

Mat hjúkrunarfræðinga sem sjá um bráðatilvik á landsbyggðinni á eigin hæfni: Lýsandi þversniðsrannsókn

Ágrip

Tilgangur: Bráðamóttökum landsbyggðarinnar er ætlað að veita skammtímabráðgjöfnustu sjúklingum sem hafa slasast eða veikst alvarlega. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar landsbyggðarinnar, sem taka á móti og sinna bráðveikum og slösuðum sjúklingum, meta hæfni sína.

Aðferð: Rannsóknin er lýsandi þversniðsrannsókn sem gerð var vorið 2016. Notuð var íslensk þýðing mælitækisins Nurse Competence Scale (NCS) sem samanstendur af 73 spurningum sem skiptast í sjö hæfnipætti. Spurningalisti var sendur til 87 hjúkrunarfræðinga á landsbyggðinni sem taka á móti og sinna að minnsta kosti tíu bráðveikum og slösuðum sjúklingum á mánuði. Svörun var 60%. Gögnin voru greind með lýsandi tölfræði og ályktunartölfræði.

Niðurstöður: Hjúkrunarfræðingar mátu hæfni sína mesta og framkvæmdu oftast verkefni í hæfnipættinum *stjórnun í aðstæðum*. Þeir mátu hæfnina minnsta í *tryggingu gæða* en framkvæmdu sjaldnast verkþætti í *kennslu- og leiðbeinandahlutverki*. Í einstökum hæfniverkefnum mátu þeir hæfni mesta og framkvæmdu oftast hæfniverkefnið *sjálfstæði í störfum*. Hjúkrunarfræðingar með meira en fimm ára starfsaldur meta hæfni sína marktækt meiri í fimm hæfnipáttum (*stjórnun í aðstæðum*, *starfshlutverk*, *greiningarhlutverk*, *hjúkrunaríhlutanir* og *kennslu- og leiðbeinandahlutverk*) en þeir sem hafa styttri starfsaldur. Hjúkrunarfræðingar sem höfðu lokið viðbótarnámi í hjúkrun að loknu B.S. prófi mátu hæfni sína marktækt meiri í öllum hæfnipáttum en þeir sem höfðu ekki lokið viðbótarnámi.

Ályktanir: Niðurstöður rannsóknarinnar gefa vísbendingu um að viðbótarnám og starfsreynsla hafi áhrif á hvernig hjúkrunarfræðingar sem sinna bráðatilvikum á landsbyggðinni meta hæfni sína. Stjórnendur stofnana almennt ættu að gera hjúkrunarfræðingum fært að sækja sér endurmenntun og leitast við að halda í þá sem hafa mikla starfsreynslu.

Lykilorð: Hæfni, bráðamóttaka, landsbyggð, hjúkrunarfræðingar, hjúkrun bráðveikra.

Inngangur

Bráðahjúkrun er sérgrein innan hjúkrunar og felur í sér umönnun einstaklinga á öllum aldri sem skynja eða hafa raunveruleg frávik á heilsu af óþekktum orsökum sem krefjast frekari skoðunar (Alpi, 2006; Newberry og Sheehy, 2003). Starfsfólk bráðamóttaka tekur á móti sjúklingum með bráðatilvik en þau hafa verið skilgreind sem slys eða bráð veikindi sem koma skyndilega og standa yfir í minna en einn mánuð (Mosby's Medical Dictionary, 2009). Bráðamóttökum á landsbyggðinni er ætlað að veita skammtímabráðgjöfnustu sjúklingum sem hafa slasast eða veikst alvarlega (Jutsum, 2010).

Slysa- og bráðamóttaka eða slysadeildir eru á flestum heilbrigðisstofnunum landsins. Ef þær eru ekki opnar allan sólarhringinn þurfa þeir sem þurfa á bráðgjöfnustu að halda utan opnunartíma að hringja í neyðarnúmer til að fá samband við hjúkrunarfræðing. Hann metur hvort ástæða sé til að viðkomandi tali við lækni. Ef svo er gefur hann samband við vakthafandi lækni á þeirri stofnun sem er næst viðkomandi. Einnig er alltaf hægt að hringja í neyðarnúmer til að fá sjúkrabíl (Læknavaktin e.d.; Þjóðskrá Íslands e.d.).

Ísland er strjálbýlt land en á landsbyggðinni búa um 125.000 manns eða tæplega þriðjungur landsbúa (Hagstofa Íslands, e.d.). Fjöldi fólks sem bráðamóttökur landsbyggðarinnar þurfa hugsanlega að sinna getur þó margfaldast þegar horft er til ferðamanna. Sem dæmi má nefna að árið 2014 fóru 969.181 erlendir gestur um Flugstöð Leifs Eiríkssonar, 1.261.938 árið 2015, 1.767.726 árið 2016 og 2.195.860 árið 2017 (Ferðamálastofa, e.d.). Þá eru ótaldir þeir sem koma með skipum. Einnig er fjöldi fólks sem dvelur í sumarhúsum á hverjum tíma, en í lok árs 2017 voru skráð 13.938 sumarhús á landsbyggðinni (Þjóðskrá Íslands, e.d.b). Árið 2016 leituðu rúmlega 6600 erlendir ferðamenn á heilbrigðisstofnanir landsbyggðarinnar (Skrifstofa Alþingis, e.d.). Þar fyrir utan eru þeir íslensku ferðamenn sem þurfa að sækja bráðgjöfnustu á landsbyggðinni.

Hagnýting rannsóknarniðurstaðna

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa skýra vísbendingu um að endurmenntun og starfsreynsla hafi áhrif á hæfni hjúkrunarfræðinga sem sinna bráðatilvikum á landsbyggðinni.

Stjórnendur stofnana ættu því að gera hjúkrunarfræðingum fært að sækja sér endurmenntun og leitast við að halda í þá sem hafa mikla starfsreynslu.

Hlutverk og störf hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku eru margvísleg. Þeir þurfa að takast á við stjórnun, tungumála-erfiðleika og síbreytilegt ástand auk óvissu um komufjölda og ástand sjúklinga á hverjum tíma (Curtis o.fl., 2009; Schriver o.fl., 2003; Dagbjört Bjarnadóttir, 2010). Jafnframt þurfa þeir að hafa yfirgrípsmikla þekkingu á hjúkrun fólks á öllum aldri með fjölbreytta sjúkdóma og misalvarleg líkamleg og andleg sjúkdómseinkenni. Þá þurfa þeir að þekkja lífshættuleg ein-kenni, oft með takmörkuðum upplýsingum frá sjúklingnum sjálfum, og hefja inngríp ef nauðsyn krefur með það að markmiði að draga úr alvarlegum afleiðingum. Einnig kemur í þeirra hlut að forgangsraða sjúklingum eftir alvarleika einkenna, grípa inn í ef bráðaástand kemur upp og veita hjúkrun í erilsömu umhverfi (Curtis og fl, 2009; Schriver o.fl., 2003; Valdez, 2009).

Hjúkrunarfræðingar og lækna á landsbyggðinni horfast iðulega í augu við krefjandi aðstæður en margar stofnanir þar hafa ekki aðstöðu eða fjármagn til að kaupa dýr og háþrúð greiningartæki og hafa færri sérhæfð úrræði en stórar bráðamóttökur (Justum, 2010). Ekki eru í boði sérstök slysatými eða önnur gátteymi og oft er bið í næsta sjúkrabíl, þyrlu eða flugvél þegar flytja á sjúklinga á aðrar stofnanir. Flutningur sjúklings á stærra sjúkrahús getur tekið nokkra klukkutíma auk þess sem veður og færð geta hindrað flutninginn.

