

Tímarit

HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING / 1. TBL. 2015 91. ÁRGANGUR

FAGTÍMARIT
Í 90 ÁR
1925-2015



6

Mat á bráðum verkjum



Næturvakt

22



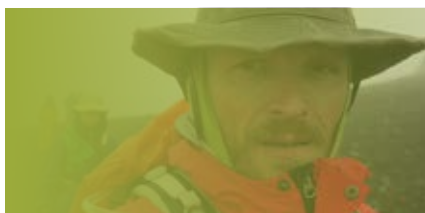
32

Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga



FAGIÐ

- 6 Mat á bráðum verkjum**
Sigríður Zoëga
- 14 Góð ráð við hjúkrun sjúklinga með Parkinsonveiki**
Jónína H. Hafliðadóttir, Helga Jónsdóttir og Marianne E. Klinker
- 24 Betri upplýsingagjöf um sjúklinga – SBAR**
Eygló Ingadóttir
- 31 Bókarkynning – Heildræn samþætt hjúkrun**
Póra Jenný Gunnarsdóttir
- 42 Frumkvöðlastarf í hjúkrun – horft fram á veginn**
Bára Sigurjónsdóttir
- 46 RITRÝNDAR GREINAR**
Árangur af kynfræðslunámsefninu Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis
Sóley S. Bender og Álfheiður Freyja Friðbjarnardóttir
- 54 Er þörf á sérstakri heilbrigðismóttöku fyrir háskólanemendur?**
Sóley S. Bender, Anna Bryndís Blöndal, Þorvarður Jón Löve, Ólöf Guðný Geirsdóttir, Andri S. Björnsson, Inga B. Árnadóttir, Helga Gottfreðsdóttir, Sigrún Vala Björnsdóttir og Urður Njarðvík



FÓLKID

- 10 Hef jafnan farið mínar eigin leiðir**
Guðrún Guðlaugsdóttir
- 22 Gamlar perlar – Frá námsárunum – næturvakt**
Höfundur óþekktur
- 26 Námskeið um sálræn áföll, ofbeldi og áfallastreitu**
Sigrún Sigurðardóttir
- 28 Fleiri hjúkrunarfræðingar mættu gjarnan fara í pólitík**
Karl Eskil Pálsson
- 36 Þankastrik – Einkarekstur er ekki einkavæðing**
Helga Garðarsdóttir
- 40 Fjölbreytt framhaldsnám í hjúkrunarfræði – leiðin til framtíðar**
Helga Bragadóttir



FÉLAGIÐ

- 3 Formannspistill**
Ólafur G. Skúlason
- 5 Ritstjóraspjall**
Christer Magnusson
- 32 Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga – öruggt eða varasamt?**
Aðalbjörg J. Finnbogadóttir
- 38 Gamlar perlar – Hvað verður um hjúkrunarkonurnar?**
S.B.



MDF hlustunarpípur
– margir litir og lífstíðarábyrgð

Pennaljós, vinnuúr og vasaskæri
– þegar smáatriðin skipta máli



Mettunarnemar
– hjóðlátir og nettir



Allt sem þú þarft í vinnunna



AWC vinnuskór
– öryggi og þægindi í fyrirrúmi



Vinnusokkar
– fjölbreytt úrval, margir litir



Æfingateygjur
– endalausir möguleikar

Eirberg Heilsa • Stórhöfða 25 • Sími 569 3100 • eirberg.is



ÚTSÖLUNNI ER LOKIÐ!



Ólafur Guðbjörn Skúlason.

Síðustu daga og vikur hef ég ásamt sviðstjóra kjara- og réttindasviðs farið hringferð um landið og hitt hjúkrunarfræðinga. Þessi ferð hefur verið mjög skemmtileg og fræðandi. Gaman er að sjá hvað hjúkrunarfræðingar eru að gera á landsbyggðinni og sjá vinnuumhverfi þeirra og heimabyggð. Við eigum víðs vegar um landið mikið af flottum og frambærilegum hjúkrunarfræðingum sem eiga ríkan þátt í að halda uppi heilbrigðisþjónustu, oft og tíðum við erfiðar aðstæður og lítinn stuðning. Vel var mætt á þá fundi sem við höldum og greinilegt að hjúkrunarfræðingar eru fullir af eldmóði og tilbúnir til þess að láta til sín taka á fjölbreyttum vettvangi.

Markmið okkar með þessu ferðalagi var að heyra hvað það er sem hjúkrunarfræðingar telja mikilvægt að leggja áherslu á í komandi kjarasamningum. Tilgangurinn var einnig sá að þjappa stéttinni saman og efla samstöðu okkar á milli. Samstaðan er lykilatriði í allri hagsmunabaráttu stéttarinnar.

Kjarasamningar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga renna sitt skeið á enda 30. apríl 2015 að undanskildum samningi félagsins við sveitarfélögin en hann rennur út í lok ágústmánaðar.

