

Ársskýrsla Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði 2014



Efnisyfirlit

Stjórn og starfslið	3
Fjármál	3
Starfsemin.....	4
Rannsóknir	5
Rannsóknasjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur.....	12
Minningarsjóður Bjargar Magnúsdóttur, ljósmóður og Magnúsar Jónassonar, bónda	13
Ráðstefnur.....	14
Málþing.....	14
Opinber erindi.....	14
Rannsóknasamræður.....	15
Vinnusmiðjur	15
Ársfundur.....	15
Húsnæði.....	15
Viðauki I: Reglur Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði.....	16
Viðauki II: Skipulagsskrá Rannsóknasjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur	20
Viðauki III: Skipulagsskrá fyrir Minningarsjóð Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda.....	23
Viðauki IV: Viðburðir á vegum Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði	26
Ráðstefnur.....	26
Málþing.....	54
Vinnusmiðjur	75

Tölur og myndir

Tafla 1. Rekstraryfirlit Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði.....	4
Tafla 2. Dæmi um birtingar og rannsóknasamstarf á árinu 2014.....	6
Mynd 1. Heildarrannsóknastig Hjúkrunarfræðideildar 2005-2013.....	5
Mynd 2. Meðaltal rannsóknastiga heilbrigðisvísindadeilda á starfsígildi 2013.....	7

STJÓRN OG STARFSLIÐ

Í stjórn Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði árið 2014 sátu:

- Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands formaður
- Ingibjörg Hjaltadóttir, tilnefnd af framkvæmdarstjóra hjúkrunar við Landspítala Háskólasjúkrahús
- Guðrún Kristjánsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, tilnefnd af Hjúkrunarfræðideild

Á árinu voru haldnir átta stjórnarfundir.

Starfsmenn Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði árið 2014:

- Margrét Björnsdóttir, verkefnastjóri daglegs reksturs, 50% stöðugildi.

FJÁRMÁL

Á árinu 2014 var starfsemi Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði fjármögnuð með 1 % framlagi af heildarfjárveitingu Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands. Auk þess fékk stofnunin styrk frá Heilbrigðisvísindasviði til þess að greiða fyrir aðstoð til kennara við Hjúkrunarfræðideild sem stunda eigindlegar rannsóknir. Samingur var gerður við Félagsvísindastofnun um kaup á þjónustu sem samsvaraði 20% stöðugildi rannsóknasérfræðings í aðferða- og tölfraði. Rannsóknasérfræðingur hefur það hlutverk að veita kennurum við Hjúkrunarfræðideild ráðgjöf og aðstoð við gagnaúrvinnslu, greiningu gagna og túlkun á rannsókna niðurstöðum.

Rekstraryfirlit Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði má sjá í Töflu 1. Stærstur hluti rekstrarkostnaðar er vegna launa og launatengdra gjalda. Reynt var að halda öðrum kostnaði í lágmarki.

Tekjur:	2014
Framlag frá Hjúkrunarfræðideild 1% af fjárveitingu	3.210.120 kr.
Framlag frá Hjúkrunarfræðideild v. samnings við Félagsvísindastofnun	1.945.416 kr.
Styrkur frá HVS	800.000 kr.
Samtals tekjur	5.955.536 kr.
Rekstrarkostnaður:	
Laun og launatengd gjöld	4.785.093 kr.
Aðkeypt vinna - Félagsvísindastofnun	1.945.416 kr.
Sérfræðiráðgjöf	58.590 kr.
Veitingar og fundagjöld	80.856 kr.
Síma- og tölvukostnaður	99.270 kr.
Hugbúnaður	9.716 kr.
Hvatningafé til rannsókna	
Húsaleiga/salarleiga	
Samtals rekstrarkostnaður	6.978.941 kr.
Rekstrarhalli	- 1.023.405 kr.
Staða 01.01.2014	456.920 kr.
Rekstrarhalli 2014	- 1.023.405 kr.
Staða 31.12.2014	- 566.485 kr.

Tafla 1. Rekstraryfirlit Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði

STARFSEMIN

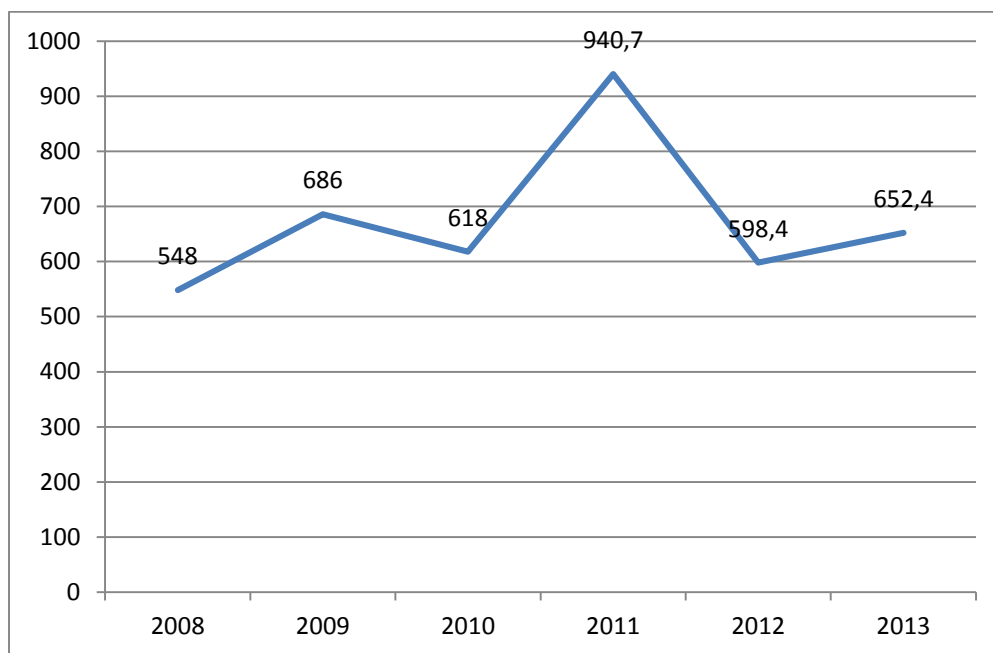
Eitt af meginhlutverkum Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði er að styðja við og efla rannsóknir kennara við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra við Landspítala. Í Viðauka I er að finna reglur um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala nr. 542 frá árinu 2010. Starfsmaður Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði starfar samkvæmt verklagsreglum stofnunarinnar.

Hlutverk verkefnastjóra daglegs reksturs er að sjá um daglegan rekstur stofnunarinnar. Það felur meðal annars í sér að skipuleggja viðburði, undirbúa stjórnarfundi, rita fundargerðir og svara þeim erindum sem berast stofnuninni. Verkefnastjóri daglegs reksturs sér um að úthluta lesaðstöðu fyrir nemendur í meistara og doktorsnámi. Auk þess sinnir verkefnastjóri daglegs reksturs ýmsum verkefnum sem tengjast Rannsóknasjóði Ingibjargar R. Magnúsdóttur og Minningarsjóði Bjargar Magnúsdóttur og Magnúsar Jónassonar bónda í samvinnu við styrktarsjóði Háskóla Íslands.

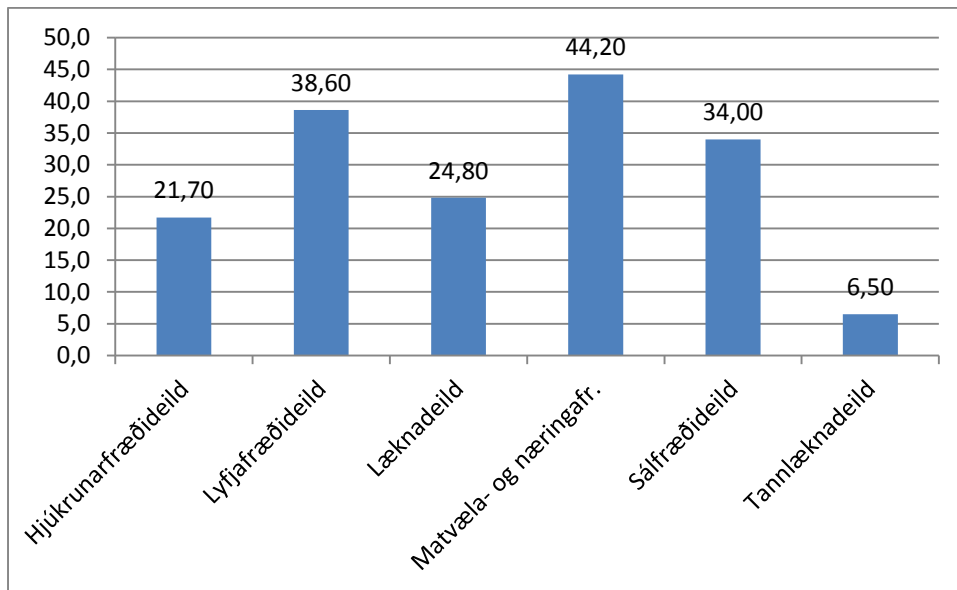
RANNSÓKNIR

Helsti mælikvarði á rannsóknavirkni kemur fram í rannsóknastigum. Þau eru metin út frá þáttum eins og fjölda ritrýndra tímaritsgreina, bóka, bókarkafla og erinda kennara fyrir hvert ár í senn. Ekki liggja fyrir tölur um rannsóknastig fyrir árið 2014 og er því tölur frá árinu 2013 til viðmiðunar í þessari skýrslu. Á Mynd 1 má sjá hvernig heildarrannsóknastig Hjúkrunarfræðideildar hafa þróast á árunum 2008- 2013. Frá árinu 2008 til 2009 varð hækkun á rannsóknastigum Hjúkrunarfræðideildar en árið 2010 var smá lækkun. Árið eftir hækkuðu rannsóknastigin töluvert en lækkuðu aftur árið 2012. Árið 2013 hækkuðu þau á ný.

Á árinu 2013 var meðaltal rannsóknastiga á starfsígildi meðaltal rannsóknastiga á starfsígildi 29,1 í Háskóla Íslands. Á Heilbrigðisvísindaasviði var meðaltalið 26,7 stig. Á Mynd 2 má sjá meðaltal rannsóknastiga á starfsígildi hjá deildum á Heilbrigðisvísindasviði árið 2013. Þar kemur meðal annars fram að Matvæla- og næringafræðideild er með flest stig eða 44,2 en Tannlæknadeild er með fæst stig eða 6,5. Hjúkrunarfræðideild er með 21,7 stig.



Mynd 1. Heildarrannsóknastig Hjúkrunarfræðideildar 2005-2013



Mynd 2. Meðaltal rannsóknastiga heilbrigðisvísindadeilda á starfsígildi 2013

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala er vettvangur rannsókn- og þróunarstarfs á fræðasviðum hjúkrunar- og ljósmóðurfræði. Hlutverk stofnunarinnar er að styðja við og efla rannsóknir kennara við Hjúkrunarfræðideild og hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra við Landspítala. Áhersla er lögð á að stuðla að samstarfi innlendra og erlendra rannsóknaraðila. Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði leggur áherslu á að fylgjast með þeim rannsóknum sem verið er að vinna að og koma þeim á framfæri. Það er gert með því að halda viðburði eins og fyrirlestra, málþing og ráðstefnur þar sem greint er frá rannsóknum og rannsóknaniðurstöðum.. Í Töflu 2 má sjá **dæmi um** birtingar kennara við Hjúkrunarfræðideild á árinu 2014 og upplýsingar um hvort samstarfsverkefni hafi verið að ræða

Rannsakandi	Fjöldi höfunda	Útgáfa
Birna Guðrún Flygenring	2	Birna G. Flygenring og Herdís Sveinsdóttir (2014). Starfsánægja, streita og heilsufar á breytingartímum:Rannsókn á Kragasjúkrahúsunum. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 90(4), 50-60.
Brynja Örlygsdóttir	3	Perspect Psychiatr Care. 2014 Aug 4. doi: 10.1111/ppc.12080. [Epub ahead of print] Reaching Out To Women Who Are Victims of Intimate Partner Violence. Svavarsdóttir EK1, Örlygsdóttir B, Guðmundsdóttir B.
	6	J Adv Nurs. 2014 Sep 16. doi: 10.1111/jan.12522. [Epub ahead of print] Development of an International School Nurse Asthma Care Coordination Model. Garwick AW1, Svavarsdóttir EK, Seppelt AM, Looman WS, Anderson LS, Örlygsdóttir B.
Erla Kolbrún Svavarsdóttir	6	Garwick, A., Svavarsdóttir, E. K., W., Anderson, L. S., Looman, W. S., Seppelt, A., & Örlygsdóttir, B. (2014). Development of an International School Nurse Asthma Care Coordination Model, Journal of Advanced Nursing, doi: 10.1111/jan.12522
	2	Guðnadóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. (2014). Advanced Nursing Intervention for Families of Children and Adolescents with Asthma: The Fathers Perspective. Vaard I Norden (Nordic Journal of Nursing Research), 2, 34, 49-52.
	3	Svavarsdóttir, E. K., Örlygsdóttir, B., & Guðmundsdóttir, B. (2014). Reaching out to Women who are Victims of Intimate Partner Violence. Perspective in Psychiatry Care DOI: 10.1111/ppc.12080
	3	Svavarsdóttir, E. K., Sigurdardóttir, A. O., & Tryggvadóttir, G. B. (2014). Strengths-Oriented Therapeutic Conversations for Families of Children with Chronic Illnesses: Findings from the Landspítali University Hospital Family Nursing Implementation Project. Journal of Family Nursing, 20 (1) 13-50; doi: 10.1177/1074840713520345
	4	Sigurdardóttir, A.O., Svavarsdóttir, E.K., Rayens, M.K., Yevgeniya Gokun. (2014). The Impact of a Web-Based Educational and Support Intervention on Parents' Perception of their Children's Cancer Quality of Life: An Exploratory Study. Journal of Pediatric Oncology Nursing, 31 (3), 154-165.
	2	Ragnarsdóttir, A., & Svavarsdóttir, E. K. (2014). Advanced Knowledge in Nursing Practice can Make the Difference: The Value of a Nursing Intervention for Families of Children with Rear Chronic Illnesses. Vaard I Norden (Nordic Journal of Nursing Research), 111 (34), 48-51.
Guðrún Kristjánsdóttir	5	Eliasdóttir, T. S., Bragason, D., Hardarson, S. H., Kristjánsdóttir, G. & Stefánsson, E (2014 open access, web-published). Venous oxygen saturation is reduced and variable in central retinal vein occlusion. Graefe's Archive for Clinical and Experimental Ophthalmology. DOI: 10.1007/s00417-014-2849-2

		3	Ögmundsdóttir, E., Þórkelsson, Þ. & Kristjánsdóttir, G. (2014). Lágur blóðsykur hjá nýburum: algengi, áhættuþættir og blóðsykurseftirlit [Low blood glucose levels in newborns: prevalence, risk factors and monitoring. <i>Ljómæðrablaðið</i> [Journal of the Icelandic Midwives Association], 92(2), 14-19.
Guðrún Pétursdóttir		3	D.Muir, J.A. Cooper, G Pétursdóttir Editorial: Challenges and Opportunities in climate change adaptation for communities in Europe´s northern periphery <i>Ocean & Coastal Management</i> 94 (2014):1-8
		5	Olaf C. Jensen, Gudrun Petursdottir, Ingunn Marie Holmen, Annbjörg Abrahamson, Jennifer Lincoln A review of fatal accident incidence rate trends in fishing. <i>International Maritime Health</i> 2014; 65, 2: 1–6
		1	Guðrún Pétursdóttir Úr einni gráðu á Kelvin í 2000 á Celcius, -Kafli í bókinni „Þekkingin beisluð – nýsköpunarbók“ Hið íslenska bókmenntafélag,2014:539-558,
Helga Bragadóttir		4	Bragadóttir, H., Kalisch, B.J., Smáradóttir, S.B., & Jónsdóttir, H.H. (2014). Translation and psychometric testing of the Icelandic version of the MISSCARE Survey. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . doi: 10.1111/scs.12150. [Epub ahead of print]
		3	Bragadóttir, H., Gunnarsdóttir, S. og Ingason, H.T. (2014). What the work of nurses really looks like: Identifying factors influencing the work of nurses in hospital. <i>Journal of Environmental and Occupational Science</i> , 3(1), 13-20.
		3	Bragadóttir, H., Gunnarsdóttir, S. og Ingason, H.T. (2014). What happens during nurses' medication work in acute care: an observational study from one hospital in Iceland. <i>Vård i Norden</i> , 34(114), 61-63.
		3	Helga Bragadóttir, Björk Sigrún Jónsdóttir og Heiður Hrunn Jónsdóttir (2014). Óframkvæmd hjúkrun á sjúkrahúsum á Íslandi: lýsandi rannsókn. <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i> , 90(4), 40-49.
Helga Jónsdóttir		3	Klinke, M.E., Thorsteinsson, B. & Jonsdottir, H. (2014). Advancing phenomenological research: Applications of “body schema”, “body image” and “affordances” in neglect. <i>Qualitative Health Research</i> , 24(6), 824-836, doi:10.1177/1049732314533425.
		4	Jonsdottir, Þ., Aspelund, Th., Jonsdottir, H. & Gunnarsdottir, S. (2014). The relationship between pattern of chronic pain, interference with daily life and health related quality of life in a nationwide community sample. <i>Pain Management Nursing</i> , 15(3), 641-651, doi:10.1016/j.pmn.2013.07.005.
		4	Klinke, M.E., Hafsteinsdottir, T.B., Thorsteinsson, B. & Jonsdottir, H. (2014). Living at home with eating difficulties following stroke: a phenomenological study of younger people's experiences. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23(1-2), 250-260. doi:10.1111/jcn.12401.
		5	Ketilsdottir, A., Albertsdottir, H.R., Akadottir, S.H., Gunnarsdottir, T.H. & Jonsdottir, H. (2014). The experience of sudden cardiac arrest: Becoming reawakened to life. <i>Journal of Cardiovascular Nursing</i> , 13(5) 429–435, doi: 10.1177/1474515113504864.

		2	Klinke, M.E. & Jonsdottir, H. (2014). Smoking addiction in chronic obstructive pulmonary disease: Integrating neurobiology and phenomenology through a review of the literature. <i>Chronic Respiratory Disease</i> , 11(4) 229–236. doi: 10.1177/1479972314546764.
		3	Kristín Rósa Ármannsdóttir, Helga Jónsdóttir og Þóra Jenný Gunnarsdóttir (2014). Streita. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 90(4), 32-36.
		1	Jonsdottir, H. (2013). A self-regulation protocol for people with COPD improves symptoms and reduces unscheduled physician visits. <i>Commentaires on Kuo CC, Lin CC, Lin SY, et al. Effects of self-regulation protocol on physiological and psychological measures in patients with chronic obstructive pulmonary disease. J Clin Nurs</i> 2013;22:2800-11. Evidence Based Nursing, doi: 10.1136/eb-2013-101659.
Herdís Sveinsdóttir		6	Halfdansson, B., Wilson, ME., Hildingsson, I., Olafsdottir, OA., Smarason, AK., Sveinsdottir, H. (2015). Outcome of planned home and hospital births among low-risk women in Iceland in 2005-2009: A retrospective cohort study. <i>Birth</i> , Published online 25 jan 2015 DOI: 10.1111/birt.12150
		6	S. Zoëga, H. Sveinsdóttir, G. H. Sigurdsson, T. Aspelund, S. E. Ward & Gunnarsdóttir, S. (n.e). Quality Pain Management in the Hospital Setting from the Patient's Perspective. <i>Pain Practice</i> . Birt á vef áður en útgefin á prenti. doi: 10.1111/papr.12166.
		6	Zoëga, S., Ward, S.E., Sigurdsson, G.H., Aspelund, T., Sveinsdottir, H. and Gunnarsdottir, S. Quality Pain Management Practices in a University Hospital. Accepted for publication in <i>Pain Management Nursing</i> . Birt á vef áður en útgefin á prenti. doi: 10.1016/j.pmn.2014.06.005.
		2	Birna Flygenring og Herdís Sveinsdóttir (2014) Starfsánægja, streita og heilsufar á breytingatímum; Rannsókn á Kragasjúkrahúsinum. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 90,4,50-60.
		2	Scheving-Thorsteysson, H. & Sveinsdóttir, H. (2014) Predictors of EBP-related activities of university hospital nurses: A cross-sectional explorative survey. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 28 (3), 572-581
		1	Sveinsdóttir H. & Blöndal K. (2014). Surgical nurses' intention to leave a workplace in Iceland: a questionnaire study. <i>Journal of Nursing Management</i> , 22(5), 543-52.
		7	Blöndal, K., Zoega, S., Hafsteinsdóttir, J.E., Ólafsdóttir, O.A., Thorvardardóttir, A.B., & Sveinsdóttir, H. (2014) Attitudes of registered and auxiliary nurses towards family nursing, before and after implementation of family centred nursing in surgical hospital units. <i>Journal of Family Nursing</i> , 20(3) 355 –375
Hildur Kristjánsdóttir		5	Erlingsdóttir, A., Sigurdsson, EL., Jonsson, JS., Kristjánsdóttir, H, og Sigurdsson, JA. (2014). Smoking during pregnancy. <i>Childbirth and Health Study in Primary Care in Iceland</i> . 32:1, 11-16. doi: 10.3109/02813432.2013.869409. Epub 2014 Feb 17.

		4	Kistjándóttir, H., Gottfreðsdóttir, H., Björnsdóttir, A. og Sigurðsson, JA. (2014). Fjöldi skoðana í meðgöngu, samfella í þjónustu og reynsla kvenna. Ferilrannsókn meðal íslenskra kvenna á meðgöngu og eftir fæðingu barns (Enskur titill: Number of visits, continuity of care and women's experience of antenatal care. A cohort study among Icelandic women during pregnancy and after birth). <i>Ljósmaðrablaðið</i> , 92, 7-14.
		5	Axelsdóttir, TO., Sigurdsson, EL., Gudmundsdóttir, AM., Kristjansdóttir, H. og Sigurdsson, JA. (2014). Drug use during early pregnancy. Cross-sectional analysis from the Childbirth and Health Study in Primary Care, Iceland. <i>Scandinavian journal of primary health care</i> , 32:3, 39-45.
		13	Schei, B., Lukasse, M., Ryding, EL., Campbell, J., Karro, H., Kristjándóttir, H., Laanpeere, Schroll, A-M., Tabor, A., Temmerman, M., Van Parys, A-S., Wangel, A-M. og Steingrímsdóttir, T., (2014). A history of abuse and operative delivery- results from a European multi-contry cohort study. <i>PLOS ONE</i> 9(1): E87579. Doi: 10.1371/journal.pone.0087579
		2	Kristjansdóttir, H. og Gottfreðsdóttir (2014). Making sense of the situation: Women's reflection of positive fetal screening 11-21 months after giving birth. <i>Midwifery</i> , 30(6), 643-649. Doi: /10.1016/j.midw.2013.10.024
		1	Lukasse, M., Schroll, A-M., Ryding, EL., Campbell, J., Karro, H., Kristjansdóttir, H., Laanpere, M., Steingrímsdóttir, T., Tabor, A., Temmerman, M., Van Parys, A-S., Wangel, A-M. (2014). Prevalence of emotional, physical and sexual abuse among pregnant women in six European countries. <i>ACTA, Obstetricia et Gynecologia Scandinavica</i> , 93:7, 669-677. doi: 10.1111/aogs.12392
		3	Lukasse, M., Schei, B., Ryding, E-L on behalf of the BIDENS study group. (2014). Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. <i>Sexual & reproductive healthcare</i> , 5:3, 99-106. Doi: 10.1016/j.srhc.2014.06.007
		4	Anne-Marie Wangel, A-M., Schei, B., Ryding, EL., Östman, M. og The Bidens study group. (2014). Mental health status in pregnancy among native and non-native Swedish-speaking women: a Bidens study. <i>ACTA Obstetricia et Gynecologica Scandinavica</i> , 91:12, 1395-1401.
Hildur Sigurðardóttir		1	Hildur Sigurðardóttir (2014). Reynsla og viðhorf kvenna Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. <i>Ljósmaðrablaðið</i> 1(92), 16-22
		1	Hildur Sigurðardóttir (2014) Faglegar leiðbeiningar fyrir heimaþjónustu ljósmæðra. <i>Landlæknisembættið</i>
Kristín Björnsdóttir		1	Björnsdóttir, K. Hildur Elísabet Pétursdóttir (2014). Samþætting heilbrigðis- og félagsþjónustu: Fræðileg samantekt. <i>Tímarit hjúkrunarfræðinga</i> , 90(2), 52-60.
		1	Björnsdóttir, K, Ceci, C. og Purkis, M. E. (2014). When is the right time?: Pre-admission nursing home assessment in Iceland. <i>Nursing Inquiry</i> , doi: 10.1111/nin.12041.
		1	Björnsdóttir, K. (2014). The place of standarization in home care. <i>Journal of Clinical Nursing</i> , 23, 1411-1420, doi: 10.1111/jocn.12412 1411
Ólöf Ásta Ólafsdóttir		2	Björg Sigurðardóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir. (2014). Þekkinga og reynsla ljósmæðra af axlarklemmu í fæðingu. <i>Ljósmaðrablaðið</i> , 92 (2), 7-12.

Rúnar Vilhjálmsson	4	Snorraddottir, A., Rafnsdóttir, L., Vilhjálmsson, R., & Tomasson, K. (2014). Lay off: The experience of women and men in Iceland's financial sector. <i>Work</i> , 47, 183-91.
	2	Vilhjálmsson, R., & Guðmundsdóttir, G. (2014). Psychological distress and professional help-seeking: A prospective national study. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> , 28, 273-280.
Sigríður Gunnarsdóttir	4	5. Jonsdóttir, T., Aspelund, T., Jonsdóttir, H., Gunnarsdóttir, S. (2014). The relationship between chronic pain pattern, interference with life and health related quality of life in a nationwide community sample. <i>Pain Management Nursing</i> 15(3):641-51. (Leiðbeinandi)
	6	7. Asgeirsdóttir GH, Sigurbjörnsson E, Traustadóttir R, Sigurdardóttir V, Gunnarsdóttir S, Kelly E. (2014). In the Shadow of Death: Existential and Spiritual Concerns among Persons Receiving Palliative Care. <i>The Journal of Pastoral Care & Counseling</i> , 68(1), 1-12. (í doktorsnefnd)
Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir	15	Degree of Preservation of the Neurovascular Bundles During Radical Prostatectomy and Urinary Continence 1 Year after Surgery. <i>Eur Urol</i> . 2014 Oct 28. pii: S0302-2838(14)01019-7. doi: 10.1016/j.eururo.2014.10.011. [Epub ahead of print]
	12	Thromboembolic Complications in 3,544 Patients Undergoing Radical Prostatectomy with or without Lymph Node Dissection. <i>J Urol</i> . 2015 Jan;193(1):117-25. doi: 10.1016/j.juro.2014.08.091. Epub 2014 Aug 23.
	12	Short-term Results after Robot-assisted Laparoscopic Radical Prostatectomy Compared to Open Radical Prostatectomy. <i>Eur Urol</i> . 2014 Oct 9. pii: S0302-2838(14)00973-7. doi: 10.1016/j.eururo.2014.09.036. [Epub ahead of print]

Tafla 2: Dæmi um birtingar og rannsóknasamstarf á árinu 2014

Rannsóknasjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur

Rannsóknarsjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur var stofnaður 29. júní 2007 af Ingibjörgu R. Magnúsdóttur og Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði. Markmið sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræðum og eru styrkir veittir til rannsóknaverkefna hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í doktorsnámi, sem falla að markmiðum sjóðsins. Skipulagsskrá sjóðsins má sjá í Viðauka II.

Í stjórn sjóðsins árið 2014 sátu:

- Erla Kolbrún Svavarsdóttir, formaður stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði, fulltrúi Rektors og formaður sjóðsstjórnar
- Stefán Bragi Bjarnason, lögfræðingur, fulltrúi Ingibjargar R. Magnúsdóttur
- Auðna Ágústsdóttir, fulltrúi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
- Ólöf Ásta Ólafsdóttir, fulltrúi Ljósmæðrafélags Íslands
- Margrét Björnsdóttir, fulltrúi Velferðaráðuneytisins
- Varamaður: Helga Jónsdóttir, deildarforseti Hjúkrunarfræðideildar

Stjórn rannsóknasjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur hélt tvo fundi á árinu. Á fundi þann 14. maí var ákveðið á úthlutun á árinu yrði 1,1 milljón króna. Í kjölfarið var auglýst eftir umsóknum um styrki úr sjóðnum. Á fundi 15. september var farið yfir þær umsóknir sem höfðu borist sjóðnum. Ákveðið var að styrkja þrjá doktorsnema, Ástu B Pétursdóttir (400.000), Berglindi Hálfhánsdóttur (300.000) og Rannveigu J Jónasdóttur (400.000). Þetta var í sjöunda skipti sem úthlutað var úr sjóðnum.

Doktorsrannsókn Ástu B. Pétursdóttur hefur þann tilgang að kanna ávinning af meðferðarsamræðum við fjölskyldumeðlimi sem annast um náinn ættingja með ólæknandi krabbamein. Einnig er leitast við að kanna samspil þunglyndis, kvíða, streitu, heilsutengdra lífsgæða, stuðnings og fræðslu við fjölskyldur, umönnunarálag og bakgrunnspætti fjölskyldunnar og gagnsemi meðferðarinnar við að styðja fjölskylduna sem þátttakanda í líknandi meðferð. Auk þess verður kannað hvort þær fjölskyldur sem taka þátt í meðferðarsamræðunum vinni betur úr sorgarreynslu eftir andlát náins ættingja en þær fjölskyldur sem fá hefðbundna þjónustu. Í rannsókninni er einnig ætlunin að meta ávinning af innleiðingu klínískra leiðbeininga í sérhæfðri hjúkrun þessum fjölskyldum til handa. Leiðbeinandi Ástu B. Pétursdóttur er dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Doktorsrannsókn Berglindar Hálfhánsdóttur hefur það meginmarkmið að meta hvort heimafæðing er öruggur valkostur við sjúkrahúsfaðingu á Íslandi meðal heilbrigðra kvenna í eðlilegri fæðingu. Tilgangur rannsóknarinnar er að styðja við þróun barneignarþjónustu, efla upplýst val foreldra og bæta við alþjóðlega þekkingu á heimafæðingum. Tíðni heimafæðinga á Íslandi hefur aukist hratt á síðustu árum í kjölfar sögulegrar lægðar í lok síðustu aldar.