Þá vinna hjúkrunarfræðingar fjölþætt störf á landsbyggðinni þar sem bráðabjónustan getur verið einungis hluti af þeim verkefnum sem þeir sinna (Ross og Bell, 2009). Þetta þýðir að starfsfólk á bráðamóttökum landsbyggðarinnar þarf að búa yfir einstakri klínískri þekkingu og kunnáttu.

Samanburður á erlendum bráðamóttökum landsbyggðar og í þéttbýli sýnir að þær á landsbyggðinni hafa færri starfsfólk en stærri bráðamóttökur í borgum, sem gerir það að verkum að fáa er hægt að kalla til aðstoðar í lífsógnandi tilfellum. Einnig er komufjöldi bráðasjúklinga minni, en sumstaðar er daglegur komufjöldi á bráðamóttöku í borg sambærilegur við heilan mánuð á landsbyggðinni (Bragard o.fl., 2015; Williams o.fl., 2001). Í ársskýrslu Landspítalans (Jón Baldvin Halldórsson o.fl., 2017) frá árinu 2016 má sjá að rétt rúmlega 100.000 einstaklingar leituðu á bráðamóttökum Landspítalans en á sama tíma leituðu um 11.500 einstaklingar á bráðamóttöku Heilbrigðisstofnunar Suðurlands (Björn Steinar Pálmason o.fl., 2017). Á landsbyggðarmóttökum eru hjúkrunarfræðingar jafnvel einir á vakt, með takmarkaðan búnað, hafa fáa til að kalla sér til aðstoðar og lækna er jafnvel ekki á staðnum þegar bráðatilvik kemur upp (Ross, 2007). Hjúkrunarfræðingarnir hafa mismikla reynslu af bráðaaðstæðum og geta lent í stöðu sem þeir hafa sjaldan eða aldrei tekist á við áður (Ross og Bell, 2009).

Hjúkrunarfræðingar á landsbyggðinni hafa oft áhyggjur af viðbrögðum hjúkrunarfræðinga á stærri bráðamóttökum í borgum. Bóklegt hjúkrunarnám fer fram í borgum og oftast verklegt nám líka. Þar af leiðandi hafa margir hjúkrunarfræðingar enga reynslu af hjúkrun á landsbyggðinni (Bushy, 1998). Mörgum hjúkrunarfræðingum á landsbyggðinni finnst hjúkrunarfræðingar á stærri sjúkrahúsum ekki skilja þær takmarkanir sem landsbyggðin býr við og óttast gagnrýni á þá þjónustu sem þeir veita eða veita ekki. Þeir óttast að litid sé svo á að skortur á aðstöðu og búnaði sé álitinn skortur á hæfni (Bushy, 1998; Ross og Bell, 2009).

Hjúkrunarfræðingar eru stærsta heilbrigðismenntaða fagstéttin á bráðamóttökum. Hæfni þeirra er hægt að skilgreina sem getu til að þætta þekkingu og færni saman við eigin viðhorf og gildi og geta beitt þeim á fullnægjandi hátt í því umhverfi og aðstæðum sem starfað er í hverju sinni (Meretoja, Leino-Kilpi og Kaira, 2004). Hæfni hefur einnig verið lýst sem getu einstaklings til að ljúka ákveðnum verkefnum eða störfum og því hvernig hæfnin er nýtt sem þekking og kunnáttu við sérstakar aðstæður. Enn fremur felur hæfni í sér viðhorf, þátttöku og ábyrgð á að beita henni (Andersson og Nilsson, 2009).

Hæfni hjúkrunarfræðinga er mjög tengd afdrifum og öryggi sjúklinga svo sem mistökum, spítalasykingum, fylgikvillum aðgerða og dánartíðni (Aiken o.fl., 2012; Aiken o.fl., 2014; Lakanmaa o.fl., 2014). Hæfari hjúkrunarfræðingar ættu því ekki aðeins að fækka mistökum heldur auka skilvirkni og gagnreynda starfshætti og bæta afdrif sjúklinga (Jutsum, 2010; Meretoja, Isoaho o.fl., 2004; Meretoja og Koponen, 2012). Meiri hæfni tengist einnig auknu sjálfsöryggi og starfsánægju starfsfólks sem eykur aftur öryggi sjúklinga þar sem styrkur hvers hjúkrunarfræðings er nýttur til hagsbóta fyrir sjúklinga svo að þeir fá bestu hugsanlegu umönnun (Meretoja, Isoaho o.fl., 2004; Meretoja og Koponen, 2012; Salonen o.fl., 2007).

Kröfur um hæfni hjúkrunarfræðinga geta verið breytilegar eftir deildum heilbrigðisstofnana. Starfsfólk sem vinnur á landsbyggðinni sinnir yfirleitt færri bráðatilfellum en starfsfólk á stórum sjúkrahúsum í borgum, það er talið geta leitt til minna sjálfstrausts og meiri efasemda um eigin hæfni miðað við það sem ætlast er til að þeir kunnir í bráðaaðstæðum (Jones o.fl., 2015). Oft getur liðið langur tími á milli þess að starfsfólk bráðamóttaka á landsbyggðinni sinni sjúklingum í lífshættulegu ástandi. Þetta gerir það að verkum að nauðsynlegt er að starfsfólkið viðhaldi hæfni sinni m.a. með því að fara á endurmenntunarnámskeið, en þjálfun starfsmanna á landsbyggðinni er stundum ábótavant (Bragard o.fl., 2015; Jutsum, 2010; Williams o.fl., 2001).

Þessi rannsókn sem hér er lýst er hluti af stærri rannsókn sem hefur það markmið að skoða hæfni hjúkrunarfræðinga sem vinna með bráðveika sjúklinga. Niðurstöður um hæfni hjúkrunarfræðinga sem starfa á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi hafa verið birtar í meistararitgerð (Dóra Björnsdóttir, 2015) og eru meginniðurstöður þær að starfsaldur í hjúkrun og starfslýsingar skýrðu mat hjúkrunarfræðinganna á eigin hæfni.

Markmið rannsóknarinnar nú var að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar landsbyggðarinnar, sem taka á móti og sinna bráðveikum og slösuðum sjúklingum, meta hæfni sína. Leitast var við að svara eftirfarandi rannsóknarspurningum:

- Hvernig meta hjúkrunarfræðingar landsbyggðarinnar, sem taka á móti og sinna slösuðum og bráðveikum sjúklingum, eigin hæfni?
- Hversu oft þurfa hjúkrunarfræðingar landsbyggðarinnar, sem taka á móti og sinna slösuðum og bráðveikum sjúklingum, að sinna verkefnum sem reyna á hæfni þeirra?
- Hvert er samband starfsaldurs í hjúkrun, viðbótarnáms í hjúkrun og starfshlutfalls á núverandi vinnustað við mat hjúkrunarfræðinga á eigin hæfni?

Aðferð

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn.

Þátttakendur

Þátttakendur í rannsóknarinni voru hjúkrunarfræðingar á landsbyggðinni, sem í starfi sínu taka á móti og sinna að minnsta kosti tíu bráðveikum eða slösuðum sjúklingum á mánuði.

