

Tímarit

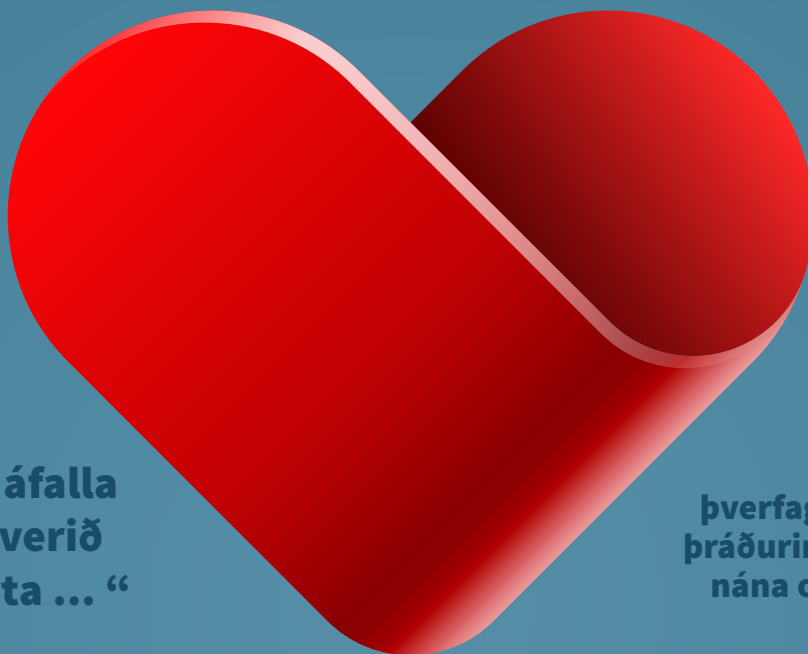
HJÚKRUNARFRÆÐINGA

The Icelandic Journal of Nursing | 3. tbl. 2022 | 98. árgangur

„Við viljum efla fólk til að hjálpa sér sjálft, ...“

„Þar stóð upp úr hversu brýnt trúnaðarmönnum hjúkrunarfræðinga finnst skorta faglegan stuðning í starfi og að sett séu mönnunarviðmið.“

„Laun skipta líka máli, ...“



„Afleiðingar áfalla í starfi geta verið samúðarþreyta ...“

„Heildræn og þverfagleg hjúkrun er rauði þráðurinn á deildinni og þessi nána og góða teymisvinna er bjargráð.“

ÞIÐ ERUÐ HJARTAD Í HEILBRIGÐISKERFINU

„Þær fá margar hjartsláttartruflanir, hafa farið til hjartalækna, ... ómun á hjarta og það finnst ekki neitt, ...“

... 95% hjúkrunarfræðinga sem settu hækkun grunnlauna í fyrsta sæti, ...

„Ljóst er að fjölga þarf enn frekar þeim sem útskrifast úr námi í hjúkrunarfræði hér á landi.“

lindex.is

Sterkari saman

LINDEX

Efnisyfirlit

38



34



20



14



8



30



- 2 Ritstjóraspjall
- 4 Pistill formanns Fih
- 6 Minning – Hildur Einarsdóttir hjúkrunarfræðingur
- 8 **Viðtal – Ingibjörg Hrefna Björnsdóttir**, hjúkrunarfræðingur flutti til Grænlands og segir frá sinni reynslu sem hjúkrunarfræðingur í einangruðum smábæ
- 12 Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands heitir nú Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild
- 14 **Viðtal – Runólfur Pálsson**, forstjóri Landspítala
- 20 **Viðtal – Katrín Ösp Jónsdóttir** hjúkrunarfræðingur um samúðarþreytu
- 24 Lífið er ævintýri
- 26 Rapportíð slær í gegn
- 28 Dagur byltuvarna
- 30 **Sportið – Alma Rún Vignisdóttir** stundar bæði stang- og skotveiðar
- 34 **Viðtal – Harpa Lind Hilmarsdóttir** hjúkrunarfræðingur og **Hanna Lilja Oddgeirsdóttir** sérnámslæknir starfa á Gynamedica sem er lækninga- og heilsumiðstöð fyrir konur á breytingaskeiði
- 38 **Viðtal –** kvenheilsuteymi Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
- 41 100 ára afmælisráðstefna SSN í Kolding
- 44 Nemarnir **Eydís, Orri og Carolin**
- 47 Hjúkrunarfræði fyrir fólk með annað háskólapróf
- 48 Ráðstefna ENDA á Selfossi
- 50 **Viðtal – Hulda Steingrimsdóttir** umhverfisstjóri Landspítala
- 54 Líknarmeðferð og líknarþjónusta á Íslandi
- 58 **Viðtal – Ólöf Ásdís Ólafsdóttir** aðstoðardeildarstjóri á líknardeild Landspítala
- 60 Kraftur og samhljómur á kjararáðstefnu Fih á Selfossi
- 64 Helstu niðurstöður kjarakönnunar Fih
- 66 Hjúkrun – grunnstöð heilbrigðiskerfisins. Þróun mönnunar í hjúkrun á Landspítala
- 77 **Ritrynd grein:** Áhrif gjörgæslulegu barns á líðan foreldra
- 86 **Ritrynd grein:** Próffræðilegir eiginleikar íslenskra þýðinga á alþjóðlegum mælitækjum fyrir eldra fólk sem býr heima

Hormón sem geta komið til bjargar



Alþjóðlegur dagur breytingaskeiðsins var haldinn í fyrsta skipti á Íslandi þann 18. október. Í ár var yfyrskrift dagsins á heimsvísu heilapoka og minnisleysi.

Ég hafði aldrei heyrt á það minnst að konur færu á ákveðið skeið milli fertugs og fimmtugs þegar ég var unglingur og móðir mín tók á það ráð að opna allt húsið upp á gátt í tíma og ótíma. Henni varð skyndilega svo heitt! Pabbi svaf með húfu og ullarteppi ofan á sænginni á meðan eiginkonan var að kafna úr hita á Evuklæðunum. Heitt og sveitt, ekkert annað situr í minningunni en fáklædd móðir sem skrúfaði niður í öllum ofnum á meðan aðrir á heimilinu voru kappklæddir undir teppi. Hormónalyf komu til bjargar og þá hlýnaði öllum og mamma varð alsæl. Var breytingaskeiðið tabú þar til nýlega? Nú er ég hálfnuð með æviskeiðið, ef ég næ því að verða níræð, og hlýt að fara að fá einkenni. Sumar konur verða ekki varar við neitt á meðan aðrar kveljast, ef til vill bæði andlega og líkamlega árum saman, ganga jafnvel á milli lækna sem finna ekkert að þeim. Þessi óvelkomnu einkenni breytingaskeiðsins er hægt að meðhöndla en þá þurfa konur líka að þekkja einkenni breytingaskeiðsins, ekki bara að því fylgi hita- og svitakóf sem líði hjá á endanum.

Það er óhætt að segja að það sé vitundarvakning hér á landi um breytingaskeiðið og konur í mínum vinarhópi eru að uppgötva að hjartsláttartruflanir, minnisleysi og skyndileg depurð sem þær upplifa er líklega ekki alvarlegur sjúkdómur heldur einkenni breytingaskeiðsins. Þvílíkur léttir! Og svo er hægt að fá hormóna við þessu skeiði og lífið verður gott aftur.

Í þessu tölublaði er viðtal við þær Hörpu Lind og Hönnu Lilju hjá Gynamedica sem er lækninga- og heilsumiðstöð fyrir konur sem býður upp á heilðræna fræðslu, ráðgjöf og meðferð fyrir konur á breytingaskeiði. Þær segja að andleg einkenni séu lítið

viðurkennd sem einkenni breytingaskeiðsins og að það dugi ekki að gefa þunglyndislyf við depurð af völdum hormónaskorts því koma þurfi jafnvægi á hormónin. Estrógenhormón koma til bjargar en Hanna Lilja segir í viðtalinu að þegar estrógenið lækki þá hækki kólesterólið hjá konum, æðaveggirnir stífni og konur geti fengið hjartaáfall sem sé ein algengasta dánarorsök kvenna. Þetta er því ekkert grínskeið og ber að taka alvarlega. Og það sem mér þótti sérstaklega athyglisvert er að samkvæmt þeim stöllum hjá Gynamedica er öruggara að byrja á hormónauppbótarmeðferð áður en maður hættir á blæðingum. Fögnum þessari vitundarvakningu og höldum áfram að tala um einkenni skeiðsins sem allar konur, sem lifa nógu lengi, ganga í gegnum á lífsleiðinni.

Við fjöllum líka um samúðarþreytu sem er hugtak sem nýlega skaut upp kollinum má segja. Katrín Ösp hjúkrunarfræðingur segir í viðtali í blaðinu að það séu áhættuþættir þegar fólk verður ítrekað vitni að þjáningu, sorg og áföllum annarra. Mjög áhugaverð lesning eins og viðtalið við Runólf Pálsson sem stýrir nú Landspítalaskútunni og grein um mönnunarvandann á spítalanum.

Kjarabarátta hjúkrunarfræðinga er fram undan og ég hvet alla hjúkrunarfræðinga til að lesa niðurstöður kjarakönnunar Fih sem koma eflaust fáum á óvart og grein um kjararáðstefnu sem félagið hélt á Selfossi á dögunum.

Áfram hjúkrunarfræðingar, þið eruð hjartað í heilbrigðiskerfinu og eigið allt það allra besta skilið!



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

Útgefandi: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga

Ritstjóri og ábyrgðarmaður: Sigríður Elin Ásmundsdóttir
Ritnefnd: Þórunn Sigurðardóttir, Sólvi Sveinsson, Þorgerður Ragnarsdóttir
Ritstjóri ritrýndra greina: Sigrún Sunna Skúladóttir
Ritnefnd ritrýndra greina: Kristín Linda H Hjartardóttir, Páll Biering, Þóra Jenny Gunnarsdóttir

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



ALVOFEN EXPRESS | VIÐ VERKJUM, BÓLGU OG HITA

- INNIHELDUR ÍBÚPRÓFEN
- MJÚK HYLKI TIL INNTÖKU
- VERKAR HRAÐAR EN ÍBÚPRÓFEN TÖFLUR

Alvofen Express 400 mg mjúk hylki. Ábendingar: Alvofen Express er ætlað til notkunar hjá fullorðnum og börnum eldri en 12 ára. Lyfið er ætlað til meðferðar gegn einkennum gigtar- eða vöðvaverkja, bakverks,

taugaverkja, migrenis, höfuðverks, tannverks, tíðaverkja, kvæfs með hita og influensu. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfisins. Leitið til læknis eða

lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.

FÆST ÁN LYFSEDILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is





Sanngirni

Það er rík ástæða til að horfa jákvæðum augum á komandi vetur. Í byrjun október stóð félagið fyrir sinni fyrstu kjararáðstefnu og er varla hægt að lýsa kraftinum, styrknum og samstöðunni sem var í loftinu þegar hátt í 80 trúnaðarmenn af öllu landinu komu saman.

Markmiðið er skýrt. Stjórnvöld hafa í áratugi leyft sér að borga hefðbundnum kvennastéttum færri krónur en körlum. Þetta er augljóst þegar hóparnir eru bornir saman. Það er okkar markmið að breyta þessu. Hjúkrunarfræðingar eru ómissandi í heilbrigðiskerfinu og skipta sköpum í þjóðfélaginu. Nú er það okkar sameiginlega verkefni að minna á að þau gömlu gildi sem ranga verðmætamatið byggir á, eigi ekkert erindi inn í næstu kjarasamninga.

Það kemur skýrt fram í kjarakönnuninni, sem lesa má nánar um hér inni í blaðinu, að hækka þarf grunnlaun. Það er ljóst að peningarnir eru til því hingað til hefur verið hægt að borga háar fjárhæðir til að plástra sárið. Nú þurfa yfirvöld að horfa með kjarki til framtíðar og forgangsraða fjármagninu til að leysa vandann. Það virðist alla vega ekki vera neinn skortur á frábærum leiðtogum í hjúkrun á Íslandi, það var augljóst á kjararáðstefnunni og líka á nýliðinni ráðstefnu European Nurse Directors Association (ENDA) sem haldin var í september. Það er engin tilviljun að þessi ráðstefna Evrópskra stjórnenda og leiðtoga í hjúkrun var haldin á Íslandi, hjúkrunarfræðingar á Íslandi eru mjög framarlega á heimsvísu er einmitt núna forseti samtakanna íslenskur hjúkrunarfræðingur.

En það er ljóst að huga þarf að öllum hlekkjum í íslensku heilbrigðiskeðjunni. Í mínum huga er það skýrt að án hjúkrunarfræðinga er ekkert heilbrigðiskerfi, án hjúkrunarstjórnenda starfa engar heilbrigðisstofnanir og án sérfræðinga er ekki hægt að mennta hjúkrunarfræðinga.

Niðurstaða nýafstaðinnar kjarakönnunar þarf ekki að koma neinum á óvart og er í takt við niðurstöður annarra kannana sem Fih hefur gert undanfarin ár. Hjúkrunarfræðingar upp til hópa eru almennt ánægðir í starfi og vilja sinna hjúkrun. Á sama tíma hafa tveir þriðju íhugað af alvöru að segja upp störfum á síðustu tveimur árum, iðulega vegna álags og kjara.

Þess vegna er staðan í dag svo bagaleg. Það skýtur svo skökku við að hafa svo mikilvæga fagstétt sem vill gjarnan vinna við það sem hún menntaði sig til en starfsumhverfið í sinni víðustu mynd virðist ekki ætla, enn og aftur, að styðja það. Þetta er ekki flókið, við viljum að stéttin sé metin að verðleikum. Við erum öflug fagstétt sem fær ekki kjör í samræmi við menntun, ábyrgð og álag í starfi. Það sem við förum fram á er sanngirni og réttmæti.

Það eru margir hjúkrunarfræðingar sem hafa áhyggjur af komandi kjaraviðræðum og er það skiljanlegt miðað við allt sem á undan er gengið í kjaramálum hjúkrunarfræðinga. En það er enginn leið að spá fyrir um framtíðina. Verkefnið verður þó spennandi og við nálgumst það með jákvæðum hætti. Alla vega fellur núverandi gerðardómur úr gildi 1. apríl næstkomandi og vona ég svo innilega að við verðum komin á fullt við samningaborðið á þeim tíma. Það verður áhugavert að sjá hvað okkur býðst og hverju við komum til með að ná fram. Eitt er þó víst að með sameinuðum krafti og samstöðu stéttarinnar, trúi ég að við náum hvað lengst.

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.

Minning



Með kollegum á leið í Hörpu á 100 ára afmæli Fih

Hildur Einarsdóttir hjúkrunarfræðingur

Fædd 26. janúar 1958

Þann 5. september síðastliðinn kvaddi Hildur Einarsdóttir hjúkrunarfræðingur þetta jarðlíf og er stórt skarð hoggið í okkar hóp við ótímabært fráfall hennar.

Hildur lauk BS-prófi í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands árið 1983 og 1991 meistaraprófi í hjúkrun frá Madison, Wisconsin í Bandaríkjunum. Jafnframt var hún með sérfræðileyfi í hjúkrun langveikra frá Embættis landlæknis frá 2004, með áherslu á hjúkrun nýrnasjúklinga.

Hildur var snemma virk í félagsstarfi hjúkrunarfræðinga, fyrst með Félagi háskólamenntaðra hjúkrunarfræðinga, sem síðan sameinaðist Hjúkrunarfélagi Íslands í núverandi Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga árið 1994. Hjúkrunarfræðingar eiga Hildi mikið að þakka en af einstakri trúmennsku sinnti hún ýmsum störfum fyrir félagið af mikilli einurð og festu. Í áratugi vann hún ötullega að hagsmunabaráttu hjúkrunarfræðinga, með störfum sínum í kjaranefnd en hún sat einnig í stjórn félagsins, stjórnun Starfsmenntunarsjóðs, Styrktarsjóðs og ekki síst Vinnudeilusjóðs. Um hann stóð hún sterkan vörð í áratug og tryggði að þar væri til nægt fé til að styðja hjúkrunarfræðinga fjárhagslega, ef til verkfalls kæmi.

Hildur var ötull talsmaður framþróunar í hjúkrun og munu hjúkrunarfræðingar njóta hennar áhrifa um ókomna tíð. Sem dæmi um frumkvöðlahæfileika hennar stóð Hildur fyrir stofnun fagdeildar nýrnahjúkrunarfræðinga árið 2011 og var m.a. fyrsti formaður deildarinnar. Hún var framsýn og lét ávallt að sér kveða á fundum félagsins með uppbyggilegum og rökstuddum athugasemdum. Hildur var skýr í sinni afstöðu, skodanaföst og alltaf með hagsmuni hjúkrunarfræðinga að leiðarljósi. Réttlætiskennnd hennar var sterk.

Framlag Hildar var ekki síður mikið þegar kom að fagmálum þar sem leiðtogaþæfileikar hennar nutu sín en Hildur átti sæti í stjórn Vísindasjóðs um tíma, tók þátt í umbótavinnu innan félagsins og starfaði með fræðslunefnd, svo eitthvað sé nefnt. Jafnframt lét hún líka mikið að sér kveða í baráttumálum sérfræðinga í hjúkrun og var einn helsti leiðtogi þess hóps.

Hjúkrunarfræðingar og Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga eiga Hildi mikið að þakka fyrir ómetanleg störf í þágu hjúkrunarfræðinga.

Blessuð sé minning Hildar Einarsdóttur, sérfræðings í hjúkrun.

Guðbjörg Pálsdóttir
Formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Vantar þig öflugan **LIÐSTYRK?**



NUTRILENK Gelið

Frábær viðbót við Nutrilenk Gold. Gelið má nota bæði á vöðva og á liði. Gott bæði fyrir og eftir hreyfingu.

NUTRILENK Active

Bætiefni sem fyrst og fremst er ætlað þeim sem þjást af minnkuðum liðvökva. Virkar vel með Nutrilenk Gold.



NUTRILENK Gold

Mest selda liðbætiefni á Íslandi. Virkar sem byggingarefni fyrir brjósk sem byrjað er að eyðast.

Mest selda **LIÐBÆTIEFNI** á Íslandi

Einangraða lífið á Grænlandi heillandi og eftirsóknarvert

Ingibjörg Hrefna starfaði á sjúkrahúsi í smábæ á Grænlandi

Viðtal: Sigríður Elín Ásmundsdóttir / Myndir: Úr einkasafni



Ingibjörg Hrefna Björnsdóttir er hjúkrunarfræðingur á deild 11B sem er dag- og göngudeild blóð- og krabbameinslækninga. Ingibjörg nam hjúkrunarfræði í Kaupmannahöfn og eftir að hafa starfað á Ríkisspítalanum í fjögur ár ákvað fjölskyldan að flytja til Grænlands. Eiginmaðurinn hafði numið eskimóafræði, eins og það hét þá, í Kaupmannahafnarháskóla. Hann fékk vinnu á héraðssafninu í Sisimiut sem er annar stærsti bær Grænlands og Ingibjörg hóf störf á hérðassjúkrahúsi í bænum. Ingibjörg segir að ólík menning þar sem til að mynda ofbeldi og sjálfsvíg voru algengari en í því samfélagi sem hún kom úr, auk úrræðaleysis gagnvart skjólstaðingum, hafi reynst henni erfiðast á nýjum slóðum. Grænland fangaði engu að síður hjarta hennar og eftir að hafa flust þangað búferlum tvisvar sinnum er fjölskyldan flutt heim til Íslands. Ritstýran hitti Ingibjörgu á Kjarvalsstöðum og fékk að heyra um Grænlandsævintýrin og áskoranirnar yfir rjúkandi kaffibolla.

„Árið 2017 þegar ég kom heim frá Grænlandi í annað sinn hóf ég störf hjá Háskólanum, þar var ég að vinna í rannsókn sem heitir „Blóðskimun til bjargar“. Í febrúar á þessu ári hætti ég í því starfi og fór til Grænlands í nokkra mánuði til að vera í nálægð við elsta son minn,“ segir hún en Ingibjörg og eiginmaður hennar, Ólafur Rafnar Ólafsson, eiga þrjá syni, þá Björn, Úlf og Hrafn. „Hann var þar á þriðja ári í menntaskólanámi í Norður-Atlantshafsbekknunum, maðurinn minn og yngri synirnir komu svo út til okkar í apríl og Björn varð stúdent í lok júní. Ég kom til Íslands aftur í ágúst og hóf störf á Landspítalanum.“

Ekki hægt að yfirgefa þorpið nema með bát eða flugi

Það má segja að Ingibjörg sé reglulega með annan fótinn á Grænlandi, fjölskyldan flutti alfarið heim til Íslands árið 2017 en Ingibjörg segist nokkrum sinnum síðan þá hafa skroppið til Grænlands til þess að taka vinnutarnir á héraðssjúkrahúsinu í Sisimiut. En hvað er það við Grænland sem togar í hana, hvers vegna fer hún alltaf aftur? „Það eru án efa rólegheitin í þessum yndislega smábæ sem ég sæk í, þar búa einungis um 5.500 manns og bærinn því ekkert mikið stærri en Ísafjörður og í rauninni er margt ekki svo ósvipað. Þetta er mjög einangrað samfélag og það er til að mynda ekki hægt að fara til næsta bæjar sem er í um 150 km fjarlægð nema með bát eða flugi. Það er ekki hægt ekki keyra á milli neinna bæja á Grænlandi þannig að hver bær er má segja séreining. Mér finnst þetta einangraða líf heillandi og eftirsóknarvert og svo er náttúran þarna alveg einstök, mikil kyrrð og fegurð,“ segir Ingibjörg hugsi og það fer ekki á milli mála að smábærinn Sisimiut á Grænlandi á sérstakan stað í huga hennar.

Úrræðaleysi og valdbeiting olli andlegri vanlíðan

Ingibjörg lærði hjúkrun í Kaupmannahöfn en hvers vegna þar? „Ég flutti til Kaupmannahafnar árið 1999 því mig langaði að breyta til í lífinu og gera eitthvað nýtt. Þegar ég var búin að vinna þar í um ár rakst ég á auglýsingu þar sem boðið var upp á eins árs fornám fyrir nám í hjúkrunarfræði. Ég ákvað að slá til því ég vissi að það vantaði hjúkrunarfræðinga og mig langaði að mennta mig meira. Ég hafði unnið nokkur sumur á röntgendeild á Landspítala þegar ég var ung og held að þá hafi áhuginn á hjúkrun kviknaði, mér fannst þetta heillandi starf og spítalaumhverfið einnig,“ segir hún einlæg. Eftir að Ingibjörg útskrifaðist starfaði hún í nokkra mánuði á lokaðri geðdeild en á þeim tíma stefndi hugarinn á sérnám í geðhjúkrun. Þau plön breyttust og hún hætti á geðdeildinni og fór að vinna á blóðmeinaeild á Ríkisspítalanum í Kaupmannahöfn. „Mér fannst starfsumhverfið á geðdeildinni of erfitt andlega, á þessum tíma, ég starfaði þar árið 2005, var mikil valdbeiting,



Fjölskyldan á fermingardegi elsta sonarins

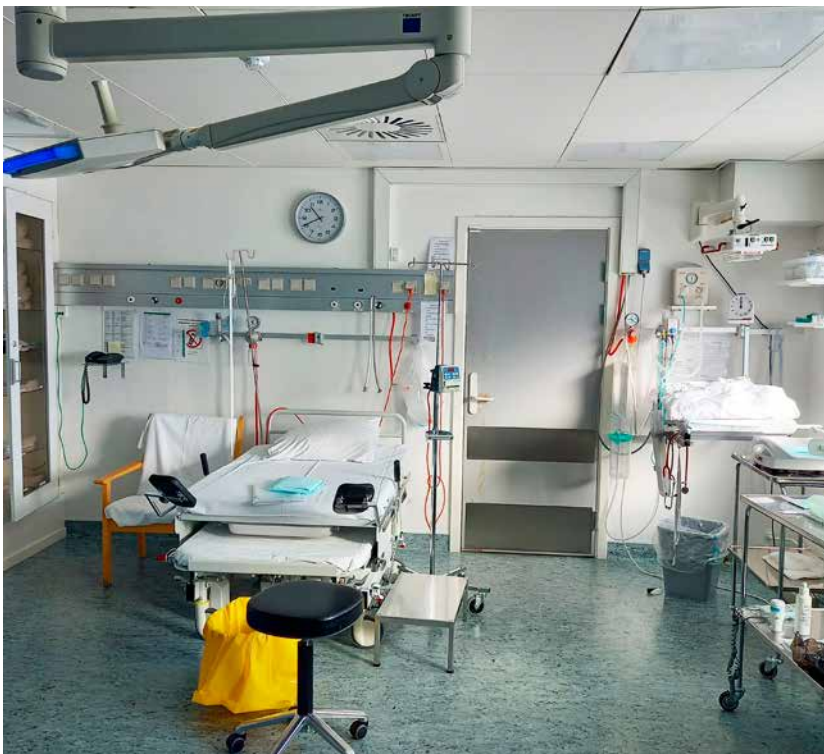
lítil von og fá úrræði í boði fyrir skjólstæðingana á deildinni. Ég tók það nærri mér og fann að það hentaði mér ekki að vinna á deild þar sem sjúklingar áttu litla von, en þetta var í Kaupmannahöfn fyrir nærri tuttugu árum síðan og staðan er örugglega og vonandi betri í dag. Ég vann á Ríkisspítalanum í Kaupmannahöfn í fjögur ár, frá 2005 til 2009, en þá ákváðum við hjónin að fara til Grænlands í fyrsta sinn. Okkur hafði lengi langað til að fara þangað og maðinn minn langaði að nýta sér sína menntun í eskimóafraði, á Grænlandi. Það lá því beinast við að við myndum láta drauminn rætast og flytja til Grænlands. Langflestir sem flytja til Grænlands vegna starfa eru ráðnir áður en þeir koma. Í mínu tilvikinu skaffaði vinnuveitandinn húsnæði, sendi fólk til að pakka niður búslóðinni fyrir okkur og koma henni í skip og keypti flugmiða,“ útskýrir Ingibjörg og bætir við að þetta sé leið til að fá fólk til að koma til starfa á stöðum sem oft er erfitt að manna. Þetta eigi einnig við um kennara og fleiri stéttir sem vinna hjá Sjálfstjórninni.

Ólíkir menningarheimar og engin áfallahjálp í boði

Ingibjörg hóf störf á héraðssjúkrahúsinu daginn eftir komuna til Grænlands þar sem tók við allt annað starfsumhverfi en hún var vön þegar hún starfaði á Ríkisspítalanum í Kaupmannahöfn þar sem allt var miklu stærra í sniðum. „Þetta var gjörólíkt, það voru um 14 hjúkrunarfræðingar að vinna á sjúkrahúsinu á þessum tíma, með heimahjúkrun, geðhjúkrunarfræðingi og öllum. Við vorum 5-6 á dagvöktunum og á kvöldvöktum var einn hjúkrunarfræðingur á vakt sem sinni legudeild og bráðamóttöku, var með vaktsímamann á sér ef eitthvað kom upp á.“ Hún segir að á svona litlu

sjúkrahúsi í litlum einangruðum smábæ hafi starf hennar verið mjög fjölbreytt, hún tók á móti börnum, sinni deyjandi fólki, veitti sálhjálp og tók á móti skjólstæðingum sem höfðu orðið fyrir heimilisofbeldi eða nauðgun svo fátt eitt sé nefnt. Starf hennar sem hjúkrunarfræðings var því gjörólíkt því sem hún hafði áður átt að venjast. En hvernig upplifði Ingibjörg það að starfa í smábæ í ólíkum menningarheimi, þekka flesta bæjarbúa í samfélagi þar sem sjálfsvígstíðni hefur verið há og ofbeldismenning hefur ríkt í meira mæli en við þekkjum úr okkar samfélagi hér á Íslandi. Er flókið að starfa sem hjúkrunarfræðingur í ólíku umhverfi og er það andlega erfiðara en þú áttir að venjast þar sem þú starfaðir áður? Jú, þetta var alveg sjokk fyrir mig. Ég kom úr mjög vernduðu vinnuumhverfi á Ríkisspítalanum þar sem allir helstu sérfræðingar landsins störfuðu á sömu stofnun og hafði bara átt við eina tegund af sjúklingum. Svo kom ég til Grænlands í þetta litla þorp og þá voru skjólstæðingar mínir öll flóran; veik börn, gamalt fólk með heilabilunarsjúkdóma, fólk sem hafði upplifað ofbeldi og allt þar á milli. Þetta var alveg erfitt að takast á við en sjúkraliðarnir og ófaglærða starfsfólkið sem hafði starfað þarna á sjúkrahúsinu í mörg ár, reyndist mér vel og miðlaði sinni reynslu og þekkingu eins og hægt var. Þarna árið 2009 þegar ég hóf fyrst störf á héraðssjúkrahúsinu var engin áfallahjálp í boði, konu var kannski nauðgað, kom í skoðun í kjölfarið og var svo bara send heim. Það var engin áfallahjálp, engin samtök eins og Stígamót, enginn sem tók við þessum skjólstæðingum eftir að þeir yfirgáfu sjúkrahúsið. Það fannst mér erfitt, vitandi hvað svona áföll geta haft miklar afleiðingar á fólk sem fyrir þeim verður. Ofbeldismenningin þarna var miklu verri en í samfélögum sem ég hafði búið í áður. Ég get best lýst því þannig að stemningin og menningin var svolítið eins og í sjávarþorpi á Íslandi árið 1980, margir íbúar ófaglærðir og atvinnuöryggið lítið þar sem fólk fékk oft ekki fastráðningu.“ Hún jatar að menningarsjokkið hafi verið mikið en hvernig gekk henni þá að fóta sig í starfi á framandi slóðum þar sem hún gat ekki einu sinni stokkið upp í bíl og brunað til næsta bæjar til að fá tilbreytingu heldur var föst í þessum litla bæ? „Mér fannst úrræðaleysið erfiðast, ég var líka órugg að sinna ungbörnum sem komu kannski inn með háan hita á kvöldvakt þegar ég var ein á vakt. Ég óttaðist að gera mistök en það var alltaf hjúkrunarfræðingur og læknir á bakvakt og ég hikaði ekki við að hringja og fá ráðleggingar eða fá þann sem var á bakvakt til að mæta,“ segir hún um viðbrigðin við að þurfa allt í einu að sinna öllum tilfellum sem hrjáðu bæjarbúa. Lærdómurinn hafi verið mikill og dýrmætur og gott veganesti.

„Það sem var erfiðast að takast á við var þessi ólíka menning og úrræðaleysið sem var svolítið gegnumgangandi.“



Fæðingarstofan á sjúkrahúsinu, hjúkrunarfræðingar aðstoða við fæðingar og taka virkan þátt



Sjúkrahúsið, alltaf er flaggað á sunnudögum og þegar barn fæðist, eins er flaggaði í hálfu stöng ef einhver deyr



„Ofbeldismenningin þarna var miklu verri en í samfélögum sem ég hafði búið í áður. Ég get best lýst því þannig að stemningin og menningin var svolítið eins og í sjávarþorpi á Íslandi árið 1980, ...“



Minni stéttaskipting og nánara samstarf

Hvernig myndir þú lýsa muninum á því að starfa sem hjúkrunarfræðingur á Landspítala eða í smábæ á Grænlandi? „Það er miklu minni stéttaskipting á Grænlandi og nánara samstarf. Mér fannst allt vera miklu persónulegra og starfsfólkið fékk frekar tækifæri til að spreyta sig, það var líka meiri sveigjanleiki í starfi á Grænlandi. Það sem var erfiðast að takast á við var þessi ólíka menning og úrræðaleysið sem var svolítið gegnumgangandi. Ég hafði unnið með krabbameinssjúklingum á Blóðmeinaeild Ríkisspítalans og nýtti mér reynsluna þaðan til að búa til módel fyrir krabbameinssjúklinga í Sisimiut. Við buðum upp á samtal og fræðslu varðandi næringu, verkjastillingu, félagsþjónustu, endurhæfingu og annað. Það gekk vel og það módel hefur verið innleitt víðar á Grænlandi veit ég. Áður voru einstaklingar með krabbamein mjög afskiptir í heimabæjum sínum þar sem að lyfjameðferð er yfirleitt gefin í Nuuk eða í Kaupmannahöfn,“ útskýrir Ingibjörg.

Fer reglulega til Grænlands og tekur vinnutarnir

Hvernig var að ala börn upp á Grænlandi? „Grænensk börn eru frakkari og óhræddari en íslensk að eðlisfari má segja vegna ólíkra umhverfisaðstæðna sem þau alast upp í. Þau hafa mörg hver veitt hreindýr um 12 ára aldur, kunna að keyra snjósléða upp um

fjöll og firnindi og eru betri í að bjarga sér. Börn og unglingar á Grænlandi hlusta samt á sömu tónlist og unglingarnir hér heima, eru með snjallsíma og ganga um í tiskufötum eins og unglingar á Íslandi, það er ekki áberandi munur þar á,“ segir hún brosandi. Fjölskyldan bjó á Grænlandi frá árunum 2009-2012 og svo aftur í tvö ár frá 2015-2017. Hvers vegna ákváðu þið að flytja aftur heim til Íslands? „Eins og það er frábært að vera á Grænlandi þá er það mjög einangrað samfélag sem er bæði dýrt og flókið að ferðast frá. Strákarnir okkar söknuðu Íslands eftir að hafa loksins fengið að búa þar og foreldrar okkar hjónanna voru að eldast, við ákváðum því að flytja heim og skreppa frekar til Grænlands þegar færi gefst. Maðurinn minn hefur farið nokkrum sinnum og kennt á Suður-Grænlandi og ég fer reglulega til Sisimiut og tek vinnutarnir.“

Tíminn hefur flogið áfram og eftir skemmtilegt spjall í notalegu umhverfi á Kjarvalstöðum er tímabært að halda heim en að endingu spyrjum við hvert draumastarfið væri? „Mér finnst ótrúlega gaman að koma á nýja staði og gæti alveg hugsað mér að þvælast um í afleysingum á Íslandi, Grænlandi og víðar. Ég væri líka til í þróunarstarf, byggja upp og koma hjúkrun í farveg og framkvæmd. Annars er það sem ég er að gera hverju sinni draumastarfið, mér finnst alltaf gaman að vinna við hjúkrun, ekki síst af því að ég er alltaf með svo frábæra vinnufélaga.“

Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild við Háskóla Íslands

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands samþykkti á deildarfundum 25. ágúst 2021 að breyta nafni deildarinnar í Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild. Nafnbreyting tók gildi við upphaf næsta háskólaárs þ.e. 1. júlí 2022.

Tillagan um breytt heiti deildarinn barst frá námsbraut í ljósmóðurfræði en árið 2021 voru 25 ár frá því kennsla í ljósmóðurfræði hófst við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Menntun í ljósmóðurfræðum á sér langa sögu á Íslandi en hún hófst árið 1761 með komu danskrar ljósmóður til Íslands, ljósmóðurfræði þau er hún kenndi byggðust á leiðbeiningum frá fyrsta landlækninum (nú Embætti landlæknis). Frá árinu 1982 hefur nám og starfsleyfi í hjúkrun verið krafa fyrir inngöngu í ljósmóðurfræðináms. Það er þó ekki svo um allan heim og á heimsvísu er mikil umræða um hvernig námi í ljósmóðurfræðum sé best fyrir komið. Ljósmóðurfræðin er sér fræðigrein en systurfræði við hjúkrunarfræðina. Í dag er nám í ljósmóðurfræði hérlendis tveggja ára nám á meistarastigi og er meistarapróf skilyrði fyrir því að fá að starfa sem ljósmóðir.

Í rökum námsbrautar í ljósmóðurfræði fyrir breyttu heiti kom fram að við deildina starfi tveir prófessorar í ljósmóðurfræði, dósent, lektorar og aðjúnktar og að frá Hjúkrunarfræðideild hafi útskrifast fimm ljósmæður með doktorspróf. Þeim fer fjölgandi því nú eru tvær ljósmæður í doktorsnámi við deildina. Þá kom fram að það væri styrkur fyrir deildina að bera nöfn beggja greinanna en „breytt heiti myndi auka veg og vanda hennar og minna á hve víðfeðmt hlutverk hennar er. Þetta á ekki síst við sýnileika í breidd rannsóknaverkefna sem deildin hýsir en vöxtur rannsókna á fræðasviðunum hefur verið töluverður undanfarin áratug. Greinarnar eru sannarlega nátengdar, tvær greinar sem eru skyldar en með mismunandi áherslur og fræði og verða við þessa breytingu aflmeiri saman. Báðar greinarnar eiga langa sögu og ríka hefð í íslenski heilbrigðissögu og höfðu um árabíl sitt hvorn skólann þar sem menntun stéttanna fór fram.”



Undir þetta sjónarmið var tekið á deildarfundum Hjúkrunarfræðideildar. Það er mikilvægt að báðar stéttir séu sýnilegar innan skólans og utan og fer vel á að breyta heiti deildar á 25 ára afmælisári náms í ljósmóðurfræði við Háskóla Íslands og að heitið endurspegli þá starfsemi sem fram fer innan deildarinnar.

Herdís Sveinsdóttir
prófessor og deildarforseti
Hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild

MEÐ ÞÉR ALLA ÆVI

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

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

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

Áskorunum best mætt með stuðningi liðsheildarinnar

Texti: Þorgerður Ragnarsdóttir | Myndir: Þorkell Þorkelsson

„Mér leikur forvitni á að vita hve margir hjúkrunarfræðingar starfa ekki innan heilbrigðiskerfisins og við hvað þeir eru að þá að fást,“ segir Runólfur Pálsson, forstjóri Landspítala, í viðtali við Tímarit hjúkrunarfræðinga. Landspítali er stærsti vinnustaður hjúkrunarfræðinga, fjölmennustu heilbrigðisstéttarinnar á Íslandi. Hvernig haldið er um stjórnartauma þessa flaggskips íslenska heilbrigðiskerfisins, sem Landspítalinn er, varðar því hjúkrunarfræðinga miklu.

Runólfur hefur staðið í brúnni á Landspítalanum í um hálf tveggja ár þegar þetta er ritað. Hann þekkir innviði spítalans vel, enda átt þar farsælan feril í áratugi sem lækni, sérfræðilækni, yfirlækni, forstöðumaður, framkvæmdastjóri og loks forstjóri. Nýju hlutverki fylgir breytt starfssvið og yfirsýn yfir starfsvettvanginn og ljóst að við blasa flókin verkefni við að sigla fleyinu á farsælan hátt inn í framtíðina. Við blasir ólgusjór með rekstrarvanda, manneklu, kjarabaráttu, samfélagsbreytingum, húsnæðisvanda, mismunandi stjórn málaáherslum og undirbúningi að flutningi starfseminnar í nýjar byggingar. Stjórnunarumhverfi spítalans hefur breyst við að heilbrigðisráðherra, Willum Þór Þórsson hefur skipað Landspítala stjórn. Markmiðið með skipun stjórnarinnar er að styrkja stöðu og hlutverk Landspítala sem mikilvægustu heilbrigðisstofnunar landsins í samræmi við stjórnarsáttmála ríkisstjórnarinnar. Hvernig sér Runólfur fyrir sér að halda um stýrið?

Runólfur segist vilja leitast við að vera leiðtogi og að brýnt sé að efla liðsheild og traust. Áskoranirnar séu margar og þeim sé best mætt með stuðningi liðsheildarinnar.

„Með Covid-heimsfaraldrinum kom glögg í ljós hvað Landspítalinn býr yfir sterku liði þegar á reynir og það tekst að stilla saman strengina. Eftir mestu annirnar höfum við þó aðeins misst taktinn en vonandi náum við honum fljótt aftur,“ segir hann.

Almennari þekking og samvinna mikilvægust

Runólfur útskýrir að starfsemi Landspítalans sé á margan hátt brotakernd vegna margra sérhæfðra eininga sem hafa þróast á sjálfstæðan máta. Á hinn bóginn hafi stór verkefni sem eru almenns eðlis og snerta einkum aldrada með fjölþættan heilsubrest ekki hlotið næga athygli. Þróunin hafi nær undantekningarlaust verið í átt að aukinni sérhæfingu og sérþekkingu sem hafi ekki tekið mið af þörfum samfélagsins síðustu ár. Til að mæta þeim séu almennari þekking og samvinna mikilvægust.

„Landspítali gegnir bráðaþjónustuhlutverki fyrir allt suðvesturhornið þar sem nærri helmingur landsmanna býr og að hluta fyrir landið allt þegar þörf er fyrir mjög sérhæfða þjónustu. Íbúum fjölgar stöðugt og eftirspurn eftir bráðaþjónustu eykst að sama skapi. Breytt aldurssamsetning þjóðarinnar hefur lengi verið fyrirsjáanleg og þörf fyrir öldrunarþjónustu á spítalanum, sem annars staðar, hefur þanist út. Hluta þeirra verkefna er hægt að sinna á lægra þjónustustigi. Það þarf að hugsa hlutina upp á nýtt því spítalinn ræður ekki við hvort tveggja að óbreyttu til lengri tíma.“



„Með Covid-heimsfaraldrinum kom glögg í ljós hvað Landspítalinn býr yfir sterku liði þegar á reynir og það tekst að stilla saman strengina. Eftir mestu annirnar höfum við þó aðeins misst taktinn en vonandi náum við honum fljótt aftur, ...“

Skipulagsbreytingar sem eiga að styrkja starfsemina á fjórum vígstöðvum

Komið hefur fram á opinberum vettvangi að Runólfur hyggi á skipulagsbreytingar og stjórnarformaður spítalans, Björn Zoëga, hefur talað opinberlega um að það þurfi að fækka millistjórnendum. Hingað til hafa fyrirhugaðar breytingar ekki verið skýrðar nánar.

„Það hefur verið í bígerð“, segir hann. „Ég er búinn að vera forstjóri í um hálf töl ári en það eru ekki nema tveir mánuðir síðan stjórnin var skipuð. Endurskoðun á stjórnarskipulagi getur ekki farið fram nema í samráði við stjórn. Það þarf að færa ábyrgð og ákvörðunarvald frammar, nær klíníkinni þar sem kjarnastarfið er unnið, og draga úr miðstýringu.“

Runólfur segist vona að geta upplýst um skipulagsbreytingar innan fárra vikna. Hugmyndirnar sem unnið er með ganga út á að styrkja starfsemina á fjórum vígstöðvum:

- 1. Bráðaþjónusta** – Það þarf að styrkja bráðaþjónustuna, sérstaklega á höfuðborgarsvæðinu, þannig að Landspítalinn geti sinnt öllum bráðveikum sem þurfa á sjúkrahúsþjónustu og sérfræðipækkingu spítalans að halda.
- 2. Skurðþjónusta** – Bið eftir skurðaðgerðum er óviðunandi og það þarf að endurskoða skipulag skurðþjónustu til að bæta úr því.
- 3. Göngu- og dagdeildarþjónusta** – Auka þarf samhæfingu og efla stafvæðingu og nýtingu snjalllausna. Með stafvæðingu er átt við þróun stafrænna lausna og þjónustu sem veitt er á netinu, líkt og netbanki. Slíkar lausnir geta bæði verið gagnlegar við stýringu starfseminnar, m.a. nýtingu aðstöðu og starfsfólks, og í þjónustu við sjúklinga, m.a. fjarþjónustu og fjarvöktun.
- 4. Öldrunarþjónusta** – Endurskoða þarf hlutverk Landspítala í heilbrigðisþjónustu við aldraða og skýra verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins svo hægt sé að sinna vaxandi þörf fyrir öldrunarþjónustu.

„Það þarf að hugsa hlutina upp á nýtt því spítalinn ræður ekki við hvort tveggja að óbreyttu til lengri tíma.“



Álagið of mikið við núverandi aðstæður

Hvað mannafla varðar er Runólfur umhugað um starfsumhverfið á spítalanum og telur hann að þar megi gera mun betur en nú er gert. Þó að vinna á Landspítala hafi löngum haft sitt aðráttarafl sé álag á starfsfólki einfaldlega of mikið við núverandi aðstæður. Álag á bráðamóttöku hefur t.d. verið áberandi í fjölmiðlaumræðu undanfarin ár. Fjöldi hjúkrunarfræðinga hefur hætt störfum og einstaklingar innan þeirra raða, auk lækna, lýst óviðunandi vinnuaðstæðum og miklum áhyggjum af öryggi sjúklinga.

„Staðreyndin er að fólk þarf þjónustu og henni verðum við að sinna. Verkefni eru einfaldlega fleiri en gert hefur verið ráð fyrir. Birtingarmyndin er langvarandi álag á bráðamóttöku og víðar á spítalanum, fjölgun innlagna, m.a. vegna hærri meðalaldurs landsmanna og langur biðtími aldraðra í bráðalegurýmum eftir því að komast á hjúkrunarheimili eða í endurhæfingu að lokinni meðferð við bráðum kvilla eða í kjölfar skurðaðgerðar. Að ógleymdum ferðamönnum sem þurfa þjónustu en þeir eru miklu fleiri en reiknað hefur verið með,“ segir Runólfur.

„Mannekla er alheimsvandamál í heilbrigðisþjónustu en við þurfum að gæta þess að gera Landspítala að aðlaðandi vinnustað.“

Lausnir til að tryggja öryggi sjúklinga og gera starfsumhverfið meira aðlaðandi

Þá er stóra spurningin hvaða lausnir forstjórinn sér fyrir sér svo að starfsumhverfi á Landspítala verði aðlaðandi og öryggi sjúklinga tryggt. Hann nefnir ýmislegt sem þegar hefur verið gripið til og annað sem er í umræðunni að þurfi að gera.

Hingað til hefur verið reynt að bregðast við með því að milda álag með ýmsu móti á spítalanum, t.d. með opnun bráðadagdeildar lyflækninga og yfirlögnum á legudeildir sem skapar þrýsting á að útskrifa sjúklinga fyrr en ella til síns heima. Það verður þó að fara varlega í sakirnar því það getur haft slæmar afleiðingar ef fólk er ýtt of fljótt út af sjúkrahúsinu. Í stærri samfélögum erlendis gefast fleiri möguleikar til að dreifa álagi í bráðþjónustu, t.d. þar sem eru fleiri spítalar innan sömu borgar eða svæðis.

Með aukinni stoðþjónustu er reynt að tryggja að heilbrigðisstarfsmenn geti einbeitt sér að verkefnum þar sem þekking þeirra og reynsla nýtist best. Nefna má ýmis verkefni sem hjúkrunarfræðingar hafa annast, t.d. í tengslum við lyf og birgðahald, hluta þeirra geta aðrir starfsmenn sinnt.

Stýra þarf aðflæði að þjónustu Landspítala betur. Það þarf að meta og skilgreina verkefni sem þurfa aðkomu spítalans og hvaða verkefni hægt er að leysa á öðrum vettvangi. Það þarf að gera með samvinnu og samþættingu þjónustu margra stofnana; bráðþjónustu Landspítala, heilsugæslu, einkarekinna lækningamiðstöðva, heimaþjónustu og hjúkrunarheimila.

Á liðnu sumri starfaði viðbragðsteymi bráðþjónustu á vegum heilbrigðisráðherra til að tryggja fullnægjandi og örugga bráðþjónustu í landinu yfir sumarmánuðina þegar mannekla ágerðist vegna orlofs starfsfólks. Hlutverk þess var að útfæra tillögur og tímasetja áætlun um aðgerðir til að takast á við þetta verkefni, fylgja eftir framkvæmd þess og tryggja virkt samstarf milli fjölmargra stofnana sem málið varðar. Verkefnið sneri fyrst og fremst að því að leysa brýnan vanda síðastliðið sumar en vinna við að þróa bráðþjónustu mun halda áfram á vettvangi heilbrigðisráðuneytisins. Fyrirkomulag bráðþjónustu hefur að mati Runólfs þróast lítið undanfarna áratugi þrátt fyrir mikla fjölgun fólks á höfuðborgarsvæðinu og eru ýmsar hugmyndir um breytingar til umræðu.

„Kannski væri hægt að hafa eina til tvær miðstöðvar í borginni sem veita bráðþjónustu vegna smáslysa og fremur vægra veikinda og annarra aðkallandi vandamála þar sem völ væri á einföldum rannsóknum, m.a. myndrannsóknum. Þar væri opið fram á kvöld og um helgar. Þetta yrði umfangsmeiri og skilvirkari þjónusta en veitt er á Læknavaktinni,“ segir hann. „Rekstrarformið skiptir ekki máli að mínu mati, aðalatriðið er að bjóða upp á betra aðgengi að bráðþjónustu á viðeigandi þjónustustigi. Það þarf að taka mið af þörfum samfélagsins sem eru sífellt að breytast. Það hefur ekki verið gert nægilega mikið hingað til.“

Stafvæðing og ýmiss konar snjallausnir verða mikilvægir þættir í þjónustu og stjórnun sjúkrahúss eins og Landspítala í framtíðinni. Nýting gagna í rauntíma mun bæta stýringu þjónustuúrræða. Sem dæmi um slíkar lausnir sem nýtast innan heilbrigðiskerfisins má nefna:

Skilvirkari klínísk skráning, t.d. með sjálfvirkri yfirfærslu upplýsinga úr mælitækjum í sjúkraskrá og snjallforritum í síma fyrir starfsfólk.

Samtímaskráning, t.d. þar sem hægt er að tala upplýsingar beint inn í kerfin.

Aukin þátttaka fólks í eigin meðferð, m.a. með markvissri notkun Heilsuveru þar sem notendur heilbrigðiskerfisins hafa aðgang að sínum persónulegu sjúkragögnum og geta átt í samskiptum við meðferðaraðila. Notendur heilbrigðisþjónustu gera vaxandi kröfu um slíka þjónustu en mikilvægt er að hugsa hana vel og að setja henni mörk svo að heilbrigðisstarfsmenn anni henni.

Vöktun einstaklinga með langvinna sjúkdóma með snjalltækni. Þegar er unnið að þróun slíkra lausna í samvinnu við Sidekick Health.

Horfa þarf út fyrir rammann til að finna leiðir

Verkefni forstjóra Landspítala eru víðtæk og það heyrir á Runólfi að hann er að horfa á stóru myndina þegar kemur að þjónustunni með allt starfsfólk Landspítala í huga. Fátt af því sem Runólfur hefur rætt í þessu viðtali ætti að koma hjúkrunarfræðingum á óvart. Það er þó ljóst að hann metur framlag hjúkrunarfræðinga mikils og gerir sér grein fyrir mikilvægi þeirra í heildarsamhenginu. Hvaða töfrum ætlar hann að beita til að laða hjúkrunarfræðinga til starfa á Landspítala og til að halda í þá sem þegar eru þar?

