



## **Hjúkrun í fararbroddi**

Ráðstefna á vegum Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði  
við Háskóla Íslands

14. janúar 2016 frá kl 08.00-16.10 í húsnæði Menntavísindasviðs HÍ  
við Stakkahlíð

**ÁGRIPABÓK  
HJÚKRUN Í FARARBRODDI  
Rannsóknastofnun í hjúkrunarfræði  
14. janúar 2016  
Húsnæði Menntavísindasviðs Háskóla Íslands í Stakkahlíð**

## Efnisyfirlit

Velkomin .....	3
Dagskrá fyrir hádegi .....	4
Dagskrá eftir hádegi .....	5
Yfirlit veggspjalda .....	6
Útdrættir erinda raðað eftir dagskrá .....	8
Meginerindi .....	8
Lota I a- Klínísk hjúkrun .....	8
Lota I b- Meðganga og fæðing .....	10
Lota II a- Verkir og verkjameðferð .....	11
Lota II b- Fjölskylduhjúkrun .....	13
Lota III a- Heilbrigðisþjónusta .....	14
Lota III b- Langvinnir sjúkdómar .....	16
Lota IV a- Sálfélagsleg líðan .....	19
Lota IV b- Starfsþróun .....	20
Útdrættir vinnusmiðja .....	22
Útdrættir veggspjalda eftir stafrófsröð titla .....	23
Höfundaskrá .....	28

## Velkomin

Fyrir hönd stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði býð ég ykkur velkomin á rástefnuna: Hjúkrun í fararbroddi. Ráðstefnan er nú haldin í annað sinn í minningu Guðrúnar Marteinsdóttur, dósents við námsbraut í hjúkrunarfræði, Háskóla Íslands. Guðrún var aðeins 42 ára gömul þegar hún lést árið 1994 en hafði þá þegar skipað sér sess sem frumkvöðull í hjúkrunarkennslu, heilsuvernd og heilsugæslu á Íslandi.

Framvegis verður þessi ráðstefna haldin annað hvert ár í nafni Guðrúnar Marteinsdóttur til að heiðra minningu hennar og halda hugsjónum hennar á lofti. Þegar hún lést var hún við það að ljúka doktorsnámi þar sem viðfangsefni hennar var rannsókn um áhugahvöt meðal kvenna til líkamspjálfunar. Stefnt er að því að ráðstefnan verði haldin sem næst afmælisdegi Guðrúnar sem var 15. janúar 1952.

Um 350 manns hafa skráð sig á ráðstefnuna þar á meðal skólasystur Guðrúnar og samstarfólk, ásamt fjölmörgum hjúkrunarfræðingum sem voru nemendur hennar. Á ráðstefnunni verða flutt 36 erindi, 2 vinnusmiðjur verða haldnar og 13 veggspjöld sýnd. Þessi þátttaka sýnir mikla grósku í hjúkrunarfræði hér á landi, virkni meðal hjúkrunarrannsakenda, nemenda og stéttarinnar allrar.

Með ósk um ánægjulega og lærdómsríka ráðstefnu

Jóhanna Bernharðsdóttir

Formaður stjórnar Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði

## Dagskrá fyrir hádegi

Tími/salur	Skriða		Bratti
08:10-08:30	<p><b>Ráðstefna sett</b> <i>Jóhanna Bernharðsdóttir, formaður stjórnar RSH</i></p> <p><b>Víðurkenning úr minningarsjóði</b> <b>Guðrúnar Marteinsdóttur</b> <i>Jón Atli Benediktsson, rektor HÍ</i></p> <p><b>Núvitund</b> <i>Helena Bragadóttir</i></p>		
08:30-09:00	<p><b>Nýjar áherslur í námi við Hjúkrunarfræðideild</b> <i>Helga Jónsdóttir, Helga Bragadóttir, Ólöf Ásta Ólafsdóttir, Herdís Sveinsdóttir og Þóra Jenný Gunnarsdóttir</i></p>		
09:00-09:30 E1	<p><b>Meginerindi:</b> <b>Heilsutorg háskólanema</b> <i>Sóley S Bender og Sigrún K Barkardóttir</i></p>		
09:30-10:00	<p><b>Hlé</b></p>		
Tími/salur	Hamar 206		
10:00-11:00 VMS1	<p><b>Vinnusmiðja (samhliða fyrirlestrum)</b> <b>Hvernig geta hjúkrunarfræðingar bætt heilbrigðisþjónustu fyrir einstaklinga með langvinna verki?</b> <i>Þorbjörg Jónsdóttir</i></p>		
Tími/salur	Skriða		Bratti
10:00-11:00	<p><b>Lota I a - Klínísk hjúkrun</b> <i>Kristín Björnsdóttir stýrir</i></p> <p><b>E2 Lífsgæði sjúklinga með hjartabilun – (ICE-HF rannsóknin)</b> <i>Auður Ketilsdóttir og Brynja Ingaðóttir</i></p> <p><b>E3 Sjálfsumönnun og þekking sjúklinga með hjartabilun á sjúkdómi sínum – (ICE-HF rannsóknin)</b> <i>Brynja Ingaðóttir og Auður Ketilsdóttir</i></p> <p><b>E4 Mennska og mæling: Listin að skipuleggja heimahjúkrun fyrir fólk með hjartabilun á III og IV stigi</b> <i>Kristín Björnsdóttir</i></p> <p><b>E5 Mjadmabrot 67 ára og eldri sem leituðu á Landspítala 2008-2012</b> <i>Sigrún Sunna Skúladóttir</i></p>		<p><b>Lota I b - Meðganga og fæðing</b> <i>Ólöf Ásta Ólafsdóttir stýrir</i></p> <p><b>E6 Viðhorf til heimafæðinga og áhrif þeirra á útkomu fæðinga á Íslandi</b> <i>Berglind Hálfhánsdóttir</i></p> <p><b>E7 Er heimabyggð rétti staðurinn fyrir konur í eðlilegri fæðingu? Útkoma fæðinga á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja</b> <i>Steina Þórey Ragnarsdóttir</i></p> <p><b>E8 Hvaða þætti ætti að hafa í huga þegar sálræn líðan barnshafandi kvenna er metin?</b> <i>Sigríður Sía Jónsdóttir</i></p> <p><b>E9 Staðgöngumæðrun: atvinnuvegur 'þurfandi' kvenna?</b> <i>Jónína Einarsdóttir</i></p>
11:00-12:00	<p><b>Lota II a - Verkir og verkjameðferð</b> <i>Sigríður Zoëga stýrir</i></p> <p><b>E10 Samanburður á láréttum tölukvarða, orðakvarða og lóðréttum tölukvarða við mat á styrk verkja hjá öldruðum: lýsandi rannsókn</b> <i>Auður Sesselja Gylfadóttir</i></p> <p><b>E11 Notkun persónumiðaðs mats með fyrirbærafræðilegri nálgun í endurhæfingu fólks með langvinna verki</b> <i>Kristín Þórarinsdóttir</i></p> <p><b>E12 Þróun íhlutunar til að bæta verkjameðferð á sjúkrahúsi. Hvað þarf til að ná árangri?</b> <i>Sigríður Zoëga</i></p> <p><b>E13 Verkir eftir heilablóðfall: Fræðilegt yfirlit yfir áhrif langvinnra verkja eftir heilablóðfall og hagnýtar upplýsingar fyrir sjúklinga</b> <i>Unnur Kjartansdóttir og Soffía Scheving</i></p>		<p><b>Lota II b - Fjölskylduhjúkrun</b> <i>Erla Kolbrún Svavarsdóttir stýrir</i></p> <p><b>E14 Fjölskylduhjúkrun í sérhæfðri líknarmeðferð í Heimahlýningu Landspítala; ávinningur af meðferðarsamræðum</b> <i>Ásta B Pétursdóttir</i></p> <p><b>E15 Hefur menntun, starfsálag, sjálfstæði í starfi og stuðningur á vinnustað áhrif á starfshætti í fjölskylduhjúkrun?</b> <i>Erla Kolbrún Svavarsdóttir</i></p> <p><b>E16 Samtal líknarhjúkrunarfræðinga við sjúklinga með nýgreint útbreitt lungnakrabbamein um áætlun um meðferðarmarkmið - Reynsla sjúklinga og aðstandenda</b> <i>Kristín Lára Ólafsdóttir</i></p> <p><b>E17 Inntak meðferðar á aðlögun tengt kynlífi og nánd hjá konum með krabbamein</b> <i>Jóna Ingibjörg Jónsdóttir</i></p>

## Dagskrá eftir hádegi

12:00-13:00	Hádegishlé	Hádegishlé
-------------	------------	------------

Tími/salur	Hamar 206	
------------	-----------	--

13:00-14:00	<b>Vinnusmiðja (samhliða fyrirlestrum)</b>
VMS2	Klínískar leiðbeiningar um greiningu, forvarnir og meðferð við óráði. <i>Hlíf Guðmundsdóttir, Elfa Þöll Grétarsdóttir o.fl.</i>

Tími/salur	Skríða	Bratti
------------	--------	--------

13:00-14:30	<b>Lota III a- Heilbrigðisþjónusta</b> <i>Rúnar Vilhjálmsson stýrir</i>	
E18	Heilsuvernd barna fyrir og eftir efnahagslegt hrun árið 2008 <i>Geir Gunnlaugsson</i>	E24
E19	Útgjöld íslenskra heimila vegna heilbrigðismála <i>Rúnar Vilhjálmsson</i>	E25
E20	Mat á gæðum þjónustu heimahjúkrunar á heilsugæslunni á Selfossi út frá gæðavísu Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC). <i>Unnur Þormóðsdóttir</i>	E26
E21	Samþætting í heimþjónustu: Eigindleg rannsókn á samvinnu hjúkrunar og félagsþjónustu <i>Margrét Guðnadóttir</i>	E27
E22	Samskipti milli heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga af erlendum uppruna <i>Edythe L. Mangindin og Thuy Thi Pham</i>	E28
E23	Long-term health effects following the Eyjafjallajökull volcanic eruption: A prospective cohort study in 2010 and 2013 <i>Guðrún Pétursdóttir</i>	E29
		<b>Lota III b- Langvinnir sjúkdómar</b> <i>Helga Jónsdóttir stýrir</i>
		Gaumstol eftir slag í hægra heilahveli: Samanburður á niðurstöðum fengnum með taugasálfræðilegum prófum, athugunum og viðtölum - blönduð rannsóknaraðferð <i>Marianne Elisabeth Klinke</i>
		Efling heilbrigðis og sjálfsumönnunar hjá fólki með væga og miðlungs alvarlega langvinna lungnateppu - árangur meðferðar <i>Helga Jónsdóttir</i>
		Innleiðing og notagildi Klínískra leiðbeininga um hjúkrun heilablóðfallssjúklinga í endurhæfingu <i>Ingibjörg Bjartmarz</i>
		Reynsla sjúklinga með mergæxli af veikindum sínum. Kerfisbundin fræðileg samantekt á eigindlegum rannsóknum <i>Brynja Hauksdóttir</i>
		Sjúklingamiðuð þjónusta fyrir nýgreinda krabbameinssjúklinga. Kerfisbundin fræðileg samantekt um áhrif og árangur hjúkrunarstýrðrar þjónustu <i>Kristín Sigurðardóttir</i>
		Sjúkdómmynd og heilsutengd lífsgæði fólks með mannan-bindi lektín skort (MBLD). Megindleg lýsandi rannsókn <i>Hildur Ey Sveinsdóttir</i>

14:30-15:00	Hlé	Hlé
-------------	-----	-----

Tími/salur	Skríða	Bratti
------------	--------	--------

15:00-16:00	<b>Lota IV a- Sálfélagsleg líðan</b> <i>Jóhanna Bernharðsdóttir stýrir</i>	
E30	Árangursrík geðheilbrigðisþjónusta fyrir aldraða <i>Páll Biering</i>	E34
E31	Reynsla af innleiðingu virknimeðferðar og virkniskráningar á geðdeildum; Rýnihóparannsókn <i>Jóhanna Bernharðsdóttir</i>	E35
E32	Áhrif fræðslu á kvíða barna og unglinga fyrir skurðaðgerðir: Kerfisbundin fræðileg samantekt <i>Karítas Gunnarsdóttir</i>	E36
E33	Gæfusporin - mat á langtíma árangri þverfaglegra meðferðarúrræða fyrir þolendur kynferðislegs ofbeldis í æsku. <i>Sigrún Sigurðardóttir</i>	
		<b>Lota IV b- Starfsþróun</b> <i>Oddný S Gunnarsdóttir stýrir</i>
		Starfsánægja og streita í starfi hjúkrunardeildarstjóra á Landspítala <i>Ingibjörg Fjölnisdóttir</i>
		Starfsþóunarár á LSH: Ágætis byrjun <i>Hrund Sch Thorsteinsson</i>
		Tengsl mönnunar við starfsánægju hjúkrunarfræðinga, fjarvistir, yfirvinnu og áform um að hætta í starfi: sjö landa samanburður <i>Helga Bragadóttir</i>

16:00-16:10	Ráðstefnulok
-------------	--------------

## Yfirlit veggspjalda

Nr	Veggspjald	Höfundar
V01	A new contraceptive counselling model	Sóley S. Bender <sup>1,2</sup> <sup>1</sup> Faculty of Nursing, University of Iceland <sup>2</sup> University Hospital
V02	Einstaklingar með langvinna verki og samskipti við heilbrigðisstarfsmenn.	Þorbjörg Jónsdóttir <sup>1</sup> <sup>1</sup> Háskólinn á Akureyri Heilbrigðisvísindasvið
V03	Fjölskylduhjúkrun í sérhæfðri líknarmeðferð. Ávinningur af meðferðarsamræðum og innleiðingu klínískra leiðbeininga fyrir fjölskyldumeðlimi ættingja með ólæknandi krabbamein	Asta B. Petursdóttir <sup>1,2</sup> , Erla Kolbrun Svavarsdóttir <sup>1,2</sup> , Valgerður Sigurðardóttir <sup>1</sup> , Erna Haraldsdóttir <sup>2,3</sup> , Ingunn Hansdóttir <sup>2</sup> , Mary K. Rayens <sup>4</sup> <sup>1</sup> Landspítali háskólasjúkrahús <sup>2</sup> Háskóli Íslands, heilbrigðisvísindasvið, hjúkrunarfræðideild <sup>3</sup> Columbas Hospice, Edinborg <sup>4</sup> University of Kentucky
V04	Gaumstol eftir slag í hægri heilahveli: Kerfisbundið fræðilegt yfirlit yfir íhlutanir sem beita má í daglegri umönnun	Marianne E. Klinker <sup>1,2</sup> , Thóra B. Hafsteinsdóttir <sup>3</sup> , Haukur Hjaltason <sup>4</sup> , Helga Jónsdóttir <sup>1</sup> <sup>1</sup> Hjúkrunarfræðideild, Heilbrigðisvísindasvið, Háskóli Íslands, Reykjavík, Ísland <sup>2</sup> Taugalækningadeild, Landspítali Háskólasjúkrahús, Reykjavík, Ísland <sup>3</sup> Department of Rehabilitation, Nursing Science and Sport, Rudolf Magnus Institute, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands. <sup>4</sup> Læknadeild, Heilbrigðisvísindasvið, Háskóli Íslands, Reykjavík, Ísland
V05	Improved documentation and use of inpatient risk assessment scales after implementation of live and visible dashboard data- A pilot study	Guðjónsdóttir HK <sup>1</sup> , Benedikt E <sup>1</sup> , Thoroddsen AS <sup>1,2</sup> <sup>1</sup> Department of Quality and Patient Safety, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland <sup>2</sup> Faculty of Nursing, University of Iceland, Reykjavík, Iceland
V06	Inntak starfa hjúkrunardeildarstjóra á Landspítala	Herdís Sveinsdóttir, Erla Dögg Ragnarsdóttir, Heiður Hrunn Jónsdóttir, Helga Bragadóttir, Katrín Blöndal, Kolbrún Gísladóttir, Margrét I. Hallgrímsson, Margrét O. Thorlacius
V07	Reaching Out to Women who are Victims of Intimate Partner Violence	Erla Kolbrún Svavarsdóttir <sup>1</sup> , Brynja Örlýgsdóttir <sup>1</sup> <sup>1</sup> Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild
V08	Sjálfsöryggi kvenna á meðgöngu gagnvart fæðingu og skynjun á fæðingaróttá	Hildur Sigurðardóttir <sup>1</sup> <sup>1</sup> Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

V09	<b>Skilgreining og framsetning hæfniviðmiða hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítalans</b>	<i>Pórdís Katrín Þorsteinsdóttir<sup>1,2</sup>, Bryndís Guðjónsdóttir<sup>1</sup>, Dóra Björnsdóttir<sup>1</sup>, Guðbjörg Pálsdóttir<sup>1</sup>, Helga Rósa Másdóttir<sup>1</sup>, Ingibjörg Sigurpórsdóttir<sup>1</sup>, Kristín Halla Marínósdóttir<sup>1</sup>, Lovísa Agnes Jónsdóttir<sup>1</sup>, Ragna Gústafsdóttir<sup>1</sup>, Sigurlaug A. Þorsteinsdóttir<sup>1</sup> og Sólrún Rúnarsdóttir<sup>1</sup>. <sup>1</sup>Fagrað bráðahjúkrunar á Landspítala, <sup>2</sup>Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands</i>
V10	<b>Streita og heilsufar á breytingatímum</b>	<i>Birna G Flygenring<sup>1</sup> <sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild</i>
V11	<b>Tengsl teymisvinnu og starfsánægju í hjúkrun á bráða legudeildum á sjúkrahúsum á Íslandi</b>	<i>Helga Bragadóttir<sup>1</sup> <sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild</i>
V12	<b><i>Viðhorf ungra íslenskra kvenna til blæðinga og samband við hlutgervingu, blæðingar og upphaf blæðinga, mataræði og þyngd</i></b>	<i>Herdís Sveinsdóttir<sup>1</sup> <sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild</i>
V13	<b>Þróun persónumiðaðs heilsufarsmats með fyrirbærafræðilegri nálgun í endurhæfingarhjúkrun</b>	<i>Kristín Þórarinsdóttir<sup>1,2</sup>, Kristín Björnsdóttir<sup>1</sup>, Kristján Kristjánsson<sup>3</sup> <sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild <sup>2</sup>Háskólinn á Akureyri <sup>3</sup>School of Education and Deputy Director, Jubilee Centre for Character and Virtues, University of Birmingham, UK</i>

# Útdrættir erinda raðað eftir dagskrá

## Meginerindi

### E01 - Heilsutorg háskólanema

Sóley S. Bender<sup>1,2</sup>, Sigrún K. Barkardóttir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Landspítali háskólasjúkrahús

<sup>3</sup>Heilsugæslan Glæsibæ

Árið 2010 hófst undirbúningur á heilbrigðisvísindasviði (HVS) Háskóla Íslands (HÍ) að þverfræðulegu námi nemenda með skipun stýrihóps en í honum voru fulltrúar átta fræðigreina HVS. Hefur stýrihópurinn haft veg og vanda að því að þróa þverfræðilegt nám fyrir nemendur HVS en samhliða unnið að rannsóknum á þessu sviði. Frá upphafi var lögð áhersla á að skapa klínískar aðstæður fyrir nemendur til að vinna saman að því markmiði að bæta heilbrigði þjónustuþega (nemendur við HÍ). Nemendur HVS þurftu því að hafa góða klíníska reynslu áður en þeir gætu unnið saman með þjónustuþegum. Þeim var ætlað að byggja á þeirri þekkingu og færni sem þeir höfðu þegar öðlast í námi sínu. Lögð var áhersla á að fara nýjar leiðir til að skapa þverfræðilegan klínískan vettvang fyrir nemendur og taka mið af samfélaginu og þörfum þess og bjóða háskólanemum við HÍ heilbrigðisþjónustu undir leiðsögn klínískra leiðbeinenda. Því reyndist mikilvægt að byggja námið á gagnreyndri þekkingu. Unnin var skýrsla til að gefa hugmyndafræðilegan grunn að náminu og gerð rannsókn meðal háskólanema við HÍ til að kanna þörf þeirra fyrir heilbrigðisþjónustu. Alls svöruðu 1487 nemendur rannsókninni og sýndu niðurstöður m.a. að meirihluti þeirra þurfti á heilbrigðisþjónustu að halda á árinu fyrir könnunina en rúmlega helmingur beið með að leita eftir heilbrigðisþjónustu og var meginástæða þess kostnaður. Haustið 2014 byrjaði þverfræðilega námið og samanstóð annars vegar að fræðilegu námskeiði þar sem nemendur fengu tækifæri til að vinna saman að ýmsum sameiginlegum verkefnum en hins vegar klínísku námskeiði sem byggðist á klínísku námi á Heilsutorgi háskólanema sem var staðsett á Heilsugæslu Glæsibæjar. Það hefur einkum verið heilbrigðisstarfsfólk þeirrar heilsugæslustöðvar sem veitt hefur nemendum klíníska leiðsögn. Í umsögnum nemenda um klíníska námið hefur m.a. komið í ljós að þeim hefur fundist fræðilega námskeiðið undirbúa þau vel undir klíníska námið, þau þjálfast í þverfræðilegri teymisvinnu við raunverulegar aðstæður á Heilsutorgi og kynnast nálgun annarra nemenda. Um sumarið 2015 var gerð eigindleg rannsókn á upplifun klínískra leiðbeinenda á Heilsutorgi af leiðsögn nemenda. Fyrstu niðurstöður rannsóknarinnar sýna að leiðbeinendum fannst nemendur vinna vel saman, þjónustuþeganum liði vel og væri virkur þátttakandi í

umræðunni um heilsufar sitt og inn grip leiðbeinenda var háð aðstæðum. Haustið 2015 var unnið eftir endurskoðaðri kennsluáætlun bæði í fræðilega og klíníska náminu. Í samstarfi við University of East Anglia var lagt fyrir matstæki um þverfræðilega samvinnu nemenda á Heilsutorgi. Fram kom að þeir tóku virkan þátt í teymisvinnunni, samvinna virtist góð í teymunum, virkni þjónustuþegans töluverð en sumum fannst þeir óöruggir að taka að sér leiðtogastarfið. Jafnframt var á þeim tíma lögð fyrir þjónustuþega Heilsutorgs könnun um viðhorf þeirra til þjónustunnar. Þeir gáfu þjónustunni meðaleinkunnina 9,0 og fram kom m.a. að þeim fannst gott að hitta hóp nemenda úr ólíkum heilbrigðisvísindagreinum, teymið sýndi þeim virðingu og hlustaði af athygli á heilsufarssögu þeirra.

