

Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

The Icelandic Journal of Nursing | 1. tbl. 2023 | 99. árgangur

Framúrskarandi fagfólk

RITRÝNDAR GREINAR

„Svo átti maður bara að vera tilbúinn“:
Reynsla hjúkrunarfræðinga af fyrstu
árunum í starfi.

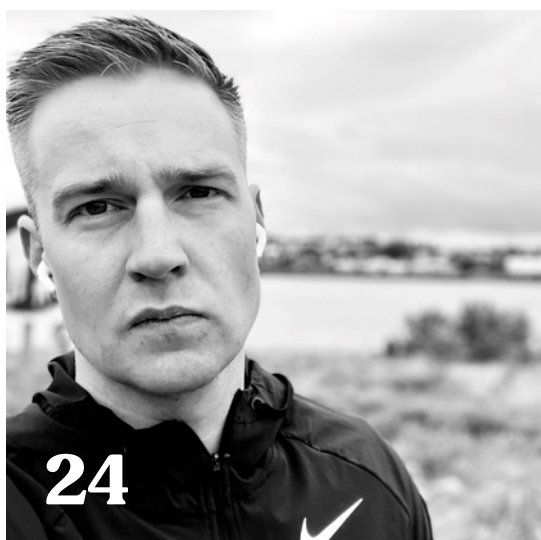
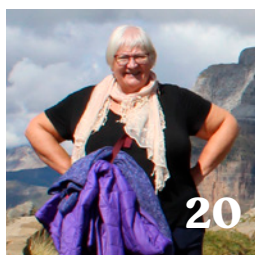
„Þetta samvískubít yfir því að standa sig illa
á báðum stöðum“. Reynsla hjúkrunarstjórna
af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof.

LINDEX

lindex.is



Efnisyfirlit



- 2 Ritstjóraspjall
- 4 Pistill formanns Fíh
- 6 Hjúkrunarþing Fíh 2022
- 8 **Viðtal – Sigríður Gunnarsdóttir** um áskoranirnar sem framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítala og nýja starfið hjá Krabbameinsfélaginu
- 18 Verkefnið strákar hjúkra
- 20 **Viðtal – Dóra Halldórsdóttir** hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir í rúm fjórtíu ár
- 24 **Kristófer Kristófersson** útskrifaðist með hæstu einkunn í sögu deildarinnar
- 27 Hjúkrunarfræðineminn **Steinunn Ýr Hilmarsdóttir**
- 28 Söguleg verkföll í Bretlandi
- 30 **Viðtal – Jóhanna Eiríksdóttir** er skólahjúkrunarfræðingur á hlaupum
- 34 **Viðtal – Svanbjörg Andrea Halldórsdóttir** er hjúkrunarfræðingur á Tenerife
- 37 Útskrift úr starfsnámi til sérfræðingsréttinda
- 38 **Jóhannes Kr. Kristjánsson** framleiðandi Storms var kófsveittur á gjörgæslunni
- 41 Rapportíð – mörg áhugaverð viðtöl að baki
- 42 **Viðtal – Helga Margrét Jóhannesdóttir** yfirhjúkrunarfræðingur svæðis á HSN á Blönduósi
- 48 MS – nám í gjörgæsluhjúkrun
- 50 Endómetríósuteymi Kvennadeildar Landspítala
- 54 Komandi kjarasamningar ræddir á fundum með félagsmönnum um allt land
- 56 **Vaktin mín – Hulda Birgisdóttir** hefur í áratug starfað sem hjúkrunarfræðingur í fangelsi
- 58 Mat á meðvitundarástandi
- 64 Hjúkrun – grunnstoð heilbrigðiskerfisins. Breytingar á starfsumhverfi og verkefnum hjúkrunarfræðinga á Landspítala á árunum 2005-2019
- 74 **Ritrýnd grein:** „Þetta samviskubit yfir því að standa sig illa á báðum stöðum“. Reynsla hjúkrunarstjórna af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof
- 84 **Ritrýnd grein:** „Svo átti maður bara að vera tilbúinn“: Reynsla hjúkrunarfræðinga af fyrstu árunum í starfi

Framúrskarandi fagfólk



Fyrsta tölublað ársins er komið út og óhætt að segja að efnið sem fyllir síðurnar sé fjölbreytt og fræðandi, áhugavert og alls konar. Stóra viðtalið í blaðinu er við Sigríði Gunnarsdóttur sem gegndi stöðu framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítala í áratug, eða þar til síðasta haust, þegar hún tók við starfi forstöðumanns Rannsókn- og skráningaseturs Krabbameinsfélagsins. Sigríður er kraftmikil hugsjónakona, einlæg, hreinskilin og eldklár. Í viðtalinu talar hún meðal annars um þau viðhorf og öfl sem halda hjúkrun niðri: „Það virðist enn eima eftir af þeirri hugmynd að hægt sé að fá „góðar konur“ til að hugsa um veikt fólk, hvort sem það er á sjúkrahúsum, öðrum heilbrigðisstofnunum, heima eða í öldrunarþjónustu. Iðulega hef ég verið spurð að því hvort ekki sé hægt að fela öðrum verkefni hjúkrunarfræðinga, hvort námið þeirra sé ekki of langt og þar fram eftir götunum. Þetta er viðhorf sem loðir við og er hættulegt, ekki bara fyrir hjúkrunarfræðinga sem stétt, heldur ekki síður fyrir sjúklinga og heilbrigðiskerfið í heild sinni.“ Sigríður rifjar svo upp, í þessu samhengi, samtal sem hún átti snemma á sínum ferli þegar hún sat fund með þáverandi landlækni og aftur ætla ég að fá að vitna beint í orð Sigríðar: „Verið var að ræða yfirvofandi skort á hjúkrunarfræðingum og landlæknir segir þá að þegar hann hafi starfað sem læknir í heilbrigðisþjónustu hafi hjúkrunarfræðingar aðallega verið í því að bursta tennur og greiða hár og að hann vissi ekki betur en að þeir væru enn að því. Ég gleymi þessu aldrei, vanþekkingin og fordómarnir í garð hjúkrunarfræðinga voru yfirþyrmandi. Þarna talaði einn helsti áhrifamaður í íslenskri heilbrigðisþjónustu og ráðgjafi ráðamanna. En þann tíma sem ég var framkvæmdastjóri hjúkrunar varð ég vör við þetta viðhorf og þau öfl sem halda hjúkrun niðri. Þó svo að þetta sé alls ekki lýsandi fyrir viðhorf lækna- og stjórnsýslu og pólitíkina.“



Það virðist ætla að taka margar kynslóðir að uppræta og breyta þessum rótgrónu viðhorfum sem Sigríður talar um, þessa bullandi fordóma og vanþekkingu á störfum hjúkrunarfræðinga. Það virðist því miður ekki vera gjörþekkt „þarna úti í samfélaginu“ að hjúkrunarfræðingar eru fagfólk, að þetta er fagstétt með margra ára háskólanám að baki. Og margt af þessu fagfólki býr yfir áratuga starfsreynslu sem er afar dýrmæt. Baráttan gegn vanþekkingu og rótgrónum viðhorfum heldur áfram og mjakast vonandi í rétta átt, betri kjör og fleiri karlmenn í hjúkrun eiga sinn þátt í að breyta þessum gömlu, rótgrónu viðhorfum. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga ákvað í þessu samhengi að fara í ímyndaðherferð þar sem slagorðið er:

Hjúkrunarfræðingar – framúrskarandi fagfólk.

Verðlaunaljósmyndarinn Heiða Helgadóttir var fengin til að mynda herferðina og undirrituð og Heiða fóru í HA og á heilbrigðisstofnanir í þeim tilgangi að mynda hjúkrunarfræðinga; framúrskarandi fagfólk í sínu starfsumhverfi. Ímyndaðherferðin á að sýna fjölbreytt og mikilvæg störf hjúkrunarfræðinga og við byrjuðum á gjörgæsludeildinni við Hringbraut. Sölvi Sveinsson sem þar starfar var fús til að taka þátt í herferðinni, eins og allir hinir hjúkrunarfræðingarnir sem við höfðum samband við. Takk fyrir að gefa ykkur tíma í þetta verkefni. Myndirnar munu svo birtast á biðskýlum strætisvagnastöðva og á fleiri stöðum þegar herferðin fer í gang. Þess má geta að forsiðumyndin að þessu sinni er ein af þeim framúrskarandi flottu myndum sem Heiða tók fyrir ímyndaðherferðina en Sölvi á líka grein í blaðinu sem hann skrifaði með Þorsteini í Hermisetrinu en sá var einmitt líka myndaður fyrir herferðina.

Ég vil að lokum minna á alþjóðlegan dag hjúkrunarfræðinga föstudaginn 12. maí en þann dag verður aðalfundur Fih haldinn í Norðurljóssal Hörpu og því tilvalið að gera sér glaðan dag. Miðvikudaginn 10. maí ætlar félagið að bjóða hjúkrunarfræðingum að koma í Smárabíó milli 17-19 og sjá aukafni sem tekið var upp við gerð þáttanna Stormur sem sýndir voru á RÚV nýverið. Þríeykið á bakvið Storm, þeir Jóhannes Kr. Kristjánsson, Heimir Bjarnason og Sævar Guðmundsson leikstjóri munu mæta á svæðið og spjalla við áhorfendur um gerð þáttanna eftir sýninguna. Ekki láta þessa sýningu fram hjá ykkur fara.

Gleðilegt vor og gleðilega páska, kæra fagfólk.

Þið eruð framúrskarandi!

Vona að þið njótið þess að lesa tímaritið.

Sigríður Elín Ásmundsdóttir



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

Útgefandi: Félag íslenskra
hjúkrunarfræðinga

Ritstjóri og ábyrgðarmaður: Sigríður Elín Ásmundsdóttir
Ritnefnd: Þórunn Sigurðardóttir, Sölvi Sveinsson,
Þorgerður Ragnarsdóttir
Ritstjóri ritrýndra greina: Kristín Linda H Hjartardóttir
Ritnefnd ritrýndra greina: Páll Biering, Sigrún Sunna
Skúladóttir, Þóra Jenný Gunnarsdóttir
Yfirlæstur: Ragnheiður Linnét

Auglýsingar: Erna Sigmundsdóttir - sími 821 2755
Hönnun og umbrot: Þorbjörg Helga Ólafsdóttir
Forsíðumynd: Heiða Helgadóttir
Myndir: shutterstock.com, envato.com, Sigríður Elín
Ásmundsdóttir, Ari Brynjólfsson o.fl.
Prentun: PrentmetOddi

ISSN 2298-7053



Pinex

Lausn við sótthita og verkjum

24 mg/ml mixtúra, lausn – fyrir börn

Pinex inniheldur parasetamól sem er verkjastillandi og hitalækkandi lyf. Pinex er ætlað við vægum til miðlungi miklum verkjum og til að lækka hita. Skammt handa börnum skal aðallega velja með hliðsjón af þyngd barnsins. **Kynnið ykkur notkunarleiðbeiningar, varnaðarorð og frábendingar áður en lyfið er notað. Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is.**

Markaðsleyfishafi er Actavis Group PTC ehf.
Umboðsaðili er Teva Pharma Iceland ehf.

teva

Samstaða



Samninganefndir Fíh og ríkisins hafa nú fundað þrisvar og fer samtalið ágætlega af stað. Með okkur á fundunum er kraftur hjúkrunarfræðinga sem fylgir okkur frá fundunum um allt land og frá okkar góða baklandi í öflugum hópi trúnaðarmannaráðs ásamt stjórn félagsins.

Á þessum tímapunkti er ómögulegt að segja hvernig framhaldið verður næstu vikurnar en markmiðið er að samningur taki við af miðlunartillögu Ríkissáttasemjara. Ég sjálf ákvað að vera opin fyrir öllum möguleikum áður en viðræður hófust, hvort sem um skammtíma- eða langtíma-samning er að ræða, þó óneitanlega muni samninga-viðræður sem hafa þegar átt eða eru að eiga sér stað milli launagreiðenda og stéttarfélaga hafa áhrif. Aðalmálið er að hjúkrunarfræðingar njóti sanngirnis sem ég tel hafa skort í mörg ár og störfín verði metin að verðleikum. Þannig tel ég að stéttin geti borið sem mest úr býtum.

Ég hef fullan skilning á að einhverjir hjúkrunarfræðingar séu áhyggjufullir yfir viðræðunum í ljósi þess hvernig fór árið 2015 þar sem við enduðum með lagasetningu á verkfall og gerðardóm og miðlunartillögunni árið 2020. Að mínu mati er löngu tímabært að hjúkrunarfræðingar semji um sín launakjör og finnst ekki annað koma til greina.

Við náðum árangri í samningunum 2020. Í fyrsta sinn voru byrjunarlaun hjúkrunarfræðinga á pari við byrjunarlaun annarra sambærilegra stétta hjá BHM. Við sömdum t.d. um sít- og endurmenntun, undanþágu frá næturvöktum fyrir hjúkrunarfræðinga 55 ára og eldri og styttingu vinnuvikunnar. Það eina sem við náðum ekki saman um var launaliðurinn, og fór sá hluti miðlunartillögunnar í gerðardóm. Sú niðurstaða olli okkur hjúkrunarfræðingum gífurlegum vonbrigðum og er í engu samræmi við greinargerðina sem annars fylgir dómnum. En áfram skal halda og í greinargerðinni höfum við m.a. gott efni sem við nýtum okkur nú við samningaborðið.

Samvinna

Ég hef fundið fyrir svo miklum krafti meðal hjúkrunarfræðinga sem ég hef rætt við síðustu vikur og mánuði. Það hefur verið gott að finna hvað hjúkrunarfræðingar eru sammála um hverjar áherslurnar eiga að vera í stóru dráttunum og stéttin er samstillt. Til að sá kraftur fylgi okkur inn á samningafundi þá er einmitt svo mikilvægt að hjúkrunarfræðingar standi saman. Við höldum áfram að skiptast á skoðunum og tökum málefnanlega umræðu. Að mínu mati eru góð rök fyrir að hækka grunnlaunin og meta virði starfsins í samræmi við menntun og ábyrgð í starfi. Við byggjum okkar rök á tölfræðilegum gögnum og staðreyndum og

þannig mætum við verkefninu. Því horfi ég jákvæðum augum á núverandi viðræður og trúi ekki öðru en að við náum að semja. Samningaviðræður eru nefnilega ekki tvær fylkingar að mætast á vígvelli samningaborðsins heldur samtal og samvinna í átt að sameiginlegu markmiði sem á að færa báðum aðilum eitthvert virði.

En við stöndum ekki ein hér á Íslandi í kjarabaráttunni. Við höfum fylgst grannt með verkföllumunum í Bretlandi og ítrekað lýst stuðningi við baráttu þeirra fyrir bættum kjörum og starfs-aðstæðum. Á sama tíma sækjum við styrk, þekkingu og reynslu til kollega okkar í löndunum í kring sem eiga í sömu baráttu. Það hefur enga þýðingu fyrir einhvern að benda á ástandið annars staðar, því Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin hefur beint því til allra þjóðríkja að hlúa að eigin heilbrigðiskerfum og hér þurfa yfirvöld að gera betur hvað það varðar.

Sumarið

Þegar þetta er skrifað í byrjun mars er ennþá vetur þó að sólin fari hækkandi og mér sýnist jafnvel glitta í grænan gróður. Sumarið á að vera tilhlökkunarefni en ég hef miklar áhyggjur af stöðu mönnunar og afleysinga í sumar. Það er slæmt að geta ekki að fullu aðskilið vinnu og einkalíf. Ég hvet alla hjúkrunarfræðinga til að standa með sjálfum sér og muna að ekkert starf er þess virði að fórna heilsunni eða fjölskyldu fyrir. Allir hjúkrunarfræðingar eiga að hafa starfslýsingu og það er eftir henni sem á að vinna og laun greidd í samræmi við hana. Það hefur verið skortur á hjúkrunarfræðingum á landinu í um 80 ár og núverandi floti starfandi hjúkrunarfræðinga mun ekki ná að stoppa upp í svonefnt „skortsgat“. Við þurfum að breyta menningunni og hætta að redda málunum en að það tekur tíma. Þar skulum við taka okkur yngri kynslóðina til fyrirmyndar.

Margir eiga nú þegar uppsafnað orlof inni fyrir utan komandi sumarfrí. Munið að taka samtalið við vinnuveitendur um tilhögun fríanna sem þið eigið. Nú er málið að leggja drög að fríum fram í tímann eins og margir aðrir gera og hafa eitthvað skemmtilegt til að hlakka til. Það er enginn ástæða til að safna fríinu upp heldur eigum við að njóta þessa kjarabundna réttar okkar. Endilega skoðið og nýtið ykkur þjónustu orlofssjóðs Fíh, þar er margt spennandi og nýtt í boði. Enn og aftur er mér hugleikin mildin sem ég bið ykkur um að sýna ykkur sjálfum, á sama hátt og þið sýnið ykkar skjólstæðingunum. Ef ekki núna, hvenær þá?



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.



Hjúkrunarþing Fíh 2022

Hjúkrunarþing Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga var haldið á Grand hóteli í Reykjavík þriðjudaginn 25. október 2022 þar sem yfirskriftin var **Stefna Fíh í hjúkrunar- og heilbrigðismálum**. Stjórn Fíh þakkar öllum þeim hjúkrunarfræðingum sem skráðu sig á þingið og tóku virkan þátt í hópavinnunni. Framlag hjúkrunarfræðinga, þekking og sérhæfing kemur að góðum notum við gerð aðgerðaráætlunarinnar sem og í áframhaldandi vinnu félagsins í þágu hjúkrunarfræðinga.

Texti: Edda Dröfn Danielsdóttir



Stefna Fíh í hjúkrunar- og heilbrigðismálum var samþykkt á aðalfundi félagsins í maí 2021 og tók hún við stefnu félagsins til 2020 sem var samþykkt á aðalfundi félagsins í maí 2011. Við framsetningu á stefnunni var tekið mið af heilbrigðisstefnu heilbrigðisráðuneytisins fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030. Stefnunni er skipt í sjö kafla sem eiga að varða þá leið sem nauðsynleg er til að styrkja heilbrigðiskerfið og bæta heilbrigðisþjónustu við landsmenn. Stefna Fíh í hjúkrunar- og heilbrigðismálum til 2030 er lýsing á hlut hjúkrunarfræðinga og hjúkrunar til að ná fram heilbrigðisstefnu stjórnvalda. Stefnu Fíh er skipt í sams konar kafla og stefna heilbrigðisráðuneytisins.

Fjölbreyttur hópur úr röðum hjúkrunarfræðinga var samankominn á þinginu til að vinna að aðgerðaráætlun Fíh til næstu þriggja ára sem byggir á stefnu félagsins í hjúkrunar- og heilbrigðismálum. Unnið var í hópavinnu bæði fyrir og eftir hádegi. Hjúkrunarþingið var unnið í samstarfi við Guðríði Sigurðardóttur, eiganda Attentus, sem hafði yfirumsjón með hópavinnunni.



Fyrirkomulagið á Hjúkrunarþingi var með þeim hætti að allir þátttakendur tóku þátt í hópavinnu fyrir hádegi í flokkunum **rétt þjónusta á réttum stað og fólkið í forgrunni**. Eftir hádegi gátu þátttakendur skráð sig í mismunandi hópa eftir áhugasviði og sérhæfingu. Fyrir fram var búið að velja tvö til þrjú stefnumið í hverjum flokki úr stefnunni sem borðstjórar kynntu fyrir þátttakendum í upphafi dags. Borðstjórar kynntu svo niðurstöður úr hópavinnu og góðar umræður fylgdu í kjölfarið.

Niðurstöður úr hópavinnu

Hópur 1.

Forysta til árangurs

Það er greinilega mikill vilji og áhugi á að endurvekja hlutverk yfirhjúkrunarfræðings í stjórnsýslu (e. *chief nursing officer, CNO*) sem stendur vörð um hagsmuni stærstu heilbrigðisstétta á landinu. Fíh er hluti af samstarfsverkefni með Samtökum hjúkrunarfélagi á Norðurlöndunum (SSN) um að koma á hlutverki yfirhjúkrunarfræðings á öllum Norðurlöndum í samræmi við tilmæli Alþjóðaheilbrigðismálastofnunar (WHO). Staða yfirhjúkrunarfræðings er nú þegar til staðar í Finnlandi, Noregi og Svíþjóð. Einnig voru tillögur um að bjóða hjúkrunarfræðingum á landsvísi upp á leiðtogaþjálfun, tryggja að hjúkrunarfræðingar séu tilnefndir í ráð, nefndir og starfshópa á vegum yfirvalda og skyldu um að endurvekja starfsleyfi hjúkrunarfræðinga reglulega með stöðuprófi.

Hópur 2.

Rétt þjónusta á réttum stað

Rík áhersla var lögð á hlutverk hjúkrunarfræðinga á heilsugæslum, þar á meðal hjúkrunarmóttökum og efla þarf þær um land allt, ásamt því að upplýsa skjólstæðinga heilsugæslunnar, hvaða þjónusta sé í boði frá hjúkrunarfræðingum. Lagt var til að hjúkrunarfræðingar verði leiðandi í fjarheilbrigðisþjónustu, meðal annars með því að veita skjólstæðingum sínum fræðslu og ráðgjöf í gegnum rafræna þjónustu. Enn fremur var áhersla lögð á árangursríka teymisvinnu milli heilbrigðisstétta og stofnana.

Hópur 3.

Innleiða þarf mönnunarviðmið

Margar góðar tillögur komu fram úr hópavinnunni en mönnunarviðmið hjúkrunarfræðinga og lögfesting á þeim var meðal tillagna sem var oftast nefnd. Það er greinilega mikið ákall hjúkrunarfræðinga að mönnunarviðmið verði innleidd í heilbrigðiskerfið og unnið markvisst eftir þeim með öryggi sjúklinga að leiðarljósi. Heilsueflandi vinnuhverfi var einnig rætt í hópunum þar sem áhersla er lögð á forvarnir, endurmenntun og fræðslu fyrir hjúkrunarfræðinga.

Hópur 4.

Virkir notendur

Í þessum hópi var fjarheilbrigðisþjónusta og tæknilausir ofarlega í huga þátttakenda og meðal þess sem var rætt var mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar séu virkir þátttakendur í þróun og innleiðingu nýrrar tækni í störfum sínum. Einnig að hjúkrunarfræðingar hafi forystu um hagnýtingu tæknilausna til að efla heilsulæsi almennings og stuðla að valdeflingu þeirra varðandi ábyrgð á eigin heilbrigði. Enn fremur var tillaga hósins að nýsköpun á sviði tæknilausna í hjúkrun verði hluti af menntun og símenntun hjúkrunarfræðinga. Mikilvægt sé að efla hjúkrunarfræðinga í þróun, notkun og miðlun tæknilausa.



Hópur 5.

Virkir notendur

Hér var hlutverk sérfræðinga í hjúkrun innan heilbrigðiskerfisins rætt, meðal annars kom fram að lögfesta þarf stöðugildi þeirra, deila þarf þekkingu þeirra víðar innan heilbrigðiskerfisins og veita þeim stuðning til að hefja eigin rekstur til dæmis á stofu. Auk þess þarf að fara í átak í að kynna sérfræðinga í hjúkrun út á við og gera þá sýnilegri því oft virðist vera mikil almenn vanþekking á störfum þeirra. Gera þarf þarfagreiningu á sérfræðingum í hjúkrun og skilgreina hlutverk þeirra innan heilbrigðiskerfisins með það að markmiði að þeir starfi á öllum stofnunum landsins. Þannig kemur sérfræðiþekking sérfræðinga í hjúkrun að betri notum sem skjólstæðingar þeirra njóta fyrst og fremst góðs af.

Hópur 6.

Gæði í fyrirrúmi

Þátttakendur í hópi 6 lögðu meðal annars til að gera gæðavísu sýnilegri og að þeir séu reglulega mældir á einingum. Einnig var lagt til að hafa miðlægan gæðagrunn hjúkrunar, mikilvægi þess að breyta refsíabýrgðinni og að atvikaskráning sé sýnileg og unnið sé með hana á öllum heilbrigðisstofnunum.

Hópur 7.

Hugsað til framtíðar

Hér var einnig lögð rík áhersla á fjölgun sérfræðinga í hjúkrun, meðal annars, með endurskoðun á reglugerð, auka þarf fjármagn til stofnana til að fjölga stöðugildum sérfræðinga í hjúkrun og auka sýnileika þeirra. Þátttakendur lögðu einnig til að rannsóknar- og símenntunarskylda yrði hluti af starfshlutfalli og að hjúkrunarfræðingar taki virkan þátt í alþjóðlegu og norrænu vísinda- og rannsóknarstarfi.

Næstu skref

Niðurstöður hópavinnunnar verða settar inn í aðgerðaráætlun sem Fíh mun vinna eftir næstu þrjú árin. Mikill hugur var í þeim hjúkrunarfræðingum sem mættu á Hjúkrunarþing Fíh og augljóst að skýr fagleg sýn einkennir stéttina. Þetta endurspeglast í gildum hjúkrunarfræðinga, **ábyrgð, áræðni og árangur.**



Dr. Sigríður Gunnarsdóttir

Þrífst á því að vinna með fólki, bæta, þróa og taka þátt í uppbyggingu

Viðtal: Sigríður Elin Ámundsdóttir | Myndir: Þorkell Þorkelsson og úr einkasafni

Sigríður Gunnarsdóttir lauk BS-gráðu í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands 1997, meistaraþrófi í skurð- og lyflæknishjúkrun með áherslu á krabbameinshjúkrun frá University of Wisconsin í Madison árið 2000 og doktorsþrófi í krabbameinshjúkrun frá sama skóla árið 2004. Sigríður var lektor í krabbameinshjúkrun við Háskóla Íslands frá 2005 til 2009 og dósent frá árinu 2009 jafnframt því að gegna starfi forstöðumanns fræðasviðs í krabbameinshjúkrun við Háskóla Íslands og Landspítala frá árinu 2005. Frá árinu 2012 og þar til í september 2022 starfaði Sigríður sem framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítala þar sem hún leiddi faglega þróun hjúkrunar og vann meðal annars að uppbyggingu og eflingu gæða- og umbótastarfs spítalans. Hún ákvað að gefa ekki kost á sér áfram í það starf og tók þann 1. október síðastliðinn við starfi forstöðumanns rannsókn- og skráningaseturs Krabbameinsfélagsins.

Við fengum þessa kraftmiklu hugsjónakonu í spjall um árin og áskoranirnar sem framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítalanum og um nýja starfið hjá Krabbameinsfélaginu.

Starf framkvæmdstjóra hjúkrunar var ómótað

Byrjum á því að spyrja Sigríði hvað standi upp úr eftir þessi 10 ár sem framkvæmdastjóri hjúkrunar? „Persónulega hef ég lært mjög mikið á þessum tíma, ég hafði til að mynda engan bakgrunn í stjórnun þegar ég tók við starfinu. Ég kom inn sem fagmaður og vísindamaður og þurfti að finna taktinn. Ég hef þurft að takast á

við mjög krefjandi verkefni og þessi tími hefur verið kaflaskiptur. Þegar ég tók við var starfið í raun ómótað en það hafði orðið grundvallarbreyting á því nokkrum árum áður, starfið var áður mjög rekstrarmiðað og aðaláherslan var á stjórnun. Því hafði svo verið breytt þannig að sá sem gengdi því var fyrst og fremst faglegur leiðtogi en þegar ég tók við starfinu þá studdu innviðirnir ekki við það markmið. Ég til að mynda hafði nánast engin mannaforráð þegar ég tók við og átti að vera að predika faglegan boðskap án þess að hafa tæki og tól til að framkvæma og stuðla að breytingum. Fljótlega eftir að ég tók við voru gerðar breytingar á skipuriti spítalans þegar starfsemi framkvæmdstjóra hjúkrunar og framkvæmdstjóra lækninga var sameinuð og samstarf þeirra jókst til muna. Á sama tíma var svið vísinda, mennta og nýsköpunar lagt niður og fært undir framkvæmdstjóra hjúkrunar og lækninga. Við þetta fengum við forræði yfir málaflokkum sem gerðu okkur raunverulega kleift að stuðla að breytingum.

Fyrstu árin fór mikill tími í að byggja þetta starf upp. Mikil áhersla var lögð á gæði og umbætur í starfseminni og fyrstu árin einkenndust má segja af því að koma upp þessum innviðum en á sama tíma voru erfið og þung mál í gangi sem lúta að öryggi og gæðamálum. Við vorum að taka upp nýtt verklag við að greina og fara yfir alvarleg atvik og að reyna að innleiða opna öryggismenningu. Markmiðið var að rýna í alvarleg atvik til að læra af þeim og fara úr þessari gömlu hugsun, að það sé refsivert að verða á í starfi. Mistök eru óhjákvæmilegur hluti af starfinu en okkar hlutverk var að fækka þeim og lágmarka skaðann. Mikilvægast er að læra af mistökum og nota þau til þess að vinna að umbótum.“

Sigríður segir að átökin við að breyta þessari menningu standi upp úr: „Vegna þess að við vorum að reyna að breyta ákveðnum hugsunarhætti inni á spítalanum á sama tíma og ytra umhverfið var ekki tilbúið í slíkar breytingar og er ekki enn öllum þessum árum síðar.“



„Við þurfum að fjölga nemendum, en við þurfum líka að bjóða upp á samkeppnishæf kjör til að halda betur í fólk og að breyta því hvernig við vinnum þannig að við nýtum þekkinguna okkar betur.“

Sigríður hefur stýrt rannsóknarverkefnum sem hlotið hafa styrki úr rannsóknar- og samkeppnissjóðum, bæði hér á landi og erlendis, og birt fjölda vísindagreina í ritrýndum tímaritum.

Fátítt að einn beri ábyrgðina þegar alvarleg atvik verða

Fljótlega eftir að Sigríður tók við starfi framkvæmdastjóra kom upp alvarlegt atvik á gjörgæslunni. „Heilbrigðisstarfsmaður var ákærður í fyrsta sinn og dreginn fyrir dóm sem einstaklingur sem er í hróplegri andstöðu við það sem við vorum að reyna að koma á; að vinnuumhverfið væri öruggt og starfsfólk gæti sagt frá því sem fór úrskeiðis. Þegar þetta gerist fór í gang vinna við að endurskoða lagarammann í kringum þetta þannig að lögunum væri breytt á sínum tíma. Nýverið lagði heilbrigðisráðherra loks fram frumvarp til laga sem mun hafa jákvæð áhrif á öryggi sjúklinga og starfsmanna. Þar er áformað að festa í sérlæg ákvæði um cumulativa og hlutdræga refsíábyrgð heilbrigðisstofnana, enda þykir ljóst að ákvæði hegningarlaga um refsíábyrgð lögaðila eigi ekki nægilega vel við þegar til athugunar eru alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu. Ég fagna því af heilum hug að þetta frumvarp sé loks fram komið og bind vonir við breytingar.“

Sigríður segir að ákveðið misræmi hafi verið á milli þess sem heilbrigðisstarfsmenn innan spítalans skynja sem brýn mál og þess sem ytra umhverfið skynjar sem brýn mál. „Það varð mikil umræða innan spítalans á meðal heilbrigðisstarfsmanna hvort að sú hætta væri þá fyrir hendi að þeir yrðu persónulega dregnir fyrir dóm og ættu jafnvel yfir höfði sér sakadóm. En blessunarlega var hjúkrunarfræðingurinn í þessu tiltekna máli sýknaður og húsbóndaábyrgð Landspítala viðurkennd. Við vildum koma því til leiðar að það væri eðlilegt að spítalinn bæri alltaf ábyrgðina en ekki einstaklingarnir sem þar starfa. Það er ákveðið misræmi í því í ytra umhverfinu því oft vill fólk að einhver einn beri ábyrgðina. Það má aldrei gera lítið úr því að þetta er alltaf persónulegur harmleikur fyrir þá sem fyrir honum verða en á sama tíma er þetta

persónulegur harmleikur fyrir þann sem verður á í starfi. Það hefur ekki verið þolinmæði fyrir því að það gætu verið fleiri en eitt fórnarlamb í alvarlegum atvikum og er kannski ekki enn. Við höfum líka lært að það er afar fatítt að einhver einn beri ábyrgð þegar alvarleg atvik verða. Þau eru oft endapunkturinn í miklu stærra ferli þar sem margt fer úrskeiðis og oftast er skýringin að starfsumhverfið styður ekki nægilega vel við að hlutirnir séu réttir og að það sé ekki rými fyrir mistök. Ég hef lítið á það sem eitt af mínum stóru verkefnum sem stjórnanda í heilbrigðisþjónustu að vinna með kerfið þannig að það styðji við rétt verklag sem dragi úr líkum á því að starfsfólki verði á. Það er líka mikilvægt að vera opin gagnvart sjúklingum og ættingjum þegar alvarleg atvik eiga sér stað, það er oft forsendan fyrir því að fólk geti unnið úr sínum áföllum ef það hefur trú á að þau geti leitt til einhvers góðs fyrir aðra. Flestir vilja að sömu mistök hendi ekki einhvern annan, fæstir eru að leita að sökudólgi eða að einhverjum sé refsað. Við vorum á þessum fyrstu árum mínum í starfi mikið að hitta aðstandendur og þetta vó þungt framan af,“ segir hún og bætir við að verkföll, heimsfaraldur og fleira hafi gengið á meðan hún sinnti starfi framkvæmdastjóra en alvarleg atvik sem komu upp hafi haft mest áhrif á hana.

„Ég gleymi þessu aldrei, vanþekkingin og fordómarnir í garð hjúkrunarfræðinga voru yfirþyrmandi. Þarna talaði einn helsti áhrifamaður í íslenskri heilbrigðisþjónustu og ráðgjafi ráðamanna.“

Sigríður í hnotskurn

Hvernig týpa ertu í einni setningu?

Ábyrgðarfull, þrautseig og öguð prinsippmanneskja. Vinir mínir segja að ég hafi ríka samkennd og réttlætiskennd, sé trygglynd og góð að hlusta en þrjós.

Hvert hefur verið þitt mesta gæfuspor í lífinu?

Mér finnst ég alltaf vera mjög heppin. Hef haft gott fólk í kringum mig, alin upp í sveit í stórfjölskyldu sem hafði óbilandi trú á mér og studdi mig í öllu sem mér datt í hug. Svo hef ég eignast góða vini, mann og börn og tengdafjölskyldu. Gæfusporið er kannski helst það að hafa verið opin fyrir þeim tækifærum sem mæta mér og að vera óhrædd við að takast á við nýja hluti. Ég man eftir nokkrum skiptum þar sem ég tók af skarið og gerði eitthvað sem ég var hrædd við og það leiddi mig inn á nýjar brautir. Hvort sem það var að fara sem au pair til útlanda þegar ég var 15 ára eða þegar ég hringdi í fyrsta skipti í manninn minn úr tíkallasíma á Sólon!

Áttu þér óuppfyllta drauma?

Ég er meira í að láta lífið leiða mig áfram og vera opin fyrir því sem mætir mér frekar en að eiga stóra drauma og setja mér háleit markmið. Minn stærsti draumur er að lifa lífi sem einkennist af jafnvægi, gleði og kærleika og ég er alltaf að vinna í því.

Hvað gerir þú til að næra andann, sérstaklega eftir annasama daga og mikið álag?

Ver tíma með fjölskyldu og vinum, elda góðan mat, skrepp á skíði eða fer út að hjóla. Best er ef ég næ að gera þetta allt saman.

Hvað í lífinu er þér kærast?

Fjölskyldan.

„Það vantar nokkra milljarða.“

Vantar heiðarleika og gagnsæi í umræðuna

Hvað hefur reynst þér persónulega erfiðasta áskorunin í starfi? „Það er engin vafi að það voru fjármálin og þetta misræmi á milli þarfa og bjargráða. Ég er mjög talnaglögg og læs á fjármál og mér fannst alltaf svo mikill ómöguleiki í þessu. Það eru miklar kröfur settar á spítalann; hann á að veita ákveðna þjónustu og á sama tíma höfum við litla stjórn á því hvaða verkefni koma inn á spítalann. Við þurfum að veita þjónustuna og erum ákveðin endastöð, tökum við þegar önnur þjónusta er ekki í boði.“ Sigríður tók við starfinu nokkrum árum eftir hrun en hún var í öðru starfi innan spítalans á hrunárunum þar sem hún sat fundi til að leita leiða til að spara. Þá sem forstöðumaður fræðasviðs í krabbameinshjúkrun. „Við vorum búin að ganga rosalega hart fram í að spara, alveg inn að beini, og í rauninni allt of langt að mínu mati. Það hefur verið mikil barátta á undanförunum árum að vinna í því að fá fjármagn inn í grunnstarfsemi spítalans og lítill skilningur hjá stjórnvöldum þegar vantaði aukið fjármagn eftir niðurskurð á árunum eftir hrun. Það var til dæmis ekki keypt kaffi fyrir starfsfólkið á þessum árum. Svörin voru iðulega að búið væri að auka framlög til spítalans en þá var ekki tekið með í reikninginn að íbúum og ferðamönnum hefur fjölgað og sem dæmi má taka að á tímabili voru ferðamenn að nýta 20% af gjörgæslurýmum landsins en þessi rými eru mjög takmörkuð audlind. Þjónustuþörfin hefur einfaldlega aukist, þjóðin er að eldast og fjölveikum fjölgar. Þrátt fyrir hækkuð framlög til spítalans þá hefur sú hækkun ekki dugað til að reka þessa stóru stofnun og mæta þessari aukningu. Það hafa komið ný verkefni og aukið fjármagn hefur farið í þau; verkefni sem spítalanum er falið að sjá um eins og til dæmis brjóstaskimanir. Eins er oftast vísað í krónutöluhækkunar sem að stærstum hluta eru til að mæta hækkun á kjarasamningum eða verðlagi. Þetta

eru ekki nýir peningar. Það er rétt að framlög hafa verið aukin en það stendur samt ekki undir grunnfjármögnun á starfsemi spítalans sem er sannarlega vanfjármögnuð.“ Framlög ríkisins fela oft í sér falda hagræðingakröfu til viðbótar við þá sem er uppi á borðinu. Umræðan er líka oft með þeim hætti að hún grefur undan trausti á milli starfsmanna og stjórnenda á stofnuninni. Aukin framlög til spítalans eru bundin í launahækkunum vegna kjarasamninga og eyrnamerkt í ný verkefni sem spítalanum eru falin. Starfsfólkið, skiljanlega, segist ekki sjá þess nein merki að framlögin skili sér í klíníkina og allir eru ósáttir. En það er vegna þess að heiðarleikann og gagnsæið vantar í þessa umræðu,“ útskýrir hún.

Og gróflega, hversu mikið fjármagn vantar að þínu mati? „Það vantar nokkra milljarða. Nærtækast er að benda á að framlög okkar til heilbrigðismála eru lægri en nágrannalanda okkar. Því er oft borið við að við séum yngri þjóð en þjóðir nágrannalanda okkar og þar af leiðandi eigi kostnaður við heilbrigðisþjónustu að vera lægri. Það er alveg rétt að við erum yngri en það er hins vegar hlutfallslega dýrara að reka heilbrigðisþjónustu í litlu landi þar sem fámenn og dreifbýl þjóð býr og nánast öll heilbrigðisþjónusta þarf samt að vera til staðar. Mér hefur fundist þessi umræða á milli veitenda þjónustunnar og yfirvalda ekki vera vitræn og hún hefur í raun verið mér mjög þungbær því hún er ekki rökrétt og stríðir gegn réttlætiskennd minni.“

Flókið að vinna með óformlegt vald

Sigríður segir það einnig hafa reynst sér erfitt, sérstaklega fyrstu árin í starfi sem framkvæmdastjóri hjúkrunar, hafði hún lítið svigrúm og litlu hlutverki að gegna gagnvart hjúkrun á spítalanum eins undarlega og það kann að hljóma. „Skipulagið var einfaldlega þannig að ég átti að vera í öðru. Það voru ýmsir þeirrar skoðunar

Hvar er þinn slökunarreitur á Íslandi?

Sveitin mín, Gnúpverjahreppur.

Uppáhaldshreyfing?

Gönguskíði á veturna, hjóla á sumrin og göngutúr með hundinn fyrir háttinn alla daga ársins.

Te eða kaffi?

Kaffi, hef drukkið það frá því ég var fimm ára.

Morgunhafi eða náttugla?

Er náttugla að eðlisfari en lífi lífi morgunhanans.

Besta bók sem þú hefur lesið?

Fátækt fólk eftir Tryggva Emilsson, Grasið syngur eftir Doris Lessing og svo er ég mjög hrifin að skáldsögunum hennar Auðar Övu og ljóðunum hennar Gerðar Kristnýjar.



Samhliða starfi sínu sem framkvæmdastjóri hjúkrunar hefur Sigríður einnig gegnt starfi prófessors í krabbameinshjúkrun við Háskóla Íslands frá árinu 2017.



Sigríður, ásamt eiginmanni sínum Magnúsi Haraldssyni, á gönguskiðanámskeiði á Isafirði, myndina tók Óskar Páll Sveinsson.

að starf framkvæmdastjóra hjúkrunar væri óþarft og það hefði eflaust verið lagt niður ef það hefði ekki verið bundið í lög. Framkvæmdastjóri hjúkrunar er ekki beinn yfirmaður hjúkrunar á Landspítala og hefur það óneitanlega áhrif á umboð hans og áhrif. Þegar ég tók við starfinu hafði ég ekki nein verkfæri til þess að hafa áhrif á hjúkrun. Þetta hefur breyst með árunum og ég hef lagt mig fram um að auka vægi framkvæmdastjóra hjúkrunar gagnvart hjúkrun. Mikilvægustu verkfærin sem framkvæmdastjóri hjúkrunar hefur haft til að hafa áhrif á hvernig hjúkrun þróast, er í gegnum menntun og starfsþróun og gæða- og umbótastarf sem ég hef lagt mjög mikla áherslu á að efla og styrkja með frábæru fólki. Ég var í mínu starfi ekki yfirmaður hjúkrunar og gat því oft ekki sinnt hjúkrunarfræðingum sem til mín leituðu með ýmis mál. Það er flókið að hafa ekki formlega valdið heldur þurfa alltaf að vinna með þetta óformlega vald. Ég hefði, eftir á að hyggja, viljað hafa meiri raunveruleg áhrif á það sem var að gerast í hjúkrun, miðla því og vera sýnilegri sem leiðtogi. Byggt á þessari reynslu finnst mér að til framtíðar þurfi að styrkja enn frekar stöðu framkvæmdastjóra hjúkrunar og veita honum skýrara umboð til að axla raunverulega ábyrgð á hjúkrun á Landspítala.“

Hættulegt viðhorf

Sigríður segir mikilvægt að hjúkrunarfræðingar séu sýnilegir leiðtogar, það sé mjög mikilvægt að þeir séu hafðir með í ráðum þegar ákvarðanir eru teknar um þróun í heilbrigðisþjónustu svo þeirra mikilvæga sjónarhorn vanti ekki. „Mér hefur til að mynda ekki þótt það tekið nægilega alvarlega að fyrirsjáanlegt var að skortur yrði á hjúkrunarfræðingum á Íslandi eins og alls staðar annars staðar í heiminum. Það virðist enn eima eftir af þeirri hugmynd að hægt sé að fá „góðar konur“ til að hugsa um veikt fólk, hvort sem það er á sjúkrahúsum, öðrum heilbrigðisstofnunum, heima eða í öldrunarþjónustu. Íðulega hef ég verið spurð að því hvort ekki sé hægt að fela öðrum verkefni hjúkrunarfræðinga, hvort námið þeirra sé ekki of langt og þar fram eftir götunum. Þetta er viðhorf sem loðir við og er hættulegt, ekki bara fyrir hjúkrunarfræðinga sem stétt, heldur ekki síður fyrir sjúklinga og heilbrigðiskerfið í heild sinni.“

Hún rifjar í þessu samhengi upp samtal sem hún átti snemma á sínum ferli þegar hún sat fund með þáverandi landlækni í vitna viðurvist. „Verið var að ræða yfirvofandi skort á hjúkrunarfræðingum og landlæknir segir þá að þegar hann hafi starfað sem læknir í heilbrigðisþjónustu hafi hjúkrunarfræðingar aðallega verið í því að bursta tennur og greiða hár og að hann vissi ekki betur en að þeir væru enn að því. Ég gleymi þessu aldrei, vanþekkingin og fordómarnir í garð hjúkrunarfræðinga voru yfirþyrmandi. Þarna talaði einn helsti áhrifamaður í íslenskri heilbrigðisþjónustu og ráðgjafi ráðamanna. En þann tíma sem ég var framkvæmdastjóri hjúkrunar varð ég vör við þetta viðhorf og þau öfl sem halda hjúkrun niðri. Þó svo að þetta sé alls ekki lýsandi fyrir viðhorf lækna stéttarinnar þá hefur mér þótt þessi viðhorf eiga of greiðan aðgang í stjórnsýsluna og pólitíkina. Hjúkrunarfræðingar hafa til dæmis ekki samið um sín kjör í mörg ár. Það er talað niður til hjúkrunarfræðinga og ég skynja þetta viðhorf að hjúkrunarfræðingar eigi bara að mæta í vinnuna og skila sínu. Fólk hefur líka mjög

„Mér hefur fundist þessi umræða á milli veitenda þjónustunnar og yfirvalda ekki vera vitræn og hún hefur í raun verið mér mjög þungbær því hún er ekki rökrétt og stríðir gegn réttlætiskennnd minni.“

miklar skoðanir á því hvað hjúkrunarfræðingar eru að fást við og hvar þeir vinna. Það er hins vegar mín skoðun að hjúkrunarfræðingar ráði því, eins og annað fólk, hvar þeir starfi og að það sé á ábyrgð heilbrigðisstofnana að skapa vinnuumhverfi sem laðar til sín hjúkrunarfræðinga og heldur þeim í starfi. Vinnuumhverfið, kaup og kjör þurfa að vera þannig að starfið sé raunhæfur kostur og val. Flestir hjúkrunarfræðingar vilja starfa við hjúkrun og langstærsti hluti þeirra sem eru ekki að vinna á heilbrigðisstofnunum eru að vinna störf þar sem hjúkrunarfræðin skiptir miklu máli eins og í nýsköpunarfyrirtækjum í heilbrigðisþjónustu og lyfjaþróun svo dæmi séu tekin.“

Stéttin líður fyrir það að vera kvennastétt

Hún leggur áherslu á að þróun í hjúkrun sé mjög mikilvæg og hjúkrunarfræðingar þurfi að vera hluti af þeirri þróun. Þeirra menntun nýttist í öðrum stöfum en bara inni á heilbrigðisstofnunum. „Hjúkrunarstéttin líður fyrir það að vera kvennastétt og ein leiðin er að fjölga karlmönnum í hjúkrun en það á samt ekki að vera lausnin, það á að meta störf hjúkrunarfræðinga að verðleikum. Starfið krefst mikillar þekkingar og er mjög krefjandi, bæði líkamlega og andlega. Hjúkrunarfræðingar þurfa líka að vera virkir í að sinna endurmenntun til að halda í við stöðuga tækniþróun til að mynda“, segir hún. Rannsóknir á öryggi sjúklinga og tengsl við mönnun í hjúkrun segja allt sem segja þarf.

Afburðafagfólk stóð vaktina í heimsfaraldri

Talið berst að heimsfaraldrinum sem setti samfélagið má segja á hliðina í lengri tíma en nokkurn óraði fyrir. Sigríður segir að sitt hlutverk í Covid-19 hafi að mestu leyti verið á bak við tjöldin. „Ég þurfti að tryggja það að við værum með hjúkrunarfræðinga sem hefðu þá hæfni sem til þurfti til að sinna þessum störfum. Til dæmis þegar opna þurfti Covid-19 legu- og göngudeildir. Það þurfti líka starfsfólk til að sinna símaveri Covid-göngudeildar og fæstir vita að í símaverinu störfuðu gríðarlega reyndir hjúkrunarfræðingar; fólk með svarta beltið í hjúkrun, má segja, sem kom í veg fyrir innlagnir og gat veitt nauðsynlega fjarþjónustu sem minnkaði álagið á heilbrigðisstofnanir. Önnur heilbrigðisþjónusta leið fyrir þetta í faraldrinum“, útskýrir Sigríður þegar hún rifjar upp þennan sérstaka tíma þegar veiran skæða átti sviðið og umræðan um heimsfaraldrinn heldur áfram: „Þegar bylgjurnar gengu niður átti að keyra í gegn skurðaðgerðir og annað sem hafði setið á hakanum en það gleymdist að sama fagfólki sem sinni Covid sjúklingum átti svo að fara að keyra í gegn þessar aðgerðir sem höfðu setið á hakanum. Þessi tími tók sinn toll, margir gengu mjög nærri sér, unnu of mikið og nú sjáum við að veikindatíðni er há og vaxandi. Allir lögðust á eitt og stjórnendur á spítalanum unnu líka alla daga ársins.“

Fólk segir stundum að heilbrigðiskerfið hafi hrokkið í gang þegar faraldurinn braust út, þá hafi hjólin farið að snúast. En eins og ég sé þetta, en færri kannski átta sig á, þá vinnur fólk að umbótum á spítalanum á hverjum degi og hefur gert í áratugi. Svo þegar við stóðum frammi fyrir þessari stóru áskorun var hægt að sameina alla kraftana í leysa þetta stóra verkefni sem Covid-19 var. Önnur verkefni voru lögð til hliðar og þekkingin og reynslan fór öll í að leysa þetta eina verkefni. Undirbúningurinn hafi átt sér stað, þess vegna gekk þetta eins vel upp og raun bar vitni“, útskýrir hún brosandí.

Markmiðið alltaf hagsmunir sjúklinga og hjúkrunarfræðinga

Þá leikur okkur forvitni á að vita hvað hafi verið það besta við starfið, hvernig hefur það til að mynda gert þig að betri fagmannesku eða stjórnanda? „Ég þrífst á því að vinna með fólk, bæta, þróa og taka þátt í uppbyggingu. Ég vann að verkefnum sem stuðla að betri þjónustu því samfélagið er alltaf að breytast. Mér finnst frábært að fá að vinna með flinku og dugmiklu fólk sem brennur fyrir því sem það er að gera. Að hafa tilgang með starfinu er svo mikilvægt og ég hef alltaf haft sama markmiðið sem eru hagsmunir sjúklinga. Maður er líka að leggja sitt af mörkum í hjúkrun sjúklinga þó svo að maður starfi við stjórnun, rannsóknir eða kennslu. Það vill svo til að hagsmunir sjúklinga og hjúkrunarfræðinga fara nánast alltaf saman, það var rauði þráðurinn í mínu starfi sem framkvæmdastjóri hjúkrunar. Og þegar ég er að beita mér fyrir hjúkrun þá er ég að beita mér fyrir sjúklingana líka, þetta hangir saman.“

Sigríður segist í grunninn vera vísindamaður sem marki það hvernig hún horfi á verkefni og áskoranir í starfi: „Ég spyr mig gjarnan hvort við vitum að sú leið sem við erum að fara sé endilega besta leiðin og muni skila þeim árangri sem við erum að leitast eftir? Það er mikilvægt að markmiðin sem við ætlum okkur að ná séu skýr í þessu samhengi; hvað er það sem við viljum bæta eða breyta? Breytingar mega ekki verða eingöngu breytinganna vegna, þær verða að hafa tilætluð áhrif og tilgang“, útskýrir hún og ítrekar að fólkið sem hún hafi starfað með þegar hún var framkvæmdastjóri hjúkrunar hafi verið samansafn af hæfileikaríku fólk, hugsjónafólki.

