

Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

The Icelandic Journal of Nursing | 2. tbl. 2022 | 98. árgangur

GEÐÞEMA

**DAM-MEÐFERÐ
FYRIR FÓLK
SEM GLÍMIR VIÐ
TILFINNINGAVANDA**

**SVEFNTRUFLANIR
OG GLEYMSKA
FYRSTU EINKENNI
KULNUNAR**

**NÝTT TEYMI SEM
ÞJÓNUSTAR FÓLK
MEÐ GEÐ- OG
FÍKNIVANDA Á
VETTvangi**

**EFLING
GEÐHEILBRIGÐIS
VIÐFANGSEFNI
TIL FRAMTÍÐAR**

RITRÝNDAR GREINAR

- Heilsutengd lífsgæði sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm —
- Veikindi og veikindafjarvistir starfsfólks í umönnunarstörfum —
- Viðhorf til faglegrar samvinnu í svæfingaþjónustu á Íslandi —
 - Ofbeldi gagnvart starfsfólki geðdeilda Landspítala —
 - Smokkanotkun ungra karlmannna —



DEXÓL | TIL MEÐFERÐAR VIÐ ÞURRUM OG ERTANDI HÓSTA

- SAFT
- INNIHELDUR DEXTRÓMETORFAN
- MÁ NOTA FRÁ 6 ÁRA ALDRI
- HÓSTASTILLANDI

Dexól 3 mg/ml, mixtúra, 160 ml. Virkt efni: Dextrómetorfan HBr einhydrat. **Ábending:** Dexól er ætlað til meðferðar við einkennum á ertandi og þurrum hósta án uppgangs. **Nauðsynlegar upplýsingar fyrir notkun:** Ekki má nota Dexól samhliða MAO hemlandi þunglyndislyfjum eða í 14 daga eftir

að meðferð þeirra lýkur, ef um alvarlega öndunar-færakvilla er að ræða eða samhliða brjóstagiðf. Meðferð skal standa yfir í eins stuttan tíma og mögulegt er. Lyfið getur verið ávanabindandi. Ef hóstiinn varir enn eftir 4 til 5 daga skal hafa samband við lækni.

Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgi-seðli fyrir notkun lyfsins. Leiðið til læknis eða lyfjafraeðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is
DEX.LA.2022.0001.01

FÆST ÁN LYFSEDILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEDILINN FYRIR NOTKUN alvogen.is



Efnisyfirlit



- 4 Ritstjóraspjall
- 6 Pistill formanns Fíh
- 8 Kjara- og réttindasvið Fíh, ásamt formanni félagsins fór langbráða fundaröð um landið
- 10 **Viðtal – Ingibjörg Jónsdóttir**, prófessor í lífeðlisfræði og forstöðukona við Institute for Stress Medicine í Gautaborg, segir að margir í Svíþjóð séu greindir með kulnun sem kemur svo í ljós að er eitthvað allt annað eins og til dæmis geðhvörf, áfallastreituröskun eða þunglyndi
- 14 **Viðtal – Hrönn Stefánsdóttir og Ragnheiður Eiríksdóttir** eru hjúkrunarfræðingar í DAM-teymi göngudeildar lyndisraskana LSH Kleppi en teymið þjónustar fólk með langvarandi og djúpstæðan tilfinningalegan óstöðugleika
- 16 Golfmót hjúkrunarfræðinga
- 20 **Viðtal – Birna Óskarsdóttir**, hjúkrunarfræðingur er teymisstjóri í teymi sem er í þróun á geðþjónustu LSH og er ætlað að þjónusta fólk með alvarlegan geð- og fíknivanda á vettvangi
- 24 Mikilvægt að fjölga körlum í hjúkrun, Fíh lét gera könnun um viðhorf til karlkyns hjúkrunarfræðinga
- 28 **Viðtal – Helga Sif Friðjónsdóttir**, sérfræðingur í geðhjúkrun og klínískur lektor við Hjúkrunarfræðideild HÍ, segir frá nýju meistaranámi í geðhjúkrun sem hefst í haust
- 30 **Vaktin mín, Katrín Brynjarsdóttir** segir frá morgunvakt á meðferðardeild geðrofssjúkdóma
- 32 Heilsulæsi á Íslandi – hvar erum við stödd?
- 36 **Ritrýnd grein:** Heilsutengd lífsgæði sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm: Lýsandi ferilrannsókn
- 46 **Ritrýnd grein:** : Veikindi og veiindafjarvistir starfsfólks í umönnunarstörfum hjá sveitarfélögum. Hvað getum við lært af bankahruninu 2008?
- 56 **Ritrýnd grein:** Viðhorf til faglegrar samvinnu í svæfingarþjónustu á Íslandi
- 66 **Ritrýnd grein:** Öfbeldi gagnvart starfsfólki geðdeilda Landspítala
- 74 **Ritrýnd grein:** „Þetta er ekkert flókið“ Smokkanotkun ungra karlmannna

Flugdrekin sem hrifsaði fram tíðardraumana

Sum augnablik lifa í minningunni þótt árin líði, virka jafnvel saklaus og ómerkileg þegar þau koma upp en útskýra seinna eitthvað sem engan grunaði á þeim tímapunkti. Þetta augnablik var þannig. Tvær hamingjusamar vinkonur fóru í göngutúr á páskadag þegar öldin var önnur og í kjölfarið fór líf annarrar þeirrar á flug, tók svo dýfu og fór aftur á flug, hún varð eins og flugdreki í roki sem flýgur stjórnlaut um himininn upp og niður og steypist á endum niður í jörðina laskaður. Tjaslað saman og er svo aftur reynt að koma á loft sem getur reynst þrautin þyngr.

Pennan páskadag skartaði veðrið sínu fegursta, sól skein í heiði, það var logn og frost svo það brakaði hressilega í snjónum við hvert skref. Vinkona mín var lífsglöð, listræn og klár, það var alltaf fjör í kringum hana. Við þurftum mikið að spjalla og gengum lengi, byggingarkranar gnæfðu yfir okkur um allt í hverfi sem var að rísa hratt. Við komum að flennistöru auglýsingaskilti með mynd af brosandir fasteignasala sem var að selja íbúðirnar í húsinu sem var að rísa fyrir aftan það. Vinkona mín nam staðar, horfði á skiltið í smástund og sagði svo glöðum rómi að þessi stóra blokk væri örugglega fullkomin fyrir Bill Gates vin hennar! Hún var mjög sannfærandi þegar hún útskýrði fyrir mér hvernig þau þekktust, sagði að hann væri frábær gaur og að hún hefði lofað að hjálpa honum að finna hús á Íslandi. Ég varð orðlaus, þekkti vinkona mín Bill Gates og hafði aldrei nefnt það við mig fyrr? Því næst tók hún upp símann og ætlaði að hringja í fasteignasalann, segja honum að hún væri líklega með kaupanda að öllum íbúðunum í blokkinni. Mér fannst þetta eitthvað undarlegt en hún var svo spennu og sannfærandi, gat verið að hún og Bill væru svona góðir vinir að hún væri að leita að húsnæði fyrir hann á Íslandi? En það var jú páskadagur og ég sagði henni að fasteignasalinn væri örugglega í frii, hún samþykkti það og við höldum áfram að ganga eins og ekkert hefði í skorist. Ekki löngu seinna frétti ég að vinkona mín væri komin á geðdeild, hefði farið í maníu og væri veik. Þá áttaði ég mig á því að Bill var ekki raunverulegur vinur hennar, manían var byrjuð að krauma daginn sem Bill og blokkinn áttu hug hennar.

Í mörg ár á eftir var vinkona mín inn og út af geðdeild, það var erfitt að horfa upp á unga efnilega vinkonu hverfa inn í heim sem ég skildi ekki. Hún var samt alltaf sami húmoristinn, þrátt fyrir áföllin sem dundu á henni næstu árin meðan sjúkdómurinn fór með hana upp og niður eins og stjórnlautan flugdreka í roki. Í dag er hún öryrki en kvartar aldrei, hefur fundið hamingjuna á nýjan hátt og segist vera þakklát starfsfólkinu í geðinu

sem hefur hjálpað henni í gegnum árin. Vinkona mín er með geðsjúkdóm sem bankaði upp á þegar hún var ung og efnileg og átti framtíðina fyrir sér. Hún ætlaði sér stóra hluti og allir höfðu trú á henni, draumar hennar myndu örugglega rætast hún var svo hæfileikarík og dugleg. En sjúkdómurinn hrifsaði af henni lífið á vissan hátt.

Það ætlar enginn að fá geðsjúkdóm, það ætlar enginn að veikjast og horfa á framtíðardrauma sína verða að engu. Neyðast til að aðlagast breyttum aðstæðum með geðsjúkdóm í fanginu sem getur verið þungur baggi að bera ár eftir ár eftir ár.

Í þessu tölublaði er geðþema. Helga Sif Friðjónsdóttir segir frá nýju meistaranámi í geðhjúkrun sem hefst í haust, hún segir að geðheilbrigði og efling þess verði viðfangsefni til framtíðar og að hjúkrunarfræðingar sem starfa við geðhjúkrun á Íslandi séu allajafna eldhugar sem vinni magnað starf á hverjum degi. Birna Óskarsdóttir hjúkrunarfræðingur og teymisstjóri segir frá teymi sem er ætlað að þjónusta fólk með alvarlegan geð- og fíknivanda á vettvangi og heitir Laufey eftir ömmu sem bjó í Grjótaþorpínu og var þekkt fyrir að berjast fyrir réttlæti lítilmagnans. Undirrituð hitti líka þær stöllur, Hrönn Stefánsdóttir og Ragnheiði Eiríksdóttir en þær eru hjúkrunarfræðingar í DAM-teymi göngudeildar lyndisraskana LSH Kleppi og spjallaði við þær um þverfaglegt teymi sem þjónustar fólk með langvarandi og djúpstæðan tilfinningalegan óstöðugleika. Katrín Brynjarsdóttir segir svo frá morgunvakt á meðferðardeild geðrofssjúkdóma og Ingibjörg Jónsdóttir, prófessor í lífeðlisfræði, er í viðtali um kulnun. Þetta og margt fleira fyllir síður sumarblaðsins og vona ég að þið, kærur hjúkrunarfræðingar, njótið þess að drekka í ykkur fróðleik og fræðigreinar í sól og sumaryl.

Að lokum vil ég óska Ragnheiði Ósk Erlendsdóttur hjúkrunarfræðingi hjartanlega til hamingju með heiðursmerki hinnar íslensku fálkaorðu sem hún var sæmd fyrir störf í þágu heilbrigðisþjónustu og baráttu við COVID-19. Ragnheiður var í viðtali í síðasta tölublaði og þar sagði hún að sitt mottó í lífinu væri að brosa og gefa frá sér jákvæða strauma.

Eitt bros getur svo sannarlega dimmu í dagsljós breytt. Gleðilegt sumar og hafið það sem allra best!

Sigríður Elín Ásmundsdóttir



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

Útgefandi: Félag íslenskra
hjúkrunarfræðinga

Ritstjóri og ábyrgðarmaður: Sigríður Elín Ásmundsdóttir
Ritnefnd: Kristín Rósa Ármannsdóttir, Sölvi Sveinsson,
Þorgerður Ragnarsdóttir
Ritstjóri ritrýndra greina: Þóra Jenný Gunnarsdóttir
Ritnefnd ritrýndra greina: Hrund Scheving Thorsteinsson,
Sigrún Sunna Skúladdóttir, Þorbjörg Jónsdóttir,
Kristín Linda H Hjartardóttir, Páll Biering

Yfirlstur: Ragnheiður Linnét
Auglýsingar: Erna Sigmundsdóttir - sími 821 2755
Hönnun og umbrot: Þorbjörg Helga Ólafsdóttir
Prentun: Ísafoldarprentsmiðja



Of mikið sumar?

Flynise – 24 klukkustunda virkni við ofnæmi

Flynise filmhúðaðar töflur innihalda 5 mg af virka efninu desloratadíni og er ofnæmislyf sem er ætlað til meðferðar á einkennum ofnæmiskvefs og ofsakláða. Flynise er ætlað fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri og er áhrifaríkt við að draga úr einkennum ofnæmiskvefs eins og hnerra, nefrennsli og kláða í nefi, ásamt augnkláða, tárarennisli og roða í augum og kláða í efri góm. Lyfið er til inntöku og á að gleypa töfluna heila. Kynnið ykkur notkunarleiðbeiningar, varnaðarorð og frábendingar áður en lyfið er notað. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafraðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is
Markaðsleyfishafi Actavis Group PTC ehf.

Bráðavandi

Nú er starfsemi félagsins komin í eðlilegt horf eftir að stjórnvöld afléttu samkomutakmörkunum í vor. Hjúkrunarfræðingar eru farnir að koma í húsnæði félagsins á ýmis námskeið, fagdeildir hittast og mjög gott að sjá og hitta hjúkrunarfræðinga í húsakynnum félagsins á ný. Það var t.d. frábært að sjá á fjórða hundrað hjúkrunarfræðinga samankomna á Hjúkrun 2022 á Hilton í mars til að njóta samuista og fá nýjar uppfærslur í faginu. Mörg mjög fróðleg erindi voru á dagskrá og frábærir fyrirlesarar upp til hópa sem náðu að kveikja áhuga og forvitni hjúkrunarfræðinga á ýmsum hjúkrunartengdum málefnum og jafnvel vekja upp spurningar sem nauðsynlegt er að svara með frekari rannsóknum og umfjöllun.

Stór hópur hjúkrunarfræðinga tók svo þátt í aðalfundi Fih á alþjóðlegum degi hjúkrunarfræðinga, 12. maí og var í fyrsta sinn notast við rafrænar kosningar sem gerði hjúkrunarfræðingum um allt land og jafnvel víðar kleift að taka þátt í hefðbundnum aðalfundarstörfum. Þessi nýbreytni er alveg komin til að vera.

Í maí fór ég ásamt starfsfólki kjara- og réttindasviðs í hringferð um landið til að heyra hljóðið í hjúkrunarfræðingum og yfirstjórnendum heilbrigðisstofnana. Á rúmum mánuði heyrði ég í á þriðja hundrað hjúkrunarfræðinga tala opinskátt um störf sín og stöðuna fram undan. Rauði þráðurinn er mönnunarvandi. Það vantar nánast alls staðar hjúkrunarfræðinga til starfa og eins og við öll vitum þá er enginn heilbrigðisþjónusta án okkar. Þrátt fyrir að það birtist okkur nánast daglega í fréttum að það vanti fólk til starfa á bráðamóttöku Landspítala, þá er það einungis toppurinn á ísjakanum. Það er landlægt vandamál að enginn hjúkrunarfræðingur sækir um lausa stöðu. Það mun enginn bráðavandi leysast fyrr en stjórnvöld stíga það skref að gera störf hjúkrunarfræðinga að jafnaðlaðandi starfi og önnur sambærilega ábyrgðarmikil störf í þjóðfélaginu. Og það gerist ekki nema kjör og starfsumhverfið batni til muna.

Stjórnvöld hafa siglt sofandi að feigðarósi árum saman þegar kemur að heilbrigðiskerfinu. Það blasti við að mönnun heilbrigðiskerfisins væri ekki sjálfbær og bentu Fih t.d. á það í vinnumarkaðsskýrslu sinni frá 2017. Mörgum sinnum hefur verið hægt að grípa inn í síðan þá en alltaf var eitthvað annað sett í forgang. Ekki hefur verið skortur á tillögnum, starfshópunum eða fréttum af versnandi ástandi. Nú bind ég vonir við að yfirlýsingar stjórnvalda séu ekki lengur orðin tóm og ráðamenn séu komnir með kjark til þess að leysa vandann til frambúðar. Áfram heldur samtalið við yfirstjórnendur heilbrigðisstofnana, þ.m.t. Landspítala, sem og heilbrigðisráðherra, en að mínu mati er nauðsynlegt að hann taki við rapporti um stöðu mála hjúkrunarfræðinga um land allt, sem annars eru hjartað í heilbrigðiskerfinu.

Við hjúkrunarfræðingar höfum beðið lengi eftir breytingum, að einn daginn verði hlutirnir lagfærðir. Í öllu álaginu í kringum COVID-19 faraldurinn kviknaði von um að hjúkrunarfræðingum yrði umbunað til frambúðar þegar þjóðin hafði öll séð á sama tíma hversu miklu máli við skiptum og hve öflugir hjúkrunarfræðingar eru. Ég ætla að leyfa mér að vera bjartsýn. Heilbrigðisráðherra skilur mönnunarvandann og er að láta skoða refsíabyrgð heilbrigðisstarfsfólks. Í ráðuneytinu hans eru til nýlegar tillögur til fjölgunar



útskrifaðra hjúkrunarfræðinga. Hann hefur sagt að hann treysti á kjarasamninga og ætli að leggja kraft í byggingu hjúkrunarheimila. Í forsætisráðuneytinu eru nýjar tillögur að leiðum til að endurmeta virði kvennastarfa, því þó svo að hjúkrunarfræði sé ekki kvennastarf þá lifum við enn í þeim veruleika að í dag eru 97% hjúkrunarfræðinga konur. Fjármála- og efnahagsráðherra brást nýverið við fréttum við vanda bráðamóttökunnar með því að segja að aukin fjárframlög til einstakra stofnana lagi ekki vandann, vandinn sé flóknari en það og snúi að mönnun.

Í stjórnarsáttmála núverandi ríkisstjórnar segir berum orðum að ráðist verði í aðgerðir gegn kynbundnum launamun og jafnréttismál verði ávallt í forgrunni við ákvarðanatöku. Þrátt fyrir að byrjað sé að heyrast kunnuglegt stef um að almennar launahækkanir séu ekki heppilegar á þessum tímamarki, þá hljóta öll þessi atriði að auðvelda okkur komandi samninga-viðræður. Við höfum ekki fengið að semja um laun okkar í meira en áratug og við ætlum ekki í þriðja gerðardóminn á næsta ári. Ef stjórnvöld leyfa því að gerast þá ganga þau að baki öllum sínum orðum. Félagið mun halda kjararáðstefnu í október þar sem trúnaðarmenn mæta til að vinna frekar að kröfugerð okkar fyrir komandi samningalotu.

Því miður mun heilbrigðiskrefið breytast lítið í sumar. Margir hjúkrunarfræðingar hafa viðrað áhyggjur af vinnustaðnum sínum, á meðan samstarfsfólk þeirra fer í sumarfrí og líka af samstarfsfólki sínu á meðan það sjálft fer í frí. Vinnan er síðasti staðurinn sem hugurinn á að leita til í frí. Ef það eru áhyggjur eiga þær helst að beinast að veðrinu. Það er alveg nóg að kerfið sé í bráðavanda og hjúkrunarfræðingar leysa það ekki einir og sér.

Nú er tími til að sýna okkur sjálfum kærleika og umhyggjusemi. Sama umburðarlyndi og við sýnum okkar skjólstæðingum. Við erum fagstétt sem sinnum starfinu af mikilli fagþekkingu og ábyrgð. Við erum samt mannfólk og nú er þarft að líta inn á við og sjá hvar þolmörkin liggja. Það er engum greiði gerður, nema til afskaplega skamms tíma, að keyra sig út. Við eigum rétt á jafnvægi milli vinnu og einkalífs, við þurfum að sjá um það sjálf því enginn gerir það fyrir okkur, allra sist vinnan. **Notum sumarið milli vakta og sumarfríð til að hlaða batteriinn. Farðu eftir eigin ráðum sem þú myndir ráðleggja skjólstæðingi í sömu stöðu.**

Vannæring hefur neikvæð áhrif á ónæmisviðbragð líkamans sem gerir einstaklinga útsettari fyrir sýkingum

ÞEKKIR ÞÚ EINKENNI VANNÆRINGAR?

Minnguð einbeiting

Minnguð matarlyst

Gervitennur passa illa

Nýlegt þyngdartap

Föt verða lausari

Hringir
lausir á
fingrum

Vöðvarýrnun

Minnguð
orka

Ef þú eða einhver þér nákominn glímir við þyngdartap eða lystarleysi, fáðu ráðgjöf frá heilbrigðisstarfsmanni. Læknisfræðilegir næringardrykkir byggðir á klínískum rannsóknum gætu hjálpað. Vel nærður líkami er betur í stakk búinn til að takast á við veikindi.

NUTRICIA
LIFE-TRANSFORMING NUTRITION



Næringarvörur fyrir þá sem glíma við vannæringu, lystarleysi eða aukna orkuþörf vegna veikinda. Fást í apótekum.

 icepharma



Góð og opinská samtöl við hjúkrunarfræðinga

Fundaröð formanns og kjara- og réttindasviðs um landið

Texti: Harpa Júlía Sævarsdóttir

Á vormánuðum fóru formaður og starfsfólk kjara- og réttindasviðs Fih langþráða fundaröð um landið. Tilgangur fundanna var að heyra í félagsmönnum eftir veturinn og COVID- faraldurinn og einnig að heyra hljóðið í hjúkrunarfræðingum varðandi sumarorlofstímamann sem var fram undan.

Á þessum fundum áttum við góð og opinská samtöl við hjúkrunarfræðinga. Farið var yfir orlofskafla kjarasamninga, hvernig mönnunin er á stofnunum, álagið og hvort hjúkrunarfræðingar fái lögbundið sumarfrí. Samhliða þessum heim-sóknum var einnig fundað með stjórnendum stofnana. Tekið var samtal um styttingu vinnuviku í dagvinnu og betri vinnutíma í vaktavinnu en verkefnið hefur nú verið í gangi í rúmt ár. Hlutverk Fih í verkefninu er að fylgjast með og greina framgang þess, sem og að eiga samtal við hjúkrunarfræðinga og greina ávinning og vankanta, með þá þætti að leiðarljósi sem gengið er út frá í verkefninu.

Farið var yfir hvernig komandi kjarasamningar leggjast í hjúkrunarfræðinga ásamt samtali um aukagreiðslur sem sumar stofnanir hafa gripið til í faraldrinum. Rætt var um mönnunarviðmið hjúkrunarfræðinga, öryggismönnun, ábyrgð þjónustunnar og bréf frá Fih vegna starfa nema.

Sammála um að erfiðara sé að tryggja aðskilnað vinnu og einkalífs

Fundirnir voru ólíkir en þó um margt samhljóða. Hjúkrunarfræðingar hafa staðið vaktina með sóma í gegnum erfið tvö ár og eru þreyttir. Við er ófremdarástand hvað varðar starfsumhverfi sem er búið að ganga nærri mannaúði

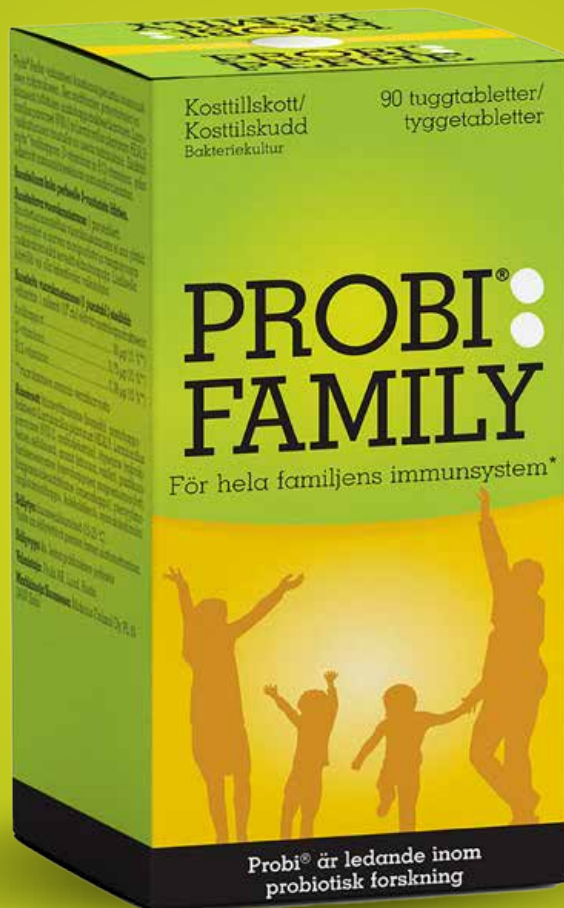
hjúkrunarfræðinga. Faraldurinn snerti alla hjúkrunarfræðinga og þjóðin sá það skýrt að ekki hefði verið hægt að komast í gegnum þetta jafnklakklaust, ef ekki hefði verið fyrir þeirra óeigingjörnu störf. Sífelld erfiðara hefur verið fyrir hjúkrunarfræðinga að tryggja aðskilnað vinnu og einkalífs vegna mikils áreitis um að koma til vinnu utan þeirra vinnuskyldu.

Hvað er til ráða?

Það er ýmislegt til ráða þó það muni reynast yfirvöldum krefjandi verkefni að bjarga því ástandi sem varað hefur verið við og er skolið á fyrr en búist var við. Hjúkrunarfræðingar eru í auknum mæli að leita á önnur mið til þess að hafa mannsæmandi laun og til að geta átt sitt einkalíf í friði. Nú þarf að velja, á að reyna að halda í hjúkrunarfræðinga eða á að keyra þá frekar út þar til það er enginn eftir á endanum til að sinna þeim sem þarf að sinna? Mikilvægt er að sett verði mönnunarviðmið og því sett takmörk hversu marga sjúklinga hver og einn hjúkrunarfræðingur getur sinnt. Ef launakjör og starfsumhverfi yrði bætt þá eru meiri líkur að halda þeim hjúkrunarfræðingum sem eru við störf áfram í starfi og jafnframt þá eru hjúkrunarfræðingar sem starfa ekki sem slíkir í dag sem gætu hugsað sér að koma til starfa ef þessir þættir væru bættir. **Hjúkrunarfræðingar hafa ekki samið um launakjör sín síðan 2011 og eru með tvo gerðardóma í farteskinu.** Það var algjör samhljómur þegar hjúkrunarfræðingar voru spurðir hvað væri til ráða. Þeir vilja aukna mönnun hjúkrunarfræðinga, endurmat á launakjörum sinnar stóru kvennastéttar. Ásamt bættum aðbúnaði og því að það þurfi ekki að berjast fyrir öllu til þess að hægt sé að veita gæðaheilbrigðisþjónustu.

PROBI® : FAMILY

eru bragðgóðar tuggutöflur fyrir
alla fjölskylduna - frá 3 ára aldri.



PROBI® : FAMILY inniheldur:

Sérvalda samsetningu af
einkaleyfavörðum mjólkursýrugerlum
sem hafa jákvæð áhrif á ónæmiskerfið
auk fólasín, D- og B12- vítamín.

PROBI® vörurnar fást í apótekum, heilsuverslunum og stórmörkuðum.

Svefntruflanir og gleymaska fyrstu einkenni kulnunar

Viðtal: Kristín Rósa Ármannsdóttir | **Myndir:** Úr einkasafni

Kulnun (e.burnout) hefur verið mikið í umræðunni undanfarin misseri og samkvæmt könnun sem gerð var meðal starfsfólks Landspítala hafði rúmlega fjórðungur þess upplifað einkenni kulnunar síðastliðna 12 mánuði, en 20% þeirra sem tóku þátt í könnuninni hafði alvarlega íhugað að fara í veikindaleyfi vegan kulnunar eða örmögnunar. Kulnun er margþætt fyrirbæri og ýmsar hliðar þarf að skoða en skilgreiningar á kulnun hafa verið að breytast með tímanum eftir því sem rannsóknum fleygir fram. Vísbendingar eru um að verið sé að ofnota hugtakið kulnun og rannsóknir í dag miða að því að greina hvað telst raunverulega vera kulnun og hvað eitthvað annað.

Ingibjörg Jónsdóttir er prófessor í lífeðlisfræði og forstöðukona við Institute for Stress Medicine (ISM) í Gautaborg, sem er stofnun sem rannsakar álagspætti í heilbrigðiskerfinu. Starf stofnunarinnar tengist fyrirtækjaheilsu og er í grófum dráttum tvískipt. Annars vegar er það stuðningur við heilbrigðiskerfið hvað varðar vinnuaðstæður, vinnuskilyrði og streitu á vinnustöðum og hins vegar klínískar rannsóknir á meðal annars einstaklingum sem hafa lent í kulnun. Blaðamaður heyrði í Ingibjörgu sem býr í Gautaborg og ræddi við hana um kulnun, hugtak sem hefur verið áberandi í umræðunni undanfarið og kannski óljóst hvað nákvæmlega það felur í sér þegar einstaklingur fer í kulnun.

Þegar álagið er meira en fólk ræður við

Hvað er kulnun? „Hefðir þú spurt mig fyrir 10 árum hefði ég svarað öðruvísi en ég geri í dag en það er skilgreiningaratriði hvernig maður svarar þeirri spurningu. Í dag er verið að nota orðið kulnun í of viðum skilningi og við erum núna að vinna

mikið í því að flokka hvað telst raunverulega vera kulnun. Ef við horfum til 7. áratugarins þegar þessi fræði komu fyrst fram og farið var að sjá einstaklinga sem unnu með fólk, til að mynda innan heilbrigðiskerfisins og kennara, þá voru þessir einstaklingar tilfinningalega mjög þreyttir og búnir á því og ástæðan virtist tengjast því að vinna með fólk og öllu því álagi sem fylgir slíkum störfum. Þegar Christina Maslach kom fram með hugtakið kulnun var það fyrst og fremst tengt því að vera undir miklu álagi í vinnu og aðallega var það tengt einstaklingum sem voru að vinna með fólk. Síðar kom í ljós að þetta var ekki svona einfalt og að einstaklingar geta lent í alls konar álagi óháð vinnustað. Sumt fólk getur einfaldlega lent í kulnun þegar það er meira álag á það en það getur tekist á við sem gerir það að verkum að það fer að fá einkenni þreytu, heilabúið virkar ekki sem skildi og hugrænt getur það lent í kvíða, þunglyndi og svefntruflunum. Þetta á samt ekki við um alla, í flestum tilvikum erum við vel í stakk búin til að takast á við álag ef við fáum að hvíla okkur á milli álagstíma.“

Ingibjörg segir miklar breytingar hafa átt sér stað í atvinnumálum á síðustu áratugum og að störf sem áður hafi verið talin mjög heilbrigð séu í dag talin álagsstörf. „Miklar breytingar hafa orðið í heilbrigðiskerfinu, á sjúkrahúsum og í skólum sem hefur gert það að verkum að þetta teljast ekki lengur vera heilbrigð störf. Það

hefur ekki verið fylgst nógu vel með vinnuáðstæðum í þessum störfum og álag sem tengist stjórnun og skriffráttu er allt of mikið. Álagið hefur breyst í störfum hjúkrunarfræðinga, auknar kröfur eru frá bæði sjúklingum og aðstandendum, auk þess sem störfin eru mun flóknari í dag en áður. Það er miklu meira álag á starfsfólki í dag og ef fólk sem er undir miklu og langvarandi álagi getur ekki tekist á við það, getur það upplifað mikil kulnunareinkenni eins og til dæmis gífurlega þreytu og svefntruflanir, ásamt einkennum þunglyndis. Þetta getur haft áhrif á heilabúið sem virkar þá ekki eins og það á að gera og minnið getur versnað. Mikilvægast er að fólk sé meðvitað um þessi einkenni og bregðist við áður en það er of seint,“ segir hún.

Margir sem fá kulnunargreiningu eru í raun að glíma við eitthvað annað en kulnun

Hverjir eru líklegastir til að lenda í kulnun? „Það er ekkert einfalt svar við þeirri spurningu vegna þess að greining er óljós og mismunandi á milli landa. Hér í Svíþjóð eru margir að fá kulnunargreiningu en kemur svo í ljós að þessi einstaklingar eru í raun og veru að glíma við eitthvað annað, til dæmis geðhvörf, áfallastreituröskun, þunglyndi eða ADHD. Það er mjög mikilvægt að fólk fái rétta greiningu og sé ekki greint með kulnun þegar um annað er að ræða. Mikilvægur þáttur við greiningu á kulnun er álagið. Fólk lendir í kulnun þar sem álagspunktur eru bæði heima og í vinnunni. Við sjáum það í okkar rannsóknum og á sjúklingamóttökunni þar sem allt að 500 sjúklingar hafa fengið meðhöndlun, að allir að glíma við of mikið álag, bæði í vinnu og einkalífi. Konur eru oftast í mestri hættu, ekki vegna kyns síns heldur vegna þess að þær vinna á vinnustöðum þar sem álag er gjarnan mikið eins og við sjáum í heilbrigðiskerfinu. Hlutfallslega eru konur fleiri í stétt hjúkrunarfræðinga og því fá hlutfallslega fleiri konur kulnunareinkenni. Það er mjög mikilvægt að ræða þetta því það er ákveðið vandamál að það sé endalaust verið að tala um þetta sem kvennavandamál en ekki sem vinnustaðavandamál eða samfélagsvandamál. Oft og tíðum eru það svo konurnar sem taka mestu ábyrgðina heima, við erum ekki komin alla leið í jafnréttismálum þótt margt hafi áunnist og breyst til hins betra. Fólk sem vinnur störf þar sem álagið er mikið, sem oft eru umönnunarstörf, og svo er líka álag heima fyrir og þetta gerir það að verkum að fólk fær ekki andrými til að takast á við daginn og er líklegri til að fá kulnunareinkenni. Fólk getur til að mynda verið að ganga í gegnum erfiðan skilnaði, átt barn með sérþarfir

„... við megum heldur ekki vera hrædd við streitu, við erum gerð til þess að takast á við álag og þolum það vel en þurfum hvíld á milli.“

og móður með krabbamein samhliða álagi á vinnustað, það er mjög sjaldgæft að við sjáum þessa einstaklinga í kulnun. Þetta er ekki bara vinnustaðavandamál, þetta er líka samfélagslegt vandamál. Við Íslendingar erum til að mynda gjörn á að þurfa að lifa lífinu á fullum hraða og lífsgæðakapphlaupið er mikið, það þarf oft og tíðum allt að vera fint og flott og svo þarf að taka þátt í öllu og ekki má missa af neinu. Þetta gengur örugglega upp fyrir marga en það er alltaf ákveðinn hópur sem hefur ekki möguleika á því að taka þátt í lífsgæðakapphlaupinu en samfélagið ætlast einhvern veginn til þess að fólk taki þátt í því og það eitt og sér að upplifa að geta ekki tekið þátt í þessu lífsgæðakapphlaupi getur skapað streituálag á fólk.“

Svefntruflanir, stöðugar áhyggjur og gleymaska

Það er ekki bara lífsgæðakapphlaupið sem skiptir máli að sögn Ingibjargar og aðrir þættir sem við höfum rætt hingað til, „fyrir utan álagspættina skiptir persónuleikinn líka máli; einstaklingur sem setur miklar kröfur á sjálfan sig, er fullkomnunarinnvið eða ber kannski eitthvað með sér úr uppeldinu sem hefur áhrif, tekur til að mynda alla hluti inn á sig og biður aldrei um hjálp er að öllum líkindum í meiri hættu á að lenda í kulnun en sá sem setur til dæmis ekki of mikla pressu á sig og kröfur.“



Ingibjörg Jónsdóttir, prófessor í lífeðlisfræði og forstöðukona við Institute for Stress Medicine í Gautaborg



Ingibjörg í göngu með vinkonunum frá menntaskólaárunum. Á myndinni eru auk hennar Helga Guðmundsdóttir, Guðríður Anna Kristjánsdóttir, Gerður Gröndal, Anna Dóra Sæþórsdóttir og María Bjarnadóttir

En hver eru þá fyrstu merki um kulnun? „Eitt af fyrstu einkennum kulnunar eru svefntruflanir, þ.e. fólk fer að sofa illa, vakna upp um miðjar nætur og getur ekki sofnað aftur. Það tekur vinnuna með sér heim og er með stöðugar áhyggjur sem það getur ekki losnað við og er kannski farið að gleyma hlutum. Áður en þetta gerist myndi ég halda að það væri gott fyrir okkur öll að staldra við öðru hvoru og skoða hvort maður sé í jafnvægi, bæði hvað varðar vinnu og einkalíf. Spyrja sig hvort mögulega þurfi að gera eitthvað til að fyrirbygga streitueinkenni. En við megum heldur ekki vera hrædd við streitu, við erum gerð til þess að takast á við álag og þolum það vel en þurfum hvíld á milli. Álag þarf ekki að vera hættulegt þótt það sé brjáláð að gera í einhverjar vikur, til dæmis á vöktum eða í lífinu. Fólk lendir yfirleitt ekki í kulnun af því það er brjáláð að gera í nokkrar vikur. Það er frekar þeir sem eru undir stöðugu álagi, án þess að fá frí og andrými í langan tíma.“

Sálfræðilegt vinnuálag

Ingibjörg segir mikilvægt að ræða mismunandi álagspunkta á vinnustað. „Það er eitthvað sem við hjá ISM rannsökuð mikið. Svo dæmi sé tekið þá getur vinnuálag hjá hjúkrunafræðing á bráðamóttöku verið mikið hvað varðar þann hluta sem snýr að sjúklingunum, þ.e.a.s hann er með marga sjúklinga og það er mikil keyrsla. Þetta er álag sem fylgir starfinu á bráðamóttöku og vant starfsfólk tekst oftast á við daginn með sinni kunnáttu og færni og yfirleitt er álagið viðráðanlegt. Aftur á móti getur svokallað sálfræðilegt álag á sama vinnustað haft allt önnur áhrif á liðan starfsfólks, svo sem þættir eins og óljósar vinnuskipanir, óskýr stjórnun, léleg samskipti og slæmur vinnustaðarandi. Þessi atriði skipta líka máli og ef sálfræðilegt vinnuálag er ekki gott er það oftast en ekki aðalástæðan fyrir þreytu starfsfólks. Þess vegna skiptir mjög miklu máli að vinna með þetta sálfræðilega álag á vinnustöðum, það getur haft gífurleg áhrif sem forvarnir á kulnun,“ segir Ingibjörg.

Stuðningur og hvíld flýtir bata

Hvað er fólk lengi að ná sér sem fer í kulnun? „Það er mjög einstaklingsbundið og það er einmitt eitt af okkar rannsóknarverkefnum. Ef um kulnun vegna álags er að ræða og einstaklingurinn fær stuðning til að takast á við álagspunktana ásamt þeirri hvíld sem að hann þarfnast, þá getur ferlið verið frekar stutt. Ef einkennin aftur á móti eru óbreytt eftir jafnvel þrjú til sex ár þá eru allar líkur á að það sé eitthvað annað en kulnun til staðar og það verður að greina til að einstaklingurinn fá rétta aðstoð. Þetta er nýr flötur á okkar rannsóknum sem við erum að skoða nánar. Við þurfum að reyna að greina þetta betur og komast að því hvað þetta annað er sem getur haft áhrif sem líkjast einkennum kulnunar.“

Forvarnir einstaklingsbundnar

Aðspurð um forvarnir gegn kulnun segir Ingibjörg þær vera tvíþættar; „annars vegar hvað varðar eigin ábyrgð. Einstaklingar bera ábyrgð á einkalífi sínu og heilsu. Það er mikilvægt að fólk hugi að heilsu sinni og heimilisaðstæðum, við tökum líka öll ábyrgð á því samfélagi sem við lifum í og þeim kröfum sem við gerum og hvort við tökum þátt í lífgæðakapphlaupinu eða ekki. Hins vegar erum við að tala um forvarnir á vinnustað, þá er ég að vísa í skipulagið, vinnuaðstæður er varða stjórnun,

„Forvarnir hvað varðar hluti sem viðkomandi getur ekki breytt snúa að því að fá stuðning til að takast á við aðstæður og tryggja næginlega hvíld.“

„Eitt af fyrstu einkennum kulnunar eru svefntruflanir, þ.e. fólk fer að sofa illa, vaknar upp um miðjar nætur og getur ekki sofnað aftur. Það tekur vinnuna með sér heim og er með stöðugar áhyggjur sem það getur ekki losnað við og er kannski farið að gleyma hlutum.“

yfirmenn, forsendur og fleira. Annars stigs forvarnir (secondary prevention) eru þegar fólk er svo komið með einkenni og er undir streituálagi. Á einhverjum tímapunkti er gott að skoða álagspunkta bæði heima og í vinnunni. Vinnutengt álag er á ábyrgð vinnuveitands og undir þeim aðstæðum er mikilvægt að ræða við sinn yfirmann. Álagspunktarnir heima við eru flóknari og oft og tíðum ekki hægt að minnka þá, til að mynda þegar fólk á langveikt barn, stendur í skilnaði eða á veika foreldra. Forvarnir hvað varðar hluti sem viðkomandi getur ekki breytt snúa að því að fá stuðning til að takast á við aðstæður og tryggja nægjanlega hvíld. Forvarnir eru mjög einstaklingsbundnar, hvíld frá álagi er mjög einstaklingsbundin og það er engin vísindaleg aðferð sem sýnir að annað sé betra en hitt. Að fara í göngutúr eða sund, iðka núvitund eða að vinna í garðinum eru allt finar forvarnir svo lengi sem það hentar viðkomandi. Forvarnir verða að eiga sér stað á mismunandi stigum hjá fólki; sem einstaklingar, í vinnuhópum og á vinnustað. Stigin eru öll jafnmikilvæg en hingað til höfum við aðallega verið að vinna með einstaklinginn og það þarf að bæta við forvörnum í vinnuhópnum og á vinnustaðnum án þess að fjarlægja einstaklingshlutann. Það er að segja, heilsuefning og forvarnir verða að eiga sér stað á öllum þremur stigunum. Það er oft bara rýnt í einstaklinginn hvað varðar forvarnir, til dæmis með hreyfingu og streitustjórnun en það er ekki nóg, við þurfum að horfa á alla þættina.“

Nokkur góð ráð til að fyrirbyggja kulnun

Kulnun er sem sagt of mikið álag til lengri tíma sem ekki hefur verið tekist á við. „Álagið getur verið vegna aðstæðna á vinnustaðnum, í einkalífinu, heimilislífinu og í samfélaginu sem á endanum verður það til þess að viðkomandi fær einkenni sem geta orðið langvarandi. Það getur verið gífurleg þreyta, svefntruflanir og einkenni hvað varðar heilavirkni eins og t.d. minnisleysi og þessi einkenni batna ekki á ákveðnum tíma þrátt fyrir hvíld. Kulnun má ekki blanda saman við þreytu eftir mikla vinnutörn sem góður svefn og hvíld nær að laga. Streita er best skilgreind sem áreynsla eða álag sem einstaklingur mætir og hefur með sér skammtímaáhrif á lífeðlisfræðileg kerfi sem að hjálpar líkamanum til að takast á við álagið, til dæmis með hækkuðum blóðþrýstingi eða hraðari púls. Viðkomandi mætir álagi eða áreynslu með lífeðlisfræðilegri og sálfræðilegri svörun. Þegar álag er gengið yfir þá fara kerfin aftur í jafnvægi. Þannig að streita er í grunninn lífeðlisfræðilegt og sálfræðilegt ferli sem á sér stað á hverjum degi. Streita eins og hún er skilgreind í lífeðlisfræðinni er eðlilegur hluti lífsins. Það eru álagstoppar á hverjum degi sem við mætum en mikilvægast er að kerfin fari niður aftur, að það



verði aftur jafnvægi. Við sjáum aftur á móti ekki miklar breytingar lífeðlisfræðilega séð hjá sjúklingum með kulnun en þörf er á meiri rannsóknum til að skýra það nánar. Aðalrannsóknarefnið okkar á ISM núna varðar einstaklinga sem eru orðnir veikir og eru í langvarandi kulnun, við erum að skoða hvort það sé eitthvað annað en kulnun sem verður að greina og veldur því að einstaklingar eru veikir svona lengi,“ segir Ingibjörg og að lokum biðjum við hana um góð ráð til að fyrirbyggja að fólk fari í kulnun. „Það er mikilvægt að tala við yfirmann sinn ef álag er of mikið á vinnustað. Taka þátt í að efla sálfræðilega vinnumhverfið á vinnustaðnum. Sjá til að fá næga hvíld frá amstrinu og minnka álagspunkta ef það er hægt. Biðja um hjálp þegar álagspunktar í einkalífi eru farnir að hafa áhrif á heilsuna er líka mikilvægt og síðast en ekki síst að hlusta á líkamann þegar einkenni streitu eru farin að láta á sér bera. Ekki bíða með að leita eftir aðstoð.“

DAM-meðferð fyrir fólk sem glímir við tilfinningavanda

Viðtal og myndir: Sigríður Elín Ásmundsdóttir

Hrönn Stefánsdóttir og Ragnheiður Eiríksdóttir eru hjúkrunarfræðingar í DAM-teymi göngudeildar lyndisraskana LSH Kleppi. Teymið er þverfaglegt og þjónustar fólk með langvarandi og djúpstæðan tilfinningalegan óstöðugleika. Dialektísk atferlismeðferð (DAM) (e. DBT – dialectical behaviour therapy) byggist á kenningum um samspil líffræði og umhverfis. Meðferðin er fyrir fólk sem glímir við óstöðugleika í tilfinningastjórnun og unnið er út frá einkennum í meðferðinni en ekki ákveðnum greiningum. Fólk sem nýtir sér DAM-meðferð getur haft margvíslegar greiningar eins og til að mynda persónuleikaröskun, áfallastreituröskun, geðhvörf tvö, átröskun, þunglyndi o.fl. Við heyrðum í Ragnheiði og Hrönn og fengum þær til að segja okkur nánar frá DAM-meðferðarúrræðinu og teyminu.

Hvenær tók þetta sérhæfða teymi til starfa og hver var hvatinn að því að vera með sérhæft teymi sem veitir DAM-meðferðarþjónustu?

Hér á landi var byrjað að veita DAM-meðferð árið 2003 á Hvítabandinu á Skólavörðustíg en upphaflega var meðferðin þróuð í Bandaríkjunum fyrir um 30 árum síðan fyrir einstaklinga sem voru með jaðarpersónuleikaröskun og miklar sjálfsvígs-hugsanir og/eða sjálfsskaða. Meðferðin er gagnreynd og er notuð víðs vegar um heiminn. Í teyminu starfa sálfræðingar, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafi, geðlæknir og iðjuþjálfar, en fleiri starfsstéttir koma einnig að þjónustu við skjólstæðinga. Unnið er út frá einstaklingnum þannig að aðkoma einstakra sérfræðinga fer eftir þörfum hvers og eins. Einstaklingar sem leita til teymisins hafa alla jafna reynt ýmis önnur meðferðarúrræði, s.s. HAM, en ekki náð viðunandi bata.

Hvað er DAM-meðferð?

DAM-meðferð er yfirgripsmikil geðmeðferð sem hefur það að markmiði að auka jafnvægi fólks í daglegu lífi. Unnið er út frá kenningu um samspil umhverfis og líffræðilegrar meðferðar. Í kenningunni er gert ráð fyrir að til þess að vandi komi fram sé til staðar líffræðileg viðkvæmni og óviðurkennandi umhverfi. Lykilatriðið er þá samspil þessara tveggja þátta. Tilfinningalegur óstöðugleiki kemur fram í röskun á stjórn á fimm þáttum: Óstöðugleika á tilfinningum, samskiptum, sjálfsmynd, hegðun og hugsun.

Meðferðin skiptist í fjóra færniþætti sem eru núvitund, streituþol, tilfinningastjórnun og samskiptafærni. Færni er kennd í hóp einu sinni í viku í tvær klukkustundir í senn og mikil áhersla er lögð á heimavinnu og æfingar.

Tilfinningastjórnun kennir færni til að draga úr tilfinningalegri viðkvæmni, læra að þekkja og bregðast við tilfinningum og draga þannig úr tilfinningalegri þjáningu.

Streituþol fjallar um aðferðir til að þola við í óbærilegum aðstæðum eða líðan.

Samskiptafærni snýst um sambönd við annað fólk. Til dæmis að biðja um það sem við þurfum og setja mörk.

Núvitund er grunnurinn að allri færninni sem kennd er í DAM-meðferð. Með þjálfun í núvitund getum við betur gengist við aðstæðum okkar í lífinu en á sama tíma gert breytingar til hins betra.

Hvernig er DAM-meðferð frábrugðin öðrum meðferðarúrræðum?

HAM, hugræn atferlismeðferð, er sú geðmeðferð sem hefur helst verið notuð fyrir þann hóp sem sækir DAM-meðferð. Munurinn felst í því að í DAM er kennd færni til að bregðast við aðstæðum og tilfinningum á árangursríkan hátt og núvitund er grunnstoðin í meðferðinni allri.



Er DAM-hópmeðferð eða einstaklingsmeðferð?

Hvoru tveggja, full meðferð tekur sex mánuði og skiptist í að einstaklingur fer í hópmeðferð einu sinni í viku í tvær klukkustundir og í einstaklingsviðtal hjá sínum meðferðaraðila vikulega.