## Lota I a- Klínísk hjúkrun

### E02 - Lífsgæði sjúklinga með hjartabilun – (ICE-HF rannsóknin)

Auður Ketilsdóttir<sup>1,2</sup>, Brynja Ingadóttir<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

<sup>2</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

**Inngangur:** Að hámarka lífsgæði er mikilvægur þáttur meðferðar sjúklinga með hjartabilun. Markmið þessarar þverskurðar rannsóknar er að lýsa lífsgæðum íslenskra sjúklinga með hjartabilun.

**Aðferð:** Gögnum var safnað með póstsendum spurningalistum sem sendir voru 227 skjólstæðingum göngudeildar hjartabilunar á Landspítala. Þátttakendur svöruðu EQ-5D mælitækinu sem metur heilsutengd lífsgæði almennt og skiptist í eftirfarandi fimm víddir: hreyfigetu, sjálfsumönnun, venjubundin störf/athafnir, verki/óþægindi og kvíða/þunglyndi. Atriðin eru metin á 5 punkta Likert kvarða (engin vandamál til mjög mikilla vandamála) og sjónrænum 100 stiga kvarða sem metur heilsu einstaklingsins í dag. Til að meta áhrif hjartabilunar sérstaklega var Spurningalisti Kansasborgar um hjartabilun (The Kansas City Cardiomyopathy Questionnaire - KCCQ) lagður fyrir. KCCQ er 23-atriða mælitæki sem metur einkenni, líkamlega færni, félagslega þátttöku, sjálfshæfni og lífsgæði. Stig eru gefin á skalanum 0 – 100 fyrir undirskala jafnt og heildarlistann og benda hærri stig til aukinna lífsgæða.

**Niðurstöður:** Að meðaltali gáfu þátttakendur heilsu sinni 65 stig á sjónræna kvarða EQ-5D mælitækisins. Á KCCQ mælitækinu var meðaltal heildar stiga þátttakenda 61,32 (± 23,85) og meðaltal stiga á undirskölum var eftirfarandi; einkenni 66,14 (± 24,55), líkamleg færni 59,46 (± 27,6), félagsleg þátttaka 59,17 (± 30,91), sjálfshæfni 85,77 (±18,6) og lífsgæði 59,3 (± 27,36).



**Ályktanir:** Niðurstöðurnar benda til þess að lífsgæði íslenskra sjúklinga með hjartabilun séu nokkuð skert og mikilvægt er að greina hvaða þættir það eru sem hafa áhrif á lífsgæði þessa hóps. Reglulegt mat á lífsgæðum sjúklinga með langvinna hjartabilun væri gagnleg viðbót við annað mat á sjúklingum til að greina þá sem mögulega þurfa sérstakan stuðning.

### E03 - Sjálfsumönnun og þekking sjúklinga með hjartabilun á sjúkdómi sínum – (ICE-HF rannsóknin)

Auður Ketilsdóttir<sup>1,2</sup>, Brynja Ingadóttir<sup>1,2</sup>.

<sup>1</sup>Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

<sup>2</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

**Inngangur:** Sjúklingum með hjartabilun fjölga ört og mikilvægur hluti af meðferð þeirra er sjúklingafræðsla og stuðningur við sjálfsumönnun. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna sjálfsumönnun og þekkingu íslenskra sjúklinga með hjartabilun á sjúkdómi sínum og samband við bakgrunn þeirra.

**Aðferð:** Í þessari þverskurðsrannsókn var gögnum safnað árið 2014 frá 124 sjúklingum sem nýta þjónustu göngudeildar hjartabilunar á Landspítala (meðalaldur 73±15 ár, 69% karlar). Sjúklingar fylltu út Evrópska sjálfsumönnunarkvarðann fyrir hjartabílaða (EHFScBs-12) sem er 12 atriða mælitæki með kvarða frá 1 (alveg sammála) til 5 (alveg ósammála) og mögulega skor 12-60; og Hollenska þekkingarskalann fyrir hjartabílaða (Dutch Heart Failure Knowledge Scale) sem er 15 atriða mælitæki þar sem þrjú möguleg svör fylgja hverri spurningu og eitt atriði er rétt. Möguleg skor eru frá 0 til 15 (ákjósanleg þekking).

**Niðurstöður:** Meðaltal sjálfsumönnunar var 28.6 (±7.7) og var hún betri hjá eldri en yngri sjúklingum ( $r=-0,247$ ,  $p=0,008$ ). Lítil sjálfsumönnun var algengust hvað varðar æfingar (53% sjúklinga), eftirlit með þyngd (50%) og að takmarka saltneyslu í fæðu (48%). Þekking á sjúkdómnum mældist 11.6 að meðaltali (±3.07), minnsta þekking varðaði viðbrögð við skyndilegri versnun sjúkdóms (38% svöruðu rétt) og þorsta (45%). Þekking var meiri hjá yngri sjúklingum en þeim eldri ( $r=-0,367$ ,  $p<0,001$ ) og hjá betur menntuðum ( $r=0,231$ ,  $p=0,012$ ) og tekjuhærri sjúklingum ( $p=0,243$   $p=0,012$ ). Ekki reyndist vera fylgni á milli sjálfsumönnunar og þekkingar.

**Ályktanir:** Sjálfsumönnun og þekkingu íslenskra sjúklinga með hjartabilun á sjúkdómi sínum er ábótavant. Huga mætti að markvissari stuðningi við einstaka þætti sjálfsumönnunar og einstaklingshæfðri sjúklingafræðslu þar sem árangur fræðslunnar er metinn.

### E04 - Mennska og mæling:

#### Listin að skipuleggja heimahjúkrun fyrir fólk með hjartabilun á III og IV stigi

Kristín Björnsdóttir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Lögð er áhersla á að einstaklingar sem greinast með langt gengna hjartabilun geti haldið áfram að búa á heimilum sínum. Á liðnum árum hefur verið skipulögð samþætt þjónusta fyrir þessa einstaklinga sem einkennist af

samhæfingu starfa milli bráðþjónustu LSH og heimþjónustu á Stór-Reykjavíkursvæðinu. Lögð er áhersla á fyrirbyggingu versnunar, hröð viðbrögð við fyrstu einkennum um versnun og sjálfsumönnun. Markmið þessa erindis er að varpa ljósi á eðli og mikilvægi þeirra starfshátta sem hafa verið þróaðir og skoða frekari þróun þeirra.

**Aðferð:** Etnógrafískri aðferð að fyrirmynd Hammersley og Atkinson var beitt. Gagnasöfnun byggðist á samstarfi milli rannsakanda, starfsmanna (8 teymisstjórahjúkrunar), sjúklinga sem njóta heimþjónustu ( $n=15$ ) og aðstandenda þeirra ( $n=15$ ). Rannsakandi fylgdi starfsmönnum í vitjanir og átti ítarleg viðtöl við ofangreinda. Við greiningu gagna var stuðst við aðferð Charmaz.

**Niðurstöður:** Hjúkrunarfræðingar eimahjúkrunar höfðu tileinkað sér aðferðir við að meta ástand sjúklinga og fræða þá um leiðir til aukinnar sjálfsumönnunar. Í vitjunum mætti þeim þó iðulega mun flóknari verkefni þar sem erfitt gat reynt að snúa athyglinni að hjartabilun og sjálfsumönnun eins og að vigta sig, meta bjúg, blóðþrýsting og mæði. Vegna hrakandi heilsu höfðu þátttakendur áhyggjur af framtíð sinni og makans eða af fötluðum börnu, höfðu misst traust og tiltrú á heilbrigðiskerfið, fundu fyrir óbærilegum verkjum eða vonleysi vegna þverrandi orku. Allt voru þetta tilvistarleg viðfangsefni sem kölluðu á flókin viðbrögð af hálfu starfsfólksins.

**Ályktun:** Með fjölgun eldra fólks sem nýtur heilbrigðisþjónustu heima vegna flókinna heilsufarsvandamála eins og hjartabilun er áriðandi að setja fram starfsaðferðir sem taka mið af tilvistarlegum viðfangsefnum.

### E05 - Mjaðmabrot 67 ára og eldri sem leituðu á Landspítala 2008-2012

Sigrún Sunna Skúladóttir<sup>1</sup>, Elísabet Guðmundsdóttir<sup>2</sup>, Helga Rósa Másdóttir<sup>1</sup>, Hlíf Guðmundsdóttir<sup>3</sup>, Ingibjörg Sigurbórsdóttir<sup>1</sup>, Lovísa Jónsdóttir<sup>1</sup>, Þórdís K. Þorsteinsdóttir<sup>1,4</sup>.

<sup>1</sup>Flæðisvið bráðadeild, Landspítali,

<sup>2</sup> Hagdeild, Landspítali,

<sup>3</sup> Flæðisvið, Öldrunarlækningadeild, Landspítali,

<sup>4</sup> Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Mjaðmabrot er alvarlegur áverki. Yfir 90% af brotum verða hjá fólki eldra en 50 ára og eru tvisvar til þrisvar sinnum algengari hjá konum en körlum. Skjóta og góða þjónustu þarf til að stilla verki og draga úr líkum á fylgikvillum og er þá skurðaðgerð árangursríkust. Landspítali sinnir meirihluta sjúklinga með mjaðmabrot á Íslandi. Tilgangur rannsóknarinnar var að auka þekkingu á faraldsfræði mjaðmabrotá meðal aldraðra í því markmiði að greina þætti sem eftir gætu bráðþjónustu og forvarnir.

**Aðferð:** Gagna var aflað afturvirkta úr Vöruhúsi gagna á Landspítala um alla eldri en 67 ára sem leituðu á bráðamóttöku 2008-2012 vegna brots á lærleggshálsi, lærhnútbrots og brots fyrir neðan lærhnútu. Notuð var lýsandi tölfræði og gerð einbreytu aðhvarfsgreining til að kanna forspárþætti tegunda brots, komutíma, lengdar biðar á bráðamóttöku og eftir aðgerð ( $\alpha < 0,05$ ).

**Niðurstöður:** Úrtakið taldi 1.053 einstaklinga. Karlar voru 295 (28%) og konur 757 (72%), elsti einstaklingurinn var 107 ára.

Brot voru algengari meðal ekkjufólks en annarra hjúskaparstaða ( $p < 0,05$ ). Marktækt færri komur voru yfir sumarmánuði. Dánartíðni kvenna innan 12 mánaða var 21% en karla 36% ( $p < 0,05$ ). Karlar biðu lengur eftir skurðaðgerð en konur (21,5 m.v. 18,9 klst,  $p < 0,05$ ). Biðtími fólks úr dreifbýli var lengri en þéttbýlisbúa ( $p < 0,05$ ).

**Ályktanir:** Faraldsfræði mjaðmabrota á Íslandi virðist svipuð því sem gerist í heiminum. Afdrif aldraðra með mjaðmabrot geta verið alvarleg og aldraðir karlar virðast sérstaklega viðkvæmur hópur. Þörf gæti verið á að efla þjónustu og fræðslu sjúklunga og aðstandenda um horfur og afdrif eftir mjaðmabrot þegar á bráðamóttöku.

## Lota I b- Meðganga og fæðing

### E06 - Viðhorf til heimafæðinga og áhrif þeirra á útkomu fæðinga á Íslandi

Berglind Hálfðánsdóttir<sup>1</sup>, Ingegerd Hildingsson<sup>2</sup>, Alexander Kr. Smáráson<sup>3</sup>, Ólöf Á. Ólafsdóttir<sup>1</sup>, Herdís Sveinsdóttir<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup> Uppsala University, Department of Women's and Children's health.

<sup>3</sup> Háskólinn á Akureyri, Heilbrigðisvísindasvið.

**Inngangur:** Rannsóknir hafa gefið til kynna að viðhorf kvenna sem velja heimafæðingu séu ólík viðhorfum kvenna sem velja að fæða á sjúkrahúsi. Bent hefur verið á að þeir sálrænu þættir sem val kvenna á fæðingarstað grundvallast á gætu haft áhrif á útkomu heimafæðinga. Tilgangur rannsóknarinnar var að skapa þekkingu á því hlutverki sem viðhorf kvenna kunna að leika í samspili fæðingarstaðar og útkomu fæðinga. Markmiðið var að kanna sambandið milli viðhorfa kvenna til fæðinga, heimafæðinga og inngrípa, og tengsl viðhorfa við útkomu fæðinga.

**Aðferð:** Rannsóknin var framvirk ferilrannsókn á spurningalistagögnum sem safnað var frá konum sem sóttu meðgönguvernd á íslenskum heilsugæslustöðvum og tóku þátt í rannsókninni Barneign og heilsa á árunum 2009-2011. Gögn voru tekin til rannsóknar þegar samkvæmni gætti í svörum kvenna við spurningum um jákvæð eða neikvæð viðhorf til heimafæðinga ( $n=809$ ).

**Niðurstöður:** Konur sem höfðu jákvætt viðhorf til heimafæðinga höfðu marktækt jákvæðari viðhorf til fæðinga, neikvæðari viðhorf til inngrípa, og lægri tíðni hríðaörvunar með lyfjum og mænurótardeyfinga, auk þess sem börn þeirra voru marktækt síður lögð inn á nýburagjörgæslu en börn kvenna sem höfðu neikvætt viðhorf til heimafæðinga. Viðhorf kvenna til fæðinga og inngrípa höfðu áhrif á sambandið milli viðhorfa þeirra til heimafæðinga og útkomu fæðinga.

**Ályktanir:** Lág tíðni inngrípa og heilsufarsvandamála í heimafæðingum á Íslandi gæti að einhverju leyti skýrst af viðhorfum kvenna til fæðinga og inngrípa. Notkun hraustra kvenna á fæðingarþjónustu utan sjúkrahúsa gæti aukist með aukinni upplýsingu um öryggi heimafæðinga og minni sjúkdómsvæðingu í samfélagslegri umræðu um fæðingar.

### E07 - Er heimabyggð rétti staðurinn fyrir konur í eðlilegri fæðingu? Útkoma fæðinga á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja.

Steina Þórey Ragnarsdóttir<sup>1</sup>, Ólöf Ásta Ólafsdóttir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Heilbrigðisstofnun Suðurnesja

<sup>2</sup>Námsbraut í ljósmóðurfraeði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

**Inngangur:** Markmið rannsóknarinnar var að kanna útkomu fæðinga og undirbúning fyrir fæðingu á fæðingadeild Heilbrigðisstofnun Suðurnesja (HSS).

**Aðferð:** Rannsóknin er meginleg með lýsandi afturvirkur rannsóknarsniði byggðar á upplýsingum úr sjúkraskrá. Úrtakið eru 145 konur sem fæddu á HSS frá 1.maí 2010 til 1.maí.

**Niðurstöður:** Einungis konur í eðlilegri meðgöngu og fæðingu fæða á HSS. Erlendar rannsóknir sýna að hægt er að reka slíka þjónustu í umsjá ljósmæðra á hagkvæman og öruggan hátt með minni líkum á inngrípum í eðlilegt barneignafæri. Undirbúningur eins og jóga, nálastungur og fræðsla á meðgöngu stuðla að náttúrulegri fæðingu, minnka líkur á inngrípum og stytta fæðinguna. Helstu niðurstöður voru þær að útkoma spangar var góð. Ein kona hlaut 3° rifu og engin 4° rifu. Lítil notkun sterkra verkjalyfja er á deildinni. Flestar konur notuðu baðið sem verkjastillingu eða 67%, glaðloft var notað í 23% tilfella, og pethidín og phenergan voru notuð í 12% tilfella. Inngríp í fæðingu voru lítil en belgjarof var gert í 23% tilvika. Meðalapgarskor barna var 8,5 eftir 1 mín og 9,7 eftir 5 mín.

**Ályktanir:** Þær konur sem fóru í meðgöngujóga þurftu síst sterk verkjalyf og notuðu vatnsbað til verkjastillingar (84%). Marktækur munur ( $p=0,003$ ) gefur til kynna að konur sem hafa stundað meðgöngujóga, hafa fengið undirbúningsnálar og farið á foreldrafraeðslunámskeið komi betur undirbúnar fyrir fæðinguna og noti frekar vatnsbað sem verkjastillingu. Niðurstöður um ljósmæðrarekna þjónustu á HSS nýtast til að hvetja til upplýsts vals kvenna í eðlilegri meðgöngu og fæðingu um að fæða í heimabyggð.

### E08 - Hvaða þætti ætti að hafa í huga þegar sálræn líðan barnshafandi kvenna er metin?

Sigríður Sía Jónsdóttir<sup>1</sup>, Marga Thome<sup>2</sup>, Þóra

Steingrímsdóttir<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Háskólinn á Akureyri, Heilbrigðisvísindasvið

<sup>2</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>3</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

<sup>4</sup>Háskóli Íslands, Læknadeild

**Inngangur:** Reglubundin skimun á sálrænni líðan barnshafandi kvenna fer ekki fram hér. Möguleiki er því á að ljósmæður og læknar missi af vísbendingum um sálræna vanlíðan. Með skimun og aukinni þekkingu á þáttum sem gætu haft forspárgildi um sálræna líðan, mætti betur styðja við barnshafandi konur og fjölskyldur þeirra.