Saknar samstöðu innan hjúkrunarsamfélagsins

Talið berst að stéttinni og Sigríður segir að þrátt fyrir allt góða fagfólkið þar sakni hún þess að ekki sé meiri samkennd og samstaða í hjúkrunarsamfélaginu í því að bera virðingu fyrir því sem aðrir eru að gera innan þess. „Til dæmis þessi umræða um að allir hjúkrunarfræðingar séu komnir í einhver verkefni. Fyrir það fyrsta er það ekki rétt en á sama tíma viljum við að hjúkrunarfræðingar taki þátt í og leiði það að móta og þróa þjónustuna og hjúkrun, við viljum líka að hjúkrunarfræðingar hafi fjölbreytileg tækifæri til að vaxa og þróast í starfi.“ Aðspurð hver sé rót þessarar umræðu og óeiningar sem hún geti leitt af sér segist Sigríður halda að þessi neikvæða umræða skapist vegna skortstöðu. „Fólk upplifir sig í klemmu – af hverju er þessi ekki komin að taka vaktir og fleira í þeim dúr. Líka vegna þess að við erum ekki nógu dugleg að miðla heildarmyndinni, Landspítalinn er mjög stór vinnustaður og fjölbreyttur.“

Önnur birtingarmynd á þessari óeiningu er þegar umræðan beinist að því að skortur sé á hjúkrunarfræðingum. Þá kemur oft upp í umræðunni að það þurfi bara að hækka launin. Það er hins vegar ekki rétt, það er mikilvægt að launin séu samkeppnishæf og þá þarf ekki síst að horfa á dagvinnulaun hjúkrunarfræðinga. En jafnvel þótt að allir sem hafa leyfi til að starfa sem hjúkrunarfræðingar og starfa við annað kæmu til starfa í hjúkrun þá myndi það ekki duga til. Nauðsynlegt er að fjölga í hópnum líka. Það er hins vegar ekki einfalt.“ Sigríður segir að það sé mikil áskorun að fjölga nemendum í hjúkrunarfræði en það sé áskorun sem verði að leysa. „Við þurfum að fjölga nemendum, við þurfum að bjóða upp á samkeppnishæf kjör og við þurfum líka að breyta því hvernig við vinnum þannig að við nýtum þekkinguna okkar betur. Við höfum fjölgað nemendum á undanförunum árum og erum alveg komin að þolmörkum en til þess að tryggja gæðin í því sem við erum að gera þá verðum við að styrkja innviði varðandi klíníska kennslu og til dæmis ráða inn kennslustjóra. Við höfum verið að taka upp herminám og annað slíkt og það er hægt að ganga miklu lengra í því, við þurfum að leita leiða til þess að það gangi upp.“

Sigríði list ekki illa á að róbótar gangi í ákveðin störf á heilbrigðisstofnunum. „Þeir munu ekki koma í staðinn fyrir hjúkrunarfræðinga og ekki draga úr þörfinni en þeir munu gjörbreyta því hvernig við vinnum ásamt öðrum tækninýjungum. Í dag er allt of miklum tíma eytt í vinnu sem tæknin á að hjálpa okkur við og ef við næðum miklum árangri í því að breyta og bæta skráningakerfið og lyfjaferli myndi meiri tími gefast til að sinna sjúklingum,“ segir hún og leggur áherslu á að nýta eigi tæknina þótt hjúkrunarstarfið snúist í grunninn alltaf um samskipti. „Færni í mannlegum samskiptum er kjarni starfsins sem breytist ekki, í framtíðinni munum við samt án efa reiða okkur meira á tækni sem við munum líka nota með markvissari hætti í samskiptum við sjúklinga.“

Skilur sátt en hefði viljað gera miklu meira fyrir hjúkrun

Eftir gott spjall um árin á Landspítala stöndum við upp og sækjum okkur meira kaffi, það er ekki úr vegi að spyrrja hana í leiðinni hvort hún muni sakna starfsins? „Það var erfitt að taka ákvörðun um að hætta, ég elska Landspítalann,“ svarar hún brosandi en bætir svo við: „Ég var búin að vera framkvæmdastjóri hjúkrunar í tíu ár og held það sé ekki hollt að vera mikið lengur í slíku starfi, hvorki fyrir mann persónulega eða stofnunina sem maður starfar fyrir. Mér bauðst mjög spennandi starf sem forstöðumaður Rannsókn- og skráningaseturs Krabbameinsfélagsins sem gefur mér tækifæri til að sinna því sem ég upphaflega lærði og ætlaði mér að fást við. Að auki starfa ég sem prófessor við HÍ og sem forstöðumaður fræðasviðs í krabbameinshjúkrun á Landspítala og er því enn tengd spítalanum. Markmiðið í öllum þessum störfum er í raun það sama, að bæta þjónustuna við sjúklinga með krabbamein með því að vinna að rannsóknum, kennslu og þróun.“ Hún segist skilja sátt, hefði þó viljað gera miklu meira fyrir hjúkrun en það sé miklu stærra mál sem hún muni halda áfram að beita sér fyrir, með öðrum hætti á nýjum stað. Starfið leggst vel í hana enda má segja að hún sé komin á heimaslóðir.“

„Það er örugglega persónuleg reynsla sem ýtti mér í þá átt; báðar ömmur mínar létust úr krabbameini en ég var mjög nán ömmu minni og nöfnu sem lést þegar ég var 11 ára.“

Persónuleg reynsla olli því að krabbameinshjúkrun varð fyrir valinu

Sigríður er með doktorspróf í krabbameinshjúkrun, hvers vegna valdir þú það sérsvið innan hjúkrunar á sínum tíma? „Ég óttaðist sjúkdóminn, fannst hann ógnvekjandi en ég ákvað samt ekki að fara í krabbameinshjúkrun fyrr en ég var að klára BS-námið. Það er örugglega persónuleg reynsla sem ýtti mér í þá átt; báðar ömmur mínar létust úr krabbameini en ég var mjög nán ömmu minni og nöfnu sem lést þegar ég var 11 ára. Á þeim árum var það oft þannig að krabbameinsveikir vildu ekki láta sína nánustu sjá sig þegar þeim fór að hraka. Og það var þannig að ég sá ekki ömmu mína síðustu vikurnar sem hún lifði. Það var hennar ósk og ég virði það en það var mjög sárt. Síðan lést ömmusystir mín úr krabbameini þegar ég var að læra hjúkrun, þetta var erfitt krabbamein og hún mjög veik og ég held að þessi upplifun hafi á endanum orðið til þess að ég fékk áhuga á krabbameinshjúkrun.“

Eftir útskrift fór Sigríður að vinna á 11E sem var krabbameinsdeild á Hringbraut. Síðan fór ég á 12G sem var kviðarholsskurðeild og þar voru líka framkvæmdar brjóstaaðgerðir á konum með brjóstakrabbamein. Á þessum tíma var ég búin að ákveða að fara í framhaldsnám og fór til Bandaríkjanna í klínískt meistaranám í krabbameinshjúkrun. Mér líkaði svo vel þar að ég ákvað að fara beint í doktorsnám. Ég ætlaði svo að vinna sem hjúkrunarfræðingur og hafði aldrei látið mér detta það til hugar að fara í stjórnunarstarf en rannsóknarvinna heillar mig,“ segir hún og það er því ljóst að hún er komin á réttan stað sem forstöðumaður Rannsókn- og skráningaseturs Krabbameinsfélagsins en Sigríður tók við þann 1. október sl. Hún segir mörg brýn verkefni fram undan, en spád er gríðarlegri aukningu í nýgengi krabbameina á næstu 20 árum eða rúmlega 40% til 2035 og rúmlega 50% til 2040. „Áhætta okkar sem einstaklinga fyrir því að fá krabbamein er ekki að aukast heldur er þetta fyrst og fremst vegna þess að þjóðin er að eldast. Að auki eykst mjög sá fjöldi sem lifir eftir greiningu krabbameins sem margir hverjir þurfa á ævilangri meðferð að halda. Þetta mun hins vegar hafa í för með sér mjög aukna þjónustubörf. Ef við viljum ganga að því vísu að fá þjónustu sem er sambærileg við það sem er boðið upp á í dag þarf að hrinda af stað mjög markvissum aðgerðum. Við þurfum fleira heilbrigðisstarfsfólk, fullnægjandi húsnæði, aðgang að nýjustu lyfjum og öðrum meðferðum og auka þarf notkun á fjarheilbrigðisþjónustu. Ég gæti haldið lengi áfram enda brenn ég fyrir þessu verkefni. Krabbameinsfélagið hefur þau markmið að fækka þeim sem greinast, fjölga þeim sem lifa og bæta líðan og lífsgæði þeirra sem lifa. Ég samsama mig mjög þessum markmiðum sem ég fæ tækifæri til að vinna að í starfi mínu“, segir hún að lokum.



LIFEPAK CR2

ALSJÁLFVIRKT HJARTASTUÐTÆKI

Ef einstaklingur fer í hjartastopp skiptir hver mínúta máli. Mikilvægt er að hafa réttan búnað við hendina þegar slíkt gerist. Sjálfvirk hjartastuðtæki er neyðarbúnaður sem hefur sannað gildi sitt í þessum aðstæðum.



LIFEPAK CR2:

- Alsjálfvirk
- Með fullorðins- og barnastillingu – stillt með einum rofa
- Sömu rafskaut fyrir fullorðna og börn
- Ekki þarf að stoppa hjartahnoð á meðan tækið metur hvort að gefa eigi rafstuð
- Gefur leiðbeiningar um endurlífgun, blástur og hjartahnoð og gefur tónmerki fyrir tíðni hjartahnoðs
- Notandinn velur íslenskt eða enskt tal

Verkefnið strákar hjúkra

Staðalmyndir og margbreytileiki

Staðalmyndir eru fyrirfram ákveðnar hugmyndir um útlit eða eiginleika fólks en einnig hafa þær mikil áhrif á líf okkar, eins og hvaða störf við veljum okkur. Staðalmyndir koma t.d. í veg fyrir það að strákar velji sér einn áhugaverðasta starfsvettvang sem til er, þ.e. störf við hjúkrun.

Höfundur

EYGLÓ INGADÓTTIR

hjúkrunarfræðingur og
formaður Jafnréttisnefndar
Landspítala

Aðeins 3% hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á Íslandi eru karlar. Ísland er meðal þeirra landa sem hafa lægst hlutfall starfandi karlkyns hjúkrunarfræðinga í heiminum, en til samanburðar eru 10% hjúkrunarfræðinga í Noregi, Svíþjóð og Bandaríkjunum karlar og 25% á Ítalíu. Og þó að einstaka strákar velji að fara í hjúkrunar- og sjúkraliðanám þá er eins og að órjúfanlegt glerpak haldi fjöldanum niðri.

Sífelld meiri áhersla er lögð á kynjajafnrétti í samfélaginu og að ákveðin störf eða stéttir tilheyri ekki bara einu kyni. Til þess að vinna að þessu hefur verið stofnað til verkefna eins og Stelpur og tækni í HR sem hefur það að markmiði að vekja áhuga 9. bekkjar stelpna á tæknigreinum og svo nú átaksverkefnið #kvennastarf sem fékk íslensku menntaverðlaunin 2022 í flokknum framúrskarandi iðn- eða verkmenntun. Þetta eru frábær verkefni sem hafa örugglega áhrif.

Strákar hjúkra-verkefnið

Árið 2020 fékk verkefnið *Strákar hjúkra – kynning fyrir stráka í 9. bekk grunnskóla* styrk frá Jafnréttissjóði Íslands, en markmið þess var að vekja áhuga stráka á hjúkrunarstörfum, breyta staðalmyndum og fjölga körlum sem velja þennan starfsvettvang. Um var að ræða samstarfsverkefni Jafnréttisnefndar Landspítala og hjúkrunarfræðideilda HÍ og HA. Upphaflega stóð til að hafa stóran kynningardag í anda *stelpur og tækni-verkefnisins* en vegna heimsfaraldursins varð að vera með kynningar fyrir litla hópa. Voru því settar upp vinnusmiðjur fyrir stráka vorin 2021 og 2022, í skólum á höfuðborgarsvæðinu og í Háskólanum á Akureyri, þar sem mikið var lagt upp úr virkri þátttöku strákanna. Þar tóku þeir meðal annars þátt í að hjúkra slösuðum, skipta á sárum, endurlífga og að æfa sig í að sprauta. Hlutverkjaleikir voru notaðir og reynt var eftir fremsta megni að manna vinnusmiðjurnar með fyrirmyndunum, þ.e. karlkyns hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum.



Alls tóku um 1.100 strákar, sem voru í 9 bekk, þátt í vinnusmiðjunum frá 47 skólum. Ekki var hægt að gera markvissar athuganir á ánægju strákanna með vinnusmiðjunar, þar sem það hefði kostað leyfisveitingar frá skólayfirvöldum og foreldrum, en það var eftirtektarvert hversu áhugasamir strákarnir voru. Námsráðgjafar skólanna sendu okkur aðstandendum verkefnisins mat eftir vinnusmiðjunar og ummælin voru öll á einn veg, eins og:

Þetta vakti mikla lukku og opnaði augu strákanna fyrir hjúkrun. Það skiptir máli að hafa karlmenn sem fyrirmyndir fyrir unglingana. Heimsóknin til okkar var frábær. Strákunum fannst verkefnin sem þeir unnu að mjög áhugaverð.

Tíminn verður að leiða í ljós hvort verkefnið hafi breytt staðalmyndum þessara drengja og að þeir velji sér hjúkrun sem starfsvettvang. Styrkurinn frá Jafnréttissjóði Íslands gerði okkur kleift að þróa og prófa skemmtilegar vinnusmiðjur sem gefa áhugaverða og raunsanna mynd af störfum í hjúkrun.

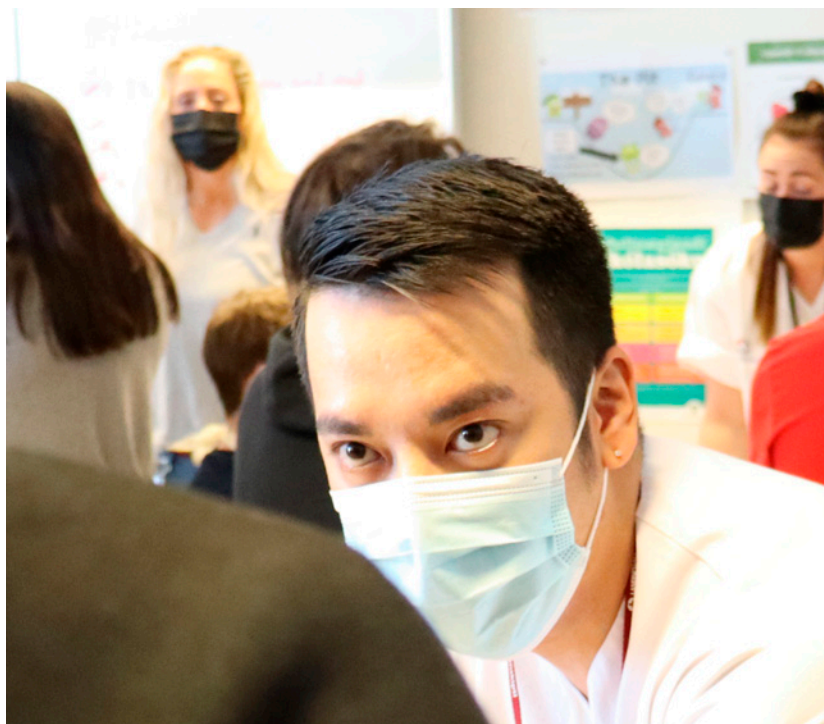
Margbreytileiki er mikilvægur í heilbrigðiskerfinu

Við þurfum margbreytilega einstaklinga til að vinna í heilbrigðiskerfinu og það er mikil þörf á hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum og sú þörf á eftir að aukast með fjölgun landsmanna og hækkandi aldri þjóðarinnar. Það er því afleitt að helmingur ungs fólks sjái hjúkrunarstörf ekki sem álitlegan starfsvettvang. Þessu þarf að breyta.

Heilbrigðiskerfið býður upp á að vera kvenna-vinnustaður og sem dæmi má nefna að 79% starfsmanna Landspítala eru konur. Konum hefur fjölgað mikið í læknanámi og í fyrra náðu konur í læknastrétt á Landspítala þeim áfanga að verða helmingur allra lækna á spítalanum. Á næstu árum á það hlutfall eftir að hækka. Ef körlum fjölgar ekki í hjúkrunarstörfum má því ætla að hlutfall karla lækki í heilbrigðiskerfinu á næstu árum og áratugum.

Sumir myndu kannski segja að það væri í góðu lagi, en helmingur sjúklinga er karlar og hlutfall karla sem hjúkra ætti að endurspegla það. Vandamálið er líka samkvæmt rannsóknum, að kynskiptur vinnumarkaður viðheldur launamuni kynjanna og stendur í vegi fyrir að mannauður samfélagsins sé nýttur til fulls. (Sjá t.d. skýrslu um stöðu kvenna og karla á íslenskum vinnumarkaði frá 2015¹).

Hjúkrun er starf sem felur í sér mikla möguleika. Hægt er að sérhæfa sig á fjölmörgum sviðum, starfa út um allan heim og skipta um starfsvettvang innan fagsins. Alltaf er nóg framboð af vinnu og möguleikar á góðum stöðum talsverðir. Það ætti því að vera eftirsótt af ungu fólki af öllum kynjum að mennta sig



„Það er einfaldlega bara sorglegt að strákar leggi ekki í að velja sér starfsvettvang eftir áhuga og hæfileikum vegna úreltra staðalmynda.“

til þessara starfa. Það er einfaldlega bara sorglegt að strákar leggi ekki í að velja sér starfsvettvang eftir áhuga og hæfileikum vegna úreltra staðalmynda.

Í ofangreindri skýrslu kemur líka fram að mikilvægar mótvægisáðgerðir gegn kynskiptum vinnumarkaði séu fræðsla og átaksverkefni sem vinna gegn staðalmyndum í skólum og fjölmiðlum. Við þurfum því kynningar um hjúkrunarstörf, eins og hér var áður lýst, fyrir stráka í grunnskólum. Við þurfum líka markvissar kynningar í framhaldsskólum og námsefni sem vinnur gegn staðalmyndum strax í leikskólum og síðast en ekki síst, þá er mikilvægt að fjölmiðlar og sjónvarpsefni styðji ekki við ríkjandi staðalmyndir heldur reyni að breyta þeim. Einnig væri áhugavert að stofna sérstakt jafnréttisverkefni á hjúkrunarheimilum, þar sem strákum byðist sumarstarf til jafns við stúlkur, en sumarstörf hafa örugglega mikil áhrif á starfsval síðar meir.

Til að vinna gegn staðalmyndum hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða þurfum við fjölbreytt verkefni eins hér hefur verið lýst, en til þess þarf fjármagn. Ef við gerum ekkert þá heldur glerþakið áfram að vera órjúfanlegt og koma í veg fyrir að karlar velji sér starfssvið innan hjúkrunar.

¹https://www.stjornarradid.is/media/velferddarraduneyti-media/media/rit-og-skyrslur-2015/Stada_karla_og_kvenna_29052015.pdf

„Fæðing og lífslok eru mikilvægustu stundir í lífi fjölskyldu og það að vera til staðar er það mikilvægasta í báðum tilfellum ...“



Vandasöm og viðkvæm hjúkrun

Dóra Halldórsdóttir hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir hefur hjúkrað deyjandi í rúm 30 ár

Viðtal: Sigríður Elín Ásmundsdóttir | **Myndir:** Þorkell Þorkelsson og úr einkasafni

Dóra Halldórsdóttir útskrifaðist sem ljósmóðir frá Ljósmæðraskóla Íslands árið 1978 og lauk BSc-gráðu í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands 1982. Dóra er hjúkrunarfræðingur á blóð- og krabbameinslækningadeild 11EG Landspítala og hefur starfað við hjúkrun deyjandi og krabbameinssjúklinga frá árinu 1989 en áður starfaði hún við heimahjúkrun í Gautaborg. Dóra segir að áhuginn á að hjúkra krabbameinssjúklingum hafi kviknaði strax ljósmóðurnáminu og óhætt er að segja að hún hafi verið leiðandi í líknarhjúkrun hérlandis en hún var deildarstjóri líknardeildar í 11 ár.

Við fengum Dóru til að koma í viðtal eitt síðdegisdag og komum okkur vel fyrir í Sigríðarstofu, sem heitir eftir fyrsta formanni félagsins, því andrúmsloftið þar inni er sérlega notalegt. Yfir rjúkandi kaffi og konfektmolum hefst spjall okkar um ækuár Dóru.

„Ég er fædd árið 1956 og var alin upp í Reykjavík af einstæðri móður, mamma vann sem þjónustustúlka hjá efnaðri kaupmannsfjölskyldu og þegar ég fæddist var fjölskyldan

akkúrat í siglingu. Mamma fékk því frí frá vinnu fyrstu sex vikurnar eftir að ég fæddist. Á þessum tíma bjuggum við mamma með systur hennar sem var fötluð og sú passaði mig þegar mamma fór aftur að vinna. Mamma fór síðan að vinna á barnaheimilinu Laufásborg og við mæðgur bjuggum þá saman í einu herbergi í húsnæði leikskólans. Ég fékk svo mislinga, en mamma þurfti samt að vinna og þá kíkti starfsfólkið bara reglulega inn um skráargatið á hurðinni til að fylgjast með mér, ef ég var róleg var ég í lagi ein þarna inni,“ segir Dóra og brosir enda hljómar það út í hött í dag að skilja tveggja ára lasið barn eitt eftir inni í herbergi.

Fyrsta verknámið hafði mikil áhrif á framhaldið

Við vendum kvæði okkar í kross og mig langar að vita hvers vegna Dóra hafi upphaflega valið að fara í ljósmóðurnám? „Ég ætlaði mér alltaf að fara í líffræði en sá auglýsingu um umsókn fyrir ljósmæðranám. Mér fannst svo spennandi fög í ljósmæðranáminu að ég sló til og sótti um án þess að velja því of mikið fyrir mér. Ég og vinkona mín vorum stúdentar þá um vorið og okkur langaði til Noregs að vinna um sumarið eins og svo margar stelpur á okkar aldri á þessum tíma. Við

settum því atvinnuauðglýsingu í norskt bændablað og fengum vinnu á bóndabæ í Harðangursfirði þar sem ræktuð voru jarðarber, kirsuber og epli. Við höfðum báðar verið mikið í sveit hér heima og sáum sveitalífið í ljóma. Við höldum að þetta yrði æðislegt sumar, sem það reyndar varð, en við höfðum aldrei lent í öðru eins harðræði og vorum látnar vinna í 12 tíma á dag. Það sem bjargaði okkur var að það skall á óveður, eplauppskeran brást og við gátum hætt á bóndabænum og fengum vinnu á hóteli í næsta bæ restina af sumrinu.“

Eftir að hafa eytt sumrinu í Noregi fóru vinkonurnar aftur til Íslands. „Ég átti að byrja í ljósmóðurnáminu en var efins um að það væri það sem ég vildi. Ég vissi varla í hverju starfið fólst en mér líkaði strax svo vel í náminu að það hvarflaði aldrei að mér að hætta. Ég ákvað svo að fara beint í hjúkrunarfræði, því þær ljósmæður sem voru mínar fyrirmyndir voru hjúkrunarfræðingar líka. Ég hugsaði með mér að ég myndi svo taka líffræðina í framhaldinu því það var alltaf draumurinn,“ segir hún og hlær innilega. Líffræðina fór Dóra aldrei í en hún segist ekki sjá eftir því að hafa lært bæði ljósmóður- og hjúkrunarfræði en telur hún það hafa nýst sér í starfi að vera menntuð í hvoru tveggja? „Já, engin spurning. Fyrstu starfsárin vann ég sem ljósmóðir en mestan part starfsævinnar hef ég unnið við að hjúkra krabbameinssjúklingum og deyjandi. Áhugi minn á líknarhjúkrun gerði snemma vart við sig, en þannig var að ég var nýbyrjuð í ljósmóðurnáminu og fór í fyrsta verknámið mitt á Kvennadeildina. Þar var ég í mánuð en á þessum tíma lágu þar líka konur með krabbamein. Ég kynntist þar krabbameinsveikri konu sem ég fylgdi þennan mánuð og var svo hjá henni þegar hún lést. Þessi kona hafði mikil áhrif á mig. Á fyrstu árunum í hjúkrunarfræðináminu tók ég svo næturvaktir á Landspítalanum við yfirsetu yfir mjög veikum og deyjandi konum. Á þessum árum voru eingöngu fastir heimsóknartímar og máttu ættingjar því ekki vera hjá sínum nánustu þrátt fyrir að þeir væru deyjandi.“

Öll sumur meðan Dóra var í hjúkrunarfræðináminu vann hún sem ljósmóðir úti á landi sem hún segir að hafi verið mjög lærdómsríkt. „Eftir að ég kláraði námið fór ég að vinna sem ljósmóðir á Akranesi. Árið 1984 hóf ég störf á sængurkvennagangi á Kvennadeild Landspítans og sama ár eignaðist ég mitt fyrsta barn. Fæðingarorlofið var þá þrír mánuður. Þetta var erfið fæðing og ég var engan veginn búin að jafna mig, hvorki líkamlega né andlega, þegar ég mætti aftur til vinnu. Ég varð deildarstjóri á Sængurkennadeild 22 A um haustið og starfaði þar til ársins 1988 þegar ég eignaðist mitt annað barn en ég á tvær dætur og eina stjúpdóttur,“ segir Dóra. Þetta sama ár flutti fjölskyldan svo til Svíþjóðar þar sem eiginmaður Dóru fór í nám.

„Í Gautaborg var ég í barnsburðarleyfi fyrsta árið þar sem yngri dóttirin var einungis tveggja mánaða þegar ég flutti út, en Halli, maðurinn minn, fór út á undan okkur. Að loknu barnsburðarleyfinu hóf ég svo störf við heimahjúkrun og í því starfi var ég mikið að sinna krabbameinssjúklingum. Það kom eiginlega til af því að sjúklingar sem voru hættir að svara meðferð voru útskrifaðir frá krabbameinseiningunni og fengu ekki að leggjast inn á krabbameinsdeildina aftur, heldur áttu þeir að leggjast inn á þá deild sem þeir höfðu greinst á. Þetta gerði það að verkum að þeir völdu þá frekar að deyja heima en að leggjast inn á sjúkrahús og því fjölgaði mikið krabbameinssjúklingum hjá okkur í heimahjúkruninni. Teymið sem ég var í var mjög gott og faglegt og þarna fann ég, má segja, mína hillu innan hjúkrunar. Ég starfaði við heimahjúkrun í sjö ár og fór á þessum tíma, ásamt tveimur samstarfskonum mínum, í nám í hjúkrun við lífslok sem var sérstaklega ætlað hjúkrunarfræðingum sem unnu í heimahjúkrun. Á þessum árum varð það sífellt algengara að sjúklingar vildu deyja heima hjá sér og því var þörfin fyrir þessa sérþekkingu mikil.“



Dóra ásamt dætrum sínum
á góðum degi.

Vandasöm og viðkvæm hjúkrun

Dóra segir að árin í Gautaborg hafi verið góð en þegar eiginmaðurinn hafði lokið sínu námi, flutti fjölskyldan heim til Íslands. Dóra hóf þá störf á krabbameins- og blóðlækningadeild 11 E á Landspítalanum. „Mig hafði lengi langað til að starfa við líknarhjúkrun og beið eftir að líknardeildin yrði opnuð, áhugi minn og ástríða lá þar. Ég vann í líknarráðgjafateymi Landspítalans í þrú ár áður en ég réði mig á líknardeildina í Kópavogi þar sem ég vann í 12 ár, þar af sem deildastjóri í 11 ár. Þetta er vandasöm og viðkvæm hjúkrun má segja því skjólstæðingar eru deyjandi og aðstandendur upplifa miklar tilfinningar og sorg. Þetta er samt mjög gefandi starf, það er svo góð tilfinning að vita að maður er að gera gott. Ef ég sem fagmanneskja sinni deyjandi fólki og ættingjum þeirra vel er ég einnig að vinna fyrirbyggjandi starf fyrir aðstandendur til að takast á við það sem á eftir kemur. Bara það að vera til staðar og hlusta er mjög mikilvægt í þessu samhengi. Að gefa sér tíma til að tala við fólk og líka að upplýsa það, bæði sjúklinga og aðstandendur þeirra, skiptir svo miklu máli,“ útskýrir hún einlæg.

Að hvaða leyti finnst þér frábrugðið að starfa á líknardeild, eftir að hafa unnið lengi með krabbameinssjúklingum á krabbameinsdeild og í heimahjúkrun. Dóra hugsar sig um stundarkorn áður en hún segir: „Mér finnst auðveldara að starfa á líknardeildinni að því leyti að það er búið að taka samtalið um meðferðarmarkmið þegar þangað er komið og allir eru því á sömu blaðsíðu; sjúklingurinn, aðstandendur og starfsfólk deildarinnar. Þegar ég vann á krabbameinsdeildinni á árunum 1996 til 2000 fannst mér oft verið að ræna fólki tíma með því að ræða ekki meðferðarmarkmið fyrr en rétt áður en sjúklingurinn dó, þannig að sjúklingurinn og aðstandendur hans voru alltaf að bíða eftir að hann yrði hressari til þess að komast heim. Ef þau hefðu vitað hvert stefndi hefði sjúklingurinn kannski viljað eyða þeim tíma sem eftir var heima. Svíar kalla þetta samtal „Brytpunktsamtal“ (tímamótasamtal), þ.e. samtal sem tekið er þegar breyting er á sjúkdómsmyndinni, þegar sjúklingurinn hættir að svara lyfjameðferðum. Það að þurfa að segja sjúklingum að endalokin nálgist er erfitt og það er ástæðan fyrir því hve oft dregst að fara í samtalið um meðferðarmarkmiðið. Læknar veigra sér oft við taka þetta samtal. Samtal um meðferðarmarkmið snemma í sjúkdómsferlinu bætir lífsgæði sjúklinga og aðstandenda þeirra.“

Viss heilun í að fá að segja frá

Það er án nokkurs vafa mikilvægt að kunna að bregðast við þegar skjólstæðingar fá erfiðar fréttir, hvernig var því háttað í þínum störfum með krabbameinsveikum og deyjandi skjólstæðingum, hvaða bjargráð hefur þú haft? „Ég hélt lengi vel að ég bæri ekkert heim með mér þegar eitthvað erfitt var í vinnunni. Ég fór eitt ár í afleysingu á glasafrjóvgunardeildina meðan hún var á Landspítalanum. Þegar ég fór síðan aftur á

„Það að þurfa að segja sjúklingum að endalokin nálgist er erfitt og það er ástæðan fyrir því hve oft dregst að fara í samtalið um meðferðarmarkmiðið. Læknar veigra sér oft við taka þetta samtal.“

krabbameinsdeildina, eins og fyrirhugað var, sagði yngri dóttir mín, sem þá var 11 ára gömul: „Mamma ertu að fara af hamingjudeildinni þar sem allir eru svo glaðir og aftur þangað sem þú varst svo oft sorgmædd í augunum?“ Ég sem hélt að ég tæki ekkert heim með mér. En það sem hjálpar mér mest er að tala við samstarfsfólk mitt, helst strax. Þegar hætt var að gefa munnleg rapport vann ég á næturvöktum og það var erfitt að fá ekki tækifæri til að segja hvað hafði hent um nóttina og fá stuðning frá samstarfsfólki. Það er viss heilun í að fá að segja frá. Þess vegna er handleiðsla líka góð og viðrunarfundir. Annars les ég mikið og horfi á norræna glæpabætti, aðallega í danska sjónvarpinu. Ég fer líka mikið í leikhús og í seinni tíð hef ég farið á námskeið hjá Endurmenntun Háskólans um t.d. Íslendingasögurnar, sem er kannski merki um að ég sé að verða gömul,“ segir hún og hlær.

Líknarhjúkrun og ljósmóðurstarfið eiga margt sameiginlegt

Dóra segir að ljósmóðurstarfið sé ekki svo frábrugðið líknarhjúkrun þótt það gæti virst svo í fyrstu. Að taka á móti nýju lífi og að hjúkra fólki síðasta spölinn fyrir andlátið segir hún líkt að mörgu leyti. „Maður notar sömu elementin; í ljósmóðurstarfinu er ég til staðar hjá konum í fæðingu án þess að geta endilega linað hriðarnar eða stýrt ferlinu, þá er gleði en líka stundum sorg. Ljósmóðirin er mjög nálægt fjölskyldunni og fæðing er viðkvæmur tími. Sama má segja um lífslok. Að hjúkra deyjandi manneskju er líka viðkvæmur tími, ég get reynt að vera til staðar og linað þjáningar eftir fremsta megni, en ekki breytt gangi mála. Fæðing og lífslok eru mikilvægustu





„Mig hafði lengi langað til að starfa við líknarhjúkrun og beið eftir að líknardeildin yrði opnuð, áhugi minn og ástríða lá þar.“

stundir í lífi fjölskyldu og það að vera til staðar er það mikilvægasta í báðum tilfellum, útskýrir Dóra hugsí. En hvaða áskoranir reyndust þér erfiðastar? „Þegar maður sem hjúkrunarfræðingur upplifir að maður sé ekki sáttur við þá meðferð eða nálgun sem beitt er, að hægt væri að gera betur. Þá á ég til dæmis við varðandi einkennameðferð sjúklings og samtal við sjúkling og fjölskyldu hans. Það eru mjög margar áskoranir, ósáttar fjölskyldur og ósætti innan fjölskyldna skjólstæðings. Einnig er gífurlega erfitt að horfa upp á það þegar sjúklingar eru með mikil og erfið einkenni s.s. verki, ógleði eða kvíða, sérstaklega ef sjúklingurinn afþakkar lyf og aðra aðstoð. Í dag er hægt að verkjastilla sjúklinga betur en áður, en það getur líka verið áskorun að fá sjúklinga til að samþykka verkjameðferð. Sjúklingar sem eru í afneitun varðandi hlutskipti sitt og glíma við vanlíðan er erfitt að horfa upp á.“

Myndin er tekin í Pýreneafjöllum.



Dóra segir að þegar krabbameinssjúklingar nálgist lokastig sjúkdómsins verði þeir oft sljóir, sofi mikið og tjái sig minna. Þess vegna finnst henni svo mikilvægt að taka „samtalið“ um leið og sjúklingur greinist með ólæknandi krabbamein. „Þá getur sjúklingur fengið tækifæri til að tjá sig, hvað hann vill gera við tímann sem er eftir, einnig varðandi meðferðarúrræði og annað sem skiptir hann máli. Ættingjar geta þá sömuleiðis undirbúið sig og notað tímann með ástvininum.“ Dóra svarar aðspurð að hún myndi frekar vilja vita ef hún væri deyjandi en að deyja skyndidauða. „Þegar ég var ung hefði ég valið skyndidauða en í dag myndi ég vilja vita það og geta undirbúið mig og fjölskylduna. Ræða hlutina áður en ég fer. Ég held að þegar fólk er bráðkvætt sé sorgarferlið oft erfiðara, fólk hefur ekki tíma til að kveðja og tækifæri til að gera upp

hluti sem eru óuppgerðir. Auk þess fá aðstandendur oft minni stuðning þegar ástvinur er bráðkvaddur. Sorgarsamtök eru mikilvæg í þessu samhengi því að sorgarúrvinnsla skiptir svo gríðarlega miklu máli fyrir líðan og heilsu. Þar langar mig að nefna Sorgarmiðstöðina, sem sinnir fræðslu og ráðgjöf til syrgjenda og þeirra sem vinna að velferð syrgjenda. Það er oft gott að hitta fólk sem hefur gengið í gegnum svipaða reynslu. Ég sá gjarnan á setustofunni á líknardeildinni að ættingjar sjúklinganna tengdust og fóru að spjalla. Þeir sýndu hver öðrum umhyggju, enda aðstæður viðkvæmar og svipaðar hjá báðum fjölskyldum. Þetta er dýrmætt.“

Mannekla ljúandi

Hvað er það eftirminnilegasta sem þú hefur gert sem hjúkrunarfræðingur eða ljósmóðir? „Það sem er svo æðislegt við hjúkrun er hvað hún er fjölbreytt, það er hægt að starfa svo víða. Ég hef unnið við ljósmæðrastörf, glasafrjóvgun, við kennslu, á öldrunardeild, í heimahjúkrun og svo lengst af við hjúkrun krabbameinssjúklinga. Ég var deildarstjóri á líknardeildinni í Kópavogi í 11 ár. Það að vera deildarstjóri getur verið ákaflega ljúandi, sérstaklega hvað manneklu varðar. Ég hætti sem deildastjóri þegar komið var að því að endurnýja ráðninguna mína í annað sinn. Mér fannst þetta orðið gott og langaði að enda starfsferilinn í almennri hjúkrun. Þaðan fór ég til baka á bráðadeild að sinna sjúklingum með blóðsjúkdóma, á deild 11 G, sem núna er orðin aftur að krabbameins- og blóðlækningadeild eins og þegar ég byrjaði að hjúkra krabbameinssjúklingum á Íslandi árið 1996. Núna er deildin bara stærri. Þá var markmiðið að minnka deildareiningarnar en núna er verið að sameina og stækka deildir. Mér hefur alltaf fundist vinnufélagarnir skipta miklu máli, að það sé góður andi, gott samstarf og teymisvinna. Mér hefur líka alla tíð fundist skemmtilegast að vinna með sjúklingum.“ Við látum þetta verða lokaorðin og kveðjum frábæran viðmælanda.

Með hæstu einkunn í sögu deildarinnar

Kristófer Kristófersson segir að hugsunarhátturinn þurfi að breytast

Viðtal: Sigríður Elín Ásmundsdóttir | Myndir: Björn Gíslason og úr einkasafni

Kristófer Kristófersson, viðskipta-, markaðs-, og hjúkrunarfræðingur, brautskráðist frá Háskóla Íslands með hæstu einkunn í sögu Hjúkrunarfræðideildar skólans, eða 9,71 í meðaleinkunn. Auk þess kláraði hann námið á þremur og hálfu ári í stað fjögurra. Fjölmíðlar fóru á flug og fengu Kristófer til að koma í viðtöl og Tímarit hjúkrunarfræðinga varð líka að heyra í þessum nýútskrifaða hjúkrunarfræðingi sem fannst alveg sjálfsgagt að koma í spjall. Kristófer er hógvæðin uppmáluð, hann vill ekki gera mikið úr námsárangri sínum og jatar að hafa hvorki lesið né hlustað á þau viðtöl sem fjölmíðlar hafa tekið við hann á síðustu dögum. Hann segist samt hafa velt því fyrir sér hvort kyn hans hafi haft áhrif á áhuga fjölmiðla og hvort kona sem hefði náð sama framúrskarandi árangri hefði fengið sömu fjölmiðlaathygli.

Þú varst áberandi í fjölmiðlum fyrir framúrskarandi námsárangur, kom þessi mikla fjölmiðlaathygli þér á óvart?

Já, virkilega. Ég hafði ekki hugmynd um þetta fyrr en maður á markaðs- og samskiptasviði Háskóla Íslands hafði samband við mig og spurði hvort ég væri til í að mæta í útvarpsviðtal. Ég hafði verið á næturvakt nóttina áður, vaknaði seinnipartinn og sá þá fjögur ósvöruð símtöl á símanum mínum úr símanúmeri sem ég kannaðist ekkert við. Ég hélt að eitthvað hefði komið fyrir og hringdi því strax til baka og fékk þá þær fréttir að ég hefði verið með hæstu einkunn frá upphafi frá Hjúkrunarfræðideild HÍ. Síðan hafa þónokkrir fjölmiðlar haft

samband við mig en ég verð að jata að ég hef ekki lesið eða hlustað á neitt af þessum viðtölum við mig. Ég treysti bara mínum nánustu til að segja mér hvernig þetta kom út og vona það besta.

Hefur þú alla tíð verið afburðanámsmaður?

Ég held ég hafi aldrei verið vitlaus en ég var ekkert allt of duglegur að sinna náminu í grunnskóla eða á fyrsta árinu í MR. Það var smá sjokk að fara í MR því það var fyrst þá sem ég fattaði að ég þyrfti aðeins að hafa fyrir þessu og ég jata alveg að ég var ekkert allt of langt frá því að falla í nokkrum áföngum. Eftir fyrstu tvö árin í menntaskóla fann ég löngun til að leggja meira á mig og þá fór mér að ganga betur.

Heldur þú að þú hefðir fengið sömu fjölmiðlaathygli ef þú værir kona að útskrifast úr hjúkrun með hæstu meðaleinkunn sem gefin hefur verið?

Ég hef satt að segja velt því fyrir mér og borið þessa spurningu upp við samstarfsfólk mitt og við rætt þetta opinskátt. Það er engin leið að vita það og ég hef velt því fyrir mér hvort þessi mikla athygli sé tilkomin vegna þess að ég er karlmaður eða vegna þess að ég hef farið óhefðbundna leið á mínum námsferli. Fólk finnst áhugavert að ég hafi tekið tvö ár í læknisfræði, svo klárað tvær háskólagráður og eftir nokkur ár á vinnumarkaði ákveðið að læra hjúkrunarfræði. En já þetta er góð spurning og það væri áhugavert að vita hvað veldur þessum áhuga.

Hvað tekur við núna eftir útskrift?

Ég ætla bara að njóta þess að vera búinn með þennan áfanga og að þurfa ekki sífellt að hugsa um næsta verkefni. Maður verður líka að gefa sér tíma til að staldra við, vera ekki alltaf að stefna að einhverju, reyna heldur að vera sáttur í eigin skinni í núinu og vera sáttur þar sem maður er. Starf mitt í



geðinu felst mikið í því að ræða líðan og tilfinningar og það hefur fengið mig til að horfa meira inn á við og þekkja sjálfan mig betur. Ég held að þeir sem hafi lesið mína sögu sjái það að ég hef ekki alltaf vitað hvert ég stefndi eða verið ánægður í því sem ég var að gera en núna finn ég að ég er sáttur. Ég lærði að sjá hvað ég vildi fá út úr starfinu og það leiddi mig má segja inn á geðið. Ég fór strax eftir klásus að vinna á móttökugeðdeild fíknimeðferðar og mér líkaði svo vel þar að ég er þar enn, ástæðan er bæði áhugi minn á geðhjúkrun og hvað ég er ótrúlega ánægður með mitt samstarfsfólk og líður vel í vinnunni.

Móðir þín er bæði hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir, fannst þér hennar starf heillandi þegar þú varst barn að alast upp?

Ég get ekki sagt að ég hafi endilega heillast af starfinu sem barn. Fyrstu minningarnar eru af mömmu minni í sínu starfi sem hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir, að svara símtölum frá nýbökudum mæðrum sem þurftu ráðleggingar varðandi stálma í brjóstum og fleira þess háttar á öllum stundum dagsins. Þá þurfti maður líka að bíða út í bíl meðan mamma var í heimaþjónustu. Það kom fyrir þegar ég var barn að maður þurfti að koma við í vinnunni með mömmu á heilsugæslunni á Seltjarnarnesi og ég man að mér þótti það mjög spennandi staður. Ég veit ekki hvað varð til þess að ég

„Starf mitt í geðinu felst mikið í því að ræða líðan og tilfinningar og það hefur fengið mig til að horfa meira inn á við og læra þekkja sjálfan mig betur.“

valdi hjúkrunarfræði en ég viðurkenni alveg að þegar ég var yngri gaf ég því engan gaum að læra hjúkrun, kannski var það mín eigen þröngsýni sem fleiri karlmenn tengja kannski við. Ég þældi bara ekki í því að ég gæti lært hana.

Áttu þér fyrirmynd í faginu?

Já, margar og það erfitt að gera upp á milli. Bæði hjúkrunarfræðingar sem ég hef kynnst í náminu, vinnunni og þar sem ég hef verið í verknámi. Það eru frábærir hjúkrunarfræðingar á öllum stöðum sem ég hef verið.

Hver er ímynd hjúkrunarfræðinga hér á landi að þínu mati?

Ég held að ímynd hjúkrunarfræðinga fari mikið eftir því á hvaða tímapunkti þú spyrð fólk út í hana. Þeir sem hafa verið í nálægð við störf hjúkrunarfræðinga, hvort heldur sem sjúklingur eða aðstandandur, telja störf hjúkrunarfræðinga mikilvæg og ímyndin er jákvæð. Þegar umræðan fer að snúast um kjaramál og annað er ímyndin hins vegar oft önnur og neikvæðari. Þegar fólk talar um einstaka hjúkrunarfræðinga er það oftast mjög jákvætt en ég tek eftir að það er oft meiri neikvæðni þegar talað er um stéttina eða hjúkrunarfræðinga sem heild.

Hvernig sérðu hjúkrunarfræði sem fag þróast á næstu árum og áratugum?

Ég held að það verði meiri sérhæfing í hjúkrun í framtíðinni. Ég fékk einkennilega spurningu á Bylgjunni um daginn þar sem spurt var hvort hjúkrunarfræðingar væru farnir að skipta sér meira af störfum lækna, ég held að það sé ekki rétt og lít þannig á að það sé frekar um að ræða meira samtal og samstarf á milli þessara stétta en áður var. Ég tel að það sé jákvætt að þessar tvær stéttir vinni meira saman, við vitum hvert mikilvægi lækna, hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstétta er og þetta er engin keppni. Þessar stéttar mega ekki horfa hver til annarrar út frá því hvort ein stéttin sé mikilvægari en önnur.

Nú eru karlmenn hærra hlutfall af hjúkrunarfræðingum í mörgum öðrum löndum en hér á landi, hvers vegna heldur þú að við séum enn þá föst í fornöld þegar kemur að því að vera karlmaður í hjúkrunarfræði?

Ég held að svarið við þessari spurningu sé einfalt. Ég held að margir ungir strákar sem eru að hugsa hvað þeir ætli að verða þegar þeir verða stórir leiði einfaldlega ekki hugann að því að hjúkrun gæti verið fyrir þá, að það sé möguleiki í stöðunni að velja hjúkrun.

Hvernig breytum við þessu og fáum fleiri karlmenn til að læra hjúkrunarfræði?

Við verðum að venja okkur á að tala ekki um hjúkrun sem kvennastarf og það byrjar hjá okkur sjálfum sem tilheyrum stéttinni. Það þarf að breyta hugsunarhættinum.

Hefur þú skoðun á mönnunarrvandanum og hvernig væri mögulega hægt að leysa hann?

Það þarf leysa hann og ég ætla ekki að þykjast vera með neina töfralausn en við getum byrjað á að skrifa undir kjarasamning sem hjúkrunarfræðingar eru sáttir við og fer ekki í gerðardóm.



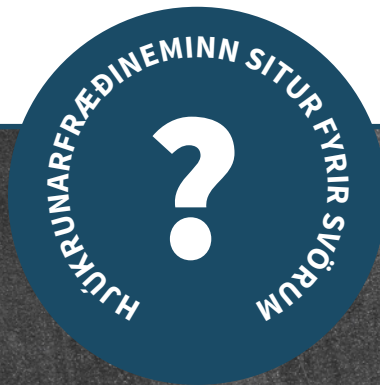
„Það þarf leysa hann og ég ætla ekki að þykjast vera með neina töfralausn en við getum byrjað á að skrifa undir kjarasamning sem hjúkrunarfræðingar eru sáttir við og fer ekki í gerðardóm.“

Hver er draumurinn?

Eltast ekki endalaust við hamingjuna heldur finna hana og það er ég að gera.

Að lokum hvaða áhugamál áttu sem efla andann og næra sálina?

Útivist og hreyfing eins klassískt og það hljómar. Ég er í crossfit og fæ ágætis útrás þar en við ræðum þetta oft á geðdeildinni þar sem ég starfa að ef grunnþættirnir, svefn, hreyfing og mataræði eru í lagi þá fylgir oftast andlega heilsan með þegar maður er með gott fólk í kringum sig.



Steinunn Ýr Hilmarsdóttir

Myndi hækka grunnlaunin ef hún ætti eina ósk

Á hvaða ári ertu í náminu?

Ég er á fjórða ári í HÍ.

Ertu búin að ákveða hvar þú vilt starfa eftir útskrift?

Hugur minn er algjörlega tileinkaður ljósmóðurfraði.

Hafðir þú lengi stefnt að því að læra hjúkrunarfræði eða varstu að íhuga eitthvað annað nám? Ég byrjaði að læra snyrtifræði samhliða stúdentsprófinu og kláraði sveinprófið í október 2019, sama ár og ég byrjaði að læra hjúkrunarfræði. Hafði alla tíð dreymt um að verða ljósmóðir og skellti mér því í hjúkrun eftir að hafa tekið smá pásu frá námi og lifað lífinu.

Gætir þú hugsað þér að starfa við fagið erlendis í framtíðinni? Já, ég gæti vel hugsað mér að prófa að vinna erlendis og kynnast starfi hjúkrunarfræðinga í öðrum löndum.

Skemmtilegasta fagið? Allt sem tengist konum og börnum því þar liggur mitt áhugasvið.

Erfiðasta fagið? Mér fannst lífeðlisfræði og lyfjafræði alltaf frekar strembnar greinar.

Eitthvað sem hefur komið á óvart í náminu? Já, hversu erfið þetta er í raun og veru en þó svo ótrúlega skemmtilegt og gefandi á sama tíma.

Eitthvert fag sem þér finnst vanta í námið? Það er að mínu mati aldrei hægt að taka of mikið um andlega heilsu/veikindi og mikilvægi þess að viðhalda andlegri heilsu og þekkja inn á andleg veikindi.

Ætlar þú að fara í framhaldsnám?

Já, ljósmóðurfraði.

Hressasti kennarinn? Þorsteinn hefur nú held ég vinningin hér.

Eftirminnilegasta kennslustundin til þessa? Ætli það sé ekki verklegi tíminn þegar við vorum að læra setja æðaleggi.

Flottasta fyrirmyndin í faginu?

Ellen Björnsdóttir, aðalhjúkkan á bráða-móttökunni, er algjör fyrirmynd fyrir alla hjúkrunarfræðinga.

En í lífinu? Mamma besta er algjör fyrirmynd fyrir mig.



Aldur
28 ára

Stjórnumerki
Ljón út í gegn

Eiginleikar sem þú vilt tileinka þér í starfi? Hafa traust og trú á sjálfum sér og gera alltaf sitt besta.

Uppáhaldslæknadrama? Grey's Anatomy, ég hef horft á þá þætti óþarflega oft.

Besta ráðið við prófkviða? Eiga bestu samnemendurna sem koma manni í gegnum próflesturinn. Hef verið einstaklega heppin að kynnast svona góðum hóp en við lærum alltaf saman og kvöldið fyrir próf spjöllum við saman um allt námsefnið. Það hefur algjörlega bjargað mér hingað til.

Kaffi, te, kók, orkudrykkir eða allt saman? Sódavatn úr vélinni í skólanum og á LSH, en ég drekk Nocco í prófatíð.

Besta næðið til að læra? Verandi með ADHD þá þarf ég ekki mikið næði en mér þykir alltaf best að vera í góðra vina hópi.

Hvernig nærir þú andann? Félagslífið kemur manni í gegnum námið og lífið.

Líkamsrækt eða letlíf á frídögum? ADHD-mannskjan ég á mjög sjaldan frídaga, hvað þá letlíf á frídögum.

Þrjú stærstu afrek í lífinu? Klárlega að komast í gegnum klásusinn á fyrstu önn og

að fara að útskrifast núna. Hafði sett mér markmið að fjárfesta í íbúð fyrir 25 ára aldur og það tókst en kostaði svo sannarlega blóð, svita og tár.

Hefur þú áhyggjur af hlýnun jarðar?

Nei, ég get ekki sagt það, treysti á að sérfræðingar í þeim málum séu að vinna í því.

Hvað gerir þú til að sporna við gróðurhúsáhrifum? Mætti klárlega taka mig á í þeim málum.

Hvað gleður þig mest í lífinu? Elska góðar samverustundir með vinum eða fjölskyldu. Gott djamm með vinahópnum klikkar líka seint.

Hvað hryggir þig helst? Óréttlæti.

Hvernig fáum við fleiri karlmenn til að læra hjúkrun?

Held að það séu margir strákar sem átta sig ekki á því hvað hjúkrunarfræði getur verið gríðarlega fjölbreytt starf og hvað hjúkrunarfræðingar hafa mikið að segja. Ég held að ef fleiri strákar vissu meira um starf hjúkrunarfræðinga þá myndu þeir skella sér í námið.

Ef þú ættir eina ósk? Það fyrsta sem kom upp í hugann var að hækka grunnlaun hjúkrunarfræðinga.

Fallegasta borg í heimi? Ítalía á sérstakan stað í hjarta mínu eftir að ég bjó þar. Verona og Róm þá sérstaklega.

Falín perla í náttúru Íslands? Er skrítið að segja Herjólfssdalur um Verslunarmannahelgi?

Hvernig myndir þú lýsa þér í einni setningu? Snarofvirk en samviskusöm.

Hvernig nemandi ertu? Er með frestunaráttu í bland við ADHD en með einhverri óútskýranlegri þrautseigju er ég hér að klára námið.

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

Ég tel að hægt sé að fá fleiri í hjúkrun með því að endurskipuleggja uppbyggingu námsins og hafa meiri sveigjanleiki til að koma til móts við nemendur.

Alveg að lokum hvað, ef eitthvað, finnst þér vanta í Tímarit hjúkrunarfræðinga? Bláðið er bara í toppstandi eins og það er.

Söguleg verkföll í Bretlandi

Í byrjun nóvember síðastliðnum boðuðu Samtök breskra hjúkrunarfræðinga, Royal College of Nursing (RCN), verkfallsaðgerðir í fyrsta sinn í 106 ára sögu samtakanna. Verkföllin eru innan bresku heilbrigðisþjónustunnar NHS og samanstanda af verkföllum á einstaka svæðum eða starfstöðvum í takmarkaðan tíma.

Texti: Ari Brynjólfsson | Myndir: RCN/Duncan Soar.

Þegar þessi grein er skrifuð eru liðnir meira en 100 dagar frá því verkföll hjúkrunarfræðinga í Bretlandi voru boðuð og enginn endir virðist vera í sjónmáli. Kröfur hjúkrunarfræðinga snúa fyrst og fremst að bættum kjörum og að mönnun ógni ekki öryggi. Rúmlega 300 þúsund hjúkrunarfræðingar starfa í Bretlandi og í hverjum aðgerðum leggja þúsundir niður störf. Fleiri stéttir eru einnig í verkföllum í Bretlandi, þar á meðal sjúkraflutningamenn.

Bresk stjórnvöld hafa boðið 1.400 punda launahækkun á ári, eða tæpar 249 þúsund íslenskar krónur, deilt niður á tólf mánuði sem gera tæpar 21 þúsund krónur á mánuði. Þetta telja hjúkrunarfræðingar þar í landi alls ekki nóg og hafa vísað til verðbólgu sem mælist fimm prósentustigum hærri en launahækkunin ásamt því að álag fari sífellt vaxandi. Eru kröfur þeirra um fimm prósentu hækkun launa umfram verðbólgu sem mælist um tíu prósent.

Ekki sest að samningaborðinu

Fyrstu verkföllin hófust á 44 stöðum á Englandi, Norður-Írlandi og í Wales um miðjan desember, 55 stöðum í janúar og 73 stöðum í febrúar. Verkföllin eru ekki bundin öryggismönnun, líkt og þekkist á Íslandi, heldur voru einstaka deildir undanskyldar verkföllum, þar á meðal vökudeildir, himnuskiljun, krabbameinsdeildir og gjörgæsludeildir. RCN hefur aðeins átt í óformlegum viðræðum við stjórnvöld og hafa lýst þeim sem óviljugum til að setjast að samningaborðinu.

Til stendur að bæta í verkföllin í marsmánuði og er stefnt að því að enn fleiri staðir, allt að helmingur sjúkrahúsa NHS, verði óstarfhæfir í þrjá daga í einu. Þá verða gjörgæslu- og krabbameinsdeildir ekki lengur undanskyldar verkfallinu. Hjúkrunarfræðingar sem taka þátt í verkföllum hafa getað sótt um 50 pund fyrir hvern dag í verkfallssjóð RCN, verður sú tala hækkuð í 80 pund í mars auk 120 punda fyrir þá sem taka fjóra eða fleiri daga í röð í verkfalli.

Hækkun þýðir skert þjónusta

Ráðherrar bresku ríkisstjórnarinnar hafa sakað hjúkrunarfræðinga um að stefna lífum sjúklinga í hættu með aðgerðum sínum. Steve Barclay heilbrigðisráðherra hefur ítrekað sagt að ekki sé hægt að hækka laun hjúkrunarfræðinga meira. Ef launakostnaður hækkaði þýddi það að skera þyrfti niður í þjónustu við sjúklinga, þar að auki myndi það auka verðbólguna í landinu. Nadhim Zahawi, formaður Íhaldsflokksins, sem myndar ríkisstjórnina, gagnrýndi hjúkrunarfræðinga harðlega í byrjun desember og sagði að verkföll myndu einungis stuðla að sundrun Vesturlanda sem yrði vatn á myllu Vladímír Pútín Rússlandsforseta í stríðinu í Úkraínu.