„Mér leikur forvitni á að vita hve margir hjúkrunarfræðingar eru ekki við störf innan heilbrigðiskerfisins og við hvað þeir eru að þá að fást“, segir hann kankvís. Það er skiljanleg spurning því það skiptir máli að vita eftir hve miklu er að slægjast áður en lögð

eru út net. Tímarit hjúkrunarfræðinga leitaði svara við þessari spurningu og niðurstöðuna má sjá í töflu hér fyrir neðan.

Fjöldi hjúkrunarfræðinga með gilt starfsleyfi á Íslandi

Hjúkrunarfræðingar	Fjöldi
Með gilt starfsleyfi í árslok 2021*	5847
Með gilt starfsleyfi, búsetu á Íslandi og yngri en 70 ára í árslok 2021*	4452
Sem greiða til Fih í árslok 2021**	3656
Starfandi á Landspítala, félagar í Fih 1.9.2022***	1801
Starfandi á Landspítala, félagar í Fih, annað þjóðerni en íslenskt, 1.9.2022***	156
Starfandi á Landspítala, félagar í Fih, 65 ára og eldri 1.9.2022***	133
Í sínu fyrsta starfi sem hjúkrunarfr. á Landspítala 2021, félagar í Fih***	128

* Embætti landlæknis (2022). Heilbrigðisupplýsingar, tölvupóstur frá Hildi Björk Sigbjörnsdóttur, verkefnisstjóra, 4.10.2022

** Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (2022). Ársskýrsla 2021 – 2022. Sótt á vefinn 19.10.2022: <https://www.hjukrun.is/library/Skrar-NeW/utgefing-efni/Skyrslur/%c3%81rskk%c3%bdrrsla%20F%20F%20adh%202021-2022.pdf>

*** Landspítali (2022). Hagdeild Landspítala, tölvupóstur frá Helgu Bjarnadóttur, deildarstjóra, 1.9.2022

Runólfur telur annars upp þrennt sem hann telur mikilvægt fyrir starfandi hjúkrunarfræðinga: Gott vinnuumhverfi, hæfilegt álag og fjölbreyttir starfsþróunarmöguleikar.

„Laun skipta líka máli,“ segir hann. „Við verðum að vera samkeppnisfær við aðrar stofnanir en erum náttúrulega bundin af fjárveitingum til spítalans sem taka m.a. mið af kjarasamningum.“ Hann segir að nýtt launaþróunarkerfi sé til skoðunar og telur að sérstaklega sé mikilvægt að huga að launaþróun fyrstu árin í starfi því að hún getur haft ráðandi áhrif á þróun starfsferils. Jafnframt megi mögulega líta til ákveðinna aðstæðna sem geti verið tilefni til

Viðbragðsteymi bráðaþjónustu

Viðbragðsteymið er skipað af heilbrigðisráðherra 25. ágúst 2022 og er gert að skila tillögum um aðgerðir í bráðaþjónustu til ráðherra fyrir 15. desember nk.

Hlutverk teymisins er að setja fram tímasetta áætlun til næstu 3–5 ára um breytingar og umbætur í bráðaþjónustu á landinu öllu með það að markmiði að bæta þjónustu, minnka sóun og auka árangur. Megináhersla viðbragðsteymisins skal vera á móttöku bráðatilvika innan veggja heilbrigðiskerfisins, s.s. slysamóttöku heilsugæslustöðva, bráðamóttökur og aðra vaktþjónustu. Samstarf allra aðila sem koma beint og óbeint að bráðaþjónustu er nauðsynlegt til að tryggja fullnægjandi og örugga þjónustu til framtíðar.

Teymið skal hafa til hliðsjónar aðgerðaáætlun ráðuneytisins um sjúkraflutninga og bráðaþjónustu sem að meginefni er byggð á skýrslu starfshóps um framtíðarskipulag sjúkraflutninga til hliðsjónar varðandi þann hluta bráðaþjónustu.

<https://www.stjornarradid.is/raduneyti/nefndir/nanar-um-nefnd/?itemid=770c3ab8-2796-11ed-9bb0-005056bc4727>

„Landspítali þarf meira starfsfólk en mönnun heilbrigðisþjónustunnar er í raun risastórt samvinnuverkefni heilbrigðisstofnana, háskóla, stéttarféлага og yfirvalda. Markmiðið er að nýta mannaflann og þekkinguna markvisst og vel.“

launaauka, t.d. þar sem viðfangsefni eru mjög bráð veikindi eða slys sem kallar á aukna aðgætni fagfólks en slík vinna getur verið sérlega streituvaldandi þegar álag er mikið.

Hann bendir líka á vaxandi eftirspurn eftir hjúkrunarfræðingum til starfa í framtíðinni og að mikilvægt sé að leitast við að tryggja að nýliðun haldi í við fjölda þeirra sem hætta störfum vegna aldurs. Undanfarin ár hafa ekki útskrifast nógu margir hjúkrunarfræðingar frá íslenskum háskólum til að halda í við þörfina fyrir nýliðun. Til að bæta það upp hafa verið ráðnir hjúkrunarfræðingar af erlendum uppruna. Þeir eru nú um 7% af starfandi hjúkrunarfræðingum á Landspítala og eru mjög mikilvægir fyrir starfsemi spítalans.

Runólfur telur líka að horfa þurfi út fyrir rammann til að finna leiðir til að uppfylla þarfir heilbrigðiskerfisins fyrir mannafla og að liður í því geti verið að endurskoða hlutverk hjúkrunarfræðinga þannig að þekking þeirra og færni sé nýtt á sem markvissastan hátt. Það sé vaxandi þörf fyrir hjúkrunarfræðinga sem búa yfir klínískri færni á sérhæfðum sviðum og að því þurfi að skapa aukin tækifæri til framhaldsmenntunar og/ eða starfsþróunar. Námsframboð þurfi að vera fjölbreytt, t.d. sé meistaranám ekki fyrir alla, það þurfi einnig að vera leiðir til að veita hjúkrunarfræðingum viðurkenningu fyrir framúrskarandi klíníska færni.

„Innviði kennslu á spítalanum þarf að endurskoða. Til dæmis þarf að koma á stöðu kennslustjóra í hjúkrun. Framhaldsnám í klínískum greinum mætti skoða, sem gæfi réttindi í áttina að því sem við þekkjum í tilvikum „nurse practitioner“ í Bandaríkjunum og Bretlandi. Þá er átt við hjúkrunarfræðinga sem hafa útvíkkað starfssvið og vinna að miklu leyti sjálfstætt. Hjúkrunarfræðingar sem búa yfir slíkri færni gætu nýst okkur vel á Landspítala, t.d. á sykursýkigöngudeildinni,“ segir Runólfur.

„Landspítali þarf meira starfsfólk en mönnun heilbrigðisþjónustunnar er í raun risastórt samvinnuverkefni heilbrigðisstofnana, háskóla, stéttarféлага og yfirvalda. Markmiðið er að nýta mannaflann og þekkinguna markvisst og vel. Reynt er að skilgreina ákjósanleg mönnunarviðmið en það getur verið erfitt að finna út raunverulega þörf fyrir mönnun hinna ýmsu eininga. Ýmislegt er notað til viðmiðunar, t.d. hjúkrunarþyngdarmælingar. Bráðleikinn er þó erfiðastur viðureignar að mínu mati.“

Kanski er flaggskipið Landspítali ekki alveg af nýjustu gerð en viðhaldið hefur verið jafnt og þétt í bráðum 100 ár og ýmsar nýjungar teknar upp eftir því sem efni og ástæður hafa leyft. Forstjórinn treystir á sterka og samhenta áhöfn, skýrt hlutverk spítalans og viðunandi starfsumhverfi til að takast á við alls kyns sjólag og áður ókannaðar slóðir í framtíðinni.

Nurse Practitioner

Starfsheitið „nurse practitioner“ er ekki í notkun á Íslandi en fjallað hefur verið um það í sambandi við sérfræðimenntun hjúkrunarfræðinga. Hjúkrunarfræðingar sem lokið hafa sérfræðinámi nota starfsheitið „sérfræðingur í hjúkrun“. Umræðan snýst um það hvort hægt sé að víkka út starfssvið hjúkrunarfræðinga sem lokið hafa sérfræðinámi og uppfylla ákveðin skilyrði. Fordæmi um slíkt hér á Íslandi er að skv. 48. gr. lyfjalaga nr. 100/2020 er hjúkrunarfræðingum og ljósmæðrum, sem hlotið hafa sérstakt leyfi embættis landlæknis og starfa þar sem heilsugæslu-, kvenlækninga- eða fæðingarþjónusta er veitt, heimilt að ávísa hormónalyfjum til getnaðarvarna.

Hér fyrir neðan eru dæmi um heimildir þar sem sjónarmið hjúkrunarfræðinga varðandi málefnið koma fram:

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (2021). *Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga í hjúkrunar- og heilbrigðismálum til 2030*. Samþykkt á aðalfundi félagsins í maí 2021. Sótt á vefinn 4.10.2022: https://www.hjukrun.is/library/Skrar-NeW/utgefud-efni/Skyrslur/HJUKRUN_STEFNA_A4_netutgafa.pdf

Inga María Árnadóttir (2016). Skoðun: Ekki stríð við lækna. *Visir.is*, 29. ágúst 2016. Sótt á vefinn 4.10.2022: <https://www.visir.is/g/20161614549d>

Kristín Björnsdóttir og Marga Thome (2006). Sérfræðingar í hjúkrun: Skilgreining, viðurkenning og nám. *Tímarit hjúkrunarfræðinga – Ritryndar fræðigreinar*, 1(1), 28-36. Sótt á vefinn 4.10.2022: <https://www.hjukrun.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=953>

WOOLROOM

SOFÐU BETUR NÁTTÚRULEGA



HEILNÆMAR OG LÍFRÆNAR ULLARSVEFNVÖRUR.

Jafnaðu hitann, burtu með svitann.

Ull er hita- jafnandi, rakadræg og
án útgufunarefna.

Ullardýnur, ullarkoddar, ullarsængur, ullarhlífðarlök,
ullartoppar og lífræn sængurverasett.

woolroom.is | S:7771333

Nafn

Katrín Ösp Jónsdóttir

Menntun

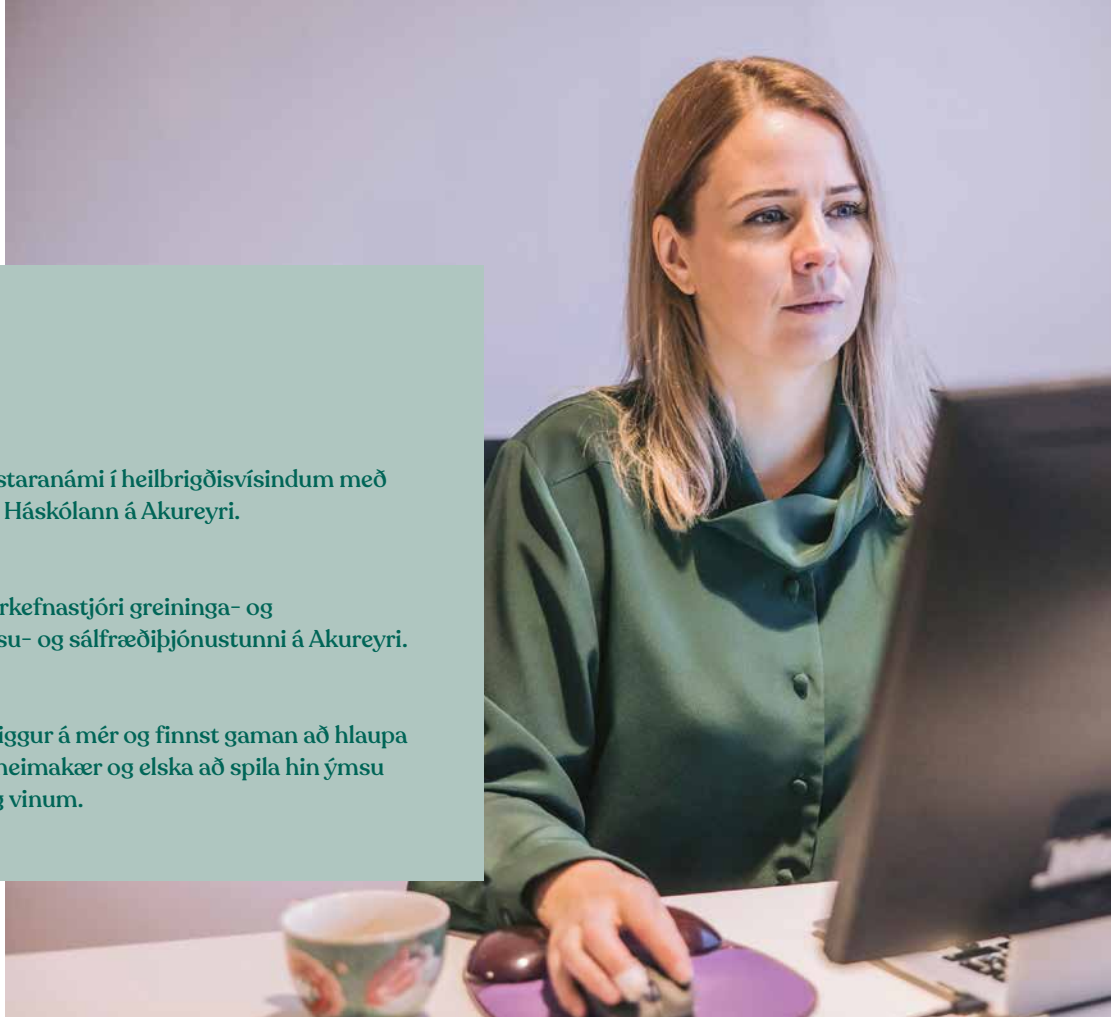
Hjúkrunarfræðingur í meistaranámi í heilbrigðisvísindum með áherslu á geðheilbrigði við Háskólann á Akureyri.

Starf

Hjúkrunarfræðingur og verkefnastjóri greininga- og meðferðarúrræða hjá Heilsu- og sálfræðiþjónustunni á Akureyri.

Áhugamál

Ég sem ljóð þegar þannig liggur á mér og finnst gaman að hlaupa og dansa. Er annars mjög heimakær og elska að spila hin ýmsu borðspil með fjölskyldu og vinum.



Samúðarþreyta

Katrín Ösp Jónsdóttir segir áhættuþætti að verða ítrekað vitni að þjáningu, sorg og áföllum annarra

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

Katrín Ösp Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur hjá Heilsu- og sálfræðiþjónustunni á Akureyri, þekkir einkenni og afleiðingar samúðarþreytu eflaust betur en flestir en þetta hugtak má segja að sé frekar nýlegt í umræðunni og ekki öllum ljóst hvað nákvæmlega það merkir. Við ákváðum að heyra í Katrínu Ösp og fræðast nánar um þetta hugtak, samúðarþreyta.

„Það er í eðli okkar að bregðast við þegar við sjáum aðra manneskju í þjáningu, angist eða sorg en við eigum það til að gleyma, eða fáum jafnvel ekki tækifæri til þess, að veita okkar eigin viðbrögðum athygli. **Samúðarþreyta (e. compassion fatigue) lýsir því þegar starfstengd lífsgæði fagmanns (hjúkrunarfræðings) eru ekki að mæta þörfum hans og farin að kosta fagmanninn heilsu,**“ segir Katrín aðspurð um hvað samúðarþreyta sé. Hún segir áhættuþætti til dæmis að verða ítrekað vitni að þjáningu, sorg og áföllum fólks. „Þegar starfsmaður á erfitt með að viðhalda persónulegum mörkum, er undir miklu álagi og það er skortur á sjálfsmynd og svo fátt eitt sé nefnt.“

Einkenni samúðarþreytu og samúðarsátt

Katrín segir einkenni samúðarþreytu geta verið m.a. magnleysi, svefnvandamál, höfuðverkur, meltingartruflanir, reiði, kvíði, pírringur, vonleysi, atgervisflótti, einbeitingarvandi og þegar fagaðilinn er fjarlægur gagnvart skjólstæðingum sínum, það er að segja hefur minni getu til að finna til samkenndar. „Neikvæðari viðhorf og örmögnun geta líka verið einkenni samúðarþreytu sem getur leitt af sér mistök í starfi, lakari gæði hjúkrunar, efasemdir um gildi starfsins og löngun til að hætta í starfi. Ef starfsmaður hættir eykur það skort á hjúkrunarfræðingum sem aftur getur aukið líkurnar á samúðarþreytu á meðal þeirra sem eftir eru starfandi. En ef starfsmaður er áfram í starfi með ómeðhöndluð einkenni samúðarþreytu þá getur það leitt til kulnunar. Það er því mikilvægt að vera með úrræði í boði fyrir heilbrigðisstarfsfólk. Með því að þekkja okkar eigin viðbrögð og einkenni samúðarþreytu þá erum við betur í stakk búin til að þjóna skjólstæðingum og um leið að hlúa að okkar eigin þörfum,“ segir Katrín og tekur fram að **samúðarsátt** (e. compassion satisfaction) sé mótvægið við samúðarþreytu. „Það er þegar



hjúkrunarfræðingur m.a. upplifir að starfið falli vel að gildum hans. Hann á auðvelt með að nota samkennd sem verkfæri, er í góðum tengslum við skjólstaðinga sína og líður vel á vinnustað sínum, upplifir jákvætt andrúmsloft og samstöðu á vinnustaðnum,“ útskýrir hún og bætir við að jafnvægi milli einkalífs og vinnu, góð sjálfsþekking og sjálfsmyndun eigi einnig við um samúðarsátt. „En þegar ég var að leita að íslensku orði yfir compassion satisfaction fékk ég margar góðar uppástungur frá vinum, þar á meðal orð eins og samkenndarsvölun, umönnunarsátt, umönnunaránægja og samúðarsátt sem mér fannst lýsa hugtakinu best.“

Forvarnir, fræðsla og stuðningur

„Á einfölduðu máli má skipta samúðarþreytu í tvo undirflokk; starfstengd áföll og kulnun. Starfstengd áföll geta verið áföll sem eru „viðurkennd“ af heilbrigðiskerfinu, s.s. alvarleg atvik, og eftir slík áföll eru stundum haldnir viðrunarfundir. En svo eru önnur áföll sem eru ekki eins viðurkennd en geta einnig haft djúpstæð áhrif á líðan starfsmannsins. Afleiðingar áfalla í starfi geta verið samúðarþreyta og mikilvæg bjargráð gegn áföllum í starfi eru sjálfsþekking, samúðarsátt, stuðningur og úrræði á vinnustað.“ Katrín segir að forvarnir séu gríðarlega mikilvægar þegar kemur að samúðarþreytu og ættu að hefjast strax í hjúkrunarfræðináminu með fræðslu um áhrif áfalla í starfi, einkenni samúðarþreytu og leiðir til að efla sjálfsþekkingu. Hún segir einnig mjög mikilvægt að koma á fót formlegum stuðningi vinnuveitenda. „Það sem getur verið fyrirstaða eru til að mynda óbein skilaboð til hjúkrunarfræðinga um að þeir eigi að höndla erfiðar aðstæður. Það getur leitt til þess að hjúkrunarfræðingar eigi erfiðara með að tjá sig um erfiðar aðstæður og atvik sem upp koma. Auk þess er ekki alltaf tími eða aðstaða fyrir starfsfólk til þess að ræða það sem upp kemur. Það dugar ekki að segja bara; „svo veistu af áfallateyminu ef þú þarft á því að halda.“ Trúnaður, eins mikilvægur og hann er, kemur í veg fyrir það að fagfólkið geti leitað til fólksins síns heima varðandi sína líðan,“ segir Katrín.

Samúðarþreyta er ógn

Hugtakið samúðarþreyta, hver er uppruni þessa hugtaks ef svo má að orði komast? „Dr. Charles Figley, bandarískur prófessor í sálfræði, var þekktur fyrir vinnu sína með hermönnum sem voru með áfallastreituröskun. Hann tók þá eftir sambærilegum

einkennum hjá sjálfum sér og öðru fagfólki, sem þó hafði ekki upplifað áföllin beint, heldur starfaði við að hlúa að fólki sem hafði upplifað áföll. Figley hóf þá að rannsaka þessi einkenni sem hann nefndi Compassion fatigue eða samúðarþreytu. Árið 1995 gaf hann út bók um samúðarþreytu þar sem kemur til að mynda fram að atgervisflótta heilbrigðisstarfsmanna mætti meðal annars rekja til samúðarþreytu,“ útskýrir Katrín. Hún segir að víða erlendis hafi rannsakendur beint athygli sinni að samúðarþreytu á meðal lögreglumanna, kennara, heilbrigðisstarfsmanna og fleiri stétta. „Rannsóknirnar styðja við þær staðhæfingar Figley að samúðarþreyta sé ógn við heilbrigðisstarfsmenn og kennara og þar með við heilbrigðis- og menntakerfi,“ segir hún.

Handleiðsla fagaðila mikilvæg

Er það rétt að samúðarþreyta sé flokkuð í annars stigs áfall og svo kulnun? „Já, en eftir mikinn lestur um samúðarþreytu myndi ég heldur flokka samúðarþreytu í starfstengd áföll og kulnun. Starfstengd áföll geta m.a. verið bein áföll (e. direct trauma), annars stigs áföll (e. secondary trauma), staðgengils áföll (e. vicarious trauma) og siðferðileg áföll (e. moral injury /moral distress) og öll geta þessi áföll haft djúpstæð áhrif,“ segir Katrín. Hversu mikilvægt er að geta aðskilið vinnu og einkalíf til að hugsanlega koma í veg fyrir að starfsmaður upplifi samúðarþreytu? „Það er mjög mikilvægt. Sjálfsþekking er þarna mikilvægust að mínu mati. Að þekkja eigin viðbrögð; tilfinningaleg, líkamleg og hvernig við hegðum okkur í hinum ýmsu aðstæðum. Það er líka mikilvægt að átta sig á því hvenær við erum að upplifa áföll. Við gerum okkur flest grein fyrir því hvað bein áföll eru en það eru svo margir aðrir þættir sem geta flokkast undir áföll. Handleiðsla fagaðila er gríðarlega mikilvæg til þess að fá að vinna með þessi áföll í starfi. Ég gerði eigindlega rannsókn í náminu þar sem ég tók viðtöl við hjúkrunarfræðinga sem allir áttu það sameiginlegt að vera með háan starfsaldur og sérhæfingu. Einn af þeim sagði þetta um starfstengd áföll:

„... en það eru öll hin þessi litlu sem byggjast upp, eins og einhverjar tröppur sem að maður gleymir en eru samt þarna í undirmeðvitundinni og maður man kannski ekkert nákvæmlega hvernig þetta var en þau eru samt að hafa áhrif ...“

Þú getur ekki endalaust tekið inn á þig. Þetta hlýtur að stoppa einhvern tímann. Líkaminn segir bara stopp.

... Ég hætti að geta andað almennilega ... allt í einu var þindin bara komin upp í lungu ... Hún fer alltaf hærra og hærra upp. Kannski eins og tröppurnar. Þá verður maður að stoppa, þegar maður getur ekki andað

... hver á þá að bjarga mér?“



Katrín ásamt Hildi Ingu, samstarfskonu sinni

Áfallasaga og álag – áhrifaþættir

Eru sumir móttækilegri en aðrir þegar kemur að samúðarpreytu? „Já, til dæmis virðast þeir einstaklingar sem eiga auðveldara með samkennd vera útsettari fyrir samúðarpreytu en hægt er að þjálfa sig í að nota samkennd sem verkfæri og að setja sér mörk. Þættir sem geta gert það að verkum að sumir eru móttækilegri en aðrir eru til að mynda eigin áfallasaga, of mikið álag í starfi, of margir skjólstæðingar og takmörkuð starfsreynsla. Einnig geta aðrir þættir, eins og að hafa ekki fengið fræðslu um áhrif áfalla annarra á eigin líðan og skortur á baklandi og stuðningi, haft áhrif,“ segir Katrín og bætir við að persónuleg staða viðkomandi skipti líka máli og sé áhrifaþáttur og eins það að viðkomandi sé meðvitaður um að hann sé stundum eða jafnvel oft, að vinna með þung mál og erfið áföll.

Þarf að hlúa betur að heilbrigðisstarfsfólki til að sporna við atgervisflóttu

Eru kulnun og samúðarpreyta nátengd? „Já, vegna þess að samúðarpreyta getur leitt til kulnunar. En það er vel hægt að vinna með samúðarpreytu og þannig koma í veg fyrir að hún leiði til kulnunar,“ segir Katrín og aðspurð um fyrirbyggjandi aðferðir segir hún að sjálfsþekking og sjálfsmyndhyggja séu lykilatriði þegar komi að andlegri heilsu. „Að finna tilgang með starfinu, finna að það sem maður er að gera skiptir máli fyrir skjólstæðinginn, aðstandendur hans, vinnufélagana, vinnustaðinn og samfélagið, það eflir samúðarsátt,“ segir hún. En telur hún að heilbrigðiskerfinu hér á landi standi ógn



ORÐSKÝRINGAR

Áfall (e. trauma): Alvarlegur atburður sem einstaklingur verður fyrir, vitni að eða heyrir sem getur ógnað lífi eða velferð hans eða annars (American Psychological Association, e.d.).

Annars stigs áfall (e. secondary trauma): Þegar einstaklingur verður ítrekað vitni að áföllum og þjáningu annarra (Figley, 1995).

Staðgengils áföll (e. vicarious trauma): Þegar sýn einstaklings á fyrirbærum breytist á neikvæðan hátt í kjölfar áfalla (Office for Victims of Crime, e.d.).

Siðferðislegur skaði /streita (e. Moral injury/distress): Þegar einstaklingur þarf að gera eitthvað sem samræmist ekki gildum hans og veldur vanlíðan (Cartolouni o.fl., 2021).

Samúðarsátt (e. compassion satisfaction): Þegar einstaklingur upplifir vellíðan og öryggi í starfi, og að starfið sem hann vinnur að hendi skiptir máli fyrir annan einstakling, vinnustaðinn og samfélagið (Figley, 1995). Það var ekki til neitt íslenskt orð yfir þetta og ég óskaði eftir aðstoð, margar tillögur komu frá vinum mínum en þetta varð fyrir valinu en það var Inga Eydal hjúkrunarfræðingur sem lagði þetta orð til.

af samúðarþreytu? „Já, það er ekki spurning. Það þarf að hlúa betur að heilbrigðisstarfsfólki til að efla samúðarsátt og sporna við atgervisflótta. Það eru fjölmargar áskoranir sem heilbrigðiskerfið þarf að takast á við en ein spurning er mikilvæg í þessu samhengi: Hvernig hlúir kerfið að fólkinu sem veitir þjónustuna? Það er ekki nóg að ætla að mennta fleira fagfólk ef við ætlum ekki að hlúa að mannauðnum.

Viðmælendur mínir í fyrrnefndu verkefni höfðu orðið vitni af atgervisflótta og tveir þeirra upplifað það sjálfir.

Viðmælandi 1 sagði: „... þú ert að gera eins vel og þú getur en þér finnst þú aldrei vera að gera nóg og þá deyr eitthvað innra með manni ... þá bara er neistinn slokkaður fyrir því að vera í hjúkrun ... ég hef alveg brennandi áhuga fyrir þessu starfi. Ég er bara í þásu núna, ég veit það alveg. Ég er bara að hlaða batteriín.“

Viðmælandi 2 sagði: „... það sem bjargaði mér var að ég skipti um starfsvettvang ... mjög leiðinlegt því ég elskaði þetta starf“.

Óskandi að störf hjúkrunarfræðinga væru metin að verðleikum

Katrín starfaði áður fyrir Krabbameinsfélagið og þá með mörgum fjölskyldum sem upplifðu mikla sorg og þjáningu. Það tók á andlega og hún segist í kjölfarið hafa leitaði eftir handleiðslu. „Ég var svo heppin að sálfræðingurinn, Sigrún

Heimisdóttir, var nýkomin af ráðstefnu um samúðarþreytu. Hún benti mér á að það sem ég væri að upplifa væri mögulega samúðarþreyta. Ég hafði aldrei heyrt það hugtak áður og velti fyrir mér hvort ég hefði getað komið í veg fyrir það að lenda á þessum stað ef ég hefði vitað meira um samúðarþreytu. Í framhaldinu skráði ég mig í meistaranámið og allt námið hefur litast af verkefnum og rannsóknum í kringum samúðarþreytu. Minn áhugi liggur reyndar frekar í starfstengdum áföllum, hversu víða þau leynast og hversu alvarlega afleiðingar þessi áföll geta haft,“ segir Katrín aðspurð um hvernig áhuginn á samúðarþreytu hefði kviknað.

Að lokum, ef þú ættir eina starfstengda ósk, hver væri hún? „Ef óskinn væri fyrir mig persónulega þá væri hún að ég gæti alltaf unnið í svona gefandi umhverfi eins og ég geri í dag, umvafin frábæru samstarfsfólki og að vinna með fjölbreyttum skjólstaðingahópi. Ef óskinn væri fyrir hjúkrunarfræðinga almennt þá væri það sama ósk að viðbættu því að starfið yrði betur metið að verðleikum og vel væri hlúð að hjúkrunarfræðingum í starfi.

Katrín og Regína Ólafsdóttir sálfræðingur hafa hannað námskeið um samúðarþreytu, samúðarsátt, verkfærið samkennd og starfstengd áföll. Katrín segist vonast til að geta haldið námskeið fyrr en seinna og áhugasamir, sem vilja vita meira, geta sent tölvupóst á katrin@heilsaogsal.is

- Sögur af mömmu

Lífið er ævintýri

Afmælisdagurinn hennar mömmu. Þetta innlegg höfðar vafalaust mest til þeirra sem þekktu mömmu en einnig til þeirra sem hafa gaman af sögum frá gamalli tíð. Lífið er ævintýri er boðskapur sögunnar.

**Mamma, fæddist 4. ágúst 1929
og lést þann 9. ágúst 2021.**

Á afmælisdeginum hennar mömmu, Jónu I. Hall, þann 4. ágúst síðastliðinn, bauð Sigga vinkona hennar mér á kaffihús. Hana langaði í Perluna til að horfa út að Keili og mögulega sjá mökkinn frá gosinu. Sigga naut þess að horfa á útsýnið sem var fallett þennan dag. Hún er 91 árs og man tímana tvenna. „Þetta fer nú að verða gott, ég er tilbúin í Sumarlandið en nú langar mig að segja þér sögur af okkur mömmu þinni,“ sagði hún.

Mamma lifði að mörgu leyti ævintýrlegu lífi miðað við aldur og tíðaranda síns tíma. Hún fór ekki í Húsmæðraskólann eins og pabbi hennar, afi minn hann Nieljonius Hall lagði til, hún valdi að fara í Hjúkrunarskólann. Mamma starfaði í Laugavegsapóteki árið 1948 þá 19 ára gömul. Einn góðan veðurdag kemur þar inn ung kona, Sigríður Jakobsdóttir. Þær taka tal saman og í ljós kemur að Sigríður hafði verið að hugsa um að sækja um í Hjúkrunarskólanum. Úr varð að hún og mamma sækja um skólavist. Þess skal getið að Sigríður var aðeins 18 ára gömul og yngsta stúlkan sem hafði hefur nám í hjúkrun á Íslandi svo vitað sé.

Mamma vissi að hjúkrunarnámið gæfi henni tækifæri til að skoða heiminn og upplifa aðra menningu sem hún svo sannarlega gerði. Á þessum tíma var orðið nokkuð algengt að íslenskar hjúkrunarkonur færu til starfa á Norðurlöndunum. Sigga og mamma áttu vinskapi 74 ár. Þær bjuggu saman á heimavist á 3. hæð Landspítalans og unnu á spítalanum í námi sínu en einnig á Akureyri og á Vífilsstöðum þar sem berklaveikum var sinnt. Berklavarnir og hjúkrun berklaveikra var mikilvægur þáttur í íslenskri hjúkrunarsögu á þessum tíma og það var ekki fyrr en árið 1952 að öflugasta lyfið við berklum kom á markað. Saman hleyptu þær stöllur heimdraganum og fóru erlendis að vinna árið 1953, ári eftir útskrift en þær útskrifuðust þann 16. október árið 1952.

Vinkonurnar unnu fyrst á Sahlgrenska-sjúkrahúsinu í Gautaborg. „Gautaborg var nú ekki eins spennandi og Stokkhólmur,“ sagði Sigga. Í júní árið 1954 luku þær störfum í Gautaborg og gafst kostur á að fara í sumarfrí í júní, áður en þær hófu störf á Karólínska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi þann 1. júlí árið 1954. Þær bókuðu sig í rútuferðalag sem flutti þær frá Gautaborg niður eftir allri Evrópu og til Ítalíu. Þær ferðuðust þrjár saman, Magga vinkona þeirra, sú



rauðhærða sem kom til þeirra frá Íslandi og starfaði síðar sem gangastúlka á Karólínska, Sigga sú ljóshærða og Jóna sú dökkhærða. Trú, von og kærleikur, eins og þær kölluðu sig gjarnan. Allar voru þær lekkerar dömur og vel til hafðar. Eins og vill verða lentu þær á séns í Róm með þremur huggulegum ítölskum herraönnum sem sýndu þeim sjö hæðir Rómur. Mömmu var ekið á vespu af sínum herraþingi því billinn rúmaði einungis fimm. Þær heimsóttu Napolí og Capri, skoðuðu bláa hellinn og keyptu appelsínur af tötralegum börnum á götum Napolí. Ungu mennirnir tóku á móti þeim aftur í Róm þegar þær komu til baka og áttu þær skemmtilegar stundir saman þar. Eins og gengur tók alvaran við og þær snéru til baka til starfa í Stokkhólmi eftir ævintýri sumarsins.

Mamma og Sigga hófu störf á Karólínska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi þann 1. júlí 1954 og fyrsti útborgunardagur var í byrjun ágúst. Afmælisdag mömmu bar upp á föstudaginn 4. ágúst, en hún varð 25 ára þann dag. Þá þótti tilvalið að fara út á lífið sem þær gerðu. Þær fóru á flottan dansstað í úthverfi Stokkhólms. Því miður man Sigga ekki hvað sá staður hét. Sigga minnst þess að þær hafi haft meðferðis pela svona til að hressa sig við. „Við fórum til skiptis inn á klósett og fengum okkur hressingu.“ Þeim var svo boðið í gleðskap. „Ég fer ekki nema að hljómsveitarstjórinn komi líka,“ ku mamma hafa sagt, já henni var alls ekki alls varnað. Í gleðskapinn mætti hljómsveitarstjórinn en ekki fer frekari sögum af kvöldinu.

Störfum þeirra í Stokkhólmi lauk og við tók nám í heilsuverndarhjúkrun í Finnlandi. Mamma og Sigga snéru heim árið 1956, þær sigldu með Gullfossi og hófu störf á Heilsuverndarstöðinni við Barónstíg.

Á þessum árum var Borgin aðalstaðurinn og þar dönsuðu þær Sigga og áttu stefnumót við ameríska herraþingi sem störfuðu á veltinum. Útþráin var enn til staðar, mamma skrifaði vestur um haf og fékk vinnu sem hjúkrunarkona í Saint Paul í Minnesota. Mamma dvaldi í Ameríku í tvö og hálf ár og kom heim aftur í lok árs 1962. „Ég grét alla leiðina heim, I loved it in America,“ sagði mamma mér oft. Mamma kynntist honum pabba mínum í Klúbbnum árið 1964 og „the rest is history“. Ég er stolt af lífshlaupi mömmu. Ávallt saknað, alltaf minnst.

Ég minntist hennar með stolti og gleði í huga.

Ragnheiður K. Guðmundsdóttir



Hestia - nýja gönguborðið frá Topro

Stílhreint samantbjótanlegt gönguborð sem stuðlar að aukinni sjálfsbjargargetu og þægindum innandyra. Góður stuðningur við að standa upp og setjast niður ásamt því að flytja hluti milli staða á heimilinu á öruggan hátt.

Taurus rafknúin göngugrind

- fyrir heimili og stofnanir.

Hentar notendum í hæð 140-210 cm

Burðarþol 150 kg



Troja göngugrind

Vönduð og létt göngugrind með 165 kg burðarþoli, hentugu sæti og burðarpoka. Auðvelt að leggja saman og setja í bíl - lögð saman með einu handtaki. Fjölbreytt úrval aukahluta.

Er í samningi við Sjúkratryggingar Íslands 



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

Verkstæði Stuðlabergs á Stórhöfða er með þjónustusamning við Sjúkratryggingar Íslands.

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



Rapportið slær í gegn

Rapportið, hlaðvarp Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, hóf göngu sína í febrúar á þessu ári. Þáttastjórnendur fá til sín gesti úr röðum hjúkrunarfræðinga sem hafa sögur að segja af starfinu og einkalífinu. Stöku sinnum er rætt við aðra sem eiga erindi sem er beint til hjúkrunarfræðinga. Rapportið er einlægt spjall um fagið, áskoranir og lífið í öllum sínum litum. Hér er stiklað á stóru í nokkrum viðtölum Rappportsins á þessu ári.

Umsjón og myndir: Ari Brynjólfsson



Kristín Davíðsdóttir, hjúkrunarfræðingur og teymisstjóri skaðaminnkunar hjá Rauða krossinum, hefur lengi sinnt jaðarsettum einstaklingum í íslensku samfélagi. Hún hætti í hjúkrun á tímabili og fór að læra Miðausturlandafræði og arabísku.

Rætt er við hana um hjúkrun jaðarsettra einstaklinga, starfsemi Frú Ragnheiðar og sóknarfæri í skaðaminnkunar-úrræðum. „Eitt af helstu sóknarfærunum er framþróun neyslurýmisisins. Við erum núna með það í litlum bil, aðsóknin hefur verið meiri en við bjuggumst við. Við töldum að það tæki einhvern tíma að byggja upp traust og ná til fólksins en við höfum frekar lent í erfiðleikum við að anna eftirspurn,“ segir hún. „Þetta eru mestmegnis karlmenn sem hafa verið að koma þannig að við þurfum að ná betur til kvenna.“



Jón Snorrason, sérfræðingur í geðhjúkrun, hefur orðið vitni af miklum breytingum í geðhjúkrun síðustu áratugi.

Hann starfaði lengi í Arnarholti á Kjalarnesi sem var hluti af geðdeild Borgarspítalans, þar var bæði útsýni fyrir sjóinn og fjöllin. „Þetta var allt annað umhverfi heldur en í dag á geðdeildum, sjálfum líst mér miklu betur á sveitumhverfi fyrir geðsjúkrahús, vegna þess að það er svo nálægt borginni hvort eð er, það var ekkert mál að skjótast í bæinn,“ segir hann.

Fyrir aldamót hóf hann vinnu við að bæta úr öryggismálum, fór hann á námskeið við Bethlem-geðsjúkrahúsið í Englandi til að læra fyrirbyggjandi aðgerðir vegna hegðunar sjúklinga.

Sjálfur hefur hann gert margar rannsóknir sem snúa að öryggismálum hér á landi, nú síðast í grein í síðasta tölublaði Tímarits hjúkrunarfræðinga. Í Rapportinu ræðir hann meðal annars um þá rannsókn og niðurstöðurnar sem koma ekki fram í greininni.

Rapportið er á Spotify og má finna á heimasíðu félagsins, [hjúkrun.is](https://www.hjukrun.is)

Hefur þú áhuga eða veist þú um hjúkrunarfræðing sem væri áhugavert að ræða við í Rapportinu? Sendu okkur ábendingu á ari@hjukrun.is

Helga Bragadóttir, nýr deildarforseti Hjúkrunar- og ljósmóðurfraeðideildar Háskóla Íslands, ræðir um ferilinn og verkefni fram undan.

„Það að veita góða hjúkrun, þjálfa nemendur og að skapa þekkingu hangir allt saman. Við viljum fá nýjustu þekkingu, vita hvað virkar og hvað ekki, kenna nemendum það og beita því í klíníkinni. Eitt verður aldrei slitið frá öðru, þetta eru allt bitar í sama þúlinu,“ segir hún.

Í Rapportinu veltir hún því upp hvort verið sé að viðhalda einhverri menningu sem sé fjandsamleg því að karlmenn fari í hjúkrunarfræði. Ég er að velta þessu fyrir mér, hvort það geti verið að við hugsum, tölum eða hegðum okkur á ákveðinn hátt sem að skapar menningu sem kemur í veg fyrir að karlmenn treysti sér til að koma í hjúkrun. Ég held að við þurfum eitthvað að líta í eigin barm, hugsa þetta og skoða.“



Hjördís Kristinsdóttir, sérfræðingur í bráðahjúkrun og sendifulltrúi Rauða krossins, hefur þrisvar farið í verkefni á vegum neyðarteymis Alþjóðaráðs Rauða krossins. Árið 2015 fór Hjördís til Nepal þar sem milljónir höfðu misst heimili sitt eftir stóran jarðskjálfta. Tveimur árum síðar fór Hjördís til Cox Bazar í Banglades þar sem hún starfaði í flóttamannabúðum Róhingja sem höfðu flúið Mjanmar. Í fyrra fór hún til Haití í kjölfar jarðskjálfta.

Hjördís segir mikilvægt fyrir fólk að finna sér fyrirmyndir, fleiri en eina. „Hvort sem það er innan þinnar deildar eða utan, þú þarft að finna þér fyrirmynd ... Ég er mjög heppin að hafa fundið mínar.“

Hannah Rós Jónasdóttir er hjúkrunarfræðinemi við Háskóla Íslands, síðasta sumar og í fyrrasumar starfaði hún á krabbameinsdeild, þeirri sömu og hún var sjúklingur á í langan tíma.

„Hjúkrunarfræðingarnir þar þekktu mig, þeim fannst rosalega gaman að sjá mig aftur, það var mjög mikið knúsað,“ segir hún. „Mér líður eins og ég sé heima hjá mér á deildinni. Sumir hafa spurt mig hvort ég fái óþægilega tilfinningu eða eitthvað við að vera þarna, þetta er meira eins og koma inn í húsið þar sem maður ólst upp. Það var nostalgía í byrjun, nú er ég orðin vön því að vinna þarna. Það er alltaf gaman að koma inn í gamla herbergið mitt að sinna sjúklingum.“

Dr. Anna Stefánsdóttir, hjúkrunarfræðingur og fyrrverandi hjúkrunarforstjóri Landspítala, tók við heiðursdoktorsnafnbót við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands á síðasta ári.

Anna fer yfir víðan völlum og segir meðal annars frá í námsárunum í Skotlandi, hvernig hjúkrun varð að ævistarfi og hvernig hjúkrun hefur þróast á árunna rás. Til dæmis var í byrjun tíunda áratugar síðustu aldar hópur hjúkrunarfræðinga kominn með meistaraþróf í klínískri hjúkrun, en við það vaknaði spurningin um hvað þeir ættu að gera annað en aðrir hjúkrunarfræðingar. „Þegar við fórum að velta þessu fyrir okkur, þá er mjög mikilvægt fyrir þá sem hafa bætt við sig í klínískri hjúkrun að hafa tækifæri til að efla hjúkrun, bæta starfið, þannig að sjúklingurinn finni fyrir því að nálgun þeirra er önnur,“ segir hún. „Mitt meginmarkmið var að efla hjúkrun, styrkja hjúkrunarfræðinga í sínu starfi.“

Í Rapportinu ræðir hún einnig hvers vegna hún ákvað að hætta sem hjúkrunarforstjóri Landspítala eftir að eiginmaður hennar féll skyndilega frá í slysi.



Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, prófessor í opinberri stjórnsýslu við Háskóla Íslands, hefur gert tvær rannsóknir sem snúa að glæpavæðingu mannlegra mistaka í heilbrigðiskerfinu.

Sigurbjörg ræðir um boðaðar lagabreytingar um að kerfisbundin mistök verði á ábyrgð stofnunar en ekki einstaklings og áhrif slíkra mála í stóra samhenginu. Sigurbjörg vísar til máls sem sneri að félagsráðgjöfum í barnavernd þar sem barn lést í umsjá félagsráðgjafa. „Það leiddi til þess að það varð óskaplega erfitt að manna barnaverndarmálin,“ segir hún. „Það þurfti bókstaflega að breyta kerfinu til að það fengjust félagsráðgjafar til að vinna í svona erfiðum barnaverndarmálum.“

Gísli Kort Kristófersson, geðhjúkrunarfræðingur starfar á Sjúkrahúsinu á Akureyri ásamt því að vera dósent við Háskólann á Akureyri og aðjúnkt við Háskóla Íslands.

Gísli ræðir hvað dróg hann að geðhjúkrunarfræðinni fyrir sautján árum og rannsóknir hans. Hann hefur rannsakað núvítund og stöðu karla í hjúkrunarfræði. „Það er þínu flókið því það eru ýmsir samfélagslegir þættir sem ráða því en það eru hlutir sem við getum gert,“ segir hann. „Við erum búin að „leyfa“ konunum okkar að fara í öll þessi karlafög, með undantekningum. Samfélagið leyfir þeim að fara í læknisfræði og það er að mjakast í önnur karlafög en það er ofboðslega hægt í hina áttina.“



Dagur byltuvarna

Veglegt og vel sótt málþing á Reykjavík Natura hótelinu

Alþjóðlegur dagur byltuvarna er haldinn 22. september á hverju ári til að vekja athygli á mikilvægi virkra byltuvarna og draga fram þá þekkingu sem er til staðar á þeim. Á Landspítala hefur þessi dagur verið haldinn með ýmsu sniði síðustu fjögur árin en eðli málsins samkvæmt fór lítið fyrir honum síðustu tvö árin. Í vor var tekin sú ákvörðun í byltuvarnarteymi Landspítala að kominn væri tími til að halda veglegt málþing og fá fleiri til samstarfs til að leggja grunn að auknu samstarfi fagaðila.

Rannsóknarstofur Landspítala og Háskóla Íslands í bráða- og öldrunarfræðum, Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, Sjúkrahúsið á Akureyri, Öldrunarfræðafélagið og Beinvernd áttu öll fulltrúa í undirbúningsnefnd málþingsins. Dagskráin var fjölbreytt og áhugaverð. Landlæknir setti þingið og lýsti ánægju með þá athygli sem þessi mikilvægi málaflökkur fékk þennan dag.

Öldrunarlæknar með áralanga reynslu voru lykilyfirlesarar

Lykilyfirlesarar voru tveir, annar frá Hollandi og hinn frá Bretlandi, báðir fluttu fyrirlestra sína um fjarfundarbúnað. Þeir eru öldrunarlæknar með áralanga reynslu af rannsóknum á ihlutum í byltum og byltuvörnum. Dr. Nathalie von der Velde lagði áherslu á mikilvægi góðrar lyfjafirferðar til að greina hvort sjúklingar séu að taka lyf sem geta aukið byltuhættu. Dr. Finbarr Martin sagði frá vinnu við nýjar alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar í byltuvörnum sem kynntar voru í lok september. Hann lagði á það ríka áherslu að stuðst væri við gagnreynda þekkingu við byltuvarnir og minnti á að ekki væri til nein töfrolausn gegn byltum. Teymi um heilsueflandi móttökur hjá Þróunarmiðstöð sagði frá nýju verklagi í byltuvörnum sem er í þróun og verður innleitt fljótlega á öllum heilsugæslustöðvum. Sagt var frá verkefnum um byltuvarnir á Landspítala, fyrirbyggjandi æfingum til varnar byltum fyrir skjólstaðinga þjónustumiðstöðva í Reykjavík og þjónustu byltu- og beinverndarmóttöku á Landakoti. Auk þess voru kynnt nokkur rannsóknarverkefni.



Málþingið fór fram á Natura hótelinu, einnig var hægt að fylgjast með því á streymi. Uppselt var á viðburðinn en streymið er aðgengilegt og opið öllum til 10. nóvember 2022:

<https://www.youtube.com/watch?v=PPpB4F4QT2Y>

Heilbrigðisráðuneytið niðurgreiddi kostnað við streymið og kunnum við því bestu þakki fyrir það. Dagur byltuvarna verður næst haldinn 22. september 2023 svo við hvetjum alla sem hafa áhuga á byltuvörnum að taka daginn strax frá.



Við kynnum þjónustu á stóma- og þvagvörum

Tanja Björk Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur, tekur á móti viðskiptavinum í verslun Stoðar í Hafnarfirði, Trönuhrauni 8.

Um þjónustuna

Við leggjum okkur fram um að viðskiptavinir okkar fái persónulega þjónustu. Við veitum faglega ráðgjöf um hvaða vörur henta hverjum og einum.

Heimsendum vörur á höfuðborgarsvæðinu næsta virka dag og póstsendum út á land.

Nánari upplýsingar veitir Tanja Björk í síma 412 4463.



Skannaðu kóðann til að fylgjast með fréttum af stóma- og þvagleggjatengdum vörum.



→ Sérhæft starfsfólk

Tanja Björk hefur síðustu árin þjónustað viðskiptavinum með stóma- og þvagvörum og einnig starfað á kvenlækningadeild LSH.

→ Opnunartími

Þjónusta hjúkrunarfræðings er frá 8:30-12:00 og 12:30-16:00 alla virka daga í Trönuhrauni 8. Vöruafhending í verslun er frá 08:00-17:00.

→ Vöruframboð

Við bjóðum upp á stómavörur og þvagleggi sem eru í samningi við Sjúkratryggingar Íslands.

Hver veiði hefur sinn sjarma

Hjúkrunarfræðingurinn Alma Rún
stundar bæði skot- og stangveiðar



Alma Rún Vignisdóttir hjúkrunarfræðingur tók nýlega við starfi deildarstjóra á Sóltúni Heilsusetri. Alma ólst upp á Akureyri og ferðaðist á æskuárunum mikið með fjölskyldu sinni um landið með tjaldvagn í eftirdragi. Hún segist þarna hafa lært að meta náttúruna, faðir Ölmur var og er mikill stangveiðimaður og í gegnum hans áhuga fékk hún kannski fyrst veiðiáhugann. Alma flutti til Reykjavíkur, fór í hjúkrunarfræði við HÍ og ákvað svo að fara í stjórnun í heilbrigðisþjónustu við HA. Hún og eiginmaðurinn, Gunnar Guðmundsson, eiga sameiginlegt áhugamál sem eru veiðar; bæði stang- og skotveiðar. Ekki eins hefðbundið áhugamál og hlaup eða hjólræði en áhugavert. Við heyrðum í Ölmur og fengum innsýn í heim veiðimannsins sem elskar Rauðasand, Vestfirði og haustlitina.