Stofnanir sem viðkomandi hjúkrunarfræðingar störfuðu við eru: Heilbrigðisstofnun Austurlands, Heilbrigðisstofnun Suðurlands, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja, Heilbrigðisstofnun Vesturlands, Heilbrigðisstofnun Vestfjarða, Heilbrigðisstofnun Norðurlands og Sjúkrahús Akureyrar. Að fengnu leyfi forstjóra viðkomandi heilbrigðisstofnana var haft samband við hjúkrunarfræðingastjóra þeirra varðandi aðstoð við val á hjúkrunarfræðingum sem uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku. Þeir, í samráði við deildarstjóra eða yfirhjúkrunarfræðing hvers stofnunar, gáfu upp fjölda hjúkrunarfræðinga sem uppfylltu skilyrði rannsóknarinnar og var mat þeirra að 87 hjúkrunarfræðingar gerðu það.

Mælitæki

Mælitæki rannsóknarinnar er spurningalisti sem inniheldur mælitæki sem metur hæfni hjúkrunarfræðinga og kallast á ensku Nurse Competence Scale (NCS) (Meretoja, Isoaho o.fl., 2004). Heiti mælitækisins hefur ekki verið íslenskað en íslenska útgáfan kallast IS-NCS (Dóra Björnsdóttir, 2015). Í því eru 73 spurningar sem snúa að atriðum sem lúta að hæfni og flokkast spurningarnar í sjö hæfnipætti sem eru umönnunarhlutverk, kennslu- og leiðbeinindahlutverk, greiningarhlutverk, stjórnun í aðstæðum, hjúkrunaríhlutanir, trygging gæða og starfshlutverk. Þættirnir taka mið af hugmyndafræðilegum ramma Benner (2001) um hvernig hæfni hjúkrunarfræðinga breytist frá

því að þeir eru nýgræðingar í hjúkrun þar til þeir hafa hlotið mikla reynslu og eru í raun orðnir að sérfræðingum (Benner, 2001). Frekari lýsingu á þáttunum sjö er að finna í töflu 1.

Mælitækið skiptist í tvo hluta. Annar hlutinn (A) mælir hæfni þátttakanda. Þegar þeim hluta er svarað er hver spurning metin fyrir sig með sjónkvarða frá 0–10, þar sem 0 er mjög lítil hæfni og 10 mjög mikil. Merkt er strik á tíu sentimetra línu, þar sem viðkomandi metur hæfni sína sem síðan er mælt með reglustiku fyrir úrvinnslu. Léleg hæfni miðast við 0–2,5 á sjónkvarða, nokkuð góð hæfni miðast við >2,5–5,0 á sjónkvarða, góð hæfni miðast við >5,0–7,5 á sjónkvarða og mjög góð hæfni >7,5–10 á sjónkvarða. Hinn hlutinn (B) mælir hversu oft þátttakandi framkvæmir það atriði sem spurt er um í hverri spurningu. Notaður er fjögurra þrepa Likertskali. Möguleikarnir eru: 1=mjög sjaldan, 2=öðru hverju, 3=mjög oft og 0=á ekki við (Meretoja, Isoaho o.fl., 2004).

NCS var þýtt á íslensku árið 2014 (IS-NCS) og hafði rannsóknarhópur stærri rannsóknarinnar umsjón með þeirri þýðingu. Listinn var forprófaður á bráðamóttöku Landspítala sem hluti af meistaraverkefni Dóru Björnsdóttur (2015) og má lesa um framkvæmd þýðingarinnar og forprófun listans þar. Áreiðanleiki hæfnipáttanna (Cronbachs alfa) í þessari rannsókn var á bilinu 0,76–0,95 (sjá töflu 1) og er það sambærilegt við niðurstöður rannsókna á hjúkrunarfræðingum á bráðamóttöku Landspítala (Dóra Björnsdóttir, 2015).

Spurningalistinn innihélt einnig spurningar um starfsaldur í hjúkrun í árum, starfshlutfall (valkostir: 20–39%, 40–59%, 60–69%, 70–79%, 80–100%), viðbótarnám að loknu prófi í hjúkrunarfræði (já/nei) og jafnframt spurt hvort viðkomandi hefði lokið eftirtöldum sérhæfðum námskeiðum (svarmöguleikar já/nei): Sérhæfð endurlífgun I, Sérhæfð endurlífgun II, Meðhöndlun og flutningur slasaðra og Sérhæfð endurlífgun barna. Námskeiðin standa yfir í tvo daga og þeim lýkur með skriflegum og verklegu prófum, fyrir utan Sérhæfða endurlífgun I sem er eins dags próflaust námskeið. Þau eru ætluð hjúkrunarfræðingum, læknum og sjúkraflutningamönnum.

Tafla 1. Hæfnipættir mælitækisins Nurse Competence Scale*

Hæfnipættir	Lýsing á efni hvers þáttar	Áreiðanleiki hvers þáttar (Cronbachs alfa)
Umönnunarhlutverk 7 spurningar	Aðstoða sjúklinga við að takast á við aðstæður með einstaklingsmiðaðri hjúkrun byggðri á siðfræðilegum gildum.	0,76
Kennslu- og leiðbeinindahlutverk 16 spurningar	Koma auga á fræðsluþarfir sjúklinga og fjölskyldna þeirra með það að markmiði að stuðla að sjálfsumönnun. Leiðbeina samstarfsfólki.	0,95
Greiningarhlutverk 7 spurningar	Koma auga á og greina ástand sjúklinga í tíma.	0,80
Stjórnun í aðstæðum 8 spurningar	Koma auga á breytilegt ástand og forgangsraða starfinu á viðeigandi og sveigjanlegan hátt. Stuðla að samfelli í hjúkrun sjúklinga.	0,84
Hjúkrunaríhlutanir 10 spurningar	Taka ákvarðanir og skipuleggja umönnun sjúklinga samkvæmt klínisku ástandi þeirra. Ráðfæra sig við samstarfsfólk.	0,90
Trygging gæða 6 spurningar	Meta árangur. Stuðla að frekari úrbótum við umönnun.	0,87
Starfshlutverk 19 spurningar	Koma fram við samstarfsfólk sitt af virðingu. Vera ábyrgur og sjálfstæður í störfum. Bera ábyrgð á eigin faglegri starfsþróun.	0,92

* Dæmi um spurningar má sjá í töflu 3.

Gagnasöfnun

Gagnasöfnun fór fram vorið 2016. Spurningalistar, ásamt kynningarbréfi og frímerktu umslagi, voru sendir hjúkrunarfræðingum fyrrnefndra stofnana og þeim boðin þátttaka. Ýmist voru listarnir sendir á nöfn hjúkrunarfræðinganna eða á deildarstjóra sem sáu um að dreifa listunum, safna þeim saman og senda þá til baka á heimilisfang rannsakanda. Litið var svo á að þátttaka jafngilti upplýstu samþykki. Ítrekun var send í tölvupósti einu sinni.

Síðfræði

Í kynningarbréfinu kom fram að þátttakan væri nafnlaus, fæli ekki í sér neina áhættu og frjálst væri að hafna þátttöku. Farið var með allar upplýsingar sem trúnaðarmál. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar.

Úrvinnsla

Tölfræðiúrvinnsla fór fram með tölfræðiforritinu Statistical Package for the Social Sciences 22.00 (IBM Corp, 2013). Notuð var lýsandi tölfræði og Mann-Whitney U próf til að skoða sambönd hæfnipáttu (sem sýndir eru í töflum 1 og 2) við menntun, starfsaldur og starfshlutfall. Dreifing starfsaldurs og starfshlutfalls var ójöfn þannig að við úrvinnslu var notast við tvíkosta breytur; annarsvegar starfsaldur styttri en fimm ár og lengri en fimm ár, hinsvegar starfshlutfall minna en 80% og 80% eða meira. Þegar reiknað var meðaltalsgildi fyrir hæfnipátti voru svör þeirra sem svöruðu minna en 50% í hverjum hæfnipátti fyrir sig tekin út úr útreikningum fyrir þann hæfnipátt. Meðaltal fékkst með því að reikna saman meðaltöl þeirra þátttakenda sem svöruðu meira en 50% spurninga í hverjum þætti.