Getur DAM-meðferð verið fyrirbyggjandi úrræði fyrir börn og unglinga sem eiga við tilfinningalegan óstöðugleika að stríða?

Já líklega, það hefur ekki verið rannsakað eins mikið og DAM-meðferð fyrir fullorðna en færniþættirnir eru eitthvað sem er hjálplegt fyrir alla og fyrirbyggjandi í sársaukafullum aðstæðum. DAM-meðferðarformið hefur verið notað á BUGL svo við vitum til.

Eru margir fagaðilar hér á landi sem bjóða upp á DAM-meðferð?

Landspítalinn er eini staðurinn að okkur vitandi þar sem boðið er upp á fulla DAM-meðferð en svo eru einkaaðilar eins geðhjúkrunarfræðingar og sálfræðingar sem nýta sér DAM-meðferðartæknina með sínum skjólstaðingum. Eitt af skilyrðum

DAM-meðferðar þar sem meðferð er skipt í hópmeðferð og einstaklingsmeðferð er að það sé teymisvinna með vikulegri handleiðslu.

Hver er framtíðarsýn teymisins?

Við erum stöðugt að vinna að umbótum til þess að geta þjónustað hópinn okkar betur. Á síðustu mánuðum hefur okkur tekist að auka skilvirkni teymisins sem hefur stýtt bið eftir meðferð um nokkra mánuði. Biðin er þó enn um hálf tveim árum heldur áfram. Af öðrum umbótaverkefnum má nefna aukna notkun tæknilausna, að bæta þjónustu við fjölskyldur skjólstaðinga og að auka stuðning við þá sem hafa einangrast félagslega vegna sinna geðræna áskorana.

Að lokum verðið þið varar við að fordómar gagnvart geðsjúkdómum fari minnkandi í samfélaginu?

Já sem betur fer er ekki lengur álitnið feimnismál eða skammarlegt að leita sér hjálpar vegna geðrænna áskorana. Fordómar byggjast á vanþekkingu og aukin umræða, bæði meðal fagfólks og almennt í samfélaginu, er mikilvæg til að draga úr þeim.



Kolbrún Gísladóttir, Sólveig Kristjánsdóttir, Ásta Júlía Björnsdóttir, Lilja Ásgeirsdóttir og Guðrún Jónsdóttir en þær skipulögðu mótið.

Gleðin við völd á golfmóti hjúkrunarfræðinga



Umsjón: Ari Brynjólfsson

Það var mikið fjör hjá hjúkrunarfræðingunum sem tóku þátt í árlegu golfmóti hjúkrunarfræðinga sem fram fór á golfvelli Kiðjabergs, einum fallegasti golfvelli landsins, þann 16. júní síðastliðinn. Svölíttill vindur og örlítil rigning var á vellinum en það hafði engin áhrif á stemninguna eins og sjá má á þessum myndum.

Verðlaunaafhending fór svo fram í golfskalanum þar sem hjúkrunarfræðingar, margir hverjir rauðir í kinnnum eftir daginn, gæddu sér á heitri súpu.

Sigurvegargar mótsins:

Sigrún Ragnarsdóttir hreppti fyrsta sætið, Ingunn Steinþórsdóttir var í öðru sæti og Theodóra Gunnarsdóttir því þriðja.





Ágústa Áróra, Margrét Halldórsdóttir og Brynja Laxdal



Hrönn Harðardóttir, Erla Björk Sverrisdóttir, Valfríður Möller og Guðrún Björg Guðmundsdóttir



Kristbjörg Leósdóttir, Þóra Gerða Geirsdóttir, Þórunn Sigurðardóttir og Sonja Guðjónsdóttir



Magnea Vilhjálmisdóttir, Arna Magnúsdóttir, Þórunn Halldórsdóttir og Björg Viggósdóttir

Takk fyrir stuðninginn





Kjararáðstefna

Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Selfoss

3. og 4. október 2022

Kjararáðstefnan er fyrst og fremst ætluð trúnaðarmönnum hjúkrunarfræðinga auk annarra sem koma að kjarasamningsviðræðum. Tilgangur ráðstefnunnar er að undirbúa kröfugerð Fíh fyrir komandi kjarasamninga. Á ráðstefnunni verður farið yfir niðurstöður kannanna vegna kjarasamninga og styttingu vinnuvikunnar. Unnið verður í vinnuhópum þar sem fjallað verður um starfsumhverfi og réttindi. Farið verður með rútu frá Reykjavík til Selfoss þar sem gíst verður í eina nótt. Skráning á ráðstefnuna þarf að berast fyrir kl. 12, föstudaginn 16. september, á eva@hjukrun.is.



Er starfandi trúnaðarmaður á þinni deild?

Viltu hafa áhrif á launa- og starfskjör þín og annarra hjúkrunarfræðinga?

Mjög mikilvægt er að trúnaðarmaður sé til staðar á starfseiningum hjúkrunarfræðinga.

Fíh leitar að hjúkrunarfræðingum til að taka að sér hlutverk trúnaðarmanna nú í aðdraganda að undirbúningi kjarasamninga á þeim starfseiningum sem vantar trúnaðarmenn.

Fíh heldur námskeið fyrir trúnaðarmenn félagsins tvisvar á ári og á námskeiðinu eru trúnaðarmenn upplýstir um stöðu kjaramála eða annarra mála er varða hjúkrunarfræðinga.

Meginhlutverk trúnaðarmanna er að:

- Vera tengiliðir milli hjúkrunarfræðinga og stjórnenda
- Koma upplýsingum um kjara- og réttindamál til hjúkrunarfræðinga
- Standa vörð um réttindi og skyldur hjúkrunarfræðinga
 - Kynna sér ítarlega kjarasamninga Fíh
- Upplýsa hjúkrunarfræðinga um ný og breytt atriði kjarasamninga
 - Fylgjast með að réttindi og skyldur hjúkrunarfræðinga séu virt
- Taka við kvörtunum og fyrirspurnum hjúkrunarfræðinga, leita svara við þeim eða koma þeim í viðeigandi farveg innan stofnunar eða hjá kjara- og réttindasviði Fíh

Trúnaðarmenn eru mikilvægir tengiliðir Fíh við hjúkrunarfræðinga

BetterYou®

Ný bætiefnalína fyrir öll stig móðurhlutverksins

Conception munnúðinn

er blanda af sjö nauðsynlegum næringarefnum sem styðja við frjósemi og undirbúa líkamann fyrir meðgöngu. Inniheldur D3 vítamín, fólínsýru, járn, sink, selen, tíamín (B1) og joð.

Granatepla- og hindberjabragð

Pregnancy munnúðinn

styður næringarefna- og orkupörf sem getur fylgt meðgöngu. Inniheldur fólínsýru, joð, járn, D3 vítamín, K2 og B12 sem stuðlar stuðlar að því að draga úr þreytu og lúa.

Piparmintubragð

Hair, Skin & Nails

munnúðinn hjálpar til að fá ljómann aftur eftir fæðingu. Sérsmíðinn stuðningur fyrir heilbriggt hár, húð og neglur. Inniheldur sex fegurðarbætandi næringarefni: C vítamín, sink, selen, bíótín, joð og pantóþensýru (B5).

Appelsínu-, ferskju og mangóbragð

Children's Health munnúðinn

er þægileg og áhrifarík leið til að tryggja að börn frá 1 árs aldri fái helstu vítamín sem á er þörf til að styðja við vöxt og þroska. Inniheldur A vítamín, B12, C, D og K2 vítamín, fólínsýru og joð.

Hindberjabragð



Fyrir meðgöngu

Á meðgöngu

Eftir fæðingu

Fyrir börn

Fæst í helstu apótekum.

Laufey nærþjónusta – teymi sem veitir geðheilbrigðisþjónustu á vettvangi

Laufey nærþjónusta er teymi í þróun á geðþjónustu LSH sem er ætlað að þjónusta fólk með alvarlegan geð- og fíknivanda á vettvangi. Við heyrðum í Birnu Óskarsdóttur, hjúkrunarfræðingi og teymisstjóra, til að forvitnast nánar um þetta nýja og mikilvæga teymi sem er nefnt eftir ömmu sem bjó í Grjótaþorpinu og var þekkt fyrir að berjast fyrir réttlæti lítilmagnans.

Viðtal og myndir: Sigríður Elín Ásmundsdóttir

Hvers vegna var ákveðið að setja á laggirnar teymi sem þjónustar fólk með geð- og fíknivanda á vettvangi?

„Geðþjónustan er í stöðugri framþróun, þessi hópur þarf sértæka nálgun og að okkar mati var þörf á að aðlagja kerfið betur að þessum hópi en hefur verið gert hingað til.“ Birna segir að með þróun teymisins sé komin þjónusta sem er sérstaklega sniðin að þörfum hópsins sem þiggur hana og að hún feli í sér þekkingu á fíknivanda, skaðaminnkun og geðsjúkdómum. „Það er auðveldara að mæta þessum hópi á þeirra forsendum þegar öll þessi þekking er til staðar hjá teyminu sem veitir þjónustuna,“ segir hún.

Úr hvaða fagstéttum koma þeir sem tilheyra þessu nýja teymi og hvernig virkar það?

„Í teyminu eru hjúkrunarfræðingar, reynslumiklir og sérhæfðir málástjórar, fíknifræðingur, læknar og félagsráðgjafar frá Reykjavíkurborg. Teymið er með samstarfssamning við borgina varðandi félagslega ráðgjöf fyrir þennan hóp sem er mikilvægt. Teymið virkar þannig að við veitum geðheilbrigðisþjónustu á vettvangi, við erum mjög sveigjanleg og reynum að mæta fólki á þeirra forsendum.“ Birna segir að meðferðarsambandið skipti miklu máli og að hópurinn sem sækir þjónustuna treysti teyminu. „Hver og einn og einstaklingur hefur með það að gera hversu mikla þjónustu hann þiggur.“

Hún segir þetta nýja teymi vinna út frá hugsjónum áhuga-hvetjandi samtals, skaðaminnkunar, batamiðaðrar

hugmyndafræði og geðlæknisfræði. „Teymið var upphaflega þróað með þetta að leiðarljósi en verður stöðugt í þróun og endurskoðun til að reyna að bæta þjónustuna enn frekar. Teymið Laufey tók til starfa í október 2021 og nú eru um 30 einstaklingar í þjónustu en markmiðið er að þjónusta stærri hóp því þörfin er mikil. Samhliða stækkandi teymi viljum við líka fá fleiri fagstéttir í lið með okkur eins og til dæmis sálfræðinga sem mér finnst vanta í teymið. Það væri líka betra fyrir skjólstæðinga okkar ef það væri fast stöðugildi læknis í teyminu og einnig ef að í teyminu starfaði einstaklingur með persónulega reynslu. Notendur eru með lífsálfélagsglegar þarfir og þurfa mest á heildrænni heilbrigðisþjónustu að halda. Þess vegna er mikilvægt að hjúkrun í teyminu sé sterk og samstarf hjúkrunarfræðinga og annarra sem sinna hjúkrun þessara einstaklinga afskaplega mikilvægt. Laufey er teymi sem var litið í byrjun og mun án efa stækka með tímanum og þjónusta fleiri skjólstæðinga.“

Var þessi hópur sem teymið er að þjónusta á vettvangi ekki að sækja sér heilbrigðisþjónustu á viðeigandi stofnunum eða er álagið þar hugsanlega of mikið til að hægt sé að sinna honum?

„Þetta er okkar veikasti hópur og að sjálfsögðu er pláss fyrir hann. Reynslan sýnir hins vegar að okkar veikasti hópur leitar gjarnan á bráðamóttökum en skilar sér oft illa í bókaða tíma inn á heilbrigðisstofnanir því það getur verið ákveðin hindrun að koma inn á spítalann til að sækja þjónustu. Þetta teymi var sett á laggirnar með það að markmiði að



mæta skjólstæðingum þar sem þeir eru staddir hverju sinni og við leggjum mikla áherslu á að vera sveigjanleg. Það leiðir svo vonandi til þess að einstaklingar sem tilheyra þessum hópi nái betra jafnvægi og geti frekar nýtt sér geðheilbrigðisþjónustuna. Með okkar innkomu vonumst við til þess að skjólstæðingar okkar geti fengið aðstoð við að leita á rétta staði til þess að fá markvissari þjónustu.“

Birna segir að það sem sé helst einkennandi fyrir hópinn sem teymið þjónustar séu ótryggar félagslegar aðstæður. „Með því að eiga öruggt húsaskjól næst ákveðið jafnvægi og því skiptir það hópinn okkar miklu máli að við aðstoðum hann við að tengjast félagsráðgjöfum í þeirra nærumhverfi með það að markmiði að fá húsnæði við hæfi. Gagnkvæmt traust skiptir lykilmáli í þessum aðstæðum.“

Hver kallar eftir þjónustu teymisins?

„Sá hópur sem núna er í þjónustu teymisins kom inn í það úr öðrum teyimum á geðþjónustu Landspítala, út frá innvalsskilmerkjum, sem var þáttur í því að gera þjónustuna markvissari.“

Nýttuð þið ykkur þekkingu og reynslu frá öðrum löndum þegar teymið var próað?

„Samfélagshjúkrun og samfélagsteymi eru ekki ný af nálinni. Til að mynda hefur samfélagsgeðteymi verið starfandi á geðþjónustu Landspítala í langan tíma og fagaðilar Laufeyjar teymisins hafa meðal annars reynslu þaðan. Við horfðum helst

„Fordómar eru miklir gagnvart hópnum sem við sinnum, bæði innan heilbrigðiskerfisins og utan þess.“

til Hollands þegar teymið var próað því þar er meiri þekking og reynsla teyma á borð við okkar. Við kynntum okkur FACT-þjónustu og fylgdum módeli sem hefur verið prófað víðsvegar um heiminn, við gátum þannig nýtt okkur þekkingu sem hefur reynst vel annars staðar.“

Birna segir að þjónusta fyrir einstaklinga með alvarlega geðsjúkdóma og alvarlegan fíknivanda sé mjög aðkallandi og aðsóknin sé meiri en teymið hafi getað sinnt undanfarið.



Er það þín upplifun sem fagmanneskju í geðþjónustu á Íslandi að úrræðaleysi sé hindrun?

„Úrræðaleysi er vissulega hindrun. Okkar fólk hefur takmörkuð úrræði og þarf oft að bíða lengi, fær til að mynda ekki sömu tækifæri til búsetu og aðrir svo eitthvað sé nefnt.“

Hvaðan kemur nafnið á teymið, LAUFHEY?

„Við vildum ekki hafa gildishlaðið nafn sem felur í sér eitthvað sem ýtir mögulega undir fordóma. Við ákváðum því að heiðra ömmuna í Grjótaþorpinu, Laufeyju Jakobsdóttur, með því að nefna teymið eftir henni. Laufey barðist ávallt fyrir rétti lítilmagnans, hún var þekkt fyrir störf sín í þágu unglunga í miðborg Reykjavíkur og stóð vörð um ungar konur sem leið áttu um Grjótaþorpið á síðkvöldum.“

Að endingu verður þú sem starfsmaður teymisins vör við fordóma gagnvart þeim hópi sem þú ert að sinna?

„Já því miður er það raunin. Fordómar eru miklir gagnvart hópnum sem við sinnum, bæði innan heilbrigðiskerfisins og utan þess. Fordómar eru byggðir á vanþekkingu og því er það eitt mikilvægasta hlutverk þeirra sem vinna með hópnum að vera málsvari hans og veita fræðslu með það að markmiði að minnka fordóma. Að sjálfsögðu á ekki að mismuna einstaklingum út frá stöðu eða greiningum og því eiga einstaklingar með tvígreiningu að hafa jöfn tækifæri á við aðra,“ segir Birna að lokum og vonandi er þetta viðtal liður í því að minnka fordóma gagnvart þessum veikasta hópi samfélagsins.

Neysla óþióða hefur færst í aukana á undanförunum árum, hvernig birtist þessi vandi ykkur?

„Í okkar hópi eru einhverjir að nota óþióða og sem betur fer eru viðurkenndar aðferðir til að mæta þessum einstaklingum og aðstoða þá í þeim efnum, svo sem viðhaldsmeðferðir og neyðarlyfið naloxone. Okkur hefur reynst erfiðara að mæta þörfum þeirra sem nota örvandi vímuefni þar sem þau ýta undir versnun á til dæmis geðrofssjúkdómum og við erum því miður ekki með neina gagnreynda viðhaldsmeðferð til að mæta þörfum þeirra.“

Er tilgangurinn með svona þjónustu að bæta lífsgæði fólks eða er markmiðið að reyna að fá fólk til að vera virka samfélagsþegna?

„Tilgangurinn er að bæta lífsgæði og að aðstoða skjólstæðinga teymisins við að ná markmiðum sínum. Einstaklingarnir sem þiggja þjónustu teymisins eru jafnmismunandi og þeir eru margir og því eru markmiðin misjöfn. Sem dæmi gæti einn í okkar þjónustu haft áhuga á því að fara út á vinnumarkaðinn á meðan annar hefur það markmið að ná lágmarksjafnvægi á sínum geðsjúkdómi. Við vinnum út frá batamiðaðri hugmyndafræði, bati eins er ekki sambærilegur bata annars. Það væri óraunhæft að ætla öllum sömu útkomu.“

„Okkur hefur reynst erfiðara að mæta þörfum þeirra sem nota örvandi vímuefni þar sem þau ýta undir versnun á til dæmis geðrofssjúkdómum og við erum því miður ekki með neina gagnreynda viðhaldsmeðferð til að mæta þörfum þeirra.“



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.

Mikilvægt að fjölga körlum í hjúkrun

Höfundar: Edda Dröfn Daníelsdóttir, Eygló Ingadóttir, Gísli Kort Kristófersson, Gísli Nils Einarsson og Hildur Sigurðardóttir

Í alþjóðlegri rannsókn frá árinu 2012 „Male nurses World wide“ kom fram að hlutfall karla sem störfuðu þá við hjúkrun á Íslandi var hvað lægst í heiminum ásamt Kína eða um eitt prósent. Hlutfall karlkyns hjúkrunarfræðinga í Evrópu var á sama tíma að meðaltali um 5-10% og fór sú tala hækkandi, en sem dæmi þá voru 25% hjúkrunarfræðingar á Ítalíu karlkyns¹. Árið 2022 er hlutfall karlkyns hjúkrunarfræðinga sem starfa við hjúkrun á Íslandi 3% samkvæmt félagatali Fih. Hlutfallið hefur hækkað á síðustu árum en ástæðan fyrir því er fjölgun karlkyns hjúkrunarfræðinga af erlendum uppruna.

Það er mikilvægt að fjölga körlum í hjúkrun. Karlar og konur eiga að geta valið sér starfssvið eftir áhuga og hæfileikum óháð staðalmyndum. Kynskiptur vinnumarkaður orsakar meðal annars kynbundinn launamun². Þá hefur verið sýnt fram á að vinnustaðamenning og framleiðni er almennt talin betri á blönduðum vinnustöðum³. Um helmingur skjólstæðinga hjúkrunarfræðinga eru karlar og því má segja að hlutfall karla í hjúkrunarstéttinni sé í hrópandi ósamræmi við heildarmyndina í nútímasamfélagi. Eðlilegt er að kjölfestustarfsstétt eins og hjúkrunarfræðingar endurspegli fjölbreytileika samfélagsins sem hún þjónar, einnig hvað varðar kynjaskiptingu. Ef horft er til áskorana hvað varðar mönnun í íslenskri heilbrigðisþjónustu er ljóst að breyta þarf staðalmyndum þannig að karlar sjái hjúkrunarfræði sem áhugaverða menntun og framtíðarstarfsferil. Ólíklegt er að hægt verði að fylla stöður hjúkrunarfræðinga með nær einu kyni á komandi árum.

Árið 2019 hóf Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fih) samstarf við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri og Landspítala um mótun framtíðarsýnar og langtíma starfsáætlunar um fjölgun karla í hjúkrun. Eitt af fyrstu verkefnum hópsins var að standa fyrir könnun um karlkyns hjúkrunarfræðinga annars vegar á meðal almennings og hins vegar á meðal hjúkrunarfræðinga innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fih).

Í kjölfar þess að var ákveðið að halda rafrænt málþing 4. febrúar 2022 sem bar heitið **Hjúkrun með mismunandi kynjagleraugum**, þar voru meðal annars helstu niðurstöður könnunarinnar kynntar ásamt því að boðið var upp á ýmsa aðra áhugaverða fyrirlestra.

Könnun Fih um viðhorf til karlkyns hjúkrunarfræðinga

Fyrirtækið Maskína sá um framkvæmd könnunarinnar fyrir Fih. Könnunin var tvískipt þar sem annars vegar var leitast við var að skyggjast inn í viðhorf almennings til karlkyns hjúkrunarfræðinga og hins vegar viðhorf hjúkrunarfræðinga.

Könnunin sem náði til almennings var lögð fyrir Þjóðgátt Maskínu, sem er þjóðhópur fólks á aldrinum 18 ára og eldri sem valinn var með tilviljunarkenndum hætti úr Þjóðskrá á netinu. Könnunin fór fram dagana 26. október til 3. nóvember 2021 og voru svarendur alls 806 talsins.

Starfandi félagsmenn Fih, alls 3.171 manns, fengu könnunina senda til sín rafrænt dagana 2. til 30. nóvember 2021 og henni var fylgt eftir með þremur áminningum til þeirra sem ekki höfðu þegar svarað, auk sms-skilaboða með vefslóð á könnunina. Að lokum var haft samband símleiðis við þá hjúkrunarfræðinga sem áttu eftir að svara. Alls svöruðu 1.358 félagsmenn Fih eða 42,8%. Stjórn Fih vill þakka hjúkrunarfræðingum fyrir þátttökuna en góð þátttaka er forsenda áreiðanlegra niðurstæðna. Nánari útlistun á úrtaki og svörum í könnuninni má sjá í töflu 1.



Tafla 1. Úrtak og svörun

Upphaflegt úrtak	3.655
Vantaði netfang	82
Endanlegt úrtak	3.171
Neita að svara	191
Næst ekki í	1.622
Fjöldi svarenda	1.358
Svarhlutfall	42,80%

Könnunin á meðal almennings samanstóð af 13 spurningum, en könnun til félagsmanna Fíh innihélt 20 spurningar. Spurningarnar voru unnar af meðlimum verkefnahópsins í samvinnu við Maskínu. Í báðum könnunum voru lokaðar spurningar, spurningar með 5 punkta Likert-kvarða, fjölvalsspurningar og opnar spurningar sem veitti svarendum möguleika á að svara með eigin orðum.

Almenningur jákvæður í garð hjúkrunarfræðinga

Almenningur gaf til kynna mjög jákvætt viðhorf til hjúkrunarfræðinga eða 91% svarenda sem er gríðarlegt mikilvægt í ljósi þess að hjúkrunarfræðingar starfa á öllum stigum heilbrigðisþjónustunnar. Á sama tíma hefur almenningur miklar áhyggjur af skorti hjúkrunarfræðinga til starfa eða um $\frac{2}{3}$ svarenda. Þegar almenningur var spurður út í undirliggjandi ástæður fyrir skorti hjúkrunarfræðinga kom í ljós að mönnunarvandi var þar í fyrsta sæti og síðan álag í starfi, léleg þjónusta og mikilvægi hjúkrunarfræðinga í starfi.

Tafla 2. Helstu ástæður fyrir skorti á hjúkrunarfræðingum á Íslandi

Mönnunarvandi	26,2%
Álag	13,4%
Léleg þjónusta	10,7%
Mikilvægi hjúkrunarfræðinga	10,8%
Laun	10,1%

Ljóst er að viðhorf almennings til hjúkrunarfræðinga er mjög jákvætt en á sama tíma hefur almenningur áhyggjur af skorti á hjúkrunarfræðingum sem er þekkt vandamál hér á landi eins og skýrslan, **Mönnun hjúkrunarfræðinga**, sem kom út árið 2020 sýnir fram á⁴. Viðunandi mönnun hjúkrunarfræðinga er forsenda þess að hægt sé að veita örugga og skilvirka heilbrigðisþjónustu og því afar mikilvægt að tryggja næga mönnun þeirra sem fellur að þörfum heilbrigðiskerfisins til framtíðar.

Kyn hjúkrunarfræðings skiptir ekki máli

Almenningur hefur almennt mjög jákvætt viðhorf til karlkyns hjúkrunarfræðinga og 92% svarenda sögðu að kyn hjúkrunarfræðings skiptir ekki máli þegar þeir fá þjónustu hjúkrunarfræðings. Þegar rýnt var í aldursbil svarenda kom fram að 13,4 % á aldursbilinu 40-49 ára og 16,9% 60 ára og eldri vildu fremur kvenskyns hjúkrunarfræðinga en karlkyns. En á aldursbilinu 18-39 ára skipti kyn hjúkrunarfræðings nær engu máli. Sömuleiðis telur almenningur að sömu eiginleikar einkenni karlkyns og kvenkyns hjúkrunarfræðinga þ.e. gott viðmót, góðmennska, umhyggja og aðrir jákvæðir persónueiginleikar. Út frá svörum í sömu spurningu

mátti álykta að kvenkyns hjúkrunarfræðingar væru aðeins metnaðarfullri en karlkyns hjúkrunarfræðingar. Að sama skapi kom fram að karlkyns hjúkrunarfræðingar voru álitnir vera aðeins hugrakkari, sjálfstæðari og létu síður álit annarra hafa áhrif á sig að mati almennings.

Ef þú þyrftir á þjónustu hjúkrunarfræðings á að halda, myndir þú kjósa karlkyns eða kvenkyns hjúkrunarfræðing eða finnst þér það ekki skipta máli?

	Fjöldi	%
Karlkyns (1)	5	0,6%
Kvenkyns (2)	66	8,7%
Kyn skiptir ekki máli (3)	686	90,7%

Áhugavert var að sjá í niðurstöðunum að almenningur myndi hvetja bæði kynin til jafns til að verða hjúkrunarfræðingur ef viðkomandi sýndi starfinu áhuga þrátt fyrir að almenningur telji fagstétt hjúkrunarfræðinga mjög kvenlæga eða 96,1%).

Þegar almenningur var spurður um helstu ástæður fyrir því að karlar velji síður að verða hjúkrunarfræðingar þá voru lág laun helsta ástæðan (35,1%). Aðrar ástæður voru að fagið væri kvennastarf (13,8%), ímynd/viðhorf og fordómar gagnvart karlkyns hjúkrunarfræðingum (13,6%) og kvenlæg menning innan starfsins (10,5%).

Mikill meirihluti almennings, tæplega 72%, telur að jafnara kynjahlutfall innan hjúkrunarstéttarinnar hefði jákvæð áhrif, en líta má svo á að það sé eðlilegt í ljósi þess að helmingur skjólstæðinga heilbrigðisþjónustunnar eru karlkyns og mikilvægt er að kynjahlutfall í heilbrigðisstarfsstéttum endurspegli nútímasamfélag.

Niðurstöður um viðhorf hjúkrunarfræðinga

Hjúkrunarfræðingar voru sammála um að mjög mikilvægt væri að auka hlutfall karla í hjúkrun, en niðurstöður sýndu að 74% þátttakenda hafi álitnið það vera mjög mikilvægt. Þegar þeir voru spurðir hvaða leiðir væru heppilegar til þess að stuðla að hækkuðu hlutfalli karlkyns hjúkrunarfræðinga í stéttinni, merktu 62% við hækkan á launum, 42% auglýsingar og 29% vildu auka sýnileika og umræðu um karla í hjúkrun.

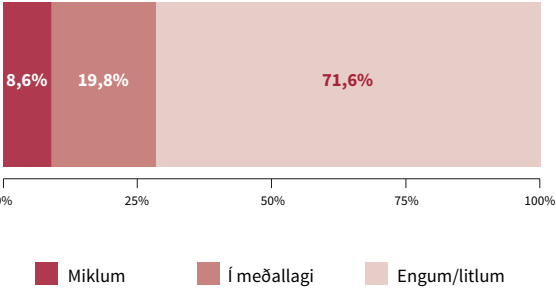
Fagstétt hjúkrunarfræðinga er mjög kvenlæg enda eru 97% íslenskra hjúkrunarfræðinga kvenkyns. Að mati hjúkrunarfræðinga gerir það karlkyns hjúkrunarfræðingum erfitt fyrir í starfi, en aðrir þættir eins og staðalímyndir, fordómar og laun voru einnig nefndir í könnuninni sem hamlandi þættir í þessu samhengi. Þegar hjúkrunarfræðingar voru beðnir um að taka dæmi um að hvaða leyti fagstétt hjúkrunarfræðinga væri kvenlæg var hátt kynjahlutfall kvenkyns hjúkrunarfræðinga

efst á lista, oft sé hugtakið „hjúkka“ notað í stað hjúkrunarfræðings, eða „stelpurnar á vaktinni“, kvenlægir eiginleikar, gildi og viðhorf væru til staðar innan stéttarinnar auk ímyndarvanda og fordóma.

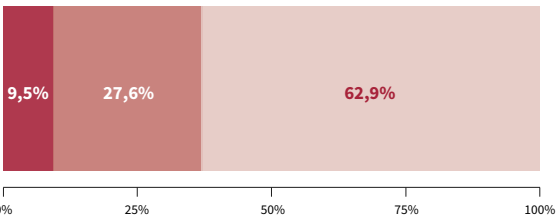


Þegar kemur að vinnustaðarmenningu hjúkrunarfræðinga var hún talin vera mjög kvenlæg. Einnig kom fram að aðstaða og aðbúnaður á vinnustöðum gerði ekki ráð fyrir karlkyns hjúkrunarfræðingum, sérstaklega þegar kemur að búninga- aðstöðu.

Fagstétt hjúkrunarfræðinga



Vinnustaðamenning hjúkrunarfræðinga



Vilja fleiri karlkyns hjúkrunarfræðinga í stéttina

Þegar rýnt er niðurstöður könnunninnar er áhugavert að sjá að hjúkrunarfræðingum finnst mikilvægt að fjölga karlkyns hjúkrunarfræðingum innan stéttarinnar, en nær 95% hjúkrunarfræðinga sem tóku þátt í könnunni fannst það skipta miklu eða í meðallagi máli. Hins vegar er það dapurleg staðreynd að meirihluti almennings (62,7%) og hjúkrunarfræðinga (61,6 %) telji að það þurfi fleiri karla í stéttina til að hækka laun hjúkrunarfræðinga þar sem laun eiga ekki að vera kynbundin, heldur í samræmi við menntun, hæfni og ábyrgð einstaklingsins. Þetta sýnir hvað við sem samfélag erum komin stutt í vegferðinni að jafna kynbundinn launamun í íslensku atvinnulífi.

Sérstaklega gleðilegt er að sjá hversu almenningur er jákvæður gagnvart stétt hjúkrunarfræðinga, eða 91% og að almenningur er afar áhyggjufullur yfir skorti á hjúkrunarfræðingum á Íslandi (yfir 90%). Þessar niðurstöður gefa til kynna skilning á stöðu hjúkrunar á Íslandi og mikilvægi áframhaldandi kjarabaráttu stéttarinnar til að leiðrétta kynbundinn launamun sem hún líður enn fyrir.

Heilt yfir eru niðurstöður þessar könnunninnar afar mikilvægar, bæði hvað varðar sterka stöðu hjúkrunar á Íslandi hvað varðar viðhorf almennings og jákvætt viðhorf hjúkrunarfræðinga og almennings til karlkyns hjúkrunarfræðinga. Þær gefa hagsmunaaðilum sterk skilaboð varðandi framtíðarstefnumótun og hjúkrunarfræðingum sjálfum byr undir báða vængi til áframhaldandi góðra verka.

¹ <https://realmanswork.wordpress.com/2012/05/05/male-nurses-worldwide/>
² https://www.stjornarradid.is/library/01-Frettatengt---myndir-og-skrar/FOR/Fylgiskjal-i-frett/Ver%C3%B0m%C3%A6tamat%20kvennastarfa_Sk%C3%BDrsla%20ag%20til%C3%B6gur%20starfsh%C3%B3ps%20til%20umsagnar.pdf
³ https://www.stjornarradid.is/library/01-Frettatengt---myndir-og-skrar/FOR/Fylgiskjal-i-frett/Ver%C3%B0m%C3%A6tamat%20kvennastarfa_Sk%C3%BDrsla%20ag%20til%C3%B6gur%20starfsh%C3%B3ps%20til%20umsagnar.pdf
⁴ https://www.stjornarradid.is/library/02-Rit---skyrslur-og-skrar/Skyrsla_monnun_hjukrunarfr_21082020.pdf

Stiegmeyer 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 iðjupjálfunar.
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



Nýtt meistaranám í geðhjúkrun

Viltu bæta geðheilsu landsmanna og verða virkur þátttakandi í þróun geðheilbrigðisþjónustu til framtíðar? Á heimasíðu Háskóla Íslands tekur þessi setning á móti þeim sem vilja kynna sér þetta nýja meistaranám sem er vistað hjá Hjúkrunarfræðideild HÍ.

Viðtal og myndir: Sigríður Elín Ásmundsdóttir

Við spurðum dr. Helgu Sif Friðjónsdóttur aðeins út í meistaranámið en hún er sérfræðingur í geðhjúkrun og klínískur lektor við Hjúkrunarfræðideild HÍ, auk þess að starfa á göngudeild fíknigeðdeildar á geðþjónustu Landspítala.

Hvers vegna var ákveðið að bjóða upp á meistaranám í geðhjúkrun?

Geðheilbrigði og geðheilbrigðisþjónusta hefur verið mikið í umræðunni undanfarin misseri og ítrekað bent á að efla þurfi geðheilbrigðisþjónustu, á öllum stigum heilbrigðisþjónustu sem og í annarri velferðarþjónustu, og að öll þjónusta þurfi að vera notendamiðuð og valdeflandi. Samfélagsumræðan hefur leitt til þess að eðlilegt þykir nú að leita sér aðstoðar með geðrænar áskoranir og einskorðast sú aðstoð ekki við tiltekna fagstétt. Því hefur samhliða umræðunni verið þrýstingur frá hjúkrunarfræðingum og stofnunum sem veita geðheilbrigðisþjónustu á að skapa tækifæri til aukinnar menntunar og þjálfunar í geðhjúkrunarfræði. Meginmarkmið framhaldsnáms í geðhjúkrunarfræði er að mæta þörfum notenda og aðstandenda í sem víðasta samhengi, út frá batamiðaðri hugmyndafræði og valdeflingu. Viðfangsefnin eru og verða ærin til framtíðar í geðheilbrigðismálum og munu hjúkrunarfræðingar með framhaldsmenntun í geðhjúkrun gegna veigamiklu hlutverki í uppbyggingu geðheilbrigðisþjónustu, bæði úti í samfélaginu og innan stofnana.

Hvernig er námið uppbyggt?

Meistaránám í geðhjúkrun er 120 einingar. Námið er fullt nám í tvö ár, með 60 ECTS á fyrra ári, sem er jafnframt launað starfsnám en 40 ECTS eru kenndar á seinna ári. 20 ECTS einingar geta fengist metnar. Námið er sveigjanlegt



Helga Sif Friðjónsdóttir stendur fremst á myndinni, þá Jóhanna Bernharðsdóttir, Eydis Kristín Sveinbjarnardóttir og Gísli Kort Kristófersson. Þetta er hópurinn sem kom meistaranámi í geðhjúkrun á koppinn. Stolt og spennt að taka á móti nemendum sem hefja nám í haust.

með reglulegum staðlotum á námstímanum við HÍ, HA, auk klínískra námskeiða á Landspítala.

Hvaða tækifæri getur námið haft í för með sér?

Að námi loknu opnast fjölbreytt tækifæri til að takast á við margvíslegar áskoranir til að bæta geðheilsu fólks á öllum aldri. Framsæknir hjúkrunarfræðingar geta stefnt að sérfræðiréttindum í geðhjúkrun, starfað í teymum

„ ... það mun áfram vera þörf fyrir sérfræðinga í geðhjúkrun í allri heilbrigðisþjónustu fyrir fólk með geðrænar áskoranir en ég tel að við eigum líka eftir að finna nýja farvegi og leiðir til að sinna geðhjúkrun.“

eða sjálfstætt við að veita samtalsmeðferðir til einstaklinga, hópa og fjölskyldna. Hjúkrunarfræðingar geta að loknu námi starfað á fjölbreyttum vettvangi og haft afdrifarík áhrif til geðræktar og góðrar geðheilsu þjóðarinnar.

Með hvaða hætti bætir þetta nám hugsanlega geðþjónustu á Íslandi?

Hjúkrunarfræðingar sem hafa farið í gegnum meistaranámið hafa einstaka þekkingu sem brúar bilið, bæði milli notenda og þjónustuveitenda, sem og milli ólíkra fagstétta innan geðheilbrigðisþjónustunnar. Geðhjúkrunarfræðingar eru því ómissandi í þverfaglegu teymi því menntun þeirra og hæfni gerir þá eftirsóknarverða málástjóra, meginmeðferðaraðila eða teymisstjóra. Í náminu verður lögð áhersla á klíniska þekkingu og færni, fagmennsku, rannsóknarfærni og sjálfstæði svo þeir sem útskrifast úr náminu geta í samvinnu við notendur og aðstandendur veitt heildræna geðhjúkrun. Þannig mun námið efla gæði og auka framboð geðheilbrigðisþjónustu á Íslandi til framtíðar.

Hver er staða geðhjúkrunar á Íslandi í dag?

Að mínu mati hefur geðhjúkrun verið í lægð á Íslandi undanfarin ár hvað varðar tækifæri til sérhæfingar og hæfnipjálfunar með því móti sem þetta meistaranám býður upp á. En þeir hjúkrunarfræðingar sem starfa við geðhjúkrun á Íslandi eru allajafna eldhugar og vinna alveg hreint ótrúlega magnað starf á hverjum degi sem oft fær ekki viðeigandi viðurkenningu. Margir þeirra hafa svalað sínum fróðleiksporsta með því að fara á ráðstefnur og vinnustofur erlendis eða hérlendis. Núna skapast tækifæri til menntunar og klínískrar þjálfunar hér á landi, þessi meistaragráða mun auka möguleika þeirra sem henni ljúka til starfsþróunar og veitingu sérfræðiréttinda í geðhjúkrun.



Námsstjórn meistaranáms í geðhjúkrun, á myndina vantar Kristínu Lindu Hjartardóttur.

Hver er framtíðarsýn geðhjúkrunar?

Framtíðarsýnin að mati okkar sem höfum unnið að því að koma náminu af stað er að innan nokkurra ára starfi geðhjúkrunarfræðingar og sérfræðingar í geðhjúkrun í mismunandi hlutverkum innan geðheilbrigðisþjónustu stofnana. Í til að mynda geðheilsuteymum heilsugæslu eða grunnþjónustu heilsugæslu, í skólahjúkrun og heimahjúkrun og annarri heilbrigðisþjónustu veittri í nærumhverfi. Einnig að geðhjúkrunarfræðingar vinni við nýsköpun og rannsóknir tengdum geðheilbrigðismálaflokknum.

Ef vel ætti að vera hvað vantar þá marga sérfræðinga í geðhjúkrun á Íslandi?

Ég er þeirrar skoðunar að við sem samfélag séum stödd á þeim stað að geðheilbrigði og efling þess verði viðfangsefni okkar til framtíðar. Ég á við að það mun áfram verða þörf fyrir sérfræðinga í geðhjúkrun í allri heilbrigðisþjónustu fyrir fólk með geðrænar áskoranir en ég tel að við eigum líka eftir að finna nýja farvegi og leiðir til að sinna geðhjúkrun. Til dæmis sé ég fyrir mér að sérfræðingur í geðhjúkrun geti starfað innan íþróttafélags þar sem viðfangsefnið væri geðrækt þeirra sem æfa með félaginu. En til að gefa einhverja mynd þá var gerð þarfagreining á geðþjónustu Landspítala og þar reiknast okkur til að það vanti nú þegar til starfa 12 sérfræðinga í geðhjúkrun. Þá er hvorki talin þörf barna- og unglingageðdeildar né annarra þjónustueininga spítalans. Svo það verða næg tækifæri til framtíðar fyrir þá sem útskrifast úr meistaranáminu.



Katrín Brynjarsdóttir

hjúkrunarfræðingur

á meðferðargeðdeild geðrofssjúkdóma, 33A

Morgunvakt á meðferðardeild geðrofssjúkdóma

Umsjón: Sigríður Elín Ásmundsdóttir / **Myndir:** Úr einkasafni

Meðferðargeðdeild geðrofssjúkdóma er 16 rúma legudeild sem skiptist í 10 bráðapláss og sex endurhæfingarpláss. Deildin var opnuð í janúar 2022, þegar geðrofsteymi móttökugeðdeildar og sérhæfð endurhæfingargeðdeild sameinuðust í eina deild. Deildin tekur á móti sjúklingum með bráðan og alvarlegan geðrænan vanda og sinnir jafnframt endurhæfingu fólks með geðrofssjúkdóma og algengar fylgiraskanir eins og kvíða, þunglyndi og vímuefnavanda (tvígreiningarvandi). Mikil áhersla er lögð á teymisvinnu á meðferðargeðdeild geðrofssjúkdóma.



Ég hóf störf á geðsviði LSH sumarið 2020, eftir þriðja námsárið mitt í hjúkrun. Ég hef alltaf haft mikinn áhuga á geðsviðinu og einnig störfum sem tengjast áfengis- og vímuefnavandamálum. Ég ákvað þess vegna að sækja um á sérhæfðri endurhæfingargeðdeild sem var á þeim tíma staðsett á Kleppspítala og var þá endurhæfingardeild sem sinnti einstaklingum með tvígreiningar. Eftir að ég hóf störf þar vaknaði enn meiri áhugi hjá mér á geðhjúkrun og þeirri vinnu sem felst í starfinu.

Í þessari dagbókarfærslu fer ég yfir morgunvakt á virkum degi. Það er mikið um útskriftir, innlagnir, fjölskylduvinnu og meðferðarviðtöl. Áhersla er lögð á teymisvinnu svo vaktin gangi eins áreynslulaust fyrir sig og hægt er miðað við álag og aðstæður.

Morgunvaktin byrjar saman inni á vaktherbergi og þar er munnlegt rapport. Mér finnst gott að byrja morgunvaktir á því að fá mér kaffibolla á meðan rapporti stendur. Farið er yfir hvernig kvöldið áður gekk fyrir sig, frekari breytingar á andlegri líðan skjólstæðinga og hvort það sé eitthvað sem þarf að hafa í huga varðandi skipulag morgunvaktarinnar.

Eftir rapport fer ég inn á lyfjagerbergi til þess að skoða lyfin fyrir vaktina. Verið er að prófa nýja verkferla á deildinni og koma lyfjateknar til að taka saman morgunlyfin. Ég sest við tölvuna og fer yfir lyfin hjá hverjum og einum svo ég hafi betri yfirsýn. Ég sé að þrír skjólstæðingar eru skráðir á forðasprautu og skrái það hjá mér.

Eftir þessa yfirferð les ég mig aðeins til um skjólstæðingana sem ég er skráð á, en þeir eru tveir á þessari vakt. Ég undirbý mig svo fyrir morgunfund og les mig til um breytingar og annað sem þarf að taka fyrir á þeim fundi.

Þegar búið er að undirbúa morgunlyfin fer ég með þau til skjólstæðinganna, býð þeim góðan daginn og kanna líðan þeirra. Mér finnst mjög gott að nota lyfjagjafatímann á morgnana til að opna daginn með mínum skjólstæðingunum þann daginn.

Morgunfundurinn er haldinn með öllum meðferðaraðilum deildarinnar, sem eru læknar, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafar, sálfræðingar og ráðgjafar. Farið er yfir hvern og einn skjólstæðing og hvaða meðferðaleiðir eru nýttar. Ég mætti á fundinn þegar komið var að því að ræða mína skjólstæðinga en þennan dag var fyrirhuguð útskrift hjá öðrum skjólstæðingi mínum og var farið yfir þá þætti sem þyrfti að undirbúa fyrir útskrift.

Læknir á vaktinni bað mig um að taka saman lyf fyrir fjóra daga fyrir skjólstæðing minn sem átti að útskrifast svo hann fengi lyfjarúllu með sér heim. Fór ég þá inn á lyfjagerbergi og byrjaði að undirbúa lyfjatiltekt.

Stuttu seinna talaði ég við skjólstæðinginn og móður hans, gaf honum síðustu vítamínsprautuna sem hann var skráður á og lyfin til þess að taka með heim. Læknirinn



„Við leggjum mikla áherslu á fjölskylduvinnu og erum í miklum samskiptum við fjölskyldur skjólstæðinga ef þeir veita okkur leyfi til þess.“

var búinn að fara yfir það helsta fyrir útskriftina og fór ég í kjölfarið aðeins yfir lyfjamálin með þeim. Ég óskaði þeim góðs gengis, skráði útskriftina og útskrifaði hann af deildinni.

Klukkan 11 var ég að fara hitta fjölskyldu fyrir stuðning. Við leggjum mikla áherslu á fjölskylduvinnu og erum í miklum samskiptum við fjölskyldur skjólstæðinga ef þeir veita okkur leyfi til þess. Þetta var fyrsti stuðningurinn sem ég veitti þessari fjölskyldu og snérist hann aðallega um að kortleggja þann stuðning sem fjölskyldan þurfti mest á að halda og farið aðeins dýpra í þeirra hlutverki í kringum veikindi skjólstæðingsins.

Eftir fundinn var komið að hádegismat, starfsfólk borðar að mestu í matsalnum með skjólstæðingum til að stuðla að frekari meðferðarsambandi. Það þarf samt alltaf að vera starfsmaður á ganginum ef eitthvað kemur upp á og vera til taks ef skjólstæðingar þurfa aðstoð.

Eftir matartímann talaði ég við einn skjólstæðing sem er skráður á forðasprautu. Ég vissi að sjá aðili vildi fá

betur heldur en að taka lyf um munn og þjónar sama tilgangi. Sprautan er gefin á tveggja til fjögurra vikna fresti og á þeim tíma heldur hún styrkleika lyfsins í líkamanum jöfnum.

Ég fór að undirbúa forðasprautuna en þar sem það voru fleiri skjólstæðingar skráðir á sprautu þennan morgun var ég búin að fá annan hjúkrunarfræðing til þess að aðstoða mig. Sprautan sem ég var að undirbúa var Zypadhera og getur tekið smátíma að undirbúa hana vegna margra skrefa sem þarf að fylgja til að blanda lyfið. Svo fór ég yfir þá verkferla sem þarf að sinna fyrir og eftir gjöf Zypadhera og gaf sprautuna.

Vaktstjóri lét mig vita að það væri fyrirhuguð innlögn og bað mig um að sjá um hana. Innlagnir koma aðallega frá bráðamóttöku geðsviðs en geta einnig komið frá öðrum deildum eða teyimum sem vinna á göngudeild Kleppspítala. Búið var að gera herbergið klárt og ég fór að undirbúa móttökublaðið og talaði við ráðgjafa sem gat verið með mér að taka á móti skjólstæðingnum.

Klukkan var að ganga í 14 þegar skjólstæðingurinn kom, ég fylgi honum inn á herbergi og tók innskriftarviðtal við hann. Það var stutt þar sem skjólstæðingurinn var að koma í bráðainnlögn, ég fékk helstu upplýsingar og tók lífsmörk. Innskriftaviðtalið þróaðist út í stuðningsviðtal en við leggjum mikla áherslu á stuðning á deildinni og fara allir starfsmenn hennar á námskeið til þess að geta veitt stuðningsviðtal.

Ég innskrifaði skjólstæðinginn og skráði í Söguna það helsta sem þyrfti að koma fram og skráði niður teymi í kringum skjólstæðinginn. Í teymi hjá skjólstæðingum í bráðafasa er ábyrgur læknir og hjúkrunarfræðingur. Ráðgjafi aðstoðaði skjólstæðinginn við að koma sér vel fyrir inni á herbergi og sýndi honum deildina.

Ég er skráð sem málástjóri hjá einum skjólstæðingi í endurhæfingu. Því fylgir að ég aðstoða hann í gegnum endurhæfingu og skipulegg hana eftir óskum skjólstæðingsins. Endurhæfingin hefur gengið vel og er hann kominn í útskriftarfasa. Ákveðið var að undirbúa þrepaplan sem deildin gæti haft til hliðsjónar, sem skipulag fyrir komandi útskrift. Ég fór í það að undirbúa þrepaplanið.

Það styttist í lok vaktarinnar, ég fer yfir daginn; hvort ég eigi eftir að klára einhver verkefni eða ganga frá svo ég skili morgunvaktinni almennilega frá mér. Ég skrái í Sögukerfið það helsta í kringum mína skjólstæðinga og hnýtti lausa enda.

