



Álagsþættir í starfsumhverfi og kulnun meðal hjúkrunarfræðinga á Landspítala Háskólasjúkrahúsi

Apríl 2025



HÍ

FÉLAGSVÍSINDASTOFNUN

Lýsing á rannsókn

Unnið fyrir	Vinnueftirlitið
Markmið rannsóknar	Að kortleggja álagspætti í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga LSH og leita leiða til úrbóta til að fyrirbyggja kulnun í starfi

Vinnsluaðili

Útgefandi	Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, 2025
Skýrsluhöfundur	Guðný Gústafsdóttir, Ph.D.

Efnisyfirlit

Inngangur	4
Aðferðafræðileg nálgun og öflun gagna	5
Niðurstöður úr greiningu viðtala	6
Starfsumhverfi og álag	6
Skortur á hjúkrunarheimilum	9
Húsnæði, tækjabúnaður og nýr Landspítali	10
Stjórnun á LSH	12
Starf deildarstjóra LSH	14
Mönnun vakta og fagleg ábyrgð deildarstjóra	15
Laun og kjör hjúkrunarfræðinga	19
Nýliðar	20
Erlendir hjúkrunarfræðingar	22
Tilfinningalegt álag	22
Álagsástand - Covid-19	24
Kulnun meðal hjúkrunarfræðinga og deildarstjóra hjúkrunar	27
Afleiðingar og einkenni kulnunar	29
Úrræði vegna kulnunar	30
Samantekt og hagnýtar ábendingar	31
Heimildir	35

Inngangur

Heilbrigðisstofnanir heyra til grundvallarinnviða heilbrigðiskerfa. Rannsóknir hafa sýnt að gott starfsumhverfi heilbrigðisstofnana er ein af forsendum þess að hægt sé að veita skilvirka og vandaða heilbrigðisþjónustu. Hjúkrunarfræðingar eru fjölmennasta starfsstétt heilbrigðiskerfa um allan heim. Starfsumhverfi þeirra hefur áhrif á líðan þeirra í starfi, gæði þeirrar þjónustu sem þeir veita og þar með öryggi sjúklinga. Þá hafa rannsóknir sýnt fram á umtalsvert algengi kulnunar meðal hjúkrunarfræðinga í starfi og að starfsumhverfi þeirra tengist því hversu útsettir þeir eru fyrir kulnun og örmögnun (Buchan og Aiken, 2008; RNAO, 2008; Cimiotti o.fl., 2012; Zander, o.fl. 2016).

Rannsókn þessari var ætlað að kortleggja álagspætti í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga hjá Landspítala - háskólasjúkrahúsi, sem gera þá útsetta fyrir kulnun og um leið leita leiða til úrbóta. Landspítala - háskólasjúkrahús (LSH) er stærsta heilbrigðisstofnun Íslands. Starfsemi LSH er rekin á sex mismunandi þjónustusviðum. Árið 2024 var heildarfjöldi starfsfólks Landspítalans um 6.450, þar af voru starfsmenn í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga 1.737 eða 34% (Landspítali, 2024).

Kulnun er rakin til langvarandi álags í starfi, en til helstu álagspáttanna eru talin erfið samskipti, miklar starfsskyldur og álag í starfi. Þá er ójafnvægi á milli einkalífs og vinnu talið auka líkur á kulnun (sjá t.d. Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir, 2020). Samkvæmt skilgreiningu Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (WHO) er kulnun skilgreind í tengslum við vinnuumhverfi fólks sem heilkenni eða ástand sem stafar að langvarandi streitu á vinnustað sem ekki hefur tekist að ná stjórn á með góðum árangri. Kulnun einkennist af þremur þáttum: 1. Orkuleysi eða örmögnun, 2. Aukinni andlegri fjarveru í vinnu og neikvæðum tilfinningum til vinnustaðar og 3. Minnkaðri faglegri virkni eða getu til að sinna vinnu (WHO, e.d.).

Alþjóðlegar rannsóknir hafa sýnt fram á að álagspættir í starfsumhverfi deildarstjóra hjúkrunar og hjúkrunarfræðinga, s.s. þættir sem varða aðbúnað, stjórnun, ábyrgð, vaktaálag, manneklu, lág laun og mikla nálægð við erfiða sjúkdóma o.fl., gera hjúkrunarfræðinga útsetta fyrir kulnun og örmögnun (Cañadas-De la Fuente o.fl., 2015; Geuens o.fl., 2015). Íslensk viðhorfskönnun sem náði til allra starfandi hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Landspítala árið 2015 leiddi í ljós að einkenni kulnunar voru algengari og alvarlegri en þegar samskonar könnun var gerð árið 2002. Ríflega 20% hjúkrunarfræðinga mældust með alvarleg einkenni kulnunar í starfi árið 2015 en rúmum áratug fyrr var hlutfallið 6% (Jana Katrín Knútsdóttir o.fl., 2019).

Í meistaraprófsritgerð Guðrúnar Valdimarsdóttur frá árinu 2020 sem byggir á viðtölum við hjúkrunarfræðinga sem höfðu reynslu af kulnun í starfi, kom í ljós að í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga var litið svo á að kulnun þeirra væri sjálfskaparvíti. Af þeim sökum upplifðu þeir hjúkrunarfræðingar sem höfðu reynslu af kulnun mikla skömm og áttu erfitt með að horfast í augu við samstarfsfólk sitt (Guðrún Valdimarsdóttir, 2020).

Fyrirliggjandi íslenskar rannsóknir hafa þannig leitt í ljós sambærilegar niðurstöður og erlendar rannsóknir og sýna á sama tíma að þörf er á dýpri þekkingu og skilning á kulnun meðal hjúkrunarfræðinga á Íslandi. Þörf er á kortlagningu á því hvernig starfsumhverfi og -aðstæður ýta undir streitu, sem aftur hefur forspárgildi um kulnun (sjá t.d. Happell o.fl., 2013). Ljóst er að kulnun meðal hjúkrunarfræðinga hefur alvarlegar afleiðingar, ekki einungis fyrir hjúkrunarfræðingana sjálfa heldur allt heilbrigðiskerfið, því hrakandi heilsa hjúkrunarfræðinga dregur úr gæðum heilbrigðisþjónustu og öryggi sjúklinga (Cañadas-Dela Fuente o.fl., 2015; Garcia o.fl., 2019). Rannsókn þessi er innlegg í þá þekkingaröflun sem þörf er á til þess að mæta þessum vanda.

Hér á eftir er fyrst gerð grein fyrir aðferð rannsóknarinnar og gagnaöflun. Því næst eru niðurstöður viðtalsgreininga einstaklingsviðtala kynntar og að lokum eru niðurstöðurnar teknar saman og hagnýtar ábendingar dregnar fram sem byggja á niðurstöðum rannsóknarinnar.

Aðferðafræðileg nálgun og öflun gagna

Eigindlegri viðtalsaðferð var beitt með það að markmiði að fá sem besta innsýn í viðfangsefnið. Viðtöl við sérfræðinga og fagfólk er mikið notuð eigindleg aðferð sem er talin sérstaklega gagnleg í verkefnum þar sem reynsla og þekking af þeim vettvangi sem er rannsakaður er forsenda greinargóðra upplýsinga um viðfangsefnið sem og möguleika á ígrunduðum lausnum á ákveðnum vandamálum (sjá t.d. Von Soest, 2022).

Rannsóknin byggir á viðtölum við níu deildarstjóra hjúkrunar, allt hjúkrunarfræðingar, sem tekin voru haustið 2024. Viðmælendur voru fundnir fyrir milligöngu tengiliðs á Landspítalanum. Þær forsendur sem hafðar voru til hliðsjónar við val á viðmælendum var reynsla þeirra af vettvangi. Viðmælendur höfðu víðamikla reynslu af hjúkrunarstörfum og störfum sem deildarstjórar á Landspítalanum og bjuggu því yfir bæði sérþekkingu á hjúkrun og stjórnunarstörfum á þeim vettvangi sem var til rannsóknar, starfsumhverfi Landspítala Háskólasjúkrahúss. Um leið bjuggu viðmælendur yfir reynslu af kulnun eða örmögnun og þeim þáttum í starfsumhverfi sem helst valda kulnun meðal hjúkrunarfræðinga.

Í viðtölunum var umræðurammi hafður til hliðsjónar en jafnframt var þátttakendum veitt svigrúm til þess að koma á framfæri athugasemdum sem vörðuðu efnið en ramminn náði ekki til. Í viðtölunum var reynt að ná fram sýn yfirmanna á ástæðum kulnunar. Spurt var út í samskipti á vinnustað, vinnufyrirkomulag, kröfur og álag í starfi, áhrif kjaramála á starfsumhverfi og líðan hjúkrunarfræðinga, mönnun vakta og nýliðun svo eitthvað sé nefnt. Umræðurnar voru hljóðritaðar og afritaðar fyrir gagnagreiningu. Í gagnagreiningu var stuðst við sniðmátsaðferð en hún er notuð í eigindlegum rannsóknum sem snúast um ákveðið efni sem leitað er svara við (King, 2012). Í greiningarvinnu var þess gætt að persónugreinanlegar upplýsingar kæmu ekki fram enda áhersla lögð á málefnalega umfjöllun. Niðurstöður rannsóknarinnar eru birtar sem innsýn í sjónarmið þeirra sem tóku þátt í rannsókninni en ekki skoðanir ákveðinna einstaklinga eða almenn sýn á viðfangsefnið.

Niðurstöður úr greiningu viðtala

Hér á eftir verður fjallað um starfsumhverfi Landspítalans - háskólasjúkrahúss og helstu álagsþættir í starfsumhverfi þeirra dregnir fram, sem gera starfsfólk útsett fyrir kulnun og örmögnun.

Starfsumhverfi og álag

Viðtölin í rannsókn þessari voru tekin á haustmánuðum 2024 og var viðmælendum tíðrætt um það langvarandi álag sem ríkt hefur á spítalanum. Viðvarandi álag hefur haft neikvæð áhrif á heilsu og líðan margra hjúkrunarfræðinga um langt skeið og þeir jafnvel endað á að örmagnast eða farið í kulnun. Starfsumhverfið, faliðun á deildum og skortur á upplýsingaflæði og stuðningi stjórnenda eru meðal þeirra þátta sem að sögn viðmælenda hefur ýtt undir aukið álag sem til lengri tíma reyndist mörgum ofraun.

Starfsumhverfi er gróflega skilgreint sem sú félagslega og efnislega umgjörð sem skapar vinnuaðstæður á vinnustað. Hugtakið nær yfir fjölmarga þætti sem móta starfskröfur, aðbúnað og aðstæður vinnustaða. Til beinna, efnislegra þátta vinnuumhverfis sjúkrastofnana má telja húsnæðisaðstöðu, tækjabúnað og annan ytri aðbúnað og undir félagslega þætti falla t.d. stjórnun, samskipti og kröfur í starfi. Tveir mikilvægir þættir til viðbótar sem móta vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga eru vinnutímafyrirkomulag og mönnun (RNAO, 2008; OECD, 2017).

Þeir álagsþættir sem fylgja starfi hjúkrunarfræðinga haldast í hendur við ytri og innri starfsaðstæður. Þannig getur slæmur húsakostur, lélegur tækjakostur og skortur á öðrum ytri aðbúnaði leitt til álags og einnig innri þættirnir eða sálfélagslegir þættir s.s. stjórnun, kröfur í starfi, samspil vinnu og einkalífs og tilfinningalegt álag sem skapast af nálægð við erfiða sjúkdóma og

dauða sjúklinga. Álagsþættirnir eru samvirkandi og skarast oft innbyrðis (sjá t.d. Cañadas-De la Fuente o.fl., 2015).

Mikið álag á starfsfólk Landspítalans er ekki nýtt eða skyndilega tilkomið ástand, heldur hefur vandamálið verið viðvarandi og vaxandi um áratuga skeið:

Við erum almennt á spítalanum, við erum bara í slæmum málum [...]. Við erum alltaf í reaktívum fasa við náum aldrei að vera próaktív, sem ég er búin að reyna í fjörutíu ár, og það er að sýna fyrirhyggju og stoppa þetta áður en þú ferð í þetta. Það er núna alls staðar reaktívur fasi þú ert alltaf að slökkva elda og það er mjög slæmt þegar svona stór stofnun eða fyrirtæki eru í svona fasa og við sjáum ekkert fram á að það breytist.