Viðtal: Sigríður Elín Ámundsdóttir | Myndir: Úr einkasafni

Fjölskylduhagir?

Gift Gunnari Guðmundssyni, saman eigum við Kríu Gunnarsdóttur sem er fimm ára og hvolpinn Vestri sem er árs gamall af breton-tegund. Fædd og uppalin á Akureyri. Eftir að hafa lokið stúdentsprófi frá Menntaskólanum á Akureyri fluttist ég suður til Reykjavíkur.

Hvenær kláraðir þú hjúkrunarfræði og hvers vegna ákvaðst þú að skella þér í framhaldsnám í stjórnun?

Ég útskrifaðist úr hjúkrunarfræði frá HÍ árið 2015 og fór beint í diplómánám í lýðheilsuvísindum. Hef síðan starfað á mismunandi deildum á Landspítalanum og síðastliðin ár sem verkefnastjóri og tengiliður í starfsendurhæfingu. Upphaflega ætlaði ég að taka meistaranám með áherslu á gedheilbrigðisfræði og byrjaði á þeirri línu en svo fékk ég ábendingar úr ýmsum áttum, meðal annars frá góðri vinkonu minni, um að ég væri með styrkleika á sviði stjórnunar. Eftir að hafa hugsað málið þá skipti ég um línu og sé ekki eftir því.

Hvar starfar þú í dag?

Eftir fjögur frábær ár hjá Janusi endurhæfingu tók ég þá ákvörðun að breyta til. Í byrjun október tók ég við stöðu deildarstjóra á Sóltúni Heilsusetri. Þetta er nýtt og spennandi þjónustuuræði fyrir eldri borgara í sjálfstæðri búsetu, með fjölbættri heilsuefingu, í skammtímadvöl.

Hvenær kviknaði áhuginn á stang- og skotveiði og hvort kom á undan?

Þabbi minn er mikill stangveiðimaður og veiðar á stöng hafa því lengi verið hluti af mínu lífi. Foreldrar mínir voru duglegir að ferðast með okkur systkinin um landið, við gistum í tjaldvagni svo ég lærði snemma að meta náttúruna. Þegar ég kynntist Gunnari fór ég að prófa mig áfram í skotveiðinni og fann mig þar, til að byrja með var það hugsunin um að veiða mér til matar sem

kveikti áhugann hjá mér. Ástæðan er sú að á síðustu áratugum höfum við fjarlægst uppruna matarins sem við borðum, við kaupum kjötið í neytendapakningum, grænmetið úr hillunum, mjólkina í fernum o.s.frv. Mér þótti tilhugsunin um að taka virkan þátt í öllu ferlinu og að vita hvaðan maturinn minn kemur heillandi og eftir að ég fór að stunda veiðar sjálf ber ég meiri virðingu fyrir matnum sem endar á diskunum mínum. Að sjálfsgöðu erum við ekki sjálfbær að öllu leyti en við reynum að veiða, tína og rækta eins mikið af okkar fæðu og við mögulega getum. Ef ég á að nefna önnur áhugamál verð ég að nefna jóga, ljósmyndun og útivist.

Hvað heillar þig mest við veiðar og veiðiferðir?

Það að fara á veiðar er svo frábrugðið hversdagslífinu, það er heillandi, alla vega fyrir okkur sem búum í höfuðborginni. Þegar ég fer á veiðar skipti ég svolítið um gir en að sjálfsgöðu snúast veiðiferðirnar að miklu leyti um félagsskapinn, útiveru og fallega náttúru. Verð samt að segja að það er önnur tilfinning að vera með byssu eða veiðistöng með sér. Ég held að flestir veiðimenn sýni ábyrgð, vilji gera vel og vanda sig. Dýrið á skilið þá virðingu að maður mæti til veiða í góðu formi og taki gott skot. Þetta snýst í rauninni um allt ferlið og tilfinningin er ólýsanleg þegar allt gengur upp.

Hvað finnst þér skemmtilegast að veiða?

Hver veiði hefur sinn sjarma og það er því erfitt að gera upp á milli. Við erum samt mest spennit fyrir rjúpnaveiðum núna því nýlega fengum við okkur fuglahund sem heitir Vestri, hann er enn þá hvolpur en undanfarið höfum við lagt mikla vinnu og metnað í að þjálfá hann. Það er bara svo skemmtilegt að sjá hvað hann er ólmur í að gera vel og læra. Rjúpnaveiðar hafa því vinninginn núna.

Áttu uppáhaldsstaði á Íslandi þar sem áhugamálið og umhverfið blandast fullkomlega og mynda töfrandi heim veiðimannsins?

Rauðisandur fyrir vestan er minn uppáhaldsstaður. Það er dásamlegt að vera í sveitinni í rólegheitum og þar getur öll fjölskyldan notið þess að vera saman. Þarna er hægt að stunda stang- og skotveiðar í næsta nágrenni en náttúrufegurðin á Vestfjörðum er engu lík.



„Að liggja í skurði í sólarupprás á fallegum haustmorgni með von um að tálgæsirnar dragi til sín gæsaþópa frá náttstað er frábær stund.“

Farið þið líka erlendis á veiðar?

Í gegnum Instagram höfum við kynnst frábæru fólki sem á sama áhugamál viðs vegar um heiminn. Sjálf hef ég farið á elgsveiðar í Svíþjóð með sænskum vinkonum, til Austurríkis að veiða múrmeldýr og Póllands að veiða villisvín og rákýr. Næsta ferð er núna í október, þá ætlum við hjónin, ásamt dóttur okkar og tengdamömmu að gera tilraun til að veiða Chamois, sem er eins konar fjallageit sem lifir í Ölpunum.

Myndir þú segja að þetta væri áhugamál eða ástríða hjá þér?

Ég myndi segja að veiðarnar séu áhugamál hjá mér en ástríða hjá Gunnari. Það er mjög sterkt í honum að þurfa að komast reglulega á veiðar, á meðan ég er öllu rólegri og nýt þess að fara í veiðiferðir þegar tækifærið gefst.

Eru þið búin að smita fjölskyldu og vini af áhuga ykkar á veiðum?

Gunnar er fæddur inn í mikla veiðifjölskyldu og ber þar að nefna afa hans og móðurbróður. Tengdamamma mín er einnig með byssuleyfi en hún stundar ekki veiðar, aðrar en þær að verja æðarvarpið á Rauðasandi fyrir vargi.

Nýtið þið dýrin sem þið veiðið til matar og jafnvel skinn af einhverjum dýrum í fatnað eða annað?

Við tökum þeim hluta mjög alvarlega og reynum að nýta allt eftir bestu getu. Kjöttið borðum við og höfum gert ýmsar tilraunir til að nýta allar afurðir sem best. Skinn höfum við sent í sútun eða komið á aðila sem geta nýtt þau. Ég hef einnig stundum komið beinum, klaufum og hornum á handverksfólk sem ég þekki sem hefur getað notað afurðirnar í listmuni.

Kostir og gallar við að stunda veiðar á Íslandi?

Náttúran er auðvitað engri lík. Veðrið er óútreiknanlegt, sem gerir allt flóknara en stundum líka meira spennandi. Fyrir mig hefur kuldinn verið mín stærsta áskorun, en með árunum hef ég náð tökum á þeim vanda með góðum útbúnaði. Svo þegar maður hefur prófað að fara á veiðar erlendis þá finnur maður hvað það er gott að þurfa ekki að hafa áhyggjur af hættulegum skordýrum og slöngum hér á Íslandi. Helsti gallinn er kannski sá að úrval veiðitegunda er ekki sérstaklega mikið hér á í samanburði við mörg önnur lönd.

Fallegasti staður á Íslandi?

Rauðisandur.

Uppáhaldsmatur?

Andabringur.

Uppáhaldsárstíminn?

Ég hef alltaf verið mikil haustmanneskja en haustið er einmitt helsti tími veiðimannsins. Að liggja í skurði í sólarupprás á fallegum haustmorgni með von um að tálgæsirnar dragi til sín gæsaþópa frá náttstað er frábær stund. Haustlitirnir eru fallegir og breyta ásjón náttúrunnar í stutta stund áður en veturinn gengur í garð. Veðrið er líka oft kyrrt og gott á haustin sem gerir það enn dásamlegra að vera úti við á þeim árstíma.



Þið haldið úti vinsælum Instagram-reikningi þar sem hægt er að fylgjast með veiðiferðum ykkar sem virðast oft og tíðum ævintýralegar, hvernig hafa viðbrögðin verið frá fólki sem fylgir ykkur og fær þarna innsýn í heim veiðisportsins?

Viðbrögðin eru nánast alfarið jákvæð og fólk virðist almennt forvitnið. Það er líka skemmtilegt að tengjast fólki frá öðrum löndum og fá innsýn í þeirra veiði og menningu. Við höfum líka fengið tækifæri til að vinna með metnaðarfullum og flottum fyrirtækjum, bæði hérlendis og erlendis, sem er alltaf mjög skemmtilegt. Mestu viðbrögðin hafa verið erlendis frá, en fólki þykir skemmtilegt að sjá hvernig veiðar eru stundaðar á Íslandi. Veiðar á Íslandi eru að mörgu leyti nokkuð frumstæðar og náttúrulegar, þ.e.a.s. það eru ekki aldargamlar veiðihéðir hér heima líkt og erlendis. Til að mynda er ekki mikið um villta veiðifugla víða í Evrópu, en þar eru stundaðar hefðarveiðar á t.d. fasönum. Þar eru fasanar ræktaðir í búrum og þeim síðan sleppt út á akrana daginn fyrir veiðina og veiðimennirnir skjóta þessa alifugla eftir settum reglum. Svona veiði er ekki stunduð á Íslandi og hér eru allir fuglar villtir. Óneitanlega er það meira sport að eltast við villta fugla í íslenskri náttúru heldur en áður nefndar fasanaveiðar.

Fáið þið stundum gagnrýni og neikvæðar athugasemdir frá dýra-verndunarsinum og hvernig bregðist þið við slíkum athugasemdum?

Já það gerist. Við leyfum slíkum athugasemdum að standa og reynum eftir bestu getu að svara málefnalega. Stundum eru athugasemdirnar byggðar á einhvers konar misskilningi eða fáfræði sem hægt er að leiðrétta. Mér finnst alltaf áhugaverðast að lesa ásakandi athugasemdir frá fólki sem borðar sjálft kjöt og/eða neitir dýraafurða. Stundum er eins og vanti einhvern grundvallarskilning á því hvaða ferli á sér stað til þess að maturinn komist á diskinn. Athugasemdir frá grænkerum skil ég miklu betur og ber fulla virðingu fyrir, því þar er um að ræða mun á lífssýn og gildum. Mér finnst í lagi að drepa dýr og borða þau en öðrum finnst það ekki, það er ekki markmið hjá okkur að fá fólk til að skipta um skoðun.

Finnur þú fyrir fordómum verandi kona með byssuleyfi sem stundar veiðar en ekki hlaup eða hjólreiðar?

Nei, ég get ekki sagt það. Fyrstu viðbrögðin eru stundum að fólk er hissa, en ég myndi frekar segja að það sé á jákvæðan hátt. Ég hef ekki upplifað annað en fallega framkomu og forvitni í minn garð hvað þetta varðar.

Harpa Lind og Hanna Lilja hjálpa konum
í gegnum breytingaskeiðið

Gynamedica

Heildræn nálgun á breytingaskeið kvenna

Viðtal og myndir: Þórunn Sigurðardóttir

Gynamedica er ung og öflug lækninga- og heilsumiðstöð fyrir konur sem býður upp á heildræna fræðslu, ráðgjöf og meðferð fyrir konur á breytingaskeiði. Miðstöðin tók til starfa í maí á þessu ári en markmið hennar er að valdefla konur, fræða og veita utanumhald. Fyrsti vísirinn að heilsumiðstöðinni var þegar Hanna Lilja Oddgeirsdóttir, sérnámslæknir í kvenlækningum, opnaði Instagram-síðu fyrir um einu og hálfu ári þar sem hún setti inn fræðslumola um kvenheilsu. Heilsumiðstöðin var svo opnuð í kjölfarið en með Hönnu Lilju starfar hjúkrunarfræðingurinn Harpa Lind Hilmarsdóttir sem brennur fyrir breytingaskeiði kvenna og hyggur á meistaranám í hjúkrunarfræði með áherslu á breytingaskeið kvenna.

Í sérnámi sínu starfaði Hanna Lilja í eitt og hálf ár á heilsumiðstöðinni þar sem hún fann að margar konur á milli fertugs og fimmtugs glímdu við ýmiss konar einkenni og fundu fyrir skyndilegum breytingum en sjaldnast fannst neitt að þeim í rannsóknum. Í kjölfarið fór hún að kynna sér breytingaskeiðið og þau miklu áhrif sem það getur haft á einkalíf og störf kvenna. „Drátt fyrir að ekki hægt sé að skrifa allar breytingar sem verða á konum á breytingaskeiðinu þá hefur það mikil áhrif á margar konur.“ Hanna Lilja segir að í mörgum löndum séu teymi og miðstöðvar sem sérhæfa sig í breytingaskeiði kvenna en engin slík þjónusta var í boði á Íslandi fyrr en Gynamedica var opnuð.





Stærri sveiflur en á gelgjuskeiðinu

Samkvæmt Hönnu Lilju gengur hópur kvenna á milli lækna, enginn finnur hvað er að og á þær er mögulega ávísað lyfjum sem veita þó engan bata. Ýmis einkenni geta komið fram allt að tíu árum áður en tíðahvörfin ganga í garð. Þessi einkenni geta verið versnandi fyrirtíðarspenna, höfuðverkur og nætursviti rétt áður en blæðingar hefjast. Þetta er fyrsta vísbendingin um að frjósemissskeiðinu sé að ljúka. Konur eru ekki alltaf meðvitaðar um þetta en markmið Gynamedica er að breyta því. Harpa segir einkenni breytingaskeiðsins hafa komið sér á óvart. „Mér fannst ég sjálf vita svo lítið um þetta, það kom svo á óvart, búin að læra hjúkrunarfræði og hef mikinn áhuga á heilsu. Ég hafði heyrt um þessi almennu einkenni eins og hita- og svitakóf en ekki þessi alhliða einkenni, mikil andleg einkenni oft og það fannst mér áhugavert.“ Hanna Lilja tekur í sama streng og segir andleg einkenni lítið viðurkennd sem einkenni breytingaskeiðs.

Miklar hormónabreytingar eiga sér stað á breytingaskeiðinu og eru þær í raun meiri heldur en stúlkur ganga í gegnum á táningsaldri. Harpa upplifði þetta sjálf þegar hún byrjaði á breytingaskeiðinu og segist hafa gengið á vegg, „vissi ekkert hvað var í gangi, svo áttaði ég mig á því og fór þá að lesa mér til um breytingaskeiðið og tengdi við margt.“ Áhugi kviknaði og lá hún yfir fræðunum í um eitt og hálf ár; hlustaði á hlaðvörp, las mikið og fékk í kjölfarið áhuga á því að hjálpa öðrum konum.

Heilapoka og hjartsláttartruflanir

Ekki ganga allar konur með börn en allar konur ganga í gegnum breytingaskeiðið nái þær þeim aldri. „Ákveðið hlutfall kvenna á þessu tíu ára aldursbili líður ekki vel og leita endurtekið til lækna, þær upplifa oft mikil einkenni breytingaskeiðsins eins og heilapöku, gleymsku og minnisleysi. Jafnvel þannig að þær halda að þær séu komnar með heilaæxli eða snemmkomna heilabilun. Mjög margar konur eru búnar að fara í tölvusneiðmyndatöku af heila, sem er ekkert ódýr rannsókn. Þær fá margar hjartsláttartruflanir, hafa farið til hjartalækna, í Holter, hafa farið í allar mögulegar rannsóknir, ómun á hjarta og það finnst ekki neitt,“ segir Hanna Lilja. Allt þetta er kostnaður fyrir heilbrigðiskerfið sem mögulega væri hægt að minnka með því að spyrja konur til dæmis að því hvernig tíðahringurinn þeirra sé og hvort þær séu farnar að upplifa einkenni sem geta tengst breytingaskeiðinu. Það þarf að hafa þetta með í mismunagreiningunni, en þegar einkennin geta átt við aðra sjúkdóma getur greiningin tafist eða þær ranglega greindar með einhvern annan sjúkdóm.

„Ég hafði heyrt um þessi almennu einkenni eins og hita- og svitakóf en ekki þessi alhliða einkenni, mikil andleg einkenni oft og það fannst mér áhugavert.“

Hanna Lilja segir að áhugaverðar rannsóknir séu í gangi núna, meðal annars um heilastarfsemi kvenna og hve mikilvæg hormónin eru fyrir heilastarfsemina. Verið sé að rannsaka hvers vegna konur séu í meiri hættu á að fá Alzheimer og hvort það sé mögulega tengt hormónum. Konur lifa einn þriðja hluta ævinnar, jafnvel lengur, eftir tíðahvörf, og estrógen er mjög verndandi fyrir þær. Harpa segir að konum sé ekki ætlað að lifa svona lengi í þessum hormónaskorti. „Karlmenntu eru yfirleitt með hærri tíðni hjarta- og æðasjúkdóma en á ákveðnum aldri þá taka konur fram úr þeim.“ Hanna Lilja bætir við: „Þegar estrógenið lækkar, þá getur kólesteról hækkað, æðaveggir stífna og líkur kvenna á að fá hjartaáfall aukast og það er ein algengasta dánarorsök kvenna.“ Harpa segir enn fremur að það sé ekki eins áberandi og hjá körlum. „Konur ganga í gegnum ýmislegt sem verður að taka inn í myndina seinna meir. Ef þær hafa fengið meðgöngusykursýki, háþrýsting eða meðgöngueitrun á meðgöngu eru það áhættuþættir fyrir því að þróa þessa sjúkdóma með sér seinna á ævinni,“ bætir Hanna Lilja við.

Auðveldara að lifa með svitakófi en depurð

Samkvæmt Hörpu og Hönnu Lilju getur verið gott fyrir konur að taka stöðuna í hálfleik, ef við getum orðað það þannig, og spyrja sig hvernig þær vilji nýta seinni helming ævinnar? „Vil ég eiga gott og innihaldsrikt líf og hafa lífsgæði? Nýjar verklagsreglur um breytingaskeiðið horfa á lífsgæði frekar en hvaða einkenni konur upplifa, þ.e. hversu mikil áhrif þessi einkenni hafa á lífsgæði,“ útskýrir Hanna Lilja. „Slíkt getur verið ábending fyrir meðferð frekar en að þær þurfi að tikka í öll boxin sem snúast um hitakóf og píring sem eru jafnvel síðustu einkennin sem konur nefna. Oft minnst konur fyrst á andlegu einkennin, orkuleysið og svefntruflanir sem hafa áhrif og valda þeim vanlíðan. Auðveldara er að lifa með svitakófi en depurð og áhugaleysi er það sem skerðir lífsgæðin mest,“ segir Harpa og bætir því við að ef depurð sé af völdum hormónaskorts dugi ekki að gefa þunglyndislyf við því, það þurfi að koma jafnvægi á hormónin.

Fjarviðtöl, fræðsla og ráðgjöf

Hanna Lilja og Harpa telja mikilvægt að halda vel utan um þær konur sem til þeirra leita. „Breytingaskeiðið tekur til svo margra þátta. Ég get alveg látið konu fá hormónameðferð og það hjálpar henni eitthvað, en hvað svo? Við viljum halda betur utan um konur og veita þeim stuðning í gegnum þetta ferli og að þær geti leitað til okkar,“ segir Hanna Lilja.

Konur sem koma til Gynamedica hitta fyrst hjúkrunarfræðing. Farið er í gegnum þeirra sögu, einkenni og almenna heilsu, hvert þeirra helsta vandamál sé og í kjölfarið hitta þær lækni. Boðið er upp á fjarviðtöl sem hentar bæði konum á landsbyggðinni og á höfuðborgarsvæðinu. Þessa ráðgjöf þarf ekki alltaf að veita á staðnum og ekki þarf alltaf skoðun, heldur byggir ráðgjöfin á upplifðum einkennum, sérstaklega hjá þeim sem eru eldri en 45 ára. Í kjölfarið er eftirfylgni, ef konur fá hormóna koma þær aftur eftir þrjá mánuði og hitta annaðhvort lækni eða hjúkrunarfræðing og farið er yfir hvernig hefur gengið.

Gynamedica tók til starfa í maí á þessu ári þegar Hanna Lilja byrjaði að taka á móti konum og fann hún strax mikla eftirspurn eftir þjónustunni. Harpa bættist stuttu seinna við teymið og nú í september tók annað teymi hjúkrunarfræðings og lækni til starfa þegar Sonja Bergmann hjúkrunarfræðingur og Berglind Júlíusdóttir lækni hófu störf hjá Gynamedica. Konur sem þangað leita hafa gott aðgengi að fagfólkinu og geta til að mynda sent fyrirspurnir í gegnum heimasíðuna sem hjúkrunarfræðingur svarar. Einnig fá þær tölvupóst tveimur vikum eftir að meðferð hefst og segir Harpa að skjólstaðingar þeirra kunni að meta þessa eftirfylgni.

Bæði Harpa og Hanna Lilja eru fullar af fróðleik um breytingaskeiðið sem þær vilja gjarnan miðla til annarra kvenna. Fyrsta námskeiðið sem boðið er upp á hjá Gynamedica fjallar um blóðsykurstjórnun á breytingaskeiðinu og er í höndum næringarþerapistans Ingu Kristjánsdóttur. Í framtíðinni stefna þær á að bjóða upp á námskeið með sjúkrapjálfa, sálfræðingi og þeim sjálfum. Að auki er mikið af fræðslufni að finna á heimasíðunni þeirra. Þær eru ákafar í að miðla þekkingu sinni á breytingaskeiðinu og eru til dæmis líka með Instagram-síðu þar sem þær miðla fróðleik og upplýsingum. (Instagram: Gynamedica)

Hanna Lilja segir aðspurð að viðtökurnar við þessari nýju miðstöð sem er tileinkuð breytingaskeiðinu hafi verið góðar og strax myndaðist talsverður biðlisti. Fyrir áhugasamar er hægt að skrá sig í gegnum heimasíðuna og þá er haft samband við viðkomandi konu en einnig er tekið á móti tilvísunum frá læknum.

„Á fyrsta sólarhringnum eftir að Gynamedica var opnuð skráðu 200 konur sig og kom greinilega í ljós að skortur var á þessari þjónustu. Allar höfðu þessar konur leitað eitthvert annað en þörf þeirra var ekki alltaf mætt. Þjónustan sem Gynamedica veitir er hugsuð sem viðbót við þá þjónustu sem boðið er upp á nú þegar,“ segir Hanna Lilja.

„Þegar estrógenið lækkar, þá getur kólesteról hækkað, æðaveggir stífna og líkur kvenna á að fá hjartaáfall aukast og það er ein algengasta dánarorsök kvenna.“



Hormónauppbótarmeðferð áður en tíðarhvörf hefast

Ákveðið hlutfall kvenna fer í veikindaleyfi milli fertugs og fimmtugs og velta þær Harpa og Hanna Lilja fyrir sér hvers vegna það gerist einmitt þá. „Allt í einu ráða konur ekki við það sem þær eru vanar að ráða við. Kannski er samt allt orðið aðeins þægilegra en samt ráða þær ekki við vinnuna, heimilið o.s.frv. Þetta er mjög sérstakt hvernig þetta gerist, þær sofa kannski illa og það fer einhvern veginn allt á hliðina,“ segir Harpa.

Samkvæmt Hönnu Lilju upplifa margar konur kvíða á þessu skeiði, „Konur verða stundum svolítið litlar í sér og missa sjálfstraustið, ég held að það sé vegna þess að það eru svo miklar sveiflur á hormónum sem getur orsakað innri óróleika.“ Miklar breytingar geta átt sér stað í lífi kvenna á breytingaskeiðinu. „Sumar konur hreinlega hætta að treysta sér til að keyra og dæmi er um að konur hafi farið að keyra aftur nokkrum vikum eftir að hafa byrjað á hormónameðferð. Þetta er alveg þekkt og það er líka þekkt að konur með enga geðsögu fái sjálfsvígshugsanir og þurfi innlögn á geðdeild,“ segir Hanna Lilja og Harpa bætir við: „Það er betra að grípa inn í fyrr, það er öruggt að byrja hormónauppbótarmeðferð áður en maður hættir á blæðingum.“

Þegar hormónameðferð er notuð finna konur stundum mun á sér eftir nokkrar vikur en full virkni næst eftir um þrjá mánuði. „Stundum þarf að stilla af skammtinn, stundum þarf að skipta um lyf,“ segir Hanna Lilja. Hún segir að ferlið geti tekið allt að því eitt ár hjá sumum.

Það þurfi engu að síður að horfa á hlutina heildrænt og skoða aðra þætti sem geta haft áhrif eins og næringu, hreyfingu og streitu. „Það er svo margt sem við getum haft áhrif á sjálf, eins og svefnvenjur og mataræði, næring er grundvöllur líkamlegrar og andlegrar heilsu, því allur matur sem við innbyrðum hefur áhrif á líkamann“ segir Harpa. Oft sé nóg að hjálpa konunni að tengja við að hún sé mögulega að byrja á breytingaskeiðinu. Það sé náttúrulegt ferli sem allar konur gangi í gegnum. „Það er svo mikil valdefling í því að vita og skilja hvað er að gerast í líkamanum á þessu tímabili. Það þurfa ekki allar konur meðferð, stundum er nóg bara að vita hvað er í gangi,“ segir Hanna Lilja.

Skortur á fræðslu um breytingaskeiðið

Báðar tala Hanna Lilja og Harpa um að skortur sé á fræðslu um breytingaskeiðið í námi lækna og hjúkrunarfræðinga og það þurfi að bæta. Þær nefna einnig heilsugæsluna, þangað leiti konur oft fyrst þegar þær fara að finna fyrir einkennum og því þurfi fagfólkið þar að vera meðvitað um einkenni breytingaskeiðsins.

Harpa og Hanna Lilja hafa báðar lokið viðurkenndu námskeiði á vegum Newson Health Menopause Society sem sérhæfir sig í að sameina heilbrigðisstarfsfólk um allan heim um að bæta meðferð kvenna á breytingaskeiði, auka fræðslu og þekkingu heilbrigðisstarfsfólks og stuðla að frekari rannsóknum á breytingaskeiði kvenna.

Ljóst er að bæði Hanna Lilja og Harpa brenna fyrir málum tengdum kvenheilsu og breytingaskeiði kvenna og að Gynamedica er án efa komið til að vera og aðstoða konur í gegnum skeiðið sem reynist konum miserfitt.



Kvenheilsuteymi Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

Fyrir um rétt rúmu ári fór Heilbrigðisráðuneytið þess á leit við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins að hún myndi taka að sér að halda utan um málefni er varða heilsu kvenna. Voru fjórir áherslupunktur lagðir til grundvallar en þeir voru breytingaskeiðið, getnaðarvarnaráðgjöf, afleiðingar áfalla og ofbeldis gegn konum og aðrir sjúkdómar er hrjá konur. Brást heilsugæslan vel og hratt við beiðninni og voru kallaðir til sérfræðingar sem hafa sinnt heilsu kvenna í áraraðir.

Viðtal og myndir: Þórunn Sigurðardóttir

Konur sem sinna konum

Nýstofnað kvenheilsuteymi Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins samanstendur af fjórum vöskum konum með viðtæka reynslu þegar kemur að heilsu kvenna en það eru þær Sólrún Ólína Sigurðardóttir hjúkrunarfræðingur, Erla Gerður Sveinsdóttir, heimilislæknir og stofnandi Heilsuþorgar, Steinunn Zóphaníasdóttir ljósmóðir og Sigrún Hjartardóttir kvensjúkdómalæknir.

Bæði Sólrún og Steinunn hafa tekið námskeið í getnaðarvörnum, diplómanám í kynheilbrigði og meistarapróf í heilbrigðisvísindum og gerðu báðar verkefni um breytingaskeið kvenna. Einnig kom Hanna Lilja Oddgeirsdóttir, sérnámslæknir í kvensjúkdómum, að þróunarvinnu þegar teymið hóf störf.

Aukin þjónusta við konur

Tilgangur teymisins er bætt þjónusta við konur. Þjónustan er sértæk að því leyti að áhersla er lögð á þá sjúkdóma sem eingöngu konur geta fengið. Að sögn Erlu Gerðar er af nógu að taka. „Við höfum svoltið valið áherslupunktana og þessi vinna hingað til hefur farið í það horfa á breiddina og forgangsraða og ákveða hvað við byrjum með. Við erum að bæta þjónustuna fyrir konur með það sem herjar sérstaklega á konur, sem hefur verið sett til hliðar í kerfinu.“

Þörfin á þessari nýju þjónustu sést greinilega. Erla Gerður segir að þjónustan sé hugsuð sem viðbótarþjónusta við fyrsta stigs þjónustu sem er nú til staðar í hefðbundinni heilsugæslu enda sé sú þjónusta ekki að breytast eða skerðast að neinu leyti. Þjónusta teymisins sé viðbót og felst í aukinni fræðslu, auk þess sem veitt er annars stigs þjónusta í ákveðinn tíma, að henni lokinni getur konan útskrifast yfir í langtímaeftirlit í sinni heilsugæslu.

„Ef kona þarf meiri þjónustu, hvað varðar getnaðarvarnir, viðtöl eða annað sem þarf að skoða meira, þá erum við til þjónustu reiðubúna. Einnig munum við setja upp lykkju og staf sem er ekki gert á öllum heilsugæslum. Við sjáum um að veita góða fræðslu og setjum einnig fræðslu á netið og viljum að konur komi vel upplýstar í viðtöl,“ segir Erla Gerður.

Fræðsla á netinu og hópnámskeið um breytingaskeiðið

Hvað varðar breytingaskeiðið þá hefur verið skortur á fræðslu að sögn Erlu Gerðar, en nú er komin fræðsla inn á vef Heilsuveru. Einnig munu konur geta komið til teymisins og fengið enn meiri fræðslu og upplýsingar um hvaða meðferðir eru í boði.



„Til að byrja með koma konur á námskeið til okkar og þá sjáum við hverjar þurfa enn frekari aðstoð,“ segir Sólrún. Það verður ekki hægt að panta beint í einstaklingsviðtal en konur geta bókað sig á námskeið og bætir Erla Gerður við að það sé mikilvægt fyrir konur að vita hvaða meðferðir eru í boði þannig að þær geti tekið upplýsta ákvörðun um hvaða meðferð hentar þeim. „Til þess að geta sinnt sem flestum og ná til flestra hentar best að nota fræðslu á netinu, sem er aðgengileg og fyrir suma er það nóg.“

Betra aðgengi að heilbrigðisþjónustu

Samkvæmt Sólrúnu hefur skort ýmislegt í tengslum við þjónustu kvenna á breytingaskeiðinu: „Bæði í mínum rannsóknum og Steinunnar kemur í ljós að það sem vantar er dýpt og nánd.“ Hóptímarnir geta mögulega svarað þeirri þörf; þar hitta konur aðrar konur sem eru á sama stað og þær og fá fræðslu um sín einkenni. Til að byrja með verða staðnámskeið en þær sjá fyrir sér að í framtíðinni verði hægt að nálgast fræðsluna á netinu. Þannig sé hægt að ná til sem flestra. „Við viljum efla fólk til að hjálpa sér sjálf,“ segir Erla Gerður. Þannig verður þjónustan opnari og aðgengilegri.

Treysta sér skyndilega ekki í vinnuna

Kulnun og þunglyndiseinkenni geta verið einkenni hormónabreytinga en þessi einkenni eru ekki alltaf tengd breytingaskeiðinu. Nefnir Erla Gerður í því samhengi dæmi um konu sem skyndilega treystir sér

„Þjónustan er sértæk að því leyti að áhersla er lögð á þá sjúkdóma sem eingöngu konur geta fengið.“

ekki í vinnuna sem hún hefur verið í í 20 ár. Það getur verið hluti af breytingaskeiðinu og hormónameðferð gæti mögulega dregið úr þessum einkennum. Þá geti líka verið mikilvægt að fjölskylda konunnar sé meðvituð um einkenni og líðan og sýni skilning.

Aðspurðar hvort það vanti almenna umræðu og meðvitund í samfélaginu um þessi mál svarar Erla Gerður: „Fyrir ári síðan hefði svarið alveg verið já, hiklaust. Hins vegar hefur svo margt gerst á þessu ári. Umræðan er farin að verða svo miklu meiri og opnari.“

Getnaðarvarnarráðgjöf

Hluti af þjónustu kvenheilsuteymisins verður í formi getnaðarvarnarráðgjafar. Samkvæmt Erlu Gerði er mjög gott aðgengi að getnaðarvörnum og fræðslu fyrir þá sem eru heilbrigðir og verður sú grunnþjónusta enn til staðar. Ef hins vegar koma upp vandamál, t.d. þegar kona þolir illa pilluna eða er í aukinni áhættu á að fá blóðtappa og þörf er á ítarlegri ráðgjöf þá væri sú ráðgjöf mögulega í höndum teymisins.



Aðrir sjúkdómar

Hvað varðar aðra sjúkdóma þá valdi teymið sjúkdóma sem það taldi vera lítið sinnt og fyrir valinu urðu fjölblöðrueggjastokkaheilkenni og fitubjúgur. „Eins og nafnið gefur til kynna þá er fjölblöðrueggjastokkaheilkenni heilkenni, þetta er ekki bundið við eitthvert eitt líffæri eða kerfi heldur hefur áhrif á alla þætti heilsunnar. Til að mynda eru meiri líkur á sykursýki, hjartasjúkdómum o.fl. sjúkdómum ef kona er með þetta heilkenni og því skiptir miklu máli að greina og veita rétta meðhöndlun fyrir heilsufar og líðan alla tíð,“ segir Erla Gerður.

Fitubjúgur var valinn vegna þess að hann veldur oft mikilli andlegri vanlíðan því konur fitna án tillits til mataræðis og hreyfingar og getur myndast erfitt samband við mat, því fitusöfnun hjá þessum konum er mjög hormónatengd og oft ruglað saman við offitu. Þetta hefur áhrif á líkamsmyndina og það þarf ekki að gerast ef konur skilja hvað er í gangi og átta sig á hverju þær stjórna og hverju ekki. Erla Gerður hefur unnið með offitu í mörg ár í Heilsuborg og hefur mikla reynslu á því sviði. „Maður læknar hvorugan sjúkdóminn, þeir eru ævilangir en með því að meðhöndla þá rétt og styðja við þá er hægt að bæði gjörbreyta heilsufari og líðan,“ segir hún.

„Eitt af því sem við sjáum fyrir okkur að geta gert er að vera í ráðgjafarhlutverki fyrir heilbrigðisstarfsfólk.“

Fræðsla og stuðningur við heilbrigðisstarfsfólk

Hluti af framtíðarsýn kvenheilsuteymisins er að veita fræðslu, stuðning og ráðgjöf til heilbrigðisstarfsfólks sem sinnir kvenheilsu. „Eitt af því sem við sjáum fyrir okkur að geta gert er að vera í ráðgjafarhlutverki fyrir heilbrigðisstarfsfólk. Sá sem er með einstakling í meðferð, langtímaeftirliti, þurfi þá ekki að senda hann alltaf frá sér heldur komist lengra með góðum leiðbeiningum,“ segir Erla Gerður og bætir við „þannig verður heilbrigðisstarfsfólk öruggara og kemst lengra í sínu starfi.“



100 ára afmælisráðstefna SSN í Kolding

Umsjón: Edda Dröfn Daniëlsdóttir

Í septembermánuði árið 1920 klæddu um það bil 1000 hjúkrunarfræðingar sig upp á og héldu til Kaupmannahafnar með skipi eða lest. Hjúkrunarfræðingarnir komu frá Noregi, Svíþjóð, Finnlandi og Danmörku. Tilgangurinn var að hittast á fyrsta sameiginlegum norrænum fundi sem var ætlaður hjúkrunarfræðingum á Norðurlöndunum en það var danska hjúkrunarfélagið sem stóð fyrir fundinum. Ísland hefur verið aðili að samtökunum síðan 1923 og tekur Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga virkan þátt í starfi SSN.

Núna, rúmlega 100 árum eftir fyrsta sameiginlega fundinn, er Samvinna hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum (SSN), regnhlífarsamtök 340.000 hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndunum. Hundrað ára stórafmæli samtakanna var fagnað með afmælisráðstefnu þar sem fulltrúar frá Íslandi létu sig ekki vanta.

Aðeins nánar um samtökin en Samvinna hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum (SSN) er svæðisbundin samvinna stéttarfélaga hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndunum sex. Hlutverk SSN er meðal annars að beina athygli sinni að þróun og eiga frumkvæði í málum sem hafa áhrif á hjúkrunarfræðinga og hjúkrun á Norðurlöndum. Samvinnan á að leggja sitt af mörkum til

áframhaldandi þróunar hinnar almennu heilbrigðisþjónustu og hjúkrunar á Norðurlöndum. Til að styrkja þessa þróun á SSN að eiga samvinnu við, og hugsanlega sækja um aðild að, viðeigandi norrænum, evrópskum og alþjóðlegum samtökum.

Afmælisráðstefna samtakanna var haldin í september síðastliðnum í Kolding í Danmörku. Upphaflega átti að halda ráðstefnuna árið 2020 þegar 100 ár voru liðin frá stofnun samtakanna, vegna heimsfaraldursins var henni frestað þar til í ár. Sérstök undirbúningsnefnd hafði frá árinu 2018 unnið að því að undirbúa ráðstefnuna og var fulltrúi Íslands í nefndinni Edda Dröfn Daniëlsdóttir, sviðsstjóri fagsviðs Fih.



Eydis Sigfúsdóttir og Heiðís Hlíf Hjaltadóttir



Ólafur fyrirverandi formaður Fih og Guðbjörg núverandi formaður ásamt Pamelu Cipriano forseta ICN



Herdís Sveinsdóttir



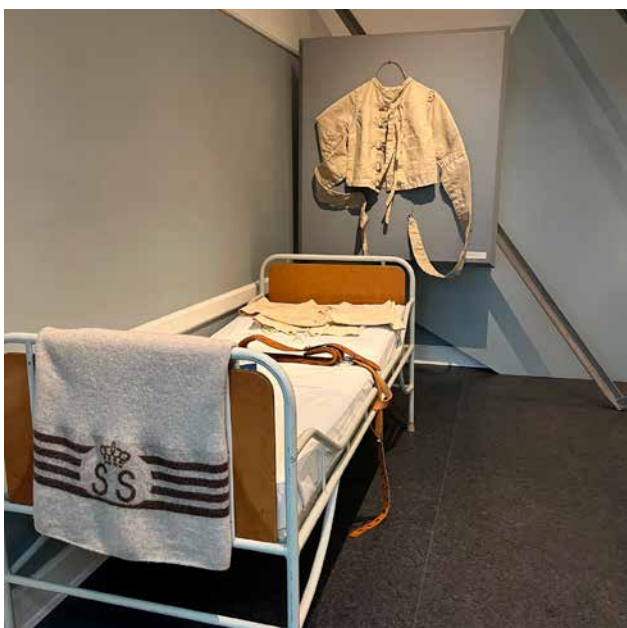
Danska hjúkrunarsafnið



Ingibjörg Pálmadóttir og Aðalbjörg Finnbogadóttir



Herdís Sveinsdóttir, Eydís Sigfúsdóttir, Helga Bragadóttir og Ólafur Skúlason



Danska hjúkrunarsafnið



Sigríður, Vilborg, Ingibjörg og Ragnheiður Ósk

Einleikur um Florence Nightingale

Á fyrri degi ráðstefnunnar var athygli vakin á sögu hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndunum. Fyrirlesarar frá öllum Norðurlöndunum voru með erindi á ráðstefnunni, auk annarra alþjóðlegra gesta. Kristine Nergaard frá Noregi fjallaði um laun og vinnuáætlun, fulltrúi Íslands, Herdís Sveinsdóttir fjallaði um þróun hjúkrunarfræðimenntunar, Helena Leino-Kilpi frá Finnlandi fjallaði um þróun rannsókna í hjúkrun og Margit Stóra frá Færeyjum fjallaði um leiðtogahæfni hjúkrunarfræðinga. Fleiri áhugaverðir fyrirlesarar voru með erindi og þar á meðal Pamela Cipriano, forseti ICN. Fyrri degi afmælisráðstefnunnar lauk með einleik norsku leikkonunnar Agnete G. Haaland sem fjallaði um Florence Nightingale og vakti mikla hrifningu meðal ráðstefnugesta. Þess má geta að Agnete hefur farið víðsvegar um heiminn með einleik sinn og fengið mikið lof fyrir.

Formenn fóru yfir þau atriði sem hafa skipt máli

Á seinni ráðstefnudeginum var framtíðin í hjúkrun í brennidepli og hófst ráðstefnudagurinn á erindi Margrietu Langins, ráðgjafa hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra hjá WHO Europe, um stefnu WHO Europe í hjúkrun. Inger Eikman frá Svíþjóð skygðist inn í framtíð hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndunum, auk þess sem fleiri áhugaverðir fyrirlestrar voru á dagskrá. Þessum seinni ráðstefnudegi lauk svo með pallborðsumræðum þar sem formenn allra hjúkrunarfélaga á Norðurlöndunum fóru yfir þau þrjú atriði sem skipt hafa sköpum varðandi hjúkrun í hverju landi fyrir sig. Það var áhugavert að hlusta á formennina fjalla um það sem hefur haft mikil áhrif. Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, greindi til að mynda frá því að það hefði haft gríðarlega mikla þýðingu fyrir gæði hjúkrunarfræðinámsins á

Íslandi þegar það var fært upp á háskólastig og eins þegar nám sérfræðinga í hjúkrun var sett á lagginnar. Hún sagði í því samhengi að sérfræðingar í hjúkrun væru miklir leiðtogar og skiptu sköpum fyrir íslenska heilbrigðiskerfið. Að lokum sagði hún að fyrirhuguð áform um breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu, refsíabýrgð heilbrigðisstofnana og rannsókn óvæntra atvika myndu hafa miklar breytingar í för með sér fyrir íslenska hjúkrunarfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Aðrir formenn greindu til að mynda frá jafnlaunavottun, leiðtogahæfni og trausti almennings til hjúkrunarfræðinga sem hefði skipt sköpum í þeirra landi varðandi hjúkrun. Í kjölfarið spunnust út áhugaverðar og góðar umræður milli formanna og ráðstefnugesta.

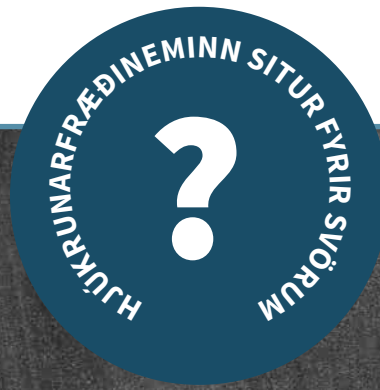
Danska hjúkrunarsafnið vakti athygli gesta

Ráðstefnugestum gafst kostur á að skoða danska hjúkrunarsafnið sem hefur að geyma fjölbreytta muni sem tengjast hjúkrun í Danmörku þar á meðal sögulega þróun hjúkrunar, heimahjúkrun, stofnun danska hjúkrunarfélagsins svo fátt eitt sé nefnt. Á safninu var einnig hægt að skoða sérsýningu um Kirsten Stallknecht, fyrrverandi formann danska hjúkrunarfélagsins, SSN og ICN en hún var oft kölluð The Iron Lady innan hjúkrunar.

Alls voru 130 gestir á ráðstefnunni þar af 16 gestir frá Íslandi, en margir af fyrrverandi formönnum SSN voru viðstaddir ráðstefnuna, auk annarra gesta sem hafa tekið virkan þátt í starfsemi samtakanna. Mikil gleði og ánægja var meðal ráðstefnugesta sem nutu þess að koma saman, fræðast og eiga saman skemmtilegar samverustundir í fallegu umhverfi og góðu veðri.

Formennirnir saman komnir í Kolding





Eydís Sigfúsdóttir

Áfangi um áföll og andlega líðan
ætti að vera skylduáfangi



Á hvaða ári ertu í náminu?

Ég er á fjórða ári í HA.

Hvers vegna valdir þú að nema hjúkrun á Akureyri?

Ég hafði heyrt góða hluti um skólann og þá sérstaklega um hjúkrunarfræðinámið. Það komast færri að en í HÍ sem gerir það að verkum að hóparnir eru minni og kennslan persónulegri. Einnig hentar það mér mjög vel að allar kennslustundir eru teknar upp þannig að ef ég missi af tíma eða langar til að dýpka skilninginn á einhverju get ég alltaf nálgast upptöku af fyrirlesturinn.

Gætir þú hugsað þér að starfa við fagið erlendis í framtíðinni?

Já algjörlega! Það var einmitt eitt af því sem mér fannst hvað mest heillandi við hjúkrunarfræðina að maður getur unnið hvar sem er í heiminum eftir útskrift.

Skemmtilegasta fagið?

Allt nema rannsóknaraðferðir og tölfraeðileg greining.

Erfiðasta fagið?

Veit ekki með erfiðasta en sýkla-, ónæmis- og veirufræði er klárlega það fag sem mér fannst flóknast.

Eitthvað sem hefur komið á óvart í náminu?

Sennilega bara hvað hjúkrunarfræði er ótrúlega fjölbreytt og býður upp á marga starfsmöguleika að námi loknu.

Eitthvert fag sem þér finnst vanta í námið?

Áfanga sem snýr að áföllum og andlegri líðan. Það er í boði sem valáfangi á fjórða ári en mér finnst að það ætti að vera skyldufag.

Ætlar þú að fara í framhaldsnám?

Mig langaði upprunalega til að sérhæfa mig í heilabilunum en eftir öll þessi verknám snýst ég bara í hringi og langar til að bæta við mig þekkingu í svo mörgu. Ég held ég byrji á kennsluréttindum og sjái svo til hvað ég geri eftir það.

Hressasti kennarinn?

Þeir eru flestir hressir og skemmtilegir en Nanna tekur toppsætið sem hressasti kennarinn.



Aldur
26 ára

Stjórnumerki
Naut

Flottasta fyrirmyndin í faginu?

Það eru svo ótrúlega margar flottar fyrirmyndir sem hafa orðið á vegi mínum en ég lít sérstaklega upp til Hólfríðar. Hún hefur kennt mér og svo vinn ég núna með henni á lyflækningadeildinni á SAK, mér finnst hún búa yfir mörgum af þeim eiginleikum sem mig langar til að hafa sem hjúkrunarfræðingur.

Eiginleikar sem þú vilt tileinka þér í starfi?

Hafa hlýja nærveru, vera laus við fordóma og vera góð í mannlegum samskiptum. Einnig að vera fagleg fyrirmynd.

Hvar langar þig helst að vinna að námi loknu?

Það er svo ótrúlega margt sem heillar mig, en mér finnst skólahjúkrun og hjúkrun fólks með heilabilun hvað mest spennandi. Lyflækningaeildir eru líka ofarlega á listanum vegna þess hve fjölbreyttar þær eru.

Besta ráðið við prófkviða?

Pabbi sagði mér einu sinni þegar ég var eitthvað stressuð að ég ætti bara að gera eins vel og ég gæti, ég gæti ekki gert betur en það. Ég minni mig reglulega á það í prófum og finnst það hjálpa mér að róa hugann.

Besta næðið til að læra?

Á næturnar þegar allir eru sofnaðir.

Hvernig nærir þú andann?

Með því að taka góða æfingu eða fara í göngutúr með gott hlaðvarp í eyrunum.

Þrjú stærstu afrek í lífinu?

Að vera komin svona langt í námi sem ég hélt að væri allt of erfitt fyrir mig. Að hafa unnið í sjálfri mér til að komast á þann stað sem ég er á í dag og gefið mér tíma til að ferðast, en það hefur aukið víðsýni mína og kennt mér svo margt.

Hvernig fáum við fleiri karlmenn til að læra hjúkrun?

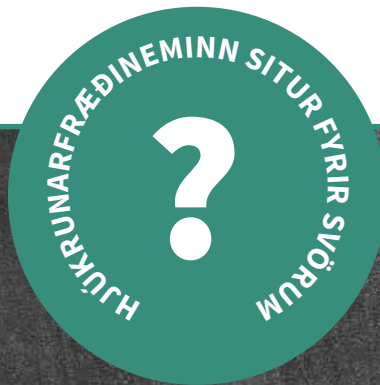
Ég held að það vanti bara fleiri karlmanns fyrirmyndir og að kennarar/yfirmenn vandi sig við að tala ekki í kvenkyni yfir hópinn þannig að þeim finnst þeir vera utangátta.

Hvernig nemandi ertu?

Ég er með frestunaráttu á háu stigi en á sama tíma með mikla fullkominunaráttu, sem getur verið mjög flókin tvenna.

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

Starfsumhverfið þarf að vera eftirsóknarverðara. Launin þurfa svo að vera sanngjörn og í samræmi við ábyrgð, álag og menntun. Einnig tel ég mikilvægt að stjórnvöld reyni sitt besta til að koma til móts við nema og gera þeim auðveldara fyrir með því að veita styrki eða eitthvað slíkt þegar nemendur þurfa að fara í verknám fjarri heimili sínu. Það er ótrúlega einkennilegt að þegar nemar utan af landi fara í ógreitt verknám þurfi þeir að greiða fyrir leiguhúsnæði meðan á verknámi stendur, samtímis því að vera að greiða leigu á stúdentagörðum til að geta stundað staðnám. Þetta er reikningsdæmi sem gengur illa upp. Nú eða að nemar þurfi sjálfir að greiða bólusetningar upp á tug þúsunda til að mega fara inn á spítalana í verknám eða greiða fyrir námskeið í endurlífugun sem er skylda að fara á. Til að láta reikningsdæmið ganga upp þurfa nemar oft að vinna meira en góðu hófi gegnir með skólanum, sem hefur þær afleiðingar í för með sér að nemar eru oft undir miklu álagi.