**Aðferð:** 2523 konur í meðgönguvernd á 11 heilsugæslustöðvum voru skimaðar fyrir sálrænni líðan, þunglyndi, kvíða og streitu, árin 2007 – 2012. Síðan komu 562 þeirra í staðlað geðgreiningarviðtal, 360 með sálræna vanlíðan, en hinar 202 tilheyrðu samanburðarhópi. Auk

bakgrunns breyta, svöruðu konurnar Dyadic Adjunct Scale, sem metur ánægju í parsambandi og Multidimensional Scale of Perceived Social Support, sem metur félagslegan stuðning.

**Niðurstöður:** Í heild glímdu 32% kvennanna við sálræna vanlíðan og streita var algengust. Fjölbreytuaðhvarfsgreining sýndi að konur sem glímdu við vanlíðan á meðgöngu, voru 4 sinnum líklegri til að vera óánægðar í parsambandi sínu. Auk þess voru þær marktækt líklegri til að reykja, vera án vinnu og hafa þegið meðferð vegna vandamála í lífinu. Tengsl fundust einnig milli vanlíðanar og sambúðarforms sem og menntunar. Ef breyturnar, „félagslegur stuðningur frá fjölskyldu“ og „vinum“ voru metnar einar og sér, fundust tengsl milli þeirra og sálrænnar vanlíðan.

**Ályktanir:** Þegar sálræn líðan er metin, ætti að spyrja um ánægju í parsambandi, auk reykingar á meðgöngu, atvinnuþátttöku, sem og sögu um fyrri meðferð vegna vandamála. Hafa þarf í huga hvort vanlíðan gæti verið hluti af eðlilegu aðlögunarferli á meðgöngu eða sjúklegt ástand sem bregðast þarf við og mæla þarf streitu, auk þunglyndis og kvíða.

## E09 - Staðgöngumæðrun: atvinnuvegur 'þurfandi' kvenna?

Jónína Einarsdóttir<sup>1</sup>, Ásdís Lýðsdóttir

<sup>1</sup>Félags- og mannvísindadeild, Háskóla Íslands

**Inngangur:** Staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni er hnattrænn iðnaður sem veltir miljörðum króna. Viðskiptavinirnir tilheyra gjarnan millistétt sem eru viðkvæmir fyrir verðlagi. Lítið er vitað um áhrif staðgöngumæðrunar á heilsu og líðan staðgöngumæðranna. Það sama á við um fjárhags- og félagslega stöðu þeirra en þær eru í langflestum tilvikum í veikari stöðu en verðandi foreldrar. Á síðustu áratugum hefur Indland verið leiðandi afl í staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni en staðgöngumæðrun verður einungis löglegt fyrir indverska ríkisborgara frá 1. janúar 2016. Markmið rannsóknarinnar er að varpa ljósi á þekkingu og hugmyndir indversks almennings um stöðu kvenna og staðgöngumæðrun.

**Aðferð:** Öflun gagna átti sér stað með viðtölum og spurningarlista í indversku borgunum Jaipur og Udaipur árið 2012. Þátttakendurnir voru 47 og fengust til þátttöku með snjóboltaúrtaki.

**Niðurstöður:** Langflestir þátttakenda töldu að indverskar konur væru kúgaðar og hefðu lítil völd til að taka ákvarðanir um eigið líf. Lykillinn að betri framtíð fyrir konur væri aukin menntun og tækifæri til að afla eigin tekna. Viðmælendur áttu erfitt með að taka siðferðilega afstöðu til staðgöngumæðrunar sem var þó eingöngu talin vera viðunandi valkostur fyrir 'þurfandi' og 'ómenntaðar' konur.

**Ályktanir:** Vísbendingar eru um að lagasetning um staðgöngumæðrun í velgjörðarskyni, með svipuðum hætti og fyrirhuguð er á Íslandi, auki ásókn í staðgöngumæðrun í hagnaðarskyni. Lagasetningin mun því líklega ekki ná markmiðum sínum. Skortur á haldgóðum rannsóknum er talin vera helsta hindrun viðeigandi lagasetningar um staðgöngumæðrun, bæði hnattrænt og í einstökum ríkjum. Þörf er á frekari rannsóknum, en vísbendingar eru um að

staðgöngumæðrun sé fyrst og fremst atvinnugrein 'þurfandi' kvenna.

## Lota II a- Verkir og verkjameðferð

### E10- Samanburður á láréttum tölukvarða, orðakvarða og lóðréttum tölukvarða við mat á styrk verkja hjá öldruðum: lýsandi rannsókn

Auður Sesselja Gylfadóttir<sup>1</sup>, Herdís Sveinsdóttir<sup>1</sup>, Sigríður Zoëga<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

**Inngangur:** Verkir eru algengt vandamál meðal aldraðra. Til þess að hægt sé að veita viðeigandi verkjameðferð er mikilvægt að framkvæma kerfisbundið mat á verkjum með áreiðanlegum og réttmætum kvörðum. Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða fylgni á milli lóðréttis tölukvarða, orðakvarða og láréttis tölukvarða hjá öldruðum, hvaða kvarða þeir vildu helst nota og hvar á kvörðunum þeir töldu sig þurfa á meðferð að halda.

**Aðferð:** Gerð var lýsandi rannsókn á flæðisviði Landspítala. Þátttakendur voru innliggjandi sjúklingar á endurhæfingardeildum fyrir aldraða sem náð höfðu 75 ára aldri, töluðu og skrifuðu íslensku og voru færir um þátttöku. Þátttakendum var sýndur einn kvarði í senn í handahófskenndri röð. Kannaður var núverandi styrkur verkja, verstu verkir síðastliðinn sólarhring og mesti styrkur verkja á ævinni. Einnig var kannað hvar á kvörðunum þátttakendur töldu sig hafa þörf fyrir meðferð og hver kvarðanna hugnaðist þeim best. Lýsandi tölfræði og fylgnipróf voru notuð við úrvinnslu gagna. Marktæknimörk voru sett við  $p < 0,05$ .

**Niðurstöður:** Þátttakendur voru 67 talsins, 55% voru konur og meðalaldurinn var 85,4 (sf 4,8) ár. Martæk fylgni var á milli kvarðanna þriggja ( $p < 0,01$ ), hæst á milli lárétta og lóðréttu tölukvarðans ( $\rho = 0,78-0,81$ ) en minnst á milli orðakvarðans og lóðréttu tölukvarðans ( $\rho = 0,48-0,79$ ). Flestum (75%) fannst auðveldast að nota orðakvarðann og 73% vildu helst nota þann kvarða.

**Ályktanir:** Niðurstöðurnar sýna að kvarðarnir þrjú gefa sambærilegt mat á verkjum hjá öldruðum og því er hægt að nota þann kvarða sem sjúklingurinn kys. Aldraðir sjúklingar kjósa að nota orð til þess að lýsa styrk verkja.

## E11- Notkun persónumiðaðs mats með fyrirbærafræðilegri nálgun í endurhæfingu fólks með langvinna verki

Kristín Þórarinsdóttir<sup>1,2</sup>, Kristín Björnsdóttir<sup>1</sup>, Kristján Kristjánsson<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Háskólinn á Akureyri

<sup>3</sup>School of Education and Deputy Director, Jubilee Centre for Character and Virtues, University of Birmingham, UK

**Inngangur:** Megintilgangur rannsóknarinnar var að afla þekkingar um hvernig notkun persónumiðaðs sjálfmats með fyrirbærafræðilegri nálgun mótar þátttöku sjúklinga með langvinna verki í endurhæfingu; og hjálpar þeim til að öðlast vellíðan og takast á við erfiðleika í daglegu lífi.

**Aðferð:** Rannsóknin var byggð á kenningum um eðli umönnunar sem endurspeglast í starfsháttum fagstétta ásamt persónumiðaðri og fyrirbærafræðilegri nálgun. Rannsóknaraðferðin var etnógrafísk þar sem rannsakandi fylgdist með því hvernig sjálfsmatið var notað í daglegu starfi. Hún dvaldi með þátttakendum í aðstæðum daglegs lífs, tók óformgerð og hálf-formgerð viðtöl (alls 62) og skoðaði venjur, gildismat og siði á vinnustaðnum. Þátttakendur voru 14 sjúklingar með langvinna verki, 2 lækningar, 5 hjúkrunarfræðingar, 5 sjúkraliðar, 2 iðjubjálfar, 3 sjúkrapjálfarar, 1 félagsráðgjafi og 1 sálfræðingur. Lögð var sérstök áhersla að skoða nýtingu sjálfsmatsins innan hjúkrunar. Gagnasöfnun stóð alls yfir í 14 mánuði. Gögnin voru greind með etnógrafískri þemagreiningu.

**Niðurstöður:** Fjöldmargir þættir í vinnulaginu sem tengdist matinu endurspegluðu persónumiðaða og fyrirbærafræðilega nálgun. Með því að leggja sjálfsmatið til grundvallar í viðtölum við sjúklinga tókst hjúkrunarfræðingunum að gefa rödd sjúklinganna og þeirra sýn á heilsufarstengdan vanda vægi. Þannig gaf sjálfsmatið sem starfsaðferð bæði hjúkrunarfræðingunum og sjúklingum tækifæri á að leggja mat á einstaka heilsufarsþætti sem trufluðu daglegt líf ásamt því að skilja betur heilsufarsástandið í heild. Hins vegar varpaði hin etnógrafíska aðferð ljósi á þætti í vinnulaginu við sjálfsmatið sem nýttust sjúklingum ekki nægilega vel.

**Ályktanir:** Sjálfsmatið getur verið árangursrík starfsaðferð sem stuðlar að persónumiðari og fyrirbærafræðilegri nálgun. Rannsóknin getur nýst við frekari þróun sjálfsmatsins.

## E12- Þróun íhlutunar til að bæta verkjameðferð á sjúkrahúsi. Hvað þarf til að ná árangri?

Sigríður Zoëga<sup>1,2</sup>, Sigríður Gunnarsdóttir<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

**Inngangur:** Þrátt fyrir margvíslegar tilraunir til að bæta verkjameðferð eru verkir enn algengir á sjúkrahúsum. Hjúkrunarfræðingar gegna lykilhlutverki í mati og meðferð verkja og því er mikilvægt að þróa og prófa íhlutanir til að bæta þekkingu og hæfni þeirra í verkjameðferð. Í ráðleggingum Medical Research Council (MRC) er lögð

áhersla á að undirbyggja vel íhlutanir sem ætlað er að prófa í flóknu klínísku umhverfi. Tilgangur þessa ágríps er að lýsa þróun Pain Resource Nurse verkefnisins, sem var prófað í slembistýrðri rannsókn á Landspítala.

**Aðferð:** Áður en verkefnið hófst var gerð fræðileg úttekt á tíðni verkja á sjúkrahúsum og unnin var kerfisbundin samantekt á íhlutunum til að bæta verkjameðferð. Kennsluefni var þýtt og staðfært og spurningalistar og gagnasöfnun forprófuð. Íhlutunin samanstóð af þriggja daga námskeiði og skipulagðri eftirfylgd sem byggði á kenningum um þróun í hlutverki. Árangur var metinn með spurningalista sem lagður var fyrir sjúklinga, upplýsingum úr sjúkraskrá og mælingum á þekkingu og viðhorfum hjúkrunarfræðinga til verkjameðferðar.

**Niðurstöður:** Fjöldi sjúklinga sem tóku þátt var 305 á T1 og 326 á T2. Fjöldi hjúkrunarfræðinga var 224 á T1 en 176 á T2. Eina mælanlega breytingin sem átti sér stað var aukning á notkun staðlaðra kvarða við mat á verkjum á íhlutunardeildum sem fór úr 13% í 24% ( $p < 0,05$ ).

**Ályktanir:** Undirbúningur íhlutunarinnar var að flestu leyti í samræmi við ráðleggingar MRC. Notast var við kenningarlegan bakgrunn og gagnreynt kennsluefni. Rannsóknarsnið, stuttur tímarammi og það að íhlutunin beindist einungis að hjúkrunarfræðingum geta hugsanlega skýrt takmarkaðan árangur íhlutunarinnar.

## E13 - Verkir eftir heilablóðfall: Fræðilegt yfirlit yfir áhrif langvinna verkja eftir heilablóðfall og hagnýtar upplýsingar fyrir sjúklinga

Soffía Scheving Thorsteinsson<sup>1</sup>, Unnur

Kjartansdóttir<sup>1</sup>, Marianne Elisabeth Klinke<sup>1,2</sup>, Ingibjörg

Bjartmarz<sup>1,2</sup>, Helga Jónsdóttir<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

<sup>2</sup>Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Allt að 53% einstaklinga með heilablóðfall upplifa langvinna verki. Skortur er á upplýsingum á íslensku fyrir heilablóðfallssjúklinga með langvinna verki. Tilgangur verkefnisins var tvíþættur; 1) að lýsa líkamlegum, andlegum og sálfélagslegum vandamálum hjá einstaklingum með langvinna verki meira en þremur mánuðum eftir heilablóðfall 2) að þróa fræðsluefni um langvinna verki eftir heilablóðfall.

**Aðferð:** (1) Framkvæmd var kerfisbundin leit í PubMed og CINAHL frá 2002-2015. Yfirlýsing frá PRISMA var höfð til hliðsjónar við greiningu heimilda. Niðurstöður voru flokkaðar út frá líkamlegum, andlegum og sálfélagslegum vandamálum. (2) Fræðsluefni á íslensku var þróað í fimm þrepum; a) Leit innan nógildandi klínískra leiðbeininga b) Leit á viðurkendum heimasíðum til að kanna útgefið efni fyrir sjúklinga. c) Samþætting niðurstaðna í þrepum a og b með niðurstöðum fræðilega yfirlitsins til þess að bera kennsl á viðeigandi upplýsingar og forgangsroðun þeirra á fræðsluefni. d) Leita ráða hjá þverfaglegum hópi heilbrigðisstarfsfólks og e) Samþykki frá menntadeild Landspítala Háskólasjúkrahús til þess að nota fræðsluefnið.

**Niðurstöður:** (1) Samtals 20 rannsóknir stóðust inntökuskilyrði og sýndu hvernig verkir hindra líkamlega virkni og hafa neikvæð áhrif á líðan og vitræna getu heilablóðfallssjúklinga. Í ljós komu takmarkanir á lífsgæðum

og aðferðum sem sjúklingar nota til að takast á við og lina verki. (2) Unnin voru drög að fræðsluefni um langvinna verki eftir heilablóðfall á íslensku.

**Ályktanir:** Við fundum mikilvægar upplýsingar um verki eftir heilablóðfall sem er áriðandi fyrir hjúkrunarfræðinga að vera meðvitaðir um. Útbúið var fræðsluefni sem hjúkrunarfræðingar geta notað við fræðslu heilablóðfallssjúklinga með langvinna verki. Mælt er með fýsileikarannsókn á notagildi fræðsluefnisins.

## Lota II b- Fjölskylduhjúkrun

### E14 - Fjölskylduhjúkrun í sérhæfðri líknarmeðferð í Heimahlynningu Landspítala; ávinningur af meðferðarsamræðum

Ásta B. Pétursdóttir<sup>1,2</sup>, Erla Kolbrun Svavarsdóttir<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Landspítali háskólasjúkrahús

<sup>2</sup>Háskóli Íslands, heilbrigðisvísindasvið, hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Aðstandendur 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 skjólstæðinga sinna. Veita meðferð til að minnka álagið, efla stuðningsnet, styðja aðstandendur í að huga að eigin heilsu og benda á viðeigandi bjargráð. Tilgangur var að kanna ávinning af meðferð, þar sem áhersla er lögð á meðferðarsamræður við fjölskyldumeðlimi sem annast um náinn ættingja með ólæknandi krabbamein. Einnig er leitast við að kanna samspil þunglyndis, kvíða, streitu, stuðnings og fræðslu hjúkrunarfræðinga við fjölskyldur, umönnunarálág og bakgrunnspætti fjölskyldunnar, sem og gagnsemi meðferðarinnar við að styðja fjölskylduna sem þátttakanda í líknandi meðferð.

**Aðferð:** Kenningarfræðilegur grunnur meðferðarinnar eru Calgary fjölskylduhjúkrunarlíkonin. Í fyrsta fasa rannsóknarinnar er notað „Quasi-experimental design“ og 7 spurningalistar lagðir fyrir þátttakendur á þremur tímamörktum. Við gagnaúrvinnslu var gerð dreifigreining fyrir endurteknar mælingar (ANOVA) og skoðað hvort þrjár af rannsóknartilgátunum; jákvæð áhrif á andlega líðan, upplifaðan stuðning og umönnunarálág hafi staðist.

**Niðurstöður:** Frumniðurstöður frá 26 þátttakendum í fyrsta fasa sýna að aðstandendur náins ættingja með ólæknandi krabbamein upplifa marktækt meiri heildarstuðning ( $P < .001$ ) og að það dragi úr einkennum þunglyndis ( $P < .05$ ) eftir þátttöku í meðferðarsamræðunum. Hins vegar kom ekki fram marktækur munur á milli tímamarkta á reyngslu aðstandenda af því að annast um náin ættingja í líknarmeðferð. Áhrifastærð meðferðar á upplifuðum stuðningi mældist mikil og áhrifastærð á einkenni þunglyndis mældist miðlungs. Einnig á einkenni kvíða og streitu.

**Ályktanir:** Þessar frumniðurstöður gefa vísbendingar um að meðferðarsamræður styðji við fjölskyldur sem annast náinn ættingja með ólæknandi krabbamein.

### E15- Hefur menntun, starfsálag, sjálfstæði í starfi og stuðningur á vinnustað áhrif á starfshætti í fjölskylduhjúkrun?

Erla Kolbrun Svavarsdóttir<sup>1,2</sup>, Anna Ólafía Sigurðardóttir,<sup>1,2</sup> Elísabet Konráðsdóttir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

**Inngangur:** Tilgangur rannsóknar var að kanna tengsl milli mats hjúkrunarfræðinga á starfsháttum í fjölskylduhjúkrun og álags í starfi, upplifun á stjórn á aðstæðum og stuðningi á vinnustað, þremur árum eftir innleiðingu fjölskylduhjúkrunar (FH- námskeið) á Landspítala.

**Aðferð:** Það voru 440 hjúkrunarfræðingar sem tóku þátt í rannsókninni árið 2014. Þátttakendur voru flokkaðir í fjórar starfsgerðir (Karasek, 1990); þ.e. „mikil streita“ starfsgerðin (mikil streita, lítil stjórn); „passiva“ starfsgerðin (lítil streita, lítil stjórn); „lítill streita“ (lítil streita, mikil stjórn); og „virka“ starfsgerðin (mikil streita, mikil stjórn).

**Niðurstöður:** Hjúkrunarfræðingar sem höfðu tekið FH námskeiðið voru með marktækt betri starfshætti í fjölskylduhjúkrun varðandi undirþáttinn „practice appraisal“, samanborið við hjúkrunarfræðinga sem höfðu ekki tekið FH námskeiðið. Hjúkrunarfræðingar sem mátu sig vera „virka“ mátu sig líka vera marktækt betri í að starfa með fjölskyldum en hjúkrunarfræðingar sem mátu sig vera „passiva“ eða mátu sig vera undir „lítilli streitu“. Ennfremur hjúkrunarfræðingar sem höfðu tekið FH námskeiðið og mátu starf þeirra einkennast af „lítilli streitu“, mátu almenna starfsánægju marktækt hærrí en hjúkrunarfræðingar sem tóku FH námskeiðið og töldu starfið einkennast af „mikilli streitu“ eða að það væri „passift“. Hjúkrunarfræðingar sem veittu fjölskylduhjúkrun í starfi sínu og höfðu tekið FH námskeiðið og mátu sig hafa „mikla stjórn“ á aðstæðum voru jafnframt marktækt ánægðari með starfið en hjúkrunarfræðingar sem ekki höfðu tekið FH námskeiðið eða hjúkrunarfræðingar sem höfðu tekið FH námskeiðið en mátu sig hafa „lítla stjórn“ í starfi þeirra.