Orð viðmælanda lýsa því langvarandi álagsástandi sem hefur verið ríkjandi á Landspítalanum í áratugi og gert það að verkum að starfsfólkið hefur þurft að „vera alltaf að slökkva elda“ líkt og viðmælandi orðar það. Í tilvitnuninni er því lýst hvernig stöðugt álag gerir það að verkum að starfsfólk spítalans er „alltaf í reaktívum fasa“, eða að bregðast við álagspunktum í viðvarandi álagsástandi, og nær því aldrei að vinna í „próaktívum“ fasa, eða að móta fyrirbyggjandi aðgerðir og sinna uppbyggingu starfsins innan stofnunarinnar. Á sama tíma og þátttakendur lýstu langvarandi álagi ítrekuðu þeir að erfitt væri að alhæfa um Landspítalann sem einn vinnustað því í raun væri um „marga vinnustaði“ að ræða, með mörgum ólíkum sviðum og deildum, enda „stærsti vinnustaður landsins“ líkt og einn viðmælanda undirstrikaði. Deildirnar eru að sögn þátttakenda ólíkar innbyrðis og þar með mismunandi eða svo vitnað sé í orð eins þeirra:

Það getur verið mjög góð menning og mjög góður andi á einni deild og bara hinum megin við ganginn er það kannski ekki alveg sama sagan, þannig að það getur verið sitthvor stjórnandinn, sitthvor starfshópurinn, mismunandi álag, mismunandi viðfangsefni, eitthvað tilfallandi í umhverfi viðkomandi deilda [...] sem ýtir undir það sem er jákvætt eða neikvætt.

Erfiðleikar í starfsumhverfi deilda geta þannig myndast af mismunandi þáttum líkt og stjórnun eða viðfangsefnum. Á sama tíma leiddu viðtölin í ljós að oftast er um „tímabundnar sveiflur“ deilda að ræða, og að fáar deildir innan spítalans hafa verið starfræktar án tímabundinna vandamála í starfsumhverfi. „Það er allskonar sem gengur á“ segir t.d. einn viðmælandi, „hæðir og lægðir [...] en svo bara hversu djúpt lægðin fer, það getur verið mismunandi, og það er erfitt þegar hún nær mjög djúpt“. Rekstur Landspítalans á hæsta viðbragðsstigi er nærtækt dæmi um djúpar lægðir sem herjað hafa reglulega, heilt yfir spítalann og á flestar ef ekki allar deildir hans.

Í viðtölunum var ítrekað minnst á stigunakerfi Landspítalans. Með stigunarkerfi eða „stigun“ var vísað í tvenns konar kerfi sem hönnuð voru til þess að takast á við álag vegna utanaðkomandi þátta. Annars vegar er um að ræða vísun í viðbragðsáætlun Landspítala (sjá viðbragðsáætlun Landspítala, 2023)¹ og hins vegar vísuðu viðmælendur með orðinu „stigun“ í stöðu innlagna á spítalanum. Árið 2023 var ákveðið að greina stöðu innlagna í þrjú stig þar sem efsta stigið er ofurálag og viðbragðsstig.

Í heildina hefur álagið sem ríkt hefur á LSH verið mikið og langvarandi, og þarf að mati þátttakenda að leysa sem hluta af „miklu stærri mynd, það er bara heilbrigðiskerfið og stefnan [í heilbrigðismálum] eins og hún leggur sig“ líkt og einn orðaði það. Þátttakendur litu á „sprungið heilbrigðiskerfi“ sem eina helstu orsök viðvarandi álags á Landspítala og líta þyrfti heildstætt á vandann – heilbrigðiskerfið í heild sinni - og finna heildstæðar lausnir.

Þátttakendum var tíðrætt um að rót vandans megi rekja til skorts á fjármagni til heilbrigðiskerfisins til lengri tíma m.a. vegna þátta sem hafa stóraukið þörfina á heilbrigðisþjónustu. „Stjórnvöld hafa ekki passað nógu vel upp á að stækka kerfið miðað við fólksfjölda“, breytingar á aldurssamsetningu þjóðarinnar og mikil aukning erlendra ferðamanna segja þátttakendur. Styrkja þarf innviði heilbrigðiskerfisins, svo sem uppbyggingu ýmissa heilbrigðisstofnana og fjármögnun tækjabúnaðar og brýnt er að auka og efla mannafla heilbrigðiskerfisins.

Þó viðmælendur hafi lagt áherslu á að heilbrigðiskerfið í heild sinni þarfnist uppbyggingar og endurbóta, undirstrikuðu þeir jafnframt að vandinn hafi lengi kristallast í starfsemi Landspítalans:

Landspítalinn hefur einhvern veginn lokast inni með álagið og við getum svo lítið gert, við sem Landspítali. Við getum ekki útskrifað fólk af því það eru ekki önnur úrræði [...] það þyrftu að vera betri kerfin í kring, til að Landspítalinn gæti fúnkerað betur.

Í máli sínu ítrekuðu viðmælendur að þó birtingamyndir vanræks heilbrigðiskerfis væru margar og flóknar, væri útkoman einföld: „fólk fær ekki nógu góða þjónustu í kerfinu í dag“. Þannig eru biðlistar t.d. langir og fólk bíður lengi eftir þjónustu. Sá vandi sem kristallast og „lokast“ innan Landspítalans gerir það að verkum að starfsfólk hans:

...hleypur hraðar og það er þannig að starfsfólkið, hjúkrunarfræðingar, sjúkraliðar [...] og læknar; allir eru að reyna að gera sitt besta og þeir gera alveg eins mikið og þeir mögulega geta vegna þess að það skiptir okkur mjög miklu máli að

¹ <https://island.is/s/landspitali/oeryggisstefna-og-vidbragdsaaetlun>

sjúklingurinn fái góða þjónustu og að það sé passað uppá öryggi hans. Það er eiginlega grundvöllurinn í okkar starfi í rauninni, og það þarf mjög mikið til að við sleppum því, en það er meira álag á starfsfólkið.

Með öðrum orðum hefur slakt ástand heilbrigðiskerfisins, s.s. skortur á húsnæði, langir biðlistar og mannekla, orðið til þess að starfsfólk Landspítala þarf að vinna undir samfelldu álagi og „hlaupa hraðar“ í viðleitni sinni við að sinna því meginhlutverki sem störf þeirra gera kröfur um: að veita sjúklingum viðeigandi heilbrigðisþjónustu og gæta að öryggi þeirra.

Skortur á hjúkrunarheimilum

Viðvarandi skortur á hjúkrunarheimilum er meðal þeirra þátta sem gera starfsaðstæður hjúkrunarfræðinga á LSH flóknar og erfiðar. Stór hluti starfsdags hjúkrunarfræðinga fer í að sinna öldruðum sjúklingum sem lokið hafa meðferð en geta sökum skertrar færni ekki búið í heimahúsi og eiga ekki pláss á hjúkrunarheimili. Svigrúm til þess að sinna öðrum sjúklingum deildanna skerðist að sama skapi. Á sama tíma og ástæðan fyrir því að Landspítalinn „lokast inni með álagið“ er fjölþætt, töldu viðmælendur að staðan í málefnum aldraðra spili stóran þátt í því ástandi sem ríkir í dag.

Það er „ekki er hægt að útskrifa“ aldrað fólk sem leitar lækninga á spítalann vegna veikinda og „er búið að klára meðferð inná Landspítalanum [...] með gilt færni- og heilsumat“ þar sem „stjórnvöld hafa ekki staðið sig í stykkinu við að byggja [hjúkrunarheimili]“, segir viðmælandi. Orsök og afleiðingar þessa verða að ákveðnum vítahring, eða með orðum annars þátttakanda í rannsókninni:

Það vantar bara hjúkrunarrými sem þarf að byggja því að það er fullt af sjúklingum inn á þessum spítala sem eru löngu búin að klára meðferð sem að sjúklingar sem bíða hjá okkur gætu farið í ef það væri búið að losa þau, þannig þetta er náttúrulega svona keðjuverkun sem klárast ekki.

Þannig fá aldrei ekki viðeigandi aðhlynningu og sjúklingar bíða meðferða á spítalanum. Landspítalinn sjálfur er of lítill til þess að ráða við fjölda aldraðra og annarra sem þurfa á þjónustu spítalans að halda. Úr verður pattstaða sem ekki sér fyrir endann á:

Landspítalinn er ekki nógu stór til að vera bæði hundrað rúma öldrunarrými og með þá þjónustu sem við erum að bjóða upp á þannig þar náttúrulega skapast togstreitan og við erum náttúrulega bara lítið peð í myndinni þótt að vandinn birtist hér hjá okkur [...] þá er þetta er stóra myndin sem er skökk. Það er ekkert bara

einhver ein eining sem er ekki að virka hérna innan spítalans eða ein eining einhvers staðar utan spítalans þetta kerfi bara virkar ekki.

Orð þátttakenda sem vísað er í hér að ofan gefa góða innsýn í þær aðstæður sem Landspítalinn starfar við vegna skorts á hjúkrunarrýmum fyrir aldraða. Spítalinn er sá hlekkur sem mest mæðir á í heilbrigðiskeðjunni þar sem hann tekur á móti öllum sjúklingum sem þurfa sjúkrahúspjónustu en getur ekki útskrifa aldraða og því ekki sinnt öðrum. Skortur á hjúkrunarrýmum hefur leitt til þess að aldraðir dvelja langdvölum á spítalanum og sjúklingar mæta afgangi, eða bíða þess að vera „troðið inn“ í meðferð af starfsfólkinu sem, vegna aðhlynningar við aldraða sem lokið hafa meðferð, hafa ekki tíma til að „sinna því sem við eigum að sinna“, þ.e.a.s. almennum sjúklingum sem bíða eftir og þarfnast meðferðar á spítalanum.

Sú stefna sem ríkir í málefnum aldraðra, að þeir eigi að vera sem lengst í heimahúsum, stenst að mati viðmælenda ekki nánari skoðun:

Það vantar algjörlega hjúkrunarheimili, það hafa komið alls konar hugmyndir [...], það alltaf verið að tala um að fólkið vilji vera heima hjá sér. Jú, jú langflestir vilja náttúrulega vera heima hjá sér en mjög margir gera sér bara grein fyrir því að þeir geta það ekki og [svo eru] þeir sem ekki gera sér grein fyrir því og geta það samt ekki. Og jú, það væri hægt að hafa fólkið heima en það þarf þá að vera hægt að þjónusta það heima og það er bara ekki í boði.

Að mati viðmælenda er áherslan á að aldraðir dvelji sem lengst í heimahúsum illa grunduð þar sem næg þjónusta við aldraða í heimahúsum er ekki í boði, sem aftur geri það að verkum að aldraðir einstaklingar liggi langdvölum á göngum spítalans. Stefna í heilbrigðismálum er því ekki mótuð af heildrænum, raunhæfum lausnum.

Húsnæði, tækjabúnaður og nýr Landspítali

Þeir helstu efnislegu þættir sem móta starfsumhverfi starfsfólks Landspítalans er húsnæði og tækjabúnaður líkt og áður kom fram. Landspítalinn hefur verið starfræktur í „um 100 byggingum á 17 stöðum á höfuðborgarsvæðinu“ skv. svari heilbrigðisráðherra við fyrirspurn um myglu í húsnæði Landspítalans frá 151 löggjafarþingi 2020-2021. Byggingarnar eru flestar komnar til ára sinna og í mörgum þeirra hefur verið rakavandamál sem leitt hefur til myglu (Alþingi, e.d.).

Samkvæmt viðmælendum hafa veikindi starfsfólks LSH endurtekið verið rakin til myglu í húsakynnum spítalans. Sem dæmi segir einn þátttakandi:

Það er búið að vera alls konar í gangi hérna í teyminu bara fyrir minn tíma og það er bara búið að vera í mörg ár, [...], og svo var komin mygla í húsnæðið og þá var flutt á annan stað og þar kom mygla líka og það var sem sagt mikið af starfsmönnum sem duttu út í myglutengd veikindi.

Takmarkað, þröngt og dreift húsnæði, sem að auki hefur að hluta verið óheilbrigt fyrir sjúklinga og starfsfólk vegna þrálátrar myglu, hefur með öðrum orðum aukið enn frekar á álag og vanda starfsfólks Landspítalans í gegnum árin.

Tækjabúnaði LSH hefur lengi verið ábótavant og endurnýjun tækja ekki verið í samræmi við þarfir. Samkvæmt stjórnsýsluúttekt Ríkisendurskoðunar frá árinu 2024 var „kaupum stórra tækja síðustu ár [frestað] vegna byggingar meðferðarkjarna og rannsóknarhúss við Hringbraut sem gert er ráð fyrir að ljúki 2028 eða 2029“ (Ríkisendurskoðun, 2024). Úrelt tæki og tækjaskortur voru nefnd sérstaklega í viðtölunum sem hluti af starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga sem hafa mikil áhrif á dagleg störf og getu til að veita sjúklingum spítalans vandaða og góða þjónustu.

Aðrir mikilvægir þættir í ytra starfsumhverfi sem minnst var á í viðtölunum var „matsalurinn og fatnaðurinn“. Nokkrar endurbætur hafa að sögn viðmælenda átt sér stað hvað þessa þætti varðar, þannig hefur vinnufatnaður verið endurnýjaður og mataraðstaða í heildina verið bætt.