Doktorsrannsóknin skiptist í hugtakagreiningu og þrjár afturvirkar ferilrannsóknir á útkomu heimafæðinga og sjúkrahúsfæðinga og tengslum útkomunnar við ýmsar áhrifabreytur. Leiðbeinandi Berglindar er dr. Herdís Sveinsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Doktorsrannsókn Rannveigar J. Jónasdóttur er samanburðarrannsókn þar sem sjónum er beint að eftirgæslu sjúklinga eftir útskrift af gjörgæsludeild. Bráð og alvarleg veikindi sem leiða til innlagnar á gjörgæsludeild hafa langvinn áhrif á heilsu og líðan sjúklinga. Vegna hins hæga bataferils hefur verið mælt með því að heilbrigðisstarfsfólk með þekkingu af gjörgæslu fylgi eftir sjúklingum sem útskrifast hafa af gjörgæslu á legudeild. Eftirgæsla hefur lítið verið rannsökuð og gagnsemi ekki vel þekkt. Markmið þessarar rannsóknar er að mæla áhrif af skipulagðri, hjúkrunarstýrðri eftirgæslu á heilsu og líðan sjúklinga eftir útskrift af gjörgæsludeild samanborið við hefðbundna þjónustu. Leiðbeinandi Rannveigar er dr. Helga Jónsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Minningarsjóður Bjargar Magnúsdóttur, ljósmóður og Magnúsar Jónassonar, bónda Þann 22. desember 2008 var minningarsjóður Bjargar Magnúsdóttur, ljósmóður og Magnúsar Jónassonar, bónda stofnaður. Stofnandi sjóðsins var dóttir þeirra hjóna, Soffía Þuríður Magnúsardóttir og var stofnfé 25 milljónir króna. Tilgangur og markmið sjóðsins er að styrkja hjúkrunarfræðinga og ljósmæður til framhaldsnáms. Úr hópi hjúkrunarfræðinga skulu þeir sem hyggja á framhaldsnám í ljósmóðurfræðum hafa forgang umfram aðra hjúkrunarfræðinga um styrki. Skipulagsskrá sjóðsins má sjá í Viðauka III.

Í stjórn sjóðsins árið 2014 sátu:

- Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor, formaður námsbrautar í ljósmóðurfræði, formaður
- Dr. Herdís Sveinsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild
- Guðlaug Einarsdóttir

Sjóðurinn er í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands. Árið 2014 var úthlutað úr sjóðnum 1.000.000. kr. Ákveðið var að styrkja tvo doktorsnemendur, Valgerði Lísu Sigurðardóttur og Ingibjörgu Eiríksdóttur

Valgerður Lísu Sigurðardóttir hlaut styrk fyrir rannsóknina „Þróun á meðferð fyrir konur með erfiða fæðingarreynslu“. Megintilgangur doktorsrannsóknarinnar er að skoða hversu algengt það er að íslenskar konur upplifi erfiða og neikvæða fæðingu og þróa íhlutun fyrir þann hóp sem hefur upplifað slíkt. Fyrri rannsóknaniðurstöður benda til þess að erfið upplifun á fæðingu geti haft margvíslegar neikvæðar afleiðingar fyrir konu og barn. Því er fyrsti hluti verkefnisins fólgin í að skoða tíðni erfiðrar fæðingarupplifunar hér á landi ásamt því að kanna hvaða þættir hafa áhrif á slíka upplifun hjá konum. Í öðrum hluta verkefnisins verður kannað hvernig þjónustu konur, sem eiga neikvæða fæðingarreynslu að baki, kjósa. Að lokum er stefnt að því að þróa íhlutun sem ljósmæður myndu veita og byggist á niðurstöðum úr fyrri

hluta rannsóknarinnar. Rannsókninni er ætlað að bæta við þekkingu í ljósmóðurfræði, efla ljósmóðurmeðferð og stuðla að velferð móður og barns.

Ingibjörg Eiríksdóttir hlaut styrk fyrir rannsóknina: „Tengsl heilsufars móður á meðgöngu og útkomu fæðingar við tímalengd brjóstagjafar“. Aðalmarkmiðið rannsóknarinnar er að komast að því hvernig andlegt og líkamlegt heilsufar á meðgöngu og útkoma fæðingar hefur áhrif á brjóstagjöf. Annað og þriðja markmið er að kanna sögu brjóstagjafar á Íslandi á síðustu öld og hvernig aukin þekking á viðhorfum til brjóstagjafar á hverjum tíma endurspeglast í stuðningi og fræðslu við mæður í klínísku starfi ljósmæðra. Rannsóknin eykur þekkingu á áhrifum heilsufars á brjóstagjöf og getur leitt til markvissari þjónustu ljósmæðra við mæður á meðgöngu og í sængurlegu. Mikilvægt er að skoða sögu brjóstagjafar hjá íslenskum konum og kanna jafnframt hlutfall kvenna sem ekki hafa börn sín á brjósti. Þekking á þróun brjóstagjafar á Íslandi hefur sögulegt gildi fyrir íslenskt samfélag.

Ráðstefnur

Ráðstefnan „Hjúkrun í fararbroddi“ var haldin þann 15. janúar. Ráðstefnan var tileinkuð doktor Guðrúnu Marteinsdóttur sem var dósent í Námsbraut í hjúkrunarfræði og ein af fyrstu fastráðnu kennurunum. Hún var frumkvöðull meðal íslenskra hjúkrunarfræðinga á sviði heilsugæslu og fjölskylduhjúkrunar. Þetta var í fyrsta sinn sem ráðstefnan var haldin en alls voru kynnt 30 erindi og 12 veggspjöld. Ráðstefnan heppnaðist og vel og voru tæplega 300 manns sem skráðu sig. Fyrirhugað er að halda ráðstefnu sem þessa annað hvert ár.

Málþing

Rannsóknastofnun í Hjúkrunarfræði hélt þrjú málþing á árinu 2014. Vísindadagur geðhjúkrunar var haldinn 31. janúar í samstarfi við Fagrað í geðhjúkrun og Fagdeild í geðhjúkrun. Alls voru níu erindi þrjú veggspjöld. Dagskrá og útdrætti má finna í Viðauka IV.

Þann 6. mars var haldið málþingið „Heilsugæsla í náinni framtíð“. Alls voru fimm erindi og pallborðsumræður. Dagskrá og útdrætti má finna í Viðauka IV.

Þann 10. desember var aðventumálþing Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði. Þar voru alls 15 erindi. Dagskrá og útdrætti má finna í Viðauka IV.

Opinber erindi

Markmið með opinberum erindum er að miðla þekkingu innlendra og erlendra fræðimanna í hjúkrunarfræði, ljósmóðurfræði og í heilbrigðisvísindum almennt. Á árinu var einn opinber fyrirlestur. Ingela Lundgren Lundgren prófessor í ljósmóðurfræði og sviðsforseti heilbrigðis- og umönnunarvísinda í Sahlgrenska Akadémíunni, við Háskólann í Gautaborg í Svíþjóð var með opinberan fyrirlestur 18. september sem bar heitið „Reynsla af fæðingu og ákvörðun um heimafæðingu - þegar fagleg umönnun heima er ekki í boði innan opinbera heilbrigðiskerfisins“

Rannsóknasamræður

Tilgangur með rannsóknasamræðum er að styðja við og efla rannsóknir kennara og doktorsnema við Hjúkrunarfræðideild. Rannsóknasamræður haldnar sex sinnum á árinu:

19. febrúar. Guðbjörg Andrea Jónsdóttir og Guðný Bergþóra Tryggvadóttir frá Félagsvísindastofnun: „Gagnasöfn sem nýtast í rannsóknum og kennslu“.

12. mars. Sóley S Bender, prófessor: „Bókaútgáfa: Hvað þarf að hafa í huga“.

21. maí. Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir: „Rannsóknir á bráðasviði: Kynning á rannsóknarstofu í bráðafræðum“. Ása Vala Þórisdóttir, „Kynning á styrkjagrunni og ýmsum styrkjaleiðum“

11. september, Dr. Ruth DeSouza frá Faculty of Medicine, Nursing and Health Sciences við Monash University í Ástralíu sagði frá rannsóknum sínum.

22. október. Páll Biering, dósent. Gangnrýni á greinaskrif. Umræður um mikilvægi hugtaksins „kenninga (theories)“ í greinaskrifum

12. nóvember. Ásta Thoroddsen, prófessor: „Möguleikar sem hafa opnast til rannsókna með rafrænni hjúkrunarskráningu“.

Vinnusmiðjur

Á árinu voru haldnar tvær vinnusmiðjur. Þann 9. apríl var haldin vinnusmiðja á ársfundum RSH þar sem Þóra B Hafsteinsdóttir fjallaði um gerð fræðilegra samantekta. Þann 28. ágúst var haldin vinnusmiðja um þróun sérfræðipækkingar í geðhjúkrun í samstarfi við Fagráð í geðhjúkrun og Fagdeild í geðhjúkrun. Dagskrá má finna í Viðauka IV.

Ársfundur

Ársfundur rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði var haldinn 9. apríl. Að þessu sinni var yfirskrift fundarins: „Öflugar rannsóknir í Hjúkrunarfræðideild“. Erla Kolbrún Svavardóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og formaður stjórnar setti fundinn og lagði fram skýrslu stjórnar. Anna Kristín Halldórsdóttir verkefnastjóri hjá Kennslumiðstöð Háskóla Íslands hélt að því loknu erindi um sem fjallaði um það hvernig ætti að halda fræðilegar kynningar. Seinni hluti ársfundarins var vinnusmiðja þar sem Þóra B Hafsteinsdóttir, dósent Department of Rehabilitation, Nursing Science & Sport University Medical Center Utrecht og gestaprófessor í Hjúkrunarfræðideild H.Í fjallaði um gerð fræðilegra samantekta.

HÚSNÆÐI

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði hefur aðstöðu í Eirbergi, Eiríksgötu 34. Verkefnastjóri daglegs rekstur er með skrifstofu á þriðju hæð í B álmu. Á annarri hæð í A álmu er tölvuver og lesaðstaða fyrir nemendur í meistaranámi. Á þriðju hæð A-álmu er vinnuaðstaða fyrir nemendur í doktorsnámi. Verkefnastjóri daglegsrekstur heldur utan um vinnuaðstöðuna og sér um úthlutun í upphafi hvers misseris. Á fyrstu hæð í C-álmu er Rannsóknasetur RSH (Mörgustofa). Markmið setursins er að auðvelda kennurum Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands og samstarfsfólki þeirra á Landspítala að stunda meðferðarannsóknir.

VIÐAUKI I: REGLUR RANNSÓKNASTOFNUNAR Í HJÚKRUNARFRÆÐI

Nr. 542 15. júní 2010

REGLUR

um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala.

1. gr.

Almennt.

Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala er vettvangur rannsókna- og þróunarstarfs á fræðasviðum hjúkrunar- og ljósmóðurfræði. Stofnunin heyrir undir Hjúkrunarfræðideild á heilbrigðisvísindasviði og er starfrækt við Háskóla Íslands.

2. gr.

Hlutverk.

Hlutverk stofnunarinnar er:

- a) að styðja við og efla rannsóknir kennara við Hjúkrunarfræðideild og hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra við Landspítala, m.a. með því að byggja upp tækjabúnað, hugbúnað, gagnabanka og önnur mikilvæg tæki til rannsókna,
- b) að efla tengsl rannsókna og kennslu og samhæfa rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði sem unnið er að við Háskóla Íslands og Landspítala,
- c) að styðja kennslu og þjálfun í vísindalegum vinnubrögðum og veita hjúkrunar- og ljósmóðurfræðinemum í framhaldsnámi, lausráðnum kennurum og ungum vísindamönnum aðstöðu og búnað til rannsóknarstarfa eftir því sem kostur er,
- d) að stuðla að samstarfi við innlenda og erlenda rannsóknaraðila á sviði hjúkrunar- og ljósmóðurfræði og sterkum tengslum við heilbrigðisstofnanir, atvinnu- og þjóðlíf,
- e) að sinna þjónustuverkefnum á sviði hjúkrunar- og ljósmóðurfræði,
- f) að gangast fyrir ráðstefnum, námskeiðum og fyrirlestrum í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði og miðla niðurstöðum rannsókna á þeim fræðasviðum,
- g) að veita upplýsingar og ráðgjöf varðandi rannsóknir í hjúkrunar- og ljósmóðurfræði.

3. gr.

Aðstaða.

Háskóli Íslands lætur stofnuninni í té starfsaðstöðu, svo sem húsnæði og búnað eftir því sem kostur er. Starfslið stofnunarinnar, þ.m.t. kennarar Hjúkrunarfræðideildar, hafi netaðgang að öllum tímaritum og öðrum aðbúnaði sem bókasafn Landspítala hefur upp á að bjóða.

Stofnunin veitir starfsliði sínu skv. 8. gr. aðstöðu og nauðsynleg gögn og búnað til rannsókna eftir því sem unnt er.

4. gr.

Skipulag.

Skrifstofuhald stofnunarinnar er sameiginlegt með Hjúkrunarfræðideild og er deildarstjóri skrifstofu Hjúkrunarfræðideildar jafnframt deildarstjóri skrifstofu stofnunarinnar.

Stjórn stofnunarinnar er heimilt, að fengnu samþykki deildarfundar Hjúkrunarfræðideildar að skipta stofnuninni upp í faglega sjálfstæðar rannsóknastofur, í samræmi við 27. gr. reglna nr. 569/2009, fyrir Háskóla Íslands.

5. gr.

Stjórn.

Forseti heilbrigðisvísindasviðs skipar stofnuninni þriggja manna stjórn til tveggja ára í senn. Deildarfundur í Hjúkrunarfræðideild tilnefnir tvo fulltrúa í stjórn úr hópi fastra kennara deildarinnar og einn fulltrúi er tilnefndur af framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítala.

Fulltrúa framhaldsnema við deildina er heimilt að sitja fundi með fullt málfrelsi og tillögurétt.

Stjórnin skiptir með sér verkum, en formaður skal ávallt vera annar tveggja úr hópi fastráðinna kennara Hjúkrunarfræðideildar. Sé ekki ráðinn forstöðumaður við stofnunina kemur formaður stjórnar fram fyrir hönd hennar.

6. gr.

Stjórnarfundir.

Formaður stjórnar boðar stjórnarfundi bréflega, eða í tölvupósti, með þriggja daga fyrirvara.

Fundarboð skal greina dagskrá fundar.

Skylt er að boða stjórnarfund óski tveir eða fleiri stjórnarmenn þess. Sama gildir ef forseti Hjúkrunarfræðideildar, forseti heilbrigðisvísindasviðs, framkvæmdastjóri hjúkrunar á Landspítala eða rektor ber fram slíka ósk og hafa þeir þá málfrelsi og tillögurétt á fundinum, en ekki atkvæðisrétt.

Haldnar skulu fundargerðir og þær staðfestar af stjórn. Afrit fundargerða skulu send forseta Hjúkrunarfræðideildar og framkvæmdastjóra hjúkrunar á Landspítala.

Sé forstöðumaður ráðinn til stofnunarinnar situr hann stjórnarfundum með málfrelsi og tillögurétt, en án atkvæðisréttar.

7. gr.

Verkefni stjórnar.

Stjórnin mótar stefnu og tekur allar stefnumarkandi ákvarðanir fyrir stofnunina og setur henni starfsreglur.

Stjórnin sker úr í vafaatriðum sem upp kunna að koma og varða innri starfsemi stofnunarinnar.

Stjórnin ber ábyrgð á fjármálum hennar gagnvart deild og forseta heilbrigðisvísindasviðs, samþykkir rekstrar- og fjárhagsáætlun og gerir tillögu til deildar um fjárveitingar og skiptingu þeirra ásamt skiptingu annarra tekna.

Stjórnin gerir tillögu að samþykktum um þjónusturannsóknir sem háskólaráð staðfestir.

Stjórnin efnir til ársfundar með starfsmönnum stofnunarinnar þar sem ársskýrsla er lögð fram. Ársfundur er jafnframt vettvangur umræðu um rekstur og starfsemi stofnunarinnar, nýjungar í vísindum og tækni ásamt umræðu um rannsóknastefnu. Seturétt á ársfundi hafa auk starfsmanna stofnunarinnar gestir samkvæmt nánari ákvörðun stjórnar.

8. gr.

Forstöðumaður og starfsmenn.

Forseti heilbrigðisvísindasviðs ræður stofnuninni forstöðumann, ef það á við, að fenginni tillögu deildar og á grundvelli umsagnar stjórnar stofnunarinnar. Forseti heilbrigðisvísindasviðs setur forstöðumanni erindisbréf.

Forstöðumaður annast daglegan rekstur stofnunarinnar og sér um framkvæmd á þeim málum, sem stjórnin felur honum.

Um ráðningu annars starfsfólks fer eftir ákvæðum laga og reglna fyrir Háskóla Íslands.

Sé um að ræða ráðningu í starf og ekki er gert ráð fyrir því starfsheiti í reglunum fer stjórn stofnunarinnar eða forstöðumaður í umboði hennar með ráðningarmálið.

9. gr.

Fjármál.

Tekjur Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands eru eftirfarandi:

- a) framlag frá Hjúkrunarfræðideild,
- b) framlag frá Landspítala sem nemur kostnaði við hálf starf sérfræðings í hjúkrunarfræði við sjúkrahúsið,
- c) styrkir til einstakra verkefna,
- d) greiðslur fyrir þjónustustarfsemi,
- e) tekjur af útgáfustarfsemi,
- f) aðrar tekjur, t.d. gjafir og framlög úr ríkissjóði eftir því sem kveðið kann að vera á um í fjárlögum.

Reikningshald stofnunarinnar skal vera hluti af reikningshaldi háskólans. Fjárhagsáætlun skal kynnt og lögð fram til samþykktar á deildarfundi og samþykkt af forseta heilbrigðisvísindasviðs. Nr. 542 15. júní 2010

Sé um að ræða útselda þjónustu, sem veitt er í samkeppni við einkaaðila, skal sú starfsemi fjárhagslega afmörkuð frá öðrum rekstri stofnunarinnar og þess gætt að sá rekstur sé ekki niðurgreiddur með öðrum tekjum, í samræmi við ákvæði samkeppnislaga. Um stjórnunar- og aðstöðugjald af sértekjum fer eftir ákvæðum 73. gr. reglna fyrir Háskóla Íslands.

10. gr.

Reglur þessar, sem háskólaráð hefur sett á grundvelli heimildar í 3. mgr. 11. gr. laga nr. 85/2008 um opinbera háskóla, að fenginni tillögu Hjúkrunarfræðideildar og stjórnar heilbrigðisvísindasviðs, öðlast þegar gildi.

Jafnframt falla úr gildi reglur nr. 825/2004 um Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala - háskólasjúkrahús.

Háskóla Íslands, 15. júní 2010.

Kristín Ingólfssdóttir.

Þórður Kristinsson.

B-deild – Útgáfud.: 2. júlí 2010

VIÐAUKI II: SKIPULAGSSKRÁ RANNSÓKNASJÓÐS INGIBJARGAR R. MAGNÚSDÓTTUR

29. júní 2007

SKIPULAGSSKRÁ fyrir Rannsóknasjóð Ingibjargar R. Magnúsdóttur

I. grein.

Sjóðurinn heitir Rannsóknasjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur. Sjóðurinn er stofnaður af Ingibjörgu R. Magnúsdóttur (kt. 230623-2799) og Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala-háskólasjúkrahús (hér eftir nefnd Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði).

Ingibjörg R. Magnúsdóttir hjúkrunarfræðingur er fyrrverandi námsbrautarstjóri námsbrautar í hjúkrunarfræði Háskóla Íslands og skrifstofustjóri í heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu. Ingibjörg hefur verið einn ötulasti talsmaður þróunar hjúkrunarmenntunar á Íslandi. Hún var ein þeirra sem stóð að stofnun námsbrautar í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands árið 1973.

Stofnfé sjóðsins eru samtals 5.000.000 krónur og samanstendur af:

- Gjafafé frá Ingibjörgu R. Magnúsdóttur kr. 1.134.000
- Framlagi Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði kr. 2.000.000
- Framlagi frá Glitni kr. 1.000.000
- Framlagi frá Ljósmeðrafélagi Íslands kr. 200.000
- Framlagi frá Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu kr.200.000
- Gjafafé frá Magnúsi Friðriki Guðrúnarsyni kr. 100.000
- Gjafafé í tilefni doktorsprófs Sigrúnar Gunnarsdóttur hjúkrunarfræðings kr. 80.000
- Öðru gjafafé kr. 286.000

2. grein.

Rannsóknasjóður Ingibjargar R. Magnúsdóttur er í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands, Sæmundargötu 6 og er varnarþing sjóðsins í Reykjavík. Styrktarsjóðir Háskólans annast ávöxtun sjóðsins og skal hún vera sem hagkvæmest á hverjum tíma miðað við fjárfestingastefnu styrktarsjóðanna. Reikningar sjóðsins skulu endurskoðaðir og birtir með sama hætti og aðrir reikningar í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands.

3. grein.

Tekjur sjóðsins eru vextir og stofnfé, svo og gjafir er sjóðnum kunna að berast.

4. grein.

Markmið sjóðsins er að efla rannsóknir í hjúkrunarfræði og ljósmóðurfræði. Styrkir eru veittir til rannsóknaverkefna hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í doktorsnámi, sem falla að markmiði sjóðsins.

5. grein.

Sjóðsstjórn er skipuð til tveggja ára í senn. Rektor Háskóla Íslands skipar stjórn sjóðsins. Stjórnin er skipuð 4-5 fulltrúum: formanni stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði sem jafnframt er fulltrúi rektors og formaður sjóðsstjórnar, fulltrúa Ljósmæðrafélags Íslands, fulltrúa Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, fulltrúa Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytis og fulltrúa skipaðan af Ingibjörgu R. Magnúsdóttur. Falli atkvæði jöfn í afgreiðslu mála hefur atkvæði formanns tvöfalt vægi. Sjóðstjórn skal koma saman að minnsta kosti árlega.

6. grein.

Hlutverk stjórnar er að setja úthlutunarreglur og nánari starfsreglur um úthlutanir svo sem einstakar styrkfjárhæðir, umsóknarfresti og ferli umsókna, innan ákvæða skipulagsskrár. Reglur um úthlutanir styrkja úr sjóðnum skal endurskoða árlega.

7. grein.

Úthluta má úr sjóðnum árlega eða sjaldnar eftir því sem sjóðsstjórn finnst tilefni til, en ekki má úthluta meira en 3/4 af raunávöxtun sjóðsins skv. endurskoðuðum ársreikningi hans. Óúthlutaðir vextir leggjast við stofnfé.

8. grein.

Stjórnin hefur umsjón með styrkveitingum og gerir tillögur til rektors um úthlutanir styrkja. Sjóðsstjórn heldur formlega fundargerðarbók um starf sitt og afritum fundargerða skal skilað til Styrktarsjóða Háskóla Íslands.

9. grein.

Leita skal staðfestingar sýslumannsins á Sauðárkróki á skipulagsskrá þessari. Heimilt er að breyta skipulagsskránni en til þess þarf samþykki allra stjórnarmanna á tveimur fundum stjórnar, sem haldnir skulu með minnst einnar viku millibili svo og samþykki þeirra aðila sem hafa lagt fram minnst 2/3 hluta stofnfjár. Breytingar á skipulagsskrá skulu hljóta staðfestingu sýslumannsins á Sauðárkróki.

10. grein.

Komi fram tillögur um slit og/eða skipti á sjóðnum, skal fara með þær eins og um breytingar á skipulagsskrá. Komi til þess að sjóðurinn verði lagður niður skal hrein eign hans renna til hliðstæðra verkefna og tilgreind eru í 4. gr. eftir nánari ákvörðun stjórnar.

11. grein.

Skipulagsskrá Rannsóknasjóðs Ingibjargar R. Magnúsdóttur staðfestist hér með af sýslumanninum á Sauðarkróki samkvæmt lögum um sjóði og stofnanir, sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá nr. 19/1988.

Reykjavík 29. júní 2007.

Ingibjörg R. Magnúsdóttir hjúkrunarfræðingur Kristín Ingólfssdóttir, rektor Háskóla Íslands

Skipulagsskrá þessi staðfestist hér með skv. lögum um sjóði og stofnanir, sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá nr. 19/1988.

Dags. 16. júlí 2007

Sýslumaðurinn á Sauðárkróki

**VIÐAUKI III: SKIPULAGSSKRÁ FYRIR MINNINGARSJÓÐ BJARGAR
MAGNÚSDÓTTUR LJÓSMÓÐUR OG MAGNÚSAR JÓNASSONAR BÓNDA.****Skipulagsskrá fyrir Minningarsjóð Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda.**

1. gr.

Stofnaðild, varsla o.fl.

Sjóðurinn heitir Minningarsjóður Bjargar Magnúsdóttur ljósmóður og Magnúsar Jónassonar bónda, hér eftir nefndur minningarsjóðurinn. Minningarsjóðurinn er stofnaður samkvæmt fyrirætlunum í erfðaskrá Soffíu Þuríðar Magnúsdóttur, f. 3. júlí 1922, d. 28. febrúar 2005 frá 25. apríl 2001.

Minningarsjóðurinn starfar á grundvelli laga nr. 19/1988 um sjóði og stofnanir sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá.

Minningarsjóðurinn er í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands, Sæmundargötu 6, Reykjavík. Heimili hans og varnarþing er í Reykjavík.

2. gr.

Hlutverk minningarsjóðsins

Markmið minningarsjóðsins og hlutverk er að styrkja hjúkrunarfræðinga og ljósmæður til framhaldsnáms. Úr hópi hjúkrunarfræðinga skulu þær sem hyggja á framhaldsnám í ljósmóðurfræðum hafa forgang umfram aðra hjúkrunarfræðinga um styrki úr minningarsjóðnum.

3. gr.

Stofnframlag minningarsjóðsins og tekjur

Stofnframlag minningarsjóðsins eru allir þeir fjármunir sem Soffía Þuríður Magnúsdóttir kt. 030722-4939, ánafnaði sjóðnum í erfðaskrá sinni, samtals 25.000.000 kr. Stofnframlag minningarsjóðsins, verðbætt, er óskerðanlegt.

Tekjur minningarsjóðsins eru vextir af stofnfé, svo og gjafir er sjóðnum kunna að berast.

4. gr.

Stjórn minningarsjóðsins

Stjórn minningarsjóðsins skal skipuð af rektor Háskóla Íslands til tveggja ára í senn. Rektor Háskóla Íslands tilnefnir einn en háskólaráð tvo.

Stjórn minningarsjóðsins heldur fundargerðarbók um starf sitt og skal afritum fundargerða skilað til Styrktarsjóða Háskóla Íslands.

Stjórnin skal setja úthlutunarreglur og nánari starfsreglur um úthlutanir, s.s. einstakar styrkfjárhæðir, umsóknarfresti og ferli umsókna, allt í samræmi við skipulagsskrá þessa. Fjöldi styrkja sem veittur er árlega skal taka mið af því að styrkþega muni um fjárhæðina.

Reglur um úthlutun styrkja úr minningarsjóðnum skal endurskoða reglulega.

5. gr.

Styrkveitingar úr minningarsjóðnum

Stjórn minningarsjóðsins úthlutar styrkjum í samræmi við úthlutunarreglur hinn 3. júlí ár hvert, á fæðingardeggi stofnanda hans, Soffíu Þuríðar Magnúsdóttur.

Fyrsta úthlutun úr minningarsjóðnum fer fram hið minnsta einu reikningsári eftir stofnun, enda liggja fyrir endurskoðuð reikningsskil og upplýsingar um laust fé til úthlutunar styrkja. Að jafnaði tilkynnir rektor Háskóla Íslands styrki við hátíðlega athöfn. Stjórn minningarsjóðsins getur ákveðið í ljósi ávöxtunar eða annarra aðstæðna að safna saman leyfilegri úthlutun milli reikningsára og úthluta í einu lagi lausum hlut samkvæmt reikningsskilum

Aldrei má úthluta meira en $\frac{3}{4}$ af raunávöxtun minningarsjóðsins skv. endurskoðuðum ársreikningi hans. Óúthlutaðir vextir leggjast við stofnfé.

6. gr.

Ávöxtun fjár og ársreikningar

Styrktarsjóðir Háskóla Íslands annast ávöxtun minningarsjóðsins og skal hún vera sem hagkvæmust á hverjum tíma miðað við fjárfestingastefnu styrktarsjóðanna.

Heimilt er að úthluta styrkjum sem nema allt að þremur fjórðu af ávöxtun hvers reikningstímabils, að teknu tilliti til verðlagsbreytinga. Fjórðungur ávöxtunarinnar leggst við verðbætt stofnframlag og verður hluti af óskerðanlegu stofnfé.

Reikningsár minningarsjóðsins er almanaksárið og hefst fyrsta reikningsár hans 1. janúar 2009. Reikningar minningarsjóðsins skulu endurskoðaðir og birtir með sama hætti og aðrir reikningar í vörslu Styrktarsjóða Háskóla Íslands.

7. gr.

Skráning minningarsjóðsins, breytingar á skipulagsskrá o.fl.

Heimilt er að breyta skipulagsskrá þessari, en til þess þarf samþykki allra stjórnarmanna á tveimur fundum stjórnar, sem haldnir skulu með minnst einnar viku millibili. Leita skal staðfestingar sýslumannsins á Sauðárkróki á breytingum á stofnskrá þessari.

Minningarsjóðinn skal ekki leggja niður nema ríka nauðsyn beri til að mati stjórnarinnar og sýslumaðurinn á Sauðárkróki samþykki. Hrein eign hans skal þá renna til stuðnings náms í ljósmóðurfræðum.

8. gr.

Staðfesting

Leita skal staðfestingar sýslumannsins á Sauðárkróki á skipulagsskrá þessari.

Reykjavík, 15. desember 2008

f.h. dánarbús Soffíu Þ. Magnúsdóttur,

f.h. Háskóla Íslands

Dögg Pálsdóttir,

Kristín Ingólfssdóttir

skiptastjóri

rektor

Skipulagsskrá þessi staðfestist hér með skv. lögum um
sjóði og stofnanir, sem starfa samkvæmt staðfestri skipulagsskrá nr. 19/1988.

