tengsl milli þess að borða ekki morgunmat og að vera í yfirþyngd eða með offitu (Koca o.fl., 2017; Okada o.fl., 2018). Rannsókn Santos o.fl. (2019) sýndi fram á að börn sem stunduðu einhvers konar hreyfingu voru í mun minni hættu á að vera of feit en börn sem ekki stunda neina hreyfingu. Í þessari rannsókn var slíkt samband eingöngu marktækt hjá nemendum í 7. og 9. bekk. Þá kom fram í þessari rannsókn að nemendur sem náðu viðmiðum um hvíldartíma voru marktækt ólíklegri til að vera of þung eða feit. Er það samhljóma rannsóknum Litsfeld o.fl. (2020) og Weihrauch-Blüher o.fl. (2019) sem fundu marktækt samband milli of lítills svefns og offitu hjá börnum á öllum aldri. Hins vegar sýndi rannsókn Vöku Rögnvaldsdóttur o.fl. (2018) að eingöngu 19,8% stúlkna og 5% drengja ná viðmiðum um ráðlagðan hvíldartíma. Það er því ljóst að mikill meirihluti íslenskra barna fær ekki nægan svefn sem er áhyggjuefni og nauðsynlegt er að bregðast við því.

Ekki kom fram marktækur munur á þyngd eftir gosdrykkjaneyslu sem er ólíkt því sem kom fram í rannsókn Bes-Rastrollo o.fl. (2016) sem sýndi bein tengsl á milli neyslu á sykrudum gosdrykkjum og offitu. Auk þess komu ekki fram marktæk tengsl milli Lýsis- og D-vítamíninntöku og offitu en rannsókn Giannios o.fl. (2018) gefur til kynna að D-vítamínþjóf gæti dregið úr offitu barna.

Margir samverkandi þættir hafa áhrif á ofþyngd hjá börnum og því brýnt að samfélagið í heild í samstarfi við skólana, einblíni á orsakir vandans með áherslu á bætt mataræði og aukna hreyfingu sem talið er vega þyngst í baráttunni við að draga úr yfirþyngd og offitu (Sahoo, o.fl., 2015). Börn læra það sem fyrir þeim er haft og á það einnig við um heilbrigðan lífsstíl. Talið er að ef foreldrar hvetja til heilbrigðra lífnaðarháttanna heima fyrir sé það stærsti áhrifavaldurinn og muni draga verulega úr ofþyngd barna og stuðla að heilbrigðara samfélagi í heild. Í rannsókninni kom fram að ólíklegri er að nemendur í 9. bekk fari eftir leiðbeiningum um heilsuhegðun en þeir yngri og skýrist það líklega af því að foreldrar hafa þá ekki eins mikið um hegðun að segja og hjá yngri nemendum.

Með samræmdri skráningu eins og Ískrá skapast möguleikar til að fá upplýsingar um heilsufar og heilbrigðisþjónustu fyrir öll börn á grunnskólaaldri og er því mikilvæg forsenda gæðapróunar þar sem grundvöllur skapast til að meta gæði þjónustunnar. Einnig veitir hún góða yfirsýn yfir starf skólahjúkrunarfræðinga og einstaklinginn sem nýtur þjónustunnar og skapar samfellu í þjónustunni.

Rannsóknin gefur til kynna ákveðnar vísbendingar um lífsstílsþætti sem orsakað geta aukningu á yfirþyngd og offitu

barna, einkum hjá börnum í efri bekkjum grunnskóla. Auk þess gefa niðurstöðurnar tilefni til að skoða hvort og hvar hægt sé að bæta þjónustu við börn í grunnskólum landsins. Grunnskólar gegna mikilvægu hlutverki hvað varðar að bregðast við þróun á offitu grunnskólabarna með því að stuðla að heilsusamlegri næringu, efla hreyfingu og sinna almennri heilbrigðisfræðslu (WHO, 2018) og gegna skólahjúkrunarfræðingar þar kylihlutverki. Nýta má þessa þekkingu og leggja áherslu á aukna fræðslu um forvarnargildi þeirra lífsstílsþátta sem sýna tengsl við yfirþyngd og offitu, einkum í eldri bekkjum grunnskóla.