Niðurstöður

Svörun var 60% (N=52) og komu þátttakendur frá öllum heilbrigðisstofnunum. Meðalstarfsreynsla þeirra var 13,9 ár

(sf=12,3) og höfðu 14 þátttakenda minna en fimm ára starfsreynslu. Tveir þátttakendur voru í minna en 60% starfshlutfalli og 38 voru í 80 til 100% starfshlutfalli. Tuttugu höfðu lokið viðbótarmenntun að loknu BS prófi í hjúkrun. Aðspurðir um þátttöku í sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum höfðu 30 lokið Sérhæfðri endurlífgun II, 26 Sérhæfðri endurlífgun I, einn lokið Meðhöndlun og flutningi slasaðra og sjö höfðu lokið Sérhæfðri endurlífgun barna. Fimm þátttakenda höfðu lokið öllum námskeiðunum og tíu höfðu ekki tekið neitt sérhæft endurlífgunarnámskeið.

Mat hjúkrunarfræðinganna á eigin hæfni og tíðni hæfniverkefna

Tafla 2 sýnir mat þátttakenda á eigin hæfni út frá hæfnipáttum. Þátttakendur töldu hæfni sína mesta í þættinum *stjórnun í aðstæðum* en lakasta í þættinum *trygging gæða*. Fæstir þátttakendur svöruðu spurningum í þættinum *trygging gæða* og flestir í þættinum *starfshlutverk*. Mesta spönnin var í þættinum *trygging gæða* en minnst í þættinum *umönnunarhlutverk*. Þátttakendur framkvæmdu oftast verkefni í þættinum *umönnunarhlutverk* og sjaldnast í þættinum *kennslu- og leiðbeinandahlutverk*. Meðalstig heildarhæfni var 7,4 stig (sf=1,2; md=7,34).

Tafla 2 sýnir enn fremur meðaltal í hæfnipáttum hjá þátttakendum sem höfðu lokið öllum og engu af fjórum sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum. Þar sést að talsverður munur er á meðaltölum þessara tveggja hópa (frá 0,6 til 1,6 stigum). Marktækni var ekki skoðuð sökum fárra einstaklinga í hvorum hópi.

Tafla 3 sýnir tíu verkefni sem þátttakendur mátu hæfni sína að meðaltali mesta í og að meðaltali lægsta í. Þar sést að þeir meta hæfni sína að jafnaði mesta í því að vera sjálfstæður í störfum og lægsta í því að þróa aðlögun fyrir nýráðna hjúkrunarfræðinga á eigin deild.

Tafla 3 sýnir jafnframt tíu hæfniverkefni sem þátttakendur sögðu tíðast að þeir framkvæmdu mjög oft. Í 100% tilvika sögðust þeir mjög oft sjálfstæðir í störfum en í 11,5% tilvika

Tafla 2. Meðaltal, miðgildi og spönn stiga innan hvers hæfnipáttar hjá öllum þátttakendum og þeim sem lokið hafa annarsvegar fjórum sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum og hinsvegar engum sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum.

	Allir þátttakendur				Þátttakendur sem hafa engum námskeiðum lokið				Þátttakendur sem hafa lokið fjórum námskeiðum			
	n	M* (sf)	Md	Spönn	N	M (sf)	Md	Spönn	n	M (sf)	Md	Spönn
Heildarhæfni	51	7,4 (1,2)	7,3	4,3–9,5	9	6,9 (1,5)	6,6	3,5–9,6	4	8,1 (0,6)	8,2	5,5–9,1
Stjórnun í aðstæðum	49	7,8 (1,3)	7,8	3,8–9,9	10	7,6 (1,4)	7,8	5,3–9,5	4	8,7 (0,3)	8,7	8,4–9,1
Starfshlutverk	51	7,6 (1,4)	7,9	4,0–9,6	10	7,4 (1,6)	7,6	5,1–9,6	5	8,4 (0,5)	8,4	7,6–8,6
Greiningarhlutverk	49	7,6 (1,2)	7,8	4,3–9,8	10	7,3 (1,5)	7,1	4,4–9,5	4	7,9 (0,8)	8,2	6,8–8,5
Umönnunarhlutverk	49	7,5 (1,1)	7,6	5,2–9,8	10	6,8 (1,3)	6,4	5,2–9,2	4	8,4 (0,6)	8,6	7,6–8,9
Hjúkrunarhlutanir	46	7,4 (1,5)	7,6	2,3–9,9	9	7,3 (1,6)	6,6	5,1–9,6	4	8,3 (0,2)	8,3	8,2 - 8,5
Trygging gæða	50	6,9 (1,6)	7,0	3,2–9,8	10	6,6 (1,9)	6,9	3,2–9,6	4	7,5 (1,1)	7,3	6,4 - 8,6
Kennslu- og leiðbeinandahlutverk	50	7,5 (1,1)	6,8	3,5–9,6	10	5,9 (2,0)	5,0	3,5–9,3	5	7,7 (1,3)	8,45	5,5–8,6

*n=fjöldi, M=meðaltal, sf=staðalfrávik, Md=miðgildi

Tafla 3. Tíu hæfniverkefni*, ásamt hæfniþætti verkefnanna, sem þátttakendur meta hæfni sína að meðallagi mesta í og að meðallagi minnsta í ásamt tíu hæfniverkefnum sem þátttakendur segjast oftast framkvæmd.