VIÐAUKI IV: VIÐBURÐIR Á VEGUM RANNSÓKNASTOFNUNAR Í HJÚKRUNARFRÆÐI

Ráðstefnur

15. janúar Hjúkrun í fararbroddi

Dagskrá Lota I og II

Tími/salur	Skriða
09:00-09:05	Ráðstefna sett <i>Erla Kolbrún Svavarsdóttir formaður stjórnar RSH</i>
09:05-10:20	Lota I - Sálfélagsleg liðan <i>Páll Biering stýrir</i>
E01	Prálátar hugsanir karlmannna í tengslum við skurðaðgerð vegna blöðruhálskirtilskrabbameins. <i>Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir</i>
E02	Meðferðarsamræður við fjölskyldur unglinga með ADHD borið saman við hefðbundna meðferð: foreldrahópar og viðtöl <i>Margrét Gísladóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir</i>
E03	Samskiptaboðorðin <i>Aðalbjörg Stefania Helgadóttir og Sigrún Gunnarsdóttir</i>
E04	Er amma komin aftur? – Komur og endurkomur aldraðra á bráðamóttöku LSH á árunum 2008-12 <i>Þórdís Katrín Þorsteindóttir</i>
E05	Að teigja sig í áttina að konum sem eru þolendur ofbeldis í yfirstandandi sambúð. <i>Erla Kolbrún Svavarsdóttir</i>
10:20-10:25	Hlé
10:25-11:50	Lota II - Þróun heilbrigðisþjónustu <i>Brynja Örlygsdóttir stýrir</i>
E06	Að fanga gögn og þekkingu í hjúkrun til endurnýtingar þekkingar <i>Ásta Thoroddsen og Hanna Kristín Guðjónsdóttir</i>
E07	Skapandi og sjálfstæðir hjúkrunarfræðingar á bráðasjúkrahúsi <i>Sigrún Gunnarsdóttir og Birna Dröfn Birgisdóttir</i>

E08	Áhrif efnahagskreppunnar á streitu í starfi og einkalífi <i>Birna G. Flygenring</i>
E09	Geta einkenni og áhættuþættir sjúklinga, sem skráðir hafa verið, spáð fyrir um endurinnlagnir? <i>Hanna Kristín Guðjónsdóttir og Ásta Thoroddsen</i>
E10	Eftirgæsla sjúklinga eftir útskrift af gjörgæsludeild: Framsýn samanburðarrannsókn <i>Rannveig J. Jónasdóttir, Gísli H. Sigurðsson og Helga Jónsdóttir</i>

11:50-12:10 Hádegishlé

12:10-12:15	Tónlistartriði
12:15-12:50	Meginerindi „Góðar og blessaðar tíðir“: Um blæðingar kvenna og önnur kvennamál. <i>Herdís Sveinsdóttir</i>
12:50-13:00	Ávarp <i>Sóley S. Bender og Helga Jónsdóttir</i>
13:00-13:05	Viðurkenning veitt úr minningarsjóði Guðrúnar Marteinsdóttur

13:05-13:15 Hlé

Dagskrá Lota III og IV

Tími/salur	Skriða	Bratti
13:15-14:30	Lota III a - Eldri borgarar og langveikir <i>Ingibjörg Hjaltadóttir stýrir</i>	Lota III b - Börn, meðganga og fæðing <i>Sigrún Gunnarsdóttir stýrir</i>
E11	Öflun þátttakenda í meðferðarrannsókn á fjölskyldum einstaklinga með byrjandi langvinna lungnateppu <i>Helga Jónsdóttir</i>	E16 Alvarleg munnslímhúðarbólga hjá börnum með krabbamein á Íslandi, algengi, einkenni og mat <i>Oddný Kristinsdóttir og Guðrún Kristjánsdóttir</i>
E12	Getting the left “right” — Fyrirbærafræðileg rannsókn á gaumstol innan við mánuð eftir heilaslag <i>Marianne E. Klinkle, Helga Jónsdóttir, Björn Thorsteinsson og Haukur Hjaltason</i>	E17 Að ná utanum erfiðar aðstæður og gera þær merkingarbærar. Reynsla kvenna 11-21 mánuði eftir fæðingu af því að fá falsk jákvæða niðurstöðu úr fósturskimun snemma á meðgöngu <i>Hildur Kristjánsdóttir og Helga Gottfreðsdóttir</i>
E13	Tengsl reykinga, kvíða, þunglyndis og lífsgæða hjá fólki með langvinna lungnateppu	E18 Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. Reynsla og viðhorf kvenna

	<i>Kristín Rósa Ármannsdóttir og Helga Jónsdóttir</i>		<i>Hildur Sigurðardóttir og Jóhanna Ólafsdóttir</i>
E14	Vönduð heimahjúkrun: Í hverju felst hún? <i>Kristín Björnsdóttir</i>	E19	Styrkur sársauka í fæðingu: Sjónarhorn kvenna <i>Sigfríður Inga Karlsdóttir, Herdís Sveinsdóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir</i>
E15	Þróun persónumiðaðs sjálfsmats í endurhæfingu með fyrirbærafræðilegri nálgun <i>Kristín Þórarinsdóttir, Kristín Björnsdóttir og Kristján Þórarinsson</i>	E20	Blóðeitrun meðal fullburða nýbura á Landspítala árin 2010-2011: algengi, einkenni og áhættuþættir <i>Guðrún Kristjánsdóttir, Lilja Björk Sigmundsdóttir, Lóa Rún Björnsdóttir og Elín Ögmundsdóttir</i>

14:30-14:45

Hlé

Hlé

14:45-16:00

	Lota IV a - Heilsuefling og verkir <i>Guðrún Kristjánsdóttir stýrir</i>		Lota IV b - Heilbrigðisþjónusta og ljósmóðurfræði <i>Sigfríður Inga Karlsdóttir stýrir</i>
E21	Þróun árangursvísa í heilsugæsluhjúkrun <i>Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, Þórunn Ólafsdóttir, Sesselja Guðmundsdóttir og Ragnheiður Bachmann</i>	E26	Innleiðing og mat á umönnunarlíkani í ljósmóðurstarfi, fjölgun eðlilegra fæðinga og efling barneignarþjónustu <i>Ólöf Ásta Ólafsdóttir</i>
E22	Aldur við fyrstu blæðingar og líðan og heilsumat íslenskra unglingsstúlkna <i>Herdís Sveinsdóttir og Rúnar Vilhjálmsson</i>	E27	Sjálfræði í vali á fæðingarstað: Áhættumat, upplýsing og afleiðingar <i>Berglind Hálfhánsdóttir, Herdís Sveinsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir</i>
E23	Könnun á þörf háskólanema fyrir heilbrigðisþjónustu <i>Sóley S. Bender, Urður Njarðvík, Anna Bryndís Blöndal, Þorvarður Jón Löve o.fl.</i>	E28	Er samræmi milli klínískra leiðbeininga um meðgönguvernd og notkunar kvenna á þjónustunni? <i>Helga Gottfreðsdóttir og Hildur Kristjánsdóttir</i>
E24	Verkjameðferð á Landspítala <i>Sigríður Zoëga, Sandra E. Ward, Herdís Sveinsdóttir, Gísli H. Sigurðsson, Thor Aspelund o.fl.</i>	E29	Fjölskylduhjúkrun í sérhæfðri líknarmeðferð í Heimahlýnningu Landspítala: Ávinningur af meðferðarsamræðum og innleiðingu klínískra leiðbeininga fyrir fjölskyldumeðlimi ættingja með ólæknandi krabbamein <i>Ásta B. Pétursdóttir og Erla Kolbrún Svavarsdóttir</i>
E25	Sálræn líðan eftir eldgosíð í Eyjafjallajökli <i>Guðrún Pétursdóttir, Arna Hauksdóttir, Hanne Karge Carlsen og Unnur Valdimarsdóttir</i>	E30	Þróun hjúkrunarmóttöku fyrir aldraða á Landspítala <i>Hlíf Guðmundsdóttir, Helga Rósa Másdóttir, Ingibjörg Sigbórsdóttir, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir o.fl.</i>

16:00

Ráðstefnuslit <i>Erla Kolbrún Svavarsdóttir formaður stjórnar RSH</i>
--

Yfirlit veggspjalda

Nr	Veggspjald	Höfundar
V01	Að fanga gögn og þekkingu í hjúkrun til endurnýtingar þekkingar	Ásta Thoroddsen og Hanna Kristín Guðjónsdóttir
V02	Að greina frá ofbeldi: Getur það virkað sem verndandi þáttur fyrir konur sem eru þolendur ofbeldis í yfirstandandi sambúð eða hjónabandi?	Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Brynja Örlygsdóttir
V03	Alvarleg munnslímhúðarbólga hjá börnum með krabbamein á Íslandi, algengi, tíðni og áhrifaþættir	Oddný Kristinsdóttir, Ólafur Gísli Jónsson og Guðrún Kristjánsdóttir
V04	Ákvörðun gæðaviðmiða fyrir RAI gæðavísa og mat á gæðum á íslenskum hjúkrunarheimilum árið 2009	Ingibjörg Hjaltadóttir, Anna K. Ekwall og Ingalill R. Hallberg
V05	Hjúkrunarmeðferð á netinu fyrir foreldra barna og unglunga með krabbamein	Anna Ólafía Sigurðardóttir, Erla Kolbrún Svavarsdóttir og Mary Kay Rayens
V06	Líðan foreldra með óvær ungbörn á Íslandi	Anna Guðríður Gunnarsdóttir og Marga Thome
V07	Samskiptaboðorðin	Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir og Sigrún Gunnarsdóttir
V08	Spáþættir fyrir andláti tengdir heilsufari og færni íbúa við flutning á hjúkrunarheimili	Ingibjörg Hjaltadóttir, Ingalill R. Hallberg, Anna K. Ekwall og Per Nyberg
V09	Streita, starfsánægja og heilsufar á niðurskurðartímum	Birna G. Flygenring
V10	Umfang og eðli lyfjagjafa hjúkrunarfræðinga án fyrirmæla lækna á Landspítala	Hulda S. Gunnarsdóttir, Ásta Thoroddsen og Helga Bragadóttir
V11	Ungar mæður og brjóstgjöf	Hildur Sigurðardóttir og Sóley S. Bender
V12	Viðbótarvinnuálag á klínískum hjúkrunarfræðingum: Lýsandi rannsókn	Sveinfríður Sigurpálsdóttir og Helga Bragadóttir

Útdrættir

E01 - Prálátar hugsanir karlmannna í tengslum við skurðaðgerð vegna blöðruhálskirtilskrabbameins.

Pórdís Katrín Þorsteinsdóttir, hjúkrunarfræðingur, dr. med., lektor og verkefnastjóri. Hjúkrunarfræðideild HÍ, Rannsóknarstofa HÍ og LSH í bráðafræðum og Division of Clinical Cancer Epidemiology, Sahlgrenska Academy, University of Gothenburg.

Inngangur: Prálátar hugsanir fylgja oft streituvaldandi atburðum eða áföllum. Þær eru síendurteknar, óvelkomnar og óvæntar. Rannsóknir á einstaklingum með krabbameinsgreiningu benda til þess að íhlutanir miðaðar að því að draga úr þrálátum hugsunum gagnist við að takast á við streituna í kjölfar greiningar. Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvort þrálátar hugsanir um blöðruhálskirtilskrabbameinið tengdist mati karlmanna á skertum lífsgæðum fyrir og eftir skurðaðgerð.

Aðferð: Notuð var blönduð aðferð og byggt á niðurstöðum djúpvíðtala við þróun spurningalista. Til að kanna réttmæti spurningalista voru tekin viðtöl (sýndarréttmæti) auk forrannsókna (n=100). Í fjölsetra framsýnni rannsókn í Svíþjóð, gengust 971 karlmenn undir aðgerð 1. september 2008-31. ágúst 2009. Af þeim svöruðu 833 (86%) spurningalistum fyrir og þremur mánuðum eftir aðgerð.

Niðurstöður: Fyrir skurðaðgerð höfðu 603 karlmenn (73%), stöku sinnum haft neikvæðar þrálátar hugsanir um krabbameinið, þremur mánuðum eftir aðgerð 493 (59%). Samanborið við þá sem ekki höfðu slíkar hugsanir að minnsta kosti einu sinni í viku, var algengihlutfallið (PR, 95% vikmörk) hjá þeim sem höfðu neikvæðar þrálátar hugsanir: 3,9 (2,7 – 5,5) fyrir að vakna á nóttinni með kvíða, 1,8 (1,6 – 2,1) fyrir depurð og 1,3 (1,2 – 1,5) fyrir skert lífsgæði, þremur mánuðum eftir aðgerð.

Ályktanir: Karlmenn greindir með klínískt staðbundið blöðruhálskirtilskrabbamein, þ.e. læknanlegt, upplifðu neikvæðar þrálátar hugsanir um krabbameinið fyrir aðgerð sem tengdust skertum lífsgæðum þremur mánuðum eftir skurðaðgerð. Til að efla lífsgæði karlmannna eftir skurðaðgerð við blöðruhálskirtilskrabbameini mætti skima fyrir og bera kennsl á hugsanir sem gætu haft neikvæð áhrif á líðan þeirra þegar í undirbúningi aðgerðar.

E02 - Meðferðarsamræður við fjölskyldur unglunga með ADHD borið saman við hefðbundna meðferð: foreldrahópar og viðtöl

Margret Gísladóttir¹ RN, MS, PhD (student), Erla Kolbrun Svavarsdóttir² RN, PhD
¹Landspítali háskólasjúkrahús, Kvenna- og barnasvið, ²Háskóli Íslands, heilbrigðisvísindasvið, hjúkrunarfræðideild

Inngangur: Fjölskyldur unglunga með athyglisbrest og ofvirkni ganga í gegnum mikla erfiðleika og álag þar sem foreldrahlutverkið er krefjandi og einkennin hafa neikvæð áhrif bæði á einstaklingana í fjölskyldunni og fjölskylduna í heild.

Tilgangur: Megintilgangur rannsóknarinnar er að kanna hvort efling foreldrahæfni og viðhorf hafi áhrif á stuðningshlutverkið en foreldrar eru álitnir mikilvægur stuðningur dóttursonar með ADHD og lítið er vitað um hvað gagnast helst.

Aðferð: Í rannsókninni er notað „longterm prospective randomized clinical trial(RCT)“ og lagðir fyrir sex spurningalistar á þremur tímapunktum. Í samanburðarhópi eru spurningalistar lagðir fyrir á sama tíma og fyrsta mæling í tilraunahópi og eftir mánuð fá þau seinkaða meðferð. Þátttakendur (N:65) eru foreldrar unglunga 13-17 ára frá Barna- og unglingsgeðdeild (BUGL). Meðferðin samanstendur af þremur hoptímum (10-12 foreldrar í senn) og tveimur foreldraviðtölum. Í tímunum eru meðferðarinnigrip, fræðsla, verkefni og umræða þar sem

unnið var með tilfinningar, umönnunarálag, samskipti og stuðningshlutverk foreldra. Meðferðin byggir á Calgary-meðferðarlíkönun. Gögnum hefur verið safnað frá apríl 2013 og lýkur í janúar 2014.

Niðurstöður: Útkoman úr rannsókninni mun segja til um árangur á heilsu foreldra, virkni í fjölskyldu, drottun ADHD yfir fjölskyldulífi, lífsgæðum og aðlögun en unnið er með þá þætti í meðferðinni.

Ályktanir: Niðurstöðurnar munu vonandi bæta við þekkingu geðhjúkrunarfræðinga og annars heilbrigðisstarfsfólks í því hvernig foreldrar geta verið stuðningur unglunga með ADHD og vera leiðbeinandi um meðferð sem hægt verður að bjóða á heilsugæslu, göngu- og innlagnadeildum.

E03 - Samskiptaboðorðin

Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir og Sigrún Gunnarsdóttir

Inngangur: Að eiga hlutdeild í vellíðan og velgengni annarra, er veigamikill þáttur í því að vera manneskja. Samt má vanlíðan og vanda í samfélaginu oft rekja til niðurlægjandi samskipta. Til að auka meðvitund og ábyrgð hvers einstaklings á áhrifum góðra samskipta voru Samskiptaboðorðin; horfa – heilsa – hlusta – hljóma – hrósa – hjálpa, búin til og útgefin. Þau byggja á gagnreyndum niðurstöðum fræðimanna á því í hverju uppbyggileg samskipti felast og gera kleift að tileinka sér samskiptahætti sem byggja á virðingu, einlægni, hluttekningu, umhyggju og trúnaði. Það er mikilvægt að tileinka sér góð samskipti, því góðan árangur stofnana og uppbyggileg tengsl má rekja til góðra samskipta. Með samskiptum er mögulegt að auka þekkingu, innsæi og skilning, koma á tengslum, rækta góð tengsl og byggja upp brotin tengsl. Góð samskipti auka skilning milli einstaklinga sem saman finna lausnir á flóknum verkefnum og uppgötva áhugaverða möguleika.

Aðferð: Með viðhorfskönnun var kannað viðhorf einstaklinga gagnvart samskiptum og þeim sex samskiptabáttum sem Samskiptaboðorðin byggja á. Gagnasöfnunin fór fram meðal þátttakenda á fræðslufyrirlestrum Samskiptaboðorðanna.

Niðurstöður: Niðurstöður leiddu í ljós að þátttakendur telja sig meðvitaða um eigin framkomu og samskipti og telja sig frekar færa í samskiptum. Framkoma annarra hefur áhrif á líðan þeirra og þátttakendur telja samferðafólk sitt hafa þörf fyrir fræðslu um Samskiptaboðorðin. Þátttakendur telja hlusta vera mikilvægasta Samskiptaboðorðið.

Ályktanir: Samskipti hafa áhrif á vellíðan, lífsgæði og árangur. Fræðsla um samskipti í formi hnitmiðaðs fræðsluefnis, sem byggir á Samskiptaboðorðunum er vel til þess fallið að efla almenna þekkingu og meðvitund um mikilvægi góðra samskipta og gerir kleift að tileinka sér góða samskiptahætti.

E04 - Er amma komin aftur? – Komur og endurkomur aldraðra á bráðamóttökur LSH á árunum 2008-12

Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir, hjúkrunarfræðingur, dr. med., lektor og verkefnastjóri Hjúkrunarfræðideild HÍ, Rannsóknarstofa HÍ og LSH í bráðafræðum,

Inngangur: Endurteknar komur aldraðra á bráðamóttöku eru oft vegna fjölþættra vandamála og hafa reynst vera tengdar hærri dánartíðni og verri afdrifum. Samkvæmt erlendum rannsóknum virðast hjúkrunarstýrðar móttökur geta leitt til færri endurkoma aldraðra á bráðamóttökur. Með faraldsfræðilegum rannsóknum má draga fram upplýsingar til að greina hvaða hópum aldraðra mismunandi úrræði gagnast best.

Aðferð: Gerð var aftursýn lýsandi rannsókn byggð á gögnum úr rafrænni sjúkraskrá í því markmiði að kanna hvort tíðni koma og endurkoma aldraðra á bráðamóttöku hafi breyst á

árunum 2008-2012? Eins hvert var kynjahlutfall þeirra sem komu, búseta, aldur og komuástæður?

Niðurstöður/meginmál: Komum einstaklinga í aldurshópnum 60-69 ára á bráðamóttöku LSH hefur fjölgað um 26% milli ára 2008-2012 en eldri aldurshópar hafa svipaða tíðni koma. 60% aldraðra sem komu útskrifuðust heim en yfir 18 þúsund komur á þessum árum voru endurkomur samkvæmt skilgreiningu. Innlögnum í kjölfar komu á bráðamóttöku hjá yfir 67 ára hefur fjölgað um 38% á þessum árum. Komum vegna sjúkdóma í öndunarfærum hafði fjölgað mest miðað við aðra MDC sjúkdómaflokka.

Ályktanir: Stór hópur aldraðra kemur endurtekið á bráðamóttökum LSH. Hjúkrunarfræðingar geta gegnt lykilhlutverki við að greina, meta og byggja upp stuðning fyrir þá einstaklinga sem hafa mestar líkur á endurkomum.

E05 - Að teigja sig í áttina að konum sem eru þolendur ofbeldis í yfirstandandi sambúð Dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Prófessor og forstöðumaður á fræðasviði fjölskylduhjúkrunar við Háskóla Íslands og á Landspítala.

Inngangur: Umfjöllun um kynbundið ofbeldi hefur verið háværandanfarið í íslensku samfélagi. Nýlegar rannsóknir á ofbeldi meðal kvenna almennt í íslensku samfélagi, hafa leitt í ljós að um 20% kvenna hafa einhvern tímenn á lífsleiðinni verið beýttar kynferðislegu ofbeldi af nákomnum aðila, 2% hafa verið beýttar kynferðislegu ofbeldi af nákomnum fjölskyldumeðlimi s.l. ár, 8-18% hafa verið þolendur líkamslegs ofbeldis s.l. 12 mánuði af nákomnum aðila og 12-22% hafa einhvern tímenn s.l. ár verið beýttar andlegu ofbeldi. Það er því ljóst að afleiðingar ofbeldis er víðfermt heilsufarsvandamál fyrir þolendur. Lítið er hins vegar vitað um tíðni ofbeldis meðal Háskólakvenstúðenta og meðal kvenna sem leita eftir heilbrigðisþjónustu á slysa- og bráðadeildum hér á landi. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna ofbeldi í yfirstandandi sambúð/hjónabandi meðal kvenstúðenta við Háskóla Íslands og meðal kvenna sem leituðu til slysa og bráðadeildar LSH, um þróun einkenna um áfallastreituröskun og um áhrif ofbeldisins á heilsutengd lífsgæði.

Aðferð: Þverskurðarrannsóknarsnið var notað í rannsókninni. Gögnum var safnað á einum tíma yfir 9 mánaða tímabil frá 306 konum á aldrinum 18-67 ára. Af þessum konum vour 55 (18%) sem upplifðu ofbeldi í yfirstandandi sambúð/hjónabandi og 17 konur (31%) höfðu þróað einkenni um áfallastreituröskun.

Niðurstöður: Konur sem vour þolendur ofbeldis í yfirstandandi sambúð og vour með einkenni áfallastreituröskunar, vour með marktækt verri líkamlega og andlega heilsu en þær konur sem vour þolendur ofbeldis í yfirstandandi sambúð/hjónabandi en vour ekki með einkenni áfallastreituröskunar.

Ályktanir: Að skima fyrir ofbeldi á klíniskum vettvangi s.s. á slysa- og bráðadeildum, gæti gagnast konum sem eru þolendur heimilisofbeldis og gæti komið í veg fyrir að þolendur verði endurtekið fyrir líkamlegu, andlegu eða kynferðislegu ofbeldi innan veggja heimilisins.

E06 - Að fanga gögn og þekkingu í hjúkrun til endurnýtingar þekkingar Ásta Thoroddsen og Hanna Kristín Guðjónsdóttir

Inngangur: Notkun gagna úr rafrænni sjúkraskrá (RSS) er vænlegt skref til að auka þjónustu sjúklinga, rannsóknir, gæði, útkomur og uppgötvun nýrrar þekkingar. Endurheimt sjúklingagagna eru háð því að klínisk gögn séu skráð, vistuð í gagnagrunni og kóðuð með stöðluðu fagmáli. Síðan þarf að flytja gögnin í vöruhús gagna til langtímavistar, þar sem unnt er að endurheimta þau, sem er þó háð því að breytur og tengsl breyta séu sýnd á skipulagðan hátt m.a. til greiningar á sjúklingahópum.

Aðferð: Þróunarverkefni þetta hefur þann tilgang að fanga gögn og þekkingu í hjúkrun, setja þau fram á þann hátt að unnt sé að nýta þau og endurnýta með því að endurheimta gögnin úr vöruhúsi gagna.

Meginmál: Undimarkmiðin voru að: 1) Innleiða staðlað fagmál til hjúkrunarskráningar; 2) þróa faglegar hjúkrunaráætlanir þannig að nýjasta þekking skili sér til sjúklinga, stuðst sé við klínískar leiðbeiningar í starfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra, að settir séu staðlar fyrir lágmarksgæðapjónustu og að fönguð sé deildabundin þekking (tacit knowledge); 3) kóða faglega þekkingu í hjúkrunaráætlunum með stöðluðu fagmáli; 4) vista öll hjúkrunargögn og – upplýsingar í gagnagrunni; 5) skilgreina þann kjarna hjúkrunargagna sem flytjast ættu í vöruhús gagna til endurnýtingar; 6) byggja hjúkrunarheim innan vöruhúss gagna.

Ályktanir: Hjúkrun byggir bæði á reynsluþekkingu og gagnreyndri þekkingu. Með vistun hjúkrunargagna í vöruhúsi gagna, sem inniheldur bæði klínísk og fjárhagsleg gögn, skapast áður óþekktur grunnur til rannsókna í hjúkrun þar sem unnt verður að tengja saman mismunandi tegundir gagna

E07 - Skapandi og sjálfstæðir hjúkrunarfræðingar á bráðasjúkrahúsi Sigrún Gunnarsdóttir, dósent Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Birna Dröfn Birgisdóttir, PhD nemi Háskólanum í Reykjavík

Inngangur: Gagnreyndir og agaðir starfshættir eru grundvöllur árangursríkrar heilbrigðisþjónustu um leið og skapandi viðbrögð við ófyrirséðum aðstæðum eru liður í daglegum störfum hjúkrunarfræðinga. Frumkvæði og skapandi nálgun eru mikilvægir eiginleikar til að efla árangur og öryggi heilbrigðisþjónustu og eru hluti af fagmennsku hjúkrunarfræðinga. Rannsóknir gefa til kynna að starfsmenn nýti frekar skapandi nálgun þegar umburðarlyndi og hvatning eru til staðar og þar spilar hlutverk yfirmanna stóran þátt. Nýjar rannsóknir sýna að árangursríkar aðferðir í stjórnun og forystu grundvallast á að virkja frumkvæði starfsfólks með áherslu á leiðsögn í stað fyrirskipana eða stýringar þar sem lítið er á skipulagsheildina sem lifandi og sýnbreytilega. Fáar rannsóknir eru til um gildi skapandi nálgunar í hjúkrun.

Aðferð: Gerð var spurningalistakönnun meðal allra hjúkrunarfræðinga (=84) á tveimur bráðamóttökudeildum á bráðasjúkrahúsi og spurt um viðhorf til starfsumhverfis, stjórnunar, skapandi nálgunar við dagleg viðfangsefni og ánægju í starfi. Almennt töldu hjúkrunarfræðingar yfirmenn sína vera styðjandi, umburðarlynda og forgangsraða fyrir hag heildarinnar. Hjúkrunarfræðingarnir telja sig almennt vera skapandi við lausn viðfangsefna og ánægða í starfi. Jákvæð martæk tengsl eru á milli annars vegar stuðnings, umburðarlyndis og auðmýktar næsta yfirmanns og hins vegar skapandi nálgunar hjúkrunarfræðinga í störfum og ánægju í starfi.

Niðurstöður: Niðurstöðurnar gefa vísbendingar um að áhersla yfirmanns á frelsi og sjálfstæði hjúkrunarfræðinga efli getu þeirra til að nýta skapandi nálgun. Einnig að umburðarlyndi og auðmýkt næsta yfirmanns geti eflt getu hjúkrunarfræðinga til að sýna frumkvæði í starfi. Mikilvægt er að auka þekkingu um vægi skapandi nálgunar í menntun, þjálfun og störfum hjúkrunarfræðinga til að efla árangur og öryggi í heilbrigðisþjónustu.

E08 - Áhrif efnahagskreppunnar á streitu í starfi og einkalífi Birna G. Flygenring

Inngangur: Tilgangur þessarar lýsandi rannsóknar var að kanna starfsánægju og streitu og afleiðingar hennar meðal sjúkraliða og hjúkrunarfræðinga sem starfa á Kragasjúkrahúsunum.

Aðferð: Um er að ræða þversniðskönnun og var rannsóknarsniðið meginlegt. Úrtak rannsóknarinnar náði til 221 starfsmanna Kragasjúkrahúsanna vorið 2011. Póstsendur var

spurningalisti sem auk bakgrunnsspurninga innihélt spurningar um starfsánægju, streitu, vinnuálag og stuðning í starfi.

Niðurstöður: Svörunin var 64,7% (n=143; hjúkrunarfræðingar=46%, sjúkraliðar=54%). Flestir þátttakenda (69%) voru eldri en 45 ára, voru í 50-90% starfshlutfalli (85%), störfuðu á lyf- eða handlækningadeildum. Þátttakendur sem greindu frá miklum eða mjög miklum áhrifum kreppunnar á streitu í einkalífi (n=86), voru fjarverandi úr vinnu vegna veikinda tvo/þrjá daga sl. mánuð og vöknudu oftast þreyttir eða óúthvíldir. Þátttakendur sem greindu frá miklum eða mjög miklum áhrifum kreppunnar á streitu í starfi (n=101) greindu síður frá góðri/mjög góðri heilsu voru fjarverandi úr vinnu vegna veikinda tvo/þrjá daga sl. mánuð áttu erfiðara með að sofna og vöknudu oftast þreyttir eða óúthvíldir þá var meðalstig þeirra á kvarðanum Streituvaldar í vinnu einnig hærra hjá þeim.

Ályktun: Efnahagskreppan olli því að mikil óvissa ríkti um rekstur þessa stofnana og endurspeglast það í því að þátttakendur fundu fyrir streitu í starfi og einkalífi sem hafði áhrif á heilsufar þeirra. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að stjórnendur verða að vera meðvitaðir um að umbrotatímar geta haft neikvæð áhrif á líðan starfsmanna. Því er mikilvægt að þeir styðji markvisst við bakið á starfsfólki til að hafa jákvæð áhrif þar á.

E09 - Geta einkenni og áhættuþættir sjúklinga, sem skráðir hafa verið, spáð fyrir um endurinnlagnir?

Hanna Kristín Guðjónsdóttir og Ásta Thoroddsen

Inngangur: Endurinnlagnir sjúklinga eru bæði íþyngjandi fyrir sjúklinga og fyrir heilbrigðiskerfið í heild. Mikilvægt er að leita leiða við að greina ástæður eða áhættuþætti endurinnlagna ef möguleiki á að vera á að fyrirbyggja þær. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða hvernig sjúklingum, sem eru endurinnlagðir eða ekki endurinnlagðir á sjúkrahús, er lýst í skráðum gögnum og hvort einhver af þeim breytum hafi forspárgildi varðandi útkomu á gæðavísunum og hvort fylgni sé milli breyta og endurinnlagna eða ekki endurinnlagna. Í þeim tilgangi voru aðgengileg gögn er tilheyrja lágmarksgagnasafni hjúkrunar skoðuð sem og önnur valin gögn úr rafrænni sjúkraskrá.

Aðferð: Gerð var afturvirk lýsandi fylgnirannsókn á gögnum sjúklinga 18 ára og eldri sem lögðust inn á Skurðlækninga sérgreinarnar almennar- og þvagfæraskurðlækningar og lyflækninga sérgreinarnar meltinga- og nýrnalækningar á LSH á tímabilinu 01.12.2011-31.01.2012 og voru endurinnlagðir eða ekki innan 30 daga frá útskrift (N=439).

Meginmál: Tíðni endurinnlagna 15,4%. Samkvæmt lógarithmalínulegri aðhvarfsgreiningu er hægt að spá fyrir um líkur sjúklinga á endurinnlögnum. Sett voru fram tvö líkön og breytur líkananna voru skoðaðar með framvirku vali. Spálíkur líkans 1 á endurinnlögnum sjúklings sem er fráskilinn, búsettur á höfðuborgarsvæðinu og er ekki hjúkrunarþyngdarflokkadur á útskriftardegi er 41,3% miðað við 7,5% ef sjúklingur býr á landsbyggðinni, er ekki fráskilinn og er hjúkrunarþyngdarflokkadur á útskriftardegi. Spálíkur líkans 2 á endurinnlögnum sjúklings sem er flokkadur í hjúkrunarþyngdarflokk III á útskriftardegi er 19,1% miðað við 7,8% ef hann er flokkadur í annan hjúkrunarþyngdarflokk.

Ályktanir: Í rannsókninni voru greind ýmis einkenni endurinnlagðra sjúklinga sem og áhættuþættir fyrir endurinnlögnum. Niðurstöður þessarar rannsóknar eru samhljóma sumum rannsóknum á endurinnlögnum en frábrugðin öðrum.

E10- Eftirgæsla sjúklinga eftir útskrift af gjörgæsludeild: Framsýn samanburðarrannsókn

Rannveig J. Jónasdóttir doktorsnemandi í heilbrigðisvísindum við læknadeild og Hjúkrunarfræðideild HÍ, Gísli H. Sigurðsson prófessor læknadeild HÍ og Helga Jónsdóttir prófessor Hjúkrunarfræðideild HÍ

Inngangur: Sýnt hefur verið fram á að alvarleg veikindi sem leiða til innlagnar á gjörgæsludeild hafa langvinn áhrif á heilsu og líðan sjúklinga. Vegna hins hæga bataferils hefur verið mælt með því að heilbrigðisstarfsfólk með þekkingu af gjörgæslu fylgi eftir sjúklingum sem útskrifast hafa af gjörgæslu á legudeild. Eftirgæsla hefur lítið verið rannsökuð og gagnsemi ekki vel þekkt. Markmið rannsóknarinnar er að mæla ávinning af skipulagðri, hjúkrunarstýrðri eftirgæslu sjúklinga eftir legu á gjörgæsludeild.