Samningaviðræður eru hafnar þó svo að þær séu ekki langt komnar en viðræður munu nú fara á fullt á næstu vikum.

Það er ljóst að það stefnir í átök á vinnumarkaði hérlandis í vetur. Miklar launahækkanir ákveðinna stétta hafa sett tóninn fyrir komandi baráttu. Launamenn krefjast ákveðinna leiðréttinga á kjörum sínum og eru hjúkrunarfræðingar þar ekki undanskildir.

Ljóst er, af tölum fjármálaráðuneytisins, að laun hjúkrunarfræðinga eru ekki sambærileg við laun annarra háskóla-menntaðra stétta. Í nokkurn tíma hefur Fíh talað um ráðuneytabundinn launamun stétta. Svo virðist sem stéttir, sem sýsla með peninga og tæki, séu verðmætari í þjóðfélaginu heldur en stéttir sem vinna með líf og heilsu fólks í höndunum eða vinna að því að mennta þjóðina. Sú forgangsriðun er með öllu óviðunandi. Það er algert grunnatriði að störf líkt og hjúkrun séu samkeppnishæf í launum við önnur störf í þjóðfélaginu. Hjúkrunarnám verður að verða raunhæfur kostur fyrir ungt fólk sem nú stendur frammi fyrir að velja sér framtíðarstarf og horfir á hvers virði námið er að því loknu.

Hjúkrunarfræðingar eru nú í auknum mæli að leita í önnur störf og menntun utan hjúkrunar. Kjarakönnun, sem Fíh framkvæmdi í október 2014, sýnir okkur að hlutfall þeirra sem eru að mennta sig út úr hjúkrunarstarfinu fer stækkandi. Þetta er mikið áhyggjuefni, sérstaklega í ljósi þess að sama könnun sýnir að hjúkrunarfræðingar íhuga af alvöru að yfirgefa landið til hjúkrunarstarfa á erlendri grundu. Um þriðjungur hjúkrunarfræðinga er nú í þessum hagleiðingum og í aldursflokknum 24-34 ára horfa um 64% svarenda út fyrir landsteinana og 40% þeirra sem eru í aldursflokknum 35-44 ára. Þessar tölur eru sláandi og mikið áhyggjuefni fyrir okkar stétt. Við þurfum á

þessum einstaklingum að halda í íslensku heilbrigðiskerfi.

Stórt skref hefur verið stigið til eflingar heilbrigðiskerfinu á Íslandi. Aukin fjárfraðlög til stofnana og viljayfirlýsing um uppbyggingu kerfisins hafa litið dagsins ljós og er ekkert nema gott um það að segja. Vinnuaðstæður okkar hafa mikið að segja um líðan okkar við störf, starfsánægju og hversu vel okkur tekst að inna verk okkar af hendi. Það er þó ljóst að það dugir ekki eitt og sér til að halda hjúkrunarfræðingum í starfi eða til að efla nýliðun stéttarinnar. Leiðrétting á kjörum okkar er orðin löngu tímabær og nauðsynleg fyrir framtíð stéttarinnar.

Skilaboð félagsmanna til mín á þessu ferðalagi um landið eru skýr. Hjúkrunarfræðingar sætta sig ekki lengur við þau kjör sem í boði eru og vilja fá leiðréttingu launa sinna. Ég heyri þau skilaboð hátt og skýrt og ég heyri líka að stéttin er tilbúin að gera það sem þarf til að knýja fram þá leiðréttingu sem þörf er á. Hjúkrun er nauðsynleg íslensku samfélagi, námið er langt og strangt, ábyrgðin er mikil og álagið gríðarlegt. Þekking okkar er heilbrigðiskerfinu nauðsynleg. Horfa verður til þessara þátta þegar samið er um okkar kjör.

Við vonum öll að ekki þurfi að koma til aðgerða af hálfu hjúkrunarfræðinga í komandi kjarasamningum en biðlund hjúkrunarfræðinga er þrotin. Samstaðan er til staðar, krafturinn er til staðar og nú er að duga eða drepast. Útsölu á launum hjúkrunarfræðinga er hér með lokið!



INTEGRATIVE NURSING

Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands,
University of Minnesota Center for Spirituality & Healing og
University of Minnesota School of Nursing

efna til ráðstefnu í Hörpu í maí 2015

HEILDRAEN SAMPÆTT HJÚKRUN

1st International Integrative Nursing Symposium

Expanding Care, Transforming Lives 18. – 20. maí 2015, Reykjavík, Ísland

Gestafyrirlesarar eru:

Mary Jo Kreitzer, *Center for Spirituality and Healing við University of Minnesota*

Janet Quinn, *Healan Works í Bandaríkjunum*

Lori Knutson, *Integrative Healthcare Solutions LLC*

Jos de Blok, *Buurtzorg hjúkrunarþjónustu fyrir aldraða í Hollandi*

Ráðstefnan verður sett þann 18. maí, klukkan 17:00
19. og 20. maí verða fyrirlestrar, vinnusmiðjur og veggspjöld

Ráðstefnugjaldið er 35.000 til 15. mars.