Helsti styrkleiki rannsóknarinnar felst í því að gögn fengust um nánast alla nemendur úr umræddum árgöngum eða 1.402 af 1.430 nemendum sem samsvarar svarhlutfalli upp á 98%, sem er því nánast allt þýðið. Einnig er styrkleiki að gögnum er safnað af fagfólki og sama aðferð til gagnasöfnunar er notuð alls staðar. Takmörkun rannsóknarinnar er að einungis er gerð ein mæling hjá hverjum bekk og því ekki hægt að draga miklar ályktanir um orsakasamhengi af niðurstöðum. Til þess er frekari rannsókn þörf. Auk þess er það veikleiki í rannsókninni að líkamsþyngdarstuðull er takmarkaður mælikvarði á holdafari einn og sér en hann gefur ákveðna vísbendingu.

## ENGLISH SUMMARY

# Weight of primary school children in Suðurnes and connection with lifestyle factors

Stefansdóttir A, Sigurdardóttir AK and Olafsson K.

### Aim

Obesity in early life can have many consequences and obese children are more often diagnosed later in life, with various diseases than children at ideal weight. The aim of this study was to analyze lifestyle factors related to overweight and obesity among school-children in Suðurnes region and connection between overweight/obesity and lifestyle factors such as diet, D-vitamin intake, exercise and sleep.

### Method

The research design was descriptive cross-sectional. Data was obtained from Ískrá, the electronic medical registration system used by school nurses in Iceland. The study includes all school children in 1., 4., 7. and 9. grade in Suðurnes region, the school year 2019-2020.

### Results

The sample, 1402 children, was all school children that had measurements in Ískrá the school year 2019-2020. Out of them 447 were overweight/obese, where of 20% (n=284) were overweight, and 12% (n=163) obese. The highest proportion of overweight children was among girls in the 7th grade (24%) and the highest proportion of obese children was among boys in the 9th grade (17%). A

significant difference was seen according to weight if they ate breakfast ( $p=0,004$ ), if they practiced sports in the 7th and 9th grade, ( $p=0,013$ ) and hours of sleep in both 1st and 4th grade, ( $p=0,001$ ) and 7th and 9th grade ( $p=0,007$ ). In grade 9 it was demonstrated by using logistic regression, that for each positive lifestyle factor that was followed, the risk for overweight/obesity reduced by 18%.

### Conclusion

According to this research the proportion of children with overweight and obesity increases as the children get older, which can be related to not eating breakfast, not practicing sports and not getting enough sleep. In an effort, to prevent weight gain, the focus should be on increased education on the preventive value of the three factors, especially in the upper grades, and school nurses play a key role in that area.