Aðferð: Rannsóknin er framsýn samanburðarrannsókn sjúklinga sem annars vegar fá eftirgæslu á fjórum tímupunktum eftir útskrift af gjörgæsludeild og hins vegar hefðbundna eftirgæslu á legudeild eftir útskrift af gjörgæsludeild.

Meginmál: Gjörgæsluhjúkrunarfræðingar veita sjúklingum í tilraunahópi íhlutun en samanburðarhópur fær hefðbundna þjónustu. Íhlutun felst í upplýsingagjöf við lok legu á gjörgæsludeild, heimsóknum og eftirliti á legudeild, símtali í fyrstu viku eftir útskrift af sjúkrahúsi og viðtali þremur mánuðum eftir útskrift af gjörgæsludeild. Mældar breytur eru heilsutengd lífsgæði, einkenni áfallastreituröskunar, einkenni kvíða og þunglyndis, starfsfærni í athöfnum daglegs lífs, almenn líkamleg og sálræn einkenni og atvinnuþáttaka.

Ályktanir: Samfeldri eftirgæslu sjúklinga eftir útskrift af gjörgæslu að þremur mánuðum eftir útskrift þaðan sem stýrt er af hjúkrunarfræðingum hefur ekki verið lýst. Vísindalegt gildi rannsóknarinnar er aukin þekking á árangri eftirgæslu til sjúklinga eftir útskrift af gjörgæsludeild.

E11- Öflun þátttakenda í meðferðarrannsókn á fjölskyldum einstaklinga með byrjandi langvinna lungnateppu

Helga Jónsdóttir, prófessor, Hjúkrunarfræðideild H.Í.

Inngangur: Öflun nægilegs fjölda þátttakenda í meðferðarrannsóknir er snúið viðfangsefni, ekki síst þegar þátttakendur eru fjölskyldur. Rannsóknarspurningin er: Hvert var brottfall einstaklinga og fjölskyldumeðlima í rannsókn á samráði um eflingu heilbrigðis einstaklinga með byrjandi langvinna lungnateppu (LLT) og fjölskyldna þeirra og hvaða skýringar eru á brottfallinu?

Aðferð: Síðari greining (e. secondary analysis) á upphafsgögnum rannsóknarinnar. Þátttakendur voru fengnir á 8 heilsugæslustöðvum og hjá 6 lungnalæknum. Alls var 291 einstaklingi með mögulega LLT boðin þátttaka jafnframt því sem þátttöku fjölskyldumeðlims var óskað.

Niðurstöður: Fjórðungur mögulegra þátttakenda hafnaði þátttöku (n=72) og þriðjungur var útilokaður eða datt út áður en gagnasöfnun hófst (n=100). Því hófu 119 þátttöku ásamt 30 fjölskyldumeðlimum. Rúmlega tveir þriðju einstaklinga með LLT sem hóf þátttöku (n=82) hafði LLT á GOLD stigi I og II á meðan þriðjungur (n=37) hafði sjúkdóminn á GOLD stigi III og IV. Brottfall eftir að meðferð byrjaði var 16% hjá einstaklingum með LLT og 40% hjá fjölskyldumeðlimum. Í helmingi tilvika þeirra sem höfnuðu þátttöku var ekki skýring fyrir ákvörðuninni (n=37), næst kom að vera of veikur (n=14) og því næst að hafa ekki tíma (n=11). Algengasta skýring þess að fjölskyldumeðlimur tók ekki þátt var: „Ég vildi ekki hafa neinn með mér“ (74%) og „Það hafði enginn tíma til að taka þátt“ (21%).

Ályktanir: Há höfnunartíðni og hátt brottfall fjölskyldumeðlima er ekki frábrugðið erlendum rannsóknnum. Margar skýringar hafa verið gefnar. Áhugavert er að skoða hvort grunleysi um sjúkdóm, afneitun á sjúkdómi eða höfnun á afskiptum annarra af eigin reykingum (áhyggjur, umhyggja) megi skýra þessa afstöðu.

E12- Getting the left “right”—Fyrirbærafræðileg rannsókn á gaumstol innan við mánuð eftir heilaslag

Marianne E. Klinke, RN, MSc, hjúkrunarfræðingur Taugalækningadeild B2, Lsh og doktorsnemi, Hjúkrunarfræðideild, Háskóla Íslands.

Inngangur: Gaumstol er algengt einkenni eftir slag í hægri heilahveli og hefur víðtæk áhrif á getu sjúklinga til þátttöku í endurhæfingu. Vitneskju vantar um upplifun sjúklinga með gaumstol.

Tilgangur: Lýsa reynslu sjúklinga með miðlungs/alvarlegt gaumstol fyrsta mánuðinn eftir heilaslag.

Aðferð: Fyrirbærafræðileg nálgun var notuð til þess að lýsa reynslu tíu þátttakenda. Reynslan var samþætt úr tveimur megin sjónarhornum: [1] Athugun (e. observation) —skoðað var í hvaða samhengi erfiðleikar og áhrif gaumstols á athafnir daglegs lífs komu fram [2] formlegum og óformlegum viðtölum—formlegu viðtölin voru tekin upp á segulbandi. Fyrirbærileg aðferð, aðallega byggð á heimspeki Merleau Ponty, var notuð til að greina viðtöl og athuganir.

Niðurstöður: Eitt meginþema var greint: „Þokukennd leit að sjálfri(um) sér“ sem endurspeglar að þátttakendur [a] voru „hamlaðir af hinum leynilega vinstri heimi“ og áttu erfitt með að bregðast við fólki og atburðum, [b] upplifðu „einkennilegar afleiðingar“ sem lýsa skorti á innsæi í eigin viðbrögð og annarra og [c] voru „leitandi að björgunarhringjum í umhverfinu“—sem felur í sér þörfina fyrir fyrirsjáanleika í hinni samhengislausu upplifun gaumstolsins.

Alyktun og umræður: Erfiðleikar tengdir gaumstoli leiddu til þess að erfitt var fyrir þátttakendur að skynja umhverfi sitt og eigin viðbrögð við því. Þar af leiðandi brugðust væntingar þeirra oft. Þessi einstæða sýn gefur vísbendingar um að leggja skuli áherslu á skilning fagfólks á gaumstoli og að fundnar séu einstaklingsmiðaðar íhlutanir snemma í endurhæfingarferlinu. Sérstaklega er mikilvægt að örva athafnir sem skipta máli, veita fræðslu og gera einstaklingum kleift að vera virkir í ákvarðanatöku sem lítur að þeim sjálfum.

E13 - Tengsl reykinga, kvíða, þunglyndis og lífsgæða hjá fólki með langvinna lungnateppu

Kristín Rósa Ármannsdóttir og Helga Jónsdóttir

Inngangur: Langvinn lungnateppa (LLT) veldur varanlegri fötlun og orsakar verulega efnahags- og félagslega byrgði í heiminum. Áætlað er að árið 2030 mun LLT vera þriðja algengasta orsök dauðsfalla í heiminum. Stærstu orsök langvinnrar lungnateppu má rekja til reykinga. Til að draga úr einkennum og seinka framvindu LLT er mikilvægast að hætta að reykja. Sálræn vanlíðan tengist reykingum og komið hefur fram að neikvæðar tilfinningar tengjast reykingum hjá fólki með LLT. Tíðni kvíða og þunglyndis á meðal fólks með lungnateppu og skortur á heilsueflandi aðgerðum, góðri, viðeigandi og gagnlegum meðferðum til að draga úr kvíða, þunglyndi og streitu hjá fólki með langvinna lungnateppu veldur einnig áhyggjum. Rannsóknarspurningin er: Er samband milli reykinga og kvíða, þunglyndis og lífsgæða hjá fólki með langvinna lungnateppu?

Aðferð: Þversniðsrannsókn byggð á frumrannsóknargögnum úr íhlutunarrannsókn á lungnasjúklingum: „Efling heilbrigðis og sjálfsmönunnar hjá fólki með langvinna lungnateppu og fjölskyldum þeirra“ (N= 100).

Niðurstöður: Þátttakendur sem reyktu skorðu marktækt hærra á kvíða kvarða HADS samanborið við þá sem ekki reyktu. Það var einnig marktækur munur á meðaltalsstigum á St.

George's Respiratory Questionnaire um heilsutengd lífsgæði hjá þeim sem reyktu og þeim sem ekki reyktu.

Ályktun: Það virðist vera samband á milli reykinga og andlegrar líðunar og lífsgæða hjá einstaklingum með LLT. Þeir sem reyktu voru kvíðnari og höfðu verri heilsutengd lífsgæði miðað við þá sem voru hættir að reykja. Niðurstöðurnar samræmast niðurstöðum rannsókna á líðan einstaklinga sem reykja og eru með langvinna lungnateppu. Mikilvægt er að efla forvarnir gegn reykingum og rannsaka betur þá sálrænu streitu sem reykingafólk upplifir.

E14- Vönduð heimahjúkrun: Í hverju felst hún?

Kristín Björnsdóttir, prófessor

Inngangur: Markmið þessarar rannsóknar var að skapa þekkingu um vandaða og árangursríka heimahjúkrun sem stuðlar að vellíðan eldri borgara sem búa heima. Athyglin beindist að starfsháttum í heimahjúkrun. Byggt var á gerendanetskenningunni (Actor Network Theory) þar sem reynt er að rekja hvernig tengsl skapa gerendur og móta einkenni þeirra og áhrif. Í greiningu á gögnum var sótt í smíðju höfunda sem fjalla um eðli hjúkrunarstarfsins og kenna sig við emperíska siðfræði og feníníska umhyggju siðfræði.

Aðferð: Aðferðin var etnógrafísk. Rannsóknargögn voru annars vegar vettvangslýsingar skrifaðar af höfundum eftir heimsóknir með hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum til eldri borgara og frá samstarfsfundum sem þeir tóku þátt í (15 vikur) og hins vegar viðtöl við starfsfólk (N 5) og sjúklinga (N 15). Jafnframt var stuðst við opinber gögn um markmið og stefnumótun á sviði heimaþjónustu. Vísindasiðanefnd veitti leyfi fyrir rannsókninni.

Niðurstöður: Fram kom að samvinna, bæði meðal starfsmanna heimaþjónustunnar, við sjúklinga og aðstandendur þeirra og við samstarfsaðila innan heilbrigðis- og félagsþjónustunnar var lykilatriði í árangursríkri þjónustu. Þessi samvinna byggði á fjölbreyttri þekkingu og einkenndist af sameiginlegum skilningi á áhersluatriðum og gildum. Heimaþjónusta var líkt við viðkvæmt net. Hinn siðfræðilegi skilningur sem starfið byggðist á fólst í því að veita hverjum einstaklingi athygli og einbeitingu (attentiveness) og að próf sig áfram með lausnir sem stuðluðu að vellíðan. Með samræðum reyndi starfsfólkið að viðhalda og styrkja netið.

Ályktanir: Stjórnendur þurfa að þekkja, skilja og styðja við starfsaðferðir sem hafa þróast til að stuðla að vellíðan eldri borgara sem búa heima og gera sér grein fyrir hinum siðfræðilega skilningi sem starfsmenn í heimahjúkrun hafa að leiðarljósi.

E15 - Þróun persónumiðaðs sjálfsmats í endurhæfingu með fyrirbærafræðilegri nálgun Kristín Þórarinsdóttir, doktorsnemi við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og lektor við Háskólann á Akureyri, Kristín Björnsdóttir, prófessor og Kristján Þórarinsson

Inngangur: Í endurhæfingu sinni leitast fólk stöðugt við að skilja og túlka ástand sitt og meðferð og setja í í merkingarþætt samhengi. Í ljósi þessa var persónumiðað sjálfsmat þróað í endurhæfingarhjúkrun með fyrirbærafræðilegri nálgun. Matið sem beinist að heilsufarstengdum þáttum var byggt á gagnreyndum rannsóknum.

Aðferð: Sjálfsmatið var þróað með ferliráðgjöf. Aðferðin byggðist á því að ráðgjafi þróaði matið í virku samstarfi við 12 starfandi hjúkrunarfræðinga á tveimur endurhæfingardeildum. Fimm hjúkrunarfræðinganna unnu sérstaklega með ráðgjafa í gæðahring meðan á þróuninni stóð. Ráðgjafi þróaði í upphafi fyrsta matsgrunninn að sjálfsmatinu og hina fyrirbærafræðilegu nálgun. Heilsufarslyklar Gordon voru byggðir inn í matið. Eftir tvo greiningafundi með gæðahringum var fyrsta útgáfan af sjálfsmatinu prófuð í starfi, ígrundað

var síðan á notagildi matsins og tillögur til breytinga settar fram. Í framhaldi var sjálfsmatið endurbætt og prófað áfram. Gögnum var safnað með viðtölum við hjúkrunarfræðinga, athugunum á vettvangi og úttekt á hjúkrunarskráningu 14 sjúklinga. Þessi þróun fór fram yfir 18 mánaða tímabil. Áframhaldinu þróun hefur hins átt sér stað á hinni fyrirbærafræðilegu nálgun.

Niðurstöður: Eftir sjö hringferli endurskoðunar og prófunar á sjálfsmatinu var útgáfan af sjálfsmatinu innleidd sem nú er í notkun. Nálgunin sem þróuð var byggðist á fyrirbærafræði Heideggers og Merleau Ponty. Sjónarhorn sjúklinga á heilsufarsvanda og alvarleika kom skýrt fram á sjálfsmatinu og nýttist matið vel í viðtölum við sjúklinga.

Ályktanir: Ljóst er að matið gefur rödd sjúklinga vægi en þörf er á rannsóknum á vettvangi (etnógrafískum) þar sem möguleiki er að kanna hvernig hin fyrirbærafræðilega nálgun endurspeglast í starfháttum er matinu tengjast.

E16 - Alvarleg munnslímhúðarbólga hjá börnum með krabbamein á Íslandi, algengi, einkenni og mat

Oddný Kristinsdóttir^{1,2} og Guðrún Kristjánsdóttir^{1,2}

¹ Hjúkrunarfræðideild, Háskóli Íslands, ² Barnaspítali Hringins, Landspítali

Inngangur: Alvarleg munnslímhúðarbólga (AM) er algengur og hvítleiður fylgikvilli barna í krabbameinslyfjameðferð. Upplýsingar skortir þó um algengi og hvernig skuli meta umfang AM. Hér verður gert grein fyrir algengi, einkennum og mati á AM hjá börnum sem gengust undir krabbameinslyfjameðferð á Íslandi 2002-2011.

Aðferð: Rannsóknin var lýðgrunduð og lýsandi afturskyggnt rannsóknarsnið notað. Helstu upplýsingar um einkenni og mat voru skráðar úr sjúkraskrá á sérstaklega útbúið gagnaskráningarblað. Úrtakið voru börn (1-18 ára) sem gengust undir krabbameinslyfjameðferð á Íslandi á árunum 2002-2011, alls 64 börn af þeim 120 sem greindust með krabbamein á tímabilinu. Notast var við munnslímhúðar matskala WHO og NIC til að greina börn með AM.

Niðurstöður: AM fengu 25 (39,1%) börn 1-6 sinnum (samanlagt 60 tilvik). Innlagdir á sjúkrahús voru í 91,7% tilvika. Níu börn (36%) fengu AM einu sinni, 6 (24%) fengu tvisvar og 10 (40%) fengu AM þrisvar til sex sinnum. Í öllum tilvikum (samaltals 60) voru börnin með verki í munni og í 60% tilvika einnig í hálsi. Í 95% tilvika gátu börnin ekki neytt fastrar fæðu. Hvert barn var með að meðaltali 3,53 einkenni um AM í hverju tilviki fyrir sig, minnst 2 einkenni og mest 7. Verkjamataskvarða var beitt (oftar en einu sinni) í 34,5% innlagna en önnur einkenni voru ekki metin með stöðluðu mati.

Ályktanir: Stór hluti barna í krabbameinslyfjameðferð á Íslandi fá AM. Þetta samræmist erlendum niðurstöðum, sem þó eru á misvísandi vegna mismunandi mæliaðferða. Mikil einkennabyrði hvílir á þessum börnum þar sem verkir eru algengir og hafa víðtæk áhrif. Bæta þarf einkennameðferð með áreiðanlegu og skipulögðu einkennamati.

E17 - Að ná utanum erfiðar aðstæður og gera þær merkingarbærar. Reynsla kvenna 11-21 mánuði eftir fæðingu af því að fá falsk jákvæða niðurstöðu úr fósturskimun snemma á meðgöngu

Hildur Kristjánsdóttir^{1,2}, lektor og Helga Gottfreðsdóttir^{1,3}, dósent

¹Háskóli Íslands. Hjúkrunarfræðideild, námsbraut í ljósmóðurfræði, ²Embætti landlæknis, ³Landspítali

Inngangur: Á Íslandi taka árlega um 73% barnshafandi kvenna þátt í fósturskimun fyrir fósturgöllum, snemma á meðgöngu. Hluti hópsins fær niðurstöður um að líkur á fósturgöllum

séu auknar og rannsóknir benda til þess að þar sé um viðkvæman hóp að ræða. Ekki er mikið vitað um hvort og þá á hvaða hátt þessi reynsla hefur áhrif á konur til lengri tíma lítið.

Tilgangur: Markmið þessarar rannsóknar var að öðlast dýpri þekkingu á reynslu kvenna af því að fá falsk jákvæða niðurstöðu úr fósturskimun og áhrifum þess á líf þeirra og reynslu af meðgöngunni.

Aðferð: Tekin voru viðtöl við 14 konur sem allar höfðu fengið falsk jákvæða niðurstöðu úr fósturskimun snemma á meðgöngu. Viðtölin fóru fram 11-21 mánuðum eftir fæðingu. Við greiningu gagna var stuðst við fyrirbærafræðilega nálgun.

Niðurstöður: Fjögur þemu greindust úr viðtölunum; fyrstu viðbrögð, framsetning upplýsinga, ég er ekki eyland og 'að vera eða ekki' barnshafandi. Með örfáum undantekningum má segja að um ferli sé að ræða frá því að fá áfall til þess að finna jafnvægi þar sem tekst að ná utan um þessar aðstæður og gera þær merkingarbærar fyrir sig.

Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að konurnar muni 11-21 mánuði eftir fæðingu barns mjög skýrt fyrstu viðbrögð sín og hvernig niðurstöður voru settar fram við þær og maka þeirra. Þær óska eftir stuðningi frá ljósmóður til að ræða bjargráð og vilja fá meiri upplýsingar og með öðrum hætti en þær fengu.

E18 - Umönnun í sængurlegu á stofnun og heima. Reynsla og viðhorf kvenna Hildur Sigurðardóttir, lektor og ljósmóðir og Jóhanna Ólafsdóttir hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir

Inngangur: Svokölluð heimaþjónusta ljósmæðra hefur verið í boði í 20 ár og hefur notendum hennar stöðugt fjölgað samfara styttri sjúkrahúsvist og þróun til sveigjanlegri viðmiða um heilsufar móður og barns sem forsendur fyrir snemmútskrift og aðgengi að heimaþjónustunni. Rannsóknir hafa gefið til kynna jákvæð viðhorf kvenna til sængurleguþjónustu á Íslandi, sérstaklega heimaþjónustunnar, en á niðurskurðartímum er sérstaklega mikilvægt að vera á verði hvað varðar gæði og öryggi þjónustunnar og meta árangur hennar markvisst. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna viðhorf og reynslu kvenna af þjónustu sem veitt er í sængurlegu bæði á stofnun og í heimaþjónustu.

Aðferð: Gagnasöfnunin var framvirk en úrtaksvalið þægindaúrtak er náði til 62 kvenna. Rannsóknin var með blönduðu sniði þar sem annars vegar er notast við staðlaða spurningarkvarða og hins vegar opnar spurningar. Markhópur rannsóknarinnar voru konur sem nýttu sér barneignarþjónustu á vormánuðum 2012 annars vegar á Landspítala og hins vegar á sjúkrahúsi Vesturlands. Fyrir útskrift af stofnun fengu konurnar afhenta spurningalista ásamt kynningarbréfi og þátttakendur beðnar um að svara listunum og póstsenda í framhaldi af því að heimaþjónustu ljósmæðra lauk.

Niðurstöður og ályktun: Niðurstöðurnar styðja fyrri sambærilegar rannsóknir og gefa til kynna almenna ánægju kvenna með sængurleguþjónustuna, einkum heimaþjónustu ljósmæðra en stærstur hluti kvenna vill að þjónustunni sé viðhaldið og aðgengi að henni jafnvel aukið. Í samræmi við fyrri rannsókn komu fram marktækt jákvæðari viðhorf til heimaþjónustunnar samanborið við sængurleguþjónustu á stofnun ($P < 0,001$). Vísbendingar komu fram um þætti sem mætti styrkja enn frekar svo sem varðandi stuðning við brjóstagjöf á stofnun fyrstu sólarhringana og þörf á auknum stuðningi við feður. Greina mætti nánar hvaða fræðsluþáttum væri sinnt sérstaklega innan stofnunar annars vegar og í heimaþjónustu hins vegar.

E19 - Styrkur sársauka í fæðingu: Sjónarhorn kvenna

Sigfríður Inga Karlsdóttir, doktorsnemandi í ljósmóðurfræði við Hjúkrunarfræðideild HÍ/dósent við Heilbrigðisvísindasvið HA. Dr. Herdís Sveinsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild HÍ, Dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, lektor við Hjúkrunarfræðideild HÍ

og Hildur Kristjánsdóttir, lektor við Hjúkrunarfræðideild HÍ/ verkefnastjóri hjá Landlæknisembættinu

Inngangur: Fáar rannsóknir hafa verið gerðar á væntingum og viðhorfi kvenna til sársauka og meðferðar við sársauka í fæðingu. Niðurstöður erlendra rannsókna benda til þess að konur hafi mun jákvæðara viðhorf til sársauka í fæðingu, en til annars sársauka.

Aðferð: Lýsandi könnunarrannsókn. Úrtak var lagskipt hentugleikaúrtak barnahafandi kvenna sem komu í mæðravernd á 26 heilsugæslustöðvum um allt land. Tilgangur rannsóknarinnar var að varpa ljósi á væntingar og viðhorf barnshafandi kvenna á Íslandi til sársauka og meðferð við sársauka í fæðingu. Í erindinu verður áhersla lögð á að kynna niðurstöður varðandi væntingar kvenna til styrks sársauka í fæðingu. Mælitækið var spurningalisti sem var lagður fyrir snemma á meðgöngu.

Niðurstöður: Alls svöruðu 1111 konur spurningalistanum, en svarhlutfall var 63%. Þegar konur voru spurðar að því hvað þær byggjust við að finna mikinn sársakauka í fæðingunni, kom í ljós að meðaltalið var 5.58 mælt á skalanum 1-7. Marktækt samband ($p < 0.05$) reyndist milli þess hversu mikinn sársauka konur telja að þær finni meðan á fæðingu stendur og fjölmargra þátta svo sem: búseta, jákvæð upplifun af fyrri fæðingu, upplifun á öryggistilfinningu og almennt viðhorf til fæðingar.

Ályktanir: Barnshafandi konur búast við því að fæðingin verði sársaukafull, en eru þrátt fyrir það almennt jákvæðar gagnvart henni. Niðurstöður rannsóknarinnar er hægt að nýta til að ræða við barnshafandi konur á meðgöngu um sársauka í fæðingu og aðstoða þær við að undirbúa sig fyrir fæðinguna. Rannsóknir hafa sýnt að góður undirbúningur eykur líkur eðlilegri fæðingu og ánægjulegri upplifun.

E20 - Blóðeitrun meðal fullburða nýbura á Landspítala árin 2010-2011: algengi, einkenni og áhættuþættir

Guðrún Kristjánsdóttir^{1,2}, Lilja Björk Sigmundsdóttir¹, Lóa Rún Björnsdóttir¹, og Elín Ögmundsdóttir²

¹Hjúkrunarfræðideild, Háskóli Íslands, ²Barnspítali Hringins, Landspítali

Inngangur: Hjúkrunarfræðingar eru lykilaðilar í að uppgötva í tæka tíð blóðeitranir hjá nýburum og rannsóknir sýna að mikilvægt sé að vera næmur fyrir einkennum og aðstæðum nýfæddra. Tilgangur rannsóknarinnar var að fá upplýsingar um algengi skráðra tilfella blóðeitrunar af völdum baktería meðal fullburða nýbura á Íslandi árin 2010-2011, skoða algengustu áhættuþætti hjá móður og barni og algengustu skráðu einkennum nýburans.

Aðferð: Stuðst var við afturskyggt lýsandi rannsóknarsnið. Upplýsingum var aflað úr sjúkraskrá fullburða nýbura (>37 vikur) fæddra á árunum 2010 og 2011 sem fengu sjúkdómsgreininguna blóðeitrun á nýburaskeiði (≤ 28 dagar) á Landspítala. Safnað var upplýsingum um áhættuþætti mæðra úr mæðraskrá og um þekkt einkenni og áhættuþætti hjá nýburunum. Endanlegt úrtak var 88 nýburar fædda á Landspítala af 9383 lifandi fæddum börnum á Íslandi á þessu tímabili, ekki náðist að greina 7 sjúkraskrá og þeim sleppt.

Niðurstöður: Algengi blóðeitrunar meðal fullburða nýbura á þessu tímabili var 10 börn á 1000 lifandi fæðingar. Ekkert barnanna lést vegna blóðeitrunar. Öll börn nema eitt voru blóðræktuð og 39,8% voru mænuræktuð. Aðeins 7 börn (7,95%) voru með staðfesta blóðræktun og voru kóagúlusa neikvæðir stafýlókókkar algengasta bakterían. Í engu sýni greindust bakteríur í mænurvökva. Algengustu áhættuþættirnir hjá móður voru grænt legvatn (39,8%), hiti fyrir eða í fæðingu (25,0%), offita (19,3%) og snemmrof á belgjum (18,2%). Algengustu áhættuþættirnir hjá nýbura voru karlkyn (58%), fósturköfnun (4,5%), meðfæddur fæðingargalli (4,5%) og íhlutir (3,4%). Öndunarerfiðleikar (89,9%) voru algengustu skráðu

einkennin meðal nýburanna, þar á eftir voru erfiðleikar við fæðugjöf (51,1%), slappleiki (45,5%), fögur húðlitur (25,0%) og pírtingur (21,6%).

Ályktanir: Blóðeitrun meðal fullburða nýbura á Íslandi er sjaldgæf samanborið við önnur lönd, sérstaklega ef miðað er við staðfestar blóðeitranir. Niðurstöður gefa hjúkrunarfræðingum vísbendingar um hvaða einkenni og áhættuþætti þurfi að hafa í huga við greiningu og meðferð blóðeitrunar. Þörf er á framskyggnum rannsóknum á blóðeitrunum nýbura hér á landi.

E21 - Þróun árangursvísa í heilsugæsluhjúkrun

Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, sviðsstjóri skólaheilsugæslu, Þróunarsviði HH, Þórunn Ólafsdóttir, framkvæmdarstjóri hjúkrunar HH, Sesselja Guðmundsdóttir, sviðsstjóri ung- og smábarnaverndar, Þróunarsviði HH og Ragnheiður Bachmann, ljósmóðir, Þróunarsviði HH

Inngangur: Forvarnir og heilsuefling eru veigamiklir þættir í heilsugæsluhjúkrun. Forsenda árangursríks forvarnarstarfs er að geta greint heilsufar hópa og beitt sveigjanlegum aðgerðum eftir þörfum hverju sinni. Mikilvægt er að skilgreina hvaða árangursvísunum er æskilegt að fylgjast með og jafnframt að skilgreina árangursviðmið. Aðgengi að gögnum sem gefa vísbendingar um heilsufar hópa og starfsemi heilsugæslunnar er því mikilvægt. Í þessum fyrirlestri verður farið yfir þróun árangursvísa í heilsugæsluhjúkrun og nýtingu þeirra við þróun og eflingu heilsugæsluhjúkrunar.

Aðferð: Gagnagrunnar heilsugæslunnar eru Saga og Ískrá. Þessir gagnagrunnar gegna lykilhlutverki í að útvega gögn og árlega er safnað saman gögnum um heilsufar hópa og starfsemi heilsugæslunnar. Í kjölfarið fá hjúkrunarfræðingar endurgjöf um stöðu árangursvísa og innleiddar eru breytingar á starfsemi ef þurfa þykir. Eins er mikilvægt að gefa hjúkrunarfræðingum endurgjöf á skráningu í gagnagrunnana svo að gögnin verði sem áreiðanlegust.

Meginmál: Nú hafa nokkrir árangursvísar verið skilgreindir í heilsugæslunni. Gerður er greinarmunur á hvort um er að ræða árangursvísa sem miða að heilsufari, s.s. þunglyndi mæðra, starfsemi, s.s. fjöldi bólusetninga eða jafnvel aðföngum eins og mönnun hjúkrunarfræðinga. Árangursviðmið hafa einnig verið skilgreind og notaður er litakóði til að gefa til kynna stöðu árangursvísa á hverri heilsugæslustöð. Þróun hjúkrunar hefur miðað að því að efla þá þjónustu sem tengist árangursvísunum. Sem dæmi um það eru nýleg heilsunámskeið og aukin áhersla í tannverndarmálum.

Niðurstöður: Árangursvísar og árangursviðmið gefa hjúkrunarfræðingum skýra mynd af stöðu heilsufars þeirra hópa sem þeir starfa með. Með þessum hætti hefur náðst aukin samræming á starfsháttum sem skilar öflugra forvarnarstarfi hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni.

E22 - Aldur við fyrstu blæðingar og líðan og heilsumat íslenskra unglingsstúlkna Herdís Sveinsdóttir og Rúnar Vilhjálmsson

Inngangur: Erlendar rannsóknir benda til að stúlkur sem byrja snemma á blæðingum eigi frekar við andleg, líkamleg og félagsleg vandamál að stríða. Fáar íslenskar rannsóknir eru til um fyrstu blæðingar og tengsl þeirra við heilsufar. Markmið rannsóknarinnar er að skoða samband aldurs við fyrstu blæðingar og líðanar og heilsumats grunnskólanemenda.

Aðferð: Stuðst er við gögn landskönnunarinnar Heilsa og lífskjör skólanema (HBSC) sem fram fór skólaárið 2009-2010 meðal nemenda í 6., 8. og 10 bekk á öllu landinu. Alls svaraði 11.561 nemandi könnuninni og voru heimtur 87%. Rannsóknin byggir á svörum 5.657 stúlkna í þessum þremur bekkjum. Athugaðir voru tveir þættir líðanar, annars vegar lífsánægja út frá

ánægjustiga Cantrils og hins vegar vanlíðan útfrá mælitæki með 8 líkamlegum og sálrænum einkennum. Heilsumat byggði á almennri spurningu um hvernig stúlkurnar mátu heilsu sína (á fjörgildum kvarða frá „léleg“ til „framúrskarandi“). Prófun sambanda byggðist á dreifigreiningu og F-prófi.

Niðurstöður: Marktækur munur var á vanlíðan eftir því hvenær stúlkurnar byrjuðu á blæðingum. Stúlkur sem byrjuðu mjög snemma (8 – 10,29 ára, 3%) greindu frá meiri vanlíðan en þær sem byrjuðu á tíma ($p < 0,001$), seint ($p = 0,003$) og mjög seint ($p = 0,028$). Þá voru marktæk tengsl milli lífsánægju og upphafs blæðinga. Þær sem byrjuðu seint mátu lífsánægju sína meiri en hinar sem byrjuðu mjög snemma ($p = 0,017$) og á tíma ($p = 0,003$). Einnig var marktækt samband milli upphafs blæðinga og mats á eigin heilsu. Stúlkur sem byrjuðu mjög snemma ($p = 0,007$) eða snemma ($p = 0,005$) á blæðingum mátu heilsu sína lakari en þær sem byrjuðu seint. Loks sýndu niðurstöður að það að vera byrjuð á blæðingum hafði neikvæðari áhrif líðan og heilsumat í yngsta bekknum en eldri bekkjunum.

