

Verkefni þetta er lokaverkefni til B.Sc. prófs í iðjuþjálfunarfræði.

Verkefnið unnu:

Ester Halldórsdóttir

Karen Björg Gunnarsdóttir

Thelma Hrund Sigurbjörnsdóttir

Leiðbeinandi:

Dr. Hermann Óskarsson, dósent

ÁGRIP

Með breyttri samsetningu mannfjöldans og nýjum áherslum í heilbrigðiskerfinu hafa störf iðjuþjálfa færst frá hefðbundnum stofnunum og út í nærþjónustuna. Í lögum frá 1990 kemur fram að veita skuli þjónustu iðjuþjálfa á heilsugæslustöðvum eftir því sem við á. Það var þó ekki fyrr en 1997 sem því var hrint í framkvæmd og þá sem tilraunaverkefni í eitt ár. Í dag eru níu iðjuþjálfar starfandi í heilsugæslunni á Íslandi. Starfsemi þeirra hefur ekki verið rannsökuð fram að þessu og var það m.a. hvati til framkvæmdar þessarar rannsóknar.

Tilgangur rannsóknarinnar er að fá upplýsingar um iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi, í því skyni voru tekin viðtöl við sex af áður nefndum níu iðjuþjálfum. Rannsóknargagna var aflað með viðtölum við starfandi iðjuþjálfar og með úrvinnslu íslenskra og erlendra heimilda. Lítið hefur verið fjallað um starfsemi iðjuþjálfa innan heilsugæslunnar á opinberum vettvangi hér á landi og engar rannsóknir verið gerðar. Erlendis er heilsugæsla ekki með sama hætti og á Íslandi og þær erlendu rannsóknir sem stuðst er við eiga fyrst og fremst við um grunnþjónustu. Rannsóknarspurningin er „Hvernig er iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi?“ Gögnin voru greind eftir Líkaninu einstaklingur, iðja og umhverfi (PEO) og þemagreiningu. Niðurstöður leiddu í ljós að iðjuþjálfar í heilsugæslu á Íslandi eru að vinna fjölbreytt starf með ólíka markhópa. Allir vinna meira en stöðugildi þeirra segir til um og tími til að sinna starfinu eins og þeir helst vildu er af skornum skammti. Umhverfið stýrir að stóru leyti starfi iðjuþjálfa, fjármagn er þar stór þáttur sem sníður starfi iðjuþjálfa þröngan stakk. Með rannsókn þessari fæst mynd af starfsemi iðjuþjálfa í heilsugæslu frá þeirra sjónarhorni.

Lykilhugtök: Heilsugæslustöð, heilsugæsla

ABSTRACT

With changing population compositions and new emphases in the public health system, occupational therapy has shifted out of traditional institutions into primary health care. The law in Iceland from 1990 states that occupational therapy services should be provided where necessary in every health care centres but not all health care centres can live up to it. It was not until 1997 that an experimental project was put into effect for one year. Today there are nine occupational therapists working in health care centre in Iceland. This service has not been researched until now and is one of the main reasons for this study. The purpose of this study was to gather information on occupational therapy in primary care in Iceland. Data were gathered by interviewing six of the nine working occupational therapists and analysing both Icelandic and foreign sources. Little has been written and published about occupational therapy in health care centres in Iceland. Primary care is conducted differently abroad and foreign data that supports this study is mainly about primary care. The research question is „How is occupational therapy in health care centres in Iceland“? Literature was analysed according to the Person-Environment-Occupation model (PEO) as well as theme analyses. The outcome of this study shows that occupational therapy is very varied as well as services different client groups. All six occupational therapists work more than their position stipulates and the hours are too restricted to complete work satisfactorily. The environment greatly influences occupational therapy, such as financial limitations. This study reflects the occupational therapists' point of view of their work in health care centres.

Key words: Primary health care, health care centres

EFNISYFIRLIT

KAFLI I INNGANGUR.....	1
KAFLI II HEIMILDASAMANTEKT	4
Hugmyndafræði.....	4
Heilbrigðisþjónusta og heilsugæsla.....	6
Íslensk heilsugæsla	7
Iðjuþjálfun sem tilraunaverkefni	8
Störf iðjuþjálfra.....	10
Erlendar rannsóknir	11
Heimilisathuganir	12
Áherslubreytingar	13
KAFLI III AÐFERÐIR OG AÐFERÐAFRÆÐI.....	17
Rannsóknaraðferð.....	17
Þátttakendur.....	20
Áreiðanleiki og réttmæti.....	20
Siðferðilegir þættir	22
Greining gagna	23
KAFLI IV GREINING GAGNA OG UMRÆÐA	24
Iðjuþjálfar í heilsugæslu	26
Fagmaðurinn.....	26
Starfshlutfall	28
Hugmyndafræði.....	29
Starfsumhverfi iðjuþjálfra í heilsugæslu.....	29
Aðgengi að þjónustu iðjuþjálfra	30

Þekking annarra á iðjuþjálfun.....	31
Aðbúnaður á vinnustað.....	31
Störf iðjuþjálfna í heilsugæslu.....	33
Markhópur.....	33
Starfssvið.....	34
Skráning upplýsinga.....	35
Samspil iðjuþjálfna, starfsumhverfis og starfs þeirra.....	36
Umræður.....	38
KAFLI V NIÐURLAG.....	41
HEIMILDASKRÁ.....	43
FYLGISKJAL A: VIÐTALSRAMMI.....	48
FYLGISKJAL B1, B2: TILKYNNING TIL PERSÓNUVERNDAR OG SVAR.....	50
FYLGISKJAL C, C2: SVÖR FRÁ VÍSINDASÍÐANEFND.....	55
FYLGISKJAL D1, D2, D3: KYNNINGARBRÉF OG SAMÞYKKISYFIRLÝSING.....	58

ÞAKKARORÐ

Rannsakendur vilja koma til skila þakklæti til leiðbeinanda síns Dr. Hermanns Óskarssonar dósents fyrir ómældan stuðning og góðar ábendingar við gerð rannsóknarverkefnisins. Auk þess vilja þeir þakka Guðrúnu Pálmadóttur fyrir aðstoð varðandi hugmyndafræði í rannsókninni. Þátttakendur rannsóknarinnar og yfirmenn þeirra fá þakkir fyrir að taka þátt í rannsókninni því án þeirra þátttöku hefði rannsóknin ekki orðið að veruleika. Enn fremur vilja rannsakendur koma fram ómetanlegu þakklæti til fjölskyldna sinna fyrir mikinn stuðning og þolinmæði í gegnum allt námið sem og við gerð þessarar rannsóknar. Bryndís Dagbjartsdóttir og Hrönn Ríkharðsdóttir fá kærar þakkir fyrir yfirlestur verkefnisins. Deborah Júlía Robinson fær þakkir fyrir yfirlestur á þýðingu ágrips og Björg Hreinsdóttir fyrir yfirlestur heimildaskráar. Auk þess fá strákarnir í Gagnasmiðjunni sérstakar þakkir fyrir tæknilega aðstoð.

KAFLI I

INNGANGUR

Iðjuþjálfun á Íslandi á sér stutta sögu en hana má rekja aftur til ársins 1945 þegar fyrsti iðjuþjálfinn hóf störf hér á landi. Árið 1976 var Iðjuþjálfafélag Íslands stofnað af tíu manna hópi íslenskra og erlendra iðjuþjálfra. Lög um iðjuþjálfun voru fyrst samþykkt á Alþingi 1977 (Guðrún Pálmadóttir, 1997).

Lítill hefð er hérlandis fyrir iðjuþjálfun meðal almennings úti í samfélaginu og flestir iðjuþjálfar á Íslandi vinna á sjúkrastofnunum og endurhæfingarstöðvum þar sem skjólstæðingar eru inniliggjandi eða fá þjónustu göngudeilda (Ríkisendurskoðun, 2002). Á Vesturlöndum hefur orðið mikil breyting á uppbyggingu endurhæfingarþjónustu þar sem hún fer fram í auknum mæli á göngu- og dagdeildum. Sambærileg þróun er hafin á Íslandi og stuðlað er að því að hún haldi áfram. Þetta þjónustuform er bæði ódýrara og sveigjanlegra en legudeildarþjónusta. Auk þess er talið æskilegt að vinna að endurhæfingu í eðlilegu umhverfi skjólstæðingsins fremur en í stofnanaumhverfi (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001).

Samkvæmt lögum um heilbrigðisþjónustu frá árinu 1990 segir í 19. grein að þjónusta iðjuþjálfra skuli standa til boða á heilsugæslustöðvum eða í tengslum við þær eftir því sem við á. Það var fyrst árið 1997 sem iðjuþjálfun var hrundið af stað í heilsugæslu á Íslandi og þá sem tilraunaverkefni. Þrír iðjuþjálfar tóku þátt í verkefninu, sem stóð yfir í eitt ár, þeir höfðu til umráða eitt og hálf stöðugildi. Eftir að tilraunaverkefninu lauk gerði matshópur verkefnisins lokaskýrslu þar sem lagt var til að fjórir iðjuþjálfar yrðu ráðnir í heilsugæslu næstu tvö árin á landsvísu. Raunin varð þó önnur þar sem skortur á fjármagni stóð í vegi fyrir því að iðjuþjálfar væru ráðnir í heilsugæslu á þessum tíma, en nú árið 2005 eru níu iðjuþjálfar starfandi á þessum vettvangi.

Markmið rannsóknarinnar er að afla upplýsinga um iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi þar sem takmarkað efni er fyrirliggjandi um þetta málefni fyrir utan það sem skrifað hefur verið um tilraunaverkefnið. Rannsóknargagna var aflað annars vegar með úrvinnslu íslenskra og erlendra heimilda og hins vegar með viðtölum við starfandi iðjuþjálfara. Lítið er til af faglegu efni sem hægt er að styðjast við. Erlendis er heilsugæsla með öðrum hætti en hér á landi og þær erlendu rannsóknir sem stuðst er við varða fyrst og fremst svokallaða grunnþjónustu. Viðtöl voru tekin við sex starfandi iðjuþjálfara á heilsugæslusstöðvum hérlendis, þrjár starfa á höfuðborgarsvæðinu og þrjár úti á landsbyggðinni. Þeir voru spurðir m.a. um menntun, markhóp, samstarfsaðila, þjónustu sína, ávinning hennar og aðbúnað á vinnustað.

Beitt er með öðrum orðum eigindlegum aðferðum, en eigindlegar rannsóknir henta vel þegar leitast er við að auka skilning á mannlegum fyrirbærum, meðal annars til að bæta mannlega þjónustu í t.d. heilbrigðisþjónustunni (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Við framkvæmd rannsóknarinnar var byggt á Líkaninu einstaklingur, umhverfi og iðja (Person-Environment-Occupational Model, PEO) sem sótt er í hugmyndafræði iðjuþjálfunar. Líkanið er útskýrt nánar í öðrum og þriðja kafla rannsóknarinnar. Í rannsókninni er horft á samspil þriggja meginþátta sem eru iðjuþjálfinn sem fagaðili, starfs hans og vinnuumhverfi.

Gildi rannsóknarinnar liggur m.a. í að safnað er saman því sem vitað er um iðjuþjálfun í heilsugæslu og upplýsingarnar eru gerðar aðgengilegar. Helstu takmarkanir rannsóknarinnar eru þær að rannsakendur eru reynslulitlir og eru að gera sína fyrstu rannsókn. Val rannsakennda á þátttakendum getur einnig haft takmarkandi áhrif þar sem notast var við tilgangsrúttak við val þátttakenda. Við val tilgangsrúttaks er valinn hópur viðfanga sem þjóna best skilgreindum tilgangi rannsóknar (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Í rannsókninni er leitast við að svara eftirfarandi spurningu: Hvernig er iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi?

Skilgreining lykilhugtaka:

Heilsugæslustöð: Heilsugæslustöðvum er markað það hlutverk að vera hornsteinn heilbrigðisþjónustu utan sjúkrahúsa (Landlæknisembættið, e.d.a). Skv. lögum nr. 97 frá 1990 á heilsugæslustöð að annast heilsugæslu.

Heilsugæsla: Miðar að því að verja heilsu manna fyrir tiltekinni heilsuvá eða stuðla að heilbrigði einstaklinga, fjölskyldna og hópa (Landlæknisembættið, e.d.b). Í áðurnefndum lögum merkir heilsugæsla heilsuverndar- og lækningarstarf sem unnið er vegna heilbrigðra og sjúkra utan sjúkrahúsa.

Rannsóknarskýrslan skiptist í fimm kafla. Fyrsti kafli er inngangur að verkefninu. Kafli tvö er samantekt fræðilegra heimilda þar sem fjallað er um iðjuþjálfun í heilsugæslu og sambærilega þjónustu erlendis. Gerð er grein fyrir hugmyndafræðinni sem liggur að baki rannsókninni. Í þriðja kafla er fjallað um aðferðafræði rannsóknarinnar, rannsóknarspurningu og siðfræðileg atriði. Niðurstöður eru settar fram í kafla fjögur og þær bornar saman við heimildasamantekt í öðrum kafla. Í fimmta kafla eru grundvallaratriði dregin saman og tengd rannsóknarspurningunni. Auk þess er greint frá takmörkunum rannsóknarinnar, hagnýtu gildi hennar og hugmyndir settar fram að frekari rannsóknum.

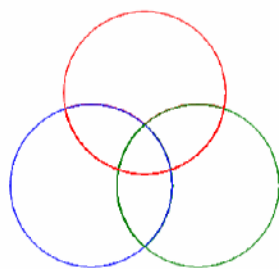
KAFLI II

HEIMILDASAMANTEKT

Í þessum kafla sem er samantekt fræðilegra heimilda verður fyrst greint frá hugmyndafræðinni sem stýrir verkefninu. Almennt er fjallað um heilsugæslu, upphaf iðjuþjálfunar þar og þá þróun sem orðið hefur. Gerð er grein fyrir sambærilegri þjónustu erlendis og því helsta sem iðjuþjálfar gera þar út frá erlendum rannsóknargreinum.

Hugmyndafræði

Hugmyndafræðin að baki verkefninu er eins og áður sagði PEO. Líkanið, sem er kanadískt, byggir aðallega á umhverfis- og hegðunarkenningum, iðjukenningum og skjólstæðingsmiðaðri þjónustu. Líkanið inniheldur þrjár víddir, einstakling, umhverfi og iðju. Styrkur líkansins liggur í skírskotun þess til samspils þessara þriggja vídda, þar sem ekki er einungis horft á hverja þeirra út af fyrir sig heldur einnig og ekki síður skörun víddanna þriggja. Þær eru sýndar sem þrír hringir eða svið með innbyrðis flóknum tengslum sem skarast á lífsleið einstaklingsins.