**Ályktanir:** Að auðvelda hjúkrunarfræðingum að hafa stjórn á starfi þeirra með þjálfun á Landspítala s.s. með því að bjóða upp á námskeið í FH, getur til lengri tíma litið, haft áhrif á ánægju hjúkrunarfræðinga með starf þeirra.

### E16 - Samtal líknarhjúkrunarfræðinga við sjúklinga með nýgreint útbreitt lungnakrabbamein um áætlun um meðferðarmarkmið - Reyngsla sjúklinga og aðstandenda

Kristín Lára Ólafsdóttir<sup>1</sup>, Erna Haraldsdóttir<sup>2,3</sup>, Helga Jónsdóttir<sup>2</sup>, Nanna Friðriksdóttir<sup>1,2</sup>, Valgerður Sigurðardóttir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

<sup>2</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>3</sup>St Columbas Hospice í Edinborg, Skotlandi

**Inngangur:** Markmið umræðu um áætlun um meðferðarmarkmið er að gefa sjúklingum tækifæri til að taka virkan þátt í ákvarðanatöku, auka gæði umönnunar og draga úr því að meðferð, sem er gagnslaus eða ekki óskað eftir, sé veitt. Umræðan er mikilvægur hluti af líknarmeðferð en

rannsóknir skortir á hvernig hún getur orðið að eðlilegum hluta umönnunar sjúklunga.

**Aðferð:** Eigindleg lýsandi rannsókn. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna reynslu sjúklunga sem eru nýgreindir með útbreitt lungnakrabbamein og aðstandenda þeirra af því að taka þátt í samtali við líknarhjúkrunarfræðinga um áætlun um meðferðarmarkmið. Viðtalsrammi var þróaður fyrir samtal um áætlun um meðferðarmarkmið og blöðungurinn Litið fram á veginn þýddur og staðfærður. Hálfstöðluð viðtöl voru tekin við sjúklunga og aðstandendur. Áhersla var lögð á að skoða reynslu af notkun blöðungsins, tímasetningu umræðunnar og hlutverk hjúkrunarfræðings. Hjúkrunarfræðingarnir skrifuðu vettvangsnótur. Gögn voru greind með þemagreiningu. Sjö viðtöl voru tekin og aðstandendur tóku þátt fimm.

**Niðurstöður:** Megin niðurstöður benda til þess að það sé bæði ásættanlegt og hjálplegt að opna umræðuna um áætlun um meðferðarmarkmið snemma í sjúkdómsferlinu. Sjúklingarnir vildu vernda fjölskyldu sína en á sama tíma undirbúa hana undir andlát sitt. Blöðungurinn hjálpaði til við umræðuna og þó að sjúklingarnir fylltu ekki út í hann þá vakti hann umræðu og studdi hjúkrunarfræðinginn í því að opna umræðuna.

**Ályktanir:** Líklegt er að það sé hjálplegt að opna umræðu um áætlun um meðferðarmarkmið sem hluta af stuðningsþjónustu veitta af hjúkrunarfræðingum í líknarráðgjafateymi til sjúklunga með nýgreind lungnakrabbamein. Hjúkrunarfræðingar geta verið í góðri stöðu til að eiga þetta samtal á göngudeildum.

## E17 - Inntak meðferðar á aðlögun tengt kynlífi og nánd hjá konum með krabbamein

Jóna Ingibjörg Jónsdóttir<sup>1,2</sup>, Helga Jónsdóttir<sup>1,2</sup>, Kristine L. Kwekkeboom<sup>3</sup>, Rebecca J. Muehrer<sup>3</sup>, Erla Kolbrún Svavarsdóttir<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Landspítali

<sup>2</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>3</sup>University of Wisconsin-Madison, School of Nursing.

**Inngangur:** Árlega greinast um 700 konur hér á landi með krabbamein. Megnið af þessum konum upplifa kynlífstengd vandamál í kjölfar greiningar og meðferðar. Lítið er hins vegar vitað um hvaða stuðningsmeðferðir skila bestum árangri fyrir konur með krabbamein og maka þeirra, til að bæta lífsgæði og aðlögun tengt kynlífi og nánd. Í rannsókninni verður inntaki meðferðar lýst en meðferðin byggir á hugmyndafræði um viðhorf para til krabbameins og meðferðarkenningum úr fjölskylduhjúkrun og félagssálfræði.

**Aðferð:** Stuðnings- og fræðslumeðferðin er á formi viðtala þar sem konum og mökum þeirra verður boðið upp á tvö paraviðtöl og eitt eftirfylgdarviðtal innan 6 mánaða frá greiningu.

**Meginmál:** Í meðferðinni verður lögð áhersla á að styðja almennt við þau viðhorf sem eru hjálpleg fyrir parið til að takast á við breytingar á kynlífi og áhrifum þess á náð samband þeirra. Auk þess verður unnið með hindrandi viðhorf parsins. Í fyrsta viðtali er lagður grunnur að góðum meðferðartengslum og parinu boðið að segja frá sinni reynslu. Með því gefst þeim tækifæri að skoða áhyggjuefni

sín og ígrunda þær aðstæður sem þau eru í. Í öðru viðtali verður lögð áhersla á að vinna með þær breytingar sem þau vilja sjá auk þess sem unnið verður með styrkleika beggja. Í báðum viðtölunum verður lögð áhersla að bjóða upp á gagnreyndar upplýsingar um áhrif krabbameinsmeðferðar á kynlíf auk þess sem þau fá aðgang að fræðsluefni á vefnum. Í eftirfylgdarviðtali verður farið yfir með parinu hvar þau standa nú og skerpt á og fest í sessi þær jákvæðu breytingar sem orðið hafa.

**Ályktanir:** Niðurstöður rannsóknarverkefnisins geta aukið þekkingu í hjúkrun á bata og endurhæfingu í kynlífi hjá konum með krabbamein og mökum þeirra.

## Lota III a- Heilbrigðisþjónusta

### E18 - Heilsuvernd barna fyrir og eftir efnahagslegt hrun árið 2008

Geir Gunnlaugsson<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands

**Inngangur:** Frá seinni hluta árs 2008 hefur íslenskur almenningur og heilbrigðisþjónustan á Íslandi verið að kljást við alvarlega efnahagskreppu og afleiðingar hennar. Í slíkri efnahagslegri niðursveiflu eru það börn og fjölskyldur sem bera hlutfallslega mestar byrðar og afleiðingar þess geta haft áhrif á heilsu og vellíðan þeirra til lengri og skemmri tíma. Markmið rannsóknarinnar er að skoða heilsuvernd barna á Íslandi og meta áhrif efnahagshrunsins á lykilkætti þjónustu sem veitt er í heilsugæslu og er á ábyrgð hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra.

**Aðferð:** Gögn úr rafrænum sjúkraskrákerfum (Saga og Ískrá) og fæðingarskrá var safnað saman allt frá árunum 2000 til 2014 og greind með hliðsjón af efnahagskreppunni.

**Niðurstöður:** Engar breytingar sjást á þjónustu sem hjúkrunarfræðingar og ljósmæður veita á heilsugæslustöðvum í mæðravernd og ung- og smábarnavernd og sem hægt er að rekja beint til efnahagshrunsins. Helsta fráviknið er að heimavítjunum hjúkrunarfræðinga í ung- og smábarnavernd fækkaði úr 2.5 að meðaltali fyrir hrun í 1.8 eftir hrun. Í mæðravernd fækkaði komum í mæðravernd í samræmi við áherslur í klínískum leiðbeiningum Landlæknis. Engar breytingar sjást á algengi brjóstgjafar nema hvað lengd brjóstgjafar hefur aukist lítillega. Í skólaheilsugæslu eru teikn um að álag hafi aukist strax í kjölfar hrunsins, en fjöldi koma til skólahjúkrunarfræðinga hefur hægt og bitandi lækkað frá hruninu.

**Ályktanir:** Engar marktækar breytingar sjást á flestum þáttum í þjónustu hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra í heilsugæslu í kjölfar hrunsins. Almenn og aðgengileg þjónusta heilsugæslustöðva á landinu var mikilvægur liður í því að standa vörð um heilsu og vellíðan barna og foreldra í kjölfar efnahagskreppunnar 2008.

## E19 - Útgjöld íslenskra heimila vegna

### heilbrigðismála

Rúnar Vilhjálmsson, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

**Inngangur:** Fyrri athuganir hérlendis og erlendis benda til verulegs munar milli þjóðfélagshópa á beinum útgjöldum vegna heilbrigðismála. Slík útgjöld geta haft verulega neikvæð áhrif á aðgengi og aukið frestun heilbrigðisþjónustu. Núverandi rannsókn beinist að útgjöldum íslenskra heimila vegna heilbrigðismála eftir samfélagshópum.

**Aðferð:** Rannsóknin byggir á heilbrigðiskönnum meðal fullorðinna Íslendinga á aldrinum 18-75 ára sem svöruðu spurningalista með pósti eða á netinu fyrr á þessu ári. Spurningar í listanum vörðuðu meðal annars notkun og kostnað heimila vegna einstakra þátta heilbrigðismála. Alls svöruðu 1599 einstaklingar spurningalistanum og voru heimtur tæp 60%.

**Niðurstöður:** Rannsóknin leiddi í ljós að verulegur munur er á heilbrigðisútgjöldum eftir hópum. Hæst útgjöld í krónum höfðu heimili eldra fólks, sambúðarfólks, stórra fjölskyldna, fólks utan vinnumarkaðar, fólks með hærri tekjur, langveikra og öryrkja. Þegar heimilisútgjöld vegna heilbrigðismála voru skoðuð sem hlutfall af tekjum heimilanna reyndust útgjaldahlutföll hæst á heimilum eldra fólks, atvinnulausra, fólks utan vinnumarkaðar, grunnskólamenntaðra, lágtekjufólks, langveikra og öryrkja.

**Ályktanir:** Einn grundvallarþáttur félagslegra heilbrigðiskerfa er að hið opinbera fjármagnar heilbrigðisþjónustuna fyrst og fremst, og sjúklingar og heimili þeirra hafa lítinn eða engan kostnað vegna þjónustunnar. Niðurstöðurnar benda til að íslenskt heilbrigðiskerfi nálgist þennan grundvallarþátt ekki nægilega vel. Sérstökum áhyggjum valda há útgjöld vegna heilbrigðismála meðal einstaklinga í félagslega og heilsufarslega viðkvæmri stöðu. Ræddar eru leiðir til að bregðast við þeim vanda sem við blasir í þessum efnum.

## E20 - Mat á gæðum þjónustu heimahjúkrunar á heilsugæslunni á Selfossi út frá gæðavísunum Resident Assessment Instrument-Home Care (RAI-HC).

Unnur Þormóðsdóttir<sup>1</sup>, Ingibjörg Hjaltadóttir<sup>2,3</sup>, Sólveig Ása Árnadóttir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Heilsugæslan Selfossi

<sup>2</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>3</sup>Háskóli Íslands Námsbraut í sjúkraþjálfun

**Inngangur:** Öldruðum fer fjölgandi og hefur þörfin fyrir þjónustu í heimahúsi aukist í takt við það. Krafan um að heilbrigðisstofnanir veiti góða þjónustu og fé sé vel varið eykst stöðugt. Með tilkomu matstækisins interRAI-Home Care (interRAI-HC) og tilheyrandi gæðavísa opnast möguleikar á að meta gæði heilbrigðisþjónustu í heimahúsum. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvort hægt væri að hafa áhrif á gæði þjónustu heimahjúkrunar með fræðslu til starfsfólks og notkunar á gæðavísun interRAI-HC.

**Aðferð:** Rannsóknin var megindleg íhlutunarrannsókn sem fylgdi fyrir-eftir rannsóknarsniði án samanburðarhóps.

Gögnin voru byggð á upplýsingum úr mati sem framkvæmt var í interRAI-HC frá 31 skjólstæðingi heimahjúkrunar á Selfossi. Starfsfólk tók þátt í ákvörðunum varðandi val á þremur interRAI-HC gæðavísunum sem stefnt var á að bæta með íhlutun í formi fræðslu. Að auki var fylgst með stöðu tíu gæðavísa sem íhlutunin beindist ekki sérstaklega að.

**Niðurstöður:** Þátttakendur í rannsókninni voru á aldrinum 60 til 94 ára (meðalaldur 79,2 ár), hlutfall kvenna var 64,5% og bjuggu 51,6% skjólstæðinga einir. Starfsmenn ákváðu að beina íhlutun að gæðavísunum um byltur, félagslega einangrun og ófullnægjandi verkjastillingu. Á rannsóknartímanum lækkaði hlutfall þeirra sem hlutu byltu úr 22,6% í fyrra mati í 0% í seinna mati ( $p = 0,012$ ). Hinir tveir gæðavísarnir, sem íhlutun beindist sérstaklega að, lækkuðu hlutfallslega þó að munurinn væri ekki marktækur. Sjö af þeim tíu gæðavísunum, sem íhlutun beindist ekki að, sýndu breytingar í átt til hins betra.

**Ályktanir:** Niðurstöður benda til að með fræðslu til starfsfólks sé hægt að bæta þjónustu við skjólstæðinga heimahjúkrunar. Starfsfólk var áhugasamt og vildi taka þátt og hafa áhrif á sína vinnu til hins betra. Niðurstöður benda einnig til að notkun interRAI-HC- matstækisins og gæðavísa þess sé gagnleg í umbótavinnu og geti nýst fleiri heilsugæslustöðvum.

## E21 - Samþætting í heimaþjónustu: Eigindleg rannsókn á samvinnu hjúkrunar og félagsþjónustu

Margrét Guðnadóttir<sup>1</sup>, Kristín Björnsdóttir<sup>2</sup>, Sigríður Jónsdóttir<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Heimaþjónusta Reykjavíkur

<sup>2</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>3</sup>Velferðarráðuneytið

**Inngangur:** Heilbrigðisþjónusta utan stofnana er áhersluatriði í stefnumótun á Íslandi líkt og víðar. Aldraðir vilja búa heima eins lengi og kostur er, ef viðeigandi stuðningur fæst. Fjölbreyttar þarfir aldraðra krefjast aðkomu fjölmargra starfsstétta sem undirstrikar mikilvægi samvinnu í heimaþjónustu. Unnið hefur verið að markvissri samþættingu í heimaþjónustu í Reykjavík frá árinu 2009. Sýnt hefur verið fram á að samþætting geti aukið gæði þjónustu með bættu flæði upplýsinga og einfaldað daglegt umfang sem snertir meðferð og umönnun í heimahúsi. Samvinna er forsenda samþættrar þjónustu en forsenda samvinnu er miðlun upplýsinga og greitt aðgengi að þeim. Tilgangur rannsóknarinnar var að varpa ljósi á samvinnu milli starfsfólks hjúkrunar og félagsþjónustu þar sem heimaþjónusta hefur verið fullsamþætt. Greina raunverulega stöðu samþættingar út frá fræðilegum líkönum ásamt því að skoða hindranir og hvata.

**Aðferð:** Eigindleg rannsókn í tveimur þáttum, einstaklingsviðtölum ( $n=14$ ) og 5 rýnihópum ( $n=25$ ). Innihalds- og rammagreining var nýtt til úrvinnslu.

**Niðurstöður:** Fullri samþættingu hefur verið komið á í skipuriti heimaþjónustu í Reykjavík en hún hefur þó ekki skilað sér að fullu til vinnu starfsfólksins. Sú samhæfing á störfum sem hefur átt sér stað endurspeglast í samvinnu milli teymisstjóra. Hins vegar skortir möguleika til samtals milli almenns starfsfólks hjúkrunar og félagsþjónustu og sameiginlegar verklagsreglur. Starfsfólk beggja eininga talaði

um skort á stuðning í starfi og upplýsingum um stöðu sína og hlutverk í samhæfðu teymi.

**Ályktanir:** Samvinna starfshópa er virkt ferli. Til að ná árangri þarf starfsfólki að vera ljóst í hverju samvinnan felst og hver ávinningur af henni er. Slíkt krefst stöðugs upplýsingaflæðis og styrkrar leiðsagnar stjórnenda.

## E22 - Samskipti milli heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga af erlendum uppruna

*Ethyte L. Mangindin<sup>1</sup>, Thuy Thi Pham<sup>1</sup>, Birna G Flygenring<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Landspítali

<sup>2</sup>Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

**Inngangur:** Á síðustu árum hefur innflytjendum fjölgað hratt á Íslandi. Fjölgun þeirra gerir Ísland ekki lengur að einsleitu samfélagi, heldur fjölmenningsamfélagi. Þessi breyting gerir ákveðnar kröfur til heilbrigðisþjónustunnar. Tilgangur verkefnisins er: (1) Skoða hvaða þætti þarf að hafa í huga í samskiptum heilbrigðisstarfsfólks við sjúklinga sem eru af erlendu bergi brotnir. (2) Kanna hvernig þessum samskiptum er háttað á íslenskum heilbrigðisstofnunum.

**Aðferðir:** Notaðar voru tvö konar aðferðir. Fyrri aðferðin fól í sér að leita lesefnis til að kanna hvaða þætti heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa í huga í samskiptum við sjúklinga af erlendum uppruna. Seinni aðferðin fól í sér gæðaúttekt. Tekin voru stöðluð viðtöl við átta hjúkrunarstjórnendur með því markmiði að kanna hvernig þessum samskiptum er háttað á þeim stofnunum sem þeir starfa á.

**Niðurstöður:** Helstu atriðin sem heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa í huga í samskiptum við sjúklinga af erlendum uppruna eru: Í fyrsta lagi að meta íslenskukunnáttu einstaklingsins; í öðru lagi að nota faglærðan túlk þegar þörf krefur; og í þriðja lagi að hafa í huga að menning hefur áhrif á heilsufar, viðhorf, hegðun og tjáskipti einstaklings. Því er nauðsynlegt að heilbrigðisstarfsmenn séu vakandi fyrir menningarmun. Það kom fram í könnuninni að hjúkrunarstjórnendur töldu samskipti við sjúklinga af erlendum uppruna yfirleitt ganga ágætlega, en stundum voru aðstæður ekki eins og þær ættu að vera sökum hindrana í samskiptum og vankunnáttu í menningarhæfni.

**Ályktanir:** Tungumálaerfiðleikar og menningamunur einkenna samskipti heilbrigðisstarfsfólks við sjúklinga af erlendum uppruna. Til þess að samskipti heilbrigðisstarfsmanna við sjúklingana verði árangursrik þarf að meta tungumála kunnáttu sjúklingsins, nota markvisst túlkþjónustu og ekki hvað síst þarf heilbrigðisstarfsfólk að öðlast þjálfun í menningarhæfni.

## E23 - Long-term health effects following the Eyjafjallajökull volcanic eruption:

### A prospective cohort study in 2010 and 2013

*Guðrún Pétursdóttir<sup>1</sup>, Heiðrún Hlökkversdóttir<sup>2</sup>, Hanne Krage Carlsen<sup>2</sup>, Arna Hauksdóttir<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, and Institute for Sustainability Studies, University of Iceland

<sup>2</sup>Centre of Public Health Sciences, University of Iceland

**Introduction:** The Eyjafjallajökull eruption in Iceland 2010 caused continuous ash-fall for 6 weeks, frequently re-suspended since. The study compares self-reported health of those exposed to the eruption between 2010 and 2013.

**Methods:** A population-based prospective cohort of adult residents close to the volcano (divided by ash exposure), and a comparison non-exposed population in Northern-Iceland. Participants answered questionnaires on physical and psychological symptoms in 2010 (72%) and again in 2013 (80%).

**Findings:** More prevalent in the exposed population in 2013 were: current skin rash/eczema, back pain, myalgia and insomnia. Respiratory symptoms, e.g. phlegm, in the last 12 months more common in 2013 than 2010. Also, emphysema diagnosed by a physician.