Vaktstjórinn bað mig um að halda rapportið fyrir kvöldvaktina sem ég gerði og ég endaði á því að þakka öllum sem voru á vaktinni fyrir góða vakt, það finnst mér mikilvægt.



Ólafur Haukur, Faith Igcalinos
Tao, Katrín og Jóna Kolbrún.

sprautuna sem fyrst þannig ég lét hann vita af sprautunni áður en ég gerði hana tilbúna. Helstu forðasprautur sem eru notaðar heita Trilafon, Xeplion og Zypadhera. Á þessum degi vorum við að nota Xeplion og Zypadhera. Þegar forðasprautur eru gefnar þarf að fylgjast vel með lífsmörkum og almennt líðan skjólstæðings, sérstaklega varðandi Zypadhera. Tekin eru lífsmörk fyrir og eftir gjöf og svo er eftirlit í þrjár klukkustundir eftir gjöf. Forðaspauta er tegund geðrofslyfja, hún hentar sumum

Heilsulæsi á Íslandi – hvar erum við stödd?

Heilsulæsi hefur fram til þessa verið lýst sem hæfni einstaklinga til að afla sér upplýsinga, skilja þær og nýta til eflingar á eigin heilsu. Hugtakið hefur hlotið aukna athygli á Íslandi á undanförunum árum og verið í deiglu erlendis í nokkra áratugi.

Í Evrópu var stofnaður samstarfshópur árið 2010 sem hefur það að markmiði að efla heilsulæsi í álfunni með þekkingarþróun og miðlun bæði innan og milli landa (<https://www.healthliteracyeurope.net/hls-eu>). Meðal annars hefur hópurinn þróað mælitæki, Evrópska heilsulæsislistann (the European Health Literacy Survey Questionnaire – HLS-EU-Q) til að meta heilsulæsi og hafa rannsóknir hans meðal almennings sýnt að nærri helmingur þátttakenda (47%) hafði takmarkað eða ófullnægjandi heilsulæsi þótt tíðnin væri breytileg á milli landa (Sörensen o.fl. 2015). Með tímanum, hefur athyglin í auknum mæli beinst frá heilsulæsi einstaklinga (e. Personal health literacy) að svokölluðu heilsulæsi stofnana (e. Organisational health literacy) sem lýsir því hvernig stofnanir og starfsmenn þeirra auðvelda einstaklingum/notendum að finna, skilja og nýta sér til gagns upplýsingar og þjónustu t.d. varðandi upplýstar ákvarðanir um eigin heilsu og annarra. Áherslan á heilsulæsar stofnanir endurspeglast til dæmis vel í bandarísku heilbrigðisstefnunni Healthy People 2030 (<https://health.gov/healthypeople>).

En hvað vitum við um heilsulæsi á Íslandi? Við óformlega leit á vefnum og í Skemmunni fundust nokkrar fræðigreinar svo og lokaverkefni háskólanemenda um heilsulæsi eða þar sem hugtakið heilsulæsi kemur fram, bæði innan hjúkrunarfræði, upplýsingafræði og menntavísinda. Yfirlit um þessi verk má sjá í lista á blaðsíðu 31, en vera má að það sé ekki tæmandi.

Nokkrar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar á heilsulæsi innan heilbrigðisvísinda. Sonja Stellý Gústafsdóttir, lektor við Háskólann á Akureyri, og samstarfsfólk hennar hefur unnið að rannsóknum á heilsulæsi, þar með talið að meta heilsulæsi hjá eldri borgurum á Norðurlandi og þýtt og kannað próffræðilega eiginleika íslenskrar útgáfu 16 atriða

Höfundar

BRYNJA INGADÓTTIR

Landspítala, Háskóla Íslands

NANNA FRÍÐRIKSDÓTTIR

Landspítala, Háskóla Íslands

JÓHANNA Ó. EIRÍKSDÓTTIR

Landspítala

HILDUR EINARSDÓTTIR

Landspítala

JÓNÍNA SIGURGEIRSDÓTTIR

Reykjalundi

KATRÍN BLÖNDAL

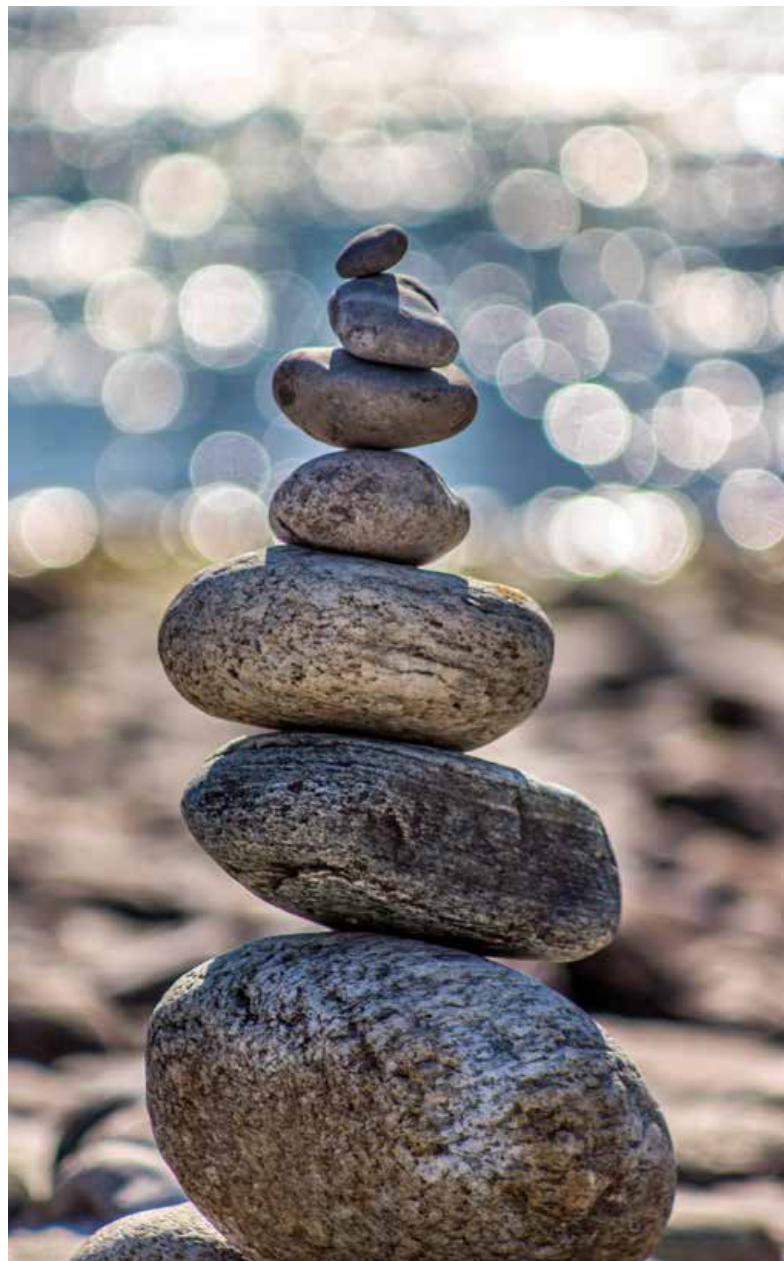
Landspítala

MARGRÉT HRÖNN SVAVARSDÓTTIR

Háskólanum á Akureyri

BJÖRK BRAGADÓTTIR

Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins



„Heilsulæsi hefur fram til þessa verið lýst sem hæfni einstaklinga til að afla sér upplýsinga, skilja þær og nýta til eflingar á eigin heilsu.“

Evrópska heilsulæsislistans (Gústafsdóttir o.fl. 2020, 2022). Það mælitæki hefur verið notað í fleiri íslenskum rannsóknum svo sem meðal sjúklinga með kransæðasjúkdóm (KRANS rannsóknin, óbirt), einstaklinga sem fengu COVID-19 (óbirt) og einstaklinga með gáttatif (óbirt). Í töflu 1 má sjá upplýsingar um heilsulæsi á Íslandi úr þessum íslensku rannsóknum. **Þar kemur fram að 10-50% þátttakenda hafa takmarkað eða ófullnægjandi heilsulæsi.** Smám saman er því að skapast þekking um heilsulæsi á Íslandi sem áhugavert verður að rýna í betur í framtíðinni og bera saman við niðurstöður erlendra rannsókna.

Hvað geta hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn gert til að efla heilsulæsi og þannig framfylgt Heilbrigðisstefnu til 2030 þar sem segir að unnt sé að efla heilsulæsi með markvissu starfi þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu (Heilbrigðisráðuneytið, 2019)? **Eins og áður sagði eru heilsulæsar stofnanir nýlegt hugtak sem hefur komið fram í framhaldi af umræðu og rannsóknum á heilsulæsi einstaklinga og þjóðfélagshópa.** Þar er kominn fram annar vinkill á umræðuna um heilsulæsi og sjónum beint að heilbrigðiskerfinu, heilbrigðisstofnunum og starfsfólki þess. Það hafa verið skilgreindir tíu eiginleikar sem einkenna

GREINAR FRÆÐIMANNA

Birna Gerður Jónsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir (2011). Barneignir erlendra kvenna á Íslandi: Skipulag þjónustu, menningarhæfni og þjónandi forysta. Stjórnmal & Stjórnsýsla 2. tbl., 7. árg. 2011 (363-380).

Ágústa Pálsdóttir (2014). Heilsulæsi. Hindranir í tengslum við upplýsingar um heilsu og lífsstíl. Þjóðarspejillinn XV: Rannsóknir í félagsvísindum. Félags- og mannvísindadeild. <http://hdl.handle.net/1946/19983>

Ágústa Pálsdóttir (2016) Heilsulæsi eldra fólks: Hindranir í tengslum við upplýsingar um heilsu og lífsstíl. Þjóðarspejillinn XVII: Rannsóknir í félagsvísindum. Félags- og mannvísindadeild <http://hdl.handle.net/1946/26372>

Gustafsdóttir, S.S., Sigurdardóttir, A.K., Arnadottir, S.A., Heimisson, G.T, Mårtensson, L. Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: the Icelandic version. BMC Public Health 20 (61) 2020. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8162-6>

Gustafsdóttir, S.S., Sigurdardóttir, A.K., Mårtensson, L., Arnadottir, S.A. Making Europe health literate: including older adults in sparsely populated Arctic areas. BMC Public Health 22 (511) 2022. <https://doi.org/10.1186/s12889-022-12935-1>

LOKAVERKEFNI HÁSKÓLANEMA (LEIÐBEINENDUR Í SVIGA) Á ÍSLANDI SEM TENGJAST HEILSULÆSI

Anna Tómasdóttir (Sigrún Gunnarsdóttir). Þátttaka í barnabólusetningum: hlutverk og ábyrgð hjúkrunarfræðinga. Fræðilegt yfirlit. Bakkalár, 2010. <http://hdl.handle.net/1946/5463>

Sigurrós I. Sigurbjörnsdóttir (Ágústa Pálsdóttir). Upplýsingahegðun í kjölfar lífshættulegra og langvinnra sjúkdóma. Bakkalár, 2011. <http://hdl.handle.net/1946/14982>

Sigríður G. Elíasdóttir (Sigrún Gunnarsdóttir). Nýbúar, menningarhæfni og hjúkrun. Fræðileg samantekt. Bakkalár, 2013. <http://hdl.handle.net/1946/15289>

Anna R. Ingvadóttir (Anna S. Ólafsdóttir, Ragnheiður Júníusdóttir). Færni bætir fæðuval : leiðir til að auka þekkingu á hráefnum, notkun þeirra og meðhöndlun með stuttum myndböndum. Bakkalár, 2014. <http://hdl.handle.net/1946/17405>

Ásta D. Björgvinsdóttir, Luciana Clara Páun (Hrafnhildur L. Jónsdóttir). Útskriftarleiðbeiningar af slysa- og bráðadeildum. Bakkalár, 2014. <http://hdl.handle.net/1946/18823>

Katla Gunnarsdóttir (Gunnlaugur Sigurðsson). Úr vitahring fátæktar : að mennta fólk og samfélag til velferðar. Bakkalár, 2014. <http://hdl.handle.net/1946/19022>

Hrafnhildur Á. Karlsdóttir, Katla M. Berndsen (Brynja Örlýgsdóttir). Áhrif heilsulæsis og karlmennskuimyndar á heilbrigðisákvörðanir 14-20 ára drengja: Fræðileg samantekt. Bakkalár, 2015. <http://hdl.handle.net/1946/21618>

Björk Bragadóttir (Sigurveig H. Sigurðardóttir, Ólöf G. Geirsdóttir). Heilbrigður lífsstíll einstaklinga eldri en 60 ára. Meistara, 2017. <http://hdl.handle.net/1946/27428>

Anna K. Einarisdóttir, Eyvör Jónsdóttir (Brynja Örlýgsdóttir, Helga Sif Friðjónsdóttir). „Hvað mótar og hvernig má efla heilsulæsi jaðarhópa?“ Hindranir, úrræði og heilsuefling. Bakkalár, 2017. <http://hdl.handle.net/1946/27749>

Arna Kristbjörnsdóttir, Tinna B. Óskarsdóttir (Brynja Örlýgsdóttir). Heilsulæsi: Þýðing og staðfæring mælitækisins Health Literacy Europe (HLS-EU). Bakkalár, 2017. <http://hdl.handle.net/1946/27753>

Sylvia R. Bjarkadóttir, Þuríður Skarphéðinsdóttir (Páll Biering). Móttaka flóttafólks og hælisleitenda. Áherslur í hjúkrun. Bakkalár, 2017. <http://hdl.handle.net/1946/27829>

Sigríður M. Lárusdóttir, Soffía L. Snæbjörnsdóttir (Sigríður Zoëga, Brynja Ingadóttir). Könnun á heilsulæsi fólks á biðlista eftir skurðaðgerð og prófun á fræðslubæklingi um verkjameðferð. Bakkalár, 2018. <http://hdl.handle.net/1946/30525>

Arna K. Kjartansdóttir, Anna Peters (Brynja Örlýgsdóttir). Geðheilsulæsi ungmenna: Fræðileg samantekt*. Bakkalár, 2019. <http://hdl.handle.net/1946/33078>

Ásgerður Guðjónsdóttir, Anna M. Gunnlaugsdóttir (Sigríður Zoëga, Brynja Ingadóttir). Áhrif sjúklingafræðslu á skurðsjúklinga með verki - hvaða fræðsluáðferð er árangursrík? Fræðileg samantekt. Bakkalár, 2020. <http://hdl.handle.net/1946/35684>

Guðrún Heiða Kristjánsdóttir (Arún K. Sigurðardóttir, Sonja S. Gústafsdóttir). Heilsulæsi: þróun matslista og mat á heilsulæsi eldri Íslendinga. Meistara, 2021. <http://hdl.handle.net/1946/40027>

Tafla 1. Hlutfall einstaklinga með fullnægjandi, takmarkað og ófullnægjandi heilsulæsi samkvæmt íslenskum rannsóknum

Höfundar	Gústafsdóttir o.fl. 2020	Gústafsdóttir o.fl. 2022	Brynja Ingadóttir o.fl. (óbirt handrit, 2022)	Margrét Hrönn Svavarsdóttir o.fl. (óbirt handrit)	Helga Ýr Erlingsdóttir, o.fl. (óbirt handrit, 2022)	Sigríður M. Lárusdóttir o.fl. (óbirt, 2018)
Hópar	Almenningur, úrtak úr þjóðskrá	Eldri borgarar á Norðurlandi	Einstaklingar með COVID-19	Einstaklingar með kransæðasjúkdóm (KRANS rannsóknin)	Einstaklingar með gáttatif	Einstaklingar á biðlista eftir kviðarholsaðgerð
	N = 251	N = 134	N = 937	N = 343	N = 185	N = 57
Heilsulæsi*						
Fullnægjandi (%)	72	65	90	72	51	50
Takmarkað (%)	22	31	8	25	37	43
Ófullnægjandi (%)	6	4	2	3	12	7

* Metið með Evrópska heilsulæsislistanum (European Health Literacy Survey Questionnaire – HLS-EU-Q16)



heilsulæsar heilbrigðisstofnanir (e. Ten Attributes of Health Literate Health Care Organisations) og í grein Brach o.fl. (2012) er greinargóð samantekt um hvað stofnanir geta gert til að efla heilsulæsi. Við höfum lauslega þýtt þessi tíu einkenni sem sjá má í töflu 2.

Við hvetjum stjórnendur og alla starfsmenn íslenskra heilbrigðisstofnana til að taka höndum saman um aðgerðir til að bæta og styðja við heilsulæsi notenda með því að innleiða gildi og verklag í samskiptum, þar með talið sjúklingafræðslu, sem styður við heilsulæsi og byggja á leiðbeiningum um „Tíu einkenni heilsulæsra stofnana“.

Höfundar vinna að námsefni um heilsulæsi fyrir heilbrigðisstarfsmenn.

Fyrsta grein um efnið birtist í Tímariti hjúkrunarfræðinga á síðasta ári (3. tbl 2021).

HEIMILDIR

Brach, C., D. Keller, L. M. Hernandez, C. Baur, R. Parker, B. Dreyer, P. Schyve, A. J. Lemerise, D. Schillinger (2012). Ten Attributes of Health Literate Health Care Organizations. *NAM Perspectives*. Discussion Paper, National Academy of Medicine, Washington, DC. doi:10.31478/201206a

Heilbrigðisráðuneytið (2019). Heilbrigðisstefna – Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030.

Gustafsdóttir, S.S., Sigurdardóttir, A.K., Arnadóttir, S.A., Heimilsson, G.T, Mártensson, L. (2020). Translation and cross-cultural adaptation of the European Health Literacy Survey Questionnaire, HLS-EU-Q16: the Icelandic version. *BMC Public Health* 20, 61 doi:10.1186/s12889-020-8162-6

Gustafsdóttir, S.S., Sigurdardóttir, A.K., Mártensson, L., Arnadóttir, S.A. (2022). Making Europe health literate: including older adults in sparsely populated Arctic areas. *BMC Public Health* 22, 511 doi.org/10.1186/s12889-022-12935-1

Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, Fullam J, Kondilis B, Agrafiotis D, Uiters E, Falcon M, Mensing M, Tchamov K, van den Broucke S, Brand H; HLS-EU Consortium (2015). Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health*. 2015 Dec;25(6):1053-8. doi: 10.1093/eurpub/ckv043. Epub 2015 Apr 5. PMID: 25843827; PMCID: PMC4668324.

Tafla 2. Tíu einkenni heilsulæsra stofnana

Heilsulæs stofnun:
1. Hefur leiðtoga sem samþætta heilsulæsi við stefnu, skipulag og starfsáætlun stofnunarinnar
2. Fléttar heilsulæsi inn í áætlanagerð og gæðastaðla, öryggismál sjúklinga og umbótaverkefni
3. Undirbýr og styður við þekkingu og starfsþróun starfsmanna varðandi heilsulæsi og leggur mat á framvindu
4. Tryggir þátttöku notenda við gerð, framkvæmd og mat á heilbrigðisfræðslu og þjónustu sem veitt er
5. Mætir þörfum notenda sem hafa mismunandi heilsulæsi án stimulunar
6. Notar viðurkenndar aðferðir í samskiptum við notendur sem styðja við heilsulæsi og staðfesta skilning þeirra
7. Veitir gott og auðvelt aðgengi að heilbrigðisupplýsingum, þjónustu og leiðsögn
8. Hannar og dreifir efni á prenti, myndböndum og samfélagsmiðlum sem auðvelt er að skilja og nýta sér
9. Leggur áherslu á heilsulæsi í aðstæðum sem skipta öryggi notenda máli t.d. í flutningi á milli þjónustustiga og í samskiptum um lyfjameðferð
10. Veitir skýrar upplýsingar um hlut sjúkratrygginga og hvað notendur þurfa að greiða fyrir þjónustu



HÁGÆÐA VINNUSTÓLAR **BETRI VINNUAÐSTAÐA**

Fastus býður upp á mikið úrval af vinnustólum fyrir heilbrigðisstofnanir. Hægt er að fá stólana með sérstöku bakteríufráhrindandi áklæði sem auðvelt er að sótthreinsa og þrifa. Stólarnir eru einnig fánlegir í mismunandi útgáfum, með hand- eða fótstýrðri hæðarstillingu og með eða án baks.



Pantaðu tíma hjá ráðgjöfum okkar í síma 580 3900

Heilsutengd lífsgæði sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm: Lýsandi ferilrannsókn

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Tilgangur rannsóknarinnar er að lýsa lífsgæðum sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm á þremur tímapunktum: á sjúkrahúsinu daginn eftir aðgerð (T1), sex vikum (T2) og sex mánuðum (T3) eftir útskrift, með það að markmiði að greina hvaða einkenni og bakgrunnspættir hafa forspárgildi við lífsgæði sjúklinganna sex vikum og sex mánuðum eftir aðgerð.

Aðferð

Þetta er framsýn, lýsandi ferilrannsókn framkvæmd á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri. Þýðið voru allir þeir sem fóru í liðaskiptaaðgerð á mjöðm frá 15. janúar til 15. júlí árið 2016. Heilsutengd lífsgæði voru metin með mælitækinu SF-36v2. Línuleg aðhvarfsgreining var notuð til að greina áhrifaþætti líkamlegra og andlegra heilsutengdra lífsgæða á T2 og T3.

Niðurstöður

Meðalaldur þátttakenda (n = 101) var 66,2 ár og karlar voru 48,5% þeirra. Á T2 voru 11 (10,9%) þátttakendur byrjaðir að vinna og á T3 41 (40,6%). Meirihlutinn (75,2%) var með einhvern annan sjúkdóm en þann sem leiddi til aðgerðar og 78,2% hafði náð sér vel/mjög vel á T2 og 73,2% á T3. Algengustu einkennin á öllum þremur tímapunktunum voru erfiðleikar með hreyfingu, verkir, þreyta og úthaldsleysi. Heilsutengd lífsgæði jukust milli tímapunktanna þriggja. Að vera byrjaður að vinna og að hafa náð sér vel eftir aðgerð skýrði 47,3% af breytileika í líkamlegu heilsufari lífsgæða á T2 og að hafa náð sér mjög vel skýrði 52,6% breytileikans á T3. Að vera án annarra sjúkdóma skýrði 32,4% af breytileika í andlegu heilsufari lífsgæða á T2 og að hafa náð sér mjög vel ásamt því að kynlíf og svefnleysi valdi ekki vanlíðan á T3 skýrði 49,2% breytileikans á T3.

Ályktun

Heilsutengd lífsgæði bötnuðu almennt eftir aðgerðina. Við útskrift þurfa sérstaka athygli og fræðslu sjúklingar með aðra sjúkdóma og þeir sem eru ekki í vinnu. Frekari eftirfylgd skyldi leggja áherslu á sjúklinga sem sofa illa og meta eigin bata ekki góðan

Lykilorð:

Lífsgæði, liðskiptaaðgerðir, sjúklingar, hjúkrun, bati.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Fyrsta íslenska rannsóknin sem birtir niðurstöður um lífsgæði sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm.

Hagnýting: Nýta má niðurstöðurnar til að bæta þjónustu við þennan sjúklingahóp.

Þekking: Þekking skapast um hvað hefur áhrif á heilsutengd lífsgæði sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm. Nýta má þá þekkingu til þess að meta hvað skal leggja áherslu á varðandi meðferð og umönnun þessa sjúklingahóps.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Niðurstöðurnar leggja hjúkrunarfræðingum lið í að kortleggja þá þætti sem skipta máli varðandi heilsutengd lífsgæði þessa sjúklingahóps og þeir geta notað niðurstöðurnar í þróun meðferðar og við eftirfylgni sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm.

Höfundar

JÓHANNA SIGRÍÐUR SVEINSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur og Vígðisárholti ehf.
Skjólgarður og Vígðisárholti ehf.

HERDÍS SVEINSDÓTTIR

prófessor

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
og Aðgerðarsvið Landspítala

Heilsutengd lífsgæði sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm: Lýsandi ferilrannsókn

INNGANGUR

Meginmarkmið liðskiptaaðgerða er að minnka sársauka, auka líkamlega virkni, bæta heilsu og lífsgæði (Deng o.fl., 2018). Slitgigt leggst aðallega á eldra fólk, en talið er að um 80% fólks 75 ára og eldri glími við slitgigt af einhverri gerð (Sjöling o.fl., 2005) og getur gigtin valdið miklum sársauka, dregið úr virkni og getu til daglegra athafna og er kostnaðarsöm bæði fyrir samfélagið í heild og einstaklinginn sjálfan (Miao og Lin, 2018, Tay Swee Cheng o.fl., 2018). Þegar hreyfifærni er mjög skert og verkir miklir, líkt og er hjá einstaklingum sem glíma við slitgigt, hefur það áhrif á daglegar athafnir og lífsgæði sjúklingsins (Miao og Lin, 2018). Lokastig meðferðar við slitgigt er liðskiptaaðgerð (Didden o.fl, 2018; Miao og Lin, 2018).

Liðskiptaaðgerðir eru með algengustu skurðaðgerðum í heiminum og eru framkvæmdar milljónir liðskiptaaðgerða á mjöðm árlega (Deng o.fl., 2018; Füssenich o.fl., 2019). Á tíu ára tímabili í kringum síðustu aldamót eða frá 1994 til 2004 fjölgaði liðskiptaaðgerðum á mjöðm tvöfalt í Bandaríkjunum og svipaðar tölur sáust einnig í Bretlandi (Deng o.fl., 2018). Aðgerðirnar hafa jafnframt verið með algengustu stærri aðgerðum hérlandis (Embætti landlæknis, 2021). Tíðni slitgigtar eykst í tengslum við aldur og hækkandi líkamsþyngd í hinum vestræna heimi og er algengari hjá konum (Hofstede o.fl., 2018), en talið er að um 10% karla og 18% kvenna glími við slitgigt (Neuprez o.fl., 2020). Geta heilbrigðiskerfisins til að framkvæma þann fjölda liðskiptaaðgerða sem talin er þörf á hefur ekki verið næg, hvorki erlendis (Füssenich o.fl., 2019) né hérlandis. Árið 2015 voru biðlistar eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm í sögulegu hámarki hérlandis og var sett af stað þriggja ára áttak (2016, 2017 og 2018) til að fækka fólki á biðlista eftir völdum aðgerðum, m.a. liðskiptaaðgerðum á mjöðm (Velferðarráðuneytið, 2016). Reyndin varð að heildarfjöldi á biðlista fór úr 523 í október 2015 niður í 337 árið 2018 en hefur aukist síðan og var í september 2020 orðinn 415 (Agnes Gísladóttir o.fl., 2020). Aðgerðum hefur jafnframt fækkað frá því áttakinu lauk (Embætti landlæknis, 2021a). Meginástæður aukningarinnar eru taldar vera aukin eftirspurn og að sjúkrahúsin nái ekki að anna eftirspurninni (Alma D. Möller, 2019). Lengri biðtíma eftir liðskiptaaðgerð fylgja meiri verkir, minnkuð hreyfigeta, minnkuð lífsgæði sjúklinga og minnkuð geta til að sjá sjálfur um athafnir daglegs lífs (Larsen o.fl., 2010; Tay Swee Cheng o.fl., 2018). Jafnframt eykst kviði fyrir aðgerðinni sjálfri og andlegt ástand fyrir aðgerð versnar (Sjöling o.fl., 2005).

Lífsgæði er hugtak sem er oft notað í hjúkrunarrannsóknum sem útkomubreyta til að lýsa almennri vellíðan einstaklings (Fulton o.fl., 2012). Hugtakið er almennt tengt jákvæðum þáttum lífsins eins og hamingju, heilsu, vellíðan og lífsánægju og felur í sér þá undirliggjandi forsendu að góð heilsa merki ekki endilega hamingju eða gott líf og hins vegar að heilsubrestur sé ekki sjálfkrafa vísbending um óhamingju eða minnkandi lífsánægju (Moons o.fl. 2006). Í tengslum við heilsu og sjúkdóma er iðulega vísað til heilsutengdra lífsgæða og hafa þau verið skilgreind sem „margbætt hugtak sem felur í sér svið sem tengjast líkamlegri, andlegri, tilfinningalegri og félagslegri virkni. Það gengur lengra en beinar mælingar á lýðheilsu, lífslíkum og dánarorsökum gera og beinist að áhrifum heilbrigðisástands á lífsgæði“ (WHO, 2020). Rannsóknir sýna að heilsutengd lífsgæði aukast hjá flestum í kjölfar liðskipataðgerðar (Árún K. Sigurðardóttir

o.fl., 2013; Gonzalez Saenz de Tejada o.fl., 2014; Miao og Lin, 2018). Aðgerðin felur í sér meðhöndlun á helstu einkennum slitgtigtar sem eru erfiðleikar við hreyfingu og verkir en þau einkenni eru veigamikil í mælingum á heilsutengdum lífsgæðum. Aðrir þættir sem geta haft neikvæð áhrif á lífsgæði hjá sjúklingum eftir liðskiptaaðgerð er hærri aldur, hærri líkamsþyngdarstuðull, fjöldi undirliggjandi sjúkdóma og fylgikvillar eftir aðgerð (Neuprez o.fl., 2020).

Ýmis önnur einkenni geta verið til staðar hjá liðagigtar-sjúklingum en þau sem að ofan greinir, sem jafnvel þróast út frá eða tengjast megineinkennum og þar má nefna svefnleysi, lysterleysi, þreytu og meltingartruflanir (Pickering o.fl., 2016; Sveinsdóttir o.fl., 2020). Öll þessi einkenni skerða hæfni fólks til starfa og geta valdið atvinnumissi, örorku eða ótímabærri töku lífeyris (Tilbury, 2014; Larsen o.fl., 2010). Þessir þættir skerða jafnframt lífsgæði en eitt af meginmarkmiðum liðskiptaaðgerðar er að koma sjúklingnum aftur til vinnu sem er mikilvægur mælikvarði á lífsgæði einstaklingsins eftir aðgerðina og iðulega notað til að meta árangur hennar (Tilbury o.fl., 2014).

Flýtibatameðferð hjá sjúklingum sem fara í liðskiptaaðgerð hófst á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri (SAK) árið 2016. Markmið flýtibatameðferðar er að fækka fylgikvillum, fækka legudögum, minnka kostnað og flýta bata (Deng o.fl., 2018). Meðferðin felur í sér aukinn undirbúning og fræðslu fyrir aðgerð, meira eftirlit eftir aðgerð en áður tíðkaðist, auk ákveðnar breytinga í meðferð sem ekki verða raktar hér (Didden o.fl., 2019; Zhu o.fl., 2017). Rannsóknir sýna að dánartíðni hefur lækkað og dregið hefur úr fjölda fylgikvilla samfara notkun flýtibatameðferðar við liðskiptaaðgerðir á neðri útlimum ásamt því að legudögum fækkar úr fáeinum vikum í einn eða örfáa sólarhringa (Deng o.fl., 2018; Zhu o.fl., 2017).

Vöntun er á rannsóknum á heilsutengdum lífsgæðum liðskiptasjúklinga og hvaða þættir það eru sem spá fyrir um lífsgæði eftir mjaðmaskiptaaðgerð. Tvær íslenskar rannsóknir fundust þar sem lífsgæði liðskiptasjúklinga (hné eða mjöðm) voru rannsökuð. Önnur rannsóknin (Árún K. Sigurðardóttir o.fl., 2013), notaðist við mælitækið EQ-5D á þrem tímupunktum, fyrir aðgerð, við útskrift og sex til sjö mánuðum síðar. Niðurstöður sýndu að lífsgæðin jukust frá fyrstu til síðustu mælingar. Í hinn rannsókninni (Herdís Sveinsdóttir o.fl., 2020) voru lífsgæði sjúklinga mæld eftir liðskipti á hné með SF-36v2 á sjúkrahúsi eftir aðgerð, sex vikum og sex mánuðum síðar og jukust lífsgæðin marktækt frá fyrstu mælingu til þeirrar síðustu.

Þessi rannsókn hófst í upphafi árs 2016 á sama tíma og flýtibatameðferð var innleidd hér á landi. Tilgangur rannsóknarinnar er að lýsa lífsgæðum sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm á þremur tímupunktum: á sjúkrahúsinu daginn eftir aðgerð (T1), sex vikum (T2) og sex mánuðum (T3) eftir útskrift, með það að markmiði að greina hvaða einkenni og bakgrunnsþættir hafa forspárgildi við lífsgæði sjúklinganna sex vikum og sex mánuðum eftir aðgerð. Rannsóknin er hluti af stærri rannsókn sem skoðaði m.a. lífsgæði allra sjúklinga sem fóru í valdar skurðaðgerðir á þessu tímabili.

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið/þátttakendur/úrtak

Þýði þessarar framsýnu, lýsandi ferilrannsóknar voru allir sjúklingar sem fóru í valkvæða liðskiptaaðgerð á mjöðm á Landspítala og SAK frá 15. janúar til 15. júlí 2016. Notað var samfelld úrtak sem felur í sér að öllum sjúklingum, sem tilheyrta þýðinu og uppfylla skilyrði rannsóknarinnar, var boðin þátttaka í rannsókninni. Þátttökuskilyrðin voru að sjúklingar væru 18 ára eða eldri, töluðu og skrifuðu íslensku, gistu yfir nótt á sjúkrahúsinu, útskrifuðust heim, væru heima sex vikum og sex mánuðum eftir aðgerð og að hjúkrunarfræðingur, byggt á eigin klínísku mati, teldi þá hæfa til þátttöku í rannsókninni út frá líkamlegu og andlegu ástandi.

Mælitæki

Heilsutengd lífsgæði sjúklinga eftir liðskiptaaðgerð á mjöðm er háð breytu rannsóknarinnar og til að mæla lífsgæðin var notast við spurningalistann *The Short Form Health Survey* (SF-36v2). SF-36v2 mælir almenna heilsu með 35 spurningum (svarmöguleikar eru annars vegar já eða nei og hins vegar sex stiga kvarða (e. ordinal rating scale)) sem skiptast í átta þætti sem tengjast sjálfmetnum heilsutengdum lífsgæðum. Fjórir þáttanna mynda flokkana *Líkamlegt heilsufar* og aðrir fjórir *Andlegt heilsufar*. Stig hvers flokks og þátta eru frá 0-100. Í töflu 1 er þáttunum lýst, hvað fleiri stig og færri stig gefa til kynna innan hvers þátar og dæmi gefin um spurningar og svör. Spurningalistinn var lagður fyrir á öllum tímupunktum. Réttmæti og áreiðanleiki mælitæksisins hefur mælst gott í úrtökum bæði heilbrigðra og sjúkra (Ware og Gandek, 1998; Eiríksdóttir, 2011; Maruish, 2011; Sveinsdóttir, 2018). Í þessari rannsókn var Cronbach's α frá 0,70 til 0,93 fyrir þættina átta. SF-36v2 var þýtt úr ensku á íslensku og bakþýtt, samkvæmt staðli IQOLA (International Quality of Life Assessment) (Rannveig J. Jónasdóttir, 2008).

Aðrar breytur (óháðar breytur), sem voru metnar til að lýsa aðstæðum þessa sjúklingahóps, voru (a) einkenni (hægðatregða, erfiðleikar í kynlífi, erfiðleikar við hreyfingu, úthaldsleysi, þreyta, svefnleysi og mæði) síðustu sjö daga á T2 og T3 (fyrir innlögn á T1), mæld frá 0 (einkenni hafa ekki valdið vanlíðan) til 5 (valdið mjög mikilli vanlíðan); (b) verkir síðasta sólarhring (já/nei), (c) aðrir sjúkdómar (já/nei), (d) hæð og þyngd sem notað var til að reikna líkamsþyngdarstuðul og (e) bakgrunnur: aldur, kyn, hjúskaparstaða (einhleyp/gift/í sambúð/fráskilin/ekkja-ekkill), lengd dvalar á biðlista (já/nei), lengd sjúkrahúsdvalar (dagar), hversu vel hefðu náð sér eftir aðgerðina (mjög vel/vel/sæmilega/illa/mjög illa) og hvort væru byrjuð að vinna (já/nei/á ekki við). Spurt var um allar breytur á öllum tímupunktum utan bakgrunnsbreyta, sem spurt var um á T1, og spurt var um hvort væru byrjuð að vinna og hversu vel hefðu náð sér á T2 og T3.

Framkvæmd og gagnasöfnun

Gagnasöfnun fór fram á sjúkrahúsinu daginn eftir aðgerð (T1), sex vikum (T2) og sex mánuðum (T3) eftir útskrift.

Við innritun á sjúkrahúsið kynnti hjúkrunarfræðingur á deild rannsóknina fyrir sjúklingi og fékk leyfi fyrir því að rannsóknarhjúkrunarfræðingur hefði samband við hann á deildinni. Rannsóknin var útskýrð fyrir þeim sem samþykktu, á degi eitt eftir aðgerð og þátttakandinn fékk spurningalista sem

Tafla 1. Lýsing á þáttum SF-36v2 og dæmi um spurningar

Þættir	Lýsing	Fjöldi spurninga (atriða) og dæmi
Líkamleg virkni	<i>Líkamleg virkni</i> endurspeglar mismunandi atriði í líkamlegri starfsemi og skoðar allt frá alvarlegum til minniháttar líkamlegra takmarkana. Fleiri stig gefa til kynna verulegar takmarkanir á líkamlegri virkni; færri stig endurspeglar litlar sem engar slíkar takmarkanir.	Þátturinn tekur til 10 atriða og er dæmi: Takmarkar heilsa þín núna að þú getir framkvæmt þessar athafnir? (á við um dæmigerðan dag): • lyfta eða bera innkaupapoka • hlaupa, lyfta þungum hlutum, taka þátt í áreynsluþróttum • Ganga upp <u>nokkrar</u> hæðir Svarmöguleikar: Já, takmarkar heilmikið; já takmarkar dálítið; nei, takmarkar alls ekki.
Líkamlegt hlutverk	<i>Líkamlegt hlutverk</i> nær yfir fjölda atriða sem tengjast líkamlegri heilsu og sem takmarka getu til að sinna ákveðnum hlutverkum. Færri stig endurspeglar vandamál í vinnu eða annarri starfsemi sem tengjast líkamlegum vandamálum; fleiri stig gefa til kynna lítil sem engin vandamál því tengt.	Þátturinn tekur til 4 atriða og er dæmi: Hversu oft á <u>undanförnum 4 vikum</u> hefur þú átt við eftirfarandi vandamál að stríða í daglegu lífi eða starfi af heilsufarsástæðum? • eyddir <u>minni tíma</u> í vinnu eða aðrar athafnir • takmarkaðir þig við sum störf eða athafnir Svarmöguleikar alltaf til aldrei (5 stig)
Líkamlegir verkir	<i>Líkamlegir verkir</i> snýr að styrk líkamlegra verkja og truflun á vinnu vegna verkja. Færri stig gefa til kynna mikinn sársauka sem hefur áhrif á daglegar athafnir; fleiri stig gefa til kynna lítinn sársauka og engin áhrif á daglegar athafnir.	Þátturinn tekur til 2 atriða: • Hversu mikið hefur þú fundið fyrir <u>verkjum undanfarnar 4 vikur</u> ? Svarmöguleikar frá ekkert til mjög mikið (6 stig) • Hversu mikið trufluðu <u>verkir</u> þín venjubundnu störf <u>undanfarnar 4 vikur</u> (bæði störf utan heimilis og heimilisstörf)? Svarmöguleikar frá alls ekkert til gríðarlega (5 stig)
Almennt heilsufar	<i>Almennt heilsufar</i> fjallar um skoðanir og væntingar þátttakenda til heilsu hans eða hennar. Færri stig gefa til kynna að sjálfmetin almennt heilsa sé léleg og líkleg til að versna; fleiri stig endurspeglar mjög góða sjálfmetna heilsu.	Þátturinn tekur til 5 atriða og er dæmi: Hversu SÖNN eða ÖSÖNN er sérhver eftirtalinna fullyrðinga að þínu mati? • Ég virðist veikjast fremur en aðrir • Ég er afskaplega heilsuhraust(ur) Svarmöguleikar algerlega sönn til algerlega ósönn (5 stig)
Lífsþróttur	<i>Lífsþróttur</i> horfir til orku og úthalds og var þátturinn þróaður til að fanga mun á huglægri liðan. Færri stig gefa til kynna þreytutilfinningu og að vera útkeyrð(ur); fleiri stig endurspeglar tilfinningu þess að vera fullur af orku yfirleitt eða alltaf.	Þátturinn tekur til 4 atriða og er dæmi: Hversu oft á undanförmum 4 vikum... • Hafðir þú mikla orku? • Fannst þér þú vera úrvinda? Svarmöguleikar alltaf til aldrei (5 stig)
Félagsleg virkni	<i>Félagsleg virkni</i> metur að hvaða marki heilsa eða tilfinningaleg vandkvæði takmarka félagslega virkni t.d. í samskiptum við vini og fjölskyldu. Færri stig tengist mikilli eða tíðri truflun á félagsstarfsemi vegna líkamlegra eða tilfinningalegra vandamála; fleiri stig endurspeglar að slík truflun sé ekki til staðar.	Þátturinn tekur til 2 atriða og er dæmi: • Hversu oft hefur <u>líkamleg heilsa þín eða tilfinningaleg vandamál</u> truflað félagslíf þitt (t.d. að heimsækja vini eða ættingja) <u>undanfarnar 4 vikur</u> ? Svarmöguleikar alltaf til aldrei (5 stig)
Tilfinningalegt hlutverk	<i>Tilfinningalegt hlutverk</i> metur að hve miklu leyti tilfinningaleg vandamál takmarka daglegar athafnir fólks. Færri stig benda til vandamála í vinnu eða annarra daglegra athafna vegna tilfinningalegra vandamála; fleiri stig endurspeglar engar takmarkanir vegna tilfinningalegra vandamála.	Þátturinn tekur til 3 atriða og er dæmi: Hversu oft á <u>undanförnum 4 vikum</u> hefur þú átt við eftirtalin vandamál að stríða í daglegu lífi eða starfi vegna <u>tilfinningalegra vandamála</u> (t.d. kvíða eða depurðar)? • Eyddir <u>minni tíma</u> í vinnu eða aðrar athafnir • <u>Áorkaðir minna</u> en þú vildir Svarmöguleikar alltaf til aldrei (5 stig)
Geðheilsa	<i>Geðheilsa</i> metur andlega liðan einstaklingins. Færri stig benda til að upplifun þunglyndis sé algeng og líka til þess að vera mjög taugatrekt(ur); fleiri stig endurspeglar upplifun friðar, hamingju og jafnvægis.	Þátturinn tekur til 5 atriða og er dæmi: Hversu oft á <u>undanförnum 4 vikum</u> ... • Hefur þú verið hamingjusöm/hamingjusamur?? • Hefur þú verið mjög taugaóstyrk(ur)? Svarmöguleikar alltaf til aldrei (5 stig)

svarað var á T1 afhentan og var beðinn um að svara strax. Sá listi var á pappír en þátttakendur gátu valið um að svara síðari listunum á netinu. RedCap-hugbúnaðurinn (e.d.) var notaður við öflun upplýsinga á netinu. Síðari spurnigalistarnir voru póstlagðir eða slóð á rafrænan lista send í tölvupósti tæpum sex vikum og sex mánuðum eftir útskrift. Áminning var send í SMS og tölvupósti tvisvar eftir það. Þetta ferli var endurtekið hjá þeim sem ekki höfðu svarað tveim vikum síðar.

Síðfræði

Leyfi til rannsóknarinnar fékkst hjá Vísindasiðanefnd (nr. 15-040-V1) auk þess að framkvæmdastjórar lækninga hjá

Landspítalanum og SAK veittu samþykki fyrir rannsókninni líkt og kveðið er á um í lögum.

Gagnagreining

Við úrvinnslu gagna var notað tölfraeðiforritið SPSS (e. statistical package for the social sciences), útgáfu nr. 24 (IBM Corp, 2020). Gögn sem aflað var með SF-36v2 voru greind með notkun SF-36v2-hugbúnaðarins, en það er stöðluð greining sem unnin er eftir nákvæmum leiðbeiningum höfunda og greinir stig flokka og þátta heilsutengdra lífsgæða. (Maruish, 2011). Við úrvinnsluna eru svör spurninga umreiknuð þannig að stig flokka og þátta ná frá 0-100. Allar

flokkabreytur voru tvíflokkaðar til að unnt væri að nota þær í aðhvarfsgreiningarnar (sjá töflu 2) og eru niðurstöður birtar út frá því. Fisher-nákvæmnispróf var notað til að skoða mun á breytum rannsóknarinnar út frá sjúkrahúsi og kyni og jafnframt til að skoða mun á einkennum á T2 og T3. Sambandi milli háðu og óháðu breytanna var lýst með Pearson-fylgni, t-prófi háðra og óháðra hópa. Beitt var dreifigreiningu endurtekinna mælinga (e. one-way repeated-measures ANOVA), og eftirásamanburður með Bonferroni var notaður til að finna marktæknimun á meðaltölum flokka og kvarða SF-36v2. Einungis svör þeirra sem svöruðu 80% allra atriða á SF-36v2 á öllum tímapunktum eru tekin í dreifigreininguna. Miðað var við 95% marktektarmörk (Field, 2013). Fjórar línulegar aðhvarfsgreiningar voru gerðar til að spá fyrir um meðaltalsstig á flokkunum *Líkamlegt heilsufar* og *Andlegt heilsufar* sex vikum og sex mánuðum eftir aðgerð. Fyrir hvert greiningarlíkan voru breytur, sem aflað var á þeim tíma sem líkanið náði til og höfðu marktækt samband við háðu breytuna, settar í líkanið auk bakgrunnsbreyta.

NIÐURSTÖÐUR

Fjöldi þátttakenda sem uppfyllti skilyrði rannsóknarinnar og var boðin þátttaka var 175, 167 svöruðu spurningalistanum á T1, 135 á T2, 111 á T3 og 101 á öllum þremur tímapunktunum og er stuðst við það úrtak í þessari rannsókn. Svarhlutfallið er því 58%.

Bakgrunnur

Meðalaldur þátttakenda var 66,2 ár (sf = 10,3; bil 36-88) og voru karlar 48,5% þeirra, Flestar aðgerðanna voru framkvæmdar á Landspítalanum (62,4%), og voru 96 (95%) þátttakendur á biðlista og var meðalbiðtími þeirra 284,9 (sf = 277,9) dagar (sjá töflu 2).

Heilsutengd lífsgæði

Tafla 3 sýnir meðaltalsstigafjölda fyrir flokkana *Líkamlegt heilsufar* og *Andlegt heilsufar* og undirþættina átta. Meðaltalsstigafjöldinn fyrir flokkana tvo hækkuðu frá T1

Tafla 2. Lýsandi niðurstöður á þátttakendum (N=101) og marktækt sambönd við *Líkamlega heilsufarskvarðann* og *Andlega heilsufarskvarðann* sex vikum (T2) og sex mánuðum (T3) eftir útskrift

		Líkamlegi heilsufarskvarðinn	Andlegi heilsufarskvarðinn	Líkamlegi heilsufarskvarðinn	Andlegi heilsufarskvarðinn
		Sex vikum eftir útskrift		Sex mánuðum eftir útskrift	
Samfelldar breytur	<i>n</i> [‡] <i>M</i> (<i>sf</i>)	<i>p</i> . [§]	<i>p</i> .	<i>p</i> .	<i>p</i> .
Aldur	97 66,2 (103)	0,77	0,76	0,86	0,94
Líkamsþyngdarstuðull	93 29,6 (5,3)	0,34	0,84	0,53	0,52
Dvöl á biðlista (dagar)	89 284,9 (277,9)	0,20	0,17	0,35	0,27
Flokkabreytur	<i>n</i> (%)				
Kyn (konur)	50 (49,5)	<0,01	0,12	0,90	0,86
Hjúskaparstaða (gift(ur)/í sambúð)	80 (79,2)	0,98	0,99	0,98	0,25
Er með aðra sjúkdóma en þann sem leiddi til aðgerðar (já)	76 (75,2)	0,12	<0,05	0,37	0,16
Aðgerð framkvæmd á Landspítala	63 (62,4)	0,63	0,18	0,11	0,49
Byrjaður að vinna á T2	11 (10,9)	<0,01	0,20	-	-
Náð sér vel/mjög vel á T2	79 (78,2)	<0,01	<0,01	-	-
Verkir síðastliðinn sólarhring, spurt á T2 (já)	32 (31,7)	<0,01	0,29	-	-
Erfiðleikar með hreyfingu ekki valdið vanlíðan á T2	25 (24,8)	<0,01	<0,01	-	-
Erfiðleikar í kynlífi ekki valdið vanlíðan á T2	68 (67,3)	0,08	<0,05	-	-
Úthaldsleysi ekki valdið vanlíðan á T2	32 (31,7)	<0,01	<0,01	-	-
Preyta ekki valdið vanlíðan á T2	34 (33,7)	<0,01	<0,01	-	-
Mæði ekki valdið vanlíðan á T2	63 (62,4)	0,13	<0,05	-	-
Svefnleysi ekki valdið vanlíðan á T2	52 (51,5)	0,46	0,09	-	-
Hægðatregða ekki valdið vanlíðan á T2	62 (61,4)	0,36	0,10	-	-
Byrjaður að vinna á T3 (já)	41 (40,6)	-	-	<0,01	0,08
Náð sér vel/mjög vel á T3	74 (73,2)	-	-	<0,01	<0,01
Verkir síðastliðinn sólarhring, spurt á T3 (já)	29 (28,7)	-	-	<0,01	<0,01
Erfiðleikar með hreyfing ekki valdið vanlíðan á T3	38 (37,6)	-	-	<0,01	<0,01
Erfiðleikar í kynlífi ekki valdið vanlíðan á T3	65 (64,4)	-	-	<0,01	<0,01
Úthaldsleysi ekki valdið vanlíðan á T3	32 (31,7)	-	-	<0,01	<0,01
Preyta ekki valdið vanlíðan á T3	35 (34,7)	-	-	<0,01	<0,01
Mæði ekki valdið vanlíðan á T3	58 (57,4)	-	-	0,16	0,09
Svefnleysi ekki valdið vanlíðan á T3	52 (51,5)	-	-	<0,01	<0,01
Hægðatregða ekki valdið vanlíðan á T3	66 (65,3)	-	-	0,75	<0,05

‡ Marktækni samfelldra breyta byggist á Pearsons-*r*; marktækni flokkabreyta byggist á t-prófi, ekki er greint frá því í töflunni hvernig marktækni liggur en það má sjá í texta; †n segir til um fjölda sem svarar spurningunni. Greint er frá gildu hlutfalli; § - þýðir á ekki við.