Orri Halldórsson

Fann sig ekki í viðskiptafræði og fór í hjúkrun

Á hvaða ári ertu í náminu?

Ég var að byrja á þriðja ári.

Hafðir þú lengi stefnt að því að læra hjúkrunarfræði eða varstu að íhuga eitthvert annað nám?

Ég prófaði fyrst að fara í viðskiptafræði en fann að það hentaði mér ekki svo að ég ákvað að skella mér í hjúkrun þar sem ég hafði alltaf haft augastað á því námi.

Hvers vegna valdir þú að nema hjúkrun á Akureyri?

Ég á heima á Akureyri og því lá það beinast við.

Gætir þú hugsað þér að starfa við fagið erlendis í framtíðinni?

Nei, ég elska Akureyri og er mjög heimakær þannig ég gæti ekki hugsað mér að fara héðan.

Skemmtilegasta fagið?

Hjúkrunarfræðiáfangarnir finnast mér skemmtilegastir.

Erfiðasta fagið?

Lífeðlisfræði.

Eitthvað sem hefur komið á óvart í náminu?

Hvað námið er mun skemmtilegra en ég átti von á.

Eitthvert fag sem þér finnst vanta í námið?

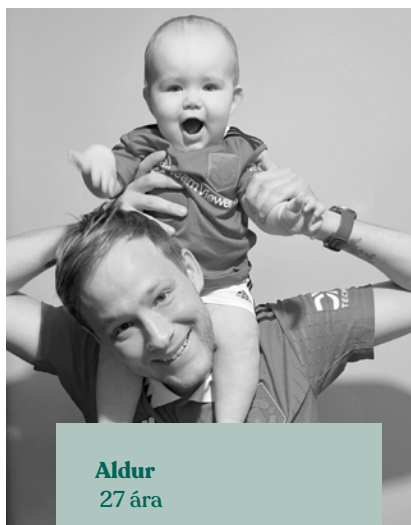
Ekkert sem mér dettur í hug, kannski inngangur að sálgæslu.

Ætlar þú að fara í framhaldsnám?

Já, en ég hef ekki ákveðið hvað verður fyrir valinu, það er svo margt sem mér finnst vera mjög spennandi.

Hressasti kennarinn?

Erfitt að gera upp á milli en Hafdís Hafþórsdóttir hjúkrunarfræðingur hefur vinninginn.



Aldur
27 ára

Stjórnumerki
Bogmaður

Eftirminnilegasta kennslustundin til þessa?

Allir verklegu tímarnir í hjúkrunarfræði-áföngunum eru mjög eftirminnilegir.

Flottasta fyrirmyndin í faginu?

Amma mín heitin, Jóna Fjalldal, er mín fyrirmynd.

Eiginleikar sem þú vilt tileinka þér í starfi?

Einlægni, vandvirkni og jákvæðni.

Hvar langar þig helst að vinna að námi loknu?

Mig langar að vinna á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Ég er að vinna með skólanum á lyflækningadeild og líkar mjög vel þar.

Besta ráðið við prófkviða? Ég er enn að leita að besta ráðinu.

Kaffi, te, kók, orkudrykkir eða allt saman?

Koffinvatn og kók.

Besta næðið til að læra?

Bókasafnið í skólanum.

Hvernig nærir þú andann?

Í golfi og með því að fara út að hlaupa.

Líkamsrækt eða letilíf á frídögum?

Alltaf letilíf.

Þrjú stærstu afrek í lífinu?

Að hafa nælt mér í kærustuna mína fyrir tíu árum, standa mig vel í klásus og kaupa íbúð.

Hefur þú áhyggjur af hlýnun jarðar?

Já, mjög miklar.

Hvað gerir þú til að sporna við gróðurhúsaáhrifum?

Ég seldi bílinn minn og ferðast þess í stað mikið um á rafhlaupahjólum þegar veður leyfir og flokka rusl en ég gæti klárlega lagt meira af mörkunum.

Hvað gleður þig mest í lífinu?

Stella, níu mánaða dóttir mín.

Hvað hryggir þig helst?

Að föðurfjölskyldan mín skuli búa í Danmörku.

Hvernig fáum við fleiri karlmenn til að læra hjúkrun?

Ég er ekki viss en það hjálpar að auka sýnileika karlanna í hjúkrun.

Hvernig myndir þú lýsa þér í einni setningu?

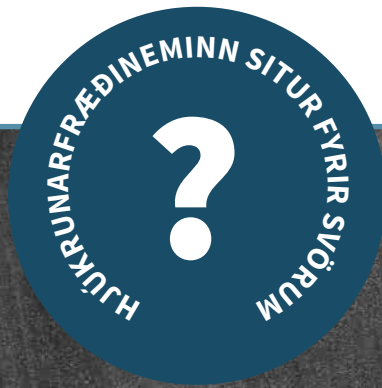
Fjölskyldufaðir sem elskar að spila golf.

Hvernig nemandi ertu?

Frestari.

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

Ég myndi halda að það væri góð byrjun að hleypa fleirum í gegnum klásus.



Carolín Karlson Guðbjartsdóttir

Lét drauminn rætast þegar boðið var upp á nýja námsleið í hjúkrunarfræði



Hvaða bakgrunn í námi ert þú með og hvenær útskrifaðist þú úr því námi?

Ég útskrifaðist úr viðskiptafræði árið 2005 frá Tækniháskóla Íslands.

Hvar starfaðir þú áður en þú ákvaðst að skipta um starfsferil?

Ég vann á hjúkrunarheimili á sumrin þegar ég var í framhaldsskóla og fann að það átti vel við mig. Seinna meir starfaði ég við ýmis störf í fjármálageiranum meðal annars í bönkum og greiðslumiðlun.

Hvers vegna varð það nám fyrir valinu á sínum tíma og hvað varð til þess að þú ákvaðst svo að venda kvæði þínu í kross og sækja um nám í hjúkrunarfræði fyrir fólk með aðra háskólagráðu?

Það var gamall draumur sem blundaði alltaf í mér að verða hjúkrunarfræðingur, alveg frá því að ég mjög ung. Ég reyndi einu sinni að komast inn og ætlaði alltaf aftur en lét ekki verða af því og svo liðu 20 ár. Ég hef svo á undanförunum árum skráð mig fjórum sinnum í hjúkrunarfræði en alltaf hætt við vegna þess að mér finnst fjögur ár of langur tími. Þegar ég sá svo þessa námsleið auglýsta ákvað ég að láta á það reyna og var að útskrifast núna í haust.

Hvernig var umsóknarferlið, er einhver hámarksfjöldi á þessari námsleið?

Til að geta sótt um inngöngu í námið þarf að taka áður í forkröfum 40 einingar í hjúkrunarfögum. Það er mismikið hvað hver fær metið en ég þurfti að klára fimm fög sem voru lífeðlisfræði 1 og 2, frumulífeðlisfræði, líffærafræði, sál- og félagsfræði. Það eru teknir að hámark 20 nemendur inn í námið í hvert sinn.

Var námið meira krefjandi en þú áttir von á?

Þetta er mjög krefjandi nám enda verið að taka námsefni sem er kennt á fjórum árum á tveimur og hálfu ári (með forkröfum). Við erum í skóla og verknámi 11 mánuði á ári. Þessi hópur tekur öll fög og verknám



Aldur
46 ára

Fjölskylduhagur
Gift og á fjögur börn

eins og fjögurra ára leiðin, það eina sem er undanskilið hjá okkur er lokaritgerð enda er ég búin að skrifa lokaritgerð í öðru háskólanámi. Nemendur sem taka hjúkrunarfræði á fjórum árum en hafa áður lokið öðru háskólanámi geta líka fengið lokaritgerð metna og þurfa því heldur ekki að skrifa aðra. Nemendur á leiðinni fyrir fólk með annað háskólapróf fá engan afslátt varðandi kröfur sem gerðar eru til hjúkrunarnáms í Háskóla Íslands.

Kostir og gallar sem fylgja því að skipta um starfsferil?

Það sem skiptir máli er að fólk geri það sem það langar til í lífinu og nýti þau tækifæri sem eru í boði. Mér finnst ég mjög heppin að fá að prófa nýja hluti, kynna nýju fólk og láta gamlan draum rætast.

Hvaða fag fannst þér skemmtilegast í náminu?

Hjúkrunarfögin, heilbrigðismat og verklegu tímarnir í færnisetrinu.

Er eitthvert fag sem þér finnst vanta í námið?

Já það mætti vera meira af verklegum tímum í skólanum að mínu mati.

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

Já, það kæmi alveg til greina, þetta nám býður upp á fjölbreytta möguleika við ýmis störf bæði á Íslandi og erlendis.

Ætlar þú að fara í framhaldsnám?

Ekkert ákveðið, enn sem komið er, mig langar að öðlast meiri starfsreynslu áður en ég tek ákvörðun um framhaldsnám.

Eftirminnilegasta kennslustundin?

Þegar við vorum að læra að taka blóðprufur og setja upp æðaleggi.

Flottasta fyrirmyndin í faginu?

Ég hef kynnst mörgum flottum hjúkrunarfræðingum í þessu námi sem hafa miðlað af reynslu sinni, leiðbeint og hvatt mig áfram og ég verð þeim ævinlega þakklát fyrir.

Hvernig nærir þú andann?

Með því að dansa og kenna zumba, vera með vinum og fjölskyldu og fara út í náttúruna.

„Ég hef svo á undanförunum árum skráð mig fjórum sinnum í hjúkrunarfræði en alltaf hætt við vegna þess að mér finnst fjögur ár of langur tími.“

Hjúkrunarfræði fyrir fólk með annað háskólapróf

Fyrsta brautskráning kandídata á nýrri námsleið

Umsjón: Sigríður Elín Ásmundsdóttir

Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir dósent er umsjónarmaður nýrrar námsleiðar við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands sem heitir hjúkrunarfræði fyrir fólk með annað háskólapróf. Þann 21. október 2022 brautskráðist fyrsti hópur nemenda af þeirri námsleið og við það tilefni hélt Eydís Kristín hátíðlega ræðu þar sem hún sagði að brautskráning hjúkrunarfræðinga væri alltaf gleðiefni. Hjúkrunarfræði væri eftirsótt háskólamenntun og að atvinnutilboðum rigni yfir nýtskrifaða hjúkrunarfræðinga, innan jafnt sem utan, heilbrigðisstofnana. Eydís sagði þetta vera frumkvöðla á þessari námsleið og að núna lægi gata þeirra greið í hjúkrun.



„Hjúkrunarfræðideild HÍ ræðst aldrei á garðinn þar sem hann er lægstur. Frumkvöðlarnir Herdís Sveinsdóttir prófessor og fyrrverandi deildarforseti og Ásta Thoroddsen prófessor lögðu grunninn að fyrstu útgáfu hjúkrunarnáms fyrir fólk með aðra háskólagráðu. Með hvatningu frá Landspítala í farteskinu, þar sem skortur á hjúkrunarfræðingum var og er mestur, höfðu þær hugreki til að synda á móti straumnum. Hjúkrunarsamfélagið var neikvætt og hélt því fram að verið væri að veita afslátt og gjaldfella hjúkrunarnámið. Það sem var jákvætt við neikvæðu raddirnar var að hjúkrunarfræðingar vildu standa vörð um menntun hjúkrunarfræðinga.

Hjúkrunarfræðideild HÍ hefur skipulagt nám fyrir fólk með aðra háskólagráðu án afsláttarkjara. Í fyrsta lagi, tekur hjúkrunarnámið tillit til evrópskra reglugerða þar sem Íslendingar hafa skuldbundið sig að uppfylla skilyrði tilskipana um bæði lágmarks bóklegar og klínískar stundir. Nemendur í hjúkrunarnámi þurfa að uppfylla 480 klínískar stundir undir leiðsögn hjúkrunarfræðings fyrir utan skipulagt klínískt nám. Í öðru lagi, er námið 240 einingar eins og annað hjúkrunarnám á Íslandi. Forkrófur í námið eru 60 einingar en námið sjálft er 180 einingar eða samtals 240 einingar. Í þriðja lagi, er námið skipulagt með það að leiðarljósi að gæði námsins séu sambærileg hefðbundinni fjögurra ára námsleið til BS prófs,“ sagði Eydís í ræðu sinni.

Hún sagði líka að hjúkrunarfræði fyrir fólk með aðra háskólagráðu hefði fyrst verið í boði við Bandarískan háskóla árið 1971 og að í Bandaríkjunum væri slík námsleið í boði í 49 ríkjum. „Í samstarfsháskóla HÍ til 40 ára hafa kennarar Hjúkrunarfræðideildar kynnst jákvæðum hliðum þessa náms. Í Bandaríkjunum er námið mjög vinsælt og helmingi fleiri sækja um það en fá inngöngu og hjúkrunarstjórnendum finnst þessir hjúkrunarfræðingar standa sig einstaklega vel í starfi. Rannsóknir sýna að þeir standa sig jafnvel og þeir sem koma

úr hefðbundnu hjúkrunarnámi. Önnur lönd eru einnig að bjóða upp á þessa námsleið m.a. Bretland, Ástralía, Kanada og Japan. Vegna skipulags hjúkrunarnáms á Norðurlöndum og í Evrópu hefur verið minni áhugi að bjóða upp á svona námsleið þar.“

Í ræðu hennar kom fram að af 23 einstaklingum sem innrituðust í námið hafi tveir hætt og sjö seinkað námi en flestir þeirra nemenda stefni á brautskráningu í febrúar. Hún sagði námið vera í sífelldri endurskoðun og þá sérstaklega með tilliti til fyrirkomulags þar sem reyni töluvert á stjórnarsýslu háskólans. Við látum lokaorð Eydísar fylgja og eflaust hvetja þessi orð hennar fleiri til að sækja um.

„Kæru kandidatar, hvernig er hægt að lýsa nemendum í Hjúkrunarfræði fyrir fólk með aðra háskólagráðu? Það sem er sammerkt er mikill áhugi ykkar á hjúkrunarfræði, þið eruð aðeins eldri (meðalaldur 37.2) og dreifing aldurs er alveg frá því að vera 23 - 61 árs. Þið eruð lífsreyndari nemendur en um leið kröfuharðari. Kennurum hjúkrunarfræðideildar finnst stundum erfitt að kenna ykkur vegna allra spurninganna og vangaveltnanna, þeir komast ekkert áfram með námsefnið sitt! Þið komið með reynslu og menntun frá mismunandi fræðigreinum. Þið eruð líffræðingar, kennarar, ípróttfræðingar, þroskaþjálfar, heimspekingar, félagsfræðingar, sálfræðingar og úr listinni, fjölbreytnin er mikil. Það eina sem ég sakna eru fleiri karlmenn í hjúkrun. Þið fáið góða dóma hjúkrunarstjórnenda sem eru hlynntir meiri fjölbreytni hjúkrunarstéttarinnar. Sumum þeirra finnst þetta besta viðbót í hjúkrunarmenntun sem hefur átt sér stað lengi en það á kannski tíminn eftir að leiða í ljós og þið að sanna.

Kæru kandidatar, mig langar að óska ykkur til hamingju með þennan áfanga – BS í hjúkrunarfræði. Megi framtíðin vera ykkar.“

Ráðstefna ENDA á Selfossi

Ráðstefna samtaka evrópskra hjúkrunarstjórnenda (ENDA) fór fram á Selfossi dagana 14.–17. september. Þessi ráðstefna var 15. ráðstefna ENDA en samtökin fögnuðu 30 ára afmæli í ár. Þátttaka fór fram úr björtustu vonum en alls sóttu 190 hjúkrunarfræðingar ráðstefnuna og komu víða að. Íslensk náttúra og fallegt bæjarstæði Selfoss tók vel á móti þátttakendum en á fyrsta kvöldi ráðstefnunnar sáust Norðurljós sem vöktu mikla athygli erlendra gesta.

Texti: Sölvi Sveinsson / **Myndir:** Sigríður Elin Ásmundsdóttir ofl.

Undirbúningsnefnd ráðstefnunnar var skipuð Guðlaugu Raket Guðjónsdóttur, formanni ENDA, og Margréti Hallgrímsson, hjúkrunarfræðingi og ljósmóður. Formaður vísindanefndar var Helga Bragadóttir, prófessor og deildarforseti hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands.

Þema ráðstefnunnar var valið út frá þeim áskorunum sem hjúkrunarstjórnendur standa frammi fyrir í umhverfismálum og breyttri heimsm mynd vegna loftslagsmála. Heilbrigðisstofnanir með flókna og dýra starfsemi og mikinn mannauð þurfa í öllu tilliti að tileinka sér nýja nálgun á viðfangsefnin. Ekki síst eru sjúkrahús umhverfiskrefjandi stofnanir sem þurfa mikil aðföng og skila frá sér miklu magni af úrgangi. Hjúkrunarstjórnendur gegna mikilvægu hlutverki í

að draga úr kolefnisspori heilbrigðisstofnana með því að virkja umhverfismeðvitund starfsfólks og leita allra leiða sem eru betri fyrir umhverfið og tryggja öryggi starfsfólks og sjúklunga. En loftslagsbreytingar og afleiðingar þeirra hafa mikil áhrif á heilsufar.

Kvöldið fyrir ráðstefnuna var viðburður á Snæfoksstöðum í Grímsnesi. Þar var gróðursett tré fyrir hvern þátttakanda ráðstefnunnar. Þetta tókst frábærlega, var ákveðinn ísbjótur þar sem allir unnu saman að ákveðnu verkefni sem skilar sér til komandi kynslóða.

Fjöldmörg erindi voru flutt í málstofum, auk aðal fyrirlestra, kynninga á veggspjöldum og tveggja vinnusmiðja.



Meðal aðalfyrirlesara voru Teddie M. Potter frá Bandaríkjunum, Elaine Strachan-Hall og Greta Westwood báðar frá Bretlandi.

Dagskrána í heild ásamt ágrípum má finna í fylgiriti Tímarits hjúkrunarfræðinga á hjukrun.is.



Teddie Potter fjallaði um það að hjúkrunarfræðingar geta haft mikil áhrif á þróun í loftslagsmálum. Potter vakti athygli á því að hver og einn hjúkrunarfræðingur getur haft mikil áhrif á sitt nærumhverfi. Það skiptir verulega miklu máli að starfsfólk sé meðvitað um að nota til dæmis hjúkrunarvörur á ábyrgan hátt. Afleiðingar loftslagsbreytinga eru alvarlegar og eru til dæmis vatnsskortur, fæðuöðryggi og annað sem ógnar heilsu mannkynsins. Potter telur að hjúkrunarfræðingar geti verið þeir heilbrigðisstarfsmenn sem leiða breytingar í að gera heilbrigðiskerfi heimsins umhverfisvæn. Þannig geti hjúkrunarfræðingar lagt sitt af mörkunum í að sporna gegn loftslagsbreytingum.



Elaine Strachan-Hall var með fyrirlestur um hvort vélmenni (robots) í hjúkrun eigi sér framtíð. Hún talaði um að vélmenni komi ekki í staðinn fyrir hjúkrunarfræðinga og væru því alltaf hjálpartæki í hjúkrun. Hún velti upp spurningum um hver væru takmörk vélmenna og hvort vélmenni geti ekki komið í stað mannlegra samskipta. Að hennar mati geta vélmenni nýst hjúkrunarfræðingum til að bæta heilbrigðisþjónustu en að tæknin leysi ekki mönnunarvanda. Vélmenni í hjúkrun eru vandmeðfarin og hjúkrunarfræðingar þurfa að taka virkan þátt í hönnun og forritun þeirra.



Greta Westwood talaði um stafræna tækni í heilbrigðisþjónustu en undanfarna áratugi hefur orðið mikil framþróun í stafrænni tækni. Hjúkrun og heilbrigðisþjónusta mun áfram taka miklum breytingum á næstu áratugum og því munu fylgja nýjar áskoranir. Hlutverk hjúkrunarfræðinga mun breytast og samhliða því verður að samræma áherslur í menntun, þjálfun og starfi stéttarinnar við breytta tíma. Greta Westwood hvatti hjúkrunarfræðinga til að taka þátt í þróun stafrænna lausna í heilbrigðisþjónustu. Hún nefndi nokkur dæmi um notkun starfrænnar tækni í heilbrigðisþjónustu og þá þróun sem hefur verið í Bretlandi frá árinu 2013. Hún kynnti síðan Florence Nightingale Foundation og það sem samtökin bjóða upp á fyrir hjúkrunarfræðinga og ljósmæður sem og hjúkrunarstjórnendur.



Hulda Steingrimsdóttir, umhverfisstjóri Landspítala

Alltaf hægt að gera meira og betur í umhverfismálum

Hulda Steingrimsdóttir er líffræðingur, fædd á Ísafirði, með meistaraþráðu í umhverfisstjórnun. Frá árinu 2015 hefur Hulda gegnt stöðu umhverfisstjóra við Landspítala. Hún er með skrifstofu í Skaftahlíð, býr í Skerjafirði og hjólar flesta daga í og úr vinnu. Ritstýran kíkta í Skaftahlíðina og spjallaði við Huldu sem hefur brennandi áhuga á umhverfismálunum, flokkun, betri nýtingu og minni sóun fyrir komandi kynslóðir og heilsu jarðar. Eftir áhugavert spjall var Hulda til í myndatöku úti í haustsólinni með reiðfákinn fagra sem á sinn þátt í því að minnka kolefnisspor eiganda síns.

Viðtal og myndir: Sigríður Elin Ásmundsdóttir

Hvernig hefur gengið að fylgja umhverfisstefnu Landspítalans eftir?

Ég myndi segja að framan af hafi fyrirtæki látið nægja að móta stefnu og svo ekki meira. Landspítalinn er í um 100 byggingum og starfsmenn hans eru rúmlega 6.000 í rúmlega 4.000 stöðugildum. Þetta er heilmikið batterí að halda utan um en mikið hefur verið gert í umhverfismálum og allir starfsmenn þurfa að taka þátt í því verkefni. Að flokka rusl og vistvænar samgöngur eru liður í því en svo er verið að gera margt á bak við tjöldin eins og að innleiða eyðingarbúnað fyrir glaðloft á fæðingardeildina. Glaðloftsnotkun við eina dæmigerða fæðingu hefur jafnmikil loftslagsáhrif og 1.500 km akstur bensínbils eða rúmlega hringinn um landið. Annað sem var gert og minnkaði kolefnisspor spítalans um 240 tonn á ári var að olíuketill á Hringbraut var aflagður.

Hvaða skref í átt að umhverfisvænni Landspítala hafa vegið þyngst á undanföllum áratug, eða síðan umhverfisstefnan var sett í gang?

Við náðum að draga saman kolefnisspor okkar um 40% á fimm árum. Verkefni sem gerast á bak við tjöldin eins og nefnt var hér á undan skipta miklu máli og einnig hvað starfsmenn eru duglegir að flokka. Það eru fáar stofnanir með umhverfisstjóra en til að ná góðum árangri tel ég það nauðsynlegt.

Upphaflega kom krafan um að bæta umhverfisstarfið frá starfsmönnum sem bera umhyggju fyrir umhverfinu, frumkvæðið kom þaðan og við erum að ná árangri í úrgangsmálum á Landspítalanum. Annað sem vegur þungt er að frá árinu 2014 höfum við verið að virkja starfsfólk í vistvænum samgöngum; ganga, hjóla, taka strætó, sem hefur skilað árangri. T.d. samgöngusamningar og verkefni með Strætó. Starfsmenn sem skuldbinda sig til að ferðast 40% ferða til og frá vinnu fá árskort á 29.500 kr. Þeir sem skuldbinda sig til að fara 80% ferða fá aukalega 5.000 kr. á mánuði í samgöngustyrk. Þegar ár var liðið af átakinu var 400% aukning í árskortum hjá Strætó, um 560 starfsmenn voru þá komnir með árskort. Við höfum einnig verið að byggja upp aðstöðu fyrir hjól og svo erum við að laga búningsaðstöðu. Við höfum líka verið með rafhjólaverkefni í gangi þar sem starfsmönnum býðst að fá lánað rafhjól í mánuð og margir sem hafa prófað það segjast í framhaldinu ætla að kaupa sér rafhjól. Tilgangurinn er að auðvelda fólki að máta sig við vistvænan ferðamáta ef það hentar. Landspítali hefur einnig boðið upp á deilibíla, lánsrafhjól og rafskútur sem starfsmenn geta pantað, eins og fundarherbergji, til að fara á milli staða á vinnutíma. Annar stór þáttur er að spítalinn hefur hætt notkun á svæfingagösum með mikið kolefnisspor og margt fleira.



Hulda Steingrimsdóttir, umhverfisstjóri Landspítala, hjólar í vinnuna flesta daga.

Hverjar hafa verið stærstu áskoranirnar á þessari vegferð að gera spítalann umhverfisvænni?

Það getur verið erfitt að minnka sóun og notkun á einnota vörum. Við erum nýkomin úr heimsfaraldri þar sem notkun á einnota hlutum var gríðarlega mikil um allan heim og þá sást vel hversu flókið það getur verið að samræma sýkingarvarnir og umhverfisvernd. Hanskanotkun fór til að mynda alveg úr böndunum en hanskar geta gefið falskt öryggi, handþvottur er alltaf bestur en stundum er auðvitað nauðsynlegt að nota hanska. Við vorum með átak í samstarfi við erlenda spítala í því að minnka sóun og notkun á einnota hlutum. Þetta er ákveðin glíma og hjúkrunardeildarstjórar koma þar sterkir inn því þeir búa til ákveðna menningu á sinni deild í þessum efnun. Það er alltaf hægt að gera betur.

Við erum með Svansvottað eldhús og matsali og höfum flokkað lífrænan úrgang í 10 ár. Erum með margnota matarbakka en í faraldrinum þurftum við að nota einnota matarbakka. Umhverfismálin voru ekki brennidepli í COVID-19, við héldum þó dampi að vissu leyti og ein góð aukaverkun var færri flug- og ökuferðir. Flugferðum fækkaði til að mynda um 90%. Fjarfundir tóku við að miklu leyti og við sáum það að hægt er að draga úr kolefnisspori með fjarfundum og -ráðstefnum, þetta er hægt og samtakamátturinn getur haft mikið að segja.

Aldur og áhugamál

51 árs, helstu áhugamál eru útvíst, lestur og barnabarnið sem er á öðru ári.

Menntun

Ég útskrifaðist árið 1996 með BS úr líffræði, ég byrjaði aðeins í gróðurannsóknunum eftir útskrift en fór svo fljótlega út í umhverfismálin, starfaði hjá Hafnarfjarðarbæ og ákvað svo að skella mér erlendis í meistaranám. Ég tók meistaraþráðu í umhverfisstjórnun, með áherslu á samfélagsábyrgð, frá Viðskiptaháskólanum í Gautaborg.

Við höfum til að fá betri sýn gert tékk með því að safna saman úrgangi og fara í gegnum hann; hvað er notað og hvað er sóun. Við sjáum að það er alltaf hægt að gera betur og það er líka mikilvægt að vera stöðugt að minna á að minnka sóun. Starfsfólk kemur oft með hugmyndir um hvernig við getum gert betur, til dæmis komu starfsmenn með athugasemd við það að ávextir komu í plastpokum, þetta var óþarfi og nú koma ávextirnir til okkar í margnota kössum. En þar sem starfmannaveltan er mikil á stórum spítala þarf stöðugt að vera að minna á og stundum líður mér eins og gamalli rispaðari plötu þar sem ég er alltaf að tala um sömu hlutina sem umhverfisstjóri spítalans. Það þarf ekki alltaf að vera að finna upp hjólið í þessum efnun, við erum í góðu samstarfi við erlenda spítala og höfum við getað innleitt margar aðgerðir sem hafa virkað vel annars staðar. Lausnir sem búið er að prófa og virka líka hjá okkur þótt oft þurfi að aðlaga þær að okkar umhverfi.

Umhverfisstefna Landspítalans

Landspítalinn lét gera umhverfisúttekt árið 2011, árið 2012 var fyrsti umhverfisstjórinn ráðinn og sama ár var umhverfisstefna samþykkt þar sem segir að áhersla sé lögð á þá þætti starfseminnar sem hafa mest áhrif á umhverfið og fela í sér bestu tækifærin til að bæta umhverfi, efnahag og heilsu. Landspítali ætli að:

- hanna og skipuleggja umhverfisvænar byggingar til framtíðar.
- draga úr myndun úrgangs og auka endurvinnslu og endurnýtingu.
- minnka sóun á magnvörum, m.a. einnota vörum og matvælum.
- kaupa vörur og þjónustu sem uppfylla þarfir, hafa sem minnst umhverfisáhrif og lægstan líftímakostnað.
- halda umhverfisáhrifum í lágmarki vegna notkunar á varasömum efnum, lyfjum og lyfjagösum.
- hvetja til notkunar á vistvænum og heilsusamlegum samgöngumátum í ferðum og flutningum á vegum spítalans.
- nota hreina orku og vatn og nýta vel.
- efla þróun þekkingar um umhverfismál með miðlun upplýsinga, fræðslu, rannsóknum og samstarfi við hagsmunaaðila.



„Við höfum einnig verið að byggja upp aðstöðu fyrir hjól og svo erum við að laga búningaástöðu.“

Hvað með aðrar heilbrigðisstofnanir, til að mynda á landsbyggðinni, ert þú í samstarfi við landsbyggðina varðandi að innleiða umhverfisstefnur?

Þær hafa leitað til okkar að einhverju leyti. Við erum nú að innleiða ný föt, blá og hvít með bættara sniði sem verða til að mynda tekin upp á fleiri heilbrigðisstofnunum en þau eru úr tensel og endurunnu pólýester. Í bláu fötunum er notað tencel sem er mun umhverfisvænna en bómull en við framleiðslu á henni er mikil notkun vatns og varnarefna eins og skordýraeiturs. Tencel er auk þess liprara og þægilegra efni.

Fjarvinnustefna er í býgerð hér eins og á mörgum öðrum stofnunum, þeir sem geta og vilja munu þá geta gert samkomulag um ákveðinn fjölda daga í fjarvinnu sem er sparnaður í ferðum en þetta er í farvegi og ekki samþykkt enn þá.

Hvernig sérðu framtíðina hvað varðar umhverfismálin?

Ef við værum ekkert búin að gera í umhverfismálum værum við í verri málum en við erum í dag. Ég verð vör við það að yngra fólkið gerir meiri kröfur um að umhverfismálin séu í lagi. Nú er ég amma og árið 2041 verður barnabarnið mitt tvítugt, ég held við höfum gott að því að leiða hugann að því hvernig við erum að skila jörðinni af okkur fyrir komandi kynslóðir. Mér finnst ekki langt síðan árið

Umhverfiskvíði

Umhverfiskvíði er víðtækari útgáfan af loftslagskvíða og nær yfir fleiri umhverfismál en þau sem tengjast loftslagsbreytingum. Á vef Landverndar segir að **rúmlega 20% landsmanna** finni fyrir umhverfiskvíða. Ungt fólk sé í meirihluta þeirra sem finna fyrir umhverfiskvíða, eða um 35% ungs fólks. Þar segir einnig að aðeins 6% Íslendinga hafa engar áhyggjur af loftslagsbreytingum en aðrir hafa litlar, þó nokkrar eða miklar áhyggjur.



2000 var en það er jafnlangt í árið 2044, þetta líður ískyggilega hratt, staðan er þannig að við þurfum að skrúfa fyrir allt sem við getum skrúfað fyrir. Við þurfum að minnka sóun umtalsvert, fækka ferðum sem menga og vanda okkur við að flokka allt sem við getum. Fagstéttir þurfa að huga að sínu og velta fyrir sér hvort það sé til umhverfissvænni leið en farin er núna. Er þörf á öllu sem verið er að nota, getum við sleppt einhverju eða tekið upp eitthvað nýtt og umhverfissvænna. Þarna liggja tækifæri til að læra hvert af öðru og á milli deilda og einnig af öðrum spítölum hér heima og erlendis. Bara það að setja kröfur í útboðum á innkaupum getur skipt gríðarlega miklu máli, til dæmis að það séu ekki ákveðin skaðleg efni í hjúkrunarvörum sem eru keyptar inn. Það geta verið hormónatruflandi og krabbameinsvaldandi efni í vörum sem skýtur skökku við á heilsustofnun.

Af hverju eru sumir mun virkari í umhverfissvænum lífsstíl en aðrir, hvað veldur og hvaða þættir hafa þar áhrif?

Þetta er margþætt, við sem erum miðaldra erum hluti af neytlusamfélaginu, eldra fólk og kynslóðirnar á undan kunnu að fara vel með hluti og nýta. Núna búum við í neytlusamfélagi en við þurfum ekki allt sem við kaupum; föt, bíla, húsbúnað og mat. Sumir eru meðvitaðir, nenna að taka afstöðu og hafa áhrif á meðan aðrir hugsa kannski ekki út í það eða finnst það fyrirhöfn. Við erum fyrirmyndir, við berum ábyrgð og það er sinnuleysi að huga ekki að umhverfisvernd með öllum ráðum.

Gildi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga eru ábyrgð, áræði, árangur. Þessi umhyggja og virðing fyrir einstaklingum er í raun líka fyrir framtíðinni og afkomendum okkar og jörðinni.



„Annað sem vegur þungt er að frá árinu 2014 höfum við verið að virkja starfsfólk í vistvænum samgöngum; ganga, hjóla, taka strætó, sem hefur skilað árangri.“



Líknarmeðferð og líknarþjónusta á Íslandi

Undanfarin ár og áratugi hefur mikil þróun verið í líknarmeðferð á heimsvísu. Rannsóknir á þessu sviðið hafa aukist, breytingar orðið á umönnun og meðferð en einnig hefur verið unnið að því að auka þekkingu bæði heilbrigðisstarfsfólks og almennings á líknarmeðferð.

Höfundar:

Dóra Björk Jóhannsdóttir, hjúkrunarfræðingur í heimahlýnningu SAK, með framhaldsmenntun á sviði krabbameins- og líknarhjúkrunar.

Svandís Íris Hálfánardóttir, sérfræðingur í líknarhjúkrun og verkefnastjóri líknarmiðstöðvar Landspítala.

Líkn og líknarmeðferð

Orðið líkn merkir að milda þjáningu, hjálpa eða hjúkra. Það er gert daglega á hinum ýmsu heilbrigðisstofnunum landsins sem og inni á heimilum fólks. Það að veita líknarmeðferð hefur í hugum margra einskorðast við meðferð sem veitt er við lok lífs, þ.e. þegar einstaklingur er deyjandi og því hefur það oft og tíðum valdið fólki áhyggjum og álagi þegar minnst er á líknarmeðferð. Á síðustu áratugum hefur þó orðið töluverð hugarfarsbreyting, bæði hérlendis og erlendis, þar sem reynsla og rannsóknir hafa sýnt fram á að þær aðferðir sem notaðar eru í líknarmeðferð einskorðast ekki við síðustu daga eða vikur í lífi fólks heldur er hægt að beita þeim samhliða lækningu og lífslengjandi meðferð. Kjarni líknarmeðferðar kemur fram í skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) frá 2002, þar sem segir að líknarmeðferð sé meðferð sem miðar að því að bæta lífsgæði sjúklinga sem eru með

lífsógnandi sjúkdóma og fjölskyldna þeirra. Samkvæmt WHO felst meðferðin í að fyrirbyggja og draga úr líkamlegri, sálfélagslegri og andlegri þjáningu. Líknarmeðferð á við snemma á veikindatímabilinu samhliða annarri meðferð sem notuð er til að lina einkenni en jafnframt að lengja líf. Þegar lífslengjandi meðferð er ekki lengur talin skila árangri stendur líknarmeðferðin ein og sér. Vægi líknarmeðferðar eykst því með versnandi sjúkdómi.

Almenn og sérhæfð líknarmeðferð

Gerður er greinarmunur á almennri og sérhæfðri líknarmeðferð. Allt heilbrigðisstarfsfólk á að hafa grunnþekkingu í líknarmeðferð og heilrænni nálgun við sjúklinga. Starfsfólk á að geta aðstoðað og stutt sjúklinga, og fjölskyldur, við að lifa með lífsógnandi og/eða versnandi sjúkdóma og veita meðferð

„Aðgerðaráætlun stjórnvalda setur líknarþjónustu í brennidepil þar sem mikilvægi líknarmeðferðar er viðurkennd og efling hennar forgangsverkefni sjúklingum og fjölskyldum þeirra til góða.“

sem stuðlar að sem bestum lífsgæðum viðkomandi, óháð sjúkdómsgreiningu eða sjúkdómsstigi. Starfsfólk á öllum heilbrigðisstofnunum landsins sinnir því almennri líknarmeðferð í starfi.

Sérhæfð líknarmeðferð hefur sömu markmið og almenn líknarmeðferð en hefur yfir fleiri úrræðum að ráða til að ná þessum markmiðum. Í sérhæfðri líknarmeðferð er megináherslan á að sinna sjúklingum með versnandi sjúkdóma og erfiðum, fjölbættum og flóknum einkennum af ýmsum toga. Það starfsfólk sem vinnur í sérhæfðri líknarþjónustu vinnur nær eingöngu með þessum hópi skjólstaðinga og hefur oft aflað sér aukinnar menntunnar á þessu sviði og býr yfir viðtækri reynslu og þekkingu. Fjórir sérfræðingar í líknarhjúkrun starfa nú innan sérhæfðrar líknarþjónustu Landspítala, einn í HERU (sérhæfðri líknar-heimarþjónusta Landspítala), einn á líknardeild og tveir í líknarráðgjafarteyminu.

Framhaldsnám í krabbameins- og líknarhjúkrun er kennt við HA og HÍ. Báðir háskólarnir bjóða upp á meistara-nám auk doktorsnáms. Nokkrir læknar hafa lokið samnorrænu sérfræðinámi í líknarlækningum en árið 2015 voru líknarlækningar viðurkennd sem undirsérgrein í sérfræðilækningum hér á Íslandi.

Sérhæfð líknarþjónusta á Íslandi

Uppbygging sérhæfðrar líknarþjónustu hófst ekki fyrr en á níunda áratug síðustu aldar hér á Íslandi. Heimahlynning Krabbameinsfélag Íslands hóf störf 1987 og var starfrækt til ársins 2006 en þá flutti starfsemi á Landspítalann og varð að Heimahlynningu Landspítala. Heimahlynning á Akureyri hóf svo störf 1992 og hjúkrunar- og ráðgjafarþjónustan Karítas árið 1994. Í dag eru Heimahlynning Landspítala og Karítas sameinaðar; HERA er sérhæfð líknarþjónusta (Heima-Eftirlit-Ráðgjöf-Aðstoð). Líknarráðgjafarteymi Landspítala var stofnað 1997 og líknardeild Landspítala árið 1999. Líknarlæknar og hjúkrunarfræðingar líknarráðgjafarteymis sinna einnig sjúklingum á göngudeild spítalans. Heimahlynning á Akureyri hefur verið hluti af Sjúkrahúsínu á Akureyri síðan árið 2019.

Starfsfólk sérhæfðrar líknarþjónustu hefur í gegnum árin sinnt skjólstaðingum og fjölskyldum þeirra, innan sem utan sjúkrahúsa, veitt starfsfólki ráðgjöf, sinnt fræðslu sem og kennslu og starfsþjálfun nema í hinum ýmsu heilbrigðisgreinum. Einnig hefur starfsfólk tekið þátt í og sinnt rannsóknum og þróunarvinnu.

Aðgerðaráætlun

Árið 2021 birti heilbrigðisráðuneytið fimm ára aðgerðaráætlun varðandi líknarþjónustu á Íslandi. Þar er birt sú stefna að bæta aðgengi allra landsmanna að líknarþjónustu með því að samræma og samhæfa líknarþjónustu á landsvísu. Aðgerðaráætlunin er byggð á tveimur skýrslum sem áður höfðu verið unnar: Samþætting líknar- og lífslokameðferðar: Norðlenska líkanið og skýrslu um Framtíðarskipan líknarþjónustu á Íslandi – með sérstakri áherslu á höfuðborgarsvæðið, Suðurnes, Vesturland og Suðurland.

Það er ánægjulegt að aðgerðaráætlun varðandi líknarþjónustu hér á landi sé fyrir hendi en starfsfólk í sérhæfðri líknarþjónustu hefur lengi kallað eftir slíkri áætlun. *Í aðgerðaráætluninni eru lagðar til aðgerðir til að efla og byggja upp líknarþjónustu á sérgreinasjúkrahúsum og einnig á hjúkrunarheimilum og í þjónustu við fólk í heimahúsum. Við gerð þessarar áætlunar voru höfð til hliðsjónar fyrirmæli WHO um að líknarmeðferð skuli vera hluti af almennri heilbrigðisþjónustu aðildarríkja WHO.*

Aðgerðaráætlun stjórnvalda setur líknarþjónustu í brennidepil þar sem mikilvægi líknarmeðferðar er viðurkennd og efling hennar forgangsverkefni sjúklingum og fjölskyldum þeirra til góða. Þar er lögð áhersla á aðgengi að þjónustu, stuðning og eflingu þekkingar sem og að tryggja þurfi gæði líknarþjónustu á stofnunum og í heimahúsum.

Aðgengi og efling þekkingar

Í aðgerðaráætluninni er meðal annars lagt upp með að auka eigi aðgengi fagfólks að sérfræðiþekkingu á líknarmeðferð og vinna að því að efla þekkingu fagfólks á líknarmeðferð, bæði á stofnunum og í heimahjúkrun. Áætlunin miðar líka að því að sérhæfð líknarmeðferð standi öllum sjúklingahópum til boða og að tryggja eigi gæði líknarþjónustu á hjúkrunarheimilum og í heimahúsum. Þó að vel sé gert þegar líknarmeðferð er veitt skjólstaðingum víða um land, má alltaf betur gera og fagfólk hefur sýnt vilja til eflingar líknarþjónustu enn frekar. Í áætluninni er gert ráð fyrir að sérgreinasjúkrahús landsins, sem eru Landspítali og Sjúkrahúsið á Akureyri verði ráðgefandi og leiðandi í samhæfingu þessarar þjónustu á landsvísu.

Í dag er hægt að fá sérhæfða líknarráðgjöf hjá líknar-ráðgjafarteymi Landspítala. Slík ráðgjöf getur meðal annars falið í sér ráðgjöf til heilbrigðisstarfsfólks við



Svandís Íris Hálfánardóttir



Dóra Björk Jóhannsdóttir

mat og meðferð einkenna, vegna meðferðar við lok lífs eða vegna erfiðleika í samskiptum. Á Sjúkrahúsinu á Akureyri hefur teymi Heimahlynnningar séð um sambærilega ráðgjöf til hjúkrunarfræðinga, bæði innan spítalans og til annarra stofnana á svæðinu, en þar er unnið að því að stofna líknarráðgjafarteymi.

Líknarmiðstöð á Landspítala og SAK

Í fyrrnefndri aðgerðaráætlun er lagt til að líknarmiðstöð sé starfrækt á báðum sérgreinasjúkrahúsum landsins þ.e. á Landspítala og á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Skilgreining á líknarmiðstöð er að það sé þekkingareining sem rekin er á sérgreinasjúkrahúsum og starfi í nánum tengslum við líknardeildir. Slíkri líknarmiðstöð er ætlað að veita ráðgjöf til þjónustuveitenda um allt land, stuðning, fræðslu og þjálfun. Fyrirhugað skipulag líknarmiðstöðvar er að þar sé aðgangur að líknarráðgjafarteymi, sérhæfðri líknardeild, heimaþjónustu og göngudeild.

Í kjölfar aðgerðaráætlunarinnar var líknarmiðstöð Landspítala stofnuð á vormánuðum 2021 og hefur aðsetur í húsnæði líknardeildarinnar í Kópavogi. Að baki miðstöðinni er sérhæfð líknarþjónusta Landspítala: legudeild, líknarráðgjafarteymi, HERA og göngudeild líknarlækna og hjúkrunarfræðinga líknarráðgjafarteymis.

Snemma árs 2022 hófst svo vinna við stofnun líknarmiðstöðvar við Sjúkrahúsið á Akureyri sem er í móttun, unnið er að því að koma þar af stað líknarráðgjafarteymi. Það er gert í samvinnu við Heimahlynnningu SAK sem er sérhæfð líknar- og lífslokabjónusta í heimahúsum.

Líknarmiðstöðvum Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri er m.a. ætlað að stuðla að samhæfingu líknarþjónustu á landsvísi og auðvelda aðgengi heilbrigðisstarfsfólks að fræðslu og sérfræðiráðgjöf.

Líknardeild og líknarrými

Ein sérhæfð líknardeild er starfrækt á Íslandi og er hún staðsett í Kópavogi. Almenn níu rúma líknardeild aldraðra er á Landakoti en hún er sérstaklega ætluð einstaklingum sem eru á síðustu vikum lífs síns. Samkvæmt stefnu stjórnvalda er stefnt að fjölgun líknarrýma á landsvísi, svo allir landsmenn hafi aðgang að þeim sem næst sinni heimabyggð. Á Selfossi hafa fjögur almenn líknarrými nýlega verið opnuð og þar leggjast inn sjúklingar með sjúkdóma á lokastigi sem metið er að eigi innan við sex mánuði eftir ólífaða. Á sjúkrahúsinu á Akureyri hefur það verið sett í stefnumótun að opna líknarrými og hefur vinnuhópur verið stofnaður sem nú vinnur að þarfagreiningu og áætlað að þeirri vinnu ljúki í árslok 2022.

Framtíðarsýn

Markmið með stofnun líknarmiðstöðva er að hægt verði að efla og samræma líknarþjónustu á sjúkrahúsum, hjúkrunarheimilum og í heimahjúkrun um allt land. Að það verði meðal annars gert með því að efla ráðgjöf og bjóða upp á fræðslu og þjálfun starfsfólks í líknarmeðferð. Þörf er á að meta fræðsluþarfir, skipuleggja ýmiss konar fræðslu og gera fræðsluefni aðgengilegt öllum fagstéttum. Einnig er þörf á að auka þekkingu og skilning almennings á líknarmeðferð.

Til þess að markmiðin í aðgerðaráætluninni náist þarf m.a. viðtækt samráð og samvinnu ýmissa aðila og stofnana. Eitt er að auka þekkingu en ekki er síður mikilvægt að aðgengi skjólstæðinga að viðeigandi þjónustu sé tryggt allan sólarhringinn ef á þarf að halda.

Þegar horft er til annarra landa varðandi líknarmiðstöðvar er oftast um að ræða staði þar sem veitt er hágæða líknarmeðferð, stundaðar eru rannsóknir og boðið er upp á ráðgjöf og kennslu. Einnig eru líknarmiðstöðvar oft samhæfingaraðilar varðandi líknarþjónustu. Sem dæmi má taka að í Noregi, þar sem fimm milljónir búa, má finna fjögur svokölluð Centre of Excellence for Palliative Care þar sem áhersla er á rannsóknir, kennslu og þróun líknarþjónustu fyrir ákveðin svæði í samstarfi við fagfólk úr nærumhverfi sjúklinga.

Í aðgerðaráætlun stjórnvalda er m.a. lagt upp með að efla eigi þekkingu fagstétta og almennings á líknarmeðferð og líknarþjónustu til skjólstæðinga á stofnunum og í heimahúsum til að bæta lífsgæði þeirra. Framtíðarsýnin er að allir þeir einstaklingar sem hafa alvarlega sjúkdóma njóti sem besta lífsgæða og fá umönnun og meðferð sem er í takti við markmið þeirra og óskir.

CBD
*RVK

CBD REYKJAVÍK

Nátturuleg leið að betri húð,
heilsu og vellíðan

www.cbdrvk.is



Aldur

48 ára.

Menntun

Hjúkrunarfræði frá HÍ, diplómanám í hjúkrun með áherslu á líknarhjúkrun, verkefnastjórnun og leiðtogaþjálfun við Endurmenntun HÍ.

Fjölskylda

Gift Birni Barkarsyni og saman eigum við þrjú börn; tvo syni sem eru 13 ára og 21 árs og svo 18 ára dóttur.



Líknarhjúkrun er krefjandi en mjög gefandi

Viðtal og mynd: Sigríður Elín Ásmundsdóttir

Ólöf Ásdís Ólafsdóttir, aðstoðardeildarstjóri á líknardeild Landspítala, segir að áhugi hennar á líknarhjúkrun hafi kviknað strax í hjúkrunarfræðináminu. Hún segir að þetta sé fjölbreytt, krefjandi en á sama tíma mjög gefandi hjúkrun. Ritstýran hitti Ólöfu og fékk innsýn í starf hjúkrunarfræðings, og nú nýlega aðstoðardeildarstjóra, á líknardeildinni í Kópavogi sem er staðsett við sjóinn í einstaklega fallegu umhverfi.

„Ég byrjaði hjá Karitas hjúkrunar- og ráðgjafabjónustu sem sinni sérhæfðri líknarmedferð í heimahúsum. Þann 1. apríl 2018 hóf ég svo störf á líknardeildinni í Kópavogi og tók við stöðu aðstoðardeildarstjóra í september síðastliðnum. Áhuginn á líknarmedferð kviknaði strax í náminu, ég útskrifaðist árið 2002 og starfaði fyrstu árin eftir útskrift á Heilbrigðisstofnun Suðurlands en hluti af starfi mínu þar var að sinna líknarmedferð. Ég fór til Bretlands í diplómanám í hjúkrun árið 2006 og þau valfög sem ég tók þar voru á sviði líknarhjúkrunar.“

Hvaða kosti og galla hefur hjúkrun á líknardeild?

Hjúkrunin er mjög fjölbreytt og getur verið mjög krefjandi en á sama tíma afar gefandi. Það fer fram mikil fjölskylduhjúkrun á deildinni þar sem langvinn lífsógnandi veikindi hafa ekki bara áhrif á einstaklinginn heldur einnig fjölskylduna og þá sem standa viðkomandi næst.

Hvaða hugmyndafræði í líknandi meðferð hafið þið að leiðarljósi á deildinni?

Á líknardeildinni er unnið er út frá skilgreiningu WHO þar sem segir að líknarmedferð eigi að miða að því að bæta lífsgæði þeirra sem glíma við lífsógnandi sjúkdóma og fjölskyldna þeirra. Meðferðin felst í því að fyrirbyggja og draga úr líkamlegri, sálfélagslegri og andlegri þjáningu.