Ályktun: Snemmbærar blæðingar tengjast lakari líðan og heilsumati íslenskra unglingsstúlkna. Ástæðurnar gætu bæði verið félagslegar og líffræðilegar. Neikvæð áhrif blæðinga eru mest í upphafi unglingsára. Leita þyrfti leiða til að auðvelda unglingsstúlkum og aðstandendum þeirra að viðurkenna, ræða og takast á við blæðingar á ólíkum aldri. Í því sambandi þarf meðal annars að huga að fræðsluefni, kennsluáðferðum og hjúkrunarþjónustu grunnskólanna.

E23 - Könnun á þörf háskólanema fyrir heilbrigðisþjónustu

Sóley S. Bender¹, prófessor/PhD, Urður Njarðvík², dósent/PhD, Anna Bryndís Blöndal³, stundakennari/MS, Þorvarður Jón Löve⁴, lektor /PhD, Ólöf Guðný Geirsdóttir⁵, lektor/PhD, Andri S. Björnsson², lektor/PhD, Inga B. Árnadóttir⁶, prófessor/Oaont, Helga Gottfreðsdóttir⁷, dósent/PhD, Sigrún Vala Björnsdóttir⁸, lektor/MS

¹Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, ²Sálfræðideild Háskóla Íslands, ³Lyfjafræðideild Háskóla Íslands, ⁴Læknadeild Háskóla Íslands, ⁵Matvæla- og næringarfræðideild Háskóla Íslands, ⁶Tannlæknadeild Háskóla Íslands, ⁷Námsbraut í ljósmóðurfræði, ⁸Námsbraut í sjúkraþjálfun

Inngangur: Víða erlendis hafa háskólanemar aðgang að heilbrigðisþjónustu sem er sérstaklega ætluð þeim. Tilgangur þessarar könnunar meðal háskólastúdenta við Háskóla Íslands var að skoða þörf þeirra fyrir sérstaka heilbrigðisþjónustu.

Efniviður og aðferðir: Könnunin var lögð fyrir alla skráða nemendur við skólann sem voru á póstlista vorið 2011, bæði ensku- og íslenskumælandi nemendur. Spurningalistinn var þróaður af vinnuhópi sem samanstóð af fulltrúum frá öllum deildum og tveimur námsbrautum heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands. Stuðst var við lýsandi tölfræði við gagnagreiningu.

Niðurstöður: Alls bárust svör frá 1487 þátttakendum, 1427 íslenskumælandi og 60 enskumælandi sem var um 14% svarhlutfall. Flestir sem svöruðu könnuninni voru kvenkyns nemendur í grunnnámi. Tæplega 40% íslensku nemanna og um 70% þeirra erlendu höfðu ekki heimilislækni á höfuðborgarsvæðinu. Niðurstöður sýndu að meirihluti þurfti á heilbrigðisþjónustu að halda á árinu fyrir könnunina en rúmlega helmingur þeirra beið með að leita eftir slíkri þjónustu og var meginástæða þess kostnaður. Um þriðjungur íslensku nemanna og fimmtungur þeirra erlendu sögðust eiga í fjárhagsvanda. Um 92% þeirra íslensku og allir erlendu nemarnir sögðust mundu leita á móttöku sem væri veitt af nemendum skólans undir leiðsögn leiðbeinenda. Báðir hóparnir vildu hafa aðgang að fjölbreyttri heilbrigðisþjónustu.

Ályktanir: Niðurstöðurnar gefa til kynna að háskólanemendur sem þátt tóku í könnuninni hafa mikla þörf fyrir heilbrigðisþjónustu en kostnaður hefur hvað mest hindrað þá í að leita eftir

henni. Jafnframt er stór hópur án heimilislæknis, einkum sá erlendi og hefur því ekki greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu á heilsugæslustöðvum.

E24 - Verkjameðferð á Landspítala

Sigríður Zoëga^{1,2}, Sandra E. Ward³, Herdís Sveinsdóttir^{1,2}, Gísli H. Sigurðsson^{1,2}, Thor Aspelund² og Sigríður Gunnarsdóttir^{1,2}

¹Landspítali, ²Háskóli Íslands, ³University of Wisconsin Madison

Inngangur: Verkjameðferð er mikil vægur þáttur gæða-heilbrigðisþjónustu. Þrátt fyrir framfarir á liðnum áratugum eru verkir þó enn algengir á sjúkrahúsum og margir sjúklingar upplifa slæma verki. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða innihald verkjameðferðar á legudeildum skurð- og lyflækningasviða Landspítala.

Aðferð: Rannsóknin var með stundaralgengissniði. Þátttakendur (n=282, 72% svarhlutfall) voru ≥18 ára, höfðu legið inni í a.m.k. sólarhring, töluðu íslensku og gátu tekið þátt.

Spurningalisti bandaríska verkjafræðafélagsins var lagður fyrir þátttakendur en gögn um verkjamat og meðferð voru fengin úr sjúkraskrá. Verkjameðferðarvísir var notaður til að meta hversu viðeigandi verkjameðferðin var.

Niðurstöður: Meðalaldur þátttakenda var 68,9 ár (sf= 17,0; spönn 18-100), 49% voru konur. Meirihluti þátttakenda var með fyrirmæli um verkjalyf (85%) og hjá 75% þeirra sem höfðu í meðallagi eða mikla verki voru fyrirmæli um fjölpætta (multimodal) meðferð. Þriðjungur þátttakenda hafði notað aðrar aðferðir en lyf við verkjum. Fyrirmæli um verkjameðferð voru metin viðeigandi samkvæmt verkjameðferðarvísi í 78% tilvika, en veitt meðferð var viðeigandi í 62% tilvika. Mat á verkjum var skráð hjá 62% þátttakenda sem sögðust hafa verið með verki. Styrkur verkja, metinn á stöðluðum kvarða, var skráður í 27% tilvika. Hærra hlutfall sjúklinga (77%) fékk viðeigandi verkjameðferð þegar notaðir voru kvarðar til að meta styrk verkja en þegar svo var ekki (60%), p<0,05.

Ályktanir: Verkjameðferðin var að mörgu leyti í samræmi við klínískar leiðbeiningar, einkum hvað varðar ávísun verkjalyfja. Stór hluti sjúklinga fékk þó ekki verkjalyf í samræmi við styrk verkja og verkjamati og skráningu var áfátt. Þörf er á úrbótum til að bæta gæði verkjameðferðar á Landspítala.

E25 - Sálræn líðan eftir eldgosíð í Eyjafjallajökli

Arna Hauksdóttir lektor¹, Hanne Krage Carlsen doktorsnemi¹, Unnur Valdimarsdóttir prófessor¹, og Guðrún Pétursdóttir dósent²

¹Miðstöð í Lýðheilsuvísindum, Háskóla Íslands, ²Hjúkrunarfræðideild og Stofnun Sæmundar fróða, Háskóla Íslands

Inngangur: Að upplifa eldgos í návígi getur haft langvarandi áhrif á heilsu. Rannsókuð voru áhrif eldgossins í Eyjafjallajökli 2010 á andlega heilsu og þau greind eftir búsetu, bakgrunni og upplifun einstaklinganna.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin tók til 1615 Sunnlendinga og 697 Skagfirðinga sem svöruðu spurningalista á pappír eða rafrænt haustið 2010. Spurningarlistinn innihélt ýmsar mælingar á sálrænni líðan auk spurninga um líkamleg einkenni og sérstakra spurninga um upplifun á eldgosinu.

Niðurstöður: Svör bárust frá 71% eldgosahópsins og 73% samanburðarhópsins.

Eldgosahópnum reyndist hætta við andlegri vanlíðan (OR 1.3; CI 1.0–1.7) en hvorki svefnleysi (OR 0.8; CI 0.6–1.0) né inntöku svefn- eða geðlyfja (OR 0.8; CI 0.6–1.1). Þeir sem næst bjuggu Eyjafjallajökli voru líklegri til að eiga við svefnvandamál að stríða (OR 2.8; CI 1.3–5.9) og taka inn geð- eða svefnlyf (OR 2.8; CI 1.3–6.3), borið saman við Sunnlendinga

sem fjær bjuggu. Um helmingur þátttakenda hafði sótt íbúafundi til upplýsinga og stuðnings og 62% þóttu afleiðingar eldgossins ekki eins neikvæðar og þeir höfðu búist við. Þeir sem höfðu orðið fyrir eignatjóni í kjölfar eldgossins áttu við meiri vanlíðan að stríða en hinir sem ekki höfðu orðið fyrir eignatjóni.

Ályktanir: Afmarkaður hópur getur átt á hættu sálrænan heilsufarsbrest eftir svona álag. Hann þarf að rannsaka nánar með áherslu á stuðning og eftirfylgni .

E26 - Innleiðing og mat á umönnunarlíkani í ljósmóðurstarfi, fjölgun eðlilegra fæðinga og efling barneignarþjónustu **Ólöf Ásta Ólafsdóttir**

Inngangur: Hugmyndafræðileg líkön í heilbrigðisþjónustu er mikilvæg til að skipuleggja, meta og auka gæði umönnunar. Markmið þessarar rannsóknar var að skilgreina og þróa ljósmóðurfræðilegt umönnunarlíkan í fæðingarhjálp byggt á gagnreyndri þekkingu, miðað við þarfir kvenna.

Aðferð: Eigindlegar niðurstöður rannsókna um reynslu kvenna og ljósmæðra af barnsfæðingu á Íslandi og í Svíþjóð sem hafa verið birtar (12) voru endurgreindar og samþættar.

Umönnunarlíkan fyrir fæðingarhjálp var þróað og fjallað um það í fagrýnivíðtölum (6) með starfandi ljósmæðrum í báðum löndunum (30), til að meta áreiðanleika og þróa umönnunarlíkanið áfram.

Niðurstöður: Líkanið sem er margþætt og sveigjanlegt er teiknað upp í fimm hringformum sem innihalda fimm aðalþemu. Þrjú eru í miðjunni með hugtökum sem tengjast, hafa áhrif hvert á annað og á samskipti ljósmæðra við konu og fjölskyldu. Þau eru, gagnkvæmt samband, jarðtengd þekking, og andrúmsloft við barnsfæðingar. Utan við tengjast hin tvö sem hafa einnig áhrif á umönnunina, menningarlegt samhengi sem getur verið hvetjandi eða hindrandi fyrir ljósmóðurfræðilega nálgun og jafnvægisáðgerðir ljósmóðurrinnar til að miða umönnunina við hverja konu og fjölskyldu í samstarfi við annað heilbrigðisfagfólk. Undirbúningur og þróun leiðbeininga fyrir innleiðingu líkansins í ljósmóðurstarfi er í gangi á Íslandi og í Svíþjóð.

Ályktanir: Á tímum tæknivæðingar miðar líkanið að því að styðja við og fjölga eðlilegum barnsfæðingum. Innleiðing þessa líkans getur styrkt þverfaglega samvinnu, haft jákvæð áhrif á hagkvæmni og gæði barneignarþjónustu, til hagsbóta fyrir konur, börn þeirra og fjölskyldur.

E27 - Sjálfræði í vali á fæðingarstað: Áhættumat, upplýsing og afleiðingar **Berglind Hálfðánsdóttir, Herdís Sveinsdóttir og Ólöf Ásta Ólafsdóttir**

Inngangur: Skiptar skoðanir eru um rétt kvenna til að velja heimafæðingu, þrátt fyrir að flestar rannsóknir bendi til þess að heimafæðingar séu öruggur valkostur fyrir hraustar konur. Vandinn gæti legið í mismunandi skilningi fagfólks á grundvallarhugtökum sem snúa að rétti kvenna til að velja fæðingarstað. Markmið þessarar rannsóknar, sem er greining á hugtakinu sjálfræði í vali á fæðingarstað, var því að skapa sameiginlegan grundvöll til að ræða ólík sjónarmið. Í erindinu er lögð áhersla á þá þætti greiningarinnar sem snúa að áhættumati, upplýsingu og afleiðingum þegar fæðingarstaður er valinn.

Aðferð: Við greininguna var stuðst við aðferð Walker og Avant. Notkun hugtaksins var skoðuð í alþjóðlegum heimildum. Leitað var að þáttum sem skilgreina hugtakið, forsenduþáttum og afleiðingum, og þeir samþættir í líkan um sjálfræði í vali á fæðingastað.

Niðurstöður: Hugtakið sjálfræði í vali á fæðingarstað er samsett úr þremur þáttum, upplýsingum, getu og frelsi, að gefinni forsendu um ætlað skaðleysi gagnvart öðrum og ábyrgð á afleiðingum.

Ályktanir: Sjálfráða kona velur sér fæðingarstað með hagsmuni sína og barnsins í huga, byggt á afstæðu áhættumati sem samþættir flóknar og fjölþættar upplýsingar og gildismat, og tekur ábyrgð á afleiðingunum þrátt fyrir óljóst orsakasamhengi. Sjálfræðishugtakið nýtist barnshafandi konum og fagfólki sem íhuga siðferðilega stöðu sína við val á fæðingarstað. Það skapar grundvöll fyrir umræður um ólík viðhorf til heimafæðinga og getur jafnframt nýst við undirbúning rannsókna.

E28 - Er samræmi milli klínískra leiðbeininga um meðgönguvernd og notkunar kvenna á þjónustunni?

Helga Gottfredsdóttir^{1,2}, dósent og Hildur Kristjánsdóttir^{1,3}, lektor

¹Háskóli Íslands. Hjúkrunarfræðideild, námsbraut í ljósmóðurfræði, ²Landspítali, ³Embætti landlæknis

Inngangur: Klínískar leiðbeiningar í meðgönguvernd fyrir heilbrigðar konur í eðlilegri meðgöngu voru innleiddar hér á landi 2008. Í leiðbeiningunum er mælt með að miða við 10 skoðanir hjá frumbyrju í eðlilegri meðgöngu, en 7 hjá fjölbyrju. Nauðsynlegt er að skoða hvernig slíkar leiðbeiningar eru nýttar og hver reynsla kvenna er af þjónustunni.

Tilgangur: Markmið með rannsókninni var að kanna fjölda heimsókna barnshafandi kvenna í meðgönguvernd á heilsugæslustöðvum landsins.

Aðferð: Byggt er á gögnum úr ferilrannsókn þar sem barnshafandi konur í meðgönguvernd á 26 heilsugæslustöðvum svöruðu tveimur spurningalistum. Þeim fyrri svöruðu 1111 (63%) konur við 15–16 vikna meðgöngu og þeim síðari 765 (69%) konur, 5–6 mánuðum eftir fæðingu barns. Tæp 69% þátttakenda eru af höfuðborgarsvæðinu og rúmlega 31% af landsbyggðinni.

Niðurstöður: Þátttakendur sögðust að meðaltali hafa hitt ljósmóður í 8,9 skipti í meðgönguvernd, um 50% frumbyrja hittu ljósmóður sjaldnar en tíu sinnum en 34% fjölbyrja hittu ljósmóður sjaldnar en sjö sinnum. Að meðaltali hittu þátttakendur 1,9 ljósmóður í meðgönguvernd og 17% hittu þrjár ljósmæður eða fleiri. Samræmi er milli upplýsinga kvennanna um fjölda skoðana og skráðra upplýsinga.

Ályktanir: Niðurstöður benda til að stór hluti kvennanna nái ekki viðmiðum um fjölda skoðana þrátt fyrir skýran vilja um þátttöku í meðgönguvernd. Hægt er að bæta meðgönguverndina á mörgum sviðum til að koma til móts við viðhorf og væntingar barnshafandi kvenna til hennar. Ljósmæður ættu einkum að gefa frumbyrjum meiri gaum og reyna að meta nánar þarfir þeirra með tilliti til fjölda skoðana, stuðnings og upplýsingagjafar.

E29 - Fjölskylduhjúkrun í sérhæfðri líknarmeðferð í Heimahlynningu Landspítala:

Ávinningur af meðferðarsamræðum og innleiðingu klínískra leiðbeininga fyrir fjölskyldumeðlimi ættingja með ólæknandi krabbamein

Ásta B. Petursdóttir¹ RN, MS, PhD (student), Erla Kolbrun Svavarsdóttir² RN, PhD

¹Landspítali háskólasjúkrahús, ²Háskóli Íslands, heilbrigðisvísindasvið, Hjúkrunarfræðideild

Inngangur: Ættingjar sem sinna alvarlega veikum ástvini sínum heima eru undir miklu álagi bæði andlegu og líkamlegu. Mikilvægt er að fagaðilar dragi sem mest úr álaginu sem veikindaferlinu fylgir, með því að vera stöðugt vakandi yfir líðan skjólstaðinga sinna. Veita meðferð til að minnka álagið með því að hlúa að samvinnu og samskiptum hins veika og umönnunaraðila. Efla stuðningsnet, styðja umönnunaraðila í að huga að eigin heilsu og benda á videigandi bjargráð.

Tilgangur: Megintilgangur rannsóknarinnar er að kanna ávinning af meðferð, þar sem lögð er áhersla á meðferðarsamræður við fjölskyldumeðlimi sem annast um náinn ættingja með

ólæknandi krabbamein. Einnig er leitast við að kanna samspil þunglyndis, kvíða, streitu, heilsutengdra lífsgæða, stuðnings og fræðslu hjúkrunarfræðinga við fjölskyldur, umönnunarálág og bakgrunnspætti fjölskyldunnar, sem og gagnsemi meðferðarinnar við að styðja fjölskylduna sem þátttakanda í líknandi meðferð. Auk þess verður kannað hvort þær fjölskyldur sem fá meðferðarsamræðurnar vinni betur úr sorgarreynslu eftir andlát en þær fjölskyldur sem fá hefðbundna þjónustu. Rannsóknin felur einnig í sér að meta ávinning af innleiðingu klínískra leiðbeininga í sérhæfðri hjúkrun þessum fjölskyldum til handa.

Aðferð: Í fyrsta fasa rannsóknarinnar verður notað „Quasi experimental design“ og 7 spurningalistar lagðir fyrir þátttakendur á þremur tímamörktum. Meðferðin felst í meðferðarsamræðum sem munu fara fram á heimili viðkomandi fjölskyldu í 2-3 skipti. Þátttakendur (N:60) eru nánustu aðstandendur sjúklinga sem eru í þjónustu Heimahlynnningar Landspítala. Í öðrum fasa rannsóknarinnar sem er lýsandi þversniðskönnun, er spurningalisti lagður fyrir hjúkrunarfræðinga Heimahlynnningar (N:8) og mat lagt á notkun klínískra leiðbeininga. Í þriðja fasa rannsóknarinnar þar sem sorgarúrvinnsla er metin (N:30) verða 2 spurningalistar lagðir fyrir á þremur tímamörktum.

Niðurstöður og ályktanir: Vonir standa til að niðurstöður þessarar rannsóknar verði hægt að hagnýta á klínískum vettvangi fyrir aðstandendur einstaklinga með krabbamein í heimahlynningu.

E30 - Þróun hjúkrunarmóttöku fyrir aldraða á Landspítala

Hlíf Guðmundsdóttir^{1,2}, Helga Rósa Másdóttir¹, Ingibjörg Sigurþórsdóttir¹, Lovísa Agnes Jónsdóttir¹, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir¹.

¹Landspítali Háskólasjúkrahús, ²Háskóli Íslands

Inngangur: Rannsóknir hafa sýnt að ákveðnir hópar aldraðra eru í meiri áhættu fyrir komur á bráðamóttöku. Markmið gæðaverkefnis var að þróa hjúkrunarmóttöku fyrir fjölveika aldraða sem leita á bráðamóttöku Landspítala og telja sig ekki fá úrlausn sinna vandamála þar. Verkefnið byggir á hugmyndafræði móðels Wagners um þróun heilbrigðisþjónustu fyrir langveika (Wagner, Austin & Von Korff, 1996) og Calgary fjölskylduhjúkrunarmódelinu (Wright & Leahey, 2009)

Aðferð: Í nóvember 2011 var innleitt á bráðamóttöku LSH notkun á mælitækinu The Triage Risk Screening Tool (TRST) sem notað hefur verið til að skima aukna þjónustuþörf hjá 75 ára og eldri sem koma á bráðamóttöku. Sérfræðingur í hjúkrun aldraðra mat allar ráðgjafabeidnir innan tveggja virkra daga frá útskrift og vísaði í viðeigandi úrræði. Innleiðing á TRST og rafrænni beiðni til sérfræðings í öldrunarhjúkrun var gerð með fræðsluerindum, vasaspjöldum og örfyrirlesturum maður á mann.

Niðurstöður: Rafrænum gögnum var safnað framsýnt og töldu til tilvísana frá bráðadeild í Sögukerfinu og skráningar. Fjöldi rafrænna ráðgjafabeidna er að meðaltali um tuttugu og tvær á mánuði. Algengustu vandamál þeirra sem vísað var í ráðgjöfina voru byltur, verkir og slappleiki. Kynntar verða helstu niðurstöður og áframhaldandi þróun hjúkrunarmóttöku.

Ályktanir: Árið 2014 verður haldið áfram að skima fyrir langveikum öldruðum sem þurfa eftirfylgd eftir útskrift heim af bráðamóttöku. Verkefnið endurspeglar mikilvægi heilðrænnar hjúkrunarþjónustu og gildi fjölskylduhjúkrunar fyrir langveika aldraða. Í framhaldi af gæðaverkefni hefur verið sett fram rannsóknaráætlun og hafa fengist öll tilskilin leyfi fyrir henni.

Veggspjöld útdrættir

V01 - Að fanga gögn og þekkingu í hjúkrun til endurnýtingar þekkingar
Ásta Thoroddsen og Hanna Kristín Guðjónsdóttir

Inngangur: Notkun gagna úr rafrænni sjúkraskrá (RSS) er vænlegt skref til að auka þjónustu sjúklinga, rannsóknir, gæði, útkomur og uppgötvun nýrrar þekkingar. Endurheimt sjúklingagagna eru háð því að klínísk gögn séu skráð, vistuð í gagnagrunni og kóðuð með stöðluðu fagmáli. Síðan þarf að flytja gögnin í vöruhús gagna til langtímavistunar, þar sem unnt er að endurheimta þau, sem er þó háð því að breytur og tengsl breyta séu sýnd á skipulagðan hátt m.a. til greiningar á sjúklingahópum.

Aðferð: Þróunarverkefni þetta hefur þann tilgang að fanga gögn og þekkingu í hjúkrun, setja þau fram á þann hátt að unnt sé að nýta þau og endurnýta með því að endurheimta gögnin úr vöruhúsi gagna.

Meginmál: Undimarkmiðin voru að: 1) Innleiða staðlað fagmál til hjúkrunarskráningar; 2) þróa faglegar hjúkrunaráætlanir þannig að nýjasta þekking skili sér til sjúklinga, stuðst sé við klínískar leiðbeiningar í starfi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra, að settir séu staðlar fyrir lágmarksgæðapjónustu og að fönguð sé deildabundin þekking (tacit knowledge); 3) kóða faglega þekkingu í hjúkrunaráætlunum með stöðluðu fagmáli; 4) vista öll hjúkrunargögn og – upplýsingar í gagnagrunni; 5) skilgreina þann kjarna hjúkrunargagna sem flytjast ættu í vöruhús gagna til endurnýtingar; 6) byggja hjúkrunarheim innan vöruhúss gagna.

Ályktanir: Hjúkrun byggir bæði á reynsluþekkingu og gagnreyndri þekkingu. Með vistun hjúkrunargagna í vöruhúsi gagna, sem inniheldur bæði klínísk og fjárhagsleg gögn, skapast áður óþekktur grunnur til rannsókna í hjúkrun þar sem unnt verður að tengja saman mismunandi tegundir gagna.

V02 - Að greina frá ofbeldi: Getur það virkað sem verndandi þáttur fyrir konur sem eru þolendur ofbeldis í yfirstandandi sambúð eða hjónabandi?

Dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Prófessor og forstöðumaður á fræðasviði fjölskylduhjúkrunar við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og á Landspítala og Dr. Brynja Örlygsdóttir, dósent við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Inngangur: Að greina heilbrigðisstarfsmanni frá ofbeldi í yfirstandandi sambúð gæti virkað sem hvati fyrir konur til að byrja að vinna úr þeim áhrifum sem ofbeldi hefur á líf þeirra. Lítið er hins vegar vitað um með hvaða hætti heilbrigðisstarfsmenn ná best til kvenna sem eru þolendur ofbeldis. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna með hvaða hætti hjúkrunarfræðingar starfandi á slysa og bráðamóttökudeild Landspítala og hjúkrunarfræðingar staddir á háskólatorgi Háskóla Íslands, ná best til kvenna sem voru þolendur ofbeldis í yfirstandandi sambúð.

Aðferð: Þverskurðarrannsóknarsnið var notað í rannsókninni. Gögnum var safnað á einum tíma yfir 9 mánaða tímabil frá 306 konum á aldrinum 18-67 ára (n=166 á háskólatorgi og n=140 á slysa- og bráðadeild Landspítala).

Niðurstöður: Marktækt hærra hlutfall af konum á slysa- og bráðamóttökudeild Landspítala voru þolendur ofbeldis í yfirstandandi sambúð og voru þær jafnframt með hærri heildar ofbeldisstig en konurnar á háskólatorgi. Þessi niðurstaða gaf skýrt til kynna að konurnar á slysa- og bráðmóttökudeild upplifðu marktækt meira ofbeldi í yfirstandandi sambúð samanborið við konurnar á háskólatorgi.

Ályktanir: Aukening á ofbeldi í heilsugæslu og á klíniskum vettvangi eins og á slysa- og bráðmóttökudeild Landspítala, getur virkað sem verndandi þáttur ef þessum konum verður boðið viðeigandi fyrstu viðbrögð af hálfu heilbrigðisstarfsfólks og verður boðið upp á viðeigandi meðferðir.

V03 - Alvarleg munnslímhúðarbólga hjá börnum með krabbamein á Íslandi, algengi, tíðni og áhrifaþættir**Oddný Kristinsdóttir^{1,2}, Ólafur Gísli Jónsson² og Guðrún Kristjánsdóttir^{1,2}
1Hjúkrunarfræðideild, Háskóli Íslands, 2Barnaspítali Hringins, Landspítali**

Inngangur: Alvarleg munnslímhúðarbólga er algengur og hvítleiður fylgikvilli barna í krabbameinslyfjameðferð. Upplýsingar skortir þó um algengi og hvernig skuli meta umfang þessa vandamáls. Hér verður gert grein fyrir algengi, tíðni og áhrifaþáttum alvarlegrar munnslímhúðarbólgu hjá börnum sem gengust undir krabbameinslyfjameðferð á Íslandi 2002-2011.

Aðferð: Rannsóknin var lýðgrunduð og notað var lýsandi afturskyggnt rannsóknarsnið. Upplýsingar um algengi, tíðni og áhrifaþætti voru fengnar úr sjúkraskrá og skráðar á gagnaskráningarblað. Úrtakið voru börn (1 - 18 ára) sem gengust undir krabbameinslyfjameðferð á Íslandi á árunum 2002-2011, alls 64 börn af þeim 120 sem greindust með krabbamein á tímabilinu. Notast var við munnslímhúðar matskala WHO og NIC til að greina börn með alvarlega munnslímhúðarbólgu.

Niðurstöður: Algengi alvarlegrar munnslímhúðarbólgu var 39,1% (n=25/64), þar af voru 60% drengir (n=15). Börn með alvarlega munnslímhúðarbólgu voru marktækt eldri (p=0,008) en þau sem fengu væga eða enga munnslímhúðarbólgu. Hæsta tíðni alvarlegrar munnslímhúðarbólgu var meðal þeirra sem fengu bráðahvítblæði, illkynja beinæxli og eitilfrumukrabbamein. Ekki reyndist marktækur munur á fjölda þeirra barna sem var með föst æxli og alvarlega munnslímhúðarbólgu og þeirra sem voru með illkynja blóðsjúkdóm og alvarlega munnslímhúðarbólgu (p=0,546). Marktæk jákvæð fylgni reyndist vera á milli fjöldi daga í daufkyrningafæð og fjölda daga með einkenni um alvarlegrar munnslímhúðarbólgu (r=0,736, p<0,0001).

Ályktanir: Stór hluti barna í krabbameinslyfjameðferð á Íslandi fá alvarlega munnslímhúðarbólgu.

Börn með illkynja beinsarkmein, Burkitt's eitilfrumukrabbamein og bráða mergfrumuhvítblæði eru með hæstu hlutföll alvarlegrar munnslímhúðarbólgu og börn með bráðahvítblæði virðast fá alvarlega munnslímhúðarbólgu sjaldnar á meðferðartímabilinu en börn með beinsarkmein eða non-Hodgkins eitilfrumukrabbamein. Tengsl eru á milli lengdar daufkyrningarfæðar og fjölda daga með einkenni um alvarlega munnslímhúðarbólgu.

V04 - Ákvörðun gæðaviðmiða fyrir RAI gæðavísa og mat á gæðum á íslenskum hjúkrunarheimilum árið 2009**Ingibjörg Hjaltadóttir¹, Anna K. Ekwall², Ingalill R. Hallberg²
1Landspítali, 2Heilbrigðisvísindadeild Háskólans í Lundi, Svíþjóð**

Inngangur: Hlutfall eldra fólks hefur aukist og þá sérstaklega þeirra sem eru 80 ára og eldri. Hjúkrunarheimili hafa því þurft að bregðast við aukinni þörf fyrir umönnun um leið og kröfur um gæði þjónustunnar hafa aukist og að hún sé veitt af fagfólki. Skýr markmið hefur hins vegar skort til að hægt sé að meta gæði þjónustunnar.

Markmið: Að ákvarða efri og neðri gæðaviðmið fyrir Resident Assessment Instrument (RAI) gæðavísa, bera þau saman við niðurstöður hjúkrunarheimila árið 2009 og greina hvar umbóta er þörf.

Aðferð: Gæðaviðmiðin voru ákvörðuð með Delphi aðferð og tók 12 manna hópur sérfræðinga þátt í þeirri vinnu. Sérfræðingarnir voru hjúkrunarfræðingar og læknar með mikla þekkingu og reynslu af öldrunarþjónustu og voru í þeim hópi bæði fulltrúar hjúkrunarheimila í þéttbýli og á landsbyggðinni. Gögnin sem notuð voru í rannsókninni var RAI mat 2247 íbúa sem dvöldu á 47 íslenskum hjúkrunarheimilum árið 2009.

Niðurstöður: Efri og neðri gæðaviðmið voru ákvörðuð fyrir 20 RAI gæðavísa. Þeir gæðavísar sem sýndu miðgildi fyrir ofan efri gæðaviðmiðin sem gaf til kynna lök gæði voru: þunglyndiseinkenni (49,4%); þunglyndiseinkenni án meðferðar (18,2%); notkun 9 eða fleiri lyfja (63,8%); notkun róandi lyfja og svefnlyfja (69,2%); algengi lítillar eða engrar virkni (52,5%). Þeir gæðavísar sem sýndu miðgildi fyrir neðan neðra gæðaviðmið sem gaf til kynna framúrskarandi gæði var gæðavísirinn um sondugjafir (0,0%). Gæðavísar sem voru með miðgildi á milli efra og neðra gæðaviðmiðs og gáfu til kynna miðlungs gæði voru þvag- eða hægðaleki (59,3%); þvag- eða hægðaleki án reglubundinna salernisferða (7,4%); notkun þvagleggja (7,7%); þyngdartap (8,1%).