Tafla 3. Meðalstigafjöldi á þáttum SFv36 á sjúkrahúsinu, ásamt marktækum mun á meðalstigafjölda frá dreifigreiningu endirtekinna mælinga, sex vikum og sex mánuðum eftir aðgerð

Heilsutengd lífsgæði SF-36v2. Flokkar og þættir	n	Á sjúkrahúsinu M (sf) [†]	Sex vikum eftir aðgerð M (sf)	Sex mánuðum eftir aðgerð M (sf)	p [‡]
Líkamlegt heilsufar	80	40,2 (15,4)	51,3 (17,3)	63,1 (21,1)	>0,001
Líkamleg virkni	91	34,3 (25,9)	45,5 (25,0)	60,9 (25,6)	>0,001
Líkamlegt hlutverk	85	30,4 (24,9)	27,8 (26,1)	57,1 (30,6)	>0,001
Líkamlegir verkir	92	27,3 (21,2)	61,3 (23,1)	69,3 (22,9)	>0,001
Almennt heilsufar	92	67,5 (18,1)	69,7 (16,7)	67,3 (18,0)	0,27
Andlegt heilsufar	72	59,0 (15,9)	67,3 (17,1)	74,5 (17,0)	>0,001
Lífsþróttur	88	45,3 (19,1)	50,0 (19,0)	59,0 (20,3)	>0,001
Félagsleg virkni	85	57,4 (27,1)	66,3 (23,3)	80,3 (21,7)	>0,001
Tilfinningalegt hlutverk	78	51,0 (35,2)	64,9 (33,6)	77,1 (26,1)	>0,001
Geðheilsa	89	75,6 (14,0)	81,7 (15,4)	83,0 (14,6)	>0,001

[†] M=meðaltal; sf=staðalfrávik; heildarstigafjöldi metinn frá 0 til 100, fleiri stig benda til meiri lífsgæða.

[‡]Eftirásamanburður með Bonferroni sýndi marktækan mun á öllum tímabilum í öllum þáttunum þar sem marktækur munur var, utan að ekki var marktækur munur á meðaltalsstigum kvarðans Geðheilsa frá því sex vikum eftir aðgerð þar til sex mánuðum eftir aðgerð.

Tafla 4. Fylgni milli undirflokka SFv-36, Líkamlegs heilsufars og Andlegs heilsufars degi eftir aðgerð á sjúkrahúsinu (T1) sex vikum (T2) og sex mánuðum (T3) eftir aðgerð

	Líkamlegt heilsufar T1	Andlegt heilsufar T1	Líkamlegt heilsufar T2	Andlegt heilsufar T2	Líkamlegt heilsufar T3	Andlegt heilsufar T3
Líkamlegt heilsufar T1	1	0,596*	0,415*	0,324*	0,444*	0,357*
Andlegt heilsufar T1	-	1	0,210	0,385*	0,392*	0,521*
Líkamlegt heilsufar T2	-	-	1	0,612*	0,725*	0,557*
Andlegt heilsufar T2	-	-	-	1	0,431*	0,542*
Líkamlegt heilsufar T3	-	-	-	-	1	0,729*
Andlegt heilsufar T3	-	-	-	-	-	1
Geðheilsa	89	75,6 (14,0)	81,7 (15,4)	83,0 (14,6)		>0,001

*p<0,01

til T2 til T3 og átti sama við um sex af átta þáttum, en meðaltasstigafjöldi fyrir *Líkamlegt hlutverk* lækkaði frá T1 til T2 og hækkaði svo aftur á T3 og meðaltalsstigafjöldi fyrir *Almennt heilsufar* hækkaði frá T1 til T2 en lækkaði frá T2 til T3.

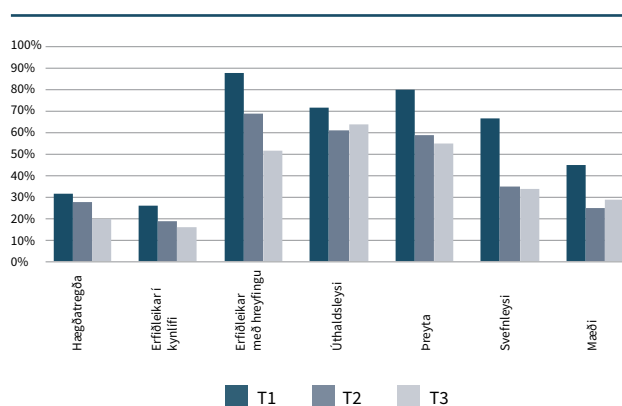
Tafla 4 sýnir fylgni milli flokkanna *Líkamlegt heilsufar* og *Andlegt heilsufar* á öllum tímapiðum. Að öllu jöfnu er um miðlungssterka til sterka fylgni að ræða, utan að ekki var marktæk fylgni á milli *Andlegs heilsufars* á T1 og *Líkamlegs heilsufars* á T2.

Einkenni, verkir, aðrir sjúkdómar, líkamsþyngdarstuðull, bati

Á T1 var 83,2% þátttakenda með verki sl. sólarhring, erfiðleikar með hreyfingu ollu engri vanlíðan sjö daga fyrir innlögn hjá 5% þátttakenda, erfiðleikar í kynlífi hjá 46,5%, úthaldsleysi hjá 13,9% þreyta hjá 12,9%, mæði hjá 42,6% svefnleysi hjá 21,8% og hægðatregða hjá 53,5%. Hlutföll þeirra sem sögðu að þessi einkenni hefðu ekki valdið vanlíðan síðastliðna sjö daga á T2 og T3 má sjá í töflu 2 ásamt öðrum lýsandi niðurstöðum. Á mynd 1 má sjá hlutföll þeirra sem sögðu þessi einkenni hafa valdið sér mjög mikilli/mikilli vanlíðan. Einkenni sem ollu mestri vanlíðan voru erfiðleikar með hreyfingu, úthaldsleysi og þreyta.

Alls voru 75,2% þátttakenda með einhvern annan sjúkdóm en þann sem leiddi til aðgerðar, flestir með háþrýsting (36,6%), gigt (32,7%) eða hjarta- og/eða æðasjúkdóma (21,8%).

Mynd 1. Hlutfall þátttakenda (N=101) sem greinir frá talsverðum, miklum eða mjög miklum einkennum síðustu sjö daga aðspurðir á sjúkrahúsi daginn eftir aðgerð (T1), heima sex vikum (T2) og sex mánuðum (T3) eftir útskrift



Samband milli flokkanna Líkamlegt heilsufar og Andlegt heilsufar við óháðar breytur

Tafla 2 greinir frá samböndum óháðra breyta við *Líkamlegt heilsufar* og *Andlegt heilsufar* á T2 og T3. Samböndin liggja þannig að marktækt samband var við fleiri meðaltalsstig á Líkamlegu heilsufari á T2 við að hafa á T2 vera byrjaður að vinna, náð sér vel/mjög vel, ekki haft verki sl. sólarhring, og að erfiðleikar á T2 með hreyfingu, úthaldsleysi og þreyta ylli ekki vanlíðan. Marktækt samband var við fleiri meðaltalsstig á Líkamlegu heilsufari á T3 við að vera kona og að hafa á T3 vera byrjaður að vinna, náð sér vel/mjög vel, ekki haft verki

sl. sólarhring, og að erfiðleikar á T3 með hreyfingu, í kynlífi, með úthaldsleysi, þreytu, svefnleysi og hægðatregðu yllu ekki vanlíðan. Fyrir flokkinn *Andlegt heilsufar* var á T2 marktækt samband við fleiri meðaltalsstig þess flokks við að vera með aðra sjúkdóma en þann sem leiddi til aðgerðar, að hafa á T2 náð sér vel/mjög vel, og að erfiðleikar á T2 með hreyfingu, í kynlífi, úthaldsleysi og mæði ylli ekki vanlíðan. Marktækt samband var við fleiri meðaltalsstig á *Andlegu heilsufari* á T3 við að vera kona, að hafa á T3 náð sér vel/mjög vel, ekki haft verki sl. sólarhring, og að erfiðleikar á T3 með hreyfingu, í kynlífi, með úthaldsleysi, þreytu, svefnleysi og hægðatregðu ylli ekki vanlíðan.

Hugsanlegar spábreytur fyrir meðaltalsstigafjölda á flokkunum *Líkamlegt heilsufar* og *Andlegt heilsufar* á T2 og T3

Aðhvarfsgreiningarlíkön yfir hugsanlegar spábreytur fyrir meðaltalsstigafjölda á flokkunum *Líkamlegt heilsufar* og *Andlegt heilsufar* á T2 og T3 má sjá í töflu 5. Það skal tekið fram að þó svo framlag hverrar breytu hafi ekki alltaf verið tölfræðilega marktækt þá benda niðurstöður til þess að allar breytur í hverju líkani hafi haft framlag til stiga í líkaninu, þ.e. hafi áhrif á meðaltalsstigafjölda *Líkamlegs heilsufars* og *Andlegs heilsufars* á T2 og T3.

Líkanið um flokkinn *Líkamlegt heilsufar* á T2 sýnir að það að vera byrjaður að vinna á T2, að hafa náð sér mjög vel á T2 og að hafa ekki verki síðastliðinn sólarhring á T2 er vísbending um fleiri stig í flokknum. Líkanið skýrir 47,3% (leiðrétt R2 er 0,473) af breytileika í *Líkamlegu heilsufari* á T2. Sé öllum öðrum breytum haldið stöðugum þá er sterkasta spábreyta fyrir fleiri stigum í *Líkamlegu heilsufari* á T2 að vera byrjaður að vinna (B = 2,4). Líkamlega heilsufarslíkanið á T3 sýnir að það hafa náð sér vel/mjög vel, spáir fyrir um fleiri stig í flokknum *Líkamlegt heilsufar* og er jafnframt eina og sterkasta spábreytan (B = 2,4). Líkanið skýrir 52,6% (leiðrétt R2 er 0,526) af breytileika í *Líkamlegu heilsufari*.

Líkanið um flokkinn *Andlegt heilsufar* á T2 sýnir að það að vera ekki með aðra sjúkdóma en þann sem leiddi til aðgerðar spáir fyrir um fleiri stig í flokknum og er jafnframt eina og sterkasta spábreytan (B = 2,8). Líkanið skýrir 32,4% (leiðrétt R2 er 0,324) af breytileika í *Andlegu heilsufari* á T2. Andlega heilsufarslíkanið á T3 sýnir að það að hafa náð sér vel/mjög vel á T3, að kynlíf og svefnleysi valdi ekki vanlíðan á T3 spáir fyrir um fleiri stig. Líkanið skýrir 49,2% (leiðrétt R2 er 0,492) af breytileika í *Andlegu heilsufari* á T3. Sé öllum öðrum breytum haldið stöðugum þá er sterkasta spábreyta fyrir fleiri stigum í *Andlegu heilsufari* á T3 að kynlíf valdi ekki vanlíðan á T3 (B = 2,8).

Tafla 5. Aðhvarfslíkön fyrir hugsanlegar spábreytur fyrir *Líkamlegt heilsufar* og *Andlegt heilsufar* sex vikum (T2) og sex mánuðum (T3) eftir útskrift af sjúkrahúsi†

Breytur	Líkamlegt heilsufar sex vikum eftir útskrift				Andlegt heilsufar sex vikum eftir útskrift			
	B	t	Vikmörk		B	t	Vikmörk	
			Lægri mörk	Efri mörk			Lægri mörk	Efri mörk
(Fasti)	68,8	13,9**	58,8	78,8	92,6	18,8**	82,8	102,4
Kyn (kona)	-3,0	-0,7	-11,5	5,5				
Byrjaður að vinna á T2 (já)	12,7	2,4**	1,8	23,6				
Er með aðra sjúkdóma en þann sem leiddi til aðgerðar (já)					-12,0	-2,8**	-20,6	-3,4
Náð sér vel/mjög vel á T2	-11,5	-2,3*	-21,7	-1,3	-7,6	-1,8	-16,1	0,9
Verkir síðastliðinn sólarhring spurt á T2 (já)	-10,3	-2,3*	-19,5	-1,1				
Erfiðleikar með hreyfingu valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T2	-8,1	-1,6	-18,2	2,0	-4,1	-1,0	-12,7	4,5
Erfiðleikar í kynlífi valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T2					-2,0	-0,4	-10,8	6,9
Úthald valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T2	-3,1	-0,5	-16,0	9,7	-13,9	-2,6	-24,5	-3,3
Þreyta valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T2	-4,7	-0,8	-16,4	6,9	-0,7	-0,1	-10,9	9,5
Mæði valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T2					-4,7	-1,2	-12,5	3,1
Breytur	Líkamlegt heilsufar sex vikum eftir útskrift				Andlegt heilsufar sex vikum eftir útskrift			
	B	t	Lægri mörk	Efri mörk	B	t	Lægri mörk	Efri mörk
(Fasti)	72,4	7,9**	53,6	91,2	90,1	26,5**	83,3	97,0
Byrjaður að vinna á T3 (já)	12,0	1,6	-3,1	27,1				
Náð sér vel/mjög vel á T3	-19,2	-2,7*	-33,6	-4,8	-11,3	-2,3*	-21,5	-1,2
Verkir síðastliðinn sólarhring, spurt á T3 (já)	0,5	0,1	-12,7	13,7	1,2	0,3	-7,8	10,1
Erfiðleikar með hreyfingu valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T3	-7,7	-1,2	-20,6	5,2	-4,9	-1,1	-13,9	4,2
Erfiðleikar í kynlífi valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T3	-4,8	-0,7	-19,6	10,0	-13,8	-2,8**	-23,9	-3,7
Úthald valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T3	-8,2	-1	-25,0	8,7	1,1	0,2	-10,3	12,5
Þreyta valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T3	-1,0	-0,1	-16,2	14,3	-4,8	-0,9	-15,3	5,7
Svefnleysi valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T3	-4,1	-0,7	-16,6	8,4	-9,8	-2,3*	-18,6	-1,1
Hægðatregða valdið lítilli/mjög lítilli vanlíðan á T3					-2,0	-0,4	-11,3	7,3

Leiðréttur R2 stuðull fyrir líkanið yfir *Líkamlegt heilsufar* er 0.473 sex vikum eftir aðgerð og 0.526 sex mánuðum eftir aðgerð; stuðullinn fyrir líkanið um *Andlegt heilsufar* er 0.324 sex vikum eftir aðgerð 0.492 sex mánuðum eftir aðgerð. F breyting er marktæk á öllum tímum við marktæknimörk $p<0.01$

F fyrir líkanið yfir *Líkamlegt heilsufar* er 6.254 sex vikum og 5.568 sex mánuðum eftir útskrift; fyrir líkanið yfir *Andlegt heilsufar* er $F=6.246$ sex vikum og 6.577 sex mánuðum eftir útskrift

†einungis breytur sem hafa marktæk tengsl við háðu breyturnar eru settar í greininguna
*marktæknimörk við $p<0.05$; ** $P<0.01$

UMRÆÐA

Í þessari rannsókn voru heilsutengd lífsgæði mæld meðal sjúklinga sem fóru í valkvæða mjaðmaaðgerð. Nýnæmi rannsóknarinnar felst í því að flestöllum sjúklingum á landinu sem undirgengust valfrjálsa mjaðmaskipaaðgerð á sex mánaða tímabili og sem fóru flestir í gegnum flýtibatameðferð var boðin þátttaka. Rannsóknin gefur því góða lýsingu á þessum sjúklingahópi. Legutími sjúklinga eftir þessar aðgerðir er stuttur og því mikilvægt að hjúkrunarfræðingar þekki vel hvað bataferlið felur í sér til að geta veitt sem besta útskriftarfræðslu og eftirfylgd.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að líkamleg og andleg heilsutengd lífsgæði sjúklinganna batna marktækt frá því á sjúkrahúsi þar til sex mánuðum síðar. Það á við um alla flokka og þætti mælitækisins utan þáttinn *Almennt heilsufar* sem breyttist ekki og gefur til kynna að þátttakendurnir telji ekki að almennt heilsufar breytist við aðgerðina. Þessar niðurstöður eru að mestu í samræmi við niðurstöður Sveinsdóttur og félaga (2020) sem mældu lífsgæði sjúklinga eftir hnéaðgerð með SF-36v2. Niðurstöðurnar voru frábrugðnar okkar rannsókn að því leyti að ekki var marktækur munur á undirþættinum *Gedheilsa* eftir tímabilum en marktækur munur á *Almennu heilsufari*. Þann mun má kannski rekja til þess að þetta eru mismunandi aðgerðir og sjúklingar iðulega lengur að ná sér eftir hnéaðgerðir. Niðurstöður Árunar K. Sigurðardóttir og samverkamanna (2013), sem mældu lífsgæði íslenskra sjúklinga sem fara í mjaðmar- og hnéaðgerðir, með mælitækinu EQ-5D sýndu að lífsgæðin jukust. Erlendar rannsóknir sýna jafnframt sambærilegar niðurstöður (Füssenich o.fl., 2019; Neuprez o.fl., 2020). Klapwijk og félagar (2017) fundu að lífsgæði, mæld með EQ-5D, sjúklinga eftir mjaðmarskipti með flýtibatameðferð, jukust fyrstu sex vikur eftir aðgerð. Neuprez og félagar (2020), sem notuðu SF-36v2, sýndu að heilsutengd lífsgæði sem höfðu náðst ári eftir aðgerð voru við það sama fimm árum síðar. Þessar niðurstöður, innlendar og erlendar, endurspeglar góðan árangur liðskiptaaðgerða á mjöðm á lífsgæði sjúklinga.

Að vera byrjaður að vinna sex vikum eftir aðgerð, og að greina frá minni verkjum þá og að hafa náð sér vel/mjög vel spáði fyrir um betra *Líkamlegt heilsufar* á þeim tíma en sex mánuðum eftir aðgerð var það einungis að hafa náð sér vel/mjög vel sem spáði fyrir um betra *Líkamlegt heilsufar*. Þessi atriði eru öll merki um líkamlegan árangur aðgerðar, þ.e. verkjaleysi, að vera kominn aftur í vinnu og að hafa náð sér vel. Það er þó fjórðungur þátttakenda sem ekki hafði náð sér vel/mjög vel hálfu ári eftir aðgerð. Að vera án annarra sjúkdóma spáði fyrir um betra *Andlegt heilsufar* sex vikum eftir aðgerð, en hálfu ári síðar er það að hafa náð sér vel/mjög vel og að kynlíf og svefnleysi valdi lítilli/mjög lítilli vanlíðan. Um 35% til 49% þátttakenda telja kynlíf og svefnleysi hafa valdið vanlíðan hálfu ári eftir aðgerð. Þessar niðurstöður benda til þess að hafa ætti samband við sjúklinga þá og athuga hversu vel þeir hafa náð sér, hvaða einkenni þeir hafa og hvort eitthvað sé til ráða af hálfu heilbrigðisþjónustunnar.

Bakgrunnur þátttakenda í rannsókninni er svipaður og í erlendum rannsóknum hvað varðar aldur og líkamsþyngdarstuðul, en ekki kyn en konur eru almennt ívið fleiri en karlar (Füssenich o.fl., 2019; Gonzalez Saenz de Tejada o.fl., 2014; Sveinsdóttir o.fl., 2020).

Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til að aðgerðin hafi náð því markmiði að draga úr verkjum og erfiðleikum með hreyfingu. Það er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna (Füssenich o.fl., 2019; Klapwijk o.fl., 2017; Larsen o.fl., 2010; Neuprez o.fl., 2020). Þreyta og úthaldsleysi eru einkenni sem eru minna rannsökuð eftir liðskiptaaðgerðir en eru þó þekkt einkenni eftir aðgerðirnar og eru meðal helstu orsaka lengri sjúkráhússdvalar (Winther o.fl., 2015). Við skoðuðum líka mæði, hægðatregðu, erfiðleika í kynlífi og svefnleysi en þessi einkenni eru lítið rannsökuð hjá þessum sjúklingahópi. Betur þarf að rannsaka þessi einkenni og marktækan mun en áherslan í okkar rannsókn var ekki einkenni heldur lífsgæði.

Rannsóknir hafa sýnt að þeir sem eru betur á sig komnir fyrir aðgerð, með betri heilsutengd lífsgæði, meiri hreyfanleika og minni verki ná meiri bata eftir aðgerð en þeir sem eru verr á sig komnir (Hofstede o.fl., 2018; Neuprez o.fl., 2020). Okkar niðurstöður voru að hluta til samhljóma þessum niðurstöðum en alltaf var marktækt samband á milli erfiðleika við hreyfingu og heilsutengdra lífsgæða á líkamlega þættinum (PCS) á þeim tímapunkti sem spurningalistanum var svarað.

Styrkur og veikleikar rannsókna

Meginstyrkur þessarar rannsóknar er að heilsutengd lífsgæði voru mæld með vel rannsökuðu, réttmætu og áreiðanlegu mælitæki, SF-36v2. Hins vegar er SF-36v2 ekki sérhannað fyrir liðskiptasjúklinga sem hefði verið æskilegt. Þá voru þátttakendur frá tveimur stærstu sjúkrahúsum á Íslandi þar sem yfir 90% liðskiptaaðgerða eru framkvæmdar. Það er vissulega styrkleiki að þýðið sé einsleitt en jafnframt veikleiki því það takmarkar yfirfærslugildi á niðurstöðum rannsóknarinnar á misleitari hóp. Annað veikleikamerki er að einungis 58% þeirra sem hófu rannsóknina svöruðu öllum spurningalistunum á tímarpunktunum þremur og það veldur því að erfiðara er að yfirfæra niðurstöðurnar á þýðið. Þá var treyst á klínískt mat hjúkrunarfræðings á þátttökuhæfni þátttakenda sem getur stuðlað að huglægu mati hjúkrunarfræðingsins. Að auki þá hófst flýtibatameðferð við upphaf árs 2016 líkt og getið er í inngangi. Við hönnun rannsóknarinnar var það ekki vitað og því ekki spurt um það en ljóst er að mikill hluti þátttakenda undirgekkst þá meðferð. Jafnframt er þekktur veikleiki notkun sjálfsmatsspurningalista sem m.a. tengist því að sumir hafa tilhneigingu til að ofmeta eða nota há tölugildi á meðan aðrir vanmeta eða nota lág tölugildi (Toomingas o.fl., 1997).

Ályktanir

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að heilsutengd lífsgæði aukast eftir liðskiptaaðgerðir á mjöðm frá því á sjúkrahúsinu þar til sex mánuðum síðar. Jafnframt að það dregur úr verkjum, erfiðleikum með hreyfingu, þreytu og úthaldsleysi fyrstu sex vikurnar eftir aðgerð. Þá benda niðurstöður til að sjúklingar með aðra sjúkdóma sem og þeir sem eru ekki í vinnu þurfi sérstaka athygli í bataferlinu og ættu þeir að fá ítarlega fræðslu hjúkrunarfræðings við útskrift. Þá er lagt til að hjúkrunarfræðingur veiti símaeftirfylgd sex vikum eftir aðgerð og leggi þar áherslu á svefn og mat sjúklingsins á eigin bata.

ENGLISH SUMMARY

Health related quality of life of patients after total hip replacement: Descriptive panel study.

Sveinsdóttir, J. S., Sveinsdóttir H.

Purpose

The goal of this study is to describe health related quality of life of patients after hip arthroplasty at three time points: in hospital post-surgery (T1), six weeks (T2) and six months (T3) after discharge with the objective to identify which symptoms and background factors are predictive of patients' health related quality of life six weeks and six months after surgery.

Method

This is a prospective, descriptive cohort study performed at the National hospital in Iceland (Landspítali) and Akureyri hospital (Sjúkrahúsið á Akureyri). The population were all those who had hip arthroplasty from the 15th of January to 15th of July, 2016. Health related quality of life was measured with SF-36v2. Linear regression analysis was used to detect what influences physical and mental health related quality of life at T2 and T3.

Findings

The mean age of the participants ($n = 101$) was 66.2 years and 48.5% of them were men. At T2, 11 (10.9%) participants had started working and at T3 41 (43%) participant. 75.2% of them had a disease other than the one that led to the operation and 78.2% had recovered well/ very well at T2 and 73.2% at T3. The most common symptoms after hip arthroplasty at all three time points were difficulty with movement, pain, fatigue and lack of

endurance. Health related quality of life increased between the three time points. Being able to start working and recovering well after surgery explained 47.3% of the variability in the physical health quality of life at T2 and being very successful explained 52.6% of the variability at T3. Being without other diseases explained 32.4% of the variability in mental health quality of life at T2 and having recovered very well as well as sex life and insomnia did not cause discomfort at T3 explained 49.2% of the variability at T3

Conclusion

In general, health-related quality of life improved after the operation. Upon discharge patients having other diseases and those who are not working should receive special attention and education. Further follow-up should also emphasize sleep and and self-evaluated recovery.

Keywords

Quality of life, arthroplasty, patients, nursing, recovery.

Correspondent:
herdis@hi.is

HEIMILDIR

- Agnes Gísladóttir, Laura Sch. Thorsteinsson, Ólöf Elsa Björnsdóttir og Sigríður Haralds Elínardóttir. (2020) *Bið eftir liðskiptum*. Sótt á <https://www.landlaeknir.is/um-embættid/frettir/frett/item39275/stada-a-bidlistum-ef-tir-lidskiptaadgerdum-i-desember-2019>
- Alma D. Möller. (2019) *Minnisblað landlæknis vegna liðskiptaaðgerða og biðlistaáttaks*. Sótt á https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item37293/Minnisblad_landlaeknis_lidskiptaadgerdir_adgerdaatak%20LOKA.pdf
- Árún K. Sigurðardóttir, Gunnhildur H. Gunnlaugsdóttir og Brynja Ingadóttir. (2013). Væntingar til fræðslu og heilsutengd lífsgæði sjúklinga sem fara í gerviliðaaðgerð. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 89(3), 40-47.
- Birna Jónsdóttir, Inga Aðalheiður Valdimarsdóttir, Björk Inga Arnórsdóttir, Hrefna Magnúsdóttir, Aðalbjörg Ólafsdóttir, Hjördis Hjörvarsdóttir og Auðna Ágústsdóttir. (2009). Batnar fyrr og líður betur. Meðferð sjúklinga sem fara í ristilskurðaðgerð. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(2), 6-11.
- Deng, Q.-F., Gu, H.-Y., Peng, W.-Y., Zhang, Q., Huang, Z.-D., Zhang, C. og Yu, Y.-X. (2018). Impact of enhanced recovery after surgery on postoperative recovery after joint arthroplasty: Results from a systematic review and meta-analysis. *Postgraduate Medical Journal*, 94(1118), 678. doi:10.1136/postgradmedj-2018-136166
- Didden, A. G. M., Punt, I. M., Feczko, P. Z. og Lenssen, A. F. (2019). Enhanced recovery in usual health care improves functional recovery after total knee arthroplasty. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 34, 9-15. doi:10.1016/j.ijotn.2019.03.003
- Embætti landlæknis. (2021). *Biðlistar eftir völdum skurðaðgerðum og fjöldi framkvæmdra aðgerða 2018-2021*. Sótt á <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsnoknir/tolfraedi/heilbrigdisthjonusta/bidlistar/>
- Eiríksdóttir, M. (2011). Próffræðileg athugun á The Short FormSF-36 Health Survey (SF-36) heilsukvarðanum (Psychometric assessment of The Short Form (36) Health Survey (SF-36) health scale. Faculty of Psychology, University of Iceland.
- Field A. (2013). *Discovering Statistics Using IBM SPSS Statistics 4th ed*. Los Angeles: Sage
- Fulton, J.S., Miller, W.R. og Otte, J.L. (2012). A systematic review of analyses of the concept of quality of life in nursing exploring how form of analysis affects understanding. *Advances in Nursing Science* 35, E1-E12. doi: 10.1097/ANS.0b013e318253728c
- Füssenich, W., Gerhardt, D. M. J. M., Pauly, T., Lorenz, F., Olieslagers, M., Braun, C., og van Susante, J. L. C. (2019). A comparative health care inventory for primary hip arthroplasty between Germany versus the Netherlands. Is there a downside effect to fast-track surgery with regard to patient satisfaction and functional outcome? *HIP International*. doi:10.1177/1120700019876881
- Gonzalez Saenz de Tejada, M., Escobar, A., Bilbao, A., Herrera-Espiñeira, C., García-Pérez, L., Aizpuru, F. og Sarasqueta, C. (2014). A prospective study of the association of patient expectations with changes in health-related quality of life outcomes, following total joint replacement. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 15, 248. doi:10.1186/1471-2474-15-248
- Helgi Jónsson, Sigurbjörg Ólafsdóttir, Sólveig Sigurðardóttir, Thor Aspelund, Guðný Eiríksdóttir, Sigurður Sigurðsson, ..., Vilmundur Guðnason. (2016). Incidence and prevalence of total joint replacements due to osteoarthritis in the elderly: Risk factors and factors associated with late life prevalence in the AGES-Reykjavík Study. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 17, 14-14. doi:10.1186/s12891-016-0864-7
- Hofstede, S. N., Gademan, M. G. J., Stijnen, T., Nelissen, R. og Marang-van de Mheen, P. J. (2018). The influence of preoperative determinants on quality of life, functioning and pain after total knee and hip replacement: A pooled analysis of Dutch cohorts. *BMC Musculoskeletal Disorders*, 19(1), 68. doi:10.1186/s12891-018-1991-0
- IBM Corp. Released 2020. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 27.0. Armonk, NY: IBM Corp
- Klapwijk, L. C. M., Mathijssen, N. M. C., Van Egmond, J. C., Verbeek, B. M. og Vehmeijer, S. B. W. (2017). The first 6 weeks of recovery after primary total hip arthroplasty with fast track. *Acta Orthopædica*, 88(2), 140-144. doi:10.1080/17453674.2016.1274865
- Larsen, K., Hansen, T. B., Søballe, K. og Kehlet, H. (2010). Patient-reported outcome after fast-track hip arthroplasty: A prospective cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 8, 144. doi:10.1186/1477-7525-8-144
- Larsen, K., Hansen, T. B., Søballe, K., Kehlet, H. (2012). Patient-reported outcome after fast-track knee arthroplasty. *Knee Surgery, Sports Traumatology, Arthroscopy*, 20, 1128-1135. doi: 10.1007/s00167-012-1919-4.
- Maruish, M. E. (Ed.). (2011). User's manual for the SF-36v2 Health Survey (3rd ed.). Lincoln, RI: QualityMetric Incorporated.
- Miao, N.-F. og Lin, P.-C. (2018). A prospective study of joint function and the quality of life of patients undergoing total joint replacement. *International Journal of Nursing Practice*, 24(5), e12675-e12675. doi:10.1111/ijn.12675
- Moons, P., Budts, W. og De Geest, S. (2006). Critique on the conceptualisation of quality of life: a review and evaluation of different conceptual approaches. *International journal of nursing studies* 43, 891-901. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2006.03.015
- Neuprez, A., Neuprez, A. H., Kaux, J. F., Kurth, W., Daniel, C., Thirion, T., ... Reginster, J. Y. (2020). Total joint replacement improves pain, functional quality of life, and health utilities in patients with late-stage knee and hip osteoarthritis for up to 5 years. *Clinical Rheumatology*, 39(3), 861-871. doi:10.1007/s10067-019-04811-y
- Pickering, M. E., Chapurlat, R., Kocher, L. og Peter-Derex, L. (2016). Sleep Disturbances and Osteoarthritis. *Pain Practice*, 16(2), 237-244. doi:10.1111/papr.12271
- REDCap (e.d.). REDCap Research Electronic Data Capture. Sótt á <https://redcapinfo.ucdenver.edu/>
- Rannveig J. Jónsdóttir (2010). *Heilsutengd lífsgæði og einkenni áfallastreituráðsrunar eftir útskrift af gjörgæslu*. Birt meistaraþrófsritgerð: Háskóli Íslands.
- Sjöling, R. N. M., Agren, R. N. Y., Olofsson, N., Hellzén, R. N. O., & Asplund, R. N. K. (2005). Waiting for surgery; living a life on hold—a continuous struggle against a faceless system. *International Journal of Nursing Studies*, 42(5), 539-547. doi:10.1016/j.ijnurstu.2004.09.009
- Sveinsdóttir, H. (2018). Menstruation, objectification, and health-related quality of life: a questionnaire study. *Journal of Clinical Nursing*. 27 (3-4), e503-e513 <https://doi.org/10.1111/jocn.14049>
- Sveinsdóttir, H., Kristiansen, K. og Hafðis Skúladóttir. (2020). Health related quality of life in patients having total knee replacement and associations with symptoms, recovery, and patient education: a six month follow up study. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 42/11: 100830. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijotn.2020.100830>
- Tay Swee Cheng, R., Klainin-Yobas, P., Holroyd, E. og Lopez, V. (2018). A “Journey to regain life” after joint replacement surgery: A qualitative descriptive study. *Applied Nursing Research: ANR*, 41, 5-10. doi:10.1016/j.apnr.2018.03.002
- Tilbury, C., Schaasberg, W., Plevier, J. W., Fiocco, M., Nelissen, R. og Vlieland, T. P. M. (2014). Return to work after total hip and knee arthroplasty: A systematic review. *Rheumatology*, 53(3), 512-25 doi: 10.1093/rheumatology/ket38
- Toomingas, A., Alfredsson, L. og Kilbom, A. (1997) Possible bias from rating behaviour when subjects rate both exposure and outcome. *Scandinavian Journal of Work, Environment and Health*, 23, 370-377. <https://doi:10.5271/jswheh.234>
- Velferðarráðuneytið (21. mars 2016). *Átak til að stytta bið sjúklinga eftir aðgerðum að hefjast*. Sótt á <https://www.stjornarradid.is/efst-a-baugi/frettir/stok-frett/?NewsId=e5d0d25d-c5ee-11e6-8342-a4db302334b0>
- Ware, J. og Gandek, B. (1998) Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. *Journal of Clinical Epidemiology*, 51(11), 903-912. doi.org/10.1016/S0895-4356(98)00081-X
- World Health Organization [WHO](2005). Introducing the WHOQOL instruments. Sótt 29. desember2021 á [https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Health-Related-Quality-of-Life-and-Well-BeingWinther, S. B., Foss, O. A., Wik, T. S., Davis, S. P., Engdahl, M., Jessen, V. og Husby, O. S. \(2015\). 1-year follow-up of 920 hip and knee arthroplasty patients after implementing fast-track. Acta Orthopædica, 86\(1\), 78-85. doi:10.3109/17453674.2014.957089](https://www.healthypeople.gov/2020/about/foundation-health-measures/Health-Related-Quality-of-Life-and-Well-BeingWinther, S. B., Foss, O. A., Wik, T. S., Davis, S. P., Engdahl, M., Jessen, V. og Husby, O. S. (2015). 1-year follow-up of 920 hip and knee arthroplasty patients after implementing fast-track. Acta Orthopædica, 86(1), 78-85. doi:10.3109/17453674.2014.957089)
- Zhu, S., Qian, W., Jiang, C., Ye, C. og Chen, X. (2017). Enhanced recovery after surgery for hip and knee arthroplasty: A systematic review and meta-analysis. *Postgraduate Medical Journal*, 93(1106), 736-742. doi:10.1136/po

Veikindi og veikindafjarvistir starfsfólks í umönnunarstörfum hjá sveitarfélögum. Hvað getum við lært af bankahruninu 2008?

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Þróun andlegra og líkamlegra heilsufarseinkenna, vinnuálags og veikindafjarvista starfsfólks í umönnunarstörfum á öldrunarstofnunum og sambýlum fyrir fatlaða og geðfatlaða hjá 12 íslenskum sveitarfélögum er rannsökuð yfir tímabilið 2010 til 2019, sem og möguleg tengsl hennar við efnahagskreppuna 2008. Einnig er dreginn lærdómur af þeirri kreppu fyrir þá sem við stöndum frammi fyrir vegna COVID-19 heimsfaraldursins.

Aðferð

Þýðisrannsókn sem byggir á langtímapanelgögnum þar sem sömu einstaklingum var fylgt eftir árin 2010, 2011, 2013, 2015 og 2019. Netfangalistar fengust hjá mannauðsstjórnnum sveitarfélaganna. Gagnagreiningin byggir á svörum 108 starfsmanna sem svöruðu spurningalistunum í öll skiptin. Af þeim voru 84,3% konur og 15,7% karlar, sem endurspeglar ágætlega kynjaskiptinguna í umönnunarstörfum sveitarfélaganna. Marktækni var mæld með Cochrans Q-prófi fyrir endurteknar mælingar, Pearson kí-kvaðratprófi og dreifigreiningu fyrir endurteknar mælingar.

Niðurstöður

Sjálfmetin líðan starfsfólks í umönnunarstörfum sveitarfélaganna, mælt í andlegum og líkamlegum einkennum, veikindafjaravistum, læknisheimsóknum og því að mæta veik til vinnu vegna álags versnaði að nokkru leyti í kjölfar efnahagshrunsins 2008. Marktækt fleiri höfðu mætt veikir til vinnu vegna álags í síðari fyrirlögnum spurningalistans en þeirri fyrstu. Andlegri líðan hrakaði fremur en líkamlegri og tengsl voru á milli mikils vinnuálags og verri andlegrar líðanar. Sama mynstur kom fram hjá konum og körlum. Þegar spurt var um heilsufarseinkenni komu fram marktækar breytingar, til hins verra, í átta af þeim fjórtán einkennum sem spurt var um.

Ályktun

Sá lærdómur sem við getum dregið af efnahagskreppunni 2008 fyrir kreppuna sem við nú stöndum frammi fyrir vegna COVID-19 faraldursins er að hún mun líklega hafa neikvæð áhrif á líðan tiltekinna starfshópa nokkrum árum eftir að við höfum náð tökum á faraldrinum. Full ástæða er til að brýna þau sem bera ábyrgð á hjúkrun og starfsmannaheilsuvernd að vera vakandi gagnvart vinnutengdri líðan starfsfólks vegna þeirra áhrifa sem efnahagskreppan af völdum COVID-19 faraldursins getur haft.

Lykilorð:

Efnahagskreppur, hjúkrun, sjálfmetin heilsa, veikindafjarvistir, vinnuálag

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Rannsóknin veitir nýja þekkingu á því hvernig tilteknir heilsufarsþættir, einkum andlegs eðlis, þróuðust í neikvæða átt hjá starfsfólki í umönnunarstörfum hjá sveitarfélögum í kjölfar efnahagskreppunnar 2008 og fjárhagslegur samdráttur var sem mestur innan sveitarfélaganna.

Hagnýting: Aukin þekking og djúpri skilningur á tengslum efnahagskreppa og vinnutengdri líðan starfsfólks sem stýrir og starfar við hjúkrun brýnir þau sem bera á starfsmannaheilsuvernd til að vera vel vakandi gagnvart vinnutengdri líðan, einkum andlegri líðan, á erfiðum tímum eins og í COVID-19 heimsfaraldrinum.

Þekking: Niðurstöðurnar djúpka þekkingu á tengslum efnahagskreppa við vinnutengda líðan einstaklinga sem stýra og starfa við hjúkrun og veita þar með betri forsendur en ella til að sinna umönnunarstarfinu á farsælan hátt, ekki síst á tímum samdráttar.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Hjúkrunarfræðingar, hvort sem um ræðir við stjórnun eða almenna hjúkrun, geta hagnýtt þekkinguna til að fyrirbyggja og þekkja merki um aukinn heilsufarsvanda meðal starfsfólks í umönnunarstörfum sem skapast getur á krepputímum. Einnig getur þekkingin gert hjúkrunarfræðinga læsari á eigin starfslíðan.



Höfundar

GUÐBJÖRG LINDA RAFNSDÓTTIR

prófessor

Félagsfræði-, mannfræði- og
þjóðfræðideild Háskóla Íslands

HJÖRDÍS SIGURSTEINSDÓTTIR

dósent

Viðskipta- og raunvísindasvið
Háskólans á Akureyri

Veikindi og veikinda- fjarvistir starfsfólks í umönnunarstörfum há sveitarfélögum. Hvað getum við lært af bankahruninu 2008?

INNGANGUR

Íslenskt atvinnulíf stendur frammi fyrir erfiðri stöðu vegna efnahagskreppunnar sem hefur fylgt kórónuveirufaraldrinum. Í fjárlagafrumvarpinu fyrir árið 2022 kemur fram að opinber fjármál hafi mótast af efnahagslegum áhrifum faraldursins „sem drifið hafa áfram 520 ma.kr. samanlagðan halla á rekstri ríkissjóðs árin 2022 og 2021“ (Frumvarp til fjárlaga, 2022,102). Samkvæmt upplýsingum frá Vinnumálastofnun (júní 2021) var atvinnuleysi í janúar 2021 11,6%, sem er hærra en fylgdi efnahagskreppunni 2008, en þá fór það hæst í 9,8% í júní 2009 (Hagstofa Íslands, e.d.b). Atvinnuleysið var komið niður í 5,5% í júní 2021, mest vegna tímabundinna átaksverkefna stjórnvalda og aukins ferðamannastraums til landsins. Atvinnuleysið var 5,8% í október það ár (Hagstofa Íslands, 2021). Á fjármálaráðstefnu Sambands íslenskra sveitarfélaga sem var haldin 1. október 2020 kom fram að fjárhagsleg áhrif COVID-19 faraldursins á sveitarfélögin hafi í för með sér að þau stefndu í 33,2 milljörðum króna lakari afkomu árið 2020 en árið áður (Samband íslenskra sveitarfélaga, 2020). Á tímum sem þessum er algengt að fyrirtæki og stofnanir reyni að draga úr útgjöldum vegna starfsmannahalds, ýmist með beinum uppsögnum starfsfólks, með því að ráða ekki í störf þeirra sem hætta, eða með því að hvetja fólk til að hætta stöfum fyrr en ella með því t.d. að fara á eftirlaun (Gandolfi, 2008; Greenhalgh og Rosenblatt, 2010; Östhus og Mastekaasa, 2010). Þetta getur skapað óöryggi og álag, ekki bara fyrir starfsfólk sem missir vinnuna heldur einnig þau sem halda störfum (Sigursteinsdóttir og Rafnsdóttir, 2015; Snorraddóttir o.fl., 2013; Snorraddóttir o.fl., 2015).

Í nýbirtri rannsókn um líðan starfsfólks íslenskra sveitarfélaga í kjölfar efnahagskreppunnar 2008 kemur fram að starfsfólk í menntunar- og umönnunargeiranum upplifði aukið vinnutengt ofbeldi og hótanir í kjölfar kreppunnar (Sigursteinsdóttir o.fl., 2020a). Sömu gögn sýna einnig aukið vinnutengt einelti og áreitni (Sigursteinsdóttir o.fl., 2020). Slæmt efnahagsástand og versnandi félags- og efnahagsleg staða einstaklinga og fjölskyldna getur þó ekki einungis haft áhrif á samskipti á vinnustöðum, heldur einnig aukið vanlíðan starfsfólks og jafnvel veikindi. Í grein frá árinu 2009 bentu Marmot og Bell á að efnahagskreppan sem þá reið yfir Vesturlönd væri líkleg til að hafa neikvæð áhrif á heilsu fólks, ekki síður en efnahag. Sú varð raunin hér á landi (Guðbjörg Linda Rafnsdóttir og Hjördís Sigursteinsdóttir, 2019; Sigursteinsdóttir og Rafnsdóttir, 2015; Snorraddóttir o.fl., 2015) og erlendis (Karanikolos o.fl., 2016; Odone o.fl., 2018). Í safngrein sem Parmar o.fl. (2016) birtu um rannsóknir á áhrifum efnahagskreppunnar 2008 á heilsufar í Evrópu og náði til 41 greinar sem birtist á árunum 2008-2015 kemur fram að rannsóknarniðurstöðurnar séu býsna mismunandi. Hvatt er til varkárni í ályktunum byggt á fyrirbyggjandi rannsóknum um tengsl efnahagskreppa og líðanar og hvatt til frekari rannsókna. Engu að síður virðast vísbendingar, skv. greinarhöfundum, helst vera um neikvæð áhrif efnahagskreppunnar 2008 á andlega líðan einstaklinga og sjálfsvíg.

Fleiri erlendir vísindamenn en Parmar o.fl. (2016) hafa kallað eftir frekari rannsóknum á þessu sviði. Til dæmis benda Archibald (2009) og Carter o.fl. (2013) á mikilvægi þess að rannsaka veikindafjarvistir og líðan þeirra sem halda vinnunni í kjölfar efnahagskreppa, því athyglinni

hafi hingað til fremur verið beint að liðan þeirra sem missa vinnuna á krepputímum, en hinna sem eru í starfi.

Þessi rannsókn, sem fjallar um þróun liðanar og veikinda-fjarvista starfsfólks sem hefur sinnt umönnunarstörfum hjá íslenskum sveitarfélögum í kjölfar efnahagskreppunnar á Íslandi 2008 er innlegg í þá umræðu. Rannsóknin er ekki síst mikilvæg nú þegar við stöndum frammi fyrir djúpri efnahagskreppu vegna áhrifa kórónuveirufaraldursins á efnahagslífið. Það að rannsaka liðan starfsfólks sveitarfélaga á krepputímum er mikilvægt því sveitarfélögin eru stór vinnuveitandi sem gegnir veigamiklu hlutverki í samfélaginu vegna lögbundinnar þjónustu sem þau veita. Starfsfólk sveitarfélaganna er í miklu samneyti við fjölskyldur landsins og liðan þess getur verið ákveðin vísbending um liðan þjóðarinnar.

Tilgangur rannsóknarinnar er því að skoða liðan; nánar tiltekið þróun andlegra og líkamlegra heilsufarseinkenna, vinnuálags og veikindafjarvista starfsfólks í umönnunarstörfum hjá 12 íslenskum sveitarfélögum í kjölfar efnahagskreppunnar 2008, en niðurskurður fór fyrst að hafa veruleg áhrif á sveitarfélögin u.þ.b. tveimur árum eftir fall bankanna eða árið 2010. Það var ekki fyrr en árið 2015 sem hagur þeirra batnaði á ný (Hagstofa Íslands e.d.a). Þátttakendur voru beðnir að svara spurningunum árin 2010, 2011, 2013, 2015 og 2019 með tilliti til þess hvernig þeir hefðu upplifað tiltekna heilsufarsþætti í 12 mánuði áður en spurningalistinn var lagður fyrir.

Heilsufarsþættirnir sem voru til skoðunar eru:

- Verið frá vinnu vegna veikinda.
- Mætt veik/ur til vinnu, vegna álags í vinnunni.
- Leitað til læknis vegna veikinda/heilsubrestra sem rekja má til aðstæðna í vinnunni.
- Breyting á sjálfmetinni andlegri og líkamlegri heilsu.
- Einkenni og verkir sem höfðu truflað daglegt líf.