Að mati viðmælenda munu umtalsverðar breytingar til batnaðar fylgja nýjum spítala. Ein, miðlæg sjúkrahúsbygging felur í sér hagræðingu á allri daglegri starfsemi spítalans og gjörbreytir vinnuumhverfi starfsfólks og aðstöðu sjúklinga. Ný Landspítalabygging mun þannig leysa mörg mál sem varða beina, efnislega þætti vinnuumhverfis spítalans:

[Nýr spítali] mun breyta vinnuaðstöðu fyrir starfsfólk, hann mun breyta aðstöðu fyrir sjúklinga, þessi þrengsli sem eru á deildunum munu minnka og fáum einbýli og minni hætta verður á smitum á milli og allt þetta þannig að það mun breyta heilmiklu.

Á sama tíma og ljóst er að nýr Landspítali við Hringbraut mun leysa ýmis vandamál spítalans, bæði hvað varðar húsnæði og tækjabúnað, bentu viðmælendur á að byggingin muni aðeins leysa hluta vandans. Í viðtölunum kom t.d. fram að fjöldi sjúkrarúma í nýjum spítala væri vanáætlaður. Þessu til stuðnings má geta þess að í bréfi til Læknablaðsins frá árinu 2022 veltu höfundar, læknar og hjúkrunarfræðingar, því upp hvort nýr Landspítali yrði „skammgóður vermir“ þar sem meðferðarkjarninn muni „ekki leysa skort á legurýmum ef núverandi fyrirætlanir ganga eftir“ (Læknablaðið, 2022). Nánar segir í bréfinu:

Gert er ráð fyrir 209 bráðasjúkrarúmum og 23 gjörgæslurúmum. Þótt þessi rými bætist við núverandi rúmafjölda mun það ekki nægja til að jafna þau 398 sjúkrarúm sem vantar, sé horft til meðaltals annarra þjóða í Vestur-Evrópu.

Með öðrum orðum verði húsnæðis- og tækjaaðstaða umtalsvert betri í nýju húsnæði Landspítala, en byggingin ekki nægilega stór til að mæta þörfinni fyrir legurými sjúklinga.

Í því samhengi bentu þátttakendur rannsóknarinnar á að samhliða nýjum spítala þurfi að grípa til til frekari ráðstafana í heilbrigðiskerfinu, í viðtækari skilningi, til að tryggja þjónustu við sjúklinga, svo sem að:

Laga verkferla, og það þarf að laga tengingar á milli til dæmis heimahjúkrunar og spítalans og það er mjög margt sem þarf að gera. Spítalinn þarf að nútímavæðast það þarf að efla dag- og göngudeildir þannig allir þurfi ekki að leggjast inn.

Það þarf því að líta til fleiri þátta en byggingar húsnæðis og kaupa á tækjum nýs spítala. Það þarf líka að stokka upp nýtingu húsnæðis með því til dæmis að nota hluta hans í að byggja upp dag- og göngudeildir og samhliða því tengja starfsemi spítalans við aðra ytri hjúkrunarþjónustu s.s. heimahjúkrun líkt og viðmælandi benti á.

Stjórnun á LSH

Samkvæmt viðmælendum einkenndist stjórnun innan LSH til skamms tíma á því að ákvarðanir voru teknar og breytingar gerðar með tilstilli fyrirskipana „að ofan“, án samráðs eða upplýsinga til næsta stjórnendalags, s.s. deildarstjóra hjúkrunar. Ástæðuna má rekja til að fámenn yfirstjórn var með of mörg verkefni á sínum herðum og ekki nægilega tengingu og innsýn í fjölbreytt starf deildanna. Stjórnunarskylda og ábyrgð framkvæmdastjóra náði þannig til stórra eininga, mikils fjölda starfsfólks og verkefna sem taka þurfti ákvarðanir um. Þar sem starfsfólk/milliliði vantaði til þess að deila upplýsingum, verkefnum og ákvarðanatökum, átti framkvæmdin sér gjarnan stað án samráðs við næsta deildarstjóra. Sem dæmi segir einn þátttakenda:

Þetta var sett án auglýsinga, án umræðna, án nokkurs og ókei, það eru stjórnendur sem eiga að stýra þessu og setja línurnar en mér fannst gengið yfir okkur millistjórnendur, algjörlega, í þessum málum. Engin samræða, engin umræða, ekki neitt og [mér] finnst ekki gott að vinna í svona umhverfi.

Viðmælandi lýsir algerum skorti á samráði og samtali um ákvarðanatökur sem gerði það að verkum að deildarstjórar voru oft útilokaðir frá upplýsingum um ákvarðanatökur sem lutu að þeirra eigin starfseiningum.

Á síðustu árum átti sér stað umfangsmikil endurskoðun á starfsumhverfi og stjórnskipulagi Landspítala - háskólasjúkrahúss og í upphafi árs 2023 tók nýtt skipurit gildi. Einn viðmælenda útskýrir breytingarnar á eftirfarandi hátt:

Núna til dæmis eru yfirmenn deildarstjóra forstöðuhjúkrunarfræðingar, yfirmenn forstöðuhjúkrunarfræðinga eru framkvæmdastjórar og yfirmenn framkvæmdarstjóra er forstjóri. Þannig að það eru það eru tveir á milli deildarstjóra til forstjóra.

Yfirstjórn spítalans var einfölduð og stjórnskipulag allra klínískra sviða endurskoðað. Endurskipulagningunni fylgdu ný störf forstöðulækna, forstöðuhjúkrunarfræðinga og forstöðumanna sem ætlað var að styðja við þjónustu og rekstur klínískra eininga á spítalanum (Landspítali, 2024a). Nýju lagi millistjórnenda var ætlað að vera „lag sem átti að koma til stuðnings báðum aðilum“ segir þátttakandi og annar útskýrir að laginu fylgi „forstöðuhjúkrunarfræðingur sem hefur verið í klíník og þekkir klíníkina þannig að hann veit hvað við erum að takast á við sem er mikilvægt“. Nýir millistjórnendur eru þannig með faglega innsýn og þekkingu inn í þá starfsemi sem þeim er ætlað að styðja við.

Greið samskipti æðstu stjórnenda við millistjórnendur er ekki einungis grundvöllur farsæls samstarfs og sameiginlegra lausna, heldur einnig forsenda upplýsingamiðlunar á vinnustað og grundvöllur þess að breytingar gangi farsælega í gegn á deildunum því „ef þú ert ekki með deildarstjórnann með þér þá verður starfsfólkið á gólfinu ekki heldur með þér í stórum breytingum“ útskýrir þátttakandi.

Þó takmörkuð reynsla hafi verið komin á nýtt stjórnendaskipulag LSH þegar þessi rannsókn var gerð sögðu viðmælendur endurbæturnar þegar hafa stuðlað að jákvæðri þróun. „Þetta hefur mjög mikið lagast og samtalið er til alls fyrst“ segir einn og annar segir að „bilið á milli þeirra sem eru í æðstu stjórn og svo millistjórnenda hefur minnkað“.

Á sama tíma undirstrikuðu viðmælendur á að skipulagsbreytingarnar séu nýtilkomnar og ekki að fullu mótaðar í framkvæmd. Auk þess er „kannski mismunandi hversu mikið fólk þekkir næsta yfirmann“, líkt og einn viðmælandi bendir á. Tengsl og samskipti deildarstjóranna við næsta yfirmann eru því mismunandi mikil. Þá er einnig misjafnt hversu mikillar samvinnu fólk þarfnast. Í viðtölunum var til dæmis kallað eftir nánara samstarfi deildarstjóra og yfirmanna:

Það er alltaf verið að tala um stuðning í starfi. [...] Það skiptir líka máli að maður fái gagnrýninn stuðning, ekkert endilega bara [...] ef vel gengur. Það er heldur ekkert sagt við þig þegar þú ert að fara einhverja ranga leið, þú ert svolítið eyland. Þarna

væri náttúrulega bara hlutverk [...] forstöðu hjúkrunarfræðinganna eða forstöðu læknanna að leiðbeina og [...] ræða við mann.

Viðkomandi telur enn vanta á uppbyggjandi, gagnrýninn stuðning yfirmanna við deildarstjóra og nánari handleiðslu við rekstur deildarinnar. Mismunandi þarfir deildarstjóra eftir samvinnu við yfirmenn eru bæði einstaklingsbundnir og tengjast reynslu og menntun, en ráðast ekki síður af umfangi og starfsemi deildanna.

Starf deildarstjóra LSH

Starfsskyldur deildarstjóra hjúkrunar fela í sér mikið álag: „svona stjórnendastörf [ná] inn á sólarhringsþjónustu, það er mikil ábyrgð og mikil samskipti og miklar kröfur“ segir t.d. einn viðmælenda. Deildarstjórar bera ábyrgð á rekstri deildanna sem felur í sér umsjón og yfirsýn yfir daglegan rekstur og regluleg uppgjör. Deildarstjórar bera einnig faglega ábyrgð á sinni deild sem í stuttu máli má útskýra sem yfirumsjón og ábyrgð á hjúkrun á deildinni sem og þróun starfshátta, og loks bera þeir ábyrgð á starfsfólki deildanna.

Hér útskýrir deildarstjóri þá ábyrgð og álag sem fylgir stöðunni í samræmi við skilgreiningu starfsins:

Deildarstjóri á svona venjulegri legudeild er með svona fimmtíu til hundrað og fimmtíu manns í vinnu. Það fer aðeins eftir stærð og umfangi deilda hversu marga aðstoðdeildarstjóra viðkomandi er með, en hann er beinn yfirmaður allra starfsmanna. [...]. Hann er með þríþætta ábyrgð, þannig að hann er með fjárhagslega ábyrgð, hann er með faglega ábyrgð og ber í rauninni ábyrgð á allri hjúkrun á deildinni og starfsemi deildarinnar, og svo er hann með mannauðsábyrgðina.

Starfsmannamál eru ein og sér margþætt og geta verið flókin. Í þeim þætti felast m.a. mönnun deilda, í viðum og þrengri skilningi, sem ein og sér er afar krefjandi starfsþáttur. Þá falla veikindi, persónuleg vandamál og starfsþróun starfsfólks undir þau mannauðsmál sem deildarstjóri tekur á. Á erfiðum tímum geta allir þessir þættir orðið gríðarlega flóknir og yfirgripsmiklir og valdið miklu álagi á deildarstjóra.

Deildir Landspítalans eru misstórar eða að meðaltali frá fimmtíu til hundrað manns, í þeim stærstu starfa mörg hundruð manns undir deildarstjóra. Einn viðmælenda sem er starfandi deildarstjóri á stórri deild lýsir stöðu sinni á eftirfarandi hátt: „Ég er deildarstjóri og það eru um 350 manns sem eru undir mér. Ég er með fimm aðstoðardeildarstjóra, þetta er nefnilega risastór deild“. Umfang og fjöldi verkefna er því mjög misjafn á milli deilda og ræðst bæði af stærð og

starfsemi deildanna. Fyrir utan fjármál, faglega umsjón og þróun innan deilda sem og mannauðsmál, heyrir „náttúrulega verkefnavandinn og flæðisvandinn“ undir þá þætti sem deildarstjórar þurfa að takast á við, s.s. móttaka, meðferð og útskrift sjúklinga. Lausnir verkefnavanda, af hvað meiddi sem er, ráðast oftast ekki af samstarfi deildarstjóra og aðstoðardeildarstjóra. Einn viðmælenda segir til að mynda:

Ég er með frábært stjórnendateymi sem er með mér og það hefur verið soldið svona „game-changerinn“ hjá okkur, bara hversu vel við stöndum á bak við hvor aðra til þess að láta hlutina ganga upp.

Gott samstarf deildarstjóra og aðstoðardeildarstjóra, þ.e. yfirmanna á gólfinu, getur því skipt sköpum við úrlausnir mála. Að auki, og ekki síður, liggur mannaflinn, hjúkrunarfræðingar „á gólfi deildanna“ til grundvallar starfsemi deilda Landspítalans. Allir viðmælendur rannsóknarinnar lögðu áherslu á mikilvægi samstarfs deildarstjóra og aðstoðardeildarstjóra en einnig og ekki síður, mikilvægi góðrar teymisvinnu á deildunum, eða þétta samstarfi hjúkrunarfræðinga og annars starfsfólks á hverri deild.

Mönnun vakta og fagleg ábyrgð deildarstjóra

Mönnun vakta, er sá starfspáttur sem mæðir mest á deildarstjórum. „Deildarstjórar eru mikið að glíma við það sama þó að við séum með ólíkar sérgreinar, [álagið] er mikið mönnun og mannauðsmál“ líkt og einn viðmælenda orðaði það. Tími til þess að sinna hinum, tveimur megin ábyrgðarpáttum stjórnunar deildarstjóra, faglegri og fjárhagslegri ábyrgð, er því af skorum skammti.

Um leið og mönnunarvandinn er viðvarandi er hann sveiflukenndur vandi. Sveiflurnar eiga sér oft stað innan deilda, en ytri aðstæður spila jafnframt stórt hlutverk og geta valdið stærri, umfangsmeiri sveiflum. Sem dæmi um umfangsmikla sveiflu í mönnun var mönnunarvandi í Covid líkt og margir viðmælenda vísuðu í. „Sumarið 21 varð ég að standa fullt af næturvöktum sjálf“, segir einn viðmælendi sem var deildarstjóri á tímanum, „það voru bara heilu og hálfu vikurnar þar sem var bara engin mönnun .