Einstaklingur upplifir færni við iðju af því samspili sem er í gangi milli hans, iðjunnar og umhverfisins sem hann lifir, starfar og hrærist í. Í þessari nálgun er horft til þess að umhverfið hefur áhrif á hegðun einstaklingsins og að þetta tvennt verði ekki aðskilið. Bæði innbyrðis og

utanaðkomandi breytingar geta aukið eða dregið úr samspili einstaklings, umhverfis og iðju. Hver einstaklingur er einstakur og axlar fjölbreytt hlutverk á sama tíma. Þessi hlutverk eru virk en breytast í tímans rás í samræmi við mikilvægi og þýðingu. Hugtakið einstaklingur getur átt við einstakling eða félagslega einingu eins og hóp af fólki eða stofnun. Umhverfið er skilgreint vítt, þar á meðal er menning, félagshagfræðilegir þættir, stofnanaþættir, og efnis- og félagslegir þættir er tengjast umhverfinu. Umhverfisþættir eins og stjórnvaldsaðgerðir sem hafa í för með sér efnahagslegar breytingar, s.s. lagabreytingar og einkavæðingu opinberrar þjónustu geta haft áhrif á daglegar athafnir einstaklinga og starfsemi stofnana. Hugtakið iðja á við um fjölda sjálfssprottinna, hagnýtra og virkra athafna sem einstaklingurinn tekur sér fyrir hendur á lífsleiðinni í ólíkum hlutverkum sínum. Tímamynstur og taktur er einkennandi fyrir vanann við framkvæmd hvers kyns iðju, sem getur staðið yfir í einn dag, viku eða lengri tíma. Kostir líkansins koma vel í ljós þegar skoðaður er sveigjanleiki þess hvernig líkanið nær yfir tímatengda þætti og áhrif þess á samspil einstaklings, umhverfis og iðju. Færni við iðju er útkoma þessa samspils og er henni lýst sem virkri reynslu einstaklingsins við athafnir og verk í umhverfinu sem hafa tilgang. Á lífsleiðinni er einstaklingurinn stöðugt að endurskoða sjálfsmýnd sína og hlutverk um leið og hann skilgreinir þýðingu iðju sinnar og umhverfi. Líkanið gerir ráð fyrir víxlverkun milli iðju, einstaklings og umhverfis og eftir því sem skörun milli hringjanna er meiri því betri er framkvæmd við iðju. PEO er auðskilið og auðveldar samskipti bæði innan fagsins og utan þess. Líkanið virðist vera laust undan menningarlegum áhrifum og krefst þess ekki að notandinn leggi frá sér sín menningarbundnu sjónarmið (Law o.fl., 1997; Strong o.fl., 1999).

Líkanið aðskilur hugtakið iðja frá framkvæmd við iðju og leggur áherslu á afleiðingu framkvæmdar iðju ef einhver breyting á sér stað hjá einstaklingnum, umhverfinu eða iðjunni. Líkanið er hannað með það í huga að aðstoða starfandi iðjuþjálfara í að taka tillit til tímatengdra

þátta í iðjumynstri, ekki eingöngu á daglegum, vikulegum eða mánaðarlegum grundvelli heldur við það sem á sér stað á lífsleiðinni (Holm, Roger og Stone, 1998).

Heilbrigðisþjónusta og heilsugæsla

Heilbrigðisþjónusta á að snúast um grunnheilsugæslu svo sem forvarnir, heilsueflingu og endurhæfingu vegna sjúkdóma en ekki eingöngu lækningar og meðhöndlun sjúkdóma. Megin markmið íslensku heilbrigðisáætlunarinnar frá 1991 eru að tryggja jafnan rétt til heilbrigðisþjónustu, vinna að auknum gæðum þjónustunnar og stuðla að því að tekið sé fullt tillit til heilbrigðissjónarmiða í þjóðfélaginu (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001).

Merking hugtaksins heilsugæsla getur verið mjög mismunandi eftir því í hvaða samhengi það er notað. Það má m.a. nota til að tákna skipulagningu innan heilbrigðiskerfis, ákveðið stig heilbrigðisþjónustu eða tiltekna hugmyndafræði um hvernig veita skuli heilbrigðisþjónustu (Ríkisendurskoðun, 2002).

Innan heilbrigðisþjónustunnar og á meðal fræðimanna á sviði heilbrigðisvísinda má segja að í grófum dráttum ríki sameiginlegur skilningur á því hvað heilsugæsla feli í sér. Lagður var grunnur að þessum sameiginlega skilningi á ráðstefnu sem haldin var 1978 á vegum Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO). Þar komu fram flest þau atriði sem sameiginlegur skilningur á hugtakinu heilsugæsla hefur byggst á æ síðan. Heilsugæslan á að vera þungamiðja heilbrigðisþjónustu í hverju ríki og fyrsti viðkomustaður fólks í heilbrigðiskerfinu. Byggja skal heilsugæslu á vísindalegum og viðurkenndum aðferðum og veita fjölbreytta þjónustu s.s. almenna læknaþjónustu, forvarnir og fræðslu. Heilsugæsla á að veita samfellda þjónustu og byggja á samvinnu heilbrigðisstétta og samhæfa ólíka þætti heilbrigðisþjónustu og tengdrar þjónustu. Þjónustan á að vera staðbundin og taka mið af því samfélagi þar sem hún starfar, vera aðgengileg og ódýr (Ríkisendurskoðun, 2002).

Í lögum um heilbrigðisþjónustu frá árinu 1990 segir í 1. gr. að allir landsmenn skuli eiga kost á fullkornustu heilbrigðisþjónustu, sem á hverjum tíma eru tók á að veita til verndar andlegu, líkamlegu og félagslegu heilbrigði.

Gera má ráð fyrir að miklar breytingar verði á næstu árum og áratugum í heilbrigðisþjónustu. Réttur sjúklinga og aðstandenda þeirra mun aukast. Sífellt fleiri viðfangsefni heilbrigðisþjónustunnar eru leyst á hagkvæmari hátt en áður og án innlagnar á sjúkrahús þrátt fyrir aukna meðferðarmöguleika, aukna tækni og aukið umfang þjónustunnar sem krefst annars konar úrræða en verið hafa (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001).

Hugmyndafræði heilsugæslunnar byggir á hugmyndum um lýðheilsu, að skapa styðjandi umhverfi í samfélaginu, stuðla að þróun persónulegs styrkleika einstaklinga, auka virkni samfélagsins og endurskipuleggja heilbrigðisþjónustu. Hugmyndafræðin fellur vel að þeirri nálgun sem iðjuþjálfar nota í starfi sínu með skjólstaðingum (Mitchell og Unsworth, 2004).

Íslensk heilsugæsla

Uppbygging heilsugæslu hér á landi hófst með lagasetningu um heilbrigðisþjónustu árið 1973. Yfirlýst markmið stjórnvalda hafa frá upphafi verið að heilsugæsla skuli vera sá staður innan heilbrigðiskerfisins þar sem fólk getur komið þegar upp koma veikindi eða önnur heilsufarsvandamál. Þetta markmið er í samræmi við alþjóðlega staðla um hlutverk heilsugæslu. Þar er lögð áhersla á að heilsugæsla veiti almenna og alhliða þjónustu, annist greiningu og frummeðferð vegna heilsufarsvandamála. Auk þess ber heilsugæslu að sinna heilsuvernd og forvörnum og hafa yfirsýn til langs tíma um heilbrigði einstaklinga, fjölskyldna og samfélaga (Ríkisendurskoðun, 2002; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Samkvæmt lögum er landinu skipt upp í ákveðin heilsugæslusvæði þar sem starfrækt

er heilsugæslustöð (*Lög um heilbrigðisþjónustu*, 1990). Heilsugæslustöðvar gegna mikilvægu hlutverki þar sem þær eru hornsteinn heilbrigðisþjónustu fyrir utan spítala. Landsbyggðin hefur notið ákveðins forgangs fram yfir höfuðborgina varðandi uppbyggingu heilsugæslustöðva þar sem sjúkrahús og heilsugæsla hafa verið sameinuð í eina heilbrigðisstofnun (Ríkisendurskoðun, 2002; Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Samkvæmt Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu (2001) er heilsugæsla grunn heilbrigðisþjónusta sem þarf að tryggja sem víðast.

Samkvæmt 19. grein í lögum um heilbrigðisþjónustu frá árinu 1990 nr. 97 er kveðið á um að heilsugæslustöðvar eigi að bjóða uppá almenna lækni-, hjúkrunar- og vaktþjónustu, iðju- og sjúkrahjálfun, vitjanir og sjúkraflutninga. Einnig lækni- og sérfræðiþjónustu s.s. tannlækningar og endurhæfingu. Auk þess á að vera starfandi heimahjúkrun og heilsuvernd m.a. ungbarnaefirlit, mæðravernd, félagsráðgjöf og heilsugæsla í skólum (*Lög um heilbrigðisþjónustu*, 1990).

Iðjuþjálfun sem tilraunaverkefni

Iðjuþjálfar á Íslandi hafa að mestu starfað á sjúkrastofnunum og endurhæfingarstöðvum þar sem skjólstæðingar eru inniliggjandi eða fá göngudeildar þjónustu. Lítil hefð er í landinu fyrir iðjuþjálfun úti í samfélaginu (Anna S. Jónsdóttir, Guðrún K. Hafsteinsdóttir og Ingibjörg Pétursdóttir, 1998).

Í áðurnefndum lögum um heilbrigðisþjónustu segir að þjónusta iðjuþjálfra skuli standa til boða á heilsugæslustöðvum eða í tengslum við þær eftir því sem við á (*Lög um heilbrigðisþjónustu*, 1990). Árið 1997 var iðjuþjálfri ráðinn í fyrsta sinn í heilsugæslu á Íslandi og þá sem tilraunaverkefni. Í verkefninu, sem stóð yfir í eitt ár, voru þátttakendur þrír iðjuþjálfar sem störfuðu samtals í einu og hálfu stöðugildi. Markmiðið með tilraunaverkefninu

var að stuðla að breiðari og betri þjónustu við þá skjólstæðinga sem vegna fötlunar, sjúkdóma eða annarra aðstæðna eiga í erfiðleikum með daglega iðju og þátttöku í forvarnarstarfi til að koma í veg fyrir ótímabæran iðjuvanda. Markmiðið var auk þess að kynna starf iðjuþjálfra og sýna fram á að starfsvettvangur iðjuþjálfra samræmdist vel hlutverki heilsugæslunnar.

Tilraunaverkefnið var nauðsynlegt til að bæta og breikka þá þjónustu sem boðið er upp á og bæta við þjónustuna með því að færa iðjuþjálfun á þennan nýja vettvang. Bent hefur verið á að í nútíma heilsugæslu þurfi að færa þjónustuna meira inn í skóla og vinnustaði, leggja áherslu á forvarnir og auka þjónustu við fatlaða, sjúka og aldraða sem vilja búa heima þrátt fyrir heilsubrest (Anna S. Jónsdóttir, Guðrún K. Hafsteinsdóttir og Ingibjörg Pétursdóttir, 1998).

Í lok tilraunaverkefnisins hafði margt áunnist þó fjarri því færi að markmiðin sem sett voru í upphafi hafi náðst. Iðjuþjálfarnir sem komu að tilraunaverkefninu styrktust enn frekar í þeirri sannfæringu sinni að iðjuþjálfun sé nauðsynlegur liður í þeirri þjónustu sem heilsugæslan býður upp á. Ástæðan var m.a. jákvæð viðbrögð frá samstarfsaðilum, einstaklingum og aðstandendum þeirra sem höfð voru afskipti af. Fjöldi beiðna sem bárust var slíkur að ekki var hægt að anna eftirspurn. Mikil þörf er enn á að kynna starf iðjuþjálfra þar sem margir er starfa í heilsugæslu vita ekki í hverju starf þeirra er fólgið (Anna S. Jónsdóttir, Guðrún K. Hafsteinsdóttir og Ingibjörg Pétursdóttir, 1998).

Í tengslum við tilraunaverkefnið var skipuð matsnefnd sem ætlað var að meta hvernig til hefði tekist. Matsnefndin sendi út spurningalista til starfsfólks í skóla- og heilbrigðiskerfinu varðandi reynslu þess af tilraunaverkefninu. Í skýrslu sem matsnefndin tók saman kom fram samdóma álit allra þeirra sem svöruðu spurningalistunum að mikil þörf væri fyrir iðjuþjálfra í heilsugæslu bæði í heimahjúkrun og skólaheilsugæslu. Nefndin var einnig á einu máli um að veruleg þörf væri fyrir iðjuþjálfun í heilsugæslunni og lagði til að fjórir iðjuþjálfar yrðu ráðnir

til starfa þar næstu tvö árin á landsvísu (Anna S. Jónsdóttir, Guðrún K. Hafsteinsdóttir og Ingibjörg Pétursdóttir, 1998). Raunin varð þó önnur þar sem skortur á fjármagni stóð í vegi fyrir því að iðjuþjálfar væru ráðnir á þessum tíma. Nú árið 2005 eru níu iðjuþjálfar starfandi á þessum vettvangi.

Störf iðjuþjálfra

Menntun iðjuþjálfra er víðtæk og felst m.a. í líffærafræði, lífeðlisfræði, eðlisfræði, hreyfingafræði, meinafræði, félags- og atferlisfræði, umhverfisfræði og aðlögun á virkni. Í gegnum tíðina hafa iðjuþjálfar unnið að mestu á sjúkrahúsum og endurhæfingarstofnunum en eru nú í æ ríkara mæli starfandi innan skóla og í grunnþjónustunni. Þeir vinna skjólstæðingsmiðað og felst starf þeirra m.a. í heimilisathugunum, forvörnum, fræðslu og kennslu s.s. í orkusparandi aðferðum og liðvernd, einnig sjá þeir um hjálparkæjamál og spelkugerð. Öll þessi vinna snýst um að gera einstaklinginn sem mest sjálfbjarga í daglegu lífi. Samstarfsaðilar eru til að mynda hjúkrunarfræðingar, sjúkrapjálfarar, talmeinafræðingar og aðrir aðilar sem vinna í heimaþjónustu (McCormack, 1997).

Iðjuþjálfar vinna gjarnan skjólstæðingsmiðað þar sem þeir leggja áherslu á valdeflingu skjólstæðingsins. Iðjuþjálfinn hvetur einstaklinginn til sjálfstæðis og aukinnar færni. Iðjuþjálfri og skjólstæðingur vinna saman að því að skilgreina iðjuvanda og einbeita sér að þörfinni fyrir íhlutun og ákjósanlegri útkomu íhlutunar. Á meðan íhlutun stendur eru skjólstæðingarnir þátttakendur á öllum stigum í samræmi við hæfni þeirra. Nálgunin ber kennsl á og virðir vilja skjólstæðingsins við að hafa stjórn á og vera virkur þátttakandi í íhlutuninni (Boshoff, 2003).

Christie (1999) sem er ástralskur iðjuþjálfri skrifaði grein þar sem hún fjallar um það sem hefur haft áhrif á þroska hennar sem iðjuþjálfra. Það sem hún nefnir eru breyttir tímar, lífsreynsla, faglegur þroski, faglegir leiðbeinendur, umsjón, fagleg ábyrgð, rannsóknir og það

að deila þekkingunni. Að auki nefnir hún þær breytingar sem átt hafa sér stað í faginu frá því að iðjuþjálfun var nánast eingöngu inni á sértækum iðjuþjálfunardeildum og þar til nú sem hluti af samfélagsþjónustunni. Með breyttum tímum starfa sumir iðjuþjálfar einir án samstarfs við aðra iðjuþjálfara eða í teymi þar sem þeir eru jafnvel einangraðir frá öðrum samstarfsaðilum. Slík tilhögun krefst þess að iðjuþjálfar geri sér grein fyrir hvað þeir hafi fram að færa í slíku samstarfi í þágu skjólstaðingsins. Tilhneiging er til að fagið, með sína sérstæðu sýn, sé vannýtt innan heilbrigðiskerfisins og eigi það á hættu að lenda undir. Þetta hafa iðjuþjálfar í Bandaríkjunum og Bretlandi látið í ljós við Christie. Í eigindlegri rannsókn Courtney og Farnworth (2003) á sjálfstætt starfandi iðjuþjálfum kemur fram að þeir geti ekki unnið vinnu sína eins vel og þeir vildu sökum tímaskorts. Auk þess kom fram að fjármál sé hindrun í starfi þeirra og að ekki sé vel séð að þeir eyði tíma í að lesa sér til um fagið þar sem fjármagn komi ekki inn á meðan. Christie (1999) hvetur iðjuþjálfara til að hafa hugmyndafræði iðjuþjálfunar að leiðarljósi í starfi sínu. Hún leggur líka áherslu á að iðjuþjálfar sinni sí- og endurmenntun á sínu sviði og miðli af þekkingu sinni.