Pat Cullen, framkvæmdastjóri RCN, hefur biðlað til stjórnvalda að semja og harmar að verkföllin þurfi að halda áfram. „Við erum einungis að þessu til að fá stjórnvöld til að bjarga heilbrigðisþjónustunni. Það þarf að viðurkenna að þúsundir stöðugilda eru ómannaðar sem bitnar á sjúklingum,“ sagði Cullen um miðjan febrúar. „Við höfum rétt stjórnvöldum sáttarhönd og boðist til að slaka á kröfum til að geta hafið formlegar viðræður, við erum enn opin fyrir því.“

Ánægð með stuðning frá Íslandi

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga lýsti yfir stuðningi við aðgerðir RCN sama dag og þær voru tilkynntar, félagið skrifaði einnig undir sameiginlega stuðningsyfirlýsingu Samvinnu hjúkrunarfræðinga á Norðurlöndum (SSN). Cullen þakkaði fyrir stuðninginn í bréfi til Fíh, sagði hún ákvörðunina um verkföll ekki vera auðveldla en það sýni viljann til að laga mönnunarvandann, bæta nýliðun og auka öryggi. „Við erum stolt að standa saman með öðrum félögum og samtökum hjúkrunarfræðinga til að bæta starfsumhverfi, taka umræðuna um mönnunarvanda og tryggja leiðtogahlutverk hjúkrunarfræðinga um allan heim,“ segir í bréfi Cullen. „Við erum sterkari saman og erum staðráðin í að vinna saman að réttlæti fyrir fagið okkar og skjólstaðinga.“

Fíh mun áfram eiga í reglulegum samskiptum við fulltrúa RCN sem vita af stuðningnum á Íslandi og annars staðar á Norðurlöndunum.



Frá verkfallsverði hjúkrunarfræðinga í desember. Pat Cullen, framkvæmdastjóri RCN, er fyrir miðju í drapplituðu kápunni.



„Tími til kominn að borga hjúkrunarfræðingum sanngjörn laun“ eru skilaboðin á skilti þessa hjúkrunarfræðings.

Tugir þúsunda sagt skilið við fagið

Í skýrslunni *Valuing Nursing in the UK* sem RCN gaf út í febrúar kemur fram að tugir þúsunda hjúkrunarfræðinga hafi sagt skilið við fagið og þúsundir til viðbótar séu að íhuga slíkt hið sama. Ástæðan fyrir þessum fordæmalaus flóttu úr faginu séu launakjörin, sem dugi ekki fyrir framfærslu, og álagsins sem valdi því að margir hjúkrunarfræðingar fari heim úr vinnu ósáttir við þjónustuna sem veitt var yfir daginn. Segir í skýrslunni að áhrifin gætu orðið skelfileg fyrir sjúklinga og bresku þjóðina í heild.

Samkvæmt könnun RCN frá árinu 2021 kemur í ljós að meira en helmingur hjúkrunarfræðinga sem tóku þátt í könnuninni eru að íhuga að hætta störfum eða eru þegar að undirbúa að hætta störfum. Þegar spurt var um ástæðurnar sögðu 70% að þeirra starf væri ekki metið sem skyldi, 61% sögðu álagið hreinlega of mikið, þar á eftir komu laun, skortur á stuðningi frá stjórnendum og starfsaðstæður.

Hægt er að gera úrbætur og er það meðal annars verkefni stjórnvalda. Í fyrsta lagi að bæta kjör hjúkrunarfræðinga sem í dag séu um 20% lakari en árið 2010 að raunvirði. Í öðru lagi að gera raunverulega áætlun um fjölgun hjúkrunarfræðinga og hvernig á að halda þeim í starfi. Í þriðja lagi að láta gera sjálfstætt mat á því hversu mörgum heilbrigðisstarfsmönnum þörf sé á og hvar þörfin sé mest. Í fjórða lagi að það sé á ábyrgð ráðherra að tryggja framboð hjúkrunarfræðinga.

Aðrar úrbætur snúa að einstaka stofnunum, það sé á þeirra ábyrgð að tryggja símenntun, betri starfsaðstæður og vinna að úrbótum til að halda hjúkrunarfræðingum í starfi.



Hjúkrun í framhaldsskólum

Skólahjúkrunarfræðingur á hlaupum

Viðtal og mynd: Þórunn Sigurðardóttir

Starfsemi Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins er margþætt og teygir anga sína víða. Á höfuðborgarsvæðinu eru starfræktar fimmtán heilsugæslustöðvar, átta starfsstöðvar á sviði geðheilsu, auk ýmissa sérþjónustustöðva eins og heimahjúkrun, heilbrigðisskoðun innflytjenda og upplýsingamiðstöð svo fáein dæmi séu nefnd. Á skrifstofu skólahjúkrunarfræðings og sálfræðings Fjölbrautaskólans við Ármúla er nú einnig komið nokkurs konar útibú frá heilsugæslunni. Þar hittum við Jóhönnu Eiríksdóttur, hjúkrunarfræðing sem á rætur sínar að rekja til Eskifjarðar og hefur lengi starfað við heilsugæsluhjúkrun. Undanfarin tvö misseri hefur hún deilt tíma sínum milli Menntaskólans við Sund og Fjölbrautaskólans við Ármúla og leggur þar rækt við heilsu og líðan ungmenna sem stunda þar nám. Þetta fyrirkomulag, að hafa hjúkrunarfræðing til taks á skólatíma, er nýglunda í sumum framhaldsskólum á meðan aðrir hafa haft skólahjúkrunarfræðinga á sínum snærum.

Efning heilsuverndar

Fyrir um ári síðan var undirritað samkomulag milli framhaldsskóla á höfuðborgarsvæðinu og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins sem felur í sér að Heilsugæslan sinni heilbrigðisþjónustu fyrir framhaldsskólanemendur. Í samkomulaginu kemur fram að nemendur framhaldsskóla skuli hafa aðgang að þeirri þjónustu sem Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins veitir á öllum heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins óháð því hvort nemendur eigi lögheimili í viðkomandi sveitarfélagi. Í lögum um framhaldsskóla segir meðal annars um heilsuvernd, hollustuhætti og forvarnir:

„Skólameistari framhaldsskóla skal hafa samráð við heilsugæslustöð í nágrenni skólans um heilsuvernd og hollustuhætti. Framhaldsskóli og viðkomandi heilsugæslustöð geri samkomulag um fyrirkomulag heilbrigðisþjónustu sem veitt er nemendum.“

Að sögn Jóhönnu ákvað Heilsugæslan að útfæra samkomulagið á sambærilegan hátt og skólahjúkrun í grunnskóla. „Hjúkrunarfræðingar voru sendir í framhaldsskólana með þau tæki og tól sem þeir þurftu og skólarnir sáu um að útvega aðstöðu.“ Hún segir að í sumum tilfellum, eins og hjá FÁ, hafi það verið audleyst þar sem góð aðstaða var þegar fyrir hendi í skólanum.

Koma margir hjúkrunarfræðingar að þessu verkefni? „Það eru starfandi hjúkrunarfræðingar í flestum framhaldsskólum á höfuðborgarsvæðinu og svo hafa nokkur sveitarfélög úti á landi einnig ákveðið að hafa sambærilegt fyrirkomulag, eins og t.d. á Akureyri og Egilsstöðum.“

Einn vetur stuttur tími til að koma á koppinn heilsugæslu

Hver skóli fær úthlutað starfshlutfalli í samræmi við nemendafjölda en alls voru þrettán skólar aðilar að verkefninu og var heildarfjöldi þegar samkomulagið var undirritað 11.947 nemendur. Samkvæmt Jóhönnu á verkefnið að standa í eitt ár til að byrja með. „Verkefnið stendur yfir veturinn 2022-2023 og svo á að sjá til með framhaldið. Því er mikilvægt að þetta gangi vel og að heilsugæslan, skólastjórnendur, skólafólk og ekki síst við hjúkrunarfræðingar leggjumst á eitt og allir vinni vel saman. Samvinna er jú alltaf betri og leiðir til góðra verka. Einn vetur er ansi stuttur tími til að koma á koppinn heilsugæslu í framhaldsskóla, sérstaklega þar sem starfshlutfall er fremur lágt í hverjum skóla. Algengt er að í meðalstórum framhaldsskóla sé miðað við 20% starfshlutfall. Nemendur þurfa að kynnast þjónustunni, venjast því að hægt sé að leita til hjúkrunarfræðings og átta sig á hversu mörgum sviðum við getum aðstoðað, þetta tekur allt sinn tíma,“ segir hún.

Í hverju felst samkomulagið og hvert er markmið þess? „Markmiðið er að bæta líðan og heilsu nemenda sem geta leitað til okkar með allt sem því viðkemur. Það er ótalmargt sem ungt fólk er að kljást við; kvíði, almenn geðheilsa og vangaveltur tengdar kynlífi, kynvitund, kynhneigð, kynþroska og kynverund. Einnig er unga fólkíð okkar að kljást við ýmislegt varðandi lífsstíl, næringu, svefn, hreyfingu, samskipti og margt fleira.“

„Það er raunar minn draumur að heilsugæsla í framhaldsskólum eflist.“

Heilsugæslan starfsvettvangur sem heillaði

Samkvæmt samkomulaginu skal hjúkrunarfræðingur vera tengiliður heilsugæslu við skólana, bjóða nemendum einstaklingsviðtöl, veita ráðgjöf og fræðslu, auk þess að vera vegvísir og tengill inn í frekari meðferðarúrræði. Þá komum við aftur að Jóhönnu sem hefur mikinn áhuga og langa reynslu af heilsugæsluhjúkrun. Eftir nám hóf hún starfsferil sinn sem skólahjúkrunarfræðingur í Vogaskóla, þá 22 ára gömul, síðar hóf hún störf á Kleppi. Fyrir tilviljun, þegar hún var um þritugt, hóf Jóhanna störf á heilsugæslunni í Árbæ, þar fann hún sína fjöl og hefur starfað við heilsugæsluhjúkrun allar götur síðan. Hún hefur tekið að sér ýmis verkefni innan heilsugæslunnar og nú síðast sem skólahjúkrunarfræðingur framhaldsskólanema. Áður en hún tók við því starfi var hún fagstjóri hjúkrunar á Heilsugæslunni í Glæsibæ. „Ég hef starfað í heilsugæslunni í öllum mögulegum störfum og tók diplómanám og bætti við mig BS-gráðu í hjúkrun. Ég hef unnið á heilsugæslunni Glæsibæ og Miðbæ en lengst vann ég á heilsugæslunni í Árbæ, þar var ég svo lánsöm að læra af frábærum hjúkrunarfræðingum sem urðu líka vinkonur mínar og eru það enn.“

Skólaheilsugæsla nauðsynleg þjónusta

Hvernig hefur þú komið þér og þjónustunni á framfæri, vita nemendur af þér? „Ég er búin að fara í allar Krossgötur í MS en það er einnar einingar áfangi fyrir nýnema sem felst í því að mæta, vera virk og fá kynningu á ýmsu í lífinu, m.a. heilsuefningu og forvörnum. Svo fór ég með kynningu til nemenda á þriðja ári í áfanga í næringarfræði en ég hef sérstakan áhuga á því og næringu ungmenna. Í FÁ fór ég inn í nokkra bekkir og kynnti mig og þá þjónustu sem ég býð upp á og sé fram á að vera með kynningu og fræðslu á þessari önn líka.“

Jóhanna hefur, eins og fyrr segir, einlægan áhuga á heilsu, næringu og hreyfingu, sjálf er hún mikill hlaupagarpur og hefur til að mynda tekið þátt í um 30 maraþonum, bæði hér heima og erlendis. Þessi áhugi á heilsuefningu nýtist vafalaust til að hvetja framhaldsskólanema til heilsuefningar. „Ég hef áhuga á svo mörgu að ævin mun ekki endast til að gera nema hluta af því sem mig langar til að gera, ég er svo heppin að mörg áhugamál tengjast vinnunni eins og heilsuefning og alhliða heilsuvernd. Það er raunar minn draumur að heilsugæsla í framhaldsskólum eflist. Þegar ég var yfirhjúkrunarfræðingur hjá heilsugæslu Miðbæjar fylgdist ég með farsælu hjúkrunarstarfi í MR og varð enn sannfærðari um tilgang heilsugæslu í framhaldsskólum. Með því að grípa inn í heilsutengdan vanda snemma og þannig minnka skaða er líka hægt að fyrirbyggja ýmislegt.“

Sjálf hefði Jóhanna viljað geta leitað til hjúkrunarfræðings á sínum framhaldsskólaárum. „Ég hefði viljað hafa skólaheilsugæslu í Flensborg þegar ég var nemandi þar. Ég var utan af landi og þekkti

„Tengingin milli framhaldsskólanna og heilsugæslunnar er mjög mikilvæg og felur í sér aukna þjónustu fyrir þennan hóp. Það er svo margt sem hægt er að gera með þverfaglegri samvinnu.“

ekki vel til heilbrigðisþjónustu í Reykjavík. Landsbyggðarnemendur eru auk þess oft langt frá sínum nánustu og þá er gott að hafa heilsugæslu í skólanum. Þetta er í rauninni nauðsynleg þjónusta, það er mikilvægt að hlusta á unga fólkið og styðja það. Að mínu mati þarf viðvera hjúkrunarfræðings að vera að minnsta kosti tvo til þrjá daga í viku, svo að það sé samfella í þjónustunni og nemendur finni og sjái að við erum til staðar fyrir þá. Oft þarf líka að fylgja ákveðnum málum eftir og þá er slæmt að þurfa að bíða í marga daga eða vikur,“ segir Jóhanna og bætir við: „Ef þetta verkefni kemur vel út og virkar þá getur það dregið úr álagi annars staðar í heilbrigðiskerfinu, jafnvel komið í veg fyrir vandamál eða dregið úr umfangi þeirra. Það getur skipt sköpum að stíga snemma inn í aðstæður.“

Sjálfskaði og andleg aðstoð

Hvaða vandamál eru nemendur helst að leita til þín með? „Þau eru misjöfn, t.d. sjálfskaði, næringarmál, aðstoð með greiningarferli eins og til að mynda ADHD, vanlíðan eftir áföll og svo margt annað og alltaf er mikilvægast að hlusta og styðja þau í sínu.“ Dæmi um þjónustu sem Jóhanna hefur veitt er næringar- og lífsstílsráðgjöf. „Til mín kemur nemandi sem segist vilja missa átta kíló. Strax þarna verðum við að skoða málin í heild og spóla aðeins til baka og þarna kemur lífsstílsráðgjafinn inn. Það sem við gerðum í tilfelli þessa nemanda var að fara yfir líðan, lífsstíl og fleira. Við skoðuðum hverju var hægt að breyta, hvort það væri vilji til að bæta lífsvenjur og hvort eitthvað annað gæti líka bætt líðanina. Einnig þarf stundum að athuga hvort eitthvað annað sé undirliggjandi sem hefur áhrif. Þegar fókusinn er allur á að missa einhver kíló þá er svo margt sem getur farið úr skorðum. En sama hvert erindið er þá skiptir traustið miklu máli og því er mikilvægt að við fáum tíma og svigrúm til að mynda þetta traust, það tekur jú langan tíma að eignast gamla vini,“ útskýrir Jóhanna og tekur annað dæmi: Til hennar leitaði nemandi sem glímdi við einbeitingarvanda og taldi sig mögulega vera með ADHD. „Viðkomandi hafði reynt ýmis úrræði gegnum árin en taldi sig þurfa að fara í greiningarferli. Einungis geðlæknar og sálfræðingar með réttindi geta greint ADHD og bið eftir slíkri greiningu getur verið mjög löng. Nemandinn var vonlítill og vissi ekki hvernig hann ætti að snúa sér í þessu. Í sameiningu kölluðum við eftir gögnum nemandans frá fyrri tíð og þá kom í ljós að þar var greining sem var gild. Þá gátum við í samvinnu við heimilislækni nemandans flýtt ferlinu þannig að nemandinn gat fengið viðeigandi meðferð strax. Þarna skipti þverfagleg samvinna og þekking á kerfinu miklu máli.“

Er þjónustan sem þið veitið inni í skólanum eitthvað frábrugðin þeirri sem er veitt á heilsugæslustöðvunum sjálfum? „Já og nei, ég segi stundum við nemendur að þetta sé bara eins og að koma til vakthjúkrunarfræðings á heilsugæslu, nema við erum í skólanum. Tengingin milli framhaldsskólanna og heilsugæslunnar er mjög mikilvæg og felur í sér aukna þjónustu fyrir þennan hóp. Það er svo margt sem hægt er að gera með þverfaglegri samvinnu.“

Nú líður að lokum þessa samkomulags, hvað verður gert í framhaldinu? „Í samningnum er tekið fram að aðilar skuli funda um áframhald samstarfsins. Það kemur að því og ég vona svo innilega að þessu starfi verði haldið áfram. Hægt er að sjá fyrir sér að aukinn stuðningur við framhaldsskólanemendur geti minnkað álag á heilbrigðiskerfið. Nemendur eru að nýta sér þjónustuna og þurfa á henni að halda,“ svarar Jóhanna vongóð um framhaldið.

Hleypur um ganga skólans og götur borgarinnar

Nú ert þú mikil hlaupakona og áhugamanneskja um heilbrigðan lífsstíl, eru hlaup stór þáttur í lífi þínu? „Mig langaði alltaf að taka þátt í íþróttum þegar ég var ung en fann ekkert sem hentaði mér. Þegar ég var orðin 35 ára fórum við vinkona mín að hlaupa saman stífluhringinn í Elliðaárdalnum og gerðum það um hríð. Svo skráði ég í mig í hlaupahóp og þá var ekki aftur snúið. Þar hitti ég manninn minn og það má segja að við höfum hlaupið saman í gegnum lífið síðan og gert ótalmargt skemmtilegt saman sem tengist hlaupum.“

Hún segir að hlaupahópur sé góður félagskapur og að með árunum verði til vinasambönd sem séu jafnmikilvæg og sjálf hlaupin. „Við hjónin höfum tekið þátt í alls konar hlaupum, bæði hér heima og erlendis. Krakkarnir okkar fóru svo að koma með okkur sem er ótrúlega gaman. Synirnir þrír hafa allir hlaupið maraþon og það einstök tilfinning að standa á startlínunni með þeim. Eitt barnabarnið er líka farið að taka þátt í hlaupum og var hraðastjóri með mér í Reykjavíkumaraþoninu síðastliðið sumar, amman var mjög ánægð þá,“ segir hún brosandi og þá látum við lokasurninguna vera um framtíðina, hvernig sér Jóhanna komandi ár fyrir sér? „Eins og staðan er í dag þá býður framtíðin vonandi upp á frábæra vinnustaði og nokkur ár í starfi í viðbót. Kannski verður það minn svanasöngur á ferlinum; reynslan úr heilsugæslunni, skólaheilsugæsla og stjórnun. Þá reynslu get ég nýtt, ásamt því að hjálpa nemendum og styðja við aðra hjúkrunarfræðinga í framhaldsskólunum. Að leggja saman reynslu og ungdómskraft er góð blanda.“

Álag á heilbrigðiskerfið hefur því miður ekki farið minnkandi síðustu ár en með fræðslu, forvörnum og stuðningi við framhaldsskólanemendur er mögulega hægt að draga úr þessu álagi og jafnvel koma í veg fyrir vandamál. Það verður því spennandi að fylgjast áfram með starfi hjúkrunarfræðinga á vettvangi framhaldsskóla sem vonandi stuðlar að bættri heilsu og líðan nemenda.

Hjúkrun 2023

28. og 29. september //
Hilton Reykjavík Nordica

Á vísindaráðstefnunni verður boðið upp á fyrirlestra um niðurstöður rannsókna, þróunar- og gæðaverkefna, veggspjaldakynningar og málstofur

Tekið verður á móti ágripum frá 1. mars til 1. maí á vefsíðu ráðstefnunnar radstefna.hjukrun.is

Allar heilbrigðisstéttir eru velkomnar á ráðstefnuna

Snemmskráning er opin til 14. ágúst



Hjúkrunarfræðingur á Tenerife

Svanbjörg Andrea er ekkert á leiðinni heim

Viðtal: Þórunn Sigurðardóttir | Myndir: Úr einkasafni



Svanbjörg Andrea Halldórsdóttir, eða Svana Andrea eins og hún er kölluð, er hjúkrunarfræðingur sem starfar bæði á Íslandi, í fjarvinnu á upplýsingamiðstöð Heilsugæslunnar, og á Spáni, nánar tiltekið á Tenerife. Okkur lék forvitni á að vita hvernig lífið væri að leika við hana þarna úti og hvað hefði drifið hana alla leið til Tenerife.

Hver er Svana Andrea?

Ég er fædd í Keflavík og bjó á Suðurnesjunum til 6 ára aldurs en þá flutti fjölskyldan austur á land þar sem ég ólst upp í sveit. Ég er næstelst þriggja systra, fór frekar snemma að heiman og hef svolítið farið mínar eigin leiðir sem hafa ekki endilega alltaf verið venjulegar eða auðveldar. Ég hef mikinn áhuga á fólki og sögu þess, af hverju það hagar sér á einhvern ákveðin hátt, hverjar séu ástæður fyrir því hvernig fólk lifir lífinu. Mér finnst við mega vera betri hvert við annað, vera ekki gagnrýnin og dómhörð og það skiptir mig máli að sýna fólki skilning og góðvild. Manngæska er eitthvað sem við mannfólkið megum temja okkur betur.

Helstu áhugamál og fjölskylduhagir?

Mér finnst gaman að hlaupa utan vegar og að vera uppi á fjallstindi finnst mér frábært. Ég hleyp aðallega ein og það má segja að það sé minn tími. Ég hreinsa hugann, fæ hjartað til að hamast og það er eitt af því besta sem ég geri. Ég varð móðir ung, eða þegar ég var 19 ára. Ég er einhleyp og er ein hérna úti en ég á fjögur börn sem eru í dag á aldrinum 18 til 30 ára en þegar yngsta barnið mitt var tæplega tveggja ára fannst mér að ég þyrfti að klára eitthvert nám og verða eitthvað.

Af hverju varð hjúkrun fyrir valinu?

Ég var að vinna á leikskóla á þessum tíma og ætlaði að fara í leikskólakennaranám en svo áttaði ég mig á því að það var ekki alveg fyrir mig að vinna á leikskóla og vera með fjögur börn á heimilinu. Úr varð að ég ákvað að segja upp á leikskólanum, hóf störf á Hrafnistu og fór í sjúkraliðanám í kvöldskóla. Ég fann fljótt að þetta átti betur við mig. Þegar ég var búin að vinna sem sjúkraliði í tvö ár fór ég í hjúkrunarfræði og fyrir tæpu ári síðan útskrifaðist ég svo með 90 ECTS-einingar í fjölskyldumeðferðarfræði frá Endurmenntun Háskóla Íslands. Ég hef unnið mikið með eldra fólki og finnst það mjög skemmtilegt, einnig hef ég unnið á sjúkrahúsinu Vog, bæði sem sjúkraliði og sem hjúkrunarfræðingur, tekið sumarafleysingu á Heilsustofnun NLFÍ í Hveragerði, við heilsugæsluna og á Landspítala.

Hversu lengi ertu búin að starfa á Tenerife og hvað varð til þess að þú ákvaðst að flytja þangað?

Ég flutti til Tenerife í byrjun nóvember 2022. Helsta ástæðan er að eftir því sem ég verð eldri finnst mér myrkrið yfir vetrartímann á Íslandi erfiðara. Ég er búin að gera ýmislegt til að gera veturinn auðveldari og léttari, sem hefur að einhverju leyti virkað, en samt ekki nóg fyrir mig. Mig hefur líka langað að prófa að búa annars staðar en á Íslandi og á þessum tímapunkti opnaðist einhver

gluggi í lífinu og ég tók stökkið. Ég er samt búin að stefna að þessu síðan í janúar árið 2020. Þá var ég með foreldrum mínum hér á Tenerife, á hóteli þar sem var töluvert af eldri Íslendingum, og þá kom þessi hugmynd upp í huga mér, hvort ekki væri þörf fyrir hjúkrunaraðstoð. En nokkrum vikum seinna skall heimsfaraldur á sem lokaði á allt og aðstæður breyttust snögglega. Á þessum tveimur árum varð yngsta barnið mitt nálægt því að verða fullorðið og ég fór í fjölskyldumeðferðarnámið og tók meðal annars námskeið sem hafði þau áhrif á mig að ég breytti lífi mínu.



Svana Andrea með foreldrum sínum, Sigríði Bragadóttur og Halldóri Georgssyni.



Áslaug Björnsdóttir og Rúna Einarsdóttir útskrifuðst á sama tíma og Svana Andrea úr hjúkrunarfræði, þær heimsóttu vinkonu sína nýverið í sólina á Tenerife.

Hvaða námskeið var það sem hafði svona mikil áhrif á þig?

Þetta námskeið var á vegum Fyrsta skrefsins og er meðferðar-nálgun sem byggir á meðvirkni og áfallameðferð Piu Mellody. Eftir að hafa lært þessa meðferð og fundið hvaða áhrif hún getur haft þá heillaðist ég af henni. Mér finnst mér flestir vegir færir, og ef einhver fyrirstaða er, þá hef ég kjark og þor til að leysa það. Ég hafði mikinn áhuga á að hægja aðeins á því mér finnst ég hafa verið eins og hamstur í hjóli alla tíð má segja og ekki sjá fyrir endann á því. Mér finnst mikill munur á því að hafa nóg að gera en að reyna að fylla upp í einhvern tómleika eða einhverjar kröfur sem samfélagið gerir.

Hvers vegna varð Tenerife fyrir valinu og hvaða þjónustu veitir þú?

Mér hefur alltaf fundist gott að koma til Tenerife og þegar ég var búin að koma hingað nokkrum sinnum fannst mér þetta vera eins og mitt annað heimili. Svo er það birtan, hitinn og það að flest hér er rólegra. Það er ekki sami hraðinn og heima.

Ég bendi fólki á hvert það getur leitað þegar það þarf á lækni-þjónustu að halda, hvernig kerfið virkar hérna, t.d. varðandi tryggingar og fleira. Svo býð ég upp á hjúkrunarþjónustu eins og sárameðferð, innlit vegna veikinda, ráðleggingar, stuðning þar sem fólk er inni á sjúkrahúsi, fylgd til læknis og jafnvel í apótek. Ég met hvert tilfelli fyrir sig og veiti viðeigandi þjónustu. Ég er að stofna fyrirtæki utan um þessa þjónustu sem ég er að veita hér á Tenerife.

Hvernig er frábrugðið að hjúkra á Tenerife og Íslandi?

Aðstæður eru mjög ólíkar, fólk er hér í fríi og það finnur oft fyrir miklu óöryggi. Það kann ekki á kerfið og veit ekki hvert það á að leita ef eitthvað kemur upp. Ef fólk fer ekki á almenningssjúkrahús hérna þá þarf það að borga fyrir þjónustuna og þótt að það sé dýrt að vera veikur á Íslandi þá er kerfið á Íslandi þannig að þegar fólk verður veikt þarf það ekki að borga háar upphæðir fyrr en í langvinnnum veikindum. Það fer meiri tími í það hér að leiðbeina fólki um kerfið en að hjúkra því.

Er eitthvað sem hefur komið þér á óvart?

Ég vissi, eins og flestir, að Íslendingar eru hrifnir af Tenerife en það hefur komið mér á óvart hversu margir Íslendingar búa hér alfarið eða að hluta til. Það er alveg sama hvert farið er um suðurhluta eyjunnar það eru Íslendingar út um allt. Það sem hefur komið mér skemmtilega á óvart er hversu þakklát fólk er þegar það fær aðstoð og stuðning. Ég hef í starfi mínu sem heilbrigðisstarfsmaður margsinnis fundið fyrir þakklæti en hér getur fólk verið svo vanmáttugt og þakkar manni innilega með tárin í augunum.

Hvað sérðu fyrir að framtíðin bjóði upp á?

Mig langar að vera hérna eitthvað áfram og sjá hvert þetta leiðir mig. Ég hef ekki auglýst mig að ráði, vil láta þetta þróast hægt og rólega. Hér gerist allt hægar og það tekur tíma að koma sér fyrir í nýju landi og byrja á einhverju nýju sem ekki hefur verið boðið upp á áður. Ég hef ákveðið að endurmeta stöðuna þegar ég hef verið hér í ár og gefa þessu þá mögulega annað ár til viðbótar. Eftir tvö ár ætti að vera komin góð mynd af því hvað hægt er að bjóða upp á hér. Hægt og rólega hefur eftirspurn eftir hjúkrunarþjónustunni verið að aukast og ég sé fyrir mér að ég þurfi að fá aðra manneskju með mér í þetta. Það væri líka gaman að opna hérna aðstöðu í samvinnu við fleiri heilbrigðisstarfsmenn. Ég sé mikla möguleika og margt sem hægt er að gera, það eru spennandi tímar fram undan að mínu mati.

Ertu komin til að vera á Tenerife?

Eins og staðan er í dag langar mig ekki að flytja aftur til Íslands. Mér finnst yndislegt að koma heim og sakna margs. Ísland er frábært og þótt ég sé aðeins búin að búa hér í fjóra mánuði þá kann ég strax að meta margt á Íslandi sem mér þótti svo sjálfsagt þar áður. Mér líður vel hérna í hitanum og sé ekki fyrir mér að flytja heim í bráð.

Hátíðarathöfn þann 20. janúar 2023

Útskrift úr starfsnámi til sérfræðingsréttinda í hjúkrun og ljósmóðurfræðum á Landspítala

Höfundur

KATRÍN BLÖNDAL

sérfræðingur í hjúkrun og kennslustjóri starfsnáms til sérfræðiréttinda í hjúkrun og ljósmóðurfræðum

Föstudaginn 20. janúar síðastliðinn var haldin fjölmenn útskriftarathöfn í Hringsal þar sem útskrifaðir voru fjórir hjúkrunarfræðingar og ein ljósmóðir úr starfsnámi til sérfræðingsréttinda í hjúkrun og ljósmóðurfræðum.

Námið, sem er tveggja ára starfsnám, er á vegum menntadeildar og framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítala. Markmið þess er að hjúkrunarfræðingar og ljósmæður fái tækifæri til að þróa sérfræðilekkingu á ákveðnu fræðasviði sem nýtist skjólstæðingum Landspítala og þjálfun í fimm meginhlutverkum sérfræðinga í hjúkrun/ ljósmóðurfræðum sem eru:

- Klínískt starf
- Kennsla og fræðsla
- Ráðgjöf
- Rannsóknir, gæða- og þróunarstörf
- Fagleg þróun

Alls hafa 50 hjúkrunarfræðingar og ljósmæður útskrifast úr starfsnáminu og bættust fimm við þann hóp núna, en þess má geta að 15 nemendur eru nú í náminu.

Útskriftarhópurinn



Halla Ósk Halldórsdóttir ljósmóðir.

Halla Ósk vinnur á fæðingavakt kvenna og barnaþjónustu og hefur sérhæft sig í fæðingarhjálp með áherslu á bráðaeftingar og úrlestur fösturhjartsláttar.

Helga Ýr Erlingsdóttir hjúkrunarfræðingur.

Helga Ýr vinnur á hjartadeild I4EG og göngudeild hjartsláttartruflana og hefur sérhæft sig í hjúkrun sjúklinga með gáttatíf.

Katrín Edda Snjólaugsdóttir hjúkrunarfræðingur.

Katrín Edda vinnur í líknar-ráðgjafarteymi Landspítala. Hennar sérhæfing er líknarmeðferð en einnig hefur hún skoðað sérstaklega áhrif virðingar á andlega líðan sjúklinga.

Snædís Jónsdóttir hjúkrunarfræðingur.

Snædís vinnur á göngudeild taugasjúkdóma þar sem sérsvið hennar er Parkinsonsveiki og skyldir sjúkdómar.

Vigdís Friðriksdóttir hjúkrunarfræðingur.

Vigdís vinnur á sáramiðstöð og er sérsvið hennar sérhæfð sárameðferð en hún hefur lagt sérstaka áherslu á hjúkrun sjúklinga með brunasár.



Jóhannes Kr. með Sóleyju Halldórsdóttur og Dill Viejo hjúkrunarfræðingum á gjörgæsludeild LSH Fossvogi.



Kófsveittur á gjörgæslunni

Jóhannes Kr. Kristjánsson, fjölmiðlamaður og framleiðandi Storms, heimildapáttaraðar um Covid á Íslandi, skrifar um heimsókn á gjörgæsludeild LSH í Fossvogi.

Ég var bæði spenntur og stressaður þegar ég steig inn á gjörgæsludeildina í Fossvogi til að fylgjast með og mynda Sóleyju Halldórsdóttur, hjúkrunarfræðing á gjörgæslunni, sinna Covid-sjúklingi sem var alvarlega veikur í öndunarvél. „Hérna förum við í hlífðargalla. Ég myndi ekki vera í bolnum innan undir skyrtunni,“ sagði Sóley þegar hún hjálpaði mér að klæða mig í gallann. „Eitt mikilvægt atriði – ég skal klippa gat hérna á ermna svo þú getir stungið þumlinum í gegn og haldið erminni fastri,“ sagði hún og yfir ermna fóru tveir hankar.

Mér hitnaði um leið og ég var kominn í búninginn og kominn inn á sýkta svæðið á deildinni. Ég þakkaði Sóleyju í huganum fyrir ráðið um að vera ekki í bolnum innan undir skyrtunni sem varð rennblaut af svita eftir nokkrar mínútur. Það eina sem ég gerði var að halda á kamerunni, sem hafði fylgt mér frá byrjun faraldursins, og hún getur seint talist þung en í búningnum varð allt erfiðara og svitinn streymdi út. Ég fann fljótlega fyrir þorsta og fór að hugsa hvenær Sóley færi í pásu, ég þurfti að komast út.

Vesen og hjúkrunarfræðingar

Ég og Sævar Guðmundsson leikstjóri hófum tökur á heimildabáttaröðinni Stormur í marsmánuði 2020 og strax í upphafi sáum við hvað hjúkrunarfræðingar voru mikilvægir og komu víða við sögu í Covid-faraldrinum. Það voru hjúkrunarfræðingar í smitrakningar-teymunum sem hlúðu að fólkinu í gegnum síma sem hafði verið tilkynnt að væri smitað. Það voru hjúkrunarfræðingar sem stóðu vaktina við sýnatökur og það voru hjúkrunarfræðingar sem blönduðu bóluefni í sprauturnar sem síðan aðrir hjúkrunarfræðingar tóku við og bólusettu landsmenn með. Ef það var vesen vegna Covid þá voru hjúkrunarfræðingar í teyminu sem sett var saman til að leysa vandamálið sama hversu stór, flókin eða smá þau vandamál voru.

Stutt kaffipása

Fyrsta vakt Sóleyjar á sýkta svæðinu á gjörgæslunni voru tveir klukkutímar. Sóley hafði allan þann tíma sinnt Covid-sjúklingnum ásamt Dill Viejo, hjúkrunarfræðingi á deildinni. Sjúklingnum fór versnandi og læknar og hjúkrunarfræðingar fóru að velja þeim möguleika upp að snúa honum á grúfu til að minnka álagið á lungun. Ég var sjálfur við það að gefast upp vegna hita, svita, þorsta og almennrar þreytu þegar Sóley sagði: „Jæja, nú fáum við kaffipásu.“ Eftir sprittþvott í millirýminu steig ég gegnblauttur af svita inn á ósýktu deildina og bara með maska yfir andlitinu dró ég andann djúpt og leið eins og ég væri að stíga inn í heim með súrefni. Ég var með för í andlitinu eftir grímuna og kláraði hratt heilan Gatorade-brúsa sem Sóley gaf mér á kaffistofunni. Mér var hálfþökurt og hafði ekki lyst á kaffi eða meðlæti. Ég reyndi að ná upp kröftum því ég vissi að kaffipásan yrði ekki löng.

Orð sem hjörguðu

Þegar ég var 10 ára fékk ég að heimsækja föður minn, sem lá þá á gjörgæsludeildinni við Hringbraut, og var mjög veikur. Ég man bara slitrur úr heimsókninni til pabba. Man að hann var hálfrænulaus að benda mér á tækin sem voru í kringum hann – hann var alltaf að kenna mér. Man hvað ég grét sárt þegar ég þurfti að fara frá honum. Og ég man eftir hjúkrunarfræðingnum sem tók utan um mig þegar ég kom út af stofunni og sagði að hún ætlaði að hugsa vel um pabba á meðan ég væri ekki hjá honum. Þessi orð og hlýja róuðu mig, ég vissi að pabbi væri í góðum höndum hjá þessari yndislegu konu sem tók mig í sinn faðm á raunastundu. Pabbi lést nokkrum vikum síðar og bara það að vita af hjúkrunarfræðingnum sem sagðist ætla að hugsa vel um pabba hjálpaði mér í sorginni.

Grúfulega

Kaffipásan var stutt og fjölskylda sjúklingsins hafði óskað eftir því að fá að sjá hann í gegnum iPad en þeim hafði þá verið greint frá því að hann væri lífshættulega veikur. Vegna tæknilegra erfiðleika tókst ekki að tengjast iPad-num en það tókst svo síðar um kvöldið. Sjúklingnum var snúið á grúfu í þeirri veiku von að það myndi hjálpa honum í veikindunum.

Ég var heila vakt með Sóleyju á gjörgæslunni og þegar ég gekk út af gjörgæsludeildinni mætti ég ungum lækni sem var að koma á vaktina. Hann spurði hvað ég hefði verið að gera og þegar ég sagði honum að ég hefði verið að fylgja Sóleyju hjúkrunarfræðingi eftir fyrir heimildabáttaröð um Covid á Íslandi varð hann ánægður og sagði: „Það eru hjúkrunarfræðingar sem bera uppi starfið á þessum Covid-tímum.“

„... og strax í upphafi sáum við hvað hjúkrunarfræðingar voru mikilvægir og komu víða við sögu í Covid-faraldrinum.“



Þríeykið á bakvið Storm. Jóhannes Kr. Kristjánsson framleiðandi, Heimir Bjarnason klippari og Sævar Guðmundsson leikstjóri.

„Það voru nefnilega hjúkrunarfræðingarnir sem báru okkur í gegnum faraldurinn.“



Fannst ég vera að deyja

Ég fór í sturtu áður en ég gekk út af spítalanum og á leiðinni heim fór ég að hugsa um hvernig álagið á gjörgæsludeildinni hefði verið þegar fleiri en tíu sjúklingar með Covid lágu í öndunarvél í fyrstu bylgju faraldursins. Nú voru þrír Covid-sjúklingar á deildinni og mér fannst álagið á allt starfsfólkið mjög mikið og allir á þönum alla vaktina. Þegar ég kom heim var ég gjörsamlega búinn á líkama og sál. Ég held í alvöru að ég hafi sjaldan verið eins þreyttur og fór því snemma í rúmið um kvöldið, ég þurfti á svefninum að halda. Þrátt fyrir þreytuna gekk mér illa að sofna því ég hélt ég væri að deyja. Mér fannst hjartslátturinn of hraður og ég fékk ímyndaðan verk út í vinstri handlegg. Mér tókst þó að róa mig niður og sofnaði loks og svaf ágætlega.

Allt reynt til að bjarga honum

Sjúklingurinn sem Sóley annaðist lést daginn eftir. Nokkrum mánuðum síðar komst ég í samband við eiginkonu og son mannsins sem búa á Filippseyjum. Þau sögðu mér að þau hefðu verið í góðu sambandi við hjúkrunarfræðinga á gjörgæsludeildinni og reglulega fengið upplýsingar um stöðuna. Þau voru innilega þakklát fyrir að vita að allt hafi verið gert til að reyna að bjarga honum og láta honum líða bærillega í veikindum. Það hafði mikla þýðingu fyrir þau í sorginni.

Símaráðgjöf til Ameríku

Nokkrum dögum eftir heimsóknina á gjörgæsludeildina fékk ég tölvupóst frá íslenskum vini mínum sem býr í Bandaríkjunum. Sonur hans hafði veikst af Covid og leið ekki vel. Vinur minn spurði hvort ég þekkti einhvern lækni á Íslandi sem sonurinn gæti fengið að tala við, svona til að róa hann. Ég sagði vini mínum að sonurinn þyrfti ekki að tala við lækni heldur þyrfti hann að tala við hjúkrunarfræðing sem gæti leiðbeint honum. Ég hringdi í hjúkrunarfræðing sem starfaði á Covid-göngudeildinni og hún sagði að það væri ekkert mál að leiðbeina syninum, hann mætti hringja í hana. Sem hann gerði og hún gat ráðlagt honum svo honum leið betur og fór rólegri í gegnum veikindin. Það voru nefnilega hjúkrunarfræðingarnir sem báru okkur í gegnum faraldurinn.





Mörg áhugaverð viðtöl að baki í Rapportinu

Eitt ár er liðið frá því Rapportið, hlaðvarp Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, hóf göngu sína á vef Fíh. Rætt er við hjúkrunarfræðinga um reynslu þeirra og starfið. Stöku sinnum er rætt við aðra um málefni sem eiga erindi til hjúkrunarfræðinga. Rapportið er einlægt spjall um fagið, áskoranir og lífið í öllum sínum litum. Hér er stiklað á stóru í nokkrum af nýjustu viðtölum Rapportsins.

Umsjón og myndir: Ari Brynjólfsson



Elísabet Herdísar Brynjarsdóttir hjúkrunarfræðingur er nýflutt heim frá Kanada þar sem hún var í framhaldsnámi í stefnumótun. Árið 2018 varð Elísabet fyrsti hjúkrunarfræðineminntil að setjast í embætti forseta Stúdentaráðs, þar sat hún ekki auðum höndum og vakti mikla athygli í baráttumálum stúdenta. Hún varð svo verkefnastjóri Frú Ragnheiðar, skaðaminnkunarþjónustu Rauða krossins. Hlaut hún meðal annars viðurkenningu sem framúrskarandi ungur Íslendingur árið 2020.



Sjöfn Kjartansdóttir, Þóra Gunnlaugsdóttir og Sölvi Sveinsson, meistaranemar í gjörgæsluhjúkrun við Háskóla Íslands, sáu um einn þátt af Rapportinu sem var hluti af verkefni þeirra í náminu. Í þættinum fjalla þau um heiladren sem notað er til að halda þrýstingi í höfuðkúpu innan marka og ræða orsakir aukins innankúpuþrýstings.



Andrea Ýr Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur og framkvæmdastjóri Heilsulausna, starfaði á bráðamóttökunni í Fossvogi og síðar á Akranesi áður en hún fór alfarið að sinna fyrirtækinu. Heilsulausnir bjóða upp á þjónustu fyrir fyrirtæki á borð við heilsufarsmælingar og bólusetningar. Einnig sinna Heilsulausnir forvarnarfræðslu í grunn- og framhaldsskólum.



Dr. Sigrún Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur og dósent við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri, ræddi um áföll og áhrif þeirra á einstaklinga. Áhugavert og einlægt spjall við Dr. Sigrúnu um áhrif sálrænna áfalla, úrræði og ACE-listann sem hún segir mikilvægt að koma sem víðast í heilbrigðiskerfið.

Rapportið er á Spotify og má finna á heimasíðu félagsins, **hjúkrun.is**

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

Flutti á Blönduós og stökk beint út í djúpu laugina

Helga Margrét, yfirhjúkrunarfræðingur svæðis á HSN á Blönduósi

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

Helga Margrét Jóhannesdóttir er yfirhjúkrunarfræðingur svæðis á HSN á Blönduósi. Hún útskrifaðist úr hjúkrunarfræði frá HA vorið 2019 og í kjölfarið má segja að líf hennar hafi tekið algjörum stakkaskiptum; frá því að vera einhleyp og barnlaus háskólamaer á stúdentagörðunum yfir í að gegna ábyrgðarfullu yfirmannsstarfi, eiga börn, bónda, hund og takast á við alvöru lífsins. Helga Margrét giftist æskuvini sínum Helga Garðari Helgasyni, þau hafa síðan eignast tvö börn saman og búa í einbýli á Blönduósi. Hún segist aldrei hafa komið á Blönduós þegar hún flutti þangað með skömmum fyrirvara fyrir ári síðan. Þetta er kona sem lætur ekki tækifærin renna sér úr greipum, hún lætur vaða og segist ekki sjá ekki eftir neinu. Ritstýran heyrði í spjall um lífið og tilveruna.

Helga Margrét fyrir utan HSN á Blönduósi.



Aðspurð um uppvaxtarárin segist Helga Margrét hafa alist upp í Eyjafjarðarsveit fyrstu æviárin þar sem foreldrar hennar voru bændur. „Mér fannst frábært að búa í sveit, frelsið var svo mikið. Ég hef alltaf verið einstaklega félagslynd og bauð íðulega þeim sem komu að bænum inn í kaffi; mjólkurbílstjóranum, trúboðum og bara öllum,“ segir hún brosandi. Hún segist líka vera hvatvís að eðlilsfari og stökkvi á flest tækifæri sem henni bjóðist en það sé að hluta til ástæðan fyrir því að hún sé þar sem hún er í dag: „Ég þarf yfirleitt ekki langan tíma til að taka ákvarðanir. Ég læt bara vaða því reynslan hefur kennt mér að ef ég segi já við spennandi tækifærum opnast yfirleitt dyr að fleiri tækifærum í kjölfarið.“

Fékk sjokk eftir fyrsta daginn

Helga Margrét segist aðspurð ekki hafa átt sér þann draum að læra hjúkrun: „Ég endaði eiginlega óvart í hjúkrun. Þegar ég var 18 ára var mér boðið starf á hjúkrunarheimilinu Hlíð á Akureyri. Ég gerði mér engan veginn grein fyrir því í hverju starfið fólst, hélt að eingöngu fagmenntað fólk sinnti umönnun og ég væri ég komin á Hlíð til að spila og spjalla við gamla fólkið,“ segir hún og brosir. „Annað kom á daginn, ég fékk algjört sjokk eftir fyrstu vaktina, hringdi í mömmu og sagðist ætla að hætta. Hún ráðlagði mér að gefa þessu tvær vikur og sem betur fer hlustaði ég á hana því ég var ekki lengi að finna að þetta væri starfsvettvangur sem hentaði mér. Starfið á hjúkrunarheimilinu varð til þess að ég skráði mig í sjúkraliðanám og útskrifaðist vorið 2014 af tveimur brautum; náttúrufraeðibraut og sjúkraliðabraut. Ég hóf svo nám í hjúkrunarfræði strax um haustið sama ár. Háskólaárin voru ákveðin tímamót í mínu lífi. Ég fylltist einhverjum ofurmetnaði á þessum tíma, ég lagði hart að mér og tók að mér mörg verkefni. Með hverju verkefninu buðust sífellt fleiri tækifæri og ég



Langþráður draumur sem varð að veruleika í Belgíu.

„Á sama tíma og mér var stöðugt hrósað fyrir metnað og dugnað leið mér alltaf eins og ég væri ekki að gera neitt nógu vel og ætti ekki hrós skilið. Ég var farin að finna fyrir svo mikilli streitu að ég var með stöðugan hausverk og sjóntruflanir.“

vildi ekki hafna neinu. Ég fékk að gera margt skemmtilegt eins og að ferðast um landið og kynna háskólann, fara í margar ferðir erlendis og sinna nefndarstörfum. Í gegnum þetta kynntist ég ótrúlega flottu fólki og eignaðist vini fyrir lífstíð,“ segir hún þakklát en langtímaálagið hafði ekki góð áhrif á hana.

Keyrði á vegg og lagði öll spilin á borðið

„Þegar fór að líða á námið fór þessi tilhneiging mín til að segja já við öllu að kosta sitt. Þá var ég orðin formaður Stúdentaráðs og Félags stúdenta við Háskólann á Akureyri, sat í stjórn Félags heilbrigðisnema, var í níu nefndum og ráðum, auk þess að vera í 100% námi og 75% vinnu. Það þarf engan snilling til að sjá að svona dæmi gengur ekki upp til lengdar. Á sama tíma og mér var stöðugt hrósað fyrir metnað og dugnað leið mér alltaf eins og ég væri ekki að gera neitt nógu vel og ætti ekki hrós skilið. Ég var farin að finna fyrir svo mikilli streitu að ég var með stöðugan hausverk og sjóntruflanir. Mér fannst ég svo ómissandi alls staðar og upplifði að ef ég gæti ekki sinnt öllu þá væri mér á einhvern hátt að mistakast. Svo kom að því sumarið 2017 að ég keyrði algjörlega á vegg, þá fann ég að ég var að byrja að missa andlega heilsu verulega og það hræddi mig. Ég lagði öll spilin á borðið og fór í starfsendurhæfingu hjá VIRK. Ég tók bara tvo áfanga samhliða endurhæfingunni og frestaði útskriftinni minni um eitt ár sem mér fannst mjög erfið ákvörðun að taka en ég var að sama skapi fegin þegar ég var búin að taka þá ákvörðun.

Hjá VIRK náði ég að byggja mig upp og ég lærði að segja nei. Í dag grip ég bara tækifærin ef mig langar til þess en áður greip ég öll tækifæri. Ég veit núna að það gengur aldrei upp, það eru bara 24 klukkustundir í sólarhringnum,“ segir hún og bætir við að reynslan hafi kennt sér hvar hennar mörk liggja. „Ég mun alltaf vera með marga bolta á lofti í einu því að þannig fúnkera ég best en ég legg mig alla fram um að hafa verkefni ekki of mörg, sérstaklega eftir að börnin mín fæddust. Nú eru þau í forgangi og ég vil hafa góðan tíma til að sinna þeim. Ég þurfti samt að krassa til að sjá hvað það er sem skiptir mig raunverulega máli í lífinu. Við það myndaðist líka svigrúm til að gera hluti sem mig hafði alltaf langað til að gera eins og að ferðast. Ég er með mjög langan „bucket“-lista yfir það sem mig langar að gera og er alltaf að bæta á hann en ég náði að höggva duglega á hann þegar ég fór að hafa meiri tíma.“

gömlum skærum og það var ekki einu sinni verið að hafa fyrir því að fara með hann inn á skurðstofu. Ég aðstoðaði líka við nokkrar aðgerðir þarna og svæfingalæknirinn sat oftast á gólfinu í símanum sínum á milli þess sem hann var að taka sjálfmyndir af okkur að vinna.“ Helga Margrét segir að reynsla í Kambódíu hafi kennt henni að meta heilbrigðiskerfið á Íslandi betur. „Það er langt frá því að vera fullkomið hér á landi en það er margt sem við tökum sem sjálfsögðum hlut sem er alls ekki sjálfsgætt annars staðar í heiminum.“

Hún fór líka til Balí í brimbrettaskóla: „Það var gamall draumur sem rættist og nú er draumurinn að læra betur á brimbretti svo ég geti stundað það hérna heima. Ég fór til Belgíu og prófaði fallhlífartökk og til Tailands þar sem ég annaðist fila og varði tíma með litlum ættbálki og svaf í bambuskofa sem var

„Ég lenti í því að aðstoða við að fjarlægja hálfan fingur af manni með gömlum skærum og það var ekki einu sinni verið að hafa fyrir því að fara með hann inn á skurðstofu.“



Í Kambódíu fór Helga Margrét á milli grunnskóla og kenndi nemendum heilbrigðisfræðslu.

Var sjálfbóðaliði í Kambódíu

Helga Margrét hefur verið dugleg að flakka um heiminn og fór meðal annars til Kambódíu árið 2017 þar sem hún starfaði sem sjálfbóðaliði á sjúkrahúsi fyrir fátækt fólk. „Það er lífsreynsla sem gleymist aldrei. Ég varð eftir þann tíma sáttari við líf mitt, dauðir hlutir skiptu mig minna máli og hugsunarháttur minn breyttist. Ég upplifði svo mikla innri ró í Kambódíu að ég var næstum því flutt þangað.“

Hún segir að allir hjúkrunarfræðingar hefðu gott af því fara út fyrir landsteinana í sjálfbóðaliðavinnu. „Ég öðlaðist reynslu sem ég mun aldrei fá í störfum mínum á Íslandi. Það sem stóð upp úr var að ég fékk að taka á móti sjö börnum, einfaldlega vegna þess að mæðurnar töldu það heillamerki fyrir barnið ef hvít, ljóshærð kona tæki á móti börnunum þeirra. Ég lenti líka stundum í því þarna úti að fólk rétti mér börnin sín og bað mig um að kyssa þau,“ segir hún og brosir.

Brimbrettaskóli og fallhlífartökk

Helga Margrét segir aðbúnaðinn á sjúkrahúsinu í Kambódíu hafa verið slæman: „Þarna voru ekki öll þau tæki og tól sem okkur heima á Íslandi finnst sjálfsgætt að séu til staðar. Sjúkrahúsið var skitugt og sóttvarnir voru ekki nógu góðar. Ég lenti í því að aðstoða við að fjarlægja hálfan fingur af manni með

yfir fallegum læk. Það var einstakt og ég mun aldrei gleyma tilfinningunni að vakna í alveg fersku lofti, við lækjarnið og ganga berfætt út þar sem var verið að hita kaffi yfir opnum eldi. Ég tók gott tímabil þar sem ég gerði bara það sem mig langaði til að gera, lét drauma rætast og naut lífsins.“

Tvö börn, brúðkaup og Blönduós

Aftur til Íslands, Helga Margrét útskrifaðist úr hjúkrun vorið 2019 og var þá orðin ófrísk að dóttur sinni sem fæddist í lok þess sama árs. „Ég varð svo aftur ólétt þegar hún var sex mánaða og haustið 2020 byrjaði ég í masters-náminu, þá ólétt að syni mínum.“ Eiginmaður Helgu er Helgi Garðar Helgason en hann er frá Grímsey. „Við byrjuðum saman í byrjun árs 2019 en vorum æskuvinir, kynntumst á Akureyri þegar ég flutti þangað 12 ára. Þegar við fórum að vera saman gerðust hlutirnir hratt því við giftum okkur árið 2020 og eignuðumst tvö börn á fimmtán mánuðum. Ég á líka stjúpdóttur sem er að verða 18 ára og kemur reglulega til okkar sem er yndislegt. Við fórum hratt í allan pakkann og erum núna hætt barneignum en ég var svo tilbúin í þetta. Þegar ég varð mamma var ég búin að ferðast og upplifa mjög mikið og fannst ég ekki vera að missa af neinu. Það var komið að þessum kafla í lífinu og það var fullkomið hvað allt gerðist hratt því það er svolítið tempóið sem ég kann best við,“ segir hún brosandí.



Helga Margrét með manni sínum og börnum.