Allir deildarstjórnarnir sem rannsóknin náði til höfðu upplifað tímabundna undirmönnun á deildunum sem þeir höfðu stýrt sem hafði það í för með sér að hjúkrunarfólk og deildarstjórar unnu mikla yfirvinnu því: „bakvaktirnar eru bara ekki meðal hjúkrunarfræðinganna sem eru á gólfinu“ útskýrir einn viðmælenda, og „þá bara eru aukavaktir sem eru kallaðar út“ eða starfsfólk sem er í vaktafríi. Eðli máli samkvæmt er vinnuálag á starfsfólki deildanna mikið og lítið um hvíldar- og frítíma:

Það fannst mörgum hafa verið lengi valtað yfir mann með vaktarbyrði. Maður hljóp og hljóp og hljóp og sleppti sumarfríi en svo var umbunin aldrei nein af því það kom líka álagstími í september október nóvember þegar maður átti að fá að taka sumarfríð sitt og maður fékk það ekki af því það kom eitthvað upp á og þá lét maður það líka yfir sig ganga. Þannig fólk var orðið svolítið þreytt á að sjá þetta munstur. [...] Við erum alltaf að slökkva elda það er alltaf skortur á fólki.

Líkt og viðmælandi lýsir er um viðvarandi, jafnvel áralangt, álag að ræða vegna mönnunarvanda sem gerir það að verkum að hjúkrunarfólk flýr starfsvettvang og leitar í meiri stöðugleika í starfi og öruggan frítíma. „Starfsfólk flýr vegna álags“ áréttar einn þátttakandi, „það vill bara fara í rólegri vinnu“.

Mönnun vakta veltur ekki einungis á þeim mannafla sem deildarstjórar hafa til umráða á hverri deild, heldur þarf hver vakthópur að vera skipaður fólki með ákveðna, dreifða hæfni, allt eftir starfsemi hverrar deildar. Mikilvægt er að mismunandi sérhæfni og reynsla sé til staðar á hverri deild og hverri vakt innan deildanna, það er að segja að starfsfólk með sérnám og haldgóða reynslu þarf að dreifast vel á vaktir. Dreifing mikillar og lítillar sérþekkingar og reynslu þarf að vera í jafnvægi, því „hjúkrunarfræðinemi er náttúrulega alls ekki það sama og hjúkrunarfræðingur með fimm ára reynslu“ eða meir, benda viðmælendur á. Sem dæmi segir einn viðmælenda:

Mönnun [vakta] er bara eiginlega númer eitt tvö og þrjú og að manna er líka [...] það að þú sért með hæfan hóp á hverri vakt á hverjum tíma [eða] réttan hóp á réttum tíma á réttri vakt. Þannig að sé að þú sért með hjúkrunarfræðinga sem eru mjög hæfir og geta tekið í rauninni við hverju sem [...] er, getur verið með [...] bráðavagn fyrir húsið, einhver sem getur það, og síðan náttúrulega einhver sem hefur svona yfirsýn [...] getur verið vaktstjóri [...] og svo náttúrulega [að það sé einhver sem geti hugsað um börn.

Um leið og ráðstöfun nýrra hjúkrunarfræðinga og nema á vaktir felur í sér að fleiri hendur vinna verkin, fylgir því sjálfkrafa að aukin ábyrgð, og þar með álag, sett á herðar reyndara fólks:

Þú getur ekki sett of mikla ábyrgð á nemana og þú þarft að balansera það með einhverjum reyndum á móti en á sama tíma eykst náttúrulega álagið á þennan sem er reyndur því að hann þarf að bakka upp nemann og mögulega hafa þyngsta teymið.

Innleiðing nýrra hjúkrunarfræðinga og nema felur þannig ekki sjálfkrafa í sér minna álag á reyndari hjúkrunarfræðinga heldur bætist á þá það álag sem fyrir er. Loks er mismunandi þörf eftir

mönnun, reynslu og sérþekkingu eftir því um hvaða vaktir er að ræða, þ.e.a.s. dagvaktir, kvöldvaktir og næturvaktir og eins hvort um er að ræða helgarvaktir eða vaktir í miðri viku. „Við erum alltaf að reyna að halda einhverju svona jafnvægi“ segir einn deildarstjóri um mönnun vakta „og svo þannig það náttúrulega reynir á“ og tekur umtalsverðan tíma.

Þegar viðtölin fyrir þessa rannsókn voru tekin lýstu flestir viðmælenda miklu, viðvarandi mönnunarálagi, eða eins og einn sagði „stundum fer hálfur dagurinn í það [að manna vaktina], þannig að það er endalaus vinna að tryggja mönnunina, það eru bara fáir dagar þar sem að allir mæta“.

Við mönnun vakta hafa deildarstjórar ákveðið „mönnunarmódel“ sem að sögn viðmælenda gagnast „til viðmiðunar“ en „gengur ekki upp“ þegar upp er staðið því það „fara ekki saman hljóð og mynd“ líkt og einn viðmælandi orðar það. Með orðum sínum vísar þátttakandi í að starfsmannafjöldinn sem módelið gerir ráð fyrir dekki ekki hjúkrunarþörfina á vöktunum með tilliti til fjölda sjúklinga o.fl. Þá gerir módelið ekki ráð fyrir veikindum: Annar viðmælandi segir:

Maður þyrfti náttúrulega að vera aðeins yfirmannaður, þú þyrftir helst að hafa stöðugildin örlítið fleiri á deildinni til þess að geta fært til án þess að það hrynji mönnunin þann daginn sem þú tekur af [...].Þannig ef maður gæti lagt upp planið þannig alla daga þá ef það verða veikindi þá dettur [róterandi] hjúkrunarfræðingur inn í það teymi til dæmis þá myndi það gjörbreyta öllu álagi. Bæði myndi það létta álag fyrir starfsfólkið á vaktinni, það myndi létta álagið fyrir okkur stjórnenda-teyminu að vera stöðugt að vinna að því að manna og svo léttir það álagið fyrir þá sem eru heima í fríi að við séum ekki alltaf að biðja þau um að koma í vinnunna.

Með „róterandi“ hjúkrunarfræðingi, sem vísað er í, á viðmælandi við hjúkrunarfræðing sem er „ekki með skilgreinda sjúklinga heldur getur aðstoðað í öllum teyimum“ og þannig brugðist við ólíkum álagspunktum eftir þörfum.

Fjölgun stöðugilda hjúkrunarfólks felur í sér margþátta lausn. Þannig myndu kallast á eftirspurn eftir hjúkrun á deildum og framboð fagaðila; hjúkrunarfræðinga, sem sinna sjúklingum. Deildarstjórar þyrftu ekki að verja meirihluta tíma síns í mönnun vakta heldur gæfist meiri tími til að sinna öðrum ábyrgðarpáttum starfsins þ.e.a.s. fjárhagslegri og faglegri ábyrgð. Fjölgun stöðugilda myndi ekki einungis létta álag hjúkrunarfræðinga á vöktum heldur einnig stuðla að hvíld á milli vakta og frítöku, og í heildina draga úr líkum á brottfalli úr stéttinni, kulnun og örmögnun.

Ein hugmynd til að létta undir með deildarstjórum var að ráða verkefnisstjóra í sérstök verkefni innan deilda, til dæmis við að manna vaktir, sem deildarstjórar og aðstoðardeildarstjórar sinna nú. Hugmyndin fól í sér tvíþátta lausn, þ.e.a.s. að létta á álagi deildarstjóra og aðstoðardeildarstjóra og um leið halda reyndum hjúkrunarfræðingum við hjúkrunarstörf á deildunum. Eins og er, segir einn viðmælandi, eru „hjúkrunarfræðingar [...] með diplóma eða master mjög fáar“ og þekking þeirra er ekki nýtt sem skyldi „með því að láta þær sitja einhvers staðar og gera vaktaskýrslu [...] og brenna út við að vera endalaust að biðja fólk að taka aukavaktir“. Þekking vel menntaðra hjúkrunarfræðinga er að mati viðmælenda betur nýtt „á gólfinu“ og við að „þjálfar nema“. Í stað þess að nota aðstoðardeildarstjóra og deildarstjóra mætti ráða:

...verkefnastjóra sem væri bara viðskiptafræðingur eða eitthvað, ekkert tengdur hjúkrun, sem sæi um til dæmis svona rekstur á deildinni, mönnunarmódel [...] og utanumhald, og ég [deildarstjóri] geti einbeitt [mér] að faglega þættinum og mannlega þættinum og farið yfir hvað er ég að gera fyrir sjúklinginn og hvað er ég að gera fyrir starfsfólkið mitt.

Mannauðsstjórar spítalans taka að einhverju leyti á stærri málum deildanna í samvinnu við deildarstjóra. Á spítalanum er miðlæg mannauðsskrifstofa og svo er mannauðsstjóri inni á sviðunum. En ljóst er að mannauðsstjóri sem er á sviði þar sem eru átta hundruð til tólf hundruð manns er auðvitað ekki inn í öllum starfsmannamálum og því tekur mannauðsstjóri hvers sviðs einungis á takmörkuðum hluta þeirra mannauðsmála sem upp koma á deildunum s.s. ráðningum, upplýsingagjöf o.fl.

„Mannauðsstjórar Landspítala eru alltaf með einhver þúsund manns undir sér“ segir einn viðmælanda og því gefur auga leið að „stjórnendurnir á gólfinu [deildarstjórar], að þeir eru með mjög stóra pakka“. Fjölgun mannauðsstjóra á spítalanum væri því augljóst úrræði sem myndi létta álaginu á deildarstjórum. Fordæmi er fyrir því hjá Landspítala að ráða mannauðsstjóra yfir smærri einingum:

Bestu fréttir sem ég fékk, það var í sumar, að það var ráðinn mannauðsstjóri sem á að vera bara með okkur. Hún er ekki alveg komin á þann stað, hún er með annað teymi líka aðra deild, en það er í fyrsta skipti þá sem að [deildin] á bara sinn eigin mannauðsstjóra.

Ráðning mannauðsstjórans myndi breyta miklu fyrir starf deildarstjóra og aðstoðardeildarstjóra, s.s. aukinn tíma fyrir önnur stjórnendastörf. Þétt samstarf atorkumikils fagfólks sem myndar

grundvöll þeirrar þjónustu sem þar er veitt, er að sögn viðmælenda einkennandi fyrir spítalann, þvert á deildir og sérsvið.

Viðmælendur rannsóknarinnar lögðu áherslu á mikilvægi að byggja upp og styrkja hinn faglega þátt starfsins. Faglegt utanumhald og umsjón með faglegri starfsemi og þróun innan spítalans situr að mati viðmælenda á hakanum, m.a. vegna annarra, tímafrekra starfspátta eins og komið hefur verið inn á. Fagleg fræðsla liggur til grundvallar allri þróun í hjúkrun og þarf að mati viðmælenda að efla til muna.

Þetta er háskólasjúkrahús og við komumst aldrei neitt á ráðstefnur eða frá á námskeið eða neitt, af því það er alltaf brjáláð að gera. [...] Bæði sem stjórnandi og sem hjúkrunarfræðingur [...] þá þráirðu að bæta þig, læra eitthvað nýtt og fylgjast með, en eins og staðan er núna þá eru rosalega fáir sem fá að gera það [...]. Það myndi auka ánægjuna hjá öllum breyta til og lyfta [öllu] upp.

Svigrúm til faglegrar fræðslu myndi með öðrum orðum bæta gæði hjúkrunar og á sama tíma auka starfsánægju hjúkrunarfræðinga og stjórnenda spítalans.

Laun og kjör hjúkrunarfræðinga

Viðmælendur töluðu allir um að lág laun í stéttinni væru stór hluti ástæðunnar fyrir því að erfitt er að manna stöðugildi hjúkrunarfræðinga á Landspítalanum. Þannig segir einn viðmælenda:

Ef við ætlum að fá hjúkrunarfræðinga aftur til starfa inn á Landspítalann, þá þurfum við að bjóða þeim bara laun í takt við álag og ábyrgð. Það á að vera eftirsóknarvert að vinna á Landspítalanum.

Eins og staðan er í dag endurspeгла launin ekki þær kröfur og ábyrgð sem fylgja störfum hjúkrunarfræðinga spítalans:

Launin eru náttúrulega bara alltof lág og þau þyrftu að vera svo miklu, miklu betri, bara grunnlaunin, til þess að laða fólk inn því þetta er svaka álag og þetta er rosa ábyrgð að vera hjúkrunarfræðingur [...] þetta ættu að vera vel launuð störf.