Frekari upplýsingar er að finna á heimasíðu ráðstefnunnar
www.integrativenursing2015.is


UNIVERSITY OF MINNESOTA
Center for Spirituality & Healing
Driven to Discover™


UNIVERSITY OF MINNESOTA
School of Nursing
Driven to Discover™



UNIVERSITY OF ICELAND
FACULTY OF NURSING

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA 90 ÁRA

Tímarit
HJÚKRUNARFRÆÐINGA
THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING

Tímarit hjúkrunarfræðinga
Suðurlandsbraut 22
108 Reykjavík
Sími 540 6405
Bréfsími 540 6401
Netfang christer@hjukrun.is
Vefsíða www.hjukrun.is

Útgefandi: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga
Sími skrifstofu 540 6400

Ritstjóri og ábyrgðarmaður
Christer Magnusson

Tekið er á móti efni til birtingar á netfanginu
christer@hjukrun.is.
Leiðbeiningar um ritun fræðslu- og fræðigreina
er að finna á vefsíðu tímaritsins.

Ritnefnd
Ásta Thoroddsen
Bergþóra Eyólfssdóttir
Dórothea Bergs
Kolbrún Albertsdóttir
Oddný S. Gunnarsdóttir
Vigdís Hrönn Viggósdóttir
Þórdís Þorsteinsdóttir

Fréttaefti
Aðalbjörg Finnbogadóttir,
Christer Magnusson o.fl.

Ljósmyndir
Arnheiður Sigurðardóttir, Auðunn Níelsson,
Christer Magnusson, Guðrún Guðlaugsdóttir,
Hilmar Friðjónsson, Kristinn Ingvarsson o.fl.

Próförk og yfirlestur
Ragnar Hauksson

Auglýsingar
Guðrún Andrea Guðmundsdóttir, sími 540 6412

Hönnun
Þór Ingólfsson, grafískur hönnuður FÍT

Prentvinnsla
Litróf
Upplag 4100 eintök

Pökkun og dreifing
Póstdreifing



Christer Magnusson.

Eitt stærsta framfaraskref á síðustu öldum var tekið þegar ákvæði um tjáningar- og prentfrelsi fóru að birtast í stjórnarskrám eftir frönsku byltinguna 1789. Það er varla hægt að ofmeta áhrif þess að fólk hafi lagalegan rétt til þess að segja og skrifa hvað því finnst.

Um allan heim eru þó ofstækismenn sem telja sig hafa rétt til þess að banna skoðanir eða refsa fólk fyrir að tjá sig. Þetta eru reyndar alls ekki einungis fáeinir ofstækismenn, sem kenna sig við ákveðin trúarbrögð, heldur einnig stjórnvöld margra landa. Því þarf venjulegt fólk alltaf að berjast fyrir rétti sínum til þess að tjá sig. Við eigum að styðja viðleitni þess því þannig styrkjum við einnig okkar eigin stöðu.

Á þessu ári er Tímarit hjúkrunarfræðinga, eða reyndar tímaritið og fyrirrennari þess, 90 ára. Prentfrelsi var leitt í lög 1855 á Íslandi og var það forsenda þess að hjúkrunarkonur gátu ákveðið að gefa út tímarit 1925. Ritstjórnarstefna þess blaðs kristallaðist í orðunum: „Við eigum að skrifa það allar.“ Sú stefna hefur verið ríkjandi alla tíð síðan og langflestar greinar í Tímariti hjúkrunarfræðinga eru skrifaðar af hjúkrunarfræðingum.

Þrátt fyrir nafnabreytingar hafa árgangar haldið sér og þetta tölublað er því það fyrsta í 91. árganginum. Þó lá við slysi 1993 þegar Hjúkrun sameinaðist Tímariti Félags háskólamenntaðra hjúkrunarfræðinga því fyrsta hefti Tímarits hjúkrunarfræðinga var kallað 1. tölublað 1. árgangs. Sem betur fer skiptu ritstjórnarfulltrúar um skoðun og næsta tölublað var sagt tilheyrja 70. árganginum.

Afmælið mun ekki fara fram hjá lesendum blaðsins. Helst mun það sjást í fjölda endurbirtra greina og í þessu tölublaði eru tvær greinar frá fyrstu árum tímaritsins. Einnig munu birtast viðtöl við hjúkrunarfræðinga sem hafa tekið þátt í að skrifa og ritstýra blaðinu. Fleiri en blaðið eiga einnig afmæli og sagt verður frá nokkrum slíkum.

Ýmsar aðrar upptakur munu eiga sér stað á árinu en það á eftir að koma í ljós.