Einnig var skoðað hvort bakgrunnspættirnir kyn, aldur, uppsagnir og álag á vinnustaðnum hefðu tengsl við áðurnefnd atriði.

Nýnæmi rannsóknarinnar felst í því að hún varpar ljósi á þróun liðanar starfsfólks í umönnunarstörfum á Íslandi í rúman áratug eftir efnahagskreppuna 2008. Rannsóknin er framlag til fræðilegrar og hagnýtrar þekkingar á vinnutengdri liðan í kjölfar efnahagskreppa, en þá þekkingu má nota til að skipuleggja uppbyggingu á heilsutengdum frum- og síðforvörnum í tengslum við starfsmannaheilsuvernd og hjúkrun. Slíkt er ávallt mikilvægt, en ekki síst nú í ljósi efnahagskreppunnar sem fram undan er vegna kórónuveirufaraldursins.

AÐFERÐ

Sérstaða rannsóknarinnar er að hún er megindleg langtíma-panel-rannsókn. Sömu spurningarnar voru lagðar fyrir starfsfólk í umönnunarstörfum á öldrunarstofnunum og sambýlum fyrir fatlaða og geðfatlaða hjá íslenskum

sveitarfélögum í fimm skipti, eða árin 2010, 2011, 2013, 2015 og 2019. Sömu einstaklingum var fylgt eftir á þessu tímabili og þannig hægt að sjá þróun svara, óháð því hvernig annað (nýtt) starfsfólk svaraði spurningunum. Fyllstu persónuverndarsjónarmiða var gætt og var rannsóknin samþykkt af Vísindasiðanefnd (VSN 10-007) og tilkynnt til Persónuverndar (S4634/2010).

Þátttakendur og framkvæmd

Þátttakendur í rannsókninni komu frá 12 sveitarfélögum (fjórir af höfuðborgarsvæðinu og átta af landsbyggðinni). Mannauðsstjórar sveitarfélaganna afhentu netföng alls starfsfólks sem var í umönnunarstörfum hjá sveitarfélaginu á hverjum tímapunkti fyrir sig. Beiðni um þátttöku var send í tölvupósti til 268 manns í umönnunarstörfum í upphafi árs 2010, á vordögum 2011, í upphafi árs 2013 og á haustdögum 2015 og 2019. Starfsfólkið samþykkti þátttöku með því að opna tengil með spurningalistanum sem fylgdi tölvupóstinum. Spurningalistinn var fylltur út og sendur inn nafnlaust. Aftast í spurningalistanum voru hins vegar fjórar spurningar sem saman mynduðu ópersónugreinanlegan kóða fyrir hvern einstakling, sem enginn þekkir nema viðkomandi. Sá kóði var síðan notaður til að para saman þátttakendur á milli fyrirlagna, svo unnt væri að fylgjast með þróun svaranna. Alls 108 einstaklingar í umönnunarstörfum svöruðu spurningalistanum í öll fimm skiptin og gáfu upp kóðann til að para saman svörin, eða 38% af upphaflegum fjölda þátttakenda. Af þeim voru 84,3% konur og 15,7% karlar sem endurspeglar vel hlutfall kynjanna á þessum vinnustöðum. Af persónuverndarástæðum var ekki spurt um starfsstétt viðkomandi og því er ekki gerður greinarmunur á því hvort þátttakandinn var hjúkrunarfræðingur, sjúkraliði, ófaglærður eða faglærður starfsmaður sem sinnti umönnun íbúa á viðkomandi stofnunum. Meðalaldur þátttakenda var 50,5 ár miðað við árið 2019, tæp 48 ár hjá körlum og rúm 51 ár hjá konum. Hafa ber í huga að 38% þátttakenda af upprunalegu þýði telst gott þar sem rannsóknin hefur staðið yfir í níu ár og því eðlilegt að einhver hluti starfsfólksins hafi hætt á tímabilinu, farið á eftirlaun eða skipt um starfsvettvang. Einnig er möguleiki að einhver hluti hafi ekki gefið upp kóðann til að para saman gögnin í einhverri fyrirlögninni.

Þrátt fyrir að fjöldi þeirra sem rannsakaðir voru minnki til muna við það að vinna einvörðungu með þöruð gögn, þá lítum við svo á að það sé mikilvægt að vinna með þörun í rannsókn sem þessari, svo hægt sé með vissu að fjalla um þróun liðanar hjá sömu einstaklingum yfir tímabilið.

Mælitæki

Í rannsókninni var stuðst við spurningar frá Embætti landlæknis úr rannsókninni *Heilsa og liðan Íslendinga* (Lýðheilsustöð, e.d.) og úr *Norræna spurningalistanum um sálfélagslega þætti í vinnunni* (Lindström o.fl., 2000) í þýðingu Hólmfríðar K. Gunnarsdóttur. Svarendur mátu sjálfir andlega og líkamlega heilsu sína síðastliðna 12 mánuði á hverjum tímapunkti í rannsókninni, eða í fimm skipti. Það gerðu þeir með því að svara spurningum um andlega og líkamlega liðan sína. Þó svo að það að byggja á sjálfmetinni heilsu í rannsóknum hafi sætt gagnrýni fyrir að vera of huglæg nálgun, þar sem um svör við spurningalista er að ræða en ekki læknisskoðun með heilsufarsmælingum eða skráðar heilsufarsupplýsingar, þá hefur verið sýnt fram á að

slíkar upplýsingar geta verið góður mælikvarði á andlega og líkamlega heilsu fólks (Crossley og Kennedy, 2002; Ferrie o.fl., 2005; Forsberg, 2020; Voss o.fl., 2008).

Veikindi og veikindafjarvistir voru mæld með spurningunum: (1) Hve marga daga, ef einhverja, hefur þú verið frá vinnu vegna veikinda á síðustu 12 mánuðum? Svarmöguleikar voru fjórir; „aldrei“, „1-7 daga“, „8-14 daga“ og „meira en 14 daga“. (2) Hefur þú mætt veik(ur) í vinnu vegna álags á síðustu 12 mánuðum? Svarmöguleikar voru fjórir; „aldrei“, „1-3 sinnum“, „4-6 sinnum“ og „oftar en 6 sinnum“. (3) Hefur þú leitað til læknis vegna veikinda/heilsubreasts sem þú rekur til aðstæðna í vinnunni síðastliðna 12 mánuði? Svarmöguleikar voru tveir; „já“ og „nei“.

Andleg og líkamleg heilsa var metin með tveimur spurningum: (1) Hvernig metur þú andlega heilsu þína nú miðað við fyrir einu ári síðan? (2) Hvernig metur þú líkamlega heilsu þína nú miðað við fyrir einu ári síðan? Svarmöguleikar voru fimm; „mikið betri nú en fyrir einu ári“, „nokkru betri nú en fyrir einu ári“, „nokkurn veginn eins og fyrir einu ári“, „nokkru verri nú en fyrir einu ári“ og „miklu verri nú en fyrir einu ári“.

Einkenni og verkir voru metnir með spurningunni: Hefur eitthvað af eftirfarandi einkennum eða verkjum truflað daglegt líf þitt; þrekleysi, vöðvabólga, verkir í baki/herðum, tíðir höfuðverkir, verkir í kvið, andþyngsli, svefnerfiðleikar, þungar áhyggjur, kvíði, depurð, hjartsláttartruflanir, hækkaður blóðþrýstingur, ristilkrampi eða kvef/umgangspæstir? Svarmöguleikarnir voru; „já“ eða „nei“ við hverjum lið fyrir sig.

Bakgrunnsbreytur í þessari greiningu voru kyn (kona/karl), aldur (aldur í árum miðað við árið 2019), uppsagnir á vinnustað (engar uppsagnir/uppsagnir) og vinnuálag (lítið vinnuálag/mikið vinnuálag).

Gagnagreining

Cochrans Q-próf fyrir endurtekna mælingar var notað til að skoða áhrif tíma á veikindafjarvistir, að mæta veikur í vinnu, læknisheimsóknir, sjálfsmetna andlega og líkamlega heilsu, einkenni og verkir. Með endurteknum mælingum er átt við að sömu einstaklingarnir svara sömu spurningunum á fimm mismunandi tímapunktum og tölfræðiþrófið tekur tillit til þess að verið er að spyrja sömu einstaklingana aftur og aftur.

Dreifigreining fyrir endurtekna mælingar var notuð til að skoða hvort breytingar á meðalfjölda andlegra og líkamlegra einkenna væru háðar kyni, aldri, uppsögnum á vinnustað og álagi. Marktækniakrafa var sett við öryggismörkin 0,05. Tölfræðiforritið SPSS 26.0 var notað til að greina gögnin.

NIÐURSTÖÐUR

Tafla 1 sýnir hlutfallstölur fyrir dagafjölda frá vinnu vegna veikinda, í vinnu þrátt fyrir veikindi og skipti sem leitað var til læknis vegna veikinda sem rekja má til aðstæðna í vinnunni árin 2010-2019. Ef horft er á þau sem hafa aldrei verið frá vinnu vegna veikinda sést að þeim fækkar við fyrstu þrjár fyrirlagnirnar sem bendir til aukinna veikinda. Munurinn á hlutfalli þeirra sem höfðu verið frá vinnu vegna veikinda á síðustu tólf mánuðum og þeirra sem höfðu aldrei verið frá vinnu reyndist þó ekki marktækur ($\chi^2_{(4,108)} = 2,29, p = 0,68$). Einnig má sjá að hlutfallslega fleiri höfðu einhvern tímann mætt veikir til vinnu vegna álags í síðari fyrirlögnum spurningalistans en þeirri fyrstu og reyndist munurinn á milli fyrirlagna marktækur ($\chi^2_{(4,108)} = 16,31, p < 0,05$). Tilhneigingin er sú að aukning varð fram til ársins 2013 á hlutfalli þeirra sem segjast hafa mætt veikir til vinnu vegna álags, en þeim fer svo aftur fækkandi. Algengi þess að hafa leitað til læknis vegna veikinda/heilsubreasts sem rekja má til aðstæðna í vinnunni síðustu tólf mánuði jókst stöðugt á rannsóknartímanum, fór úr tæpum 14% árið 2010 í rúm 33% árið 2019 ($\chi^2_{(4,108)} = 18,15, p < 0,05$).

Tafla 1. Hlutfallstölur fyrir veikindi og veikindafjarvistir hjá starfsfólki í umönnunarstöfum hjá sveitarfélögum 2010, 2011, 2013, 2015 og 2019

	Fyrirlögn 2010 %	Fyrirlögn 2011 %	Fyrirlögn 2013 %	Fyrirlögn 2015 %	Fyrirlögn 2019 %
Hve marga daga, ef einhverja, hefur þú verið frá vinnu vegna veikinda á síðustu 12 mánuðum?					
Aldrei	17,6	13,9	12,0	16,7	13,9
1-7 daga	54,6	55,6	63,0	41,7	45,3
8-14 daga	17,6	15,7	13,0	31,4	31,5
>14 daga	10,2	14,8	12,0	10,2	9,3
Hefur þú mætt veik(ur) í vinnu vegna álags á síðustu 12 mánuðum?					
Aldrei	44,4	24,1	28,7	35,2	34,3
1-3 sinnum	40,7	54,6	50,9	48,1	45,3
4-6 sinnum	11,1	13,0	11,1	10,2	16,7
> 6 sinnum	3,8	8,3	9,3	6,5	3,7
Hefur þú leitað til læknis vegna veikinda/heilsubreasts sem þú rekur til aðstæðna í vinnunni síðastliðna 12 mánuði?					
Já	13,9	26,9	24,1	32,4	33,3
Nei	86,1	73,1	75,9	67,6	66,7

Tafla 2. Hlutfall starfsfólks í umönnunarstörfum hjá sveitarfélögunum sem metur andlega heilsu sína verri nú miðað við 12 mánuðum fyrr, árin 2010, 2011, 2013, 2015 og 2019

	Fyrirlögn 2010 %	Fyrirlögn 2011 %	Fyrirlögn 2013 %	Fyrirlögn 2015 %	Fyrirlögn 2019 %	Cochran's Q próf
Heild:	18,5	31,5	34,3	28,7	24,1	13,94*
Kyn:						
Karlar	11,8	47,1	47,1	35,3	29,4	9,54*
Konur	19,8	28,6	31,9	27,5	23,1	6,42
Aldur:						
< 40 ára	30,0	40,0	35,0	30,0	15,0	4,38
41-50 ára	16,7	26,7	40,0	36,7	40,0	14,31*
51-60 ára	12,5	27,5	27,5	17,5	14,6	6,92
> 60 ára	22,2	38,9	38,9	38,9	29,4	3,00
Uppsagnir á vinnustað?						
Já	11,1	36,0	38,7	42,9	40,0	7,51
Nei	19,2	30,1	32,5	43,8	33,3	8,65
Vinnuálag:						
Lítið	15,4	25,9	32,1	28,8	24,6	3,19
Mikið	23,3	37,0	36,5	28,6	22,0	16,11*

* marktækt miðað við 95% öryggismörk

Tafla 3. Hlutfall starfsmanna sveitarfélaga í umönnunarstörfum sem metur líkamlega heilsu sína verri nú miðað við 12 mánuðum fyrr, árin 2010, 2011, 2013, 2015 og 2019

	Fyrirlögn 2010 %	Fyrirlögn 2011 %	Fyrirlögn 2013 %	Fyrirlögn 2015 %	Fyrirlögn 2019 %	Cochran's Q próf
Heild:	7,4	21,3	16,7	16,7	13,9	16,55*
Kyn:						
Karlar	5,9	29,4	29,4	17,6	11,8	7,11
Konur	7,7	19,8	14,3	16,5	14,5	12,31*
Aldur:						
< 40 ára	5,0	25,0	5,0	5,0	5,0	8,53
41-50 ára	10,0	13,3	10,0	10,0	13,3	2,48
51-60 ára	7,5	27,5	20,0	17,5	12,2	12,12*
> 60 ára	5,6	16,7	33,3	38,9	29,4	11,68*
Uppsagnir á vinnustað?						
Já	11,1	12,0	19,4	14,3	13,3	8,10
Nei	7,1	24,1	15,6	18,8	20,0	11,64*
Vinnuálag:						
Lítið	3,1	9,3	10,7	13,5	12,3	4,08
Mikið	14,0	33,3	23,1	19,6	16,0	13,21*

* marktækt miðað við 95% öryggismörk

Tafla 2 sýnir hlutfall starfsfólks sem mat andlega heilsu sína verri þegar spurningalistinn var lagður fyrir miðað við ári áður. Fram kom marktæk breyting á rannsóknartímanum þannig að hlutfall þeirra sem mátu andlega heilsu sína verri en ári áður hækkaði milli fyrstu þriggja fyrirlagnanna, mældist hæst í fyrirlögninni 2013 (34,3%) og lækkaði svo í síðustu tveimur fyrirlögnunum ($p < 0,05$). Niðurstöðurnar sýna sama mynstur þegar horft er til karla og kvenna, flokkaðra aldurshópa, uppsagna á vinnustað og vinnuálags. Einnig sýna niðurstöðurnar að marktækt samband var á milli þess að hafa upplifað mikið álag á vinnustaðnum og þess að meta andlega heilsu sína verri nú en fyrir 12 mánuðum ($p < 0,05$).

Tafla 3 sýnir hlutfall starfsfólks sem mat líkamlega heilsu sína verri þegar spurningalistinn var lagður fyrir miðað við ári áður. Fram kom marktæk breyting á rannsóknartímanum þannig að hlutfall þeirra sem mátu líkamlega heilsu sína verri en ári áður hækkaði á milli fyrstu tveggja fyrirlagnanna. Hlutfallið mældist það sama í fyrirlögninni 2013 og 2015 (16,7% verri

líkamleg heilsa) en lækkar svo í síðustu fyrirlögninni ($p < 0,05$). Niðurstöðurnar sýna svipað mynstur þegar horft er til karla og kvenna, flokkaðra aldurshópa, uppsagna á vinnustað og vinnuálags. Einnig kom í ljós að á vinnustöðum þar sem engar uppsagnir höfðu orðið mátu hlutfallslega fleiri líkamlega heilsu sína verri þegar leið á rannsóknartímann og fór hlutfallið úr rúmum 7% í 20% í fyrirlögninni 2019 ($p < 0,05$). Einnig kom fram marktækt samband milli þess að hafa upplifað mikið vinnuálag og þess að meta líkamlega heilsu sína verri nú en fyrir 12 mánuðum ($p < 0,05$).

Tafla 4 sýnir einkenni eða verki sem hafa truflað daglegt líf starfsfólksins síðustu 12 mánuði fyrir hverja fyrirlögn. Sjá má marktæka breytingu á hlutfalli átta einkenna og verkja af 14 sem spurt var um. Algengast var að verki í baki/herðum og vöðvabólga hefðu truflað daglegt líf starfsfólksins eða á milli 76 og 79% þeirra í öllum fyrirlögnum spurningalistans. Ekki var þó um marktæka aukningu að ræða á milli fyrirlagna.

Tafla 4. Einkenni eða verkir sem hafa truflað daglegt líf starfsfólks sveitarfélaga í umönnunarstörfum árin 2010, 2011, 2013, 2015 og 2019

	Fyrirlögn 2010 N %	Fyrirlögn 2011 N %	Fyrirlögn 2013 N %	Fyrirlögn 2015 N %	Fyrirlögn 2019 N %	Cochran's Q próf
Verkir í baki/herðum	84 (77,8)	82 (75,9)	83 (76,9)	85 (78,7)	84 (77,8)	0,43
Vöðvabólga	82 (75,9)	84 (77,8)	85 (78,7)	80 (74,1)	78 (72,2)	2,47
Kvef/umgangspest	65 (60,2)	60 (55,6)	68 (63,0)	62 (57,4)	77 (71,3)	10,01*
Kviði	60 (55,6)	69 (63,9)	72 (66,7)	49 (45,4)	46 (42,6)	39,91*
Svefnerfiðleikar	53 (49,1)	63 (58,3)	74 (68,5)	61 (56,5)	59 (54,6)	20,89*
Þrekleysi	55 (50,9)	57 (52,8)	55 (50,9)	53 (49,1)	50 (46,3)	1,74
Tíðir höfuðverkir	39 (36,1)	46 (42,6)	43 (39,8)	41 (38,0)	43 (39,8)	2,0
Depurð	29 (26,9)	43 (39,8)	50 (46,3)	41 (38,0)	38 (35,8)	16,97*
Þungar áhyggjur	27 (25,0)	38 (35,2)	44 (40,7)	40 (37,0)	37 (34,3)	13,57*
Hækkaður blóðþrýstingur	19 (17,6)	28 (25,9)	25 (23,1)	28 (25,9)	24 (22,2)	5,37
Verkir í kvið	15 (13,9)	17 (15,7)	18 (16,7)	25 (23,1)	26 (24,1)	10,08*
Hjartsláttartruflanir	13 (12,0)	19 (17,6)	17 (15,7)	22 (20,4)	27 (25,0)	11,46*
Ristilkrampi	12 (11,1)	14 (13,0)	13 (12,0)	16 (14,8)	17 (15,7)	3,19
Andþyngsi	12 (11,1)	9 (8,3)	15 (13,9)	20 (18,5)	19 (17,6)	10,75*

* marktækt miðað við 95% öryggismörk

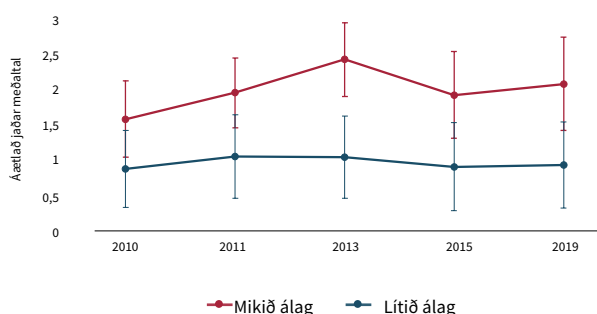
Algengi andlegra einkenna þ.e. kviða, svefnerfiðleika, depurðar og þungar áhyggna, jókst verulega frá 2010 til 2013. Þótt hlutfallið hafi aftur lækkað árin 2015 og 2019 þá var það engu að síður hærra þau ár en árið 2010, að kviðanum frátöldum. Verkir í kvið, hjartsláttartruflanir og andþyngsi jukust meira og minna jafnt og þétt á milli fyrirlagnanna, allt fram til ársins 2019.

Dreifigreining fyrir endurteknar mælingar var gerð til að skoða áhrif kyns, aldurs, uppsagna og álags á vinnustað á breytingar á meðalfjölda andlegra og líkamlegra einkenna á rannsóknartímanum. Fjöldi andlegra einkenna umönnunarstarfsfólks breyttist marktækt á rannsóknartímanum, að teknu tilliti til annarra þátta í líkaninu ($F(1,8, 171,6) = 4,97, p = 0,010$). Þannig mældist meðalfjöldi einkenna 1,3 af 4,0 í fyrirlögninni 2010 og hækkaði í 1,9 í fyrirlögninni 2013, lækkaði í 1,5 í fyrirlögninni 2015, en hækkaði aftur í 1,6 í síðustu fyrirlögninni. Fram komu marktæk megináhrif álags á vinnustað á breytingu á fjölda andlegra einkenna á rannsóknartímanum ($F(1, 96) = 5,67, p = 0,019$) sem gefur til kynna að andleg einkenni trufli í meira mæli líf starfsfólks á vinnustöðum með miklu álagi en á vinnustöðum

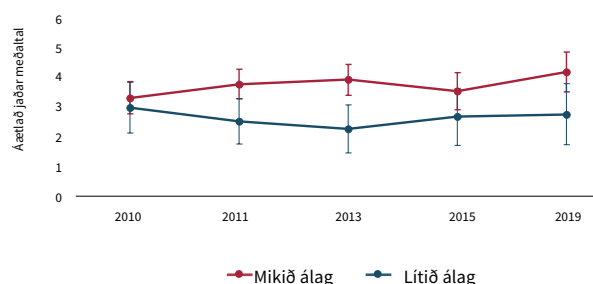
með litlu álagi (sjá mynd 1). Niðurstöðurnar sýna einnig (ekki sýnt á mynd) að hærri aldur hefur í för með sér fleiri andleg einkenni eftir því sem líður á rannsóknartímann ($F_{(1,8, 171,6)} = 5,02, p = 0,010$). Þá voru meiri breytingar á andlegum einkennum kvenna en karla á rannsóknartímanum ($F_{(1,8, 171,6)} = 3,65, p = 0,033$), sem bendir til þess að andleg heilsa hafi truflað meira daglegt líf kvenna en karla.

Ekki kom fram marktækur munur á fjölda líkamlegra einkenna umönnunarstarfsfólks á rannsóknartímanum, að teknu tilliti til annarra þátta í líkaninu ($F(2,3, 218,7) = 0,39, p = 0,703$) en meðalfjöldi líkamlegra einkenna mældist um 3,3 af 10,0 í öllum fyrirlögnum nema þeirri síðustu, en þá hækkaði meðaltalið í 3,6. Niðurstöðurnar sýna einnig að breyting á fjölda líkamlegra einkenna truflaði líf starfsfólks á vinnustöðum með litlu og miklu álagi svipað mikið ($F(1, 98) = 3,53, p = 0,063$), þó að meðalfjöldinn sé hærri á vinnustöðum með miklu álagi í öllum fyrirlögnunum (sjá mynd 2). Niðurstöðurnar sýna einnig (ekki sýnt á mynd) að kyn, aldur og uppsagnir á vinnustað höfðu ekki marktæk áhrif á fjölda líkamlegra einkenna sem truflaði líf starfsfólksins á rannsóknartímanum ($p > 0,05$).

Mynd 1. Breytingar á fjölda andlegra einkenna yfir tíma eftir því hvort starfsfólk í umönnunarstörfum upplifði álagið lítið eða mikið á vinnustaðnum að teknu tilliti til kyns, aldurs og uppsagna á vinnustað. Víkmörk miðast við 95% öryggismörk



Mynd 2. Breytingar á fjölda líkamlegra einkenna yfir tíma eftir því hvort starfsfólk í umönnunarstörfum upplifði álagið lítið eða mikið á vinnustaðnum að teknu tilliti til kyns, aldurs og uppsagna á vinnustað. Víkmörk miðast við 95% öryggismörk



UMRÆÐA

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða þróun andlegra og líkamlegra heilsufarseinkenna, vinnuálags og veikindafjarvasta starfsfólks í umönnunarstörfum á öldrunarstofnunum og sambýlum fyrir fatlaða og geðfatlaða hjá 12 íslenskum sveitarfélögum og á hvern hátt hún tengdist mögulega efnahagskreppunni 2008. Almenn má segja að niðurstöðurnar sýni að líðan starfsfólks í umönnunarstörfum hjá íslenskum sveitarfélögum hafi versnað í kjölfar efnahagskreppunnar 2008, þótt spurningarnar sýni ólíkar niðurstöður hvað það varðar. Versnunin var að mestu línuleg á milli árunna 2010 og 2019 þegar spurt var; „hefur þú leitað læknis vegna veikinda/heilsubreysts sem þú rekur til aðstæðna í vinnunni síðastliðna 12 mánuði?“ og jókst úr 13,9% árið 2010 í 33,3% árið 2019. Hvað viðkemur öðrum spurningum kom í ljós að versnunin jókst fram til ársins 2013 en ástandið fór svo aftur batnandi eftir það. Átti það til dæmis við um að hafa aldrei mætt veik(ur) til vinnu vegna álags og að meta andlega og líkamlega heilsu sína verri en áður. Ef marká má t.d. rannsóknir Marmot og Bell (2009) þá er það trúlega engin tilviljun að samkvæmt okkar gögnum þá jókst vinnutengt álag og líðanin versnaði í kjölfar efnahagsshrunsins á Íslandi 2008. Hins vegar batnaði líðanin á sama tíma og fjárhagsstaða sveitarfélaganna vænkaðist á ný eftir kreppuna (Hagstofa Íslands, e.d.a). Marmot og Bell (2009) eru meðal þeirra sem benda á að efnahagssamdráttur, ekki síst þegar hann á sér stað á heimsvísu, sé líklegur til að koma niður á heilsufari, ekki síður en efnahag fjölskyldna (Marmot og Bell, 2009).

Það að líðan starfsfólks hafi versnað samkvæmt okkar gögnum á mun frekar við um andlega heilsu en líkamlega og er það í takt við niðurstöður yfirlitsgreinar Parmar o.fl. (2016) um líðan í kjölfar efnahagskreppunnar 2008. Okkar gögn sýndu marktæka versnun fram til ársins 2013 á sjálfmetinni líðan starfsfólks hvað varðar kvíða, depurð, svefnerfiðleika og þungar áhyggjur en það dró úr versnuninni eftir það. Athygli vekur að í öllum þessum tilfellum var algengi þessara einkenna þó meira árið 2019 en það var árið 2010 þegar fyrsta mælingin var gerð, að kvíðanum undanskildum.

Á árunum 2010-2013 hafði talsverður samdráttur í fjármagni átt sér stað hjá sveitarfélögunum (Hagstofa Íslands, e.d.a) og reksturinn hafði að sama skapi orðið þyngri, án þess þó að lögbundnum verkefnum þeirra hefði fækkað. Það sama sjáum við nú gerast hjá sveitarfélögunum af völdum efnahagskreppunnar sem kórónuveirufaraldurinn hefur valdið (Samband íslenskra sveitarfélaga, 2020). Í kjölfar efnahagsshrunsins 2008 þurftu mörg sveitarfélög að grípa til sparnaðaraðgerða sem meðal annars fólu í sér fækkun starfsfólksins (Samband íslenskra sveitarfélaga, 2011). Slíkt hefur að jafnaði í för með sér aukið álag á starfsfólk sem heldur starfi sínu, sem gæti skýrt þá versnandi líðan sem þessi gögn sýna. Þegar fjárhagur sveitarfélaganna fór hins vegar batnandi á ný eftir efnahagsshrunið, þ.e. um og eftir árið 2015, þá sýna gögnin að það dró úr almennri aukningu á vanlíðan starfsfólks. Þótt við teljum eðlilegt að álykta að aukið álag, í kjölfar versnandi fjárhagsstöðu sveitarfélaganna, birtist á þennan hátt sem aukin vanlíðan meðal starfsfólksins, þá er mikilvægt að hafa hugfast að ekki er hægt að útiloka smitáhrif annarra þátta á líðan starfsfólksins en þeirra sem beinlínis hafa með fyrirkomulag vinnu að gera. Má þar til dæmis nefna

almennt ástand mála í þjóðfélaginu og einkalífi þátttakenda á þessum tíma af völdum bankahrunsins. Umönnunarstéttir sveitarfélaganna starfa jú ekki einungis í mikilli nálægð við skjólstæðingana, heldur oft og tíðum einnig við aðstandendur þeirra. Aukin streita og álag í þjóðfélaginu almennt getur því einnig komið fram í versnandi vinnutengdri líðan.

Þessi rannsókn fjallar um þróun líðanar starfsfólks sem sinnti umönnunarstörfum á öldrunarstofnunum og sambýlum fyrir fatlaða og geðfatlaða á vegum sveitarfélaganna í kjölfar efnahagsþrenginganna sem fylgdu bankahruninu 2008. Í rannsókninni er ekki gerður greinarmunur á því hvort viðkomandi þátttakandi var hjúkrunarfræðingur, sjúkraliði, ófaglærður eða faglærður starfsmaður, en allir þátttakendur unnu við að sinna sjúklingum sem eru íbúar á þessum stofnunum. Þar sem erfiðara reyndist að fá netföng ófaglærðs starfsfólks en faglærðs, er líklegt að hlutfall faglærðs starfsfólks í rannsókninni hafi vegið þungt.

Helsta framlag rannsóknarinnar er að hún sýnir að tilteknir heilsufarsþættir hjá starfsfólki í umönnunarstörfum þróuðust í neikvæða átt fyrstu árin eftir að efnahagskreppan 2008 skall á, einkum á þeim árum sem fjárhagslegur samdráttur var sem mestur hjá sveitarfélögunum. Mikilvægt er að horfa til og hagnýta þá þekkingu eins og kostur er nú þegar við stefnum í enn aðra efnahagskreppuna vegna COVID-19 faraldursins, sem meðal annars mun koma niður á fjárhag sveitarfélaga (Samband íslenskra sveitarfélaga, 2020). Styrkleiki rannsóknarinnar er að hún byggir á panel-gögnum, þar sem sömu einstaklingum er fylgt eftir í tíma, 2, 3, 5, 7 og 11 árum eftir bankahrunið 2008. Gagnabankar sem geta fylgt eftir einstaklingum eru fágætir, þar sem flestar spurningalistakannanir byggja á „punktstöðu“ þar sem svör hópa sem að nokkru leyti innihalda ólíka einstaklinga frá einni fyrirlögn til annarrar eru borin saman. Panel-gögnin gefa meiri áreiðanleika þegar lagt er mat á breytingar á líðan einstaklinga.

Styrkur panel-gagnanna hefur þó í för með sér þann veikleika að svörin sem unnið er með yfir tímabilið verða færri fyrir vikið. Einnig er vert að benda á að svörin byggja á sjálfmetinni heilsu og þar með á minni einstaklinganna um eigin veikindi, læknisheimsóknir og veikindafjarvistir sl. 12 mánuði, en ekki á skráðum heilsufarsgögnum. Algengt er að stuðst sé við sjálfmetin heilsufarsgögn við rannsóknir á heilsu og líðan fólks og þykja slík gögn almennt áreiðanleg í samanburði við aðrar rannsóknaraðferðir (Crossley og Kennedy, 2002; Forsberg, 2020). Þess má jafnframt geta að þegar Ferrie og félagar (2005) báru saman sjálfmetna heilsu við skráð gögn varðandi veikindafjarvistir þá kom í ljós að fólk fremur vanmat en ofmat eigin veikindafjarvistir. Eigi það við hér, þá er líklegt að það hafi átt við um öll árin sem voru til rannsóknar. Við höfðum því miður ekki sambærileg gögn sem safnað var fyrir efnahagsshrunið 2008 og engin opinber gögn eru til um veikindafjarvistir hjá þessum hópi fyrir það tímabil.

Þrátt fyrir styrkleika gagnanna gefa þau einungis tilefni til að draga ályktanir um orsakir þess að líðan umrædds starfsfólks í þessum umönnunarstörfum versnaði á ýmsan hátt í kjölfar bankahrunsins, einkum fram til ársins 2013. Í anda erlendra

rannsóknna (sjá t.d. Karanikolos og fl. 2016; Marmot og Bell, 2009; Odone og fl. 2018) lítum við hins vegar svo á að það sé ekki tilviljun að versnunin hafi haldist að nokkru leyti í hendur við þann fjárhagslega samdrátt sem átti sér stað hjá sveitarfélögum á árunum 2010-2013, heldur endurspegli það aukið álag og óvissu sem slíkt ástand skapar innan vinnustaðanna sem utan.

LOKAORÐ

Rannsóknin sýnir að veikindi og veikindafjarvistir hjá starfsfólki í umönnunarstörfum á öldrunarstofnunum og sambýlum fyrir fatlaða og geðfatlaða einstaklinga jukust í kjölfar efnahagskreppunnar 2008, einkum fyrstu árin eftir að kreppan reið yfir landið, þrátt fyrir að dregið hafi úr aukningunni eftir árið 2015, í takt við bætta fjárhagsstöðu sveitarfélaganna. Engu að síður var tíðni þessara þátta hærri í 10 af 14 heilsufarsþáttum sem spurt var um árið 2019, 11 árum eftir bankahrunið, en árið 2010 þegar fyrstu mælingar hófust. Þetta er áhyggjuefni, því um það leyti sem heilsufarsástandið er farið að batna á ný, samkvæmt gögnunum, þá stöndum við mögulega frammi fyrir enn dýpri kreppu en þeirri sem fylgdi í kjölfar efnahagshrunsins 2008, nú vegna COVID-19 heimsfaraldursins. Það er því full ástæða til að brýna hjúkrunarfræðinga og önnur þau sem fást við hjúkrun og starfsmannaheilsuvernd; heilbrigðisstarfsfólk, stjórnendur og aðra sem bera ábyrgð á framkvæmd hjúkrunar að vera mjög vel vakandi gagnvart vinnutengdri líðan starfsfólks vegna þeirra neikvæðu áhrifa sem efnahagskreppan af völdum COVID-19 faraldursins getur haft, samkvæmt þessum niðurstöðum. Vinnutengd vellíðan er ein forsenda þess að starfsfólk geti sinnt hjúkrun svo vel sé. Í því samhengi er mikilvægt að skipuleggja eflingu frum- og síðforvarna til að vinna gegn áhrifum kreppunnar á heilsu starfsfólks, ekki einungis næstu misserin heldur einnig þegar horft er til lengri tíma. Þótt rannsóknin hafi verið framkvæmd meðal þeirra sem sinna umönnun íbúa á öldrunarstofnunum og sambýlum fyrir fatlaða og geðfatlaða hjá sveitarfélögum, lítum við svo á að niðurstöðurnar megi heimfæra á starfsfólk sem sinnir hjúkrun á sambærilegum stofnunum utan sveitarfélaganna og jafnvel heilbrigðisstofnunum, þar sem ekki er alltaf um eðlisólik störf að ræða.

ENGLISH SUMMARY

Sickness and sickness absence among care workers in 12 Icelandic municipalities

– What can we learn from the 2008 crisis?

Rafnsdóttir, G.L., and Sigursteinsdóttir, H.

Aim

The development of workload, sickness absence and of mental and physical health symptoms among care workers in 12 Icelandic municipalities during 2010-2019 is studied and possible connections to the economic crisis of 2008. The study also aims to learn from the 2008 crisis for the one we now face due to COVID-19 pandemic.

Method

We use long-term panel data in which the same individuals were followed in the years 2010, 2011, 2013, 2015 and 2019. The analysis is based on answers of 108 employees who responded to all questionnaires. Of these, 84.3% were women and 15.7% were men, which well reflects the gender division in the municipalities' care work. Significance was measured by the Cochran's Q test for repeat measurements, the Pearson chi-square test and an Anova for repeated measurements.

Results

Care worker's self-assessed wellbeing measured as mental and physical symptoms, sick leave, doctor visits and attendance at work due to workload, deteriorated following the economic collapse of 2008. Significantly more employees reported coming sick to work due to workload in the later submissions of the questionnaire than in the early

submissions. More people experienced mental and physical health deterioration, and there was a link between high workload and poorer mental health. Same pattern was observed in women and men. There were significant changes for the worse for 8 of the 14 symptoms examined.

Conclusion

The crisis we are facing due to COVID-19 pandemic is likely to have a negative impact on the well-being of certain groups of employees a few years after we have tackled the pandemic. Therefore, it is important to urge those responsible for nursing and occupational health to be vigilant about the work-related well-being of staff because of the impact that the economic crisis caused by COVID-19 pandemic may have.

Keywords

Economic crisis, nursing, self-assessed health, sick leave, workload.

Correspondent:

glr@hi.is

HEIMILDIR

- Archibald, W. P. (2009). Globalization, downsizing and insecurity; do we need to upgrade Marx's theory of alienation? *Critical Sociology*, 35(3), 319-342. doi:10.1177/0896920508101501
- Carter, B., Danford, A., Howcroft, D., Richardson, H., Smith, A. og Taylor, P. (2013). Stressed out of my box: employee experience of lean working and occupational ill-health in clerical work in the UK public sector. *Work, Employment and Society*, 27(5), 747-767. doi:10.1177/0950017012469064
- Crossley T.F. og Kennedy S. (2002) The reliability of self-assessed health status. *Journal of Health Economics* 21(4), 643-658.
- Frumvarp til fjárlaga fyrir árið 2022. Sótt á: <https://www.stjornarradid.is/library/01--Frettatengt---myndir-og-skrar/FJR/Fj%20a1rlagafrumvarp%20fyrir%20%20%20a1ri%20%202022.pdf>
- Ferrie, J., Kivimaki, M., Head, J., Shipley, M., Vahtera, J. og Marmot, M. (2005). A comparison of self-reported sickness absence with absence recorded in employers' registers: evidence from the Whitehall II study. *Occupational & Environmental Medicine*, 62(2), 74-79. doi:10.1136/oem.2004.013896
- Forsberg, A. (2020). Associations between ASA classification, self-estimated physical health, psychological wellbeing and anxiety among Swedish orthopaedic patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 39, 100769. doi:10.1016/j.ijotn.2020.100769
- Gandolfi, F. (2008). Reflecting on downsizing: What have managers learned? *Advanced Management Journal*, 73(2), 46-55.
- Greenhalgh, L. og Rosenblatt, Z. (2010). Evolution of research on job insecurity. *International Studies of Management & Organization*, 40(1), 6-19. doi:10.2753/IMO0020-8825400101
- Guðbjörg Linda Rafnsdóttir og Hjördis Sigursteinsdóttir (2019). Líðan leikskólakennara og leiðbeinenda í leikskólum í kjölfar efnahagshrunsins. *Netla. Vef tímarit um uppeldi og menntun*. Menntavísindasvið Háskóla Íslands. Birt sem netútgáfa 18. nóvember 2019 http://netla.hi.is/serrit/2019/menntun_barna_leik_grunn/06.pdf
- Hagstofa Íslands (2021) Vinnurmarkaðurinn í október 2021 Sótt á: <https://hagstofa.is/utgafur/frettasafn/vinnumarkadur/vinnumarkadurinn-i-oktober-2021/>
- Hagstofa Íslands (e.d.a). Fjármál sveitarfélaga 1998-2020. Sótt á: https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Efnahagur/Efnahagur__fjaropinber__fjarmal_sveitarf/?rid=fb3e6c77-891d-45dd-b89e-e78d77e00d5a
- Hagstofa Íslands (e.d.b). Vinnuafli, starfandi, atvinnulaustir og vinnustundir – Árstiðaleiðrétt – mánaðartölur 2003-2021. Sótt á: https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Samfelag/Samfelag__vinnumarkadur__vinnumarkadsrannsokn__1_manadartolur/VIN00002.px/table/tableViewLayout1/?rid=cf2a2cc5-4f57-4352-90e2-bc467c554300
- Karanikolos M., Heino P., McKee M., Stuckler D., og Legido-Quigley H. (2016). Effects of the global financial crisis on health in high-income oecd countries: a narrative review. *International Journal of Health Service* 46 (2), 208-240. doi:10.1177/0020731416637160
- Lindström K., Elo A.-L., Skogstad A., Dallner M., Gamberale F., Hottinen V. et al., (2000). *General Nordic Questionnaire for Psycho-social and Social Factors at Work*, Nordic Council of Ministers, Copenhagen.
- Lýðheilsustöð, e.d. Könnun á heilsu og líðan Íslendinga árið 2009. Sótt á: <https://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item15501/HL2009%20spurningalisti.pdf>
- Marmot, M. G. og Bell, R. (2009). How will the financial crisis affect health? *BMJ*, 338. doi:10.1136/bmj.b1314
- Odono A., Landriscina T, Amerio A, og Costa G. (2018). The impact of the current economic crisis on mental health in Italy: evidence from two representativenational surveys. *European Journal of Public Health* 28 (3), 490-497. doi:10.1093/eurpub/ckx220
- Parmar, D., Stavropoulou C., og Ioannidis J. (2016). Health outcomes during the 2008 financial crisis in Europe: systematic literature review. *BMJ*. 2016;354:i4588. doi:10.1136/bmj
- Samband íslenskra sveitarfélaga (2011). *Hagræðingaraðgerðir sveitarfélaga: Fjárhagsáætlanir fyrir árið 2011*. Reykjavík: Höfundur
- Samband íslenskra sveitarfélaga (2020). Áhrif COVID á sveitarfélög og ríki. Sótt á: <https://www.samband.is/frettir/ahrif-covid-a-sveitarfelog-og-riki/>
- Sigursteinsdóttir, H. og Rafnsdóttir, G. L. (2015). Sickness and sickness absence of remaining employees in a time of economic crisis. A study among employees of municipalities in Iceland. *Social Science & Medicine*, 132, 95-102. doi:10.1016/j.socscimed.2015.03.023
- Sigursteinsdóttir, H., Rafnsdóttir, G. L. og Einarisdóttir, Th. (2020a). Threats and physical violence in female-dominated workplaces in times of an economic crisis. *International Journal of Workplace Health Management*, 13, 377-391. doi:10.1108/IJWHM-01-2019-0009
- Sigursteinsdóttir, H., Rafnsdóttir, G.L. og Jónsdóttir, G. (2020b). Bullying and Harassment in downsized workplaces. What can we learn from the economic collapse in Iceland in 2008? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 7180. doi:10.3390/ijerph17197180
- Snorraddóttir, Á., Vilhjálmsson, R., Rafnsdóttir, G. L. og Tómasson, K. (2013). Financial crisis and collapsed banks: psychological distress and work related factors among surviving employees-A nation-wide study. *American Journal of Industrial Medicine*, 56(9), 1095-1106. doi:10.1002/ajim.22210
- Snorraddóttir, Á., Tómasson, K., Vilhjálmsson, R. og Rafnsdóttir, G. L. (2015). The Health and Well-being of Bankers Following Downsizing - Comparison of Stayers and Leavers. *Work, Employment and Society*, 29(5), 738-756. doi:10.1177/0950017014563106
- Vinnumálastofnun (2021). Vinnurmarkaðurinn á Íslandi. Yfirlit, horfur og þjónusta Vinnumálastofnunar. Júní 2021. Sótt á: <https://www.vinnumalastofnun.is/media/3148/juni-2021-skysla.pdf>
- Voss, M., Stark, S., Alfredsson, L., Vingård, E. og Josephson, M. (2008). Comparisons of self-reported and register data on sickness absence among public employees in Sweden. *Occupational Environmental Medicine*, 65(1), 61-67. doi:10.1136/oem.2006.031427
- Östhus, S. og Mastekaasa, A. (2010). The impact of downsizing on remaining workers' sickness absence. *Social Science & Medicine*, 71(8), 1455-1462. doi:10.1016/j.socscimed.2010.06.045

Viðhorf til faglegrar samvinnu í svæfingapjónustu á Íslandi

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Hagkvæmni og árangur skipta miklu máli í heilbrigðisþjónustu. Skýr verksvið og góð samvinna heilbrigðisstarfsmanna getur haft góð áhrif á hvort tveggja, bætt starfsumhverfi og dregið úr starfsmannaveltu. Erlendar rannsóknir benda til þess að hjúkrunarfræðingar hafi önnur og jákvæðari viðhorf til faglegrar samvinnu en læknar og stundum er ágreiningur milli fagstéttanna um hlutverk. Markmið rannsóknarinnar var að greina þau viðhorf sem ríkja til faglegrar samvinnu, hlutverka og ábyrgðar meðal svæfingalækna og svæfingahjúkrunarfræðinga á Íslandi.

Aðferð

Lýsandi samanburðarrannsókn. Í mars 2020 var send rafræn könnun til allra meðlima í Fagdeild svæfingahjúkrunarfræðinga (N = 115) og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélagi Íslands (N = 53). Til að mæla viðhorf til faglegrar samvinnu lækna og hjúkrunarfræðinga var notast við Jefferson-mælitækið (heildarstig 15-60, fleiri stig benda til jákvæðara viðhorfs). Einnig var spurt um hlutverk og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga. Notuð var lýsandi tölfraði og meðaltöl hópanna borin saman með t-prófi.

Niðurstöður

Svarhlutfall var 56,0% (n = 94). Viðhorf svæfingahjúkrunarfræðinga til samvinnu ($M = 53,5 \pm 3,1$) voru jákvæðari en viðhorf svæfingalækna ($M = 47,6 \pm 5,6$) ($p < 0,001$). Tæplega helmingi þátttakenda fannst hlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga á Íslandi ekki vel skilgreint og skýrt og 72,3% svæfingalækna voru sammála um að meginhlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga væri að framfylgja fyrirmælum svæfingalækna. Hlutfall svæfingalækna sem taldi að læknar ættu að hafa ráðandi vald í öllum heilbrigðismálum var tífalt hærra en hlutfall svæfingahjúkrunarfræðinga sem voru þessarar skoðunar.

Ályktun

Viðhorf til samvinnu í svæfingapjónustu á Íslandi eru jákvæð. Viðhorf lækna til ráðandi valds og óljóst hlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga er þó áhyggjuefni. Þörf er á að móta ábyrgðar- og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga út frá hæfniviðmiðum, til að bæta gæði heilbrigðisþjónustu og auka starfsánægju.

Lykilorð:

Svæfingahjúkrunarfræðingur; svæfingalæknir; samvinna; viðhorf; Jefferson mælitækið.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Viðhorf sem ríkja til samvinnu meðal svæfingahjúkrunarfræðinga og svæfingalækna á Íslandi hafa ekki verið rannsökuð áður.

Hagnýting: Aukin þekking á viðhorfum til faglegrar samvinnu í svæfingapjónustu og hvernig fagaðilar upplifa hlutverk og ábyrgðarskiptingu, getur nýst til að styrkja enn frekar góða samvinna fagstéttanna og við að skilgreina starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga út frá hæfniviðmiðum og gæðastöðlum.

Þekking: Rannsóknin eykur þekkingu á þeim viðhorfum sem ríkja til samvinnu, hlutverka og ábyrgðar í svæfingapjónustu á Íslandi.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Niðurstöður rannsóknarinnar geta hvatt til umræðu um ábyrgðar- og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga, eftt enn frekar sterka fagstétt og góða teymisvinnu á skurðstofum og þannig dregið úr hlutverkatogstreitu í daglegum störfum í svæfingapjónustu.



Höfundar

ARNA RUT GUNNARSDÓTTIR

svæfingahjúkrunarfræðingur
Hjúkrunarfræðideild Háskólans
á Akureyri

BJÖRN GUNNARSSON

dósent
Heilbrigðisvísindastofnun Háskólans
á Akureyri og Sjúkrahús Akureyrar

MARGRÉT HRÖNN SVAVARSDÓTTIR

dósent
Hjúkrunarfræðideild Háskólans
á Akureyri

Viðhorf til faglegrar samvinnu í svæfingapjónustu á Íslandi

INNANGANGUR

Heilbrigðiskerfið verður sífellt flóknara og kröfur háværi um hagkvæmni og gæði þjónustunnar. Takmarkaður mannauður er ein mesta ógn heilbrigðiskerfisins þar sem víða er viðvarandi skortur á heilbrigðisstarfsfólki (World Health Organization, 2016). Samvinna og samskipti heilbrigðisstarfsmanna eru mjög mikilvæg þegar horft er til betri nýtingar mannauðs því góð samvinna eykur meðal annars starfsánægju og dregur úr starfsmannaveltu (Zhang o.fl., 2016). Rannsóknir hafa einnig sýnt að góð samvinna lækna og hjúkrunarfræðinga getur haft jákvæð áhrif á öryggi, batahorfur og upplifun skjólstæðinga (Ma o.fl., 2018; Martin o.fl., 2010). Kostir teymisvinnu í svæfingapjónustu hafa verið þekktir svo áratugum skiptir (Abenstein og Warner, 1996), en hún er mikilvæg fyrir frammistöðu svæfingateymis og öryggi skjólstæðinga (Wacker og Kolbe, 2014) og hafa rannsóknir bent til þess að hún hafi jákvæð áhrif á klíniska færni heilbrigðisstarfsfólks og afdrif skjólstæðinga (Schmutz og Manser, 2013).