Starf hjúkrunarfræðinga felur í sér ábyrgð á lífi og heilsu fólks sem er ekki metið að verðleikum og í takt við „álag“ og „ábyrgð“ líkt og viðmælandi vísar í. Þar að auki segja viðmælendur „bara súrt að það sé ekki líka meira metið, þú veist hvað þú ert búin að mennta þig, sem ferð í meistaranám og búin að fá sérfræðiréttindi og eitthvað fleira“.

Til þess að bæta slök grunnlaun hjúkrunarfræðinga var „settur ákveðinn vakta hvati inn í kjarasamninga fyrir nokkrum árum“ „[...] „og þá þarftu að ná ákveðið mörgum stundum utan

dagvinnu til að fá vakta hvatann“. Fólk nýtir vakta hvatann til þess að hækka grunnlaunin og bætur á sig „aukavöktum og vinn[ur] kvöld og helgar“. Viðmælendur undirstrikuðu að þó úrræðið feli í sér möguleikann á að „hífa upp“ grunnlaunin, sé álagið sem því fylgir, á fjölskyldur og starfsfólk ótvírætt. Óhjákvæmilega fylgi aukavöktum aukaálag og minni frí- og hvíldartími fyrir hjúkrunarfólk sem starfar á spítalanum.

Rík þörf er á því að hækka laun hjúkrunarfræðinga, bæði grunnlaun og heildarlaun. Ein leið til heildrænnar nálgunar við að lagfæra og hækka laun hjúkrunarfræðinga, sem bent var á í viðtölunum, var að samræma starfsþróunarkerfið og launakerfið og nýta betur þrepin í launatöflum hjúkrunarfræðinga. Eins og er er „launataflan alltof flöt og spönnin í henni er ekki nýtt“ bendir einn viðmælenda á og annar segir „alltof lítinn [launa]mun á milli þeirra sem eru með mikla reynslu og ekki“. Fleiri viðmælendur bentu á að lagfæra þurfi starfsþróunarkerfið: „Starfsþróunarkerfið sjálft sem er hjá okkur það er þannig að þú ferð eftir færni og hæfni og þú hækkar svona rólega [...] en svo stoppar það á ákveðnum punkti“.

Ástæðuna fyrir því að starfsþróunarkerfið metur ekki til fulls reynslu og starfsaldur hjúkrunarfræðinga segja viðmælendur m.a. vegna þeirrar áherslu á að hækka grunnlaun nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga til að laða þá til starfa, en launahækkanir eldri og reyndari hjúkrunarfræðinga hafa setið á hakanum. Í því felst sú augljósa áhætta að eldri og reyndari hjúkrunarfræðingar hverfi frá störfum á spítalanum sem aftur felur í sér hættuna á að reynsla og þekking tapist.

Nýliðar

Nýliðar, eða nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar, eru mikilvægir fyrir Landspítalann til þess að mæta mannekklunni og byggja upp innviði. Viðmælendur lögðu áherslu á mikilvægi þess að taka vel á móti nýliðum og halda vel utan um þá, bæði faglega og sem einstaklinga sem væru að fóta sig í hópi reynds starfsfólks í álagsvinnu: „Við erum búin að eyða miklu þúðri í það að þjálfra upp og aðlaga og halda utan um það unga fólk sem er hjá okkur til þess að styrkja þau“ segir t.d. einn þátttakandi.

Aðspurðir sögðu viðmælendur framboð nýliða með ágætum enda sé:

...verið að slá met held ég á hverju ári í ásókn í hjúkrunarfræðideildina og eins verið að útskrifa fleiri og fleiri, en aðalmálið er að hjúkrunarfræðingar hætti ekki á fyrstu tveimur til fimm árum í starfi.

Líkt og orð viðmælenda sýna er nóg um nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga en vandi felst í miklu brottfalli þeirra úr starfi snemma á ferlinum. Til þess að mæta snemmbúnu brottfalli úr greininni brást Landspítalinn við með því að bjóða „hjúkrunarfræðing[um] á fyrsta ári í starfi [...] að fara á

starfspróunarár, en í því felst bæði faglegur stuðningur í formi námskeiða og svona þessi jafningjastuðningur“. Á starfspróunarári fá nýliðaðar að ráðstafa „10 prósent af starfinu í námskeið“.

Starfspróunarárið hefur að sögn viðmælenda reynst vel sem almennur grunnur: „Þau eru að fá svona ákveðna miðlæga fræðslu sem er mjög gott“, „en við á deildinni erum líka með ákveðið fræðsluprógramm fyrir nýliða“. Stjórnendur deildanna hafa þannig sett á laggirnar eigin prógrömm til þess að þjálfar nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga sérstaklega fyrir þá sérþjónustu sem veitt er á viðkomandi deild. Eðli málsins samkvæmt útheimtir þjálfun nýliða tíma og fyrirhöfn: „Þetta er náttúrulega líka bara endalaus vinna í sjálfu sér að ráða nemana og þjálfar og svo þú veist standa vel við bakið á þeim.“ Þjálfun nema og nýútskrifaðra fylgir þannig óhjákvæmilega auka vinna sem bætist við mikla vinnu fyrir, meðal eldri og reyndari hjúkrunarfræðinga á spítalanum.

Fræðsluprógrömm deildanna eru eins og áður sagði mismunandi eftir starfsemi og sérhæfingu viðkomandi deildar. Prógrömmir eru gjarnan sett upp sem „svona stiga þrepandi hæfni-viðmiðunarkerfi“ líkt og einn þátttakandi segir eða með orðum annars viðmælenda:

Þegar þú byrjar hér hjá okkur í hæfnimiðaða prógramminu þá er þér úthlutað mentorum [sem eru] mjög reyndir einstaklingar, [...] sérfræðingar í hjúkrun, sem halda utan um þann hóp og það er svona þín manneskja sem þú ferð til á vaktinni. Það eru þau sem halda utan um kennsluna og fræðsluprógrammið [...] á þínu fyrsta starfsári. Og svo þegar þú ert komin yfir á næsta starfsár þá er annar hópur sem tekur þar af því þá erum við kannski aðeins að taka meira dýpra hvað er verið að gera.

Prógrömmir eru þannig sniðin að nýliðum sem eru þjálfaðir í stigvaxandi sérhæfingu undir eftirliti og með stuðningi reynds starfsfólks. Prógrömmir eru hópmiðuð en viðmælendur lögðu þó samhliða áherslu á þörfina fyrir sveigjanleika í allri nálgun:

Það er svo einstaklingsbundið, það geta verið tveir einstaklingar og annar er bara mjög [...] fljótur að tileinka sér og [annar ekki]. Og nú eru komnir hjúkrunarfræðingar sem eru að koma eftir annað háskólanám og eru þar af leiðandi styttra í hjúkrunardeildinni og oft ekki með þessa klínísku reynslu sem að nemendurnir sem eru búnir að vera fjögur ár [eru með] sem eru búnir að vera vinna alltaf á sumrin og eru með [...] þessi hands on verkefni.

Prógramm fyrir nýliða þarf því að fela í sér einstaklingsmiðaða þjálfun og stuðning sem hentar hverjum og einum, bæði persónulega og í takt við það nám sem viðkomandi hefur að baki. Þó

bæði starfsársprógrammið og prógrömm einstaka deilda hafi reynst vel og séu í sífelldri mótun til þess að mæta þörfinni, segja viðmælendur að erfitt geti verið að halda í yngra starfsfólk. Góð þjálfun og utanumhald dugar ekki til þess að halda ungu hjúkrunarfólki í vinnu á Landspítalanum undir ríkjandi kringumstæðum að mati viðmælenda heldur þarf meira að koma til líkt og „betra frí og laun“. Þannig segir einn viðmælandi:

Unga fólkið í dag er með þessar kröfur og það fer á heilsugæsluna, það fer á dagdeildir, það fer á öldrunarstofnanir, það ræður sig ekki inn á spítalann út af [álagi]. Þannig það þarf eitthvað að skoða það að umbuna þeim sem taka vaktir koma til móts við þau og það þarf til dæmis að gera með betra frí og launum.

Erlendir hjúkrunarfræðingar

Líkt og áður sagði hefur fræðsla starfsþróunarárs einnig verið aðlöguð að nýju erlendu hjúkrunarfólki með það sem markmið að „allir fái sömu fræðsluna og innsetninguna í starfið á spítalanum“. Hlutfall erlendra hjúkrunarfræðinga hefur farið stækkandi. Um er að ræða fjölbjóðlegan hóp fólks, aðallega frá Filipseyjum, en einnig fleiri löndum. Sem dæmi segir einn þeirra deildarstjóra sem rætt var við í rannsókninni:

Við erum með marga frá Filipseyjum svo frá Póllandi [...]til dæmis hjá okkur, erum við með eina frá Indlandi frá Brasilíu frá Póllandi frá Filipseyjum frá Skotlandi, við erum með soldið fjölmenningarlega deild.

Af tilvitnuninni má ráða að um er að ræða breiðan og fjölbreyttan hóp hjúkrunarfræðinga af erlendum uppruna. Viðmælendur sögðu sömu viðbætur við almenna fræðslu, þ.e.a.s. sérhæfða þekkingu deilda, eiga við um þjálfun starfsfólks af erlendum uppruna auk þess sem „við þurfum að gera betur varðandi fólkið af erlenda upprunum, og ég vona það sé nú verið að gera það, með tungumálið okkar“. Íslenskukennsla fyrir hjúkrunarfræðinga af erlendum uppruna er talin til mikilvægra þátt í innleiðingarfræðslu, bæði fyrir sjúklingana á deildunum og einnig til þess að erlent starfsfólk nái að kynnast íslensku starfsfólki fyrir og betur og verða „hluti af hópnum“, líkt og þátttakandi í rannsókninni undirstrikaði.

Tilfinningalegt álag

Til sálfélagslegra álagsþátta í starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga heyrir nálægðin við sjúklinga, erfiða sjúkdóma og dauða sem rannsóknir hafa sýnt eiga þátt í að gera hjúkrunarfræðinga útsetta fyrir kulnun, líkt og tæpt var á hér að framan. „Þetta er oft mjög erfitt eins og með börn, eða ungt fólk með krabbamein“ segir t.d. einn viðmælenda og „það er bara ósanngjarnt að sjá unga einstaklinga missa lífið“ segir annar. Álaginu sem er tilfinningalegt, þarf að mæta með

tilfinningamiðuðum bjargráðum og gæta þess að setja ekki allt í samhengi við sjálfan sig. „Það er ákveðinn þroski eða lífsleikni“ segir einn viðmælenda að „takast á við þetta sem hluta af starfinu“ og vísar þar í sjúkdóma og dauða sjúklinga. Ein grundvallar forsenda þess að viðhalda eigin, tilfinningalega jafnvægi sem starfandi hjúkrunarfræðingur, er að skilja sjálfan sig frá sjúklingum sínum:

Þetta eru skjólstæðingar mínir og ég ber virðingu fyrir þeim og mér er umhugað um þeirra heilsu og lífsgæði en það eru ákveðin skil og þegar að þessi skil eru svona einhvern veginn óskýr [...]ef þú gerir ekki þessi skil einhvern veginn, þá er eiginlega á vísan að róa með kulnun.

„Skilin“ sem viðmælandi vísar í eru mörkin á milli vinnu og persónulegs lífs eða tilfinningaálags sem tengist vinnunni og persónulegra tilfinninga. Skilin þar á milli eru oft óljós og hægara sagt engert að skilja vinnutengdar tilfinningar eftir á vinnustaðnum.

Hugarfarstengd bjargráð eru að mati viðmælenda mikilvæg öllum þeim sem starfa við heilbrigðisþjónustu og hjúkrun. Jákvætt viðhorf liggur til grundvallar þess að hjúkrunarfólk geti sinnt vinnu sinni eins og best verður á kosið og brenni ekki tilfinningalega út. Hjúkrunarfólk þarf að velja að „fókusera á kostina [...], framþróun, gæði, allt sem þú getur gert“ og gerir vel í starfi, segir einn viðmælenda. Á sama tíma þarf hjúkrunarfólk að hlúa vel að sjálfu sér.

Viðmælendur sögðu jafnframt jafningjastuðning vera dýrmæta leið til að takast á við álag. „Jafningjastuðningur er lang mikilvægastur“ segir einn viðmælandi „að eiga samtalið með þínum jafningjum og samstarfsfélögum [...] að hittast reglulega og spegla okkur í því sem við erum að fást við.“ Áhersla var lögð á mikilvægi samtala deildarstjóra og starfsfólks, og reglulega „viðrun“ á deildum, eða samtal fólks í teyrum. Viðrun væri sérstaklega mikilvæg þegar upp koma erfið mál á vakt. Í viðtölunum var jafnframt áhersla lögð á að „grípa inn í“ ef starfsfólk sýnir merki þreytu eða „ef það verður einhver breyting á einstaklingnum“ sem kallar á samtal eða handleiðslu. Aðgengi að handleiðslu er með ágætum á vegum Landspítlans: „Við erum með gott aðgengi að starfsmannastuðningsteymi sem eru hjúkrunarfræðingar og sálfræðingar og djáknar og svona meðferðaraðilar“ og fólk getur ýmist leitað handleiðslu með tilstuðlan yfirmanns eða beint.