MAT Á BRÁÐUM VERKJUM

Sigríður Zoëga, nýorðin doktor í hjúkrunarfræði, skrifar hér um hvernig leggja má mat á bráða verki. Þessi grein er sú fyrsta af fjórum. Í þeim greinum, sem á eftir fylgja, verður fjallað um mat á langvinnum verkjum, mat á verkjum hjá þeim sem ekki geta tjáð sig munnlega og mat á verkjum hjá börnum.



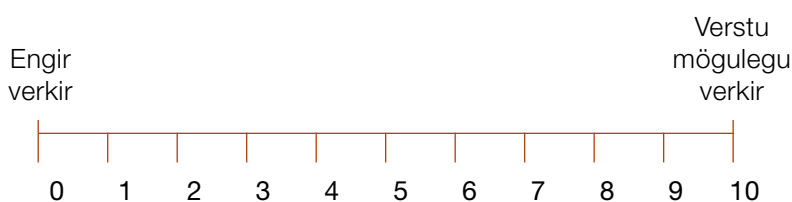
Verkir eru algengir meðal almennings í samfélaginu og á sjúkrahöfnum og hafa neikvæð áhrif á líðan og heilsutengd lífsgæði fólks. Góð verkjameðferð er mikilvægur þáttur heilbrigðisþjónustunnar en hjúkrunarfræðingar gegna lykilhlutverki í mati og meðferð verkja. Þeir gefa verkjalyf og veita aðra meðferð við verkjum, fræða sjúklinga og aðstandendur um verki og

verkjameðferð, eru málsvavar sjúklinga og koma upplýsingum til lækna og síðast en ekki síst meta þeir verki sem og árangur og aukaverkanir meðferðar (Vallerand o.fl., 2011). Mat á verkjum er fyrsta skrefið í árangursríkri verkjameðferð en tilgangur þessarar greinar er að lýsa því hvernig mat á bráðum verkjum hjá fullorðnum einstaklingum er framkvæmt.

Fjallað er um þætti í upplýsingasöfnun, kvarða til að meta styrk verkja og hvernig skuli meta árangur verkjameðferðar.

Tíðni bráðra verkja

Verkir eru algengir og hafa neikvæð áhrif á líkamlega, andlega og félagslega líðan sjúklinga (Joshi og Ogunnaike, 2005).



Mynd 1. Láréttur tölukvarði (NRS).

Í íslenskri rannsókn meðal almennings sögðust 40% þátttakenda hafa fundið fyrir verkjum undanfarna viku og 31% hafði haft verki í þrjá mánuði eða lengur (Gunnarsdóttir o.fl., 2010). Erlendar rannsóknir sýna að 48-88% sjúklinga á sjúkrahúsum finna fyrir verkjum og um þriðjungur þeirra upplifir mikla verki (Maier o.fl., 2010; Vallano o.fl., 2006). Svipaðar niðurstöður hafa fengist á Landspítala. Í rannsókn á 23 legudeildum á skurð- og lyflækningasviðum Landspítala reyndist tíðni verkja vera 83%, meðalstyrkur verstu verkja var 4,6 á kvarðanum 0-10 og 35% þátttakenda hafði fundið fyrir miklum verkjum (≥ 7 á kvarðanum 0-10) undanfarnir sólarhring þegar spurt var (Zoëga o.fl., í prentun-b). Á skurðlækningasviði Landspítala reyndist 81% þátttakenda hafa haft verki undanfarnir sólarhring og var styrkur þeirra að jafnaði 4,0 á kvarðanum 0-10 (Lára B. Ásmundsdóttir o.fl., 2010). Hjá krabbameinssjúklingum á Landspítala reyndust verkir vera þriðja sterkasta einkenni þátttakenda þrátt fyrir meðferð með sterkum verkjalyfjum (Zoëga o.fl.,

2013). Þá virðist mati á verkjum og skráningu vera ábótavant á Landspítala. Í rannsókn Zoëga o.fl. (í prentun-a) kom í ljós að mat á verkjum var skráð hjá 57% þátttakenda en viðurkenndir kvarðar voru einungis notaðir í 27% tilvika. Þetta er athyglisvert í ljósi þess að í sömu rannsókn kom fram að notkun kvarða var tengd meira viðeigandi verkjameðferð en hjá þeim sem ekki voru metnir með kvörðum.

Mat á bráðum verkjum

Samkvæmt skilgreiningu Alþjóðasamtaka um verkjarannsóknir, International Association for the Study of Pain, er verkur óþægileg skynjun og tilfinningaleg reynsla af völdum raunverulegs eða hugsanlegs vefjaskaða, eða er lýst sem slíkum (IASP Task Force on Taxonomy, 1994). McCaffery (1968) (í Herr o.fl., 2011) segir á hinn bóginn að verkur sé það sem einstaklingur segir að sé verkur og er til staðar þegar hann segir svo vera. Þessar skilgreiningar sýna að verkir eru huglægir og því er eigið mat sjúklings



Mynd 2. Lóðréttur tölukvarði (NRS) með orðakvarða.

forsenda áreiðanlegs mats á verkjum.