Hæfniverkefni	Tíðni atriða							Hæfniþáttur
	Nr**	M	N	Mjög sjaldan	Öðru hvoru	Nr.	Mjög oft***	
<i>Verkefni sem þátttakendur meta hæfni sína að meðallagi mesta í</i>								
Ég er sjálfstæð(ur) í störfum mínum	1.	8,8	52	0	0	1.	100,0	Starfshlutverk
Ég þekki mín takmörk	2.	8,7	52	1,9	7,7	6.	88,5	Starfshlutverk
Ég forgangsraða störfum mínum miðað við aðstæður	3.	8,6	52	0	5,8	3.	94,2	Stjórnun í aðstæðum
Ég tek ákvarðanir er varða hjúkrun sjúklings með tilliti til aðstæðna hverju sinni	4.	8,5	52	1,9	5,8	4.	92,3	Hjúkrunarhlutanir
Eigin fagleg ímynd veitir mér styrk í hjúkrunarstarfinu	5.–6.	8,4	51	2	15,7	10.	80,4	Starfshlutverk
Ég stuðla að samvinnu þegar aðstæður breytast snögglega	5.–6.	8,4	52	0	34,6	61,5		Stjórnun í aðstæðum
Ég nýti viðeigandi þekkingu til að veita sem besta hjúkrun	7.–10.	8,3	52	0	3,8	2. 96,2		Hjúkrunarhlutanir
Ég greini þarfir sjúklinga fyrir tilfinningalegan stuðning	7.–10.	8,3	52	1,9	17,3	80,8		Greiningarhlutverk
Ég skipulegg hjúkrun út frá úrræðum sem eru í boði	7.–10.	8,3	52	0	13,5	7.–8.	84,6	Stjórnun í aðstæðum
Ég skipulegg vinnu mína á sveigjanlegan hátt með tilliti til klínískra aðstæðna	7.–10.	8,3	52	0	15,4	7.–8.	84,6	Hjúkrunarhlutanir
Ég skipulegg hjúkrun sjúklinga í samræmi við einstaklingsbundnar þarfir þeirra		7,9	51	0	7,8	5.92,2		Umönnunarhlutverk
Ég greini líðan sjúklings út frá mismunandi sjónarhornum		8,2		1,9	13,5	9.82,7		Greiningarhlutverk
<i>Verkefni sem þátttakendur meta hæfni sína að meðaltali minnsta í</i>								
Ég samhæfi þverfaglega teymisvinnu		7,3	52	23,1	26,9		36,5	Hjúkrunarhlutanir
Ég hef umsjón með leiðsögn hjúkrunarnema á minni deild		7,3	51	25,2	29,4		25,5	Starfshlutverk
Ég met árangur sjúklingafræðslu með samstarfsfólki mínu		6,4	52	23,1	46,2	65.–68.	17,3	Kennslu og leiðbein- andahlutverk
Ég hef umsjón með aðlögun nýráðinna		6,4	52	32,7	23,1		23,1	Starfshlutverk
Ég samhæfi sjúklingafræðslu milli fagstétta	64.–65.	6,3	51	17,6	52,9	69.	15,7	Kennslu- og leiðbein- andahlutverk
Ég tek þátt í að þróa þverfaglegar verklagsreglur	6.–65.	6,3	52	23,1	38,5	65.–68.	17,3	Hjúkrunarhlutanir
Ég met árangur fræðslu í samráði við sjúklinga	66.	6,2	52	19,2	46,2	64.	19,2	Kennslu- og leiðbein- andahlutverk
Ég endurskoða skriflegar leiðbeiningar um hjúkrun	67.	6,0	52	21,2	32,7	65.–68.	17,3	Hjúkrunarhlutanir
Ég met árangur fræðslu í samráði við aðstandendur	68.–69.	5,9	52	21,2	44,2	71.–70	15,4	Kennslu- og leiðbein- andahlutverk
Ég þróa hjúkrunarskráningu á minni deild	68.–69.	5,9	52	32,7	17,3		26,9	Greiningarhlutverk
Ég skipulegg viðrunarfundi eftir neyðartilvik	70.	5,7	52	30,8	11,5	65.–68.	17,3	Stjórnun í aðstæðum
Ég þróa sjúklingafræðslu á minni deild	71.	5,3	52	28,8	34,6	73.	11,5	Kennslu- og leiðbein- andahlutverk
Ég set fram tillögur að þróunarverkefnum og rannsóknum	72.	5,2	51	39,2	23,5	72.	11,8	Trygging gæða
Ég þróa aðlögun fyrir nýráðna hjúkrunarfræðinga á minni deild	73.	5,1	52	32,7	19,2	71.–70.	15,4	Kennslu- og leiðbein- andahlutverk

* Athuga að fleiri en tíu verkefni koma fram þar sem ekki er algert samræmi á milli verkefna sem þátttakendur meta sig hæfasta í og þeirra sem þeir framkvæma oftast.

** Nr. = röðun verkefnis í hæfni eða tíðni eftir því sem við á, M=meðaltal.

*** Í þeim tilvikum að hlutfallstala nær ekki 100% hefur hluti þátttakenda merkt við valkostinn „Á ekki við“.

Tafla 4. Munur á meðaltalsstigum á hæfniflokkum út frá starfsaldri og viðbótarnámi.

Hæfnipættir	Starfsaldur						Viðbótarnám									
	> 5 ár			< 5 ár			Já			Nei						
	n*	M (sf)	Md	n	M (sf)	Md	U ⁺	p. <	n	M (sf)	Md	M (sf)	Md	U ⁺	p. <	
Heildarhæfni	37	7,8 (1,1)	8,0	13	6,5 (1,0)	6,4	87,0	0,01	20	8,1 (1,0)	8,1	28	6,9 (1,2)	7,2	122,0	0,01
Stjórnun í aðstæðum	35	8,1 (1,3)	8,4	13	7,2 (1,1)	7,5	124,0	0,05	18	8,6 (0,8)	8,6	28	7,4 (1,3)	7,5	117,0	0,01
Starfshlutverk	37	8,1 (1,2)	8,3	13	6,5 (1,3)	6,5	83,0	0,01	20	8,4 (0,9)	8,3	28	7,1 (1,4)	7,2	122,0	0,01
Greiningarhlutverk	35	8,0 (1,1)	8,1	13	6,7 (1,0)	6,6	84,0	0,01	18	8,1 (1,1)	8,2	28	7,3 (1,2)	7,5	153,0	0,05
Hjúkrunarhlutanir	32	7,6 (1,5)	8,1	13	6,7 (1,4)	6,5	112,0	0,05	16	8,3 (1,0)	8,3	27	7,0 (1,6)	7,0	104,0	0,01
Umönnunarhlutverk	35	7,6 (1,2)	7,7	13	7,2 (1,1)	7,3	171,5	em [#]	18	8,2 (1,1)	8,3	28	7,1 (1,0)	7,6	112,0	0,01
Kennslu- og leiðbeinindahlutverk	36	7,4 (1,5)	7,8	13	5,4 (1,1)	5,4	78,0	0,01	19	7,7 (1,5)	7,8	28	6,4 (1,6)	6,4	152,0	0,05
Trygging gæða	36	7,2 (1,4)	7,2	13	6,4 (1,8)	6,7	175,5	em	19	7,6 (1,4)	7,7	28	6,6 (1,6)	6,9	170,5	0,05

*n=fjöldi, M=meðaltals hæfniskor, sf=staðalfrávik, Md=miðgildi

+ =Mann-Whitney U

#em=ekki marktækt

sögðust þeir mjög oft þróa sjúklingafræðslu á eigin deild. Samræmi var á milli verkefna sem þátttakendur sögðu hæfni sína mesta í og verkefna sem þeir sögðu tíðast framkvæma mjög oft í átta tilvikum og í sex tilvikum þar sem þeir sögðu hæfni sína minnsta og tíðni þess að þeir framkvæmdu verkefnið mjög sjaldan (sjá töflu 3).

Samband hæfni og starfsaldurs í hjúkrun, viðbótarnáms í hjúkrun og starfshlutfalls á deild

Tafla 4 sýnir munur á meðalstigum heildarhæfni og hæfnipáttanna sjö út frá starfsaldri og viðbótarnámi. Þar kemur fram að hjúkrunarfræðingar með meira en fimm ára starfsaldur meta hæfni sína marktækt meiri í fimm hæfnipáttum (*stjórnun í aðstæðum, starfshlutverk, greiningarhlutverk, hjúkrunarhlutanir og kennslu- og leiðbeinindahlutverk*) en þeir sem hafa styttri starfsaldur. Í töflunni sést jafnframt að hjúkrunarfræðingar með viðbótarnám meta hæfni sína marktækt meiri í öllum sjö hæfnipáttunum og í heildarhæfni.

Ekki var neinn munur á hæfninni út frá starfshlutfalli á deild.

Umræður

Þessi rannsókn er sú fyrsta sem gerð hefur verið hérlandis á því hvernig hjúkrunarfræðingar á landsbyggðinni, sem taka á móti og sinna slösuðum og bráðveikum sjúklingum, meta eigin hæfni. Í litlu landi eins og Íslandi er ljóst að hjúkrunarfræðingar sem sinna bráðþjónustu á landsbyggðinni eru fámennur hópur. Það má því ætla að úrtakið sé lýsandi fyrir þýðid, þrátt fyrir að þátttakendur hafi einungis verið 52.