Erlendar rannsóknir

Þrátt fyrir framlag iðjuþjálfara í heilsugæslu og þess hlutverks sem þeir hafa þar hefur framlag þeirra fengið litla athygli í rannsóknum. Nokkrar af þeim rannsóknum sem gerðar hafa verið virðast benda til þess að nýjar áherslur í heilbrigðismálum styrki stöðu stéttar eins og iðjuþjálfunar í heilsugæslu (Freburger og Konrad, 2001).

Flestar rannsóknir sem rannsakendur fundu um störf iðjuþjálfara í grunnþjónustu eða í heilsugæslu erlendis tengjast heimilisathugunum og verður greint frá þeim í kaflanum heimilisathuganir.

Heimilisathuganir

Heimilisathuganir eru mikilvægur þáttur í þjónustu iðjuþjálfra í heilsugæslu. Tilgangurinn með þeim er að öðlast skilning á þörfum skjólstæðingsins sem manneskju og samspili líkamlegra, samfélagslegra og tilfinningalegra þátta (Mitchell og Unsworth, 2004).

Heimilisathuganir skapa tækifæri fyrir skjólstæðinginn, fjölskyldu hans og meðferðaraðilann til að meta vandann í umhverfi þeirra, setja markmið og vinna í átt að árangri (Mitchell og Unsworth, 2004; Mountain og Pighills, 2003). Þetta getur falið í sér mat og að komast hjá líkamlegum hindrunum á heimili skjólstæðings eða í nærsamfélagi hans. Auk þess að meta og styrkja persónulega þætti sem tengjast sjálfstrausti eða samskiptum er veitt fræðsla í tengslum við samfélagsstuðning og hjálpartæki útveguð. Öll þessi þjónusta miðar að því að skjólstæðingur geti haldið áfram að búa sjálfstætt í samfélaginu (Mitchell og Unsworth, 2004; Boutin-Lester og Gibson, 2002).

Í heimilisathugunum er komið með tillögur að úrbótum á umhverfi einstaklingsins og honum kenndar nýjar aðferðir við að framkvæma iðju. Iðjuþjálfar leggja til aðlögun á umhverfi til að auðvelda framkvæmd við iðju. Fræðsla til skjólstæðings og aðstandenda er veitt til að viðhalda færni og til að koma í veg fyrir frekari vandamál (Culler, 2003). Þekking iðjuþjálfra nýtist til að koma auga á hindranir og aðlaga umhverfið að þörfum einstaklingsins (Nygård, Grahn, Rudenhammar og Hydling, 2004). Fyrir það fólk sem er veikburða og hefur ekki stuðning óformlegs umönnunaraðila eða býr ekki við kjöraðstæður er ávinningur heimilisathugunar sá að hún auðveldar mat á því hvort viðkomandi geti búið heima eftir útskrift af sjúkrahúsi (Mountain og Pighills, 2003).

Áætlað er að heimilisathuganir og þjálfun sem fer fram á heimili skjólstæðingsins fari vaxandi á 21. öldinni (Boutin-Lester og Gibson, 2002). Með því að veita þjálfun inni á heimilunum skapast einstakt tækifæri fyrir skjólstæðinga til að framkvæma iðju sem hefur

gildi fyrir þá og er þeim mikilvæg. Skjólstæðingurinn er öruggari og framkvæmir iðjuna í sínu eigin umhverfi (Boutin-Lester og Gibson, 2002; Nygård, Grahn, Rudenhammar og Hydling, 2004).

Áherslubreytingar

Þrátt fyrir að í meginatriðum ríki sameiginlegur skilningur heilbrigðisyfirvalda í ríkjum heims um hvað hugtakið heilsugæsla feli í sér, er töliverður munur á því milli landa hvernig heilsugæsla er skipulögð og framkvæmd. Ólíkar aðferðir við fjármögnun og rekstur ráða miklu um stöðu heilsugæslunnar (Ríkisendurskoðun, 2002).

Síðastliðin 25 ár hafa stjórnvöld nærri allra iðnvæðra landa hugleitt veigamiklar breytingar í heilbrigðismálum varðandi uppbyggingu þjónustu og þeirra stofnana sem veita þjónustuna. Meðal margra þjóða hefur þessum hugleiðingum verið hrint í framkvæms. Bretland, Svíþjóð og Holland eru lönd sem hafa verið fremst í flokki hvað varðar endurbætur á heilbrigðiskerfum sínum. Í byrjun eða upp úr 1980 var um að ræða breytingar sem einblíndu á kostnað við heilbrigðisþjónustu og hvernig hægt væri að gera hana sem skilvirkasta. Í kringum 1990 breyttist þessi áhersla og farið var að gera þá sem veita þjónustuna meira ábyrga fyrir gæðum og kostnaði þjónustunnar sem þeir veita, auk þess sem meiri áhersla er lögð á þarfir sjúklinga. Í kringum 1995 var áherslan orðin enn önnur þar sem athyglin beinist að því að bæta heilsu og vellíðan almennings (Harrison, 2004).

Í Bretlandi hafa áherslur í heilbrigðismálum verið að breytast undanfarin ár þar sem aukin áhersla er lögð á bætt heilsu og vellíðan almennings og hefur það gefið aukin tækifæri fyrir iðjuþjálfu (Godfrey, 2000; Harrison, 2004). Í kjölfarið hafa orðið breytingar á uppbyggingu heilsugæslu í Bretlandi sem leggja enn frekari áherslur á forvarnir í samfélaginu. Hugmyndafræði iðjuþjálfu er heildræn og horfir á einstakling, umhverfi og iðju. Það gefur

þeim sérstakt tækifæri til að hafa áhrif á áætlanir og fyrirbyggjandi framkvæmdir með því að skýrskota til sambandsins á milli umhverfis, iðju og heilsu. Nýlegar breytingar á uppbyggingu heilsugæslunnar í Bretlandi hafa verið útskýrðar og hugmyndafræði iðjuþjálfunar rædd í samhengi við þessar breytingar. Þetta býður upp á tækifæri fyrir iðjuþjálfara til að taka þátt í uppbyggingu á aðlagðri iðju hvort sem það varðar heilsu einstaklingsins eða samfélagsins í heild. Vinna á samfélagslegum grundvelli krefst þess af iðjuþjálfum að þeir styrki sambandið á milli heilsuefningar og lýðheilsu almennt til að heilsuefning geti átt sér stað í gegnum innihaldsríka iðju á þeim stað sem viðkomandi býr (Godfrey, 2000).

Í Bandaríkjunum er búist við hækkandi meðalaldri aldraðra í samfélaginu og aukinni þörf fyrir iðjuþjálfun. Meiri áhersla er lögð á fjölskyldumiðaða nálgun þar nú en áður og hún hefur færst frá legudeildum yfir á heimili skjólstæðinganna (Boutin-Lester og Gibson, 2002). Í samantekt Freburger og Konrad (2002) á störfum iðjuþjálfara og sjúkraþjálfara kemur fram að með breyttri samsetningu fólksfjöldans í Bandaríkjunum er líklegt að þörf fyrir iðjuþjálfara vaxi. Iðjuþjálfar eiga vel heima í því umhverfi sem heilsugæslunni er ætlað að sinna. Þó að gagnsemi og árangur iðjuþjálfunar hafi ekki verið könnuð ítarlega bendir allt til þess að íhlutun skili árangri hjá skjólstæðingum í aukinni virkni, dragi úr eða komi í veg fyrir óþarfa hnignun auk þess að spara kerfinu fjármuni.

Heilsugæslu var komið á fót upp úr 1970 í Ástralíu og þá sem gjaldlausri þjónustu sem sinnti litlum samfélögum. Margt hefur breyst frá þessum tíma, þar sem niðurskurður og sameining heilsugæslumiðstöðva hefur átt sér stað frá 1991. Meðfram þessum breytingum hafa verið lagðar nýjar áherslur á hvernig veita eigi þjónustuna (Mitchell og Unsworth, 2004). Forgangsröðunin hefur verið sú að áhersla er lögð á lýðheilsu og stefnt að því að jafnvægi sé á milli einstaklinga og lýðheilsu, að veita gangreynda þjónustu, sanngjarnan aðgang og kostnaðarskilvirkni (Boshoff, 2003). Fjárlög heilbrigðisþjónustunnar ráða yfirleitt hvaða

þjónusta er í boði og hvar. Hefur þetta m.a. áhrif á og stýrir hvaða þjónustu iðjuþjálfar bjóða upp á. Þar sem iðjuþjálfar eru hluti af Alþjóðasamtökum iðjuþjálfra (WFOT) geta áherslubreytingar í einu landi haft áhrif í öðrum löndum. Í Norður-Ameríku hafa breytingar í heilbrigðis- og menntakerfinu leitt til að þjónusta iðjuþjálfra við börn og unglinga hefur flust frá stofnunum og yfir í skólana. Einnig hefur verið bent á að það nýtist börnum vel sem eiga við hegðunarvandamál að stríða að fá skólatengda iðjuþjálfun (Scaletti, 1999).

Svipaðar breytingar hafa átt sér stað í Kanada og í öðrum löndum þar sem efnahagur og breytt samsetning mannfjöldans hefur haft töluverð áhrif á heilbrigðiskerfið. Hækkandi lífaldur og aukið aðhald í fjárútgjöldum hins opinbera hafa haft áhrif á betrubætur í heilsugæsluþjónustunni þar í landi. Heilsugæslan leggur samt sem áður aðaláherslu á forvarnir, heilsueflingu, samfélagsþjónustu, kostnaðarstjórnun og nýtingu (Hébert, Thibeault, Landry, Boisvenu og Laporte, 2000). Þessi nýja áhersla hvetur iðjuþjálfra til að færa þjónustuna í auknum mæli frá hefðbundinni stofnanarþjónustu og út í samfélagið (Boutin-Lester og Gibson, 2002; Hébert, Thibeault, Landry, Boisvenu og Laporte, 2000).

Þrátt fyrir niðurskurð á fjárlögum eykst samfélagsþjónusta meðal annars vegna styttri legutíma á sjúkrahúsum. Afleiðing þessa er stóraukin ásókn í grunnþjónustu án þess að hún hafi bolmagn til að svara eftirspurn (Hébert, Thibeault, Landry, Boisvenu og Laporte, 2000). Þrátt fyrir góðan ásetning hefur áherslan farið meira í skilvirkni en gæði. Hvað iðjuþjálfra varðar gæti gæðamat orðið verkfæri til að bæta þjónustuna, m.a. gæti það nýst þeim við að rökstyðja veitta þjónustu, viðhalda henni á viðeigandi og fullnægjandi hátt þrátt fyrir stórukinn fjölda beiðna. Iðjuþjálfar leggja áherslu á að sérhver einstaklingur sé einstakur, að iðja veiti lífinu tilgang, sé heilsueflandi, sé meðferðarhæf og þróist yfir æviskeiðið (Hébert, Thibeault, Landry, Boisvenu og Laporte, 2000).

Áströlsk rannsókn sem gerð var til að skilgreina störf iðjuþjálfa í grunnþjónustu og hvernig þeir framkvæma heimilisathuganir leiddi í ljós að atriði sem skiptu miklu máli í starfi voru sjálfsforræði, samráð, fræðsla, skjólstæðingsmiðuð nálgun, klínísk rökfærsla og heilsuefling (Mitchell og Unsworth, 2004). Iðjuþjálfar sem starfa í heilsugæslu vinna með fólki við að efla heilsu og komast yfir hindranir sem eru af ýmsum toga. Reynt er að auka lífsgæði skjólstæðinga sem mest hvort sem þeir eiga við líkamlegan, félagslegan eða tilfinningalegan vanda að etja. Iðjuþjálfar sem starfa í heilsugæslu hafa tækifæri til að vinna á fjölbreyttan hátt í kerfi þar sem megininntakið er gildi sjálfseflingar einstaklingsins og aukin heilsuefling. Samkvæmt Mitchell og Unsworth (2004) hafa iðjuþjálfar sem starfa í heilsugæslu mikilvægu, fjölbreyttu og sjálfstæðu hlutverki að gegna. Víðtækt hlutverk og sjálfstæði í starfi er þungamiðja þess hvernig starfið innan heilsugæslunnar hefur þróast.

KAFLI III

AÐFERÐIR OG AÐFERÐAFRÆÐI

Í þessum kafla er greint frá rannsóknaraðferðinni sem beitt er í rannsókninni, kostum hennar og göllum. Gerð er grein fyrir rannsóknarspurningunni og framkvæmd rannsóknarinnar. Þátttakendur eru kynntir, fjallað er um aðferðir við upplýsingaöflun, siðferðilega þætti og greiningu gagna.

Rannsóknaraðferð

Rannsakendum þótti vert að rannsaka iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi þar sem nú eru liðin sjö ár frá því fyrstu iðjuþjálfarnir hófu störf þar. Enn eru fáir iðjuþjálfar starfandi í heilsugæslunni eða níu á landinu öllu en heilsugæslusvæði á landinu eru 85 (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001). Auk þess er lítið til af rituðu efni um iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi. Sett var fram rannsóknarspurningin „Hvernig er iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi?“ Til að leita svara við þessari spurningu var ákveðið að notast við aðferðafræði eigindlegra rannsókna. Eigindlegar rannsóknaraðferðir skiptast m.a. í þjóðfræðilegar rannsóknir, fyrirbærafræði, áhorfsrannsóknir, þáttökuathuganir, opin viðtöl og heimildasamantektir (Bailey, 1997).

Viðtöl eru ein af gagnasöfnunaraðferðum rannsókna í heilbrigðisvísindum. Þau fela í sér að gagna er aflað með beinum tjáskiptum rannsakanda og viðmælanda. Viðtöl eiga vel við þegar reynsla fólks er skoðuð s.s. af samskiptum og þegar um önnur fyrirbæri í reynsluheimi einstaklinga er að ræða. Viðtöl eiga einnig vel við þegar rannsaka á þekkingu, viðhorf, skynjun, heilbrigðisvenjur, gildismat og venjur fólks yfirleitt. Með þessu móti er mögulegt að nota viðtöl sem gagnasöfnunaraðferð við mismunandi rannsóknir. Ákvörðun um að nota

viðtöl sem gagnasöfnun í þessari rannsókn er fyrst og fremst byggð á því að viðtöl eru öflug leið til að svara þeirri rannsóknarspurningunni sem lagt er upp með (Helga Jónsdóttir, 2003).

Viðtöl eru almennt með ólíkum hætti, þau geta verið stöðluð, lítið stöðluð eða óstöðluð. Óstöðluð viðtöl hafa það að leiðarljósi að ná að lýsa og glæða skilning á fyrirbærum í lífi einstaklinga (Kvale, 1996; Seidman, 1991). Markmið viðtalanna er að ná fram lýsingum á sammannlegum reynsluheimi. Leitast er við að skilja reynslu þátttakenda frá þeirra sjónarhóli. Viðtölin fara fram með samræðum þar sem rannsakandinn velur umræðuefnið og ræðir á jafnréttisgrundvelli við viðmælandann. Með þessu móti er umræðuefnið fyrirfram ákveðið en ekki innihald samræðnanna. Rætt er um atburði, hegðun, skynjun, hugrenningar, tilfinningar, vonir, væntingar og annað sem skipt getur máli fyrir þátttakendur (Helga Jónsdóttir, 2003).