Mikilvægt er að gefa sjúklingum færi á að vera virkir þátttakendur í verkjameðferðinni þar sem það getur stuðlað að betri árangri hennar (Zoëga o.fl., í prentun-b). Þetta á ekki síst við um mat á verkjum þar sem sjúklingurinn einn getur raunverulega sagt til um hvernig og hversu miklir verkirnir eru. Fyrsta skrefið við mat er að skima fyrir verkjum með því að spyrja einstaklinginn um hvort hann hafi verki. Skima þarf fyrir verkjum þegar sjúklingur leggst inn á sjúkrahús, við komu á heilsugæslu eða vitjun í heimahús, ef breyting verður á heilbrigðisástandi og við hvers konar meðferð eða inngrip sem framkallað getur verki. Hjá inniliggjandi sjúklingum skal skima reglulega fyrir verkjum en hversu oft fer eftir starfsemi stofnunar, veittri meðferð og ástandi sjúklings (Registered Nurses Association of Ontario, 2013). Hafa þarf í huga að sjúklingar láta ekki alltaf vita af verkjum að fyrra bragði og því er mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk spyrji um þá.

Hafi sjúklingur verki þarf að framkvæma nánara mat. Í upphafi meðferðar þarf að fá greinargóðar upplýsingar um verkina. Spyrja þarf um upphaf verkja, staðsetningu, styrk, eðli, hvernig verkirnir haga sér, hvað dragi úr verkjum eða auki þá, hvaða meðferð hefur verið reynd, hvað hefur virkað og hvað ekki (Anna

Tafla 1. Grunnatriði mats á bráðum verkjum.

	Matsþættir
Við/fyrir innlögn á sjúkrahús	Fyrri saga Langvinnir verkir fyrir aðgerð Kviði
Skimun - ertu með verki, já eða nei?	Við innlögn á sjúkrahús/komu til heilbrigðisstarfsmanns Þegar breyting verður á ástandi Við hvers konar inngrip sem getur framkallað verki Reglubundið hjá legusjúklingum
Mat - ef sjúklingur er með verki	Staðsetning verkja Styrkur verkja Verkir í hvíld, við hreyfingu/hósta/djúpöndun
Mat á árangri	Styrkur verkja Virgni sjúklings Aukaverkanir meðferðar

Tafla 2. Kvarðar sem meta styrk verkja.

Kvarði	Stig	Hentar	Kostir/gallar
Töluvarði (NRS) (Myndir 1-2)	0-10	8 ára og eldri sem skilja hvað er meira og hvað er minna	Einfaldur í notkun Sá kvarði sem flestir kjósa Krefst skilnings á tölum Sumir eiga auðveldara með að skilja kvarðann þegar hann er lóðréttur
Sjónkvarði (VAS) (Mynd 3)	0-100mm	8 ára og eldri sem skilja hvað er meira og hvað er minna	Krefst þess að sjúklingur geti merkt inn á línu
Orðakvarði (Mynd 2)	Enginn - gríðarlegur	Peim sem eiga erfitt með að nota tölur	Sumir eiga auðveldara með að skilja kvarðann þegar hann er lóðréttur
Andlitskvarði	0-10	4 ára og eldri	Hefur ekki verið prófaður formlega á Íslandi
Wong Baker	0-10	3 ára og eldri	Fullorðnir velja sjaldan þann sem grætur Sumir telja að verið sé að spyrja um í hvernig skapi þeir séu
Kvarðar á erlendum tungumálum	http://www.partnersagainstpain.com/printouts/multilingual_pain_scale.pdf http://www.britishpainsociety.org/pub_pain_scales.htm		

G. Gunnlaugsdóttir, 2006). Mikilvægt er að spyrja um langvinna verki og kvíða fyrir skurðaðgerð þar sem þeir þættir geta stuðlað að auknum verkjum eftir aðgerðina (Gerbershagen o.fl., 2014; Ip o.fl., 2009).

Við mat á bráðum verkjum nægir yfirleitt að meta staðsetningu verkja og styrk, bæði í hvíld og við hreyfingu, djúppöndun og hósta (Breivik o.fl., 2008). Þetta á ekki síst við skurðsjúklinga sem geta verið verkjalitlir í hvíld en hins vegar slæmir af verkjum við hreyfingu. Við mat á styrk verkja er ráðlegt að nota viðurkennda kvarða (Registered Nurses Association of Ontario, 2013). Til eru margvíslegir kvarðar sem mæla styrk verkja en mikilvægt er að velja kvarða sem hentar aldri og þroska þess sem verið er að meta. Útskýra þarf tilgang verkjakvarða og kenna sjúklingum að nota þá (Anna G. Gunnlaugsdóttir, 2006). Algengustu verkjakvarðarnir eru töluvarði (numeric rating scale, NRS), sjónkvarði (visual analog scale, VAS) og orðakvarði (verbal rating scale, VRS) og hafa þeir allir reynst áreiðanlegir og réttmætir hjá mismunandi sjúklinga- og aldurshópum (Hjermstad o.fl., 2011).