Hvaða bjargráð hefur þú haft í krefjandi starfi?

Styrkleiki okkar er að við vinnum í náinni teymisvinnu, á deildinni er þverfaglegt teymi. Sterkur og samhentur starfsmannahópur er okkar styrkur í starfi. Opin og heiðarleg samskipti skipta miklu máli, við ræðum mikið meðferðir og þjónustu við okkar skjólstaðinga og finnum bestu úrræði og meðferðir fyrir hvern og einn. Það eru haldnir teymisfundir einu sinni í viku þar sem við förum ítarlega yfir málin og gerum áætlanir og plön í sameiningu þar sem allt teymið kemur að. Læknar, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar, sjúkraliðar og prestur. Svo nýtum við þjónustu sálfræðinga og félagsráðgjafa þegar þörf er á. Heildræn og þverfagleg hjúkrun er rauði þráðurinn á deildinni og þessi nána og góða teymisvinna er bjargráð.

Hvernig gengur þér að aðskilja vinnu og einkalíf?

Það gengur vel. Ég reyni að taka vinnuna ekki með mér heim. Í vor og sumar hjólaði ég mikið til og frá vinnu, það er að mínu mati góð leið til að hreinsa hugann eftir vaktir að hjóla í fersku lofti í Kópavogsdalnum. Það er nauðsynlegt að geta aðskilið vinnu og einkalíf og þá skiptir máli að eiga góða samstarfsfélaga sem hægt er að ræða við því eðli málsins samkvæmt ræði ég ekki vinnuna við fjölskylduna. Ég nærri sjálfa mig með útveru og samveru með mínum nánustu. Göngur með hundinum mínum, henni Lúnu, gefa mér orku og hún er góður hlustandi. Ég reyni líka að passa vel upp á svefninn og bestu útrásina fæ ég þegar ég dansa zumba.

Hvernig upplifir þú að vera mikið í nálægð við deyjandi fólk og sorg aðstandenda?

Það reynir vissulega oft á en að sama skapi finnst mér afar gefandi að eiga átt þátt í því að bæta líðan og lífsgæði skjólstaðinga minna. Við leggjum mikið upp úr því hjá okkur að fólki líði vel og að þörfum allra sé mætt á þeirra forsendum. Vissulega er það krefjandi að sinna aðstandendum sem syrgja ástvini sína en ég finn nær undantekningarlaust að fólk er afar þakklátt og það gefur mér mikið.

Færðu handleiðslu í starfi?

Ég hef ekki verið í formlegri handleiðslu en á deildinni eru haldnir viðrunarfundir þar sem við fáum tækifæri til að ræða líðan og tilfinningar tengdar starfinu og erfiðum tilfellum. Við tölum saman og styðjum hvert annað og það er afar dýrmætt. Oft koma upp erfiðar aðstæður sem við ræðum þá á okkar milli.

Hverjar eru helstu áskoranirnar á líknardeildinni þar sem þú starfar?

Eins og víða er mönnun helsta áskorunin. Við búum yfir miklum mannaúði á deildinni og margir, bæði hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar hafa unnið hér lengi en það þarf að vera nýliðun og eins og staðan er núna þurfum við fleiri hjúkrunarfræðinga í hópinn. Ég hvet kollega mína til að íhuga að koma til okkar í Kópavoginn. Staðurinn og umhverfið er einstakt hér við sjóinn, fallegt útsýni, rólegt umhverfi og hér er afar gott að vinna.



Kraftur og samhljómur á kjararáðstefnu Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Kjararáðstefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga var haldin dagana 3. og 4. október á Hótel Selfossi. Á ráðstefnunna mættu rúmlega 70 trúnaðarmenn hjúkrunarfræðinga frá stofnunum um allt land. Tilgangur ráðstefnunnar var fyrst og fremst að vinna að kröfugerð Fíh í komandi kjarasamningum, ásamt yfirferð á vanefndum bókunum úr gildandi miðlunartillögu sem og mati á styttingu vinnuviku í dag- og vaktavinnu. Jafnframt var tilgangurinn að fá trúnaðarmenn saman til að efla liðsheildina og fræðast.

Umsjón: Kjarasvið Fíh

Trúnaðarmenn komu með margar góðar lausnamiðaðar nálganir á þessum tveimur dögum sem munu nýtast vel í komandi kjarabaráttu. Krafturinn og samhljómurinn í hópunum var áþreifanlegur og mun samtalið á ráðstefnunni skila miklu í aðdraganda kjarasamninga.

Fyrri dagurinn var nýttur í kynningu á verðmæti kvennastarfa, umræðu og stöðu styttingu vinnuvikunnar, niðurstöðu kjarakönnunar, umræðu um kjarabaráttu hjúkrunarfræðinga út á við og í fjölmiðlum, kyrrðarjoga og samveru yfir góðum kvöldverði. Seinni dagurinn byrjaði á erindi um jákvæð samskipti, sem nýttist vel inn í daginn þegar vinnuhópar hófu sín störf. Ráðstefnunni lauk með því að tíu hópar trúnaðarmanna tóku saman þau atriði sem skipa eigi öndvegi í kröfugerð hjúkrunarfræðinga í komandi kjarasamningum.

Verðmætamat kvennastarfa

Ráðstefnan byrjaði á móttöku og hressingu, enda voru trúnaðarmenn að koma víða að af landinu og því gott að hittast yfir kaffibollanum og hita upp fyrir komandi daga. Eftir að formaður Fíh, Guðbjörg Pálsdóttir, bauð ráðstefnugesti velkomna og hvatti þá til dáða og góðra verka, tók Heiður Margrét Björnsdóttir, hagfræðingur hjá BSRB, við keflinu. Hún fór yfir verðmætamat, viðmið og gildi kvennastarfa og kynnti

fyrir hjúkrunarfræðingum tillögur starfshóps forsætisráðherra um endurmat á virði kvennastarfa, sem komu fram í skýrslunni Verðmætamat kvennastarfa. Starfshópurinn vinnur að því að koma með tillögur til að útrýma launamun sem stafar af kynskiptum vinnumarkaði.

Í lögum segir að konum, körlum og fólki með hlutlausa skráningu kyns skulu greidd jöfn laun og njóta sömu kjara fyrir sömu eða jafn verðmæt störf. Heiður segir stórum áfanga hafa verið náð þegar farið var að líta á þetta sem tvær áskoranir sem þarfnast tveggja ólíkra nálganna. Annars vegar hvernig tryggt er að jöfn laun og sömu kjör séu tryggð fyrir sömu störf (jafnlaunanálgun) og hins vegar hvernig við tryggjum jöfn laun og sömu kjör fyrir jafnverðmæt störf (jafnvirðisnálgun).

Jafnvirðisnálgun byggir á virðismati starfa. Virðismat starfa þarf að ná yfir virði kvenna- og karlastarfa og taka jafnframt til hlutlægra þátta eins og tilfinningalegs og líkamlegs álags, samskiptahæfni, auk annarra þátta. Starfsmatskerfi er það sem kemst næst þessari nálgun og er kerfi sem metur ýmsa þætti. Virðismat starfa þyrfti að ná yfir mat á öllum þáttum starfs, þar skiptir ekki síður máli að taka tillit til sálrænna þátta, sem í vissum tilfellum hafa frekar tilheyrt kvennastéttum en karlastéttum.



Eva Hjörtína og Guðbjörg formaður Fih.



Virðismat starfa þarf að ná yfir virði kvenna- og karlastarfa og að það kerfi nái t.d. til hlutlægra þátta eins og tilfinningalegs og líkamlegs álags, samskiptahæfni, auk annarra þátta.



Þær aðgerðir sem þegar hefur verið gripið til við virðismat starfa eru starfsmat sem tekur eingöngu til grunnlauna og jafnlaunavottun sem tekur eingöngu til eins vinnustaðar. Jafnlaunavottun hefur reynst vel til að vinna á launamun sem er tilkominn vegna sambærilegra starfa. Hún nær hins vegar síður til þess launamunar sem er á milli ólíkra en jafnverðmætra starfa né tekur á kynbundnum vinnumarkaði.

Heiður fór einnig yfir líklegar ástæður þess að vinnumarkaður okkar er kynskiptur og benti meðal annars á að kynhlutverk hafi þróast yfir í staðalímynd eins og við könnumst við sem mótar svo val hvers og eins út frá áhugasviði er varðar nám og vinnu.

Betri vinnutími

Í síðustu kjarasamningum var samið um breytingar á vinnutíma vaktavinnufólks (Fylgiskjal 2). Um er að ræða mestu breytingar á vinnutíma vaktavinnufólks í meira en 40 ár. Verkefnið sem snýr að breyttum vinnutíma vaktavinnufólks er samstarfsverkefni ASÍ, BHM, BSRB og Fíh fyrir hönd launafólks og ríkis, Reykjavíkurborgar og sveitarfélaga sem launagreiðenda.

Kynning á betri vinnutíma vaktavinnumannanna og stytting vinnuviku dagvinnumannanna var næst á dagskrá. Harpa Júlía Sævarsdóttir, sérfræðingur í kjaramálmum, fór yfir samantekt um styttingu vinnuviku í dag- og vaktavinnu eftir Fylgiskjölum 1 og 2 og benti á að nú væri komið að eftirfylgnifasa innleiðingarinnar. „Fyrir lok samningstímans skulu aðilar leggja sameiginlegt mat á áhrif breytinganna og hvort núverandi framsetning á neðangreindum ákvæðum í kjarasamningi falli best að framtíðarskipulagi og starfsumhverfi ríkis og sveitarfélaga“.

Harpa fór yfir hvað hefur gengið vel og hvar séu tækifæri til úrbóta. Hvaða þætti þarf að finnúsa betur og hvort það séu þættir sem eru sértækir fyrir hjúkrunarfræðinga eða sem eigi við alla í verkefninu. Harpa talaði um mikilvægi þess að meta verkefnið heildstætt, ekki eingöngu einstaka þætti. Að kynningu lokinni skiptu trúnaðarmenn með sér verkum og unnu í vinnuhópum eftir því hvort trúnaðarmenn voru fulltrúar dag- og eða vaktavinnuhóps. Þar var tilgangurinn að leggja heildarmat á verkefnið eftir SVÓT-greiningu um kosti og galla, ógnir og tækifæri. Lögð var áhersla á hvernig þau snúa að hjúkrunarfræðingum og hvernig framhaldið geti orðið á verkefninu ásamt því hvernig það gæti birst í kröfugerð til kjarasamninga.

Vinnuhópar trúnaðarmanna lögðu gagnlegt heildarmat á betri vinnutíma í vaktavinnu sem mun nýtast Fíh vegna fyrirhugaðrar vinnustofu hagsmunaaðila launafólks og launagreiðenda sem verður með þjóðfundarsniði þann 2. nóvember næstkomandi. Fíh mun eiga þar 18 fulltrúa á þjóðfundinum.

Kjarakönnun

Næst var komið að kynningu á niðurstöðum kjarakönnunar Fíh og sá Kristjana Guðlaugsdóttir, sviðsstjóri kjara- og réttindasviðs, um að kynna þær. Kjarakönnun Fíh var send til hjúkrunarfræðinga á opinbera vinnumarkaðinum í ágúst. Á þeim þremur vikum sem könnunin var opin höfðu 65% hjúkrunarfræðinga svarað 15 spurningum sem sneru að kjörum, réttindum og starfsumhverfi.

Helstu niðurstöður voru að 69% hjúkrunarfræðinga sögðust vera mjög og fremur ánægðir í starfi sínu en hins vegar eru um 60% þeirra mjög og fremur óánægðir með launakjör sín. 67% hjúkrunarfræðinga hafa hugsað af alvöru um að hætta í starfi sínu síðastliðin tvö ár og um helmingur hjúkrunarfræðinga mætir til vinnu þar sem öryggi skjólstaðinga þeirra er ekki tryggt vegna undirmönnunar.

Það voru þrjár röðunarspurningar í könnuninni. Þau þrjú efstu atriði sem hjúkrunarfræðingum finnst helst að eigi að ákvarða launasetningu þeirra í næstu kjarasamningum eru starfslýsing (ábyrgð, hæfni og þekking), menntun og starfsaldur. Varðandi launakjör voru 95% hjúkrunarfræðinga sem settu hækkun grunnlauna í fyrsta sæti, en jafnframt að skoða hærri launakjör fyrir aukið starfshlutfall og síðan að hækka vaktalag. Varðandi starfstengd réttindi og starfsumhverfi þá á að leggja mesta áherslu á mönnunarviðmið í heilbrigðisþjónustu, bættu vinnuaðstöðu og öryggi á vinnustað.

Þegar hjúkrunarfræðingar voru spurðir um hversu vel eða illa þeim hafi fundist innleiðing styttingu vinnutíma hafa gengið á sínum vinnustað, fannst dagvinnuönnun þá hafa gengið betur en vaktavinnuönnun, jafnframt voru dagvinnuönnun ánægðari með styttingu vinnutíma fyrir sjálfan sig en vaktavinnuönnun.



Harpa Júlía og Ari frá Fíh.

Vinnuhópar

Ari Brynjólfsson, kynningarstjóri Fíh, fór yfir það hvernig hægt er að snúa umræðu í fjölmiðlum okkur í hag. Kynnti hann nýja þjónustu sem Fíh býður upp á, fjölmiðlaþjálfun fyrir hjúkrunarfræðinga sem hafa áhuga á að koma fram í fjölmiðlum sem og aðstoð við greinaskrif. Þeir sem óska eftir einstaklingsmiðaðri fjölmiðlaþjálfun eða aðstoð er bent á að hafa samband við Ara.

Eftir vel heppnaða samveru yfir kvöldmat og skemmtun, hófst seinni dagur ráðstefnunnar með erindi Önnu Steinsen frá KVAN sem fór yfir það með hvaða hætti hægt er að tileinka sér jákvæð samskipti. Það var sannkölluð gleðistund og gott að hefja daginn með virkar hláturtaugar.

Fyrir hádegi var unnið að fjórum viðfangsefnum og trúnaðarmenn röðuðu sér í vinnuhópana. Viðfangsefni morgunsins voru tvær bókanir í gildandi miðlunartillögu, annars vegar um veikindarétt og hins vegar um faglegan stuðning í starfi, mönnunarviðmið í hjúkrun og sí- og endurmenntun. Þar stóð upp úr hversu brýnt trúnaðarmönnum hjúkrunarfræðinga finnst skorta faglegan stuðning í starfi og að sett séu mönnunarviðmið. Það var samhljómur um að faglegur stuðningur ætti að vera partur af störfum hjúkrunarfræðinga og að það eigi að hvíla skylda á vinnuveitanda að veita slíkan stuðning, mönnunarviðmið muni jafnframt tryggja öryggi skjólstaðinga og hafa jákvæð áhrif í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga.

Eftir góðan hádegisverð var aftur hafist handa við ný viðfangsefni. Viðfangsefnin voru starfsumhverfi hjúkrunarfræðinema, samsetning launa, starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga og vinna við að skoða, ef til þess kemur, verkfall og verkfallsaðgerðir. Mikill áhugi var fyrir starfsumhverfi hjúkrunarfræðinema sem og nýtskrifaðra hjúkrunarfræðinga og þar eru fjölmörg tækifæri til úrbóta til að styðja betur við þann hóp sem og að auka starfánægju hans.

Kröfugerð

Deginum lauk svo með því að vinnuhópar unnu saman brýnustu kröfur til kjarasamninga og var þar um algeran samhljóm að ræða. Í fyrsta lagi er skýr og klár krafa um hækkun grunnlauna hjúkrunarfræðinga sem allir settu í forgrunn, þar á eftir var það að stytting vinnuviku bæði í dag- og vaktavinnu verði fest í sessi og vinnuskylda minnkuð í 36 klst. í dagvinnu og 32 klst. í vaktavinnu. Þar á eftir álitu allir hóparnir það brýnt og mikilvægt að sett séu og innleidd mönnunarviðmið í störfum hjúkrunarfræðinga.



Ekki er hægt að segja annað en að þetta hafi verið virkilega vel heppnuð kjararáðstefna, trúnaðarmenn voru þarna sem talsmenn síns hóps hjúkrunarfræðinga, þeir voru fullir af eldmóði, áhuga, lausnum og með sterka samhljóma rödd. Það gefur góðan tón inn í komandi samninga og var góð byrjun á samningaferlinu.

Afraksturinn mun nýtast vel við undirbúning og í kröfugerð Fíh vegna komandi kjarasamninga.

Kjarakönnun Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Meirihluti hjúkrunarfræðinga ánægðir í starfi en óánægðir með launakjör

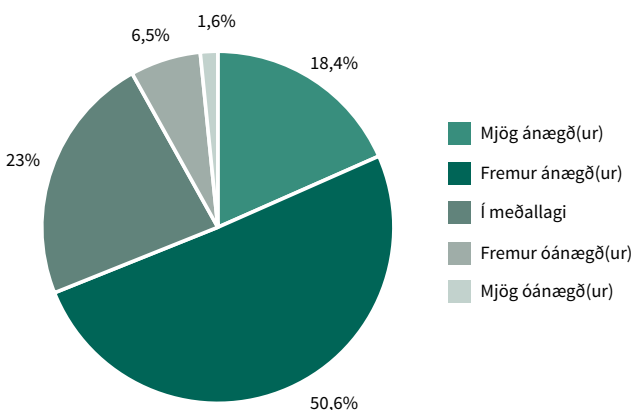
Umsjón: Kjarasvið F1h

Meirihluti hjúkrunarfræðinga er óánægður með launakjör sín samkvæmt niðurstöðum kjarakönnunar sem gerð var í haust. Þrátt fyrir það eru flestir ánægðir í starfi. Helmingur hjúkrunarfræðinga hefur oft mætt til vinnu við aðstæður þar sem mönnum var ekki næg til að tryggja lágmarksöryggi skjólstaðinga. Þriðjungur hefur íhugað af alvöru að hætta á síðustu tveimur árum.

Niðurstöður kjarakönnunar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga lágu fyrir þann 14. september síðastliðinn. Markmið kjarakönnunarinnar var að kanna viðhorf og væntingar hjúkrunarfræðinga fyrir næstu kjarasamninga. Svarhlutfall í könnuninni var mjög gott, eða 64,2%.

Hér eru helstu niðurstöður en þær voru fyrst kynntar á kjararáðstefnu Fih í byrjun október. Alls sögðust 69% hjúkrunarfræðinga vera ánægð í starfi þegar á heildina er litið, 18,4% mjög ánægð í starfi og rúmur helmingur fremur ánægður. Aðeins 1,6% eru mjög óánægð í starfi og 6,5% fremur óánægð. Munurinn er lítill þegar litið er til bakgrunnsbreytna á borð við kyn og aldur.

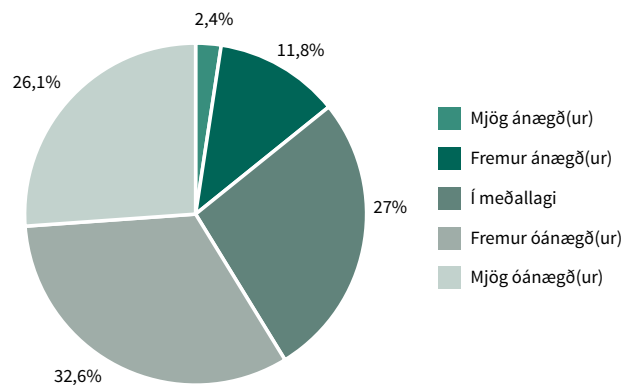
Mynd 1. Á Heildina litið, hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) ertu í starfi þínu?



Fáir ánægðir með launakjörin

Meirihluti hjúkrunarfræðinga sem svaraði könnuninni, eða 58,8%, er óánægður með launakjör sín, samanborið við 14,2% sem eru ánægðir eða fremur ánægðir. Aðeins 2,4% eru mjög ánægðir með launakjörin.

Mynd 2. Á Heildina litið, hversu ánægð(ur) eða óánægð(ur) ertu með launakjör þín?



Það skiptir miklu máli fyrir 36% þeirra sem svöruðu könnuninni að hafa möguleika á yfirvinnu, svipað stór hópur, 35%, segir það skipta sig litlu eða engu máli. Það skiptir mun meira máli yfir yngri aldurshópa en þá eldri, 56,9% í þeim yngsta samanborið við 19,3% í aldurshópnum 60 ára og eldri.

Spurt var hvaða atriði eigi helst að ákvarða endanlega launasetningu hjúkrunarfræðinga á stofnunum, en starfslýsing, menntun og miðlægur kjarasamningur vógu þar þýngst.

Hækka þarf grunnlaun

Langflestir, eða 96,9%, telja hækkuð grunnlauna vera mikilvægt áhersluatriði við gerð næstu kjarasamninga, 88,9% telja það mikilvægasta atriðið, 44,4% nefndu hærri grunnlaun fyrir aukið starfshlutfall. Enginn marktækur munur er á aldri og öðrum bakgrunnsbreytum þegar kemur að þessu atriði.

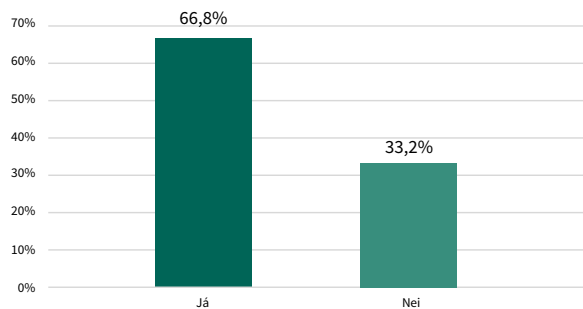
Þá telur 63% hjúkrunarfræðinga að grunnlaun almennra hjúkrunarfræðinga eigi að vera hærri en 800.000 kr.

Þegar litið er til starfstengdra réttinda í komandi kjarasamningum nefndu 73,4% mönnunarviðmið í heilbrigðisþjónustu, þar á eftir kom bætt vinnuástaða og öryggi á vinnustað.

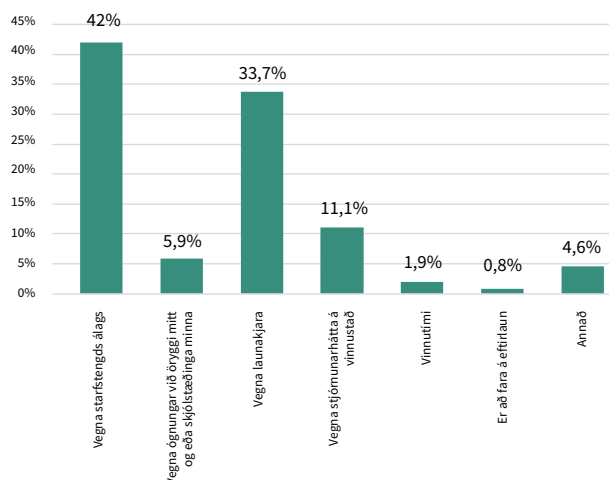
Íhuga að hætta vegna álags

Meira en helmingur, eða 66,8% hjúkrunarfræðinga hefur íhugað af alvöru að hætta í starfi á síðustu tveimur árum. En 33,2% hafa ekki íhugað það. Þegar litið er til ástæðna segja 42% þeirra sem hafa af alvöru íhugað að hætta það vera vegna starfstengds álags, 33,7% sögðu það vegna launakjara, 11,1% sagði það vera vegna stjórnunarháttá á vinnustað og 5,9% vegna ógnunar við öryggi sitt og/eða skjólstaðinga sinna.

Mynd 3. Hefur þú hugsað af alvöru um að hætta í starfi á síðustu 2 árum?

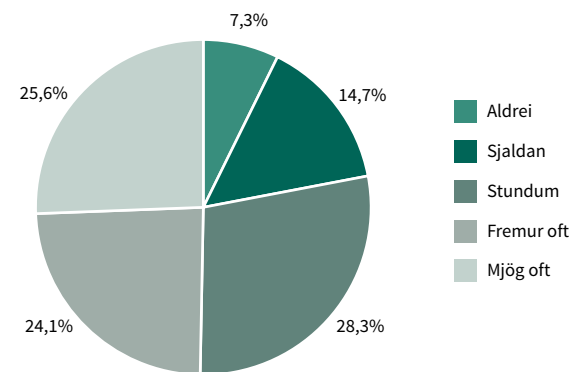


Mynd 4. Helstu ástæður þess að hjúkrunarfræðingar hafa hugsað um að hætta í starfi sl. 2 ár.



Helmingur hjúkrunarfræðinga hefur oft mætt til vinnu við aðstæður þar sem mönnun var ekki næg til að tryggja lágmarksöryggi skjólstaðinga. Aðeins 7,3% sögðust aldrei hafa mætt við slíkar aðstæður, 14,7% sögðu það gerast sjaldan. Munurinn var nokkur þegar dagvinna var borin saman við vaktavinnu, 31,3% í vaktavinnu sögðu það gerast mjög oft samanborið við 20,8% í dagvinnu.

Mynd 5. Hefur þú oft, stundum, sjaldan eða aldrei mætt til vinnu við aðstæður þar sem að mönnun var ekki næg til að tryggja lágmarksöryggi skjólstaðinga?



Stytting vinnuvikunnar

Fleiri sögðu styttingu vinnuvikunnar hafa gengið vel á sínum vinnustað en illa, 43% á móti 25%. Þá sögðu 32% styttinguna hafa gengið í meðallagi vel. Starfsfólk Reykjavíkurborgar var ánægðara en starfsmenn ríkisins, 53% samanborið við 41,6%. Munurinn er svipaður þegar litið er til dagvinnu og vaktavinnu, 54,2% starfsfólks í dagvinnu telur styttinguna hafa gengið vel samanborið við 31,6% í vaktavinnu.

Þegar beðið var um að líta til sín sjálfs sagði meirihluti, 55%, styttinguna hafa gengið vel fyrir sig sjálfa/n á móti 20% sem er óánægður. Töluvert fleiri hjúkrunarfræðingar í dagvinnu eru ánægðir með styttinguna fyrir sjálfan sig, 71,2 og 41,7 vaktavinnumenn. Ánægjan er áberandi meiri hjá þeim sem eru í 100 prósent starfi, þar eru 61,3% ánægð. Ánægjan fer einnig vaxandi með auknum starfsaldri, 61,1% í elsta aldurshópnum samanborið við 46,4% í yngsta aldurshópnum.

Höfundar

KRISTLAUG HELGA JÓNASDÓTTIR
hjúkrunar- og heilsuhagfræðingur MS,
hagdeild, Landspítala.

ELÍSABET GUÐMUNDSDÓTTIR
hjúkrunarfræðingur MS, verkefnastjóri
Hagdeild Landspítala

SIGRÍÐUR GUNNARSDÓTTIR
hjúkrunarfræðingur PhD
Forstöðumaður Rannsóknna og
skráningaseturs Krabbameinsfélags
Íslands, forstöðumaður fræðasviðs í
krabbameinshjúkrun á Landspítala og
prófessor við Háskóla Íslands
Starfaði sem framkvæmdastjóri hjúkrunar
á Landspítalana 2012-2022

Hjúkrun – grunnstoð heilbrigðiskerfisins

Þróun mönnunar í hjúkrun á Landspítala

Ef ekkert verður að gert mun skortur á hjúkrunarfræðingum á Íslandi aukast enn frekar á næstu árum og áratugum þar sem nýliðun er ekki nægjanleg til að mæta starfslokum vegna aldurs, hvað þá til þess að mæta sívaxandi þjónustubörf vegna fjölgunar landsmanna, fjölgun aldraðra og langveikra og mögulegrar fjölgunar ferðamanna. Grípa þarf til aðgerða á landsvísu sem miða að því að auka fjölda þeirra hjúkrunarfræðinga sem ljúka námi, bæta móttöku og stuðning við hjúkrunarfræðinga með erlent ríkisfang og stórbæta starfsaðstæður og kjör starfandi hjúkrunarfræðinga til að draga úr ótímabæru brottfalli úr stéttinni. Hægt er að horfa til tilmæla og aðgerða annarra, svo sem Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar og fleiri sem leiðbeinandi aðila í þeirri vinnu (Institute of Medicine (US), 2011; National Academy of Medicine, 2021; Rodríguez-García, M.C. og félagar 2020; World Health Organization, 2021).

Þessi grein er fyrri grein af tveimur um þróun mönnunar og starfsumhverfis hjúkrunarfræðinga á Landspítala á 15 ára tímabili frá 2005 til 2019. Í þessari fyrri grein er áherslan á hvernig þróun nýliðunar og brottfalls úr starfi hefur verið og hvernig horfur til framtíðar eru. Í seinni greininni, sem birtist í næsta blaði, verður starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga á Landspítala skoðað nánar með tilliti til þess hvernig breytingar á starfsemi og sjúklingshópnum hafa haft áhrif á mönnunarþörf. Lögð er sérstök áhersla á að skýra og svara fullyrðingum sem gjarnan er haldið á lofti þegar mönnun í hjúkrun er til umræðu.

Ástæður þess að greiningin nær aðeins til 2019 eru fyrst og fremst tvær. Sú fyrri er sú að aðstæður voru mjög óvenjulegar á árunum 2020, 2021 og inn á árið 2022 vegna COVID-19 faraldursins og höfðu mikil áhrif á mannafla í hjúkrun. Sú seinni eru þær umfangsmiklu breytingar sem urðu á mannafla í hjúkrun við styttingu vinnuvikunnar sem gerir samanburð við fyrri ár flókinn. Mikilvægt er að greining á þeim breytingum á mönnun sem áttu sér stað, og eiga enn, í kjölfar þessara kerfisbreytinga fari fram síðar. Við munum þó leitast við að

kynna í greininni nýrri gögn þar sem það er mögulegt og á við. Á Landspítala hefur mönnun hjúkrunarfræðinga lengi verið áskorun eins og víðast hvar í vestrænum heimi. Í byrjun september 2022 voru um 1.800 hjúkrunarfræðingar sem tilheyrðu Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga með ráðningu á Landspítala, sem er um helmingur allra starfandi hjúkrunarfræðinga á landinu. Hér eru taldir allir hjúkrunarfræðingar sem fá greidd laun á Landspítala þar með talið í launalausum leyfi, launalausum langtímaveikindum, barnsburðarleyfi eða foreldraorlofi. Hjúkrunarfræðingar á Landspítala koma frá 24 þjóðlöndum og eru um 8,7% af öðru þjóðerni en íslensku. Hlutfall hjúkrunarfræðinga á Landspítala sem eru 65 ára og eldri er í dag 7,4% eða 133 einstaklingar. Sifjellt fleiri rannsóknir styðja hversu mikilvægt það er að hjúkrunarmönnun sé í takt við þarfir þess sjúklingshóps sem er til meðferðar á hverjum tíma. Fullnægjandi mönnun hjúkrunarfræðinga er þannig tengd öryggi sjúklinga, gæðum þjónustunnar, árangri meðferða, lengd legutíma en einnig starfsánægju, starfsmannaveltu og kostnaði. (Beth Ulrich og félagar 2021; Eunhee Cho og félagar, 2018; Loredana Sasso og félagar, 2019).



Nokkrar spurningar voru hafðar að leiðarljósi við vinnslu þessara greinar

- Er nægilegt framboð af íslenskum hjúkrunarfræðingum til að mæta þörf fyrir nýliðun á Landspítala?
- Getur ráðning erlendra hjúkrunarfræðinga leyst mönnunarfanda í hjúkrun á Íslandi?
- Er hjúkrunarfræðingum sem vinna við annað en beina hjúkrun að fjölga á Landspítala?
- Eru hjúkrunarfræðingar að færa sig úr vaktavinnu yfir í dagvinnu?
- Er aukning á veikindafjarvistum?
- Er aukning á breytilegri yfirvinnu?

Mönnun í hjúkrun á Landspítala

Fjöldi starfa hjúkrunarfræðinga (stöðugildi)

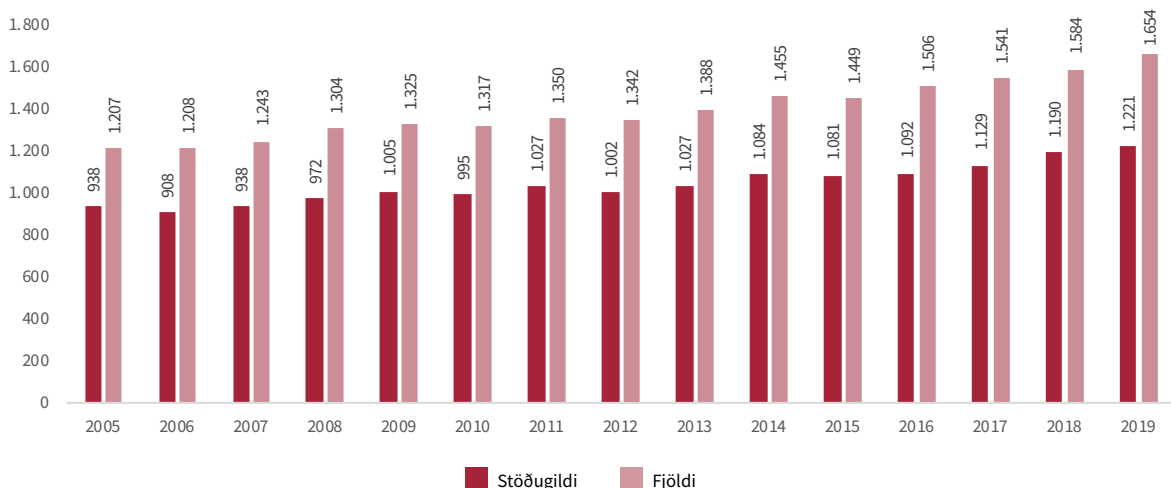
Árið 2005 störfuðu 1.207 hjúkrunarfræðingar á Landspítala í 938 stöðugildum og árið 2019 voru þeir 1.654 í 1.221 stöðugildum. Hér eru, bæði árin, undanskildir þeir hjúkrunarfræðingar sem eru í launalaus leyfi, launalausum veikindum, barnsburðarleyfi eða foreldraorlofi. Stöðugildum (stg.) hjúkrunarfræðinga fjölgaði að meðaltali um 2,2% á ári á þessu 15 ára tímabili eða um 27 hjúkrunarfræðinga í 20 stg. á ári. Á sama tíma hefur íbúum landsins fjölgað um 1,5% á ári, 65 ára og eldri um 3,3% og gistinóttum útlendinga á hótelum og gistiheimilum um 24% (Hagstofa Íslands 2022). Mest fjölgaði hjúkrunarfræðingum á bráðadeild í Fossvogi, vökudeild (nýburagiörgæslu), bráðalyflækningadeild (ný deild), útskriftardeild aldraðra (ný deild) og á gjörgæsludeild á Hringbraut.

Í vissum tilfellum er takmörkuðu framboði á hjúkrunarfræðingum mætt með því að ráða nemendur í hjúkrunarfræði á síðustu námsárum til starfa við hjúkrun undir leiðsögn

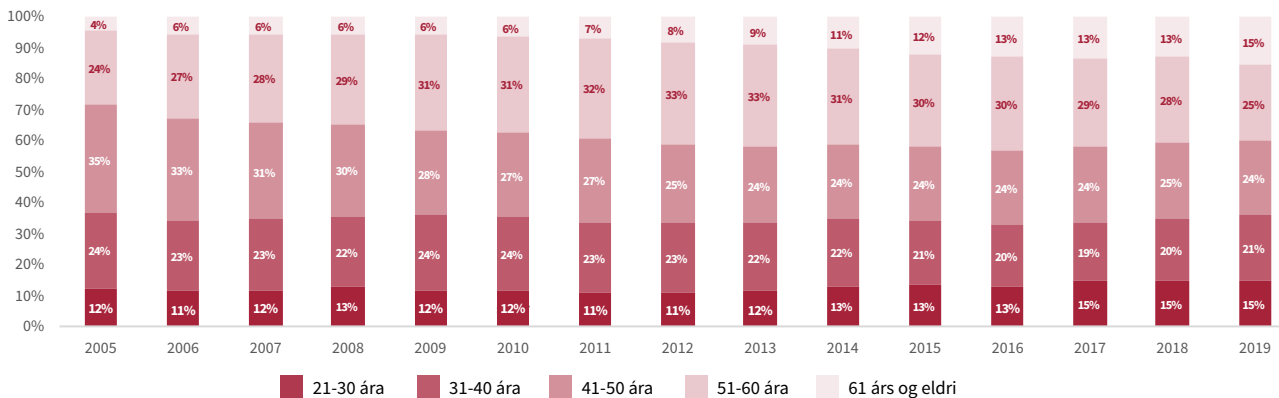
hjúkrunarfræðinga. Þessi störf eru ekki hluti af þeirra námi heldur vinna samhliða því. Fjöldi þeirra hefur meira en tvöfaldast frá árinu 2006, eða úr 33 stöðugildum að meðaltali í 70 árið 2019. Hér eru taldir bæði heilsársstarfsmenn sem vinna samhliða námi og sumarstarfsmenn.

Aldurssamsetning hjúkrunarfræðinga á Landspítala breyttist mikið á árunum 2005-2019. Mesta hlutfallsleg fækkunin var meðal hjúkrunarfræðinga á miðjum aldri (41-60 ára) eða úr 35% í 24% sem er lækkun um rúm 30%. Ein ástæða hlutfallslegrar fækkunar í þessum aldurshópi er að fáir hjúkrunarfræðingar útskrifuðust hér á landi á árunum 1985-2000 eða á bilinu 52-67 á ári en til samanburðar útskrifuðust 123 árið 2017. Mest hefur hlutfallslega fjölgun starfandi hjúkrunarfræðinga orðið í elsta aldursflokknum (61-70 ára) sem var 4% hjúkrunarfræðinga árið 2005 en 15% árið 2019, eða nærri fjórföldun.

Mynd 1. Þróun fjölda einstaklinga og stöðugilda hjúkrunarfræðinga á Landspítala 2005-2019



Mynd 2. Þróun hlutfallslegrar aldursamsetningar hjúkrunarfræðinga 2005-2019



Starfslok hjúkrunarfræðinga á Landspítala

Fjöldi hjúkrunarfræðinga sem hætti störfum að eigin frumkvæði (fór út af launaskrá) jókst úr 105 í 152 eða um 44% á árunum 2010 til 2019. Að meðaltali hættu 146 (5%) hjúkrunarfræðingar á ári á tímabilinu. Hlutfallslega var mesta aukningin hjá 36-40 ára en einnig var nokkur aukning í aldurshópnum 51 árs og eldri. Starfsmannavelta var 9%-13% 2010-2019. Milli árunna 2005 og 2019 hér um bil tvöfaldaðist fjöldi hjúkrunarfræðinga sem hættu störfum á spítalanum af öðrum ástæðum en þeim að vera kominn á lífeyrisaldur úr 40 í 70. Ástæður voru margvíslegar s.s. vegna heilsubreysts eða að þeim var sagt upp störfum.

Fjölmennir árgangar hjúkrunarfræðinga komast á lífeyrisaldur á yfirstandandi áratug (2020-2030), en þá munu 24% hjúkrunarfræðinga (stöðugildi) láta af störfum á Landspítala vegna réttar til lífeyristöku ef miðað er við stöðuna í dag. Það eru alls um 414 einstaklingar í um 293 stöðugildum (41 hjúkrunarfræðingar á ári). Þessi sami hópur var 9% eða 13 á ári árið 2005. Þessi þróun verður mögulega hraðari þar sem margir hafa rétt til töku lífeyris fyrr vegna 95 ára reglu. Á árunum 2020-2025 verður staðan sérstaklega erfið þar sem um 15% hjúkrunarfræðinga á Landspítala ná lífeyrisaldri.

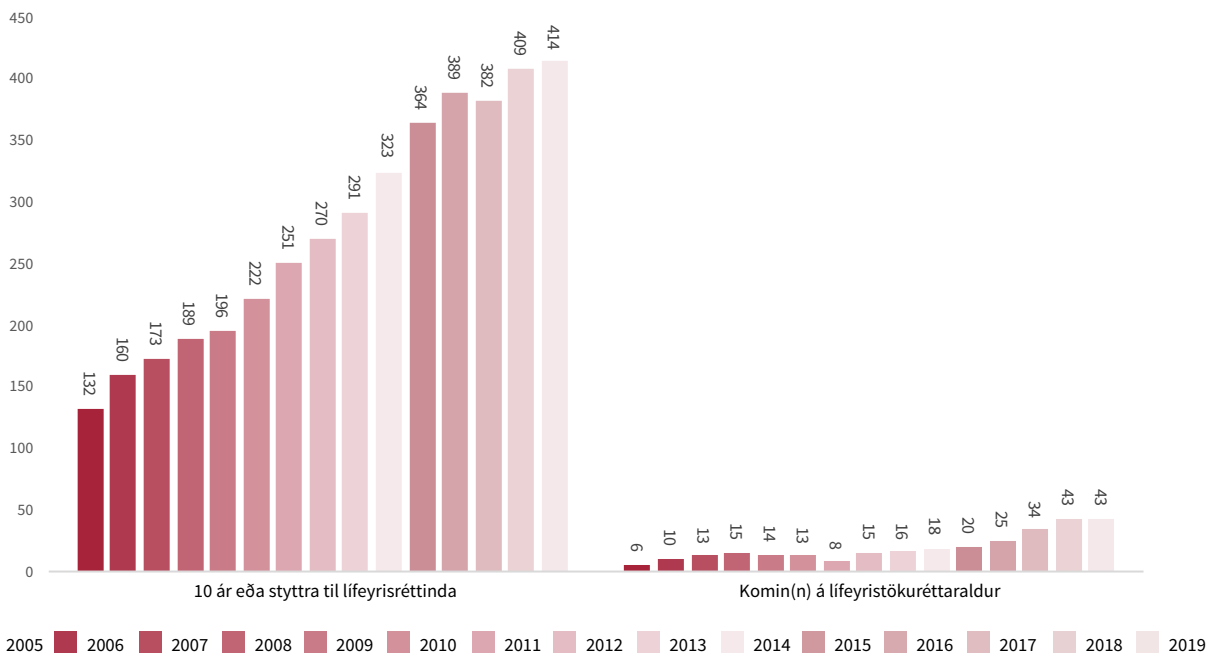
Ráðningar hjúkrunarfræðinga á Landspítala

Hjúkrunarfræðingum sem ráða sig til starfa á Landspítala má gróflega skipta í þrjá hópa. Í fyrsta lagi eru það nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar, í öðru lagi eru það hjúkrunarfræðingar með erlent ríkisfang og í þriðja lagi eru það hjúkrunarfræðingar sem hafa starfað utan heilbrigðisþjónustu eða á öðrum heilbrigðisstofnunum.

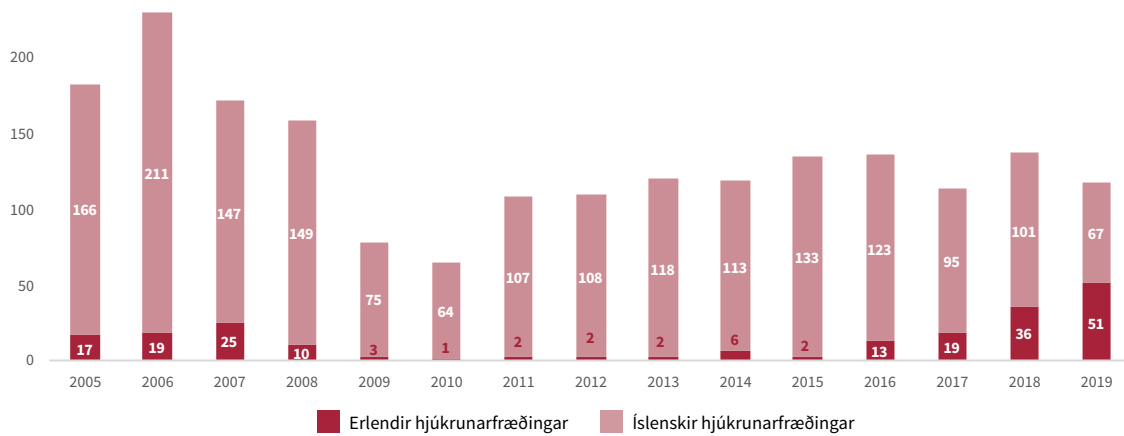
Á árunum 2005 til 2019 voru að meðaltali 132 hjúkrunarfræðingar ráðnir í fyrsta sinn á Landspítala (nýráðning). Þegar horft er til skemmri tíma eða frá árinu 2010 lækkar þessi tala niður í 65 að meðaltali á ári, en eftir fjármálahrunið 2008 var tímabundið minna framboð á öðrum störfum. Á því fimmtán ára tímabili sem skoðað var, hafa nýráðningar íslenskra hjúkrunarfræðinga á Landspítala aldrei verið færri en árið 2019 (n=118), ef undanskilin eru árin eftir fjármálahrunið haustið 2008 (2009-2012) og 2017 en þá var fjöldinn á bilinu 65 til 114.

Árið 2019 voru 43% (n=51) nýrra hjúkrunarfræðinga með erlent ríkisfang. Á sama tíma voru að meðaltali 140 ný hjúkrunarleyfi gefin út í landinu, en þeim fjölgað að meðaltali um sjö á ári.

Mynd 3. Þróun fjölda hjúkrunarfræðinga sem eru komnir á lífeyrisaldur eða komast á hann innan 10 ára 2005-2019



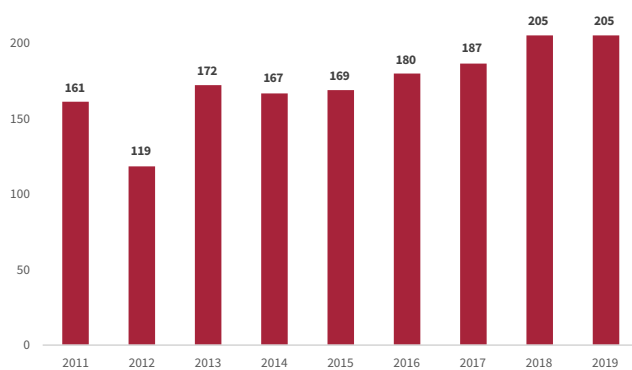
Mynd 4. Þróun fjölda hjúkrunarfræðinga með fyrsta ráðningarár á Landspítala 2005-2019



Nýliðun hjúkrunarfræðinga

Nýliðun hjúkrunarfræðinga á Íslandi næst annars vegar með því að mennta hjúkrunarfræðinga við Háskóla Íslands og Háskólann á Akureyri og hins vegar með því að ráða inn hjúkrunarfræðinga sem hafa lokið námi við erlenda skóla. Mikilvægt er að hafa í huga þegar rætt er um mönnum í hjúkrun að Landspítali er í samkeppni við aðrar heilbrigðisstofnanir og almennan vinnumarkað, bæði innanlands og utan, enda vaxandi þörf fyrir hjúkrunarfræðinga alls staðar í heiminum og þeir eftirsóttur starfskraftur.

Mynd 5. Árleg nýliðun hjúkrunarfræðinga á Landspítala 2011-2019 - Fjöldi kennitalna sem ekki voru á launaskrá árið á undan

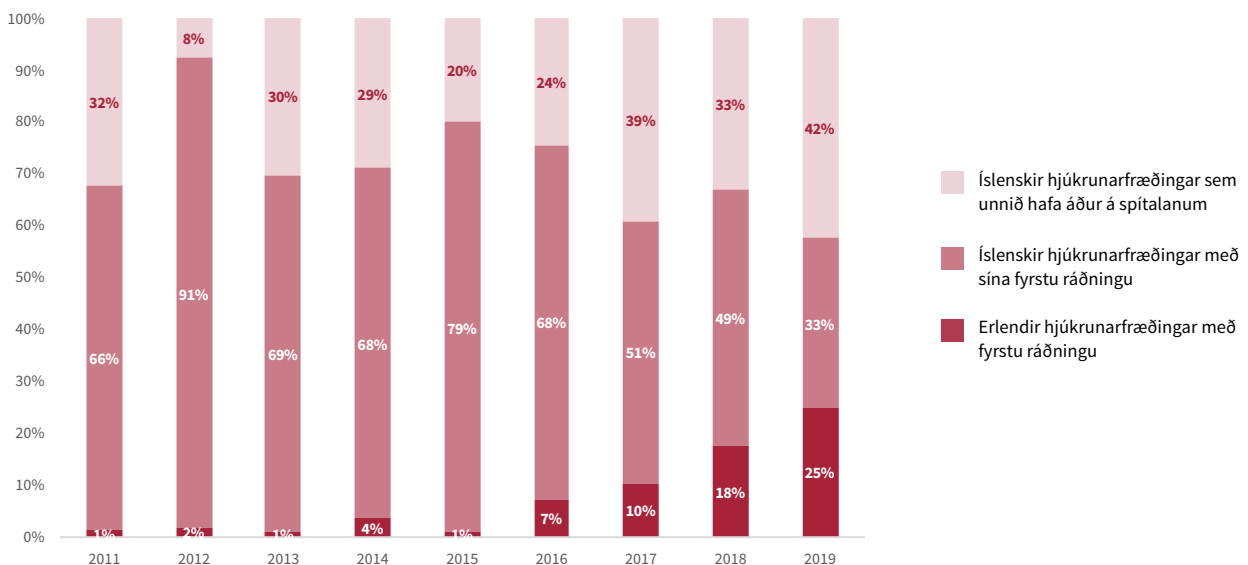


Nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar: Nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum fjölgaði að meðaltali um 2,2 á ári frá 2007-2017 úr 103 í 123, en á sama tíma hefur stöðugildum á Landspítala fjölgað um tæplega 20 á ári. Miðað við meðaltalsstarfshlutfall þá væri um að ræða 27 einstaklinga (Ríkisendurskoðun, 2017). Þarna er auðsjáanlegur munur á framboði og eftirspurn. Ætla má að tæpur helmingur þeirra sem fékk nýtt hjúkrunarleyfi, eftir útskrift á Íslandi, hafi hafið störf á Landspítala árið 2019. Vísendingar eru um að hlutfall þeirra sem hefja störf á Landspítala með nýútgefið hjúkrunarleyfi hafi farið lækkaði á árunum 2008-2019, þetta sést meðal annars þegar horft er til nýráðninga og útgefina starfsleyfa.