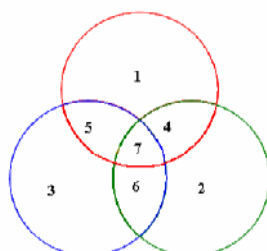
Rannsakendur útbjuggu viðtalsramma sem tekur mið af PEO líkaninu sem áður hefur verið greint frá í öðrum kafla (fylgiskjal A). Ramminn var notaður til að afmarka umræðuefnið en innihald samræðnanna er iðjuþjálfanna sjálfrá sem rætt var við þar sem leitað var eftir reynslu þeirra og þekkingu. Það hentaði vel að byggja viðtalsrammann á PEO þar sem líkanið var hannað með það fyrir augum að skoða flókið samspil einstaklings, umhverfis og iðju. PEO nýtist hvort sem um er að ræða einstakling, stofnanir, samfélag eða rannsóknarvinnu.

Hópur fagfólks og rannsakenda í heilbrigðiskerfinu hönnuðu líkanið í þeim tilgangi að það væri hugtakarammi til að meta samspil einstaklings og umhverfis og matstækja í þjónustu iðjuþjálfara. Það lætur þjálfurum í té hagnýtt tæki til greiningar: Í fyrsta lagi aðstoðar það þjálfara til að skilgreina vanda við framkvæmd iðju, í öðru lagi leiðbeina um íhlutunaráætlun og mat og í þriðja lagi miðla þjónustu iðjuþjálfara á opinn hátt (Strong o.fl, 1999).

Frá því líkanið var fyrst kynnt sem tæki til að meta flókið samspil við framkvæmd iðju hefur það verið notað á sjúkrahúsum, í samfélaginu og í fræðilegri og rannsóknar vinnu. Sem

dæmi hefur það verið til leiðbeiningar fyrir iðjuþjálfva við skólatengda íhlutun unglings með líkamlega fötlun og seinna var það notað í eigindlegri rannsókn á upplifun fatlaðra unglinga að fullorðnast. Einnig var það notað í þjóðlífskönnun til að gera grein fyrir hlutverki atvinnu í bataferli. Að auki hefur endurhæfingaríhlutun verið metin með líkaninu, þar á meðal fjölskyldumiðuð nálgun barna með heilalömun, notkun hjálpartækja aldraðra og uppbygging fyrirtækis fyrir einstaklinga með geðræn vandamál. Til viðbótar hefur líkanið auðveldað hönnun þjónustu á hinum ýmsu stöðum í heiminum, s.s. endurhæfingarþjónustu í Bosníu. Það hefur verið nýtt við alþjóðlega vettvangsrannsókn á Indlandi og uppbyggingu náms í iðjuþjálfun í Rússlandi. Þar að auki hefur það verið samlagað nokkrum iðjuþjálfunarstöðum í Ontario (Strong o.fl., 1999).

Upphafsmenn líkansins létu í ljós að ekki væri hægt að aðskilja færni við iðju frá umhverfisáhrifum, tímatengdum þáttum, eða líkamlegum og andlegum persónueinkennum einstaklingsins. Líkanið notar vennmynd (stærðfræðihugtak) sem er teikning til að sýna tengsl mengja, þar sem hringir fléttast hver inn í annan til að útskýra samspil einstaklings, iðju og umhverfis. Hringirnir fléttast saman þannig að úr verða sjö einstök svæði, þ.e. 1. einstaklingurinn, 2. umhverfið, 3. iðjan, 4. samspil einstaklings og umhverfis, 5. samspil einstaklings og iðju, 6. samspil iðju og umhverfis og 7. samspil allra þriggja þáttanna eða færni við iðju (Law, Baum og Dunn, 2001).



Þátttakendur

Upphaflega var öllum þeim sem talið var að störfuðu í heilsugæslu sendur tölvupóstur með upplýsingum um fyrirhugaða rannsókn og þeir spurðir hvort þeir hefðu áhuga á þátttöku í rannsókninni. Jákvæðar undirtektir bárust frá öllum þeim sem svöruðu, í ljós kom að þeir sem fengu tölvupóst voru ekki allir starfandi í heilsugæslu. Við val á þátttakendum var notað tilgangsrúttak, en þar eru þátttakendur valdir með tilliti til þess sem á að rannsaka og til að koma í veg fyrir einsleitan hóp (Sigríður Halldórsdóttir, 2003). Rannsakendur völdu þátttakendur með tilliti til starfsviðs og hvar þeir eru staðsettir á landinu. Sex iðjuþjálfar starfandi í heilsugæslu voru valdir, þrír af höfuðborgarsvæðinu og þrír á landsbyggðinni. Allir þátttakendur hafa Diploma í iðjuþjálfun frá Danmörku, einn er að klára meistaranám í iðjuþjálfun og annar er í sérskipulögðu námi við Háskólann á Akureyri. Allir þátttakendurnir hafa bætt við sig námskeiðum í notkun matstækja auk þess sem flestir hafa sótt námskeið til að bæta við sig þekkingu á því sviði sem þeir starfa á. Allir þátttakendurnir nema einn hafa starfað sem iðjuþjálfar annars staðar en í heilsugæslunni.

Eftir að þátttakendur höfðu samþykkt þátttöku í rannsókninni var hringt í þá og tími fyrir viðtöl ákveðinn. Viðtölin fóru fram á tímabilinu 10. febrúar til 4. mars 2005 og tóku frá 50 mínútum og upp í 75 mínútur. Öll fóru fram á vinnustöðum viðmælendanna fyrir utan eitt sem fram fór á heimili viðkomandi þar sem hann var veikur.

Áreiðanleiki og réttmæti

Eigindlegar rannsóknir eru í sívaxandi mæli notaðar í rannsóknum á sviði heilbrigðismála. Slíkar rannsóknir gera ekki ráð fyrir því að hægt sé að endurtaka raunveruleikann aftur með sama hætti og þegar um meginlegar rannsóknir er að ræða. Því er ekki hægt að tala um áreiðanleika og réttmæti eigindlegra rannsókna í sama skilningi og

megindlegra (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Áreiðanleiki stendur fyrir vel studdu efni og talað er um réttmæti þegar stöðugleiki er í hámarki (Lewis og Ritchie, 2003). Rannsakendur eigindlegra rannsókna prófa því niðurstöður með öðrum hætti. Hver rannsóknaraðferð hefur sína styrkleika og veikleika. Viðtöl geta t.d. veitt innsýn í hugsanir og tilfinningar fólks en hegðun fólks passar ekki alltaf við orð þess. Greining texta getur gefið hugmyndir um hvernig fólk mun hegða sér, en textinn getur ekki sagt til um hvernig fólk muni bregðast við í raun og veru. Því er nauðsynlegt fyrir rannsakendur að nota tvær eða fleiri rannsóknaraðferðir. Þetta er kallað þríhyrningamæling. Þar sem ólíkar gagnasöfnunaraðferðir hafa ólíka styrkleika og veikleika, hafa rannsóknir sem nota margskonar rannsóknaraðferðir tilhneigingu til að vera þær sterkustu (Esterberg, 2002). Í þessar rannsókn er notuð þríhyrningamæling þar sem rannsakendur eru þrír, þannig er horft á rannsóknargögnin út frá fleiri sjónarhornum sem getur komið í veg fyrir hlutdrægni sem frekar á sér stað þegar rannsakandi er einn (Sigríður Halldórsdóttir, 2000). Í stað þess að taka viðtal við t.d. einn einstakling tóku rannsakendur viðtöl við sex af níu iðjuþjálfum sem starfa í heilsugæslunni á Íslandi til að auka áreiðanleika rannsóknarinnar. Það er mælikvarði á gæði eigindlegra rannsókna hvort það sé hægt að staðfesta niðurstöður þeirra eftir á með öðrum hætti en gert var í tiltekinni rannsókn (Sigurlína Davíðsdóttir, 2003). Rannsakendur báru niðurstöður sínar saman við erlendar heimildir sem aflað var á veraldarvefnum, í fræðiritum og fagbókum auk þeirra íslensku heimilda sem til eru. Við leit á veraldarvefnum notuðu rannsakendur rafræn gagnasöfn sem eru aðgengileg á bókasafni Háskólans á Akureyri. Notuðu þeir m.a. „CINAHL“, „OVID“, „OTDBASE“, „OTseeker“ og „Blackwell Publishing“. Algengustu leitarorð voru „primary health care“, „primary care“, „community health care“, „health care centres“, „occupational therapy“ og „occupational therapist“.

Siðferðilegir þættir

Nauðsynlegt er að þátttakendur gefi upplýst samþykki og hafi rétt á að vita í hverju framlag þeirra felst ásamt því hvernig niðurstöðum verður komið á framfæri. Þátttakendum ætti einnig að vera frjálst að draga sig úr rannsókn hvenær sem þeim þóknast án útskýringa. Þar að auki eiga þeir að hafa kost á því að lesa yfir niðurstöður og að taka til baka þætti ef þeim þykir ástæða til (Sigurður Kristinsson, 2003).

Rannsakendur sendu Persónuvernd tilkynningu um fyrirhugaða rannsókn og sóttu um leyfi fyrir henni til Vísindasiðanefndar. Persónuvernd hafði fyrir sitt leyti ekkert við rannsóknina að athuga (fylgiskjöl B1 og B2). Að mati Vísindasiðarnefndar var rannsóknin ekki leyfisskyld (fylgiskjöl C1 og C2). Í kjölfarið voru þátttakendum send bréf þar sem þeim var kynntur tilgangur rannsóknarinnar og hvað fælist í þátttöku þeirra. Að auki var leitað eftir samþykki þeirra og viðkomandi heilsugæslustofnana (fylgiskjöl D1, D2 og D3).

Þar sem rannsóknin er ekki leyfisskyld að mati Vísindasiðarnefndar telja rannsakendur að ekki þurfi að gera sérstakar öryggisráðstafanir. Gögnum verður haldið til haga og eru aðeins opin rannsakendum og leiðbeinanda. Að lokinni rannsókn verða snældur með viðtölum eyðilagðar og þeim fargað. Gögn á tölvutæku formi og blaðaformi verða geymd í fjögur ár ef rannsakendur hyggjast nota þau við frekari rannsóknir á þessu sviði, en að þeim tíma liðnum verður gögnunum eytt. Rannsakendur munu hafa siðareglur iðjuþjálfar að leiðarljósi og virða þagnarskyldu og hagsmuni þriðja aðila í samræmi við það.

Þátttakendum var gefinn kostur á að lesa yfir það sem rannsakendur höfðu eftir þeim og þær ályktanir sem af þeim voru dregnar. Rannsakendur höfðu ekki eftir þátttakendum neitt án þeirra samþykkis og reynt var eftir fremsta megni að gæta þess að upplýsingarnar væru ekki persónurekjanlegar.

Greining gagna

Rannsakendur undirbjuggu sig fyrir viðtölin með því að æfa sig í töku viðtala þar sem þeir studdust við áðurnefndan spurningaramma. Viðtölin voru sex talsins og var hver rannsakandi viðstaddur fjögur. Hver rannsakandi var spyrill í tveimur viðtölum og í tveimur var hann til aðstoðar þar sem hann skrifaði hjá sér athugasemdir þegar honum fannst að kafa þyrfti dýpra í einhver mál. Í lokin fékk hann tækifæri til að koma athugasemdum sínum á framfæri. Rannsakendur hlustuðu á viðtölin tvö þar sem þeir voru ekki viðstaddir. Viðtölin voru afrituð orðrétt og greind niður í þrjú meginþemu út frá PEO. Líkanið er sett fram í þremur megin víddum sem sýndar eru sem hringir. Rannsakendur nýttu sér hugmyndina sem hringirnir byggja á með því að horfa á einstaklinginn sem iðjuþjálfann, umhverfið sem heilsugæsluna og iðjuna sem starf iðjuþjálfans í heilsugæslunni. Rannsakendur lásu allir yfir hvert viðtal og skiptu hverju þeirra niður í áðurnefnd þrjú meginþemu þ.e. iðjuþjálfar, heilsugæslu og starf. Síðan fóru rannsakendur samaneiginlega yfir viðtölin þar sem þeir samræmdu hvað ætti heima undir hvaða þema. Þessu næst voru aðalþemun greind í undirþemu. Þemagreining er þegar gögn eru greind eftir algengustu þemum sem fram koma í þeim (Flick, 2002). Að því loknu var horft á samspilið á milli hringja. Í lokin var horft á samspil allra þáttanna þriggja og af því dregin ályktun sem svar við rannsóknarspurningunni.

KAFLI IV

GREINING GAGNA OG UMRÆÐA

Í þessum kafla verða settar fram helstu niðurstöður úr greiningu viðtala við þátttakendur. Leitast verður við að svara rannsóknarspurningunni sem sett var fram í upphafi „Hvernig er iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi?“ Spurningunni verður svarað með því að taka saman svör starfandi iðjuþjálfara í heilsugæslu við opnum spurningum sem unnar voru út frá PEO. Stöðugt flæði er á milli þessara þriggja þátta líkansins og verður það skoðað í þessum kafla. Horft verður á hvern þátt og samspil hans við hina þættina, í lokin verður sjónum beint að samspili allra þáttanna þriggja og þar með ætti svar við rannsóknarspurningunni að fást.

Með einstaklingi er átt við iðjuþjálfann í heilsugæslunni, þar sem kannað er hvað varð til þess að hann fór að starfa í heilsugæslu, hvernig hann kynnti starf sitt, starfshlutfall o.fl. Með umhverfi er átt við heilsugæsluna, þar á meðal það fjármagn sem heilsugæslan veitir iðjuþjálfanum, hvernig aðgengi hans er að bifreið, hvernig þjónustunni er háttáð og hverjir eru helstu samstarfsaðilar hans. Iðja er starf iðjuþjálfans í heilsugæslunni, þar sem fjallað verður um markhópa og íhlutun hans.

Þátttakendur notuðu eftirtalin hugtök sem verða skilgreind hér á eftir:

Skjólstæðingsmiðað/iðjumiðað: Er notað þegar verið er að efla iðju einstaklingsins þar sem hann er virtur, er með í ákvörðunartöku, tekið er mið af þörfum hans og áhersla lögð á reynslu hans og þekkingu (CAOT, 2002).

„*Model of Human Occupation*“ (*MOHO*): Er skjólstæðingsmiðað líkan og horfir heildrænt á einstaklinginn. Það leitast við að útskýra hvötina, skipulagninguna og framkvæmdina við iðju. Einstaklingurinn samanstendur af vilja, vana og framkvæmdargetu (Kielhofner, 2002).

Kanadísk hugmyndafræði: Tekur mið af virku samspili einstaklings, umhverfis og iðju þar sem útkoman er færni við iðju (CAOT, 2002).

„*Bottom-up*“: Er nálgun þar sem mat og íhlutun miðast við hæfni einstaklingsins út frá skilgreiningum WHO á framkvæmdarþáttum (Holm, Rogers og Stone, 1998).

„*Top-down*“: Er nálgun sem byggist á því að mat og íhlutun miðast við hlutverk og verk sem eru einstaklingnum mikilvæg en sem stangast á við þá getu sem búist er við, eða krafist er af honum og hann langar til að gera (Holm, Rogers og Stone, 1998).