Ályktun: Delphi aðferðin reyndist árangursrík aðferð til að ákvarða gæðaviðmið. Íslensk hjúkrunarheimili virðast standa sig best í að veita umönnunina vegna þvag- og hægðaleka og í umönnun sem tengist næringu. Sé horft til niðurstaðna þessarar rannsóknar þarf rúmlega helmingur íslenskra hjúkrunarheimila að endurskoða lyfjameðferð, auka virkni íbúanna og bæta umönnun og meðferð þeirra sem hafa einkenni þunglyndis. Gæðavísarnir nýtast við skipulagningu þjónustu, gefa vísbendingar um hvar umbóta er þörf og hvar þarf að auka þekkingu starfsmanna.

V05 - Hjúkrunarmeðferð á netinu fyrir foreldra barna og unglunga með krabbamein
Anna Ólafía Sigurðardóttir^{1,2} RN, MS, PhD(student), Erla Kolbrún Svavarsdóttir^{1,2} RN, PhD, Mary Kay Rayens³, PhD

1Landspítali, kvenna- og barnasvið, 2HÍ, Hjúkrunarfræðideild, 3University of Kentucky, College of Nursing and College of Public Health, Lexington, KY, USA

Inngangur: Síðastliðin ár hefur verið lögð áhersla á innleiðingu nýrrar gagnreyndar þekkingar í heilbrigðiskerfinu. Þó rannsóknnum á fjölskyldum barna og unglunga með krabbamein hafi fjölgað er lítið vitað um ávinning af fræðslu og stuðnings meðferð á netinu við þessar fjölskyldur. Á Íslandi greinast á hverju ári að meðaltali 10 til 12 börn og unglingar á ári með krabbamein. Það er sviðað hlutfall og annars staðar á Vesturlöndum. Tilgangur rannsóknarinnar var að þróa og skoða fýsileika þess að hanna fræðslu- stuðningsvef á netinu fyrir foreldra barna og unglunga með krabbamein. Auk þess að meta ánægju fjölskyldna með vefinn og skoða áhrif á lífsgæði barnanna.

Efniviður og aðferð: Rannsóknin byggir á Calgary fjölskylduhugmyndafræðinni. Gögnum var safnað frá 15 fjölskyldum, 15 mæður, 12 fedur, og 11 börnum (8-18 ára) sem voru í virkri krabbameinsmeðferð árið 2008-2009. Hver fjölskylda notaði gagnreynda sérhannaða heimasíðu í fjóra mánuði. Efnið á heimasíðunni var um 140 síður sem skiptist niður í þrjú kafla, krabbamein hjá börnum og unglungum, fjölskylduna, og að lifa með krabbameini.

Niðurstöður: Megin niðurstöður leiddu í ljós að flestir foreldrarnir voru ánægð með heimasíðuna, fannst hún aðgengileg, skiljanleg, hjálpleg og gagnleg. Þó ekki hafi mælst marktækur munur, þá mældist munur eftir hjúkrunarmeðferðina hjá mæðrum þegar spurt var um samskipti er tengdist krabbameinsmeðferð barnanna.

Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar eru áhugaverðar og styðja ávinningin í að bjóða upp á sérhannaða fræðslu og stuðningsvef fyrir foreldra barna með krabbamein. Hagnýting þessarar niðurstaðna á klínískum vettvangi verðar rædda og tillögur a framtíðarrannsóknum verða kynntar.

V06 - Líðan foreldra með óvær ungbörn á Íslandi

Anna Guðríður Gunnarsdóttir, MS hjúkrunarfræðingur 1, Marga Thome, prófessor emerita²

1 Heilbrigðisstofnun Suðurlands

2Heilbrigðisvísindasvið Háskóla Íslands, Hjúkrunarfræðideild

Inngangur: Óútskýrður grátur og pirringur ungbarns getur valdið viðvarandi streitu hjá foreldrum þess, sem getur haft neikvæð áhrif á heilsu fjölskyldunnar, innri fjölskyldutengsl og framtíðarviðhorf gagnvart ungbarninu. Hér á landi veita heilsugæsluhjúkrunarfræðingar meðferð við óvæð samkvæmt leiðbeiningum í handbók ung- og smábarnaverndar Landlæknisembættisins. Í þessu erindi er fjallað um líðan foreldra sem þiggja þessa meðferð.

Efniviður og aðferð: Óútskýrður grátur og pirringur ungbarns getur valdið viðvarandi streitu hjá foreldrum þess, sem getur haft neikvæð áhrif á heilsu fjölskyldunnar, innri fjölskyldutengsl og framtíðarviðhorf gagnvart ungbarninu. Hér á landi veita heilsugæsluhjúkrunarfræðingar meðferð við óvæð samkvæmt leiðbeiningum í handbók ung- og smábarnaverndar Landlæknisembættisins. Í þessu erindi er fjallað um líðan foreldra sem þiggja þessa meðferð.

Niðurstöður: 48 foreldrar samþykktu þátttöku í rannsókninni, en gögn bárust frá 27. 53,8% foreldranna voru farin að hafa áhyggjur af hegðun ungbarnsins þegar á fyrstu tveimur vikunum eftir fæðingu þess. Mæðurnar upplifðu mun meiri þunglyndiseinkenni (EPDS 7,48) og foreldrastreitu (PSI/SF 79,36) samanborið við þýði íslenskra mæðra með ungbörn á sama aldri (EPDS 6,5; PSI/SF 64). Mæðurnar í úrtakinu voru kvíðnari (STAI-Y1 45,15) en mæður nýbura (STAI-Y1 36) og kvíðnari en feðurnir (STAI-Y1 31,5). Foreldrastreita mæðranna var meiri en feðranna (PSI/SF 79,36; 72,08) og upplifðu þær einnig meiri þunglyndiseinkenni en feðurnir (EPDS 7,48; 5,26).

Ályktun: Niðurstöður benda til þess að foreldrar óværra ungbarna hér á landi eru haldnir foreldrastreitu og sér í lagi streitu vegna „erfiðs ungbarns“ líkt og fundist hefur í erlendum rannsóknum. Vanlíðan mæðra virðist vera meiri en feðra.

V07 - Samskiptaboðorðin

Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir og Sigrún Gunnarsdóttir

Inngangur: Að eiga hlutdeild í vellíðan og velgengni annarra, er veigamikill þáttur í því að vera manneskja. Samt má vanlíðan og vanda í samfélaginu oft rekja til niðurlægjandi samskipta. Til að auka meðvitund og ábyrgð hvers einstaklings á áhrifum góðra samskipta voru Samskiptaboðorðin; horfa – heilsa – hlusta – hljóma – hrósa – hjálpa, búin til og útgefin. Þau byggja á gagnreyndum niðurstöðum fræðimanna á því í hverju uppbyggileg samskipti felast og gera kleift að tileinka sér samskiptahætti sem byggja á virðingu, einlægni, hluttekningu, umhyggju og trúnaði. Það er mikilvægt að tileinka sér góð samskipti, því góðan árangur stofnana og uppbyggileg tengsl má rekja til góðra samskipta. Með samskiptum er mögulegt að auka þekkingu, innsæi og skilning, koma á tengslum, rækta góð tengsl og byggja upp brotin tengsl. Góð samskipti auka skilning milli einstaklinga sem saman finna lausnir á flóknum verkefnum og uppgötva áhugaverða möguleika.

Aðferð: Með viðhorfskönnun var kannað viðhorf einstaklinga gagnvart samskiptum og þeim sex samskiptaháttum sem Samskiptaboðorðin byggja á. Gagnasöfnunin fór fram meðal þátttakenda á fræðslufyrirlesturum Samskiptaboðorðanna.

Niðurstöður: Niðurstöður leiddu í ljós að þátttakendur telja sig meðvitaða um eigin framkomu og samskipti og telja sig frekar færa í samskiptum. Framkoma annarra hefur áhrif á líðan þeirra og þátttakendur telja samferðafólk sitt hafa þörf fyrir fræðslu um Samskiptaboðorðin. Þátttakendur telja hlusta vera mikilvægasta Samskiptaboðorðið.

Ályktanir: Samskipti hafa áhrif á vellíðan, lífsgæði og árangur. Fræðsla um samskipti í formi hnitmiðaðs fræðsluefnis, sem byggir á Samskiptaboðorðunum er vel til þess fallið að efla almenna þekkingu og meðvitund um mikilvægi góðra samskipta og gerir kleift að tileinka sér góða samskiptahætti.

V08 - Spáþættir fyrir andláti tengdir heilsufari og færni íbúa við flutning á hjúkrunarheimili**Ingibjörg Hjaltadóttir¹, Ingalill R. Hallberg², Anna K. Ekwall², Per Nyberg²
1Landspítali, 2Heilbrigðisvísindadeild Háskólans í Lundi, Svíþjóð**

Inngangur: Þekking á dánartíðni og spáþáttum fyrir andláti eru mikilvægar upplýsingar fyrir þá sem skipuleggja þjónustuna þannig að hægt sé að tryggja viðeigandi þekking starfsfólks. Jafnframt hefur það haft áhrif á þjónustu hjúkrunarheimila að fjöldi íbúa sem deyri þar í stað þess að vera sendur á sjúkrahús er að aukast.

Markmið: Að kanna tímalengd frá komu á hjúkrunarheimili til andláts og hvaða þættir í heilsufari og færni eru spáþættir fyrir andláti.

Aðferð: Rannsóknin er langtíma rannsókn með 36 mánaða eftirfylgd. Notuð var Kaplan-Meier greining (log rank test) og stiglaus fylgni greining (Spearman's rho) til að finna breytur sem tengdust lifun ($p < 0.05$). Þessar breytur voru síðan skoðaðar með fjölbreytu Cox aðhvarfsgreiningu. Gögnin sem notuð voru í rannsókninni var heilsufarsmat (Resident Assessment Instrument) 2206 íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum sem metnir höfðu verið innan 90 daga frá komu á hjúkrunarheimilið á árabílinu 1996-2006.

Niðurstöður: Meðallifun íbúanna var 31 mánuður og var enginn munur milli ára. Þættir sem marktækt spáðu fyrir um andlát voru aldur, kyn, hvaðan íbúinn kom, ADL færni, stöðugleiki heilsufars og færni til að taka þátt í virkni. Fyrsta árið eftir komu á hjúkrunarheimili létust 28,8% af íbúnum, 43,4% létust innan tveggja ára og 53,1% lést innan þriggja ára.

Ályktun: Stöðugleiki heilsufars og ADL færni eru sterkir spáþættir fyrir andláti og því væri hægt að líta til þessara þátta þegar metið er hvaða þjónusta gæti nýst einstaklingum best. Dánartíðnin sýndi að meira en helmingur íbúa dó innan þriggja ára frá komu á hjúkrunarheimili og næstum þriðjungur hefur líklega þarfnast líknandi meðferðar og lífslokameðferðar innan við ári eftir komu á hjúkrunarheimili. Að teknu tilliti til þessa er ljóst að áherslu þarf að leggja á þekkingu starfsfólks í að veita líknandi meðferð og lífslokameðferð jafnt sem þekkingu í að viðhalda færni íbúanna.

V09 – Streita, starfsánægja og heilsufar á niðurskurðartímum**Birna G. Flygenring**

Inngangur: Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar greina frá streitu, starfsánægju, heilsu og vinnu- og starfsumhverfi á endurskipulagningar- og niðurskurðartímum í kjölfar efnahagskreppunnar 2008.

Aðferð: Gagna var aflað með spurningalista sem innihélt mælitækin Streituvaldar í vinnu og McCloskey/Muller starfsánægjukvarðann auk bakgrunnsspurninga. Þátttakendur voru hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar starfandi á Kragasjúkrahúsunum vorið 2011.

Niðurstöður: Svörunin var 64,7% ($n=143$) Flestir þátttakenda (69%) voru eldri en 45 ára, voru í 50-90% starfshlutfalli (85%), störfuðu á lyf- eða handlækningadeildum, höfðu starfað við hjúkrun meir en 10 ár (71%). Þáttgreining starfsánægjukvarðans greindi fimm þætti sem skýrðu saman 51,9% af heildardreifingu breytanna. Þátttakendur voru óánægðastir með þáttinn Laun og hlunnindi ($M=2,7$) en ánægðastir voru þeir með þáttinn Samstarfsfólk ($M=3,9$). Hjúkrunarfræðingar voru marktækt óánægðari en sjúkraliðar með þáttinn Fagleg tækifæri ($p < 0,05$) en marktækt ánægðari með þáttinn Jafnvægi milli vinnutíma og frítíma ($p < 0,05$). Þáttgreining streitukvarðans greindi fjóra þætti sem saman skýrðu 55,8% af heildardreifingu breytanna. Þeir þættir sem oftast ollu streitu voru: Vanmat og einhæfni í starfi ($M=2,2$) og Neikvæð samskipti, Óljós ábyrgð og óöryggi ($M=2,2$). Óvissa um eigið starf veldur hjúkrunarfræðingum marktækt meiri streitu en sjúkraliðum. Þátttakendur finna fyrir líkamlegum einkennum streitu einkum frá stoðkerfi

Ályktun: Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að stjórnendur verða að vera meðvitaðir um að niðurskurður og endurskipulagning á heilbrigðisstofnunum getur haft neikvæð áhrif á líðan og starfsánægju starfsmanna. Því er afar mikilvægt að þeir styðji markvisst við bakið á starfsfólki til að hafa jákvæð áhrif þar á.

V10 - Umfang og eðli lyfjagjafa hjúkrunarfræðinga án fyrirmæla lækna á Landspítala Hulda S. Gunnarsdóttir hjúkrunarfræðingur MSc Landspítali, Ásta S. Thoroddsen hjúkrunarfræðingur PhD dósent, Helga Bragadóttir hjúkrunarfræðingur PhD dósent, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala

Tilgangur: Að varpa ljósi á umfang og eðli lyfjagjafa hjúkrunarfræðinga á Landspítala sem eru án fyrirmæla lækna. Umfang og eðli lyfjagjafa hjúkrunarfræðinga sem eru án fyrirmæla lækna á Landspítala er ekki þekkt, en með tilkomu rafræna lyfjaskráningarkerfisins Therapy er hægt að varpa ljósi á þær. Ekki er vitað til þess að sambærileg rannsókn hafi verið gerð hérlandis áður né erlendis.

Aðferð: Rannsóknin var meginþing og lýsandi. Gögn um stakar lyfjagjafir hjúkrunarfræðinga fengust úr sjúkraskrá, úr rafræna lyfjaskráningarkerfinu Therapy frá heilbrigðis og upplýsingateknisviði Landspítala. Gögn voru greind í Microsoft Excel með Power Pivot viðbót. Úrtak rannsóknar voru allar stakar lyfjagjafir sem eru skráðar af hjúkrunarfræðingum í Therapy á skurðlækningasviði, lyflækningasviði, geðsviði, og kvenna- og barnasviði á Landspítala árin 2010 og 2011.

Niðurstöður: Fjöldi stakra lyfjagjafa hjúkrunarfræðinga var 63.454 árið 2010 og 69.132 árið 2011 sem var tölfræðilega marktæk aukning milli ára. Flestar stöku lyfjagjafir hjúkrunarfræðinga voru á skurðlækningasviði og lyflækningasviði. Mest var ávísað úr N-flokki svo sem verkjalyf, svefnlyf og róandi lyf og A-flokki svo sem ógleðistillandi og sýrubindandi lyf.

Ályktanir: Niðurstöður benda til þess að stakar lyfjagjafir hjúkrunarfræðinga án fyrirmæla lækna séu umtalsverðar og úr ákveðnum lyfjaflokkum. Frekari rannsókna er þörf á ástæðum stakra lyfjagjafa hjúkrunarfræðinga án fyrirmæla lækna, hvernig tryggja megi sem öruggasta og skilvirkasta lyfjameðferð sjúklinga á bráðasjúkrahúsi og hvort ástæða sé til að huga að breyttu verklagi eða reglum er lúta að ákveðinni lyfjameðferð sjúklinga.

V11 - Ungar mæður og brjóstgjöf

Hildur Sigurðardóttir, lektor Hjúkrunarfræðideild HÍ og Sóley S. Bender prófessor, Hjúkrunarfræðideild HÍ

Inngangur: Tilgangur rannsóknarinnar var að skyggast inn í reynsluheim unglingsmæðra og leitast við að öðlast dýpri sýn á skynjun þeirra á stuðningi og stuðningsleysi í barneignafærlinu. Niðurstöður er varpa ljósi á reynslu ungu mæðranna af brjóstgjöf og skynjuðum stuðningi/stuðningsleysi henni tengdri verða sérstaklega kynntar.

Aðferð: Rannsóknarsniðið er eigindlegt og stuðst var við fyrirbærafræðilega nálgun.

Rannsóknin var unnin í samstarfi við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins þar sem ljósmæður í mæðravernd aðstoðuðu við úrtaksval. Um tilgangsúrtak 6 stúlkna á aldrinum 14–17 ára var að ræða. Alls voru tekin 9 viðtöl, ýmist bæði á meðgöngu og/eða eftir fæðingu fóru þau fram á tímabilinu febrúar 2010 til maí 2011. Hvert viðtal var skráð orðrétt niður og gögnin síðan greind með hliðsjón af aðferð Colaizzi.

Niðurstöður: Dregin voru út tvö meginþemu: Meðbyr og Mótbyr og fjögur undirþemu fyrir hvort þeirra: Væntumþykja og virðing eða vanvirðing og vantraust; Samsömun og skilningur jafningja eða afskipta- og skilningsleysi jafningja; Nærvera eða fjarlægð umönnunaraðila og gagnleg eða gagnslítill fræðsla. Flestar stúlkurnar skynjuðu stuðningsleysi í formi neikvæðs

viðmóts frá kunningjum, fagaðilum og samfélaginu. Stuðning fengu þær helstan frá mæðrum, barnsfeðrum, tengdamæðrum og hópi ungra mæðra á heimasíðunni draumaborn.is. Ungu mæðurnar og börn þeirra glímdu við ýmis heilsufarsleg vandkvæði og álagsþætti. Niðurstöður er varða reynslu ungu mæðranna af brjóstgjöf og skynjun þeirra stuðningi eða stuðningsleysi henni tengdri verða kynntar.

Ályktanir: Frásagnir viðmælenda gáfu til kynna að ekki sé nægilega vel staðið að stuðningi við ungar mæður í ljósi aðstæðna og ungs aldurs. Þörf er á nánari úttekt á þjónustu og stuðningi sem í boði er fyrir þennan hóp.

V12 - Viðbótarvinnuálag á klínískum hjúkrunarfræðingum: Lýsandi rannsókn Sveinfríður Sigurpálsdóttir, hjúkrunarfræðingur MS, Heilbrigðisstofnuninni Blönduósi; Helga Bragadóttir, hjúkrunarfræðingur, PhD, Háskóla Íslands og Landspítala

Inngangur: Störf hjúkrunarfræðinga eru margbreytileg og flókin og miklar kröfur eru gerðar til þeirra um ábyrgð, menntun, hæfni til verka og að þeir skapi gæði sem heilbrigðisþjónusta er ætluð. Verkefni bætast við dagleg og venjubundin störf sem ekki eru séð fyrir og skyggja á kröfuna um gæði. Til samans stuðla fjölmargir samverkandi þættir að viðbótarvinnuálagi, sem geta tafið fyrir eða hindrað árangursríka gæðahjúkrun og vellíðan í starfi.

Efniviður og aðferð: Rannsakað var viðbótarvinnuálag á klínískum hjúkrunarfræðingum.

Vinnuádstæður hjúkrunarfræðinga eru margvíslegar sem gætu valdið þeim viðbótarvinnuálagi. Til dæmis má nefna manneklu, mikla ábyrgð, vinnutíma, yfirvinnu, tækni auk vinnutengdrar streitu og sálfélagslegra þátta. Rannsóknaraðferð var lýsandi og megindleg. Úrtakið var valið sem hentugleika úrtak meðal hjúkrunarfræðinga af deildum á Sjúkrahúsi Akureyrar og voru þátttakendur 68. Notaður var spurningalisti og gagna aflað í póstkönnun. Við úrvinnslu gagna voru þættir aðskildir eftir breytum í stjórnunarþætti, hjúkrunarþætti og einstaklingsþætti.

Niðurstöður: Það sem flestir þátttakendur voru sammála um að ylli viðbótarvinnuálagi og upplifðu oftast, lýtur að stjórnunarþættinum: fjármál og mönnunarkerfi, að hjúkrunarþáttunum: kennsla og leiðsögn og vinnuumhverfi og að einstaklingsþættinum: líkamleg og andleg örmögnun. Tölfræðilega marktæk fylgni ($p < 0,05$) mældist milli viðbótarvinnuálags og lífaldurs, starfsaldurs, starfsvettvangs, fjölda vinnustunda, starfsánægju og fjarlægðar til vinnu.

Ályktanir: Niðurstöður benda til að ákveðnir stjórnunarþættir, hjúkrunarþættir og einstaklingsþættir valdi viðbótarvinnuálagi á hjúkrunarfræðingum. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og stjórnendur í heilbrigðiskerfinu geri sér grein fyrir og viðurkenni mögulega viðbótarvinnuálags þætti.

Málþing**31. janúar Vísindadagur geðhjúkrunar 2014**

- 12:00-12:05 Helga Jónsdóttir, forseti Hjúkrunarfræðideildar
Ávarp og setning
- 12:05-12:30 Inngangs fyrirlestur: Sóley S. Bender:
Er þverfræðileg samvinna nemenda á heilbrigðisvísindasviði mikilvæg?
- 12:30-12:45 Margrét Gísladóttir: Árangur meðferðasamræðna við fjölskyldur
unglinga/ungs fólks með átröskun.
- 12:45-13:00 Ragna Kristmundsdóttir: Áfallastreita og EMDR meðferð
- 13:00-13:15 Hrönn Harðardóttir: Samfélagsleg geðþjónusta á heilsugæslustöð utan
Reykjavíkur
- 13:15-13:45 Kaffi og veggspjöld
- 13:45-14:00 Snæbjörn Ómar Guðjónsson: Bati og þróun þunglyndis, kvíða og lífsgæða hjá
sjúklingum með alvarlegt þunglyndi; Bráðageðdeild Sjúkrahússins á Akureyri
- 14:00-14:15 Eydís Sveinbjarnardóttir og Margrét Manda Jónsdóttir: Fjölskylduvæn
endurhæfingargeðdeild
- 14:15-14:30 Jón Snorrason: Aðferðir sem starfsfólk geðdeilda notar til að halda sjúklingum
kyrrum
- 14:30-14:45 Margrét Eiríksdóttir: Áhrif samfelldrar hjúkrunarmedferðar á hagi, þarfir og
lífsgæði fólks með langvinna geðsjúkdóma. Rannsóknaráætlun.
- 14:45-15:00 Páll Biering og Valgerður Lísa Sigurðardóttir: Klínískar leiðbeiningar um mat
og viðbrögð við ofbeldi í nánum samböndum
- 15:00-15:45 Jóhanna Bernharðsdóttir: Vísindadegi slitið

Útdrættir

Sóley S. Bender¹, Helga Gottfreðsdóttir², Anna Bryndís Blöndal³, Þorvarður Jón Löve⁴, Sigrún Vala Björnsdóttir⁵, Ólöf Guðný Geirsdóttir⁶, Andri S. Björnsson⁷ og Inga B. Árnadóttir⁸

1= Hjúkrunarfræðideild, 2=Námsbraut í ljósmóðurfræði, 3= Lyfjafræðideild, 4= Læknadeild, 5= Námsbraut í sjúkráþjálfun, 6= Matvæla- og næringarfræðideild, 7= Sálfræðideild, 8= Tannlæknadeild

Er þverfræðileg samvinna nemenda á heilbrigðisvísindasviði mikilvæg?

Gerð er grein fyrir mikilvægi þess að hefja þverfræðilegt nám fyrir nemendur á heilbrigðisvísindasviði við Háskóla Íslands (HÍ). Að þróun námsins stendur þverfræðilegur stýrihópur sem er með fulltrúa frá öllum deildum og tveimur námsbrautum við heilbrigðisvísindasvið HÍ. Aðdragandi námsins verður rakinn, sú þróunarvinna sem liggur til grundvallar náminu ásamt grundvallarforsendum þess. Fjallað verður um hugmyndafræði námsins og hvernig sé ætlunin að kenna nemendum að takast á við þverfræðileg heilbrigðisvandamál í teyllum þar sem ríkir gagnkvæm virðing og skilningur. Námsreynsla nemenda mun verða með tvennum hætti. Annars vegar í gegnum fræðilegt námskeið þar sem þeir vinna með tilbúin tilfelli með öðrum nemendum og fá æfingu að vinna í teyllum. Hins vegar fá nemendur tækifæri, undir leiðsögn fagaðila, að vinna í teyllum á klínískum vettvangi og æfa þverfræðileg vinnubrögð með raunverulegum þjónustuþegum.

Margret Gísladóttir¹ RN, MS, PhD(student), Erla Kolbrun Svavarsdóttir² RN, PhD

Árangur meðferðarsamræðna við fjölskyldur unglinga/ungs fólk með átröskun

Inngangur: Fjölskyldur einstaklinga með átraskanir ganga í gegnum mikið álag og hafa þörf fyrir stuðning. Foreldrar eru óvissir hvernig bregðast eigi við og eru í þörf fyrir stuðning. Batahorfur eru verri ef sjúklingur býr við gagnrýni eða ef þau eru innvikluð í þeirra tilfinningalíf.

Megintilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvort efling foreldrahæfni og viðhorf hafi áhrif á stuðningshlutverkið en foreldrar eru álitnir mikilvægur hlekkur í bataferli dóttur\sonar með átröskun og lítið er vitað um hvað gagnast helst.

Aðferð: Í rannsókninni var notað „Quasi experimental design“ og lagðir fyrir sjö spurningalistar á fimm tímápunktum. Gögnunum var safnað á tímabilinu nóvember 2011 til mars 2013. Meðferðin byggði á Calgary- og Maudsly meðferðarlíkönunum. Þátttakendur (N:58) voru foreldrar einstaklinga 12-24 ára með átröskun. Meðferðin samanstóð af hóptímum í sex skipti og viðtölum í tvö skipti á fjórum mánuðum. Í tímunum voru meðferðarinngríp, fræðsla, verkefni og umræða þar sem unnið var með tilfinningar, umönnunarálag, samskipti og stuðningshlutverk foreldra.

Niðurstöður: Samkvæmt spurningalistum bentu niðurstöður til að heilsa unglunga/ungs fólks með átröskun væri betri og að foreldrum tókst betur að styðja við unglínginn/unga fólkið eftir meðferðina. Marktækur munur var hjá sjúklingnum í „forðunarhegðun“ „staðfestingu á útliti“ og „sjálfstæði“ og hjá foreldrum í „að snúa blinda auganu frá“, „truflandi hegðun“, á „viðhorfum“, tilfinningalegum stuðningi og „skömm“.

Ályktanir: Niðurstöðurnar auka þekkingu geðhjúkrunarfræðinga og annars heilbrigðisstarfsfólks í því hvernig foreldrar geta verið stuðningur unglunga/ungs fólks með átröskun og jafnramt vera leiðbeinandi um meðferð sem hægt verður að bjóða á heilsugæslu, göngu- og innlagnadeildum.

Ragna Kristmundsdóttir, sérfræðingur í geðhjúkrun barna og unglunga BUGL

Áfallastreytta og EMDR meðferð

EMDR er meðferðarnálgun sem var þróuð af bandaríska sálfræðingnum Dr. Francine Shapiro, til að meðhöndla einstaklinga sem hafa orðið fyrir áföllum og þjást af áfallastreituröskun. EMDR er ein mest rannsakaða meðferð við áfallastreitu í heiminum í dag og samkvæmt niðurstöðum þessara rannsókna ein af þeim nálgunum sem oft gefa mjög góðan og skjótan bata. Meðferðin byggir m.a. á þeirri hugmyndafræði að heilinn taki á móti og geymi minningar um áföll og erfiða atburði á annan hátt en “venjulegar” minningar. Meðferðin sjálf felst m.a. í því að fara í gegnum erfiðu minningarnar á sama tíma og báðar hliðar líkamans eru örvaðar. Þetta er t.d.gert með því að láta skjólstæðinginn fylgja fingrum meðferðaraðilans, snerta hné skjólstæðingsins til skiptis eða smella fingrum við eyru skjólstæðingsins. Meðan á þessu stendur streyma minningarnar um vitund skjólstæðingsins og með endurtekinni örvun missa þær smám saman vægi sitt og raðast niður eins og hverjar aðrar minningar.

Á BUGL eru nú starfandi 11 meðferðaraðilar sem hafa lokið grunnþjálfun í EMDR (Eye Movement Desensitization and Reprocessing) meðferð, þar af 5 hjúkrunarfræðingar. Í erindinu verður leitast við að kynna stuttlega einkenni áfallastreituröskunar og EMDR sem meðferðarleið við þeim einkennum. Vitnað verður í rannsóknir og gefið dæmi úr klínískri vinnu á BUGL.

Hrönn Harðardóttir, B.Sc., MHH, heilsugæslustöð Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja

Samfélagsgeðþjónusta á heilsugæslustöð utan Reykjavíkur.

Tilgangur: Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) þjónar yfir 21 þúsund manns í 5 sveitarfélögum. Skýrsla velferðarvaktar sýnir að hlutfall atvinnulausra, öryrkja og lágtekjufjölskyldna er hátt á þessu svæði. Þessir þættir eru þekktir fyrir að hafa neikvæð áhrif á geðheilsu. Það var ljóst að þörf var á að bæta geðheilbrigðisþjónustu á svæðinu.

Markmið með samfélagsgeðþjónustu : Að bjóða betri geðheilbrigðisþjónustu í heimabyggð, að bæta lífsgæði einstaklinga með geðraskanir á svæðinu og að fækka innlögnum á geðsvið Landspítala og stytta meðallegutíma, ef innlagnar var þörf.

Framkvæmd: HSS fór í undirbúningsvinnu 2010 með upplýsingasöfnun. Í febrúar 2011 var Samráðsteymi stofnað með aðilum frá félagsþjónustu, geðsviði Landspítala Háskólasjúkrahúss og HSS. Teymið áætlaði þörf á svæðinu og styrkur fékkst frá Velferðarráðuneyti til að ráða hjúkrunarfræðing til starfa. Geðteymið tók formlega til starfa í júlí 2011 og byrjaði að bjóða viðtöl þeim sem metnir voru í mestri þörf fyrir þjónustu, ásamt því að taka við nýjum tilvísunum. Í dag samanstendur teymið af 3 hjúkrunarfræðingum, 1 sálfræðingi og 1 lækni í 3,1 stöðugildi. Hugmyndafræði geðteymisins byggist á valdeflingu og batahugmyndafræði.

Mat á árangri: Innlögnum Suðurnesjamanna á geðsvið Landspítala Háskólasjúkrahúss fækkaði um 48 innlagnir á 12 mánaða tímabili borið saman við fyrra ár. Meðallegutími minnkaði um 38% fyrsta árið eftir að geðteymið hóf störf, var 10,0 dagar 2010 og fór í 7,1 árið 2012. Þrátt fyrir að aðrir þættir hafi áhrif á fjölda innlagna og meðal legutíma, þá er þessi nýja samfélagsgeðþjónusta mikilvæg vísbending um jákvæða þróun. Upplýsingar vantar frá notendum þjónustunnar.