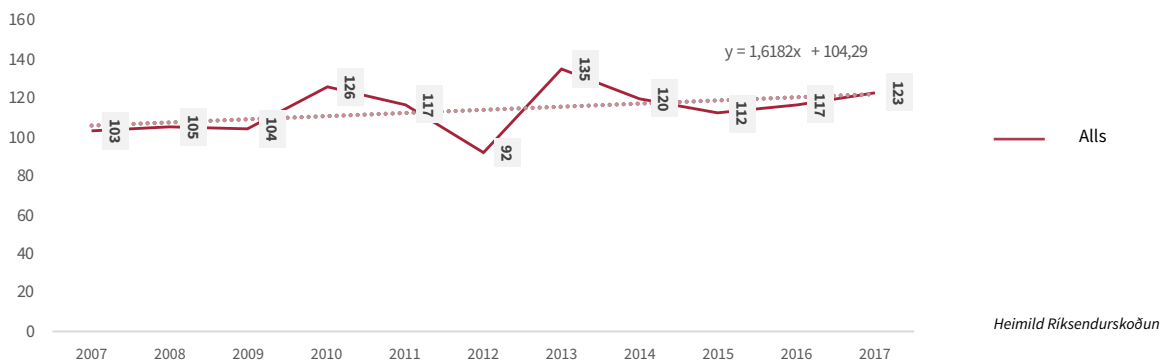
Erlendir hjúkrunarfræðingar: Í september 2022 voru alls 155 erlendir hjúkrunarfræðingar frá 23 löndum utan Íslands í starfi á Landspítala. Af þeim voru um 100 frá Filippseyjum. Fjöldi erlendra hjúkrunarfræðinga fjórfaldaðist á árunum 2005-2019, voru 2% starfandi hjúkrunarfræðinga árið 2005 en 8% árið 2019. Flestir erlendir hjúkrunarfræðingar á Landspítalana vinna vaktavinnu.

Samkvæmt upplýsingum af vef Embættis landlæknis voru gefin út 148 ný hjúkrunarleyfi árið 2018 en þeim fjölgaði í 214 árið 2019 eða um 45%. Af þessum 214 hjúkrunarleyfum

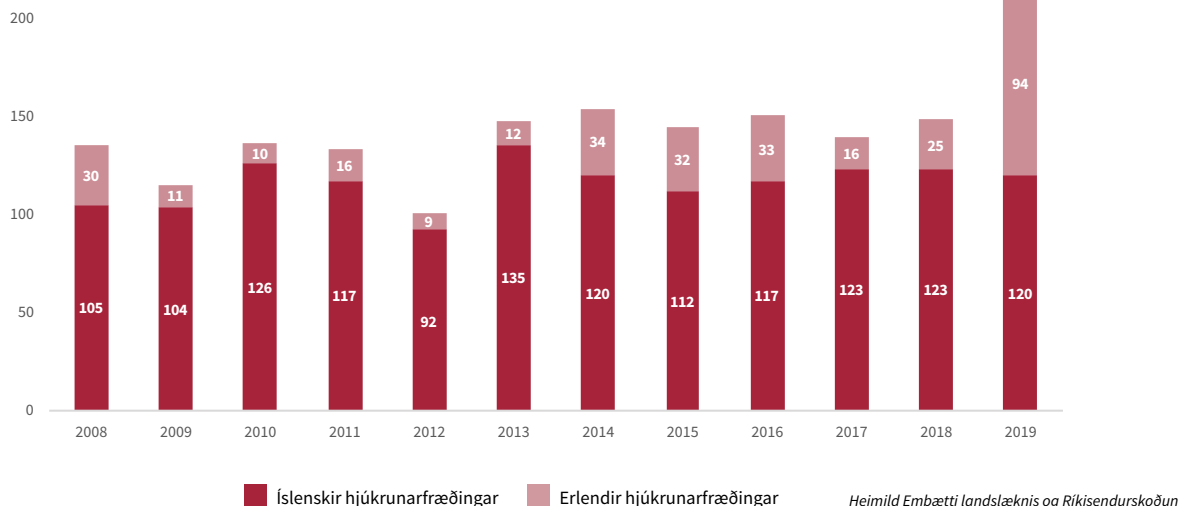
Mynd 6. Fyrstu ráðningar (íslenskir og erlendir hjúkrunarfræðingar) og ráðningar hjúkrunarfræðinga sem áður hafa unnið á Landspítala



Mynd 7. Fjöldi nýtskrifaðra hjúkrunarfræðinga á Íslandi



Mynd 8. Þróun fjölda útgefinna starfsleyfa hjúkrunarfræðinga 2008-2019



voru 94 leyfi (44%) veitt erlendum ríkisborgurum, en þeir voru fjórðungur nýráðninga á Landspítala árið 2019 og 46% þeirra sem voru með sína fyrstu ráðningu á spítalanum (n=51) (Embætti landlæknis, 2020).

sjúkraliða hefur fækkað um 5% eða að meðaltali um sjö á ári. Milli árunna 2018 og 2019 nær tvöfaldaðist fjöldi sjúkraliða með erlent ríkisfang. Árið 2019 voru 5% sjúkraliða í vaktavinnu með erlent ríkisfang.

Sjúkraliðar á Landspítala

Sjúkraliðar eru ein mikilvægasta samstarfsstétt hjúkrunarfræðinga og mönnun stéttarinnar hefur mikil áhrif á starfs- umhverfi hjúkrunarfræðinga. Árið 2019 störfuðu 577 sjúkraliðar á Landspítala í 397 störfum. Um 80% stöðugilda sjúkraliða eru í vaktavinnu. Sjúkraliðum á Landspítala hefur fækkað, en á árum 2016-2019 var fækkunin að meðaltali um 15 stöðugildi á ári eða 3,5%. Sjúkraliðum á miðjum aldri hefur líkt og hjá hjúkrunarfræðingum fækkað mikið. Hlutfall 41-50 ára af heildarmannafla lækkaði úr 31% árið 2005 í 15% árið 2019. Hlutfall sjúkraliða sem eru að komast á lífeyrisaldur á árunum 2020-2030 er 37%, hlutfall sjúkraliða á aldrinum 60 ára og eldri hefur hækkað úr 13% árið 2005 í 23% árið 2019. Starfsmannavelta meðal sjúkraliða var mest árið 2019 eða 16%, mun hærri en hjá hjúkrunarfræðingum og veikindahlutfall 10,3%. Árlegum útgefnum starfsleyfum

Samsetning mannafla hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða

Þegar skoðuð er hlutfallsleg skipting starfstétta á Landspítala kemur í ljós að hlutfall hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða af heildarmannafla Landspítala lækkaði um 13% frá 2010-2019. Það var 47% árið 2010 en hafði lækkað í 41% í janúar 2020. Þessi fækkun hefur fyrst og fremst orðið frá árinu 2017. Mest áhrif eru vegna þess að hlutdeild sjúkraliða í heildarmannafla hefur stöðugt lækkað frá árinu 2007 og hlutfall hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra frá árinu 2015. Sérstaka athygli vekur að hlutfallslegur fjöldi deildarstjóra í hjúkrun af heildarfjölda hjúkrunarfræðinga hefur lækkað úr 2,8% árið 2007 í 1,5% árið 2020 eða um 45%. Enn fremur hefur orðið hlutfallslega mikil lækun í öðrum mikilvægum samstarfsstéttum eins og hjúkrunar- og móttökuriturum, úr 1,1% árið 2007 í 0,7% árið 2020 eða um 36%, starfsmönnum í aðhlyningu hefur fækkað úr 3,9% árið 2007 í 1,0% árið 2020 eða um 74%.

Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga á Landspítala

Starfsvettvangur: Þegar mönnun innan hjúkrunar er rædd er því gjarnan haldið fram að hjúkrunarfræðingar fari í auknum mæli í störf innan Landspítala sem fela ekki í sér beina klíniska þjónustu við sjúklinga. Þegar starfsvettvangur hjúkrunarfræðinga á Landspítala þessi 15 ár er skoðaður kemur í ljós að hlutdeild hjúkrunarfræðinga sem sinna klínísku starfi hefur vaxið úr 86% árið 2005 í 88% árið 2019. Sú umræða stenst því ekki skoðun. Einnig er oft bent á fjölgun stjórnenda eða verkefnastjóra á kostnað klínískra starfa, en í raun hefur þeim fækkað hlutfallslega sem bera starfsheitin stjórnendur, verkefnastjórar eða önnur „óklínísk“ starfsheiti. Ein ástæða þessa er mikil fækkun hjúkrunardeildarstjóra úr 109 stöðugildum árið 2006 í 68 árið 2019 eða um 38%. Eins var heilt stjórnunarlag, sviðsstjórar hjúkrunar, lagt niður við skipulagsbreytingar árið 2009 en þeir voru 10 talsins.

Starfshlutfall og vinnufyrirkomulag: Meðaltalsstarfshlutfall hjúkrunarfræðinga bæði í dag- og vaktavinnu fór lækkandi á árunum 2005-2019, úr 78% árið 2005 í 73% árið 2019 sem er hlutfallsleg lækkun um 6%. Aðeins 18% (n=214) hjúkrunarfræðinga í vaktavinnu voru í 100% starfi árið 2019 og 36% (n=170) þeirra sem voru í dagvinnu. Rúmlega þriðjungur vaktavinnumanna voru í 90% starfshlutfalli eða meira á sama tíma og 45% dagvinnumanna. Frekari greining þarf að fara fram á breytingum á starfshlutfalli í kjölfar styttingu vinnuvikunnar frá árinu 2021 þar sem ólíkur fjöldi vinnustunda og viðvera er á bakvið hvert starf.

Veikindi og fjarvera: Greining á fjarvistum hjúkrunarfræðinga er ein leið til að varpa ljósi á stöðu mönnunar og starfsumhverfi. Fjarvistir aðrar en veikindi s.s. orlof, námsleyfi, hvíldartímar og fleira hafa almennt fylgt þróun fjölda stöðugilda. Veruleg aukning hefur aftur á móti verið á veikindafjarvistum hjúkrunarfræðinga á þessu 15 ára tímabili og er það mikið áhyggjuefni. Þær hafa vaxið sérstaklega mikið frá 2017, um 10% milli árunna 2018 og 2017 og 21% milli 2018 og 2019, mest á bráðageðdeildum, bráðamóttöku og lyflækningadeildum. Það sama á við kauplausar fjarvistir eftir að veikindaréttur er fullnýttur, en árið 2005 var þetta eitt stöðugildi á mánuði að meðaltali, en voru níu stöðugildi

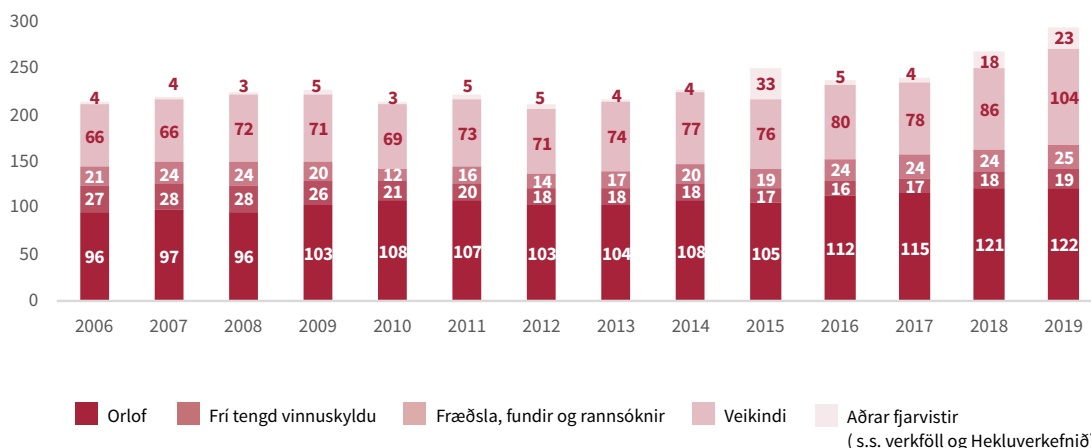
að jafnaði árið 2019. Fjarvistum vegna hlutaveikinda sem orsökudust af skertri starfsgetu, hefur enn fremur fjölgað og voru að meðaltali þrjú stöðugildi á mánuði árið 2019.

Yfirvinna: Þar sem grunnmönnun deilda gerir almennt ekki ráð fyrir að hægt sé að mæta fjarvistum vegna veikinda að fullu og margar deildir eru undirmannaðar miðað við þá starfsemi sem þar fer fram er yfirvinna og aukavaktir oft helsta lausnin til að geta veitt nauðsynlega þjónustu. Breytileg yfirvinna hjúkrunarfræðinga hefur vaxið undanfarið en að meðaltali er rúmlega 60 stöðugildi á hverjum tíma unnin í yfirvinnu árið 2019. Unnin og greidd yfirvinna óx um 160% frá árinu 2010 til 2019 eða úr því að vera 2,3% samanlagðra dagvinnu- og yfirvinnustöðugilda í að vera 4,8%. Hér er mikilvægt að muna að á árinu 2010, í kjölfar niðurskurðar í kjölfar fjármálakrisunnar 2008, gildi yfirvinnubann á Landspítala nema að uppfylltum ströngum skilyrðum.

Spálíkan fyrir mönnunarþörf hjúkrunarfræðinga

Mikilvægt er að spá fyrir um mönnunarþörf hjúkrunarfræðinga á Landspítala til framtíðar, þar sem tekið er tillit til þátta eins og æskilegrar nýliðunar, framboðs, starfsloka, aldursamsetningar, fjarvista s.s. veikinda og fæðingar- og foreldraorlofs, hjúkrunarþyngdar og lýðfræðilegra þátta. Í meðfylgjandi líkani fyrir nýliðunarþörf hjúkrunarfræðinga á Landspítala 2019 er stigið skref í áttina að gerð slíks líkans. Þar er horft til þátta eins og árlegrar fjölgunar, fjölda hjúkrunarfræðinga sem fara á lífeyrisaldur á komandi árum, annarra starfsloka og fæðingar- og foreldraorlofa. Í meðfylgjandi töflu eru settar fram fjórar sviðsmyndir til að leggja mat á þörf fyrir nýliðun hjúkrunarfræðinga á Landspítala út frá; meðalfjölda starfandi hjúkrunarfræðinga á árunum 2010-2019, væntri árlegri þörf fyrir nýliðun hjúkrunarfræðinga á Landspítala og væntri árlegri innkomu nýrra hjúkrunarfræðinga inn á íslenskan vinnurmarkað.

Mynd 9. Þróun fjarvista hjúkrunarfræðinga á Landspítala niður á ástæðu fjarveru 2006-2019



Mynd 10. Spálíkan fyrir árlega nýliðunarpörf hjúkrunarfræðinga á Landspítala

Meðaltal á ári 2010-2019/2020	Forsendur	Einstaklingar				Árleg % breyting
		Líkan 1	Líkan 2	Líkan 3	Líkan 4	
Árleg þörf fyrir nýliðun						
Vöxtur	Meðaltalsfjöldun hjúkrunarfræðinga á ári, mv. þróun síðustu ára	34		34		2,4%
Starfslok vegna aldurs	Fjöldi hjúkrunarfræðinga sem fara á lífeyrisaldur á næstu 10 árum, á ári	39	39	39	39	6,2%
Starfslok / tímabundin fjarvera vegna fæðingar- og foreldraorlofs	Fjöldi sem hættir 65 ára og yngri eða er í fæðingar- eða foreldraorlofi	128	128			5,9%
Starfslok	Fjöldi sem hættir 65 ára og yngri			65	65	5,9%
	Meðaltalsþörf fyrir nýliðun á Landspítala	201	167	138	104	5,4%
	Mismunur á nýliðunarpörf og árlegri fjölgun á vinnumarkaði **	44	10	-18	-52	
Árleg fjölgun hjúkrunarfræðinga á vinnumarkaði		Meðaltal á ári				
HÍ	Fjöldi nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga HÍ 2017/2010	71				5,6%
HA	Fjöldi nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga HA 2017/2010	45				0,8%
Utan Íslands	Fjöldi erlendra hjúkrunarfræðinga sem fá starfsleyfi á Íslandi (2015-2019)	40				67,0%
	Nýir hjúkrunarfræðingar inn í mannafla á Íslandi	156				19,9%
Til upplýsingar ekki hluti af útreikningum						
	Nýráðningar, fyrsta ráðning	93				1,6%
	Nýráðningar, ráðning þeirra sem áður hafa unnið á Landspítala	81				8,0%
	Fæðingar- og foreldraorlof	62				3,0%
	Langtíma veikindi*	67				12,0%

*Til upplýsingar, ekki gert ráð fyrir að langtíma veikindi séu mönnuð sérstaklega með nýráðningum

** Jákvæð tala þýðir að árleg fjölgun hjúkrunarfræðinga á vinnumarkaði dugar ekki til að uppfylla nýliðunarpörf, þannig að þörf er á að ráða inn hjúkrunarfræðinga frá öðrum vinnustöðum

Í líkaninu eru settar fram fimm mismunandi grunnforsendur fyrir mati á mönnunarþörf (A-E):

- A/** Meðaltalsfjöldun hjúkrunarfræðinga á Landspítala á árum 2010-2019.
- B/** Fjöldi starfandi hjúkrunarfræðinga sem fara á lífeyrisaldur á næstu 10 árum.
- C/** Fjöldi hjúkrunarfræðinga yngri en 65 ára sem hætta á spítalanum á ári.
- D/** Fjöldi hjúkrunarfræðinga sem eru fjarverandi vegna fæðingar- og foreldraorlofs.
- E/** Meðaltalsfjöldi nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga frá Háskóla Íslands og Háskólanum á Akureyri, ásamt útgefnum hjúkrunarleyfum til erlendra hjúkrunarfræðinga.

Líkan 1

Ef gert er ráð fyrir að hjúkrunarfræðingum á Landspítala fjölgi á ári í sama hlutfalli og á þeim 10 árum sem hér eru skoðuð, að ráðið verði inn nýir hjúkrunarfræðingar fyrir alla þá sem að hætta og að ráðið sé inn fyrir alla hjúkrunarfræðinga sem eru í foreldra- og fæðingarorlofi, þá vantaði 44 hjúkrunarfræðinga til að heildarfjöldi nýrra hjúkrunarfræðinga sem kemur árlega inn á íslenskan vinnumarkað dugi til að mæta eftirspurn eftir nýjum hjúkrunarfræðingum á Landspítala, en þá væru engir aflögu fyrir aðra heilbrigðisþjónustu. Hins vegar væri bæði óraunhæft og óáskillegt að ætla að allir nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar á landinu réðu sig á Landspítala.

Líkan 2

Ef gert er ráð fyrir að hjúkrunarfræðingum á Landspítala fjölgi ekki, að ráðnir verði inn nýir hjúkrunarfræðingar fyrir alla þá sem að hætta og að ráðið sé inn fyrir alla hjúkrunarfræðinga, sem eru í foreldra- og fæðingarorlofi, þá vantaði 10 hjúkrunarfræðinga til að heildarfjöldi nýrra hjúkrunarfræðinga, sem koma árlega inn á íslenskan vinnumarkað, dugi til að mæta eftirspurn eftir nýjum hjúkrunarfræðingum á Landspítala en sem fyrr væru þá engir aflögu fyrir aðra heilbrigðisþjónustu.

Líkan 3

Ef gert er ráð fyrir að árleg fjölgun hjúkrunarfræðinga á Landspítala sé sambærileg við árin 2010-2019 og að ráðnir verði inn nýir hjúkrunarfræðingar fyrir alla sem að hætta, þá myndi framboð verða nægjanlegt fyrir Landspítala og að auki væru 18 nýir hjúkrunarfræðingar umfram þá eftirspurn sem væri á Landspítala.

Líkan 4

Ef gert er ráð fyrir að hjúkrunarfræðingum á Landspítala fjölgi ekki og að eingöngu verði ráðnir inn nýir hjúkrunarfræðingar í stöður þeirra sem að hætta, þá væri umframframboð af nýjum hjúkrunarfræðingum á landinu sem nemur 52 hjúkrunarfræðingum. Sem fyrr er hér ekki tekin inn þörf fyrir nýliðun á öðrum heilbrigðisstofnunum.



Samantekt og umræður

Mönnun í hjúkrun á Landspítala er og verður krefjandi verkefni. Tryggja þarf nýliðun til að mæta starfslokum vegna aldurs en einnig vegna aukinna verkefna bæði innan spítala og utan. Tryggja þarf næga mönnun til að veita örugga og góða heilbrigðisþjónustu miðað við þarfir dagsins í dag, til að mennta nemendur, þróa og bæta þjónustu og skapa þekkingu til framtíðar. Til lengri tíma litið þarf líka að tryggja mönnun sem mætir síaukinni þörf fyrir heilbrigðisþjónustu. Nýliðun í hjúkrun á Íslandi fæst annars vegar með því að útskrifa hjúkrunarfræðinga hér á landi og hins vegar með því að ráða til landsins hjúkrunarfræðinga sem lokið hafa námi erlendis. Landspítali hefur að auki möguleika á því að auka nýliðun í hjúkrun með því að ráða til sín hjúkrunarfræðinga frá öðrum heilbrigðisstofnunum eða fyrirtækjum innan og utan heilbrigðisþjónustu. Það er þó vandmeðfarið sérstaklega þegar undirliggjandi er skortur á hjúkrunarfræðingum á landsvísu. Þessu til viðbótar er hægt að bæta mönnun í hjúkrun með því að bæta aðbúnað og festu í starfi, með aukinni tæknivæðingu og stoðþjónustu og breyttum verkefnum.

Helstu niðurstöður þessarar greina er að starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga á Landspítala hefur breyst umtalsvert á því tímabili sem hér er til skoðunar. Hjúkrunarfræðingum á Landspítala fjölgaði að meðaltali um 2,2% á ári á árunum 2004-2019. Þessi fjölgun er þó síður en svo meiri en ætla mætti miðað við fjölgun íbúa, öldrun þjóðarinnar og fjölgun erlendra ferðamanna. Aukning hefur orðið á því að nemendur í hjúkrunarfræði séu ráðnir inn í grunnmönnun samhliða námi sínu. Þessi vinna er ekki hluti af þeirra klíniska námi. Færa má rök fyrir því að þetta sé óæskileg þróun bæði fyrir sjúklinga, annað starfsfólk og nemendurna sjálfa. Hætt er við að nemendum séu falin verkefni sem eru umfram þekkingu þeirra og reynslu þegar mönnun er tæp. Á árunum 2005-2019 fækkaði sjúkraliðum í starfi á Landspítala en að sama skapi útgefnum leyfum sjúkraliða. Hlutfall hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða í heildarmannafla á Landspítala lækkaði jafnframt á sama tíma.

Þeim sem láta af störfum á Landspítala að eigin frumkvæði hefur fjölgað og áhyggjuefni er hversu hátt hlutfall hjúkrunarfræðinga á miðjum aldri er í þessum hópi. Fyrirsjáanlegt er að á næstu árum muni hátt hlutfall hjúkrunarfræðinga á

spítalanum láta af störfum en á næstu árum munu árlega um 136 hjúkrunarfræðingar geta hafið töku lífeyris.

Á tímabilinu sem var til skoðunar þá voru að meðaltali 116 hjúkrunarfræðingar með fyrstu ráðningu á Landspítala á ári. Árlegur fjöldi fór þó lækkandi yfir tímabilið og hlutfall hjúkrunarfræðinga með erlent ríkisfang jókst í þessum hópi. Á tímabilinu fjölgaði nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum á Íslandi um 2,2 á ári en á sama tíma fjölgaði að meðaltali um 20 stöðugildi hjúkrunarfræðinga árlega á Landspítala. Hlutfall erlendra hjúkrunarfræðinga á Landspítala fór úr 2% árið 2005 í 8% árið 2019.

Byggt á þessu er hægt að svara því til að fyrirsjáanlegt sé að fjöldi útskrifaðra hjúkrunarfræðinga á Íslandi getur ekki staðið undir eðlilegu brotthvarfi hjúkrunarfræðinga á Landspítala vegna aldurs og aukinnar þjónustuþarfar vegna fjölgunar landsmanna, fjölgunar langveikra og aldraðra og fjölgunar erlendra ferðamanna. Eins er mikilvægt að hafa í huga að mikil uppbygging á heilbrigðis- og hjúkrunarþjónustu utan Landspítala kallar á fjölgun hjúkrunarfræðinga.

Margir hugleiða hvort fjölgun erlendra hjúkrunarfræðinga sé lausnin. Erlendum hjúkrunarfræðingum hefur vissulega fjölgað mjög mikið á undanförunum árum og eru það upp til hópa frábærir fagmenn sem leggja mikið af mörkum til þjónustunnar. Margt ber þó að hafa í huga við ráðningu erlendra hjúkrunarfræðinga. Fyrir það fyrsta er skortur á hjúkrunarfræðingum um heim allan og hefur Alþjóðaheilbrigðisstofnunin beint þeim tilmælum til aðildarlanda sinna að stunda ekki markvissa öflun umsækjenda í fátækari löndum. Það þarf því að huga sérstaklega að siðferðilegum þáttum þegar erlendir starfsmenn eru ráðnir inn í íslenska heilbrigðisþjónustu. Samskipti eru einnig kjarni í starfi hjúkrunarfræðinga og er því afar mikilvægt að hjúkrunarfræðingar hafi gott vald á tungumálinu. Aðlögun og þjálfun erlendra starfsmanna er því bæði tímafrek og kostnaðarsöm. Afar mikilvægt er að bæta móttöku þeirra erlendu hjúkrunarfræðinga sem hér kjósa að starfa og efla starfsþróun og stuðning í starfi. Eins er mikilvægt að kanna sérstaklega þeirra reynslu af því að starfa í íslensku heilbrigðiskerfi og huga betur að velliðan þeirra í starfi.

Engar vísbendingar eru um að hjúkrunarfræðingar séu að færast úr klíniskum störfum eða um að þeir séu að færast úr vaktavinnu í dagvinnu umfram það sem ætla mætti með aukinni starfsemi á dag- og göngudeildum. Í raun mætti færa rök fyrir því að fjölgun hjúkrunarfræðinga í dagvinnu hefði þurft að vera meiri til að mæta vaxandi starfi á dag- og göngudeildum. Fækkun stjórnenda í hjúkrun hefur auk þess verið mjög mikil og færa má rök fyrir því að það sé óheppileg þróun þar sem stjórnendur í hjúkrun hafa almennt mjög stóra stjórnunarspönn og sinna flóknum verkefnum, margir hverjir allan sólarhringinn, 365 daga á ári.

Meðaltalsstarfshlutfall hjúkrunarfræðinga lækkaði á árunum 2004-2019 en mikilvægt er að greina þessa þróun frekar í kjölfarið á styttingu vinnuvikunnar. Veikindafjarvistum fjölgaði frá 2015, sérstaklega vegna langtímaveikinda. Mikilvægt er að skoða þessa þróun áfram nú í kjölfar COVID-19 faraldursins. Yfirvinna hjúkrunarfræðinga hefur aukist jafnt og þétt, enda oft eina úrræðið sem stjórnendur hafa til að veita nauðsynlega þjónustu þar sem grunnmönnum gerir ekki ráð fyrir að hægt sé að takast á við álagstoppa auk þess sem margar deildir eru undirmannaðar miðað við daglega starfsemi.

Margt bendir til þess að mönnun hjúkrunarfræðinga á Landspítala verði veruleg áskorun á komandi árum og áratugum. Mikilvægt er að unnin verði vönduð spálíkön um þörf fyrir hjúkrunarfræðinga og aðra heilbrigðisstarfsmenn til lengri tíma og setja fram aðgerðaáætlun um hvernig megi mæta þeirri þörf. Slík líkön verða að taka mið af rannsóknum á öryggi sjúklinga og starfsmanna. Ljóst er að fjölga þarf enn frekar þeim sem útskrifast úr námi í hjúkrunarfræði hér á landi. Í því samhengi verður þó að hafa í huga að Landspítali sem er ekki aðeins aðalsjúkrahús landsins heldur einnig eina háskólasjúkrahúsið er komið að þolmörkum hvað varðar fjölda nemenda í heilbrigðisvísindum. Til að spítalinn geti menntað fleiri nemendur þarf að styrkja innviði stofnunarinnar.

Vinna þarf að því með öllum ráðum að bæta starfsumhverfi og kjör þannig að auka megi festu hjúkrunarfræðinga og samstarfsstétta þeirra í starfi. Styrkja þarf umgjörð og stjórnun í hjúkrun en veruleg fækkun stjórnenda í hjúkrun á undanförunum árum hefur án vafa haft áhrif á starfsumhverfi á Landspítala. Þetta þarf að skoða mjög vandlega og nú þegar boðaðar eru skipulegsbreytingar á Landspítala er tækifæri til að styrkja umgjörð í stjórnun hjúkrunar á spítalanum. Stefna mætti að Magnet-vottun en fjöldi rannsókna hefur sýnt að sjúkrahúsum sem uppfylla gæðastaðla Magnet laða frekar til sín hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk, þeim helst betur á starfsfólki, starfsánægja er meiri, öryggi sjúklinga er meira og hagkvæmni í rekstri er meiri (Karen B Lasater og félagar, 2019; Odessa Petit Dit Dariel og Jean-Phillipe Regnaud, 2015; UC Davis Health Medical Center, 2022).

Vinna þarf að frekari tækniþróun og bættri stoðþjónustu svo tryggja megi að þekking og færni hjúkrunarfræðinga nýtist til fullnustu. Mjög margt er ósött í íslenski heilbrigðisþjónustu í því að nýta tækni og hugbúnað til að styðja við störf hjúkrunarfræðinga. Eins er mikilvægt að haldið verði áfram þeirri vinnu sem unnin hefur verið á Landspítala við að bæta stoðþjónustu t.d. lyfjaþjónustu og birgðahald svo eitthvað sé nefnt.

Sífelld endurskoðun og þróun á teymisvinnu þarf að halda áfram með bættu þjónustu, öryggi sjúklinga og nýtingu þekkingar, færni heilbrigðisstarfsfólks og hagkvæmni sé haft að leiðarljósi. Þörf fyrir heilbrigðisþjónustu á Íslandi mun halda áfram að aukast á næstu árum og áratugum. Þeirri þörf verður ekki mætt nema með öflugum flota hjúkrunarfræðinga sem eru vel menntaðir, starfa í góðu starfsumhverfi og með ásætlanleg kjör. Hjúkrunarfræðingar eru grunnstoð heilbrigðiskerfisins og þurfa að hafa aðkomu að því hvernig það er þróað og mótað.

HEIMILDIR

Beth Ulrich, Linda Cassidy, Connie Barden og Sarah A. Delgado. National Nurse Work Environments - October (2021). A Status Report. *Crit Care Nurse* 42 (5), 58–70. <https://aacnjournals.org/ccnonline/article/42/5/58/31808/National-Nurse-Work-Environments-October-2021-A>.

Embætti landlæknis. (2022, 29. september). *Mannafli - Health workforce. Útgefin almenn starfsleyfi 1981-2021*. <https://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/tolfraedi/allt-talnaefni/>.

Embætti landlæknis. (2020, 10. október). *Hjúkrunarfræðingaskrá 12.2.2020*. <https://www.landlaeknir.is/utgefing-efni/skjal/item4276>.

Eunhee Cho, Jeongyoung Park, Miyoung Choi, Hye Sun Lee og Eun-Young Kim (2018). Associations of Nurse Staffing and Education With the Length of Stay of Surgical Patients. *J Nurs Scholarsh* 50(2), 210-218. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29266711/>.

Hagstofa Íslands. (2022 1. október). *Lykittölur mannföldans 1703-2022*. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__mannfoldi__1_yfirlit__Yfirlit_mannfolda/MAN00000.px/table/tableViewLayout1?rxid=effdfc08-ad4b-4254-a10d-28463ab697ca.

Hagstofa Íslands. (2022 1. október). *Mannfjöldi eftir kyni og aldri 1841-2022*. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__mannfoldi__1_yfirlit__Yfirlit_mannfolda/MAN00101.px/table/tableViewLayout1?rxid=fc8951bb-bf7d-427b-8b2d-855b78ec1aa9.

Institute of Medicine (US), Committee on the Robert Wood Johnson Foundation. (2011). *The Future of Nursing*. National Academies Press (US). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK209880/>.

Karen B Lasater, Michael R Richards, Nikila B Dandapani, Lawton R Burns, og Matthew D McHugh (2019). Magnet Hospital Recognition in Hospital Systems Over Time. *Health Care Manage Rev*. Jan-Mar, 44(1), 19–29. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5729072/>.

Loredana Sasso, Annamaria Bagnasco, Gianluca Catania, Milko Zanini, Giuseppe Aleo og Roger Watson (2019). Push and pull factors of nurses' intention to leave. *Journal of Nursing Management*, 07 January 2019. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jonm.12745>.

Mary K. Wakefield, David R. Williams, Suzanne Le Menestrel og Jennifer Lalitha Flaubert (ritstj.). (2021). *Front Matter | The Future of Nursing 2020-2030: Charting a Path to Achieve Health Equity*. National Academy of Medicine; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine; Committee on the Future of Nursing 2020–2030. <https://nap.nationalacademies.org/catalog/25982/the-future-of-nursing-2020-2030-charting-a-path-to-odessa-petit-dit-dariel-og-jean-phillipe-regnaud>.

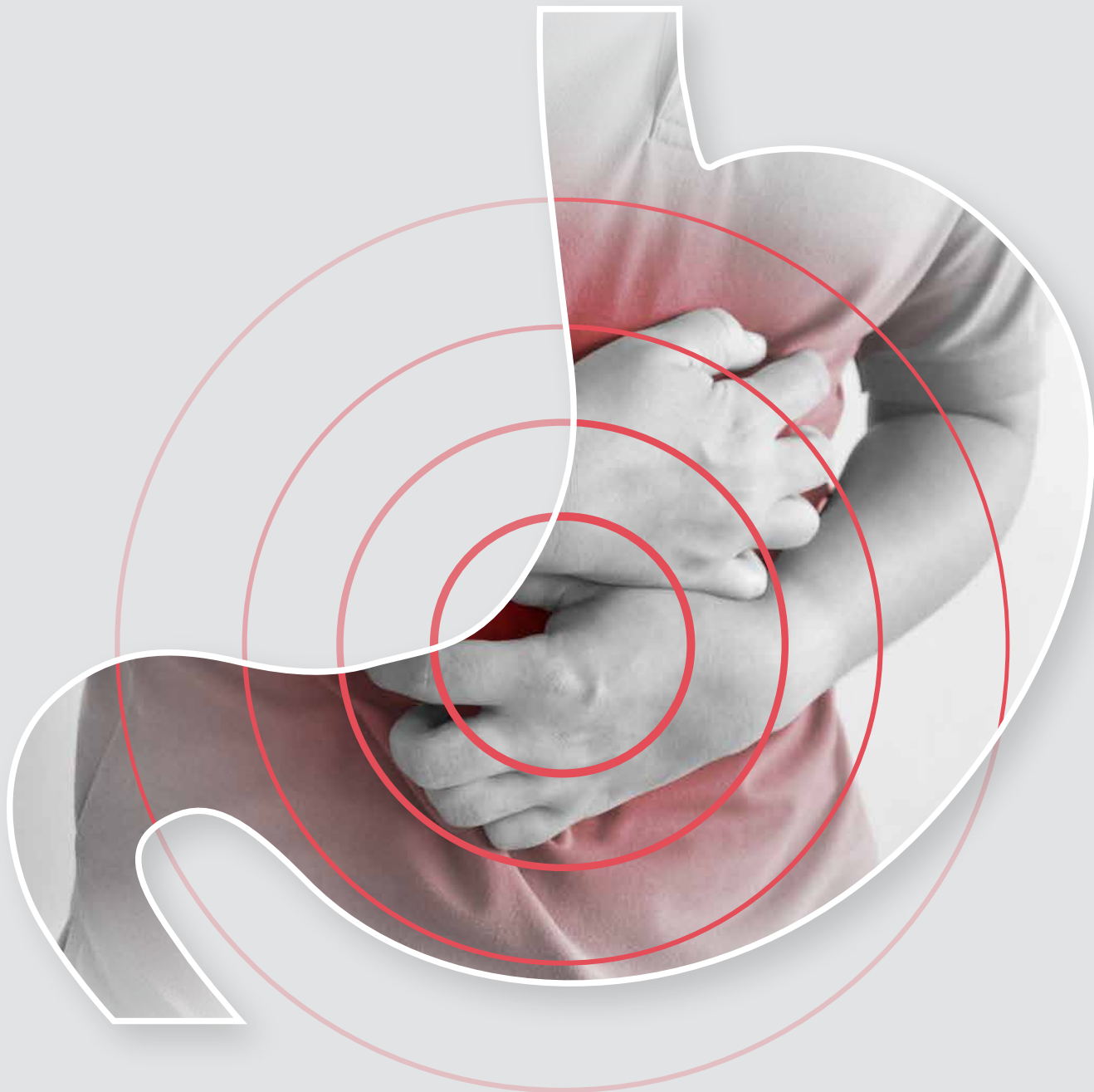
Odessa Petit Dit Dariel og Jean-Phillipe Regnaud. (2015). Do Magnet®-accredited hospitals show improvements in nurse and patient outcomes compared to non-Magnet hospitals: a systematic review JBI Database System. *Rev Implement Rep*. 2015 Jul 17, 13(6), 168-219. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26455752/>.

Ríkisendurskoðun. (2017). *Hjúkrunarfræðingar. Mönnun, menntun og starfsumhverfi*. https://www.rikisend.is/reskjoj/files/Skyrslur/2017Hjukrunarfraedingar_Monnun_menntun_og_starfsumhverfi.pdf.

Rodríguez-García, M.C., Márquez-Hernández, V.V., Belmonte-García, T., Gutiérrez-Puertas, L og Granados-Gómez, G. (2020). How Magnet Hospital Status Affects Nurses, Patients, and Organizations: A Systematic Review. *AJN*, 120 (7), 28-38.

UC Davis Health Medical Center. (2022 2. október). *Frequently asked questions about Magnet*. <https://health.ucdavis.edu/nurse/magnet/faq.html>.

World Health Organization. (6. apríl 2020). *State of the world's nursing 2020: investing in education, jobs and leadership* (who.int). <https://www.who.int/publications/i/item/9789240003279>.



Esomeprazol Actavis

– dregur úr einkennum sýrubakflæðis

FÆST ÁN
LYFSEÐILS



Esomeprazol Actavis 20 mg, magasýrupolnar töflur, 14 og 28 stk.

Hver tafla inniheldur 20 mg af virka efni esoméprazóli og tilheyrir flokki prótónpumpuþemla. Þeir verka með því að minnka framleiðslu sýru í maga. Lyfið er ætlað sem skammtímameðferð hjá fullorðnum við einkennum bakflæðis (t.d. brjóstsviða og nábit). **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins.**

Leitið til læknis eða lyfjafraeðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is Markaðsleyfishafi Actavis Group PTC ehf. Umboðsmaður á Íslandi: Teva Pharma Iceland ehf.

teva

Áhrif gjörgæslulegu barns á líðan foreldra

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Misjafnt er hvernig foreldrar ná að vinna úr erfiðum tilfinningum í tengslum við gjörgæslulegu barna þeirra. Tilgangur verkefnisins var að meta áhrif gjörgæslulegu barns á andlega og líkamlega líðan foreldra á Íslandi.

Aðferð

Um var að ræða framskyggt rannsóknarsnið þar sem metið var álag og líðan foreldra sem áttu barn í legu á gjörgæsludeildum Landspítala lengur en 48 klukkustundir á tímabilinu janúar 2017 til maí 2019. Spurningalistarnir voru SCL-90 (Symptom checklist), PSS:PICU (Parental stressor scale: Pediatric intensive care unit), PCL-5 (The posttraumatic stress disorder checklist) ásamt spurningalista um bakgrunn foreldra. Alvarleiki veikinda barns var metið með PRISM (Pediatric Risk of Mortality).

Niðurstöður

Samtals tóku 29 (60,4%) foreldrar þátt í rannsókninni. Niðurstöður leiddu í ljós að þunglyndi og líkamleg vanlíðan (SCL-90) mældust hæst hjá foreldrum. Mæður voru marktækt líklegri til að þróa með sér einkenni líkamlegs álags í kjölfar gjörgæslulegu barns en ekki var munur á andlegum einkennum milli kynjanna. Fjöldi barna og atvinnuþátttaka foreldris hafði áhrif á líðan en síður menntun. Meðaltalsstig áfallastreitueinkenna voru 22,93 stig (0-66 stig). Fjórðungur (25%) mældist yfir greiningarviðmiði áfallastreituröskunnar með PCL-5. Ekki reyndist marktæk fylgni eftir kyni. Þeir foreldrar sem upplifa meiri andlega og/eða líkamlega vanlíðan voru marktækt líklegri til að sýna einkenni áfallastreituröskunnar. Útlitseinkenni og hegðun barns ásamt samskiptum við starfsfólk höfðu marktæk áhrif á líðan foreldra og jafnframt heildarupplifun foreldra af álagi í legu barnsins. Þá eru líkur á einkennum um vanlíðan og áfallastreituröskun marktækt hærrí eftir því sem veikindi barnsins eru metin alvarlegri samkvæmt PRISM.

Ályktun

Niðurstöður sýna að foreldrar barna sem þurfa á gjörgæsludvöl að halda upplifa almennt fleiri andleg og líkamleg einkenni en samanburðarhópur landsúrtaks foreldra. Vanlíðan þeirra er almennt en háð aðstæðum þeirra, upplifun og að einhverju leyti bakgrunni. Niðurstöðurnar gefa hjúkrunarfræðingum og öðrum heilbrigðisstéttum skýrari hugmynd um þá þætti er valda foreldrum auknu álagi, vanlíðan og áfallastreitu.

Lykilorð:

barngjörgæsla (PICU), álag, áfallastreituröskun (PTSD).

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Niðurstöðurnar sýna dreifingu álagsþátta í upplifun foreldra af því að eiga barn sem dvalið hefur á gjörgæsludeild fullorðinna. Þetta eru fyrstu mælingar á umfangi álags á íslenska foreldra á gjörgæsludeildum.

Hagnýting: Niðurstöðurnar gefa íslenskum hjúkrunarfræðingum efni til að bera kennsl á álag foreldra þeirra barna sem liggja á gjörgæsludeildum.

Þekking: Þekking okkar frá þessari rannsókn sýnir glögg mikilvægi þess að vera vakandi fyrir andlegri og líkamlegri líðan foreldra barna á gjörgæsludeildum í ljósi mikils álags sem þau verða fyrir.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Rannsóknin sýnir að brýnt sé að þróa gagnreynda og skilvirka þjónustu fyrir foreldra til að lágmarka það óumflýjanlega álag sem þeir verða fyrir þegar barn þeirra er veikt og þarf gjörgæslu.

Höfundar

HENNY BJÖRK BIRGISDÓTTIR
hjúkrunarfræðingur Landspítala og
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
SIGRÍÐUR ÁRNA GÍSLADÓTTIR
hjúkrunarfræðingur Landspítala og
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands
GUÐRÚN KRISTJÁNSDÓTTIR
prófessor Hjúkrunarfræðideild
Háskóla Íslands og Landspítala

Áhrif gjörgæslulegu barns á líðan foreldra – framskygggn ferilrannsókn á Landspítala á árunum 2017 til 2019

INNGANGUR

Viðvera foreldra og þátttaka er órjúfanlegur þáttur í gjörgæslulegu barna. Rannsóknir sem gerðar hafa verið á líðan foreldra barna sem þurfa á gjörgæsluinnlögn að halda sýna að foreldrar upplifa aukið álag við innlögn barnsins. Þetta aukna álag getur haft áhrif á líðan foreldra, bæði andlega og líkamlega, til skemmri og lengri tíma (Carter o.fl., 1985; Dahav og Sjöström-Strand, 2018; Kumar og Avabratha, 2015). Erfiðar tilfinningar koma upp og er misjafnt hvernig foreldrar vinna úr þeim. Í einstaka tilfellum getur það orðið þeim ofviða og farið getur svo að þeir nái ekki að vinna úr þessum tilfinningum, er þá hættu á að þau sýni einkenni bráðrar streituröskunar (ASD) eða þrói með sér langvarandi andlega og líkamlega vanlíðan svo sem áfallastreituröskun (PTSD) (Mortensen o.fl., 2015; Mowery, 2011; Rodríguez-Rey og Alonso-Tapia, 2016). Rannsóknir sýna að 10,5-48% foreldra upplifi einkenni áfallastreituröskunar í kjölfar gjörgæslulegu barns. Virðist hvorki alvarleiki veikindanna né lengd dvalar hafa mikil áhrif (Nelson og Gold, 2012; Samuel o.fl., 2015). Skilningur foreldra á ástandi barns og bjargráð þeirra geta verið misjöfn en hvernig foreldrar bregðast við erfiðum aðstæðum sem þessum byggir meðal annars á mati þeirra á aðstæðum, öryggis tilfinningu gagnvart starfsfólki, aðlögunarhæfni þeirra og þeim úrræðum sem standa til boða (Carter o.fl., 1985; Dahav og Sjöström-Strand, 2018).

Heilbrigðisstarfsmenn sem koma að umönnun þessara barna þurfa að vera vel í stakk búnir að veita foreldrum viðeigandi stuðning í gegnum ferlið, þekkja álagsvaldandi þætti og þekkja vel til einkenna streitu og alvarlegra kvíðaraskana en það getur haft mikil áhrif á afdrif foreldranna og barnanna síðar meir (Nelson og Gold, 2012).

Á Íslandi er ekki starfandi sérhæfð barnagjörgæsludeild og eru þau börn sem þurfa á gjörgæslumeðferð að halda lögð inn á almenna gjörgæsludeild en um 67 börn leggjast inn á gjörgæsludeild hér á landi að meðaltali á ári (Sigríður Árna Gísladóttir, 2017). Ekki er vitað hver staða foreldra er hér á landi eftir gjörgæslulegu barns þeirra, hvað álag og líðan varðar, og var markmið rannsóknarinnar að meta áhrif gjörgæslulegu barns á líðan foreldra á Íslandi. Í þessari rannsókn var kannað hvort foreldrar sem átt hafa börn á gjörgæsludeildum væru með greinanlega vanlíðan og/eða áfallastreituröskun samkvæmt matslistum eftir útskrift barns af gjörgæsludeild, hvaða þættir það eru sem valda foreldrum mesta álaginu og hvernig þeir tengjast líðan þeirra og heilsu. Einnig var kannað hvort tengsl væru á milli aukinnar vanlíðanar hjá foreldrum og alvarleika veikinda (PRISM) hjá börnum þeirra.

AÐFERÐ

Um er að ræða framskyggna ferilrannsókn (e. prospective cohort study) sem var ætlað að varpa nánara ljósi á líðan foreldra sem átt hafa barn á gjörgæsludeildum Landspítala. Um meginlega rannsókn var að ræða með framskyggnu rannsóknarsniði. Framkvæmd rannsóknar fólst í því að þeir foreldrar sem lögðust með barnið sitt inn á gjörgæsludeildir Landspítalans á framkvæmdartímabili rannsóknar urðu að þátttakendum með samþykki sínu.

Gagnasöfnun fór fram á árunum 2017-2019. Unnið var úr gögnum í gegnum tölfraeðiforritið Statistical Package for Social Sciences (SPSS®) útgáfu 24,0 (IBM, Armonk, NY, USA). Notast var við ályktunartölfræði. Tengsl voru skoðuð með Kí-kvaðratprófi og fylgnistuðull Pearsons sagði til um marktækni niðurstaðna og hvort um tengsl væri að ræða. Ógild svör töldust ekki til útreikninga. Niðurstöður þessarar rannsóknar voru skrifaðar út á formi lýsandi tölfræði (Polit og Beck, 2017). Rannsóknin var samþykkt af siðanefnd Landspítala (nr.40/2016), framkvæmdarstjóra lækninga á Landspítalanum, stjórnendum og yfirlæknum gjörgæsludeildanna í Fossvogi (E6) og Hringbraut (12B). Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar.

Þátttakendur

Þýði rannsóknar eru foreldrar barna sem höfðu legið í tvo sólarhringa á gjörgæsludeildum Landspítala. Í úrtak voru valdir allir foreldrar sem uppfylltu þau skilyrði að barnið þeirra hefði legið á gjörgæsludeildum Landspítala í að minnsta kosti 48 klukkustundir á tímabilinu 2017-2019 og gátu svarað spurningalistum á íslensku. Einnig máttu foreldrar ekki hafa tekið þátt í forrannsókn til dæmis ef um endurinnlögn barns var að ræða.

Framkvæmd

Þegar barn lagðist inn á gjörgæsludeildir Landspítalans og barnið ásamt foreldrum þess uppfylltu þátttökuskilyrði fyrir rannsókn hitti rannsakandi þátttakendur á meðan á gjörgæslulegu stöð og kynnti þeim rannsóknina. Rúmum sex vikum eftir útskrift barns af gjörgæsludeild hringdi rannsakandi í foreldra og kynnti þeim rannsóknina betur, leyfi var fengið til að senda þeim hefti með þremur spurningalistum í bréfpósti. Fullsvöruðum spurningalistum sendu foreldrar til baka með bréfpósti með forfrimerktum umslögum.

Foreldrum sem tóku þátt í verkefninu var boðin stuðningur hjá Bryndísi Lóu Jóhannsdóttur, sálfræðingi. Greint var frá þjónustu hennar í bréfi til foreldra sem fylgdi spurningalistunum.

Mælitæki

Bakgrunnur foreldra og mat á alvarleika veikinda barna (PRISM): Foreldrar voru spurðir um kyn, aldur, hjúskaparstöðu, fjölda barna á heimili, hæstu loknu prófgráðu, atvinnuþátttöku og áætlaðar heildartekjur heimilis. Einnig voru skráðar upplýsingar um börn þeirra úr sjúkraskrá, aldur, lengd legu og alvarleiki veikindanna metinn með PRISM-gildi innlagnar (Pediatric Risk of Death). PRISM-gildið metur hversu alvarlega veik börnin eru og þannig hættu á andláti. Notast var við þriðju útgáfu, PRISM-III, sem metur alvarleika veikinda barns út frá lífsmörkum:

blóðþrýsting, púls, hita, meðvitundarstigi og eftirfarandi blóðgildum: sýrustigi í blóði (pH), koldíoxíði (PCO₂), súrefni (PO₂), blóðsykursgildi, kalíum, úrea, kreatíni, hvítum blóðkornum og blóðflögum ásamt blæðingar- og lifrarprófum (Pollack o.fl., 2016; Pollack, Patel og Ruttimann, 1996). Stig eru gefin þegar gildin eru utan viðmiða og því lengra sem gildi eru frá viðmiðum því hærra stig fást. Eftir því sem stigin eru fleiri því alvarlegri eru veikindin og auknar líkur eru á andláti (Pollack o.fl., 2016; Pollack o.fl., 1996). Á Landspítalanum eru ekki skráð heildarkoldíoxíð sem er eitt atriði innan PRISM-III. Ákveðið var að gefa núll stig fyrir það í stigagjöf barnanna, því getur skráð gildi verið nokkuð vanreiknað.