### Keywords

Children, overweight, obesity, lifestyle factors, school nursing

**Correspondent:**  
annast@hss.is

## HEIMILDIR

- American Heart Association. (2016). Kids and added sugars: How much is too much? <https://www.heart.org/en/news/2018/05/01/kids-and-added-sugars-how-much-is-too-much>
- Andersen, I. G., Holm, J. C. og Homøe, P. (2016). Obstructive sleep apnea in obese children and adolescents, treatment methods and outcome of treatment – A systematic review. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 87, 190-197. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165587616301586>
- Bash, C. E., Bash, C. H., Ruggles, K. V. og Rajan, S. (2014). Prevalence of sleep duration on an average school night among 4 nationally representative successive samples of American high school students, 2007-2013. *Preventing Chronic Disease*, 11, E216. <https://doi.org/10.5888/pcd11.140383>
- Bes-Rastrollo, M., Sayon-Orea, C., Ruiz-Canela, M. og Martinez-Gonzalez, M.A. (2016). Impact of sugars and sugar taxation on body weight control: A comprehensive literature review. *Obesity*, 24(7), 1410-1426. doi: 10.1002/oby.21535
- Brady, T.M. (2017). Obesity-related hypertension in children. *Frontiers in Pediatrics*, 197(5), 1-7. doi: 10.3389/fped.2017.00197
- Brynhildur Briem. (1999). Breytingar á hæð og þyngd 9 ára skólabbarna í Reykjavík 1919- 1998. Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Cole, T. J., Bellizzi, M. C., Flegal, K. M. og Dietz, W. H. (2000). Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: International survey. *British Medical Journal*, 320, 1240-1243.
- Ells, L. J., Campbell, K., Lidstone, J., Kelly, S., Lang, R. og Summerbell, C. (2005). Prevention of childhood obesity. *Best Practice & Research Clinical Endocrinology & Metabolism* 19(3), 441-454. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1521690X05000400>
- Elva Gísladóttir og Hólmfríður Þorgeirsdóttir. (2015). Upplýsingar um sykurneyslu. Sótt á <https://www.landlaeknir.is/um-embattid/greinar/grein/item26131/upplysingar-um-sykurneyslu>
- Embætti landlæknis. (2014). Leiðbeiningar um heilsuvernd grunnskólabbarna. Sótt á <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/leidbeiningar-fyrirheilsugaeslu/heilsuvernd-grunnskolabbarna/>
- Embætti landlæknis. (2018). Lýðheilsuvisar 2018 – Suðurnes. Sótt á [https://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item35037/Lydeilsuvisar\\_2018\\_SUDURNES.pdf](https://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item35037/Lydeilsuvisar_2018_SUDURNES.pdf)
- Embætti landlæknis. (2019). Lýðheilsuvisar 2019 – Suðurnes. Sótt á [https://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item37388/Lydeilsuvisar\\_2019\\_SUDURNES.pdf](https://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item37388/Lydeilsuvisar_2019_SUDURNES.pdf)
- Giannios, C., Nicolaidis, N., Farakla, I., Papadopoulos, G., Gennitsaridi, S., Karamatsou, S., Kolaitis, G., Chrousos, G. og Charmandari, E. (2018). The effect of vitamin D supplementation on metabolic syndrome parameters in overweight and obese children and adolescents in Greece. *Hormone Research in Pediatrics* 82(1), 149.
- Heilsugaesla höfuðborgarsvæðisins. (2019). Heilsuvernd skólabbarna. Öbirt ársskýrsla 2018-2019.
- Heilsugaesla höfuðborgarsvæðisins. (e.d.). Heilsuvernd skólabbarna. Sótt á <https://www.heilsugaeslan.is/um-heilsugaesluna/thjonusta-a-heilsugaeslustodvum/heilsuverndskolabbarna>
- Hirshkowitz, M., Whiton, K., Albert, S.M., Alessi, C., Bruni, O., Don Carlos, L., ... Hillard, P.J.A. (2015). National Sleep Foundation's time duration recommendations: methodology and results summary. *Sleep Health*, 1(1), 40-43.
- Koca, T., Akcam, M., Serdaroglu, F. og Dereci, S. (2017). Breakfast habits, dairy product consumption, physical activity and their associations with body mass index in children aged 6-18. *European Journal of Pediatrics*, 176(9):1251-1257.
- Litsfeldt, S., Ward, T. M., Hagell, P. og Garmy, P. (2020). Association between sleep duration, obesity and school failure among adolescents. *The Journal of School Nursing*, 36(6):458-463. <https://doi.org/10.1177/1059840520901335>
- Lýðheilsustöð. (2008). Ráðleggingar um hreyfingu. Landlækniseimbættið. Sótt á [https://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item11179/NM30399\\_hreyfiradleggingar\\_baeklingur\\_lores\\_net.pdf](https://www.landlaeknir.is/servelet/file/store93/item11179/NM30399_hreyfiradleggingar_baeklingur_lores_net.pdf)