In 2013 participants in more exposed areas were at higher risk of respiratory and physical symptoms such as waking up feeling tightness in the chest and dry throat. Highest exposure showed higher prevalence of most symptoms in 2010, which increased further by 2013.

**Significance:** Implications for planning preventive and treatment strategies. Potential physical and psychological risks of experiencing a volcanic eruption and being exposed to repeated ash suspension in the aftermath must not be underestimated. Finding a way to prevent, prepare for or minimize the risk to exposed residents is of great importance.

## Lota III b- Langvinnir sjúkdómar

### E24 - Gaumstol eftir slag í hægra heilahveli: Samanburður á niðurstöðum fengnum með taugasálfræðilegum prófum, athugunum og viðtölum - blönduð rannsóknaraðferð

*Marianne E. Klinke<sup>1,2</sup>, Haukur Hjaltason<sup>2,3</sup>, Thóra B. Hafsteinsdóttir<sup>1,4</sup>, Helga Jónsdóttir<sup>1</sup>.*

<sup>1</sup> Hjúkrunarfræðideild, Heilbrigðisvísindasvið, Háskóli Íslands, Reykjavík, Ísland

<sup>2</sup> Taugalækningadeild, Landspítali Háskólasjúkrahús, Reykjavík, Ísland

<sup>3</sup> Læknadeild, Heilbrigðisvísindasvið, Háskóli Íslands, Reykjavík, Ísland

<sup>4</sup> Department of Rehabilitation, Nursing Science and Sport, Rudolf Magnus Institute, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands.

**Inngangur:** Gaumstol er tauga- og vitsmunaleg röskun sem leiðir til verri batahorfa en þeirra sem takast á við aðrar afleiðingar heilablóðfalls. Vísbendingar eru um ósamræmi milli niðurstaðna hefðbundinna taugasálfræðilegra prófa og raunverulegra áskorana sem sjúklingar standa andspænis á eigin heimili eftir útskrift úr endurhæfingu. Tilgangur rannsóknarinnar var að bera saman rannsóknargögn fengin með hefðbundnum taugasálfræðilegum mælingum saman við athaganir á vettvangi og eigindleg viðtöl við sjúklinga.



**Aðferð:** Blönduð framskyggn rannsóknaraðferð. Gagna var aflað á 15 sjúklingum eftir heimkomu úr endurhæfingu með: (1) Catherine Bergego -matstækið, (2) stjörnuleit og eftirgerðar teikningar og (3) viðtöl og athuganir á daglegum athöfnum sjúklinga. Viðtöl og athuganir voru greind með efnisgreiningu, lýsandi tölfraði og Wilcoxin Signed Rank test. Sambætting eigindlegra og meginlegra ganga var gerð með „case-by-case“ blöndun í svokallaða „mixing matrix“ og „following threads.“

**Niðurstöður:** Catherine Bergego-matstækið, sem metur áhrif gaumstols á daglegar athafnir, sýndi marktækt vanmat á sveiflum í gaumstoli og reyndist ekki greina mikilvægar áskoranir í daglegu lífi sjúklinganna til dæmis tengdum öryggi og aðstæðum sem auka og minnka gaumstolseinkenni. Hefðbundinn úrlestur úr stjörnuleitarprófinu og eftirgerðar teikningar prófinu greindi ekki væg einkenni gaumstols.

**Ályktun:** Ef eingöngu er horft á tölulegar niðurstöður er gaumstoli ekki til staðir hjá sjúklingum með væg gaumstolseinkenni. Stjörnuleit og eftirgerðar teikningar gætu dugað sem skimunartæki ef úrlestur þeirra tekur mið af þáttum eins og hvernig sjúklingar teikna myndir. Við mat á gaumstoli skal taka tillit til einstaklingsbundinna birtingarmyndar gaumstols, einkum sveiflubundinna áhrifa í daglegu lífi, ekki síst þeirra sem hafa áhrif á öryggi sjúklinga.

## E25 – Efling heilbrigðis og sjálfsmunönnunar hjá fólki með væga og miðlungs alvarlega langvinna lungnateppu-árangur meðferðar

Helga Jónsdóttir<sup>1,2</sup>, Alda Gunnarsdóttir<sup>2</sup>, Bryndís S. Halldórsdóttir<sup>2</sup>, Gunnar Guðmundsson<sup>2,3</sup>, Ingibjörg K. Stefánsdóttir<sup>2</sup>, Jón Steinar Jónsson<sup>3,4</sup>, Ólöf Ámundadóttir<sup>5</sup>, Rósa Jónsdóttir<sup>2</sup>, Þorbjörg Sóley Ingadóttir<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Hjúkrunarfræðideild, Heilbrigðisvísindasviði, Háskóla Íslands.

<sup>2</sup>Lungnasviði, Landspítali háskólasjúkrahús, Reykjavík,

<sup>3</sup>Læknadeild, Heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands

<sup>4</sup>Heilsugæsla Garðabæjar, Garðabæ

<sup>5</sup>Námsbraut í sjúkraþjálfun, Læknadeild

**Inngangur:** Sjálfsmunönnun er lykilhugtak í heilbrigðisþjónustu við langveika. Niðurstöður rannsókna á árangri sjálfsmunönnunarmeðferða fyrir fólk með langvinna lungnateppu (LLT) hafa sýnt misvísandi niðurstöður. Í tilraunarannsóknum er tilhneiging til meiri lífsgæða og minni notkunar á heilbrigðisþjónustu. Tilgangur rannsóknarinnar var að meta árangur af sex mánaða tilraunarannsókn á eflingu heilbrigðis og sjálfsmunönnunar hjá fólki með væga og miðlungs alvarlega LLT.

**Aðferð:** Tilraunasniði var beitt. Þátttakendum sem valdir voru á átta heilsugæslustöðvum og sex læknastofum var skipt í tilrauna- (n=48) og samanburðarhóp (n=52). Tilraunarmeðferðin byggir á fræðilegum ramma um samráð (e. Partnership as practice) og efnisatriðum hefðbundinna sjálfsmunönnunarmeðferða. Hún var veitt með a) þremur til fjórum meðferðarsamtölum sjúklings og fjölskyldumeðlims við hjúkrunarfræðing, b) sex mánaða reykleysimeðferð og c) hóptíma veittum af þverfaglegu rannsóknarteymi. Samanburðarhópur fékk hefðbundna meðferð.

**Niðurstöður:** Fjórðungur þátttakenda var í fylgd fjölskyldumeðlims. Meðalaldur var 59 ár, konur voru 54 og karlar 46. Helmingur þátttakenda reykti. Þátttakendur í meðferðarhópi skynjuðu áhrif sjúkdóms og meðferðar hans á daglegt líf marktækt minni eftir 12 mánuði. Enginn munur var á heilsutengdum lífsgæðum, kvíða og þunglyndi, fjölda versnana LLT, fjölda reyklusra og hreyfingu. Eftir sex mánuði voru áhrif meðferðar á tilraunahóp marktæk en höfðu fjarð út eftir 12 mánuði. Báðir hóparnir voru ánægðir með þátttöku í rannsókninni.

**Ályktanir:** Meðferðin var árangursrík varandi skynjun þátttakenda á áhrifum sjúkdóms og meðferðar hans á daglegt líf. Fáar meðferðarsamræður, stuttur meðferðartími og mikil ánægja samanburðarhóps með þátttöku í rannsókninni getur skýrt að árangur varð minni en væntingar stóðu til. Þrófa þarf aðferðir til að ná til fólks með byrjandi LLT og fjölskyldna þeirra og veita þeim meðferð sem mætir þörfum þessa vaxandi skjólstaðingahóps heilbrigðisþjónustunnar.

## E26 – Innleiðing og notagildi Klínískra leiðbeininga um hjúkrun heilblóðfallssjúklinga í endurhæfingu

Ingibjörg Bjartmarz,<sup>1,2</sup> Helga Jónsdóttir<sup>1,2,3</sup>, Þóra B. Hafsteinsdóttir<sup>3,4</sup>

<sup>1</sup>Endurhæfingardeild Grensás, Landspítali háskólasjúkrahús, Reykjavík, Ísland

<sup>2</sup>Taugalækningadeild, Landspítali háskólasjúkrahús, Reykjavík, Ísland

<sup>3</sup>Hjúkrunarfræðideild, Heilbrigðisvísindasviði, Háskóli Íslands, Reykjavík, Ísland

<sup>4</sup>Department of Rehabilitation, Nursing Science and Sport, Brain Centre Rudolf Magnus, University Medical Centre Utrecht, the Netherlands

**Inngangur:** Tilgangur rannsóknarinnar var að meta innleiðingu og hagnýta notkun Klínískra leiðbeininga um hjúkrun heilblóðfallssjúklinga sem beinast að hreyfi- og sjálfsbjargargetu, þunglyndi og fræðslu. Einnig var metin reynsla og ánægja hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða með notkun leiðbeininganna og framkvæmd innleiðingarinnar.

**Aðferð:** Notuð var blönduð rannsóknaraðferð. Meginlegi hluti rannsóknarinnar fól í sér mælingar fyrir innleiðingu (1. feb. 2012 - 1. feb. 2013) og eftir innleiðingu (1. feb. 2014- 1. feb. 2015), með því að safna upplýsingum úr rafrænu skráningarkerfi frá 44 sjúklingum fyrir og 34 sjúklingum eftir innleiðingu og leggja mælitækin Hvetjandi og letjandi þættir innleiðingar, Starfsánægja og Gæðavísar um hjúkrun heilblóðfallssjúklinga í endurhæfingu, auk bakgrunns upplýsinga fyrir 35 hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða. Eigindlegi hluti rannsóknarinnar fól í sér rýnihópaviðtöl við átta hjúkrunarfræðinga og átta sjúkraliða eftir innleiðingu. Innleiðingin tók níu mánuði. Klínísku leiðbeiningarnar á formi skriflegra, myndrænna leiðbeininga, netupplýsinga og veggspjalda voru innleiddar á taugalækninga- og endurhæfingardeildum Landspítala með eftirfarandi innleiðingarihlutunum: a) valdir voru lykilhjúkrunafræðingar og sjúkraliðar til að styðja við innleiðinguna; b) fræðslufundir voru haldnir með öllu starfsfólki um innihald

leiðbeininganna; c) hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar fengu kennslu og starfsþjálfun í notkun leiðbeininganna.

**Niðurstöður:** sýna að innleiðing leiðbeininganna studdi vel við áherslu sem fyrir voru. Þær stuðluðu að samræmdari vinnubrögðum, juku áherslu á að efla hreyfi- og sjálfsbjargargetu og á að skima, meðal annars á andlegri vanlíðan. Á kvarðanum 1-10 voru leiðbeiningarnar taldar vera gagnlegar (m=7,7), talið var að innleiðingin hafi tekist vel (m= 7,4) og meiri hluti þátttakenda var virkur í innleiðingunni (m=7,1, ).

**Ályktanir:** Klínísku leiðbeiningarnar eru gagnlegar í hjúkrun heilablóðfallssjúklinga í endurhæfingu og innleiðingin tókst vel.

## E27 - Reynsla sjúklinga með mergæxli af veikindum sínum. Kerfisbundin fræðileg samantekt á eigindlegum rannsóknum

*Brynja Hauksdóttir<sup>1,2</sup>, Kristín Björnsdóttir<sup>1</sup>, Sigríður Gunnarsdóttir<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

**Inngangur:** Mergæxli er ólæknandi blóðsjúkdómur sem rekja má til illkynja vaxtar fruma í beinmerg. Síðustu tvo áratugi hafa orðið miklar framfarir í meðhöndlun sjúkdómsins, sem leitt hafa til þess að sjúklingarnir lifa lengur og hefur mergæxli því þróast yfir í að verða langvinnur, ólæknandi sjúkdómur í mörgum tilfellum. Þrátt fyrir bætt meðferð og lengri lifun, upplifir þessi sjúklingahópur oft íþyngjandi einkenni sem tengjast bæði sjúkdómnum sjálfum og meðferðinni við honum. Tilgangur samantektarinnar var að samþætta niðurstöður eigindlegra rannsókna um reynslu sjúklinga af því að vera með mergæxli.

**Aðferð:** Kerfisbundin fræðileg samantekt á eigindlegum rannsóknum. Stuðst við aðferð Joanna Briggs Institute um samsetta heildarmynd (e. meta-aggregation). Leitað var með kerfisbundnum hætti að rannsóknum frá árunum 2004-2015 í gagnasöfnum Cinahl, Scopus, Web of Science og Medline. Tveir rýnar mátu gæði rannsókna út frá gæðamatstæki JBI.

**Niðurstöður:** Ellefu rannsóknir stóðust inntökuskilyrði samantektarinnar. Úr rannsóknunum ellefu fengust 84 frumniðurstöður, þær voru flokkaðar í 13 flokka, sem að lokum mynduðu fimm samsettar niðurstöður. Samsettu niðurstöður samantektarinnar um reynslu sjúklinga af því að vera með mergæxli voru eftirfarandi: Breyttur líkami, Vanlíðan, Bjargráð, Áhrif annarra og Breytt líf.

**Lokaorð:** Sjúklingar með mergæxli lifa í auknum mæli með mergæxli sem langvinnan sjúkdóm. Niðurstöður gáfu til kynna hversu víðtæk áhrif sjúkdómurinn hafði á líf sjúklinganna og komu þau fram líkamlega, andlega og félagslega. Sjúklingarnir upplifuðu bæði góð og erfið tímabil í veikindum sínum með tilheyrandi áhrifum á líðan og daglegt líf. Mikilvægt er að hjúkrun sjúklinga með mergæxli byggi á nýjustu þekkingu um líðan og þarfir sjúklingahópsins.

## E28 – Sjúklingamiðuð þjónusta fyrir nýgreinda krabbameinssjúklinga. Kerfisbundin fræðileg samantekt um áhrif og árangur

### Hjúkrunarstýrðar þjónusta

*Kristín Sigurðardóttir<sup>1</sup>, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir<sup>1,2</sup>, Nanna Friðriksdóttir<sup>1,2</sup>, Sigríður Gunnarsdóttir<sup>1,2</sup>*

<sup>1</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús,

<sup>2</sup> Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

**Inngangur:** Greining krabbameins veldur truflun í lífi einstaklingsins og fjölskyldu hans og víða hefur sjúklingamiðuð þjónusta verið innleidd til að bæta gæði og árangur þjónustunnar. Sjúklingamiðuð hjúkrunarþjónusta, þar sem hjúkrunarfræðingur er lykilaðili, ber mismunandi heiti en síðustu ár hefur leiðsögn veitt af hjúkrunarfræðingi (e. nurse navigation) verið að ryðja sér til rúms í þjónustu við krabbameinssjúklinga.

Tilgangur rannsóknarinnar var að draga saman þekkingu um árangur og áhrif sjúklingamiðuðar og hjúkrunarstýrðar þjónustu fyrir nýgreinda fullorðna krabbameinssjúklinga með það að markmiði að leggja grunn að slíkri þjónustu á Landspítala og að frekari rannsóknum á slíkum íhlotunum.

**Aðferð:** Kerfisbundin fræðileg samantekt. Leitað var að rannsóknargreinum á ensku og íslensku í gagnagrunnum PubMed, Cinahl, Scopus, Web of Science, PsycInfo, Google Scholar og hvar.is, fyrst að slembiröðuðum íhlotunarrannsóknum en svo að hálfstöðluðum tilraunarannsóknum, þar sem hjúkrunarfræðingur var lykilaðili.

**Niðurstöður:** Tólf rannsóknir fundust; sjö frá Bandaríkjunum og ein frá Bretlandi, Kanada, Taiwan, Ástralíu og Kóreu. Níu rannsóknanna voru slembiraðaðar og þrjár hálfstaðlaðar. Íhlotunin var leiðsögn veitt af hjúkrunarfræðingi (4), umsjónarhjúkrun (e. nurse case mangement) (2) og þjónusta veitt af sérfræðingi í hjúkrun (5) eða krabbameinshjúkrunarfræðingi sem stuðlar að samræmingu í þjónustu (e. cancer nurse care coordinator) (1). Niðurstöður rannsóknanna benda til þess að mismunandi form sjúklingamiðuðar hjúkrunarþjónustu geti aukið ánægju með þjónustu, bætt lífsgæði, bætt sálræna líðan, minnkað óvissu og fækkað vandamálum sem tengjast sjúkdómnum og meðferðum við honum. Þörf er á frekari rannsóknum.

**Ályktanir:** Sjúklingamiðuð hjúkrunarþjónusta fyrir nýgreinda fullorðna krabbameinssjúklinga virðist álitlegur kostur til að auka gæði þjónustunnar og bæta líðan og lífsgæði sjúklinganna.

## E29 - Sjúkdómssmynd og heilsutengd lífsgæði fólks með mannan-bindi lektín skort (MBLD).

### Megindleg lýsandi rannsókn

*Hildur Ey Sveinsdóttir<sup>1</sup>, Björn Rúnar Lúðvíksson<sup>1</sup>, Helga Jónsdóttir<sup>2</sup>, Helga Bjarnadóttir<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Ónæmisfræðideild Landspítali Háskólasjúkrahús

<sup>2</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Mannan-bindi lektín (MBL) er mikilvægur hluti ónæmiskerfisins og hefur tvíþætt hlutverk: a) að koma í veg fyrir útbreiðslu sýkinga en MBL ræsir lektínferil komplimentkerfisins sem stuðlar að áthúðun sýkla og b)

tekur þátt í viðhaldi vefja og stjórnar bólgusvari með því að stilla bólgusvörun, stuðla að eyðingu fruma í stýrðum frumudauða (e. apoptosis) og stuðla að eyðingu mótefnaflettna. Magn MBL í sermi getur haft áhrif á næmni fyrir sjúkdómum og framgang þeirra. Einstaklingar með MBL-skort eru gjarnari á að fá endurteknar sýkingar og virðist MBL-skortur hafa meiri þýðingu samfara öðrum ónæmisgöllum. Markmið rannsóknarinnar var að: A lýsa a) sjúkdómsmynd einstaklinga með mismunandi gildi MBL – hátt, miðlungs og lágt í sermi og b) heilsutengdum lífsgæðum og tengslum þeirra við sjúkdómsmynd.

**Aðferð:** Þátttakendur í rannsókninni svöruðu tveimur spurningalistum; ítarlegum heilsufarsmiðuðum spurningalista og Short-Formv2 (SF-36v2) spurningalista um heilsutengd lífsgæði (HL). Blóðsýni var tekið og arfgerð þátttakenda greind.

**Niðurstöður:** Sýkingartíðni reyndist há hjá öllum hópunum en um 21% einstaklinga með arfgerð O/O hafði fengið ≥fimm sýklalyfjakúra síðastliðið ár, 14% með arfgerð A/O og 19% með arfgerð A/A. Einstaklingar með arfgerð O/O höfðu marktækt hærri tíðni magabólgu ( $p=0,044$ ), þvafærasýkingu ( $p=0,016$ ) og bakteríusýkingu í húð ( $p=0,050$ ) en hinar arfgerðirnar. Einnig hafði O/O hópurinn marktækt hærri tíðni liðverkja á morgnanna ( $p=0,037$ ), kvöldin ( $p=0,005$ ) og við álag ( $p=0,024$ ). HL þátttakenda voru lægri en viðmiðunargildi og gildi karla hærri en kvenna. Einstaklingar með arfgerð O/O höfðu marktækt lægri gildi á flokknum geðheilsa ( $p=0,033$ ).

**Ályktun:** Einstaklingar með O/O arfgerð hafa hærri tíðni magabólgu, þvafærasýkinga, bakteríusýkinga í húð og hærri tíðni stoðkerfisverkja. HL eru lægri en viðmiðunargildi sem bendir til að sjúkdómsbyrði sé talsverð. Íhuga ætti að bjóða þessum hópi meiri stuðning og fræðslu heilbrigðisstarfsfólks, meðal annars í formi göngudeildarþjónustu hjá hjúkrunarfræðingi.