Mat á álagsupplifun foreldra barna af gjörgæsludeild

(PSS:PICU): PSS:PICU (Parental stressor scale: Pediatric intensive care unit) er algengasti spurningalistinn sem notaður er í alþjóðlegum rannsóknum á álagi foreldra sem nýlega hafa átt barn á gjörgæsludeild og hefur verið þýddur á fjölda tungumála (Rodríguez-Rey og Alonso-Tapia, 2016). Hann er hér notaður í íslensku þýðingu og hefur verið áreiðanleikaprófaður á gjörgæsludeildum hér á landi (Aðalbjörg Ellertsdóttir o.fl., 2018; Aðalbjörg Ellertsdóttir og Þorbjörg Anna Steinarsdóttir, 2017). Spurningalistinn inniheldur 37 spurningar undir sjö álagsflokkum innan gjörgæsludeildarinnar. Flokkarnir sjö (*með undirþáttum*) eru: hljóð og sýn (*sjá hjartslátt á sírita, hljóð frá tækjum, skyndileg hljóð frá sírita*), útlit barns (*brútið, virðist vera kalt, litabreytingar*), hegðun og líðan barns (*uppnám, mótþróafullt, grætur, verkjahegðun, krefjandi, eirðarleysi, geta ekki tjáð sig, ótti, reiði, dapurleiki*), aðgerðir (*sprautugjöf, slöngur tengdar, sogun (í vit og túbur), uppsetning ihluta, banka barn, sjánleg meiðsli*), samskipti við starfsfólk (*orðaförði, tala of hratt, misvísandi upplýsingar, upplýsingaskortur*), hegðun starfsfólks (*grínast, mismunandi fólk, tjá ekki nafn og starfsstétt, upplýsingaskortur*) og breytt foreldrahlutverk (*geta ekki sinnt barni sjálfur, huggað og haldið á því eða séð barnið þegar ég vil, heimsóknartími takmarkaður, almenn álagsupplifun af gjörgæslu*). Svarmöguleikarnir eru frá því að upplifa ekki atburðinn upp í að atburðurinn sé mjög álagsvaldandi (Carter o.fl., 1985).

Mat á vanlíðan foreldra barna sem legið hafa á

gjörgæsludeild (SCL-90): Til að meta vanlíðan foreldra var notaður SCL-90 (Symptoms checklist) eftir Derogatis, Lipman og Covi (1973) sem meðal annars metur líkamlega og geðræna líðan einstaklings. Listinn fer yfir ýmis einkenni sem einstaklingar geta upplifað sem viðbrögð við álagsvaldandi reynslu. Listinn í fullri lengd inniheldur 90 spurningar þar sem þátttakandi velur stig eftir því hvort og þá hversu mikið tiltekið atriði truflaði hann, frá 1 (hefur ekki orðið var við einkenni) upp í 5 (hefur orðið mjög mikið var við einkennið), vikuna á undan þeim degi sem spurningalistanum var svarað. Atriðum listans er skipt í níu flokka og hver þeirra á sitt safn spurninga er snúa að einkennum (Board og Ryan-Wenger, 2002). Í þessari rannsókn voru notuð fjögur söfn sem styðjast við 42 spurningar um líkamlega vanlíðan, kvíða, þunglyndi og reiði/árásargirni. Mest var hægt að fá 210 stig úr þessum flokkum samanlagt þar sem í líkamlegri vanlíðan var mest hægt að fá 60 stig, 45 stig í kvíða, 80 stig í þunglyndi og 25 stig í flokknum reiði. Með því að notast við þessa 42. spurninga útgáfu af listanum var hægt að bera saman niðurstöður þessarar rannsóknar við landskönnun Rúnars Vilhjálmssonar (2015) á landsúrtaki íslenskra foreldra.

Mat á áfallastreitu foreldra barna sem legið hafa á gjörgæslu (PCL-5): Til að meta mögulega þróun áfallastreituröskunar hjá foreldrum í kjölfar gjörgæslulegu barns var notast við PCL-5 (The posttraumatic stress disorder checklist) sem er alþjóðlega viðurkennt skimunartæki fyrir áfallastreituröskun (Blevins o.fl., 2015). Listinn inniheldur 20 spurningar sem metur öll 20 greiningaskilmerki áfallastreituröskunar samkvæmt DSM-5 sálfræðiflokkunarkerfinu (e. Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders). Listinn var þýddur á íslensku, forprófaður og sýnir góðan áreiðanleika, sem er í samræmi við það sem hefur mælst í uppruna útgáfu (Sigríður Árna Gísladóttir, 2017). Mest er hægt að fá 80 stig á listanum en greiningarviðmið fyrir áfallastreituröskun miðast við 33 stig (Blevins o.fl., 2015).

NIÐURSTÖÐUR

Í heildina voru 29 (60,4%) foreldrar 19 barna sem skiluðu fullnægjandi spurningalista. Börn þeirra voru á aldrinum fimm mánaða til 17 ára, tíu drengir og níu stúlkur. Tvær innlagnirnar voru skipulagðar vegna fyrir fram ákveðinna aðgerða en aðrar innlagnir voru bráðar. Lengd legu spannaði 48 klukkustundir til 22 sólarhringa. Meðalgildi PRISM þessara barna var 6,06 (Spönn 0-14).

Bakgrunnur foreldra: Af þeim foreldrum sem svöruðu reyndust 60% vera mæður og 40% feður, um helmingur á aldrinum 30-39 ára og voru þau gift í 90% tilfella. Flestir foreldrar (90%) voru með önnur börn á heimilinu en það veika. Flestir foreldrar höfðu lokið menntun á háskólastigi, rúm 40% höfðu lokið grunnnámi og um 17% námi á meistarastigi. Um 65% foreldra voru skráð í fulla vinnu, eitt foreldri var í hlutastarfi en aðrir voru utan vinnumarkaðar/í leyfi frá vinnu meðal annars vegna veikinda barns.

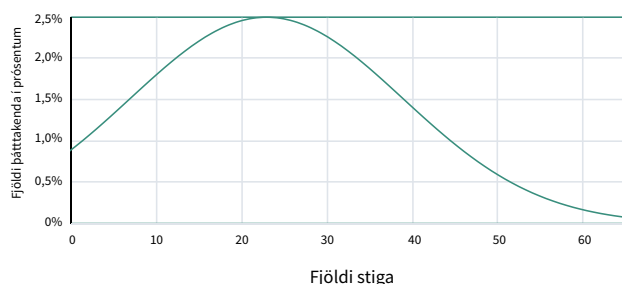
Einkenni um vanlíðan: Allir foreldrar sem tóku þátt í rannsókninni upplifðu einkenni vanlíðanar rúmum sex vikum eftir gjörgæslulegu barns. Niðurstöður sýna að foreldrar þessara barna upplifa almennt fleiri andleg og

líkamleg einkenni en samanburðarhópur íslenskra foreldra í landsúrtaki (Vilhjálmsson, R. 2015). Þau upplifa 2,1 sinnum oftari reiðieinkenni, 4,7 sinnum meiri kvíðaeinkenni, 4 sinnum oftari þunglyndiseinkenni og 3,5 sinnum oftari með líkamlega vanlíðan en almennt úrtak íslenskra foreldra barna (Sjá töflu 1).

Tengsl bakgrunns foreldra og upplifunar á andlegum og líkamlegum einkennum: Bakgrunnur foreldra og tengsl hans við andlega og líkamlega líðan foreldra var kannaður. Niðurstöður sýndu að mæður upplifðu marktækt meiri líkamlega vanlíðan í kjölfar álags af því að hafa barn á gjörgæslu en feður en ekki reyndist munur í andlegri vanlíðan ($t(26,5) = -2,324, p=0,028$). Fjöldi barna á heimili tengdist marktækt meiri upplifun á líkamlegri vanlíðan, kvíða og reiði. Hæsta lokna prófgráða foreldris tengdist einnig marktækt við upplifun einkenna þar sem foreldrar með lægra menntunarstig upplifðu marktækt meiri kvíða. Foreldrar sem voru utan vinnumarkaðar voru einnig líklegri til þess að upplifa meiri kvíðaeinkenni. Aðrir bakgrunnspættir foreldra sýndu ekki marktæka fylgni (sjá töflu 2).

Allir foreldrar nema eitt svöruðu PCL-5 álagskvarðanum en kvarðinn leitar eftir einkennum áfallastreituröskunar. Meðaltalsstig áfallastreitueinkenna í úrtakinu voru 22,93 stig, þar sem lægsta gildi var 0 og hæsta gildi var 66 stig (sjá mynd 1). Samtals voru sjö (25%) foreldrar sem fengu fleiri en 33 stig á kvarðanum (yfir greiningarviðmiði áfallastreituröskunar samkvæmt PCL-5). Ekki var marktæk fylgni eftir kyni foreldranna ($r=0,272, p>0,05$).

Mynd 1. Dreifing heildarfjölda stiga foreldra úr áfallastreituskimun með PCL-5, N=28



Tafla 1. Samanburður á vanlíðan (SCL-90) foreldra sem áttu barn á gjörgæslu¹, N=29 og foreldra í landskönnun frá 2015², N=605

	Meðaltal foreldra á gjörgæslu ¹	SD ¹	Meðaltal samanburðarúrtaks ²	SD ²
Líkamleg vanlíðan (0-60 stig)	19,41	12,4	5,57	6,03
Kvíði (0-45 stig)	13,79	9,2	2,94	4,83
Þunglyndi (0-80 stig)	19,69	12,4	4,89	7,31
Reiði (0-25 stig)	2,86	5,1	1,36	2,18

¹ Niðurstöður rannsóknar; ² Niðurstöður Landskönnunar Rúnars Vilhjálmssonar (2015)

Tafla 2. Fylgnipróf á milli bakgrunnspáttara foreldris og upplifun vanlíðanar (SCL-90), N=29

	Faðir /móðir r	Fjöldi barna á heimili r	Atvinnuþátttaka foreldris r	Hæsta lokna prófgráða foreldris r
Líkamleg vanlíðan	0,395*	0,391*	0,398*	-0,285
Kvíði	0,261	0,472**	0,388*	-0,371*
Þunglyndi	0,294	0,093	0,213	-0,348
Reiði	-0,189	0,530**	0,402*	-0,295

* $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tengsl á milli upplifaðs álags foreldra á gjörgæslu

og vanlíðanar þeirra: Niðurstöður sýna að aukin álagsupplifun foreldra af veikindum barna þeirra á meðan á gjörgæslulegunni stóð hafði áhrif á líkamlega og andlega líðan foreldra sex vikum síðar. Þegar borin voru saman heildarstig hvers foreldris fyrir sig kom í ljós að eftir því sem foreldrar fengu hærri heildarstig úr PSS:PICU, þ.e. upplifðu almennt meira álag á matstækinu voru marktækt auknar líkur á að þeir fyndu fyrir einkennum þunglyndis ($r=0,462$, $p<0,05$). Þegar litið var til álagsflokka sjö (undirflokkar PSS:PICU) hvert í sínu lagi voru marktæk tengsl milli útlits barns og þess að upplifa líkamlega vanlíðan, kvíða- og þunglyndiseinkenni. Einnig sáust marktæk bein tengsl á upplifun samskipta við fagfólk og fjölgandi þunglyndiseinkenna. Önnur marktæk tengsl sáust ekki milli álagsflokka sjö og upplifaðra andlegra og/eða líkamlegra einkenna (Tafla 3).

Þegar litið var nánar á staka þætti sem tilheyra hverjum álagsflokk í PSS:PICU kom í ljós að nokkrir höfðu marktæk tengsl við andlega og líkamlega líðan foreldra samkvæmt SCL-90. Aukin líkamleg vanlíðan foreldra hafði marktæk tengsl við átta þætti innan PSS:PICU en þau voru; að barnið væri þrútið, virðist vera kalt, breytt foreldrahlutverk, tilfinningin að geta ekki sinnt barni, uppnám barns, mótþróafull hegðun, verkjahegðun og eirðarleysi barns. Kvíðaeinkenni höfðu marktæk tengsl við sex þætti þar sem breytt foreldrahlutverk hafði mestu marktæku tengslin við kvíða, en einnig við að barnið væri þrútið, virðist vera kalt; mar, rispur eða skurðir á barni, mismunandi starfsfólk og að geta ekki verið hjá grátandi

barni sínu. Upplifun þunglyndiseinkenna hafði marktæk tengsl við mótþróafulla hegðun barnsins en fylgnin þar á milli var mjög sterk og nákvæm. Fimm önnur atriði höfðu marktæk tengsl við upplifun þunglyndiseinkenna, að barn væri þrútið, starfsmenn segi ekki til nafns, geta ekki sinnt eða verið hjá grátandi barni sínu ásamt átta upplifun barns. Að barn væri sogað af heilbrigðisstarfsmanni hafði marktæk tengsl við reiði en einnig hafði heildarupplifun foreldra af gjörgæsludvölinni marktæk tengsl við upplifun reiðieinkenna (Tafla 4).

Tengsl upplifaðs álags foreldra á gjörgæslu og einkenna

áfallastreituröskunar: Þegar bornar voru saman niðurstöður úr álagsmælingu PSS:PICU við auknar líkur á þróun áfallastreituröskunar samkvæmt PCL-5, kom í ljós að marktæk tengsl eru við álag af völdum útlits barns ($r=0,462$, $p<0,05$), verkja- ($r=0,558$, $p<0,01$) og reiðihegðunar barns ($r=-0,698$, $p<0,05$) ásamt heildarálagsmati foreldra ($r=0,397$, $p<0,05$). Einnig sést að sterk marktæk tengsl eru milli allra þátta andlegrar og líkamlegrar vanlíðanar og upplifun einkenna áfallastreituröskunar í úrtakinu (sjá töflu 5).

Tengsl alvarleikaskors barna við vanlíðan og

áfallastreituröskunar foreldra: Þegar tengsl alvarleikaskors veikinda barna (PRISM) við líkamlega og andlega líðan foreldra, SCL- 90, var skoðað kom í ljós að hærra alvarleikaskor tengdist marktækt meiri líkamlegri vanlíðan foreldra, kvíða og einkenni reiði. Einnig voru marktækt hærri gildi einkenna um áfallastreituröskun samkvæmt PCL-5 eftir því sem börnin skoruðu hærra á PRISM (sjá töflu 6).

Tafla 3. Aukin álagsupplifun af flokkum PSS:PICU^a og tengsl þeirra við andlega og líkamlega vanlíðan (SCL-90), N=29

Einkenni	Líkamleg vanlíðan r	Kvíði r	Þunglyndi r	Reiði r
Útlit barns	0,543**	0,513**	0,601**	0,333
Samskipti við fagfólk	0,201	0,218	0,451*	0,231

^a $p<0,05$; ** $p<0,01$

Tafla 4. Aukin álagsupplifun af stökum þáttum PSS:PICU^a og tengsl þeirra við andlega og líkamlega vanlíðan (SCL-90), N=29

Einkenni	Líkamleg vanlíðan r	Kvíði r	Þunglyndi r	Reiði r
Að barn væri þrútið	0,497*	0,580*	0,645*	-
Barni virðist vera kalt	0,507*	0,587*	-	0,231*
Geta ekki sinnt barni sínu	0,711**	0,641**	0,650*	-
Geta ekki verið hjá grátandi barni sínu	-	0,702*	0,456*	-
Uppnám barns	0,571*	-	-	-
Ótti barns	-	-	0,518*	-
Mótþróafull hegðun	0,854**	-	0,825**	-
Verkjahegðun	0,395*	-	-	-
Eirðarleysi barns	0,584*	-	-	-
Mar, rispur eða skurðir á barni	-	0,398*	-	-
Mismunandi starfsfólk/ Starfsfólk segi ekki til nafns	-	0,486*	0,555*	-
Barn sé sogað af heilbrigðisstarfsmanni	-	-	-	0,579*
Heildarálagsupplifun	-	-	-	0,517*

^a $p<0,05$; ** $p<0,01$

a einungis eru birtar niðurstöður þar sem um marktæk tengsl var að ræða

Tafla 5. Tengsl á milli vanlíðanareinkenna (SCL-90) og áfallastreitueinkenna (PCL-5), N=28

	Líkamleg vanlíðan r	Kvíði r	Punglyndi r	Reiði r
PCL-5	0,676**	0,737**	0,654**	0,662**

**p<0,01

Tafla 6. Áhrif herra alvarleikaskors barns, PRISM, á andlega og líkamlega líðan foreldra samkvæmt PCL-5 og SCL-90, N=29

	Áfallastreituröskun r	Líkamleg vanlíðan r	Kvíði r	Punglyndi r	Reiði r
PRISM	0,613**	0,450*	0,522**	0,351	0,860**

*p<0,05; **p<0,01

UMRÆÐA

Könnuð voru áhrif þess álags að eiga barn á gjörgæsludeildum á líðan foreldra á Íslandi. Niðurstöður sýndu að almennt reyndist gjörgæsludvöl barna þar sem barnið var alvarlega veikt/slasað hafa mikil áhrif á foreldrana. Úrtakið endurspeglaði vel alvarleikastig veikinda barna þeirra foreldra sem lentu í úrtakinu en meðalalvarleikagildi (PRISM) barnanna í rannsókninni var 6,06 samanborið við PRISM=5,0 í 10 ára meðaltali hjá börnum á gjörgæslum Landspítala samkvæmt tölum frá 2006-2015 (Sigríður Árna Gísladóttir, 2017).

Þegar frá líður atburði geta andleg og líkamleg einkenni dunið yfir foreldra sem afleiðing álagsins. Einkennasöfnin með SCL-90 (Derogatis, Lipman og Covi, 1973) sýndu að allir foreldrar sem tóku þátt í rannsókninni upplifðu óhófleg einkenni vanlíðanar rúmum sex vikum eftir gjörgæslulegu barns. Mest reyndist vanlíðan í flokkum þunglyndis og líkamlegrar vanlíðanar en einnig var töluvert um kvíðaupplifun. Þegar niðurstöður eru bornar saman við niðurstöður samanburðarúrtaks úr landskönnun Rúnars Vilhjálmssonar (2015) þar sem líðan foreldra barna var könnuð, sást að margfalt meiri vanlíðan reyndist vera hjá þeim foreldrum sem áttu börn á gjörgæslu en hjá samanburðarhópi. Þetta bendir sérstaklega á mikilvægi þessara niðurstaðna. Slíkur samanburður hefur ekki birst áður í rannsóknum á þessum foreldrahópi svo vitað sé og rannsóknir á álagi foreldra í þessum hópi eru komnar til ára sinna (Rodríguez-Rey og Alonso-Tapia, 2016).

Þegar rýnt var í hvort bakgrunnsþættir foreldra höfðu áhrif á líðan í kjölfar álags sást meðal annars marktæk tengsl voru á milli kynja þar sem mæður voru líklegri til þess að upplifa líkamlega vanlíðan. Engin tengsl voru við kyn hvað áfallastreituröskunareinkenni varðaði sem er í ósamræmi við sumar erlendar rannsóknir þar sem mæður sýna hærri tilhneigingu til slíkra einkenna (Bronner ofl., 2010). Niðurstöður sýndu einnig að eftir því sem fleiri börn voru á heimilinu og að foreldri væri utan vinnumarkaðar upplifðu þau almennt meiri einkenni innan flokka líkamlegrar vanlíðanar, kvíða- og reiðitengdra einkenna. Þetta er í

samræmi við landskönnun á álagi á foreldra íslenskra barna þar sem sambærileg niðurstaða kom fram í landsúrtaki foreldra barna almennt (Kristjánsdóttir, G., Hallström, I. K. and Vilhjálmsson, R., 2020). Einnig kom í ljós að hæsta lokna prófgráða foreldris hafði marktæk tengsl við kvíðaeinkenni, þeir foreldrar sem höfðu lokið herra menntunarstigi upplifðu síður einkenni kvíða. Önnur atriði bakgrunnsþátta foreldra voru ekki marktæk.

Þegar barn þarf á gjörgæsluinnlögn að halda er margt sem breytist er haft getur áhrif á álagssupplifun og líðan foreldra. Breytt hlutverk foreldra, það að fela umönnun barnsins í hendur heilbrigðisstarfsmanna, sem foreldrar þekkja ekki en þurfa að fela allt sitt traust, er sá flokkur sem olli foreldrum mesta álaginu samkvæmt þessari rannsókn. Þessar niðurstöður eru í samræmi við Carter o.fl (1985), Carter og Miles (1989), Colville og Gracey (2005), Nizam og Norzila (2001) og Young o.fl (1997).

Aðrir álagsvaldandi þættir tengdir gjörgæslulegu barnsins samkvæmt PSS:PICU voru til dæmis flokkurinn „útlit barns“ en sá álagsflokkur hafði mest áhrif á tilkomu andlegra og líkamlegra einkenna þegar lengra var liðið frá legu barns og hafði marktæk tengsl við líkamlega vanlíðan, kvíða- og þunglyndiseinkenni. Einnig kom í ljós að með hærri heildarálagssupplifun samkvæmt PSS:PICU jukust líkur á þunglyndiseinkennum. Þetta hefur ekki áður komið fram í rannsóknum á þessum hópi foreldra og bendir til mikilvægi fjölbreytts mats á álagi, líkt og með PSS:PICU, til að greina hversu umfangsmikil áhættan sé af álagi fyrir vanlíðan í þessum aðstæðum.

Niðurstöðurnar sýna einnig að 25% foreldra í þessari rannsókn uppfylltu greiningarskilmerki fyrir áfallastreituröskun samkvæmt PCL-5 sem er í samræmi við erlendar niðurstöður (Nelson og Gold, 2012; Samuel ofl, 2015). Í samræmi við fyrri rannsóknir er ljóst að upplifi foreldrar andleg og líkamleg einkenni í kjölfar álags er mikilvægt að grípa inn í með viðeigandi aðstoð þar sem sterk og/eða marktæk tengsl reynast á milli líkamlegrar vanlíðanar, þunglyndis- og

kvíðaeinkenna og þess að þróa með sér áfallastreituröskun (Mowery, 2011; Rodríguez-Rey og Alonso-Tapia, 2016). Helsti styrkleiki þessarar rannsóknar var val spurningalista en þeir eru allir vel kynntir, prófaðir alþjóðlega og hafa hátt réttmætis- og áreiðanleikagildi auk þess sem þeir hafa áður verið sannreindir í íslenskum þýðingum. Þetta gefur möguleika á alþjóðlegum samanburði niðurstaðna. Góð svörun þátttakenda gefur góða mynd af þýðinu sem meðal annars birtist í breiðri samsetningu á alvarleika veikinda barna þeirra. Þessi breidd veikinda telst einnig til takmarkanna vegna skorts á bakgrunnsupplýsingum, hvort um langveik börn væri að ræða eður ei.

Ekki var tekin upphafsstaða á líðan foreldra við innlögn en allir foreldrar eiga þó þessa breyту sameiginlega að barn þeirra þurfti á gjörgæsluinnlögn að halda.

Um framskyggna rannsókn var að ræða sem gefur henni styrk, sérstaklega í ljósi helstu takmarkana sem er hversu fáir foreldrar voru í úrtakinu þó að svörun hafi verið góð. Þó ber að líta til þess að fá börn liggja fleiri en tvo sólarhringa á gjörgæsludeild á Íslandi ár hvert en meðalinnlagnalengd barna á gjörgæsludeildum Landspítala árin 2006-2015 var tæpir fjórir sólarhringar (Sigríður Árna Gísladóttir, 2018). Það telst til styrkleika þessarar rannsóknar að tveir rannsakendur sáu um meðhöndlun gagna við öflun upplýsinga og úrvinnslu. Það á sérstaklega við um öflun sjúkraskrárgagna þar sem margir einstaklingar koma að skráningu í kerfið og getur oft verið vandi að samhæfa og bregðast við takmörkunum í skráningu. Það er vissulega takmörkun að rannsóknin byggir að hluta til á öflun sjúkraskrárgagna en það að um framskyggna rannsókn var að ræða bætir fyrir það. Til annarra takmarkandi þátta telst PRISM-skorið sem reiknað er út frá blóðprufum sem teknar eru við innlögn barns en á Landspítala eru ekki mæld öll gildi sem PRISM notar en heildarkoldíoxíð er ekki mælt hér á landi. Mikilvægt var að komast að því hvar álagið liggur á foreldra barna á gjörgæsludeild á Íslandi og hvernig áhrif það hefur á líðan þeirra. Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að álagsupplifun foreldra er í samræmi við alþjóðlegar niðurstöður um gjörgæsluumhverfið sem er þekkt sem mjög álagsvaldandi fyrir foreldra (Kumar og Avabrattha, 2015). Sjá má ákveðna álagsvalda sem þekktir eru að valdi foreldrum auknu álagi og hafa bein tengsl við andlega eða líkamlega vanlíðan. Þessar niðurstöður geta upplýst þá sem koma að umönnun barna á gjörgæslu. Bætt þekking á upplifun foreldra í aðstæðum þeirra á gjörgæsludeild gerir hjúkrunarfræðingum kleift að sinna betur þörfum foreldranna sem dregið getur úr áhrifum álags á líðan foreldra til lengri tíma með fræðslu og aukinni þátttöku foreldra (Dahav og Sjöström-Strand, 2018). Þessar niðurstöður benda einnig til þess að taka þurfi þetta verkefni lengra. Fræða þarf starfsmenn um niðurstöður rannsóknar og bregðast við þeim. Einnig þarf að auka stuðning við þennan foreldrahóp, bæði inni á gjörgæsludeildinni sem og utan hennar en stór hópur foreldra er í hættu á að þróa með sér áfallastreituröskun eftir innlögn barns þeirra á gjörgæslu. Niðurstöður þessarar rannsóknar staðfestir að sambærilegar niðurstöður fáist í íslenskum rannsóknum og erlendum og því mikilvægar fyrir hjúkrunarfræðinga sem eru í kjöraðstæðu til að gera vel þegar kemur að umönnun barns og fjölskyldu þess.

ÞAKKIR

Við þökkum öllum þeim foreldrum sem deildu upplýsingum um sig og líðan sína í rannsókninni, sem og fagfólki og nemendum sem lögðu sitt af mörkum í forprófun mælitækja í undirbúningi rannsóknar.

ENGLISH SUMMARY

The impact on well-being of parents when a child is hospitalized in an intensive care unit – a prospective cohort study at Landspítali, The National University Hospital of Iceland in the years 2017 to 2019.

Birgisdóttir, H.B., Gísladóttir, S.A., Kristjánsdóttir, G.

Aim

The literature shows variations in how parents of a child admitted to the intensive care (ICU) manage to process feelings in connection with an admission. This study aimed to assess the impact of intensive care of a child on the mental and physical well-being of parents in Iceland.

Method

A prospective cohort design was used that assessed the stress and well-being of parents of children hospitalized more than 48 hours in the ICU's of Landspítali during the period January 2017 to May 2019. Questionnaires used were SCL-90 (Symptom checklist), PSS:PICU (Parental stressor scale: Pediatric intensive care unit), PCL-5 (The posttraumatic stress disorder checklist), questions about the background of the parents and assessment of the severity of a child's illness using PRISM (Pediatric Risk of Mortality).

Results

A total of 29 (60.4%) parents participated. Depression and physical discomfort (SCL-90) were the most common forms of distress in parents. Mothers had significantly more symptoms of physical distress. No difference was between genders in mental symptoms. The number of children and employment affected parent's well-

being, but education had the least effect. The mean score of symptoms of PTSD (PCL-5) was 22.93 points (0-66 points). A quarter (25%) had > 33 scores with no difference between genders. Higher mental and/or physical distress were significantly related to symptoms of PTSD. The child's appearance and behavior, as well as communication with staff, affected the parents' well-being, as well as the parents' overall experience of stressors in the ICU. The probability of symptoms of discomfort and PTSD was significantly related to higher PRISM score.

Conclusion

The results show that parents of children in need of intensive care generally experience more mental and physical symptoms than a comparable national sample of parents in Iceland. The results give nurses and other health professionals a clearer idea of what stressors cause parents distress symptoms.

Keywords

Pediatric intensive care unit (PICU), parental stress, post traumatic stress disorder (PTSD).

Correspondent:

hennybjork@hi.is



HEIMILDIR

- Aðalbjörg Ellertsdóttir og Þorbjörg Anna Steinarsdóttir (2017). Þýðing og forprófun á Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. (PSS:PICU). Lokaritgerð til BS-prófs í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands. <http://hdl.handle.net/1946/27730>
- Aðalbjörg Ellertsdóttir, Þorbjörg Anna Steinarsdóttir, Sigríður Árna Gísladóttir og Guðrún Kristjánsdóttir (2018). Forprófun á aðferð til að meta álag á foreldrum barna á nýburagjörgæslu (PSS:PICU). Veggjalld flutt á Vísindi á vordögum þriðjudaginn 24. apríl 2018 á Landspítala í Reykjavík. [https://www.laeknabladid.is/fylgirit/fylgirit/2018/fylgirit-97/agrip/](https://www.laeknabladid.is fylgirit/fylgirit/2018/fylgirit-97/agrip/)
- Blevins, C. A., Weathers, F. W., Davis, M. T., Witte, T. K. og Domino, J. L. (2015). The Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Development and Initial Psychometric Evaluation. *J Trauma Stress*, 28(6), 489-498. doi:10.1002/jts.22059
- Board, R. og Ryan-Wenger, N. (2002). Long-term effects of pediatric intensive care unit hospitalization on families with young children. *Heart Lung: The Journal of Acute Critical Care*, 31(1), 53-66. doi.org/10.1067/mhl.2002.121246
- Bronner, M. B., Peek, N., Knoester, H., Bos, A. P., Last, B. F. og Grootenhuis, M. A. (2010). Course and predictors of posttraumatic stress disorder in parents after pediatric intensive care treatment of their child. *J Pediatr Psychol*, 35(9), 966-974. doi:10.1093/jpepsy/jsq004
- Carter, M. C. og Miles, M. S. (1989). The Parental Stressor Scale: Pediatric Intensive Care Unit. *Matern Child Nurs J*, 18(3), 187-198. PMID: 2491508.
- Carter, M. C., Miles, M. S., Buford, T. H. og Hassanein, R. S. (1985). Parental environmental stress in pediatric intensive care units. *Dimens Crit Care Nurs*, 4(3), 180-188. doi: 10.1097/00003465-198505000-00009
- Colville, G. A. og Gracey, D. (2006). Mothers' recollections of the Paediatric Intensive Care Unit: associations with psychopathology and views on follow up. *Intensive Crit Care Nurs*, 22(1), 49-55. doi:10.1016/j.iccn.2005.04.002
- Dahav, P. og Sjöström-Strand, A. (2018). Parents' experiences of their child being admitted to a paediatric intensive care unit: a qualitative study—like being in another world. 32(1), 363-370. doi:10.1111/scs.12470
- Derogatis L. R., Lipman R. S., og Covi L. (1973). SCL 90: An outpatient psychiatric rating scale - Preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin*, 9, 13-28. PMID: 4682398
- Kristjánsdóttir, G., Hallström, I. K. og Vilhjálmsson, R. (2020). Sociodemographic and health status predictors of parental role strain: A general population survey. *Scandinavian Journal of Public Health*. 48, 519-526. <https://doi.org/10.1177/1403494819846361>
- Kumar, B. S. og Avabratha, K. S. (2015). Parental stress: a study from a pediatric intensive care unit in Mangalore. *International journal of contemporary pediatrics*, 2(4), 401-405. doi:http://dx.doi.org/10.18203/2349-3291.ijcp20150983
- Mortensen, J., Simonsen, B. O., Eriksen, S. B., Skovby, P., Dall, R. og Elklit, A. (2015). Family-centred care and traumatic symptoms in parents of children admitted to PICU. *Scand J Caring Sci*, 29(3), 495-500. doi:10.1111/scs.12179
- Mowery, B. D. (2011). Post-traumatic stress disorder (PTSD) in parents: is this a significant problem? *Pediatr Nurs*, 37(2), 89-92. PMID: 21661611
- Nelson, L. P. og Gold, J. I. (2012). Posttraumatic stress disorder in children and their parents following admission to the pediatric intensive care unit: a review. *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 13(3), 338-347. <https://doi.org/10.1097/PCC.0b013e3182196a8f>
- Nizam, M. og Norzila, M. (2001). Stress among parents with acutely ill children. *The Medical Journal of Malaysia*, 56(4), 428-434. PMID: 12014761
- Offord, R. J. (2010). Caring for critically ill children within an adult environment—an educational strategy. *Nursing in critical care*, 15(6), 300-307. doi: 10.1111/j.1478-5153.2010.00411.x
- Pearson, G., Shann, F., Barry, P., Vyas, J., Thomas, D., Powell, C. og Field, D. (1997). Should paediatric intensive care be centralised? Trent versus Victoria. *Lancet*, 349(9060), 1213-1217. doi:10.1016/s0140-6736(96)12396-5
- Pollack, M. M., Holubkov, R., Funai, T., Dean, J. M., Berger, J. T., Wessel, D. L., . . . Tamburro, R. (2016). The Pediatric Risk of Mortality Score: Update 2015. *Pediatr Crit Care Med*, 17(1), 2-9. doi:10.1097/pcc.0000000000000558
- Pollack, M. M., Patel, K. M. og Ruttimann, U. E. (1996). PRISM III: an updated Pediatric Risk of Mortality score. *Crit Care Med*, 24(5), 743-752. doi: 10.1097/00003246-199605000-00004
- Rodríguez-Rey, R. og Alonso-Tapia, J. (2016). Development of a screening measure of stress for parents of children hospitalised in a Paediatric Intensive Care Unit. *Australian Critical Care: official journal of the Confederation of Australian Critical Care Nurses*, 29(3), 151-157. doi: 10.1016/j.aucc.2015.11.002
- Samuel, V. M., Colville, G. A., Goodwin, S., Ryninks, K. Og Dean, S. (2015). The Value of Screening Parents for Their Risk of Developing Psychological Symptoms After PICU: A Feasibility Study Evaluating a Pediatric Intensive Care Follow-Up Clinic. *Pediatr Crit Care Med*, 16(9), 808-813. doi:10.1097/pcc.0000000000000488
- Sigríður Árna Gísladóttir. (2017). *Börn og foreldrar á gjörgæsludeildum Landspítala. Megindleg lýsandi rannsókn* (Óútgefin meistaritgerð). Háskóli Íslands Reykjavík, Ísland. <http://hdl.handle.net/1946/30787>
- Vilhjálmsson, R. (2015). The Health and Ways of Living Survey [HWLS]—Method and administration. Reykjavík: Faculty of Nursing, University of Iceland.
- Young Seideman, R., Watson, M. A., Corff, K. E., Odle, P., Haase, J. og Bowerman, J. L. (1997). Parent stress and coping in NICU and PICU. *J Pediatr Nurs*, 12(3), 169-177. Doi: 10.1016/s0882-5963(97)80074-7



SNÚNINGSLÖK

Fastus býður uppá margar gerðir af snúningslökum til að auðvelda snúning og hagræðingu í rúmi

MASTER TURNER SNÚNINGSKERFIÐ



- Fyrir þá sem þurfa mikla aðstoð við hagræðingu í rúmi
- Gerir umönnunaraðilum kleift að snúa/hreyfa fólk á auðveldari hátt með betri líkamsbeitingu, jafnvel hægt að nota fólkslyftara
- Minnkar núning og tog á húð og undirliggjandi vefi þar sem núningur á sér stað á milli dýnuhlífar og yfirlaks og hentar því sem sáravörn
- Samanstendur af dýnuhlíf og yfirlaki. Ýmsar stærðir og útfærslur í boði
- Dýnuhlíf má þvo á 60° og yfirlök á 85°



QUICK ON SNÚNINGSTEYGJULÖK

- Auðvelda fólk að snúa og hreyfa sig í rúmi
- Auðvelt að setja lakið á dýnuna og taka það af
- Engin laus lök sem færast til eða krumpast undir
- Stamur kantur beggja vegna til að varna falli/byltu úr rúmi
- Hefur stamt svæði hjá fótum til að auðvelda viðspyrnu
- Fæst á flestar dýnustærðir
- Má þvo á 85°



Nánari upplýsingar veitir Sandra Hjálmarsdóttir
 söluráðgjafi á netfangið sandra@fastus.is

Próffræðilegir eiginleikar íslenskra þýðinga á alþjóðlegum mælitækjum fyrir eldra fólk sem býr heima

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Eldra fólk myndar ört stækkandi skjólstaðingahóp innan heilbrigðisþjónustunnar og mörg alþjóðleg stöðluð mælitæki hafa verið sniðin fyrir þennan hóp. Nokkur þessara mælitækja eru til í íslenskum þýðingum en rannsóknir vantar á próffræðilegum eiginleikum þýðinganna. Tilgangur þessa verkefnis var að rannsaka próffræðilega eiginleika íslenskra þýðinga sjö staðlaðra mælitækja sem eru notuð til að meta margvíslegar hliðar heilsu og færnei á efri árum; Tímamælt „upp og gakk“ (TUG), Efri árin, mat á færnei og fötlun – athafnahluti (MFF-athafnir), Efri árin, mat á færnei og fötlun – þátttökuhluti (MFF-þátttaka), Mat á líkamsvirkni aldraðra (MLA), Jafnvægiskvarði tengdur athöfnum og öryggistilfinningu (A-Ö jafnvægiskvarði), Próf til að meta vitræna getu (MMSE) og Þunglyndismat fyrir aldraða (GDS).

Aðferð

Rannsóknin byggði á fyrirliggjandi gögnum frá 186 þátttakendum (65-88 ára) sem bjuggu í heimahúsi og 20 þeirra tóku þátt í endurteknum mælingum. Áreiðanleiki endurtekinnna mælinga var metinn með ICC2.1 og staðalvillu mælinga en innri áreiðanleiki með Cronbachs alfa. Hugsmíðaréttmæti var metið með fylgni milli mælitækjanna (raðfylgnistuðull Spearman) og með aðferð þekktra hópa þar sem greint var hvort munur væri á mælingum eftir aldurshópi þátttakenda (65-74 og 75+ ára), bylтусögu og notkun gönguhjálpartækja (Mann Whitney U próf).

Niðurstöður

Í heildina reyndust próffræðilegir eiginleikar mælitækjanna (áreiðanleiki endurtekinnna mælinga, innri áreiðanleiki, hugsmíðaréttmæti) sambærilegir því sem komið hefur fram í rannsóknum á upprunalegum og öðrum erlendum útgáfum af mælitækjunum. MFF-athafnir var að jafnaði með sterkustu próffræðilegu eiginleikana en MMSE þá slökustu. TUG, A-Ö jafnvægiskvarðinn, MFF-þátttaka, GDS og MLA reyndust hafa ásættanlega eða góða próffræðilega eiginleika.

Ályktun

Þessar nýju upplýsingar um próffræðilega eiginleika íslenskra þýðinga á alþjóðlegum mælitækjum eru mikilvægar fyrir hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk sem notar þau til að meta heilsu og færnei eldra fólks, og byggir öldrunarþjónustu á mælingunum. Niðurstöðurnar styðja við próffræðilega eiginleika mælitækjanna fyrir alþjóðlegt samhengi og benda til þess að alþjóðlegar upplýsingar um próffræðilega eiginleika þeirra eigi við um íslenskar útgáfur mælitækjanna.

Lykilorð:

Aldraðir, sjálfstæð búseta, próffræði, öldrunarmat, þýðingar.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Rannsókn þessi leiðir í ljós að íslenskar þýðingar á alþjóðlegum mælitækjum sem notuð eru fyrir eldra fólk sem býr heima hafa sambærilega próffræðilega eiginleika og upprunalegar útgáfur og þær sem notaðar eru í öðrum löndum.

Hagnýting: Niðurstöðurnar styðja við notkun þessara mælitækja meðal hjúkrunarfræðinga og annars heilbrigðisstarfsfólks í öldrunarþjónustu og -rannsóknum þar sem þau gefa áreiðanlegar og réttmætar upplýsingar um heilsu og færnei eldri notenda þjónustunnar.

Þekking: Íslenskar þýðingar mælitækjanna hafa verið notaðar meðal heilbrigðisstarfsfólks á Íslandi en próffræðilegir eiginleikar þeirra hafa verið lítt þekktir fyrir en nú.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: Til að fá heildræna sýn á heilsu og færnei eldra fólks ættu hjúkrunarfræðingar að nýta þessi alþjóðlegu mælitæki sem rannsökuð hafa verið í íslensku samhengi.

Höfundar

BERGLJÓT PÉTURSDÓTTIR

sjúkraþjálfari, Stígandi sjúkraþjálfun,
Reykjavík; Námsbraut í sjúkraþjálfun,
Læknadeild, Heilbrigðisvísindasviði
Háskóla Íslands

ELÍN DÍANNA GUNNARSDÓTTIR

aðstoðarrekktor og sálfræðingur,
Háskólanum á Akureyri

SÓLVEIG ÁSA ÁRNADÓTTIR

prófessor, Námsbraut í sjúkraþjálfun,
Læknadeild, Heilbrigðisvísindasviði
Háskóla Íslands

Próffræðilegir eiginleikar íslenskra þýðinga á alþjóðlegum mælitækjum fyrir eldra fólk sem býr heima

INNGANGUR

Eldri Íslendingum fjölga jafnt og þétt, enda eru lífslíkur hér með þeim mestu sem þekkist í Evrópu (Hagstofa Íslands, 2021). Samkvæmt spám Hagstofunnar mun þessi þróun halda áfram þannig að árið 2039 verði 20% landsmanna orðin 65 ára eða eldri og yfir 25% árið 2057 (Hagstofa Íslands, 2018). Þótt heilsa á efri árum geti verið góð þá er það svo að með hækkandi aldri aukast líkur á því að einstaklingar þurfi að glíma við heilsubrest og færniskerðingar og þurfi á heildrænni og einstaklingsmiðaðri heilbrigðisþjónustu að halda (Banerjee, 2015). Hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk þarf því að hafa aðgang að fjölbreyttu safni af stöðluðum mælitækjum sem gerir þeim kleift að meta ástand skjólstæðinga sinna og veita viðhlítandi þjónustu í kjölfarið.

Við val á mælitækjum sem henta í öldrunarþjónustu og rannsóknum þarf að vanda til verka og mikilvægur gæðastimpill er að þau séu stöðluð (Guðrún Pálmadóttir, 2013). Samkvæmt lýsingu Finch og féлага (2002) eiga stöðluð mælitæki það sameiginlegt að vera hönnuð með ákveðinn tilgang í huga og fyrir ákveðinn hóp einstaklinga. Stöðluðu mælitæki fylgja nákvæmar leiðbeiningar um hvernig það er lagt fyrir, hvernig stigagjöf fer fram og hvernig á að túlka stigin og því fylgja niðurstöður rannsókna sem sýna fram á að það hafi viðeigandi próffræðilega eiginleika, áreiðanleika og réttmæti. Ef mælitæki er áreiðanlegt segir það til um að endurtaka megji mælinguna og fá sambærilega niðurstöðu svo lengi sem engin raunveruleg breyting hafi átt sér stað á því fyrirbæri sem átti að meta (Portney 2020; Koo og Li, 2016). Önnur tegund áreiðanleika, svokallaður innri áreiðanleiki, sýnir hversu vel einstök atriði eða spurningar mælitækis endurspeglar heildarútkomuna (Portney, 2020). Réttmæti mælitækis gefur aftur á móti upplýsingar um hvort mælitækið sé í raun að meta það fyrirbæri sem því er ætlað að meta (Portney og Gross, 2020a).

Þótt ríkjandi kenningar sem leiða hjúkrunarferlið stýri því hvað telst mikilvægt að meta, þá er veigamikil að hjúkrunarfræðingar geti treyst þeim mælitækjum sem verða fyrir valinu (Reynolds, 2017). Gæði mælitækjanna sem notuð eru á fyrsta þrepi hjúkrunarferlisins þar sem gagnasöfnun og grunnmat fer fram og síðan aftur á fimmta þrepinu þar sem árangursmat á sér stað eru afar mikilvæg enda byggir greining hjúkrunarfræðingsins á vandanum, skipulagning á íhlutun og framkvæmd hennar á því að upplýsingarnar sem unnið er með séu meðal annars sem áreiðanlegastar.

Flest þeirra stöðluðu mælitækja sem notuð eru af hjúkrunarfræðingum í öldrunarþjónustu og rannsóknum á Íslandi eiga uppruna sinn í öðrum löndum en hafa verið þýdd yfir á íslensku og staðfærð. Á meðal þeirra eru eftirtalin mælitæki sem hafa verið notuð þverfaglega til að meta margvíslegar hliðar heilsu og færni á efri árum; Tímamælt „upp og gakk“ (TUG) (e. Timed Up and Go [TUG]) (Podsiadlo og Richardson, 1991), Efri árin, mat á færni og fötlun – athafnahluti (MFF-athafnir) (e. Late-Life Function and Disability Instrument – function component) (Haley o.fl., 2002), Efri árin, mat á færni og fötlun – þátttökuhluti (MFF-þátttaka) (e. Late-Life Function and Disability Instrument–disability component) (Jette, Haley, Coster o.fl., 2002), Mat á líkamsvirkni aldara (MLA) (e. The Physical Activity Scale for the Elderly [PASE])

(Washburn o.fl., 1993), Jafnvægiskvarði tengdur athöfnum og öryggistilfinningu (A-Ö jafnvægiskvarði) (e. Activities-specific Balance Confidence [ABC] Scale) (Powell og Myers, 1995), Próf til að meta vitræna getu (MMSE) (Folstein o.fl., 1975) (e. Mini-Mental State Examination) og Punglyndismat fyrir aldraða (GDS) (e. Geriatric Depression Scale) (Yesavage o.fl., 1982-1983).

Þessi sjö mælitæki eiga það sameiginlegt að próffræðilegir eiginleikar þeirra hafa reynst góðir annars staðar í heiminum. Þrátt fyrir áralanga notkun á íslenskum þýðingum þeirra hefur lítið verið um rannsóknir á því hvort próffræðilegir eiginleikar þeirra séu sambærilegir við erlendar útgáfur. Ef það er hins vegar raunin mun það styðja við möguleika á að yfirfæra niðurstöður alþjóðlegra próffræðirannsókna á íslenskar útgáfur mælitækjanna og þannig auka notagildi þeirra í íslensku samfélagi. Markmið rannsóknarinnar var því að varpa ljósi á áreiðanleika endurtekinna mælinga, innri áreiðanleika og hugsmiðaréttmæti íslenskra þýðinga á TUG, MFF-athöfnum, MFF-þátttöku, MLA, A-Ö jafnvægiskvarða, MMSE og GDS.

ADFERÐ

Rannsóknin byggði á fyrirliggjandi gögnum sem var safnað með viðtölum og stöðluðum mælingum árið 2004.

Þátttakendur og framkvæmd

Þátttakendur í upprunalegri rannsókn voru valdir með slembiúrtöku úr þjóðskrá yfir íbúa á norðanverðu Íslandi, þeir voru 186 talsins og á aldrinum 65-88 ára (meðalaldur 73,9 ár) (Sólveig Ása Árnadóttir, 2010). Skilyrði fyrir þátttöku voru að vera að minnsta kosti 65 ára, búsettur í heimahúsi, fær um að hafa samskipti í síma og fær um að bóka tíma fyrir gagnaöflun. Alls voru 236 einstaklingar sem uppfylltu öll þáttökuskilyrði og af þeim samþykktu 186 að taka þátt (79% þátttökulutfall). Tveir starfsmenn rannsóknarinnar fengu samræmda þjálfun í gagnaöflun og heimsóttu þátttakendur. Gögn frá þessum 186 einstaklingum voru notuð til að rannsaka innri áreiðanleika og hugsmiðaréttmæti. Tuttugu fyrstu einstaklingarnir úr þéttbýli sem samþykktu að hitta rannsakendur aftur mættu tvisvar í mælingar, með 6-13 daga millibili, hjá tveimur ólíkum matsmönnum. Sá hluti gagnasafnsins var notaður til að rannsaka áreiðanleika endurtekinna mælinga.

Siðfræði

Þessi gagnarannsókn var tilkynnt til Persónuverndar og samþykkt af Vísindasíðanefnd (VSN-21-118).

Mælitæki

Þátttakendur voru spurðir um bakgrunnsupplýsingar áður en eftirtalin mælitæki voru lögð fyrir þá samkvæmt stöðluðum leiðbeiningum: TUG, MFF-athafnir, MFF-þátttaka, MLA, A-Ö jafnvægiskvarði, MMSE og GDS. Þótt MFF-athafnir og MFF-þátttaka séu í grunninn sjálfstæðir hlutar af einu mælitæki (Jette, Haley og Kooyoomjian, 2002), þá meta þessir hlutar ólíkar færnividdir með aðskildum spurningalistum (Jette o.fl., 2003). Til að leggja áherslu á það er lítið á MFF-hlutana sem tvö mælitæki í þessari rannsókn.

Tímamælt „upp og gakk“ (TUG) er frammistöðupróf þar sem matsmaður mælir hversu langan tíma (sek.) það tekur einstakling að standa upp úr stól, ganga þrjá metra, snúa við á punktinum, ganga til baka og setjast aftur (Podsiadlo og Richardson, 1991). Styttirí tími á TUG endurspeglar betri grunnhreyfifærni einstaklingsins.