- McDonald, K., Godziuk, K., Yap, J., LaFrance, R., Ansarian, M., Hagg, A. og Mager D. R. (2017). Vitamin D status, cardiometabolic, liver, and mental health status in obese youth attending a pediatric weight management center. *Journal of Pediatric Gastroenterol Nutrition* 65(4), 462-466.
- Miller, M. og Cappuccio, F. (2013). Biomarkers of cardiovascular risk in sleep-deprived people. *Journal of Human Hypertension* 27(4), 583-588. doi:10.1038/jhh.2013.27
- OECD. (2019). The Heavy Burden of Obesity: The Economics of Prevention, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, Paris. doi:10.1787/67450d67-en
- Okada, C., Tabuchi, T. og Iso, H. (2018). Association between skipping breakfast in parents and children and childhood overweight/obesity among children: a nationwide 10.5-year prospective study in Japan. *International Journal of Obesity* 42(19), 1724-1732
- Sagar, R. og Gupta, T. (2018). Psychological aspects of obesity in children and adolescents. *Indian Journal of Pediatrics* 85, 554-559. <https://doi.org/10.1007/s12098-017-2539-2>
- Sahoo, K., Sahoo, B., Choudhury, A.K., Sofi, N.Y., Kumar, R. og Bhadoria, A.S. (2015). Childhood obesity: causes and consequences. *Journal of family medicine and primary care*, 4(2), 187-192. doi:10.4103/2249-4863.154628
- Santos, H., Reis, W.P., Ghamsary, M., Jackson, A. og Herring, P. (2019). Lifestyle and environmental factors associated with predictors of childhood obesity. *International Journal of Advanced Nutritional and Health Science*, 7(1), 313-324.
- Simmonds, M., Llewellyn, A., Owen, C. G. og Woolacott, N. (2016). Predicting adult obesity from childhood obesity: A systematic review and meta-analysis. *Obesity Reviews*, 17(2), 95-107. doi:10.1111/obr.12334
- Stefán Hrafn Jónsson, Margrét Héðinsdóttir, Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, Jón Óskar Guðlaugsson, Sigrún Daniélsdóttir og Jens Ágúst Reynisson (2013). Líkamsþyngd barna á höfuðborgarsvæðinu Niðurstöður úr Ískrá á þyngdar og hæðarmælingum barna frá 2003/04-2011/12 Reykjavík: Embætti landlæknis og Heilsugaesla höfuðborgarsvæðisins.
- Stefán Hrafn Jónsson, Margrét Héðinsdóttir, Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir og Jón Óskar Guðlaugsson. (2011). Börn á höfuðborgarsvæðinu léttari nú en áður. Niðurstöður úr Ískrá á þyngdarmælingum barna frá 2003/04-2009/10. Reykjavík: Landlækniseimbættið og Heilsugaesla höfuðborgarsvæðisins.
- Topçu, S., Orhon, F., Tayfun, M., Uçaktürk, S. og Demirel, F. (2016). Anxiety, depression and self-esteem levels in obese children: a case-control study. *Journal of Pediatric Endocrinology and Metabolism*, 29(3), 357-361. <https://doi.org/10.1515/jpem-2015-0254>
- Vaka Rögnvaldsdóttir, Berglind M. Valdimarsdóttir, Brychta, R.J., Soffia Hrafnkeldsdóttir, Sigurbjörn Á. Arngrímsson, Erlingur Jóhannsson, ... Sigríður L. Guðmundsdóttir. (2018). *Hreyfing og svefn reykiviskra ungmenna* 104(2), 79-85.
- Vos, M.B., Kaar, J.L., Welsh, J.A., Van Horn, L.V., Feig, D.I., Anderson, C.A., Patel, M.J., Cruz Munos, J., Krebs, N.F., Xanthakos, S.A. o.fl. (2016). Added sugars and cardiovascular disease risk in children: A scientific statement from the American Heart Association. *Circulation* 135(19), 1017-1034.
- Weihrauch-Blüher, S., Schwarz, P. og Klusmann, J. (2019). Childhood obesity: Increased risk for cardiometabolic disease and cancer in adulthood. *Metabolism* 92, 147-152. <https://doi.org/10.1016/j.metabol.2018.12.001>
- World Health Organization (WHO). (2018). Global Strategy on Diet, Physical Activity and Health. [https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood\\_schools/en/](https://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood_schools/en/)
- World Health Organization (WHO). (2016). Obesity and Overweight. Sótt á <http://www.who.int/news-room/fact-sheet/detail/obesity-and-overweight>



## Stieglmeyer hjúkrunarrúm

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



## Troja göngugrind

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

*Er í samning við  
Sjúkratryggingar Íslands*



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

*Verkstæðið Stórhöfða er með  
þjónustusamning við  
Sjúkratryggingar Íslands.*

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



**STUÐLABERG**  
Heilbrigðistækni

# Takk fyrir stuðninginn

---





# FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímánn  
897 2468



Hálf dán  
898 5765



Kristín  
699 0512



Ólöf  
898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

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



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.