„*Empowerment*“ (*Valdefling*): Er persónulegt og félagslegt ferli sem birtist í sýnilegu og ósýnilegu sambandi þar sem valdi er skipt jafnara. Valdefling felur í sér að einstaklingurinn sé efldur til að ráða yfir eigin lífi en sé ekki í því hlutverki að vera háður öðrum. Þegar valdeflingu er beitt er samvinna höfð í fyrirrúmi og ákvarðanatökuréttur skjólstæðingsins virtur fram yfir hvað hentar þjónustuförminu (CAOT, 2002)

„*Share the care*“: Er öryggisnet sem notað er þegar um alvarlega veikan eða fatlaðan einstakling er að ræða. Sérstakur hópur sem þekkir einstaklinginn myndar öryggisnetið og annast hann á heimili hans (Capossela og Warnock, 1995).

Vani: Er innra skipulag upplýsinga sem býr með einstaklingnum og segir til um hvað á að gera og hvernig eigi að bera sig að við iðju (Kielhofner, 2002).

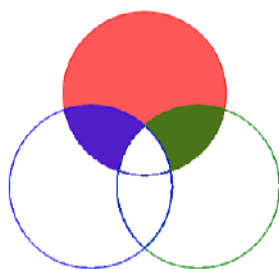
Börn á „gráu svæði“: Á við um börn sem ekki hafa fengið greiningu (Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2001).

Færni við iðju: Er geta hvers einstaklings til að velja, skipuleggja og stunda þá iðju sem er mikilvæg eða hefur þýðingu fyrir hann. Iðjan þarf að tilheyra þeim menningarheimi sem einstaklingurinn býr í, vera við hæfi og vera eðlilegur hluti að því að annast sjálfan sig, njóta lífsins og koma samfélaginu að gagni (CAOT, 2002).

Framkvæmd við iðju: Er útkoma hins virka samspils milli einstaklings, umhverfis og iðju. Hæfileikinn til að velja, skipuleggja og framkvæma þýðingarmikla iðju sem hefur tilgang fyrir samfélagið, annast sig sjálfan, njóta lífsins og koma samfélaginu að gagni (CAOT, 2002).

Iðjuþjálfar í heilsugæslu

Þemað iðjuþjálfar í heilsugæslu inniheldur þrjú undirþemu, fagmaðurinn, starfshlutfall og hugmyndafræði. Þættir eins og fyrri reynsla, áhugi, stöðugildi, hugmyndafræði o.fl. hafa áhrif á hvernig iðjuþjálfinn nálgast starf sitt. Hér í þessum kafla er iðjuþjálfinn í lykilhlutverki en komið er inn á skörun milli heilsugæslu, starfs og iðjuþjálfans.



Fagmaðurinn

Allir þátttakendurnir áttu það sameiginlegt að vera einu iðjuþjálfararnir á sinni stöð nema á einni heilsugæslunni voru þeir tveir en störfuðu að takmörkuðu leyti saman þó þeir nyttu stuðnings hvor frá öðrum. Einn þátttakanda hafði aðstoðarmann sem starfaði í 100% starfshlutfalli.

Allir þátttakendurnir nema einn, sem kom beint í heilsugæsluna, hafa starfað sem iðjuþjálfar á öðrum vettvangi og gátu nýtt sér þá reynslu í núverandi starfi. Þrátt fyrir að þátttakendur voru allir starfandi í heilsugæslu voru störf þeirra ólík og markhópurinn

frábrugðinn. Tveir þátttakenda voru að vinna með einum ákveðnum markhópi. Einn þátttakandi vann með 18 ára og eldri og annar starfaði að mestu leyti með börnum en var einnig að vinna að einhverju leyti með öldruðum. Einn þátttakandi vann aðallega með öldruðum en kom einnig inn á vinnu með öllum aldurshópum og annar vann með öllum hópum allt eftir þörfinni hverju sinni. Flestir störfuðu við það svið sem þeir höfðu mestan áhuga á og greindu frá því að áhugi þeirra hefði leitt til þess að þeir sóttu um hjá heilsugæslunni. Einn þeirra nefndi að hann hefði alltaf haft áhuga á að vinna utan stofnana með geðsjúkum við eftirfylgd og fannst það vanta í kerfið. Annar þátttakandi sagði:

...mig hefur alltaf langað til að vinna inni í heilsugæslu ... að vinna fjölbreytt og koma að alls konar hlutum ... það á betur við mig heldur en að vinna inni á stofnun ... setja eitthvað nýtt í gang og koma að mörgu. Mér finnst iðjuþjálfun mjög skemmtilegt fag og það er bara ekki eitthvað eitt, ég vil koma að öllu.

Úr rannsóknarviðtali

Markhóparnir hafa breyst hjá sumum þátttakendum þar sem þeir fóru af stað með ákveðinn hóp í upphafi en áherslurnar breyttust og þeir drógu úr eða juku þjónustu við ákveðna hópa. Einn þeirra sagði:

... í byrjun var ákveðið að ég ætti að sinna 16 ára og eldri ... síðan verð ég vör við að starfsfólkið á heilsugæslunni hafði ekki hugmynd ... eða mjög litlar hugmyndir um hvað iðjuþjálfar gera og í framhaldi af því fór ég líka að sinna börnum því hjúkrunarfræðingarnir sérstaklega þeir sem voru í ungbarnaeftirlitinu höfðu mikinn áhuga.

Úr rannsóknarviðtali

Þessi sveigjanleiki var ekki alls staðar fyrir hendi, tveir iðjuþjálfar töluðu um þörf fyrir þjónustu við aðra hópa en til að geta sinnt henni þurfi að skera niður þjónustu við hópinn sem hafði notið hennar. Yfirmenn voru á móti því og þar af leiðandi fékk hópurinn sem hafði þörf fyrir þjónustuna ekki þjónustu hjá þeim. Einn þátttakenda talaði um að hann vildi gera miklu meira sem iðjuþjálfari í heilsugæslu. Hann myndi vilja geta sinnt geðsviðinu betur, fara í heimilisathuganir til einstaklinga sem væru að útskrifast af sjúkrahúsi svo þeir yrðu meira sjálfbjarga og þyrftu síður að leggjast inn aftur.

Starfshlutfall

Fjórir af sex þátttakendum voru í 100% stöðu, einn var í 100% stöðu en minnkaði við sig tímabundið niður í 70% stöðu vegna náms og einn var í 60% stöðu. Fimm þátttakenda nefndu að það þyrftu að vera fleiri stöðugildi til að anna eftirspurn eftir þjónustunni og sá sem var í 60% stöðunni sagði að ef staðan væri 100% þá gæti hann annað eftirspurn. Allir þátttakendur kváðust vinna meira en stöðugildi þeirra sagði til um, einn þátttakenda sem var í 100% starfshlutfalli sagðist vera að vinna í 150%, annar þátttakandi sem var í 100% sagðist geta uppfyllt starfslýsingu sína með því að vinna lengur. Iðjuþjálfarnir náðu með öðrum orðum ekki að uppfylla þær kröfur sem komu fram í starfslýsingu vegna tímaskorts. Einn þátttakandi sagði:

... ég vildi gera miklu meira sem iðjuþjálfari á heilsugæslu en ég er að gera í dag. Ég myndi vilja geta sinnt geðinu miklu betur ... fara í heimilisathuganir eftir útskriftir af sjúkrahúsi ... að fólk geti bjargað sér, geti verið sjálfbjarga og koma í veg fyrir endurinnlagnir En það bitnar allt á öllu öðru þannig ég mundi vilja gera miklu meira en bara börnin en það er bara ekki tími....

Úr rannsóknarviðtali

Fimm þátttakendur töluðu um að þörf væri á fleiri iðjuþjálfum á staðnum því þeir myndu aldrei ná að vinna allt sem ætlast væri til af þeim miðað við starfslýsinguna meðan þeir væru einu iðjuþjálfarnir á staðnum. Tveir greindu frá því að ef þeir fengju aðstoðarmann þá gætu þeir sennilega sinnt fleiri verkefnum. Helmingur þátttakenda taldi að það væri þörf á að hækka starfshlutfall þeirra.

Allir þátttakendurnir nema einn hafa kynnt starfsemi sína með einhverjum hætti fyrir samstarfsaðilum og öðrum, t.d. verið með fræðslu, útbúið bæklinga, verið með kynningar í fjölmiðlum og skrifað á heimsíðu heilsugæslunnar. Tveir þátttakenda sögðust þurfa að minna samstarfsmenn á sig og benda á hvað þeir gerðu svo hægt væri að nýta þá betur og þekkingu þeirra. Annar þeirra sagði:

... þetta er náttúrulega ferli sem tekur tíma að kynna ... þó svo ég hafi farið á einhverjar stöðvar þá er maður fljótur að gleymast

Úr rannsóknarviðtali

Hugmyndafræði

Mismunandi hugmyndafræði stýrði starfi þátttakenda. Þegar spurt var um hvaða hugmyndafræði þeir ynnu eftir svöruðu fimm þátttakendur að þeir væru skjólstæðingsmiðaðir í starfi og þrír nefndu að þeir væru iðjumiðaðir. Þeir sem vinna skjólstæðingsmiðað unnu út frá því sem skjólstæðingurinn vill gera sama hver hann er.

... við þurfum ekki að koma með eitthvað svona tilbúið og segja skjólstæðingnum hvað hann eigi að gera heldur að það sé alltaf byggt á því sem einstaklingurinn vill sjálfur gera ... það að hafa val er númer eitt, tvö og þrjú í þessu.

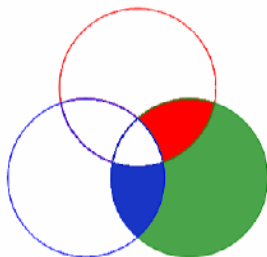
Úr rannsóknarviðtali

Þrír þátttakendur sögðust vinna mest út frá hugmyndafræði MOHO og kanadísku hugmyndafræðinni. Þrír töluðu um hvernig hugmyndafræðin hefði breyst frá því þeir voru í skóla. Einn greindi frá því að í starfi sínu erlendis lærði hann að vinna út frá „bottom-up“ nálgun en ekki „top-down“ sem iðjuþjálfar á Íslandi nota mikið. Annar talaði um að þegar hann var að læra hafi hugmyndafræðin ekki verið kennd eins og hún er í dag en sagðist vera með hana einhvern veginn í kollinum. Einn þátttakandi sagðist vinna fjölskyldumiðað þar sem þeir sem sækja þjónustuna eru miðjan og annar þátttakandi sagðist vinna út frá hugmyndafræði „empowerment“ og „share the care“.

Starfsumhverfi iðjuþjálfara í heilsugæslu

Þemað starfsumhverfi iðjuþjálfara í heilsugæslu hefur þrjú undirþemu, aðgengi að þjónustu, þekking annarra á iðjuþjálfun og aðgengi að fjármagni. Iðjuþjálfar hafa misfrjálsar hendur hvað varðar þjónustuna sem þeir veita eða hvaða hópi þeir sinna, þar sem starfsumhverfið er stundum yfirsterkara og leggur línurnar hvað unnið skal með. Starfsumhverfið stýrir að mörgu

leyti starfi iðjuþjálfanna t.d. staðsetningu iðjuþjálfans, hvernig búnaði hann hefur yfir að ráða, hvort hann hafi aðgang að bifreið o.fl. Hér er heilsugæslan í aðalhlutverki auk þess sem komið er inn á skörunina við iðjuþjálfann og starfið.



Aðgengi að þjónustu iðjuþjálfara

Allir iðjuþjálfarnir voru eða hafa verið með biðlista. Einungis einn af þessum sex var ekki með biðlista í augnablikinu en sagði að það væri mjög óvenjulegt því að iðulega væri biðlisti. Annar talaði um að þar sem hann væri í 60% stöðu mynduðust stundum biðlistar en ef hann væri í 100% stöðu myndi hann ráða við þetta.

Þátttakendur fengu beiðnir frá mismunandi aðilum en allir fengu beiðnir frá læknum. Tilvísanir og beiðnir komu einnig frá öðrum iðjuþjálfum, hjúkrunarfræðingum, ljósmæðrum, kennurum, leikskólakennurum, svo og skjólstæðingum sjálfum og aðstandendum þeirra.

Aðgengi var mismunandi, þrír þátttakendur voru með aðstöðu í kjallara, af þeim voru tveir sem gætu ekki tekið á móti skjólstæðingum ef þeir væru í hjólastól þar sem ekki var lyfta í húsnæðinu. Annar þeirra sagði:

Húsið er ... þannig að það vantar lyftu í það þannig að ... aðgengi ... er ekki gott en það stendur til að laga það

Úr rannsóknarviðtali

Þeir voru hins vegar ánægðir með rýmið sem þeir hafa, sem var bæði stórt og gott. Af þessum sex þátttakendum var einn í aðstöðu sem byggð var upp sem iðjuþjálfunaraðstaða, hún var á jarðhæð og með góðu aðgengi fyrir alla. Annar aðili var með sína starfsaðstöðu á þremur stöðum í bænum. Á einum staðnum var hann með mjög góða aðstöðu til að taka á móti skjólstæðingum en á öðrum stað þurfti hann að takamarka sig verulega m.t.t. hvaða þjónustu hann gat veitt og á þriðja staðnum fór einungis fram fundarhald. Húsakostur hjá einum var þröngur og samnýtti hann rýmið með öðrum en hann fær brátt eigin aðstöðu.

Þekking annarra á iðjuþjálfun

Þeir fagaðilar sem þátttakendur voru í samstarfi við voru iðjuþjálfar, geðlæknar, heimilislæknar, læknar, sálfræðingar, sjúkraþjálfarar, hjúkrunarfræðingar, kennarar, leikskólakennarar, ljósmæður, taugafræðingar og næringarráðgjafar. Þar að auki störfuðu sumir þeirra í teymum s.s. í greiningarteymi eða geðteymi. Iðjuþjálfar upplifðu að þekking annarra fagstétta á iðjuþjálfun væri misjafnlega mikil. Aðrir iðjuþjálfar voru best meðvitaðir um út á hvað iðjuþjálfun gengur, þar á eftir komu geðlæknar og hjúkrunarfræðingar í heimahjúkrun en aðrar stéttir virtust gera sér takmarkaða grein fyrir því. Viðmælendur töluðu um að aðrar fagstéttir þekktu ekki nægilega til fagsviðs iðjuþjálfa og þeir væru því vannýttir í starfi. Einn þátttakandi sagði:

... ég segi bara ég er hérna með þekkingu sem mér finnst vera vannýtt og ég bara gríp þau tækifæri sem eru til þess að minna fólk á ... munið eftir mér ... þá er þetta til þess að fólk man eitthvað

Úr rannsóknarviðtali

Aðbúnaður á vinnustað

Fjórir af sex þátttakendum höfðu ekki aðgang að bifreið á vinnustað. Þrír notuðu eigin bifreið og lögðu fram akstursnótur en einn átti í erfiðleikum með að fá greidda aksturspeninga þrátt fyrir að hafa lagt fram akstursnótur. Í mótmælaskyni greip hann til þess ráðs að nota

reiðhjól eða ganga þegar hann þurfti að sinna skjólstæðingum úti í bæ. Einn þátttakenda notaði eingöngu leigubíl og annar gerði slíkt hið sama stöku sinnum. Tveir þátttakenda deildu bifreið frá stofnuninni með öðrum starfsmönnum og þurftu þar af leiðandi að skipuleggja sig vel fram í tímann í samræmi við hina. Þeir fengu greidda aksturspeninga ef þeir notuðu eigin bifreið. Tveir þátttakenda tóku upp á því að nota reiðhjól til að komast á milli staða ef þeir höfðu ekki aðgang að bifreið. Af þessum sex þátttakendum var einungis einn fyllilega sáttur við þetta fyrirkomulag.