## Lota IV a- Sálfélagsleg líðan

### E30 - Árangursrík geðheilbrigðisþjónusta fyrir aldraða

Páll Biering<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Háskól Íslands Hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Þrátt fyrir auknar áhyggjur af geðheilbrigði aldraðra, og þrátt fyrir að faraldursrannsóknir sýni mikla aukningu geðheilbrigðisvanda á meðal þeirra, beinast flestar rannsóknir að geðheilbrigðisþjónustu yngra fólks. Því skortir þekkingu á því hvað geðheilbrigðisþjónusta og -meðferð skilar öldruðum góðum árangri. Tilgangur þessarar fræðilegu samantektar er að svara spurningunni hvaða stefnur og nálgun í heilbrigðisþjónustu skila öldruðum sem glíma við geðheilbrigðisvanda viðunandi árangri.

**Aðferð:** Heimilda var leitað í gagnagrunnum á tímabilinu 2000 til 2015. Heimildaleitin beindist að árangursrannsóknum, lýsingum á meðferð og þjónustu og áliti sérfræðinga. Gagnrýninni túlkandi samþættingu (critical interpretive synthesis) var beitt við greiningu og túlkun gagna.

**Niðurstöður:** Grein má þrjár megin stefnur í geðheilbrigðisþjónustu við aldraða. (1) Geðlæknisfræðilega módelið sem að mestu beinist að lyfjagjöf og meðhöndlun einkenna. (2) Sálfélagsleg meðferð sem leggur áherslu á sálfélagslegar orsakir geðrænna vandamála, en fáar rannsóknir hafa verið gerðar á langtíma áhrifum hennar. Rannsóknir benda til að aðlaga þurfi sálfélagslega meðferð að sérstökum þörfum aldraðra. Eldra fólk hefur yfirleitt ekki aðgang að slíkri meðferð sem takmarkar gildi hennar. (3) Heildræn og samþattuð geðheilbrigðisþjónusta hefur rutt sér til rúms á síðustu árum. Slík þjónusta beinist bæði að líkamlegri heilsu og geðheilsu og hefur sýnt jákvæðan árangur.

**Ályktun:** Draga verður úr geðlyfjanotkun meðal aldraðra. Þess í stað þarf að veita öldruðum betri aðgang að sálfélagslegri meðferð. Til að svo megi verða þarf að þjálfa starfsfólk inna félags- og heilbrigðisþjónustu til að veita öldruðum slíka meðferð. Mikilvægt er að þróa og rannsaka hina nýtilkomnu heildrænu þjónustu og veita slíkri henni forgang í stefnumörkun.

### E31 - Reynsla af innleiðingu virknimeðferðar og virkniskráningar á geðdeildum;

#### Rýnihóparannsókn

Jóhanna Bernharðsdóttir<sup>1,2</sup>, Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir<sup>2</sup>, Sýlvía Ingibergsdóttir<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

**Inngangur:** Virknimeðferð er meðferð þar sem einstaklingar læra að fylgjast með tilfinningalíðan sinni og færni í tengslum við mismunandi virkni. Þeir læra að auka fjölda ánægjulegra athafna og auka jákvæð samskipti við umhverfið og aðra einstaklinga til að bæta líðan og færni. Virknimeðferð er oft hluti hugrænnar atferlismeðferðar eða er veitt ein og sér. Á grundvelli ofangreinds var ákveðið að innleiða virkniskráningu sem lið í virknimeðferð á þremur geðdeildum, tveimur móttökugeðdeildum og einni endurhæfingargeðdeild. Megin tilgangur íhlutunarinnar var að auka athafnasemi þátttakenda, bæta geðslag og sjálfsumönnun. Tilgangur rýnihóparannsóknarinnar var að öðlast innsýn í reynslu umönnunaraðila meðan á innleiðingarferlinu stóð.

**Aðferð:** Sex rýnihópaviðtöl fóru fram meðal þeirra sem unnu með þjónustuþegum að virkniskráningunni þar sem þeir síðarnefndu lögðu mat á ánægju sína og færni í tenglum við mismunandi athafnir. Þátttakendur voru samtals 16, tíu hjúkrunarfræðingar og sex starfsmenn á aldrinum 25 til 65 ára. Lengd starfstíma á deild spannaði 2 til 12 ár. Reyndir hjúkrunarfræðingar á geðsviði stýrðu rýnihópaviðtölunum og hjúkrunarfræðinemar voru meðstjórnendur.

**Niðurstöður:** Innihaldsgreining á rýnihópaviðtölunum sýndu sex megin þemu og mikilvægi þess að innleiðingin: a) byggji á hugmyndafræði hjúkrunar á viðkomandi deildum, b) taki mið af hindrandi þáttum c) byggji á hvetjandi þáttum, d) taki til greina áhrif ólíkra viðhorfa d) feli í sér hugmyndir og tillögur frá starfsfólki, e) taki sinn tíma.

**Ályktanir:** Þátttakendur voru sammála um gildi virknimeðferðar sem hluta af viðtækari meðferð sem fram fer á geðdeildum. Niðurstöður þessarar rýnihóparannsóknar

eru gagnlegar við undirbúning og innleiðingu frekari íhlutana, sem veittar eru af hjúkrunarfræðingum og samstarfsfólki á geðdeildum.

### **E32 - Áhrif fræðslu á kvíða barna og unglunga fyrir skurðaðgerðir: Kerfisbundin fræðileg samantekt**

*Karítas Gunnarsdóttir<sup>1</sup>, Erla Kolbrún Svavardóttir<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

<sup>2</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Fyrirhuguð skurðaðgerð veldur mörgum börnum kvíða. Tengsl hafa fundist á milli kvíða barna fyrir aðgerðir og bráðaæsisings, verkja og neikvæðra hegðunarbreytinga eftir aðgerð. Markmið rannsóknarinnar var að athuga hverskonar fræðsla er árangursríkust í að draga úr kvíða barna og unglunga fyrir skurðaðgerðir.

**Aðferð:** Kerfisbundin fræðileg samantekt. Rannsóknarspurning var sniðin að PICOS viðmiðunum: Hverskonar fræðsla, sem lýst er í tilraunarrannsókn, er árangursrík í að draga úr kvíða/áhyggjum/ótta barna á aldrinum 2 - 18 ára samanborið við aðrar íhlutanir? Rannsóknir voru metnar samkvæmt MASTARI viðmiðum Joanna Briggs Institute. Styrkleiki rannsókna var metin samkvæmt viðmiðum JBI varðandi gagnreyndar upplýsingar. Við gerð samantektarinnar var farið eftir PRISMA yfirlýsingunni.

**Niðurstöður:** 16 rannsóknir af 20 sýndu marktækt lægri kvíða hjá börnum sem fengu fræðslu. Sex íhlutanir voru árangursríkar; (1) Leikmeðferð (Grade A), (2) myndbönd (Grade A), (3) þjálfun með svæfingargrímunni (Grade A), (4) fræðsla til foreldra um notkun hugardreifingar (Grade A), (5) stuðningur fagaðila (Grade A) og (6) fræðsla í gegnum internetið (Grade A). Sex íhlutanir komu fram sem hægt er að mæla með fyrir börn frá tveggja til þriggja ára aldri. Þær eru fræðsla til foreldra um notkun hugardreifingar við svæfingu og þjálfun með svæfingargrímunni. Leikmeðferð og fræðsla um aðgerðarferlið í formi myndbands, skoðunarferðar eða brúðsýningar.

**Ályktanir:** Fyrir unglunga er þörf á fleiri rannsóknum sem athuga áhrif fræðslu á kvíða. Fræðsla sérsniðin að þörfum barna og foreldra í gegnum internetið lofar góðu og ættu frekari rannsóknir að beinast að gagnsemi slíkrar fræðslu fyrir alla aldurshópa.

### **E33 - Gæfusporin - mat á langtíma árangri þverfaglegra meðferðarúrræða fyrir þolendur kynferðislegs ofbeldis í æsku.**

*Sigrún Sigurðardóttir<sup>1</sup>, Sigríður Halldórsdóttir<sup>1</sup>, Sóley S.*

*Bender<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Háskólinn á Akureyri

<sup>2</sup>Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Tilgangur rannsóknarinnar var að meta árangur og langtíma áhrif Gæfusporanna, þverfaglegra meðferðarúrræða fyrir þolendur kynferðislegs ofbeldis í æsku. Þau stóðu yfir í 10 vikur, alla virka daga með hoptímum: jóga, líkamsvitund, sálfræðihóp, sköpun- og tjáningu, fræðslu og hreyfingu og einstaklingstímum:

djúpslökun, höfuðbeina- og spjaldbeinsmeðferð, svæða- og viðbragðsmeðferð, sálfræðiviðtölum, nuddi og heilsuráðgjöf með áherslu á mataræði.

**Aðferð:** Rannsóknaraðferðin er eigindleg, Vancouver-skólinn í fyrirbærafræði sem ætlað er að auka þekkingu og dýpka skilning á tilteknum mannlegum fyrirbærum í þeim tilgangi að bæta mannlega þjónustu. Þátttakendur voru tólf konur með sögu um kynferðislegt ofbeldi og voru þátttakendur í Gæfusporunum, viðtöl voru tekin við þær 12-15 mánuðum eftir að verkefninu lauk.

**Niðurstöður:** Allar konurnar voru í upphafi verkefnisins félagslega einangraðar, áttu við mjög flókin heilsufarsleg vandamál að stríða, þær voru með mjög brotna sjálfsmynd, treystu sér ekki í vinnu eða nám og hafði líðan þeirra veruleg áhrif á fjölskyldu þeirra og lífsgæði. Jákvæðan árangur mátti sjá varðandi alla þessa þætti hjá flest öllum konunum 12-15 mánuðum eftir að verkefninu lauk. Allar konurnar nema ein voru komnar með aukna starfsgetu eftir verkefnið og eru komnar í vinnu, nám eða áframhaldandi starfsendurhæfingu.

**Ályktanir:** Með því að byggja einstakling markvisst upp eftir áföll sem kynferðislegt ofbeldi er, með heildrænum þverfaglegum meðferðarúrræðum, má ávinna mikið fyrir einstaklinginn sjálfan, hans nánasta umhverfi og samfélagið í heild. Það gefur góðan árangur fyrir heilsufar, líðan, félagslegt umhverfi og virkni. Sterk einkenni áfallastreitueinkenna í upphafi gefur til kynna mikilvægi þess að meta slík einkenni hjá þeim sem hafa orðið fyrir kynferðislegu ofbeldi.

## **Lota IV b- Starfspróun**

### **E34 - Starfsánægja og streita í starfi hjúkrunardeildarstjóra á Landspítala**

*Ingibjörg Fjölvisdóttir<sup>2</sup> Birna G. Flygenring<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Háskóla Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

**Inngangur:** Í kjölfar efnahagskreppunnar 2008 hafa verið gerðar breytingar á stjórnskipulagi heilbrigðisstofnana og það einfaldað. Millistjórnendum hefur fækkað og stjórnendum sem eftir eru hafa fengið aukin verkefni sem felur í sér meira meiri ábyrgð og vinnuálag.

**Aðferð:** Um er að ræða meginlega rannsókn með lýsandi könnunarsniði. Úrtak rannsóknarinnar náði til allra hjúkrunardeildarstjóra sem höfðu mannaforráð og störfuðu á Landspítalanum vorið 2012. Póstsending var spurningalisti sem auk bakgrunnsspurninga innihélt spurningar um starfsánægju, streituválda í vinnu, vinnuálag, sálfélagslega þætti í vinnu, heilsufar og stuðning í starfi.

**Niðurstöður:** Svörunin var 76% þ.e. 53 þátttakendur (n= 70). Rúmlega helmingur þátttakenda (57%) voru á aldrinum 35 – 54 ára. Helmingur þeirra (49%) hafði starfað sem hjúkrunardeildarstjórar í minna en 5 ár. 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. Vinnuálagstæður höfðu áhrif á

starfsánægju og streitu í starfi og streita hafði neikvæð áhrif á starfsánægju. Þátttakendur töldu helstu streituvaldandi þætti í starfi vera: Samskiptaerfiðleikar, tímaskortur og verkefnaálag. Þátttakendur sem höfðu starfað sem hjúkrunardeildarstjórar í 6-10 ár fundu marktækt meira fyrir streitu. Starfsaldur sem hjúkrunardeildarstjóri, of erfið verkefni, of lítil mönnun og að komast ekki úr vinnu vegna álags spáðu mestu fyrir um streitu.

Þátttakendur óskuðu eftir stuðningi frá samstarfsfólki, öðrum deildarstjórum, framkvæmdastjóra og aðstoðardeildarstjóra.

**Ályktun:** Niðurstöður sýna að yfirmenn verða að hafa í huga að skipulagsbreytingar hafa áhrif á störf og líðan hjúkrunardeildarstjóra og því er mikilvægt að þeir finni úrræði til að styðja betur við þá í starfi.

### E35 - Starfsþóunarár á LSH: Ágætis byrjun

*Hrund Sch. Thorsteinsson<sup>1</sup>, Gyða Baldursdóttir<sup>2</sup>*

*1Menntadeild, Vísinda-og þróunarsviði, Landspítala*

*2Lyflækningasviði, Landspítala*

**Inngangur:** Veturinn 2014-2015 stóð nýútskrifuðum og nýráðnum hjúkrunarfræðingum á lyflækninga - og skurðsviði til boða svokallað starfsþóunarár. Tilgangur með starfsþóunarárinu var að laða nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga að spítalanum, gera þá hæfari til að takast á við áskoranir starfsins, auka starfsánægju og draga úr brottfalli í starfi. Jafnframt að auka öryggi sjúklinga og bæta þjónustu við þá.

**Aðferð:** Skipulagðir voru 14 náms- og þjálfunardagar á 2 vikna fresti að jafnaði frá október til maí. Gert var ráð fyrir að um 30 hjúkrunarfræðingar myndu óska eftir þátttöku og miðaðist skipulag starfsþóunarársins við þann fjölda, en þátttakendur urðu 50. Lagt var upp með að námsefnið væri viðbót við það sem kennt er í grunnnámi, tæki mið af starfsumhverfi á LSH, og notaðar væru aðferðir sem tryggðu virkni og samstarf þátttakenda. Leiðbeinendur voru nær eingöngu starfsmenn LSH. Meginþemu á árinu voru hagnýtar upplýsingar, klínísk hjúkrun, verkferlar og vinnulag, þróunarverkefni og nýjungar og stuðningur í starfi.

**Niðurstöður:** Þátttakendur mátu hvern námsdag fyrir sig og í lokin árið í heild. Þátttakendur voru að jafnaði mjög ánægðir, þó vissulega kæmu fram athugasemdir. Deildarstjórar mátu annars vegar ánægju þátttakenda með starfsþóunarárið og hins vegar áhrif af þátttöku þeirra á starfið. Deildarstjórum fannst hjúkrunarfræðingarnir sem tóku þátt hafa yfir að ráða meira öryggi og aukinni kunnáttu en þeir eiga almennt að venjast með nýráðna hjúkrunarfræðinga. Áhrif á starfsánægju og festu í starfi hafa ekki verið mæld.

**Ályktun:** Starfsþóunarár nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga er eflandi og virðist flýta aðlögun að starfi og starfsumhverfi, og kann ásamt öðru að leggja grunn að farsælum starfsferli

### E36 - Tengsl mönnunar við starfsánægju hjúkrunarfræðinga, fjarvistir, yfirvinnu og áform um að hætta í starfi: sjö landa samanburður

*Helga Bragadóttir<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild*

**Inngangur:** Skortur á hjúkrunarfræðingum er alþjóðlegt vandamál. Rannsóknir sýna að tengsl eru á milli starfsánægju og starfsmannaveltu en lítið er vitað um mun milli landa og hvað skýrir tengsl þessara þátta við mönnun og aðrar breytur sem einkenna hjúkrunarfræðinga og vinnu þeirra. Tilgangur þessarar rannsóknar var að bera saman starfsánægju hjúkrunarfræðinga, yfirvinnu, fjarvistir, áform um að hætta í starfi og mönnun í sjö löndum og kanna tengsl þessara breyta við mönnun að mati þátttakenda.

**Aðferð:** Um þversniðsrannsókn var að ræða með 6212 hjúkrunarfræðingum sem sinntu beinni aðhlyningu á sjúkrahúsum í sjö löndum: Ástralíu, Íslandi, Ítalíu, Suður Kóreu, Líbanon, Tyrklandi og Bandaríkjunum. Skriflegur spurningalisti var notaður þar sem m.a. var spurt um starfsánægju, áform um að hætta í starfi, yfirvinnu, fjarvistir og mönnun. Svörun var 31-81% eftir löndum.

**Niðurstöður:** Marktækur munur var milli landanna hvað starfsánægju, fjarvistir, yfirvinnu og áform um að hætta varðar. Íslensku hjúkrunarfræðingarnir voru ánægðastir í starfi og með hæstu tíðni fjarvista. Þegar tekið var tillit til lands og einkenna þátttakenda spáði mönnun marktækt fyrir um fjarvistir, yfirvinnu, áform um að hætta og starfsánægju. Með betri mönnun dró úr fjarvistum, yfirvinnu og áformum um að hætta í starfi og starfsánægja jókst.

**Ályktanir:** Burtséð frá landi og einkennum þátttakenda reyndist mönnun spá marktækt fyrir um fjarvistir, yfirvinnu, áform um að hætta í starfi og starfsánægju hjúkrunarfræðinga í sjö löndum frá þremur heimsálfum. Þessar niðurstöður benda til þess að mönnun skipti máli þegar kemur að starfsánægju og þar með starfsmannaveltu sem hefur með gæði hjúkrunar og öryggi sjúklinga að gera.

## Útdrættir vinnusmiðja

### VSM1 - Hvernig geta hjúkrunarfræðingar bætt heilbrigðisþjónustu fyrir einstaklinga með langvinna verki?

Þorbjörg Jónsdóttir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Háskólinn á Akureyri Heilbrigðisvísindasvið

**Inngangur:** Einstaklingar sem leita til heilbrigðisþjónustu vegna langvinnra verkja upplifa oft vanmat heilbrigðisstarfsfólks og jafnvel vantrú þegar þeir ræða einkenni sín, einkum þegar verkirnir hafa staðið í langan tíma og erfitt er að greina líkamlega orsök þeirra. Oft hafa þessir einstaklingar leitað til margra aðila innan heilbrigðiskerfisins eftir skýringu og meðferð á verkjunum, með miklum tilkostnaði en takmörkuðum árangri.

Þegar fólk leitar til heilbrigðisþjónustu vegna langvinnra verkja er mikilvægt að einblína ekki aðeins á verkina sjálfa, heldur á einstaklinginn í heild sinni. Gefa einstaklingnum tíma og tækifæri til að ræða líðan sína, skoða hugmyndir hans um verkina og hvernig hann tekst á við þá í daglegu lífi og fræða og leiðbeina með hliðsjón af því. Tilgangur vinnusmiðjunnar er að skoða leiðir til að bæta hjúkrunarþjónustu við einstaklinga með langvinna verki.

#### **Framkvæmd:**

Eftir stutta kynningu á niðurstöðum rannsókna um reynslu einstaklinga með langvinna verki af því að leita til heilbrigðisþjónustu og af samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn verður þátttakendum skipt í 6-8 manna hópa og fær hver hópur eitt viðfangsefni sem tengis efninu til að ræða. Hóparnir velja sér ritara sem skráir niðurstöður umræðna innan hópsins og kynnir niðurstöður fyrir þátttakendum vinnusmiðjunnar.

Viðfangsefnin eru: 1) Reynsla af mati og meðferð langvinnra verkja; 2) Hugmyndir og viðhorf varðandi hlutverk hjúkrunarfræðinga í þjónustu við einstaklinga með langvinna verki; 3) Tillögur um leiðir til að bæta heilbrigðisþjónustu við einstaklinga með langvinna verki.