Aðstoð og handleiðsla við deildarstjóra var nýverið eflað og hefur tekist með vel. Þannig segir t.a.m. einn viðmælenda:

Það var gert átak í vetur að bjóða deildarstjórum upp á handleiðslu, þannig að allir deildarstjórar spítalans eru í handleiðsluhópum nema þeir kjósi að vera ekki þar af einhverjum ástæðum, og ég hef ekki heyrt annað en að það sé mjög mikil ánægja

með það hjá stjórnendum og að það sé bara komi ýmislegt gott út úr því að fólk nýti sér það og fái stuðning.

Sú stuðningsstarfsemi sem spítalinn hefur þegar hrint í framkvæmd er að mati viðmælenda jákvæð en mætti þó bæta enn frekar. Þannig minntust viðmælendur á jafningjaaðstoð fyrir deildarstjóra og nýverið hófst handleiðsluáttak fyrir deildarstjóra sem hvoru tveggja fer fram í hópavinnu. Til viðbótar þeim stuðningi sem þegar er til staðar þyrftu að bætast hnitmiðaðri nálganir að mati viðmælenda. Þannig var áhersla lögð á handleiðslu sem þyrfti að sníða betur að starfsemi einstaka deilda. Frekari lausnir fyrir deildarstjóra til þess að létta álagi og koma í veg fyrir kulnun og örmögnun voru meðal annarra að fjölga mannauðsstjórum spítalans.

Álagsástand - Covid-19

Þátttakendur í rannsókn þessari höfðu allir reynslu af langvinnu álagsástandi á Landspítalanum. Sumir yfir árábil og aðrir í áratugi, þegar Covid-19 kom til sögunnar:

Í Covidinu vorum við náttúrulega með nýjan hlut. Það þurfti að vinna svo margar hugmyndir bara frá gólfinu og upp úr og við vorum svolítið mikið í þessu að finna út hvað þyrfti að gera hvernig best væri að hugsa um þennan sjúklingahóp hvernig honum liði best, allt frá því hvernig við áttum að fara með ruslið út frá fólkinu og upp í að hvað þau vildi borða eða hvernig við vorum að meta það hvenær það var að fara „crasha“.

Nýr og óþekktur sjúkdómur kallaði á nýjar ráðstafanir. Sjúkdómurinn smitaðist auðveldlega og úrræðin voru takmörkuð. Starfsfólk Landspítala, sem vann eins og áður sagði við erfiðar aðstæður í heild sinni, tókst á við nýjar og óþekktar áskoranir og mótun lausna.

Til þess að bregðast við stórauðni álagi vegna faraldursins fékk spítalinn aukna fjárveitingu og „bakvarðasveit“ heilbrigðisþjónustunnar var kölluð út. Framan af gerði bakvarðarsveitin gæfumuninn: „Það voru allir tilbúnir að hjálpa þarna fyrst, þá voru bara allir „on board“, og bara heyrðu við sigrumst nú á þessu“ rifjar einn viðmælenda upp, „en þegar önnur, þriðja og fjórða bylgja kom, þá vissu allir hvað þetta var mikið álag“ og starfsfólki bakvarðasveitar snarfækkaði. Fastráðið starfsfólk spítalans stóð áfram vaktina:

Covid var bara mjög stór pakki og þetta var eiginlega skipulagning allan sólahringinn. Maður vann ekki átta tíma og ekki tíu tíma, maður vann sextán plús tíma dag eftir dag eftir dag. Þetta var eiginlega bara galið.

Í upprifjun sinni lýsir viðmælandi vinnuálaginu sem ríkti á tímum Covid; löngum vinnutíma og skipulagningu, sem m.a. fól í sér mótun verklagsreglna í takt við síbreytilegt verkflæði, mönnun og tímasetningar, sem fjarstæðukenndu þegar hann hugsar til baka. Á sama tíma jók starfsfólk við þekkingu sína og þjálfaðist í að sinna flóknum verkefnum. Unnið var með erlendum sérfræðingum við að hjúkra veikustu Covid sjúklingunum. Vinnan fól m.a. í sér þróun tækni við hjúkrun Covid sjúklinga og lagði til aukinnar þekkingarsköpunar meðal starfsfólks spítalans:

Að sjálfsögðu má segja að það var ákveðið þrekvirki unnið varðandi Covid. Við vorum að gera það allra, allra besta sem við gátum gert miðað við þær aðstæður sem við vorum í og það var verið að nýta alla þá þekkingu utan úr heimi sem var [til staðar] eins og með meðhöndlun á þessum allra veikustu sjúklingum sem við vorum með. Við vorum orðin sérfræðingar í að velta sjúklingi í öndunarvél á magann, í magalegu, sem var talin ein prone position, liðurinn í hjúkrunar sjúklinga til þess að reyna bæta loftskiptin í lungunum [...]. Við bara lærðum alveg ótrúlega mikið af því.

Í stuttu máli má segja, að það álag sem ríkti fyrir Covid gerði það að verkum að Landspítalinn var ekki undir það búinn að takast á við hættuástand, líkt og það sem skapaðist af völdum heimsfaraldursins á árabílinu 2020-2023, og neyðarstigi var lýst yfir. Þau bjargráð sem gripið var til, líkt og að auka fjármagn tímabundið og virkja starfsfólk utan spítalans, dugðu ekki til við að létta álag í samræmi við þörfina. Þó Covid-19 hafi ollið einstöku álagi á heilbrigðiskerfið í heild sinni og þá sérstaklega á Landspítalann, er víðlíka ástand af utanaðkomandi völdum ekki útilokað, líkt og viðbragðsáætlun Landspítalans gerir ráð fyrir. Rík þörf er því á langtíma úrlausnum til þess að Landspítalinn geti tekist á við ófyrirséð verkefni.

Meðallegutími á spítalanum ekki langur þó það sé mismunandi eftir sérgreinum og einingum. Heilt yfir segja viðmælandur „rosalegt „turnover““ á spítalanum líkt og einn orðar það, eða að flæði sjúklinga í gegnum deildir Landspítalans sé mjög hratt. Innlagnaálag á Landspítalanum sem myndaðist eftir að þyngstu Covid-19 bylgjurnar voru gengnar yfir má rekja til ýmissa þátta. Auk viðvarandi skorts á hjúkrunarrýmum voru ýmsar aðgerðir ekki framkvæmdar meðan á faraldrinum stóð, og veirur og pestir sem voru í hléi á meðan Covidið var komu af fullum þunga eftir Covid svo álagið hélt áfram.

Stigun innlagna var hugsuð sem úrræði við að dreifa innlagnarálagi á deildir spítalans. Spítalinn greip því til þess ráðs að dreifa umframálagi, þ.e. sjúklingum sem ekki var pláss fyrir, yfir á allar deildir spítalans. Fjöldi aukasjúklinga er mismikill eftir því hversu stór deildin er, og mörg pláss til umráða:

Þetta átti að vera svona neyðar[úrræði] ef það er að yfirfyllast [deildin] þá þurfa allar deildir að taka fleiri sjúklinga en eru [pláss fyrir] í rauninni. Það er til stig eitt, tvö og þrjú og til dæmis eins og fyrir mína deild á stigi eitt þá tókum við tvo auka sjúklinga inn, á stigi tvö tókum við fjóra og á stigi þrjú tókum við sex sjúklinga. [Við erum] með 22 opin pláss og við erum búin að vera núna í þrjár vikur á stigi þrjú sem er neyðarstigið þannig inn á deildinni hafa verið 28 sjúklingar í þessum 22 opnu plássum.

Líkt og tilvitnun segir til um eru fjöldi auka sjúklinga á deild reiknuð inn eftir stigum og í samræmi við fyrirliggjandi pláss á hverri deild. Þegar viðtalið var tekið hafði neyðarstig verið á deildinni í þrjár vikur sem þýddi að sex auka sjúklingar höfðu legið á deildinni. Dæmi frá öðrum viðmælenda er af:

...deild sem er með 36 rúm. Akkúrat núna erum við með 48 innlagða sjúklinga sem er umfram þann rúma fjölda sem við erum með plús það að heildarfjöldinn inn á deildinni er 86 sjúklingar þannig þetta er svona, ég veit að fólk áttar sig ekkert alveg á því hversu skökk þessi mynd er.

Á deild þeirra þátttakenda sem vitnað er í hér að ofan, var heildarfjöldi sjúklinga á deildunum langt umfram fjölda legurúma deildarinnar þegar viðtölin voru tekin. Fjöldi umframrúma á deild miðuðust við stærð viðkomandi deildar auk þess sem fjöldi rúma á göngum var áætlaður eða: „allar yfirlagnirnar á deildunum, það var sett upp skilgreining á hvað þú áttir að taka samkvæmt stigun spítalans, hvað þú áttir að hafa marga á gangi“, útskýrir einn viðmælendi.

Umframrúmafjöldi sem var áætlaður göngum deildanna gerir allar aðstæður erfiðari, bæði fyrir starfsfólk og sjúklinga. Viðmælendur bentu á að starfsfólk á erfiðara með að athafna sig vegna þrengsla og sjúklingar á göngum fá minna næði en þeir sem liggja á stofum. Auk þess eru sjúklingarnir á deildinni að „detta um rúmin“ á göngunum eða eru „dettandi með grindurnar sínar og komast ekki fram hjá þeim [rúmunum]“, líkt og einn viðmælenda segir frá.

Viðmælendur höfðu almennt skilning á því að gripið var til stigunarkerfis innlagna á sama tíma og þeir ítrekuðu hættunarnar sem fylgja ástandinu. Þannig var lögð áhersla á að sjúklingar spítalans fengju ekki þá hjúkrun sem best væri á kosið og að álagið á hjúkrunarfólkinu sé mikið:

Við þurfum að jafna álagið og dreifa ábyrgðinni inn á allar legudeildirnar, en þegar þetta verður svona langvarandi þá náttúrulega er hættan á að fólk sem kannski hefur bagnað, að það brotni af því að vaktirnar verða þyngri sjúklingarnir eru fleiri, fólk er veikara og það er erfiðara að útskrifa.

Fleiri sjúklingar og þyngri vaktir auka hættuna á því að starfsfólk þreytist og verði þannig útsettara fyrir kulnun og örmögnun.

Á sama tíma og fjöldi sjúklinga á deildunum fer langt umfram skilgreindan fjölda legurýma helst fjöldi starfsfólks deildanna óbreytt sem þýðir að hjúkrunarág er gríðarlegt, líkt og viðmælendur lýstu hér að ofan. Þetta kemur heim og saman við Starfsemisupplýsingar Landspítala frá árinu 2023, þar sem m.a. er greint frá því á bls. 8 að nýting legurýma á deildum spítalans í ágúst 2023 er á öllum sviðum, utan Kvenna- og barnasviðs, langt umfram æskilega rúmanýtingu. Af sex sviðum fara þrjú svið yfir 100% nýtingu og tvö yfir 90% nýtingu en æskileg nýting er 85%. Hjúkrunarág er skilgreint „meira en ákjósanlegt“ á öllum deildum spítalans í ágúst 2023, að öldrunarlækningadeild undanskilinni, líkt og greint er frá á bls. 7 í sömu skýrslu (Landspítali, 2024).

Kulnun meðal hjúkrunarfræðinga og deildarstjóra hjúkrunar

Fyrirliggjandi rannsóknir á starfsumhverfi og líðan hjúkrunarfræðinga á Landspítala hafa leitt í ljós að vinnuálag og kulnunareinkenni eru vaxandi vandamál (sjá t.d. Jana Katrín Knútsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Kári Kristinsson, 2019). Hér verður fjallað um reynslu viðmælenda rannsóknarinnar af kulnun og örmögnun.

Allir viðmælendur rannsóknarinnar höfðu beina eða óbeina reynslu af kulnun eða örmögnun. Sem dæmi um fjölda kulnunartilfella sem viðmælendur þekktu til segir einn þeirra:

Við vorum að funda í gær, deildarstjórar hérna á Landspítalanum á legudeildunum [...] og þá [segir] reyndasti deildarstjórinn að af tíu deildarstjórum þar hafa sjö farið í burnout og verið frá vinnu frá fjórum mánuðum upp í eitt ár.

Orð viðmælenda, sem og reynsla þátttakenda í rannsókninni, gáfu innsýn í afar mikinn fjölda kulnunartilfella sem deildarstjórar þekktu til. Ástæður kulnunar hjá þeim einstaklingum sem viðmælendur höfðu reynslu af, voru helst raktar mikillar manneklu og vaktabyrði, að viðbættum sérstökum álagspáttum sem sköpuðust af völdum Covid-19.