Einn þátttakandinn sem var að kaupa sér bifreið varð að hafa starf sitt í huga við val á henni.

... ég er á eigin bíl og fæ greitt akstur eftir kílómetur frá stofnuninni ... við val á að kaupa mér bíl ... ég keypti mér ekki smábíl því þá kem ég ekki öllum hjálpartækjunum og hjólastólunum í bilinn ... þannig þetta er svolítið kannski ekki rétt en ég gat ekki fengið bíl á vegum heilsugæslunnar.

Úr rannsóknarviðtali

Fjórir þátttakendur sögðust hafa fengið það sem þeir hafa beðið um varðandi aðbúnað á vinnustað og þrír þeirra höfðu aldrei fengið neitun varðandi kaup. Hjá tveimur þátttakendum tók það sinn tíma og var svolítið mál að fá hluti en þeir fengu yfirleitt hluti eins og tölvur notaða. Einn þátttakandinn sagði:

... ef ég hef viljað kaupa eitthvað þá er það ekkert mál ... ég var ekkert ... mjög kröfuharður á að vera með allt það flottasta og finasta og dýrasta og það hefur komið sér vel því þegar ég bið um eitthvað núna þá er það ekkert mál ... ef ég þarf að kaupa einhverja hluti þá bara geri ég það og það er borgað og það er finn skilningur fyrir því.

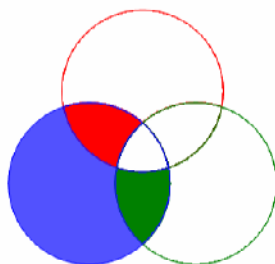
Úr rannsóknarviðtali

Tveir viðmælendur minntust á að safnað hafi verið fé frá félagasamtökum til að fjármagna kaup á búnaði fyrir deildina sem þeir starfa við. Annar þeirra fékk sexhundrað þúsund til tækjakaupa þegar deildin opnaði. Í hinu tilfallinu voru félagasamtök sem stóðu fyrir opnun iðjubjálfunardeildarinnar og veittu fjármunum til tækjakaupa. Einn þátttakandi talaði um að hann hygðist sækja um styrk til líknarfélags við kaup á matstækjum til að geta sinnt

starfi sínu betur. Þrír af sex þátttakendum höfðu jákvæða reynslu þegar kom að kaupum á matstækjum, einn sagði að það væri frekar horft í peninginn og tveir tjáðu sig ekkert um kaup á matstækjum.

Störf iðjuþjálfna í heilsugæslu

Þemað störf iðjuþjálfna í heilsugæslu inniheldur þrjú undirþemu sem eru markhópur, starfssvið og skráning upplýsinga. Störf iðjuþjálfna í heilsugæslu eru fjölbreytt og ekki er hægt að benda á neitt eitt sem einkennir þann hóp sem þeir eru að sinna. Allir þátttakendur eiga það sameiginlegt að þurfa að halda utan um störf sín með skýrslum og öðrum skrifum. Hér er sjónum aðallega beint að starfinu sem ekki getur verið aðskilið frá iðjuþjálfanum og heilsugæslunni.



Markhópur

Iðjuþjálfarnir voru með ólíkan markhóp en saman sinntu þeir öllum aldurshópum. Tveir voru að sinna börnum auk þess sem annar þeirra sinnti einnig öldruðum. Tveir þátttakendur sinntu einstaklingum 18 ára og eldri, einn var með aldraða og einn sinnti öllum aldurshópum.

Hjá fjórum af sex þátttakendum hafa yfirmenn ákveðið á hvaða markhóp yrði lögð áhersla. Þar með hafði umhverfið áhrif á viðfangsefni þátttakenda.

... svo voru áherslurnar bara öðruvísi eftir að ég kom héra inn ... lækningarforstjórinn búinn að ákveða að ég ætti að fókusera á öldrun

Úr rannsóknarviðtali

Starfssvið

Eins og komið hefur fram voru iðjuþjálfar að vinna mjög fjölbreytt starf í heilsugæslu. Einn þátttakandi var að vinna með skjólstæðingum 18 ára og eldri. Starf hans tengdist hjálpartækjum, fræðslu og kennslu við að beita sér rétt og koma á föstu vanakerfi hjá skjólstæðingum. Annar þátttakandi starfaði á heilbrigðisstofnun og var markhópur hans börn og aldraðir. Með öldruðum var hann með byltuforvarnir og í vinnu með börnun var hann að meta og þjálfa það sem tengdist skyn- og hreyfiþroska. Þriðji þátttakandinn vann við að meta börn á „gráu svæði“ og önnur sem voru með sterkan grun um þroskafrávik á borð við einhverfu. Fjórdi þátttakandinn starfaði á heilbrigðisstofnun og vann aðallega með aldraða. Hann mat skjólstæðingana, fór í heimilisathuganir, veitti heimaþjálfun og var með sýningu og kennslu á hjálpartækjum. Einnig hefur þátttakandinn verið með fræðslu á vinnustöðum. Fimmti þátttakandinn þjónustaði geðsjúka 18 ára og eldri. Hann var með eftirfylgd, hópastarfsemi og fjölskylduvinnu og veitti einstaklingsþjálfun. Skjólstæðingarnir gátu sjálfir leitað beint í þjónustuna án beiðni. Markhópur sjötta þátttakandans voru börn, unglingar, fullorðnir og aldraðir. Hann fór á elliheimili og var með fræðslu um hjálpartæki, sá um virkni og afþreyingu og fór í heimilisathuganir. Þátttakandinn fór bæði í leikskóla og grunnskóla og sinnti börnum með skyn- og hreyfiþroska, mat þau og þjálfaði. Auk þess var hann með atvinnulega endurhæfingu öryrkja þar sem hann veitti fræðslu um t.d. orkusparandi vinnuaðferðir, streitu og slökun.

Þátttakendur höfðu allir stór starfssvæði sem þeir þurftu að sinna, þrír þeirra þurftu að keyra á milli bæjarfélaga til að geta sinnt skjólstæðingum sínum og var einn keyrði allt að 500 km á viku.

Tveir sáu fyrir sér að fleiri iðjuþjálfar yrðu ráðnir á staðinn. Þrír þátttakendur sáu fyrir sér breytingar á starfsemi sinni þar sem hún myndi ná til fleiri hópa skjólstæðinga. Einn af þessum þremur gat hugsað sér að vinna sjálfstætt. Þátttakendurnir sáu einnig flestir fyrir sér að breytingar yrðu í heilsugæslu almennt. Þrír þátttakenda vildu að fleiri iðjuþjálfar yrðu ráðnir inn í heilsugæsluna og einn þeirra sá fyrir sér að með því að ráða fleiri iðjuþjálfara í heilsugæsluna væri hægt að veita fleirum meðferð. Einn sagði að fólk væri að verða meira meðvitað varðandi þörf fyrir iðjuþjálfun í heilsugæslunni. Þátttakendur töluðu um þörf fyrir fleiri fagstéttir í heilsugæslu og vildu tveir að sálfræðingar yrðu ráðnir í heilsugæslu.

Enginn af þátttakendunum hefur mælt árangur þjónustunnar en þegar þeir voru spurðir hvern þeir teldu ávinninginn af starfinu vera voru þeir sammála um að hann væri jákvæður. Tveir þátttakendur sem starfa úti á landi voru sammála um að ávinningur þjónustunnar væri sá að skjólstæðingarnir þyrftu ekki að sækja þjónustuna til Reykjavíkur heldur gætu sótt hana í sínu bæjarfélagi. Helmingur þátttakenda var þeirrar skoðunar að í starfi þeirra fælist sparnaður fyrir samfélagið þar sem þjónusta þeirra eflir einstaklingana, eykur færni þeirra og lífsgæði og þeir verða virkari þátttakendur í samfélaginu. Þeir sem vinna með börnum sögðu að með þjónustunni væru þeir að grípa fyrr inn í hjá börnum og gætu staðfest grun áður en hann væri orðinn að vandamáli.

Skráning upplýsinga

Allir iðjuþjálfarnir þurftu að sinna skýrslugerð í starfi sínu, misjafnt var hvernig þeir sinntu þessum þætti starfsins. Algengt var að iðjuþjálfarnir gæfu sér tíma í byrjun eða lok dags, einn þátttakandi sagðist nýta þann tíma sem til félli í skýrslugerð. Þetta var þáttur sem sat stundum á hakanum þar sem vinna með skjólstæðingum var látin hafa forgang. Einn þátttakandi sagði:

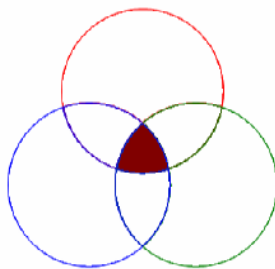
... ég skrái alla mína tíma, ég bóka sjálf mína einstaklinga og ég skrái það inn í ... bók Ég skrái alltaf þannig að læknar og allir geta lesið það ... hvað ég er búin að gera með hvern og einn ... þannig er maður ... sýnilegri

Úr rannsóknarviðtali

Önnur skriffinnska í starfi iðjuþjálfanna var mismikil þar sem þeir sinntu í mismiklum mæli þáttum sem kröfðust skrifa s.s. að sækja um hjálpartæki. Einn þátttakandi var í verkefni sem tengdist rannsóknarskyldu heilsugæslunnar og þurfti að sinna töluverðum skrifum í því sambandi.

Samspil iðjuþjálfra, starfsumhverfis og starfs þeirra

Í þessu þema er horft á samspil allra þriggja þáttanna. Samspilið þar á milli myndar svarið við rannsóknarspurningunni, „Hvernig er iðjuþjálfun í heilsugæslu á Íslandi?“ Þegar horft er á samspilið er horft á hvernig hringirnir skarast. Líkanið gerir ráð fyrir víxlverkun milli einstaklings, umhverfis, og iðju og eftir því sem skörun milli hringjanna er meiri því betri er framkvæmd við iðju.



Skörunin á milli hringjanna virðist vera mismikil. Þegar hver hringur er skoðaður fyrir sig virðist sem starfsumhverfið sé sá þáttur sem stjórni hvað mestu. Iðjuþjálfinn hefur sjálfur áhrif á starfið en þarf að lúta starfsumhverfinu. Starfið gerir kröfur sem iðjuþjálfarnir ná ekki alltaf að uppfylla þar sem starfsumhverfið getur verið hindrun.

Starfsumhverfið réð hvaða markhópi þátttakendur voru að sinna, staðsetningu iðjuþjálfanna innan heilsugæslu, starfshlutfalli þeirra, aðgengi að bifreið, hvort þeir gætu sótt námskeið og aðra símenntun, fengið þau tæki og tól sem þeir þurftu til að geta sinnt starfinu o.fl.

Þegar kom að markhópi iðjuþjálfanna réð starfsumhverfið að miklu leyti hvaða hópi þeir voru að sinna þrátt fyrir að í flestum tilfellum væru þeir að sinna þeim markhópi sem þeir höfðu mestan áhuga og sérþekkingu á. Einn iðjuþjálfinn hafði mestan áhuga á að sinna börnum og þegar hann var ráðinn inn í heilsugæsluna stóð til að hann sinnti þeim hópi. Þegar hann hóf störf ákvað yfirmaður hans að áhersla yrði lögð á aldraða. Á einum stað var þrýstingur frá foreldrum þess valdandi að iðjuþjálfinn þar sinnti að mestu leyti börnum, þrátt fyrir að hann hefði áhuga og sæi þörf fyrir að sinna fleiri hópum skjólstæðinga.

Umhverfislegt aðgengi s.s. staðsetning iðjuþjálfans hafði áhrif á starfið. Þjónustunni var yfirleitt komið fyrir í kjallara eða á neðstu hæð heilsugæslunnar þar sem aðgengi fyrir einstaklinga í hjólastól var takmarkað.

Starfsumhverfið var svo áhrifaríkur þáttur að það hafði m.a. áhrif á bílakaup iðjuþjálfana. Einn keypti bifreið sem hentaði starfinu þar sem heilsugæslan útvegaði honum ekki bifreið, þrátt fyrir að hann þyrfti að fara mikið á milli staða með hjálpartæki af ýmsum stærðum og gerðum.

Þrátt fyrir að starfsumhverfið lagði línurnar að mörgu leyti hvernig iðjuþjálfarnir gátu sinnt því sem ætlast var til af þeim höfðu þeir sjálfir mikið að segja hvernig hlutirnir voru gerðir. Iðjuþjálfarnir áttu það allir sameiginlegt að vera einu iðjuþjálfarnir á sínu sviði á sinni heilsugæslustöð. Allir nema einn höfðu komið starfseminni á fót og nýttu sér reynslu úr fyrri störfum við það. Starf þeirra var fjölbreytt en það sem virtist hafa áhrif á störf þeirra var áhugi þeirra, yfirmenn og aðstandendur skjólstæðinga sem hafa þrýst á um ákveðna þjónustu. Þeir

fengu beiðnir frá ýmsum fagaðilum en misjafnt var hversu mikinn skilning og þekkingu annað fagfólk innan heilbrigðis- og menntageirans hafði á starfssviði iðjuþjálfna. Iðjuþjálfarnir höfðu allir utan einn kynnt starfsemi sína fyrir samstarfsaðilum sínum. Fjórir störfuðu í 100% stöðu og hjá flestum var biðlisti í þjónustuna og sáu þeir fyrir sér að með því að bæta við stöðugildi væri hægt að þjónusta fleiri skjólstæðinga og fleiri markhópa. Þeir störfuðu eftir mismunandi hugmyndafræði en sögðust flestir starfa skjólstæðingsmiðað.

Eins og áður hefur komið fram var umhverfið ekki alltaf styðjandi þegar kom að því að útvega fjármagn til tækjakaupa, þar sem það virtist vera erfitt að fá fjármagn, það tók tíma og það þurfti að forgangsraða. Efnislegt umhverfi iðjuþjálfanna var yfirleitt ekki til fyrirmyndar þar sem fjórir þeirra voru með aðstöðu í kjallara og þar af tveir í lyftulausu húsnæði sem bauð ekki upp á að tekið væri á móti skjólstæðingum í hjólastól.

Umræður

Það sem kom rannsakendum einna helst á óvart var hversu fáir iðjuþjálfar virðast starfa eftir einhverri ákveðinni hugmyndafræði iðjuþjálfna og að þeim er ekki öllum útveguð bifreið í starfi þótt ætlast sé til þess að þeir fari á milli staða til að sinna skjólstæðingum.

Rannsakendum kom einnig á óvart hversu fáir iðjuþjálfar starfa í heilsugæslunni þar sem nú eru liðin nokkur ár síðan það var sett í lög að þjónusta iðjuþjálfna ætti að standa til boða í heilsugæslu.