Rannsóknir hafa sýnt að viðhorf hjúkrunarfræðinga til faglegrar samvinnu við lækna eru oft jákvæðari en viðhorf lækna til faglegrar samvinnu við hjúkrunarfræðinga (House og Havens, 2017; Malliarou o.fl., 2020). Rannsóknir á viðhorfum til samvinnu í svæfingateymum benda einnig til þessa (Jones og Fitzpatrick, 2009; Taylor, 2009; Vetter o.fl., 2019). Samskipti, virðing, traust og ólík valdsvið eru þættir sem gjarnan hafa áhrif á þessi viðhorf (House og Havens, 2017; Tang o.fl., 2013), en hins vegar virðast lífaldur, starfsaldur (Hansson o.fl., 2010) eða kyn sjaldan vera áhrifaþættir (Hansson o.fl., 2010; Hojat o.fl., 2001; Taylor, 2009). Undantekning frá þessu er rannsókn Taylor (2009), en þar reyndist fylgni milli lengri starfsaldurs svæfingalækna og jákvæðra viðhorfa til samvinnu. Þessu var öfugt farið hjá svæfingahjúkrunarfræðingum, sem auk þess reyndust hafa neikvæðari viðhorf til samvinnu eftir því sem þeir unnu meira með svæfingalæknum. Í annarri rannsókn kom fram hjá svæfingahjúkrunarfræðingum að skortur á færni í mannlegum samskiptum og virðingu í þeirra garð væri það sem helst kæmi í veg fyrir árangursríka samvinna fagstéttanna (Jones og Fitzpatrick, 2009).

Menntun og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga er mismunandi eftir löndum (Drennan og Ross, 2019; McAuliffe og Henry, 1998), en starfssviðið er gjarnan viðameira í löndum þar sem skortur er á svæfingalæknum (Herion o.fl., 2019; Thatcher, 1953) og virðist þannig aðlagð að þörfum á hverjum stað. Víða er starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga þó ekki í samræmi við þá hæfni sem þeir búa yfir (Greenwood og Biddle, 2015), en þegar starfssviðið endurspeglar hana betur virðist starfsánægja vera meiri (Wands, 2018). Skortur á skýrum starfssviðum er meðal þess sem helst er talið ógna árangursríki samvinnu lækna og hjúkrunarfræðinga (Aagaard o.fl., 2017). Svæfingahjúkrunarfræðingar og svæfingalæknar eru þar engin undantekning og geta óljós starfssvið þeirra leitt til hlutverkatogstreitu (Jameson, 2003).

Á Norðurlöndum felur menntun svæfingahjúkrunarfræðinga í sér viðbótar diplóma- eða meistaranám (Jeon o.fl., 2015) sem er viðurkennt af Alþjóðasamtökum svæfingahjúkrunarfræðinga og hefur menntun svæfingahjúkrunarfræðinga á Íslandi hlotið hæstu vottun samtakanna (International Federation of Nurse Anesthetists, 2022). Starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga er að mörgu leyti svipað á öllum Norðurlöndunum, en þó má finna dæmi um mun á milli landa. Til dæmis er í gæðastaðli svæfinga í Noregi gert ráð fyrir að svæfingahjúkrunarfræðingar hafi hæfni til að sjá sjálfstætt um svæfingar á ASA-

svæfingaáhættuflokki I og II en svæfingalæknir er þó alltaf tiltækur ef á þarf að halda (Norsk anesthesiologisk forening, 2016). Gæðastaðlar í Svíþjóð eru að mörgu leyti sambærilegir, en sjálfstæði svæfingahjúkrunarfræðinga jafnvel enn meira en í Noregi (Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård, 2008). Á Íslandi er hins vegar nánast alltaf svæfingalæknir hjá sjúklingi við innleiðslu svæfingar og þegar hann er vakinn. Starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga virðist því að einhverju marki þrengra hér á landi en í nágrannalöndunum. Gæðastaðlar, hæfniviðmið eða ítarlegar starfslýsingar eru ekki til fyrir svæfingahjúkrunarfræðinga á Íslandi.

Í þeim tilgangi að styrkja stöðu svæfingahjúkrunar og efla svæfingajónustu á Íslandi var markmið rannsóknarinnar að greina þau viðhorf sem ríkja til faglegrar samvinnu, hlutverka og ábyrgðar hjá svæfingalæknum og svæfingahjúkrunarfræðingum á Íslandi.

AÐFERÐ

Rannsóknin var lýsandi samanburðarrannsókn á viðhorfum tveggja fagstétta. Þýði hennar voru meðlimir í fagfélagi svæfingahjúkrunarfræðinga innan Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (N = 115) og Svæfinga- og gjörgæslulæknafélagi Íslands (N = 53) í janúar 2020. Rannsóknin var kynnt fyrir stjórnnum félaganna, sem afhentu netfangalista meðlima sinna. Gögnum var safnað í mars og apríl 2020 og sá Rannsóknarmiðstöð Háskólans á Akureyri um þann þátt rannsóknarinnar. Þátttakendum var sendur tölvupóstur með kynningarbréfi og vefslóð á vefkönnun (www.sogosurvey.com) ásamt boði um þátttöku í rannsókninni. Sendir voru þrír áminningartölvupóstar á tímabilinu. Þátttakendum var gerð grein fyrir því að þeim bæri ekki skylda til að svara spurningalistanum. Þeim væri frjálst að hætta svörun án útskýringa á öllum stigum og að svörun spurningalistans teldist ígildi upplýsts samþykkis. Niðurstöður voru afhentar rannsakendum á ópersónugreinanlegu formi. Ekki reyndist þörf á leyfi frá Vísindasiðanefnd eða Persónuvernd vegna framkvæmdar rannsóknarinnar.

Mælitæki

Jefferson-mælitækið um viðhorf til samvinnu lækna og hjúkrunarfræðinga (e. Jefferson Scale of Attitudes Toward Physician – Nurse Collaboration) var notað. Heildarspurningalistinn innihélt að auki eina fullyrðingu þar sem þátttakendur voru beðnir um að taka afstöðu til fullyrðingarinnar: „Hlutverk og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga er vel skilgreint og skýrt“.

Jefferson-mælitækið var upphaflega hannað til að meta viðhorf til hjúkrunarfræðinga og starfa þeirra (Hojat og Herman, 1985). Byggt á kenningum um árangursríka samvinnu var það síðar þróað til að meta viðhorf lækna og hjúkrunarfræðinga til samvinnu (Hojat o.fl., 1999). Það hefur verið notað í rannsóknum víða um heim undanfarna tvo áratugi, þýtt á átta tungumál og aðlagð að ýmsum heilbrigðisstéttum (Jones o.fl., 2013; Park o.fl., 2014; Ward o.fl., 2008). Fyrri rannsóknir hafa mælt innri áreiðanleika mælitækisins með alfastuðli (e. Chronbach's alpha) og

fengið niðurstöður á bilinu 0,70 til 0,93. Þetta bendir til þess að innra samræmi og áreiðanleiki mælitækisins sé að minnsta kosti í meðallagi og að næmni til að mæla mun á viðhorfum lækna og hjúkrunarfræðinga til faglegrar samvinnu sé til staðar (Dougherty og Larson, 2005; House og Havens, 2017; Jones o.fl., 2013; Ward o.fl., 2008). Mælitækið samanstendur af 15 fullyrðingum sem þátttakandi tekur afstöðu til á fjögurra stiga Likert kvarða (1 = mjög ósammála, 2 = frekar ósammála, 3 = frekar sammála, 4 = mjög sammála). Mögulegur heildarfjöldi stiga er á bilinu 15-60 og benda fleiri heildarstig til jákvæðara viðhorfs til samvinnu. Höfundar mælitækisins notuðu sambland af huglægu og hlutlægu mati til þess að ákvarða hvaða fullyrðingar teldust til jákvæðra eða neikvæðra viðhorfa. Fullyrðingarnar skiptast niður í fjögur meginþemu; *sameiginleg menntun og samskipti í starfi* (sjö fullyrðingar), sem metur viðhorf til sameiginlegrar menntunar og þjálfunar í samvinnu og teymisvinnu; *umönnun eða lækning* (þrjár fullyrðingar), sem metur viðhorf til þess að svæfingahjúkrunarfræðingar sinni sálrænum þörfum sjúklinga og sjúklingafræðslu; *sjálfstæði svæfingahjúkrunarfræðings* (þrjár fullyrðingar), sem metur viðhorf til þess að svæfingahjúkrunarfræðingar taki þátt í ákvörðunum varðandi meðferð skjólstæðinga og stefnumótun í heilbrigðisþjónustu; og að síðustu *vald læknis* (tvær fullyrðingar), sem metur viðhorf til þess að læknar eigi að fara með ráðandi vald í heilbrigðisþjónustu. Þar sem báðar fullyrðingar þessa síðasta þema eru neikvætt orðaðar gagnvart samvinnu, þ.e. „mjög sammála“ bendir til mjög neikvæðs viðhorfs, er stigagjöf fyrir þær snúið við til að gæta samræmis, samkvæmt leiðbeiningum höfunda mælitækisins. Því benda fleiri stig til jákvæðara viðhorfs til samvinnu og höfnunar á því að læknar eigi að fara með ráðandi vald (Hojat o.fl., 1999).

Leyfi var fengið frá höfundi mælitækis til þýðingar þess yfir á íslensku og aðlögunar að þýði rannsóknarinnar. Til að byrja með þýddu þrír heilbrigðisstarfsmenn mælitækið úr ensku yfir á íslensku, hver í sínu lagi. Rannsakendur fóru svo yfir þýðingarnar og komu sér saman um eina útgáfu. Mælitækið var aðlagð að notkun í svæfingajónustu á sama hátt og í fyrri sambærilegum rannsóknum (Jones og Fitzpatrick, 2009; Taylor, 2009) og var orðið „svæfingahjúkrunarfræðingur“ notað í stað „hjúkrunarfræðingur“ og orðið „svæfingalæknir“ í stað „læknir“ þar sem við átti. Einnig var fullyrðing varðandi ákvörðun um útskrift af sjúkrahúsi aðlöguð og vísað til útskriftar af vöknunardeild.

Til að viðhalda áreiðanleika og réttmæti mælitækisins var notast við vitræna viðtalstækni (Beatty og Willis, 2007). Næsta skref í þýðingarferlinu var því að leggja mælitækið fyrir aðra þrjá heilbrigðisstarfsmenn og voru tekin viðtöl við þá í kjölfarið til að meta skilning þeirra á fullyrðingunum. Ábendingar sem komu fram í viðtölunum voru yfirfarnar af rannsakendum og smávægilegar breytingar gerðar á orðalagi. Í samráði við eiganda mælitækisins var lokaútgáfan borin saman við upprunalegu útgáfu mælitækisins af fjórum heilbrigðisstarfsmönnum og einum fræðimanni með reynslu af þýðingu mælitækja. Ein lagfæring á orðalagi var gerð og íslenska þýðingin samþykkt af þeim í kjölfarið.

Greining gagna

Við tölfræðiúrvinnslu voru notuð forritin Excel og RStudio, útgáfa 1.3.959. Gögn voru sett fram sem fjöldi, hlutföll,

meðaltöl og staðalfrávik. Flokkabreytur voru bornar saman með Fishers-prófi. Niðurstöður mælitækisins voru dregnar saman sem meðaltöl fyrir hvorn hóp fyrir sig og einstakar spurningar, þemu og heildarstig borin saman með ópöruðu Welch t-prófi, sem tekur tillit til ólíkrar stærðar hópa. Við frekari samanburð á svörum voru þeir sem svöruðu frekar ósammála eða mjög ósammála sagðir ósammála fullyrðingu, en þeir sem svöruðu frekar sammála eða mjög sammála sagðir sammála fullyrðingu. Innri áreiðanleiki íslensku þýðingarinnar var metinn með alfastuðli og reyndist hann vera 0,75. Marktækni var skilgreind sem $p < 0,05$.

NIÐURSTÖÐUR

Svarhlutfall var 56,0% (n = 94). Fullnægjandi svörun á Jefferson-mælitækið fékkst frá 86 þátttakendum. Áttatíu

þátttakendur tilgreindu starfsgrein og voru 76,2% þeirra svæfingahjúkrunarfræðingar og 23,8% svæfingalæknar. Mikill meirihluti svæfingahjúkrunarfræðinga voru konur en meirihluti svæfingalækna karlar ($p < 0,001$). Meðalaldur svæfingahjúkrunarfræðinga var þremur árum lægri en meðalaldur svæfingalækna ($p = 0,367$) og starfsaldur var rúmlega átta árum lægri ($p = 0,016$). Frekari lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur má sjá í töflu 1.

Í töflu 2 sést að meðaltal heildarstiga svæfingahjúkrunarfræðinga er hærra ($M = 53,5 \pm 3,1$) en meðaltal heildarstiga svæfingalækna ($M = 47,6 \pm 5,6$) ($p < 0,001$). Samkvæmt Jefferson-mælitækinu teljast því viðhorf til faglegrar samvinnu þessara starfstétta jákvæðari í hópi svæfingahjúkrunarfræðinga en í hópi svæfingalækna. Meðal stigafjöldi fyrrnefnda hópsins var einnig marktækt hærri í öllum fjórum þemum mælitækisins. Heildarstig þátttakenda sem ekki gáfu upp starfsgrein voru að meðaltali $51,5 \pm 3,7$ og skáru þeir sig ekki frá þeim sem tilgreindu starfsgrein ($p = 0,524$). Í töflu 3 er gerð grein fyrir meðal stigafjölda fyrir hverju fullyrðingu fyrir sig og sýnd p -gildi fyrir mun milli starfsstétta.

Tafla 1. Bakgrunnur þátttakenda

	Svæfingahjúkrunarfræðingar n = 61 (%)	Svæfingalæknar n = 19 (%)	p-gildi
Kyn			
Karl	6,6	79,0	< 0,001
Kona	91,8	21,0	
Svaraði ekki	1,6	0,0	
Starfsaldur			
≤ 10 ár	44,3	5,3	0,002
11-20 ár	27,9	36,8	
> 20 ár	22,9	52,6	
Svaraði ekki	4,9	5,3	
Menntunarstig			
Bakkalárgráða	77,0	10,5	< 0,001
Meistaragráða	16,4	26,3	
Doktorsgráða	0,0	21,1	
Svaraði ekki	6,6	42,1	
Starfshlutfall			
Ekki starfandi	11,5	0,0	< 0,001
< 50%	8,2	10,5	
51-80%	50,8	0,0	
81-100%	24,6	89,5	
Svaraði ekki	4,9	0,0	

Tafla 2. Meðalstigafjöldi hópanna í hverju þema mælitækisins og heildarstigafjöldi

	Svæfingahjúkrunarfræðingar M ± sf	Svæfingalæknar M ± sf	p-gildi
Sameiginleg menntun og samskipti í starfi	24,5 ± 2,1	22,7 ± 3,1	0,007
Umönnun eða lækning	11,0 ± 0,9	9,6 ± 1,3	< 0,001
Sjálfstæði hjúkrunarfræðings	11,4 ± 0,8	10,8 ± 1,1	0,013
Vald lækni*	6,6 ± 1,2	4,4 ± 1,2	< 0,001
Heildarstig	53,5 ± 3,1	47,6 ± 5,6	< 0,001

Fleiri stig benda til jákvæðara viðhorfs til faglegrar samvinnu.
*Stigagjöf er snúið við í þessum fullyrðingum og benda því fleiri stig til jákvæðara viðhorfs til samvinnu og höfnunar á því að læknar eigi að fara með ráðandi vald.

Tafla 3. Meðalstigafjöldi hópanna fyrir hverja fullyrðingu mælitækisins

	Svæfingahjúkrunarfræðingar n = 61 M ± sf	Svæfingalæknar n = 19 M ± sf	p-gildi
Sameiginleg menntun og samskipti í starfi			
Líta ætti á svæfingahjúkrunarfræðing sem samstarfsmann svæfingalæknis frekar en aðstoðarmann.	4,0 ± 0,1	3,6 ± 0,7	0,038
Þjálfun í teymisvinnu ætti að vera hluti af námi svæfingalækna og svæfingahjúkrunarfræðinga til að þeir fái betri skilning á hlutverkum hvers annars.	4,0 ± 0,3	3,7 ± 0,6	0,165
Ábyrgð svæfingalækna og svæfingahjúkrunarfræðinga skarast á mörgum sviðum.	3,5 ± 0,7	3,3 ± 0,7	0,431
Svæfingalæknar og svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að koma að ákvörðunum varðandi útskrift sjúklinga af vöknunardeild.	2,8 ± 0,8	3,0 ± 0,9	0,343
Svæfingahjúkrunarfræðingar ættu einnig að bera ábyrgð á að meta áhrif læknismeðferðar.	3,1 ± 0,9	2,6 ± 0,9	0,036
Svæfingalæknar ættu að fá fræðslu um leiðir til að koma á árangursríkri samvinnu við svæfingahjúkrunarfræðinga.	3,6 ± 0,70	3,1 ± 0,6	0,008
Faglegt samband svæfingalækna og svæfingahjúkrunarfræðinga ætti að vera hluti af námi beggja starfsstétta.	3,7 ± 0,6	3,3 ± 0,8	0,068
Umönnun eða lækning			
Svæfingahjúkrunarfræðingar eru færir um að meta og bregðast við sálrænum þörfum sjúklinga.	4,0 ± 0,3	3,4 ± 0,5	< 0,001
Svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að taka þátt í stefnumótun sem varðar starfsaðstæður þeirra.	4,0 ± 0,2	3,6 ± 0,6	0,013
Svæfingahjúkrunarfræðingar hafa sérþekkingu á sjúklingafræðslu og sálrænni ráðgjöf.	3,0 ± 0,7	2,7 ± 0,7	0,008
Sjálfstæði svæfingahjúkrunarfræðings			
Svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að bera ábyrgð (gagnvart sjúklingi) á þeirri hjúkrunarmeðferð sem þeir veita.	3,92 ± 0,3	3,7 ± 0,5	0,055
Svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að taka þátt í stefnumótandi ákvörðunum er varðar þá stoðþjónustu sem þeir treysta á, í starfi sínu.	3,65 ± 0,6	3,4 ± 0,6	0,119
Svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að ganga úr skugga um að fyrirmæli svæfingalæknis séu rétt, ef þeir telja að framkvæmd þeirra gæti skaðað sjúkling.	3,87 ± 0,3	3,7 ± 0,5	0,261
Vald læknis			
Læknar ættu að hafa ráðandi vald í öllum heilbrigðismálum.*	3,51 ± 0,6	2,2 ± 0,9	< 0,001
Meginhlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga er að framfylgja fyrirmælum svæfingalækna.*	3,04 ± 0,8	2,2 ± 0,7	< 0,001

*Stigagjöf er snúið við í þessum fullyrðingum og benda því fleiri stig til jákvæðara viðhorfs til samvinnu og höfnunar á því að læknar eigi að fara með ráðandi vald.

Sameiginleg menntun og samskipti í starfi

Nærri helmingur heildarstiga var í þessu þema sem inniheldur sjö fullyrðingar. Í töflu 3 sést að viðhorf svæfingahjúkrunarfræðinga til fjögurra spurninga voru marktækt jákvæðari en viðhorf svæfingalækna. Allir í hópi svæfingahjúkrunarfræðinga og 89,5% svæfingalækna voru sammála um að líta ætti á svæfingahjúkrunarfræðinga sem samstarfsmenn svæfingalækna frekar en aðstoðarmenn. Þátttakendur voru nær allir (97,7%) sammála um að þjálfun í teymisvinnu ætti að vera hluti af námi þeirra til að þeir fái aukinn skilning á hlutverkum hvers annars. Flestir þátttakendur (89,8%) voru sammála um að ábyrgð þessara starfsstétta skarist á mörgum sviðum. Nokkuð lægra hlutfall svæfingahjúkrunarfræðinga (58,4%) en svæfingalækna (68,4%) var sammála um að svæfingalæknar og svæfinga-hjúkrunarfræðingar ættu að koma að ákvörðunum varðandi útskrift sjúklinga af vöknunardeild. Um 38,9% svæfingalækna og 22,4% svæfingahjúkrunarfræðinga voru ósammála um að svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að bera

ábyrgð á að meta áhrif læknismeðferðar. Stór hluti (90,2%) þátttakenda var sammála um að svæfingalæknar ættu að fá fræðslu um leiðir til að koma á árangursríkri samvinnu við svæfingahjúkrunarfræðinga. Álíka hátt hlutfall (90,6%) var sammála um að faglegt samband svæfingalækna og svæfingahjúkrunarfræðinga ætti að vera hluti af námi beggja stétta.

Umönnun eða lækning

Viðhorf svæfingahjúkrunarfræðinga reyndust jákvæðari en viðhorf svæfingalækna til allra fullyrðinga í þessu þema (tafla 3). Allir þátttakendur voru sammála um að svæfingahjúkrunarfræðingar væru færir um að meta og bregðast við sálrænum þörfum sjúklinga. Þátttakendur voru sammála (98,9%) um að svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að taka þátt í stefnumótun sem varðar starfsaðstæður þeirra. Þá voru 83,6% svæfingahjúkrunarfræðinga sammála um að þeir hefðu sérþekkingu á sjúklingafræðslu og sálrænni ráðgjöf, en rúmlega 55,6% svæfingalækna sammála þeirri fullyrðingu.

Sjálfstæði svæfingahjúkrunarfræðings

Afstaða svæfingahjúkrunarfræðinga mældist jákvæðari en svæfingalækna í þessu þema ($p = 0,013$), en þó reyndist ekki marktækur munur á afstöðu til einstakra fullyrðinga. Flestir þátttakendur (94,9%) voru sammála um að svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að taka þátt í stefnumótandi ákvörðunum er varðaði þá stoðþjónustu sem þeir treystu á í starfi sínu. Þátttakendur voru allir sammála um að svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að bera ábyrgð gagnvart sjúklingi á þeirri hjúkrunarmeðferð sem þeir veita. Þá voru allir þátttakendur sammála þeirri fullyrðingu að svæfingahjúkrunarfræðingar ættu að ganga úr skugga um að fyrirmæli svæfingalækna væru rétt ef þeir teldu að framkvæmd þeirra gæti skaðað sjúkling, en 73,7% svæfingalækna og 86,6% svæfingahjúkrunarfræðinga voru mjög sammála þessari fullyrðingu.

Vald læknis

Í báðum spurningum þessa þema var stigagjöf snúið við og benda því fleiri stig til jákvæðara viðhorfs til samvinnu og höfnunar á því að læknar eigi að fara með ráðandi vald. Meðalstigafjöldi í hópi svæfingahjúkrunarfræðinga var hærri en meðalstigafjöldi í hópi svæfingalækna í þeim báðum og svæfingalæknar því líklegri til að vera sammála fullyrðingunum um að læknar eigi að fara með ráðandi vald ($p < 0,001$). Hlutfall svæfingalækna (66,7%) sem taldi að læknar ættu að hafa ráðandi vald í öllum heilbrigðismálum var tífalt hærri en hlutfallið (6,7%) í hópi svæfingahjúkrunarfræðinga. Um 72,3% svæfingalækna voru sammála um að meginhlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga væri að framfylgja fyrirmælum svæfingalækna en 79,6% svæfingahjúkrunarfræðinga voru ósammála þeirri fullyrðingu.

Hlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga

Alls tóku 86 þátttakendur afstöðu til spurningarinnar „Hlutverk og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga er vel skilgreint og skýrt“ og voru 52,3% sammála fullyrðingunni. Marktækur munur var á afstöðu stéttanna til þessarar fullyrðingar ($p = 0,045$); meðalstigafjöldi í hópi svæfingahjúkrunarfræðinga var 2,6 ($\pm 0,9$) og meðalstigafjöldi í hópi svæfingalækna 2,2 ($\pm 0,6$). Í hópi svæfingahjúkrunarfræðinga voru 44,3% ósammála fullyrðingunni, en 68,4% í hópi svæfingalækna.

UMRÆÐA

Rannsókn okkar sýnir að viðhorf svæfingahjúkrunarfræðinga og svæfingalækna til samvinnu eru nokkuð jákvæð. Viðhorf svæfingahjúkrunarfræðinga til samvinnu eru í heildina heldur jákvæðari en viðhorf svæfingalækna, þó að ekki muni miklu. Þetta er í samræmi við niðurstöður erlendra rannsókna meðal hjúkrunarfræðinga og lækna almennt (House og Havens, 2017), en viðhorf í svæfingabjónustu virðast jákvæðari hjá svæfingalæknum hér á landi samanborið við fyrri rannsóknir í Bandaríkjunum (Jones og Fitzpatrick, 2009; Taylor, 2009). Rannsóknin varpar einnig ljósi á mjög áhugaverðar niðurstöður varðandi hlutverk og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga sem reyndust óskýr, sér í lagi hjá svæfingalæknum. Staðan var þó ekki

mikið betri hjá svæfingahjúkrunarfræðingum, því annar hver svæfingahjúkrunarfræðingur segir að starfssvið og hlutverk sitt sé ekki nægilega vel skilgreint og skýrt. Þetta er áhyggjuefni sem að okkar mati þarf að bregðast við.

Afstaða þátttakenda til einstakra fullyrðinga og þema gefa mjög athygliverðar vísbendingar. Tífastur munur á afstöðu fagstéttanna til þess hvort læknar eigi að fara með ráðandi vald í öllum heilbrigðismálum er mjög afgerandi niðurstaða og þrátt fyrir að fyrri rannsóknir hafi vissulega sýnt fram á valdabaráttu þessara stétta (Aagaard o.fl., 2017; Jameson, 2003; Karam o.fl., 2018) áttum við ekki von á svona miklum mun. Það viðhorf meirihluta svæfingalækna, að meginhlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga sé að framfylgja fyrirmælum svæfingalækna er trúlega af sama meði og kom þetta viðhorf sterklega fram í sambærilegri rannsókn í Bandaríkjunum (Jones og Fitzpatrick, 2009). Þó ber að hafa í huga að einungis tæplega helmingur starfandi svæfingalækna hér á landi tók þátt í rannsókninni og því verður að túlka niðurstöðurnar með þeim fyrirvara. Sænsk rannsókn sýndi mun jákvæðari viðhorf hjá heilsugæslulæknum til samvinnu (Hansson o.fl., 2010), en viðhorf lækna til hlutverka hjúkrunarfræðinga hafa þó lítið verið rannsökuð með tilliti til sérgreina. Samkvæmt skilgreiningu Karam o.fl. (2018) snýst samvinna meðal annars um sameiginlega ábyrgð á ákvarðanatöku. Því kemur spáskt fyrir sjónir að flestir svæfingalæknar telji að þeir eigi að fara með ráðandi vald og að meginhlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga sé að framfylgja fyrirmælum þeirra, en líta þó á svæfingahjúkrunarfræðinga sem samstarfsmenn sína frekar en aðstoðarmenn. Þetta bendir mögulega til þess að skilningur fagstéttanna á samvinnu sé ekki sá sami, en það er vel þekkt að læknar og hjúkrunarfræðingar líti samvinnu ólíkum augum (House og Havens, 2017; Makary o.fl., 2006) og því snúið að bera saman viðhorf til hennar. Þrátt fyrir að svör þátttakenda byggist á huglægu mati þeirra á hvað telst fagleg samvinna, fer sú afstaða að annar aðilinn eigi að fara með valdið ekki saman við aukna áherslu á teymisvinnu í heilbrigðiskerfinu (Rosen o.fl., 2018; Wacker og Kolbe, 2014; World Health Organization, 2010).

Styrkleikar og takmarkanir rannsóknarinnar

Meginstyrkur rannsóknarinnar felst í því að notað var viðurkennt staðlað mælitæki sem gefur möguleika á samanburði við þær fjölmörgu erlendu rannsóknir sem það hefur verið notað í. Mælitækið er þó ekki gallalaust og þrátt fyrir að vandað hafi verið til við þýðingu þess eru spurningar sem hægt er að skilja á ólíka vegu eða eiga illa við markhópin, rétt eins og í frumeintakinu. Þar sem engin hæfniviðmið, gæðastaðlar eða ítarlegar starfslýsingar eru til fyrir störf svæfingahjúkrunarfræðinga á Íslandi þótti höfundum rannsóknarinnar mikilvægt að kanna hvort fagaðilar í svæfingabjónustu teldu að hlutverk og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga væru skýr. Til þess að meta þetta var einungis ein samsett spurning þar sem samtímis var spurt um hlutverk og starfssvið. Ekki er hægt að alhæfa út frá svörum við henni, en þau gefa þó til kynna að mikilvægt sé að skoða þetta nánar og þörf á að skilgreina hæfniviðmið og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga.

Takmarkanir rannsóknarinnar voru lítið úrtak og tiltölulega lágt svarhlutfall, sérstaklega hjá svæfingalæknum. Gæti

Það verið vísbending um lítinn áhuga á viðfangsefninu og mögulega voru þeir sem hafa sterkar skoðanir á því líklegri til að skila inn svörum. Einnig er líklegt að tímasetning gagnasöfnunar hafi haft mikil áhrif á svörin, en mikið álag var á þessar starfsstéttir hér á landi vegna COVID-19 heimsfaraldursins þegar gagnaöflun fór fram. Þá var kynjaskipting ójöfn bæði innan og milli starfsstétta, en sökum smæðar hópanna var ekki mögulegt að rannsaka hvort kyn hafði áhrif á niðurstöður. Þrátt fyrir ofangreint, gefa niðurstöðurnar ákveðnar vísbendingar og tækifæri til að huga að stefnumótun í svæfingabjónustu hér á landi.

Framtíðarsýn og ályktanir

Störf svæfingahjúkrunarfræðinga og svæfingalækna skarast á margan hátt, samvinna er mikil og mörkin eru ekki alltaf skýr (Aagaard o.fl., 2017). Það kom því ekki verulega á óvart að hátt hlutfall þátttakenda í þessari rannsókn taldi að hlutverk og starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga væru ekki vel skilgreind. Óljós hlutverk og starfssvið geta verið undirrót starfstengdra átaka og valdið streitu (Aagaard o.fl., 2017; Alves, 2005; Jameson, 2003) sem er alvarlegt vandamál hjá ungum hjúkrunarfræðingum á Íslandi (Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2020). Mögulega er ábyrgðarsvið í svæfingabjónustu einnig mikilvægur þáttur sem skoða þarf betur, því mikil skörun starfssviða leiðir til þess að mörk hjúkrunar- og læknismeðferða verða óskýrari. Er hjúkrunarmeðferð öll meðferð sem hjúkrunarfræðingur veitir? Er ísetning barkarennu hjúkrunarmeðferð ef hún er framkvæmd af hjúkrunarfræðingi? Í ljósi þess að þátttakendur voru allir sammála um að svæfingahjúkrunarfræðingar bæru ábyrgð á þeirri hjúkrunarmeðferð sem þeir veita, verður að ríkja sameiginlegur skilningur á því hvernig störf og veittar meðferðir eru skilgreindar.

Misjöfn sýn fagstéttanna til ráðandi valds og óljóst hlutverk svæfingahjúkrunarfræðinga gefur til kynna þörf fyrir sameiginlega stefnumótunarvinnu fagfélaganna. Rannsóknin sýndi að jákvæð viðhorf ríkja til faglegrar samvinnu og er það mikilvægur grunnur. Við teljum að menntun og hæfni svæfingahjúkrunarfræðinga hér á landi geri þá vel í stakk búna til að takast á við krefjandi verkefni og aukinni ábyrgð getur fylgt meiri starfsánægja (Neft o.fl., 2013). Það gæti því haft margvísleg jákvæð áhrif, svo sem aukið skilvirkni þjónustu og nýtingu mannauðs, ef starfssvið svæfingahjúkrunarfræðinga væri betur skilgreint út frá hæfniviðmiðum og gæðastöðlum.

ÞAKKIR

Þakkir fá þátttakendur rannsóknarinnar og allir þeir sem á einhvern hátt aðstoðuðu við framkvæmd hennar. Rannsóknin hlaut styrk úr B-hluta vísindasjóðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

ENGLISH SUMMARY

Attitudes of nurse anesthetists and anesthesiologists in iceland towards professional collaboration

Gunnarsdottir, A.R., Gunnarsson, B., Svavarsdóttir, M.H.

Aim

Efficiency and good outcomes are important in healthcare delivery. A clear scope of practice and good collaboration between health professionals increase job satisfaction and reduce employee turnover. International research has shown more favorable attitudes among nurse anesthetists toward collaboration with anesthesiologists than vice versa. These two health professions often view collaboration differently, and role conflicts are common. This study aimed to determine Icelandic nurse anesthetists' and anesthesiologists' attitudes toward nurse-physician collaboration, roles, and responsibilities.

Method

A descriptive, comparative study was implemented, including a web survey, which was emailed to all members of the Icelandic nurse anesthetists association (N = 115) and anesthesiologists association (N = 53) in March 2020. An adapted, translated version of the Jefferson Scale of Attitudes toward Physician – Nurse Collaboration measured these professionals' views on collaboration (score range 15-60, with higher scores indicating more positive attitudes). Participants were also asked about the professional role and scope of practice of nurse anesthetists. Descriptive statistics was used and means compared with t-test.

Results

The response rate was 56.0% (n = 94). Nurse anesthetists had a more positive attitude (M = 53.5, SD = 3.1) toward collaboration than did anesthesiologists (M = 47.6, SD = 5.6) ($p < 0.001$). Almost half the participants considered the nurse anesthetist role in Iceland ill-defined and unclear, and 72.3% of anesthesiologists agreed that nurse anesthetists' primary function was implementing physicians' orders. The proportion that agreed that physicians should be the dominant authority in healthcare matters was ten times higher among anesthesiologists than among nurse anesthetists.

Conclusion

Attitudes toward collaboration in anesthesia services in Iceland are positive, but physician view on their authority and nurse anesthetists' vague role is concerning. Clarity regarding nurse anesthetists' scope of practice based on description of competence is needed to improve services and increase job satisfaction.

Keywords

Anesthesiologist; attitude; collaboration; Jefferson scale; nurse anesthetists.

Correspondent:

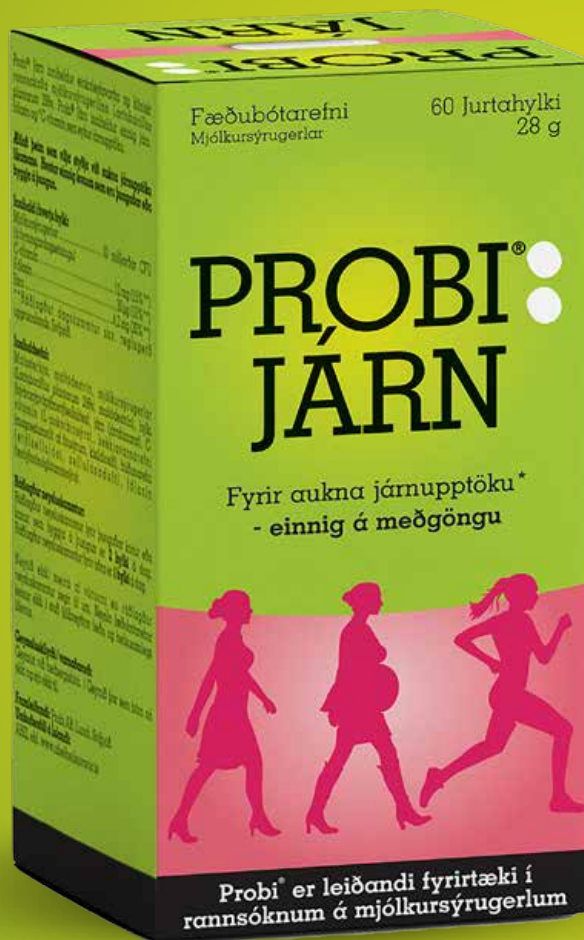
arnarut@tengir.is

HEIMILDIR

- Aagaard, K., Sørensen, E. E., Rasmussen, B. S. og Laursen, B. S. (2017). Identifying nurse anesthetists' professional identity. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 32(6), 619-630. doi: 10.1016/j.jopan.2016.08.006
- Abenstein, J. P. og Warner, M. A. (1996). Anesthesia providers, patient outcomes, and costs. *Anesthesia & Analgesia*, 82(6), 1273-1283. https://journals.lww.com/anesthesia-analgesia/fulltext/1996/06000/anesthesia_providers_patient_outcomes_and_costs.30.aspx
- Alves, S. L. (2005). A study of occupational stress, scope of practice, and collaboration in nurse anesthetists practicing in anesthesia care team settings. *AANA Journal*, 73(6), 443-452.
- Beatty, P. C. og Willis, G. B. (2007). Research synthesis: The practice of cognitive interviewing. *Public Opinion Quarterly*, 71(2), 287-311. doi: 10.1093/poq/nfm006
- Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir. (2020). Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum. *Tímarit Hjúkrunarfræðinga*, 76(1), 68-75. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2020/1-tbl-2020/StreitaKulnunBjargrad.pdf>
- Dougherty, M. B. og Larson, E. (2005). A review of instruments measuring nurse-physician collaboration. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 35(5), 244-253. https://journals.lww.com/jonajournal/Abstract/2005/05000/A_Review_of_Instruments_Measuring_Nurse_Physician.8.aspx
- Drennan, V. M. og Ross, F. (2019). Global nurse shortages-the facts, the impact and action for change. *British Medical Bulletin*, 130(1), 25-37. doi: 10.1093/bmb/ldz014
- Greenwood, J. E. og Biddle, C. (2015). Impact of legislation on scope of practice among nurse anesthetists. *The Journal for Nurse Practitioners*, 11(5), 498-504. doi: 10.1016/j.nurpra.2015.03.004
- Hansson, A., Arvemo, T., Marklund, B., Gedda, B. og Mattsson, B. (2010). Working together--primary care doctors' and nurses' attitudes to collaboration. *Scandinavian Journal of Public Health*, 38(1), 78-85. doi: 10.1177/1403494809347405
- Herion, C., Egger, L., Greif, R. og Violato, C. (2019). Validating international CanMEDS-based standards defining education and safe practice of nurse anesthetists. *International Nursing Review*, 66(3), 404-415. doi: 10.1111/inr.12503
- Hojat, M., Fields, S. K., Veloski, J. J., Griffiths, M., Cohen, M. J. og Plumb, J. D. (1999). Psychometric properties of an attitude scale measuring physician-nurse collaboration. *Evaluation & the Health Professions*, 22(2), 208-220. doi: 10.1177/01632789922034275
- Hojat, M. og Herman, M. W. (1985). Developing an instrument to measure attitudes toward nurses: Preliminary psychometric findings. *Psychological Reports*, 56(2), 571-579. doi: 10.2466/pr0.1985.56.2.571
- Hojat, M., Nasca, T. J., Cohen, M. J., Fields, S. K., Rattner, S. L., Griffiths, M., Ibarra, D., de Gonzalez, A. A., Torres-Ruiz, A., Ibarra, G. og Garcia, A. (2001). Attitudes toward physician-nurse collaboration: A cross-cultural study of male and female physicians and nurses in the united states and mexico. *Nursing Research*, 50(2), 123-128. doi: 10.1097/00006199-200103000-00008
- House, S. og Havens, D. (2017). Nurses' and physicians' perceptions of nurse-physician collaboration: A systematic review. *JONA: The Journal of Nursing Administration*, 47(3), 165-171. doi: 10.1097/NNA.0000000000000460
- International Federation of Nurse Anesthetists. (2022). IFNA Approved non-physician anesthesia programs/schools. <https://ifna.site/ifna-accreditation-program/>
- Jameson, J. K. (2003). Transcending intractable conflict in health care: An exploratory study of communication and conflict management among anesthesia providers. *Journal of Health Communication*, 8(6), 563-581. doi: 10.1080/716100415
- Jeon, Y., Lahtinen, P., Meretoja, R. og Leino-Kilpi, H. (2015). Anaesthesia nursing education in the nordic countries: Literature review. *Nurse Education Today*, 35, 680-688. doi: 10.1016/j.nedt.2015.01.015
- Jones, E. D., Letvak, S. og McCoy, T. P. (2013). Reliability and validity of the jefferson scale of attitudes toward physician-nurse collaboration for nurse practitioners. *Journal of Nursing Measurement*, 21(3), 463-476. doi: 10.1891/1061-3749.21.3.463
- Jones, T. S. og Fitzpatrick, J. J. (2009). CRNA-physician collaboration in anesthesia. *AANA Journal*, 77(6), 432-436.
- Karam, M., Brault, I., Van Durme, T. og Macq, J. (2018). Comparing interprofessional and interorganizational collaboration in healthcare: A systematic review of the qualitative research. *International Journal of Nursing Studies*, 79, 70-83. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2017.11.002
- Ma, C., Park, S. H. og Shang, J. (2018). Inter- and intra-disciplinary collaboration and patient safety outcomes in U.S. acute care hospital units: A cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 85, 1-6. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.05.001
- Makary, M. A., Sexton, J. B., Freischlag, J. A., Holzmueller, C. G., Millman, E. A., Rowen, L. og Pronovost, P. J. (2006). Operating room teamwork among physicians and nurses: Teamwork in the eye of the beholder. *Journal of the American College of Surgeons*, 202(5), 746-752. doi: 10.1016/j.jamcollsurg.2006.01.017
- Malliarou, M., Domeyer, P., Bamidis, P. og Sarafis, P. (2020). Translation and validation of the greek version of the jefferson scale of attitudes toward physician and nurse collaboration (JSAPNC). *Journal of Interprofessional Care*, 35(2), 293-300. doi: 10.1080/13561820.2020.1713061
- Martin, J. S., Ummenhofer, W., Manser, T. og Spirig, R. (2010). Interprofessional collaboration among nurses and physicians: Making a difference in patient outcome. *Swiss Medical Weekly*, 140(3536). doi: 10.4414/smww.2010.13062
- McAuliffe, M. S. og Henry, B. (1998). Survey of nurse anesthesia practice, education, and regulation in 96 countries. *AANA Journal*, 66(3), 273-286.
- Neft, M., Okechukwu, K., Grant, P. og Reede, L. (2013). The revised scope of nurse anesthesia practice embodies the broad continuum of nurse anesthesia services. *AANA Journal*, 81(5), 347-350. Sótt á <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24354069>
- Norsk anestesiologisk forening. (2016). Norsk standard for anestesi. Sótt á <https://www.nsf.no/sites/default/files/inline-images/f99njXla94iCuYgJrm8qOM6nRwJscCJQM9lEb1KJd752LN.pdf>
- Park, J., Hawkins, M., Hamlin, E., Hawkins, W. og Bamdas, J. A. M. (2014). Developing positive attitudes toward interprofessional collaboration among students in the health care professions. *Educational Gerontology*, 40(12), 894-908. doi: 10.1080/03601277.2014.908619
- Riksföreningen för Anestesi och Intensivvård. (2008). Description of competence for registered nurse with graduate diploma in specialist nursing - anaesthesia care. Sótt á http://ifna.site/ifna/e107_files/downloads/Country-info-Sweden.pdf
- Rosen, M. A., DiazGranados, D., Dietz, A. S., Benishek, L. E., Thompson, D., Pronovost, P. J. og Weaver, S. J. (2018). Teamwork in healthcare: Key discoveries enabling safer, high-quality care. *The American Psychologist*, 73(4), 433-450. doi: 10.1037/amp0000298
- Schmutz, J. og Manser, T. (2013). Do team processes really have an effect on clinical performance? A systematic literature review. *British Journal of Anaesthesia*, 110(4), 529-544. doi: 10.1093/bja/aes513
- Tang, C. J., Chan, S. W., Zhou, W. T. og Liaw, S. Y. (2013). Collaboration between hospital physicians and nurses: An integrated literature review. *International Nursing Review*, 60(3), 291-302. doi: 10.1111/inr.12034
- Taylor, C. L. (2009). Attitudes toward physician-nurse collaboration in anesthesia. *AANA Journal*, 77(5), 343. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19911643>
- Thatcher, V. S. (1953). *History of anesthesia: With emphasis on the nurse specialist*. AANA.
- Vetter, L., Eissler, A. B. og Konrad, C. (2019). Measurement of attitudes toward interprofessional collaboration in an operating theatre - a cross-sectional study. [Messung der Haltung zur interprofessionellen Zusammenarbeit in einer Operationsabteilung - eine Querschnittsstudie]. *Pflege*, 32(3), 157-164. doi: 10.1024/1012-5302/a000661
- Wacker, J. og Kolbe, M. (2014). Leadership and teamwork in anesthesia - making use of human factors to improve clinical performance. *Trends in Anaesthesia and Critical Care*, 4(6), 200-205. doi: 10.1016/j.tacc.2014.09.002
- Wands, B. A. (2018). A survey of moral distress in certified registered nurse anesthetists: A theoretical perspective for change in ethics education for advance practice nurses. *International Journal of Nursing Sciences*, 5(2), 121-125. doi: 10.1016/j.ijnss.2018.03.006
- Ward, D. J., Schaal, M., Sullivan, J., Bowen, M. E., Erdmann, J. B. og Hojat, M. (2008). The jefferson scale of attitudes toward Physician-Nurse collaboration: A study with undergraduate nursing students. *Journal of Interprofessional Care*, 22(4), 375-386. doi: 10.1080/13561820802190533
- World Health Organization. (2010). Framework for action on interprofessional education and collaborative practice. <https://www.who.int/publications/i/item/framework-for-action-on-interprofessional-education-collaborative-practice>
- World Health Organization. (2016). Global strategy on human resources for health: Workforce 2030. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250368/9789241511131-eng.pdf?sequence=1>
- Zhang, L., Huang, L., Liu, M., Yan, H. og Li, X. (2016). Nurse-physician collaboration impacts job satisfaction and turnover among nurses: A hospital-based cross-sectional study in Beijing. *International Journal of Nursing Practice*, 22(3), 284-290. doi: 10.1111/ijn.12424

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.

Ofbeldi gagnvart starfsfólki geðdeilda Landspítala

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Ákveðið hlutfall starfsfólks á geðdeildum verður fyrir ofbeldi við störf sín. Fyrir flesta sem verða fyrir ofbeldi hefur það einhver áhrif. Þessi rannsókn sýnir umfang þessa vandamáls í geðþjónustu Landspítala.

Aðferð

Rafrænn spurningalisti var sendur á netföng starfsfólks úr öllum starfsstéttum geðþjónustu Landspítala. Spurt var um hvort það hefði orðið fyrir ofbeldi síðustu 12 mánuði, hverjir voru gerendur og þolendur ofbeldis, hverjar afleiðingarnar ofbeldið hafði strax eða skömmu á eftir og hvernig því liði í vinnunni. Lýðheilsufræðilegar upplýsingar voru einnig fengnar um þátttakendur og reiknuð út tengsl þeirra við önnur svör í rannsókninni.

Niðurstöður

Alls svöruðu 226 starfsmenn spurningalistanum eða 36,1% þeirra sem starfaði í geðþjónustu Landspítala á þessum tíma. 23,5% þátttakenda sögðust hafa orðið fyrir líkamlegu ofbeldi síðustu 12 mánuði, 60,4% fyrir munnlegu ofbeldi og 18,9% fyrir kynferðislegu ofbeldi. Skýrt verður einnig frá öðrum niðurstöðum í greininni.

Ályktun

Niðurstöðurnar sýna að ákveðið hlutfall starfsfólks í geðþjónustu Landspítala verður fyrir ofbeldi við störf sín eins og starfsfólk á geðdeildum erlendis. Fyrirbyggjandi aðgerðir og viðbrögð við ofbeldi eru mikilvægir og nauðsynlegir þættir í vinnuumhverfi geðdeilda.

Lykilorð:

Ofbeldi, gerendur og þolendur ofbeldis, afleiðingar ofbeldis, líðan í starfi

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Hér er um fyrstu birtu rannsókn um ofbeldi gagnvart starfsfólki geðdeilda Landspítala að ræða.