Töluvarði (myndir 1 og 2) er sá kvarði sem flestir kjósa að nota en hann liggur á bilinu 0-10, þar sem 0 þýðir „enginn verkur“ og 10 „versti mögulegi verkur“. Almennt jafngilda stig á bilinu 1-4 vægum

verkjum, 5-6 meðalmiklum verkjum og 7-10 miklum verkjum (Serlin o.fl., 1995). Sjónkvarði (mynd 2) er hins vegar 10 cm lína sem sjúklingur merkir inn á styrk verkja frá „enginn verkur“ upp í „versti mögulegi verkur“. Orðakvarði inniheldur lýsingar á styrk verkja sem eru: engir – vægir – miðlungs – miklir – gríðarlegir verkir. Orðakvarði er gjarnan tengdur við tölugildi til að auðvelda samburð við töluvarða (Hjermstad o.fl., 2011). Einnig eru til kvarðar með myndum, svo sem andlitskvarðinn (Faces Pain Scale), sem á eru andlit sem sýna svipbrigði er lýsa verkjum, og Wong-Baker-kvarðinn sem á eru broskallar sem eru frá því að vera skælbrosandi upp í það að vera grátandi (Registered Nurses Association of Ontario, 2013). Mikilvægt er að sýna sjúklingum kvarðann sem verið er að nota þar sem fólk notar ólík orð til að lýsa styrk verkja. Sumir eiga einnig auðveldara með að nota kvarða ef hann er lóðréttur fremur en láréttur (mynd 2), þetta á ekki síst við um aldraða (Herr, 2011). Í töflu 2 er að finna yfirlit yfir mismunandi kvarða

sem meta styrk verkja. Þar er einnig að finna vefslóðir á verkjakvarða á erlendum tungumálum.

Mat á árangri og skráning

Mat á árangri verkjameðferðar er mikilvægur hluti mats á verkjum. Hvenær og hversu oft þarf að endurmeta ástand sjúklings fer eftir ýmsu, svo sem styrk verkja, ástandi sjúklings og reglum þeirrar stofnunar sem um ræðir. Ávallt ætti að endurmeta verki þegar sjúklingur hefur fengið meðferð við verkjum. Þá þarf að meta styrk verkja, aukaverkanir meðferðar og áhrif meðferðar á virkni og hreyfigetu (Registered Nurses Association of Ontario, 2013). Tímasetning endurmats fer eftir því hvaða meðferð var veitt. Almennt gildir að við lyfjagjöf í æð eða undir húð þarf að meta árangur eftir um 15-30 mínútur og um klukkustund eftir lyfjagjöf um munn (D'Arcy, 2011). Mat á árangri annars konar meðferðar en með lyfjum fer eftir því hvaða meðferð var notuð.

Engir
verkir

Verstu
mögulegu
verkir

10cm

Mynd 3. Sjónkvarði (VAS).

Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsmenn skrá niðurstöður matsins svo tryggja megi samfellu í meðferð sjúklings (Registered Nurses Association of Ontario, 2013). Þeir þurfa að skrá staðsetningu verkja, styrk, hvort verkir voru metnir fyrir eða eftir meðferð og meðvitundarástand hafi sjúklingur fengið meðferð með sterkum verkjalyfjum. Við endurmat eiga þeir að skrá styrk verkja, aukaverkanir og áhrif meðferðar á virkni og getu. Á þeim stofnunum, sem nota sjúkrakrárkerfið Sögu, geta heilbrigðisstarfsmenn skráð mat undir sérstaka einingu „lífsmörk og mælingar“ undir „mælingar“ → „verkir“.

Samantekt og lokaorð

Lög um réttindi sjúklinga (nr. 74/1997) kveða á um rétt sjúklinga til að þjáningar þeirra séu linaðar og til að vera virkir þátttakendur í meðferð sinni. Verkjameðferð er ríkur þáttur í starfi hjúkrunarfræðinga og mat á verkjum er einn af lykillþáttum meðferðar. Skimun fyrir verkjum, mat á styrk og staðsetningu verkja, auk mats á árangri meðferðar eru meginþættir í mati á bráðum verkjum. Reglulegt mat stuðlar að bættri meðferð ef matinu er fylgt eftir með viðeigandi meðferð. Mikilvægt er að auka þátttöku sjúklinga í meðferð til að stuðla að sem bestum árangri meðferðar.



Sigríður Zoëga er sérfræðingur í hjúkrun sjúklinga með verki á Landspítala.