Rannsakendum þótti athyglisvert að þátttakendur í rannsókninni hafa hvorki metið árangur þjónustunnar né ánægju skjólstæðinga. Útskýringin gæti verið sú að heilsugæslan er tiltölulega nýr vettvangur iðjuþjálfna en fyrstu iðjuþjálfarnir hófu störf fyrir átta árum. Auk þess, eins og fram hefur komið, hrjáir tímaskortur og fá stöðugildi þá mikið. Samkvæmt Freburger og Konrad (2002) hefur gangsemi og áhrif þjónustu iðjuþjálfna lítið verið

rannsókuð. Í rannsókn Hébert, Thibeault, Landry, Boisvenu og Laporte (2000) kemur fram að gæðamat gæti verið verkfæri fyrir iðjuþjálfara til að bæta þá þjónustu sem þeir hafa upp á að bjóða auk þess að rökstyðja veitta þjónustu. Allir töluðu um að það væri mikið að gera og þeir ættu erfitt með að uppfylla þær kröfur sem gerðar voru til þeirra samkvæmt starfslýsingu og nokkrir sáu fyrir sér að það væru verkefni fyrir annan iðjuþjálfara á þeirra heilsugæslustöð. Til að fá fleiri iðjuþjálfara til starfa er mikilvægt að sýna fram á þörfina og það verður varla gert nema með því að sýna ráðamönnum fram á árangur þjónustunnar. En til að sýna fram á árangur þarf fyrst að skrá hana og síðan meta. Þannig er mikilvægt að meta þjónustuna í þeim tilgangi að sýna samstarfsaðilum hvaða árangur getur náðst með iðjuþjálfun en rannsakendur fengu að heyra að iðjuþjálfarnir höfðu allir upplifað að mismikill skilningur er á starfi þeirra meðal samstarfsaðila. Einn þátttakandi sagði svo frá:

... ég hef oft verið að reyna ... þegar ég er að hitta lækna eða þegar við erum með kynningar ... á heilsugæslustöðvunum að biðja starfsfólkið og lækna að taka eftir t.d. þegar eldri borgari er að koma til þeirra og fólkið á erfitt með að setjast eða standa upp ... er að koma með kvartanir ... yfir stoðkerfinu ... að spyrja fólk hvernig það gangi heima og einn yfirlæknir sagði við mig við erum ekki að búa til vandamál þannig að hann vildi meina það að ef hann færi að spyrja fólkið hvernig gengur heima og það færi að segja eitthvað þá væri hann að búa til vandamálið sem er náttúrulega mesti misskilningur og þetta hef ég orðið svolítið vör við hjá sumum læknum

Úr rannsóknarviðtali

Í heimildasamantektinni kom fram að nokkrar rannsóknir hafa verið gerðar á grunnþjónustu iðjuþjálfara erlendis. Engar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar og gæti skýringin verið eins og áður hefur komið fram að þetta er tiltölulega nýr vettvangur iðjuþjálfunar á Íslandi.

Í rannsókninni töluðu þátttakendur um að þeir ynnu meira en starfshlutfall þeirra segir til um og að þeir nái ekki að uppfylla kröfur sem settar eru fram í starfslýsingu þeirra sökum tímaskorts. Áströlsk rannsókn sem beindist að iðjuþjálfum sem unnu sjálfstætt leiddi í ljós áþekkar niðurstöður þar sem iðjuþjálfum þar fannst þeir ekki geta unnið vinnuna sína eins vel og þeir hefðu viljað gera sökum tímaskorts (Courtney og Farnworth, 2003). Fram kemur

einnig í rannsókninni að þegar þeir vinna einir þá geti verið erfitt að ná fram starfshæfni þar sem þeir fá ekki svörun frá öðrum samstarfsaðilum. Að auki tala þeir um að fjármál séu hindrun í starfi, þar sem ekki er vel séð af þeim aðilum sem sjá um rekstrarhliðina að þeir sækji námskeið eða lesi sér til um fagið í vinnutíma því á meðan koma ekki inn peningar (Courtney og Farnworth, 2003). Þátttakendur í rannsókninni finna einnig fyrir því að fjármál stýra ýmsu í starfi þeirra sem skiptir máli, t.d. hvort þeir hafi bifreið til umráða.

Þátttakendur í rannsókninni hafa með höndum fjölbreytt verkefni í heilsugæslunni. Eins og fram hefur komið sinna þeir öllum aldurshópum. Störf þeirra felast í heimilisathugunum, leiðbeiningum um hjálpartæki, fræðslu, kennslu, forvörnum, mati, þjálfun og eftirfylgd. Í umfjöllun McCormack (1997) á störfum iðjuþjálfara kemur fram að þeir sinna fjölbreyttum hlutverkum m.a. fara þeir í heimilisathuganir, veita fræðslu og kennslu líkt og þátttakendur rannsóknarinnar. Í rannsókn Mitchell og Unsworth (2004) kemur fram að störf iðjuþjálfara eru margvísleg. Hins vegar fjalla flestar erlendar rannsóknargreinar, þar sem greint er frá störfum iðjuþjálfara í grunnþjónustu, um heimilisathuganir. Í einni þeirra kemur fram að iðjuþjálfar eru best til þess fallnir að meta hvort einstaklingur sé fær um að búa í eigin húsnæði eftir útskrift af sjúkrahúsi (Nygård, Grahn, Rudenhammar og Hydling, 2004).

KAFLI V

NIÐURLAG

Þegar hugmyndin að þessu rannsóknarverkefni varð til og rannsakendur föluðust eftir þátttakendum fengu þeir eingöngu jákvæð viðbrögð frá þátttakendum. Öllum þótti þarft að rannsaka störf iðjuþjálfara í heilsugæslu og létu í ljós ánægju sína á framtaki rannsakenda.

Samkvæmt niðurstöðum er starfsvettvangur og markhópur iðjuþjálfanna ólíkur. Allir iðjuþjálfarnir eru einyrkjar, þeir stóðu fyrir og mótuðu starfsemina fyrir utan einn þar sem starfsemin var þegar komin á laggirnar er hann kom til starfa. Þó að hver og einn þátttakandi sé einstakur og segi frá persónulegri reynslu sinni áttu þeir marga sameiginlega áhrifavalda í starfi.

Rannsóknin gæti takmarkast að nokkru leyti þar sem rannsakendur eru ekki reynslumiklir m.a. í viðtalstækni og greiningu gagna. Einnig ber að nefna að ekki var um marga þátttakendur að ræða þar sem fáir iðjuþjálfar starfa í heilsugæslunni. Ekki er heldur hægt að alhæfa niðurstöður þar sem um eigindlega rannsókn er að ræða.

Rannsókn af þessu tagi hefur ekki áður verið framkvæmd hér á landi og er það von rannsakenda að niðurstöður hennar megi varpa ljósi á þjónustu iðjuþjálfara í heilsugæslu. Auk þess vonast rannsakendur til að forráðamenn heilsugæslustöðva og samstarfsaðilar verði meðvitaðri um hvernig hægt er að nýta þekkingu iðjuþjálfara í heilsugæslunni skjólstæðingum í hag.

Með breyttri samsetningu mannfjöldans og sjúkdómsmynd s.s. auknum fjölda aldraðra, fleiri börnum sem greinast með raskanir og nýjum áherslum í heilbrigðiskerfinu hafa störf iðjuþjálfara færst frá hefðbundnum stofnunum og út í nærþjónustu. Auk þess hefur menntunarstig þjóðarinnar hækkað og almenningur orðinn meðvitaðri um rétt sinn til þjónustu.

Eins og fram hefur komið er skortur á mælingum á ánægju skjólstæðinga og árangri þjónustunnar og því væri vert að rannsaka hvoru tveggja með það í huga hvort þjónustan skili árangri. Einnig væri áhugavert að rannsaka þekkingu samstarfsaðila iðjuþjálfna á iðjuþjálfun þar sem viðmælendur rannsóknarinnar tóku fram að skortur væri á þekkingu samstarfsaðila.

HEIMILDASKRÁ

- Anna S. Jónsdóttir, Guðrún K. Hafsteinsdóttir og Ingibjörg Pétursdóttir (1998). *Iðjubjálfun í heilsugæslu: Lokaskýrsla um tilraunaverkefni á vegum heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytisins 15. sept. '97 til 15. sept. '98*. Óbirt efni, Reykjavík.
- Bailey, D. M. (1997). *Research for the health professional: A practical guide* (2. útgáfa.). Philadelphia: F. A. Davis.
- Boshoff, K. (2003). Utilisation of strategic analysis and planning by occupational therapy services. *Australian Occupational Therapy Journal*, 50, 252-258.
- Boutin-Lester, P. og Gibson, R. W. (2002). Patients' perception of home health occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal*, 49, 146-154.
- Canadian Association of Occupational Therapy. (2002). *Enabling occupation: An occupational therapy perspective*. Ottawa, Ontario: Canadian Association of Occupational Therapists.
- Capossela, C. og Warnock, S. (1995). *Share the care: How to organize a group to care for someone who is seriously ill*. New York: Simon & Schuster.
- Christie, A. (1999). A meaningful occupation: The just right challenge. *Australian Occupational Therapy Journal* 46, 52-68.
- Courtney, M. og Farnworth, L. (2003). Professional competence for private practitioners in occupational therapy. *Australian Occupational Therapy Journal* 50, 234-243.
- Culler, K. H. (2003). Interventions for daily living: Section II. Í E. B., Crepeau, E. S. Cohn, og B. A. B. Schell. (Ritstj.), *Occupational therapy* (bls. 534-541). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Esterberg, K. G. (2002). *Qualitative methods in social research*. Boston: McGraw-Hill.
- Flick, U. (2002). *An introduction to qualitative research*. London: Sage.

- Freburger, J. K. og Konrad, T. R. (2002). The use of federal and state databases to conduct health services research related to physical and occupational therapy. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*. 83, 837-845.
- Godfrey, A. (2000). Policy changes in the National health service: Implications and opportunities for occupational therapists. *British Journal of Occupational Therapy*, 63, 218-223.
- Guðrún Pálmadóttir (1997). Iðjuþjálfun verður íslensk fræðigrein. *Iðjuþjálfinn*, 19 (2), 14-19.
- Harrison, M. I. (2004). *Implementing change in health systems: market reforms in the United Kingdom, Sweden and the Netherlands*. London: Sage.
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010: Langtímamarkmið í heilbrigðismálum (e.d.)*. Sótt 7. mars frá <http://heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf>
- Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið (2001). *Heilbrigðisáætlun til ársins 2010: Langtímamarkmið í heilbrigðismálum (e.d.)*. Sótt 7. mars frá <http://heilbrigdisraduneyti.is/media/Skyrslur/htr2010.pdf>
- Helga Jónsdóttir (2003). Viðtöl sem gangasöfnunaraðferð. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 67-84). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Hébert, M., Thibeault, R., Landry, A., Boisvenu, M. og Laporte, D. (2000). Introducing an evaluation of community based occupational therapy services: A client-centred practice. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 67, 146-154.
- Holm, M. B., Rogers, J. C. og Stone, R. G. (1998). Treatment of performance contexts: Section I. Í M. E. Neistadt, og E. B. Crepeau, (Ritstj.), *Occupational therapy* (bls.471-498). Philadelphia: Lippincott.

- Kielhofner, G. (2002). *Model of Human Occupation: Theory and application*. Baltimore, Md: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kvale, S. (1996). *InterViews. An introduction to qualitative research interviewing*. California: Sage.
- Landlæknisembættið (e.d.a). *Stofnanir og starfsfólk í heilbrigðisþjónustu*. Sótt 7. mars frá <http://landlaeknir.is/template1.asp?pageid=8>
- Landlæknisembættið (e.d.b). *Heilsuvernd, heilsugæsla og forvarnir*. Sótt 7. mars frá <http://landlaeknir.is/template1.asp?pageid=505>
- Law, M., Cooper, B. A., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P. og Letts, L. (1997). Theoretical contexts for the practice of occupational therapy. Í C. H. Christiansen og C. M. Baum (Ritstj.), *Occupational therapy: Enabling function and well-being* (bls.90-93). Thorofare: Slack.
- Law, M., Baum, C. og Dunn, W. (2001). Section II: Measurement in occupational therapy. Í M. Law, C. Baum og W. Dunn (Ritstj.), *Measuring occupational performance: Supporting best practice in occupational therapy* (bls. 41-42). Thorofare: Slack.
- Lewis, J. og Ritchie, J. (2003). Generalising from qualitative research. Í J. Lewis og J. Ritchie (Ritstj.). *Qualitative research practice: A guide for social science students and researchers* (bls. 263-286). London: Sage Publications.
- Lög um heilbrigðisþjónustu nr. 97/1990.*
- McCormack, G. L. (1997). The role of occupational therapy in home care. *Home Care Provider, 1* (2), 19-21.
- Mitchell, R. og Unsworth, C. A. (2004). Role perceptions and clinical reasoning of community health occupational therapists undertaking home visits. *Australian Occupational Therapy Journal, 51*, 13-24.

- Mountain, G. og Pighills, A. (2003). Pre-discharge home visits with older people: time to review practice. *Health and Social Care in the Community*, 11, 146-154.
- Nygård, L., Grahn, U., Rudenhammar, A. og Hydling, S. (2004). Reflecting on practice: are home visits prior to discharge worthwhile in geriatric inpatient care? *Scandinavian Journal of Caring Science*, 18, 193-203.
- Ríkisendurskoðun (2002, september). „Fyrsti viðkomustaður í heilbrigðiskerfinu“: *Stjórnarúttekt á rekstri Heilsugæslunnar í Reykjavík* (e.d.). Sótt 7. mars 2004 frá http://www.rikisend.althingi.is/files/skyrslur_2002/hg_rvik.pdf
- Scaletti, R. (1999). A community development role for occupational therapists working with children, adolescents and their families: A mental health perspective. *Australian Occupational Therapy Journal*, 46, 43-51.
- Seidman, I. E. (1991). *Interviewing as qualitative research. A guide for researchers in educational and the social sciences*. New York: Teachers College.
- Sigríður Halldórsdóttir (2000). The Vancouver School of doing phenomenology. Í C. Hildingh (Ritstj.), *Qualitative research in the service of health* (bls. 47-81). Lund: Studentlitteratur.
- Sigríður Halldórsdóttir (2003). Vancouver skólinn í fyrirbærafræði. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (Ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 249-261). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.
- Sigurður Kristinsson (2003). Siðfræði rannsókna og siðanefndir. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (Ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls.161-179). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Sigurlína Davíðsdóttir (2003). Eigindlegar eða meginlegar rannsóknaraðferðir? Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (Ritsj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 219-235). Akureyri: Háskólinn á Akureyri.

Strong, S., Rigby, P., Stewart, D., Law, M., Letts, L. og Cooper, B. (1999). Application of the Person-Environment-Occupation model: A practical tool. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 3, 122-133.

FYLGISKJAL A:

Viðtalsrammi

Viðtalsrammi

- **Einstaklingur/iðjupjálfinn**
- Menntun
- Sí- og endurmenntun
- Áhugi
- Fyrri störf
- Reynsla
- Stöðugildi
- Starfslýsing- uppfylling hennar
- Hugmyndafræði
- Starfseminni/þjónustunni komið á framfæri- fræðsla, upplýsingamiðlun
- **Umhverfi/starfsumhverfi**
- Aðgengi- aðbúnaður
- Staðsetning stofnunar
- Staðsetning innan stofnunar
- Fjármagn í tækjakaup
- Aðstoðarmaður
- Fjöldi iðjupjálfa
- Biðlistar
- Tilvísanir/beiðnir
- Samstarfsaðilar-samstarf-
skilningur
- Yfirmaður
- **Iðja/starfið**
- Starfsvettvangur-starfssvið
- Markhópur- færniskerðing
- Íhlutun
- Matstæki – hvati/hindrun
- Dæmigerður dagur
- Skráning
- Breytingar á starfseminni
- Árangur/ávinningur starfsins/þjónustunnar f. samfélag, skjólstæðinga - ánægja skjólstæðinga
- Nýting iðjupjálfunar innan sveitar heilsugæslunnar

FYLGISKJAL B1, B2:

Tilkynning til Persónuverndar og svar

- Tilkynning nr. S2251/2004 um vinnslu persónuupplýsinga.