Þessi rannsókn gefur góða mynd af því hvernig þessi fámenni hópur metur hæfni sína. Meginniðurstaða hennar er að hjúkrunarfræðingar með viðbótarnám í hjúkrun og með lengri starfsaldur meta hæfni sína marktækt meiri en hjúkrunarfræðingar án viðbótarnáms og með styttri starfsaldur. Þá er

augljós samhljómur við niðurstöður Benner (2001) sem eru að hjúkrunarfræðingar verða hæfari eftir því sem þeir starfa lengur við hjúkrun. Líkt og fram kom í inngangi er hæfni hjúkrunarfræðinga nátengd afdrifum og öryggi sjúklinga og líkur á að hæfari hjúkrunarfræðingar bæti afdrif sjúklinga (Aiken o.fl., 2012; Aiken o.fl., 2014; Lakanmaa o.fl., 2014; Jutsum, 2010; Meretoja og Koponen, 2012).

Niðurstöður okkar ættu því að vera hvatning til framkvæmdastjóra hjúkrunar á heilbrigðisstofnunum landsbyggðarinnar að halda í reynda hjúkrunarfræðinga og gera hjúkrunarfræðingum kleift að sækja sér framhaldsmenntun. Niðurstöðurnar benda jafnframt sterklega á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar sem sinna bráðveikum á landsbyggðinni ljúki sérhæfðum endurlífgunarnámskeiðum. Þótt áhugi og vilji sé fyrir hendi hjá hjúkrunarfræðingum landsbyggðarinnar að sækja sér endurmenntun geta hinsvegar ýmsar hindranir komið í veg fyrir að af því geti orðið. Dæmi um það getur verið landfræðileg einangrun, skortur á fjármunum og erfiðleikar við að losa sig úr vinnu (Khomeiran o.fl., 2006). Það er samstarfsverkefni forystufólks mennta- og heilbrigðisstofnana að takast á við þessa erfiðleika þannig að hjúkrunarfræðingar sem sinna bráðþjónustu á landsbyggðinni geti sótt sér endurmenntun. Nám, reynsla og fagleg gildi geta leitt til þess að ákvarðanataka, lausn vanda og forgangsröðun verði skjótari og nákvæmari. Fyrir bragðið gengur bráðþjónustan hraðar fyrir sig (Curtis, o.fl., 2009; Needleman og Hassmiller, 2009; Valdez 2009)

Hjúkrunarfræðingar læra af reynslunni, bæði af því sem gengur vel og einnig því sem miður fer (Takase, 2013). Á fyrstu árum í starfi eru þeir að safna í sarpinn, bæta reynsluþekkingu við fræðilega þekkingu og efla þannig hæfni sína. Þeir læra ekki einungis af eigin reynslu, heldur og af því að fylgjast með og aðstoða eldri og reyndari hjúkrunarfræðinga (Henderson o.fl., 2006; Takase, 2013). Mikilvægt er að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar geti leitað til þeirra sem reyndari eru og séu undir handleiðslu þeirra fyrsta árið. Það getur minnkað streitu og aukid sjálfstraust og starfsánægju (D'ambra og Andrews, 2013).

Veita ætti ungum hjúkrunarfræðingum sem starfa á landsbyggðinni tækifæri til að fara í námsheimsóknir á stærri stofnanir þar sem þeir geta fylgst með reyndum hjúkrunarfræðingum að störfum (Takase, 2013). Í inngangi kom fram að vegna þess að landsbyggðarhjúkrunarfræðingar sinna færri bráðatilvikum en hjúkrunarfræðingar í borg gæti sjálfstraust minnkað og sömuleiðis efasemdir um eigin hæfni aukist (Jones o.fl., 2015). Niðurstöður þessarar rannsóknar styðja ekki við það. Skýringin gæti legið í háu hlutfalli viðbótarmenntunar og háum starfsaldri landsbyggðarhjúkrunarfræðinga.

Ekki fundust rannsóknir á hæfni landsbyggðarhjúkrunarfræðinga á bráðamóttökum erlendis sem byggja á NSC mælitækinu, en gerðar hafa verið rannsóknir á tveimur háskóla-sjúkrahúsum í Finnlandi auk bráðamóttöku Landspítala (Dóra Björnsdóttir, 2015; Meretoja, Leino-Kilpi o.fl 2004; Numminen, Meretoja o.fl, 2013). Íslenskir hjúkrunarfræðingar telja sig betri en þeir finnsku í öllum hæfnipáttunum þótt vissulega sé ekki hægt að segja hvort um marktækan mun sé að ræða. Hjúkrunarfræðingar þessarar rannsóknar meta heildarhæfni sína meiri en bæði finnsku hjúkrunarfræðingarnir og þeir sem starfa á bráðamóttöku Landspítala þótt ekki muni miklu á þátttakendum í þessari rannsókn og hjúkrunarfræðingum á bráðamóttöku Landspítala.

Ástæður þess að hjúkrunarfræðingar á landsbyggðinni meta hæfni sína meiri en þeir á Landspítala geta verið þær að hlutfallslega fleiri hjúkrunarfræðingar á Landspítala hafa minni en fimm ára starfsaldur samanborið við þá á landsbyggðinni (38,2% vs 27,5%) og hlutfallslega færri hafa lokið viðbótarnámi (27,6% vs 40,8%). Ein af ástæðum fyrir því að íslenskir hjúkrunarfræðingar gefa sér hærri einkunn en þeir finnsku gæti legið í lengra námi á Íslandi. Hér á landi er hjúkrunarnámið 240 ECTS einingar en 210 ECTS einingar í Finnlandi (Råholmo.fl., 2010).

Bent hefur verið á, í fræðilegri umfjöllun um hæfnihugtakið, að hæfni tengist alltaf menningarlegum viðmiðum og gildismati. Einstaklingurinn skilgreinir eigin hæfni út frá ríkjandi gildum í þeim hóp sem hann tilheyrir (Ragnhildur Bjarnadóttir, 2008). Þó að störf hjúkrunarfræðinga í Finnlandi séu mjög svipuð og á Íslandi má vera að íslenskir hjúkrunarfræðingar séu sjálfstæðari í störfum sínum eða að mismunur á þessum tveimur samfélögum geri það að verkum að íslenskir hjúkrunarfræðingar telja sig hæfari en þeir finnsku.

Hjúkrunarfræðingarnir meta hæfni sína mesta í hæfnipáttinum *stjórnun í aðstæðum*. Það er í samræmi við að þetta eru hjúkrunarfræðingar sem sinna slösuðum og bráðveikum sjúklingum og því mikilvægt að þeir hafi þessa stjórn (Curtis o.fl., 2009). Þeir meta hæfnina slakasta í *tryggingu gæða*. Gæði í heilbrigðisþjónustu eru mikilvæg en vel má vera að spurningarnar í þeim þætti höfði ekki til almennra hjúkrunarfræðinga því að vissulega er það á þeirra ábyrgð að gæði þjónustunnar séu mikil til að tryggja fagmennsku í hjúkrun og öryggi sjúklinga. Þegar horft er á einstök hæfniverkefni er athyglisvert að ekkert verkefni í hæfnipáttinum *kennslu- og leiðbeinandahlutverk* er meðal þeirra tíu sem þátttakendur meta sig hæfasta í né þeim sem þeir framkvæma oftast. Hinsvegar eru fimm og sex hæfniverkefni úr þessum þætti meðal þeirra tíu sem þeir meta hæfni

sína lakasta í og sem þeir framkvæma sjaldnast. Vissulega eru mörg hæfniverkefni í þessum þætti, en sama má segja um hæfnipáttinn *starfshlutverk* en þar raðast mun fleiri hæfniverkefni meðal efstu tíu en neðstu tíu. Hæfniverkefni í *kennslu- og leiðbeinandahlutverk* snúa talsvert að sjúklingafræðslu og sjúklingnum og mikilvægt er að skoða hvort hjúkrunarfræðingarnir telji að þar megi bæta hæfni þeirra. Jafnframt má kanna betur hvort flokka eigi saman kennslu og leiðbeiningar til sjúklinga annarsvegar og til annarra hjúkrunarfræðinga og nemenda hinsvegar eins og gert er í NSC mælitækinu, og hvort aðgreina megi betur stærri stofnanir og minni.