Gildi fyrir hjúkrun: Hjúkrunarfræðingar eru í lykilstöðu til að veita árangursríka þjónustu í samfélagsgeðþjónustu. Mikilvægt er að slík þjónusta tengist vel þeirri þjónustu sem til staðar er í samfélaginu og nái að tengja saman ólíka þætti s.s. félagsþjónustu, endurhæfingarúrreði og aðra sjúkrahúsþjónustu. Hjúkrunarfræðingar hafa þekkingu og reynslu til að samþætta þessa þætti við heilbrigðisþjónustuna og bæta þannig þjónustu við notendur geðheilbrigðisþjónustunnar.

Snæbjörn Ómar Guðjónsson

Bati og þróun þunglyndis, kvíða og lífsgæða hjá sjúklingum með alvarlegt þunglyndi. Bráðageðdeild Sjúkrahússins á Akureyri

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO) eru geðsjúkdómar og afleiðingar þeirra alvarlegur og algengur heilsufarsvandi. Rannsóknir sýna að um 20% einstaklinga fá alvarlegt þunglyndi einhvern tímann á lífsleiðinni. Skýrsla WHO frá 2008, e. Global burden of disease, tilgreinir að þunglyndi sé sá sjúkdómur sem valdi hvað mestri skerðingu á lífsgæðum. Tilgangur rannsóknarinnar er að lýsa breytingum á þunglyndiseinkennum, kvíðaeinkennum og lífsgæðum frá innlögn til útskriftar á bráðageðdeild FSA, hjá sjúklingum með alvarlegt þunglyndi og hvort þær breytingar verði mismunandi milli kvíðastigshópa við innlögn. Einnig að athuga hvort og þá í hve miklum mæli fjölskyldustuðnings gætir í meðferðinni. Meðferðarárangur verður metinn með tilliti til þunglyndis og heilsutengdra lífsgæða ásamt lengd innlagnar. Notuð verða mælitækin Depression Anxiety Stress Scale (DASS) og Heilsutengd lífsgæði (IQL). Fjölskyldustuðningur verður mældur með spurningalistanum Stuðningur og fræðsla við fjölskyldur (ICE-FPSQ). Rannsóknartilgátur eru að það dragi úr

þunglyndi og lífsgæði sjúklinga aukist í kjölfar meðferðar, kvíðastig hafi áhrif á meðferðarárangur og að fjölskyldustuðningur sé til staðar að takmörkuðu leyti. Sjúklingar, sem leggjast inn á bráðageðdeild FSA á tímabilinu 01.02.2014 -31.01.2015 vegna þunglyndis, fá boð um þátttöku, áætlaður þátttakendafjöldi er um 100. DASS og IQL verða lögð fyrir við innlögn, en öll þrjú mælitækin við útskrift. Rannsóknarsniðið er framskyggn, lýsandi rannsókn. Rannsóknin mun varpa ljósi á líðan og lífsgæði sjúklinga með þunglyndi sem leggjast inn á bráðageðdeild FSA, hversu mikill bati verður á innlagnartímanum og hvort kvíðastig hafi áhrif á bataferlið. Fram koma upplýsingar um hvort fjölskyldustuðnings gætir að einhverju leyti, þótt fjölskylduhjúkrun hafi ekki verið formlega innleidd. Niðurstöður rannsóknarinnar munu auka þekkingu og dýpka skilning á viðfangsefninu og geta stuðlað að frekari meðferðarþróun á bráðageðdeild FSA.

Dr. Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, deildarstjóri Landspítala og klínískur lektor Háskóla Íslands og Margrét Manda Jónsdóttir, aðstoðardeildarstjóri Landspítala.

Fjölskylduvæn Endurhæfingargeðdeild- Rannsóknaráætlun

Inngangur: Fjölskylduvæn endurhæfingargeðdeild er geðdeild þar sem ein af megináherslum geðendurhæfingar er nán samvinna þverfaglegs fagteymis ásamt hjúkrunarfræðingum og ráðgjöfum/stuðningsfulltrúum við fjölskyldur og aðstandendur sjúklinga en ávallt í samráði við sjúklinginn. Hugmyndafræði fjölskylduvænnar endurhæfingargeðdeildar er m.a. byggð á átta stigum fjölskylduvinnu þ.e. 1) jákvæðu viðmóti starfsfólks til sjúklings og fjölskyldu, 2) virkri þátttöku aðstandenda í starfi og viðburðum deildar, 3) markvissum og skipulögðum þverfaglegum fjölskyldufundum, 4) markvissum fjölskyldustuðningi samkvæmt Calgary mats- og meðferðarlíkani, 5) einstaklingshæfðri fræðslu til sjúklings og fjölskyldu, 6) eftirfylgd sjúklings á fjölskylduvænni göngudeild fyrir langveika geðsjúka, 7) sértækri fjölskyldumeðferð og 8) reglubundnum klínískum fundum um fjölskylduvinnu í tengslum við endurhæfingargeðdeildina. Tilgangur: Að rannsaka hvernig fjölskylduvænt meðferðarumhverfi í geðendurhæfingu alvarlegra veikra einstaklinga hefur áhrif á bataferli og upplifaðan stuðning sjúklings og fjölskyldu. Aðferð: Innleiðing á átta stigum fjölskylduvinnu verður framkvæmd í kjölfar þess að grunnlína hefur verið mæld fyrir hvert stig fjölskylduvinnu fyrir sig. Mælingar verða endurteknar á meðan á innleiðingu stendur og í lok innleiðingar hvers stigs fyrir sig. Um átta aðgreindar rannsóknir verður að ræða sem allar tengjast saman og leggja grunn að vísindalegri skilgreiningu á hvað fjölskylduvæn endurhæfingargeðdeild felur í sér. Niðurstöður: Viðurkennd tölfræðipróf og djúpviðtöl verða notuð til að geta ályktað um áhrifin af innleiðingu átta stiga fjölskylduvinnu. Ályktanir: Rannsóknir á innleiðingu markvissrar fjölskylduhjúkrunar á Landspítala á árunum 2007-2011 hafa stutt við jákvæðar vísbendingar um að fjölskylduvæn þjónusta hafi áhrif á upplifaðan hugrænan og tilfinningalegan stuðning hjá sjúklingum og fjölskyldum. Þær niðurstöður munu leggja mikilvægan grunn að rannsóknunum átta.

Jón Snorrason MSc., Hilmar Thor Bjarnason MSc., Hjalti Einarsson BSc., Guðmundur Sævar Sævarsson MSc.,

Aðferðir sem starfsfólk geðdeilda notar til að halda sjúklingum kyrrum.

Aðferðir sem notaðar eru til að halda sjúklingum kyrrum með handafli og notaðar eru á geðsviði LSH kallast viðbrögð og varnaraðgerðir gegn ofbeldi (VVO). VVO hefur verið skilgreint sem tækni til að halda sjúklingi kyrrum til að hafa stjórn á árásargjarnri hegðun hans. Á geðsviði LSH er starfandi varnarteymi sem hefur það hlutverk að róa árásargjarna sjúklinga og halda þeim kyrrum þegar þörf er á. Markmið varnarteymisins er að hjálpa sjúklingnum að ná stjórn á hegðun sinni sem hann hefur misst tímabundið af ýmsum ástæðum. Að öllu jafnaði er sjúklingi aðeins haldið kyrrum með handafli ef aðrar aðferðir hafa ekki dugað til að róa hann.

Markmið: Könnuð var reynsla varnarteymis á geðsviði LSH af aðferðum sem notaðar eru til að halda sjúklingum kyrrum.

Aðferð: Í hvert skipti sem starfsfólk í varnarteymi þurfti að halda sjúklingi kyrrum var því sendur spurningalisti varðandi atriði sem snúa að aðferðum varnarteymisins.

Niðurstöðurnar sýna m.a. hvernig sjúklingum var haldið kyrrum og hvað skiptir máli svo vel fari.

Ályktun : Viðbrögð við líkamlegu ofbeldi á geðdeildum er flókið samspil margra þátta og vandasamt verk Það er gagnlegt að fá fram reynslu og skoðun þeirra sem eru í varnarteymi á aðferðum sem notaðar eru í viðleitni til að þróa þær enn frekar.

Margrét Eiríksdóttir, sérfræðingur í hjúkrun

Áhrif samfelldrar hjúkrunarmeðferðar á hagi, þarfir og lífsgæði fólks með langvinna geðsjúkdóma. Rannsóknaráætlun.

Inngangur: Rannsóknarniðurstöður benda til að njóti alvarlega geðsjúkir einstaklingar öryggis og stuðnings í nærumhverfi sínu aukist bati þeirra. Enn fremur að samfella og einstaklingsmiðuð nálgun í hjúkrunarþjónustu hafi áhrif á lífsgæði þeirra. Eftirlit og stuðningur við lyfjameðferð, útvegum og stýring á annarri meðferð, heilbrigðisfræðsla og stuðningur við fjölskyldur sjúklinganna eru þau verkefni sem hjúkrunarfræðingar í málástjórahlutverkum gagnvart alvarlega geðsjúkum sinna oftast.

Hlutverk Geðsviðs Landspítalans er m.a. að veita alvarlega geðsjúkum og fjölskyldum þeirra samfellda hjúkrun og ráðgjöf. Hjúkrunarfræðingar sem veita slíka hjúkrun frá göngudeild geðsviðs Landspítala skilgreina sig annað hvort sem málástjóra eða ábyrga hjúkrunarfræðinga. Ekki hefur verið athugað skipulega hvernig þessi þjónusta uppfyllir þjónustuparfir skjólstæðinga.

Tilgangur: Tilgangur rannsóknarinnar er að kanna þarfir og lífsgæði alvarlega geðsjúkra þjónustuþega Landspítalans og hvernig samfelld einstaklingshæfð hjúkrun hefur áhrif á þjónustuþarfir þeirra og lífsgæði.

Aðferð: Aðferð rannsóknarinnar er aðlagð tilraunasnið: Endurteknar magnbundnar mælingar með mælitækjunum Camberwell assessment of needs og HL-prófinu verða framkvæmdar með reglubundnu millibili. Í fyrsta hluta rannsóknarinnar verða mælitækin lögð fyrir alvarlega geðsjúka sem leggjast inn á geðsvið Landspítalans eða njóta göngudeildarþjónustu þar. Síðari stig rannsóknarinnar felast í endurteknum mælingum með sömu mælitækjum með 6 mánaða millibili hjá þeim þátttakendum sem njóta samfelldrar hjúkrunar.

Niðurstöður: Úrvinnsla gagna mun felast í samanburði endurtekinna mælinga við grunnlínu. Enn fremur í samanburði einstakra mælinga einstakra þátttakenda í rannsókn skoðað í samhengi við veitta hjúkrunarþjónustu og afdrif þeirra. Niðurstöðurnar verða nýttar til að meta áhrif samfelldrar einstaklingshæfðar hjúkrunar á hagi, þarfir og lífsgæði alvarlega geðsjúkra sem fá samfellda hjúkrun frá göngudeild geðsviðs Landspítalans.

Páll Biering, dósent í geðjúkrun við H. Í. og sérfræðingur í geðjúkrun á geðsviði LSH. Valgerður Lísa Sigurðardóttir, ljósmóðir á LSH og klíniskur lektor í ljósmóðurfræði við H.Í.

Klínískar leiðbeiningar um mat og viðbrögð við ofbeldi í nánum samböndum

Nýverið voru gefnar út klínískar leiðbeiningar fyrir ljósmæður og hjúkrunarfræðinga um mat og viðbrögð við ofbeldi í nánum samböndum. Ofbeldi í nánum samböndum hefur alvarleg og langvinn áhrif á heilsu þolanda. Því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk spyrji um reynslu af ofbeldi og vísi þolendum á viðeigandi úrræði. Leiðbeininganna eru nauðsynlegt verkfæri til að svo geti orðið. Sú nýng er í þessum leiðbeiningum að þær beinast ekki eingöngu að þeim sem búa við ofbeldi í nánum samböndum heldur að öllum sem hafa reynslu að því. Ætla má að 2% kvenna búi á hverjum tíma við ofbeldi en að nær 20% hafi reynslu af því, oft með varanlegum heilsufarslegum afleiðingum. Þannig mun þessar nýju leiðbeiningar geta stuðlað að bættri heilsu mun stærri hóps en fyrri leiðbeiningar hafa gert.

Leiðbeiningarnar voru nýverið gefnar út af LSH ásmat hjálpargögnum og er áætlað að þær verði með tímanum innleiddar á öllum deildum spítalans og á heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu. Verður það í fyrsta skipti sem slíkar leiðbeiningar eru innleiddar á kerfisbundinn hátt á íslenskum heilbrigðisstofnunum. Innleiðing leiðbeininganna er þegar hafin á nokkrum heilsugæslustöðvum og á kvennasviði LSH. Stefnt er að því að innleiðingu ljúki á komandi ári.

Veggspjöld-útdrættir

Elías Jón Sveinsson, Dr. Eydís Kristín Sveinbjarnardóttir, Guðfinna Ásta Jónsdóttir, Guðrún Guðmundsdóttir, Kristín Björg Ólafsdóttir, Kristín Edda Ragnarsdóttir, Margrét Eiríksdóttir, Margrét Hákonardóttir,

Margrét Manda Jónsdóttir og Steinunn Margrét Gylfadóttir

Innleiðing málastjórahlutverks í hjúkrun á göngudeild fyrir langveika geðsjúka

Inngangur: Skjólstæðingur sem þarfnast málastjóra er einstaklingur sem er að takast á við alvarleg veikindi og hefur margar óuppfylltar hjúkrunarþarfir og/eða nýtur takmarkaðs stuðnings annarsstaðar frá.

Tilgangur: Tilgangur innleiðingar málastjórahlutverks hjúkrunarfræðinga á göngudeild langveikra geðsjúka á Kleppi er í fyrsta lagi að auka gæði þjónustu við skjólstæðing og fjölskyldu hans. Það felur m.a. í sér að auka samfellu í meðferð, auka öryggi í eftirfylgd og gera þjónustu markvissari við skjólstæðing og fjölskyldu. Í öðru lagi felur innleiðingin í sér endurskipulag verkferla í vinnu hjúkrunarfræðinga á göngudeild og skýrir ábyrgðarsvið þeirra.

Aðferðafræði: Skilgreining á hlutverki málastjóra og endurskoðun verklags út frá gagnreyndri þekkingu og rýni á fyrra vinnulag. Hver hjúkrunarfræðingur lagði mat á hvort hann gegndi hlutverki málastjóra eða ábyrgs hjúkrunarfræðings hjá skjólstæðingum sínum skv. nýskilgreindu hlutverki. Skráning í sjúkraskrárkerfi Landspítala var samræmd undir yfirskriftinni „planfundir“.

Niðurstöður: Einn skjólstæðingur göngudeildar á Kleppi er tekinn sem dæmi til að lýsa hvernig hjúkrunarfræðingur vinnur skv. hlutverki málastjóra. Ferli innleiðingar verður lýst með því að segja frá hvetjandi og letjandi þáttum hennar. Einnig verður sett fram magnbundið hversu stór hluti skjólstæðinga á göngudeildinni hefur hjúkrunarfræðing sem málastjóra.

Umræður: Innleiðing málastjórahlutverksins virðist hafa gert hlutverk hjúkrunarfræðinga og hjúkrun skjólstæðinga sýnilegri. Einnig hafa skapast umræður um ábyrgðarsvið hjúkrunarfræðinga gagnvart öðrum fagstéttum.

Ályktanir: Þar sem málastjórahlutverk hjúkrunarfræðinga í hjúkrun langveikra geðsjúkra hefur verið innleitt hafa gæði þjónustu í flestum tilfellum aukist. Vonast er til að það sama gerist á göngudeildinni á Kleppi.

**Jóhanna Bernharðsdóttir, lektor, forstöðumaður fræðasviðs í geðhjúkrun
Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og Landspítala,
Rósa María Guðmundsdóttir hjúkrunarstjóri geðheilsusviðs Reykjalundar.**

Forprófun og þáttgreining á vonleysiskvarða Beck

Inngangur: Ýmsar kenningar hafa verið settar fram til að skilgreina vonleysi og uppruna þess. Talið er að það sé ekki einungis lífsreynslan sjálf sem skeri úr um hvort fólk fyllist vonleysi eða ekki, heldur færni einstaklingsins til að túlka og vinna úr erfiðri lífsreynslu auk þess sem gildismat og bjargráð hafa þar áhrif (Farran o.fl., 1995; Joiner o.fl., 2005). Vonleysi er breytilegt ástand og ekki einungis mismunandi eftir einstaklingum heldur einnig breytilegt

hjá hverjum og einum (Young o.fl., 1996). Það getur bæði verið tímabundið eða stöðugt ástand (Beck o.fl., 1990) auk þess sem það er eitt af megininkennum þunglyndis (Beck o.fl., 1979).

Markmið: Meginmarkmið þessarar rannsóknar var að forprófa og þáttgreina vonleysiskvarða Beck og meta áreiðanleika og réttmæti íslensku þýðingarinnar. Vonleysiskvarðinn hefur aðallega verið notaður til að meta vonleysi meðal þunglyndra einstaklinga auk þess sem hann spáir marktækt fyrir um sjálfsvígshættu.

Aðferðir: Forprófun var gerð á geðsviði Reykjalundar og fór hún fram í tveimur áföngum en um hentugleikaúrtak var að ræða. Listinn var lagður fyrir 161 einstakling sem einnig voru spurðir um kyn, aldur, hjúskaparstöðu, barneignir, menntun, atvinnu, fjárhag og innlagnarástæðu.

Niðurstöður: Um helmingur þátttakenda var á aldursbilinu 30 – 49 ára og voru konur í meirihluta (%). Flestir nefndu þunglyndi sem innlagnarástæðu (84,5%) en einnig nefndu margir kvíða (66,5%) og verki (44,7%). Að meðaltali reyndist vonleysi meðal sjúklingahópsins vera 10,02 stig ($Sf=5,45$) og var meira en helmingur þátttakenda (56%) með miðlungs eða alvarlegt vonleysi. Marktækur munur reyndist vera á vonleysi eftir fjárhagsstöðu en vonleysi var meira meðal þeirra sem töldu fjárhagsstöðu sína slæma (49,3%). Forprófunin leiddi í ljós að innri áreiðanleiki íslensku þýðingarinnar eða Chronbach's alpha var 0,90. Þáttgreining leiddi í ljós þrjá meginþætti en þeir voru nefndir: Skortur á áhugahvöt, jákvæðar væntingar til framtíðar og viðhorf til framtíðar.

Túlkun: Áreiðanleiki íslensku þýðingarinnar reyndist góður og einnig var yfirborðs- og innihaldsréttmæti gott. Fyrsti og þriðji þátturinn í þáttgreiningunni líkjast mjög upphaflegu þáttgreiningunni (Beck o.fl., 1974) og styrkir þáttgreiningin hugtakaréttmæti listans. Innri áreiðanleiki þáttanna var einnig skoðaður og reyndist hann vera um 0.8 sem telst nokkuð góður. Meðaltal á Vonleysiskvarðanum var fremur hátt meðal sjúklingahópsins í þessari rannsókn. Rúmlega helmingur þátttakenda reyndist vera með 9 stig eða meira á vonleysiskvarðanum en það telst vísbending um aukna sjálfsvígshættu. Rannsakendur vonast til að íslensk þýðing vonleysiskvarða Becks gagnist sem viðbót við annað mat á sálrænni líðan og nýta megi niðurstöður hans til að þróa betri hjúkrunar- og heilbrigðisþjónustu.

Hrönn Harðardóttir, B.Sc., MHH, heilsugæslustöð Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja Samfélagsgeðþjónusta á heilsugæslustöð utan Reykjavíkur.

Tilgangur: Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS) þjónar yfir 21 þúsund manns í 5 sveitarfélögum. Skýrsla velferðarvaktar sýnir að hlutfall atvinnulausra, öryrkja og lágtekjufjölskyldna er hátt á þessu svæði. Þessir þættir eru þekktir fyrir að hafa neikvæð áhrif á geðheilsu. Það var ljóst að þörf var á að bæta geðheilbrigðisþjónustu á svæðinu.

Markmið með samfélagsgeðþjónustu : Að bjóða betri geðheilbrigðisþjónustu í heimabyggð, að bæta lífsgæði einstaklinga með geðraskanir á svæðinu og að fækka innlögnum á geðsvið Landspítala og stytta meðallegutíma, ef innlagnar var þörf.

Framkvæmd: HSS fór í undirbúningsvinnu 2010 með upplýsingasöfnun. Í febrúar 2011 var Samráðsteymi stofnað með aðilum frá félagsþjónustu, geðsviði Landspítala Háskólasjúkrahúss og HSS. Teymið áætlaði þörf á svæðinu og styrkur fékkst frá Velferðarráðuneyti til að ráða hjúkrunarfræðing til starfa. Geðteymið tók formlega til starfa í júlí 2011 og byrjaði að bjóða viðtöl þeim sem metnir voru í mestri þörf fyrir þjónustu, ásamt því að taka við nýjum tilvísunum. Í dag samanstendur teymið af 3 hjúkrunarfræðingum, 1 sálfræðingi og 1 lækni í 3,1 stöðugildi. Hugmyndafræði geðteymisins byggist á valdeflingu og batahugmyndafræði.

Mat á árangri: Innlögnum Suðurnesjamanna á geðsvið Landspítala Háskólasjúkrahúss fækkaði um 48 innlagnir á 12 mánaða tímabili borið saman við fyrra ár. Meðallegutími minnkaði um 38% fyrsta árið eftir að geðteymið hóf störf, var 10,0 dagar 2010 og fór í 7,1 árið 2012. Þrátt fyrir að aðrir þættir hafi áhrif á fjölda innlagna og meðal legutíma, þá er þessi nýja samfélagsgeðþjónusta mikilvæg vísbending um jákvæða þróun. Upplýsingar vantar frá notendum þjónustunnar.

Gildi fyrir hjúkrun: Hjúkrunarfræðingar eru í lykilstöðu til að veita árangursríka þjónustu í samfélagsgeðþjónustu. Mikilvægt er að slík þjónusta tengist vel þeirri þjónustu sem til staðar er í samfélaginu og nái að tengja saman ólíka þætti s.s. félagsþjónustu, endurhæfingarúrreði og aðra sjúkrahúsþjónustu. Hjúkrunarfræðingar hafa þekkingu og reynslu til að samþætta þessa þætti við heilbrigðisþjónustuna og bæta þannig þjónustu við notendur

6. mars Heilsugæsla í náinni framtíð

- | | |
|-------------|--|
| 13.00-13.05 | Erla Kolbrún Svavarsdóttir formaður stjórnar RSH
Málþing sett |
| 13.05-13.20 | „Hver er heimilislæknirinn þinn?“
Þórarinn Ingólfsson formaður félags heimilislækna |
| 13.20-13.35 | Hvernig mætir heilsugæslan best þörfum samfélagsins
Anna Björg Aradóttir, sviðsstjóri eftirlits og gæða, Embætti landlæknis |
| 13:35-13.50 | Heilsugæsla á krossgötum: Hvert er ferðinni heitið?
Rúnar Vilhjálmsson, prófessor Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands |
| 13:50-14:05 | Þarfir langveikra og heilsugæsla
Helga Jónsdóttir, prófessor Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands |
| 14:05-14:20 | Netagerð í heimahjúkrun: Samþætting, samhæfing og samvinna. |

Kristín Björnsdóttir, prófessor Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

14:20-14:50 Umræður og fyrirspurnir til fyrirlesara

14:50-15:05 Kaffihlé

15:05- 16:00 Pallborð

Ólafur Skúlason, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, Jón Steinar Jónsson, lektor í heimilislækningum, Guðjón Sigurðsson, formaður MND félagsins, Guðmundur Bjarnason, fyrrv. ráðherra og alþingismaður, Sigrún Kristín Barkardóttir, yfirhjúkrunarfræðingur Heilsugæslunni Glæsibæ og Sigríður Pálmadóttir, yfirhjúkrunarfræðingur Heilsugæslunni Hamraborg og Hvammi.

Fundarstjóri: Ásta Möller, Forstöðumaður stofnunar stjórnsýslufræða og stjórn mála við HÍ

10. desember Aðventumálþing Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði

10:30-10:35 Erla Kolbrún Svavarsdóttir formaður stjórnar RSH býður málstofugesti velkomna

10:35-11:00 Guðrún Pétursdóttir, NORDRESS – Norrænt Öndvegissetur um Öryggi samfélaga

11:00-12:00 Helga Bragadóttir, Teymisvinna og starfsánægja í hjúkrun á sjúkrahúsum á Íslandi
Hildur Sigurðardóttir, Fæðingarótti forprófun mælitækisins CAQ (Childbirth Attitudes Questionnaire)
Kristín Björnsdóttir, Tilvistarleg viðfangsefni í heimahjúkrun
Jóhanna Bernharðsdóttir, Hugræn atferlismeðferð og lífsbreytingar
Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Skipulagðar heima-fæðingar á Norðurlöndum

12:00-12:10 Hádegishlé, boðið verður upp á léttar jólaveitingar

12:10-12:30 Aðventufyrirlestur, Margrét Gísladóttir, Viðhorf aldanna kallast á

12:30-13:00 Helga Gottfreðsdóttir, Fræðsla og upplýsingagjöf um fæðingu: íhlutunarrannsókn í meðgönguvernd
Helga Jónsdóttir, Samráð við sjúklinga með langvinna lungnateppu og fjölskyldur þeirra. Að þróa merkingu á lífi með LLT
Birna Flygenring, Streita og starfsánægja í starfi hjúkrunardeildarstjóra á Landspítala

- 13.00-14.15 Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Hvernig styðja fjölskyldumeðferðarsamræður við heilsu?
Sóley S Bender, Samantekt á rannsóknum frá 2000-2010 á þeim þáttum sem hindrað hafa ungmenni að sækja og nýta kynheilbrigðisþjónustu
Herdís Sveinsdóttir, Störf og starfsumhverfi deildarstjóra á Landspítala
Páll Biering, Gagnlegar leiðir í meðferð og þjónustu við aldraða með geðræn vandamál
Rúnar Vilhjálmsson, Heilbrigði og lífshættir Íslendinga
Ingibjörg Hjaltadóttir, Samræmd skráning og forgangsröðun heimaþjónustu til einstaklinga
- 14:15 Slit málfings

Útdrættir

Guðrún Pétursdóttir

NORDRESS – Norrænt Öndvegissetur um Öryggi samfélaga

Háskóli Íslands hefur fengið um 420 milljón króna styrk frá NordForsk til að starfrækja Öndvegissetur um Öryggi Samfélaga (Nordic Centre of Excellence on Resilience and Societal Security – NORDRESS) frá 2015 til 2019. Höfuðstöðvar setursins verða hjá Stofnun Sæmundar fróða undir stjórn Guðrúnar Pétursdóttur forstöðumanns og Guðrúnar Gísladóttur prófessors í landfræði.

Aðild að setrinu eiga 15 stofnanir á Norðurlöndum. Til að efla norræna samvinnu til frambúðar er lögð áhersla á þverfræðilega vinnu og samstarf sérfræðinga frá mörgum löndum í hverju verkefni.

Viðfangsefnið er viðnámsþróttur samfélagsins (resilience) við náttúruhamförum. Í 13 verkþáttum er hugað að viðnámi einstaklinga, hópa, innviða og stofnana samfélagsins. Helstar eru rannsóknir á áhrifum náttúruhamfara á andlega og líkamlega heilsu, þar sem m.a. verður unnið með gögn um afleiðingar snjóflóða hér á landi. Annar þáttur fjallar um áhrif fréttáflutnings fjölmiðla og samfélagsmiðla um hamfarir, ekki síst á börn. Hluti rannsókna verður helgaður viðnámsþrótti nærsamfélagsins og ákveðinna hópa (aldurshópa, ferðamanna o.s.frv) og einnig mögulegri þátttöku almennings í vöktun náttúruvár s.s. flóða og skógarelda. Rannsóknir á innviðum mun fjalla um samgöngur á láði, lofti og legi, og hugað að vörnum gegn og viðbrögðum við (ofan)flóðum, auknum skipaferðum um viðsjárverð heimskautasvæði, og áhrifum öskufalls á flugsamgöngur. Loks verður borinn saman lagarammi varðandi náttúruhamfarir á Norðurlöndum, sérstaklega um skipulag, landnotkun og tryggingar, og síðast en ekki síst hlutverk velferðarkerfisins í viðbrögðum við náttúruhamförum.

Sérstakur verkþáttur er helgaður námskeiðahaldi, ekki aðeins fyrir háskólanema, heldur líka viðbragðsaðila, fjölmiðlafólk, starfsmenn stjórnsýslu og aðra sem á þurfa að halda.

Helga Bragadóttir

Teymisvinna og starfsánægja í hjúkrun á sjúkrahúsum á Íslandi

Inngangur: Á undanförunum árum hefur athyglinni í auknum mæli verið beint að teymisvinnu í heilbrigðisþjónustu og mikilvægi hennar fyrir öryggi sjúklinga og vellíðan starfsmanna.

Tilgangur rannsóknar er að varpa ljósi á teymisvinnu og starfsánægju í hjúkrun á íslenskum sjúkrahúsum.

Aðferð: Um megindlega þversniðsrannsókn var að ræða með skriflegum spurningalista um teymisvinnu og bakgrunns breytur. Notaður var spurningalistinn Nursing Teamwork Survey-Icelandic en íslensk þýðing hans reyndist bæði áreiðanleg og réttmæt. Kvarði spurningalistans er fimmgildur Likert-kvarði (1-5) þar sem hærra stig bendir til betri teymisvinnu.

Spurningalistar voru sendir til 925 starfsmanna hjúkrunar á öllum legudeildum lyflækninga, skurðlækninga og gjörgæslu á íslenskum sjúkrahúsum eða samtals 27 deildum á 8 sjúkrahúsum.

Niðurstöður/umræður: Svarhlutfall var 70% (N=632). Flestir þátttakendur voru kvenkyns (98,4%) hjúkrunarfræðingar (54,7%) og sjúkraliðar (35,5%) af lyflækningadeildum (35,8%) kennslusjúkrahúsa (79,6%). Heildarmeðal teymisvinnu var 3,89 (SF=0,48). Þegar tengsl bakgrunnsbreyta við teymisvinnu og starfsánægju voru metin sýndu niðurstöður marktæk tengsl milli teymisvinnu og tegundar deildar, hlutverks, starfsreynslu á deild og mönnunar ($p \leq 0,05$), og marktæk tengsl mældust milli starfsánægju á deild annars vegar og starfsreynslu á deild og mönnunar hins vegar ($p \leq 0,05$). Gerð var aðhvarfsgreining hlutfalls (logistic regression) þar sem breyturarnar mönnun, starfsreynsla á deild og teymisvinna skýrðu um 26% af breytileika starfsánægju á deild (Nagelkerke $R^2=0,257$, $c^2(5, N=568)=83,015$, $p < 0,001$). Niðurstöðurnar benda til þess að samband sé á milli bakgrunnsbreyta, teymisvinnu og starfsánægju. Betri teymisvinna er marktækt tengd meiri starfsánægju. Þekkt er að bæði teymisvinna og starfsánægja hefur með gæði þjónustu og öryggi sjúklinga að gera.

Ályktanir: Góð teymisvinna ætti að vera forgangsverkefni stjórnenda og klíníkera í hjúkrun.