Aðrar og alvarlegri afleiðingar vegna samskiptaleysis deildarstjóra við yfirmenn komu fram í viðtölunum. Þeir viðmælendur sem höfðu persónulega reynslu af kulnun og örmögnun í starfi lýstu því að hafa upplifað algeran skort á samtali og stuðningi yfirmanna sinna þegar þeir unnu undir miklu álagi. Sem dæmi segir einn deildarstjóri „það er enginn sem grípur mann“ þegar álagið er mikið, og annar lýsir ákveðnu ferli samskipta eða öllu heldur samskiptaleysis, þegar viðkomandi fann fyrir mikilli vanlíðan í starfi vegna álags:

Ég sendi og sendi pósta. Málið er að þarna er bara enginn sem, að það er ekkert eftirlit með manni. Það er enginn búinn að taka púlsinn á mér eða neitt skilurðu hvað það varðar hvernig mér líður í vinnunni. Það er enginn handleiðari eða neitt, ég fékk aldrei neitt þannig. Ég læt vita mjög mikið af því að ég er að missa tókin.

Ástæður kulnunar þeirra hjúkrunarfræðinga sem rætt var við voru, sem dæmi, ára og áratugalangt álag í starfi sem stafaði meðal annars af vaktaálagi og manneklu. Þátttakendur rannsóknarinnar lögðu áherslu á að „þú getur alveg ráðið við mjög mikið álag í vinnunni tímabundið“ en mikið álag til lengri tíma reynist mörgum ef ekki flestum ofraun. Langvarandi álag og að viðbættum heimsfaraldri, Covid 19, gerði útslagið og leiddi til örmögnunar hjá viðmælenda eins og hér er lýst:

Þetta er langur tími sem ég vinn á Landspítalanum [...] ég er að vinna alltaf í vaktavinnu; vinn kvöldvaktir, næturvaktir og allt þetta þannig það er ýmislegt búið að ganga á. Mikil vaktabyrði náttúrulega, mikil mannekla [...], þannig maður er oft að hlaupa og hlaupa og hlaupa hraðar [...] Svo skellur á Covid og [...] ég fæ enga handleiðslu af því það er Covid og það lokar allt og við erum svolítið í okkar eigin búbbu öll og ég er nýr stjórnandi [...]. Þannig ég er bara ein með [þessa] deild í Covid þar sem [...] það eru nýjar reglur á hverjum degi um hvað á að gera.

Ábyrgð og álag viðmælenda sem vitnað er í hér að ofan eykst til muna við það að taka við deildarstjórastöðu og stuttu síðar skellur á fordæmalaust álag, vegna heimsfaraldurs. Ástandsins vegna var aðstoð og handleiðsla engin.

Ég stólaði rosa mikið á aðstoðardeildarstjórnann minn, við vorum tvær í þessu náttúrulega, og hún er líka farin í veikindaleyfi núna. Þannig að við brunnum báðar út á þessu tímabili af því við þurftum að reiða okkur mikið bara okkur sjálfar án þess að hafa aðstoð.

Aðrir deildarstjórar lýstu aðdraganda og orsök eigin kulnunar sem samtvinnuðu, miklu álagi í vinnu og persónulega lífinu. „Ef þú ert að ströggla í persónulega lífinu og svo verður álagið mikið í vinnunni og þú byrjar að tapa boltanum“ segir t.a.m. einn viðmælandi, „þá getur náttúrulega einstaklingurinn hrunið mjög hratt“. Hvíldin frá álagi er þannig á hvorugum staðnum hvorki í vinnunni frá persónulegu álagi, né á heimilinu frá vinnutengdu álagi. Einn viðmælenda lýsti eigin reynslu á eftirfarandi hátt:

Það var náttúrulega Covidið sem fór með mig sjálfa, en það var reyndar líka í persónulega lífinu. [...] sem sagt mikið álag í persónulega lífinu og svo þetta svakalega álag sem við lentum [í Covid]. Við vorum Covid gjörgæslan, það var

ákveðið að Fossvogurinn yrði þar sem Covid sjúklingarnir voru og það krafðist meiri mönnunar og við vorum að fá fólk alls staðar að sem sagt skurðstofunum, svæfingunni - sem var náttúrulega frábært - að koma að hjálpa okkur í Covid. En þetta var bara mjög stór pakki. Þetta var skipulagning allan sólahringinn. Maður vann [...] sextán plús tíma dag eftir dag eftir dag.

Líkt og tilvitnanirnar tvær hér að ofan var Covid-álagið veigamikill orsakapáttur kulnunar meðal viðmælenda, enda um fáheyrt álag yfir langt tímabil að ræða. Deildarstjórar, sem alla jafna vinna dagvaktir, unnu „16 tíma á dag“ líkt og minnst er á hér að ofan og þurftu auk þess að manna kvöld- og næturvaktir sjálfir sökum álags, manneklu og veikinda á deildunum. „Sumarið 2021 varð ég að standa fullt af næturvöktum sjálf“ segir einn þátttakenda t.d., „það var bara engin mönnun“. Ofan á álag sem tengdist Covid sérstaklega, „lengdust biðlistarnir“ í aðgerðir allra deilda, sem fyrir voru langir, og þegar Covid álagið minnkaði „voru bara mjög skýr skilaboð að láta vélina ganga“ áfram.

Eftir mesta Covid álagið var ekkert rými fyrir tilslakanir, tímabundnar lokanir deilda eða önnur úrræði til þess að hvíla starfsfólkið heldur þvert á móti þurfi að grípa til þess ráðs að fresta fríum starfsfólksins: „fólk átti bara ekki að fara í sumarfrí“. Með öðrum orðum teygði vinnutengt álag sig inn í einkalíf fólks. Skörun vinnutengds álags og persónulegs álags getur þannig myndað tvíátta ferli, bæði orsök og afleiðingu kulnunar, ef svo má að orði komast.

Afleiðingar og einkenni kulnunar

Að sama skapi höfðu afleiðingarnar, kulnun og örmögnun, bæði áhrif innan fjölskyldna þeirra sem veiktust og á vinnustöðum viðkomandi. Viðmælendur lýstu bæði andlegum og líkamlegum einkennum. „Þetta var galið þegar maður hugsar til baka“ segir einn viðmælenda þegar hann var beðinn um að rifja upp einkennin sem hann fann fyrir. „Ég hélt ég hefði fengið Covid og bara orðið svona veik, af því að þetta voru náttúrulega bara líkamleg einkenni. [...] Já og svo var ég náttúrulega með stöðugan höfuðverk“. Annar segir frá því að hafa „í einhverri svona rælni [ákveðið] að mæla blóðþrýstinginn“ sem reyndist vera „180 yfir 120“. Einn viðmælandi var „komin með [alltof háan blóðþrýsting], hjartsláttaróreglu og alltaf með brjóstviða“. Annar viðmælandi lýsir aðdraganda veikindanna á eftirfarandi hátt:

Ég man alveg tilfinninguna núna. Mér leið eins og það væri hljóð, sem þú getur ímyndað þér að draga neglur eftir krítartöflu eða spenna upp einhvern svona vír, það er bara einhver svona óþægindatilfinning svona [eins og] blaðra sem er blásin svo mikið upp að hún er við það að fara að springa, og ég einhvern veginn náði mér bara ekki niður.

Viðmælendur sögðust ekki hafa gefið sér tíma til að staldra við, við fyrstu einkenni heldur fundið sig knúna til að „standa vaktina“. Andleg og líkamleg einkenni mögnuðust og bitnuðu óhjákvæmilega á störfum viðkomandi. „Aðdragandinn er bara þannig að ég hætti að sjá tölvuskjáinn og hætti að útdeila verkefnum“ rifjar þátttakandi upp, sem gerði það að verkum að hún gat ekki sinnt störfum sínum s.s. „stokkið inn í klíník, [...] reiknað út lyf“ eða sinnt öðrum verkefnum.

Skert geta til að sinna daglegum athöfnum teygðu sig frá vinnustað og yfir á heimili viðmælenda. „Allt í einu er ég bara svo gagnslaus, bæði í vinnunni og heima“, segir t.d. einn viðmælandi.

Ég var hætt að finna orð, ég var hætt að ganga inn í verkefni og ég sat bara rosalega mikið og kom engu frá mér og gat ekki tekið neina ákvörðun. Ég var eins og ég væri með heilablóðfall, ég mundi ekki hvað börnin mín hétu. Ég sagði klósett í staðinn fyrir eldhús. [...] Svo byrja ég að missa hárið, í mars missti ég bara hárið. [...] Svo er ég algerlega rúmföst og bara vakna ekki einn daginn.

Í tilvísuninni má lesa lýsingu viðmælenda á stigvaxandi einkennum örmögnunar frá verkstoli, til minnisleysis og loks líkamlegra áfallaeinkenna.

Úrræði vegna kulnunar

Úrræðið sem þolendum kulnunar eða örmögnunar stóð til boða var, að fara í veikindaleyfi til lengri tíma í samræmi við veikindarétt hjúkrunarfræðinga samkvæmt kjarasamningi (Félag íslenskra hjúkrunarsamninga, e.d.). Viðmælendur rannsóknarinnar töldu veikindaréttinn takmarkað úrræði sem ekki hentaði í öllum tilfellum og kölluðu því eftir breytingum á kjarasamningi eða að boðið verði upp á víðtækari lausnir og fleiri leiðir til veikindaleyfa.

Þannig ræddu viðmælendur möguleikann á því að bjóða fólki upp á að fara fyrr í „hlutaveikindaleyfi“, eða áður en viðkomandi fer í kulnun, ásamt því að kallað var eftir fjölbreyttari og víðtækari lausnum:

Það þarf miklu meiri lausnir. Það þarf miklu meira til dæmis að mega fara í hlutaveikindi strax, ekki bara fara alveg út, því það er heldur ekki gott í mörgum tilfellum af því fólk er þá orðið svo ragað að koma aftur. [...] Ef þú vinnur í þínum málum með því að til dæmis að minnka vinnuna, vera að hluta til í einhverju prógrammi en ekki bara vera veikur og vera bara heima, heldur þarf að búa til prógramm fyrir [hvern og einn].

Blandaðar, einstaklingsmiðaðar lausnir myndu skila sér betur, bæði til einstaklinganna sjálfra sem og vinnustaðarins. „Ef gripið er inn í með markvissum hætti“ bendir viðmælandi á, til dæmis

með aðkomu „VIRK“ er minni hætt á að fólk brenni alveg út, „missi fótana“ og treysti sér jafnvel ekki aftur til vinnu. „Vinnan er eitthvað sem þú kannt“ hún er „hluti af þinni sjálfsmynd og þínu sjálfsöryggi“. Með aðstoð og minnkaðri starfsskyldu með hlutaveikindarétti, er að mati viðmælenda hægt að byggja fólk upp og koma í veg fyrir algera kulnun eða örmögnun. Viðmælendur bentu jafnframt á að fleiri bjargráð þyrftu að standa fólki til boða til þess að hægt sé að mæta fólki á sem uppbyggilegastan máta, og nýta úrræði sem forvörn. Í því sambandi þarf að auka og einfalda aðgengi að sálfræðiaðstoð, bjóða upp á fjölbreytta endurhæfingu og líkamsrækt.

Einnig er þörf á að efla og auka fræðslu fyrir deildarstjóra til þess að „halda fólki vel upplýstu“ um orsakir, birtingarmyndir og úrræði vegna álags og kulnunar. Einn viðmælenda segir frá því að hafa verið:

...á stjórnendafundi þá fengum við þær frá VIRK til að koma og vera bara með fræðslu og fara yfir og skilgreiningarnar og úrræðin og [læra] aðeins inn á þjónustuna hjá VIRK en það er kannski það er kannski komin tvö ár síðan það var.

Þróun þekkingar á kulnun og örmögnun er hins vegar hröð og mikilvægt fyrir stjórnendur að vera vel upplýstir um skilgreiningar, einkenni og þau úrræði sem standa til boða. Mismunandi einkenni og greiningar kalla á mismunandi úrræði:

Þetta ekki allt kulnun og það er það sem að þær hafa verið að tala um hjá VIRK. Þetta er kannski áfall eða þunglyndi og þú vinnur allt öðruvísi með þessa hluti. Þess vegna er svo mikilvægt að skilgreina hvað það er sem veldur [...] að við sem stjórnendur [vitum hvað] þarf að gera ð til þess að starfsmaður geti komið til baka ef hann lendir í kulnun [...]. Eins ef að einstaklingur lendir í áfalli, þá þarf hann allt annan stuðning þegar hann kemur til baka í vinnuna.

Með öðrum orðum þurfa deildarstjórar að fá fræðslu um birtingarmyndir og skilgreiningar á hinum ýmsu áföllum og áskorunum sem fólk getur lent í til þess að geta bent starfsfólki sínu á rétt úrræði eftir þörfum og tekið á móti því eftir fjarveru frá störfum á réttan hátt.