Ætlaði í doktorsnám en endaði sem yfirhjúkrunarfræðingur

Það liggur þá beinast við að spyrja Helgu Margréti hvernig það kom til að hún endaði sem yfirhjúkrunarfræðingur á Blönduósi, var það hvatvís skyndiákvörðun eða vandlega íhuguð ákvörðun? „Ég var mjög heppin, fékk símtal þar sem mér var sagt að þessi staða á Blönduósi væri laus og var hvött til að sækja um hana en á þessum tíma var ég að skrifa masters-ritgerðina. Ég og maðurinn minn vorum úti að borða saman þegar ég fékk símtalið. Ég hafði hugsað mér að fara beint í doktorsnám eftir masters-námið og flutningar á Blönduós voru ekki alveg á dagskrá hjá okkur hjónunum. Þegar ég sagði manninum mínum frá þessu spurði hann strax: „Hvenær förum við?“ Hann hvatti mig til að sækja um sem ég gerði þetta sama kvöld og ég fékk starfið. Það má því alveg segja að þetta hafi verið frekar hvatvís ákvörðun.“

Hún segist ekki hafa vitað hvað hún var að fara út í þegar hún sótti um stöðuna. „Ég sótti um í nóvember 2021 og í janúar 2022 fluttum við á Blönduós. Við höfðum enga tenginu við staðinn og þekktum engan þegar við fluttum hingað. Mér fannst mikill heiður að fá stöðuna en þetta var án efa stökk beint út í djúpu laugina. Ég var komin með mannaforráð, rúmlega 80 manns en ég var ekki útskrifuð úr masters-náminu þegar ég tók við sem yfirhjúkrunarfræðingur hérna,“ útskýrir hún hress í bragði. Örfáum mánuðum seinna eða á vormánuðum síðasta árs, fagnaði hún útskrift úr masters-námi í heilbrigðisvísindum með áherslu á stjórnun í heilbrigðisþjónustu. Helga Margrét hafði aldrei komið á vinnustaðinn þegar hún mætti fyrsta

daginn. „Það kom mér á óvart hvað allir tóku mér vel og voru hjálplegir að koma mér inn í starfið. Sú sem ég tók við af er núna deildarstjóri á heilsugæslunni hérna. Ég get alltaf leitað til hennar sem er frábært. Framkvæmdastjórnin býr um allt Norðurland en ég get alltaf hringt ef mig vantar ráðleggingar eða aðstoð.“

Heillandi að starfa á fámennum stöðum

Hvernig er þín upplifun af starfinu eftir ár í starfi? „Ég er mjög ánægð í þessu starfi. Ég er farin að finna meira öryggi og þarf ekki lengur að spyrja að öllu. Starfið heldur mér alltaf á tánum og ég veit aldrei hvað dagurinn ber í skauti sér sem mér finnst spennandi. Með mér starfar mjög vandað fólk sem ég kynnist æ betur og ég hlakka alltaf til að mæta í vinnuna. Ég læri daglega eitthvað nýtt og hér líður mér eins og ég skipti máli sem er dýrmætt,“ svarar hún einlæg.

Helga Margrét segir að störf á heilbrigðisstofnunum á fámennum stöðum höfði meira til sín. „Það heillar mig að fara á litla staði og vinna því þar öðlast maður oft breiðari reynslu og lærir svolítið að redda sér. Ég reyndi til að mynda oftast að taka verknámið mitt á fámennum stöðum. Eitt sumarið fór ég til að mynda til Vestmannaeyja og starfaði á Heilsugæslustöðinni þar sem mér líkaði mjög vel. Ég skil ekki hvers vegna ungir hjúkrunarfræðingar fara ekki meira út á land að vinna því að fyrir utan að öðlast mikla reynslu geta hjúkrunarfræðingar oft fengið húsnaði þegar þeir ráða sig út á land, þá er bara hægt vinna og spara.“

Manneklan mesta áskorunin

Helga Margrét segir að mönnunarvandi sé á HSN á Blönduósi. „Það er vöntun á hjúkrunarfræðingum hér eins og annars staðar og við reynum að hvetja þá til að koma með því að skaffa húsnaði. Ég get heilshugar mælt með HSN sem vinnustað og ég tek fagnandi á móti þeim sem vilja koma hingað að vinna.“ Þá liggur beint við að spyrja hvort hún sé þá alltaf á vakt eða bakvakt á Blönduósi? „Nei, ég reyni

„Við höfðum enga tenginu við staðinn og þekktum engan þegar við fluttum hingað. Mér fannst mikill heiður að fá stöðuna en þetta var án efa stökk beint út í djúpu laugina.“

að stimpla mig út klukkan fjögur á daginn en ef það fæst ekki hjúkrunarfræðingur á til dæmis kvöldvakt tek ég vaktina. Okkur vantar hjúkrunarfræðinga og erum því miður að ganga hart á þá sem eru starfandi hérna. Deildastjórinn á sjúkradeildinni sér að mestu sjálf um morgunvaktirnar og ég tek svo reglulega morgunvaktir líka því við nýtum mannskapinn betur þannig.“ Hvað eru margir hjúkrunarfræðingar starfandi á Blönduósi? Á fyrstu hæðinni er heilsgæslan en þar er deildarstjóri ásamt þremur öðrum hjúkrunarfræðingum. Einn þeirra starfar líka á HSN á Skagaströnd sem er undir okkar hatti. Við erum svo með blandaða deild þar sem eru þrjú sjúkrarými, níu dvalarrými og 22 hjúkrunarrými og erum við yfirleitt með einn hjúkrunarfræðing á vakt hverju sinni eins og staðan er í dag. Næturvaktirnar þurfum við því miður of oft að manna með bakvöktum sem ég vona að breytist sem fyrst. Á þeirri deild starfa þrír hjúkrunarfræðingar sem eru búsettir á Blönduósi, ásamt deildastjóra, auk þess eru tveir hjúkrunarfræðingar sem koma að norðan og taka helgar einu sinni í mánuði.“ Hverjar myndir þú segja að væru helstu áskoranir þínar í þessu starfi? „Manneklan er mikil áskorun og það sem er mest krefjandi við starfið. Þetta reddast viðhorfið er samt svo ríkjandi, starfsfólkið hjálpast að og allir leggjast á eitt við að láta starfsemina ganga en það væri óskandi að það kæmu fleiri til starfa hjá HSN, tímabundið eða til lengri tíma,“ svarar hún af hreinskilni og ljóst að mönnunarvandinn er víða.

Loksins komin með yfirsýn til að þróa betra verklag

Helga Margrét kann vel við sig í tæplega þúsund manna bæjarfélaginu. Hún segir að reynslan hafi sýnt sér að sem hjúkrunarfræðingur á minni stað fái hún fjölbreyttari verkefni en á stöðum þar sem deildir eru sérhæfðari og það finnst henni frábært. „Á minni stað eru alls konar áskoranir, ef okkur vantar til dæmis blóð þurfum við að panta það að norðan eða sunnan og það kemur jafnvel til okkar með strætó. Við getum ekki planað blóðgjafir samdægurs og öll sýni eru send annað í rannsóknir, eins er með röntgenmyndir. Starfsfólkið þarf því að vera úrræðagott því verkefnin eru svo fjölbreytt og alls konar.“ En hvernig er hægt að gera starfsumhverfið á landsbyggðinni meira aðlaðandi fyrir hjúkrunarfræðinga? „Mér finnst nú þegar aðlaðandi að vinna úti á landi, það er ákveðin stemning og dýrmæt reynsla. Ég held við þurfum að koma því í umræðuna hversu aðlaðandi og auðvelt það í rauninni er. Þetta er minna mál en margir halda og það er líka reynt að laða fólk að með því að gera flutninginn auðveldari, t.d með því að redda húsnæði og leikskólaplássi,“ segir hún hress í bragði.

Eftir um það bil ár í starfi yfirhjúkrunarfræðings er ekki úr vegi að spyrja Helgu Margréti hvort hún hafi komið með nýjar áherslur og breytt verklag? „Ég heyrir það frá samstarfsfólki mínu að ég sé mjög



fræðileg, ég nýti fræðin til dæmis í starfsmannahaldi og skipulagningu. Ég hef nýtt tímann síðan ég tók við til að komast inn í allt hérna og mér finnst ég loksins vera komin með þá yfirsýn sem ég þarf til að vinna að betra verklagi. Nú er ég til dæmis að vinna að skýrari verkferlum og að því að straumlínulaga starfsemina og nýti mér þekkingu sem ég öðlaðist í náminu til þess.“

Aðspurð um framtíðarplönin, hvort hún stefni á frekara nám segist hún telja það nokkuð öruggt að hún muni mennta sig svo lengi sem hún lifir. „Ég er háð því að læra nýja hluti. Núna er planið hjá mér að sækja um hagnýtt diplómanám í rekstrarfræði í Háskólanum í Reykjavík því það nám mun nýtast mér vel í starfi. Eftir það langar mig að byrja í doktorsnámi,“ svarar hún og nokkuð ljóst að yfirhjúkrunarfræðingurinn á Blönduósi ætla ekki að sitja auðum höndum á næstu árum. Þá að lokum verðum við að vita hvernig ung kona í krefjandi starfi, með marga bolta á lofti í lífinu slakar á og nærir andann? „Ég fæ mikið út úr því að dunda með börnunum mínum þegar ég kem heim úr vinnunni á daginn, kubba eða skreppa út í ferska loftið að róla. Svo erum við hjónin mjög meðvituð um að forgangsraða tíma fyrir okkur sjálf og svo tíma fyrir hvort annað. Ég reyni að hreyfa mig reglulega og tek gjarnan teygjur og núvitund í gufu og fer svo í heitan pott á eftir. Svo finnst mér gæðastundir með fólkinu í lífinu mínu algjört vítamín fyrir sálina. Sameiginlegt áhugamál hjá okkur hjónunum er að fara á rokktonleika og við reynum að gera það eins oft og við getum,“ segir Helga Margrét og við kveðjumst enda búnar að eiga gott spjall.

Helga Margrét og Hildur Ósk Rúnarsdóttir, hjúkrunarfræðingar hjá HSN. Með þeim er Helga Margrét Jóhannesdóttir, amma Helgu, sem býr á hjúkrunardeildinni á HSN á Blönduósi. Hún er 100 ára gömul en Helga Margrét fékk hana til að flytja á Blönduós á síðasta ári en hún hafði búið heima hjá sér á Akureyri fram að því.

IMMEX | VIÐ BRÁÐUM NIÐURGANGI

- LEYSIST UPP Á TUNGU
- VIRKAR HRATT

Immex 2 mg frostþurrkaðar töflur, 12 stk. í pakka. Virkt efni: Lóperamíð. **Ábendingar:** Til meðferðar við einkennum bráðs niðurgangs hjá fullorðnum og unglingum 12 ára og eldri. Leitið til læknis ef sjúkdómseinkenni versna eða lagast ekki innan 2 daga.

- MÁ NOTA FRÁ 12 ÁRA ALDRI
- DREGUR ÚR ÞARMAHREYFINGUM

Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is. IMX.L.A.2022.0001.01

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN alvogen.is





Gjörgæsluhjúkrun

MS-nám við hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild Háskóla Íslands

Umsjón: Rannveig J. Jónasdóttir

Gjörgæsluhjúkrun hefur verið kennd á Íslandi sem viðbótar- eða diplómanám í þrjátíu ár. Námið hefur ekki staðið reglulega til boða heldur hefur það ráðist af eftirspurn starfandi hjúkrunarfræðinga á gjörgæsludeildum landsins sem eru fjórar talsins; gjörgæsludeild Landspítala Fossvogi, gjörgæsludeild Landspítala Hringbraut, gjörgæsludeild Sjúkrahússins á Akureyri og nýburagjörgæsludeild Landspítala.

Ókostir við nám sem haldið er stöku sinnum er að skipulag og innihald námsins getur verið ólíkt á hverjum tíma og mikil undirbúningvinna námsins fer í súginn. Í kjölfar skipulagningar diplómanáms, í gjörgæsluhjúkrun við hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild Háskóla Íslands veturinn 2016-2017, ákvað námsnefnd gjörgæslunámsins að kominn væri tími á framhaldsnám í gjörgæsluhjúkrun sem væri reglulega í boði. Jafnframt var ákveðið að framhaldsnám í gjörgæsluhjúkrun snéri að nýburum, börnum og fullorðnum sem hafði gefist vel í diplómanáminu veturinn 2016-2017. Námsnefndin hóf þá að skipuleggja MS-nám við Hjúkrunar- og

Ljósmóðurfræðideild HÍ með það að markmiði að hjúkrunarfræðingar hefðu tækifæri á að nýta tíma sinn í framhaldsnáminu sem best og um leið að dýpka innihald framhaldsnáms í gjörgæsluhjúkrun.

Er hægt að greiða hjúkrunarfræðingum laun fyrir að vera í meistaranámi í gjörgæsluhjúkrun?

Snemma í þróun MS-náms í gjörgæsluhjúkrun ákvað námsnefndin að athuga möguleika á klínísku starfsnámi í gjörgæsluhjúkrun á gjörgæsludeildum Landspítala samhliða bóklegum fögum. Þannig væri hjúkrunarfræðingum greidd laun fyrir að vera í MS-

Nánari upplýsingar

Allar nánari upplýsingar um MS-nám í gjörgæsluhjúkrun við HÍ og klínískt starfsnám í gjörgæsluhjúkrun veita Hulda Long, verkefnastjóri framhaldsnáms við hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild HÍ (huldalong@hi.is), og Rannveig J. Jónasdóttir, lektor og sérfræðingur í hjúkrun gjörgæslusjúklinga, gjörgæsludeild Landspítala Fossvogi og formaður námsnefndar MS-náms í gjörgæsluhjúkrun (rannveigj@hi.is).

námi í gjörgæsluhjúkrun. Námið gæti þar með orðið hvetjandi og þetta myndi auðvelda hjúkrunarfræðingum að ljúka náminu á fjórum samliggjandi önnum. Í samstarfi við framkvæmdastjóra gjörgæslu-, kvenna- og barnasviða Landspítala var gerður samningur um 30% námsleyfi og 40% klínískt starf, alls 70% stöðu hjúkrunarfræðinga í klínísku starfsnámi. Haustið 2021 bættist Sjúkrahús Akureyrar í hópinn og 2021-2023 er sams konar samningur og á Landspítala fyrir tvo hjúkrunarfræðinga í MS-námi í gjörgæsluhjúkrun við HÍ. Ein gjörgæsludeildanna er heimadeild hjúkrunarfræðings og flestar stundir eru teknar þar í klínísku starfsnámi, auk 200 klukkustunda að lágmarki, á tveimur öðrum gjörgæsludeildum á námstímanum. Hjúkrunarfræðingar hafa þar með laun sem jafngilda 70% starfshlutfalli í klínísku starfsnámi.

Skipulag MS-náms í gjörgæsluhjúkrun

Tekið var inn í klíníska starfsnámið haustið 2019 og 2021 og næst verður tekið inn í starfsnámið haustið 2023. Forsendur samnings Landspítala og hjúkrunarfræðinga í klínísku starfsnámi eru að hjúkrunarfræðingur þarf að vera fastráðinn á eina af gjörgæsludeildum Landspítala, vera skráður í fullt MS-nám í gjörgæsluhjúkrun við HÍ og ljúka því á fjórum samliggjandi önnum. Ekki er gerð krafa til hjúkrunarfræðinga um starfsreynslu eða að eiga inni námsleyfi til að komast í klínískt starfsnám eða MS-námið. Það eru sérfræðingar í hjúkrun gjörgæslusjúklinga sem leiða klíníska starfsnámið á gjörgæsludeildum Landspítala.

Þátttaka í klínísku starfsnámi er ekki skilyrði fyrir inntöku í MS-nám í gjörgæsluhjúkrun. Hægt er að sækja um MS-nám í gjörgæsluhjúkrun tvisvar á ári en umsóknarfrestur til að hefja nám á haustönn er til 15. apríl, fresturinn til að hefja nám á vorönn er 15. október. Hafi hjúkrunarfræðingur hug á klínísku starfsnámi þá er einungis hægt að hefja nám í MS-gjörgæsluhjúkrun við HÍ á haustönn á oddatölu árs. Ef hjúkrunarfræðingur fer ekki í klínískt starfsnám þá eru 30 ECTS-einingar metnar úr BS-námi í stað 30 ECTS-eininga sem klíníska starfsnámið gefur. Hjúkrunarfræðingar hafa nýtt sér þá leið að fara hægar gegnum námið en á fjórum samliggjandi önnum og hafa þá ekki verið í klínísku starfsnámi. Þessi sveigjanleiki í framhaldsnámi í gjörgæsluhjúkrun er mikilvægur og gefur fleiri hjúkrunarfræðingum kost á að fara í námið.

Innihald MS-náms í gjörgæsluhjúkrun

Innihald námsins samanstendur af sérhæfðum námskeiðum um gjörgæslu og kjarnanámskeiðum MS-náms í hjúkrunarfræði við HÍ. Verkefni sem hjúkrunarfræðingar vinna í kjarnanámskeiðum snúa að meðferð og hjúkrun gjörgæslusjúklinga og fjölskyldna þeirra sem og lokaverkefni. Áhersla er á að hjúkrunarfræðingar finni sér ákveðið svið í upphafi námsins og dýpki þekkingu sína á því sviði. Í töflu 1 eru tilgreind námskeið MS-náms í gjörgæsluhjúkrun.

Er hægt að ljúka MS-námi í gjörgæsluhjúkrun á fjórum önnum?

Já, það er hægt. Hjúkrunarfræðingar sem kusu að fara í klínískt starfsnám haustið 2019 luku MS-gráðu í gjörgæsluhjúkrun vorið 2021. Það sama á við um hóp hjúkrunarfræðinga sem fóru í klínískt starfsnám haustið 2021 og ljúka MS-náminu vorið 2023. Jafnframt hafa hjúkrunarfræðingar sem ekki hafa tekið klínískt starfsnám í gjörgæsluhjúkrun lokið sínu MS-námi í gjörgæsluhjúkrun. Ákveðin stemning skapast oft þegar hópur fylgist að í gegnum námstímann og það getur verið styrkur fyrir hjúkrunarfræðinga í hópnum. Hópurinn heldur dampi í námi sem að sjálfsögðu er krefjandi en áhugahvetjandi og mjög tengt klínískri vinnu.

Tafla 1. MS-nám í gjörgæsluhjúkrun við hjúkrunar- og ljósmóðurfræðideild Háskóla Íslands 2023-2025 (120 ECTS).

Tími	Kjarni 66 ECTS	Sérhæfð námskeið 24 ECTS	ECTS
Haust 2023	HJÚ143F Þekkingarþróun (6 ECTS) HJÚ135F Hagnýtt tölfræði (6 ECTS)	HJÚ160F Gjörgæsluhjúkrun I (8 ECTS)	20
Vor 2024	HJÚ252F Megindleg aðferðafræði (6 ECTS) HJÚ253F Eigindleg aðferðafræði (6 ECTS) HJÚ0AQF Klínísk lífeðlis- og meinafræði (6 ECTS)	HJÚ0APF Grunnmeðferð bráðveikra barna (2 ECTS)	20
Haust 2024	HJÚ144F Hjúkrun á sérsviði I (6 ECTS)	HJÚ343F Gjörgæsluhjúkrun II (10 ECTS) HJÚ151F Lyfjafræði svæfingalyfja (4 ECTS)	20
Vor 2025	HHJÚ441L Lokaverkefni (30 ECTS)		30
Haust 2023 - vor 2025	Klínískt starfsnám í gjörgæsluhjúkrun. Metnar eru 30 ECTS úr BS-námi eða 30 ECTS klínískt starfsnám í gjörgæsluhjúkrun		30

Endómetríósuteymi Kvennadeildar

Flókin fjölkerfa sjúkdómur eins og endómetríósa kallar á fjölþættar meðferðir, skilning á einkennum sem ekki endilega finnast skýring á og sérhæfðu endómetríósuteymi sem nálgast sjúkdóminn þverfaglega. Guðrún Björk Þorsteinsdóttir hjúkrunarfræðingur er í endómetríósuteymi Kvennadeildar Landspítala og við fengum hana til að svara nokkrum spurningum um þetta mikilvæga teymi sem var stofnað árið 2017.

Viðtal og myndir: Sigríður Elin Ásmundsdóttir

Hvenær og hvers vegna var endómetríósuteymi stofnað á Kvennadeild Landspítalans?

Endómetríósuteymið var stofnað fyrir nokkrum árum, eða árið 2017, af læknum og hjúkrunarfræðingum deildarinnar með það að markmiði að nálgast sjúkdóminn á þverfaglegri hátt en áður hafði verið gert. En sú hefur verið þróunin í meðferð margra flókinna sjúkdóma á undanförunum árum. Þar áður hafði lengi verið vilji fyrir að stofna svona teymi innan Kvennadeildar Landspítalans. Það var röskun á ýmiss konar starfsemi í Covid-19, vegna álags á heilbrigðiskerfið, og þar á meðal starfsemi sem tengist endómetríósu, bæði hérlandis og erlendis en um leið og faraldurinn var í rénum var farið á fullt í það að reyna að koma á virku starfi teymisins.

Hvaða fagfólk tilheyrir þessu nýja teymi og hvernig virkar það?

Þær fagstéttir sem mynda teymið eru sérfræðilæknar, hjúkrunarfræðingar, félagsráðgjafi, sérhæfðir sjúkrapjálfarar og starfsfólk verkjateymis Landspítala. Við stofnun teymisins voru þrír sérfræðilæknar í því, núna er aðeins einn starfandi en það er unnið að því að fjölga læknum í teyminu. Tveir hjúkrunarfræðingar og einn félagsráðgjafi, sem allir starfa á Kvennadeildinni, tilheyra teyminu. Þrír sérhæfðir sjúkrapjálfarar með sérhæfingu í meðferð á grindarbotns- og verkjavandamálum kvenna, ásamt 3-4 starfsmönnum verkjateymis hjúkrunarfræðinga og lækna eru virkir þátttakendur í starfsemi teymisins. Auk þess er verið að vinna að því að fá sálfræðing, eða aðra sálræna þjónustu, inn í teymið en það hefur ekki verið til þessa.

Teymið virkar þannig að það þarf tilvísun frá lækni til að komast inn í það. Þegar tilvísun er komin, er komin beiðni inn í okkar kerfi. Hjúkrunarfræðingur sendir þá spurningalista á viðkomandi og út frá þeim er svo lagt mat á forgang inn í teymið. Viðkomandi fær í kjölfarið sent rafrænt svar um hvort hún sé komin á biðlista eftir tíma hjá sérfræðilækni teymisins. Eftir fyrsta viðtal hjá lækni er svo metið hvort konan þurfi á aðgerð að halda eða hvort annarra úrræða er þörf. Hjúkrunarfræðingar sinna ýmsum símtölum og eftirfylgd við þær konur sem eru innan teymisins. Teymið hittist reglulega á fundum og fer yfir fagleg málefni og eins eru tilfelli rædd. Þess má geta að þeir, sem eru í þessu sérhæfða endómetríósuteymi spítalans, sinna líka ýmsum öðrum sjúklíngaflokkum, aðgerðum, inniliggjandi sjúklíngum, bráðapjónustu og öðru.

Hefur vakning gagnvart sjúkdómnum á undanförunum árum orðið til þess að fleiri leita sér nú aðstoðar en áður?

Mjög líklega er það svo, enda eru margar konur mun betur upplýstar í dag en áður. Hins vegar hafa íslenskar rannsóknir á vegum Reynis Tómasar Geirssonar sýnt að á árunum 1981-2000 og síðan 2001-2015 var nýgengi sjúkdómsins nokkuð stöðugt. Endómetríósa getur verið mjög flókin sjúkdómur og fer ekki alltaf saman styrkur verkja og sýnileiki endómetríósuvefs. Oft þarf að nálgast sjúkdóminn út frá fleiri hliðum en bara með aðgerð. Stundum hjálpar aðgerð en stundum ekki. En hver þarf á aðgerð að halda og hver ekki á alltaf að vera vel rökstudd ákvörðun sérfræðings í skurðlækningum



Ragnheiður Harpa Hilmarsdóttir hjúkrunarfræðingur, Guðrún Björk Þorsteinsdóttir hjúkrunarfræðingur og Ragnheiður Oddný Árnadóttir kvensjúkdómalæknir eru allar í teyminu.

„Endómetríósuteymið var stofnað fyrir nokkrum árum, eða árið 2017, af læknum og hjúkrunarfræðingum deildarinnar með það að markmiði að nálgast sjúkdóminn á þverfaglegri hátt en áður hafði verið gert.“

kvenna. Meðferðir eins og hormónameðferðir, sjúkraþjálfun, sálræn meðferð, verkjameðferð og ýmsar lífsstíls- og sjálfshjálpameðferðir eru stundum betri kostur en aðgerð. Endómetríósa er flókinn fjölkerfa sjúkdómur og gefur því auga leið mikilvægi fjölþættrar meðferðar.

Hefur þú sem hjúkrunarfræðingur orðið vör við að það skorti þjónustu við konur sem þjást af endómetríósu?

Já ég býst við því. En því miður er það þannig með marga sjúkdóma að það mætti bæta þjónustuna. Það vantar kannski meiri skilning á þessum sjúkdómi almennt í samfélaginu. En það vandamál er líka erlendis því rannsóknir hafa sýnt að almennt líða um 8-10 ár þar til sjúkdómurinn greinist. Samkvæmt upplýsingum frá heilbrigðisráðuneytinu er talið að greiningartími á Íslandi sé um 6-7 ár. Á Íslandi greinast um það bil 100 konur á ári og þriðjungur þeirra eru með alvarlegan sjúkdóm. Erlendis sýna rannsóknir að um 10% kvenna séu með sjúkdóminn, sú tala er talin vera lægri hér á landi, líklega milli 5-8%, samkvæmt rannsóknum Reynis Tómasar Geirssonar, og samstarfsaðila. Það væri óskastaða ef það væri annað endómetríósuteymi innan heilsugæslunnar sem gæti þá tekið við eftirfylgd eftir meðferð hjá okkur. En ég vil líka nefna það að greining og meðferð við sjúkdómnum fer einnig fram hjá sérfræðilæknum á stofu, þannig að þjónustan er víða.

Hver er tilgangur teymisins?

Tilgangur þessa þverfaglega endómetríósuteymis er að sinna sjúklingum með erfið sjúkdómseinkenni, sem eru í greiningarferli, eða ef meðferð annars staðar í kerfinu hefur ekki skilað árangri. Markmið teymisvinnunnar er að auka lífsgæði sjúklings og koma sjúkdómnum í stöðugt ástand. Stefnan er að einstaklingur sé í meðferð hjá teyminu í um það bil eitt ár. Þegar því markmiði er náð þá fer langtímaeftirlit fram utan sjúkrahúss, hjá heimilislækni eða sérfræðilækni á stofu. Sjúklingi er vísað til teymisins með ráðgjafabeiðni, eða tilvísun, sem koma flestar frá sérfræðilæknum í fæðingar- og kvensjúkdómalækningum eða heimilislæknum.

Hvernig þjónustar teymið sjúklinga á landsbyggðinni?

Við sinnum öllu landinu. Ef sjúklingur þarf að leggjast inn vegna aðgerðar þá er sjúkrahótel í næstu byggingu við Kvennadeildina og við aðstoðum okkar konur við að panta gistingu þar ef þær þurfa. Við erum líka í símasambandi við konur sem búa úti á landi og eru í þjónustu teymisins.

Er fagfólk, og þá sérstaklega hjúkrunarfræðingar, almennt meðvitað um einkenni endómetríósu sjúkdómsins?

Ég veit ekki hvort hjúkrunarfræðingar séu almennt meðvitaðir um einkenni endómetríósu en hjúkrunarfræðingar Kvennadeildar ættu flestir að þekkja einkennin, alla vega þeir sem eru með reynslu af deildinni. Teymið kom að fræðslu fyrir skólahjúkrunarfræðinga á höfuðborgarsvæðinu sem var virkilega vel tekið. Einnig fóru af stað fræðslufundir fyrir lækna á heilsugæslustöðvum, en því miður kom Covid-19 faraldurinn í veg fyrir að við gætum haldið þeim fundum áfram. Við heilbrigðisstarfsfólk þurfum að sýna konum skilning á þeirra verkjaupplifun því þetta geta verið miklir verkir sem konan upplifir og þó svo ekkert greinist sem skýrir þá verki er ekki þar með sagt að ekkert sé að. Lífeðlisfræði verkja getur verið mjög flókin, það sést ekki alltaf eitthvað sem getur skýrt verki en manneskja er samt með verki sem hafa mögulega mikil áhrif á allt hennar líf.

Hver eru helstu einkenni endómetríósu?

Endómetríósa er hormónatengdur bólgusjúkdómur sem getur valdið langvarandi verkjum og ófrjósemi. Orsök er ekki þekkt. Sjúkdómurinn getur myndast á mismunandi stöðum í líkamanum, algengast þó í grindarholi og valdið ólíkum einkennum. Endómetríósuvefur sem er utan legsins, hagar sér eins og hann væri innan legs, þykkar og fer svo að blæða samhliða tíðahringnum. Með tímanum geta myndast blöðrur, örvefur og samgróningar sem geta valdið krónískum verkjum, miklum blæðingum, verkjum við samfarir, verkjum við þvaglát eða hægðalosun og ófrjósemi. Þar sem einkenni sjúkdómsins eru margvísleg hefur hann mismikil áhrif á lífsgæði kvenna en í sumum tilfellum getur endómetríósa valdið vanlíðan í mörg ár. Mikilvægt er þó að nefna að sjúkdómurinn getur líka verið alveg einkennalaus.

Hvernig er hægt að bæta þekkingu og auka skilning á sjúkdómnum þar sem einkennin geta verið mjög mismunandi og ekki endilega augljós?

Ég held að opin umræða sé alltaf af hinu góða. Það þarf að vera aðgengileg góð fræðsla bæði til almennings og til heilbrigðisstarfsfólks. Það er mjög eðlilegt að það hafi ekki allir skilning á öllum sjúkdómum eða heilsufarsvandamálum og það þurfa ekkert allir að hafa það. Það sem mér finnst mikilvægast er að sýna öðrum skilning þó svo ekki sé fullkominn skilningur á vandamálinu. Ég held að það væri gott að efla fræðslu í grunnskólum og menntaskólum sem hluta af kynfræðslu unglinga. Ég sé fyrir mér að hægt væri að gera myndbönd sem myndu ná til unglinga og væri hægt að sýna í skólum. Ég held að það þurfi líka að efla enn frekar fræðslu um sjúkdóminn innan heilbrigðiskerfisins. Svo tel ég að það sé gifurlega mikilvægt að efla jákvæð samskipti sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks. Neikvæð umræða gagnast engum því þá missir starfsfólk frekar löngun til að sinna sínu annars góða starfi.



Guðrún Björk Þorsteinsdóttir.

„Endómetríósa er hormónatengdur bólgusjúkdómur sem getur valdið langvarandi verkjum og ófrjósemi.“

Hvert er fyrsta skrefið hjá þeim einstaklingum sem eru með einkenni endómetríósu og vilja fá sjúkdómsgreiningu og aðstoð?

Fyrsta skrefið er alltaf að tala við heimilislækni eða sérfræðing í kvensjúkdómum. Það á fyrst að reyna að leita leiða við að leysa vandann þar, annaðhvort með lyfjum eða aðgerð. Ef málin eru flóknari getur læknir sent tilvísun á endómetríósuteymið. Alls ekki allar konur með endómetríósu þurfa á okkar þjónustu að halda. Ég held að til að ná árangri í meðferð endómetríósu þurfi að vera góð samvinna milli sjúklings og heilbrigðisstarfsmanns. Einnig er mjög mikilvægt að hver einstaklingur taki virkan þátt í að ná stjórn á eigin heilsu með því að tileinka sér lausnamiðaða leit að úrræðum og fræðslu. Við heilbrigðisstarfsfólk viljum vera til staðar og reyna allt sem við getum til að ná stjórn á þessum erfiða sjúkdómi en það þarf að vera góð samvinna við sjúklinginn. Með langvinna sjúkdóma er það alltaf þannig, samvinna og langhlaup, engin skyndilausn.

Aðalfundur

12. maí | Norðurljós, Harpa

Aðalfundur Félags Íslenskra hjúkrunarfræðinga verður haldinn á alþjóðlegum degi hjúkrunarfræðinga, **föstudaginn 12. maí** 2023, í Norðurljósasal Hörpu.

Fundurinn hefst kl. 13:00 og verða léttar veitingar í boði fyrir félagsmenn.

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

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

Viðburður verður í salnum að loknum fundarstörfum í tilefni dagsins.

Fundurinn verður nánar auglýstur síðar á vefsvæði félagsins, www.hjukrun.is.



Rætt um komandi kjarasamninga

Fundað með hjúkrunarfræðingum um allt land

Umsjón: Kjarasvið Fíh

Í janúar og febrúar héldu formaður og starfsfólk kjar- og réttindasviðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh) í fundarröð um landið til að ræða við hjúkrunarfræðinga um væntanlega kjarasamninga en gerðardómur gagnvart ríkinu rennur út í lok mars. Góð mæting var á fundina og ljóst að mikill hugur er í hjúkrunarfræðingum og þeim umhugað um stöðu kjaramála.

Samninganefndir Fíh og ríkisins hittust á fyrsta fundi í byrjun febrúar og var ákveðið að flýta fundunum með hjúkrunarfræðingum um landið áður en lengra væri haldið í viðræðum.

Þegar þessi grein er skrifuð, í lok febrúar, hafa samninganefndir Fíh og ríkisins hist á tveimur fundum. Trúnaður ríkir um efni fundanna og verður því ekki hægt að upplýsa félagsfólk um stöðuna hverju sinni á meðan viðræðum stendur. Samninganefndin samanstendur af formanni og starfsfólki kjarasviðs, ásamt tveimur hjúkrunarfræðingum á tveimur stærstu vinnustöðum hjúkrunarfræðinga, Landspítala og Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Þeim til stuðnings er stjórn Fíh og trúnaðarmannaráð félagsins sem skipað er úr hópi trúnaðarmanna víðsvegar um landið.

Miðlunartillagan og kjarasamningarnir sem losna í lok mars snúa að ríkinu, Samtökum fyrirtækja í velferðarþjónustu, Reykjavíkurborg og Sambandi íslenskra sveitarfélaga, en innan þessara samninga starfa 93% hjúkrunarfræðinga. Þar af starfa um 83% þeirra hjá ríkinu og hefur það verið hefðin að beðið sé eftir samningum við ríkið áður en haldið er lengra með öðrum viðsemjendum þar sem óhjákvæmilega hefur niðurstaðan við ríkið áhrif á aðrar viðræður í ljósi fjöldans sem þar starfar.

Á fundunum með hjúkrunarfræðingum var farið yfir helstu áherslur félagsins fyrir komandi kjaraviðræður, sem byggja meðal annars á niðurstöðum funda með hjúkrunarfræðingum um landið vorið 2022, kjarakönnunar hjúkrunarfræðinga og kjararáðstefnu með trúnaðarmönnum síðastliðið haust. Mikill

„... er vaktahvatinn og fleiri atriði til endurskoðunar í stýrihópnum með það að markmiði að reyna að lagfæra fyrir komandi kjarasamninga.“





Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Fih ásamt starfsmönnum kjarasviðs Fih.

samhljómur var um þær áherslur sem hjúkrunarfræðingar vilja setja á oddinn og hafa verið settar fram í kröfugerð félagsins. Fjölmargar góðar ábendingar bárust frá hjúkrunarfræðingum um mörg atriði sem samninganefndin þarf að hafa í huga við samningaborðið.

Helsta krafan er um hækkun grunnlauna ásamt því að virði starfa hjúkrunarfræðinga verði endurmetið í samræmi við ábyrgð og álag í starfi og í samanburði við aðra háskólamenntaða starfshópa. Meðal annarra áhersluatriða sem hjúkrunarfræðingar nefndu á fundunum er að festa styttingu vinnuvikunnar í sessi, endurskoðun álagsgreiðslna, gerð mönnunarviðmiða, stórbæta þurfi starfsumhverfi og öryggi hjúkrunarfræðinga og sjúklinga. Hjúkrunarfræðingum var einnig tíðrætt um vaktahvatann sem er hluti af verkefninu Betri vinnutíma sem samið var um í kjarasamningum 2020 fyrir vaktavinnufólk. Fih á fulltrúa í stýrihóp verkefnisins ásamt fulltrúum bandalaga og atvinnurekenda. Þegar þessi grein er skrifuð er vaktahvatinn og fleiri atriði til endurskoðunar í stýrihópnum með það að markmiði að reyna að lagfæra fyrir komandi kjarasamninga.

Á þessum tímapunkti er ekki hægt að segja til um áhrif viðræðna á almenna markaðnum þar sem þeim er ekki að fullu lokið en ljóst að þeirra mun gæta á okkar samningsumhverfi eins og annarra. Þar hafa verið undirritaðir samningar til skemmri tíma en með samkomulagi milli aðila um ákveðin meginatriði sem vinna á að á samningstímanum. Markmið samninganefndar Fih er að nýr samningur við ríki taki við af miðlunartillögnum sem rennur út 31. mars nk. Óvíst er á þessum tímapunkti hvort það takist eða ekki.

Hjúkrunarfræðingar eru hvattir til að fylgjast með fréttum frá Fih um gang viðræðna og hafa samband á kjarasvid@hjukrun.is vilji þeir koma einhverju á framfæri við samninganefndina.

„Mikill samhljómur var um þær áherslur sem hjúkrunarfræðingar vilja setja á oddinn og hafa verið settar fram í kröfugerð félagsins.“





Hulda Birgisdóttir

hjúkrunarfræðingur hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
– starfsstöð, fangelsið Hólmsheiði

Mikilvægt að mæta skjólstæðingum af virðingu

Umsjón og myndir: Sigríður Elín Ásmundsdóttir

Hulda hefur í áratug starfað sem hjúkrunarfræðingur í fangelsi, hún byrjaði í afleysingum í fangelsinu á Skólavörðustíg og kvennafangelsinu sumarið 2013 á meðan hún var enn í námi. Hulda fékk fasta stöðu við fangelsið á Hólmsheiði árið 2017 og er núna í 50% starfi þar og 50% starfi á sjúkrahúsinu Vog. Samhliða tekur hún líka vaktir bráðamóttökunni í Fossvogi.

Ég á morgunvakt á Hólmsheiði, dagurinn hefst á góðum kaffibolla og síðan hefst baráttan við að vekja unglíngana og koma þeim í skólann, það getur aldeilis tekið á taugarnar en hefst alltaf að lokum. Ég hlusta á Heimsgluggann með Boga Ágústssyni í bílnum á leiðinni í vinnuna. Í fangelsinu á Hólmsheiði bíða mín ótalmörg og fjölbreytt verkefni. Vaktin byrjar á innliti á varðstofu, þar er staðan tekin, fengið smá rapport frá varðstjóra og farið yfir lista yfir þá sem eru í húsi og þá sem hafa pantað viðtal við lækni eða hjúkrunarfræðing. Því næst eru lyf fanga sem eru geymd inn á varðstofu milli vakta sótt þar sem fangaverðir gefa lyfin og farið með þau inn á móttökuherbergi sem kallað er læknaherbergi.

Morgunmóttakan er undirbúin áður en læknir sem er á vakt mætir í hús, lyf eru tekin til fyrir 42 fanga í lyfjabox. Þegar læknirinn mætir upp úr kl. 9 fær hann rapport um þau erindi sem hafa borist í vakt síma hjúkrunarfræðings. Vakt síminn er í raun sá sími sem varðstjóri og fangaverðir geta hringt í með ýmis erindi sem ekki geta bedið þar til læknir eða hjúkrunarfræðingur kemur í hús. Til að mynda kom nýr skjólstæðingur daginn áður sem þurfti á fráhvarfslyfjameðferð að halda og gátu fangaverðir hafið hana með mínu leyfi þar sem við höfum alltaf tilbúin lyfjabox með fráhvarfslyfjum. Móttakan hefst um klukkan níu, oftast er ekki skiptum við hjúkrunarfræðingarnir með okkur verkum þar sem önnur okkar fer í móttöku með lækni á meðan hin heldur áfram lyfjatiltekt sem oft og tíðum getur verið ansi umfangsmikil. Þennan daginn fer ég í móttökuna með læknum. Við byrjum á gæsluvarðhaldföngunum og þessu er best lýst sem nokkurs konar stofugangi. Heilsufarsviðtal er tekið við skjólstæðinga, skoðun og lífsmarkamælingar fara fram og þeir upplýsa um almenna heilsu, sjúkdóma og venjur, ásamt lyfjasögu.

Gæsluvarðhaldið er þungt í dag, þar eru fimm einstaklingar, þar af eru fjórir erlendir. Einn af erlendu gæsluvarðhaldsföngunum er hælisleitandi sem er í hungurverkfalli. Hungurverkfall fanga er það sem við sjáum í sívaxandi mæli en engin gæðaskjöl eru til fyrir heilbrigðisstarfsfólk hér á Íslandi til að fara eftir ef skjólstæðingar okkar eru í hungurverkfalli. Eftirlit með slíkum föngum þarf að vera daglegt en vegna takmarkaðs fjármagns hefur ekki verið unnt að auka stöðugildi hjúkrunarfræðinga eða lækna við fangelsið. Mikill tími fer í túlkun við erlenda fanga, oftast notum við túlkaapp, þar sem ekki er hlaupið að því að fá túlk í fangelsið. Það gengur oftast vel að nota appið en það tekur töluvert lengri tíma að sinna erlendum föngum sem einungis tala sitt móðurmál.

„Að síða burtu alla fordóma og mæta skjólstæðingum af fullkomnu fordómaleysi.“

Þegar stofugangi er lokið fáum við inn á stofu til okkar nýja fanga sem ekki sæta gæsluvarðhaldseinangrun. Farið er yfir sömu upplýsingar og hjá skjólstæðingum í gæsluvarðhaldi. Fangar sem hafa hitt okkur áður stendur til boða að setja sig á viðtalslista og þar eru ýmis erindi sem koma upp og þarf að leysa og ráðleggja með. Í dag þurfum við að senda einn fanga í myndrannsókn, þá þarf að útbúa flutningsbeiðni fyrir viðkomandi og afhenda varðstjóra svo hann geti pantað tíma og undirbúið flutning í rannsóknina í fylgd fangavarda. Undirbúa þarf einnig flutning fanga milli fangelsa og þennan daginn er fyrirhugað að flytja þrjá fanga á Litla-Hraun. Lyf og lyfjafyrirmæli þurfa að fylgja þeim. Ég tek eftir



Fangelsið á Hólmsheiði er gæsluvarðhalds- og móttökufangelsi og þar er einnig starfrækt eina kvennafangelsið á landinu. Á Hólmsheiði er aðstaða fyrir afplánun, styttri fangelsisrefsingar og vararefsingar. Alls eru 56 fangapláss á átta deildum sem skiptast í almennar deildir, gæsluvarðhaldsdeildir og kvennadeildir. Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins hefur síðan í mars 2019 sinnt heilbrigðisþjónustu fyrir fanga á Hólmsheiði. Tveir hjúkrunarfræðingar og tveir læknar sinna þjónustunni og eru vitjanir tvo daga í viku en þess á milli sinna hjúkrunarfræðingar bakvaktarsíma og útköllum. Öllum föngum stendur til boða að þiggja heilbrigðisþjónustu og æskilegast er að nýir fangar hittu lækni eða hjúkrunarfræðing innan 24 klukkustunda frá komu í fangelsið. Föngum, sem eru í einangrunargæsluvarðhaldi, stendur til boða að hitta lækni og/eða hjúkrunarfræðing tvisvar í viku en allir fangar hafa rétt á að afþakka þjónustu heilbrigðisstarfsfólks.



„Hungurverkfall fanga er það sem við sjáum í sívaxandi mæli en engin gæðaskjöl eru til fyrir heilbrigðisstarfsfólk hér á Íslandi til að fara eftir ef skjólstæðingar okkar eru í hungurverkfalli.“

Því að lyfjablað eins fangans er óskýrt og geri því nýtt og læt fylgja með fráhrarsskema þar sem viðkomandi er á fráhrarsskema. Mitt starf felst að miklu leyti í því að hafa yfirumsjón með allri starfsemi sem snýr að heilbrigðisþjónustu þannig að allt gangi sem best fyrir okkar skjólstæðinga.

Að lokinni móttöku með lækni hefst hjúkrunarmóttaka þar sem m.a. forðalyf eru gefin og önnur erindi leyst sem ekki þurfa aðkomu læknis. Einn fangi þarf forðalyf í dag sem gefið er við geðklofa. Tveir aðrir fangar eru kallaðir inn í blóðþrýstingseftirlit og svo eru nokkrir á lista fyrir blóðprufur. Ég upplifi sjaldan að ég sé í hættu þegar ég er að sinna föngum eða að þeir sé eitthvað hættulegri en annað fólk. Engu að síður finnst mér mikilvægt að tveir heilbrigðisstarfsmenn séu saman í hjúkrunarmóttöku og svo eru fangaverðirnir aldrei langt undan.

Hjúkrunarfræðingarnir í fangelsinu sjá um lyfjapantanir frá apóteki og að panta önnur aðföng sem á þarf að halda til að reka litla heilsugæslu eins og þessa á Hólmsheiði. Eftir hjúkrunarvaktina þarf að hafa samband við aðra

fagaðila sem tengjast okkar vinnu í fangelsinu, til að mynda hjúkrunarfræðinga á Litla-Hrauni, göngudeild smitsjúkdóma, Vog, geðheilsuteymi fanga og ýmis önnur teymi. Oftast er það í höndum hjúkrunarfræðinga á vakt og eins að hafa umsjón með rannsóknnum sem framkvæmdar eru í samráði við lækni og fylgja þeim eftir. Því miður er veruleikinn sá að meirihluti fanga á við vímuefnavanda að stríða. Hluti af starfinu er þar af leiðandi að gera áætlanir um fráhrarsskemaferðir og tengja þá sem þurfa á viðhaldsmeðferð við óþíðafikn að halda, við geðheilsuteymi fanga. Það var stofnað árið 2020 og að mínu mati var mikil þörf á því teymi þar sem margir af okkar skjólstæðingum eiga við fíkní- og/ eða geðsjúkdóma að stríða. Mér finnst mjög mikilvægt í þessu starfi og alveg sama hvar maður starfar innan heilbrigðiskerfisins að mæta öllum skjólstæðingum af virðingu á þeim stað sem þeir eru. Að síða burtu alla fordóma og mæta skjólstæðingum af fullkomnu fordómaleysi.

Nú styttest í að vaktinni minni ljúki. Ég klára síðustu verkin áður en ég keyri heim og legg mig því ég er að fara á næturvakt á Vog. Vakt í fangelsinu lýkur þó í raun aldrei alveg því vaktsminni er ekki langt undan og það eru ófá símtölin sem berast í hann frá fangelsinu. Oft eru það mál sem liggja þungt á mér þar til næsta móttaka fer fram. Því fylgir mikil ábyrgð og skynsemi að bera á sér vakt síma. Oft leiða þessi símtöl útköll af sér því sum mál geta einfaldlega ekki beðið til næsta móttökudags. Þá er mikilvægt að hugsa í lausnum og vera útsjónarsöm til að allt gangi sem best upp.

Mat á meðvitundarástandi

INNGANGUR

Viðfangsefni og áskoranir hjúkrunarfræðinga í klínisku starfi eru margþætt. Eitt af lykilhlutverkum hjúkrunarfræðinga felst í mati og eftirliti með ástandi og líðan sjúklinga. Í þessari grein er sjónum beint að mati á meðvitundarástandi sem er mikilvægur þáttur í líkamsmati sjúklinga og einn af grunnþáttum hjúkrunar.

Meðvitund er skilgreind sem skynjun einstaklingsins á sjálfum sér og umhverfi sínu. Það er, vitund einstaklings um sjálfan sig og umhverfi sitt. Meðvitund byggir á samhæfingu á virkni RAS (*reticular activating substance*) í heilastofni og tengingu milli svæða í heilaberki (*cerebral cortex*). Gjarnan er litið á breytingar á meðvitund sjúklinga sem alvarlegt ástand, sem geta tengst auknum líkum á óvæntu dauðsfalli. Áhætta sjúklinga vegna meðvitundarskerðingar er margþætt. Til að mynda er hættu á að meðvitundarskertur sjúklingur sé ófær um að vernda öndunarveg, öndun getur bælst og stjórn á mikilvægri líkamsstarfsemi truflast, svo sem líkamshitastjórnun (Mehta o.fl., 2019; Moura o.fl., 2022).

Í dæmisögunni hér fyrir neðan, kemur fram fyrsta mat á meðvitundarskertum sjúklingi. Breytur sem eru tilgreindar og snúa að lífsmörkum varðandi ástand sjúklingsins eru fremur auðmælanlegar fyrir utan mat á meðvitund. Markmið greinarinnar er að efla og styrkja hjúkrunarfræðinga í mati á meðvitund. Aðferðir við mat á meðvitund eru settar í klínískt samhengi og þannig sýnt fram á hvernig styðjast megi við viðurkennda meðvitundarmatskvarða í daglegu klínisku starfi.

Kerfisbundið mat

Kerfisbundið líkamsmat er nálgun sem er notuð til að fá skjóta mynd af ástandi sjúklings. Í daglegu tali er það gjarnan nefnt ABCDE-mat og á uppruna sinn úr bráðfræðum, þar sem öguð og kerfisbundin vinnubrögð geta skipt öllu máli varðandi lífsbjargandi meðferð sjúklings (Klerck o.fl., 2020). Notkun á kerfisbundnu líkamsmati hefur þróast og í dag er einnig stuðst við aðferðina í fyrsta mati á hnignandi ástandi sjúklinga í almennu veikindasamhengi.

Fleiri aðferðir eru notaðar við mat á ástandi og líðan sjúklinga. Má þar nefna matstækið *stigun sjúklinga* sem byggir á NEWS-matstækinu (*National Early Warning Score*), sem er notað víða um heim, meðal annars á Landspítala. Þar er um að ræða alþjóðlegt og viðurkennt mælitæki, sem notað er til að meta og bregðast við versnandi ástandi sjúklinga á kerfisbundin hátt. Í meginráttum gengur kerfisbundið líkamsmat út á að meta sjúklinga á eins hlutlægan hátt og kostur er og um leið að styðjast við viðurkennd viðmið og kvarða við matið.

Í dæmisögunni um Jón er fyrsta lýsing á meðvitund hans sú að hann sé „ólíkur sjálfum sér og hálfmeðvitundarlaus“. Það er fremur óljós huglæg lýsing á ástandi sjúklingsins sem verður markvissari með notkun á meðvitundarkvarða.

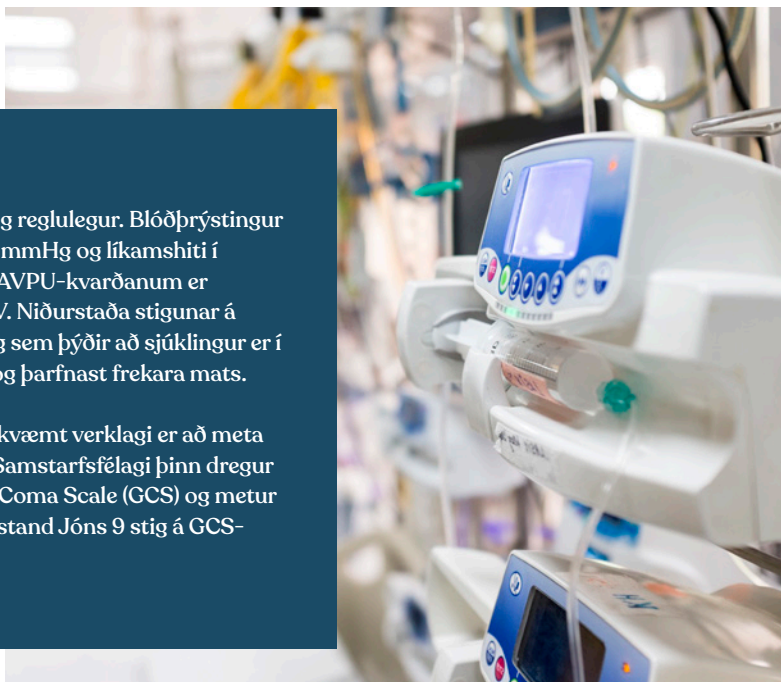
Dæmisaga

Þú ert snemma morguns inni á vakt-herbergi, til þín kemur samstarfsfélagi og segir þér að sjúklingurinn Jón, á stofu 17 „sé ólíkur sjálfum sér – sé hálfmeðvitundarlaus og hann hafi ekki verið svona á kvöldvaktinni í gær“.

Þú gengur vasklega til verks, ferð til Jóns og metur hann. Þegar þú ávarpar Jón umlar hann, þú sérð að öndunarvegur er opinn. Öndunartíðni er 10x/mín., djúp og regluleg öndun. Hann mettar um 95% án viðbótarsúrefnis. Púlsinn er 110 slög/

mín., sterkur og reglulegur. Blóðþrýstingur mælist 150/80mmHg og líkamshiti í eyra 37,6°C. Á AVPU-kvarðanum er sjúklingurinn V. Niðurstaða stigunar á NEWS er 6 stig sem þýðir að sjúklingur er í vissri áhættu og þarfnast frekara mats.

Viðbrögð samkvæmt verklagi er að meta Jón ítarlegar. Samstarfsfélagi þinn dregur fram Glasgow Coma Scale (GCS) og metur meðvitundarástand Jóns 9 stig á GCS-kvarðanum.





Sölvi Sveinsson.

AVPU-kvarðinn

AVPU-kvarðann (*alertness, confusion, drowsiness, and unresponsiveness*) má nota til að leggja mat á meðvitundarástand sjúklinga, sem er hluti af NEWS-matstækinu. AVPU er fremur einfaldur í notkun. Matskvarðinn var þróaður af bandarískum skurðlæknasamtökum (*American College of Surgeons*) og kom fyrst út árið 1989. Kvarðanum var ætlað að leggja mat á meðvitund sjúklinga sem lentu í slysum. Kvarðinn er ekki hugsaður fyrir mat á meðvitundarástandi til lengri tíma heldur einungis sem fljótlegt fyrsta mat (Kelly o.fl., 2004).

Meginkostir AVPU-kvarðans er hversu einfalt er að meta meðvitund með honum og að skilja hvað hver bókstafur stendur fyrir. Einnig þarf ekki að reikna út niðurstöður við matið, sjúklingnum er einfaldlega gefinn bókstafur út frá meðvitundarástandi. AVPU-kvarðinn er samsettur úr eftirfarandi atriðum:

A

Vakandi. Sjúklingur er vakandi og bregst við umhverfi sínu. Opnar sjálfur augu án áreitis, gefur umhverfi sínu gaum og fylgir fyrirmælum.