Hagnýting: Niðurstöðurnar sýna hvaða starfsstéttir á geðdeildum verða oftast fyrir ofbeldi.

Þekking: Rannsóknin sýnir suipaðar niðurstöður og sambærilegar rannsóknir frá öðrum löndum.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Ofbeldi og árásargjörn hegðun er íþynggjandi fyrir hjúkrunarfræðinga við störf sín. Niðurstöðurnar sýna að hjúkrunarfræðingar og annað starfsfólk á geðdeildum þurfa leiðsögn og stuðning til að takast á við krefjandi viðfangsefni eins og ofbeldi.

Höfundar

JÓN SNORRASON

geðhjúkrunarfræðingur

Geðsvið Landspítala

JÓN FRÍÐRIK SIGURÐSSON

prófessor

Sálfræðideild Háskólans í Reykjavík

Ofbeldi gagnvart starfsfólki geðdeilda Landspítala

INNGANGUR

Ofbeldi sem sjúklingar heilbrigðisstofnana beita er oft flokkað sem líkamlegt ofbeldi, ofbeldi gagnvart hlutum, ógnandi hegðun og munnlegt ofbeldi, ofbeldi gagnvart sjálfum sér og kynferðislegt ofbeldi (Caruso o.fl., 2021; Wei o.fl., 2016). Af þessu er munnlegt ofbeldi algengast (Hahn o.fl., 2008) og oftast eru gerendur sjúklingar og aðstandendur þeirra. Ofbeldi af hálfu samstarfsfólks er þó einnig þekkt (Hahn o.fl., 2008; Spector o.fl., 2016). Margar ástæður geta verið fyrir því að sjúklingar sýna ofbeldi á sjúkrahúsum. Má þar nefna óánægju með meðferð, langan biðtíma, erfiðleika við að ná tali af lækni, útskriftarferlið, frelsisskerðingu, sjúkdómsástand, ágreining á milli sjúklinga og starfsfólks og regluverk á deildum (Caruso o.fl., 2021; Kumar o.fl., 2016).

Á sjúkrahúsum er algengast að starfsfólk geðdeilda, slysa- og bráðadeilda og öldrunardeilda verði fyrir ofbeldi (Edward o.fl., 2014; Magnavita og Heponiemi, 2012; Spector o.fl., 2014). Í tyrkneskri rannsókn kom fram að á bráðageðdeildum var hætta vegna ofbeldis þriðja algengasta hjúkrnargreiningin (Yalcinturk o.fl., 2018) og í þýskri rannsókn, sem gerð var á nokkrum sjúkrahúsum og þ. á m. á geðdeildum, kom fram að aðeins um fimmtungur (20,5%) starfsfólks hafði ekki orðið fyrir ofbeldi á vinnustað sínum síðustu 12 mánuði. Af þeim sem urðu fyrir ofbeldi sögðust 94,1% hafa orðið fyrir munnlegu ofbeldi og 69,8% fyrir líkamlegu ofbeldi (Schablon o.fl., 2018). Yfirlitsgrein um ofbeldi gagnvart starfsfólki geðdeilda í Bandaríkjunum sýndi að 25-85% starfsfólks sögðust hafa orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á 12 mánaða tímabili (Odes o.fl., 2021). Í yfirlitsgrein um 21 rannsókn kom í ljós að 16% sjúklinga sem dvelja á geðdeildum sýna ofbeldi einhvern tímann í dvölinni. Eins og annars staðar þar sem starfsfólk verður fyrir ofbeldi við störf sín hefur ofbeldi áhrif á heilsu starfsfólks geðdeilda og stuðlar að óánægju í starfi, kvíða, og fjarveru frá vinnu (Ali o.fl., 2021; Hills og Joyce, 2013; Shier o.fl., 2016). Þá getur aukinn rekstrarkostnaður fylgt ofbeldi á deild og aðgerðum til að takast á við það (Edward o.fl., 2007).

Þó að rannsóknir sýni mismunandi niðurstöður á milli kynja virðast ungir karlkyns sjúklingar sem hafa verið nauðungarvistaðir og eiga við persónuleikavandamál og fíkniefnaneyslu að stríða, oftast sýna ofbeldi á geðdeildum (Binil o.fl., 2017). Starfsfólk sem verður fyrir ofbeldi virðist einnig oftast vera ungir karlar, með stutta starfsreynslu og starfa við hjúkrnarstörf. Konur verða þó venjulega oftast fyrir kynferðislegu ofbeldi en karlar (Hahn o.fl., 2008; van Leewen og Harte, 2015) en karlar fyrir líkamlegu ofbeldi (Odes o.fl., 2021). Þó að starfsfólk geðdeilda verði fyrir ofbeldi er mjög mikilvægt að taka fram að langflestir sjúklinga geðdeilda sýna ekki ofbeldi.

Rannsóknir á geðdeildum sýna að allt að 94% hjúkrnarfræðinga og starfsfólks undir þeirra stjórn verður fyrir munnlegu ofbeldi af hálfu sjúklinga og ættingja þeirra og 82% fyrir líkamlegu ofbeldi (Edward o.fl., 2014; Spector o.fl., 2014). Aðrar starfsstéttir eins og læknar, félagsráðgjafar, sálfræðingar og iðjuþjálfar verða einnig fyrir ofbeldi, en nokkuð sjaldnar (Hahn o.fl., 2008; Hills og Joyce, 2013; Koritsas o.fl., 2010; Kumar o.fl., 2016; Magnavita og Heponiemi, 2012). Á einu ári höfðu 67% félagsráðgjafa í Ástralíu við hin ýmsu störf orðið fyrir ofbeldi á síðustu 12 mánuðum (Koritsas o.fl., 2010). Í Bretlandi kom í ljós að 51% sjúkrapjálfa sem starfaði á geðdeildum hafði orðið fyrir líkamlegu ofbeldi á starfsævi sinni og 24% á síðustu 12 mánuðum, allt frá einu sinni til 20 sinnum (Stubbs og Dickens, 2009). Í Svíþjóð hafði 1,2%

sálfræðinga verið ógnað í vinnu sinni og 1,3% verið beitt líkamlegu ofbeldi (Jungert o.fl., 2015) og í breskri rannsókn höfðu 12,4% geðlækna orðið fyrir líkamlegu ofbeldi síðustu 12 mánuði (Dhumad, o.fl., 2007).

Skráning ofbeldisatvika er mikilvæg og eitt af grundvallaratriðum til að styðjast við þegar ofbeldi á sjúkrahúsum er kortlagt og til að grípa til fyrirbyggjandi aðgerða. Það hefur hins vegar löngum verið vitað að ofbeldisatvik á sjúkrahúsum eru vanskráð eða í allt að 88% tilvika (Magnavita og Hoponiemi, 2012, Odes o.fl., 2021). Þannig er tíðni skráðra ofbeldisatvika og tíðni ofbeldisatvika, sem fram koma í könnunum, ekki alltaf sambærilegar. Aðrar ástæður fyrir því að ýmsum annmörkum er háð að bera saman rannsóknir á ofbeldi gagnvart starfsfólki á heilbrigðisstofnunum eru ólíkar skilgreiningar á ofbeldi. Sumar rannsóknir mæla eingöngu ofbeldi sem starfsfólk verður fyrir af völdum sjúklinga og gesta á meðan aðrar mæla einnig ofbeldi sem starfsfólk verður fyrir af hendi samstarfsfólks. Þá mæla aðrar rannsóknir ofbeldi gagnvart starfsfólki eingöngu á ákveðnum deildum, rannsóknartímabil eru ólík, o.s.frv.

Í þessari rannsókn er stuðst við skilgreiningar Boyle og Wallis, 2016) á ofbeldi:

Líkamlegt ofbeldi

Starfsfólk verður fyrir líkamlegri snertingu gegn vilja sínum, sem getur valdið líkamlegum og/eða sálrænum skaða (Hér er átt við atriði eins og að starfsfólk er slegið, sparkað í það, gripið í það, hrækt á það, o.s.frv.).

Munnlegt ofbeldi

Starfsfólk upplifir að veist sé að sér sem manneskju og fagmaneskju með hinu talaða orði og það niðurlægt (Hér er átt við atriði eins og að tala niður til starfsfólks, öskrað á það, starfsfólki hótad, o.s.frv.).

Kynferðislegt ofbeldi

Starfsfólk upplifir að líkamleg snerting, ummæli, ávarp, eða önnur athöfn séu af kynferðislegum toga og gegn vilja þess. (Hér er átt við atriði eins og að kynfæri eða brjóst starfsfólks eru snert, eitthvað er sagt við starfsfólk sem hefur kynferðislega merkingu, o.s.frv.).

Rannsóknin varpar vonandi ljósi á hver er staða þessara mála og gefur tilefni til að bera niðurstöðurnar saman við sambærilegar erlendar rannsóknir. Tilgangur rannsóknarinnar er því að kanna hversu margt starfsfólk á geðsviði Landspítala hefur orðið fyrir ofbeldi á 12 mánuðum.

Spurningalistinn samanstóð af eftirfarandi spurningum: Hefur þú orðið fyrir ofbeldi (líkamlegu, munnlegu eða kynferðislegu) síðustu 12 mánuði? Hver var gerandi ofbeldisins? Hverjar voru afleiðingar ofbeldis fyrir þig? Hvernig líður þér í vinnunni? Ef þátttakendur höfðu orðið fyrir ofbeldi oftast en einu sinni voru þeir beðnir um að tilgreina afleiðingar alvarlegasta ofbeldisins. Auk þess var spurt um aldur, kyn, starfsaldur og starfsheiti (sjá töflu 1). Skilgreining Boyle og Wallis (2016) kom fram við hverja spurningu. Áður en spurningalistinn var lagður fyrir svarendur var hann lagður fyrir nokkra starfsmenn og þeir beðnir um að koma með ábendingar og athugasemdir um orðalag og annað sem betur mætti fara.

Tafla 1. Aldur þátttakenda eftir aldursflokkum, kyn, starfsaldur og starfsheiti

Bakgrunnsbreytur	Fjöldi (%)
Aldur	
18-30 ára	62 (27,4)
31-50 ára	95 (42,0)
Eldri en 50 ára	69 (30,5)
Kyn	
Karl	70 (31,0)
Kona	156 (69,0)
Starfsaldur	
Minna en 1 ár	37 (16,4)
1-5 ár	87 (38,5)
Meira en 5 ár	102 (45,1)
Starfsheiti	
Læknir	22 (9,7)
Hjúkrunarfræðingur	62 (27,4)
Félagsliði/ráðgjafi-stuðningsfulltrúi	61 (27,0)
Sálfræðingur	31 (13,7)
Félagsráðgjafi	15 (6,6)
Iðjupjálfi	4 (1,8)
Annað (t.d. sjúkraliði, ritari, sjúkráþjálfari)	31 (13,7)

Við tölfræðilega úrvinnslu var notast við SPSS 26.0. Reiknaður var út fjöldi og hlutfall þeirra sem höfðu orðið fyrir ofbeldi, afleiðingar, fjöldi fjarverudaga eftir ofbeldi og líðan í starfi. Kí-kvaðratpróf var notað til að skoða tengsl á milli aldurs, starfsaldurs, kyns, starfsheitis og ofbeldis. T-próf óháðra úrtaka var notað til að skoða tengsl milli líðanar í starfi og þess að hafa orðið fyrir ofbeldi annars vegar og hins vegar að hafa ekki orðið fyrir ofbeldi.

Leyfi fyrir rannsókninni fengust hjá Siðanefnd stjórnsýslu-rannsókna Landspítala (Nr. 1/2019), svo og framkvæmdastjóra mannauðssviðs og geðsviðs og hún var tilkynnt til Persónuverndar.

AÐFERÐ

Rýnirannsókn

Rannsóknin fór fram í apríl og maí árið 2019 á geðsviði Landspítala. Allt starfsfólk sviðsins var í rannsóknarúrtakinu eða 609 manns og 226 (36,1%) svöruðu rafrænum spurninga-lista um ofbeldisatvik sem sendur var með tölvupósti.

NIÐURSTÖÐUR

Tafla 2 sýnir fjölda starfsfólks sem varð fyrir líkamlegu, munnlegu og kynferðislegu ofbeldi í starfi síðustu 12 mánuði, hversu oft það varð fyrir ofbeldi, hverjir voru gerendur ofbeldis, hverjar voru afleiðingar ofbeldis fyrir það strax eða stuttu eftir og hversu marga daga starfsfólk var frá vinnu í

Tafla 2. Fjöldi þeirra sem urðu fyrir ofbeldi eftir aldri og starfsaldri, gerandi ofbeldisins og afleiðingar

	Munnlegt ofbeldi	Líkamlegt ofbeldi	Kynferðislegt ofbeldi
	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)
Já	134 (60,4)	53 (23,5)	40 (18,9)
Nei	88 (39,6)	173 (76,5)	172 (81,1)
Tíðni			
1 skipti	12 (9,4)	21 (42,0)	14 (35,9)
2-5 skipti	65 (50,8)	25 (50,0)	20 (51,3)
6-10 skipti	17 (13,3)	3 (6,0)	3 (7,7)
Oftar en 10 skipti	34 (26,6)	1 (2,0)	2 (5,1)
Gerandi			
Sjúklingur	116 (90,6%)	47 (92,2)	34 (87,2)
Gestur	33 (25,8)	5 (9,8)	5 (12,8)
Starfsmaður	18 (14,1)	1 (2,0)	7 (17,9)
Annað	1 (0,8)	0 (0,0)	0 (0,0)
Afleiðingar			
Engar	55 (43,0)	9 (18,4)	17 (44,7)
Fannst ógnað	47 (36,7)	29 (59,2)	16 (42,1)
Líkamlegur sársauki	0 (0,0)	16 (32,7)	2 (5,3)
Sjáanlegur áverki	0 (0,0)	7 (14,3)	9 (23,7)
Hræðsla eða kvíði	28 (21,9)	12 (24,5)	5 (13,2)
Depurð	42 (32,8)	12 (24,5)	0 (0,0)
Meðferð	5 (3,9)	5 (10,2)	0 (0,0)
Annað	1 (0,8)	1 (2,0)	1 (2,6)
Nei	112 (87,5)	35 (70,0)	30 (76,9)

kjölfars ofbeldisins. Ef starfsfólk hafði orðið fyrir ofbeldi oftari en í eitt skipti var það beðið um að tilgreina alvarlegustu afleiðingar ofbeldis.

Marktæk tengsl voru á milli þess að verða fyrir líkamlegu ofbeldi og aldurs ($\chi^2(2) = 7,96$; $p = 0,019$), þ.e. þeir sem voru eldri en 50 ára urðu oftast fyrir líkamlegu ofbeldi, en hvorki var marktækur munur á milli aldurs og munnlegs ofbeldis ($\chi^2(2) = 3,58$; $p = 0,167$) né kynferðislegs ofbeldis ($\chi^2(2) = 5,70$; $p = 0,058$). Þá voru ekki marktæk tengsl milli starfsaldurs og þess að verða fyrir líkamlegu ofbeldi ($\chi^2(2) = 0,09$; $p = 0,955$), munnlegu ofbeldi ($\chi^2(2) = 3,31$; $p = 0,191$) eða kynferðislegu ofbeldi ($\chi^2(2) = 2,01$; $p = 0,366$).

Eins og taflan sýnir var gerandinn sjúklingur í langflestum tilvikum og flestir lýstu neikvæðum afleiðingum ofbeldisins, en aðeins tæpur þriðjungur sagðist hafa verið frá vinnu eftir atvikið og af þeim langflestir aðeins einn dag.

Tafla 3 sýnir að karlar voru mun líklegri til að verða fyrir líkamlegu ofbeldi en konur ($\chi^2(1) = 28,00$; $p < 0,001$), en ekki voru marktæk tengsl á milli kynja hvað varðar að verða fyrir munnlegu ofbeldi ($\chi^2(1) = 0,66$; $p = 0,417$) eða kynferðislegu ofbeldi ($\chi^2(1) = 0,00$; $p = 0,949$).

Tafla 3. Fjöldi þeirra sem urðu fyrir ofbeldi eftir kynjum

	Konur	Karlar 2	Kí-kvaðrat
	N (%)	N (%)	
Líkamlegt ofbeldi	21(13,5)	32 (45,7)	28,00*
Munnlegt ofbeldi	89 (58,6)	45 (64,3)	0,66
Kynferðislegt ofbeldi	27 (18,8)	13 (19,1)	0,95

* $p < 0,001$

Eins og tafla 4 sýnir, varð meirihluti starfsstétta á geðsviði fyrir ofbeldi á síðustu 12 mánuðum og urðu þeir sem starfa við hjúkrun og aðhlynningu oftast fyrir ofbeldi og óhád tegund þess. Aðeins félagsráðgjafar og iðjuþjálfar sögðust ekki hafa orðið fyrir líkamlegu ofbeldi og iðjuþjálfar ekki fyrir munnlegu ofbeldi. Munur þessi milli starfsstétta er tölfraðilega marktækur, þ.e. að verða fyrir líkamlegu ofbeldi ($\chi^2(6) = 29,00$; $p < 0,001$), munnlegu ofbeldi ($\chi^2(6) = 32,57$; $p < 0,001$) og kynferðislegu ofbeldi ($\chi^2(6) = 15,16$; $p = 0,019$).

Tafla 4. Fjöldi þeirra sem urðu fyrir ofbeldi eftir starfsstéttum

	Munnlegt ofbeldi	Líkamlegt ofbeldi	Kynferðislegt ofbeldi
	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)	Fjöldi (%)
Læknir	14 (66,7)	5 (22,7)	1 (5,0)
Hjúkrunarfræðingur	44 (71,0)	16 (25,8)	17 (30,4)
Félagsliði/ráðgjafi-stuðningsfulltrúi	45 (77,6)	27 (44,3)	14 (25,0)
Sálfræðingur	9 (29,0)	3 (9,7)	1 (3,3)
Félagsráðgjafi	8 (53,3)	0 (0,0)	1 (6,7)
Iðjuþjálfari	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)
Annað (t.d. sjúkraliði, ritari, sjúkraþjálfari)	14 (45,2)	2 (6,5)	5 (16,1)

Starfsfólk var beðið um að meta hversu vel því liði í starfi þegar það svaraði spurningalistanum. Þá sögðust 74,4% líða vel eða mjög vel, 21,7% hvorki vel né illa og 3,9% illa eða mjög illa. Ekki reyndist marktækur munur á liðan þátttakenda í vinnu milli þeirra sem höfðu orðið fyrir ofbeldi og þeirra sem ekki höfðu orðið fyrir ofbeldi, óhád tegund ofbeldis.

UMRÆÐA

Rannsókn þessi sýnir að ofbeldi á geðdeildum Landspítala er nokkuð umfangsmikið og krefjandi fyrir starfsfólk. Eftir að hafa orðið fyrir ofbeldi af hálfu sjúklinga geta vaknað hjá starfsfólki erfiðar hugsanir og tilfinningar gagnvart sömu sjúklingum um leið og það þarf að sjá til þess að þeir fái bestu mögulegu meðferð (Pelto-Piri, o.fl., 2020). Niðurstöður rannsóknarinnar koma heim og saman við erlendar rannsóknir, sem sýna að munnlegt ofbeldi er algengasta tegund ofbeldis gagnvart starfsfólki á geðdeildum (Itzhaki o.fl., 2018; Jonker o.fl., 2008; Kontilla o.fl., 2018). Þó að erlendar rannsóknir sýni mismunandi hátt hlutfall starfsfólks sem verður fyrir ofbeldi eru niðurstöðurnar hér innan þeirra marka sem niðurstöður rannsókna Carusos o.fl. (2021), Edwards o.fl. (2014), Itzhaks o.fl. (2018) og Sectors o.fl. (2014) sýna.

Hjúkrunarfræðingar og félagsliðar/stuðningsfulltrúar eru fjölmennustu starfsstéttirnar á geðdeildum Landspítala og því kemur ekki á óvart að flest svör komu frá þeim og niðurstöðurnar sýna að sömu starfsstéttir urðu oftast fyrir ofbeldi við störf sín. Það rímar við erlendar rannsóknir sem sýna að hjúkrunarfræðingar og starfsfólk undir þeirra stjórn er útsettast fyrir ofbeldi á geðdeildum (Itzhaki o.fl., 2019; van Leeuwen og Harte, 2015). Skýringin á því er að öllum líkindum sú að þessar starfsstéttir eru í mestri návist við sjúklingana allan sólarhringinn og verja mestum tíma með þeim. (Odes o. fl., 2021). Þess ber þó að geta að sjúkraliðar fylla einnig þennan hóp, en þeir eru tiltölulega fáir á geðdeildum Landspítala miðað við hjúkrunarfræðinga. Þó að langfæstir sjúklinga, eða gesta, sýni ofbeldi á geðdeildum er ekki hægt að horfa fram hjá þeirri staðreynd eins og rannsóknin sýnir að flestar starfsstéttir geðdeilda eru að einhverju leyti útsettar fyrir ofbeldi (Hill og Joyce 2013; Jungert o.fl., 2016; Koritsas, 2010; Stubbs og Dickens, 2009).

Karlar urðu marktækt oftast fyrir líkamlegu ofbeldi en konur sem kemur heim og saman við erlendar rannsóknir (Hahn o.fl., 2008; van Leeuwen og Harte, 2016, Odes o.fl., 2021). Aðrar rannsóknir um kyn starfsfólks sem verður fyrir ofbeldi (Flannery o.fl., 2018; van Leeuwen og Harte, 2015) sýna hins vegar mismunandi niðurstöður. Það getur skýrst m.a. af því að karlkyns starfsmenn eru oftast í návist sjúklinga sem sýna árásgjarna hegðun. Rannsókn sem gerð var á geðsviði Landspítala sýndi að í flestum tilvikum þegar teymi starfsmanna þurfti að halda sjúklingum kyrrum voru flestir í teyminu karlmenn en í slíkum aðstæðum er hætta á að sjúklingar nái að beita ofbeldi, s.s. að slá, kýla, sparka, skalla í starfsmenn (Jón Snorrason o.fl. 2017). Annað sem hér getur ráðið er að sjúklingar vilji síður leggja hendur á kvenkyns starfsmenn. Um þetta er þó erfitt að fullyrða og þyrfti frekari rannsókna við. Venjulega verða þó fleiri konur fyrir kynferðislegu ofbeldi en karlar þótt í þessari rannsókn væri ekki marktækur munur þar á (Hahn o.fl., 2008; van Leeuwen og Harte, 2015).

Erlendar rannsóknir sýna einnig mismunandi niðurstöður um aldur og starfsaldur þeirra sem verða oftast fyrir ofbeldi. Það er algengt að ungt starfsfólk og starfsfólk með stuttan starfsaldur skýri oftast en starfsfólk með langa starfsreynslu frá ofbeldi þegar spurt er um tíðni ofbeldis á stuttum tíma eins og í nokkra mánuði. Vísbendingar eru einnig um að starfsfólk

með litla starfsreynslu líti oftast en starfsfólk með lengri starfsreynslu á ákveðin atvik sem ofbeldi (Hahn o.fl., 2008; Rosenthal o.fl., 2018). Í þessari rannsókn voru þátttakendur eldri en 50 ára marktækt oftast fyrir líkamlegu ofbeldi en starfsmenn yngri en 50 ára. Enginn marktækur munur var hins vegar á milli aldurs og þess að hafa orðið fyrir munnlegu eða kynferðislegu ofbeldi. Það var heldur ekki marktækur munur á milli starfsaldurs og þess að hafa orðið fyrir ofbeldi af hvaða tagi sem er. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda því til að aðrir þættir en kyn, aldur og starfsaldur starfsfólks hafi áhrif á hvort það verði fyrir ofbeldi í starfi.

Langflestir gerendur ofbeldis gagnvart starfsfólki geðdeilda voru sjúklingar eins og erlendar rannsóknir sýna (Hahn o.fl., 2008; Spector o.fl., 2014). Í nokkrum tilvikum kemur þó fram að starfsfólk hafi verið gerendur ofbeldis. Þetta kann að endurspeglar streitubundið vinnuumhverfi á ákveðnum geðdeildum þó að ekki hafi komið fram á hvaða geðdeildum þetta starfsfólk starfaði. Í rannsókn þar sem rætt var við starfsfólk geðdeilda Landspítala kom fram að það teldi líkamlegt og sálrænt ójafnvægi starfsfólks geta hreyft við árásgjarnri hegðun sjúklinga (Jón Snorrason og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir, 2019). Það gæti hugsanlega einnig átt við árásgjarna hegðun starfsfólks gagnvart samstarfsfólki sínu.

Þótt ofbeldi hafi sjaldnast haft alvarlegar afleiðingar fyrir starfsfólk, hafði það í flestum tilvikum einhverjar líkamlegar og/eða sálrænar afleiðingar eins og áverka, sársauka, kvíða, depurð og tímabundna fjarveru úr starfi. Þetta er sambærilegt við afleiðingar sem starfsfólk á erlendum geðdeildum þarf að glíma við (Ali o.fl., 2021; Hills og Joyce, 2013; Odes o.fl., 2021). Ofbeldi getur bæði haft áhrif á líkamlega og sálræna líðan strax á eftir og eftir einhvern tíma frá ofbeldinu (Ali o.fl., 2021; d' Ettore og Pellicani, 2017). Það er því mikilvægt að starfsfólk sem verður fyrir ofbeldi fái viðeigandi stuðning og meðferð í kjölfar ofbeldis (Patriona o.fl., 2020; Schablon o.fl., 2018). Annars gæti það leitt til vanlíðanar í starfi og utan vinnustaðarins, minni starfsánægju, fjarveru úr starfi og skerts vinnuframlags eins (Ali o.fl., 2021; Hills og Joyce, 2013; Shier o.fl., 2016).

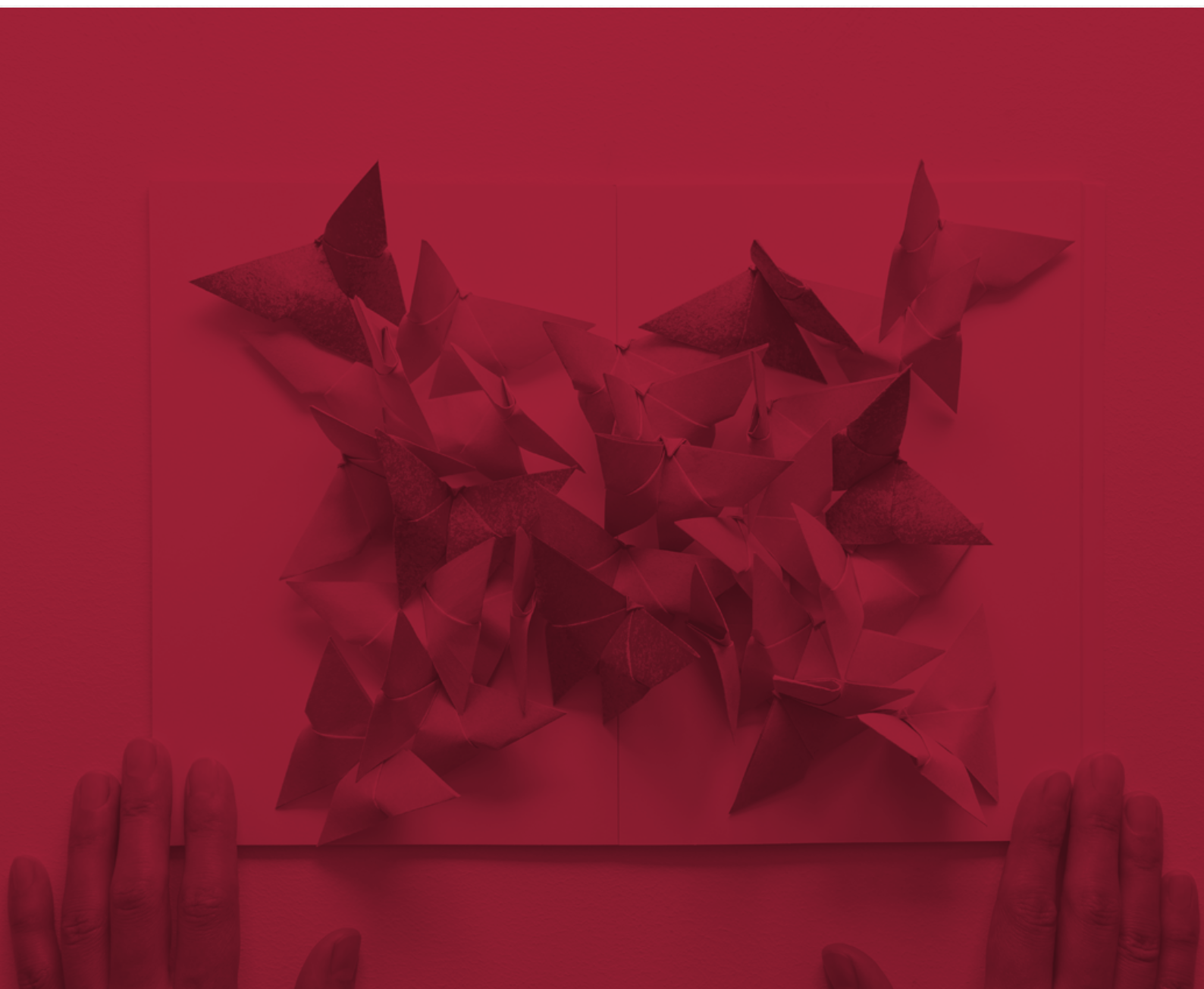
Þrátt fyrir að ofbeldi hafi haft einhverjar afleiðingar fyrir flesta sem urðu fyrir því sögðust aðeins 3,9% þátttakenda líða illa í starfi. Þetta þyrfti að athuga betur þar sem mun fleiri sögðu frá afleiðingum ofbeldis sem þeir urðu fyrir en það kann að vera að þegar starfsfólk metur líðan sína í starfi meti það marga aðra áhrifaþætti en að hafa orðið fyrir ofbeldi. Rannsóknir sýna að ofbeldi er einnig íþyngjandi fyrir starfsfólk á geðdeildum sem verður vitni að ofbeldi (Hahn o.fl., 2012; van Leeuwen og Harte, 2015; Schablon o.fl., 2018) og ofbeldi getur haft áhrif á gæði þjónustunnar, samskipti við sjúklinga og beitingu nauðungaraðgerða, sem gripið er til í kjölfar alvarlegs ofbeldis (Ali o.fl., 2021).

ANNAMARKAR

Tæplega 36,1% svörun verður að teljast frekar lítil þátttaka og þarf því að taka niðurstöðunum með fyrirvara. Nokkrar skýringar kunna að vera á lítilli svörun. Ein skýring gæti verið að starfsfólk hafi ekki opnað póst sinn á þeim tíma sem gagnasöfnun stóð yfir og rannsóknin hafi því farið fram hjá því eða að það hafi ekki talið sig hafa tíma til þátttöku. Þá getur einnig verið að vanskráning endurspegli viðhorf starfsfólks geðdeilda um að ofbeldi sjúklinga á geðdeildum sé óhjákvæmilega eitt af viðfangsefni starfsfólks og því óþarfi að skrá það frekar en mörg önnur viðfangsefni (Stevenson o.fl., 2015). Líðan þátttakenda og afleiðingar ofbeldis var ekki mæld með sérstökum mælitækjum og því er ekki hægt að útiloka að niðurstöðurnar hefðu orðið aðrar með notkun þeirra. Svörin gefa hins vegar ákveðnar vísbendingar sem koma heim og saman við sambærilegar erlendar rannsóknir (Ali o.fl., 2021; Caruso o.fl., 2021; Hills o.fl., 2013). Þá er þess að geta að tíðni ofbeldis er misjafnt eftir deildum en í þessari rannsókn var eingöngu heildartíðni ofbeldis á geðdeildum Landspítala skoðuð. Að lokum verður að nefna að starfsfólk BUGL var ekki í úrtaki rannsóknarinnar.

LOKAORÐ

Að undanfögnu hefur á opinberum vettvangi farið fram gagnleg umræða um nauðungaraðgerðir á geðdeildum. Frásagnir og reynslusögur fólks sem dvalið hefur á geðdeildum og verið beitt nauðungaraðgerðum hafa opnað augu heilbrigðisstarfsfólks fyrir mikilvægi þess að draga úr þeim eins og kostur er. Minna hefur verið fjallað um ofbeldi sem starfsfólk geðdeilda verður fyrir en nauðungaraðgerðum er beitt í neyð þegar sjúklingar sýna ofbeldi. Starfsfólk heilbrigðisstétta menntar sig til starfa sem hafa að markmiði að hjálpa fólki sem á við veikindi að stríða. Það stríðir gegn hugmyndafræði þeirra að vera útsett fyrir ofbeldi á meðan það gegnir störfum sínum og það gerir kröfur um að vinnustaðurinn tryggi öryggi þeirra. Skipulögð fræðsla og þjálfun geta aukið öryggi starfsfólks en hvort tveggja þarf að byggja á gagnreyndri þekkingu og reynslu. Rannsóknin sem hér um ræðir á að veita upplýsingar um ástand mála á geðdeildum Landspítala hvað varðar ofbeldi gagnvart starfsfólki og nýtast í aðgerðum til að draga úr því.



ENGLISH SUMMARY

Violence against staff at mental health services at Landspítali – The National University Hospital of Iceland

Snorrason, J., Sigurdsson, J.F.

Aim

Mental health professionals is exposed to violence at work. Violence has some consequences for most victims. This study shows the extent of this problem at Landspítali mental health services.

Method

An electronic questionnaire was e-mailed to all mental health professionals at Landspítali. They were asked whether they had experienced violence in the last 12 months, who caused the violence, what the consequences were immediately or soon after and how they felt at work. Demographic information were also gathered about the participants and their association with other variables in the research.

Results

226 of the mental health staff responded to the questionnaire or 36.1% of those employed at Landspítali mental health services at the time. 23.5% of the participants said they had experienced physical violence in the last 12 months, 60.4% verbal violence and 18.9% sexual violence.

Conclusion

The results show that mental health staff at Landspítali are exposed to violence at work, as are staff in mental health services abroad. Management of violence is important part of the working environment in mental health services.

Keywords

Violence, perpetrator and victims of violence, consequences of violence, job enjoyment.

Correspondent:

jon.snorrason@hrafnista.is

HEIMILDIR

- Ali, S. A., Pihl-Thingvad, og Elklid, A. (2021). Does acute stress disorder predict posttraumatic stress disorder following workplace violence? A prospective study of psychiatric staff. *International Archives of Occupational and Environmental Health*, 94, 359–366 <https://doi.org/10.1007/s00420-020-01586-7>.
- Binil, V., Sudhakar, C., Hedge, S. og N., og Ravishankar, N. (2017). A review on violent behavior among patients admitted in psychiatric setting. *Medico-legal Update*, 17(2), 238–242. Doi: 10.5958/0974-1283.2017.00108.6.
- Boyle, M. J., og Wallis, J. (2016). Working towards a definition for workplace violence actions in the health sector. *Bio Med Central*, 2(4), 2–6. DOI 10.1186/s40886-016-0015-8.
- Caruso, R., Antenora, F., Riba, M., Murri, M. B., Biancosino, B., Zerbinati, L., og Grassi, L. (2021). Aggressive Behavior and Psychiatric Inpatients: a Narrative Review of the Literature with a Focus on the European Experience. *Current Psychiatry Reports*, 23(29), 1–12. <https://doi.org/10.1007/s11920-021-01233-z>.
- Dhumad, S., Wijeratne, A., og Treasaden, I. (2007). Violence against psychiatrists by patients: survey in a London mental health trust. *Psychiatric Bulletin*, 3, 371–374. Doi: 10.1192/pb.bp.106.012815.
- Edward, K., Ousey, K., Warelow, P., og Lui, S. (2014). Nursing and aggression in the workplace: a systematic review. *British Journal of Nursing*, 23(12), 653–659.
- d'Ettorre, G. og Pellicani, V. (2017). Workplace Violence Toward Mental Healthcare Workers Employed in Psychiatric Wards. *Safety and Health at Work*, 8, 337–342. <http://dx.doi.org/10.1016/j.shaw.2017.01.004>.
- Flannery, R. B., Wyshak, G., og Flannery, G. J. (2018). Characteristics of International Assaultive Psychiatric Patients: Review of Published Findings, 2013–2017. *Psychiatric Quarterly*, 89, 349–357 DOI 10.1007/s1126-017-9539-2
- Hahn, S., Zeller, A., Needham, I., Kok, G., Dassen, T., og Halfens, R.J.G., (2008). Patient and visitor violence in general hospitals: A systematic review of the literature. *Aggression and Violent Behavior*, 13, 431–441. Doi: 10.1016/j.avb.2008.07.001.
- Hills, D. og Joyce, C. (2013). A review of research on the prevalence, antecedents, consequences and prevention of workplace violence in clinical medical practice. *Aggression and Violent Behavior*, 18, 554–569. <http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.201307.014>.
- Itzhaki, M., Bluvstein, I., Bortx, A. P., Kostistky, H., Noy, D. B., Filshtinski, V., og Theilla, M. (2018). Mental health nurse's exposure to workplace violence leads to job stress, which leads to reduced professional quality of life. *Frontiers in Psychiatry*, 9(5), 1–6. Doi: 10.3389/fpsy.2018.00059.
- Jonker, E. J., Gossens, P. J. J., Steenhus, I. H. M., og Oud, N. E. (2008). Patient aggression in clinical psychiatry: perceptions of mental health nurses. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 492–499.
- Jón Snorrason, Jón Friðrik Sigurðsson og Hjalti Einarsson (2017). Að halda sjúklingi kyrrum – aðkoma varnarteymis. *Tímarit Geðverndarfélags Íslands*, 1(46), 6–13.
- Jón Snorrason og Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir (2019). Hið ófyrirséða – fyrirbyggjng árásgjarnrar hegðunar. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 2(95), 80–86.
- Jungert, T., Schad, E., Borell, J., Wahlgren, A., Nipe, E., og Person, R. (2016). Psychologists working situation: cross-sectional occurrences of violence, bullying and harassment in a Swedish study sample. *Occupational and environmental medicine*, 738(Suppl.1): A1–A250.
- Konttila, J., Pesonen, H - M., og Kyngäs, H. (2018). Violence committed against nursing staff by patients in psychiatric outpatient settings. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1592–1606. Doi: 10.1111/inm.12478.
- Koritsas, S., Coles, J., og Boyle, M. (2010). Workplace Violence towards Social Workers: The Australian Experience. *British Journal of Social Work*, 40, 257–271. Doi:10.1093/bjsw/ben134.
- Kumar, M., Verma, M., Das, T., Pardesh, G., Kishore, J., og Patmanandan, A. (2016). A Study of Workplace Violence Experienced by Doctors and Associated Risk Factors in a Tertiary Care Hospital of South Delhi, India. *Journal of Clinical and Diagnostic Research*, 10(11), 6–10. Doi: 10.7860/JCDR/2016/22306.8895.
- Magnavita, N., Fileni, A., Pescarini, L., og Magnavita, G. (2012). Violence against radiologists. I: prevalence and preventive measures. *La Radiologia Medica*, 117, 1019–1033. Doi: 10.1007/s11547-012-0825-7.
- Mavandandi, V., Bieling, P. J., og Madsen, V. (2016). Effective ingredients of verbal de-escalation. Validating an English modified version of the 'De-escalating Aggressive Behaviour Scale'. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 23, 357–368. Doi: 10.1111/jpm.12310.
- Odes, R., Chapman, S., Harrison, H., Ackerman, S, og Hong, O. (2021). Frequency of violence towards healthcare workers in the United States' inpatient psychiatric hospitals: A systematic review of literature. *International Journal of Mental Health Nursing*, 30, 27–46. Doi: 10.1111/inm.12812
- Pariona, P., Cavanagh, J., og Bartram, T. (2020). Workplace violence against nurses in health care and the role of human resource management: A systematic review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*, 76(7), 1581–1593. Doi: 10.1111/jan.14352.
- Pelto-Piri, V., Warg, L.-E., og Kjellin, L. (2020). Violence and aggression in psychiatric inpatient care in Sweden: a critical incident technique analysis of staff experience. *BMC Health Services Research*, 20(362), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12913-020-05239-w>.
- Rosenthal, L. J., Byerly, A., Taylor, A. D., Martinovich, Z. (2018). Impact and Prevalence of Physical and Verbal Violence Towards Healthcare Workers. *The End-to-end Journal*, 59, 584–590. Doi: 10.1016/j.psym.2018.04.007.
- Schablon, A., Wendeler, D., Kozak, A., Nienhaus, A., og Steinke, S. (2018). Prevalence and Consequences of Aggression and Violence towards Nursing and Care Staff in Germany-A Survey. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 15, 1274. Doi:10.3390/ijerph15061274.
- Shier, M. L., Graham, J. R., og Nicholas, D. (2016). Interpersonal interactions, workplace violence, and occupational health outcomes among social workers. *Journal of Social Work*, 0(0), 1–23. Doi: 10.1177/148017316656089.
- Spector, P. E., Zhou, Z. E., og Che, X. X., (2014). Nurses exposure to physical violence and nonphysical violence, bullying, and sexual harassment: A quantitative review. *International Journal of Nursing Studies*, 51, 72–84. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2013.01.010>.
- Stevenson, K. N., Jack, S. M., O' Mara, L., og LeGris, J. (2015). Registered nurses' experiences of patient violence on acute care psychiatric inpatient units: an interpretative descriptive study. *BMC Nursing*, 14(35), 1–13. Doi: 10.1186/s12912-015-0079-5.
- Stubbs, B. og Dickens, G. (2009). Physical assault by patients against physiotherapists working in mental health settings. *Physiotherapy*, 95, 170–175. Doi: 10.1016/j.physio.2009.04.005.
- Yalcinturk, A. A., Dissiz, M., og Kurt, N. (2018). Nursing Diagnosis of the Patients Who Have Been Treated in Acute Psychiatry Clinics in the Recent Year. *International Journal of Caring Sciences*, 11(3), 1736–1742.
- van Leeuwen, M. E. og Harte, J. M. (2015). Violence against mental health care professionals: prevalence, nature and consequences. *The Journal of Forensic Psychiatry & Psychology*, 28(5), 581–598. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.1012533>.
- Wei, C.-Y., Chiou, S.-T., Chien, L.-Y., og Huang, N. (2016). Workplace violence against nurses– Prevalence and association with hospital organizational characteristics and health-promotion efforts: Cross-sectional study. *International Journal of Nursing Studies*, 56, 63–70. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2015.12.021>

„Þetta er ekkert flókið“

Smokkanotkun ungra karlmannna

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Klamydía er algengur kynsjúkdómur meðal ungs fólks. Helsta forvörnin felst í smokkanotkun en lítið er vitað um hana meðal ungra karlmannna hérlandis. Tilgangur rannsóknarinnar er að skoða hvaða þættir skipta máli við smokkanotkun ungra karlmannna, bæði hvetjandi og letjandi þættir.

Aðferð

Rannsóknin grundvallast á eigindlegri aðferð, rýnihóparannsókn. Þátttakendur voru valdir í rannsóknina með tilgangs- og snjóbolta-úrtaksaðferð. Þeir voru nemendur í tveimur framhaldsskólum, annar í Reykjavík og hinn á Akureyri. Tekin voru viðtöl við sex rýnihópa. Viðtölin voru skráð frá orði til orðs og greind í þemu með rammaaðferð.

Niðurstöður

Alls tóku 36 ungir karlmenn, á aldrinum 18-23 ára, þátt í rannsókninni. Niðurstöður leiddu í ljós fjögur þemu, sem voru *grín og sprell*, *þægilegra án smokks*, *skrítið augnaráð og eyðileggur „momentið“*. Í gegnum þemun eru lýsingar á letjandi og hvetjandi þáttum. Fram kom að það helsta sem hindraði notkun smokka var takmörkuð fræðsla, neikvæð viðhorf, erfiðleikar við að kaupa smokka og notkun þeirra. Það sem einkum hvatti til smokkanotkunar voru mögulegar neikvæðar afleiðingar áhættu-hegðunar, jákvæð viðhorf til smokka og notkunar þeirra sem gaf til kynna sjálfsöryggi þátttakenda.

Ályktun

Ungum karlmönnum finnst lítið vera rætt við þá um smokkanotkun, þá skortir fræðslu um smokka og fyrirmyndir um notkunina. Kennarar og skólahjúkrunarfræðingar í grunn- og framhaldsskólum landsins þurfa að fá menntun og þjálfun til að koma kynfræðslu um smokka betur áleiðis til ungra karlmannna. Jafnframt þarf að styrkja foreldra í uppeldishlutverki sínu varðandi kynheilbrigðismál. Bæta þarf sýnileika og aðgengi að smokkum.

Lykilorð:

Ungir karlmenn, smokkanotkun, kynheilbrigði, letjandi þættir, hvetjandi þættir.

HAGNÝTING

RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Gefin er innsýn í hvetjandi og letjandi þætti smokkanotkunar ungra karlmannna sem getur gefið leiðarljós fyrir inngrip á þessu sviði.

Hagnýting: Það er mikilvægt að útbúa fræðslu efni um smokkanotkun en samhliða að mennta og þjálfa kennara og skólahjúkrunarfræðinga til að þeir geti betur staðið að fræðslu og samtali um þessi mál.

Þekking: Það er ákveðinn hópur ungra íslenskra karlmannna sem hefur ekki næga vitneskju um smokka og notkun þeirra, hefur ýmiss neikvæð viðhorf til smokkanotkunar, þessa menn skortir færni til að tjá sig um smokkanotkun og standa frammi fyrir ýmsum erfiðleikum við smokkanotkun.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Skólahjúkrunarfræðingar í grunn- og framhaldsskólum þurfa að hafa vitneskju um hvetjandi og letjandi þætti smokkanotkunar meðal ungra karlmannna til að geta stuðlað að kynheilbrigði þeirra og fyrirbyggja kynsjúkdóma.

Höfundar

SÓLEY S. BENDER

prófessor

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
og Kvenna- og barnasvið Landspítala

SNÆFRÍÐUR JÓHANNESDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur

Landspítali

SIGURBJÖRG LIND ELLERTSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur

Sjúkrahúsið á Akureyri

„Þetta er ekkert flókið“ Smokkanotkun ungra karlmanna

INNGANGUR

Klamydía hefur verið mjög algengur kynsjúkdómur hér á landi undanfarna tvo áratugi einkum í aldurshópnum 15-25 ára og er nýgengi klamydíusýkingar á Íslandi með því hæsta sem þekktist í heiminum (Þórólfur Guðnason, o.fl., 2018). Lítið er vitað um smokkanotkun meðal ungra karlmanna hér á landi. Helstu upplýsingar um þá notkun er um hlutfall þeirra sem nota smokka. Í íslenskri landskönnun Bender og Kosunen (2005) meðal 17-20 ára ungmenna kom fram að 80% ungra karlmanna sögðust hafa notað smokk við fyrstu samfarir. Samkvæmt evrópsku HBSC-rannsókninni sem gerð var 2017 og 2018 kom fram að smokkanotkun 15 ára íslenskra unglingspilta við síðustu samfarir var 65% og hafði lækkað um 7% frá árinu 2014. Þegar smokkanotkun íslenskra unglingspilta er borin saman við önnur Evrópulönd þá er hlutfallið hærra (>65%) í 20 löndum (Inchley o.fl., 2020). Bæði foreldrar og jafningjar geta mögulega haft áhrif á smokkanotkun. Fram kom í rannsókn Hadley og félaga (2009) að unglingar sem höfðu rætt við foreldra um smokka voru líklegri til að nota þá. Nýlega hefur komið í ljós að þegar áttu sér stað miklar samræður unglinga við foreldra um kynheilbrigðismál þá var klámáhorf þeirra ekki tengt við litla smokkanotkun. Hins vegar reyndist vera samband á milli klámáhorfs og lítillar smokkanotkunar ef þessar samræður voru af skornum skammti (Wright o.fl., 2020). Í safngreiningu Tokunga og félaga (2020) kom einnig fram að töluvert klámáhorf tengdist meiri líkum á því að nota ekki smokk við kynmök en þar er ekki tekið mið af samræðum við foreldra. Þegar kemur að áhrifum vina geta þau verið í báðar áttir, fyrirbyggjandi eða ekki. Fram kom í rannsókn Henry og félaga (2007) að unglingar notuðu síður smokkinn ef vinir þeirra notuðu hann ekki. Margir aðrir þættir geta haft áhrif á það að smokkurinn er ekki notaður í kynlífi. Má þar nefna takmarkaða þekkingu, skert eða erfitt aðgengi, neikvæð viðhorf til smokksins og takmörkuð tjáskipti um notkun hans. Lítið er til af nýjum rannsóknum í vestrænum heimi á þekkingu ungra manna á smokkum og notkun þeirra. Rannsókn Crosby og Yarber (2001) meðal 16.677 ungmenna á aldrinum 15-21 árs sýndi að þekkingarskortur var til staðar um hversu þétt mætti setja smokkinn á getnaðarlim og töldu 40,2% ungra manna sem höfðu reynslu af smokkanotkun að það ætti ekki að vera neitt rými fremst. Auk þess töldu 33,5% þeirra að það væri í lagi að nota vaselín með smokk. Eins hefur komið fram í rannsóknum að aðgengi að smokkum getur verið miserfitt. Í eigindlegri rannsókn Breny og Lombardi (2017) sem gerð var í Bandaríkjunum meðal framhaldsskólanema kom í ljós að þátttakendur töldu aðgengi í búðum vera hindrandi þegar smokkar eru staðsettir nálægt kvenkyns vörum og þungunarprófum í matvörubúðum og apótekum. Í sömu rannsókn komu fram þau viðhorf að margir ungir menn telja að smokknum fylgi margir ókostir svo sem minni gæði kynlífs og minni ánægju sem þeir fá út úr kynlífinu. Önnur rannsókn meðal háskólanema var með svipaðar niðurstöður þar sem þátttakendur lýstu síðustu kynmökum miklu frekar ánægjulegum ef smokkar voru ekki notaðir (Millhausen o.fl., 2018). Að auki hafa rannsóknir sýnt að samræður um smokkanotkun skipti miklu máli við notkunina. Þátttakendur í rannsókn Breny og Lombardi (2017) greindu frá því að þeim fannst vandræðalegt að ræða smokkinn í hita leiksins. Í safngreiningu Noar, Carlyle og Cole (2006) kom fram að tjáskipti um smokkanotkun hafði sterk tengsl við smokkanotkun. Einnig virðast sérstakar samningaleiðir vera mikilvægar. Það sýndi sig í rannsókn French og Holland (2013) að þær samningaleiðir við smokkanotkun sem skiptu mestu máli fólust í því að neita að hafa kynmök nema smokkur væri notaður og þegar stuðst var við bein tjáskipti. Síðan þegar kom að því að nota smokkinn þá gátu ungir karlmenn haft áhyggjur af smokkanotkun því hún gæti eyðilagt „momentið“. Þessu er til dæmis lýst í rannsókn Chernick og félaga (2019) sem gera grein fyrir aðstæðum þar sem viðkomandi vill ekki skemma stemninguna undir þeim kringumstæðum þegar stelpan er hrifandi fögur og þegar farið er of geyst í hlutina.