Takmarkanir

Styrkur rannsóknarinnar felst í því að þetta er sú fyrsta sem gerð er á hjúkrunarfræðingum sem starfa við móttöku slasaðra og bráðveikra á landsbyggðinni. Jafnframt að notast var við mælitæki sem hefur verið þróað erlendis og staðfært á hjúkrunarfræðingum starfandi á bráðamóttöku Landspítala. Svör-unin var 60% sem er viðunandi. Ekki er vitað hver svörun var hjá mismunandi stofnunum vegna þess að ekki var hægt að afla nákvæmra upplýsinga sökum fámennis þátttakenda. Hinsvegar var erfitt að velja og nálgast hjúkrunarfræðinga sem uppfylla skilyrði rannsóknarinnar en skilgreindar bráðadeildir eru alls ekki á öllum heilbrigðisstofnunum landsbyggðarinnar. Að mati okkar var besti kosturinn valinn, sem var að leita til stjórnenda á heilbrigðisstofnunum. Það er þó ekki gallalaust en eftir sameiningar stofnana á landsbyggðinni getur verið hætta á að framkvæmdastjórar hafi lakari yfirsýn yfir störf almennra hjúkrunarfræðinga á smærri einingum. Þar treystu höfundar á að framkvæmdastjórar hefðu leitað til viðeigandi aðila innan stofnunar um upplýsingar. Þá má geta þess að „bráð veikindi og slys“ var ekki skilgreint fyrir framkvæmdastjórum og fjöldi þátttakenda gæti byggt á huglægu mati einstakra stjórnenda á því um hvernig tilvik var að ræða.

Einn af göllum sjálfsmatslista er sú hætta að þátttakendur svari spurningum í samræmi við hvernig þeir telja æskilegt sé að svara þeim, en ekki út frá raunveruleikanum (Polit og Beck, 2012). Einnig má vera að athygli við svörun spurningalistans haldist ekki allan tímann þegar hann felur í sér 73 spurningar.

Hagnýting rannsóknarniðurstæða

Niðurstöður þessarar rannsóknar gefa skýra vísbandingu um að endurmenntun og starfsreynsla hafi áhrif á hæfni hjúkrunarfræðinga sem sinna bráðatilvikum á landsbyggðinni. Stjórnendur stofnana ættu því að gera hjúkrunarfræðingum fært að sækja sér endurmenntun og leitast við að halda í þá sem hafa mikla starfsreynslu.

Þakkir

Þakkir fá allir hjúkrunarfræðingarnir sem tóku þátt í þessari rannsókn og Hrund S. Thorsteinsson, Katrín Blöndal, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir, Brynja Ingadóttir, Dóra S. Björnsdóttir og Auðna Ágústsdóttir.