V

Svarar ávarpi. Sjúklingur opnar augu við áreiti þegar hann er ávarpaður. Sjúklingur getur brugðist við ávarpi og svarað því.

P

Bregst við sársauka. Sjúklingur opnar ekki augu nema við sársaukaáreiti. Viðbrögð við sársauka eru hreyfing, grátur eða uml sem svar við sársauka.

U

Bregst ekki við áreiti. Sjúklingur bregst hvorki við ávarpi né sársauka.

(Romanelli o.fl., 2022).



Þorsteinn Jónsson.

AVPU-kvarðinn er ekki hugsaður fyrir mat á meðvitundarástandi til lengri tíma heldur einungis sem fljótlegt fyrsta mat.

AVPU-kvarðinn hefur talsvert verið rannsakaður og gjarnan borinn saman við GCS-kvarðann. Svo virðist sem AVPU-kvarðinn hafi svipað forspárgildi um útkomu sjúklinga og GCS (Janagama o.fl. 2022). AVPU-kvarðinn hefur reynst gagnlegur í utanspítalaþjónustu. Fram hefur komið að notkun AVPU á slysstað geti spáð fyrir um dánarlíkur sjúklinga fyrstu 48 klukkustundirnar í kjölfar slyss.

Sökum einfaldleika AVPU-kvarðans, krefst notkun hans ekki sérstakrar þjálfunar (Kelly o.fl., 2004). Þrátt fyrir það eru vísbendingar um að heilbrigðisstarfsfólk á almennum legudeildum sé óöruggt í notkun hans. Það sem vafðist fyrir starfsfólki var að greina á milli hvort sjúklingar stigast sem A eða V á AVPU-kvarðanum. Í upprunalegum leiðbeiningum um notkun á AVPU er ekki gerður greinarmunur á því hvort sjúklingur þurfi að vera skýr og áttaður til að stigast sem A á AVPU-kvarðanum. Sá þáttur hefur valdið ruglingi við notkun kvarðans (Brunker o.fl., 2015). Til að bregðast við þessu voru gefnar út endurbættar leiðbeiningar fyrir NEWS árið 2017, sem kallast NEWS2. Við AVPU bættist bókstafurinn C sem stendur fyrir óáttun (*confusion*) og inniheldur kvarðinn þá fimm bókstafi – ACVPU.

Einfaldleiki AVPU-kvarðans kemur niður á næmni hans. Hann greinir ekki á jafn nákvæman hátt meðvitund sjúklinga. Því er lagt til að framkvæma nákvæmara mat með GCS ef sjúklingur er V, P, eða U á AVPU-kvarðanum (Zadravec o.fl., 2015). Einnig er mælt með notkun GCS ef meta þarf meðvitund sjúklinga yfir lengri tíma (McNarry & Goldhill, 2004).

Í dæmisögunni um Jón eru meðvitundarástand hans metið V á AVPU-kvarðanum, og því gripið til að meta Jón með GCS-kvarðanum.

GCS-kvarðinn

Glasgow Come Scale er vel þekktur kvarði í heilbrigðis-vísindum og sá mest notaði við mat á meðvitund. Það voru skoskir heila- og taugaskurðlæknar sem þróuðu kvarðann árið 1974 en fyrir þann tíma hafði meðvitund verið metin á óskilvirkan hátt (Teasdale o.fl., 2014). Með kvarðanum átti að staðla mat á meðvitundarástandi sjúklinga með höfuðáverka (Matis o.fl., 2008). Í dag er GCS-kvarðinn notaður við mat á meðvitund hjá öllum sjúklingahópum og hefur einnig verið aðlagður að börnum (Teasdale o.fl., 2014).

Kvarðinn er talinn geta hentað til að fylgjast með framgangi taugatengdra þátta hjá sjúklingum. Samhliða hefur kvarðinn verið notaður við mat á horfum sjúklinga og við samanburð á sjúklingahópum. Til dæmis hefur verið sýnt fram á samband milli hækkunar á innankúpuþrýstingi sjúklings ef heildarstigafjöldi er 8 eða lægri á kvarðanum (Wu o.fl., 2004). GCS er í dag líklega mest notaði kvarðinn við mat á meðvitund sjúklinga og gjarnan talinn vera gullstaðall í mati á meðvitundarástandi.

Ólíkt AVPU-kvarðanum, er notkun GCS-kvarðans ögn flóknari og hafa rannsóknir sýnt fram á skort á þekkingu hjúkrunarfræðinga í notkun hans við klínísk störf (KC & Adil, 2022). Kvarðinn grundvallast á þremur þáttum: augnsvörun, hreyfisvörun og svörun með tjáskiptum út frá áreiti. Sjúklingar fá stig í hverjum flokki og leggja þarf saman stigafjölda til að sjá heildarniðurstöðu. Lægst er hægt að fá 3 stig og hæst 15 á GCS. Þannig fær meðvitundarlaus sjúklingur 3 stig en 15 stig ef meðvitund hans er óskert (Teasdale o.fl., 2014). Sjá mynd 1 (GCS). Þegar sjúklingur fær 8 stig eða lægra á GCS er gjarnan talið að öndunarvegur sjúklings geti verið í hættu. Það getur þýtt að sjúklingur er í aukinni áhættu á ásvelgingu á magainnihaldi í lungu og jafnvel öndunarstoppi. Notkun GCS þykir óáreiðanleg hjá barkaþræddum sjúklingum, sem og sjúklingum með taugasjúkdóma, þar sem ekki er hægt að meta svörun með tjáskiptum. Einnig getur tjáskipta- og tungumálavandi torvelað þann lið matsins.

Þegar meðvitundarástand Jóns er metið samkvæmt GCS-kvarðanum, þá opnar hann augun við kall/ávarp (E3), hann umlar/gefur frá sér óskiljanleg hljóð (V2) og hann dregur sig frá sársauka (M4). Sem þýðir að hann fær 9 stig á GCS-kvarðanum.

GCS er í dag líklega mest notaði kvarðinn við mat á meðvitund sjúklinga og gjarnan talinn vera gullstaðall í mati á meðvitundarástandi.

Mynd 1.

Glascow Coma-stigun fullorðinna (GCS)

Opnar augun:

Sjálfkrafa	4
Við kall	3
Við sársauka	2
Engin svörun	1

Svörun með tjáskiptum:

Áttaður	5
Ruglaður	4
Stök orð	3
Óskiljanleg hljóð	2
Engin svörun	1

Hreyfingar:

Fylgir fyrir mælum	6
Staðsetur sársauka	5
Dregur sig frá sársauka/eðlileg beygja	4
Óeðlileg beygja	3
Óeðlileg rétta	2
Engin svörun	1



FOUR-kvarðinn

FOUR-kvarðinn (*Full Outline of Unresponsiveness*) er sérhæfður meðvitundarmatskvarði sem getur hentað barkaþræddum sjúklingum í öndunarvél. Kvarðinn var þróaður af Wijdicks og félögum (2005) en að þeirra mati vantaði nákvæmari meðvitundarkvarða fyrir barkaþrædda taugasjúklinga á gjörgæslu. Uppbygging kvarðans svipar til GCS-kvarðans. Svörun með tjáskiptum er ekki hluti af matinu en til viðbótar kemur mat á starfsemi heilastofns og öndunar. Kvarðinn er byggður upp á fjórum matsþáttum: **viðbrögðum augna**, **hreyfiviðbragði**, **heilastofnsviðbragði og öndun** (sjá mynd 2 - FOUR).

Fyrir hvern matsþátt er möguleiki að fá frá 0 til 4 stig. Lægst getur sjúklingur fengið samanlagt 0 stig en hæst 16 stig. Sjúklingur með núll stig má túlka sem heiladáinn sjúkling en sjúklingur með 16 stig er vakandi og fulláttaður. Mat á augnsvörun er nákvæm en sjúklingur þarf að geta blikkað augnlokum samkvæmt fyrirmælum eða fylgt eftir fingri matsaðila til að fá 16 stig.

Hafa skal í huga að ekki er um að ræða staðfestingu á heiladauða ef sjúklingur er með 0 stig heldur vísbendingu um slíkt (Wijdicks et al., 2005; Zappa et al., 2017).

FOUR-kvarðinn er talinn geta hentað sjúklingum með skerta tjáskiptagetu en kvarðinn gefur nákvæmara mat á meðvitundarástandi hjá gjörgæslusjúklingum sem eru oft í öndunarvél.



Mynd 2.

Full Outline of UnResponsiveness (FOUR)

Augnsvörun (eye response)

- 4 = augun opnast/eru opin, augu fylgja eftir eða blikka skv. fyrirmælum
- 3 = augun opnast en augu fylgja ekki eftir
- 2 = augun lokuð en opnast við hávært ávarp
- 1 = augun lokuð en opnast við sársaukaáreiti
- 0 = augun lokuð þrátt fyrir sársaukaáreiti

Hreyfisvörun (motor response)

- 4 = svörun með að gefa ták, s.s. þumall, hnefi eða friðarták
- 3 = staðsetur sársauka
- 2 = beygir við sársauka (flexion)
- 1 = réttir við sársauka (extension)
- 0 = engin svörun við sársauka eða krampakenndar hreyfingar (myoclonus status)

Heilasvörun (brainstem reflexes)

- 4 = sjáöldur og hornhimnuviðbragð til staðar í lagi
- 3 = önnur sjáöldur við og bregst ekki við ljósi
- 2 = sjáöldur eða hornhimnuviðbragð ekki í lagi
- 1 = sjáöldur og hornhimnuviðbragð ekki í lagi
- 0 = sjáöldur, hornhimnu, og hóstaviðbragð ekki í lagi

Öndun (respiration)

- 4 = ekki barkaþræddur, reglulegt öndunarmynstur
- 3 = ekki barkaþræddur, Cheyne-Stokes-öndunarmynstur
- 2 = ekki barkaþræddur, óregluleg öndun
- 1 = öndunartíðni sjúklings meiri en grunnstilling á öndunarvél
- 0 = öndunartíðni stjórnað af öndunarvél eða öndunarstopp (apnea)

FOUR-kvarðinn er sérhæfður og ögn flókinn í notkun líkt og GCS-kvarðinn. Töluverð reynsla er komin á kvarðann og hafa rannsóknir sýnt fram á áreiðanleika og réttmæti kvarðans hjá alvarlega veikum taugasjúklingum (Anestis o.fl., 2020; Wijdicks o.fl., 2005). Þá virðist kvarðinn einnig geta sýnt fram á forspárgildi varðandi horfur og dánartíðni sjúklinga (Foo o.fl., 2019). Rannsóknir á FOUR-kvarðanum hafa beinst að taugasjúklingum á gjörgæslu. Fram hefur komið að þörf sé á frekari rannsóknum á notkun kvarðans hjá öðrum sjúklingahópum (Anestis o.fl., 2020).

FOUR-kvarðinn tekur tillit til þess að sjúklingar geta verið barkaþræddir og því ófærir um að tala (Wijdicks o.fl., 2005). Evrópsku taugavísindasamtökin (*European Academy of Neurology*) mæla með notkun FOUR-kvarðans fyrir meðvitundarskerta gjörgæslusjúklinga (Kondziella o.fl., 2020). FOUR-kvarðinn er talinn geta hentað sjúklingum með skerta tjáskiptagetu en kvarðinn gefur nákvæmara mat á meðvitundarástandi hjá gjörgæslusjúklingum sem eru oft í öndunarvél.



NIÐURLAG

Breyting á meðvitund getur gefið vísbendingu um að ástand sjúklings fari versnandi og ætti alltaf að vera áhyggjuefni fyrir hjúkrunarfræðinga. Margvíslegar orsakir geta búið að baki meðvitundarskerðingu. Sumar getur verið einfalt að leiðrétta en aðrar geta krafist frekari rannsókna og flókinna inngripa (Edlow o.fl., 2021). Grunnforsenda í mati á meðvitund er nákvæmt mat byggt á viðurkenndum kvörðum. Matskvarðar sem meta meðvitundarástand eru þó ekki alltaf einfaldir í notkun. Eins og fram hefur komið eru til nokkrir kvarðar til að meta meðvitund. Þeir þrír kvarðar sem hafa verið til umfjöllunar hafa hver sína kosti og galla.

Góður klínískur matskvarði þarf að vera einfaldur í notkun og áreiðanlegur. Niðurstöður matsins þurfa að vera nákvæmar svo hægt sé að greina hnignandi ástand og sjúklinga í aukinni áhættu. Þá telst það kostur ef matskvarðinn hefur forspárgildi á útkomu sjúklinga (Anestis o.fl., 2020; Zadravec o.fl., 2015; Zahid o.fl., 2022). Einfaldari matskvarðar, svo sem AVPU-kvarðinn eru fljótlegir í notkun og fremur auðvelt að skilja merkingu þeirra. Þeir eru gjarnan hluti af heildrænna mati sem tekur á fleiri breytum, svo sem eins og NEWS-matstækið. Sökum einfaldleika, er AVPU hentugur kvarði fyrir skyndimat á sjúklingum. AVPU-kvarðinn getur hins vegar gefið snögga mynd af meðvitund sjúklings (Kelly o.fl., 2004).

Flóknari kvarðar gefa nákvæmari niðurstöðu en eru tímafrekari og krefjast meiri þjálfunar í notkun þeirra. GCS-kvarðinn hefur hlotið viðtæka útbreiðslu og rannsóknir hafa endurtekið sýnt fram á réttmæti hans (Teasdale o.fl., 2014). Kvarðinn er ekki talinn henta öllum sjúklingahópum, svo sem sjúklingum í öndunarvél og sjúklingum með skert tjáskipti.

Þá getur verið betra að styðjast við FOUR-kvarðann. Hann þýkir sérhæfðari en GCS-kvarðinn og er talinn henta við mat á meðvitund sjúklinga í öndunarvél. Mælt er með að nota kvarðann hjá alvarlega veikum sjúklingum á bráðamóttöku, gjörgæslu- og hágæsludeildum. FOUR-kvarðinn er fremur nýlegur en væri áhugavert að þróa og prófa í íslensku umhverfi. Þjálfun í notkun matstækja sem meta meðvitund er veigamikill þáttur í að tryggja samræmi í mati

„Matskvarðar sem meta meðvitundarástand eru þó ekki alltaf einfaldir í notkun. Eins og fram hefur komið eru til nokkrir kvarðar til að meta meðvitund. Þeir þrír kvarðar sem hafa verið til umfjöllunar hafa hver sína kosti og galla.“

á meðvitund (Bae o.fl., 2020; Reith o.fl., 2016). Rannsóknir hafa sýnt að notkun meðvitundarkvörðum getur vafist fyrir heilbrigðisstarfsfólki.

Til að öðlast gott vald á mati á meðvitund þarf að skilja hvað niðurstöður matsins þýða. Hvað það þýðir í raun og veru að vera „hálfmeðvitundarlaus“ og hvernig má setja fram þær upplýsingar á fagmáli. Fullnægjandi skráning á niðurstöðu matsins er mikilvæg svo greina megi breytingar á ástandi sjúklingsins yfir ákveðin tíma og bregðast við.

Hjúkrunarfræðingar þurfa að búa yfir þekkingu og færni í að meta meðvitundarástand sjúklinga með viðurkenndum matskvörðum. Þannig er best hægt að leggja mat á alvarleika veikinda og um leið bregðast við hnignandi ástandi sjúklinga. Þá er hægt að fylgjast með árangri meðferðar út frá þróun meðvitundarástands og ekki síst stuðla að notkun á sameiginlegu fagmáli í heilbrigðisvísindum.

Í klíníska tilfellinu sem greinin hófst á, bendir ýmislegt til þess að hér sé sjúklingur sem þurfi aukna athygli hjúkrunarfræðingsins á vaktinni. Tilfinning starfsmanns um að sjúklingur væri ólíkur sjálfum sér gaf hjúkrunarfræðingi ástæðu til þess að meta viðkomandi frekar með viðurkenndum matstækjum. Út frá ítarlegri mati komu skýrari vísbendingar um breytingar á ástandi sjúklingsins sem þörfuðust inngrips. Þannig er hægt að bregðast fyrir við og veita sjúklingum viðeigandi meðferð og eftirlit.

HEIMILDIR

- Anestis, D. M., Tsiopoulos, P. P., Tsonidis, C. A. & Foroglou, N. (2020). The current significance of the FOUR score: A systematic review and critical analysis of the literature. *Journal of the Neurological Sciences*, 409, 116600. <https://doi.org/10.1016/j.jns.2019.116600>
- Bae, K. S. & Roh, Y. S. (2020). Training needs analysis of Korean nurses' neurological assessment competency. *Nursing & Health Sciences*, 22(1), 99–107. <https://doi.org/10.1111/nhs.12654>
- Brunker, C. & Harris, R. (2015). *How accurate is the AVPU scale in detecting neurological impairment when used by general ward nurses? An evaluation study using simulation and a questionnaire*. 31(2), 69–75. <https://doi.org/10.1016/j.jccn.2014.11.003>
- Edlow, B. L., Claassen, J., Schiff, N. D. & Greer, D. M. (2021). Recovery from disorders of consciousness: mechanisms, prognosis and emerging therapies. *Nature Reviews Neurology*, 17(3), 135–156. <https://doi.org/10.1038/s41582-020-00428-x>
- Foo, C. C., Loan, J. J. M. & Brennan, P. M. (2019). The Relationship of the FOUR Score to Patient Outcome: A Systematic Review. *Journal of Neurotrauma*, 36(17), 2469–2483. <https://doi.org/10.1089/neu.2018.6243>
- KC, B. & Adil, M. Z. (2022). Knowledge of Glasgow Coma Scale among Nurses in a Tertiary Care Centre: A Descriptive Cross-sectional Study. *Journal of Nepal Medical Association*, 60(252), 723–726. <https://doi.org/10.31729/jnma.7673>
- Kelly, C. A., Upex, A. & Bateman, D. N. (2004). Comparison of consciousness level assessment in the poisoned patient using the alert/verbal/painful/unresponsive scale and the glasgow coma scale. *Annals of Emergency Medicine*, 44(2), 108–113. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2004.03.028>
- Klerck, A. M. D., Olgers, T. J., Meeberg, E. K. van de, Schonrock-Adema, J. & Maaten, J. C. ter. (2020). Use of simulation training to teach the ABCDE primary assessment: an observational study in a Dutch University Hospital with a 3–4 months follow-up. *Bmj Open*, 10(7), e032023-7. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-032023>
- Kondziella, D., Bender, A., Diserens, K., Erp, W. van, Estraneo, A., Formisano, R., Laureys, S., Naccache, L., Ozturk, S., Rohaut, B., Sitt, J. D., Stender, J., Tiainen, M., Rossetti, A. O., Gosseries, O., Chatelle, C. & Consciousness, the E. P. on C., Disorders of. (2020). European Academy of Neurology guideline on the diagnosis of coma and other disorders of consciousness. *European Journal of Neurology*, 27(5), 741–756. <https://doi.org/10.1111/ene.14151>
- Matis, G. & Birbilis, T. (2008). The Glasgow Coma Scale—a brief review. Past, present, future. *Acta Neurologica Belgica*, 108(3), 75–89.
- McNarry, A. F. & Goldhill, D. R. (2004). Simple bedside assessment of level of consciousness: comparison of two simple assessment scales with the Glasgow Coma scale*. *Anaesthesia*, 59(1), 34–37. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2044.2004.03526.x>
- Mehta, R., trainee, G., Chinthapalli, K. & neurologist, consultant. (2019). Glasgow coma scale explained. *BMJ*, 365, l1296. <https://doi.org/10.1136/bmj.l1296>
- Moura, B. R. S., Oliveira, G. N., Medeiros, G., Vieira, A. de S. & Nogueira, L. de S. (2022). Rapid triage performed by nurses: Signs and symptoms associated with identifying critically ill patients in the emergency department. *International Journal of Nursing Practice*, 28(1). <https://doi.org/10.1111/ijn.13001>
- Reith, F. C. M., Brande, R. V. den, Synnot, A., Gruen, R. & Maas, A. I. R. (2016). The reliability of the Glasgow Coma Scale: a systematic review. *Intensive Care Medicine*, 42(1), 3–15. <https://doi.org/10.1007/s00134-015-4124-3>
- Romanelli, D., & Farrel, M. W. (2022). *AVPU score*. In *StatPearls*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK538431/>
- Teasdale, G., Maas, A., Lecky, F., Manley, G., Stocchetti, N. & Murray, G. (2014). The Glasgow Coma Scale at 40 years: standing the test of time. *The Lancet Neurology*, 13(8), 844–854. [https://doi.org/10.1016/s1474-4422\(14\)70120-6](https://doi.org/10.1016/s1474-4422(14)70120-6)
- Wijdicks, E. F. M., Bamlet, W. R., Maramattom, B. V., Manno, E. M. & McClelland, R. L. (2005). Validation of a new coma scale: The FOUR score. *Annals of Neurology*, 58(4), 585–593. <https://doi.org/10.1002/ana.20611>
- Wu, H.-M., Huang, S.-C., Hattori, N., Glenn, T. C., Vespa, P. M., Yu, C.-L., Hovda, D. A., Phelps, M. E. & Bergsneider, M. (2004). Selective Metabolic Reduction in Gray Matter Acutely following Human Traumatic Brain Injury. *Journal of Neurotrauma*, 21(2), 149–161. <https://doi.org/10.1089/089771504322778613>
- Zadravec, F. J., Tien, L., Robertson-Dick, B. J., Yuen, T. C., Twu, N. M., Churpek, M. M. & Edelson, D. P. (2015). Comparison of mental-status scales for predicting mortality on the general wards. *Journal of Hospital Medicine*, 10(10), 658–663. <https://doi.org/10.1002/jhm.2415>
- Zahid, S., Qasim, S., Anwar, M., Mazhar, S. A., Siddique, S. & Rafique, A. (2022). Predictive Accuracy of Full Outline of Unresponsiveness Score and GCS to Predict Patient's Poor Outcome in Pediatrics ICU. *Pakistan Journal of Medical and Health Sciences*, 16(8), 72–73. <https://doi.org/10.53350/pjmhs2216872>
- Zappa, S., Fagoni, N., Bertoni, M., Sella, C., Venturini, M. A., Finazzi, P., Metelli, M., Rasulo, F., Piva, S., Latronico, N. & Investigators, I. B. D. (IBD) N. (2017). Determination of Imminent Brain Death Using the Full Outline of Unresponsiveness Score and the Glasgow Coma Scale: A Prospective, Multicenter, Pilot Feasibility Study. *Journal of Intensive Care Medicine*, 35(2), 203–207. <https://doi.org/10.1177/0885066617738714>

Silfurberg ehf.

Umsókn sendist til silfurberg@simnet.is

Styrkir til náms um hugvíkkandi efni (psychedelics) í meðferðarskyni

Námsstyrkir bjóðast fagfólki í heilbrigðisþjónustu sem lokið hefur námi í sálfræði, hjúkrun, geðhjúkrun, læknisfræði, lyfjafræði eða sambærilegu námi. Styrkurinn er ætlaður til áframhaldandi náms við viðurkenndar stofnanir sem rannsaka og vinna með hugvíkkandi efni í meðferðarskyni.

Áhugasamir sendi inn umsókn með ferilskrá, viðurkenndu prófskírteini og kynningarbréfi þar sem fram koma upplýsingar um það nám sem námsmaður hyggst stunda.

Heildarfjárhæð styrkveitinga verður að hámarki 20 milljónir króna sem leitast er til að veita til nokkurra umsækjanda. Matsnefnd á vegum Silfurbergs ehf. mun velja styrkþega. Sækja má um nú þegar en lokað verður fyrir umsóknir 1. október 2023.

Höfundar

KRISTLAUG HELGA JÓNASDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur og heilsu-
hagfræðingur MS, hagdeild, Landspítala

ELÍSABET GUÐMUNDSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur MS, verkefnastjóri
hagdeild, Landspítala

ELÍN J.G. HAFSTEINSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur og hagfræðingur PhD,
skrifstofu hjúkrunar, Landspítala

SIGRÍÐUR GUNNARSDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur PhD,
forstöðumaður Rannsókn- og
skráningaseturs Krabbameinsfélags
Íslands, forstöðumaður fræðasviðs í
krabbameinshjúkrun á Landspítala og
prófessor við Háskóla Íslands. Starfaði
sem framkvæmdastjóri hjúkrunar á
Landspítala 2012-2022

Hjúkrun – grunnstoð heilbrigðiskerfisins

Breytingar á starfsumhverfi og verkefnum hjúkrunarfræðinga á Landspítala á árunum 2005–2019

Þessi grein er síðari greinin af tveimur um þróun mönnunar og starfsumhverfis hjúkrunarfræðinga á Landspítala á árunum 2005–2019. Fyrri greinin var birt í síðasta tölublaði og fjallaði um þróun mönnunar í hjúkrun á Landspítala. Hér verður fjallað stuttlega um helstu breytingar á starfsmannafjölda og samsetningu hans sem hafa áhrif á þörf fyrir heilbrigðisþjónustu og skoðað hvaða breytingar hafa orðið á hjúkrunarþyngd sjúklinga sem eru í innlögn á Landspítala. Einnig er fjallað um breytingar sem hafa orðið á starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga, eins og fjölgun nemenda og erlendra hjúkrunarfræðinga, og þá þróun sem orðið hefur í tilfærslu verkefna hjúkrunarfræðinga á dag- og göngudeildir.

Áhersla er lögð á að skýra og svara fullyrðingum, sem gjarnan koma fram í umræðunni þegar mönnun í hjúkrun er rædd á opinberum vettvangi.

Þar sem fjallað er um þróun stöðugilda í hjúkrun nær greiningin í flestum tilfellum til árána 2015–2019. Ástæður þess að greiningin nær aðeins til 2019 eru fyrst og fremst tvær. Sú fyrri er 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 er vegna þeirra umfangsmiklu breytinga 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 í kjölfar þessara kerfisbreytinga fari fram síðar. Leitast er við að kynna í greininni nýrri gögn þar sem það er mögulegt og á við.

Hafa dagleg verkefni og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga breyst á undanförunum áratug?

Miklar breytingar hafa orðið á verkefnum og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga á undanförunum áratug. Hjúkrunarþyngd hefur aukist, við erum orðin fjölmenningsamfélag með fleiri sjúklinga með annan bakgrunn er íslenskan, fleiri erlenda starfsmenn, nemendum hefur fjölgað og hlutfall hjúkrunarfræðinga af heildarmannafla hefur minnkað.

Þörf fyrir hjúkrunarþjónustu

Þörf fyrir hjúkrunarfræðinga ræðst af fjölmörgum þáttum sem hafa bein eða óbein áhrif á störf þeirra og starfsumhverfi. Meðal þessara þátta er mannfjöldi og samsetning hans, almennt heilsufar og félagsleg staða landsmanna, þróun meðferða, stefna stjórnvalda, gildandi lög og reglugerðir, ákvörðunum stjórn mála- og sveitarstjórnarmanna um forgangs röðun og ráðstöfun fjármagns og framboði á annarri heilbrigðis- og félagsþjónustu (Annesley, S.H. 2019). Almennigur gerir sifellit meiri kröfur um aukin gæði og framboð á heilbrigðisþjónustu, á sama tíma og virk þátttaka sjúklinga í ákvarðanatöku sem snýr að eigin meðferð verður algengari (Freitas, Silva, Minamisava, Bezerra, & Sousa, 2014). Gæði heilbrigðisþjónustu eru mæld út frá viðhorfum og upplifun sjúklinga og fjölskyldna þeirra af þjónustunni. Á tímum notendamiðaðrar þjónustu er hjúkrunarþjónusta lykilþáttur í mælingum á gæðum hennar (Merkouris og félagar, 2013 og Laschinger, Hall, Pedersen, & Almost, 2005).

Þrátt fyrir að mikilvægi hjúkrunarfræðinga í heilbrigðiskerfinu sé viðurkennt, þá hefur skortur á fjármagni og takmarkað framboð á hjúkrunarfræðingum leitt til aukins vinnuálags, þess að sjúklingar fái ekki þá hjúkrun sem þeir þyrftu og erfiðleika við að manna lausar stöður (Milstein, R, & Schreyoegg, J. 2020, Scott A. P. og félagar 2019). Svo að finna megi farsæla lausn á þeim áskorunum, sem fylgja því að manna stöður hjúkrunarfræðinga í samræmi við dagleg verkefni þeirra, er mikilvægt að þekkja þá þætti sem móta starfsumhverfi þeirra hverju sinni og meta mismunandi áhrif þeirra (Saville, C.E. og félagar 2019).

Breytt samfélag

Lýðfræðileg samsetning íslensks samfélags hefur breyst mjög mikið frá upphafi þessarar aldar, en um er að ræða breytingar sem eiga sér fá fordæmi, bæði í innlendum og erlendu samanburði. Hér er fyrst og fremst um að ræða mikla fjölgun aldraðra, veldisvöxt í fjölda erlendra ríkisborgara með varanlega búsetu hérlandis, komu erlendra ferðamanna til landsins og á allra síðustu árum sívaxandi fjölda einstaklinga í leit að alþjóðlegri vernd. Vegna lykilhlutverks Landspítala í íslenskri heilbrigðisþjónustu, liggur það í hlutarins eðli að breytingar sem þessar leiði til aukins umfangs og áskorana við útfærslu og skipulagningu hjúkrunar (American Association of Colleges of Nursing, 2022; Graetz, V. og félagar, 2017). Íslenska þjóðin var lengi vel tiltölulega ung í erlendum samanburði og heilbrigðiskerfið naut góðs af því (Neuman og félagar 2015, RegisteredNursing.org. 2022). Á síðasta áratug hefur aldursamsetning þjóðarinnar breyst mikið, öldrun íslensku þjóðarinnar er í raun mun hraðari í dag en í nágrennalöndum okkar. Stórir árgangar fólks sem fæddust á árunum 1946-1964 svokallaðir „Baby Boomers“ skýra þessar miklu breytingar, en þessi fjölmenni hópur er að komast á þann aldur að þörf hans fyrir heilbrigðisþjónustu fer vaxandi. Á árunum 2010-2020 fjölgaði 60 ára og eldri um 37%, sem er 2-3 sinnum meiri hlutfallsleg fjölgun en annars staðar á Norðurlöndunum. Stærð eftirstríðsárganganna má rekja til þess að frjósemi íslenskra kvenna var lengi vel með því mesta sem gerðist í Evrópu. Sem dæmi þá var frjósemi íslenskra kvenna tæp fjögur lifandi fædd börn á hverja konu á árunum 1950-1960 á meðan konur annars staðar á Norðurlöndunum eignuðust að meðaltali rétt rúmlega tvö börn. Útfærsla og veiting heilbrigðisþjónustu vegna hraðrar öldrunar tengdri fjölmönnum árgöngum eftirstríðsárganganna er mikil áskorun fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi, áskorun sem mun vera til staðar næsta áratuginn (Nordic Statistics, 2022 og Neuman, 2015). Svo virðist því sem Íslendingar standi nú frammi fyrir viðfangsefni sem nágrennalönd okkar voru að kljást við í lok síðustu aldar. Þó má færa fyrir því rök að verkefnið sé jafnvel enn stærra hér á landi þar sem meðal ævilengd er lengri í dag en hún var þegar nágrennaþjóðir okkar stóðu frammi fyrir þessu verkefni. Sem dæmi má nefna að ævilengd íslenskra



Kalla breytingar á þyngd og formi hjúkrunarþjónustu sjálfkrafa á breytingar á eftirspurn eftir og þörf fyrir starfskrafta hjúkrunarfræðinga?

Aukin hjúkrunarþyngd endurspeglar að sjúklingar eru flóknari og oft með marga undirliggjandi sjúkdóma, eins getur hún endurspeglað aukinn bráðleika en miðað við þróun á mannfjölda annars vegar og legudögum hins vegar má færa rök fyrir því að það séu aðeins veikustu sjúklingarnir sem fái meðferð í innlögn. Aukin hjúkrunarþörf kallar á aukinn mannafla í hjúkrun svo að hjúkrunarálag fari ekki yfir áætlanlega viðmiðunarmörk.

kvenna hefur lengst um rúm þrjú ár eða 4% frá árinu 1991 til 2021, en íslenskra karla um tæp 5 ár eða 6% (Hagstofa Íslands 2022).

Á sama tíma og öldruðum fjölgar mikið hefur öðrum íbúum í landinu jafnframt fjölgað hratt. Árleg meðaltalsfjölgun íbúa á Íslandi hefur verið 1,5% á ári (2005-2019) sem er rúmlega fimmtungs fjölgun á innan við 15 árum (Hagstofa Íslands, 2022). Á síðasta áratug 2010-2021 fjölgaði erlendum ríkisborgurum á Íslandi hlutfallslega mun meira en annars staðar á Norðurlöndunum, fjölgun var að meðaltali 16,9% á ári samanborið við 2,5% til 4,6% annars staðar á Norðurlöndunum). Á sama tíma fjölgaði íslenskum ríkisborgurum um 0,6% á ári. Meðaltals hlutfallsleg fólksfjölgun í landinu á ári frá 2010-2019 var fimm sinnum meiri en í Finnlandi, þrefalt meiri en í Danmörku og rúmum þriðjungum meiri en í Noregi og Svíþjóð (Hagstofa Íslands, 2022 og Nordic Statistics, 2022).

Á þessu sama árabili hefur fjöldi erlendra ferðamanna sem heimsækja landið rúmlega fimmfaldast í tæplega tvær milljónir árið 2019 (voru um 375 þúsund árið 2005) og fjöldi umsækjenda um alþjóðlega vernd tæplega tífaldast úr 84 árið 2005 í 813 árið 2019. Út frá tölum frá Hagstofu Íslands má álykta að árið 2019 hafi á hverjum tíma verið um 60 þúsund erlendir ríkisborgarar í landinu að meðaltali á móti um 23 þúsund árið 2010 og næstum einn af hverjum fimm íbúum landsins verið með erlent ríkisfang (Hagstofa Íslands, 2022).

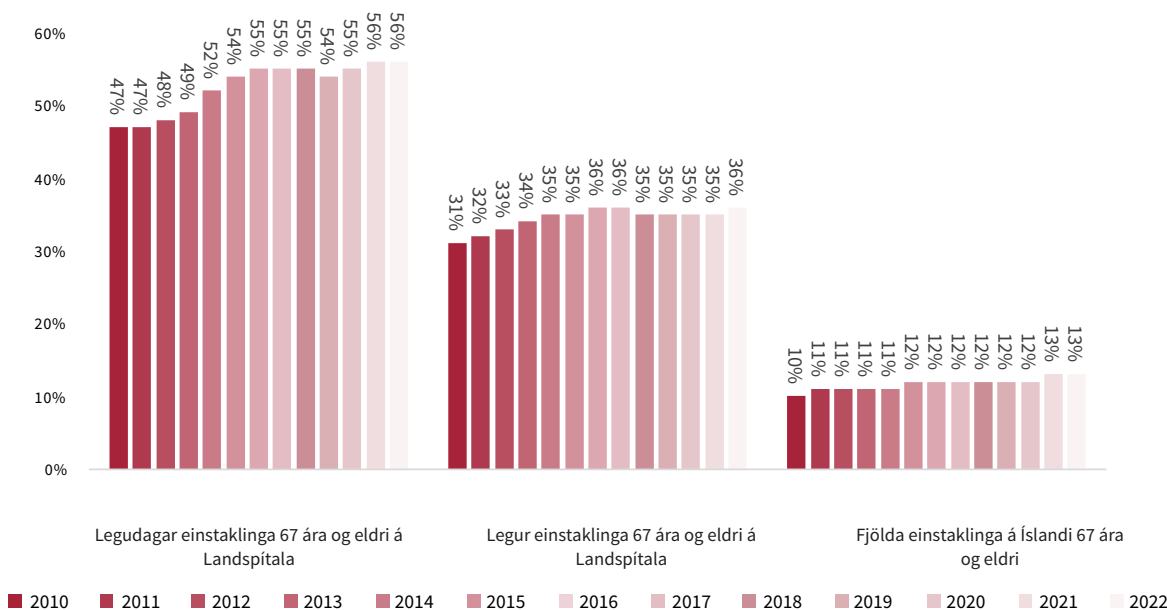
Öldrun þjóðar hefur í för með sér aukna þörf fyrir sjúkrahúspjónustu
Fjölgun aldraðra hefur í för með sér aukna þörf fyrir sjúkrahúspjónustu en tæpur þriðjungur legudaga á Landspítala árið 2022 voru nýttir af sjúklingum á aldrinum 70-85 ára en það er sá aldurshópur sem notar mest

legudeildarþjónustu Landspítala (mynd 1). Á næstu 15 árum ná þessir fjölmennu árgangar fæddir 1953-1963 þeim aldri þar sem mestar líkur eru á að þeir þurfi á innlögn á Landspítala að halda (Landspítali hagdeild, 2023, Hagstofa Íslands, 2022).

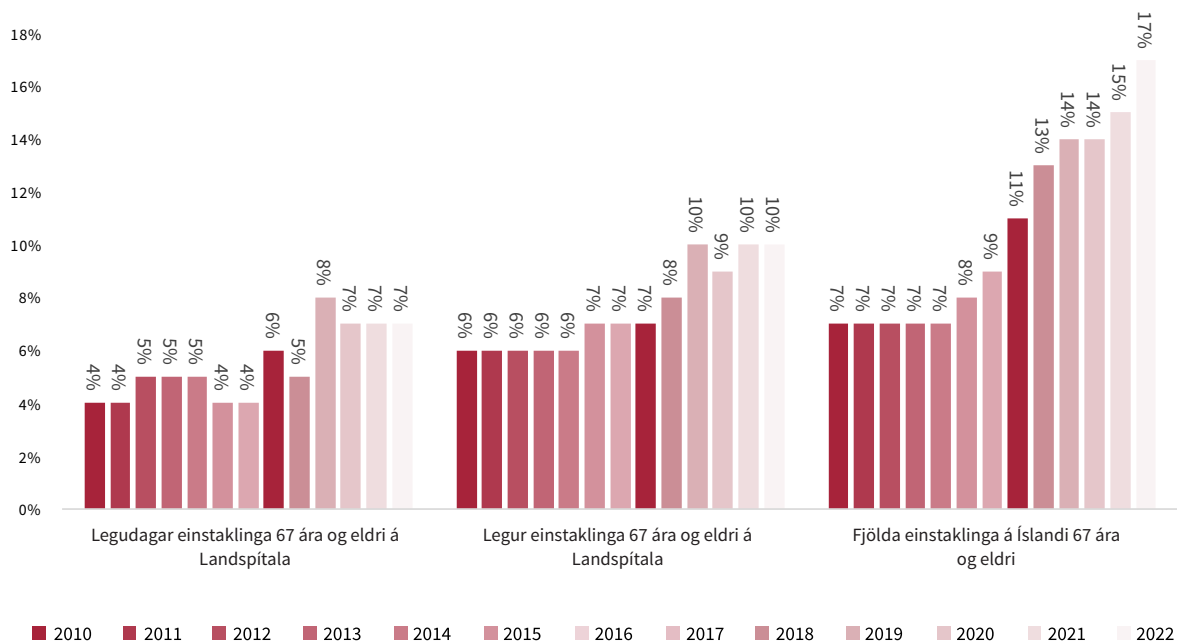
Pegar talað er um fjölgun aldraðra snýst umræðan oft um fjölgun hrumra aldraðra sem oft og tíðum eru í þörf fyrir heimahjúkrun eða hjúkrunarheimili. Á þriðja stigs sjúkrahúsi er hins vegar fyrst og fremst verið að veita sérhæfða sjúkrahúspjónustu vegna langvinnra og bráðra veikinda. Sem dæmi má taka að á undanförunum árum og áratugum hefur orðið mikil fjölgun í nýgengi krabbameina, sem eru fyrst og fremst sjúkdómar eldra fólks (<https://www.krabb.is/rannsoknasetur/upplýsingar-um-krabbamein/yfirlitstolfraedi/>). Fram undan er spáð enn frekari aukningu en til ársins 2035 er spáð 41% aukningu í nýgengi krabbameina og 52% til ársins 2040. Að auki hefur lifun aukist verulega vegna framfara í meðferð, þannig eru í dag á lífi rúmlega 17.000 einstaklingar sem greinst hafa með krabbamein en því er spáð að árið 2035 verði þeir rúmlega 24.000. Í þessum hópi lifenda eru margir sem þarfnast ævilangrar meðferðar og eftirlits. Þessi mikla aukning bæði í nýgengi og lifun kallar á sérhæfða sjúkrahúspjónustu og þar með talið sérhæfða hjúkrun (Krabbameinsfélag Íslands).

Áhrif aukinnar fjölmenningar á þörf fyrir sjúkrahúspjónustu
Á árinu 2019 þáðu einstaklingar af 109 þjóðernum, með jafnmörgu ólík tungumál og menningu, þjónustu á Landspítala. Sjúklingum með erlent ríkisfang hefur fjölgað mikið og á allra síðustu árum voru 10% legusjúklinga 2019, en 3% árið 2015 (mynd 2). Þetta er rúmlega þreföldun á fjórum árum og sambærileg þróun hefur átt sér stað fyrir dag- og göngudeildarþjónustu (Landspítali hagdeild, 2023).

Mynd 1. Hlutdeild fjölda legudaga og lega 67 ára og eldri á Landspítala, ásamt hlutdeild í íbúafjölda á Íslandi 2010-2022.



Mynd 2. Hlutdeild erlendra ríkisborgara í fjölda lega og legudaga á Landspítala og fjölda íbúa á Íslandi 2010–2022.



Mikil fjölgun þjónustuþega Landspítala með annað móðurmál en íslensku, á skömmum tíma, er sérstök áskorun fyrir þá sem þar starfa. Óhindruð samskipti er mikilvægasta tólið sem hjúkrunarfræðingar nota við vinnu sína. Það að þiggjandi og veitandi heilbrigðisþjónustu tali ekki sama tungumál, hefur verið metin mesta hindrunin við að veita viðeigandi, árangursríka og tímanlega hjúkrunarþjónustu. Túlkaþjónusta leysir ákveðinn vanda, en henni fylgja töluverðir annmarkar svo sem takmarkað aðgengi að túlkum, tafir vegna skipulagningar og aðgengis, trúnaður við sjúklinga og velliðan þeirra (Ali, P.A. og Watson, R. 2019, Gerchow, L. 2021).

Hjúkrunarþyngd, mönnun og hjúkrunarálág

Veigamikill þáttur í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga er mönnun við hjúkrun og að mönnun sé í samræmi við hjúkrunarþarfir eða hjúkrunarþyngd sjúklinga. Samkvæmt niðurstöðum rannsóknar á starfsumhverfi og líðan hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Landspítala reyndust marktæk jákvæð tengsl á milli mönnunar og starfsánægju og marktæk neikvæð tengsl á milli mönnunar og einkenna kulnunar (Jana Katrín Knútsdóttir, 2019). Mönnun við hjúkrun tengist einnig öryggi sjúklinga og benda rannsóknir til að tengsl séu á milli andláta sjúklinga á sjúkrahúsum, undirmönnunar hjúkrunarfræðinga (Needleman 2011; Griffiths o.fl. 2018; Zaranko o.fl. 2022) eða hjúkrunarálags (Fagerström o.fl. 2018). Þetta samband er orðið vel þekkt (Griffiths og Dall'Ora, 2022) og fjöldi rannsókna (Needleman, 2011; Ball o.fl. 2018; Griffiths o.fl. 2018; Zaranko o.fl. 2022) og kerfisbundin yfirlit (Kane o.fl. 2007; Shekelle, 2013) sem vitna þar um. Einnig eru vísbendingar um að hærra hlutfall hjúkrunarfræðinga (e. skill-mix) af heildarmannafli við hjúkrun sjúklinga á sjúkrahúsi tengist lægri tíðni andláta (Aiken o.fl. 2016; Griffiths o.fl. 2016). Mönnun við hjúkrun hefur einnig verið tengd öðrum öryggisútkomum sjúklinga

svo sem andlátum tengdum fylgikvillum (e. failure to rescue) (Kane o.fl. 2007; Griffiths o.fl. 2016), byltum, þrýstingssárum, lyfjaatvikum (Griffiths o.fl. 2016) og öryggisatvikum (Fagerström o.fl. 2018). Tengsl hjúkrunarálags og algengi hjúkrunarnæmra útkoma hafa einnig verið metin mismunandi mikil eftir tegundum deilda (Milstein og Scheyoegg, 2020). Af þessu má ráða að mikilvægt er að afla upplýsinga um mönnun við hjúkrun, hjúkrunarþyngd sjúklinga og hjúkrunarálág. Finnsla hjúkrunarþyngdarflokunarkerfið Rafaela, sem nú er í notkun á 27 deildum á Landspítala, var þróað til notkunar á sjúkrahúsum í Finnlandi (Fagerström, 2014). Upplýsingar úr kefinu má m.a. nota til þess að meta hvort jafnvægi sé á milli hjúkrunarþarfa sjúklinga og mönnunar við hjúkrun, greina hvort hjúkrunarálág er innan viðmiða fyrir ákjósanlegt álag, fylgjast með breytingum á hjúkrunarþyngd sjúklinga og bera saman hjúkrunarþyngd mismunandi sjúklinga t.d. eftir DRG-flokkum (Fagerström, 2014). Einnig má nýta upplýsingar úr kefinu til þess að styðja við áætlanagerð um mönnun og til þess að meta kostnað og framleiðni hjúkrunarþjónustu (Kautto, 2016).

Á þeim deildum sem nota Rafaela-hjúkrunarþyngdarflokunarkerfið á Landspítala er hjúkrunarþyngd sjúklinga metin daglega. Hjúkrunarþyngd sjúklings er metin út frá sex hjúkrunarþáttum og getur sjúklingur raðast í eitt af fjórum mögulegum þyngdarþrepum í hverjum þætti og þannig flokkast með frá sex og upp í 24 stig. Í OPCq-mælitækinu sem notað er á vefrænum legudeildum eru hjúkrunarþættirnir eftirfarandi: Skipulagning og samhæfing hjúkrunar; öndun, blóðrás og sjúkdómseinkenni; næring og lyfjagjöf; persónulegt hreinlæti og vessar; hreyfing, virkni, svefn og hvíld; kennsla, leiðsögn og andlegur stuðningur (Fagerström, 2014). Sjúklingum er skipað í hjúkrunarþyngdarflokkka eftir fjölda stiga. Hjúkrunarþyngdarflokkarnir eru fimm,

frá flokki I (þau sem þurfa minnsta hjúkrun, hafa fæst stig) upp í flokk V (þau sem þurf mesta hjúkrun, hafa flest stig). Heildarhjúkrunarþyngd deildar er fengin með því að leggja saman stig allra sjúklinga sem hjúkrað var á deildinni þann daginn. Síðan er deilt í heildarstig deildar með fjölda starfsmanna sem voru við hjúkrun sjúklinga viðkomandi dag (Fagerström, 2014). Þannig fæst fjöldi stiga á hvern starfsmann við hjúkrun, sem gefur til kynna hjúkrunarþyngd á hvern starfsmann.

Hluti af Rafaela-kerfinu er að skilgreina ákjósanlega hjúkrunarþyngd (stig á hvern starfsmann) fyrir hverja deild. Ákjósanleg hjúkrunarþyngd er skilgreind sem sú hjúkrunarþyngd sem hver starfsmaður ræður við án þess að víkja frá gæðaviðmiðum sem sett hafa verið fyrir hjúkrun á deildinni (Fagerström, 2014). Ákjósanleg hjúkrunarþyngd er fengin með formlegu mati, svo kölluðu PAONCIL- mati, sem fer fram yfir 4-8 vikna tímabil, þar sem starfsmenn við hjúkrun meta hvort mönnun hafi verið í samræmi við hjúkrunarþyngd sjúklinga þ.e. hvort þeir hafi náð að sinna sjúklingum í samræmi við gæðaviðmið hjúkrunar á deildinni. Út frá ákjósanlegri hjúkrunarþyngd eru skilgreind mörk sem eru 15% fyrir ofan ákjósanlega hjúkrunarþyngd og 15% fyrir neðan ákjósanlega hjúkrunarþyngd og telst álag vera ásætthanlegt þegar stig á hvern starfsmann mælast innan þessara marka. Þeir dagar sem mælast innan þessara marka eru kallaðir grænir dagar, mælist hjúkrunarþyngd yfir efri mörkum er talað um rauða daga og gula daga þegar hjúkrunarþyngd mælist undir neðri mörkum. Markmiðið er að 70% daga í mánuði mælist álag innan 15% frávika frá ákjósanlegri hjúkrunarþyngd. Viðmið fyrir ákjósanlega hjúkrunarþyngd eru endurmetin á tveggja til þriggja ára fresti og þegar verulegar breytingar hafa orðið á starfsemi deildar. Einnig er áreiðanleiki flokkunar metinn einu sinni á ári með áreiðanleikaprófunum.

Þróun hjúkrunarþyngdar á Landspítala

Samkvæmt gögnum frá hagdeild Landspítala (2023) um niðurstöður úr Rafaela-kerfinu fyrir 15 vefrænar legudeildir á Landspítala hefur samanlagður daglegur fjöldi sjúklinga á þessum deildum lítið aukist á tímabilinu 2015-2021, var að meðaltali 312 sjúklingar árið 2015 en 323 árið 2021. Aftur á móti jókst meðalhjúkrunarþyngd sjúklinga á tímabilinu frá því að vera 13,4 stig á hvern sjúkling árið 2015 í 14,8 stig árið 2021, sem er 10,6% hækkun og jafngildir 1,8% hækkun að meðaltali á ári. Þessa breytingu á hjúkrunarþyngd sjúklinga mátti einnig greina þegar skoðuð var dreifing hjúkrunarþyngdaflokka fyrir sama tímabil. Eins og sést á mynd 3 varð umtalsverð tilfærsla úr léttari flokkum (I og II) yfir í þyngri flokkana (IV og V) á tímabilinu.

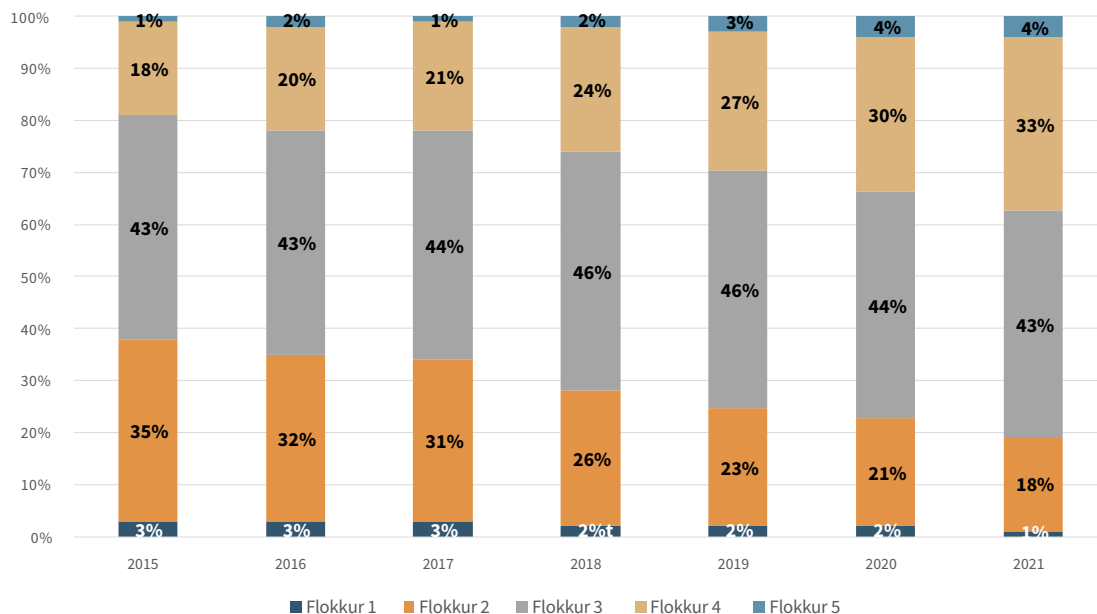
Sjúklingum sem flokkuðust í hjúkrunarþyngdaflokka IV og V (sem þurftu mikla hjúkrun) fjölgaði hlutfallslega, eða úr því að vera 19% af flokkuðum sjúklingum árið 2015 í 37% árið 2021. Aftur á móti var hlutfallsleg fækkun sjúklinga í hjúkrunarþyngdaflokkum I og II, úr 38% árið 2015 í 19% árið 2021. Hlutfall í flokki III breyttist lítið og var á bilinu 43-46% á tímabilinu.

Þegar hjúkrunarþyngd var skoðuð eftir aldri sjúklinga kom í ljós að meðalhjúkrunarþyngd sjúklinga var að jafnaði meiri hjá eldri einstaklingum. Árið 2015 var meðalhjúkrunarþyngd sjúklinga á aldrinum 0-60 ára á bilinu 12,4 til 13,2 hjúkrunarþyngdarstig en fyrir sjúklinga á aldrinum 80+ tæplega 14 stig eða fleiri, sjá töflu 1.

Þróun hjúkrunarálags

Samkvæmt mælingum á hjúkrunarálagi á sömu deildum, fyrir sama tímabil, voru hlutfallslega færri dagar þar sem álag mældist yfir ákjósanlegu álagi og hlutfallslega fleiri

Mynd 3. Dreifing hjúkrunarþyngdaflokka á 15 vefrænum deildum Landspítala 2015-2021.



Tafla 1. Meðalhjúkrunarþyngd sjúklinga á 15 vefrænum deildum Landspítala 2015-2022.