#### **Mat á árangri:**

Niðurstöður umræðna í hópunum verða teknar saman. Þátttakendur verða beðnir um að meta skriflega hversu mikið þeir telja að vinnusmiðjan muni gagnast sér í starfi.

### VSM2 - Klínískar leiðbeiningar um greiningu, forvarnir og meðferð við óráði

Hlíf Guðmundsdóttir<sup>1,2</sup>, Elfa Þöll Grétarsdóttir<sup>1,2</sup>, Steinunn Arna Þorsteinsdóttir<sup>1,2</sup>, Sólborg Þóra Ingjaldsdóttir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Landspítali Háskólasjúkrahús

<sup>2</sup>Háskóli Íslands

**Inngangur:** Óráð (delirium) er heilkenni sem einkennist af truflun á meðvitund, vitrænni getu og skyntúlkun. Óráð er algengt, alvarlegt og flókið vandamál sem tengist slæmum horfum. Með því að bregðast hratt og rétt við má koma í veg fyrir það og bæta horfur sjúklinga. Óráð er bæði algengt hjá sjúklingum á lyflækningadeildum og skurðeildum. Mikilvægt er að setja fram gagnreyndar klínískar leiðbeiningar um greiningu, forvarnir og meðferð við óráði fyrir heilbrigðisstarfsmenn og innleiða þær með markvissum hætti.

**Aðferð:** Í maí 2013 hófst vinna á Landspítala við gerð gagnreyndra leiðbeininga við óráði. Þverfaglegur hópur starfsmanna var fenginn til að vinna að gerð leiðbeininganna. Rýnt var í nokkrar erlendar klínískar leiðbeiningar um óráð. Ákveðið var að þýða og staðfæra leiðbeiningar um óráð frá Bretlandi, ásamt því að finna gagnreynd matstæki fyrir skimun og greiningu á óráði.

**Niðurstöður:** Þýddar og staðfærðar voru stuttar leiðbeiningar NICE (National Institute for Health and Care Excellence) um greiningu, fyrirbyggingu og meðferð óráðs. Að auki voru þýdd og staðfærð þrjú matstæki til skimunar og greiningar á óráði á LSH. Einnig var lögð áhersla á að setja fram upplýsingar um lyfjameðferð og lyf sem tengjast óráði á hagnýtan hátt. Leiðbeiningarnar voru gefnar út á vormánuð 2015 og undirbúningur að innleiðing á þeim er þegar hafin.

**Ályktanir:** Mikilvægt er að setja fram þverfaglegar leiðbeiningar um óráð og beita viðurkenndum aðferðum til að greina, fyrirbyggja og meðhöndla það. Nauðsynlegt er að kynna leiðbeiningarnar vel fyrir öllum heilbrigðisstéttum og fylgja þeim eftir með markvissum hætti.

# Útdrættir veggspjalda eftir stafrófsröð titla

## V01 - A new contraceptive counselling model

Sóley S. Bender<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Faculty of Nursing, University of Iceland

<sup>2</sup>University Hospital2

**Objectives:** There is a great need for the development of a conceptually based contraceptive counselling model which can be used to improve contraceptive use. The purpose of this literature review was to develop such a model.

**Methods:** A theoretical and clinical approach was used in the development of the model. Previous models about contraceptive counselling along with theories regarding health behavior were studied to find out the essential conceptual elements of value for the development of the model. Core concepts regarding sexual- and reproductive health and rights were also explored. Furthermore, the model is based on clinical experience of important issues in providing contraceptive counselling to women and couples of reproductive age.

**Results:** The new model of contraceptive counselling is named To CHOOSE. The counselling process is based on five pillars. They are Client focus, Collection of information, Choices, Choosing one method and Compliance. The counselling process is influenced by possible motivating and discouraging factors. The process is further influenced by factors pertaining to the client and his relationship such as mutual responsibility. Also, the process is influenced by factors related to the competence of the counsellor such as confidentiality. The decision-making regarding contraceptive use depends on how well the motivating and discouraging factors are being explored with the client and how well the client-focused issues and counsellor-focused issues are attended to.

**Conclusions:** This new model can be used in clinical practice but needs to be tested to find out if it is effective in contributing to improved compliance.

## V02 - Einstaklingar með langvinna verki og samskipti við heilbrigðisstarfsmenn.

Þorbjörg Jónsdóttir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Háskólinn á Akureyri Heilbrigðisvísindasvið

**Inngangur:** Verkir eru huglæg og persónuleg reynsla sem enginn getur metið verki nema sá sem finnur fyrir þeim. Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða reynslu einstaklinga með langvinna verki af samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn.

**Aðferð:** Spurningalisti, var sendur til 4500 einstaklinga á aldrinum 20-70 ára. Auk lýðfræðilegra upplýsinga var safnað upplýsingum um verki (alvarleika, útbreiðslu, truflun á daglegu lífi og verkjamynstur), heilsutengd lífsgæði, notkun á heilbrigðisþjónustu vegna verkja síðustu 6 mánuði og reynsla af samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn. Lýsandi tölfraði var beitt til að skoða einstakar breytur og þáttgreiningu til að skoða innbyrðis tengsl breyta.

**Niðurstöður:** Heildarsvörun var 36,9% (n=1589). Nær helmingur þátttakenda (47,5%) voru með langvinna verki (≥3 mánuði) og höfðu 53,2% þeirra leitað eftir heilbrigðisþjónustu síðustu 6 mánuði vegna þeirra. Tengsl voru á milli mynsturs verkjanna, heilsutengdra lífsgæða annars vegar og mats þátttakenda á framkomu heilbrigðisstarfsmanna hins vegar. Því tíðari sem verkirnir voru (stöðugir/daglegir verkir) og því verri sem þeir mátu lífsgæði sín, því minni tíma, skilning og stuðning töldu þeir sig fá frá heilbrigðisstarfsmönnum. Jákvætt samband var á milli jákvæðrar reynslu af viðmóti, skilningi og stuðningi heilbrigðisstarfsmanna og ánægju með þjónustuna. **Ályktanir:** Þegar fólk leitar til heilbrigðisþjónustu vegna langvinnra verkja er mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn horfi ekki aðeins á verkina sjálfa, heldur á einstaklinginn í heild sinni. Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar og aðrir heilbrigðisstarfsmenn gefi einstaklingum með langvinna verki tíma og tækifæri til að ræða líðan sína og hvernig verkirnir hafa áhrif á daglegt líf ásamt því að skoða hugmyndir hans um verkina og hvernig hann tekst á við þá í daglegu lífi.

## V03 - Fjölskylduhjúkrun í sérhæfðri líknarmeðferð. Ávinningur af meðferðarsamræðum og innleiðingu klínískra leiðbeininga fyrir fjölskyldumeðlimi ættingja með ólæknandi krabbamein

Asta B. Petursdóttir<sup>1,2</sup>, Erla Kolbrun Svavarsdóttir<sup>1,2</sup>, Valgerður Sigurðardóttir<sup>1</sup>, Erna Haraldsdóttir<sup>2,3</sup>, Ingunn Hansdóttir<sup>2</sup>, Mary K. Rayens<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Landspítali háskólasjúkrahús

<sup>2</sup>Háskóli Íslands, heilbrigðisvísindasvið, hjúkrunarfræðideild

<sup>3</sup>Columbas Hospice, Edinborg

<sup>4</sup>University of Kentucky

**Inngangur:** Aðstandendur 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, efla stuðningsnet, styðja umönnunaraðila í að huga að eigin heilsu og benda á viðeigandi bjargráð.

**Tilgangur:** Kanna ávinning af meðferð, þar sem áhersla er lögð 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, umönnunarálag 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 er notað „Quasi-experimental design“ og 7 spurningalistar lagðir fyrir þátttakendum á þremur tímamörum. Meðferðin felst í meðferðarsamræðum sem fara fram á heimili viðkomandi fjölskyldu í 2-3 skipti. Í öðrum fasa rannsóknarinnar sem er lýsandi þversniðskönnun, er spurningalisti lagður fyrir hjúkrunarfræðinga Heimahlyfningar og mat lagt á notkun klínískra leiðbeininga. Í þriðja fasa rannsóknarinnar þar sem sorgarúrvinnsla er metin eru 2 spurningalistar lagðir fyrir á þremur tímamörum.

**Niðurstöður:** Frumniðurstöður frá 26 þátttakendum í fyrsta fasa (samkvæmt ANOVA) sýna að aðstandendur náins ættingja með ólæknandi krabbamein upplifa marktækt meiri heildarstuðning ( $P < .001$ ) og að það dragi úr einkennum þunglyndis ( $P < .05$ ) eftir þátttöku í meðferðarsamræðunum. Hins vegar kom ekki fram marktækur munur á milli tímamarkta á reynslu aðstandenda af því að annast um náin ættingja í líknarmeðferð.

**Ályktanir:** Frumniðurstöður gefa vísbendingar um að meðferðarsamræður styðji við fjölskyldur sem annast náinn ættingja með ólæknandi krabbamein.

#### **V04 - Gaumstol eftir slag í hægra heilahveli: Kerfisbundið fræðilegt yfirlit yfir íhlutanir sem beita má í daglegri umönnun**

Marianne E. Klinker<sup>1,2</sup>, Thóra B. Hafsteinsdóttir<sup>3</sup>, Haukur Hjaltason<sup>4</sup>, Helga Jónsdóttir<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Hjúkrunarfræðideild, Heilbrigðisvísindasvið, Háskóli Íslands, Reykjavík, Ísland

<sup>2</sup>Taugalækningadeild, Landspítali Háskólasjúkrahús, Reykjavík, Ísland

<sup>3</sup>Department of Rehabilitation, Nursing Science and Sport, Rudolf Magnus Institute, University Medical Center Utrecht, Utrecht, The Netherlands.

<sup>4</sup>Læknadeild, Heilbrigðisvísindasvið, Háskóli Íslands, Reykjavík, Ísland

**Inngangur:** Gaumstol hefur neikvæð áhrif á árangur endurhæfingar. Nauðsynlegt er að skapa tækifæri fyrir sjúklinga með gaumstol til að endurhæfast utan hefðbundins þjálfunartíma en skortur er á gagnreyndum íhlutunum sem hjúkrunarfræðingar geta beitt. Tilgangur var: (1) Að varpa ljósi á íhlutanir sem hjúkrunarfræðingar geta beitt í daglegri umönnun sjúklinga sem fengið hafa gaumstol í kjölfar heilablóðfalls. (2) Að flokka íhlutanir eftir styrk þeirra.

**Aðferð:** Kerfisbundið fræðilegt yfirlit. Leitað var í rafrænum gagnaböndum; PubMed, CINAHL and PsychINFO að greinum birtum frá janúar 2006 til júní 2014. Handvirk leit fór fram í völdum tímaritum og skoðaðar tilvísanir í aðrar greinar og framkvæmd „citation tracking“. Handbók Joanna Briggs og PRISMA voru notuð til greina og setja fram niðurstöður. Tveir höfundar lögðu mat á gæði rannsóknanna. Styrk íhlutanir voru flokkuð frá A-D.

**Niðurstöður:** Niðurstöður 41 rannsókna sýndu 11 íhlutanir sem hjúkrunarfræðingar geta notað: (1) titringur á hálsvöðva á gagnstæðri hlið við gaumstolið (C); (2) tilfinningalega mikilvæg áreiti og umbun (D); (3) þátttaka fjölskyldu og magn þjálfunar (C); (4) örvun og þjálfun útlíms (C); (5) þjálfun með beitingu ímyndunarafslis (D); (6) þjálfun með spegli (C); (7) þjálfun með tónlist (D); (8) notkun augnlepps á helmingi

hægra sjónsviðs (D); (9) þjálfun með því að láta augun fylgja hlut sem rennt er til hliðar (B); (10) þjálfun með notkun tölvu og sýndarveruleika (C); og (11) sjónskönnunarþjálfun (D). Íhlutun (9) lofar sérlega góðu til að draga úr gaumstoli.

**Ályktun:** Val á meðferðarúrreðum þarf að byggja á gagnreyndri þekkingu jafnframt því að taka tillit til einstaklingsbundinna birtingarmyndna gaumstols.

#### **V05 - Improved documentation and use of inpatient risk assessment scales after implementation of live and visible dashboard data- A pilot study**

Gudjonsdóttir HK1, Benedikz E1, Thoroddsen AS1.2

1Department of Quality and Patient Safety, Landspítali University Hospital, Reykjavík, Iceland

2Faculty of Nursing, University of Iceland, Reykjavík, Iceland

**Introduction:** According to clinical guidelines all patients should be assessed for risk of malnutrition, falls and pressure ulcers on admission to improve patient safety. **Methods:** Falls (Morse), nutrition (ESPEN) and pressure ulcers (Braden) were selected for presentation of real time clinical data for all inpatients already captured in a data repository on dashboards. Colour codes of green, red and grey were used to indicate whether the patient is at risk. The haematology ward at Landspítali was chosen for the pilot study.

**Results:** Before the implementation of quality indicators on the dashboard (Febr. 2014) was 15.8% for nutrition and zero for pressure ulcers or falls. At the same time the documentation rate in the hospital over all was 3.7% for nutrition, 2.5% for pressure ulcers, and 5.9% for falls. The quality indicators were then introduced to the haematology dashboard. By the end of September 2014 the documented assessments in the ward had increased to 82.5%, 85% and 87.5% for nutrition, pressure ulcers and falls, respectively.

**Conclusion:** The capture, storage and access to data provide opportunities for nursing. Dashboards with live data of quality indicators, e.g. risk assessment scales can be used to improve patient safety and quality of care by making documentation more transparent for the staff and ultimately increasing their awareness of the patient at risk. Making this data visible to the staff was a key factor in motivating the staff to use the scales and increasing their awareness of patient safety and well being.

#### **V06 - Inntak starfa hjúkrunardeildarstjóra á Landspítala**

Herdís Sveinsdóttir, Erla Dögg Ragnarsdóttir, Heiður Hrund Jónsdóttir, Helga Bragadóttir, Katrín Blöndal, Kolbrún Gísladóttir, Margrét I. Hallgrímsson, Margrét O. Thorlacius

**Inngangur:** Ný starfslýsing fyrir hjúkrunardeildarstjóra Landspítala tók gildi 1. janúar 2010 sem fól í sér aukna rekstrarlega og fjárhagslega ábyrgð. Markmið rannsóknarinnar var að skoða inntak starfa deildarstjóra og hvernig tími þeirra deilist á þau starfssvið sem lýst er í starfslýsingu þeirra: markmiðssetningu/áætlanir, þjónustu og starfsmannamál, auk klínískrar hjúkrun.



**Aðferð:** Deildarstjórum á hand- og lyflækningadeildum var boðin þátttaka (N=48). Gagna var aflað í eina viku með athafnadagbók. Í dagbókinni eru 41 viðfangsefni í 5 flokkum: rekstur og áætlanir, starfsmannamál, þjónusta, klínísk hjúkrun og annað. Deildarstjórar gátu merkt við að þeir ynnu að fjórum viðfangsefnum í einu..

**Niðurstöður:** Svörin var 52% (n=25). Heildarvinnutími var 1367 klst (M=54,68, sf=11,53, spönn 24-76,3) og meðalvinnutími á dag 8,4 klst (sf=0,92, spönn 6,33-10,9). Samtals skráðu deildarstjórnarnir 8393 viðfangsefni á rannsóknatímanum. Allir unnu þeir a.m.k. einu sinni að tveimur viðfangsefnum í einu, 21 að þremur viðfangsefnum og 19 að fjórum viðfangsefnum. Hlutfallslega mestur tími deildarstjóranna fór í flokkinn annað (32%), því næst í rekstur og áætlanir og klínísk hjúkrun (19% í hvorn flokk), þá starfsmannamál (17%) og loks þjónustu (14%). Í flokknum annað fór hlutfallslega mestur tími í viðfangsefnið símtöl (28%), í rekstur og áætlanir í almennan rekstur deildar (29%), í klínísk hjúkrun í líkamlega/andlega hjúkrun sjúklings/fjölskyldu (35%), í starfsmannamál í vinnuskil/vinnuskýrsla (26%) og í flokknum þjónusta fór mestur tími í flæði sjúklunga (43,1%).

**Ályktun:** Niðurstöður gefa ákveðna innsýn í inntak starfa hjúkrunardeildarstjóra og voru klínísk störf þeirra umfangsmeiri en starfslýsingin gerir ráð fyrir. Þróa þarf athafnadagbókina frekar þar sem þriðjungur starfstíma þátttakenda flokkaðist í annað.

## V07 - Reaching Out to Women who are Victims of Intimate Partner Violence

*Erla Kolbrún Svavarsdóttir<sup>1</sup>, Brynja Örylgisdóttir<sup>1</sup>  
1Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild*

**Purpose:** Health care professionals such as nurses working at Emergency Departments and at Community Health Care Centers are increasingly finding the need to be up to date in scientific knowledge about the effect of intimate partner abuse on women's health and health related quality of life. Nurses also want to offer best practice first response when assessing abuse among women, but little is known about effective screening procedure(s).

**Aims:** To evaluate the effect of abuse on women's (a) health related quality of life; and (b) to evaluate the effectiveness of screening methods in detecting women abuse within an emergency department at a University Hospital in Iceland (ED, n=156) and in the community at a University Square among female University students (US, n=168)). The Women's Response to Battering model (Campbell & Soeken, 1999) was the conceptual framework for the study.

**Methods:** Cross sectional research design was used. Data were collected at one time in 2009 over a period of 9 months from 324 women ranging in age from 18-67 years.

**Results:** For the women who experienced abuse (n=55) a significant difference was found on their physical and mental health when comparing them to the group of women (n=251) who did not experience abuse in their intimate relationships. Further, the women's mental health, the experience of abuse in current intimate relationship and experiencing post-traumatic-stress-disorder, predicted 54% of the variance in the women's psychological health.

Physical abuse was experienced by 21 of the women (6.9%), 45 (14.8%) reported being victims of emotional abuse and 8 women (2.6%) had been sexually abused in their current intimate relationship. Results regarding the women's health related quality of life, and disclosure of abuse based on the method used for data collection, will be reported.

**Discussion and Conclusions:** Implication for clinical practice and future research will be discussed.

## V08 - Sjálfsöryggi kvenna á meðgöngu gagnvart fæðingu og skynjun á fæðingaróttá

*Hildur Sigurðardóttir<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands*

**Inngangur:** Rannsóknir hafa leitt í ljós mikilvæg áhrif sjálfsöryggis á skynjun og úrvinnslu kvenna á fæðingarreynslunni og vísbendingar eru um að erfið fæðingarreynsla geti verið kveikja að þróun áfallastreitueinkenna. Tilgangur rannsóknarinnar var meðal annars að prófa styttri útgáfu af íslenska sjálfsöryggiskvarðanum eftir Lowe (CBSEI) og íslenska útgáfu spurningakvarða Lowe um Viðhorf kvenna til fæðingarinnar/fæðingarótti (CAQ) auk þess að skoða fylgni sjálfsöryggis (CBSEI –heildarskor) og fæðingaróttá (CAQ-heildarskor). Lengra útgáfa CBSEI vísar bæði til 1. og 2. stigs fæðingar, inniheldur 4 undirkvarða og mælir viðhorf kvenna til úrræða í fæðingu, annars vegar fyrir konur almennt (outcome expectancy/OE) og hins vegar sjálfsöryggi þátttakenda til að nýta sér úrræðin (self-efficacy expectancy/SE).

**Efniviður og aðferðir:** Gagnasöfnun fór fram 2014 á heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins þar sem barnshafandi konum var boðin þátttaka í rannsókninni (n=205). Spurningarlistar sem innihéldu m.a. styttri útgáfu CBSEI og CAQ kvarðann voru notaðir til gagnasöfnunar. Styttri útgáfa CBSEI byggðist á því að einungis var spurt um sjálfsöryggi gagnvart fæðingunni í heild sinni í stað þess að vísa bæði til 1. og 2. stigs.