Fyrri rannsóknir hafa einnig sýnt að ýmsir þættir geta hvatt til smokkanotkunar. Í rannsókn Chernick o.fl. (2019) kom meðal annars fram að það sem helst hvatti til smokkanotkunar var mikilvægi þess að fyrirbyggja þungun, kynfræðsla í skólum og skilaboð um að það væri eðlilegt að nota smokkinn. Þá kom einnig fram í rannsókn Breny og Lombardi (2017) mikilvægi þess að nota smokka til að fyrirbyggja þungun. Að auki er mikilvægt að einstaklingurinn hafi jákvæð viðhorf til smokkanotkunar og nægjanlegt sjálfsöryggi þegar kemur að notkun hans en í rannsókn Black og félaga (2011) kom fram sterk fylgni á milli sjálfstrúar varðandi smokkanotkun (e. self-efficacy) og smokkanotkunar við síðustu samfarir. Það er sérstök ástæða til að skoða smokkanotkun meðal ungra karlmanna hér á landi þar sem hún er minni nú en áður. Tilgangur þessarar rýnihóparannsóknar var að skoða hvaða þættir skipta máli varðandi smokkanotkun, bæði hvetjandi og letjandi þættir.

AÐFERÐ

Þessi rannsókn er hluti af stærra rannsóknarverkefni. Um er að ræða tvær rannsóknir sem byggjast báðar á eigindlegri aðferð. Annars vegar er rætt við unga karlmenn í rýnihópum um smokka og notkun þeirra og hins vegar eru tekin einstaklingsviðtöl við unga karlmenn um sama efni. Hér er gerð grein fyrir rýnihóparannsókninni.

Rannsóknarsnið

Í þessari rannsókn var stuðst við eigindlegt rannsóknarsnið og byggðist hún á viðtölum við rýnihópa. Rýnihópar (e. focus groups) er eigindleg aðferð sem notuð er til þess að öðlast betri skilning á þeirri reynslu og viðhorfum sem hópurinn býr yfir á viðfangsefninu. Rýni (e. focus) er hugtak sem á við um markvissa athugun (Sóley S. Bender, 2013). Aðferðin byggir á félagslegum samskiptum innan hóps þar sem hlustað er á fólk ræða saman og rannsakendur læra af því (Madriz, 2000). Markmiðið með rýnihóparannsóknunum, líkt og þessari, er að hóparnir endurspegli vissa breidd í viðhorfum og fá nýja innsýn í það hvernig einstaklingar upplifa aðstæður (Casey og Krueger, 1994). Í þessari rannsókn um smokkanotkun meðal ungra karlmanna þótti mikilvægt að geta rýnt í þetta efni því nauðsynlegt er að skilja betur viðhorf þeirra til þessa málaflokks og hvernig ungir menn ræða um það sín á milli. Við leit að rannsóknunum um smokka og notkun þeirra virðist mun algengara að þær byggist á meginlegu fremur en eigindlegu rannsóknarsniði. Slík aðferð gefur yfirsýn yfir málefnið en nær ekki að fara á meiri dýpt um efnið. Þörf er á því að skoða þetta málefni af meiri dýpt og varð því rýnihóparannsókn fyrir valinu (Sóley S. Bender, 2013).

Þátttakendur

Í rannsóknina voru valdir einstaklingar með tilgangsrúttaki sem höfðu sameiginleg grundvallareinkenni er laut að kyni, aldri og menntun (Sóley S. Bender, 2013). Eins mátti gera ráð fyrir að þeir hefðu vissa reynslu af efninu. Að auki voru þátttakendur valdir með snjóboltaaðferð þar sem þátttakendur bentu á aðra mögulega þátttakendur. Valdir voru tveir framhaldsskólar, annar í Reykjavík og hinn á Akureyri, til

að fá þátttakendur og voru kennarar beðnir um að aðstoða við val á nemendum.

Siðfræðilegir þættir rannsókna

Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir rannsókninni, VSNb2017110012/03.01. Jafnframt veittu skólastjórnendur í tveimur framhaldsskólum leyfi, annar í Reykjavík og hinn á Akureyri. Allir þátttakendur fengu bréf um rannsóknina áður en viðtölin hófust sem útskýrði tilgang hennar, í hverju þátttökan fælist, tímalengd viðtalsins og rétt þátttakenda.

Framkvæmd

Gagnasöfnun fór fram í mars 2018. Farið var í tvo framhaldsskóla og tekin viðtöl við þrjá hópa í hvorum skóla, alls sex rýnihópa. Viðtölin byggðu á ákveðnum spurningaramma. Fyrst var spurt almennt um spurninga, annars vegar um hvers vegna væri mikilvægt að nota smokka og hins vegar hvort væru einhver skilaboð, frá samfélaginu, foreldrum og vinum, sem ungir piltar fengu um smokkanotkun. Í framhaldi af því var spurt um hvers vegna smokkar væru ekki notaðir og það rætt út frá margvíslegum þáttum (s.s. kaup á smokk, kostnaði, notkun hans, áfengi o.fl.). Síðan var grennslast fyrir um þá þætti sem gætu hvatt unga karlmenn til að nota smokka (s.s. ákveðni, aðgengi, framtíðaráætlanir o.fl.). Unnið var út frá svörum viðmælenda hverju sinni en þess gætt að halda umræðum innan ramma rannsóknarspurningarinnar. Hvert viðtal var hljóðritað.

Gagnagreining

Viðtölin voru skráð frá orði til orðs. Við gagnagreiningu var byggt á rammaaðferð (e. framework method) Gale og félaga (2013). Aðferðin er gagnleg til þess að draga saman gögn og flokka textann í þemu á þann hátt að það sé hægt að svara rannsóknarspurningunni. Aðferðin er byggð á sjö stigum og hefur þeim ítarlega verið lýst í BS-verkefni Sigurbjargar Lindar Ellertsdóttur og Snæfríðar Jóhannesdóttur (2018). Til að lýsa aðferðinni í mjög stuttu máli þá voru snemma í ferlinu ákveðin viðtöl kóðuð og þessir kóðar síðan flokkaðir saman. Að lokum var efnið sett fram sem þemu. Áður en greiningarammi lá fyrir hafði aðalrannsakandi og nemendur greint tvö viðtöl. Bárum við saman greiningu okkar og fundum lausn á því sem reyndist vera ólíkt. Það fólst m.a. í því hvernig kóðuð gögn voru flokkuð saman. Endurskoðaður greiningarammi var síðan notaður við greiningu hinna viðtalanna.

NIDURSTÖÐUR

Alls tóku 36 piltar þátt í rannsókninni og voru þeir úr tveimur framhaldsskólum á landinu. Það voru 17 ungir karlmenn af höfuðborgarsvæðinu á aldrinum 18-23 ára og 19 þátttakendur frá Akureyri á aldrinum 18-19 ára. Fjöldinn í rýnihópunum var á bilinu 4-7, meðalfjöldi 6 þátttakendur. Aðeins einn hópur var með 4 einstaklingum. Ungu mennirnir voru almennt sammála um að aðgengi að smokknum væri gott og auðvelt væri að nálgast þá í helstu verslunum landsins. Hins vegar væri ýmislegt sem hindraði þá sjálfa við kaup á smokkum og óttuðust sumir viðhorf afgreiðslufólks. Almennt fannst þeim að smokkar þyrftu að vera sýnilegir allt árið um kring

en ekki bara í tengslum við útihátíðir. Þeim fannst mikilvægt að nota meira samfélagsmiðla til að auglýsa smokka. Fram komu ýmis jákvæð viðhorf til smokksins en þeir töldu að helsta ástæðan fyrir lélegri notkun hans væri sú að kynlífið væri betra án hans. Við gagnagreiningu komu fram ólík viðhorf til smokkanotkunar meðal ungra karlmanna á höfuðborgarsvæðinu borið saman við þá sem voru á Akureyri. Þátttakendur á höfuðborgarsvæðinu litu léttvægari augum á kynsjúkdómasmit en þeir sem voru á Akureyri. Það væri eins og að fá kvef og það þyrfti bara að taka nokkrar pillur til að meðhöndla kynsjúkdóminn. Hins vegar fannst þeim mikilvægt að koma í veg fyrir óráðgerða þungun sem var þeim hvati til smokkanotkunar. Fyrir Akureyringana var aðalhvatin til smokkanotkunar að fyrirbyggja kynsjúkdómasmit.

Greind voru fjögur þemu. Þau eru *Grín og sprell*, *Þægilegra án smokks*, *Skrítið augnaráð* og *Eyðileggur „momentið“*.

Grín og sprell

Í þessu þema er umfjöllun um þekkingu og þekkingarleysi unglingspilta á smokkum, hverjir veita fræðsluna, hvernig hún er sett fram og hvaða fyrirmyndir þeir hafa. Ungu karlmennirnir voru almennt sammála um að þeir hafi fengið ákveðna kynfræðslu í skólum en hún mætti vera meiri og betri. Fáir könnuðust við að hafa fengið fræðsluefni um það hvernig skyldi nota smokkinn frá upphafi til enda, fyrirmyndir um smokkanotkun væru fáar og þeir þyrftu að fá sýnikennslu um smokkanotkun. Sumir bjuggu yfir þekkingu eins og að vita um mismunandi gerðir af smokkum og hvers vegna hann getur rifnað. Fram komu sterkar skoðanir á skilaboðum kláms og nefndu þátttakendur að þeir hefðu lært í skólanum að klám væri alls ekki raunverulegt kynlíf. Þó kom fram hjá einum: „... ég er nýlega farinn að velta því fyrir mér að ég geri hluti í kynlífi bara af því að ég sá það í klámi ...“.

Innan veggja heimilanna var mismunandi hvort þeir höfðu fengið einhverja fræðslu. Ef um einhverja fræðslu og eða umræður við ungu mennina var að ræða þá var það einkum móðirin sem sá um hana. Fram kom að óformleg fræðsla gat hentað betur eins og einn greindi frá: „... þegar maður var að fara út á lífið ... heyrðu, ef þú ætlar að stunda samfarir mundu að nota smokk bara“.

Í umræðum um vinina kom fram: „... síðan er líka hvað vinir manns segja og aðrir“. Margir nefndu að umfjöllun um smokka væri lítil meðal vina en ef hún væri þá væri hún mest sett fram í gríni og það væru heldur ekki svo margir að nota smokkinn eins og fram kom í þessari frásögn:

... en mér finnst það kannski líka vera skilaboðin frá jafningjum, það eru ekki allir, alls ekki meirihlutinn sem er að nota verjur sko ... ég held að kannski að ... í mínum jafningjahóp þá eru flestir sem nota þetta ekki.

Þeir sögðust ekki hafa séð smokkanotkun í bíómyndum eða í klámi. Einn nefndi: „Í rauninni þá er þetta bara notað sem eitthvað svona grín og sprell, eitthvað svona með smokkinn til að mynda einhverja vandræðalega stemningu og eitthvað svona. Aldrei í hefðbundinni rómantískri mynd og svona“. Þeir nefndu einnig að í tónlist eins og rapplögum þá væri fjallað um það að nota ekki smokkinn eða bara að hann væri tekinn af í miðjum klíðum og því lögð áhersla á að nota ekki smokkinn.

Þægilegra án smokks

Alls kyns viðhorf bæði neikvæð og jákvæð komu fram hjá þátttakendum um smokkanotkun. Fyrst er fjallað um neikvæðu viðhorfin og síðan um þau jákvæðu. Í ljós kom að smokkurinn væri óþægilegur og drægi úr tilfinningu og ánægju kynlífsins sem hélst í hendur við áhættusama kynhegðun. Í sambandi við óþægindin þá lýsti einn þeim svo: „... Ég held það séu bara flestir á því að þetta sé þægilegra án smokks ...“. Sá sami áttaði sig á því að slíkt viðhorf gæti haft afleiðingar og hann sagði jafnframt: „En þá ertu líka að spila í lotteríinu ef þú ert ekki með aðrar getnaðarvarnir“. Ýmsar aðrar frásagnir voru af óþægindum þess að nota smokkinn: „Þetta er þínu eins og að fara í fótabað í stígvélum“. Í tengslum við kynferðislega ánægju þá nefndu þeir til dæmis að smokkurinn væri of þykkur og því ekki þægilegur. Þegar það var útskýrt að til væru margar tegundir þá kom fram vantraust gagnvart þynnri smokkum. Það kom fyrir að í frásögn sama einstaklings komu fram bæði jákvæð og neikvæð viðhorf til smokkanotkunar eins og þetta dæmi sýnir: „Þetta er ekkert flókið að nota. Það er kannski bara þægilegra að vera ekki með smokk, skilurðu, eins og að þurfa ekki að sofa í öllum fötunum, þú klæðir þig úr því það er þægilegra“. Fleiri lýsingar á óþægindunum fólust til dæmis í eftirfarandi: „Ímyndaðu þér að borða uppáhaldsmatinn þinn með plastpoka yfir tungunni á þér“.

Ýmis jákvæð viðhorf komu fram eins og neikvæðar afleiðingar þess að nota ekki smokkinn sérstaklega varðandi mögulega þungun. Virtist það vera mikill hvati til smokkanotkunar eins og eftirfarandi tilvísun gefur til kynna: „... það er örugglega minna óþægilegt að fara út í búð að kaupa smokka heldur en að labba um bæinn 14-15 ára gamall með kærustunni ... því hún er bara eitthvað komin þrjá mánuði á leið“. Fleiri jákvæð viðhorf til smokkanotkunar komu fram eins og: „Minna vesen í lífinu“. Að auki voru látin í ljós viðhorf gagnvart þeim sem ekki nota smokk: „... hann sé hálfviti að gera það ekki“.

Skrítið augnaráð

Þetta þema fjallar um aðgengi að smokkum, kostnað og kaup á smokkum. Flestum fannst smokkar vera aðgengilegir í búðum en það gat verið feimnismál og vandræðalegt að kaupa hann: „Þetta er ekki eins og að kaupa sér mjólk“. Það gat skipt máli hvar smokkar voru staðsettir í búðum: „Það er náttúrliga þægilegra þegar hann er beint við kassann. Þú getur bara kippt honum með þér“. Einnig skipti stærð bæjarsamfélagsins máli: „Erfitt á svona litlum stöðum eins og Akureyri þar sem allir þekkja alla“. Sumir upplifðu óþægilegt viðmót starfsfólks: „Ég lenti í því að ég var að kaupa smokk og gellan sagði: „Njóttu“ það var ekki þægilegt“. Annar greindi frekar frá óþægindum við kaup á smokk:

... svo er það kannski líka mismunandi hvert þú ferð ef þú ferð upp í, skilurðu, Súper [Krambúðin] eða eitthvað og það er kannski unglíngur að vinna þá er mjög líklegt að þú fái eitthvað skrítið augnaráð og óþægilegt en það er þá bara því afgreiðslumaðurinn býr það eitthvað til og er eitthvað að reyna að vera eitthvað eðlilegur en tekst það ekki. En ef þú ferð í apótek og þá eru fagmenn og þú veist ef þú gripur einn smokkapakka þá er bara – er það eitthvað fleira?

Í þessari frásögn skiptir það miklu máli hver afgreiðir smokka í verslunum. Smokkakaupin reyndust auðveldari með aldrinum

og meiri reynslu eins og einn sagði: „Því oftast sem ég hef keypt smokka verður það bara þægilegra og þægilegra sko“. Til þess að hafa smokka aðgengilegri þá vildu unglingspiltarnir gjarnan hafa sjálfসা í skólanum sem mundi auðvelda þeim aðgengið og væri þá afgreiðslumaðurinn ekki lengur hindrun. Sumir greindu frá því að móðir þeirra hefði keypt smokka: „... þegar ég var svona 15 ára þá gaf hún mér bara smokkapakka og sagði notaðu þetta ef þú ætlar að gera það [stunda kynlíf]“. Jafnframt kom fram að það væri þægilegt að þurfa ekki að biðja móður sína að kaupa smokka. Þegar rætt var um kostnað smokka þá fannst þeim smokkar vera mjög dýrir. Einn sagði: „Smokkar eru sjúklega dýrir“. Einnig kom fram sú skoðun að kostnaður við smokkakaup væri ekki sambærilegur við að eignast barn. Í viðtalinu voru þeir spurðir hversu mikið þeir væru tilbúnir að greiða fyrir smokka. Flestir voru sammála um hvað smokkurinn mætti kosta og fannst þeim að 100 krónur fyrir hvern smokk væri vel ásættanlegt verð.

Eyðileggur „momentið“

Þegar þátttakendur lýstu sjálfri smokkanotkuninni þá komu bæði fram þættir sem hvöttu og löttu notkunina. Þeir sem ekki notuðu smokka greindu meðal annars frá áhættusækni, smokkurinn væri ekki til staðar, áfengisnotkun, samskiptaleysi og þeir óttuðust að eyðileggja „momentið“. Fram kom hjá þeim að þó að þeir gerðu sér grein fyrir því að þeir væru að taka áhættu með því að nota ekki smokk þá tóku sumir samt áhættuna eins og einn orðaði það: „... maður kannski spilar lotteríð bara upp á heppnina að verða ekki fyrir einhverju ...“. Margir nefndu að þeir væru kannski ekki með smokkinn á sér þegar tækifærið gæfist eins og þessi frásögn gaf til kynna: „... maður veit kannski ekki hvenær á stað og stund þetta gerist og ef maður er ekki með smokk á sér eða eitthvað þannig þá er maður ekki endilega að hætta við til þess geta gert það seinna ...“.

Fram kom hjá flestum að áfengisnotkun gat hindrað smokkanotkun. Undir þessum kringumstæðum kom fram að þeir mundu kannski ekki bregðast við ef smokkurinn rifnaði eða hann væri ekki til staðar þá væri meiri tilhneiging til að taka áhættu og sleppa smokkanotkuninni. Einnig kom fram að kyngeta þeirra gæti minnkað við áfengisneyslu og því gæti verið stressandi að setja smokkinn á við þær aðstæður: „Þau byrja kannski að nota smokk og síðan finnur hann að þetta gengur ekkert sérstaklega vel því hann er svo fullur og er ekki að finna fyrir neinu, ákveður að taka hann af“. Auk þess var nefnt að það gæti komið fyrir að fá það [fullnægingu] ekki með smokk og því gæti sú reynsla dregið úr möguleikum á smokkanotkun síðar meir.

Það sem jafnframt var að gera þeim aðstæðurnar við smokkanotkunina erfiðari var að tjá sig um hana: „Ef hún segist vera á pillunni og maður segir að maður vilji nota smokkinn þá gæti það alveg verið tekið sem móðgun til hennar að halda að hún sé með kynsjúkdóm“. Það gat því reynst flókið að ræða málin en mun auðveldara að sleppa því að nota smokkinn.

Þegar kom að því að setja smokkinn á þá gat viðkomandi óttast að eyðileggja „momentið“. „Svo getur það verið svolítið svona eyðileggur „momentið“ ...“. Önnur lýsing af sama toga: „Maður er byrjaður í ákafanum og svo stoppar það smástund“. Þannig verður minni hiti í leiknum. Var „momentinu“ lýst á eftirfarandi hátt: „... þú ert að ná í smokkinn, þú þarft að rífa

utan af honum og þú þarft að setja hann á þig“. Önnur lýsing á „momentinu“: „Ert eitthvað þarna í myrkrinu að finna hvernig hann snýr og vandræðaleg þögn“. Annar nefndi: „Það verður dauðþögn, skilurðu“. Til viðbótar kom fram: „... gæti tekið tíma að ná í hann, ein sekúnda ... er kannski ekki jafnlengi að líða í kannski vissum tilvikum [eins og í „momentinu“]“. Hér var í raun ein sekúnda sem heil eilífð. Því var lýst að feimni gæti skipt máli: „Ef maður er ... feiminn og þá getur það alveg verið smááskorun að taka time out og ná í smokkinn“. Að auki gat „momentið“ verið erfitt ef viðkomandi glímdi við risvandamál: „Það er kannski þessi bið ... meðan þú ert að leita að smokknum og ef þú ert með risvandamál þá kannski bara yfirgefur hann [getnaðarlimurinn] svæðið“. En það voru líka einstaklingar sem lýstu því að „momentið“ væri ekkert mál, sérstaklega ef viðkomandi þekkti manneskjuna. Hjá þeim sem voru ábyrgari í afstöðu sinni til smokkanotkunar kom meðal annars fram þetta viðhorf: „... þetta er bara eins og að vera í bílbelti í bíl, skilurðu þetta tekur enga eða litla stund að setja það á og það eru miklu minni líkur á því að þú deyrir í bílslysi“. Þeir sem virtust hafa meira sjálfsöryggi fannst samræður um smokkanotkun þyrftu alls ekki að eyðileggja stemninguna. Þeir voru með alls kyns hugmyndir um það hvernig væri hægt að ræða um notkun smokka á þægilegan máta. Dæmi um það var: „Ef þú ert í þessum aðstæðum getur þú alltaf spurt spurninguna: á ég að ná í smokkinn?“. Sumir töldu ónauðsynlegt að ræða smokkanotkun því hún væri svo sjálfsögð. Þá gætu þeir bara náð í smokkinn án nokkurra orða.

UMRÆÐA

Til þess að nota smokkinn þarf margt að vera til staðar eins og að hafa greitt aðgengi að honum, ungum mönnum þarf að finnast sjálfsagt að nota hann og þeir þurfa að hafa nægjanlegt sjálfsöryggi og þekkingu til að ráða við notkun hans. Það er ljóst af niðurstöðum rannsóknarinnar að ungir karlmenn geta staðið frammi fyrir mörgum hindrunum varðandi smokkanotkun. Þessar hindranir voru í formi þekkingarleysis, neikvæðra viðhorfa, erfiðleika að nálgast smokkinn og nota hann sem bendir meðal annars til skorts á sjálfstrausti. Hins vegar voru ýmsir þættir sem hvöttu til smokkanotkunar eins og jákvæð viðhorf til smokkanotkunar, þeim finnast mikilvægt að koma í veg fyrir afleiðingar þess að nota ekki smokkinn og almennt að standa með sjálfum sér þegar á hólminn er komið. Þessi ábyrga afstaða til smokkanotkunar vísar til ákveðins vitsmuna-, tilfinninga- og félagsþroska en jafnframt að hafa byggt upp traust og trú á sjálfum sér.

Letjandi þættir smokkanotkunar

Ýmsar niðurstöður þessarar rýnihóparannsóknar benda til þekkingarskorts meðal unglingspilta varðandi smokka sem haft getur áhrif á notkun þeirra. Greint er frá því að smokkar séu þykkir sem gefur til kynna að ungu mennirnir hafi lítt kynnt sér eða prófað mismunandi tegundir smokka með tilliti til þykktar. Einnig nefna þeir að þá vanti betri upplýsingar um heildarnotkun smokka. Það er því ekki nægjanlegt að kenna þeim hvernig smokkurinn þarf að snúa þegar honum er rúllað á getnaðarlim því fara þarf yfir öll skref notkunarinnar. Þessi

atriði sem hér hafa verið rakin sýna nauðsyn þess að fræðsla um smokka þurfi að fjalla um fleira en að þeir komi í veg fyrir kynsjúkdóma og þungun. Aðrar rannsóknir hér á landi og erlendis hafa einnig sýnt fram á að ungu fólki finnst það ekki fá næga kynfræðslu og að breyta megi áherslum hennar en þessar rannsóknir draga þó ekki sérstaklega fram skort á þekkingu varðandi smokkanotkun (Cense o.fl., 2020; Kolbrún Sigurgeirsdóttir o.fl., 2019; Lóa Guðrún Gísladóttir o.fl., 2020; McCormack, 2015).

Í þessari rýnihóparannsókn komu fram neikvæð viðhorf til smokkanotkunar, það væri óþægilegt að nota þá og notkunin dragi úr ánægju kynlífsins. Eigindleg rannsókn Smith og féлага (2012) meðal ungra manna sýndi einnig fram á svipaða niðurstöðu varðandi minni ánægju af kynlífi við smokkanotkun. Önnur eigindleg rannsókn Davis og féлага (2014) meðal ungra karlmanna (21-35 ára) gaf góða lýsingu á því hvernig þeir fóru að því að sannfæra ungar konur um það að kynmök án smokka væru miklu betri og ánægjulegri. Slíkar aðferðir komu ekki fram í þessari rýnihóparannsókn. En rýnihóparannsóknin leiddi einnig í ljós að það voru til staðar ýmsir erfiðleikar við að nálgast smokkinn og þeir töldu smokkinn vera mjög dýran. Síðan þessi rannsókn fór fram þá hafa smokkasjálfsalar verið settir í alla framhaldsskóla. Var sú aðgerð á vegum Embættis landlæknis. Hefur hún væntanlega auðveldað ungum mönnum aðgengi að smokkum. Jafnframt er nú komin sjálfsafgreiðsla í stórmörkuðum. Annað sem ætti að vera einfalt að framkvæma er að foreldrar geri smokkinn aðgengilegan á sínum eigin heimilum og því þurfi ekki að reyna á erfið kaup á smokkum. Jafnframt telja ungu mennirnir að smokkar séu mjög dýrir en í viðræðum við þá kom fram að þeim fannst ekki dýrt ef hver smokkur kostaði 100 krónur. Það verð er hærra en raunverð smokka er til dæmis í Bónus þar sem stykkið er á 55-69 krónur. Í þessari rýnihóparannsókn kom einnig fram að sumir ungir karlmenn virtust eiga í erfiðleikum með að tjá sig við kynlífsfélaga um smokkanotkun. Það bendir til þess að þá skorti þjálfun í að tjá sig þegar á hólminn er komið. Í rannsókn McCormick (2015) kom fram að þeir sem voru í föstum samböndum áttu yfirleitt auðvelt með að ræða um smokkinn en oft reyndust þessar samræður erfiðari þegar um skyndikynni eða nýja kynlífsfélaga var að ræða. Í rannsókn Tschann og féлага (2010) meðal ungs fólks var greint frá mismunandi tjáningaleiðum til að nota smokkinn. Að ræða mögulega áhættu og koma skilaboðum skýrt áleiðis með eða án orða voru árangursríkar leiðir til smokkanotkunar.

Hvetjandi þættir smokkanotkunar

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að þeir ungu karlmenn sem virtust vera öruggari með sjálfan sig reyndust ekki vera í miklum vanda með smokkanotkun. Þeir virtust gera sér grein fyrir þeim mögulegu afleiðingum þess að nota ekki smokk, lýstu jákvæðum viðhorfum til smokkanotkunar og notkunin sjálf virtist ekki vefjast fyrir þeim. Fram komu þau viðhorf hjá ungum karlmönnum í Reykjavík að þeim fannst mikilvægara að koma í veg fyrir óráðgerða þungun en kynsjúkdóma. Þetta viðhorf til varnar þungun kom einnig fram í eigindlegum rannsóknum Breny og Lombardi (2017) og Smith og féлага (2012) meðal ungra karlmanna. Sýnt hefur verið fram á að sjálfstrú skipti miklu máli varðandi smokkanotkun og að kunna að beita samningaleiðum við smokkanotkun spáir hvað mest fyrir um smokkanotkunina (French og Holland, 2013). Þannig geti tjáskiptin verið lykillinn að öruggu kynlífi.

Niðurstöður þessarar rýnihóparannsóknar benda til þess að ef ungir karlmenn hér á landi eigi að öðlast færni í að nota smokka markvisst þurfi að huga að mörgum þáttum. Leita þarf leiða við að byggja upp sjálfstraust einstaklingsins með aukinni þekkingu og færni, til dæmis í tjáskiptum. Fjalla þarf um smokkinn frá upphafi notkunar og þar til hann er fjarlægður auk þess að hafa sýnikennslu í smokkanotkun. Fara þarf í þekkingarleg atriði um smokkinn (tegundir, þykkt, kostnað ...). Taka þarf fyrir neikvæð viðhorf og byggja upp jákvæðni til smokkanotkunar. Leiðrétta þarf þá mytu að smokkar séu allt of dýrir. Hvetja þarf til þess að einstaklingurinn æfi sjálfur smokkanotkun. Jafnframt þarf að fara í alls kyns aðstæður sem geta komið upp og hvernig skuli vinna með þær. Fara þarf í fjölbreyttar æfingar til að byggja upp færni til að tjá sig við kynlífsfélaga á þægilegan hátt. Til að stuðla að kynheilbrigði ungs fólks er að jafnaði lögð áhersla annars vegar á kynfræðslu og hins vegar kynheilbrigðisþjónustu. Í framkvæmdarætlun Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar fyrir Evrópu kemur fram að það eigi að efla notkun getnaðarvarna meðal ungs fólks með góðu aðgengi að þeim, dreifingu smokka og bjóða þeim gæðakynheilbrigðisþjónustu (WHO, 2016). Hins vegar stendur Ísland ekki nægilega vel þegar kemur að kynheilbrigðisþjónstu fyrir ungt fólk samanborið við önnur lönd sem náð hafa góðum árangri (Haldre o.fl., 2012). Stefnumótun hér á landi í kynheilbrigðismálum ungs fólks er nauðsynleg til að stuðla að kynheilbrigði þess (Sóley S. Bender, 2009, 2016a, 2016b).

Styrkleikar og takmarkanir rannsóknarinnar

Helstu styrkleikar rannsóknarinnar felast í því að stjórnandi rýnihópaviðtalanna er reyndur rannsakandi með mikla þekkingu á viðfangsefninu og rýnihópaaðferð (Sóley S. Bender, 2013). Leitaði stjórnandinn margra leiða til að fá fram innihaldsríkar lýsingar og ólík sjónarmið þátttakenda. Í úrtakinu voru ungir karlmenn af höfuðborgarsvæðinu en einnig af landsbyggðinni (Casey og Krugerr, 1994). Stærð rýnihópanna (meðaltal 6 í hóp) var mjög góð að því leyti að auðveldar var að fá alla þátttakendur til að tjá sig um efnið (Dilorio o.fl., 1994). Við gagnagreiningu komu bæði aðalrannsakandi og nemendur að kóðun og flokkun tveggja viðtala til að útbúa greiningaramma (Carter o.fl., 2014). Helstu takmarkanir rýnihóparannsóknarinnar, eins og í öðrum slíkum rannsóknum, fólust í því að við gagnagreiningu reyndist stundum erfitt að greina orðaskil og því var möguleiki að missa af mikilvægu samhengi í orðræðunni. Eins er ekki unnt að alhæfa niðurstöður yfir á unga karlmenn almennt (Leung, 2015).

Ályktanir

Það er margt sem bendir til þess að sjálfsmýnd (s.s. sjálfstrú og sjálfsvirðing) ungra karlmanna skipti miklu máli í tengslum við smokkanotkun. Það er því mjög mikilvægt að byggja upp sterka sjálfsmýnd þeirra með fræðslu og færniþjálfun um smokkanotkun. Niðurstöður rannsóknarinnar kalla því á nauðsyn þess að mennta og þjálf kennara og skólahljúkunarfræðinga til að standa betur að fræðslu um smokka. Jafnframt er mikil þörf á því að styðja við foreldra í uppeldislutverki sínu á sviði kynheilbrigðismála.

ENGLISH SUMMARY

„It is not complicated“ Condom use of young men

Bender, S.S., Johannesdottir, S., Ellertsdottir, S.L.

Aim

Chlamydia is prevalent among young people in Iceland. The main prevention is condom use but limited knowledge is available about this use among Icelandic young men. The purpose of this study is to explore important factors regarding condom use, both facilitators and barriers.

Method

The study is qualitative and is based on focus groups. Purposeful and snow-ball sample methods were used to recruit participants. They were students in two secondary schools, one in Reykjavík and another one in Akureyri. Six focus groups were interviewed. The interviews were typed verbatim and thematically analysed by using the framework analysis method.

Results

Totally 36 young men, in the age group 18-23, participated in the study. The results revealed four themes which were *Fun and prank*, *More comfortable without the condom*, *Strange look and Spoiling the moment*. Through the themes there are descriptions of barriers and facilitators. What mostly hindered condom use was limited knowledge, negative attitudes, difficulties buying and using condoms.

What mostly encouraged condom use were the possible negative consequences of risk behavior, positive attitudes towards condoms and their use which indicated self confidence of participants.

Conclusion

Young men experienced limited discussion about condom use, they lacked information about condoms and role models regarding the use. Teachers and school health nurses in primary and secondary schools in the country need education and training in order to boost young men with better information. Also, parents need support in their child-rearing role regarding sexual- and reproductive health. Improved visibility and accessibility of condoms is needed.

Keywords

Young men, condom use, sexual- and reproductive health, barriers, facilitators.

Correspondent:
ssb@hi.is

HEIMILDIR

- Bender, S.S. og Kosunen, E. (2005). Teenage contraceptive use in Iceland: A gender perspective. *Public Health Nursing*, 22(1), 17-26. doi:10.1111/j.0737-1209.2005.22104.x
- Black, D.S., Sun, P., Rohrbach, L.A. og Sussman, S. (2011). Decision-making style and gender moderation of the self-efficacy-condom use link among adolescents and young adults. *Archives of Pediatric Adolescent Medicine*, 165(4), 320-325. doi:10.1001/archpediatrics.2011.17.
- Breny, J. M., og Lombardi, D. C. (2017). 'I don't want to be that guy walking in the feminine product aisle': a photovoice exploration of college men's perceptions of safer sex responsibility. *Global Health Promotion*, 1-9. doi:10.1177/1757975916679362
- Carter, N., Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Blythe, J. og Neville, A.J. (2014). The use of triangulation in qualitative research. *Oncology Nursing Forum*, 41(5), 545-547. doi: 10.1188/14.ONF.545-547
- Casey, M. A. og Krueger, R. A. (1994). Focus group interviewing. Í H. J. H. MacFie og D. M. H. Thomson (ritstj.), *In Measurement of food preferences* (bls. 77-96). Springer, Boston, MA.
- Cense, M., de Grauw, S. og Vermeulen, M. (2020). 'Sex is not just about ovaries'. Youth participatory research on sexuality education in the Netherlands. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17, 8587. doi:10.3390/ijerph17228587
- Chernick, L.S., Siden, J.Y. og Dayan, P.S. (2019). A qualitative assessment to understand the barriers and enablers affecting contraceptive use among adolescent male emergency department patients. *American Journal of Men's Health*, 13(2), 1-11. doi: 10.1177/1557988319825919
- Crosby, R. og Yarber, W.L. (2001). Perceived versus actual knowledge about correct condom use among U.S. adolescents: results from a national study. *Journal of Adolescent Health*, 28, 415-420. doi: 10.1016/s1054-139x(00)00213-5
- Davis, K.C., Schraufnagel, T.J., Kajumulo, K.F., Gillmore, A.K., Norris, J. og George, W.H. (2014). A qualitative examination of men's condom use attitudes and resistance: 'It's just part of the game'. *Archives of Sexual Behavior*, 43, 631-643. doi 10.1007/s10508-013-0150-9
- Dilorio, C., Hockenberry-Eaton, M., Maibach, E. og Rivero, T. (1994). Focus groups: An interview method for nursing research. *Journal of Neuroscience Nursing*, 26(3), 175-180. doi: 10.1097/01376517-199406000-00013
- French, S.E. og Holland, K.J. (2013). Condom negotiation strategies as a mediator of the relationship between self-efficacy and condom use. *Journal of Sex Research*, 50(1), 48-59. doi:10.1080/00224499.2011.62697
- Gale, N. K., Heath, G., Cameron, E., Rashid, S. og Redwood, S. (2013). Using the framework method for the analysis of qualitative data in multi-disciplinary health research. *BMC Medical Research Methodology*, 13(1), 117. doi.org/10.1186/1471-2288-13-117
- Hadley, W., Brown, L.K., Lescano, C.M., Kell, H., Spalding, K., DiClemente, R., Doneneberg, G., Project STYLE Study Group. (2009). Parent-adolescent sexual communication: Associations of condom use with condom discussions. *AIDS Behaviour*, 13, 997-1004. doi 10.1007/s10461-008-9468-z
- Haldrup, K., Part, K. og Ketting, E. (2012). Youth sexual health improvement in Estonia, 1990-2009: The role of sexuality education and youth-friendly services. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 17: 351-362. doi:10.3109/13625187.2012.696751
- Henry, D.B., Schoeny, M.E., Deptula, D.P. og Slavick, J.T. (2007). Peer selection and socialization effects on adolescent intercourse without a condom and attitudes about the costs of sex. *Child Development*, 78(3), 825-838. https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2007.01035.x
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jästad, A., Cosma, A. ... Samdal, O. (ritstj.). (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) survey in Europe and Canada. *International Report*. Volume 2. Key data. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. file:///C:/Users/USER/Downloads/9789289055017-eng%20(3).pdf
- Kolbrún Sigurgeirsdóttir, Þórður Kristinsson og Þorgerður Einarsdóttir (2019). Kynlífsmenning framhaldsskólana frá sjónarhorni ungra karla. *Netla – veltimarit um uppeldi og menntun*. doi:10.24270/netla.2019.9
- Leung, L. (2015). Validity, reliability and generalizability in qualitative research. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 483, 324-327. doi: 10.4103/2249-4863.161306
- Lóa Guðrún Gísladóttir, Ragný Þóra Guðjohnsen og Sóley S. Bender (2020). „Stelpan er einhvern veginn hlutur, hún á að ... gegna okkur“. Sýn ungra karlmanna á kynheilbrigði og #MeToo byltinguna. Í Elín Björk Jóhannsdóttir, Kristín I. Pálsdóttir og Þorgerður H. Þorvaldsdóttir (ritstj.). *FlétturV* (bls. 153-177). Reykjavík: RIKK-Rannsóknastofnun í jafnréttisfræðum og Háskólaútgáfan.
- Madriz, E. (2000). Focus groups in feminist research. Í N.K. Denzin og Y.S. Lincoln (ritstj.), *Handbook of qualitative research* (2. útg.) (bls. 835-850). London: Sage.
- McCormack, M. (2015). 'Young people's attitudes toward and discussion of safe sex and condom use'. *Project Report*. Durham University. DOI: 10.13140/RG.2.1.2002.6962
- Millhausen, R.R., McKay, A., Graham, C.A., Sanders, S.A., Crosby, R.A., Yarber, W.L. og Wood, J. (2018). Do associations between pleasure ratings and condom use during penile-vaginal intercourse vary by relationship type? A study of Canadian university students. *The Journal of Sex Research*, 55(1), 21-30. https://doi.org/10.1080/00224499.2017.1298713k
- Noar, S.M., Carlyle, K. og Cole, C. (2006). Why communication is crucial: meta-analysis of the relationship between safer sexual communication and condom use. *Journal of Health Communications*, 11(4), 365-390. doi 10.1080/10810730600671862
- Sigurbjörg Lind Ellertsdóttir og Snæfríður Jóhannesdóttir (2018). „Þetta er þínu eins og að fara í fótabað í stígvélum“. Rýnihöparannsókn á viðhorfum unglingspíla til smokkanotkunar. Óbirt BS-ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Smith, J., Jennifer, F., Skinner, S. R., Hallett, J., Merriman, G. og Marshall, L. (2012). Sex, condoms and sexually transmissible infections: A qualitative study of sexual health in young Australian men. *Archives of Sexual Behavior*, 41, 487-495. doi:10.1007/s10508-010-9664-6
- Sóley S. Bender. (2009). Nýjar áherslur í ráðgjöf um getnaðarvarnir, ungt fólk þarf breytta þjónustu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85(1), 44-47. https://www.hirsia.lsh.is/handle/2336/52474?locale-attribute=is
- Sóley S. Bender. (2013). Samræður í rýniþópum. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (99-312). Akureyri: Ásprent Still ehf.
- Sóley S. Bender (2016a). Kynheilbrigði unglinga- Ábyrgt kynlíf. Í Guðrún Kristjánsdóttir, Sigrún Aðalbjarnardóttir og Sóley S. Bender (ritstjórnar). *Ungt fólk- Tekist á við tilveruna*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Sóley S. Bender (2016b). Kynhegðun unglinga- snemma byrjað að stunda kynlíf. Í Guðrún Kristjánsdóttir, Sigrún Aðalbjarnardóttir og Sóley S. Bender (ritstjórnar). *Ungt fólk- Tekist á við tilveruna*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Tokunga, R.S., Wright, P.J. og Vangeel, L. (2020). Is pornography consumption a risk factor for condomless sex? *Human Communication Research*, 46, 273-299. doi:10.1093/hcr/hqaa005
- Tschann, J.M., Flores, E. de Groat, C.L., Deardorff, J. og Wibbelsman, C.J. (2010). Condom negotiation strategies and actual condom use among latino youth. *Journal of Adolescent Health*, 47, 254-262. doi:10.1016/j.jadohealth.2010.01.018
- WHO (World Health Organization). (2016). *Action plan for sexual and reproductive health*. Kaupmannahöfn: WHO, Evrópa. https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/322275/Action-plan-sexual-reproductive-health.pdf
- Wright, P.J., Herbernick, D. og Pau, B. (2020). Adolescent condom use, parent-adolescent sexual health communication and pornography: Findings from a U.S. probability sample. *Health Communication*, 35(13), 1576-1582. doi:10.1080/10410236.2019.1652392
- Þórólfur Guðnason, Már Kristjánsson, Baldur Tumi Baldursson, Elísabet Reykdal Jóhannesdóttir og Ragnhildur Sif Hafstein. (2018). *Kynsjúkdómar á Íslandi – greinagerð og tillögur um aðgerðir*. Reykjavík: Velferðarráðuneytið.

Lausasölulyf við svefnvandamálum og kvíða

Raunhæfur kostur til að draga úr svefnlyfjanotkun



Sefitude getur stýtt tímann við að sofna og bætt svefngæði. Lyfið inniheldur útdrátt úr garðabruðurót, en róandi áhrif jutarinnar hafa verið staðfest í klínískum samanburðar-rannsóknum. Sefitude hefur þekkta GABA virkni og hafa klínískar rannsóknir sýna sambærilega virkni garðabruðurótar og lágskammta oxazepam en garðabruðurót þolist mun betur.*

Sefitude er hvorki sljógvandi né ávanabindandi og er skráð í sérlyfjaskrá. Sefitude er lausasölulyf og fæst í öllum apótekum.

Viðurkennt jurtalyf við svefntruflunum og vægum kvíða. Sefitude inniheldur útdrátt af garðabruðurót (445mg/tafla) og fæst án lyfseðils. Notkun við svefntruflunum: 1 tafla ½-1 klst fyrir svefn fyrir 12 ára og eldri. Notkun við vægum kvíða: 1 tafla 1-3 sinnum á dag fyrir fullorðna og 1 tafla 1-2 á dag fyrir 12-18 ára. Hámarksskammtur fyrir 12-18 ára eru 2 töflur en 4 töflur fyrir fullorðna. Ekki ætlað yngri en 12 ára, þunguðum konum eða konum með barn á brjósti. Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efnum eða öðrum innihaldsefnum. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast á sérlyfjaskrá.is. Dags. síðustu samþykktar um eiginleika lyfs: jan 2019. Florealis ehf, info@florealis.com.

*Ziegler G. et al. (2002). Eur. J. Med. Res. 7(11), 480-6.



FLOREALIS

Tímamótarannsókn í baráttunni við sýklalyfjaónæmi

61% kvenna með þvagfærasýkingu náðu fullum bata með Lyngonia*



Tvíblind, slembiröðuð samanburðarrannsókn með lyfleysu sem leidd var af læknum Háskólasjúkrahúsa í Þýsklandi sýndi fram á að með notkun Lyngonia* sem upphafsmeðferð við þvagfærasýkingum hjá konum fækkaði sýklalyfjaávísunum um 63,6%.

Lyngonia er ætlað til meðferðar við endurteknum þvagfærasýkingum hjá konum. Lyfið hefur bakteríudrepandi verkun og verkar staðbundið í þvagrás. Fæst án lyfseðils.

Virka efnið: Arbútín. Hver tafla inniheldur 361-509 mg af þurru útdrætti af *Arctostaphylos uva-ursi* (sortulyngslauf), sem jafngildir 105 mg af hydρόκινόναfleiðu reiknað sem vatnsfrítt arbútín. **Ábending:** Jurtalyf sem hefið er fyrir, notað til að draga úr einkennum vægrar, endurteknar sýkingar í neðri hluta þvagfæra, svo sem brunatilfinningu við þvaglát og/eða auknum þvaglátum hjá konum, eftir að alvarleg veikindi hafa verið útilokuð af lækni. Þetta lyf er jurtalyf sem hefið er fyrir og tilgreinda ábendingin fyrir notkun þess er eingöngu byggð á langri sögu um notkun lyfsins. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir innihaldsefnum eða truflun á nýrnastarfsemi. **Markaðsleyfishafi:** Florealis ehf. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá - www.serlyfjaskra.is. Samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) dags. 07. júní 2019. Ef óskað er eftir frekari upplýsingum er hægt að hafa samband á info@florealis.com. Rannsóknin var framkvæmd samkvæmt gildandi reglum um klínískar rannsóknir.

Heimild: Ildikó G, et al. *Clin Microbiol Infect.* 2021; 27 (10): 1441-1447.

*Lyngonia er markaðsett undir heitinu Arctuvan í Þýskalandi



FLOREALIS



FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímann
897 2468



Hálf dán
898 5765



Kristín
699 0512



Ólöf
898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

www.uth.is | uth@uth.is





FÆTUR TOGA



 **BROOKS**

15%

afsláttur fyrir
heilbrigðisstarfsfólk
af öllum vörum í
verslunum

Verð kr. 21.990

Ghost 14 eru mest verðlaunuðustu hlaupaskór í heiminum undanfarin 13 ár. Ghost eru mjúkir með mikla höggdempun, góðan hæl kappa og frábæra öndun. Þetta ásamt grófmunstruðum veltisóla gerir Ghost að frábærum vinnuskóm á hörðu gólfi. Til í nokkrum litum.



 **BROOKS**

Við aðstoðum
við val á skóm
eftir fótlagi
og niðurstigi

Verð kr. 27.990

Glycerin 20 er nýjasta uppfærslan á þessum vinsælu skóm frá Brooks. Skórnir eru einstaklega höggdempandi, mjúkir og eru því mjög þægilegir. Skórnir eru með nýjustu útgáfu af af DNA Loft V3 í miðsólanum sem er mýksta dempunarefni Brooks hingað til.