Heimildir

- Anna G. Gunnlaugsdóttir (2006). Hjúkrunarfræðilegt mat á verkjum. Í Helga Jónsdóttir (ritstj.), *Frá innsæi til inngripa. Þekkingarþróun í hjúkrunar- og ljósmóðurfraeði* (bls. 19-40). Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Breivik, H., Borchgrevink, P.C., Allen, S.M., Rosseland, L.A., Romundstad, L., Hals, E.K., . . . Stubhaug, A. (2008). Assessment of pain. *British Journal of Anaesthesia*, 101 (1), 17-24. Doi: aen103 [pii]10.1093/bja/aen103.
- D'Arcy, Y. (2011). *Compact clinical guide to acute pain management: An evidence-based approach for nurses*. New York: Springer Publishing Company.
- Gerbershagen, H.J., Pogatzki-Zahn, E., Aduckathil, S., Peelen, L.M., Kappen, T.H., van Wijk, A.J.M., . . . Meissner, W. (2014). Procedure-specific risk factor analysis for the development of severe postoperative pain. *Anesthesiology*, 120 (5), 1237-1245.
- Gunnarsdóttir, S., Ward, S., og Serlin, R. (2010). A population based study of prevalence of pain in Iceland. *Scandinavian Journal of Pain*, 1 (3), 151-157.
- Herr, K. (2011). Pain assessment strategies in older patients. *The Journal of Pain*, 12 (3, Suppl.), S3-S13. Doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpain.2010.11.011>.
- Herr, K., Coyne, P.J., McCaffery, M., Manworren, R., og Merkel, S. (2011). Pain assessment in the patient unable to self-report: Position statement with clinical practice recommendations. *Pain Management Nursing*, 12 (4), 230-250. Doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.pmn.2011.10.002>.
- Hjermstad, M.J., Fayers, P.M., Haugen, D.F., Caraceni, A., Hanks, G.W., Loge, J.H., . . . Kaasa, S., fyrir hönd the European Palliative Care Research Collaborative (EPCRC) (2011). Studies comparing numerical rating scales, verbal rating scales, and visual analogue scales for assessment of pain intensity in adults: A systematic literature review. *Journal of Pain and Symptom Management*, 41 (6), 1073-1093. Doi: S0885-3924(11)00014-5 [pii]10.1016/j.jpainsymman.2010.08.016.
- IASP Task Force on Taxonomy (1994). *Classification of chronic pain* (2. bindi). Seattle: IASP Press.
- Ip, H.Y.V., Abrishami, A., Peng, P.W.H., Wong, J., og Chung, F. (2009). Predictors of postoperative pain and analgesic consumption: A qualitative systematic review. *Anesthesiology*, 111 (3), 657-677.
- Joshi, G.P., og Ogunnaike, B.O. (2005). Consequences of inadequate postoperative pain relief and chronic persistent postoperative pain. *Anesthesiology Clinics of North America*, 23 (1), 21-36.
- Lára B. Ásmundsdóttir, Anna G. Gunnlaugsdóttir og Herdis Sveinsdóttir (2010). Mat skurðsjúklinga á verkjum og verkjameðferð. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86 (2), 48-56.
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- Maier, C., Nestler, N., Richter, H., Hardinghaus, W., Pogatzki-Zahn, E., Zenz, M., og Osterbrink, J. (2010). The quality of pain management in German hospitals. *Deutsches Ärzteblatt International*, 107 (36), 607-614. Doi: 10.3238/arztebl.2010.0607.
- Registered Nurses Association of Ontario (2013). *Assessment and management of pain* (3. útg.). Toronto: RNAO.
- Serlin, R.C., Mendoza, T.R., Nakamura, Y., Edwards, K.R., og Cleeland, C.S. (1995). When is cancer pain mild, moderate or severe? Grading pain severity by its interference with function. *Pain*, 61 (2), 277-284.
- Vallano, A., Malouf, J., Payrullet, P., Baños, J.E., og Catalan Research Group for Studying Pain in Hospital (2006). Prevalence of pain in adults admitted to Catalan hospitals: A cross-sectional study. *European Journal of Pain*, 10 (8), 721-731. Doi: S1090-3801(05)00182-5 [pii]10.1016/j.ejpain.2005.11.003.
- Vallerand, A., Musto, S., og Polomano, R. (2011). Nursing's role in cancer pain management. *Current Pain and Headache Reports*, 15 (4), 250-262. Doi: 10.1007/s11916-011-0203-5.

- Zoëga, S., Fridriksdóttir, N., Sigurdardóttir, V., og Gunnarsdóttir, S. (2013). Pain and other symptoms and their relationship to quality of life in cancer patients on opioids. *Quality of Life Research*, 22 (6), 1273-1280. Doi: 10.1007/s11136-012-0264-x.
- Zoëga, S., Ward, S.E., Sigurdsson, G.H., Aspelund, T., Sveinsdóttir, H., og Gunnarsdóttir, S. (í prentun-a). Quality pain management practices in a university hospital. *Pain Management Nursing*. Doi:10.1016/j.pmn.2014.06.005.
- Zoëga, S., Sveinsdóttir, H., Sigurdsson, G.H., Aspelund, T., Ward, S.E., og Gunnarsdóttir, S. (í prentun-b). Quality pain management in the hospital setting from the patient's perspective. *Pain Practice*. Doi: 10.1111/papr.12166.