Efri árin, mat á færni og fötlun – athafnahluti (MFF-athafnir)

er staðlað mælitæki sem byggir á sjálfsmati á líkamlegri færni við fjölbreyttar athafnir í daglegu lífi (Jette, Haley og Kooyoomjian, 2002). Einstaklingurinn svarar 32 spurningum um hversu erfitt hann á með að framkvæma hjálparlaust daglegar athafnir sem reyna á líkamlegt atgervi. Það eru fimm svarmöguleikar fyrir hverja spurninguna sem gefa 1-5 stig. Þessi stig eru lögð saman til að reikna út stig fyrir einn heildarkvarða sem kallast *MFF-athafnir*. Sá heildarkvarði skiptist í þrjá undirkvarða: *Erfiðleikar við athafnir sem reyna á efri útlími*, *Erfiðleikar við athafnir sem reyna á neðri útlími* og *Erfiðleikar við athafnir sem reyna mikið á neðri útlími*. Samkvæmt upplýsingum í handbók er stigum (hrátölum) síðan umbreytt í mælitölur sem taka gildi á bilinu 0-100 (fyrir alla athafnakvarðana) og endurspeglar hærri mælitala betri líkamlega færni.

Efri árin, mat á færni og fötlun – þátttökahluti (MFF-þátttaka)

er staðlað mælitæki sem byggir á sjálfsmati, líkt og MFF-athafnir. Hér svarar einstaklingurinn 16 spurningum um tíðni þátttöku sem tengist bæði eigin umsjá og í samfélaginu og 16 spurningum um takmörkun á þátttöku (Jette, Haley og Kooyoomjian, 2002). MFF-þátttaka gefur þannig af sér tvo heildarkvarða sem kallast *MFF-tíðni þátttöku* og *MFF-takmörkun á þátttöku*. Hvor heildarkvarði fyrir sig skiptist í tvo undirkvarða sem varpa frekara ljósi á þessar tvær hliðar þátttöku. Undirkvarðarnir kallast: *Tíðni samskipta við aðra*, *Tíðni eigin umsjár*, *Takmörkun á virkni* og *Takmörkun á stjórn á eigin lífi*. Svarmöguleikar fyrir hverja þátttökuspurninguna og stigagjöfin er sams konar og fyrir mælitækið MFF-athafnir. Hærri mælitala (0-100) endurspeglar meiri færni á öllum þátttökuvörðunum.

Mat á líkamsvirkni aldraðra (MLA) er 12 spurninga sjálfsmatslisti um þátttöku einstaklingsins í athöfnum sem reyna á líkamann og auka efnaskiptahraðann umfram það sem hann er í hvíld (Washburn o.fl., 1993). Spurt er um almenna hreyfingu síðastliðna viku til að varpa ljósi á hversu líkamlega virkur einstaklingurinn er að jafnaði við *frístundir*, *störf innan heimilis* og *launa- eða sjálfboðastörf utan heimilis* (Sólveig Ása Árnadóttir, 2007). Spurningarnar hafa mismikið vægi eftir hvað hver athöfn reynir mikið á líkamann en heildarstig á MLA spanna bilið 0-400 (hærra hjá mjög virkum einstaklingum) þar sem fleiri stig endurspeglar meiri hreyfingu í daglegu lífi.

Jafnvægiskvarði tengdur athöfnum og öryggistilfinningu (A-Ö jafnvægiskvarði)

er sjálfsmatslisti fyrir það hversu öruggur einstaklingur er um að geta haldið jafnvægi við ýmsar athafnir daglegs lífs (Powell og Myers, 1995). Listinn samanstendur af 16 spurningum þar sem einstaklingur metur eigið öryggi við tiltekna athafnir á kvarðanum 0-100% og táknar hærri prósentu meira öryggi.

Próf til að meta vitræna getu (MMSE) er skimunar- og frammistöðupróf fyrir vitræna færni (Folstein o.fl., 1975;

Kristinn Tómasson, 1986). Prófið samanstendur af 11 spurningum og verkefnum sem einstaklingurinn leysir til að meta áttun, athygli, minni og rýmisskynjun. Heildarstig á prófinu spanna bilið 0-30. Prófið gefur vísbendingu um alvarleika vitrænnar skerðingar og færri stig benda til meiri skerðingar.

Punglyndismat fyrir aldraða (GDS) er spurningalisti sem notaður er til að skima fyrir þunglyndi hjá eldri einstaklingum (Yesavage o.fl., 1982-1983; Margrét Valdimarsdóttir o.fl., 2000). Þetta er sjálfsmatslisti sem samanstendur af 30 spurningum sem einstaklingur svarar með já eða nei. Heildarstig listans spanna bilið 0-30 og því fleiri stig sem einstaklingurinn fær, því sterkari er vísbendingin um þunglyndi.

Gagnagreining

Forritið SPSS var notað við tölfræðilega úrvinnslu og marktektarmörk sett við $p < 0,05$. Reiknuð var út miðsækni, dreifing, tíðni og hlutföll fyrir bakgrunnsbreytur sem lýstu öllum 186 þátttakendum og þeim 20 sem tóku þátt í endurteknum mælingum.

Til að meta áreiðanleika endurtekinna mælinga á heildarkvarða allra mælitækjanna voru bornar saman niðurstöður fyrri og seinni mælinga þeirra þátttakenda sem mættu tvisvar í mælingar. Reiknaður var áreiðanleikastuðullinn ICC_{2,1} (e. Intraclass Correlation Coefficient, two-way random effect model, absolute agreement) (Koo og Li, 2016) og 95% öryggisbil. ICC er afstæður stuðull með gildi á bilinu 0-1 (Portney og Gross, 2020b), 0,50-0,75 merkir ásættanlegan áreiðanleika og hærrí stuðull en 0,75 táknar góðan áreiðanleika (Koo og Li, 2016). Reiknuð var staðalvilla mælinga (e. standard error of measurement) sem er í sömu einingu og mælingin sjálf. Því lægri sem staðalvillan er, því áreiðanlegri er mælingin (Portney og Gross, 2020b).

Cronbachs alfa og 95% öryggisbil voru reiknuð til að lýsa innri áreiðanleika þeirra mælitækja sem innihalda fleiri en eitt atriði (spurningar) sem saman eiga að endurspeglja fyrirbærið sem á að mæla (Tavakol og Dennick, 2011). Alfastuðullinn tekur gildi 0-1, ef hann nær 0,70 telst innri áreiðanleiki vera ásættanlegur og góður ef hann nær 0,80 (Andersen, 2000; Tavakol og Dennick, 2011). Hugtakið innri áreiðanleiki á ekki við um MLA og TUG en til viðbótar við heildarkvarða MFF-athafnir og MFF-þátttaka reiknuðum við alfastuðul fyrir sjö undirvarða MFF-mælitækjanna.

Hugsmíðaréttmæti mælitækjanna var metið með því að para þau saman, reikna út raðfylgnistuðul Spearman's (e. Spearman's rho) milli allra mögulegra para og bera niðurstöðurnar saman við hugsmíðina sem hvert mælitæki byggir á (Portney og Gross, 2020b). Miðað var við að fylgnin væri sterk ef stuðullinn náði 0,6, miðlungssterk ef stuðullinn var á bilinu 0,3-0,59 og veik ef stuðullinn var lægri en 0,3 (Andersen, 2000). Hugsmíðaréttmætið var einnig rannsakað með aðferð þekktra hópa (e. known-groups method) og Mann Whitney U prófi. Með þessari aðferð er rýnt í hvort mælitæki geti greint á milli hópa sem er vitað að eru ólíkir hvað varðar fyrirbærið sem mælitækinu er ætlað að nema (Portney og Gross, 2020a). Gengið var út frá þeirri tilgátu að vegna óhjákvæmilegra öldrunarbreytinga kæmu eldri þátttakendur að jafnaði verr út úr mælingum en þeir yngri. Einnig var gert

ráð fyrir því að þau mælitæki sem hafa verið notuð til að skima fyrir jafnvægisskerðingum (A-Ö jafnvægiskvarðinn og TUG) gætu greint á milli einstaklinga eftir byltusögu og þörf þeirra fyrir gönguhjálpartæki, en hvort tveggja endurspeglar jafnvægi eða jafnvægisskerðingu í daglegu lífi.

Mælitækin MLA, MFF-afhafnir, MFF-þátttaka og A-Ö jafnvægiskvarði reyna sérstaklega á vitræna færni og minni þátttakenda. Við mat á áreiðanleika þeirra voru því eingöngu notaðar mælingar frá þátttakendum sem fengju að minnsta kosti 21 stig á MMSE. Einn þátttakandi var undir þessu viðmiði (21/20) sem skilur á milli þeirra sem eru mögulega með minniháttar eða miðlungsmikla vitræna skerðingu (Folstein o.fl., 2001).

NIÐURSTÖÐUR

Lýsing á þátttakendum

Í töflu 1 eru upplýsingar um bakgrunn 186 þátttakenda en eins og sjá má var hlutfall karla og kvenna nokkuð jafnt og um einn þriðji þátttakenda bjó í dreifbýli. Í töflu 1 eru einnig upplýsingar um þá 20 þátttakendur sem mættu tvisvar í mælingar.

Tafla 1. Lýsing á bakgrunni allra þátttakenda og þeim hluta hópsins sem tók þátt í endurteknum mælingum

Bakgrunnsbreytur	Allir þátttakendur (N=186)	Þátttakendur í endurteknum mælingum (N=20)
Aldur (ár), meðaltal (sf) [spönn]	73,9 (6,3) [65-88]	76,1 (5,6) [69-86]
Aldurshópur		
65-74 ára, fjöldi (%)	114 (61,3)	11 (55)
≥ 75 ára, fjöldi (%)	72 (38,7)	9 (45)
Kyn		
Karlar, fjöldi (%)	97 (52,2)	10 (50)
Konur, fjöldi (%)	89 (47,8)	10 (50)
Búseta		
Þéttbýli, fjöldi (%)	118 (63,4)	20 (100)
Dreifbýli, fjöldi (%)	68 (36,6)	0 (0)
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m ²), meðaltal (sf) [spönn]	26,8 (3,8) [17,4-38,9]	27,2 (3,5) [19,2-33,6]
Notar gönguhjálpartæki, fjöldi (%)	28 (15,1)	3 (15)
≥ 1 bylta á síðasta ári, fjöldi (%)	59 (31,7)	8 (40)

Áreiðanleiki endurtekinna mælinga og innri áreiðanleiki

Tafla 2 sýnir áreiðanleika endurtekinna mælinga fyrir öll mælitækin. ICC-stuðullinn var hæstur fyrir MFF-athafnir en lægstur fyrir MFF-takmörkun á þátttöku. Staðalvilla MLA-spurningalistans var áberandi há.

Í töflu 3 eru upplýsingar um innri áreiðanleika fyrir tíu kvarða sem tilheyra MFF-mælitækjunum, A-Ö jafnvægiskvarðann, MMSE og GDS. Innri áreiðanleiki var hæstur hjá A-Ö jafnvægis-

Tafla 2. Áreiðanleiki endurtekinna mælinga (N=20) fyrir heildarkvarða allra mælitækja (ICC_{2,1} og staðalvilla)

Mælitæki (heildarkvarðar)*	ICC _{2,1} (95% öryggisbil)**	Staðalvilla mælinga***
Tímamælt „upp og gakk“ (sek)	0,84 (0,59-0,94)	1,32
MFF-athafnir (0-100)	0,95 (0,87-0,98)	2,43
MFF-tíðni þátttöku (0-100)	0,76 (0,22-0,92)	1,36
MFF-takmörkun á þátttöku (0-100)	0,65 (0,19-0,86)	8,21
Mat á líkamsvirkni aldraðra (0-400+)	0,67 (0,32-0,86)	49,48
A-Ö jafnvægiskvarði (0-100)	0,82 (0,56-0,93)	9,11
MMSE (0-30)	0,70 (0,38-0,87)	1,64
GDS (0-30)	0,84 (0,63-0,93)	1,40

* Efri árin, mat á færni og fötlun – athafnahluti (MFF-athafnir), Efri árin, mat á færni og fötlun – þátttökuhluti (MFF-tíðni þátttöku og MFF-takmörkun á þátttöku), Jafnvægiskvarði tengdur athöfnum og öryggistilfinningu (A-Ö jafnvægiskvarði), Próf til að meta vitræna getu (MMSE) og Punglyndismat fyrir aldraða (GDS).

**Intraclass Correlation Coefficient, two way random effect model, absolut agreement.

***Staðalvilla er í sömu einingu og kvarði hvers mælitækis.

Tafla 3. Innri áreiðanleiki þeirra mælitækja sem byggja á fleiri en einu atriði

Mælitæki (heildar- og undirkvarðar)*	Cronbachs alfa (95% öryggisbil)
MFF-athafnir (32 atriði)	0,95 (0,94 – 0,96)
Erfiðleikar við athafnir sem reyna á efri útlími (7 atriði)	0,79 (0,74 – 0,83)
Erfiðleikar við athafnir sem reyna á neðri útlími (14 atriði)	0,91 (0,89 – 0,93)
Erfiðleikar við athafnir sem reyna mikið á neðri útlími (11 atriði)	0,93 (0,92 – 0,95)
MFF-tíðni þátttöku (16 atriði)	0,70 (0,63 – 0,76)
Tíðni samskipta við aðra (9 atriði)	0,66 (0,57 – 0,73)
Tíðni eigin umsjár (7 atriði)	0,58 (0,48 – 0,66)
MFF-takmörkun á þátttöku (16 atriði)	0,91 (0,89 – 0,93)
Takmörkun á virkni (12 atriði)	0,91 (0,88 – 0,93)
Takmörkun á stjórn á eigin lífi (4 atriði)	0,60 (0,50 – 0,69)
A-Ö jafnvægiskvarði (16 atriði)	0,95 (0,94 – 0,96)
MMSE (19 atriði)	0,33 (0,16 – 0,47)
GDS (30 atriði)	0,80 (0,76 – 0,84)

* Efri árin, mat á færni og fötlun – athafnahluti (MFF-athafnir), Efri árin, mat á færni og fötlun – þátttökuhluti (MFF-tíðni þátttöku og MFF-takmörkun á þátttöku), Jafnvægiskvarði tengdur athöfnum og öryggistilfinningu (A-Ö jafnvægiskvarði), Próf til að meta vitræna getu (MMSE) og Punglyndismat fyrir aldraða (GDS).

Tafla 4. Fylgni milli allra mælitækjanna (raðfylgnistuðull Spearmans)

Mælitæki (heildarkvarðar)*	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.
1. TUG	–							
2. MFF-athafnir	-0,712	–						
3. MFF-tíðni þátttöku	-0,379	0,307	–					
4. MFF-takmarkanir á þátttöku	-0,626	0,672	0,448	–				
5. MLA	-0,415	0,544	0,424	0,333	–			
6. A-Ö	-0,706	0,848	0,327	0,601	0,451	–		
7. MMSE	-0,297	0,250	0,339	0,193	0,291	0,275	–	
8. GDS	0,412	-0,546	-0,401	-0,567	-0,338	-0,497	-0,230	–

*Tímamælt „upp og gakk“ (TUG), Efri árin, mat á færni og fötlun – athafnahluti (MFF-athafnir), Efri árin, mat á færni og fötlun – þátttökuhluti (MFF-tíðni þátttöku og MFF-takmarkanir á þátttöku), Mat á líkamsvirkni aldraðra (MLA), Jafnvægiskvarði tengdur athöfnum og öryggistilfinningu (A-Ö jafnvægiskvarði), Próf til að meta vitræna getu (MMSE) og Punglyndismat fyrir aldraða (GDS).

kvarðanum og áberandi lægstur hjá MMSE. Innri áreiðanleiki var góður (Cronbachs alfa 0,7-0,9) fyrir heildarkvarða MFF-athafnir, MFF-tíðni þátttöku og MFF-takmörkun á þátttöku en undirkvarðarnir sjö komu misvel út (Cronbachs alfa 0,58-0,93).

Hugsmíðaréttmæti

Tafla 4 sýnir fylgni milli allra mælinganna (raðfylgnistuðull Spearmans). GDS og TUG eru einu mælitækini þar sem betri færni endurspeglast í færri stigum og því kom fram neikvæð fylgni milli þeirra og annarra mælitækja. Sterkust var fylgnin milli A-Ö jafnvægiskvarðans og MFF-athafna. A-Ö jafnvægiskvarðinn var að auki með sterka fylgni við TUG og MFF-takmarkanir á þátttöku. MFF-athafnir og MFF-takmarkanir á þátttöku höfðu bæði sterka fylgni við TUG og hvort annað. Almennt var MMSE með veikustu fylgni við önnur mælitæki en þó var fylgnin miðlungssterk við MFF-tíðni þátttöku.

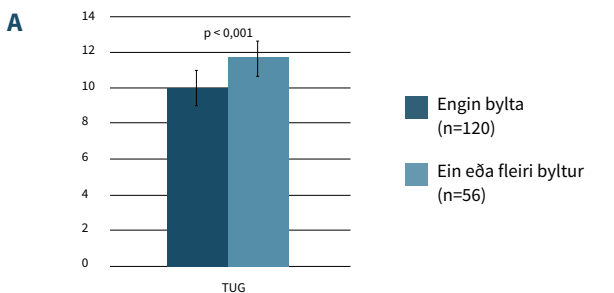
Í töflu 5 og mynd 1 eru niðurstöður þar sem aðferð þekkra hópa var notuð til að varpa ljósi á hugsmíðaréttmæti. Í töflu 5 sést að yngri hópurinn var marktækt færari en sá eldri samkvæmt öllum mælingum nema það var ekki aldursmunur á niðurstöðum GDS ($p = 0,057$). Mynd 1 (A-D) sýnir að niðurstöður á bæði TUG og A-Ö jafnvægiskvarða greindu á milli þeirra sem höfðu sögu um eina eða fleiri byltur á síðastliðnum 12 mánuðum og þeirra sem höfðu ekki dottið. Mælitækin tvö greindu einnig á milli þeirra sem notuðu gönguhjálpartæki og þeirra sem notuðu ekki gönguhjálpartæki.

Tafla 5. Samanburður á niðurstöðum mælinga hjá 65-74 ára og 75-88 ára þátttakendum

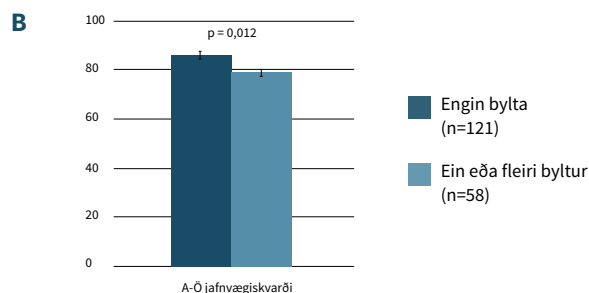
Mælitæki (heildarkvarðar)*	65-74 ára (n=114)	75-88 ára (n=71)	p-gildi**
TUG (sek), meðaltal (sf) [spönn]	9,64(2,62) [5-18,0]	12,48(4,2) [5-23,7]	<0,001
MFF-athafnir, heildarstig (0-100), meðaltal (sf) [spönn]	67,12(12,2) [36,7-100]	60,10(10,4) [42,2-84,9]	<0,001
MFF-tíðni þátttöku, heildarstig (0-100), meðaltal (sf) [spönn]	49,1(4,9) [35,2-66,7]	45,45(5,7) [32,9-62,3]	<0,001
MFF-takmörkun á þátttöku, heildarstig (0-100), meðaltal (sf) [spönn]	80,91(14,4) [42,4-100]	75,07(17,3) [42,4-100]	0,011
MLA, heildarstig (0-400+), meðaltal (sf) [spönn]	156,05(100) [0-513,1]	81,46(51,9) [0-282,3]	<0,001
A-Ö heildarstig (0-100), meðaltal (sf) [spönn]	87,79(16,1) [20,6-100]	75,85(19,5) [33,8-100]	<0,001
MMSE heildarstig (0-30), meðaltal (sf) [spönn]	27,7(2,0) [22-30]	26,29(3,0) [16-30]	0,001
GDS heildarstig (0-30), meðaltal (sf) [spönn]	6,18(4,4) [1-20]	7,04(4,0) [1-18]	0,057

*Tímamælt „upp og gakk“ (TUG), Efri árin, mat á færni og fötlun – athafnahlutir (MFF-athafnir), Efri árin, mat á færni og fötlun – þátttökuhluti (MFF-tíðni þátttöku og MFF-takmörkunir á þátttöku), Mat á líkamsvirkni aldraðra (MLA), Jafnvægiskvarði tengdur athöfnum og öryggistilfinningu (A-Ö jafnvægiskvarði), Prófl til að meta vitræna getu (MMSE) og Þunglyndismat fyrir aldraða (GDS). **P-gildin byggja á Mann Whitney U prófi og miðað var við marktæktarmörk $p < 0,05$.

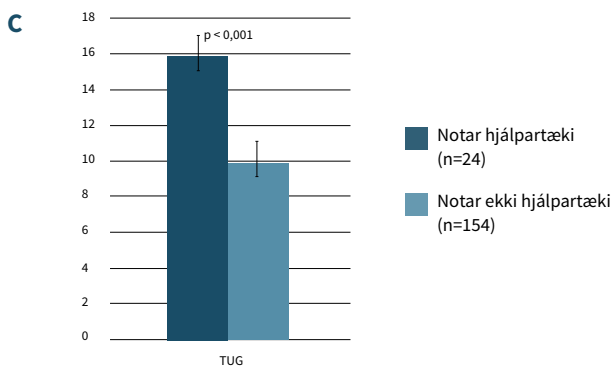
Mynd 1. Tímamælt „upp og gakk“ (TUG) og Jafnvægiskvarði tengdur athöfnum og öryggistilfinningu (A-Ö jafnvægiskvarði) nýttust til að greina þátttakendur í aðskilda hópa eftir byltusögu og notkun gönguhjálpartækja.



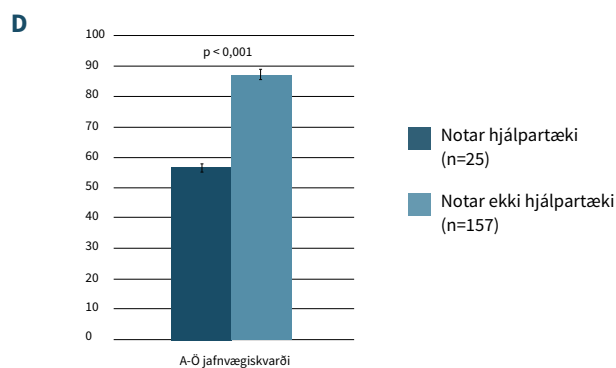
Meðaltími og staðalfrávik í TUG hjá þeim sem höfðu dottið einu sinni eða oftar á síðastliðnum 12 mánuðum og þeim sem höfðu ekki dottið.



Meðaltal heildarstigafjölda og staðalfrávik í A-Ö jafnvægiskvarða hjá þeim sem höfðu dottið einu sinni eða oftar á síðastliðnum 12 mánuðum og þeim sem höfðu ekki dottið.



Meðaltími og staðalfrávik á TUG hjá þeim sem notuðu gönguhjálpartæki og þeim sem notuðu ekki gönguhjálpartæki.



Meðaltal heildarstigafjölda á A-Ö hjá þeim sem notuðu gönguhjálpartæki og þeim sem notuðu ekki gönguhjálpartæki.

UMRÆÐA

Niðurstöður þessarar rannsóknar varpa nýju og mikilvægu ljósi á áreiðanleika endurtekinna mælinga, innri áreiðanleika og hugsmíðaréttmæti íslenskra þýðinga mælitækjanna TUG, MFF-athafna, MFF-þátttöku, MLA, A-Ö jafnvægiskvarða, MMSE og GDS. Í heildina reyndust próffræðilegir eiginleikar mælitækjanna (áreiðanleiki endurtekinna mælinga, innri áreiðanleiki, hugsmíðaréttmæti) sambærilegir því sem komið hefur fram í rannsóknnum á upprunalegum og öðrum erlendum útgáfum af mælitækjunum. MFF-athafnir sýndu að jafnaði sterkustu próffræðilegu eiginleikana en MMSE þá slökustu. TUG, A-Ö jafnvægiskvarðinn, MFF-þátttaka, GDS og MLA reyndust hafa ásættanlega eða góða próffræðilega eiginleika.

Frammistöðuprófið TUG sýndi góðan áreiðanleika endurtekinna mælinga sem styður það sem komið hefur fram í öðrum rannsóknnum þar sem sambærilegri aðferðafræði hefur verið beitt (Rydwik o.fl., 2011). Hér er mikilvægt að minna á að rannsóknargögnin byggðu á mælingum tveggja matsmanna, með nokkurra daga millibili og í heimahúsi þátttakanda. Þótt matsmennirnir hafi fengið samræmda þjálfun í fyrirlögn TUG og hafi ferðast milli heimila þátttakenda með sama búnað til mælinga, þá má búast við meiri breytileika í slíkum aðstæðum heldur en þegar sami matsmaður mælir tvisvar og í stöðluðu rannsóknarrými. Mögulega endurspeglar niðurstöðurnar því það sem búast má við í raunverulegum aðstæðum og renna styrkum stöðum undir notagildi TUG í öldrunarþjónustu í heimahúsum. Fylgni TUG við A-Ö jafnvægiskvarða og MFF-athafnir var sterk og styður við hugsmíðaréttmæti TUG, en þeir sem mældust með betri grunnhreyfifærni samkvæmt TUG voru að jafnaði öruggari um að geta haldið jafnvægi og lýstu síður erfiðleikum í athöfnum daglegs lífs. Það sama má segja um niðurstöður sem byggðu á aðferð þekktra hópa þar sem TUG greindi á milli þeirra sem notuðu og notuðu ekki gönguhjálpartæki líkt og sýnt hefur verið fram á í enskri útgáfu mælitækisins (Brooks o.fl., 2006). TUG greindi einnig á milli þeirra sem voru með eða án sögu um bylту. Sá eiginleiki TUG er afar mikilvægur og skýrir meðal annars útbreiðslu prófsins um allan heim og hvers vegna það er eitt af lykilmælitækjum sem mælt hefur verið með að heilbrigðisstarfsfólk noti í tengslum við byltuvarnir fyrir eldri einstaklinga (CDC – Centers for Disease Control and Prevention, 2021).

Áreiðanleiki endurtekinna mælinga var mjög góður fyrir MFF-athafnir, og sambærilegur við rannsóknir á upprunalegri útgáfu mælitækisins (Haley o.fl., 2002) og sænskri þýðingu þess (Roaldsen o.fl., 2014). Þessi stöðugleiki gefur hjúkrunarfræðingi tækifæri til að nota mælitækið til að fylgjast með líkamlegri færni skjólstæðings yfir tíma og bregðast við breytingum á færni hans með viðeigandi íhlutun. Innri áreiðanleiki MFF-athafna var einnig góður fyrir alla kvarðana sem tilheyra mælitækinu þótt hann hafi til dæmis mælt hærrí í sænskri þýðingu listans (Roaldsen o.fl., 2014). Í MFF-athöfnum leggja einstaklingar mat á færni sína í margvíslegum athöfnum sem reyna á líkamlega getu (Haley o.fl., 2002). Því kom hugsmíðaréttmæti fram í sterkri fylgni við niðurstöður á TUG sem prófar beint líkamlega hreyfifærni (Podsiadlo og Richardson, 1991) og A-Ö jafnvægiskvarða sem endurspeglar hversu öruggur einstaklingur er við valdar athafnir sem reyna á hreyfifærni hans (Powell og Myers, 1995). Hugsmíðaréttmæti MFF-athafna birtist einnig sem meðalsterk fylgni við MLA sem

metur hreyfingu í daglegu lífi, en sambærilegar niðurstöður komu fram í kanadískri rannsókn á MFF-mælitækjunum (Lapier, 2012). Það að mælitækið MFF-athafnir greindi meiri líkamlega færni hjá yngri þátttakendum miðað við þá eldri renndi enn einni stöðinni undir hugsmíðaréttmæti mælitækisins.

Kvarðarnir sem tilheyra MFF-þátttöku reyndust ekki vera eins próffræðilega sterkir og þeir sem tilheyra MFF-athöfnum, sem er samhljóma erlendum rannsóknarniðurstöðum (Beauchamp o.fl., 2014). Áreiðanleiki endurtekinna mælinga og innri áreiðanleiki var þó ásættanlegur eða góður fyrir báða heildarkvarðana, MFF-tíðni þátttöku og MFF-takmörkun á þátttöku, og niðurstöður sambærilegar því sem kom fram í upphaflegri rannsókn á mælitækinu (Jette, Haley og Kooyoomjian, 2002). Sumir af undirkvörðum MFF-þátttöku byggja á fáum atriðum sem getur útskýrt óvenju lágan innri áreiðanleika þeirra (Tavakol og Dennick, 2011). Hugsmíðaréttmæti MFF-tíðni þátttöku birtist meðal annars þannig að minni þátttaka hafði miðlungssterk tengsl við meiri þunglyndiseinkenni (GDS) og minni hreyfingu í daglegu lífi (MLA). Bæði mælitækin MFF-tíðni þátttöku og MLA byggja í raun á sjálfsmati á eigin virkni og í kanadískri rannsókn kom fram sambærileg fylgni milli þessara tveggja mælitækja (Lapier, 2012). Að auki er minni samfélagsleg virkni algengur fylgiskur þunglyndis og því er sambandið við GDS mikilvæg vísbending um gott hugsmíðaréttmæti MFF-tíðni þátttöku. Hugsmíðaréttmæti MFF-takmarkana á þátttöku birtist þannig að meiri takmarkanir á þátttöku tengdust sterklega verri líkamlegri færni (TUG og MFF-athafnir) og minni trú á því að geta haldið jafnvægi og forðast bylтур í daglegu lífi (A-Ö jafnvægiskvarðinn). Hugsmíðaréttmæti beggja þátttökukvarðanna kom einnig fram þar sem þeir staðfestu hugmyndir um minni tíðni þátttöku og meiri takmarkanir á þátttöku hjá eldri aldurshópi (75 ára og eldri) miðað við þá sem eru á aldursbilinu 65-74 ára.

MLA var með ásættanlegan áreiðanleika endurtekinna mælinga en staðalvilla mælinganna var hlutfallslega mjög há sem bendir til ákveðins óstöðugleika í mælingunum. Ef tekið er mið af fyrirbærum eins og líkamlegri færni er dagleg hreyfing í eðli sínu óstöðug. Þegar einstaklingur svarar MLA með viku millibili er því afar ólíklegt að svörin séu eins og því má segja að ICC-stuðull upp á 0,67 sé ásættanlegur. Þessi óstöðugleiki fyrirbærisins sem MLA metur og lítið úrtak er sennileg skýring á hárrí staðalvillu MLA (Portney og Gross, 2020b). Hugsmíðaréttmæti MLA var stutt af sterkri fylgni við MFF-athafnir, en ætla má að tengsl séu einmitt á milli líkamlegrar virkni (MLA) og sjálfsmats á líkamlegri færni (MFF-athafnir) (Haley o.fl., 2002). Þá var fylgni miðlungssterk á milli MLA og A-Ö jafnvægiskvarða sem er samhljóma niðurstöðum rannsókna á MLA sem hafa sýnt fram á tengsl milli þess að hafa betra jafnvægi og meiri virkni í daglegu lífi (Washburn o.fl., 1993). Niðurstöður sem fengust með aðferð þekktra hópa studdu einnig við hugsmíðaréttmæti listans en MLA greindi meiri hreyfingu hjá yngri miðað við eldri aldurshóp sem rímar við niðurstöður norskrar rannsóknar (Loland, 2002).

Áreiðanleiki endurtekinna mælinga fyrir A-Ö jafnvægis-kvarðann var góður en lægri en í upprunalegu rannsókninni þar sem mælitækið var hannað (Powell og Myers, 1995). Innri áreiðanleiki kvarðans var mjög góður og meðal annars sambærilegur við kínverska þýðingu mælitækisins (Huang og Wang, 2009). Hugsmiðaréttmæti listans var stutt með fylgni hans við TUG, MFF-athafnir og MFF-takmörkun á þátttöku. Sýnt hefur verið fram á sambærilega fylgni A-Ö jafnvægis-kvarða við TUG (Hatch o.fl., 2003) en þetta samband styður einnig þekkt tengsl milli lélegs jafnvægis, verri líkamlegrar færni og þess að eiga erfitt með að taka þátt í eigin umsjá og félagslegum verkefnum. Hugsmiðaréttmæti A-Ö jafnvægis-kvarðans fékk enn frekari stuðning þar sem yngri aldurshópurinn mældist öruggari um að halda jafnvægi en sá eldri og þeir sem sýndu skýr merki um skert jafnvægi (höfðu dottið á síðasta ári eða notuðu gönguhjálpartæki) voru ekki eins öruggir um að halda jafnvægi og aðrir þátttakendur.

Áreiðanleiki endurtekinna mælinga fyrir MMSE var ásættanlegur og sambærilegur niðurstöðum írskrar rannsóknar (Feeney o.fl., 2016). Innri áreiðanleiki prófsins var áberandi lágur og svipaði til niðurstöðu rannsóknar á portúgalskri þýðingu MMSE (Costa o.fl., 2012). Þótt MMSE-mælitækið endurspeglir vitræna færni þá tengjast spurningar þess aðskildum fyrirbærum eins og áttun, athygli, minni og rýmisskynjun (Folstein o.fl., 1975) sem án efa útskýrir lágt Cronbachs alfa (Tavakol og Dennick, 2011). Meðalsterk fylgni við MFF-tíðni þátttöku studdi hugsmiðaréttmæti MMSE þar sem þátttaka í samfélaginu reynir á vitræna færni. Í MFF-þátttöku svarar einstaklingurinn meðal annars spurningum sem snúa að því að sjá um fjármál og rekstur heimilis og að bjóða fólki heim (Jette, Haley, Coster o.fl., 2002). Hvort tveggja er dæmi um athafnir sem sennilegt er að þeir, sem finna fyrir skerðingu á vitrænni færni, dragi úr. Yngri aldurshópurinn fékk fleiri stig á MMSE (meiri vitræn færni) en sá eldri sem studdi enn frekar við hugsmiðaréttmæti mælitækisins, og á sama hátt og komið hefur fram í bandarískri rannsókn (Ganguli o.fl., 2010).

Áreiðanleiki endurtekinna mælinga á þunglyndismatinu GDS reyndist góður og samhljóma niðurstöðum rannsóknar frá Nepal (Gautam og Houde, 2011). Innri áreiðanleiki GDS var einnig góður en lægri en í sömu nepalskri rannsókn og lægri en í rannsókn sem tengdist upprunalegri þýðingu GDS á íslensku (Margrét Valdímarsdóttir o.fl., 2000). Það mælitæki sem GDS hafði sterkasta fylgni við var MFF-takmörkun á þátttöku. Færa má rök fyrir því að þessi fylgni styðji við hugsmiðaréttmæti GDS þar sem líklegt er að meiri þunglyndiseinkenni tengist því að einstaklingur upplifi hindranir á ýmsum vígstöðvum í lífinu (Liu o.fl., 2014). GDS var eina mælitæki þessarar rannsóknar sem ekki greindi marktækt á milli yngri og eldri aldurshópa sem getur vissulega tengst því að þunglyndiseinkenni greinist jafnt á öllum aldursskeiðum efri ára hjá einstaklingum sem eru nógu hraustir til að búa heima. En í ljósi smæðar úrtaksins er vissulega um tilhneingingu að ræða í þá átt að þeir eldri væru með meiri þunglyndiseinkenni en þeir yngri.

Við túlkun á niðurstöðum rannsóknarinnar er mikilvægt að hafa eftirfarandi takmarkanir hennar og kosti í huga. Rannsóknin byggir á hagnýtri (e. pragmatic) nálgun þar sem fyrirbyggjandi gögn voru notuð til að skapa nýja og mikilvæga þekkingu. Vegna þessa var úrtakið í upphaflegri rannsókn ekki valið sérstaklega með próffræðilega rannsókn í huga heldur voru endurteknar mælingar hluti af gæðaeftirliti og þátttakendur í þeim hluta verkefnisins einungis 18-20 talsins. Þegar meta á áreiðanleika með ICC og staðalvillu mælingar skiptir úrtaksstærð máli og gjarnan er miðað við 30 þátttakendur að lágmarki (Koo og Li, 2016). Í endurteknu mælingunum voru matsmenn tveir sem eykur möguleika á villu og lægri áreiðanleikastuðli. Þessi aðferð leiðir mögulega til þess að niðurstöður endurspeglir klínískar mælingar í öldrunarþjónustu, þar sem fleiri en einn heilbrigðisstarfsmaður meta heilsu og færni skjólstæðinga á ólíkum tímupunktum í mismunandi aðstæðum. Að lokum má nefna að hugsmiði mælitækjanna MMSE og GDS er um margt ólík hinum mælitækjum rannsóknarinnar. Því hefði verið sterkara að hafa fleiri og annars konar breytur fyrir ítarlegra mat á hugsmiðaréttmæti þeirra.

Íslenskar þýðingar mælitækjanna TUG, MFF-athafna, MFF-þátttöku, MLA, A-Ö jafnvægis-kvarða, MMSE og GDS eru í heildina með góða próffræðilega eiginleika og sambærilega við það sem sýnt hefur verið fram á annars staðar í heiminum. Þessar niðurstöður styðja það að niðurstöður alþjóðlegra próffræðirannsókna á þessum mælitækjum geti einnig átt við um íslenskar þýðingar á þeim. Að sama skapi gefa þær vísbendingu um að niðurstöður íslenskra próffræðirannsókna á mælitækjunum geti haft alþjóðlegt gildi. Mælitækin sjö bjóða upp á áreiðanlegar, réttmætar og einfaldar leiðir til að leggja mat á heilsu og færni eldri Íslendinga sem búa í heimahúsum, ásamt því að vera nytsamleg til að greina eldra fólk sem er heilsuhraust eða með færniskerðingar sem kalla á nánara mat og íhlutun. Þessar nýju upplýsingar um próffræðilega eiginleika íslenskra þýðinga á alþjóðlegum mælitækjum ættu að vera mikilvæg hvatning fyrir hjúkrunarfræðinga og annað heilbrigðisstarfsfólk til að halda áfram að nota þessi mælitæki í öldrunarþjónustu og -rannsóknum.

ÞAKKIR

Höfundar þakka Rannsóknasjóði Háskóla Íslands sem styrkti þetta verkefni.

ENGLISH SUMMARY

Psychometric properties of Icelandic versions of international outcome measures for community dwelling older adults

Petursdottir, B., Gunnarsdottir, E. D., Arnadottir, S. A.

Aim

Older adults present a rapidly growing population of healthcare system users, and multiple standardized instruments have been designed for this population. Some of these instruments have been translated into Icelandic, and information are scarce on the psychometric properties of the Icelandic versions. The aim of this study was to examine psychometric properties of Icelandic versions of seven instruments for assessment of health and functioning in older age; Timed „up and go“ (TUG), Late-Life Function and Disability Instrument – function component (LLFDI-activities, Late-Life Function and Disability Instrument – disability component (LLFDI-participation), Physical Activity Scale for the Elderly (PASE), Activities-specific Balance Confidence (ABC) Scale, Mini-Mental State Examination (MMSE) and Geriatric Depression Scale (GDS).

Method

The study was based on previously collected data on 186 community-dwelling participants (65-88 years old). Twenty participated in repeated measures. ICC2.1 and standard error of measurement was used to examine test-retest reliability and Cronbach's alpha for internal reliability. Construct validity was examined with correlation between the instruments (Spearman's rho) and by testing (Mann Whitney U) if the instruments could differentiate between participants based on their age (65-74 and 75+ years old), fall and use of walking aids.

Results

The psychometric properties (test-retest reliability, internal consistency, construct validity) of the Icelandic versions of the outcome measures were comparable to published international versions. The LLFDI-activities provided measures with particularly strong psychometric properties while these properties were weakest for the MMSE. The TUG, ABC, LLFDI-participation, PASE and GDS did all have acceptable to good psychometric properties.

Conclusion

This new information on the psychometric properties of Icelandic versions of international instruments is important for nurses and other professionals who use it to assess the health and functioning of older adults. The results support the psychometric properties of these instruments, in an international context, and indicate that international information on their psychometric properties may be applied to Icelandic settings.

Keywords

Aged, Independent Living, Psychometrics, Geriatric Assessment, Translations.

Correspondent:
saa@hi.is

HEIMILDIR

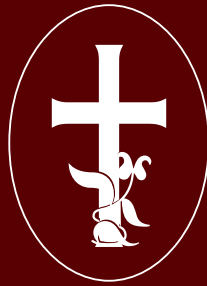
- Andresen, E. M. (2000). Criteria for assessing the tools of disability outcomes research. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81, S15-S20. doi: 10.1053/apmr.2000.20619
- Banerjee, S. (2015). Multimorbidity—older adults need health care that can count past one. *Lancet*, 285(9968), 587-589. doi: 10.1016/S0140-6736(14)61596-8
- Beauchamp, M. K., Schmidt, C. T., Pedersen, M. M., Bean, J. F. og Jette, A. M. (2014). Psychometric properties of the Late-Life Function and Disability Instrument: A systematic review. *BMC Geriatrics*, 14(12). doi.org/10.1186/1471-2318-14-12
- Brooks, D., Davis, A. M. og Naglie, G. (2006). Validity of 3 physical performance measures in inpatient geriatric rehabilitation. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 87(1), 105-110. doi: 10.1016/j.apmr.2005.08109
- CDC – Centers for Disease Control and Prevention. (23. júní 2021). STEADI—Older adult fall prevention. Clinical resources. <https://www.cdc.gov/steadi/materials.html>
- Finch, E., Brooks, D., Stratford, P. W. og Mayo, N. E. (2002). *Physical rehabilitation outcome measures: A guide to enhanced clinical decision making* (2. útgáfa). Williams and Wilkins.
- Costa, D., Severo, M., Fraga, S. og Barros, H. (2012). Mini-Cog and Mini-Mental State Examination: Agreement in a cross-sectional study with an elderly sample. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 33(2-3), 118-124. doi: 10.1159/00033738
- Feeney, J., Savva, G. M., O'Regan, C., King-Kallimanis, B., Cronin, H. og Kenny, R. A. (2016). Measurement error, reliability and minimum detectable change in the Mini-Mental State Examination, Montreal Cognitive Assessment, and Color Trails Test among community living middle-aged and older adults. *Journal of Alzheimer's Disease*, 53(3), 1107-1114. doi: 10.3233/JAD-160248
- Folstein, M. F., Folstein, S. E. og McHugh, P. R. (1975). „Mini-mental State“: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatric Research*, 12(3), 189-198. doi:10.1016/0022-3956(75)90026-6
- Folstein, M. F., Folstein, S. E., McHugh, P. R. og Fanjiang, G. (2001). *Mini-Mental State Examination user's guide*. Psychological Assessment Resources.
- Ganguli, M., Snitz, B. E., Lee, C.-W., Vanderbilt, J., Saxton, J. A. og Chang, C.-C. H. (2010) Age and education effects and norms on a cognitive test battery from a population-based cohort: The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team (MYHAT). *Aging and Mental Health*, 14(1), 100-107. doi: 10.1080/13607860903071014
- Gautam, R. og Houde, S. C. (2011). Geriatric Depression Scale for community-dwelling older adults in Nepal. *Asian Journal of Gerontology and Geriatrics*, 6(2), 93-99.
- Guðrún Pálmadóttir. (2013). Matstæki í rannsóknum: Öflun gagna um færni, þátttöku og umhverfi fólks. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 197-209). Háskólinn á Akureyri.
- Hagstofa Íslands. (2018). *Íbúar landsins 436 þúsund árið 2017*. <https://hagstofa.is/utgafur/frettasafn/mannfjoldi/mannfjoldaspa-2018-2067/>
- Hagstofa Íslands. (2021). *Lífslíkur á Íslandi með þeim mestu í Evrópu*. <https://www.hagstofa.is/utgafur/frettasafn/mannfjoldi/danir-2020/>
- Haley, S. M., Jette, A. M., Coster, W. J., Kooyoomjian, J. T., Levenson, S., Heeren, T. og Ashba, J. (2002). Late Life Function and Disability Instrument: II. Development and evaluation of the function component. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(4), M217-M222. doi: 10.1093/gerona/57.4.m217
- Hatch, J., Gill-Body, K. M. og Portney, L. G. (2003). Determinants of balance confidence in community-dwelling elderly people. *Physical Therapy*, 83(12), 1072-1079. doi: 10.1093/ptj/83.12.1072
- Huang, T.-T. og Wang, W.-S. (2009). Comparison of three established measures of fear of falling in community-dwelling older adults: Psychometric testing. *International Journal of Nursing Studies*, 46(10), 1313-1319. doi:10.1016/j.ijnurstu.2009.03.010
- Jette, A. M., Haley, S. M., Coster, W. J., Kooyoomjian, J. T., Levenson, S., Heeren, T. og Ashba, J. (2002). Late Life Function and Disability Instrument: I. Development and evaluation of the disability component. *The Journals of Gerontology. Series A, Biological Sciences and Medical Sciences*, 57(4), M209-M216. doi: 10.1093/gerona/57.4.m209
- Jette, A. M., Haley, S. M. og Kooyoomjian, J. T. (2002). *Late Life Function and Disability Instrument manual*. Roybal Center for the Enhancement of Late-Life Function. https://www.bu.edu/sph/files/2011/06/LLFDI_Manual_2006_rev.pdf
- Jette, A. M., Haley, S. M. og Kooyoomjian, J. T. (2003). Are the ICF Activity and Participation dimensions distinct? *Journal of Rehabilitation Medicine*, 35(3), 145-149. doi: 10.1080/16501970310010501
- Kristinn Tómasson. (1986). Athugun á glöpum hjá öldruðum og áfengis-sjúklingum með auðveldu stöðluðu prófi borin saman við mat starfsfólks. *Læknablaðið*, 72, 246-259.
- Koo, T. K. og Li, M. Y. (2016). A guideline of selecting and reporting intraclass correlation coefficients for reliability research. *Journal of Chiropractic Medicine*, 15(2), 155-163. doi: 10.1016/j.jcm.2016.02.012
- LaPier, T. K. (2012). Utility of the Late Life Function and Disability Instrument as an outcome measure in patients participating in outpatient cardiac rehabilitation: A preliminary study. *Physiotherapy Canada*, 64(1), 53-62. doi: 10.3138/ptc.2010-30
- Liu, L., Gou, Z. og Zuo, J. (2014). Social support mediates loneliness and depression in elderly people. *Journal of Health Psychology*, 21(5), 750-758. doi: 10.1177/1359105314536941
- Loland, N. (2002). Reliability of the Physical Activity Scale for the Elderly (PASE). *European Journal of Sport Science*, 2(5), 1-12. doi:10.1080/17461390200072504
- Margrét Valdimarsdóttir, Jón Eyjólfur Jónsson, Sif Einarisdóttir og Kristinn Tómasson. (2000). Mat á þunglyndi aldraðra. Þunglyndismat fyrir aldraða – íslensk gerð. Geriatric Depression Scale (GDS). *Læknablaðið*, 86, 344-348.
- Podsiadło, D. og Richardson, S. (1991). The Timed „Up & Go“: A test of basic functional mobility for frail elderly persons. *Journal of the American Geriatrics Society*, 39(2), 142-148.
- Portney, L. G. (2020). Concepts of measurement reliability. Í L. G. Portney (ritstjóri), *Foundations of clinical research: Applications to evidence-based practice* (4. útgáfa, bls. 115-126). F.A. Davis.
- Portney, L. G. og Gross, D. (2020a). Concepts of measurement validity. Í L. G. Portney (ritstjóri), *Foundations of clinical research: Applications to evidence-based practice* (4. útgáfa, bls. 127-140). F.A. Davis.
- Portney, L. G. og Gross, D. (2020b). Measurement revisited: Reliability and validity statistics. Í L. G. Portney (ritstjóri), *Foundations of clinical research: Applications to evidence-based practice* (4. útgáfa, bls. 486-508). F.A. Davis.
- Powell, L. E. og Myers, A. M. (1995). The Activities-specific Balance Confidence (ABC) scale. *The Journals of Gerontology: Series A*, 50(1), M28-M34. doi: 10.1093/gerona/50A.1.M28
- Reynolds, B. J. (2017). Theoretical foundations of nursing practice. Í P. A. Potter, A. G. Perry, P. Stockert og A. Hall (ritstjórar), *Fundamentals of nursing* (9. útgáfa, bls. 41-51). Elsevier.
- Roaldsen, K. S., Halvarsson, A., Sarlija, B., Franzen, E. og Ståhle, A. (2014). Self-reported function and disability in late life – cross-cultural adaptation and validation of the Swedish version of the Late-Life Function and Disability instrument. *Disability and Rehabilitation*, 36(10), 813-817. doi: 10.3109/09638288.2013.819387
- Rydwik, E., Berglund, A., Forsén, L. og Frändin, K. (2011). Psychometric properties of Timed Up and Go in elderly people: A systematic review. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*, 29(2), 102-125. doi: 10.3109/02703181.2011.564725
- Sólveig Ása Árnadóttir. (2007). Mat á líkamsvirkni aldraðra. *Sjúkrabjálfarinn*, 34(1), 11-13.
- Sólveig Ása Árnadóttir. (2010). *Physical activity, participation and self-rated health among older community dwelling Icelanders: A population-based study* (doktorsritgerð, Háskólinn í Umeå). <http://jumu.diva-portal.org/smash/get/diva2:349396/FULLTEXT01.pdf>
- Tavakol, M. og Dennick, R. (2011). Making sense of Cronbach's alpha. *International Journal of Medical Education*, 2, 53-55. doi: 10.5116/jme.4dfb.8dfd
- Washburn, R. A., Smith, K. W., Jette, A. M. og Janney, C. A. (1993). The Physical Activity Scale for the Elderly (PASE): Development and evaluation. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46(2), 153-162. doi:10.1016/0895-4356(93)90053-4
- Yesavage, J. A., Brink, T. L., Rose, T. L., Lum, O., Huang, V., Adey, M. og Leirer, V. O. (1982-1983). Development and validation of a Geriatric Depression Screening scale: A preliminary report. *Journal of Psychiatric Research*, 17(1), 37-49. doi:10.1016/00223956(82)90033-4

Takk fyrir stuðninginn



MedicAlert®





FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímanna
897 2468



Hálf dán
898 5765



Kristín
699 0512



Ólöf
898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

www.uth.is | uth@uth.is





VICHY

LABORATOIRES

NÝTT

NEOVADIOL



**MENO 5
BI SERUM**

Dregur úr hrukkum
og lýsir dökka
öldrunarbletti

**PERI-MENOPAUSE
DAGKREM**

Veitir aukna fyllingu og gerir
húðina stinnari, þróað fyrir
konur á breytingaskeiði