Tilkynning um vinnslu persónuupplýsinga

Er um að ræða nýja tilkynningu eða breytingu á eldri tilkynningu?

Tilkynning móttekin: 10.11.2004 16:53:48
Númer S2251

Ný tilkynning
 Tilkynning um breytingu

Eldra tilkynninganúmer sé um breytta tilkynningu að ræða:

Kennitala ábyrgðaraðila: 0702513969

Nafn forsvarsmanns (s.s. forstjóra) ef ábyrgðaraðili er fyrirtæki/stofnun:

Dr. Hermann Óskarsson

Nafn þess sem fyllir tilkynninguna út:

Nafn: Hermann Óskarsson

Heimilisfang: Höfðahlíð 8

Póstnúmer: 603

Staður: Akureyri

Símanúmer tengiliðs :

Titill verkefnis (ss. nafn á skrá eða heiti rannsóknar)

Iðjubjálfun innan heilsugæslunnar

Tilgangur vinnslunnar?

B.Sc. verkefni í iðjubjálfun við Háskólann á Akureyri. Eigindleg rannsókn sem hefur að markmiði að afla upplýsinga um starfsemi iðjubjálfa innan heilsugæslunnar, hvaða markhópi þeir sinna og hver framtíðarsýn þeirra er m.t.t. starfsins.

Hvaða upplýsingar verður unnið með?

Upplýsingar viðtala við starfandi iðjubjálfa og skrifaðar heimildir.

Hvert verða upplýsingarnar sóttar?

Til þátttakenda og í bækur, tímarit og á veraldarvefinn.

Heimild(ir) til vinnslu persónuupplýsinga, sbr. 8. gr. laga um persónuvernd og meðferð persónuupplýsinga:

samþykki hins skráða sbr. 1. tl.
 nauðsyn vegna samnings sbr. 2. tl.
 nauðsyn til að fullnægja lagaskyldu sbr. 3. tl.
 nauðsyn til að vernda hagsmuni hins skráða sbr. 4. tl.
 nauðsyn vegna almannahagsmuna sbr. 5. tl.
 nauðsyn til að gæta lögmætra hagsmuna sbr. 7. tl.

Verður unnið með viðkvæmar persónuupplýsingar, sbr 8. tl. 2. gr. laganna?

Nei

Viðbótarskilyrði um vinnslu viðkvæmra persónuupplýsinga, sbr. 9. gr. laganna:

	<input checked="" type="checkbox"/> upplýst og skriflegt samþykki hins skráða sbr. 1. tl. <input type="checkbox"/> sérstök lagaheimild sbr. 2. tl. <input type="checkbox"/> skylda skv. samningi aðila vinnumarkaðar sbr. 3. tl. <input type="checkbox"/> nauðsyn til að vernda hagsmuni hins skráða sbr. 4. tl. <input type="checkbox"/> nauðsyn vegna reglubundinnar starfsemi sbr. 5. tl. <input type="checkbox"/> hinn skráði gerir upplýsingar opinberar sbr. 6. tl. <input type="checkbox"/> vegna dómsmáls eða annara laganauðsynja sbr. 7. tl. <input type="checkbox"/> nauðsyn vegna læknismeðferðar/stjórnsýslu sbr. 8. tl. <input type="checkbox"/> nauðsyn vegna tölfraeði-/vísindarannsóknar sbr. 9. tl. <input type="checkbox"/> lögmæt vöktun skv. 2.mgr.
Frekari skýringar á þeim heimildum sem merkt er við hér að ofan (t.d. lagaákvæði eða ef byggt er á samþykki hins skráða skal hér greint frá efni samþykkisyfirlýsingar)	Kynningarbréf og eyðublað vegna upplýsts samþykkis verða send þáttakendum og stjórnendum á viðkomandi heilsugæslustöðvum.
Ef aflað er persónuupplýsinga frá öðrum en hinum skráða, hvernig er þá uppfyllt viðvörðunarskylda gagnvart hinum skráða, sbr. 21. gr. laganna	Á ekki við.
Ef aflað er persónuupplýsinga frá hinum skráða sjálfum, hvernig er þá uppfyllt fræðsluskilyrði, sbr. 20. gr. laganna	Á ekki við.
Verður persónuupplýsingum safnað með notkun eftirlitsmyndavéla eða annars konar vöktunarbúnaðar?	Nei
Verða upplýsingarnar afhentar öðrum. Hverjum?	Nei.
Verða upplýsingarnar fluttar úr landi?	Nei
Verða upplýsingarnar birtar á Netinu / Vefnum?	Nei
Hvaða öryggisráðstafanir verða viðhafðar?	<input type="checkbox"/> Aðgangsorð <input type="checkbox"/> Dulkóðun <input checked="" type="checkbox"/> Afmáun persónuauðkenna <input type="checkbox"/> Annað Ef annað. þá hvað?
Nafn og/eða stöðuheiti þess sem ber ábyrgð á framangreindum öryggisráðstöfunum	Dr. Hermann Óskarsson dósent við Háskólann á Akureyri
Verður upplýsingunum/auðkennunum eytt og þá hvenær?	Að lokinni rannsókn verða snældur með viðtölum eytt. Gögn á tölvutæku- og skrifuðu formi verða geymd í fjögur ár ef rannsakendur hyggja á frekari rannsóknir á þessu sviði.
Verður öðrum aðila (vinnsluaðila) með skriflegum samningi falin vinnsla upplýsinganna? Kennitala vinnsluaðila Nafn vinnsluaðila	Nei

Heimilisfang vinnsluaðila

Postnúmer:

Staður:

Hverjar eru skyldur vinnsluaðila
samkvæmt þessum samningi?

Aðrar athugasemdir tilkynnanda:

Nemendaverkefni þetta til B.Sc. prófs verður unnið af:
Ester Halldórsdóttir, kt. 200163-3389
Karen Björg Gunnarsdóttir, kt. 090980-3199
Thelma Hrund Sigurbjörnsdóttir, kt. 030179-5229

Sent til

Hermann Óskarsson

Höfðahlíð 8
603 Akureyri



Persónuvernd


Haðvarðsingi 13 105 Reykjavík
sími: 510 9800 heðfóni: 510 9606
netfang: postur@personuvernd.is
veffang: personuvernd.is

Reykjavík 26. nóvember 2004
Tilvísan: S2251/2004/ EB/-

Hér með staðfestist að Persónuvernd hefur móttengið tilkynningu í yðar nafni um vinnslu persónuupplýsinga. Tilkynningin er nr. S2251/2004 og fylgir afrit hennar hjálágt.

Allar tilkynningar sem berast Persónuvernd birtast sjálfkrafa á heimasíðu stofnunarinnar. Tekið skal fram að með móttöku og birtingu tilkynninga hefur engin afstaða verið tekin af hálfu Persónuverndar um efni þeirra.

Virðingarfyllt,


Erla Björnsdóttir

FYLGISKJAL C, C2:

Svör frá Vísindasiðanefnd



VÍSINDASIÐANEFND

Vegmúla 3, 108 Reykjavík,

Sími: 551 7100, Bréfsími: 551 1444

netfang: visindasidanefnd@vsn.stjr.is

Háskólinn á Akureyri,
Heilbrigðisdeild
Hermann Óskarsson, dósent
Sólborg v/Norðurslóð
Pósthólf 224
602 Akureyri

Reykjavík 2. desember 2004

Tilvísun: VSNb2004110034/03-7 Námsverkefni - nemarannsóknir almennar/BH/--

Varðar: 04-147-afg Þjónusta iðjuþjálfra innan heilsugæslunnar.

Á fundi sínum 30.11.2004 fjallaði Vísindasíðanefnd um umsókn þína dags. 11.11.2004, vegna ofangreindrar rannsóknaráætlunar. Meðrannsakendur þínir eru Ester Halldórsdóttir, Karen Björg Gunnarsdóttir og Thelma Hrund Sigurbjörnsdóttir, nemendur í iðjuþjálfun við Háskólann á Akureyri, en rannsóknin er námsverkefni þeirra.

Rannsóknin miðar að öflun upplýsinga um starfsemi iðjuþjálfra innan heilsugæslunnar, hvaða markhópi þeir sinna og hver framtíðarsýn þeirra er með tilliti til starfsins. Þátttakendur eru sex starfandi iðjuþjálfar innan heilsugæslunnar. Um er að ræða tilgangsrúttak sem er valið með tilliti til starfsviðs og hvar á landinu viðkomandi starfar.

Vísindasíðanefnd hefur farið yfir rannsóknaráætlunina og innsend gögn og er skilningur hennar sá að viðfangsefni rannsakenda sé hvorki heilsufar iðjuþjálfanna né skjólstæðinga sjálfra. Sé skilningur nefndarinnar réttur er ekki um leyfisskylda rannsókn að ræða. Óskar Vísindasíðanefnd eftir staðfestingu á því hvort ofangreindur skilningur sé réttur.

Með kveðju
f.h. Vísindasíðanefndar,

Björn Guðbjörnsson, formaður

Háskólinn á Akureyri
heilbrigðisdeild
Hermann Óskarsson, leiðbeinandi
Sólborg v/Norðurslóð
Pósthólf 224
602 Akureyri



VÍSINDASIÐANEFND

Vegmúla 3, 108 Reykjavík,
Sími: 551 7100, Bréfsími: 551 1444
netfang: visindasiðanefnd@vsn.stjr.is

Reykjavík 14. desember 2004

Tilvísun: VSNb2004110034/03-7 Námsverkefni - nemarannsóknir almennar/BH/-

Varðar: 04-147-S1 Þjónusta iðjubjálfa innan heilsugæslunnar.

Vísindasiðanefnd þakkar svarbréf þitt, dags. 09.12.2005 vegna áðursendra athugasemda við ofangreinda rannsóknaráætlun sbr. bréf nefndarinnar dags. 02.12.2004. Í bréfinu er staðfest að skilningur Vísindasiðanefndar var réttur.

Fjallað hefur verið um svarbréf þitt og önnur innsend gögn og eru þau talin fullnægjandi.

Rannsóknaráætlunin er endanlega samþykkt af Vísindasiðanefnd.

Vísindasiðanefnd bendir rannsakendum vinsamlegast á að birta VSN tilvísunarnúmer rannsóknarinnar þar sem vitnað er í leyfi nefndarinnar í birtum greinum um rannsóknina. Jafnframt fer Vísindasiðanefnd fram á að fá send afrit af birtum greinum um rannsóknina. Rannsakendur eru minntir á að tilkynna rannsóknarlök til nefndarinnar.

Með kveðju
f.h. Vísindasiðanefndar,

Bryndís Valsdóttir

Bryndís Valsdóttir, aðstoðarframkvæmdsáttjóri

FYLGISKJAL D1, D2, D3:

Kynningarbréf og samþykkisyfirlýsing

Kynningarbréf

Þjónusta iðjuþjálfna innan Heilsugæslu

Rannsókn meðal sex starfandi iðjuþjálfna innan heilsugæslunnar veturinn 2005.

Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar:

Dr. Hermann Óskarsson, Háskólanum á Akureyri, sími 463-0900

Ágæti iðjuþjálfni.

Markmiðið með þessari frumrannsókn er að kanna starfsumfang iðjuþjálfna innan heilsugæslunnar og hvort það sé breytilegt eftir búsetu. Þátttaka þín felst í að svara óstöðluðum hálfopnum spurningum sem verða teknar upp á diktafón og gæti viðtalið tekið um það bil 45 til 60 mínútur. Svör þátttakenda verða ekki persónugreinanleg en þar sem úrtakið er lítið er ekki hægt að útiloka að rekja megi niðurstöður að einhverju leyti til þátttakanda. Reynt verður að sjá til að svo verði ekki enda markmið rannsakenda að varpa ljósi á starfsvettvang iðjuþjálfna, ekki skoðanir eða starf einstakra þátttakenda í rannsókninni. Þátttakendum er frjálst að hætta við þátttöku hvenær sem þeir óska áður en úrvinnsla gagna hefst.

Persónuvernd og Vísindasiðanefnd hafa veitt leyfi sitt fyrir rannsókninni.

Með samstarfskveðju:

Ester Halldórsdóttir, i01003@unak.is

Karen Björg Gunnarsdóttir, i01011@unak.is

Thelma Hrund Sigurbjörnsdóttir, i01017@unak.is

Iðjuþjálfanemar við Háskólann á Akureyri, Sólborg v/Norðurslóð, 600 Akureyri.

Leiðbeinandi og ábyrgðarmaður: _____

Dr. Hermann Óskarsson, dósent, hermann@unak.is

Ef þú hefur spurningar um rétt þinn sem þátttakandi í vísindarannsókn eða vilt hætta þátttöku í rannsókninni getur þú snúið þér til leiðbeinanda og ábyrgðarmanns.

Upplýst samþykki
Þjónusta iðjuþjálfra innan Heilsugæslu
Rannsókn á meðal starfandi iðjuþjálfra innan heilsugæslunnar veturinn 2005.
Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar:
Dr. Hermann Óskarsson, Háskólanum á Akureyri sími 463-0900

Ágæti iðjuþjálfri.

Markmið með þessari rannsókn er að fá heildaryfirsýn yfir starfsemi iðjuþjálfra innan heilsugæslunnar og hvort það sé munur á landsbyggðinni og höfuðborgarsvæðinu. Þátttaka ykkar felst í því að svara óstöðluðum hálfopnum spurningum sem teknar verða upp á diktafón og gæti þátttaka ykkar tekið um það bil 45 til 60 mínútur.

Með undirskrift þinni hefur þú lýst því yfir að þú hafir lesið yfir og kynnt þér hvað rannsóknin gengur út á.

Dagsetning: _____

Staður: _____

Undirskrift: _____

Ester Halldórsdóttir: _____

Karen Björg Gunnarsdóttir: _____

Thelma Hrund Sigurbjörnsdóttir: _____

Þjónusta iðjuþjálfna innan Heilsugæslu
Rannsókn meðal starfandi iðjuþjálfna innan heilsugæslunnar veturinn 2005.
Ábyrgðarmaður rannsóknarinnar:
Dr. Hermann Óskarsson, Háskólanum á Akureyri, sími 463-0900

Ágæti framkvæmdastjóri.

Við erum þrír iðjuþjálfanemar við Háskólann á Akureyri sem höfum í hyggju sem B.Sc. verkefni að rannsaka þjónustu iðjuþjálfna innan heilsugæslunnar. Með þessu bréfi viljum við fara þess á leit að fá samþykki þitt til að taka viðtal við iðjuþjálfna á þinni stofnun, sem þegar hefur gefið sitt samþykki.

Markmiðið með þessari frumrannsókn er að kanna starfsumfang iðjuþjálfna innan heilsugæslunnar og hvort það sé breytilegt eftir búsetu. Svör þátttakenda verða ekki persónugreinanleg en þar sem úrtakið er lítið er ekki hægt að útiloka að einhverju leyti að rekja megi niðurstöður til þátttakenda. Þátttakendum er frjálst að hætta við þátttöku hvenær sem þeir óska áður en úrvinnsla gagna hefst. Ávinningurinn ætti að vera sá að með þessu móti fæst heildræn yfirsýn yfir starfsemi iðjuþjálfna innan heilsugæslunnar.

Við sem stöndum að rannsókninni erum:

Dr. Hermann Óskarsson. Háskólanum á Akureyri

Ester Halldórsdóttir. Háskólanum á Akureyri, sími 899-6234

Karen Björg Gunnarsdóttir. Háskólanum á Akureyri, sími 861-6971

Thelma Hrund Sigurbjörnsdóttir. Háskólanum á Akureyri, sími 860-8865

Með samstarfskveðju