**Niðurstöður:** CBSEI: Staðfestandi þáttgreining (n=145) leiddi í ljós ásættanlega hleðslu á þættina tvo (OE-15 og SE-15) (0,346-0,919) sem staðfesti innihald og áherslur listans til að mæla annars vegar viðhorf til úrræða í fæðingu fyrir konur almennt (OE-15) og hins vegar sjálfsöryggi þátttakenda (SE-15). Mælitækið reyndist áreiðanlegt ( $\alpha > 0,9$ ).

CAQ: Mælitækið reyndist áreiðanlegt ( $\alpha = 8,9$ ). Frumbyrjur fundu marktækt fyrir meiri ótta en fjölbyrjur ( $p < 0,05$ ). Marktækt neikvætt samband reyndist vera á milli sjálfsöryggis kvenna og viðhorfa til fæðingarinnar/fæðingaróttá ( $p < 0,001$ ).

**Ályktanir:** Styttri útgáfa CBSEI (sjálfsöryggi) og CAQ kvarðinn (fæðingarótti) reyndust báðir áreiðanlegir og gætu því nýst við skimun og til mælinga á sjálfsöryggi kvenna gagnvart fæðingunni og fæðingaróttá.

## V09 – Skilgreining og framsetning hæfniviðmiða hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítalans

*Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir<sup>1,2</sup>, Bryndís Guðjónsdóttir<sup>1</sup>, Dóra Björnsdóttir<sup>1</sup>, Guðbjörg Pálsdóttir<sup>1</sup>, Helga Rósa Másdóttir<sup>1</sup>,*

*Ingibjörg Sigurbórsdóttir<sup>1</sup>, Kristín Halla Marínósdóttir<sup>1</sup>, Lovísa Agnes Jónsdóttir<sup>1</sup>, Ragna Gústafsdóttir<sup>1</sup>, Sigurlaug A. Þorsteinsdóttir<sup>1</sup> og Sólrún Rúnarsdóttir<sup>1</sup>.*

*<sup>1</sup>Fagráð bráðahjúkrunar á Landspítala, <sup>2</sup>Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands*

**Inngangur:** Viðeigandi hæfni hjúkrunarfræðinga (e. competence) er grundvöllur bestu mögulegu þjónustu og getur dregið úr spítalasykingum, mistökum, dánartíðni og styttni legutíma. Á alþjóðavísu er einhugur um gildi vel skilgreindra hæfniviðmiða og hæfnismats í hjúkrun til að auka öryggi sjúklinga og gæði hjúkrunar. Hæfniviðmið og mat á hæfni hafa ekki verið skilgreind meðal hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala og ekki er vitað til svipaðrar greiningarvinnu innan annarra sérgreina hjúkrunar á Íslandi. Tilgangur verkefnisins var að skilgreina hæfniviðmið í bráðahjúkrun á Landspítala. Markmiðið var að hjúkrunarfræðingar á bráðamóttöku öðlist og viðaldi viðeigandi hæfni og þjálfun út frá þörfum skjólstæðinganna og íslensks samfélags.

**Aðferð:** Með hugmyndafræði Patriciu Benner að leiðarljósi greindi Fagráð í bráðahjúkrun á Landspítala sjö flokka hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku: 4 þrep í starfsþróun og 3 sérhæfð hlutverk. Í kjölfarið unnu sjö 6-10 manna hópar hjúkrunarfræðinga að greiningu á því hvaða hæfni væri æskileg til að sinna störfum innan viðkomandi þreps og hlutverks. Meðlimir fagráðs greindu niðurstöðurnar nánar, þróðu skilgreiningar og framsetningu. Unnið er að forpröfunum á innleiðingu á hæfniviðmiðum (janúar 2016).

**Niðurstöður:** Skilgreind voru 10 hæfniviðmið innan sjö flokka hjúkrunarfræðinga, sérhæfð fyrir bráðahjúkrun á Landspítala hvað varðar hæfni, námskeið og þróun. Hæfniviðmiðin voru sett fram út frá sjónarhorni hjúkrunarfræðingsins, óháð launatengdri starfslýsingu en ættu að nýtast við starfsþróun.

**Ályktanir:** Hæfniviðmið hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku, er ætlað að samræma og bæta gæði þjónustu við skjólstæðinga með mismunandi þarfir. Sérstök áhersla var lögð á að störf hjúkrunarfræðinga verði byggð á gagnreyndri þekkingu sem endurspeglar í gæðum þjónustunnar.

## V10 - Streita og heilsufar á breytingatímum

*Birna G Flygenring<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild*

**Inngangur:** Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar greina frá streitu, heilsu fari og starfsumhverfi á endurskipulagningar- og niðurskurðartímum í kjölfar efnahagskreppunnar 2008. Einnig að skoða hvort munur er á þessum breytum eftir starfshópunum tveimur og áhrifum kreppunnar á starf og einkalíf.

**Aðferð:** Megindlega rannsókn með lýsandi könnunarsniði. Úrtak rannsóknarinnar náði til 221 hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða sem störfuðu á Kragasjúkrahúsinum vorið 2011. Póstsendur var spurningalisti sem auk bakgrunnsspurninga innihélt spurningar um starfsánægju, streitu, vinnuumhverfi, heilsufar og sjálfsmetin áhrif kreppunnar 2008.

**Niðurstöður:** Svörunin var 64,7%. Flestir þátttakenda (69%) voru eldri en 45 ára, voru í 50-90% starfshlutfalli (85%), störfuðu á lyf- eða handlækningadeildum og höfðu starfað í

meira en 10 ár á núverandi stofnun. Þáttgreining Streitukvarðans greindi fjóra þætti: Vanmat og einhæfni í starfi, Neikvæð samskipti, óljós ábyrgð og óöryggi, Samspil vinnu og einkalífs og Stjórnun og starfsframi. Þættirnir skýrðu saman 55,81% af heildardreifingu breytanna. Þátttakendur fundu til talsverðrar streitu í starfi og fundu hjúkrunarfræðingar fyrir meiri heildarstreitu en sjúkraliðar. Þau atriði sem spáðu mest fyrir um streitu voru; starfsánægja, líkamleg streitueinkenni, að íhuga að hætta núverandi starfi ef starf býðst á annarri stofnun, að komast ekki úr vinnu á réttum tíma vegna álags og áhrif kreppunnar á streitu í einkalífi.

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

## V11 - Tengsl teymisvinnu og starfsánægju í hjúkrun á bráða legudeildum á sjúkrahúsum á Íslandi

*Helga Bragadóttir<sup>1</sup>*

*<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild*

**Inngangur:** Á undanförunum árum hefur athyglinni í auknum mæli verið beint að teymisvinnu í heilbrigðisþjónustu og mikilvægi hennar fyrir öryggi sjúklinga og vellíðan starfsmanna. Markmið rannsóknar var að varpa ljósi á teymisvinnu og starfsánægju í hjúkrun á íslenskum sjúkrahúsum.

**Aðferð:** Rannsóknin var megindleg þversniðsrannsókn með skriflegum spurningalista um teymisvinnu og bakgrunnsbreytur Nursing Teamwork Survey-Icelandic. 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:** Svarhlutfall var 70% (N=632). Flestir þátttakendur voru kvenkyns (98,4%), hjúkrunarfræðingar (54,7%) , sjúkraliðar (35,5%) og af lyflækningadeildum (35,8%) kennslusjúkrahúsa (79,6%). Meðalgildi 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≤0,05), auk þess milli starfsánægju á deild annars vegar og starfsreynslu á deild og mönnunar hins vegar (p≤0,05). Gerð var lógístísk aðhvarfsgreining (logistic regression) þar sem breytturnar mönnun, starfsreynsla á deild og teymisvinna skýrðu um 26% af breytileika starfsánægju á deild (Nagelkerke R<sup>2</sup>=0,257,  $\chi^2(5, N=568)=83,015, p<0,001$ ). Niðurstöðurnar benda til þess að samband sé á milli bakgrunnsbreyta, teymisvinnu og starfsánægju. Betri teymisvinna er marktækt tengd meiri starfsánægju.

**Ályktanir:** Teymisvinna í hjúkrun á bráðalegudeildum íslenskra sjúkrahúsa hefur með starfsánægju að gera og þekkt er að bæði teymisvinna og starfsánægja hefur með

gæði þjónustu og öryggi sjúklinga að gera. Því ætti góð teymisvinna að vera forgangsverkefni stjórnenda og klínískra hjúkrunarfræðinga.

## V12 - Viðhorf ungra íslenskra kvenna til blæðinga og samband við hlutgervingu, blæðingar og upphaf blæðinga, mataræði og þyngd

*Herdís Sveinsdóttir<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

**Inngangur:** Rannsóknir á viðhorfum til tíðablæðinga og á upphafi blæðinga sýna að viðhorfin og fyrstu blæðingar hafa margvísleg áhrif á líðan og hegðan kvenna. Tilgangur rannsóknarinnar var lýsa og skoða samband ofangreinds.

**Aðferð:** Rannsóknin var lýsandi þverskurðarkönnun. Þátttakendur voru annarsvegar þægindaúrtak kvenhjúkrunarfræðinemenda við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands vorið 2013 (R1) og hinsvegar íslenskar konur á aldrinum 20 - 40 ára (R2). Gagna var aflað með spurningalistum sem innihélt mælitækin Spurningalistinn um skoðun á og viðhorf til tíðablæðinga til að mæla viðhorfin og Hlutgerði líkamsvitundarkvarðinn til að mæla sjálfshlutgervingu. Að auki var spurt um aldur og undirbúning fyrstu blæðingar, núverandi blæðingar, mataræði og þyngd.

**Niðurstöður:** Meðalaldur þátttakandi í R1 var 25 ár (N=224) og í R2 30 ár (N=319) og við fyrstu blæðingar 12,9 (sf=1,4) ár vs. 12,8 ár (sf=1,6). Lengd tíðahrings hjá þátttakendum í R1 var 29,0 (sf=5,5) dagar og R2 28,5 (sf=5,7), lengd blæðinga var 5,1 (sf=1,3) dagar hjá þátttakendum í R1 og 5,1 (sf=1,5) hjá R2, 78,4% þátttakenda í R1 fann fyrir verkjum á blæðingum og 84.9% í R2, meðalstyrkur verkjanna var 4.7 (sf=2,4) meðal þátttakenda R1 (á kvarða frá 0-10 þar sem 0 er enginn verkur) og 5,0 (sf=2,7) í R2 og tóku 19,9 % þátttakenda í R1 inn verkjalyf vegna þeirra oft eða mjög oft og 27% í R2. Líkamsþyngdarstuðull þátttakenda í R1 var 24,0 (sf=5,0) og í R2 25,9 (sf=5,2). Niðurstöður beggja rannsóknanna sýndu að viðhorf þátttakenda til blæðinga eru frekar hlutlaus. Þeim finnst þó frekar skapraun að blæðingum en telja ekki að þeim beri að leynd. Nokkur munur var á hlutgervingu hópanna tveggja en hjúkrunarnemendur hugsa frekar um líkamann út frá útliti hans en líkamlegri líðan, telja sig síður hafa stjórn á útliti sínu en greina síður frá líkamsskömm. 42,9% þátttakenda í R1 og 48,4% í R2 vissi lítið eða ekkert um blæðingar við upphaf þeirra og 49,3% í R1 og 57,5% í R2 taldi sig algerlega óundirbúna eða lítið undirbúna fyrir þær. Jákvæð viðhorf til blæðinga tengdust almennt auknum aldri, jákvæðri líkamsímynd, lítilli sjálfshlutgervingu og litlum tíðaverkjum.

**Ályktanir:** Skoða þarf undirbúning fyrir blæðingar hérlendis.

## V13 - Þróun persónumiðaðs heilsufarsmats með fyrirbærafræðilegri nálgun í endurhæfingarhjúkrun

*Kristín Þórarinsdóttir<sup>1,2</sup>, Kristín Björnsdóttir<sup>1</sup>, Kristján Kristjánsson<sup>3</sup>*

<sup>1</sup>Háskóli Íslands Hjúkrunarfræðideild

<sup>2</sup>Háskólinn á Akureyri

<sup>3</sup>School of Education and Deputy Director, Jubilee Centre for Character and Virtues, University of Birmingham, UK

**Inngangur:** Persónumiðuð nálgun er grundvallarþáttur í endurhæfingarhjúkrun. Mikilvægt er að þróa starfaðferðir sem styðja við slíka nálgun í klínísku starfi.

**Aðferð:** Þátttökurannsókn var notuð sem felur í sér endurtekið hringferli, gagnaöflunar, áætlunar, framkvæmdar og mats á árangri. Markmið rannsóknarinnar var að þróa persónumiðað heilsufarsmat með fyrirbærafræðilegum grunni í endurhæfingarhjúkrun; og meta gagnsemi þessi í starfi. Þátttakendur voru 12 hjúkrunarfræðingar á tveimur endurhæfingadeildum og rannsakandi sem jafnframt var ráðgjafi. Gagnasöfnun fór fram með rýnihóps- og einstaklingsviðtölum við hjúkrunarfræðingana, skoðun á skráningunni á heilsufarsmatið og dagbókarskrifum. Gögn voru greind með innihaldsgreiningu.

**Niðurstöður:** Persónumiðað heilsufarsmat með fyrirbærafræðilegri nálgun var þróað og innleitt sem starfsaðferð á báðum endurhæfingardeildunum. Auk þess að grundvallast á fyrirbærafræði, var matið byggt á öðrum persónumiðuðum matstækjum og heilsufarslyklum. Það samanstóð af 27 spurningum og tók það hjúkrunarfræðinga og sjúklinga um 30-40 mínútur að fara í gegn um matið. Helstu kostir matsins voru að þátttaka sjúklinga í heilsufarsmati jókst og sjónarhorn þeirra kom skýrt fram sérstaklega varðandi þá heilsufarsþætti sem trufluðu daglegt líf. Þá stuðlaði matið að auknum skilningi hjúkrunarfræðinga á heilsufarstandi sjúklinga og samræðu við sjúklinga um heilsufar. Einnig samræmdist notkun matsins í starfi að mörgu leyti hinum fyrirbærafræðilega grunni sem byggt var á. Samt sem áður skorti á samræður við sjúklinga um hjúkrunaráætlun

**Ályktanir:** Matið stuðlaði að persónumiðri nálgun og reyndist gagnlegt í endurhæfingarhjúkrun. Mögulegt er að áhrifa hinnar fyrirbærafræðilegu heimspeki hafi gætt í endurhæfingarhjúkrun fyrir tilstuðlan matsins.

## Höfundaskrá

Höfundur	Verk	Höfundur	Verk
Alda Gunnarsdóttir	E25	Helga Rósa Másdóttir	E05, V09
Alexander Kr. Smáráson	E06	Herdís Sveinsdóttir	E06, E10, V06, V12
Anna Ólafía Sigurðardóttir	E15	Hildur Ey Sveinsdóttir	E29
Arna Hauksdóttir	E23	Hildur Sigurðardóttir	V08
Asta B. Petursdóttir	V03	Hlíf Guðmundsdóttir	E05,VMS2
Auður Ketilsdóttir	E02, E03	Hrund Sch. Thorsteinsson	E35
Auður Sesselja Gylfadóttir	E10	Ingegerd Hildingsson	E06
Ásdís Lýðsdóttir	E09	Ingibjörg Bjartmarz	E13, E26
Ásta B. Pétursdóttir	E14	Ingibjörg Fjölnisdóttir	E34
Ásta Thoroddsen	V05	Ingibjörg Hjaltadóttir	E20
Berglind Hálfhánsdóttir	E06	Ingibjörg K. Stefánsdóttir	E25
Birna G Flygenring	E22, E34, V10	Ingibjörg Sigurþórsdóttir	E05, V09
Björn Rúnar Lúðvíksson	E29	Ingunn Hansdóttir	V03
Bryndís Guðjónsdóttir	V09	Jóhanna Bernharðsdóttir	E31
Bryndís S. Halldórsdóttir	E25	Jón Steinar Jónsson	E25
Brynja Hauksdóttir	E27	Jóna Ingibjörg Jónsdóttir	E17
Brynja Ingadóttir	E02, E03	Jónína Einarsdóttir	E09
Brynja Örlygsdóttir	V07	Karítas Gunnarsdóttir	E32
Dóra Björnsdóttir	V09	Katrín Blöndal	V06
Edythe L. Mangindin	E22	Kolbrún Gísladóttir	V06
Elfa Þöll Grétarsdóttir	VSM2	Kristine L. Kwekkeboom	E17
Elísabet Benedikz	V05	Kristín Björnsdóttir	E04, E11, E21, E27, V13
Elísabet Guðmundsdóttir	E05	Kristín Halla Marínósdóttir	V09
Elísabet Konráðsdóttir	E15	Kristín Lára Ólafsdóttir	E16
Erla Dögg Ragnarsdóttir	V06	Kristín Sigurðardóttir	E28
Erla Kolbrun Svavarsdóttir	E14, E15, E17, E32, V03, V07	Kristín Þórarinsdóttir	E11, V13
Erna Haraldsdóttir	E16, V03	Kristján Kristjánsson	E11, V13
Geir Gunnlaugsson	E18	Lovísa Jónsdóttir	E05, V09
Guðbjörg Pálsdóttir	V09	Marga Thome	E08
Guðrún Pétursdóttir	E23	Margrét Guðnadóttir	E21
Guðrún Úlfhildur Grímsdóttir	E31	Margrét I. Hallgrímsson	V06
Gunnar Guðmundsson	E25	Margrét O. Thorlacius	V06
Gyða Baldursdóttir	E35	Marianne E. Klinke	E13,E24, V04
Hanna Kristín Guðjónsdóttir	V05	Mary K. Rayens	V03
Hanne Krage Carlsen	E23	Nanna Friðriksdóttir	E16, E28
Haukur Hjaltason	E24, V04	Ólöf Ámundadóttir	E25
Heiðrún Hlökkversdóttir	E23	Ólöf Ásta Ólafsdóttir	E06, E07
Heiður Hrund Jónsdóttir	V06	Páll Biering	E30
Helga Bjarnadóttir	E29, E36, V06, V11	Ragna Gústafsdóttir	V09
Helga Jónsdóttir	E13, E16, E17, E24, E25, E26, E29, V04	Rebecca J. Muehrer	E17

Höfundur	Verk
Rósa Jónsdóttir	E25
Rúnar Vilhjálmsson	E19
Sigríður Gunnarsdóttir	E12, E27, E28
Sigríður Halldórsdóttir	E33
Sigríður Jónsdóttir	E21
Sigríður Sía Jónsdóttir	E08
Sigríður Zoëga	E10, E12
Sigrún K. Barkardóttir	E01
Sigrún Sigurðardóttir	E33
Sigrún Sunna Skúladóttir	E05
Sigurlaug A. Þorsteinsdóttir	V09
Soffía Scheving Thorsteinsson	E13
Sólborg Þóra Ingjaltdóttir	VSM2
Sóley S. Bender	E01, E33, V01
Sólrún Rúnarsdóttir	V09
Sólveig Ása Árnadóttir	E20
Steina Þórey Ragnarsdóttir	E07
Steinunn Arna Þorsteinsdóttir	VSM2
Sylvía Ingibergsdóttir	E31
Thuy Thi Pham	E22
Unnur Kjartansdóttir	E13
Unnur Þormóðsdóttir	E20
Valgerður Sigurðardóttir	E16, V03
Valgerður Sigurðardóttir	E16
Þorbjörg Jónsdóttir	VSM1, V02
Þorbjörg Sóley Ingadóttir	E25
Þóra B. Hafsteinsdóttir	E24, E26, V04
Þóra Steingrímsdóttir	E08