Aldursbil við innskrift	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	Meðaltalsbreyting á ári
20 - 29 ára	12,8	13,3	12,8	13,3	13,6	13,8	13,9	14,6	2,00%
30 - 39 ára	12,6	12,9	13	13,5	14,3	13,8	14,4	14,6	2,30%
40 - 49 ára	12,4	12,6	12,9	13,5	14,3	14	14,4	15	3,00%
50 - 59 ára	12,9	13,1	13	13,9	13,8	14,4	14,4	15,4	2,70%
60 - 69 ára	13,2	13,5	13,5	14,1	14,1	14,2	14,6	15	1,90%
70 - 79 ára	13,5	13,8	13,9	14,2	14,6	14,8	15,1	15,7	2,30%
80 - 89 ára	13,9	14,1	14,3	14,4	14,6	15,1	15,2	15,9	2,10%
90 - 99 ára	14,1	14,3	14,5	14,5	14,7	15,1	15,5	15,9	1,90%
100 - 120 ára	15	13,8	14,3	13,8	15,8	15,8	15,3	17,7	2,60%
Meðaltal	13,4	13,7	13,7	14,1	14,4	14,6	14,9	15,5	2,20%

dagar þar sem álag var ákjósanlegt árið 2021, miðað við árið 2015, sjá mynd 4. Árið 2015 mældust samanlagt 43% daga á legudeildunum með álag sem var yfir efri mörkum fyrir ákjósanlegt álag (rautt), 54% daga innan marka fyrir ákjósanlegt álag (grænt) og 3% daga með álag undir neðri mörkum fyrir ákjósanlegt álag (gult). Árið 2021 mældust 24% daga yfir efri mörkum, 69% daga innan marka og 7% daga undir neðri mörkum. Því má segja að árið 2021 komist næst markmiðum um að 70% daga mælist með álag sem er innan viðmiðunarmarka fyrir ákjósanlegt álag. Hátt hlutfall daga þar sem álag mældist yfir efri mörkum er þó langt frá að vera innan við 15% og veldur það töluverðum áhyggjum þegar hafðar eru í huga niðurstöður rannsókna um samband á milli andláta sjúklinga á sjúkrahúsum og undirmönnunar (Needleman o.fl. 2011; Griffiths o.fl. 2018) eða hjúkrunarálags (Fagerström o.fl. 2018).

Þróun mönnunar í hjúkrun, fjöldi og samsetning

Fyrir sama tímabil (2015-2021) jókst samanlagður daglegur fjöldi starfsmanna við hjúkrun sjúklinga um 17%, á viðkomandi deildum, úr 275 starfsmönnum að meðaltali á sólarhring árið 2015 í 321 árið 2021, sjá töflu 2.

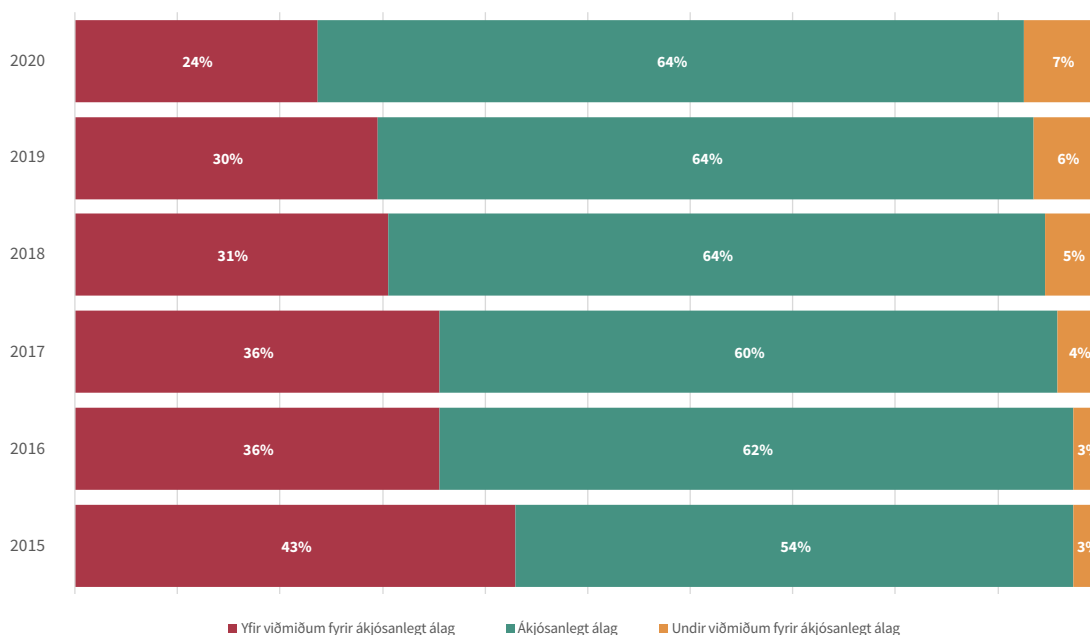
Hjúkrunarfræðingum fjölgaði um 5% (úr 150 árið 2015 í 157 árið 2021) og sjúkraliðum um 30% (úr 275 árið 2015 í 321 árið 2021). Fjölgun starfsmanna við hjúkrun hefur því að einhverju leyti náð að mæta aukinni hjúkrunarþyngd sjúklinga samanber umfjöllun um þróun hjúkrunálags á þessum sömu deildum hér á undan.

Af þessum upplýsingum má ráða að sjúklingum hefur fjölgað lítillega, hjúkrunarþyngd sjúklinga aukist og mönnun aukist þannig að heldur hefur dregið úr álagi þótt enn sé of hátt hlutfall daga þar sem álag er of mikið. En segir þetta alla söguna?

Samsetning mannafla í hjúkrun

Árið 2019 setti Landspítali sér markmið um 60% hlutfall hjúkrunarfræðinga af heildarmannafla við daglega hjúkrun sjúklinga á bráðalegudeildum í þeim tilgangi að stuðla að auknu öryggi sjúklinga. Árið 2015 var hlutfall hjúkrunarfræðinga 60% eða herra á 4 af 15 umræddum deildum, þá var meðalhlutfall hjúkrunarfræðinga yfir allar deildirnar 54%, sjá töflu 2. Árið 2021 var engin deild þar sem hlutfall hjúkrunarfræðinga náði 60%, það ár var meðalhlutfall

Mynd 4. Hlutfallsleg skipting daga eftir hjúkrunarálagi á 15 vefrænum deildum Landspítala 2015-2021.



Tafla 2. Samanlagður daglegur fjöldi starfsmanna við hjúkrun sjúklinga á sólarhring 2015-2021 á 15 vefrænum legudeildum á Landspítala.

	Samanlagður meðalfjöldi hjúkrunarfræðinga á sólarhring	Samanlagður meðalfjöldi sjúkraliða/annarra á sólarhring	Samtals meðalfjöldi starfsmanna við hjúkrun sjúklinga á sólarhring	Hlutfall hjúkrunarfræðinga af mannafla við daglega hjúkrun sjúklinga
2015	150	125	275	54%
2016	154	131	285	54%
2017	152	137	289	52%
2018	140	143	283	50%
2019	138	155	292	47%
2020	152	164	316	48%
2021	157	163	321	49%

hjúkrunarfræðinga yfir allar deildirnar komið niður í 49%. Á viðkomandi tímabili lækkaði hlutfall hjúkrunarfræðinga af heildarmannafla við daglega hjúkrun við rúm sjúklinga á öllum deildunum nema einni.

Önnur verkefni en bein hjúkrun sem hafa áhrif á hjúkrunarálag og mönnun

Hafa ber í huga þegar rætt er um hjúkrunarálag að Rafaela-hjúkrunarþyngdarmælingarnar mæla aðeins beina hjúkrun. Þegar metið er vinnuálag í heild á deildum þarf að taka fleira með í reikninginn s.s. fjölda nemenda, umbóta og gæðastarf og sí- og endurmenntun, fjölda sérgreina á deild, sértæk verkefni deilda sem þjóna spítalanum í heild (s.s. endurlífgunarteymi) o.fl. Til að skýra það ósamræmi sem fram kemur í upplifun hjúkrunarfræðinga og starfsemistölum þarf því að huga að þessum þáttum sem og öðrum sem eru enn minna sýnilegir og mælanlegir. Eins og áður hefur komið fram þá hefur íslenskt samfélag breyst mjög mikið á undanförunum áratugum, ekki bara lýðfræðilegar breytingar s.s. fjölgun aldraðra heldur líka aðrir þættir eins og tilkoma flóknari meðferða, tækniþróun, upplýsingasamfélagið, breyttar kröfur um gæði þjónustunnar, auknar áherslur á sýkingavarnir, umfangsmeiri samskipti bæði innan og utan sjúkrahússins, fjölgun sjúklinga sem lifa með fjölpætt heilbrigðisvandamál og alvarlega sjúkdóma og síðast en ekki síst fjölgun samstarfsstarfsmanna með erlent ríkisfang og erlendra sjúklinga.

Á árunum 2015-2022 fjölgaði hjúkrunarnemum að meðaltali um 3,1% á ári (úr 443 í 540), erlendum sjúklingum um 23% (úr 2.091 í 5.402) fyrir legur og 10% fyrir komur (úr 8.436 í 14.657) og erlendum hjúkrunarfræðingum um 103% á ári (úr 21 í 172). Allir þessir þættir hafa bein og óbein áhrif á starfsumhverfi þeirra sem starfa við hjúkrun (Nemaskrá LSH 2023; Landspítali, hagdeild 2023).

Til að auka innsýn í hvað það gæti verið sem valdi því að hjúkrunarfræðingar á Landspítala upplifi auknið álag í starfi, framkvæmdi einn höfunda greinarinnar (KHJ) örkönnun sem samanstóð af 23 krossaspyrningum sem lagðar voru fyrir tólf reynda hjúkrunarfræðinga á spítalanum. Niðurstöður þessarar örkönnunar voru þær að þátttakendur töldu að álag í starfsumhverfi hefði aukist jafnt og þétt síðastliðin 10 ár. Þegar horft er til einstakra þátta þá töldu þeir að aðstæður á deild hefðu þar mest að segja og þá fyrst og fremst vegna fjölgunar erlendra samstarfsmanna. Að sama skapi töldu þeir að hjúkrun sjúklinga með erlent ríkisfang yki verulega á álag í stöfum hjúkrunarfræðinga. Aðrir þættir sem taldir

voru valda umtalsvert auknu álagi var fjölgun nemenda í heilbrigðisvísindum, vaxandi áreiti/truflun við dagleg störf, aukin sjúkdómsbyrði sjúklinga, fjölgun sjúklinga í ofþyngd og auknar áherslur á sýkingavarnir. Í ljósi niðurstaðna þessarar óformlegu könnunar er mikilvægt að farið verið í að skoða ítarlegar með stærra úrtaki álagstengda þætti í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga á spítalanum og áhrif breytinga á útfærslu heilbrigðisþjónustu á dagleg verkefni þeirra.

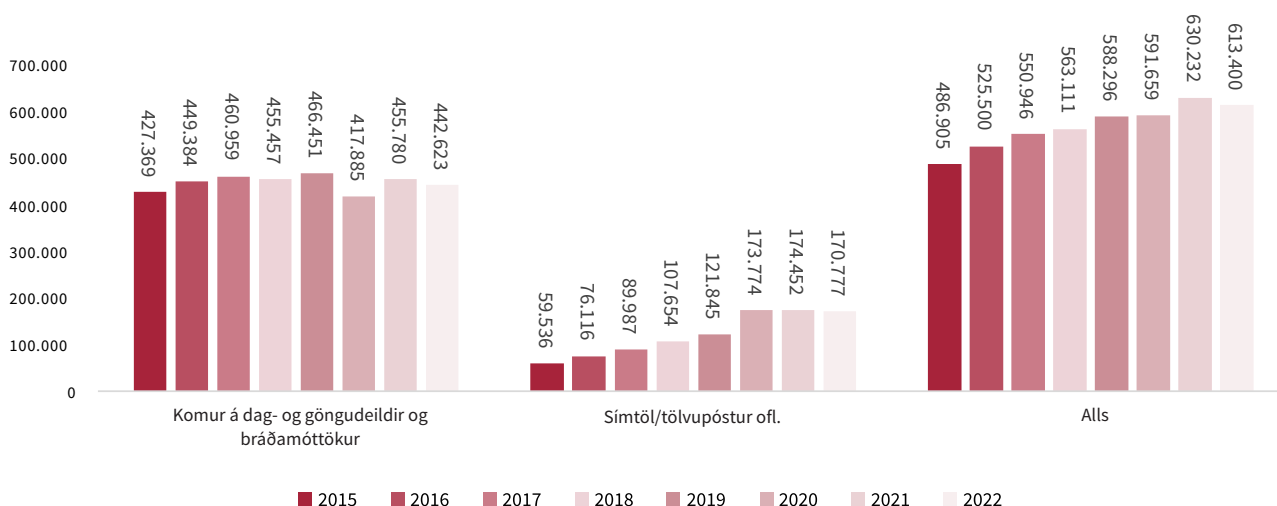
Breytingar á þjónustuformi

Eins og fram hefur komið hér að framan þá fjölgaði legudögum aðeins um 0,7% á ári á árabílinu 2015-2019 þrátt fyrir að landsmönnum fjölgaði um 1,5% á ári á sama tíma, hlutfall aldraðra ykist sem og erlendum ríkisborgurum og ferðamönnum. Aukin hjúkrunarþyngd bendir til þess að þeir sem eru inniliggjandi á legudeildum séu veikari og hafi meiri hjúkrunarþarfir. Því má leiða líkum að því að þeir sem eru ekki eins alvarlega veikir þiggi þjónustu annars staðar. Markviss vinna hefur átt sér stað á Landspítala á undanförunum áratug í að færa þjónustu af legudeildum á dag- og göngudeildir og nú síðast í fjarheilbrigðisþjónustu. Þeir sem takast á við langvinna sjúkdóma eru einmitt oft í meðferð og eftirliti á þessum þjónustustigum og mjög oft er haldið utanum þjónustu sem þeim er veitt af hjúkrunarfræðingum. Á meðfylgjandi mynd 5 má sjá að þó svo að komum á dag- og göngudeildir hafi ekki fjölgað eins mikið og ætla mætti þá hefur símtölum, tölvupóstum og fjarvöktun fjölgað umtalsvert (Hagdeild 2023). Leiða má líkum af því að einfaldari komur á dag- og göngudeildir hafi færst í aðra þjónustu utan spítalans en sú staðhæfing krefst nánari greiningar.

Göngudeildarþjónusta Landspítala byggir að miklu leyti á störfum hjúkrunarfræðinga og stjórn þeirra á rekstri. Margar hverjar eru hjúkrunarstýrðar og aðkoma sérfræðinga í hjúkrun hefur aukist jafnt og þétt undanfarinn áratug. Margir sérfræðingar í hjúkrun veita þjónustu á dag- og göngudeildum þó svo að þeir teljist ekki til fastra starfsmanna þar og gerir það erfiðara fyrir að áætla nákvæmlega mönnun á þessum einingum. Helstu meðferðir sérfræðinganna eru að greina og meta þarfir skjólstæðinganna, veita ráðgjöf, fræðslu og stuðning, aðstoða við að leysa dagleg vandamál og draga úr andlegum áhrifum veikindanna og bæta líðan. Önnur meginverkefni sérfræðinga í hjúkrun er að meta árangur af veittum hjúkrunarmeðferðum.

Miklar breytingar hafa átt sér stað í skurðþjónustu á undanförunum áratug og má nefna að við undirbúning fyrir skipulagða skurðaðgerðir voru sjúklingar á árum áður lagðir

Mynd 5. Þróun þjónustu við sjúklinga utan legudeilda á Landspítala 2015-2022.



inn á legudeild nokkrum dögum fyrir aðgerð til að gera undirbúningsskoðun og rannsóknir, fá viðeigandi fræðslu og tryggja að þeir væru fastandi fyrir aðgerð. Í dag fá þeir sem ekki eru metnir í sérstökum áhættuhópum undirbúning og fræðslu að miklu leyti gegnum símtöl og fjarþjónustu (m.a. gegnum Heilsuveru). Ef um áhættuhóp er að ræða fer undirbúningur fram á göngudeild en afar sjaldgæft er að sjúklingar séu lagðir inn til undirbúnings fyrir aðgerðir. Flestar göngudeildir spítalans taka á móti stórum sjúklingahópum sem fá þjónustu frá þverfaglegum teymum. Þróunin hefur verið sú að á göngudeildum hefur teymisvinna aukist mikið og þjónusta hjúkrunarfræðinga er stór þáttur í starfi flestra göngudeilda. Stærstur hluti skjólstaðinga Landspítala eru einstaklingar með langvinna flókna sjúkdóma sem hafa þörf fyrir sértæka markvissa aðstoð. Hjúkrunarfræðingar með sérfræðingsleyfi hafa því á undanförunum árum stofnað og rekið afar mikilvægar göngudeildir eða veitt sértækar hjúkrunarmeðferðir í teymisvinnu fyrir fólk með langvinna sjúkdóma og fjölskyldur þeirra. Þessar deildir hafa margar hverjar sýnt fram á afar góðan árangur af þjónustunni og má þar nefna göngudeild fyrir fólk með langvinna lungnasjúkdóma sem hefur um árabil aðallega sinnt sjúklingum með langvinna lungnateppu og nú síðustu ár einnig fólki sem þarf öndunarstuðning með heimaöndunarvélum á að halda. Hvorutveggja hefur gert sjúklingum kleift að búa lengur heima og hefur dregið úr innlögnum á sjúkrahús (Ingadottir, T.S. & Jonsdottir, H., 2010; Jonsdottir, H & Ingadottir, T.S., 2011). Nefna mætti fjölmörg dæmi um þróun göngudeildarþjónustu og er eitt þeirra göngudeild barna með sykursýki sem hefur starfað um árabil á Barnaspítala Hringins. Þar hefur verið þróuð hjúkrunarþjónusta og þverfagleg teymisvinna sem hefur leitt til eftirtektarverðs árangurs í bættri sykurstjórnun barna og ungmenna með sykursýki (Konráðsdóttir, E & Svavarsdóttir, E.K., 2011).

Með aukinni tækniþróun á undanförunum árum sem náði nýjum hæðum í kjölfar heimsfaraldurs Covid-19 varð mikil aukning í tölvusamskiptum við sjúklinga og fjarþjónustu sem m.a. fól í sér meðferð gegnum einstaklingsfundi og/

eða hópfunði án þess að sjúklingar mættu í eigin persónu á göngudeildir. Þróun samskiptavefsins Heilsuveru hefur einnig gert það mögulegt að senda sjúklingum fræðsluefni og ýmis matstæki og spurningalista á öruggan hátt. Þessi þróun heldur áfram og hafa hjúkrunarfræðingar haft frumkvæði við að nýta sér öruggar tæknilausnir í samskiptum við sjúklinga. Þar má til dæmis nefna Krabbameinsgáttina sem er rafræn heilbrigðisþjónusta þróuð til þess að styðja betur við sjúklinga í krabbameinsmeðferð.

Umræður

Þær miklu lýðfræðilegu breytingar sem orðið hafa á íslensku samfélagi á undanförunum árum og fyrirsjáanlegt er að muni halda áfram hafa veruleg áhrif á eftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu og þá ekki síst hjúkrun. Eins og fram kemur í þessari grein hefur hjúkrunarþyngd sjúklinga á legudeildum aukist jafnt og þétt á undanförunum árum og tilfærsla hefur orðið á því hvar sjúklingum er veitt þjónusta. Þeir sjúklingar sem eru bráðveikir og með flóknustu þarfirnar eru inniliggjandi á legudeildum og er umönnun slíkra sjúklinga flókin og krefst bæði mikillar þekkingar og hæfni hjúkrunarfræðinga.

Þar sem legudögum hefur ekki fjölgað til samræmis við mannfjöldaþróun þá má færa rök fyrir því að þeir sjúklingar sem áður fengu þjónustu í innlögnum fái nú stærstan hluta heilbrigðisþjónustu á dag- og göngudeildum og í fjarheilbrigðisþjónustu. Í þessari grein er ekki gerð greining á tilfærslu þyngri og flóknari sjúklinga á önnur þjónustustig í heilbrigðiskerfinu, á aðrar sjúkrahús, í heilsugæslu, í heimahúsi og á hjúkrunarheimili. Þó má leiða að því líkum að á öllum þessum stigum séu sjúklingar veikari og með flóknari hjúkrunarþarfir.

Það að hafa réttmætar og áreiðanlegar mælingar á hjúkrunarþyngd og hjúkrunarálagi er afar hjálplegt þegar kemur að því að skipuleggja þjónustu og mönnun hennar.

Það hefur því verið mikið gæfuspor að slíkar mælingar hafa tíðkast til lengri tíma á Landspítala. Í þessari grein er rýnt í gögn frá 15 legudeildum sem notað hafa Rafaela-hjúkrunarþyngdarflokkunarkerfið en áframhaldandi innleiðing er í gangi m.a. á gjörgæsludeildum, fleiri legudeildum og dagdeild, og mögulegt er að nota kerfið einnig á göngudeildum. Eins hefur flokkunarkerfið verið innleitt á öðrum sjúkrastofnunum á landinu sem gefur möguleika á að skoða enn frekar hjúkrunarþyngd og hjúkrunarálag þvert á þjónustustig og veitendur.

Mikilvægt er að hafa í huga að mælingar Rafaela-kerfisins ná eingöngu til þeirra þátta er varða beina hjúkrun og því verður að taka aðra þætti með í reikninginn þegar dregin er upp heildarmynd af vinnuálagi og mönnun til annarra viðfangsefna. Þetta á t.d. við um verkefni sem tengjast leiðbeiningu nemenda, gæða- og umbótastarfi og flóknara starfsumhverfi.

Eins og fram kemur í greininni hefur þróun varðandi samsetningu mannafla ekki verið í þá átt sem markmið voru um, en engar deildir ná því markmiði að hlutfall hjúkrunarfræðinga af heildarmannafla í hjúkrun nái 60% árið 2021. Í ljósi þess hversu margar rannsóknir styðja mikilvægi þess að mönnun hjúkrunarfræðinga sé fullnægjandi til að tryggja öryggi sjúklinga er nauðsynlegt að vinna markvisst að því að ná þessu markmiði.

Hér er stuttlega komið inn á þá þróun sem á sér stað í tilfærslu verkefna á milli þjónustustiga og áhrif þess á hjúkrun. Fyrirséð er að áfram verður vöxtur í dag- og göngudeildarþjónustu og mikil sóknarfæri eru enn í fjarheilbrigðisþjónustu. Slíkar breytingar hafa ekki aðeins áhrif á sjúklinga og aðstandendur þeirra sem þurfa að axla síaukna ábyrgð á eigin meðferð heldur hefur þessi þróun mikil áhrif á starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Fyrir það fyrsta krefst þessi aukna áhersla á ábyrgð og þátttöku sjúklinga það í för með sér að heilbrigðisstarfsfólk tryggi að skjólstæðingar þeirra séu upplýstir notendur. Eitt af lykilhlutverkum hjúkrunarfræðinga er einmitt fræðsla og stuðningur til sjúklinga og aðstandenda. Því má ætla að slík verkefni krefjist sífellt meira vinnuframlags. Varðandi starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga þá hefur þessi tilfærsla á dag- og göngudeildum og fjarheilbrigðisþjónustu það í för með sér að æ stærri hluti hjúkrunarfræðinga sinnir störfum sínum á dagvinnutíma. Slík störf krefjast oft mikils sjálfstæðis og oft og tíðum sérfræðiþekkingar.

Margir hafa velt því fyrir sér hvort tækniframfarir og nýjungar muni ekki að einhverju leyti koma í stað hjúkrunarfræðinga og draga úr þörf fyrir þá. Afar mikilvægt er að þróa lausnir til að auðvelda störf hjúkrunarfræðinga og einfalda en ekkert bendir til þess að þær muni koma í stað hjúkrunarfræðinga í framtíðinni (Peptio og Rozzano, 2019). Hins vegar er ljóst að störfín munu breytast og nýta sér í síauknum mæli tækninýjungar. Í þessu samhengi mætti nefna fjarheilbrigðisþjónustu sem mun sannarlega vera mikilvæg til að mæta þörf fyrir heilbrigðisþjónustu. Það er þó fjarri því að hægt sé að gera ráð fyrir því að hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk veiti slíka þjónustu til viðbótar við það sem það gerir nú þegar. Eðlilegra væri að gera ráð fyrir henni sem nýju þjónustustigi sem þurfi að manna sérstaklega. Þetta þýðir þó ekki að ekkert hagræði hljóti af slíkum nýjungum

en þær munu þó fyrst og fremst skila sér í bættri þjónustu við sjúklinga og síðast en ekki síst því að hægt verði að veita stækkandi hópi neytenda þá þjónustu sem þeir hafa þörf fyrir. Af framansögðu er því hægt að draga þá ályktun að áfram muni þörf fyrir vel menntaða og þjálfaða hjúkrunarfræðinga vera mikil og eigi aðeins eftir að aukast. Mikilvægt er að tryggja nægt framboð af hæfum hjúkrunarfræðingum og eins og fram kemur í fyrri greininni í þessum greinaflokki stendur nýliðun nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga ekki undir endurnýjun og fyrirsjáanlegri aukningu á þjónustuþörf. Því þarf að leita allra leiða til að fjölga þeim sem ljúka námi í hjúkrunarfræði. Eins þarf að tryggja nægjanleg tækifæri til sérhæfingar, menntun og þjálfunar til sérfræðingsréttinda í hjúkrun. Samhliða þessu er einnig mikilvægt að stuðla að festu í starfi með því að styrkja starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga, stjórnun, sjálfræði og þátttöku í ákvarðanatöku.

Vísbendingar eru um að tengsl séu á milli vaxandi fjölda aldraðra, fordæmalausra breytinga á samfélagsgerð vegna mikillar fjölgunar erlendra ríkisborgara og ferðamanna hér á landi og eftirspurnar eftir starfskröftum hjúkrunarfræðinga á Landspítala. Mikilvægt er að bæði stjórnvöld og veitendur heilbrigðisþjónustu viðurkenni þetta og bregðist við. Einnig er mikilvægt að skoða nánar en svigrúm gafst til í þessari grein, þróun stöðugilda í hjúkrun á Landspítala eftir styttingu vinnuviku. Eins þarf að greina enn betur þau verkefni sem hjúkrunarfræðingar þurfa að inna af hendi umfram beina hjúkrun sjúklinga. Síðast en ekki síst þarf að rannsaka hvaða áhrif starfsumhverfi við hjúkrun sjúklinga s.s. mönnun og þjónustuform hefur á sjúklinga og aðstandendur þeirra.

HEIMILDIR

- Ali, P.A. og Watson, R. (2019). Language barriers and their impact on provision of care to patients with limited English proficiency: Nurses' perspectives. *J. Clin. Nurse*, 2018 Mar (27), 5-6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29193568/>.
- Aiken, L.H. Sloan, D. Griffiths, P. et al. (2016). Nursing skill mix in European hospitals: cross sectional study of the association with mortality, patient rating, and quality of care. *BMJ Qual Saf* (15.9. 2016), doi:10.1136/bmjqs-2016-005567.
- American Association of Colleges of Nursing, (2022). *Nursing Shortage*. <https://www.aacnnursing.org/Portals/42/News/Factsheets/Nursing-Shortage-Factsheet.pdf>.
- Ball, J.E. Bruyneel, L. Aiken, L.H. Sermeus, W. Sloan, D.M. Rafferty, A.M. Lindqvist, R. Tishelman, C. Griffiths, P. (2018). Post-operative mortality missed care and nurse staffing in nine countries: A cross-sectional study. *International Journals of Nursing*, 78, 10-15. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28844649/>
- Elisabet Konráðsdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir (2011). How effective is a short-term educational and support intervention for families of an adolescent with type 1 diabetes? *Journal for Specialist in Pediatric Nursing*, 16 (4), 295-304. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21951355/>
- Fagerström, L., Lenning, K., Andersen, M.H. (2014). The RAFAELA system: a workforce planning tool for nurse staffing and human resource management. *Journal of Nursing Management*, 21, 30-36. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24779764/>
- Fagerström, L. Kinnunen, M. Saarela, J. (2018). Nursing workload, patient safety incidents and mortality: an observational study from Finland. *BMJ Open* 2018;8(4). <https://bmjopen.bmj.com/content/8/4/e016367>.
- Freitas, J. S., Silva, A. E. B. C., Minamisava, R., Bezerra, A. L. Q., og Sousa, M. R. G. (2014). Quality of nursing care and satisfaction of patients attended at a teaching hospital. *Revista Latino-Americana De Enfermagem*, 22(3), 454-460. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25029057/>
- Graetz, V., Rechel, B., Groot, W., Norredam, M. og Pavlove, M. (2017). Utilization of health care services by migrants in Europe — a systematic literature review. *British Medical Bulletin*, 121 (1) January 2017, 5–18. <https://academic.oup.com/bmb/article/121/1/5/2930810>.
- Griffiths, P. Ball, J. Drennan, J. Dall'Ora, C. Jones, J. Maruotti, A. Pope, C. Saucedo, A.R. Simon, M. (2016). Nurse staffing and patient outcomes: Strengths and limitations of the evidence to inform policy and practice. A review and discussion paper based on evidence reviewed for the National Institute for Health and Care Excellence. Safe Staffing guideline development. *International Journal of Nursing Studies*;63:213-225.
- Griffiths, P. Maruotti, A. Saucedo, A.R. Redfern, O.C. Ball, J.E. Briggs, J. Dall'Ora, C. Schmidt, P.E. Smith, G.B. (2018). Nurse staffing, nursing assistants and hospital mortality: retrospective longitudinal cohort study. *BMJ Qual Saf*, Aug;28(8):609-617. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30514780/>.
- Griffiths P, Dall'Ora C. (2022). Nurse staffing and patient safety in acute hospitals: Cassandra calls agin. *BMJ Qual Saf Epub*. Dec 6. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36597996/>.
- Hagstofa Íslands. (2022). *Meðalævilengd og eftirlifendatala 1971-2021*. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__Faeddir_danir__danir/MAN05401.px/table/tableViewLayout1/?xid=717988cb-3733-441f-8d81-ef27e2fba16d.
- Hagstofa Íslands (2022). *Mannfjöldi eftir kyni og aldri 1841-2022*. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__mannfjoldi__1_yfirlit__Yfirlit_mannfjolda/MAN00101.px.
- Hagstofa Íslands (2022). *Erlendir ríkisborgarar 1950-2022*. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__mannfjoldi__3_bakgrunnur__Ríkisfang/MAN04001.px.
- Hagstofa Íslands (2022). *Fjöldi ferða og gistinátta eftir tegund ferðamanna, 2009-2021*. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Efnahagur/Efnahagur__thjodhagsreikningar__ferdathjonustureikningar__ferdathjonustureikningar/SAM08005.px.
- Hagstofa Íslands (2022). *Umsóknir um hæli eftir ríkisfangi, kyni og aldri 1997-2019*. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__mannfjoldi__3_bakgrunnur__Vernd_dvalarleyfi/MAN45001.px.
- Hagstofa Íslands (2023). *Friðsemi og fólksfjölgunarhlutfall 1853-2021*. https://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/lbuar/lbuar__Faeddir_danir__Faeddir__faedingar/MAN05202.px/table/tableViewLayout1/?xid=4df49949-3bc7-423c-b184-8d3f89f380af.
- Ingadottir, T.S. & Jonsdottir, H. (2010). Partnership-based nursing practice for people with chronic obstructive pulmonary disease and their families: Influences on health related quality of life and hospital admissions. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 2795–2805.
- Jonsdottir H, Ingadottir TS. Health in partnership: family nursing practice for people with breathing difficulties. *Qual Health Res*. 2011 Jul;21(7):927-35. doi: 10.1177/1049732311403498. Epub 2011 Mar 23. PMID: 21429944.
- Kane, R.L. Shmaliyan, T.A. Mueller, C. Duval, S. Wilt, T.J. (2007). The association of registered nurse staffing levels and patient outcomes: Systematic review and meta-analysis. *Medical Care*, 45(12):1195-204. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18007170/>.
- Katrín Blöndal, Sólveig H. Sverrisdóttir, Anna Hafberg, Erla Dögg Ragnarsdóttir, Brynja Ingadóttir, Elin Hafsteinsdóttir, Sigríður Zoëga og Helga Jónsdóttir. (2022). Confronting the unknown—Nursing surveillance of COVID-19-infected patients through remote telephone calls and in an on- site urgent clinic. *Journal of Advanced Nursing*. 78(11). <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9538875/>.
- Kautto S. (2016) RAFAELA® *Nursing Intensity and Staffing System*. [https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Stodsvid/Fjarmalasvid/Hag--og-upplysingasvid/DRG/DRG-radstefnur/DRGNord-2016/RAFAELA%20Nursing%20Intensity%20and%20Staffing%20System-A%20tool%20for%20Optimal%20Resourcing_Sanna%20Kautto%20-%20Copy%20\(1\).pdf](https://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/Stodsvid/Fjarmalasvid/Hag--og-upplysingasvid/DRG/DRG-radstefnur/DRGNord-2016/RAFAELA%20Nursing%20Intensity%20and%20Staffing%20System-A%20tool%20for%20Optimal%20Resourcing_Sanna%20Kautto%20-%20Copy%20(1).pdf).
- Kristín Lára Ólafsdóttir, Helga Jónsdóttir, Nanna Friðriksdóttir og Erna Haraldsdóttir. (2018). Integrating nurse-facilitated advance care planning for patients newly diagnosed with advanced lung cancer. *International Journal of Palliative Nursing*. 24(4):170-177. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29703115/>.
- Jana Katrín Knútsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Kári Kristinsson. (2019). Þróun starfsumhverfis á Landspítala: Kulnun í starfi, starfsánægja og gæði þjónustu. *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál*, 16(2), 37-51. https://www.researchgate.net/publication/338255928_THroun_starfsumhverfis_a_landspitala_Kulnun_i_starfi_starfsanaegja_og_gaedi_thjonustu.
- Landspítali hagdeild (2023). Fyrirspurn svarað 01.02.2023.
- Nemasrákrá LSH (2023). Gögn sótt 01.02.2023, hagdeild Landspítala.
- Laschinger, H. S., Hall, L. M., Pedersen, C., & Almost, J. (2005). A psychometric analysis of the Patient Satisfaction with Nursing Care Quality Questionnaire. *Journal of Nursing Care Quality*, 20(3), 220–230. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15965386/>.
- Merkouris, A., Andreadou, A., Athini, E., Hatzimbalasi, M., Rovithis, M., & Papastavrou, E. (2013). Assessment of patient satisfaction in public hospitals in Cyprus: A descriptive study. *Health Science Journal*, 7(1), 28–40. <https://www.itmedicalteam.pl/articles/assessment-of-patient-satisfaction-in-public-hospitals-in-cyprus-a-descriptive-study.pdf>.
- Milstein R. og Schreyoegg, J. (2020). The relationship between nurse staffing levels and nursing-sensitive outcomes in hospitals: Assessing heterogeneity among unit and outcome types. *Health Policy*, 124, 1056-1063. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168851020301950>.
- Neuman T., Cubanski J., Huang J. og Damico A. (2015). *The Rising Cost of Living Longer: Analysis of Medicare Spending by Age for Beneficiaries in Traditional Medicare*. The Henry J. Kaiser Family Foundation. <https://files.kff.org/attachment/report-the-rising-cost-of-living-longer-analysis-of-medicare-spending-by-age-for-beneficiaries-in-traditional-medicare>.
- Needleman, J. Buerhaus, P. Pankratz, S. Leibson, C.L. Stevens, S.R. Harris. (2011). Nurse staffing and inpatient hospital mortality. *New England Journal of Medicine*, 346, 1037-45. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/nejmsa1001025>
- Nordic Statistics. (2022). *Population 1 January by reporting country, citizenship, age and time*. https://pxweb.nordicstatistics.org/pxweb/en/Nordic%20Statistics/Nordic%20Statistics__Demography__Population%20size/CIT101.px/table/tableViewLayout1/.
- Pepito, J.A. og Rozzano, L. (2019). Can nurses remain relevant in a technologically advanced future? *Int J Nurs Sci*, 6(1), 106–110. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6608671/>.
- Rauhut D., Rasmussen R. Roto J., Francke P., og Östberg S. (2008). *The Demographic Challenge to the Nordic Countries*. Nordregio Working Paper 2008. <https://www.diva-portal.org/smash/get/diva2:700391/FULLTEXT01.pdf>.
- RegisteredNursing.org. (2022) *Here's How Much Your Healthcare Costs Will Rise as You Age*. <https://www.registerednursing.org/articles/healthcare-costs-by-age/>.
- Shekell, P. (2013). Nurse-Patient Ratios as a Patient Safety Strategy. *Annals of Internal Medicine*, 158 (5), 404-410. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23460097/>.
- Zaranko, B. Sanford, N.J. Kelly, E. Rafferty, A.M. Bird, J. Mercuri, L. Sigsworth, J. Wells, M. Propper, C. (2022). Nurse staffing and inpatient mortality in the English National Health Service: a retrospective longitudinal study. *BMJ Qual Saf*, 27. Sept. <https://qualitysafety.bmj.com/content/qhc/early/2022/09/27/bmjqs-2022-015291.full.pdf>.

Reynsla hjúkrunarstjórnenda af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Tilgangur rannsóknarinnar var að dýpka skilning og auka þekkingu á reynslu hjúkrunarstjórnenda af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof. Um 98% hjúkrunarfræðinga hér á landi eru konur og stór hluti þeirra er á barneignaraldri. Rannsóknarspurningin var: Hver er reynsla hjúkrunarstjórnenda af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof?

Aðferð

Rannsóknarsniðið var eigindlegt og notuð aðferð Vancouver-skólans í fyrirbærafræði. Tekin voru tvö einstaklingsviðtöl við 10 kvenkyns hjúkrunarstjórnendur sem höfðu verið í fæðingarorlofi á árunum 2018–2021.

Niðurstöður

„Þetta samviskubit yfir því að standa sig illa á báðum stöðum“ er yfirþema rannsóknarinnar og lýsir dómhörku í eigin garð ásamt togstreitunni sem margar stjórnendanna fundu á milli vinnu og fjölskyldulífs. Meginþemu voru fjögur: *Ígrundandi fæðingarorlof*, sem lýsti hugrænum ferlum og tengslum við vinnustað í fæðingarorlofi; *Að endurheimta hlutverkið*, sem lýsti reynslunni af því að stíga inn í breytt starfsumhverfi og fara á sama tíma í gegnum streituna sem fylgdi því að útvega og treysta á barnagæslu; *Erfiðleikar við endurkomu*, sem lýsti álagi vegna undirmönnunar og óraunhæfum kröfum; *Farsæl endurkoma*, sem lýsti persónulegum eiginleikum stjórnandans og styðjandi þáttum í umhverfinu. Stuðningsþarfir voru einstaklingsbundnar og fóru meðal annars eftir starfsumhverfi, fjölskylduaðstæðum, reynslu í starfi sem stjórnandi og persónulegum eiginleikum. Gott viðmót frá samstarfsfólki, stuðningur frá yfirmanni, eiginleikinn til að geta sett mörk, innri starfshvöt og reynsla í starfi ýttu undir farsæla endurkomu.

Ályktun

Þættir sem virðast geta veitt stjórnendum mótvægi við togstreitu milli vinnu og fjölskyldulífs eru stuðningur í starfi, sveigjanlegur vinnutími, nýting á styttingu vinnuvikunnar og vilyrði til að vinna tímabundið heima. Niðurstöðurnar benda sterklega til þess að stuðningur næsta yfirmanns geti haft afgerandi áhrif á ætlun og getu hjúkrunarstjórnenda til að snúa til baka í sama starf eftir fæðingarorlof. Mikilvægt er að koma markvisst til móts við stuðningsþarfir hjúkrunarstjórnenda eftir fæðingarorlof til að draga úr brottfalli úr starfi.

Lykilorð:

Hjúkrunarstjórnendur, endurkoma í vinnu, fæðingarorlof, stuðningur í starfi, jafnvægi vinnu og einkalífs

HAGNÝTING

RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Rannsóknin veitir nýja þekkingu á reynslu hjúkrunarstjórnenda af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof.

Hagnýting: Stuðningur frá yfirmönnum hjúkrunarstjórnenda getur bætt starfsumhverfi þeirra og dregið úr brottfalli úr starfi.

Þekking: Niðurstöðurnar gefa til kynna að hjúkrunarstjórnendur finni fyrir mikilli togstreitu á milli vinnu og fjölskyldulífs. Stuðningur næsta yfirmanns getur haft áhrif á ætlun og getu hjúkrunarstjórnenda til að snúa til baka í sama starf eftir fæðingarorlof.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Þær upplýsingar sem fram koma í niðurstöðum má nýta til að bæta starfsumhverfi og líðan hjúkrunarfræðinga og hjúkrunarstjórnenda í starfi við endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof.

Höfundar

ALMA RÚN VIGNISDÓTTIR

hjúkrunarfræðingur MS og
deildarstjóri á Söltúni Heilsusetri

DR. SIGFRÍÐUR INGA KARLSDÓTTIR

prófessor við Heilbrigðis- viðskipta-
og raunvísindasvið Háskólans á
Akureyri

DR. SIGRÚN GUNNARSDÓTTIR

prófessor við Viðskiptafræðideild
Háskóla Íslands

„Þetta samviskubit yfir því að standa sig illa á báðum stöðum“. Reynsla hjúkrunarstjórnenda af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof

INNGANGUR

Endurkoma í vinnu eftir fæðingarorlof getur verið krefjandi fyrir mæður sem þurfa að samræma vinnu og fjölskyldulíf og má segja að um sé að ræða ákveðinn vendipunkt þar sem konan upplifir starfsumhverfi sitt á ný í gegnum breytta sjálfsvitund (Ladge o.fl., 2018; Little og Masterson, 2021). Í ljósi þess að hjúkrunarfræðingastéttin er kvennastétt með fjölda kvenkyns stjórnenda, og að stór hluti þeirra er á barneignaraldri (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017; Hagstofa Íslands, 2020), eru þættir tengdir fæðingarorlofi og endurkomu í vinnu viðfangsefni sem krefst nánari athugunar. Tilgangur rannsóknarinnar er að dýpka skilning og auka þekkingu á reynslu hjúkrunarstjórnenda af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof. Rannsóknarspurningin er: Hver er reynsla hjúkrunarstjórnenda af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof?

Skortur á hjúkrunarfræðingum, undirmönnun og álag í starfi er þekktur vandi í alþjóðlegu samhengi (WHO, 2020) og Ísland er þar engin undantekning (Heilbrigðisráðuneytið, 2020). Einkenni kulnunar í starfi eru orðin algengari og hlutfall hjúkrunarfræðinga sem áætla að hætta í núverandi starfi fer vaxandi (Jana Katrín Knútsdóttir o.fl., 2019). Mikið vinnuálag og ójafnvægi á milli vinnu og einkalífs eru meðal þátta sem ýta undir ætlun hjúkrunarfræðinga um að skipta um starf eða, í versta falli, hætta að starfa við hjúkrun (Moloney o.fl., 2018). Streita í starfi hjúkrunarstjórnenda er einnig þekkt vandamál (Adriaenssens o.fl., 2017). Meðal algengra álagsþátta er rík krafa um að vera aðgengileg allan sólarhringinn (Steege o.fl., 2017) og stór hluti af tíma stjórnenda virðist fara í óvænt og óskilgreind samskiptatengd verkefni (Sveinsdóttir o.fl., 2018). Í starfsumhverfi sem verður sífellt flóknara og meira krefjandi telja stjórnendur sig vanta formlegri þjálfun og leiðsögn (Cabral o.fl., 2019). Rannsóknir hafa sýnt að meðal helstu orsaka fyrir vanlíðan í starfi eru mikið álag, skortur á stuðningi í starfi og skortur á áhrifum á eigin störf (Hjördís Sigursteinsdóttir, 2020; Jana Katrín Knútsdóttir o.fl., 2019). Mönnunarvandi er meðal þess sem veldur álagi í starfi og hjúkrunarfræðingar telja ófullnægjandi mönnun hafa neikvæð áhrif á stuðning við mikið veika sjúklinga, faglegt samráð og daglega starfsemi deildar (Jana Katrín Knútsdóttir o.fl., 2019).

Þegar kemur að heilsu og velferð í starfi hjúkrunarstjórnenda liggur ábyrgð á starfsumhverfi og forvörnum hjá yfirmönnum þeirrar heilbrigðisstofnunar sem þeir starfa hjá. Lögum samkvæmt er ráðgjafi þeirra Vinnueftirlit ríkisins og ber atvinnurekanda að gera skriflega áætlun með yfirliti álagsþátta og forvarna (Þingskjal nr. 46/1980). Rannsóknir hafa sýnt að stuðningur stjórnenda er einn áhrifaríkasti þátturinn til að efla starfsánægju og koma í veg fyrir kulnun í starfi (Jana Katrín Knútsdóttir o.fl., 2019; Turgut o.fl., 2020). Hönnun starfsumhverfis er að sama skapi áhrifarík leið til að bæta starfsánægju og þættir svo sem vinnuaðstæður, sjálfstæði í ákvarðanatöku, endurgjöf frá öðrum og fjölbreytni verkefna vega þungt (Arney Einarisdóttir o.fl., 2019). Innri starfshvöt er einnig mikilvæg þegar kemur að starfsánægju og starfsmannaveltu hjá hjúkrunarfræðingum (Zeng o.fl., 2022).

Um 98% hjúkrunarfræðinga hér á landi eru konur (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017) og í kynjuðu samfélagi virðast konur bera hitann og þungann af ólaunuðum störfum, sérstaklega gagnvart börnum og heimili (Robertson o.fl., 2019). Konur hafa því fleiri skyldum að gegna umfram launað starf og eru líklegri til að endurskipuleggja þætti í lífi sínu til að láta barnauppeldi og heimilishald ganga upp. Er þessi forgangsröðun á kostnað annarra þátta svo sem vinnu, félagslegs samneytis og áhugamála (Andrea Hjálmsdóttir og Marta Einarsdóttir, 2019). Konur hérlendis í stjórnumarstöðum upplifa óskýrari mörk og meiri árekstra á milli vinnu og einkalífs en karlkyns stjórnendur (Rafnsdóttir og Júlíusdóttir, 2018) og einn af þeim þáttum sem letur hjúkrunarfræðinga til að taka að sér stjórnumarstöður er álag og óstöðugleiki milli vinnu og einkalífs (Sabei o.fl., 2019; Steege o.fl., 2017). Yngri hjúkrunarfræðingar eru líklegri en eldri til að hafa áhuga á að taka að sér stjórnumarstöðu (Haaland o.fl., 2019; Sabei o.fl., 2019) en streita er jafnframt algengari meðal yngri hjúkrunarfræðinga (Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2020). Vísbendingar eru um að ungir aðstoðardeildarstjórar finni oft fyrir einkennum kvíða, of háum blóðþrýstingi og kulnun (Sandra Sif Gunnarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2020). Hérlendis eru kvenkyns stjórnendur, umfram þá sem eru karlkyns, líklegri til að finna fyrir heilsufarsvanda svo sem vöðvabólgu og svefntruflunum (Jonsdóttir o.fl., 2020).

Reynsla kvenna af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof er ólík eftir löndum hvað varðar réttindi, velferðarkerfi og ríkjandi viðhorf gagnvart vinnandi mæðrum (Collins, 2021). Reynsla mæðra hér á landi af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof hefur lítið verið rannsökuð. Ber þó að nefna nýlega meistaranannsókn á tengslum kvenna í fæðingarorlofi við vinnustað sem sýnir að konurnar í rannsókninni drógu úr starfshlutfalli eftir fæðingarorlof á grundvelli breytts fjölskyldumynsturs (Sigrún Edda Kristjánsdóttir, 2019). Þeir þættir sem vega þýngst við ákvarðanatöku frumbyrja um að hætta eða halda áfram á sama vinnustað eftir fæðingarorlof eru stuðningur sem konan upplifir frá yfirmanni og starfshlutfall á fyrstu mánuðum eftir endurkomu (Ladge o.fl., 2018). Rannsóknir sýna að þegar konur fá að stýra endurkomu sinni með lækkuðu starfshlutfalli og sveigjanlegum vinnutíma getur það dregið úr togstreitu milli vinnu og fjölskyldulífs. Stuðningur yfirmanns í orði og á borði skiptir máli sem og hvatning frá yfirmanni um að hafa endurkomuna á forsendum kvennanna og án þrýstings (Hídeg o.fl., 2018; Sigrún Edda Kristjánsdóttir, 2019). Vinnuveitendur geta einnig sýnt stuðning með því að koma því skýrt á framfæri við starfsmenn að meðganga, fæðingarorlof og foreldrahlutverk muni ekki hafa áhrif á verðmæti eða starfstækifæri vinnandi mæðra (Ladge o.fl., 2018). Vinnuveitendum ber að gera ráðstafanir til að gera starfsfólki kleift að samræma starfsskyldur og ábyrgð gagnvart fjölskyldu, óháð kyni, til dæmis með sveigjanleika á vinnutíma, til að auðvelda endurkomu til starfa eftir fæðingarorlof (Þingskjal nr.150/2020).

AÐFERÐ

Til að svara rannsóknarspurningunni var notað eigindlegt afturskyggt rannsóknarsnið með aðferð Vancouver-skólans í fyrirbærafræði, sem er talin henta vel til að dýpka skilning á mannlegum þáttum og hafa þann eiginleika að geta leitt til úrbóta í þjónustu svo sem heilbrigðisþjónustu (Sigríður Halldórsdóttir, 2021). Rannsóknarferlið byggir á samvinnu sem miðar að því að vera eins fullviss og mögulegt er um að niðurstöður endurspegli reynslu viðmælenda. Ferlinu svipar til flæðandi hrings þar sem farið er fram og til baka í ákveðnu flæði. Hringferillinn byggir á sex vitrænum meginþáttum: Að vera kyrr; að koma auga á; að velja; að túlka; að raða saman og að sannreyna (Sigríður Halldórsdóttir, 2021). Hringferlið er skilgreint frekar í framsetningu á 12 þrepum sem á að vera leiðarljós rannsakanda út rannsóknina (Tafla 1).

Þátttakendur

Við val á þátttakendum var notað tilgangsrúttak og samkvæmt Vancouver-skólanum valdir einstaklingar til að taka þátt í rannsókninni sem búa yfir persónulegri reynslu af fyrirbærinu sem átti að rannsaka (Sigríður Halldórsdóttir, 2021). Í september 2021 var auglýsing birt á samfélagsmiðlum hjúkrunarfræðinga. Skilyrði fyrir þátttöku var að vera íslensku-mælandi kvenkyns hjúkrunarfræðingur sem fór í fæðingarorlof á árunum 2018–2021 og var í stöðu hjúkrunarstjóra, deildarstjóra eða aðstoðardeildarstjóra á þeim tíma og hafði verið að minnsta kosti tvo mánuði í starfi eftir endurkomu í vinnu. Ekki var sett sem skilyrði að hafa snúið til baka í sömu stöðu. Þátttakendur höfðu samband við rannsakanda í gegnum netfang sem gefið var upp í auglýsingu. Allar fengu sent kynningarbréf fyrir fyrsta viðtal, þar sem fyrirkomulagi og tilgangi rannsóknarinnar var lýst.

Alls buðu 10 stjórnendur fram þátttöku sína og allar féllu undir inntökuskilyrði. Ekki þótti ástæða til að leita að fleiri viðmælendum þar sem metun var náð eftir viðtöl við þá 10 stjórnendur sem buðu sig fram. Þátttakendur voru allar í sambúð, á aldrinum 31–49 ára (meðalaldur 35,7 ár), og áttu 1–4 börn. Starfsaldur þeirra var á bilinu 6–21 ár og meðalstarfsaldur sem hjúkrunarfræðingur var 9,6 ár. Fæðingarorlofslengd þeirra var á bilinu 9–18 mánuðir og meðallengd þess var 12 mánuðir.

Gagnasöfnun og gagnagreining

Gagnasöfnun og gagnagreining fór fram samhliða í rannsóknarferlinu. Viðtölin voru tekin á vinnustað viðmælenda eða í gegnum fjarfundarbúnað. Viðtölin voru á bilinu 35–65 mínútur að lengd, meðallengd var 52 mínútur. Notaður var hálfstaðlaður viðtalsrammi. Viðtölin voru tekin upp og síðan rituð upp orðrétt, eftir það var upptökum eytt. Persónugreinanlegum upplýsingum, svo sem nöfnum og staðhättum, var breytt. Leitast var eftir að skilja í þaula innihald þess sem fram kom í samræðum og það í kjölfarið greint í yfir- og undirþemu. Annað viðtal var tekið við hvern viðmælenda, um 10–45 mín. að lengd, þar sem skoðað var nánar hvort sameiginlegur skilningur um reynsluna væri á milli rannsakanda og þátttakenda. Viðbótarupplýsingum var bætt við greiningarlíkanið í kjölfarið. Rannsóknin byggir því á 20 viðtölum samtals. Öll greiningarlíkön voru borin saman og heildarmynd reynslunnar sett upp í heildargreiningarlíkan. Í kjölfarið voru gögn aftur lesin yfir og borin saman við

heildargreiningarlíkanið, sem í kjölfarið var sent til allra viðmælenda til staðfestingar.

Réttmæti og áreiðanleiki

Til að auka réttmæti og áreiðanleika var farið eftir þrepum Vancouver-skólans í gegnum rannsóknarferlið og rannsakandi stundaði ígrundun og hélt rannsóknardagbók. Til að tryggja samræmi voru rannsóknargögn lesin í heild sinni eftir mótun heildargreiningarlíkans sem var sent á alla viðmælendur til staðfestingar. Í niðurstöðukafla er vísað beint í orð þátttakenda til að að reyna eftir fremsta megni að auka innra réttmæti.

Rannsóknarskiðfræði

Staðfesting fékkst frá Vísindasiðanefnd um að ekki þyrfti leyfi frá nefndinni fyrir framkvæmd rannsóknarinnar. Í upphafi fengu allir þátttakendur kynningarbréf um tilgang, framkvæmd og ábyrgðaraðila rannsóknar. Þátttakendur skrifuðu undir samþykksýrilingu þar sem fram kom að nafnleyndar væri gætt og að þátttakendum væri frjálst að hætta þátttöku í rannsókninni á hvaða tíma sem væri.