Hildur Sigurðardóttir

Fæðingarótti forprófun mælitækisins CAQ

(Childbirth Attitudes Questionnaire)

Inngangur: Fyrirbærið fæðingarótti hefur með tímanum fengið aukna athygli rannsakenda einkum á Norðurlöndum en þar er tíðni mikils fæðingaróttá á bilinu 5-20%. Sjónum hefur einkum verið beint að því að skoða áhættuþætti sem auka líkur á að konur finni fyrir óttanum auk þess að skoða hugsanlegar afleiðinga hans. Á undanförunum árum hefur til dæmis valkeisurum fjölgað og hefur verið sýnt frá á tengsl þessa við ótta kvenna gagnvart fæðingunni. Dæmi um þætti sem taldir eru auka líkur á fæðingaróttá eru: neikvæð fyrri fæðingarreynsla, sál- og geðræn vandamál og veikari félagsleg staða og aðrir einstaklingbundnir þættir.

Aðferð: Rannsóknin sem var meginleg var gerð með þeim tilgangi að forprófa íslenska þýðingu mælitækisins CAQ (Childbirth Attitudes Questionnaire) eftir Nancy K. Lowe en því er ætlað að mæla hvert fæðingaróttinn beinist. Mælitækið er fjögurra þátta Likert kvarði, inniheldur 16 fullyrðingar sem skoða kvíða/ótta kvenna gagnvart þáttum er varða m.a. heilbrigði barns, verki og skaða, sjálfstjórn, læknisfræðileg inn grip, trú á eigin getu, sjúkrahúsumhverfi og heilbrigðisstarfsfólk.

Gagnasöfnun fór fram í samvinnu við ljósmæður mæðraverndar á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðis á tímabilinu 17. janúar – 17. mars 2014. Um þægindaúrtak 200 barnshafandi kvenna á aldrinum 18 – 41 árs var að ræða með svarhlutfallinu 78%. Úrvinnsla gagna fór fram í SPSS tölfræðiforritinu.

Áreiðanleika mælitækisins samkvæmt Chronbach's alpha stuðli reyndist góður með háu innra samræmi ($\alpha = 0,88$). Meirihluti þátttakenda (64,5%) reyndist vera með miðlungs fæðingarótt, 17,4% með lítinn ótta og 18,1% með mikinn fæðingarótt. Frumbyrjur sýndu marktækt meiri fæðingarótt í samanburði við fjölbyrjur ($p < 0,05$).

Niðurstöður: rannsóknarinnar benda til að íslensk þýðing mælitækisins CAQ sé áreiðanleg og gæti því nýst í skimunar – eða meðferðarferli á fæðingarótt.

Ályktanir: Mikilvægt er að finna þær konur sem haldnar eru miklum fæðingarótt til að fyrirbyggja afleiðingar hans og stuðla um leið að betri líkamlegri, félagslegri og sálrænni líðan mæðra.

Kristín Björnsdóttir, Tilvistarleg viðfangsefni í heimahjúkrun

Inngangur: Stjórnvöld hvetja til þess að eldra fólk haldi áfram að búa heima, þrátt fyrir versandi heilsufar og minni færni til sjálfsumönnunar. Á efri árum takast einstaklingar á við flókin viðfangsefni. Í þessu erindi verður athyglinni beint að tilvistarlegum viðfangsefnum sem eldra fólk sem nýtur heimahjúkrunar tekst á við.

Efniviður og aðferðir: Rannsóknin var etnógrafísk þar sem unnið var með 5 teyllum í heimahjúkrun og 15 einstaklingum 80 ára og eldri sem nutu heimaþjónustu. Þessir þátttakendur höfðu allir greinst með 2-5 langvinna sjúkdóma og almenn færni þeirra var minnkuð. Gagnasöfnun fólst í vettvangsathugunum og formlegum og óformlegum viðtölum.

Niðurstöður: Niðurstöður úr þessum þætti rannsóknarinnar endurspeglast I eftirfarandi þemum: Að líta yfir farinn veg: Þátttakendur nutu þess að dvelja á heimilum sínum, innan um hlutina sína og minningar. Algengt var að þeir vísuðu til atburða og breytinga sem þeir höfðu tekist á við. Starfsfólkið hlustaði á frásögnina og brást við henni með því að sýna áhuga og athygli. Breytti ég rétt? Vísar til þeirrar íhugunar sem oft kom fram um það hvort hægt hefði verið að gera hlutina með öðrum hætti. Slíkar hugsanir tengdust bæði börnum einstaklinganna og mökum. Að koma niður standandi vísar til þeirrar tilraunar sem var áberandi að vinna sig í gegnum erfiða lífsreynslu.

Ályktanir: Eldra fólk sem býr heima, en á við heilsufarsvanda að stríða, reynir að njóta lífsins á heimili sínu þar sem minningarnar kalla. Þau velta upp flóknum siðfræðilegum álitamálum í nánnum samböndum og reyna að vinna sig í gegnum tilfinningalega erfiða reynslu.

Jóhanna Bernharðsdóttir

Hugræn atferlismeðferð og lífsbreytingar

Inngangur: Samkvæmt faraldsfræðilegum rannsóknum eru þunglyndi og kvíði umtalsvert algengari hjá konum en körlum og stúlkur greinast að jafnaði yngri en áður. Erlendar rannsóknaniðurstöður benda margar til þess að sálræn vanlíðan fari vaxandi meðal háskólastúdenta og að þörf þeirra fyrir þjónustu aukist jafnframt. Nám í háskóla getur verið uppspretta breytinga í lífi einstaklingsins sem veitir honum bæði tækifæri og áskoranir. Á sama tíma geta háskólastúdentar fundið fyrir sálrænni vanlíðan sem tengist þroskaferli þeirra og kröfum eða álagi sem tengjast námi í háskóla.

Aðferð: Samkvæmt fræðilegri úttekt er hugræn atferlismeðferð ein af algengustu meðferðarnálgunum til að draga úr sálrænni vanlíðan meðal háskólastúdenta og hefur jafnframt reynst áhrifarík við þunglyndi og kvíða almennt. Því var ákveðið að þróa forvarnarnámskeið til að daga úr sálrænni vanlíðan meðal þessa hóps námsmanna. Við þróun meðferðarinnar voru kenningar Meleis o.fl. (2010) um umbreytingar ásamt streitukenningum Pearlin o.fl. (1981, 1999) lagðar til grundvallar.

Megin tilgangur meðferðarinnar var að auka þekkingu og skilning kvenstúdentanna á sálrænni vanlíðan, einkennum og áhrifum hennar. Annar tilgangur var að kenna þeim aðferðir hugrænnar atferlismeðferðar til að takast á við streitu og sálræna vanlíðan.

Niðurstöður og ályktun: Jákvæður árangur hlaut af meðferðinni og reyndust ofangreindar kenningar vel til að takast á við vanlíðunina. Í erindinu verður nánar fjallað um hvernig hugræn atferlismeðferð var beitt til að styðja við ferli lífsbreytinga og draga úr streituupplifun kvenstúdenta.

Ólöf Ásta Ólafsdóttir

Skipulagðar heimaafæðingar á Norðurlöndum

Inngangur: Heimaafæðingar á Norðurlöndum eru fáar í hverju landi fyrir sig. Á hverju ári fara fram um um að bil 900 skipulagðar heimaafæðingar. Upplýsingar vantar um útkomu þeirra og heilsu mæðra og barna þeirra. Í skráningu á heimaafæðingum er ekki gerður greinarmunur á óvæntum og skipulögðum fæðingum. Með því að safna upplýsingum um og skrá skipulagðar heimaafæðingar fæst aukinn tölfræðilegur styrkur til að skoða útkomu mæðra og barna í norrænu menningarlegu samhengi. Markmið rannsóknarinnar Heimaafæðingar á Norðurlöndum (Nordic Homebirths) var að afla þekkingar á útkomu og reynslu af skipulögðum heimaafæðingum í Danmörku, Noregi, Svíþjóð og Íslandi.

Aðferð: Gögnum var aflað framsækið með þremur net-spurningalistum þýddum og staðfærðum úr sænsku, fyrir konur, maka þeirra og ljósmæður, á árabílinu 2008-2013.

Niðurstöður: Upplýsingar fengust frá 3017 konum. Frá Danmörku 1790, Noregi 496, Svíþjóð 454 og Íslandi 277. Nær allar heimafæðingar í Svíþjóð, Noregi, og Íslandi eru með í gagnagrunninum. Fyrstu niðurstöður um útkomu heimafæðinga og tíðni flutninga á sjúkrahús verða kynnar. Áhersla verður á að fjalla um niðurstöður fyrir Ísland í samanburði við hin Norðurlöndin.

Ályktun: Fróðlegt er að skoða mun á ýmsum þáttum heimafæðinga milli landa með tilliti til skipulagningar heilbrigðisþjónustu í heimafæðingum á Norðurlöndum.

Helga Gottfreðsdóttir

Fræðsla og upplýsingagjöf um fæðingu: íhlutunarrannsókn í meðgönguvernd

Inngangur: Meðgangan er tímabil aðlögunar og undirbúnings fyrir fæðingu og foreldarahlutverk. Í nútímasamfélagi sækja konur upplýsingar úr ýmsum áttum en rannsóknir benda til að þær leggi áherslu á að þeim séu veitt fræðsla og undirbúningur fyrir fæðingu hjá ljósmóður í meðgönguvernd, sem er í samræmi við markmið klínískra leiðbeininga.

Vísbendingar eru um að væntingar kvenna til upplýsinga um fæðingu séu ekki uppfylltar en mikilvægt er að styrkja konur á meðgöngu með fræðslu til að stuðla að betri fæðingarreynslu og hærri tíðni eðlilegra fæðinga.

Tilgangurinn er að rannsaka hvort hægt sé að hafa áhrif á reynslu kvenna af fæðingu og fæðingarútkomu með því að veita ljósmæðrum í meðgönguvernd sérstaka fræðslu um fæðingarsamtal sem er ný nálgun við undirbúning fæðingar.

Aðferð: Um er að ræða íhlutunarrannsókn þar sem eigindlegra og megindlegra gagna verður aflað. Notast verður við markmiðsúrtak þar sem rannsakendur hafa fyrirfram ákveðin hóp ljósmæðra og kvenna innan tveggja heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu í rannsókninni auk einnar viðmiðunarstöðvar. Viðtöl verða tekin við ljósmæður og konur auk þess sem gögn munu byggja á stuttum spurningalista og upplýsingum úr Fæðingaskrá.

Niðurstöður: kynnt verður hvaða niðurstaðna verður aflað

Umræður: Sú rannsóknaráætlun sem hér er kynnt byggir m.a. á prófa sérstaka fræðslu íhlutun í meðgönguvernd sem miðar að því að styrkja konur/verðandi foreldra fyrir fæðingu. Því er í erindinu frá bakgrunni rannsóknarinnar og fyrirhugaðri framkvæmd hennar. Rannsóknin verður gerð í samvinnu við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins.

Helga Jónsdóttir

Samráð við sjúklinga með langvinna lungnateppu og fjölskyldur þeirra. Að próa merkingu á lífi með LLT

Inngangur: Samráð (e. partnership) er fræðilegur hugtakarammi sem þróaður hefur verið til að leiðbeina um hjúkrun sjúklinga með langvinna lungnateppu (LLT) og fjölskyldur þeirra. Fræðilegi ramminn hefur samræður (e. dialogue) sem lykilatriði. Í samræðunum er leitast við að þróa merkingu á heilsufarsvandanum og þeim möguleikum sem skapa má. Í samræðunum eru þrjú atriði sem eru sérstaklega höfð til hliðsjónar: Þátttaka fjölskyldu, líf með einkennum og tímanlegt aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Heilbrigði er megin útkoma.

Aðferð: Fræðilegt yfirlit yfir hugtakaramman og rannsóknir á honum.

Niðurstöður: Samráð hefur verið rannsakað m.a. með tilaunasniði, þverskurðarsniði og eigindlegum rannsóknaraðferðum hjá einstaklingum með byrjandi LLT og fjölskyldum þeirra og hálf-stöðluðu tilraunasniði og eigindlegum rannsóknaraðferðum hjá sjúklingum með langtengna LLT. Hjá einstaklingum með byrjandi LLT voru áhrif sjúkdóms marktækt minni eftir þátttöku í meðferðinni. Þátttaka fjölskyldu var lítil. Meðal sjúklinga með langtengna LLT fækkaði innlögnum um tæplega 80% á 18 mánaðatímabili, lífsgæði bötunðu og kvíði og þunglyndi minnkaði.

Ályktun:Árangur samráðs er mismunandi eftir því hversu langtengin LLT er. Skýringa má leita í því hvernig samráð var upp og þess að einstaklingar með LLT á mismunandi stigum bera ólík heilsufarsleg vandamál fyrir brjósti. Tímalengd og magn samskipta virðist skipta máli.

Birna Flygenring

Streita og starfsánægja í starfi hjúkrunardeildarstjóra á Landspítala

Inngangur: Í kjölfar efnahagskreppunnar 2008 voru gerðar breytingar á stjórnskipulagi heilbrigðisstofnana og það einfaldað. Millistjórnendum hefur fækkað og öðrum r stjórnendum fengin aukin verkefni sem hefur í för með sér meiri ábyrgð og aukið vinnuálag.

Efniviður og aðferðir: Um er að ræða meginndlega rannsókn með lýsandi könnunarsniði. Úrtak rannsóknarinnar náði til allra hjúkrunardeildarstjóra Landspítalans sem höfðu mannaforráð.

Niðurstöður: Svörunin var 76% (n= 70). Um helmingur þátttakenda (57%) voru á aldrinum 35 – 54 ára. Helmingur þeirra (49%) höfðu starfað sem hjúkrunardeildarstjórar í minna en 5 ár. Þátttakendur voru almennt ánægðir í starfi (98%). Þeir voru ánægðir með starfsánægjuþættina: Samstarfsfólk, Stjórnun og samskipti en óánægðir með Laun og hlunnindi. Flestir þátttakenda (94%) töldu vinnuálag of mikið, vinnuálag ójafnt og verkefni hlaðast upp. Vinnuádstæður höfðu áhrif á starfsánægju og streitu í starfi og streita hafði neikvæð áhrif á starfsánægju. Helstu streituvaldandi þætti í starfi voru: Samskiptaerfiðleikar, tímaskortur og verkefnaálag. Þáttakendur sem höfðu starfað sem hjúkrunardeildarstjórar í 6-10 ár fundu marktækt meira fyrir streitu. Niðurstöður aðhvarfsgreiningar voru að starfsaldur sem hjúkrunardeildarstjóri, of erfið verkefni, of lítil mönnun og að komast ekki úr vinnu

vegna álags spáðu mestu fyrir um streitu. Þátttakendur óskuðu helst eftir stuðningi í starfi frá samstarfsfólki, öðrum deildarstjórum, framkvæmdastjóra og aðstoðardeildarstjóra.

Ályktun: Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að stjórnendur Landspítalans verða að hafa í huga að endurskipulagning og niðurskurður á starfsemi heilbrigðisstofnana getur haft neikvæð áhrif á starfsánægju og vinnutengda streitu hjúkrunardeildarstjóra og því er mikilvægt að þeir finni úrræði til að styðja betur við þá í starfi.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir

Hvernig styðja fjölskyldumeðferðarsamræður við heilsu?

Inngangur: Markvissar meðferðarsamræður (Wright og Leahey, 2013) er aðferð sem byggir á gagnreyndum starfsháttum þar sem lögð er áhersla á að minnka vanlíðan draga fram styrkleika og efla bjargráð fjölskyldna sem eru að fást við langvinna eða bráða sjúkdóma/heilsufarsvanda. Rannsóknir benda til þess að markviss meðferðarsamtöl/stuðningsviðtöl hjúkrunarfræðinga hafi góð áhrif á fjölskylduna, að fjölskyldumeðlimir upplifi meiri stuðning og séu ánægðari með heilbrigðisþjónustuna en samanburðarfjölskyldur sem ekki fá slíka skipulagða fjölskylduhjúkrarmeðferð. Lítið er hins vegar vitað um það hvernig fjölskyldumeðferðarsamræður styðja við heilsu fjölskyldumeðlima.

Aðferð: Greint verður frá innihaldi meðferðarsamræðna (MSR) sem þróaðar voru fyrir fjölskyldur á LSH þar sem fjölskyldumeðlimum var boðið upp á 2-3 meðferðarsamræður (60-90 mín í hvert skipti). Innihald MSR byggir á fimm lykil atriðum þ.e. (a) teikna fjölskyldutré og tengslanet í samvinnu við fjölskylduna; (b) nota meðferðarspurningar; (c) bjóða upp á ráð, stuðning og veita upplýsingar (d) draga fram styrk fjölskyldunnar og (e) auðkenna hindrandi og styðjandi viðhorf fjölskyldumeðlima.

Niðurstöður/umræður: Inntak meðferðarsamræðnanna verða kynntar auk þess sem möguleg tengsl þeirra við líðan og almenna heilsu fjölskyldumeðlima verða rædd. Megin markmið MSR var að bjóða fjölskyldumeðlimum upp á endurgjöf af reynslu þeirra sem umönnunaraðila. Þau voru spurð viðeigandi meðferðarspurninga og hvött áfram og bent á með hvað hætti fjölskyldan var að höndla aðstæðurnar vel. Hjúkrunarfræðingarnir hlustuðu líka á reynslusögu umönnunaraðilana, bentu á hvað var líkt/ólíkt meðal umönnunaraðila og svöruðu sértækum spurningum. Almennt þurftu hjúkrunarfræðingarnir að útbúa umhverfi í samræðunum þar sem fjölskyldur gátu hrundið af stað litlum eða markvissum breytingum s.s. með því að gera sér grein fyrir eigin getu til að leysa vandamál. Hjúkrunarfræðingarnir notuðu spurningar sem meðferðir, hvöttu og studdu við fjölskyldurnar og létu í ljós tilrúð þeirra á lausn vandamála þegar það var viðeigandi.

Ályktanir: Nýjar rannsóknarniðurstöður sýna áhugaverð tengsl á milli markviss stuðnings og áhrif á heilsu fjölskyldumeðlima. Ávinningur af markvissum fjölskyldumeðferðarsamræðum fyrir líðan einstaklinga lofar góðu.

Sóley S Bender

Samantekt á rannsóknum frá 2000-2010 á þeim þáttum sem hindrað hafa ungmenni að sækja og nýta kynheilbrigðisþjónustu

Inngangur: Rannsóknir á hindrandi þáttum hvað varðar aðgengi og notkun á kynheilbrigðisþjónustu ungmenna hafa ekki verið skoðaðir sem skyldi. Tilgangur þessarar samantektar á rannsóknum var að skoða hvaða hindranir ungt fólk hefur upplifað varðandi kynheilbrigðisþjónustu.

Aðferð: Gerð var úttekt á eigindlegum og meginlægum rannsóknum sem náðu til ungs fólks á aldrinum 10-25 ára. Valdar voru rannsóknirnar sem voru birtar á tímabilinu 2000-2010. Gerð var innihaldsgreining á niðurstöðum rannsóknanna.

Niðurstöður: Sautján rannsóknir voru valdar í lokagagnagreininguna af þeim 189 sem fundust. Gögnin greindust í fjóra meginflokka. Þrjár þeirra, aðgengi að þjónustunni, vera kominn á staðinn og gæði þjónustunnar, voru í beinum tengslum við þjónustuna. Einn var um persónulega þætti meðal ungmenna. Persónulegi þátturinn tengdist öllum hinum þremur flokkunum og kom fram að trúnaður og ótti við að tapa ærunni var hvað mikilvægast.

Ályktanir: Niðurstöður sýna hversu persónulegt þetta ferli er fyrir ungt fólk frá því að það hefur hug á því að fara og þangað til að heimsókn á kynheilbrigðisþjónustu er lokið. Það er mikil þörf á því að gera kynheilbrigðisþjónustu aðlaðandi og aðgengilega fyrir ungt fólk til að stuðla að kynheilbrigði þess.

Herdís Sveinsdóttir

Störf og starfsumhverfi deildarstjóra á Landspítala

Inngangur: Í kjölfar endurskoðunar á stjórnskipulagi Landspítalaland var unnin ný starfslýsing fyrir hjúkrunardeildarstjóra á Landspítala. Starfslýsingin tók gildi 1. janúar 2010 og helstu breytingar fólust í aukinni rekstrarlegri og fjárhagslegri ábyrgð. Niðurstöður rannsókna sýna að deildarstjórinn er lykilmanneskja hvað varðar starfsánægju hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða, starfsmannaveltu og faglega þróun hjúkrunar. Tilgangur rannsóknarinnar var að greina áhrif aukinnar ábyrgðar hjúkrunardeildarstjóra á undirmenn þeirra þ.e. hjúkrunarfræðinga, með því að greina hvernig deildarstjórnir eyða tíma dýrmætum tíma sínum. Það er ómetanlegt tækifæri að geta skoðað störf allra deildarstjóra á háskólasjúkrahúsi með umfangsmikla starfsemi eins og á Landspítala í kjölfar svo viðamikilla breytinga og urðu við breytingar á stjórnskipulaginu. Markmið rannsóknarinnar er að skoða inntaka starfa deildarstjóra legu- dag- og göngudeilda og hvernig tími þeirra deilist á þau þrjú starfssvið sem lýst er í starfslýsingu þeirra: markmiðssetningu/áætlanir, þjónustu og starfsmannamál.

Aðferð: Gagna í þessari lýsandi könnunarrannsókn var aflað með staðlaðri athafnadagbók sem deildarstjórar fylltu út á fimmtán mínútna fresti í sjö samfellda vinnudaga frá 24. mars til 6. apríl 2014. Athafnadagbókin byggir á starfslýsingu deildarstjóra og tók til 41 viðfangsefnis

sem skiptast í fimm flokka: rekstur og áætlanir (6 viðfangsefni), starfsmannamál (9 atriði), klínísk hjúkrun (5 atriði), þjónusta (12 atriði) og annað (9 atriði). Dagbókin var unnin í samvinnu við fjóra deildarstjóra á Landspítala.

Öllum deildarstjórum á skurð- og lyflækningasviðum spítalans var boðin þátttaka (N=49) og tóku 25 þátt (51%).

Niðurstöður: Niðurstöður verða greindar út frá því hversu miklum tíma deildarstjórar eyða í hvern þátt.

Umfjöllun: Fjallað verður um niðurstöður út frá ábyrgðarhlutverki deildarstjóra.

Páll Biering

Gagnlegar leiðir í meðferð og þjónustu við aldraða með geðræn vandamál

Inngangur: Vegna lengra lífs og áhættuþátta sem fylgja öldrun fara geðræn vandamál aldraðar vaxandi. Helstu áhættuþættir eru missir, líkamleg veikindi og minni félagsleg virkni. Kvíði og þunglyndi er algengari meðal aldraðara en annarra aldurshópa, einkum þeirra búa á öldrunarstofnunum. Fár rannsóknir hafa beinst að meðferð og þjónustu vegna þessa og lítið er vitað um hvaða meðferðar- og þjónustuform hentar öldruðum best. Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er því að svara spurningunni um hvaða leiðir gætu verið gagnlegar í meðferð og þjónustu við aldraða með geðræn vandamál.

Aðferð: Integrated literature review

Niðurstöður: Til að meðferð og þjónustu við aldraða geti talist gagnleg þarf hún að stuðla að farsælli öldrun, m.a. með því að stuðla að viðhaldi daglegrar virkni, sjálfstæðis og vitsmunalegrar getu, og að aðlögun að aldursbundnum breytingum. Lesefnisleit leiddi í ljós þrjár megin leiðir í meðferð og þjónustu. (1) Læknisfræðilega mótelsið beinist nær eingöngu að einkennum en ekki að þeim sálfélagslegu þáttum sem valda þeim, s.s. eins og missi og breyttu félagslegu hlutverki. (2) Sálfræðileg meðferð beinist einnig að orsökum einkenna en mjög fáar rannsóknir hafa verið gerðar á varnalegum árangri hennar fyrir aldraða. Rannsóknir benda til að aðlaga þurfi meðferð sérstaklega að þörfum aldraðra en fáir aldraðir hafa aðgang að sálfræðilegri meðferð. (3) Á síðustu árum hafa komið fram heildræn og þverfagleg mótelsi. Þessi mótelsi miða markvist að farsælli öldrun en nær engar rannsóknir er til á árangri þeirra.

Ályktanir:

(1) Draga þarf úr geðlyfjanotkun aldraðra.

(1) Auka þarf aðgengi aldraðra að sálfélagslegum stuðning með menntun og þjálfun starfsfólks í heilbrigðis og félagsþjónustu.

(2) Þróa þarf heildræn mótelsi á grundvelli rannsókna.

Rúnar Vilhjálmsson **Heilbrigði og lífshættir Íslendinga**

Inngangur: Heilbrigðiskannanir á landsvísu eru mikilvægur gagnagrunnur til vísindarannsókna. Um leið hafa slíkar kannanir verulega þýðingu fyrir stefnumótun innan heilbrigðisþjónustunnar. Landskönnun Heilsa og lífshættir Íslendinga er þriðja umfangsmikla könnunin frá árinu 1998 sem flutningsmaður framkvæmir í samstarfi við Embætti landlæknis. Megin tilgangur könnunarinnar er að afla lýðupplýsinga um félagslega útbreiðslu áhættuþátta (álags og áhættuhegðunar), félagslega dreifingu heilbrigðisþjónustunotkunar, og þróun áhættuþátta og þjónustunotkunar frá árinu 1998 til dagsins í dag.

Aðferð: 3000 íslenskir ríkisborgarar, búsettir á Íslandi, eru valdir til þátttöku í könnuninni með slembiaðferð (simple random sampling). Könnunin er að grunni til póstkönnun og spurningalistar sendir á heimili svarenda, en þeim er jafnframt gefinn kostur á að svara spurningalistanum með rafrænum hætti á netinu. Félagsvísindastofnun annast gagnaöflun sem stendur yfir frá nóvember 2014 til febrúar 2015.

Niðurstöður: Niðurstöður könnunarinnar munu einkum beinast að þremur þáttum, en þeir eru: 1) Útbreiðsla áhættuþátta (álags og áhættuhegðunar) í ólíkum samfélagshópum og skýringar á þeim mun sem fram kemur. 2) Félagsleg dreifing þjónustunotkunar og mat á því hvort og hvers vegna munur er á notkun og aðgengi að heilbrigðisþjónustu í samfélagshópum. 3) Þróun áhættuþátta og þjónustunotkunar frá árinu 1998 til dagsins í dag og mögulegar skýringar á þróuninni.

Ályktanir: Með heilbrigðiskönnuninni má fá yfirgripsmikla mynd af landslagi lífshátta, aðstæðna og þjónustunotkunar Íslendinga og þróun heilbrigðismála landsmanna. Núverandi og fyrri heilbrigðiskannanir eru mikilvægur gagnagrunnur til vísindarannsókna og þær hafa um leið verulegt gildi fyrir stefnumótun í heilbrigðismálum hér á landi.

Ingibjörg Hjaltadóttir **Samræmd skráning og forgangsroðun heimaþjónustu til einstaklinga**

Inngangur: Ætla má að umfang heimaþjónustu muni aukast á næstu árum vegna breytinga á aldurssamsetningu þjóðarinnar og þess að stefna stjórnvalda er að einstaklingar geti dvalið eins lengi á eigin heimili og kostur er. Jafnframt eru kröfur til heilbrigðis- og félagsþjónustu um gæði, hagkvæmni og samræmda skráninga að aukast. Þessi forrannsókn var gerð í tengslum við undirbúninga að tilfærslu öldrunarþjónustu til sveitarfélaga. Markmið forrannsóknarinnar var að kanna notagildi RAI Home Care (RAI HC) Upphafsmats við mat á heilsufari og MAPLe reikniritisins (e. Method to Assess Priority Levels) til að meta þörf fyrir þjónustu og kanna samræmi þess við þjónustu sem þegar var veitt.

Efniviður og aðferð: Gagnasöfnun fyrir forrannsóknina fór fram á tímabilinu febrúar til júní 2013. Heimahjúkrun og félagsleg heimaþjónusta á Höfn í Hornafirði, Akureyri, Sauðárkróki auk félagslegrar heimaþjónustu í Reykjavík gerðu RAI HC Upphafsmat fyrir 200 einstaklinga. Einnig fékkst aðgangur að Home Care mati úr gagnagrunni frá Heimahjúkrun í Reykjavík og á Selfossi fyrir árin 2012-2013 (n=841). Lýsandi tölfræði var notuð við greiningu á gögnum.

Niðurstöður: Hlutfall kvenna sem þáðu heimahjúkrun var frá 54,8 til 73,6% eftir landsvæðum og hlutfall kvenna sem þáðu félagslega heimaþjónustu var frá 37,5 til 70,4%. Meðalaldur þeirra sem þáðu heimahjúkrun var frá 74 til 84 ára eftir landsvæðum og meðalaldur þeirra sem þáðu félagslega heimaþjónustu var frá 77 til 83 ára. Hlutfall þeirra sem fengu heimahjúkrun og voru í 1. flokki MAPLE (þ.e. með góða ADL og vitræna getu) voru frá 11,9 til 44,0% eftir landsvæðum og þeir sem fengu félagslega heimaþjónustu og voru í 1. flokki MAPLE voru frá 42,9-63,0%. Heilsufar og þarfir einstaklinga samrýmdust vel niðurröðun í MAPLE flokka. Hinsvegar reyndist sú þjónusta sem einstaklingarnir voru að fá ekki vera í samræmi við heilsufar þeirra eða flokkun í MAPLE.

Ályktun: Niðurstöður gefa vísbendingar um að RAI HC Upphafsmat og MAPLE reikniritið geti verið gagnlegur rökstuðningur fyrir ákvörðun fagfólks um forgangsröðun heimaþjónustu til einstaklinga.

Vinnusmiðjur

Öflugar rannsóknir í Hjúkrunarfræðideild- 9. apríl

11:00 Setning og skýrsla stjórnar.

Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, formaður stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði.

11:10 Fræðilegar kynningar- að hverju ber að huga?

Anna Kristín Halldórsdóttir verkefnastjóri hjá Kennslumiðstöð Háskóla Íslands

12:00 Hádegisverður

12:30 Vinnusmiðja. Gerð fræðilegra samantekta

Þóra Berglind Hafsteinsdóttir, dósent Department of Rehabilitation, Nursing Science & Sport University Medical Center Utrecht og gestaprófessor í Hjúkrunarfræðideild H.Í.

Þróun sérfræðibekkingar í geðhjúkrun- 28. ágúst 2014

- 14:00-14:05 Jóhanna Bernharðsdóttir, forstöðumaður fræðasviðs í geðhjúkrun:
Ávarp og setning
- 14:05-14:35 Dr. Ann Peden: The effectiveness of advanced practice psychiatric nurses
- 14:35-15:05 Dr. Ingela Skärsäter: Person-centered care
- 15:05-15:35 Dr. Jane Dimmit Champion: Doctor of Nursing Practice;
Implications for clinical research and advanced practice
- 15:35-16:30 Pallborð:
Dr. Ann Peden, prófessor
Dr. Ingela Skärsäter, prófessor
Dr. Jane Dimmit Champion, prófessor
Dr. Eydís Sveinbjarnardóttir, deildarstjóri og klínískur lektor
Dr. Helga Sif Friðjónsdóttir, deildarstjóri
- Fundarstjóri: Hrönn Harðardóttir, formaður fagdeildar geðhjúkrunarfræðinga