Heimildir

- Aiken, L.H., Sermeus, W., Van den Heede, K., Sloane, D.M., Busse, R., McKee, M., ... og Tishelman, C. (2012). Patient safety, satisfaction, and quality of hospital care: cross-sectional surveys of nurses and patients in 12 countries in Europe and the United States. *British Medical Journal*, 344, e1717.
- Aiken, L.H., Sloane, D.M., Bruyneel, L., Van den Heede, K., Griffiths, P., Busse, R., ... og Sermeus, W. (2014). Nurse staffing and education and hospital mortality in nine European countries: a retrospective observational study. *The Lancet*, 383(9931), 1824–1830. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62631-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62631-8).
- Alpi, K.M. (2006). Mapping the literature of emergency nursing. *Journal of the Medical Library Association: JMLA*, 94(2 Suppl), E107.
- Andersson, H., og Nilsson, K. (2009). Questioning nursing competences in emergency health care. *Journal of Emergency Nursing*, 35(4), 305–311.
- Benner, P.E. (2001). *From novice to expert: Excellence and power in clinical nursing practice*. New Jersey: Prentice Hall.
- Björn Steinar Pálmason, Gerður Óskarsdóttir, Herdís Gunnarsdóttir og Hólmi Friður Einarsdóttir. (2017). *Árskýrsla 2016*. Selfoss: Heilbrigðisstofnun Suðurlands.
- Bragard, I., Fleet, R., Etienne, A.M., Archambault, P., Légaré, F., Chauny, J.M., ... og Dupuis, G. (2015). Quality of work life of rural emergency department nurses and physicians: A pilot study. *Bio Med Central research notes*, 8(1), 116.
- Bushy, A. (1998). International perspective. Rural nursing in the United States: where do we stand as we enter a new millennium? *Australian Journal of Rural Health*, 6(2), 65–71.
- Curtis, K., Murphy, M., Hoy, S. og Lewis, M.J. (2009). The emergency nursing assessment process: A structured framework for a systematic approach. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 12(4), 130–136. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aenj.2009.07.003>.
- Dagbjört Bjarnadóttir (2010). The only nurse for miles around. Í Suzanne Gordon (ritstj.) *When Chicken Soup isn't Enough: Stories of Nurses Standing Up for Themselves, Their Patients, and Their Profession* (bls. 121–124). Ithaca: Cornell University Press.
- D'ambra, A.M., Andrews, D.R. (2013). Incivility, retention and new graduate nurses: an integrated review of the literature. *Journal of Nursing Management*, 22(6), 735–742.
- Dóra Björnsdóttir (2015). *Mat hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku Landspítala á eigin hæfni*. Óbirt MS-ritgerð, Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Ferðamálastofa. (e.d). *Ferðamenn um Keflavíkurlflugvöll*. Sótt 22. febrúar 2018 á <http://www.ferdamalastofa.is/is/tolur-og-utgafur/fjoldi-ferdamanna/talningar-ferdamalastofu-i-flugstod-leifs-eirikssonar>.
- Hagstofa Íslands. (e.d). *Mannfjöldi eftir þéttbýlisstöðum, kyni og aldri 2011–2018*. Sótt 4. apríl 2018 á http://px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__2__byggdir__Byggdakjarnar/MAN03105.px//.
- Henderson, A., Winch, S. og Heel A. (2006). Partner, learn, progress: a conceptual model for continuous clinical education. *Nurse Education Today*, 26(2)104–109.
- IBM Corp, I. (2013). *IBM SPSS Statistics for Windows* (gerð 22.0) [tölvuforrit]. Armonk, New York-riki: IBM Corp.
- Jones, T., Shaban, R.Z., og Creedy, D.K. (2015). Practice standards for emergency nursing: An international review. *Australasian Emergency Nursing Journal*, 18(4), 190–203.
- Jón Baldvin Halldórsson, Elísabet Guðmundsdóttir og Helga H. Bjarnadóttir. (2017). *Árskýrsla*. Reykjavík: Landspítali.
- Jutsum, V. (2010). *Competency in rural emergency nursing*. Óútgefin doktorsritgerð, The College of St. Scholastica, Minnesota.
- Khomeiran, R.T., Yekta, Z., Kiger, A., og Ahmadi, F. (2006). Professional competence: Factors described by nurses as influencing their development. *International Nursing Review*, 53(1), 66–72.
- Lakanmaa, R.L., Suominen, T., Perttilä, J., Ritmala-Castrén, M., Vahlberg, T., og Leino-Kilpi, H. (2014). Basic competence in intensive and critical care nursing: Development and psychometric testing of a competence scale. *Journal of Clinical Nursing*, 23(5–6), 799–810.
- Læknavaktin. *Símaráðgjöf fyrir allt landið, allan sólarhringinn*. Sótt 28. mars 2018 á <http://laeknavaktin.is/simaradgjof/>.
- Meretoja, R., Isoaho, H., og Leino-Kilpi, H. (2004). Nurse competence scale: Development and psychometric testing. *Journal of Advanced Nursing*, 47(2), 124–133.
- Meretoja, R., Leino-Kilpi, H., og Kaira, A.M. (2004). Comparison of nurse competence in different hospital work environments. *Journal of Nursing Management*, 12(5), 329–336.
- Meretoja, R., og Koponen, L. (2012). A systematic model to compare nurses' optimal and actual competencies in the clinical setting. *Journal of Advanced Nursing*, 68(2), 414–422.
- Mosby's Medical Dictionary, 8.útg. (2009). Sótt 14. desember 2016 á <http://medical-dictionary.thefreedictionary.com/acute+illness>.
- Needleman, J. og Hassmiller, S., (2009). The role of nurses in improving hospital quality and efficiency: Real-world results. *Health Affairs*, 28(4), w625–w633.
- Newberry, L., og Sheehy, S. B. (2003). *Sheehy's emergency nursing: principles and practice*. Philadelphia: Mosby Elsevier.
- Numminen, O., Meretoja, R., Isoaho, H. og Leino-Kilpi, H. (2013). Professional competence of practising nurses. *Journal of Clinical Nursing*, 22 (9–10), 1411–1423.
- Polit, D.F., og Beck, C.T. (2012). *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams og Wilkins.
- Ragnhildur Bjarnadóttir. (2008). Markmið kennaranáms: Starfshæfni og fagmennska. *Tímarit um menntarannsóknir*. 5: s. 93–106.
- Råholm, M.B., Hedegaard, B.L., Löfmark, A. og Slettebo, Å. (2010). Nursing education in Denmark, Finland, Norway and Sweden: From bachelor's degree to PhD. *Journal of Advanced Nursing*, 66(9), 2126–2137.
- Ross, E. L. (2007). *Evaluating Factors that Affect Nurses' Comfort Level with Emergency Interventions in the Rural Hospital Setting*. Minnesota State University, Mankato, 2007. Nursing.
- Ross, E.L. og Bell, S.E. (2009). Nurses — comfort level with emergency interventions in the rural hospital setting. *The Journal of Rural Health*, 25(3), 296–302.
- Salonen, A.H., Kaunonen, M., Meretoja, R., og Tarkka, M.T. (2007). Competence profiles of recently registered nurses working in intensive and emergency settings. *Journal of Nursing Management*, 15(8), 792–800.
- Samtök sunnlenskra sveitarfélaga. *Sumarhús: Fjöldi, staðsetning og dreifing um landið*. Sótt 14. desember 2016 á <http://www.sass.is/wordpress/wp-content/uploads/2015/03/Talnar%C3%BDnir-Sumarh%C3%BA-2.pdf>.
- Schrifer, J.A., Talmadge, R., Chuong, R., og Hedges, J.R. (2003). Emergency nursing: Historical, current, and future roles. *Journal of Emergency Nursing*, 29(5), 431–439. Doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0099-1767\(03\)00346-5](http://dx.doi.org/10.1016/S0099-1767(03)00346-5)
- Skrifstofa Alþingis. *Svar heilbrigðisráðherra við fyrirspurn frá Hönnu Katrínu Friðriksson um heilbrigðisþjónustu veitta erlendum ferðamönnum*. Sótt 28. mars 2018 á <https://www.althingi.is/altext/pdf/146/s/0545.pdf>.
- Takase, M. (2013). The relationship between the levels of nurses' competence and the length of their clinical experience: A tentative model for nursing competence development. *Journal of Clinical Nursing*, 22(9–10), 1400–1410.
- Valdez, A.M. (2009). So much to learn, so little time: Educational priorities for the future of emergency nursing. *Advanced Emergency Nursing Journal*, 31(4), 337–353. Doi: 10.1097/TME.0b013e3181bcb571.
- Williams, J.M., Ehrlich, P.F., og Prescott, J.E. (2001). Emergency medical care in rural America. *Annals of Emergency Medicine*, 38(3), 323–327. Doi: <http://dx.doi.org/10.1067/mem.2001.115217>
- Þjóðskrá Íslands (e.d.a). *Slysa- og bráðatilvik*. Sótt 28. mars 2018 á <https://www.island.is/thjonusta/heilsa/bradathjonusta-og-heilsugaesla/slysa-og-bradatilvik/>.
- Þjóðskrá Íslands (e.d.b). *Fjöldi sumarhúsa*. Sótt 4. apríl 2018 af <https://www.skra.is/markadurinn/talnaefni/fjoldi-sumarhusa/>.

English Summary

Kristjansdóttir, I., Sveinsdóttir, H.

Rural Emergency Nurses' Self-Assessment of Competence:
Descriptive Cross-Sectional Study

Aim: Rural emergency departments are designed to provide short-term emergency care for seriously ill or injured patients. The purpose of this study was to explore rural emergency nurses' self-assessment of competence.

Method: This descriptive cross-sectional study was conducted in the spring of 2016. A survey, including the Nurse Competence Scale (NCS), was distributed to 87 Icelandic rural nurses who provided emergency care to a minimum of ten acutely ill or injured patients each month. The NCS scale contains 73 questions in seven nursing domains. The return rate was 60%. The data was analysed using descriptive and inferential statistics.

Results: The nurses assessed their competence highest, and their frequency of actions most, in the category *managing situations*. They assessed their competency lowest in *ensuring quality* and their frequency of actions least in *teaching-coaching*. Looking at specific competency items, they assessed their competence highest, and their frequency of actions most, in *acting autonomously*. Nurses

with more than five years of work experience assessed their competence significantly higher in five domains (*managing situations, work role, diagnostic functions, therapeutic interventions and teaching-coaching*) than those with shorter work experience. Nurses with post graduate education in nursing, assessed their competence significantly higher in all competency categories than nurses without post graduate education.

Conclusion: The findings indicate that post graduate education and work experience influence the self-perceived competence of nurses who provide emergency care in rural settings. Administrators of health institutions should enable nurses to seek further education and attempt to hold on to those with long work experience.

Keywords: Competence, emergency department, rural area, nurses, emergency nursing.

Correspondent: iris@hss.is

Ný stjórn Fíh

Ný stjórn Fíh var kosinn á aðalfundi félagsins í maí sl.

Stjórn félagsins fer með æðsta vald í málefnum þess á milli aðalfunda. Hlutverk stjórnar er að móta stefnu og megináherslur félagsins í samræmi við stefnumörkun og ákvarðanir aðalfundar. Stjórn ber ábyrgð á fjárreiðum félagsins og starfsemiinni gagnvart aðalfundi.

Stjórn félagsins fundar að jafnaði mánaðarlega.

Stjórn Fíh skipa:

Guðbjörg Pálsdóttir, formaður
Arndís Jónsdóttir, varaformaður
Halla Eiríksdóttir, gjaldkeri
Edda Dröfn Daníelsdóttir, ritari
Anna María Þórðardóttir, meðstjórnandi
Gísli Níls Einarsson, meðstjórnandi
Hildur Björk Sigurðardóttir, meðstjórnandi
Guðrún Yrsa Ómarsdóttir, varamaður
Helena Eydal, varamaður