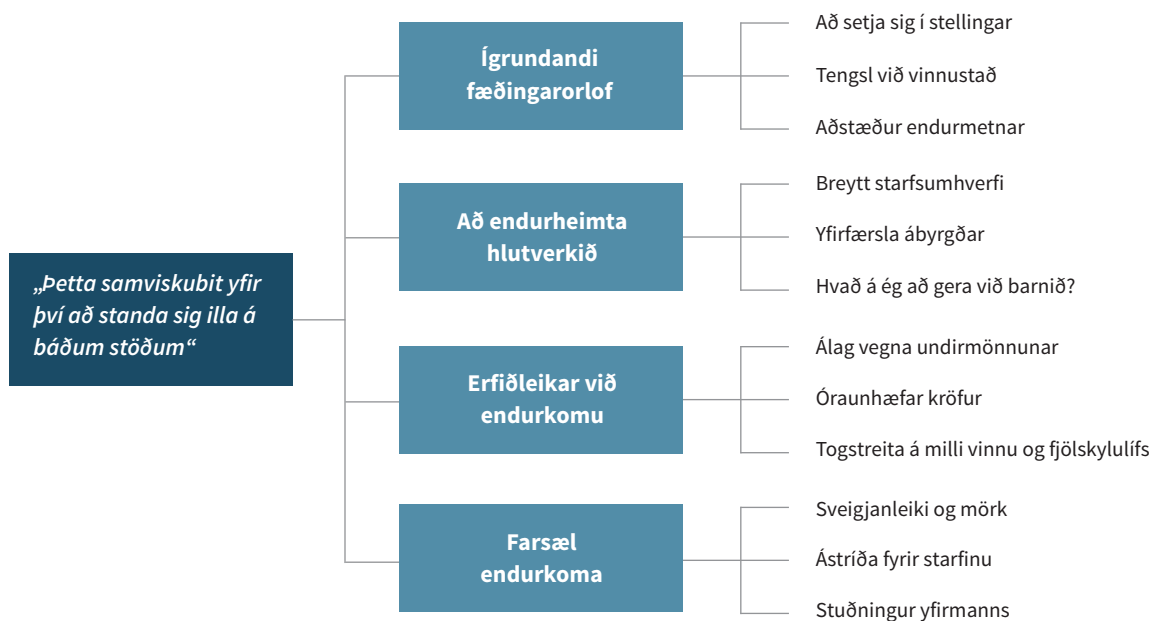
NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöður rannsóknarinnar byggja á tuttugu viðtölum við tíu hjúkrunarstjórnendur og lýsa reynslu þeirra af því að koma til starfa eftir fæðingarorlof. Yfirþema rannsóknarinnar, *Þetta samviskubít yfir því að standa sig illa á báðum stöðum*, er bein tilvitnun frá einum viðmælendanna og vísar til þess hvernig mikið álag í starfi, auk þess að sinna börnum og heimili, reyndist jarðvegur fyrir samviskubít í hinum ýmsu birtingarmyndum. Stjórnendurnir voru meðvitaðar um að sýna undirmönnum sínum í sömu aðstæðum umburðarlyndi og sveigjanleika, en margar áttu hins vegar erfiðara með að sýna sjálfri sér sama skilning. Yfirþemað gefur því einnig innsýn í dómhörku í eigin garð sem margar stjórnendanna áttu sameiginlega. Meginþemun fjögur lýsa í hnotskurn reynslu stjórnenda af endurkomu í vinnu eftir fæðingarorlof: *Ígrundandi fæðingarorlof*, sem lýsir hugrænum ferlum og tengslum við vinnustað í fæðingarorlofi; *Að endurheimta hlutverkið*, sem lýsir reynslunni að stíga inn í stjórnendahlutverkið á ný; *Erfiðleikar við endurkomu*, sem lýsir áskorunum sem stjórnendurnir mættu við endurkomu;

Tafla 1. Tólf meginþrep Vancouver-skólans í fyrirbærafræði.

Þrep	Lýsing á þrepum	Í þessari rannsókn
Þrep 1 Val á þátttakendum.	Áhersla sett á að nálgast þátttakendur sem hafa dæmigerða og ódæmigerða reynslu af fyrirbærinu.	Þátttakendur voru tíu konur á aldrinum 31–49 ára. Meðalaldur var 35,7 ár. Ekki var sett krafa um að snúa aftur til baka í sömu stöðu og fyrir fæðingarorlof (til að fá fram bæði dæmigerða og ódæmigerða reynslu).
Þrep 2 Undirbúningur hugans (áður en samræður hefjast).	Rannsakandi ígrundar og setur til hliðar fyrir fram mótaðar hugmyndir.	Rannsakandi leitaðist við að átta sig á fyrir fram ákveðnum hugmyndum og ásetningur settur í að leggja þær til hliðar.
Þrep 3 Þátttaka í samræðum (gagnasöfnun).	Eitt til þrjú viðtöl tekin við hvern þátttakanda. Fjöldi þátttakenda er ekki ákveðinn fyrir fram.	Tekin voru tvö viðtöl við 10 þátttakendur, samtals 20 viðtöl.
Þrep 4 Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök.	Gagnasöfnun og gagnagreining er unnin samhlíða.	Gagnasöfnun og gagnaöflun voru unnar samhlíða. Texti endurtekið lesinn, hugmyndum komið í orð og ígrundað.
Þrep 5 Þemagreining.	Viðtöl endurtekið lesin yfir þar sem leitað er eftir lykilhugtökum og ásetningur settur í að skilja merkingu þeirra. Innihald síðan greint í meginþemu og undirþemu.	Leitast var eftir að skilja í þaula innihald þess sem fram kom í samræðum rannsakanda og viðmælenda. Viðtölin voru endurtekið lesin og greint var í yfir- og undirþemu.
Þrep 6 Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda.	Koma heildarreynslu viðmælenda fram í gegnum uppsetningu á einstaklingsgreiningarlíkani þar sem meginþemu og aðalatriði koma fram.	Excel og Mindmap voru notuð til að setja upp greiningarlíkan fyrir hvern viðmælenda þar sem yfir- og undirþemu komu fram.
Þrep 7 Staðfesting á hverju greiningarlíkani.	Viðmælendi fenginn til að staðfesta hvort túlkun rannsakanda á reynslu hans sé rétt.	Annað viðtal var tekið við hvern viðmælenda þar sem farið var yfir líkanið og áframhaldandi samræður og ígrundun áttu sér stað. Viðbótarupplýsingum var bætt við greiningarlíkanið í kjölfarið.
Þrep 8 Heildargreiningarlíkan smíðað úr öllum greiningarlíkönum.	Leitast við að ná heildarmynd af fyrirbærinu og átta sig á sameiginlegri reynslu allra viðmælenda og hvaða þættir skera sig úr. Sett fram heildargreiningarlíkan fyrir alla viðmælendur.	Öll greiningarlíkön voru borin saman og heildarmynd reynslunnar sett upp í heildargreiningarlíkan.
Þrep 9 Heildargreiningarlíkan borið saman við rannsóknargögn.	Samanburður á rannsóknargögnum og heildargreiningarlíkani.	Öll gögn lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið.
Þrep 10 Að velja heiti á rannsóknina sem lýsir niðurstöðum.	Í stuttu máli er niðurstaðan um fyrirbærið sett fram í orð sem eru yfirþema rannsóknarinnar.	Niðurstaða rannsakanda: Þetta samviskubít yfir því að standa sig illa á báðum stöðum.
Þrep 11 Staðfesting á heildargreiningarlíkani og yfirþema með einhverjum viðmælendum.	Heildargreiningarlíkan staðfest af einhverjum viðmælenda til að fá staðfest að túlkun rannsakanda á fyrirbærinu sé rétt.	Heildargreiningarlíkanið var sent til allra þátttakenda sem staðfestu að það endurspeglaði reynsluna.
Þrep 12 Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp þannig að reynsla þátttakanda komi skýrt fram.	Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar upp. Reynsla allra þátttakanda þarf að heyrast og því beinar tilvitnanir notaðar til að auka trúverðugleika niðurstaðna.	Út frá heildargreiningarlíkani voru niðurstöður skrifaðar upp og eftir þörfum vitnað í orð viðmælenda til að auka trúverðugleika.

Mynd 1. Heildargreiningarlíkan, yfirlit yfir helstu niðurstöður rannsóknarinnar; yfirþema, meginþema og undirþema.



Farsæl endurkoma, sem lýsir þáttum sem stuðluðu að farsælli endurkomu. Hverju meginþema fylgja þrjú undirþema, sjá nánar á mynd 1.

Ígrundandi fæðingarorlof

Fyrsta meginþemað nefnist *Ígrundandi fæðingarorlof*. Ákvörðun stjórnendanna um fæðingarorlofslengd stýrðist af aðgengi að barnagæslu ásamt þáttum tengdum framfærsluskerðingu. Mismunandi var hversu vel stjórnendurnir náðu að aftengja sig vinnustaðnum og hvernig blæbrigðin voru í hugrenningartengslum þeirra við vinnuna. Reynsluna mátti greina í þrjú undirþema: Að setja sig í stellingar, Tengsl við vinnustað og Aðstæður endurmetnar.

Að setja sig í stellingar

Flestar voru, undir lok fæðingarorlofs, farnar að hlakka til að mæta aftur til vinnu en skynjuðu einnig að þær myndu ganga inn í breyttar aðstæður. Arndís lýsti því hvernig henni fannst gott að taka skref til baka, ígrunda og horfa á aðstæður utan frá: „Mér fannst ég alveg græða á því og koma betri til baka.“ Tilfinningar toguðust á hjá mörgum stjórnendanna, ýmist óþreya að takast á við yfirvofandi áskoranir eða eirðarleysi vegna tilfinningar um að þær væru að missa af einhverju. Edda lýsti því svo: „Mér fannst rosalega óþægileg tilhugsun að vera í burtu í svona langan tíma. Það er allt að breytast og mig langar að taka þátt í þessum hlutum sem eru í gangi.“ Önnu, sem hafði nýlega tekið við stjórnunarstöðu áður en hún fór í fæðingarorlof, fannst eins og hún væri að missa af tækifæri til að stiga upp á erfiðum tímum: „Mér fannst ég ekki alveg vera búin að sýna allt sem ég gæti gert.“

Tengsl við vinnustað

Allir stjórnendurnir sögðust hafa borið fullt traust til afleysingamanneskju til að stýra vinnustaðnum í fjarveru sinni. Flestar töluðu á svipuðum nótum og Helga sem sagði: „Ég vissi alveg að þau væru með þetta.“ Þetta traust varð

til þess að flestum stjórnendanna fannst þær ekki þurfa að leiða hugann svo mikið að vinnunni. Freyja sagðist hafa tekið meðvitaða ákvörðun um að halda samskiptunum í lágmarki: „Bæði fyrir mig og líka fyrir hana sem var að leysa mig af. Af því að mér finnst líka mikilvægt að ég sé ekki að anda ofan í hálsmálið á mínum staðgengli á meðan að hún er að störfum.“

Aðstæður endurmetnar

Sökum langvarandi álags og þreytu höfðu sumar séð fæðingarorlofið fyrir sér í hillingum. Fanný talaði tæpitungulaust: „Ég var bara gjörsamlega með æluna upp í háls af vinnunni minni. Og mig langaði bara ekki að mæta, langaði ekki að vera þarna. Ég var ekki bara að bíða eftir því að verða ólétt til að eignast barn, heldur líka til að komast í burtu frá deildinni.“ Fanný var ein þeirra sem ihuguðu að snúa ekki aftur til baka á sama vinnustað eftir fæðingarorlofið: „Ég bara sá ekki fram á að koma til baka [...] og geta sinnt þessu starfi.“ Agnes sagðist hafa hugsað mikið um vinnuna og kveið því að koma til baka: „Ég vissi að það yrði svolítið erfitt að vera með sama „commitment“ og áður. Með svona mikla viðveru og að já, hlaupa til handa og fóta bara yfir öllu. Ég gat einhvern veginn ekki lofað því.“ Algengasta ástæðan sem lá að baki endurmatinu var að sjá ekki leiðina til að skapa jafnvægi milli álagsstarfs og fjölskyldulífs.

Að endurheimta hlutverkið

Annað meginþemað nefnist *Að endurheimta hlutverkið*. Stjórnendurnir lýstu reynslu sinni af því að stíga aftur inn í starf eftir fæðingarorlof og fara á sama tíma í gegnum streituna sem fylgdi því að útvega og treysta á barnagæslu. Reynsluna mátti greina í þrjú undirþema: Breytt starfsumhverfi, Yfirfærsla ábyrgðar og Hvað á ég að gera við barnið?

Breytt starfsumhverfi

Allir stjórnendurnir töluðu um breytt starfsumhverfi og meðal þátta sem komu fram voru Covid-19, innleiðing á

styttingu vinnuvikunnar, nýtt starfsfólk, rafræn kerfi og nýir kjarasamningar. Í fjarveru þeirra höfðu aðrir stjórnendur fengið fræðslu og tíma til að venjast breyttu verklagi og tilfinningin sem Helga talaði um, að „koma svolítið sein í partíið“, kom fram hjá mörgum. Önnu fannst hún týnd til að byrja með: „Það er rosalega erfitt að vera manneskjan sem var inni í öllu og sem gat reddað öllu [...] svona úr því að vita allt yfir í að vita ekki neitt.“ Í tilfellum nokkurra stjórnenda voru gerðar umtalsverðar breytingar á starfi þeirra eða starfslýsingu á meðan fjarveru stóð. Þær voru á einu máli um að þær hefðu gjarnan viljað vera þátttakendur í ákvörðunartökunni og undirstrikuðu að mikilvæg sjónarhorn gætu orðið út undan þegar fastráðinn stjórnandi á ekki hlut í ákvarðanatöku. Agnes sagði í hörðum tóni: „Það var aldrei samráð. Ég hefði viljað setjast niður og ræða þetta skilurðu, raunhæft. Út af því að þetta var gjörsamlega óraunhæft bara allt saman.“ Sama átti við um Sóleyju, sem lýsti því hvernig „kerfinu var umbylt“ í fjarveru hennar: „Mér þótti það rosa skrítið og hefði þótt allt í lagi að það hefði verið haft samband við okkur á einn Teams-fund til að upplýsa okkur og fá smá álit frá okkur.“

Yfirfærsla ábyrgðar

Rúmlega helmingur stjórnenda snéri til baka í fullt starfshlutfall strax eftir fæðingarorlof, hinar byrjuðu í kringum 50% starfi og flestar höfðu aukið í fullt starfshlutfall innan tveggja til fjögurra mánaða. Nokkrum stjórnendanna leið eins og þær þyrftu að berjast fyrir því að taka aftur til sín ábyrgðina og verkefnin. Anna sagðist ekki hafa átt von á því að reynslan yrði svona: „Mér hefði aldrei dottið það í hug,“ en hún lýsti því hvernig afleysingarmanneskjan hélt áfram að sinna starfi hennar: „Ég fann það mjög fljótt þegar ég kom að ég vissi ekki alveg hvar minn staður var.“ Í tilfellum nokkurra stjórnenda sögðu þær að eftir á að hyggja hefði formlegri yfirfærsla ábyrgðar verið heppilegri.

Hvað á ég að gera við barnið?

Allir stjórnendurnir tjáðu á einhvern hátt óánægju sína og streitu í kringum þær skorður sem foreldrum eru settar varðandi fæðingarorlofslengd, leikskólapláss og opnunartíma barnagæslu. Flestar lýstu reynslunni á sömu nótum og Anna: „Þetta er algjör hausverkur sko,“ og flestar voru sammála Freyju þegar hún sagði: „Ég hefði viljað sjá að eitthvað meira myndi grípa mann varðandi barnapössun.“ Til að brúa bilið fram að leikskóla reyndi verulega á útsjónarsemi foreldranna þegar kom að púsluspili á milli sumarfrís beggja foreldra, aukafrídaga og aðstoðar frá fjölskyldu. Edda lýsti ferlinu sem flóknu viðfangsefni sem kallar á stöðuga leit að lausnum: „Svo er náttúrulega bara þessi gríðarlega streita sem er á manni að reyna að púsla þessu saman. Það er bara stór áhrifapáttur. Ég bara velti fyrir mér, nenni ég að eignast fleiri börn út af þessu?“

Erfiðleikar við endurkomu

Þriðja meginþemað nefnist *Erfiðleikar við endurkomu*. Í tilfellum nokkurra stjórnenda hafði álag í starfi verið viðvarandi og fyrirséð að róðurinn myndi ekki léttast með tilkomu nýja barnsins. Álagið sem blasti við nokkrum stjórnendunum varð til þess að þær sáu ekki fram á að endast í sama starfi nema með tilkomu breytinga. Þá þætti mátti greina í þrjú eftirfarandi undirþemu: Álag vegna undirmönnunar, Óraunhæfar kröfur og Togstreitu á milli vinnu og fjölskyldulífs.

Álag vegna undirmönnunar

Í flestum tilfellum upplifðu stjórnendur að álagið væri beintengt undirmönnun, eins og Sóley sagði: „Varðandi álagið þá er mönnunin rótin í þessu öllu saman.“ Lína talaði einnig fyrir margar þegar hún sagði: „Það er stórkostlegur mönnunarvandi.“ Streitan sem fylgdi því að manna vaktir og hlaupa í skarðið var þess valdandi að nokkrar lýstu einkennum svo sem kvíða, vöðvabólgu, kviðverkjum og höfuðverkjum: „Þetta er bara alls ekki nógu gott þegar maður er bara gjörsamlega undirlagður af vöðvabólgu út af streitu, búin að vera með hausverk í þrjá daga.“ Hekla var ein þeirra sem starfaði á vinnustað með mönnunarvanda og hún rifjaði upp tímabil á meðgöngunni þar sem hún átti samtal við yfirmann sinn um að fá að lækka starfshlutfallið: „Og hún horfði bara á mig og sagði „Já gerðu það“ [þögn] þú veist, reddaðu því bara.“ Hún hélt áfram: „Því það var enginn sem gerði það fyrir mig, ég var að reyna að hjálpa öðrum hjúkrunarfræðingum sem að voru óléttar að lækka sig í prósentu. Og það var varla hægt. Og svo átti ég að redda sjálfri mér skilurðu, sem er náttúrulega ógeðslega aftur á bak.“

Óraunhæfar kröfur

Annar álagsþáttur voru óraunhæfar kröfur og Agnes lýsti fyrstu dögnum eftir endurkomu svona: „Þetta byrjaði bara af fullum krafti, þetta var rosalega stressandi og ég náttúrulega nýkomin úr fæðingarorlofi með pínulítið barn og herna, þú veist allt þetta stress.“ Hún upplifði sig eina á báti og lýsti gífurlegu vinnuálagi auk skilningsleysis, ósveigjanleika og hranalegrar framkomu af hálfu yfirmanns síns: „Það voru bara gerðar óraunhæfar væntingar til mín. Og ég sett í eiginlega ómögulega stöðu.“ Agnes áttaði sig á því að álagið væri of mikið og að hún hafi þurft að „berjast fyrir því að fá backup,“ en að það hefði ekki fallið í góðan jarðveg hjá yfirmanni hennar: „Henni fannst ég vera bara með vesen og allt sem ég var að leggja til var neikvætt og leiðinlegt og erfitt og ég var ekki að standa mig.“ Einkum voru það aðstoðardeildarstjórnir sem lýstu óraunhæfu verkefnaálagi og tilfinningu um að þurfa að segja já við öllum beiðnum. Afstaða Heklu var skýr: „Ég sé ekki fyrir mér að fara aftur í aðstoðardeildarstjórnstöðu. Það er allt of mikil fórnfýsi í starfslýsingunni. Skilurðu, það er bara ætlast til þess að þú sért þarna 24/7 ef það þarf.“ Orð Eddu undirstrika reynslu nokkurra stjórnendanna af skorti á stuðningi frá yfirmönnum sínum: „Ég meina, auðvitað eiga yfirmenn að passa upp á undirmennina sína og vera aðgengilegir og svona. En það eru kannski ekki jafnmargir sem að passa upp á yfirmennina.“

Togstreita á milli vinnu og fjölskyldulífs

Að þurfa ýmist að taka vinnuna með heim, vinna yfirvinnu eða að geta ekki mætt til vinnu vegna umönnunar barna skapaði togstreitu og samviskubit í báðar áttir, líkt og Edda lýsti: „Ég var með samviskubit gagnvart barninu mínu, ég var líka með samviskubit gagnvart vinnunni.“ Sóley lýsti því sem: „Bara hryllingur stundum, samviskubitið.“ Fjarvera frá vinnu vegna veikindadaga barna var mörgum erfið, eins og Fanný lýsti: „Mér finnst það vera rosa álag og ég fæ alveg bara ógeðslega mikið samviskubit að vera heima.“ Stytting vinnuvikunnar gagnaðist stjórnendunum takmarkað en iðulega voru þær aðilarnir sem sáu um skipulag og innleiðingu. Fanný hafði séð fyrir sér að styttingin gæti komið henni að góðum notum við endurkomu en raunin reyndist önnur: „En síðan var það aldrei hægt.“ Hún hafði í kjölfarið samband við mannauðseildina:

„og ég fékk bara svarið: já, stjórnendur eru bara ekkert að ná að taka þetta.“ Edda var meðvituð um að hún gæti einsett sér að taka alltaf styttinguna en að hún væri nú þegar búin að skapa sér ákveðinn takt sem leyfði það ekki.

Farsæl endurkoma

Fjórða og síðasta meginþemað nefnist *Farsæl endurkoma*. Stjórnendurnir lýstu bæði persónulegum eiginleikum en einnig þáttum í umhverfi sínu sem reyndust styðjandi við endurkomuna. Í reynslu stjórnendanna komu fram þrjú undirþemu sem lýstu þáttum sem gerðu það að verkum að endurkoman var farsæl: Sveigjanleiki og mörk, Ástríða fyrir starfinu og Stuðningur yfirmanns.

Sveigjanleiki og mörk

Nokkrar minntust á að einn af kostunum við að vera stjórnandi væri að geta stýrt sér meira sjálf, líkt og Freyja lýsti: „Þú þarft ekki að vera mætt á vaktina klukkan átta og búin klukkan fjögur og alveg í streitu þar. Þú hefur ákveðinn sveigjanleika. En það geta líka verið gallar sem fylgja, því þá ertu bara með tölvuna heima og átt erfitt með að kúpla þig út, sko.“ Fanný fékk aukinn sveigjanleika en því fylgdi ákveðinn fórnarkostnaður: „Ég mæti um hálfniú á morgnana, en þú veist ég vinn líka alltaf á kvöldin. Ég les alltaf rapportið heima á kvöldin.“ Edda lýsti blendnum tilfinningum yfir auknum og nauðsynlegum sveigjanleika fyrstu mánuðina eftir endurkomu, en hún fékk leyfi frá yfirmanni til að vinna að hluta til heima fyrstu mánuðina þar sem hún hafði ekki enn þá fengið leikskólaláss: „Mér fannst samt mjög óþægilegt að þurfa að fá einhvern „special deal“ til að láta þetta ganga upp.“ Nokkrar lýstu því hvernig sveigjanleikinn þyrfti að haldast í hendur við eiginleikann til þess að geta sett mörk. Anna sagðist hafa skýrar reglur um að takmarka aðgengi að sér og aðskilja sig frá vinnunni: „Maður þarf líka bara svolítið sjálfur að setja línurnar hversu aðgengileg þú vilt vera [...] ef ég er ekki í vinnunni þá er ég bara ekki í vinnunni.“ Nokkrar minntust á að hafa orðið ákveðnari eftir að þær urðu mæður, eins og Agnes orðaði það: „Maður verður einhvern veginn staðfastari og passar að fólk sé ekki að vaða yfir sig,“ og Freyja sagði: „Maður bara fær þykki skráp og verður sjálfstæðari. Þá getur maður stigið svona fastar niður þar.“

Ástríða fyrir starfinu

Stjórnendurnir lýstu ákveðnum þáttum sem gerðu stjórnunarstarfið þess virði þrátt fyrir mikið álag og nefndu meðal annars þátttöku í nýpróun, að nýta menntun sína til fulls, hafa áhrif, vera sjálfstæðar og finnast skemmtilegt í vinnunni. Helga lýsti ástríðu sinni fyrir bæði starfinu og fjölskyldu: „Ég hef líka bara brennandi ástríðu fyrir því að vera í því starfi sem ég er í. Og það náttúrulega hjálpar mér, þú veist bara rosalega mikið, þegar kemur að því að samræma börn og heimili, að það sem keyrir mig áfram er ástríða fyrir báðu, skilurðu.“ Allir stjórnendurnir lýstu í heildina góðu viðmóti samstarfsfólks við endurkomu og skipti það þær miklu máli, eins og Edda sagði: „Ég held að það hafi hjálpað mér mjög mikið [...] það voru allir svo glaðir að sjá mig.“ Almennt þótti þeim ríkja góð vinnustaðarmenning á sínum vinnustað og þær sögðu það veigamikinn þátt í því að geta notið sín í starfi.

Stuðningur yfirmanns

Tengsl stjórnendanna við yfirmenn sína voru mismunandi, allt frá nánnum vinkonusamböndum yfir í lítil tengsl og samskipti.

Þörfin fyrir beinan stuðning yfirmanna var mismikil en það að finna fyrir öryggi og trausti skipti máli, eins og Freyja lýsti: „Hér eru rosa góðir stjórnendur og samstarfsfélagar sem maður treystir. Og það skiptir bara öllu máli. Ég hafði aldrei á tilfinningunni að það myndi einhver stinga mig í bakið af því ég færi í fæðingarorlof.“ Nokkrar stjórnendanna fengu efasemdir í fæðingarorlofinu um að geta samræmt vinnu og fjölskyldulíf og þá skipti stuðningur yfirmanns sköpum varðandi framhaldið. Samtal við yfirmann átti sér ýmist stað í fæðingarorlofinu, við fyrirhugaða uppsögn eða rétt fyrir endurkomu. Í tilfellum flestra voru yfirmenn viljugir til að koma til móts við þær, eins og yfirmaður Fannýjar sagði: „Þú veist, við bara reddum því.“ Verkefni sem voru færð yfir á aðra starfsmenn, leyfi til að vinna heima að hluta til og aukinn sveigjanleiki til að koma til móts við opnunartíma leikskóla voru meðal þátta sem skiptu sköpum. Þessi vilji til breytinga varð til þess að þeim snérist hugur og ákváðu að koma til baka í sama starf. Langflestar sögðu endurkomuferlið einnig hafa gert sig að skilningsríkari yfirmönnum.

UMRÆÐA

Stjórnendurnir fundu margar fyrir auknu álagi á þessum tiltekna tímamarki í lífi þeirra og niðurstöðurnar sýna að stuðningur yfirmanns og samstarfsfólks sem og sveigjanleiki í starfi skipti sköpum um hvernig þeim farnaðist eftir endurkomu. Er þetta í takt við fyrri rannsóknir sem sýna að þegar álag er mikið getur stuðningur næsta yfirmanns og stuðningur samstarfsfólks dregið úr alvarlegum afleiðingum mikils álags (Adriaenssens o.fl., 2017) og að slík viðleitni og skilningur þjónar sem hvati fyrir konu að snúa aftur í sömu vinnu (Hideg o.fl., 2018; Sigrún Edda Kristjánsdóttir, 2019). Í nokkrum tilfellum voru áhyggjur stjórnendanna um óraunhæft verkefnaálag hundsáðar af yfirmanni, sem þátttakendur tengdu meðal annars við langtímaveikindaleyfi vegna kulnunar í starfi. Er þetta í takt við rannsóknir á kulnun í starfi hjá hjúkrunarfræðingum sem sýna skaðleg áhrif skorts á stuðningi frá yfirmanni þegar verkefnaálag er mikið og togstreita á milli vinnu og fjölskyldulífs er ríkjandi (Adriaenssens o.fl., 2017; Moloney o.fl., 2018). Fram kom að hönnun starfsumhverfis getur skipt sköpum varðandi vellíðan stjórnenda við endurkomu og má þar nefna þætti sem áður hafa sýnt sig að eru hjúkrunarfræðingum og stjórnendum mikilvægir, svo sem verkefnaálag, vinnutími og sveigjanleiki í starfi (Arney Einarsdóttir o.fl., 2019). Varpar þetta ljósi á mikilvægi þess að starfsumhverfi hjúkrunardeildarstjóra, álag í starfi og áherslur yfirmanna hjúkrunardeildarstjóra taki mið af heilsuefandi þáttum og forvörnum gegn kulnun í starfi (Sigrún Gunnarsdóttir, 2021).

Meirihluti stjórnendanna snéri til baka í fullt starfshlutfall eftir fæðingarorlof, en það er frábrugðið niðurstöðum annarra íslenskra rannsókna þar sem fram kemur algengi þess að konur ýmist hefji aftur störf í skertu starfshlutfalli eða minnki við sig starfshlutfall á meðan börnin eru lítil (Andrea Hjálmsdóttir og Marta Einarsdóttir, 2019; Sigrún Edda Kristjánsdóttir, 2019). Má teljast líklegt að hér spili inn í sams konar áhrifapættir og í niðurstöðum Haaland o.fl. (2019); að vera skuldbundin stjórnunarstarfinu og vilja sinna því af krafti þrátt fyrir að það sé krefjandi. Stjórnendurnir lýstu einnig

þáttum sem gerðu álagsstarfið þess virði og voru það allt lykilþættir innri starfshvatar, sem rannsóknir hafa sýnt að eru veigamikil atriði þegar kemur að því hvort hjúkrunarfræðingur helst í starfi eða ekki (Zeng o.fl., 2022).

Reynsla hjúkrunarstjórnendanna gaf sterklega til kynna samviskubít gagnvart bæði vinnu og fjölskyldu og samræmist það niðurstöðum rannsókna Júlíusdóttur o.fl. (2018). Líklegt er að hér sé að verki sú hugræna byrði sem konur bera fram yfir karla (Robertson o.fl., 2019) auk samlegðaráhrifa við stjórnendahlutverkið og kynjaðan veruleika (Bernhardt og Büning, 2021). Meðal þátta sem gagnast til að vinna gegn samviskubít vinnandi mæðra eru aðgengileg barnagæsla, frítími utan launaðrar vinnu og aukin þátttaka feðra við umönnun barna (Collins, 2021). Þessir þættir eru nú þegar í þróun hér á landi og má meðal annars nefna óframseljanlegan rétt feðra til fæðingarorlofs (Ásdís A. Arnalds o.fl., 2021), sem hefur stuðlað að aukinni þátttöku þeirra í umönnun barna (Andrea Hjálmsdóttir og Marta Einarsdóttir, 2019). Miðað við reynslu stjórnendanna má sjá að vissulega eru tækifæri til frekari úrbóta í kringum hið svokallaða umönnunarbíl, sem er tíminn frá því að fæðingarorlofi lýkur og þar til barn byrjar í leikskóla. Er þetta þekkt ákall meðal íslenskra foreldra (Andrea Hjálmsdóttir og Marta Einarsdóttir, 2019). Stytting vinnuvikunnar í allt að 36 stundir á viku samkvæmt kjarasamningum er tilraun til að gera samþættingu vinnu og fjölskyldulífs auðveldari (Fjármála- og efnahagsráðuneytið, e.d.) og myndi hér einnig falla inn sem hjálplegur þáttur ef stjórnendur gætu raunverulega nýtt sér hann, sem er annað en kom fram í niðurstöðum. Er það verðugt verkefni mannauðsstjórnenda að gera stjórnendum kleift að nýta styttingu vinnuvikunnar.

Áberandi var hvernig þroski stjórnandans í starfi hafði áhrif á hversu farsæl endurkoman var. Eiginleikar eins og sjálfsöryggi í starfi, getan til að setja mörk og reynsla af stjórnun virtust vega þungt, sem samræmist því að trú á eigin getu (Kalkan, 2020), virkni og áhrif í starfi (Nielsen og Marrone, 2018), og það að búa yfir bjargráðum til að takast á við streitu (Sandra Sif Gunnarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2020) eru þættir sem auka vellíðan í starfi. Ljóst er að tækifæri til að læra og eflast í starfi geta verið mikilvæg til að stuðla að góðri endurkomu.

ÁLYKTANIR

Niðurstöður sýna að samviskubít og erfiðleikar við að samræma vinnu og fjölskyldu hafa áhrif á líðan og endurkomu stjórnenda eftir fæðingarorlof. Þættir sem geta reynst gagnlegir til að vinna gegn togstreitu milli vinnu og fjölskyldulífs eru meðal annars stuðningur í starfi, sveigjanlegur vinnutími, nýting á styttingu vinnuvikunnar og vilyrði til að vinna tímabundið heima til að brúa umönnunarbilið. Stuðningur næsta yfirmanns getur haft áferandi áhrif á ætlun og getu stjórnanda til að halda áfram í sama starfi og þarf sérstaklega að huga að nýjum stjórnendum með stuðningi á borð við handleiðslu, stuðning jafningja og tækifæri til að eflast í starfi. Til að móta heildstæða mynd af þáttum sem stuðla að árangursríkri endurkomu hjúkrunarstjórnenda er þörf á áframhaldandi rannsóknum á reynslu þeirra af meðgöngu, fæðingarorlofi og endurkomu í

vinnu. Áhugavert væri að kanna hvort skipulaður stuðningur næsta yfirmanns fyrstu mánuðina eftir endurkomu hefði áhrif á reynslu hjúkrunarstjórnenda af endukomu eftir fæðingarorlof.

STYRKUR OG TAKMARKANIR RANNSÓKNAR

Niðurstöður rannsóknarinnar skapa nýja þekkingu um reynslu hjúkrunarstjórnenda, af endurkomu til vinnu eftir fæðingarorlof, en sambærileg rannsókn hefur ekki verið gerð hérlandis. Mögulegur veikileiki er að auglýst var eftir þátttakendum fyrir rannsóknina á samfélagsmiðlum en sú aðferð getur verið útilokandi fyrir þau sem eru ekki eða lítið virk á þeim vettvangi.

ÞAKKIR

Sérstakar þakkir fá hjúkrunarstjórnendurnir sem voru tilbúnar til þess að deila reynslu sinni við gerð þessarar rannsóknar. Einnig fær Janus endurhæfing þakkir fyrir sveigjanleika og afnot á aðstöðu við framkvæmd rannsóknarinnar og Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir veittan styrk.

ENGLISH SUMMARY

“The guilt of performing poorly in both places“. Nursing managers' experience of return to work after maternity leave

Vignisdottir, A. R., Karlsdottir, S. I., Gunnarsdottir, S.

Aim

The study aimed to deepen understanding and increase knowledge of nursing managers' experience of return to work after maternity leave. About 98% of nurses in Iceland are women and a large proportion of them are at the childbearing age. The research question was “What are nursing managers' experiences of re-entry after maternity leave?”.

Method

Qualitative research based on the Vancouver School of phenomenology was used in this study. Two individual interviews were conducted with 10 female nursing managers who had been on maternity leave in the years 2018–2021.

Results

“The guilt of performing poorly in both places“ is the main finding and describes self-criticism as well as the tension that many of the managers felt between work and family life. There were four main themes: *Reflective maternity leave*, which described the cognitive processes and the connection with the workplace during maternity leave; *Restoring the role*, which described the experience of stepping back into a changed work environment and going through the stress that came with securing and relying on childcare; *Difficulties of re-entry*, which described the stress of understaffing and unrealistic demands; *Successful re-entry*, which described personal qualities of the managers as well as

aspects in the working environment that proved to be supportive. The need for support varied between individuals and depended on the work environment, family circumstances, management experience, and personal qualities. Positive attitude from colleagues, supervisors' support, the ability to set boundaries, intrinsic motivation, and work experience contributed to a successful return.

Conclusion

Factors that seem to counteract the tension between work and family life are professional support, fewer working hours, flexible working hours, and the option to work temporarily at home. The results strongly suggest that the support of supervisors can have a decisive effect on the intention and ability of nursing managers to return to the same job after maternity leave. It is crucial to systematically meet nursing managers need for support after maternity leave in order to reduce turnover.

Keywords

Nurse administrators, return to work, maternity leave, organizational support, work-life balance.

Correspondent:

alma@solvangur.is

HEIMILDIR

- Adriaenssens, J., Hamelink, A., og Bogaert, P. V. (2017). Predictors of occupational stress and well-being in first-line nurse managers: A cross-sectional survey study. *International Journal of Nursing Studies*, 73, 85–92. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2017.05.007>
- Andrea Hjálmsdóttir og Marta Einarsdóttir. (2019). „Mér finnst ég stundum eins og hamstur í hjóli“: Streita í daglegu lífi fjölskyldufólks á Íslandi. *Íslenska þjóðfélagið*, 10(1), 4–19.
- Arney Einarssdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir, Ingi Rúnar Eðvarðsson, Ásta Dís Óladóttir, Inga Minelgaite og Svala Guðmundsdóttir. (2019). Hönnun starfa og starfsánægja í sérfræðistörfum hjúkrunarfræðinga, verkfræðinga og stjórnmenda. *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál*, 16(1), 111–128. <https://doi.org/10.24122/tve.a.2019.16.1.7>
- Ásdís A. Arnalds, Guðný Björk Eydal og Ingólfur V. Gíslason. (2021). Fæðingar- og foreldraorlof: Aðdragandi, breytingar og árangur laga sem er ætlað að stuðla að orlofstöku beggja foreldra. *Stjórnsmál og stjórnsýsla*, 17(2), 235–259. <https://doi.org/10.13177/irpa.a.2021.17.2.5>
- Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir. (2020). Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 96(1), 68–75. <https://www.hjukrun.is/timaritid/greinasafn/grein/2020/03/04/Streita-kulun-og-bjargrad-a-medal-hjukrunarfraedinga-a-bradalegudeildum/>
- Cabral, A., Oram, C., og Allum, S. (2019). Developing nursing leadership talent – Views from the NHS nursing leadership for south-east England. *Journal of Nursing Management*, 27(1), 75–83. <https://doi.org/10.1111/jonm.12650>
- Collins, C. (2021). Is maternal guilt a cross-national experience? *Qualitative Sociology*, 44(2), 1–29. <https://doi.org/10.1007/s11133-020-09451-2>
- Fjármála- og efnahagsráðuneytið. (e.d.). *Betri vinnutími*. <https://betrivinnutimi.is/>
- Guðbjörg Pálsdóttir, Gunnar Helgason og Helga Ólafs. (2017). *Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa! Vinnumarkaður hjúkrunarfræðinga*. https://www.hjukrun.is/library/Skrar-NeW/utgefing-efni/Skyrslur/Vinnumarkadur_hjukrunarfraedinga.pdf
- Haaland, G. H., Olsen, E., og Mikkelsen, A. (2019). Making a career in hospitals: Determinants of registered nurses' aspirations to become a manager. *Journal of Advanced Nursing*, 75(11), 2506–2515. <https://doi.org/10.1111/jan.14002>
- Hagstofa Íslands. (2020). *Hagstofan: Fleiri börn fæddust árið 2020 en fæðingartíðnin var lægri*. <https://hagstofa.is/utgafur/frettasafn/mannfjoldi/faedingar-2020/>
- Heilbrigðisráðuneytið. (2020). *Mönnun hjúkrunarfræðinga – skýrsla með tillögum starfshóps*.
- Hideg, I., Krstic, A., Trau, R. N. C., og Zarina, T. (2018). The unintended consequences of maternity leaves: How agency interventions mitigate the negative effects of longer legislated maternity leaves. *Journal of Applied Psychology*, 103(10), 1155–1164. <https://doi.org/10.1037/apl0000327>
- Hjördis Sigursteinsdóttir. (2020). Velliðan á vinnustað; helgun, starfsánægja og löngun til að hætta í starfi. *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál*, 17(2), 37–49. <https://doi.org/10.24122/tve.a.2020.17.1.3>
- Jana Katrín Knútsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Kári Kristinsson. (2019). Þróun starfsumhverfis á Landspítala: Kulnun í starfi, starfsánægja og gæði þjónustu. *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál*, 16(2), 37–52. <https://doi.org/10.24122/tve.a.2019.16.2.3>
- Jonsdóttir, I. J., Rafnsdóttir, G. L. og Ólafsdóttir, T. (2020). Job strain, gender and wellbeing at work: A case study of public sector line managers. *International Journal of Workplace Health Management*, 13(4), 445–460. <https://doi.org/10.1108/IJWHM-10-2019-0134>
- Júliúsdóttir, Ó., Rafnsdóttir, G. L., og Einarssdóttir, P. (2018). Top managers and the gendered interplay of organizations and family life: The case of Iceland. *Gender in Management*, 33(8), 602–622. <https://doi.org/10.1108/GM-03-2017-0028>
- Kalkan, F. (2020). The relationship between teachers' self-efficacy beliefs and job satisfaction levels: A meta-analysis study. *Education and Science*, 45(204), 317–343. <https://doi.org/10.15390/eb.2020.8549>
- Ladge, J. J., Hummer, B. K., og Eddleston, K. A. (2018). Retaining professionally employed new mothers: The importance of maternal confidence and workplace support to their intent to stay. *Human Resource Management*, 57(4), 883–900. <https://doi.org/10.1002/hrm.21889>
- Little, L. M., og Masterson, C. R. (2021). Mother's reentry: A relative contribution perspective of dual-earner parents' roles, resources, and outcomes. *Academy of Management Journal*, <https://doi.org/10.5465/amj.2019.1344>
- Moloney, W., Boxall, P., Parsons, M., og Cheung, G. (2018). Factors predicting registered nurses' intentions to leave their organization and profession: A job demands-resources framework. *Journal of Advanced Nursing*, 74(4), 864–875. <https://doi.org/10.1111/jan.13497>
- Nielsen, R., og Marrone, J. A. (2018). Humility: Our current understanding of the construct and its role in organizations. *International Journal of Management Reviews*, 20(4), 805–824. <https://doi.org/10.1111/ijmr.12160>
- Rafnsdóttir, G. L., Júliúsdóttir, Ó. (2018). Reproducing gender roles through virtual work: The case of senior management. *International Journal of Media and Cultural Politics*, 14(1), 77–93. https://doi.org/10.1386/macp.14.1.77_1
- Robertson, L. G., Anderson, T. L., Hall, M. E. L., og Kim, C. L. (2019). Mothers and mental labor: A phenomenological focus group study of family-related thinking work. *Psychology of Women Quarterly*, 43(2), 184–200. <https://doi.org/10.1177/0361684319825581>
- Sabei, S. D. A., Ross, A. M., og Lee, C. S. (2019). Factors influencing nurses' willingness to lead. *Journal of Nursing Management*, 27(2), 278–285. <https://doi.org/10.1111/jonm.12698>
- Sandra Sif Gunnarsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir. (2020). „Ég er einhvern veginn með metnaðinn í botni. Reynsla ungra aðstoðardeildarstjóra í hjúkrun af stjórnunarstarfi sínu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 96(3), 102–111. <https://www.hjukrun.is/timaritid/greinasafn/grein/2020/11/16/Eg-er-einhvern-vegin-med-metnadin-i-botni.-Reynsla-ungra-adstodardeildarstjora-i-hjukrun-af-stjornunarstarfi-sinu/>
- Sigríður Halldórsdóttir. (2021). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri), *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 255–276). Háskólinn á Akureyri.
- Sigrún Edda Kristjánsdóttir. (2019). „Það var eins og ég væri bara hætt“: *Tengsl kvenna í fæðingarorlofi við vinnustað sinn* [Meistararitgerð, Háskólinn á Bifröst]. <https://skemman.is/handle/1946/35049>
- Sigrún Gunnarsdóttir. (2021). Heilsueflandi forysta, heilbriggt starfsumhverfi og velliðan í starfi. Staða þekkingar. Í Gylfi Dalmann Aðalsteinsson, Runólfur Smári Steinþórsson og Þórhallur Örn Guðlaugsson (ritstjórar), *Rannsóknir í viðskiptafræði II* (bls. 209–226). Háskólaútgáfan.
- Steege, L. M., Pinekenstein, B. J., Knudsen, E. A., og Rainbow, J. G. (2017). Exploring nurse leader fatigue: A mixed methods study. *Journal of Nursing Management*, 25(4), 276–286. <https://doi.org/10.1111/jonm.12464>
- Sveinsdóttir, H., Blöndal, K., Jónsdóttir, H. H., og Bragadóttir, H. (2018). The content of nurse unit managers' work: A descriptive study using daily activity diaries. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(2), 861–870. <https://doi.org/10.1111/scs.12517>
- Turgut, S., Schlachter, S., Michel, A., og Sonntag, K. (2020). Antecedents of health-promoting leadership and workload as moderator. *Journal of Leadership and Organizational Studies*, 27(2), 203–214. <https://doi.org/10.1177/1548051819848988>
- WHO. (2020). *State of the world's nursing 2020: Investing in education, jobs and leadership*.
- Zeng, D., Takada, N., Hara, Y., Sugiyama, S., Ito, Y., Nihei, Y., og Asakura, K. (2022). Impact of intrinsic and extrinsic motivation on work engagement: A cross-sectional study of nurses working in long-term care facilities. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(3), 1284. <http://doi.org/10.3390/ijerph19031284>
- Pingskjal nr. 150/2020. Lög um jafna stöðu og jafnan rétt kynjanna.
- Pingskjal nr. 46/1980. Lög um aðbúnað, hollustuhætti og öryggi á vinnustöðum.

„Svo átti maður bara að vera tilbúinn“: Reynsla hjúkrunarfræðinga af fyrstu árunum í starfi

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur

Að rannsaka reynslu nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga af fyrstu árunum í starfi með áherslu á áform þeirra um að hætta í starfi og væntingar þeirra til hjúkrunarstjórnenda.

Aðferð

Í þessari fyrirbærafræðilegu rannsókn var gögnum safnað með opnum viðtölum við 12 hjúkrunarfræðinga sem útskrifuðust með BS-gráðu í hjúkrunarfræði á árunum 2016-2020, átta konur og fjóra karlmenn. Tekin voru 1-2 viðtöl við hvern þátttakanda, alls 16 viðtöl.

Niðurstöður

Yfirþema rannsóknarinnar er *svo átti maður bara að vera tilbúinn*, sem lýsir reynslu þátttakenda af því að finnast gerðar óraunhæfar kröfur til þeirra miðað við starfsreynslu. Þeir upplifðu að stuðningur væri ekki nógu markviss né einstaklingsmiðaður, að stuðningsleysi dragi úr starfsánægju og að samskipti hefðu tilhneigingu til að versna þegar álag væri mikið. Þátttakendum fannst erfitt að aðskilja vinnu og einkalíf og fundu þegar fyrir neikvæðum áhrifum streitu og starfstengds álags svo sem verkjavandamálum, skertum svefngæðum, síþreytu og jafnvel starfstengdum martröðum. Þrír þátttakendur höfðu þegar kulnað í starfi. Flestir höfðu hugleitt að hætta, sérstaklega þegar álag var mikið og helmingur þátttakenda hafði áform um það. Ástæður sem lágu að baki, auk mikils álags, voru lág laun, framkoma samstarfsfólks, yfirmanna, yfirvalda og samfélagsins, erfiður vinnutími og tilfinning um að vera ekki metinn að verðleikum. Þátttakendur kölluðu eftir því að stjórnendur væru til staðar með reglulegu samtali, góðu utnumhaldi og virkri hlustun, gættu þess að álag og ábyrgð væru í samræmi við reynslu, stuðluðu að starfsþróun og legðu rækt við styrkleika þeirra. Margir töldu að kándíatsár þyrfti að vera í boði fyrir hjúkrunarfræðinga meðan þeir öðluðust öryggi í starfi.

Ályktun

Framkoma gagnvart nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum þarf að endurspegla hversu dýrmætur starfskraftur þeir eru. Mikilvægt er að styðja vel við þá eins lengi og þeir þurfa. Stjórnendur gegna mikilvægu hlutverki í aðlögun, líðan og öryggi í upphafi starfsferils.

Lykilorð:

Nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar, starfstengd streita, stuðningur, hjúkrunarstjórnendur, fyrirbærafræði.

HAGNÝTING RANNSÓKNARNIÐURSTAÐNA

„Hvers vegna ættir þú að lesa þessa grein?“

Nýjungar: Hjúkrunarfræðingarnir í rannsókninni upplifðu misræmi á milli væntinga til starfsins og hvernig það var í raun, töldu að stuðningur í upphafi starfs væri ekki fullnægjandi og fundu ekki til öryggis í starfi fyrir en eftir 1-3 ár. Flestir höfðu hugleitt að hætta. Stjórnendur voru taldir gegna mikilvægu hlutverki í að stuðla að öryggi og vellíðan í starfi.

Hagnýting: Aukin þekking og dýpri skilningur á reynslu nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga ætti að nýtast hjúkrunarstjórnendum til að stuðla að vellíðan þeirra í starfi á meðan aðlögun stendur, með því að veita þann stuðning, utnumhald og hvatningu sem þeir þarfnast.

Þekking: Niðurstöður dýpka þekkingu á reynslu nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga á Íslandi og gefa vísbendingar um hvernig stuðla megi að úrbótum á starfsumhverfi þeirra.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga:

Betri innsýn í reynsluheim nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga getur skapað grundvöll fyrir úrbótum á starfsumhverfi þeirra. Vonir eru bundnar við að rannsóknin geti þannig stuðlað að minna brottfalli nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga úr stéttinni.

Höfundar

HELGA MARGRÉT
JÓHANNESDÓTTIR

yfirhjúkrunarfræðingur svæðis
á Blönduósi, Heilbrigðisstofnun
Norðurlands

SIGRÍÐUR HALLDÓRSDÓTTIR
prófessor Háskólanum á Akureyri

„Svo átti maður bara að vera tilbúinn“: Reynsla hjúkrunar- fræðinga af fyrstu árunum í starfi

INNGANGUR

Undirmönnun hjúkrunarfræðinga samhlíða starfstengdri vanlíðan þeirra er vaxandi vandamál um allan heim (White o.fl., 2019; Zhu o.fl., 2019). Mikilvægar vísbendingar hafa komið fram í rannsóknum um að heilbrigði heilla þjóða skerðist ásamt aukinni dánartíðni sjúklinga í tengslum við skort á hjúkrunarfræðingum (Aiken o.fl., 2014; Rochefort o.fl., 2020). Því er mikilvægt að leita allra leiða til að draga úr brottfalli hjúkrunarfræðinga og leita skilnings á því hvað liggur þar að baki þannig að fyrirbyggja megu að hjúkrunarfræðingar hætti í hjúkrun (Slater o.fl., 2022; Voss o.fl., 2022).

Nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar eru viðkvæmir fyrir neikvæðum áhrifum starfsins og ýmsir streituvaldar herja á þennan hóp (Dames, 2019). Þar á meðal er það ferli að útskrifast og hefja störf (Labrague og McEnroe-Petitte, 2018), of mikil ábyrgð og álag miðað við reynslu (Feddeh og Darawad, 2020), ýmsir þættir tengdir aðstæðum og samskiptum á vinnustað (Li o.fl., 2020; ten Hoeve o.fl., 2020), samhlíða því að fagleg færni er ekki fullmótuð (Guðríður Ester Geirsdóttir o.fl., 2021; Labrague og McEnroe-Petitte, 2018).

Erfitt getur reynst að halda úr vernduðu skólaumhverfi og hefja störf (Alghamdi og Baker, 2020; Voss o.fl., 2022). Þótt þekking geti verið talsverð að fjögurra ára BS-námi loknu er erfitt að uppfylla starfskröfur hjúkrunarfræðinga nema að hafa hlotið reynslu í starfi (Guðríður Ester Geirsdóttir o.fl., 2021). Auk þess eru hugmyndir ungs fólk um störf hjúkrunarfræðinga ekki alltaf á rökum reistar. Hjúkrun er oft og tíðum álitid kvennastarf, þar sem umhyggja er eina starfskrafan, þegar raunin er sú að starfið krefst umfangsmikillar þekkingar og flókinnar færni (Glerean o.fl., 2017). Því þurfa nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar stundum að takast á við verkefni og áskoranir sem þeir töldu ekki vera hluta af starfsskyldum sínum (Guðríður Ester Geirsdóttir o.fl., 2021).

Vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga einkennist alla jafna af miklu álagi og streituvöldum (Birna G. Flygenring og Herdís Sveinsdóttir, 2014). Einn vinnudagur getur falið í sér margar ólíkar áskoranir, fleiri verkefni en hægt er að anna og lítið svigrúm til að sinna verkefnum vel, auk þess sem starfið er líkamlega erfitt (Feddeh og Darawad, 2020; Skela-Savic o.fl., 2020). Slíkar aðstæður eru krefjandi, jafnvel fyrir vanan hjúkrunarfræðing (Feddeh og Darawad, 2020). Þó er algengt að sömu kröfur séu gerðar til nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga og þeirra sem reyndari eru (Alghamdi og Baker, 2020). Þegar nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar stiga inn í slíkar aðstæður er algengt að þeir finni fyrir sjálfsefa og óvissu um hvort þeir standist þær kröfur sem gerðar eru (Feddeh og Darawad, 2020). Með viljann til að sanna sig er algengt að þeir taki að sér of veigamikil verkefni og forgangsraði þannig heilbrigði skjólstæðinga sinna á kostnað eigin heilsu (Oneal o.fl., 2019).

Samskipti við samstarfsfólk er annar mikilvægur áhrifaþáttur þegar kemur að starfsánægju hjúkrunarfræðinga (Birna G. Flygenring og Herdís Sveinsdóttir, 2014; Hallaran o.fl., 2022). Því ber að líta alvarlegum augum að slæm framkoma gagnvart nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum af hálfu samstarfsfélaga er þekkt vandamál (Hallaran o.fl., 2022; Hawkins o.fl., 2019). Algengt er að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar upplifi vanvirðingu og dónaskap í sinn garð

(Hallaran o.fl., 2022; Oneal o.fl., 2019) sem kann að stafa af óþolinmæði vegna vankunnáttu og reynsluleysis hins óreynda hjúkrunarfræðings (Dames, 2019; Hawkins o.fl., 2019).

Stjórnendur gegna veigamiklu hlutverki við að halda í hjúkrunarfræðinga (Hawkins o.fl., 2019), en slæm stjórnun í tengslum við aðlögun getur orðið þess valdandi að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar ákveði að hætta í hjúkrun (Guðríður Ester Geirsdóttir o.fl., 2021; Li o.fl., 2020). Mikilvægt er að stjórnendur gefi sér tíma til að vera til staðar, svara spurningum sem vakna (Hallaran o.fl., 2022) og kynnast þeim sem eru nýir í starfi, þörfum þeirra og væntingum (Alghamdi og Baker, 2020). Veita þarf markvissa endurgjöf á það sem vel er gert og hvað betur má fara þannig að nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum gefist kostur á að læra af mistökum sínum og bæta sig í starfi (Li o.fl., 2020; Voss o.fl., 2022). Hróf og viðurkenning fyrir vel unnin störf geta jafnframt drifið einstaklinga áfram og aukið starfsánægju (Li o.fl., 2020).