Samantekt og hagnýtar ábendingar

Heilt yfir fylgir starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga og deildarstjóra hjúkrunar á Landspítalanum mikil áskorun. Í máli viðmælenda rannsóknarinnar kom fram að rót vandans liggir í því að heilbrigðiskerfið í heild sinni er sprungið. Fólksfjölgun síðustu ára og áratuga, breytingar á aldurssamsetningu þjóðarinnar og mikil aukning erlendra ferðamanna eru allt þættir sem hafa

stóraukið þörfina á heilbrigðisþjónustu sem stjórnvöld hafi ekki mætt með nægilegu fjármagni og uppbyggingu innviða.

Afleiðingarnar er gríðarlegt álag sem tengist bæði ytri og innri þáttum starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Ytri þættir eru m.a. húsa- og tækjakostur og annar aðbúnaður og til innri þátta heyra t.d. stjórnun, kröfur í starfi, samspil vinnu og einkalífs og tilfinningalegt álag sem skapast af nálægð við erfiða sjúkdóma og dauða sjúklinga. Álagsþættirnir skarast oft innbyrðis. Hér á eftir verða nokkrir þessara þátta og mögulegar úrbætur ávarpaðar.

Húsnæði og tækjabúnaður Landspítalans hefur verið ábótavant og ekki til þess fallið að taka á móti og þjónusta fólk sem hefur þurft á heilbrigðisþjónustu að halda. Í viðtölunum kom fram að þó að þó nýr Landspítala við Hringbraut komi til með að leysa mörg vandamál spítalans, bæði hvað varðar húsnæði og tækjabúnað, mun byggingin aðeins leysa hluta vandans. Þannig er fjöldi sjúkrarúma í nýjum spítala til dæmis talinn vanáætlaður. Til viðbótar við endurnýjun húsnæðis, tækjabúnaðar og annars aðbúnaðar þarf að efla göngudeildir og aðrar stuðningsleiðir við heilbrigðisþjónustu spítalans og útbúa verkferla sem samþætta þjónustuleiðir.

Skipurit Landspítala var nýverið endurskoðað og nýju stjórnendalagi bætt við til þess að styrkja klínískar stoðir spítalans. Við bættust störf forstöðulækna, forstöðuhjúkrunarfræðinga og forstöðumanna. Samkvæmt viðtölunum er mikilvægt að styrkja samstarf og samtal nýs millistjórnendalags við deildarstjóra frekar og þá sérstaklega með tilliti til handleiðslu og meiri aðstoðar við deildarstjóra. Aukin handleiðsla og aðstoð gæti dregið úr hættunni á kulnun meðal deildarstjóra.

Deildarstjóri ber ábyrgð á starfsfólki sinnar deildar sem nemur allt frá tugum til hundraða manns. Deildarstjórar sjá um daglegan rekstur deilda og bera ábyrgð á faglegri umsjón og þróun innan deildanna auk þess að bera ábyrgð á mannauðsmálum, allt frá mönnun deildanna til sérstakra mála einstaka starfsfólks deilda.

Lang tímafrekasti starfspáttur deildarstjóra er mönnun vakta. Mönnunarvandinn skapast af manneklu og skipulagsvanda. Mönnun vakta er krefjandi starfspáttur og tekur tíma og orku frá öðrum starfs- og ábyrgðarþáttum í starfi deildarstjóra hjúkrunar. Bent var á þrjár megin leiðir til að draga úr álagi vegna mönnunar en þær eru:

1. Að ráðnir yrðu verkefnastjórar sem sinntu mönnun eingöngu eða ásamt öðrum smærri verkþáttum. Deildarstjórar þyrftu þá ekki að verja meirihluta tíma síns í mönnun vakta heldur gæfist meiri tími til að sinna öðrum ábyrgðarþáttum starfsins þ.e.a.s. fjárhagslegri og faglegri ábyrgð.

2. Fjölgun stöðugilda hjúkrunarfólks á deildum myndi létta á álagi. Sú leið felur í sér margþátta lausn á mönnunarvanda innan deilda spítalans. Með auknum mannafla myndu kallast á eftirspurn og framboð fagaðila á deildunum, hjúkrunarfræðinga sem sinna sjúklingum. Fjölgun stöðugilda gæti einnig tryggt hvíld á milli vakta og frítöku og draga úr hættu á brottfalli úr stéttinni.
3. Endurskoða og uppfæra þarf mönnunarmódelið sem deildarstjórar hjúkrunar vinna eftir. Með auknum mannafla væri hægt að byggja „róterandi“ hjúkrunarfræðinga inn í mönnunarmódelið, þ.e.a.s. tryggja stöðu hjúkrunarfræðings á deildir sem er ekki með ákveðna sjúklinga heldur getur aðstoðað í öllum teymum. Þannig er betur hægt að bregðast við ólíkum álagspunktum eftir þörfum. Þá þarf módelið að gera ráð fyrir veikindum starfsfólks.

Samnýting úrræðanna þriggja myndi tryggja best mögulegu útkomu.

Nýliðar í hjúkrun eru mikilvægur þáttur mannafla spítalans og mynda grundvöll framtíðar-hjúkrunar. Góð þjálfun og gott utanumhald með nýliðum er mjög mikilvægt og þarf að styrkja enn frekar bæði heildrænt og innan deilda.

Hugarfarstengd bjargráð eru mikilvæg öllum þeim sem starfa við hjúkrun. Að gera skýr skil á milli sjúklinga, sjúkdóma og sjúkdóms- eða slysatengdra áfalla er nauðsynleg lífsleikniaðferð sem þarf að vera hluti þjálfunar og handleiðslu hjúkrunarfræðinga. Efla þarf miðlun og þjálfun hugarfarstengdra bjargráða.

Gott utanumhald og þjálfun duga þó ekki til þess að halda ungu hjúkrunarfólki í vinnu á Landspítalanum undir ríkjandi kringumstæðum heldur þarf einnig að huga að frítíma- og launamálum starfsmanna.

Rík þörf er á því að bæta laun hjúkrunarfræðinga. Ein leið til heildrænnar nálgunar við að lagfæra laun hjúkrunarfræðinga og hækka laun reyndra hjúkrunarfræðinga, er að samræma starfsþróunarkerfið og launakerfið og nýta betur þrepin í launatöflum hjúkrunarfræðinga.

Þó Covid-19 hafi valdið fordæmalausum álagi á heilbrigðiskerfið í heild sinni, og þá sérstaklega á Landspítalann, er endurtekið sambærilegt ástand af utanaðkomandi völdum ekki útilokað, líkt og viðbragðsáætlun Landspítalans gerir ráð fyrir. Rík þörf er því á langtíma stefnumótun og úrlausnum til þess að Landspítalinn geti tekist á við ófyrirséð verkefni.

Undirstaða þess að deildarstjórum sé fært að taka á kulnunartilfellum innan sinna deilda er fræðsla. Fræðsla um kulnun gerir hjúkrunarfræðingum kleift að líta málefnalega á kulnun. Fræðsla gerir þá auk þess sjálfa betur vakandi fyrir einkennum og gerir þeim kleift að bregðast

betur við einkennum samstarfsfólks og sjálfs sín. Regluleg fræðsla um helstu skilgreiningar, einkenni og úrræði fyrir fólk sem lendir í kulnun eða öðrum áföllum er mjög mikilvægur þáttur sem þarf að bæta.

Loks þarf að endurmeta og bæta þau úrræði sem í boði eru fyrir deildarstjóra og starfsfólk þeirra með forvörnum og inngripum. Þannig þarf að breyta kjarasamningum og gera hjúkrunarfræðingum kleift að taka launuð hlutaveikindi fyrir í kulnunarferli, gefa kost á aukinni handleiðslu, greiðari leið að sálfræðipjónustu og auknum möguleikum á hvers konar sjálfsrækt.

Heimildir

- Alþingi (e.d.). Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn frá Birgi Þórarinssyni um myglu í húsnæði Landspítalans. Sjá <https://www.althingi.is/altext/151/s/1387.html>
- Berglind Harpa Svavarsdóttir og Elísabet Hjörleifsdóttir (2020). *Streita, kulnun og bjargráð á meðal hjúkrunarfræðinga á bráðalegudeildum*. <https://old.hjukrun.is/library/Timarit---Skrar/Timarit/Timarit-2020/1-tbl-2020/StreitaKulnunBjargrad.pdf>
- Buchan, J. og Aiken. L. (2008) *Solving nursing shortages: a common priority*. J Clin Nurs. 17(24), 3262-8. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2858425/>
- Cañadas-De la Fuente, G. A., Vargas, C., San Luis, C., García, I., Cañadas, G. R., De la Fuente El. (2015). *Risk factors and prevalence of burnout syndrome in the nursing profession*. Int J Nurs Stud, 52(1), 240-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25062805/>
- Cimiotti, J.P., Aiken, L.H., Sloane, D.M., og Wu, E.S., (2012). *Nurse staffing, burnout, and health care-associated infection*. American Journal of Infection Control, 40(6), 486-490. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC3509207/>
- Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga (e.d.). *Kjarasamningar*. <https://www.hjukrun.is/kjaramal/kjarasamningar>
- Garcia, C. L., Abreu, L. C., Ramos, J.L.S., o.fl. (2019). *Influence of Burnout on Patient Safety: Systematic Review and Meta-Analysis*. Medicina (Kaunas). 55(9), 553. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31480365/>
- Geuens, N., Braspenning, M., Van Bogaert, P. og Franck, E. (2015). *Individual vulnerability to burnout in nurses: The role of Type D personality within different nursing specialty areas*. Burnout Research, 2(2-3), 80-86. https://www.researchgate.net/publication/278049734_Individual_vulnerability_to_burnout_in_nurses_The_role_of_Type_D_personality_within_different_nursing_specialty_areas
- Guðrún Valdimarsdóttir. (2020). „Þetta er bara þitt eigið sjálfskaparvíti“. (MS ritgerð). Háskólinn á Akureyri. <https://skemman.is/bitstream/1946/37618/1/Meistararitger%C3%B0.lokaeintak1.pdf>
- Happell, B. Reid-Searl K., Dwyer, T, o.fl. (2013). *How nurses cope with occupational stress outside their workplaces*. Collegian. 20(3), 195-9. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24151698/>
- Jana Katrín Knútsdóttir, Sigrún Gunnarsdóttir og Kári Kristinsson. (2019). *Þróun starfsumhverfis á Landspítala: Kulnun í starfi, starfsánægja og gæði þjónustu*. Tímarit um viðskipti og efnahagsmál, 16(2), 37-52. https://www.researchgate.net/publication/338255928_THroun_starfsumhverfis_a_landspitala_Kulnun_i_starfi_starfsanaegja_og_gaedi_thjonustu
- King, N. (2012). *Doing Template Analysis*. Í Symon, G. og Cassell, C. (ritstj.), Qualitative Organizational Research (bls. 426-450). Sage. <https://www.scirp.org/reference/referencespapers?referenceid=3051062>
- Landspítali. (2023). *Viðbragðsáætlun Landspítala*. <https://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=544f45df-4122-476d-a45b-05d7a496159f>

- Landspítali. (2024). *Starfsemisupplýsingar Landspítala. Desember 2024.*
<https://www.landspitali.is/?pageid=cae7e7ef-73c2-4a45-afc3-54b556bb32df&branch=88c6aec1-cf37-11ee-b876-005056bc7093>
- Landspítali. (2024a). Ráðið í stöður forstöðulækna, forstöðuhjúkrunarfræðinga og forstöðumanna. (21.3.2024). Sjá <https://www.landspitali.is/um-landspitala/fjolmidlateg/frettir/stok-frett/2024/03/21/Radid-i-stodur-forstodulaekna-forstoduhjukrunarfraedinga-og-forstodumanna/>
- Læknablaðið.is. (2022). *Framtíð sjúkrahúspjónustu á Stór-Reykjavíkursvæðinu: Verður nýi meðferðarkjarninn skammgóður vermir?* Sjá <https://www.laeknabladid.is/media/2022-02/u07.pdf>
- OECD. (2017). OECD Guidelines on Measuring the Quality of the Working Environment. OECD Publishing. Sjá <http://dx.doi.org/10.1787/9789264278240-en>
- RNAO. (2008). *Workplace Health, Safety and Well-being of the Nurse*
http://www.mtpinnacle.com/pdfs/RNAO_BPG_Health_Safety.pdf
- Ríkisendurskoðun. (2024). Landspítali – fjármögnun og áætlanagerð.
<https://www.rikisendurskodun.is/skyrslur/nanar?id=2060>
- Von Soest, C. (2022). *Why Do We Speak to Experts? Reviving the Strength of the Expert Interview Method.* Perspectives on Politics, 21(1), 1-11
https://www.researchgate.net/publication/361471139_Why_Do_We_Speak_to_Experts_Reviving_the_Strength_of_the_Expert_Interview_Method
- Zander, B., Aiken, L. H., Busse, R., o.fl. (2016). *The state of nursing in the European Union.* Eurohealth: Incorporating Euro Observer, 22(1), 3-6.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332724/Eurohealth-22-1-3-6-eng.pdf>
- WHO (e.d.). *Burn-out an „occupational phenomenon“.*
<https://www.who.int/standards/classifications/frequently-asked-questions/burn-out-an-occupational-phenomenon>