Álag á heilbrigðisþjónustu samhliða skorti á hjúkrunarfræðingum er að aukast á Íslandi og með hækkandi aldurs-samsetningu þjóðarinnar og aukinni tíðni lífsstílsstengdra sjúkdóma fjölgar áskorunum innan heilbrigðiskerfisins með aukinni þörf fyrir hjúkrunarfræðinga (Heilbrigðisráðuneytið, 2019; Ríkisendurskoðun, 2017). Of há brottfallstíðni hjúkrunarfræðinga, ásamt því að færri velja hjúkrun sem ævistarf en áður, er raunveruleiki sem taka þarf á ef íslenska heilbrigðiskerfið á að standa undir sér (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017). Nýleg rannsókn sem gerð var fyrir tíma Covid sýndi að tæplega fimmtungur hjúkrunarfræðinga á Landspítala hafði í hyggju að segja störfum sínum lausum (Jana Katrín Knútsdóttir o.fl., 2019). Líklegt er að hlutfallið sé enn hærra og fari hækkandi meðal ungra hjúkrunarfræðinga með litla starfsreynslu (Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2020). Ef þróunin heldur áfram á sömu braut verður heilsu og vellíðan íslensku þjóðarinnar stefnt í hættu (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017). Því er aðkallandi að greina vandann með öllum ráðum, móta skýra stefnu og gera hjúkrun að eftirsóknarverðum starfsvettvangi þar sem mönnun er í samræmi við umfang og eðli þjónustu (Ríkisendurskoðun, 2017).

Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna reynslu nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga af fyrstu árunum í starfi með áherslu á áform þeirra um að hætta í starfi og væntingar þeirra til hjúkrunarstjórnenda. Rannsóknarspurningarnar voru eftirfarandi:

1. Hver er reynsla hjúkrunarfræðinga af fyrstu árunum í starfi?
2. Hafa nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar áform um að leita á annan starfsvettvang og þá af hverju?
3. Hverjar eru væntingar nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga til hjúkrunarstjórnenda?

AÐFERÐ

Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði var notaður til að svara rannsóknarspurningunni en aðferðin samanstendur af blöndu af fyrirbærafræði (Spiegelberg, 1984), túlkunarfræði (Ricoeur, 1990) og hugsmíðahyggju (Schwandt, 1994). Lögð er áhersla á

að auka þekkingu og dýpka skilning á mannlegum fyrirbærum í því skyni að bæta mannlega þjónustu og rannsóknaraðferðin hentar því afar vel fyrir rannsóknir á sviði heilbrigðisvísinda (Dowling og Cooney, 2012; Halldorsdóttir, 2000).

Gagnasöfnun og gagnagreining

Val á þátttakendum og lýsingu á þeim er að finna í töflu 1. Viðtalsáætlun var höfð til hliðsjónar en viðtölin voru í samræðustíl innan þess ramma sem rannsóknarspurningarnar settu. Rannsóknarferlið í Vancouver-skólanum er útfært í 12 meginrannsóknarþrepum (tafla 1) þar sem litið er á hvern þátttakanda sem tilfellarannsókn (e. case-study). Sjö megin vitrænir þættir eru endurteknir í öllum þrepunum (mynd 1). Aðferðin felur í sér greiningu á einstökum tilfellum (þrep 1-7) og síðan heildargreiningu (þrep 8-12) (Sigríður Halldórsdóttir, 2021). Rannsóknarferlið einkennist af afbyggingu (e. deconstruction) þar sem orð þátttakenda sem hjálpa til við að svara rannsóknarspurningunum eru dregin út úr rituðum viðtölum (e. transcripts) og síðan endurbyggingu (e. reconstruction) þegar niðurstöður úr öllum einstaklingsgreiningarlíkönunum eru dregin saman í eina heild. Rannsakendur notuðu óhlutbundna hugsanaferla og ofangreindar textagreiningaraðferðir í greiningarvinnu sinni. Gagnasettun náðist að mati rannsakenda þegar ekkert nýtt kom fram í gögnunum og gögnin voru það þétt að þau nægðu til að svara rannsóknarspurningunum.

Mynd 1. Vitrænn vinnuferill Vancouver-skólans í fyrirbærafræði.



(Sigríður Halldórsdóttir, 2021, bls. 262).

Siðfræði rannsókna

Rannsóknin var samþykkt af Vísindasiðanefnd (VSNb2021090015/03.01) og tilkynnt til Persónuverndar (VSN 21-188). Allir þátttakendur fengu kynningarbréf í upphafi þar sem rannsókninni var lýst og skrifuðu í kjölfarið undir upplýst samþykki. Tekið var fram að frjálst væri að hætta þátttöku hvenær sem er í ferlinu án útskýringa og að engar persónurekjanlegar upplýsingar myndu rata í rannsóknargögn.

Réttmæti og áreiðanleiki

Þátttakendur voru valdir með það að markmiði að þeir endurspegluðu þýðið sem best þannig að umfang og gæði gagna væru eins og best verður á kosið. Fyrir fram gerðar hugmyndir voru ígrundaðar og lagðar til hliðar svo þær lituðu niðurstöður sem minnst. Þrep 7, 9 og 11 í rannsóknarferlinu í Vancouver-skólanum fela í sér staðfestingu (e. verification) og eru aðferðir sem einkenna hann og auka réttmæti og áreiðanleika niðurstaðna.

Tafla 1. Tólf þrep Vancouver-skólans í fyrirbærafræði og hvernig þeim var fylgt í þessari rannsókn.

Þrep	Lýsing á þrepum	Í þessari rannsókn
Þrep 1 <i>Val á samræðufélögum.</i> (úrtakið)	Leitast er við að velja þátttakendur sem hafa bæði dæmigerða og ódæmigerða reynslu af fyrirbærinu.	Þátttakendur voru 12 hjúkrunarfræðingar, átta konur og fjórir karlmenn á aldrinum 25-39 ára, sem útskrifuðust frá HA og HÍ á árunum 2016-2020. Auglýst var eftir þátttakendum á Facebook-síðunni <i>Bakland hjúkrunarfræðinga</i> . Þannig fengust átta þátttakendur sem síðan bentu á líklega viðmælendur miðað við þau viðmið sem rannsókninni voru sett. Þannig fengust fjórir þátttakendur til viðbótar. Þátttakendur bjuggu víðsvegar um landið og störfuðu ýmist á stórum sjúkrahúsum, litlum heilbrigðisstofnunum, heilsugæslum eða við heimahjúkrun.
Þrep 2 <i>Undirbúningur hugans.</i> (áður en samræður hefjast)	Fyrir fram gefnar hugmyndir ígrundaðar, skrifaðar niður og settar meðvitað til hliðar.	Leitast var við að átta sig á fyrir fram gefnum hugmyndum og leggja þær meðvitað til hliðar eins vel og auðið var.
Þrep 3 <i>Þátttaka í samræðum.</i> (gagnasöfnun)	Tekin eru eitt til tvö viðtöl við hvern þátttakanda. Fjöldi þátttakenda er ekki ákveðinn fyrir fram heldur markast það af metnun (e. saturation) hversu marga þátttakendur er rætt við.	Tekin voru 1-2 viðtöl við hvern þátttakanda, samtals 16 viðtöl, sem voru 33-76 mínútur að lengd. Viðtöl voru rituð orðrétt upp þar sem öll aukahljóð og þagnir voru teknar með.
Þrep 4 <i>Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök.</i> (byrjandi gagnagreining)	Gagnagreiningin hefst strax í viðtölunum og því er unnið samhliða að gagnasöfnun og gagnagreiningu.	Gagnagreiningin hófst samhliða gagnaöflun þar sem stöðugt var unnið að því að hlusta, lesa og ígrunda og síðan móta hugmyndir um niðurstöður og koma þeim í orð.
Þrep 5 <i>Þemagreining.</i>	Rannsakandi les yfir rituð viðtöl og finnur lykilstættir og merkingu þeirra. Greinir síðan í þemu og undirþemu.	Viðtöl voru lesin nokkrum sinnum yfir þar sem komið var auga á það sem mestu máli skipti í frásögnum og hjálpaði við að svara rannsóknarspurningunni. Við endurtekinn lestur viðtalanna var stöðugt verið að velja fyrir sér og ígrunda hver rauði þráðurinn væri í frásögn hvers og eins og síðan greint í meginþemu og undirþemu.
Þrep 6 <i>Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda.</i> (smíði einstaklings-greiningarlíkana)	Að átta sig á heildarmynd reynslu hvers einstaklings. Meginþemu í sögu hvers þátttakanda eru dregin fram og aðalatriðin sett fram í greiningarlíkan fyrir hvern og einn.	Þemu hvers og eins þátttakanda voru teknar saman í einstaklingsgreiningarlíkön með það að markmiði að fá heildarmynd af reynslu hvers og eins. Rannsóknargögnin um hvern þátttakanda voru síðan ígrunduð og smíðað einstaklingsgreiningarlíkan úr öllum þemum (meginþemum og undirþemum) varðandi þann þátttakanda.
Þrep 7 <i>Staðfesting á hverju greiningarlíkani</i> (niðurstöður um hvern þátttakanda) með hverjum þátttakanda. Staðfesting 1	Í hverju greiningarlíkani felst ákveðin túlkun rannsakanda. Hver þátttakandi er fenginn til að staðfesta þessa túlkun rannsakandans.	Rætt við hvern þátttakanda til að hver og einn staðfesti „sitt“ greiningarlíkan. Samræður og sameiginleg ígrundun. Einstaklingsgreiningarlíkön voru borin undir viðkomandi þátttakendur til að tryggja að réttur skilningur hafi verið lagður í frásögn þeirra.
Þrep 8 <i>Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum greiningarlíkönunum.</i> (fyrir hvern þátttakanda)	Rannsakandi reynir að átta sig á heildarmyndinni af fyrirbærinu sjálfu, átta sig á hver er sameiginleg reynsla þátttakenda og hvað er frábrugðið. Rannsakandi setur fram heildargreiningarlíkan fyrir alla þátttakendur.	Þegar öll einstaklingsgreiningarlíkönin voru tilbúin og staðfest af hverjum þátttakanda, voru þau borin saman og smíðað eitt heildargreiningarlíkan þar sem þemu voru flokkuð í yfirþemu og undirþemu og kjarni niðurstaða fundinn. Rannsakandandi reyndi að átta sig á heildarmyndinni af fyrirbærinu sjálfu. (meginniðurstöður rannsóknarinnar)
Þrep 9 <i>Heildargreiningarlíkanið borið saman við viðtölin. Staðfesting 2</i>	Rannsakandi ber saman rituðu viðtölin við heildargreiningarlíkanið.	Þegar heildargreiningarlíkan hafði verið smíðað voru öll viðtölin lesin yfir aftur og borin saman við heildargreiningarlíkanið til að tryggja að það endurspeglaði reynslu þátttakenda.
Þrep 10 <i>Að velja rannsókninni heiti sem lýsir niðurstöðum í örstuttu máli.</i>	Rannsakandinn setur fram niðurstöðu sína um fyrirbærið í örstuttu máli. Það verður yfirþema rannsóknarinnar.	Yfirþema var valið: „ <i>Svo átti maður bara að vera tilbúinn</i> “: sem talið var lýsandi fyrir reynslu nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga af fyrstu árunum í starfi en þátttakendum fannst ætlast til of mikils af þeim nýútskrifuðum.
Þrep 11 <i>Staðfesting á heildargreiningarlíkani og yfirþema með einhverjum þátttakendum.</i> Staðfesting 3	Þróun heildargreiningarlíkans byggir alltaf að einhverju leyti á túlkun rannsakandans. Þessa túlkun er nauðsynlegt að fá staðfesta af einhverjum þátttakendum.	Heildargreiningarlíkan og yfirþema var borið undir þrjá þátttakendur sem voru búsettir úti á landi, unnu á mismunandi heilbrigðisstofnunum, og voru á mismunandi aldri (25-39 ára) en voru þar að auki góðir viðmælendur, þ.e. áttu auðvelt með að tjá upplifun sína. Heildargreiningarlíkan var samþykkt einróma.
Þrep 12 <i>Niðurstöður rannsóknarinnar skrifaðar niður þannig að raddir þátttakenda heyrast.</i>	Að skrifa upp niðurstöður rannsóknarinnar. Beinar tilvitnanir í orð allra þátttakenda úr viðtölunum til að rödd þeirra fái að heyrast og auka þannig trúverðugleika niðurstaðna.	Niðurstöðurnar skrifaðar upp með hjálp heildargreiningarlíkansins, vitnað í þátttakendur jafnóðum, svo rödd þeirra heyrast. Niðurstöður voru settar fram þar sem sameiginleg reynsla var tekin saman auk þess að lögð var áhersla á að einstakar raddir allra fengu að heyrast í framsetningu.

NIÐURSTÖÐUR

Yfirþema rannsóknarinnar er svo átti maður bara að vera tilbúinn, sem lýsir reynslu þátttakenda af því að finnast gerðar óraunhæfar kröfur til þeirra miðað við starfsreynslu en þeir upplifðu að vera hent út í djúpu laugina þegar þeir hófu störf: „Það verður að taka tillit til þess að við erum ekki öll eins. Við erum bara mistilbúin til starfa þegar við erum nýútskrifuð“ (Vaka). Þátttakendur upplifðu misræmi milli væntinga og veruleika, að þeir ættu enn margt ólært við útskrift og að það tæki 1-3 ár að finna öryggi í starfi. Viljinn til að sanna sig var til staðar en þeim fannst erfitt að forgangsraða og setja mörk, það kæmi með tímanum. Meginþemu rannsóknarinnar voru sex: 1. Að hefja störf sem hjúkrunarfræðingur: „Ég hélt ég vissi eitthvað um hjúkrun“. 2. Mikilvægi stuðnings í upphafi starfs: „Það væri óþægilegt ef ... ég gæti ekki talað við einhvern“. 3. Samskipti á vinnustað: „Við verðum að reyna að vera almennileg við hvert annað“. 4. Álag og ábyrgð í starfi: „Fólk hélt ég væri með allt á hreinu“. 5. Viðhorf til starfsins: „Þú getur ekki gert þetta nema með hjartanu“. 6. Væntingar til stjórnenda: „Bara vera til staðar“. Undirþemu voru 24 en yfirlit yfir þau og rannsóknarniðurstöður í heild sinni er að finna í mynd 2.

Mynd 2. Heildargreiningarlíkan, yfirlit yfir helstu niðurstöður rannsóknar.

Að hefja störf sem hjúkrunarfræðingur: „Ég hélt ég vissi eitthvað um hjúkrun“

Fyrir fram gefnar hugmyndir um starfið endurspegluðu oftast ekki hið raunverulega starfsumhverfi. „Ég hélt ég vissi eitthvað um hjúkrun þegar ég byrjaði og svo vissi ég ekkert um hjúkrun“ (Brynja). Þátttakendur töldu margt ólært við útskrift. „Mér fannst ég enn þá vera hjúkrunarfræðinemi fyrsta árið nema bara að það stóð annað nafn á skírteininu mínu. Það breyttist ekkert! Ég vissi nákvæmlega jafn mikið daginn fyrir útskrift og daginn sem ég fékk skírteinið í hendurnar“ (Brynja), og að faglega færni yrði að þróa í starfi: „Það var einhvern veginn ekki í boði að vera nýútskrifaður. Þú varst annaðhvort bara nemi eða hjúkrunarfræðingur“ (Björk).

Viljinn til að sanna sig í starfi olli því að þátttakendur unnu of mikið, tóku of margar aukavaktir og slepptu pásúum. Þeir töldu sig þurfa að setja mörk til að varna því að vera settir í aðstæður sem þeir réðu ekki við en skorti oft öryggi til þess: „Ég átti erfitt með að segja nei og það er svona aðeins að ganga betur núna ... fyrstu tvö, þrjú árin fannst mér ég alltaf þurfa að bjarga deildinni“ (Dagný). Sumir töldu að takmarka þyrfti hversu margar aukavaktir hjúkrunarfræðingar mættu taka

„Svo átti maður bara að vera tilbúinn“

Að hefja störf sem hjúkrunarfræðingur: „Ég hélt ég vissi eitthvað um hjúkrun...“	Stuðningur í upphafi starfs: „Óþægilegt ef ég gæti ekki talað við einhvern“	Samskipti á vinnustað: „Við verðum að vera almennileg við hvert annað“	Álag og ábyrgð í starfi: „Fólk hélt ég væri með allt á hreinu“	Viðhorf til starfsins: „Þú getur ekki gert þetta nema með hjartanu“	Væntingar til stjórnenda: „Bara vera til staðar“
Misræmi á milli væntinga og veruleika	Mikilvægt að geta talað við einhvern sem skilur starfið	Góð samskipti stuðla að aukinni velliðan í starfi	Álag og ábyrgð á við þá vönu sem bitnar á gæðum hjúkrunar	Oft hugsað um að hætta	Reglulegt samtal og virk hlustun
Enn margt ólært við útskrift; tekur 1-3 ár að finna öryggi	Stuðningur ekki nógu markviss né einstaklingsmiðaður	Samskipti versna þegar álag er mikið	Erfitt að aðskilja vinnu og einkalíf	Að vera ekki metin að verðleikum; í launum og framkomu	Gott utanumhald; vera til staðar
Viljinn til að sanna sig; erfitt að forgangsraða og setja mörk	Skilningur á því að maður kann ekki allt mikilvægur	Maður þarf að vinna sér inn virðingu	Áhrif á andlega og líkamlega heilsu; alltaf hætta á kulnun	Margir gallar við starfið en kostirnir vega oft þyngra	Þess gætt að álag og ábyrgð sé í samræmi við reynslu og færni
Óraunhæfar kröfur miðað við starfsreynslu	Stuðningsleysi getur dregið úr starfsánægju	Óheilbrigð stétta-skipting; getur valdið vanlíðan í starfi	Hræðsla við að gera mistök	Erfitt að vera fastur í vaktavinnu	Stuðlað að starfsþróun; styrkleikar ræktaðir

fyrstu árin: „Við fáum tækifærin til að taka bara endalausa vinnu ... ég held að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar ... setji kannski líkamlegu og andlegu heilsuna til hliðar því þeir vilja sanna sig og standa sig í djöbbinu og taka endalausar aukavaktir“ (Kári).

Sumir töldu að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar störfuðu undir óhóflegu álagi því þeir gerðu sér ekki grein fyrir að álagið væri viðvarandi og þeir þyrftu að gæta sín ef þeir ætluðu að starfa við hjúkrun til lengri tíma:

Það kom ein og ein vakt og maður var bara: Já já, þetta er nú bara ein vakt sem ég komst ekki í mat og þetta verður betra á morgun. En núna er þetta orðið svona langhlaup og þú ert bara „þetta þýðir ekki“ (Elín).

Mikil ábyrgð og hræðsla við að gera mistök hafði neikvæð áhrif á líðan þátttakenda: „Maður er miklu meira búinn á því ... af því að maður er alltaf á nálum“ (Unnur). Viðhorf til mistaka á vinnustað gátu haft áhrif á hversu yfirþyrmandi hræðslan var. Björk fann til aukins öryggis eftir að hafa fengið að heyra „hey, við gerum öll mistök“ á meðan Unnur var að brotna undan ábyrgð, en hún hafði slæma reynslu af því að gera mistök í starfi.

Mikilvægi stuðnings í upphafi starfs: „Það væri óþægilegt ef ... ég gæti ekki talað við einhvern“

Hjúkrunarfræðingarnir ítrekuðu mikilvægi stuðnings í upphafi starfs og fannst mikilvægt að geta talað við einhvern sem skilur starfið. Þeir upplifðu að stuðningur væri hvorki nógu markviss né einstaklingsmiðaður og að stuðningsleysi dragi úr starfsánægju.

Þátttakendur voru sammála um að stuðningur í upphafi starfs hefði þurft að vera markvissari því hann stuðlaði að auknu öryggi: „Þá hugsar maður bara: ég get alveg gert þetta, þetta er ekkert vandamál“ (Teitur). Mikilvægt er að hafa einhvern á vinnustaðnum að leita til, „sem skilur hvað maður er að gera og getur endurspeglað“ (Kári), því stundum vantaði þá „smá handleiðslu“ (Brynja). Í sumum tilvikum var ekki viðurkennt að starfið gæti reynst erfitt og starfsfólk þorði ekki að leita sér aðstoðar: „Það vill ekki vera aumingi skilurðu, ... maður skammast sín líka fyrir að þurfa að leita eftir [stuðningi] af því að það var svona þínu weak ... svo safnast þetta bara upp þegar þetta er aldrei rætt“ (Unnur).

Sumir höfðu einhvern reyndari til að leita til meðan aðrir sögðu of mikið álag á vinnustaðnum valda því að reyndara starfsfólk gæfi sér ekki tíma til að leiðbeina þeim óreyndari: „Maður fær samt alveg pirringinn, bara: æi, ég er að sinna mínum sjúklingum, nennirðu aðeins að bjarga þér bara?“ (Alex). Aðrir upplifðu algjört stuðningsleysi: „Ef maður leitaði til fólks þá var einhvern veginn ekki tími til að sinna manni ... það olli því að ég fann að mig langaði alls ekki að vinna á sjúkrahúsi“ (Björk). Þau sem fundu fyrir stuðningsleysi upplifðu að þau ættu erfiðara uppdráttar í starfi.

Samskipti á vinnustað: „Við verðum að reyna að vera almennileg við hvert annað“

Hjúkrunarfræðingunum fannst góð samskipti stuðla að aukinni vellíðan í starfi en að samskipti hefðu tilhneigingu

til að versna þegar álag var mikið. Þá fannst þeim óheilbrigð stéttaskipting geta valdið vanlíðan í starfi.

Samskipti á vinnustað virtust í mörgum tilfellum vera það sem mestu máli skipti þegar kom að líðan í starfi: „Það getur verið mikið álag en samt gott andrúmsloft. En ef það er bæði mikið álag og slæmt andrúmsloft þá dregur það úr manni“ (Dániel). Algengt virtist að samskipti á vinnustað versnuðu eftir því sem álag jókst: „Núna er allt að springa sko og það bitnar á samskiptum“ (Dagný). Unnur varð vitni að því að einn starfsmaður sagði við annan „æi, góða besta, haltu kjafti“ og rökin fyrir því voru: „Deildin var bara á haus, skilurðu og ... allir svo viðkvæmir“.

Helmingur þátttakenda upplifði virðingu af hálfu annarra hjúkrunarfræðinga á meðan hinn helmingurinn taldi sig þurfa að vinna sér inn virðingu með tímanum. Dæmi voru um jafnræði á vinnustað en óheilbrigð stéttaskipting var talin valda vanlíðan í starfi:

„Það er rosaleg hárarkía á spítalanum þannig að maður upplifir alveg svakalega stéttaskiptingu svona í neikvæðum skilningi. ... þetta er ekki ... heilbriggt andrúmsloft ... en maður lendir ekki oft í því kannski sjálfur. Ekki svona eins og konurnar ... í þessari hárarkíu þá er auðveldara að vera karlmaður“ (Kári).

Það var almenn upplifun þátttakenda að karlmönnum væri almennt sýnd virðing: „Frekar tekið mark á því sem maður segir fram yfir ... einhvern annan reynslumeiri hjúkrunarfræðing sem er kvenkyns“ (Huginn). Þetta átti einnig við um skjólstæðinga:

„Ég lendi ekki eins oft í því og kvenkyns kollegar mínir í einhverjum svona mjög erfiðum samskiptum við sjúklinga ... ég veit alveg að þær lenda í hlutum sem ég lendi ekki í. ... ég þarf að gera minna fyrir sjúklinga til að vera ... rosalega góður ... ég held að þeir geri bara ráð fyrir því að konurnar séu svona móðurlegar og gefi mikið af sér þannig að maður þarf að gera miklu minna til að fá hrós“ (Dániel).

Unnur og Björk upplifðu báðar algjört virðingarleysi á sínum vinnustað. Unnur upplifði að hún væri „neðst í goggunarröðinni“ og bætti svo við: „Maður finnur alveg að maður er látinn gera hluti sem aðrir nenna ekki ... maður hugsaði að maður ætti það skilið af því að maður væri nýr“. Björk hafði sömu reynslu: „Mér fannst ég bara vera einhvern veginn eins og einn enn skíturinn þarna“. Hún sagði starfi sínu lausu vegna slæmrar framkomu af hálfu samstarfsfélaga.

Álag og ábyrgð í starfi: „Fólk hélt ég væri með allt á hreinu“

Þátttakendum fannst að álag og ábyrgð sem þeir bæru væri á við þá vönu sem þeim fannst bitna á gæðum hjúkrunar. Jafnframt fannst þeim erfitt að aðskilja vinnu og einkalíf og fundu þegar fyrir neikvæðum áhrifum mikils vinnuálags á andlega og líkamlega heilsu.

Almennt var ætlast til að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar störfuðu undir sama álagi og þeir reynslumeiri: „Þú varst

kannski að fá fleiri verkefni en þú varst að ráða við“ (Alex). Í ofanálag skorti þá „bara svona forgangsröðunina og skipulagið“ (Elín) en með tímanum lærðu þeir hvað væri raunhæft að ætla sér að gera á einni vakt. Of mikil ábyrgð í upphafi starfs var talin bitna á gæðum hjúkrunar: „Maður gerir þetta nauðsynlega ... en þú kannski nærð ekkert endilega að gefa af þér“ (Unnur). Því gat fylgt vanlíðan: „Við ætlum svo mikið að standa okkur og ... gera þetta 150% eins og við lærðum og við þurfum einhvern veginn að reyna að forgangsraða sem manni finnst svo ömurlagt“ (Vaka). Þó voru undantekningar á þessu: „Ég fíla alveg svona kaos og ég horfi alltaf bara á það sem persónulegt námstækifæri“ (Kári), „Síðan þarf maður náttúrlega ákveðið „mindset“ skilurðu, að vera í þessu rugli sko. Þetta er náttúrlega ekkert fyrir alla“ (Huginn).

Erfiðleikar með aðskilnað vinnu og einkalífs voru ríkjandi; hvort sem það tengdist því að taka erfiðar tilfinningar með sér heim og hugsa stöðugt um vinnuna eða að vera búinn á því þegar heim var komið: „Oft er maður svona á fullu og gengur áfram á einhverju adrenalíni og svo kemur maður heim og maður er bara búinn“ (Dániel). Tíð boð um aukavaktir röskuðu jafnframt hvíldartíma: „Í síðustu viku vann ég sjö daga í röð ... ég er í þriggja daga fríi. Það er búið að hringja í mig alla dagana og biðja mig að koma á aukavakt“ (Unnur). Að eiga erfitt með að segja nei við aukavöktum var algengt: „Maður fær náttúrlega samviskubit yfir því að segja nei“ (Alma). Fleiri lýstu samviskubiti tengdu starfinu:

Að vera alltaf með samviskubit; yfir því að vera veik í vinnunni ... samviskubit að koma heim og vera í vondu skapi yfir einhverju sem gerðist á vaktinni. Ég var bara alltaf með samviskubit og ég var bara alltaf stressuð (Dagný).

Þátttakendur lýstu allir starfstengdri streitu en áttu misauðvelt með að takast á við hana. Sumir gátu auðveldlega losað um streitu meðan aðrir lýstu verkjavandamálum, skertum svefngæðum, síþreytu og jafnvel starfstengdum martröðum. Þrír þátttakendur höfðu þegar kulnað í starfi. Margir þátttakendur töldu kulnun vera eðlilegan fylgifisk starfsins og bjuggust allt eins við að þeir væru næstir: „Ég held að það séu alltaf líkur á því. Ég hef séð fólk sem hefur lent í kulnun á deildinni hjá mér ... þurfti ekki meira en kannski bara tvær erfiðar vikur“ (Dániel).

Viðhorf til starfsins: „Þú getur ekki gert þetta nema með hjartanu“

Öll höfðu hugleitt að leita á annan starfsvettvang, sérstaklega þegar álag var mikið. Aðrar algengar ástæður sem lágu að baki voru lág laun, framkoma samstarfsfólks, yfirmanna, yfirvalda og samfélagsins, erfiður vinnutími og tilfinning um að vera ekki metin að verðleikum: „Maður er kannski orðinn þreyttur, búinn að vinna mikið og hlaupa hratt og svo fær maður kannski ekkert fyrir ... eins og við séum ekki mikilvægur starfskraftur“ (Alma).

Helmingur þátttakenda hafði áform um að láta af störfum á meðan hinn helmingurinn sagði slíkar hugsanir hverfa um leið og um hægðist og taldi kosti starfsins vega þyngra en gallana. Flestum fannst starfið skemmtilegt, fjölbreytt, starfsmöguleikar margir og starfsöryggi mikið. Endurtekið var

komið inn á „að í Covid hafi virðing fyrir heilbrigðisstarfsfólki aukist“. Aukinni virðingu fylgdi aukið stolt.

Mörg töldu sig föst í vaktavinnu vegna þess að þau gætu ekki lifað á dagvinnulaunum: „Maður er bara fastur í þessum launum skilurðu, maður kemst ekkert ofar“ (Björk). Kári hræddist að vera „fastur á sama stað“ og sagði máli sínu til stuðnings: „Sumir hjúkrunarfræðingar eru búnir að vinna þarna í 15 ár og eru bara að gera það sama og maður sjálfur“, eða eins og Unnur orðaði það „hvað svo? Ekkert svo! Svona verður þetta bara“. Mikilvægi þess að eiga kost á stöðugri starfsþróun kom einnig fram: „Mig langar að vera í starfi þar sem maður getur vaxið ... ég held að það sé það sem flestir vilja“ (Teitur).

Margir komu inn á að starfinu fylgdi „ómetanleg reynsla og kunnátta“ (Alex) og töldu að starfið hefði kennt þeim á lífið og þroskað þau, veitt þeim ótrúlega innsýn í samfélagið og „hvað er að vera manneskja“ (Brynja) og hjálpað þeim að „vita aðeins betur hvað fólk er að upplifa“ (Huginn). Það að starfið væri gefandi var ein helsta ástæða þess að þau sem voru þreytt héldust í starfi: „Álagið er það mikið að ef þetta væri ekki að gefa mér eitthvað þá væri ég bara löngu brunnin út eða farin“ (Unnur). Margir töldu þakklæti frá skjólstæðingum og aðstandendum vera það sem gæfi starfinu gildi: „Það styrkir mann í þeirri trú að maður sé að gera rétt og sé á réttum stað í lífinu“ (Brynja).

Væntingar til stjórnenda: „Bara vera til staðar“

Þátttakendur kölluðu eftir því að hjúkrunarstjórnendur væru til staðar með reglulegu samtali, góðu utanumhaldi og virkri hlustun. Þá fannst þeim ábyrgð stjórnenda felast í því að gæta þess að álag og ábyrgð væru í samræmi við reynslu og færni hins nýtskrifaða hjúkrunarfræðings og að stjórnandinn stuðlaði að starfsþróun þeirra og legði rækt við styrkleika þeirra.

Betra viðhorf reyndist ríkja í garð þeirra stjórnenda sem voru sýnilegir og til staðar: „Þarna er einhvern veginn bara ótrúlega mikið samstarf og hún vinnur á gólfinu með okkur líka“ (Björk). Stuðningsleysi var þó einnig til staðar: „Ég fann að hún var bara ekki til staðar ... hún var bara einhvern veginn inni á skrifstofu bara og var ekkert svona kammó eða svona að heyra í manni, hvernig manni gengi“ (Alma). Nauðsynlegt þótti að stjórnendur gæfu sér tíma til að kynna nýtskrifuðum hjúkrunarfræðingum og væri umhugað um líðan þeirra, þarfir og væntingar.

Þörfin fyrir markvissan stuðning fyrsta árið kom skýrt fram, að fá regluleg samtöl þar sem farið væri yfir hvað vel væri gert og hvað betur mætti fara. Sumum þátttakendum gafst kostur á starfsþróunarári en margir töldu það ekki nóg. Marga skorti að vita til hvers væri ætlast af þeim í starfi: „Ég að gera eitthvað og enginn er að skipta sér af því“ (Kári). Brynja kom með tillögu að úrlausn: „Stjórnendur gætu sett svona prógramm fyrsta árið, hitta leiðbeinanda, handleiðara einu sinni í mánuði, ræða áskoranir, ræða hvað gengur vel og hvað gengur ekki vel“. Björk undirstrikaði mikilvægi þess að vera hrósað:

„Það skiptir svo miklu máli að fá að heyra að maður sé að standa sig. Og einhvern veginn fá að heyra bara „Vá! Þetta er þinn starfsvettvangur“ eða „Þetta á svo vel við þig“. Svona hlutir skipta máli. En ef þú færð ekki

að heyra þessa hluti þá ertu alltaf einhvern veginn að efast um eigin getu.“

Dæmi voru um markviss samskipti framúrskarandi stjórnanda:

[Hún] sendir okkur reglulega tölvupósta ef það eru einhver námskeið, leyfir okkur að fylgjast með ef það er eitthvað nýtt, dugleg að hvetja okkur áfram, veit okkar áhugasvið ... hefur trú á mér og er líka dugleg að hrósa og mér finnst það ótrúlega mikilvægt ... stuðlar að því að hjúkrunarfræðingar sinni framþróun, finni sitt áhugasvið og blómstri þar. Það líka ýtir svolítið mikið undir það að þú lendir ekki í kulnun (Dagný).

Nauðsyn þess að stjórnendur aðstoði við markasetningu kom endurtekið fram t.d. að setja hámark á hversu margar aukavaktir nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar mættu vinna: „minna svigrúm fyrir nýútskrifaða að taka mikla vinnu“ (Kári), „fylgdust með hvort álag væri í samræmi við þekkingu og reynslu“ (Unnur), og „setja skýrari ramma hvað varðar sjúklingafjölda“ (Vaka). Elín undirstrikaði mikilvægi góðs utanumhalds:

Parna er dálítið berskjaldaður einstaklingur að stíga sín fyrstu skref og það þarf bara að passa svolítið vel upp á hann. Það má ekki taka áhættuna að hann lendi oft í einhverjum aðstæðum sem honum líður eins og hann ráði ekki við, að það verði bara svona endurtekin röð áfalla í vinnunni.

UMRÆÐA

Yfirþema rannsóknarinnar lýsir í hnotskurn reynslu þátttakenda af því að finnast þeir eiga margt ólært við útskrift og að gerðar séu óraunhæfar kröfur til þeirra miðað við starfsreynslu. Þá fannst þeim stuðningur ekki nógu markviss né einstaklingsmiðaður og að upplifun af stuðningsleysi og neikvæð samskipti hefðu dregið úr starfsánægju þeirra. Guðríður Ester Geirsdóttir o.fl. (2021) greindu áskoranir í starfi hjúkrunarfræðinga við upphaf starfsferils og samræmast niðurstöður þessarar rannsóknar því sem þar kom fram að miklu leyti. Það sem gefur þessari rannsókn sérstöðu er að hún veitir innsýn í reynsluheim nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga hvað varðar áform um að hætta í hjúkrun og þátt samskipta, stuðnings og stjórnenda í þeim áformum.

Þrátt fyrir stuttan starfsaldur voru margir þátttakendur komnir með álagstengda líkamlega og andlega heilsufarskvilla. Þótt starfstengt álag væri of mikið var viljinn til að sanna sig í starfi ríkur, sem meðal annars er lýst í rannsókn Feddeh og Darawad, (2020). Samstarfsfólk gerði miklar kröfur um færni og þau leituðust við að bæta upp fyrir vankunnáttu sína og reynsluleysi með dugnaði og eljusemi sem kemur heim og saman við niðurstöður Alghamdi og Baker (2020). Áhugavert væri að skoða ástæður að baki þeim óraunhæfu kröfum sem þátttakendur upplifðu, einkum í ljósi þess að allir hjúkrunarfræðingar hafa verið nýir í starfi og ættu að geta sett sig í spor þeirra.

Þátttakendum var tíðrætt um mikilvægi þess að brúa bilið á milli þess að vera hjúkrunarfræðinemi og verða fulllærður hjúkrunarfræðingur með stöðu þar sem þeim gæfist kostur á að vinna undir minna álagi og bera minni ábyrgð á meðan öryggi í starfi væri náð. Kándíatsár eins og þekktist á meðal lækna var gjarnan nefnt í því samhengi. Þátttakendur töldu að stuðningur af slíkum toga gæti stuðlað að því að færri nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar hættu í hjúkrun. Það rímar við niðurstöður rannsókna Van Camp og Chappy (2017) um að slík prógrömm auki starfsánægju, öryggi og færni og stuðli að því að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar haldist frekar í stéttinni. Ætla mætti að kostnaður við slíka innleiðingu væri talsverður en að hann yrði aldrei eins umfangsmikill og kostnaður við að mennta hjúkrunarfræðinga sem svo brotna undan álagi og hætta í hjúkrun.

Samskipti á vinnustað virtust leika stóran þátt í starfstengdri líðan þátttakendanna en þeir sættu sig við meira álag og erfiðleika í vinnu ef starfsandi var góður og þeir höfðu einhvern í vinnunni að leita til. Því þarf að líta alvarlegum augum að ófagleg hegðun gagnvart nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum sem meðal annars er lýst í rannsókn Oneal o.fl. (2019) er einnig veruleiki í íslensku samfélagi og orsakaði að sumir þátttakendur áformuðu að hætta í hjúkrun. Viðurkenning, hvatning og stuðningur af hálfu yfirmanna var jafnframt talinn mikilvægur sem samsvarar niðurstöðum rannsókna Li o.fl. (2020) þar sem undirstikað er hversu stóran þátt stjórnendur geta leikið í starfstengdri líðan nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga. Hjúkrunarfræðingarnir sem upplifðu stuðningsleysi af hálfu stjórnanda fundu frekar fyrir óvissu um frammistöðu í starfi og efasemdum um eigið ágæti. Með tilliti til þess er þörf á að rannsaka sérstaklega upplifun nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga af verndandi og hamlandi þáttum í fari stjórnenda þegar kemur að líðan í starfi. Þannig mætti skapa þekkingu sem stuðlað gæti að farsælli aðlögun þessa hóps.

Þegar hjúkrunarfræðingar hafa ástríðu fyrir starfi sínu dregur það úr líkum á uppsögn þeirra (Chang o.fl., 2019). Því ætti að vera undir stjórnendum komið að aðstoða starfsfólk sitt við að elta ástríðu sína innan vinnustaðarins, meðal annars með því að benda á námskeið sem höfða til áhugasviðs, stuðla að starfsþróun og skapa námstækifæri sem þroska hjúkrunarfræðinginn í starfi (Chang o.fl., 2019; Jana Katrín Knútsdóttir o.fl., 2019). Stjórnendum þarf að vera umhugað um hvernig nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum vegnar í starfi og gefa þeim tækifæri til að tjá sig um líðan, erfiðleika og starfstengd áföll (Li o.fl., 2020). Með því móti má útvega viðeigandi úrræði á fyrri stigum, en snemmtæk ihlutun getur dregið úr líkum á langvarandi afleiðingum (Chang o.fl., 2019).

Þátttakendur töldu mikilvægt að eiga kost á að þróast í starfi sem samræmist rannsókn Chang o.fl. (2019) þar sem fjallað er um mikilvægi þess að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar hljóti aukna ábyrgð í samræmi við vaxandi færni og fái að taka aukinn þátt í ákvörðunartöku. En þegar hjúkrunarfræðingar upplifa að þeir séu ekki metnir að verðleikum, að endastöð sé náð eða að þeir hafi ekkert með ákvarðanatöku á vinnustað að gera, dregur það úr einurð í starfinu og stuðlar að því að þeir leiti á annan starfsvettvang (Chang o.fl., 2019; Verulava o.fl., 2018).

Rannsóknin tók óvænta stefnu þegar fram kom afgerandi munur í frásögnum kynjanna. Með þeim fyrirvara að úrtakið er smátt er þó athyglisvert að karlmennirnir í rannsókninni virtust búa yfir meiri trú á eigin getu og upplifðu meira öryggi í starfi en konurnar. Líklega gæti það tengst því að þeir fengu frekar hrós fyrir störf sín, en hrós hefur jákvæð áhrif á afkastagetu og starfsánægju nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga (Herdís Sveinsdóttir o.fl., 2015; Li o.fl., 2020). Karlmennirnir virtust jafnframt eiga auðveldara með að takast á við starfstengt álag, sem gæti tengst því að þeir upplifðu meiri virðingu í sinn garð og lýstu betri samskiptum en konurnar. Rannsóknarniðurstöður ten Hoeve o.fl. (2020) renna stoðum undir þá greiningu, en þar kom fram að samskipti á vinnustað er einn stærsti áhrifaþátturinn þegar kemur að líðan í starfi. Rannsókn Smith o.fl. (2020), sem fjallar um starfstengda líðan karlmanna í hjúkrun sýnir einnig að þeir upplifa meiri viðurkenningu af hálfu yfirmanna og lækna, sem auðveldar þeim samskipti á vinnustað. Áhugavert væri að sjá slíka rannsókn sem lýsir íslenskum veruleika.

Flestir hjúkrunarfræðingarnir í rannsókninni höfðu íhugað að hætta og helmingur hafði áform um það. Öll höfðu þau margt gott um starfið að segja en þeir þátttakendur sem upplifðu virðingarleysi og slæm samskipti á vinnustað, ásamt stuðningsleysi virtust líklegri til að hafa áform um að hætta þrátt fyrir að hafa brunnið fyrir starfinu í upphafi. Þetta þyrfti að rannsaka nánar.

Styrkleikar og takmarkanir rannsókna

Niðurstöður veita aukna þekkingu og dýpri skilning á reynslu nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga af hjúkrunarstarfinu og mikilvægi góðra stjórnenda í því sambandi. Ítrekað er að um lítið úrtak er að ræða og því ekki hægt að alhæfa um niðurstöður og yfirfæra þær á alla nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga. Hafa þarf einnig í huga að yfirstandandi heimsfaraldur gæti hafa haft áhrif á niðurstöður.

ÁLYKTANIR

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa vísbendingar um að breytinga sé þörf þegar kemur að aðlögun nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga ef leitast á við að halda þeim innan stéttarinnar. Starfið krefst færni sem eingöngu þróast með reynslu og því er ekki hægt að ætlast til að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar séu fullmótaðir við útskrift. Þeim þarf að vera veittur markviss stuðningur á meðan þeir fóta sig í starfi, gefast kostur á að starfa undir minna álagi og bera minni ábyrgð en þeir sem eru reyndari. Sérstarfsstaða nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga væri ákjósanleg lausn í þeim efnum. Þá þurfa stjórnendur að vera meðvitaðir um ábyrgð sína. Með því að kynnast nýliðunum, vera til staðar og eiga í reglulegum samskiptum við þá, geta stjórnendur stuðlað að því að einstaklingsbundnum þörfum þeirra sé mætt. Skilningur á því hve erfið fyrstu ár í starfi geta reynst þarf að aukast innan stéttarinnar og framkoma gagnvart nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum þarf að endurspegla hversu dýrmætur starfskraftur þeir eru í raun. Í niðurstöðum kemur fram kynjamunur sem er athyglisverður og til þess fallinn að gerðar séu ítarlegri rannsóknir á stöðu hjúkrunar á Íslandi út frá kynjasjónarmiði og menningu í garð kvenna í hjúkrunarstétt.

ENGLISH SUMMARY

"Then you just should be ready": Nurses' experience of their first years of employment

Johannesdottir, H. M., Halldorsdottir, S.

Aim

To study newly graduated nurses' experience of their first years of employment, with an emphasis on their plans to quit and their expectations of nurse unit managers.

Method

A phenomenological study where 1-2 open-ended interviews were conducted with 12 nurses, eight women and four men, who graduated with a BS degree in Nursing in 2016-2020, in all 16 interviews.

Results

The main theme of the study is: *"Then you just should be ready"*, which describes the participants' experience that unrealistic demands were made upon them considering their lack of experience. They experienced lack of individualized support which reduced their work satisfaction and found deterioration of communications in times of high stress. They found it difficult to separate their work and personal life and were already experiencing negative effects of too much workload such as pain problems, poor sleep quality, chronic fatigue and even work-related nightmares. Three participants had already experienced burn-out. Most had considered quitting, especially when the workload was heavy, and half of the participants had plans to quit. The reasons, besides

unreasonable workload, were low wages, treatment by colleagues, superiors, authorities and society, difficult working hours, and a feeling of not being valued. Participants called for nurse unit managers to be available in dialogues, good supervision, active listening and promotion of their professional development, cultivation of their strengths as well as ensuring that their workload and responsibility were in line with their experience. Many believed that a residency program should be available for nurses while gaining a sense of security.

Conclusion

Attitudes towards newly graduated nurses need to reflect how valuable they are. It is important to provide good support for them for as long as they need. Managers play an important role in their adjustment, well-being and security at the beginning of a career.

Keywords

Newly graduated nurses, work-related stress, support, nurse unit managers, phenomenology

Correspondent:

helga.margret.johannesdottir@hsn.is

HEIMILDIR

- Aiken, L. H., Sloane, D. M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... og Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: A retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824-1830. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8)
- Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir. (2020). Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 96(1), 68-75. <https://www.hjukrun.is/timaritid/greinasafn/grein/2020/03/04/Streita-kulnun-og-bjargrad-a-medal-hjukrunarfraedinga-a-bradalegudeildum/>
- Birna G. Flygenring og Herdís Sveinsdóttir. (2014). Starfsánægja, streita og heilsufar á breytingatímum: Rannsókn á Kragasjúkrahúsum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 89(4), 50-60. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2014/4-tbl-2014/Starfsanaegja,%20streita%20og%20heilsufar.pdf>
- Chang, H., Chu, T., Liao, Y., Chang, Y. og Teng, C. (2019). How do career barriers and supports impact nurse professional commitment and professional turnover intention? *Journal of Nursing Management*, 27(2), 347-356. <https://doi.org/10.1111/jonm.12674>
- Dames, S. (2019). THRIVEable work environments: A study of interplaying factors that enable novice nurses to thrive. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 567-574. <https://doi.org/10.1111/jonm.12712>
- Dowling, M. og Cooney, A. (2012). Research approaches related to phenomenology: Negotiating a complex landscape. *Nurse Researcher*, 20(2), 21-27. <http://doi.org/10.7748/nr2012.11.20.2.21.c9440>
- Feddeh, S. A. og Darawad, M. W. (2020). Correlates to work-related stress of newly-graduated nurses in critical care units. *International Journal of Caring Sciences*, 13(1), 507-516. http://www.internationaljournalofcaringsciences.org/docs/56_darawad_original_13_1.p
- Glerean, N., Hupli, M., Talman, K. og Haavisto, E. (2017). Young peoples' perceptions of the nursing profession: An integrative review. *Nurse Education Today*, 57(10), 95-102. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.07.008>
- Guðbjörg Pálsdóttir, Gunnar Helgason og Helga Ólafs. (2017). *Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa. Vinnumarkaður hjúkrunarfræðinga*. https://www.hjukrun.is/library/Skrar-NeW/utgefif-efni/Skyrslur/Vinnumarkadur_hjukrunarfraedinga.pdf
- Guðriður Ester Geirsdóttir, Telma Kjaran, Kristín Anna Jónsdóttir, Kristín Norðkvist Ragnarsdóttir og Hafdis Skúladóttir. (2021). Hent í dúpu laugina: Áskoranir í starfi nýtskrifaðra hjúkrunarfræðinga, liðan þeirra og bjargráð. *Tímarit íslenskra hjúkrunarfræðinga*, 97(1), 92-99. <https://www.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2021/1-tbl-2021/HentiDjupuLaugina.pdf>
- Hallaran, A. J., Edge, D. S., Almost, J., og Tregunno, D. (2022). New nurses' perceptions on transition to practice: A thematic analysis. *Canadian Journal of Nursing Research*, <https://doi.org/10.1177/08445621221074872>
- Halldorsdóttir, S. (2000). The Vancouver School of Doing Phenomenology. Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstjórar), *Qualitative methods in the service of health* (bls. 47-81). Lund: Studentlitteratur.
- Hawkins, N., Jeong, S. og Smith, T. (2019). New graduate registered nurses' exposure to negative workplace behaviour in the acute care setting: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 93(5), 41-54. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.09.020>
- Heilbrigðisráðuneytið. (2019). *Stefna fyrir íslenska heilbrigðisþjónustu til ársins 2030*. https://www.stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Heilbrigdisstefna_4.juli.pdf
- Herdís Sveinsdóttir, Erla Dögg Ragnarsdóttir og Katrín Blöndal (2015). Praise matters: The influence of nurse unit managers' praise on nurses' practice, work environment and job satisfaction: A questionnaire study. *Journal of Advanced Nursing*, 72(3), 558-568. <https://doi.org/10.1111/jan.12849>
- Jana Katrín Knútsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Kári Kristinsson. (2019). Þróun starfsumhverfis á Landspítala: Kulnun í starfi, starfsánægja og gæði þjónustu. *Tímarit um viðskipti og efnahagsmál*, 16(2), 37-52. <http://doi.org/10.24122/tve.a.2019.16.2.3>
- Labrague, L. J. og McEnroe-Petitte, D. M. (2018). Job stress in new nurses during the transition period: An integrative review. *International Nursing Review*, 65(4), 49-504. <https://doi.org/10.1111/inr.12425>
- Li, Z., Cao, J., Wu, X., Li, F. og Zhu, C. (2020). Intention to leave among newly graduated nurses: A descriptive, multicenter study. *Journal of Advanced Nursing*, 76(12), 3429-3439. <https://doi.org/10.1111/jan.14545>
- Oneal, G., Graves, J. M., Diede, T., Postma, J., Barbosa-Leiker, C. og Butterfield, P. (2019). Balance, health, and workplace safety: Experiences of new nurses in the context of total worker health. *Workplace Health & Safety*, 67(10), 520-528. <https://doi.org/10.1177/2165079919833701>
- Ricoeur, P. (1990). *Hermeneutics and the human sciences: Essays on language, action and interpretation* (ritstýrt, þýtt og kynnt af John B. Thompson). Cambridge University Press.
- Ríkisendurskoðun. (2017). *Hjúkrunarfræðingar – Mönnun, menntun og starfsumhverfi*. https://rikisendurskodun.is/wp-content/uploads/2017/10/SU-Hjukrunarfraedingar_Monnun_menntun_og_starfsumhverfi.pdf
- Rochefort, C. M., Beauchamp, M., Audet, L., Abrahamowicz, M. og Bourgault, P. (2020). Associations of 4 nurse staffing practices with hospital mortality. *Medical Care* 58(10), 912-918. <https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001397>
- Salem Alghamdi, M. og Ghazi Baker, O. (2020). Identifying the experiences of new graduate nurses during the transition period to practice as a professional nurse. *Journal of Clinical Nursing*, 29(15-16), 3082-3088. <https://doi.org/10.1111/jocn.15344>
- Schwandt, T. A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Í N. K. Denzin og Y. S. Lincoln (ritstj.), *Handbook of qualitative research* (bls. 118-137). Sage.
- Sigríður Halldórsdóttir. (2021). Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir (ritstjóri). *Handbók í aðferðafræði rannsókna* (bls. 255-275). Háskólinn á Akureyri.
- Skela-Savic, B., Dobnik, M. og Kalender-Smajlovic, S. (2020). Nurses' work characteristics and self-assessment of the work environment: Explorative cross-sectional study. *Journal of Nursing Management*, 28(4), 860-871. <https://doi.org/10.1111/jonm.13010>
- Slater, P., Roos, M., Eskola, S., McCormack, B., Hahtela, N., Kurjenluoma, K. og Suominen, T. (2022). Challenging and redesigning a new model to explain intention to leave nursing. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 36, 81-89. <https://doi.org/10.1111/scs.12965>
- Smith, C. M., Lane, S. H., Brackney, D. E., og Horne, C. E. (2020). Role expectations and workplace relations experienced by men in nursing: A qualitative study through an interpretive description lens. *Journal of Advanced Nursing*, 76(5), 1211-1220. <http://doi.org/10.1111>
- Spiegelberg, H. (1984). *The phenomenological movement: A historical introduction* (3. útg.). The Hague: Martinus Nijhoff.
- ten Hoeve, Y., Brouwer, J. og Kunnen, S. (2020). Turnover prevention: The direct and indirect association between organizational job stressors, negative emotions and professional commitment in novice nurses. *Journal of Advanced Nursing*, 76(3), 836-845. <https://doi.org/10.1111/jan.14281>
- Van Camp, J. og Chappy, S. (2017). The effectiveness of nurse residency programs on retention: A systematic review. *AORN Journal*, 106(2), 128-144. <http://doi.org/10.1016/j.aorn.2017.06.003>
- Verulava, T., Jorbenadze, R., Dangadze, B. og Karimi, L. (2018). Nurses' work environment characteristics and job satisfaction: Evidence from Georgia. *Gazi Medical Journal*, 29(1), 12-16. <https://doi.org/10.12996/gmj.2018.04>
- Voss, J. G., Alfes, C. M., Clark, A., Lilly, K. D., og Moore, S. (2022). Why mentoring matters for new graduates transitioning to practice: Implications for nurse leaders. *Nurse Leader*. 20(4), 399-403. <https://doi.org/10.1016/j.mnl.2022.01.003>
- White, E. M., Aiken, L. H. og McHugh, M. D. (2019). Registered nurse burnout, job dissatisfaction, and missed care in nursing homes. *Journal of the American Geriatrics Society*, 67(10), 2065-2071. <https://doi.org/10.1111/jgs.16051>
- Zhu, X., Zheng, J., Liu, K. og You, L. (2019). Rationing of nursing care and its relationship with nurse staffing and patient outcomes: The mediation effect tested by structural equation modeling. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(10), 1672. <https://doi.org/10.3390/ijerph16101672>

CBD
RVK

CBD
REYKJAVÍK

Nátturuleg leið að betri húð,
heilsu og vellíðan

www.cbdrvk.is



Takk fyrir stuðninginn



SJÚKRAHÚSIÐ Á AKUREYRI
AKUREYRI HOSPITAL





FRÍMANN & HÁLFDÁN

ÚTFARARÞJÓNUSTA



Frímann
897 2468



Háldán
898 5765



Kristín
699 0512



Ólöf
898 3075

Stapahrauni 5, Hafnarfirði | 565 9775

www.uth.is | uth@uth.is





STUÐLABERG
Heilbrigðistækni



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 

Vertu lengur heima með AssiStep stigahjálpinni

AssiStep stigahjálpin veitir stuðning á leið upp og niður stiga. Stigahjálpin hentar í flestar gerðir stiga og er auðveld í uppsetningu. Handfangið rennur eftir braut sem fest er á vegg eða plötu meðfram stiganum. Stigahjálpin er hönnuð þannig að hún lítur út eins og hefðundið stigahandrið – er látlaus og fyrirferðarlítill.



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



Eirberg



STUÐLABERG
Heilbrigðistækni

Stuðlaberg heilbrigðistækni ehf. • Stórhöfða 25 • Reykjavík • stb@stb.is • 569 3180 • stb.is