HEF JAFNAN FARIÐ MÍNAR EIGIN LEIÐIR

Hjúkrunarfræðingar fara víða og menntun þeirra kemur alltaf að gagni í lífinu þó að viðkomandi vinni ekki beint að hjúkrunarstörfum nema skamman tíma. Eftir samtal við Jón Gauta Jónsson, hjúkrunarfræðing og fjallamann, liggur þetta nokkuð ljóst fyrir. Hann á forvitnilegan feril að baki.

Við hittum Jón Gauta Jónsson, hjúkrunarfræðing og fjallagarp, á heimili hans í Skeljanesi þar sem sænsk hefð í innanstokksmunum og skipulagi setur sitt yfirbragð. Hann segist enda hafa dvalið um árabíl í Svíþjóð þegar kona hans var þar við nám. Á meðan ritstýrði hann tímariti á Íslandi í krafti tölvutækni nútímans. Langafi Jóns Gauta er Hannes Hafstein, fyrsti ráðherra Íslands, og Jón Gauti virðist hafa erfð þann rómaða kraft sem jafnan var talinn einkenna þann merka mann. Hann hefur kannað óbyggðir Íslands og einnig er Jón Gauti ritfær með betra móti, en eftir hann hafa komið út bækurnar *Gengið um óbyggðir* og *Fjallabókin* sem tilnefnd var til bókmenntaverðlauna í fyrra. En hvað skyldi hafa orðið til þess að Jón Gauti ákvað að mennta sig í hjúkrunarfræði á sínum tíma?

„Ég lauk hjúkrunarnámi árið 1996 frá Háskóla Íslands. Það var að vissu leyti tilviljun að ég ákvað að fara í hjúkrun. Ég hafði lengi gengið með þá hugmynd að læra læknisfræði og byrjaði á því haustið eftir stúdentspróf. Ég tók inntökupróf, sem þá voru, og gekk ágætlega en náði ekki inn í læknaeildina. Ég sá að ef ég ætlaði að reyna aftur þá þyrfti ég að fórna stóru áhugamáli sem var að helta mig á þessum árum, fjallamennsku og útivist,“ segir Jón Gauti Jónsson.

„Ég gerði upp við mig að ég hreinlega tímði ekki að eyða öllum þeim tíma, sem fara myndi í læknisfræðinámið, frá þessu brennandi áhugamáli mínu. Kannski var ég skammsýnn en ég var ungur. Ég skráði mig því næst í jarðfræði. Náttúrufræði var annað fag sem ég gjarnan vildi nema, en svo fór að ég



byrjaði að sækja tíma í hjúkrun. Eftir fyrsta árið í hjúkrunarnáminu var ég eiginlega ákveðinn að hætta. En eitthvað í mér krefur mig gjarnan um að ljúka því sem ég byrja á svo ég lauk fjöggra ára hjúkrunarnáminu. Í mínum árgangi vorum við tveir karlar og um sjötíu konur.

Ég tók verklega námið eins og skipulag deildarinnar gerði ráð fyrir. En mér fannst raunar verklega námið þá vera töluvert á eftir hugmyndafræðinni. Við lærðum í háskólaumhverfi um nýjustu rannsóknir. Svo fór maður að vinna inni á deildum og komst að því að þar voru vinnubrögð langt á eftir. Maður fékk fljótlega á tilfinninguna að þar væri hugsunarhátturinn eitthvað á þessa leið: „Við gerum þetta bara svona hér – við höfum alltaf gert þetta svona.“ Mér fannst talsvert gap vera á milli hugmyndafræði og hins verklega í náminu. Í stað þess að fagna nýjungum var eins og fremur væri staðið í vegi fyrir nýrri þróun. Þetta var mín tilfinning og auðvitað aðeins persónulegt mat.“

Hjúkrun og fjallamennska

Ertu Reykvíkingur?

„Já, ég er það þó að ég sé Þingeyingur í báðarættir. Móðir mín, Hlaðgerður Laxdal, er fædd og alin upp á Svalbarðsströnd í Eyjafirði en fluttist ung til Akureyrar og svo um tvítugt til Reykjavíkur. Faðir minn er Jón Hannes Sigurðsson verkfræðingur. Ég er fæddur 28. febrúar 1969 og nefndur í höfuðið á langafa mínum í föðurætt, Jóni Gauta Jónssyni á Gautlöndum í Mývatns-sveit, enda fæddur á sama degi og hann. Amma mín hét Kristjana Hafstein, dóttir Hannesar Hafsteins ráðherra. Við erum tvö systkinin. Kristjana Jónsdóttir, systir mín, er gift Einari Pálssyni frá Vestmannaeyjum. Þau eru garðyrkju-bændur á Sólbyrgi á Kleppjárnsreykjum í Borgarfirði og fengu verðlaun sem ræktendur ársins í fyrra. Þau eru stærstu jarðarberjaræktendur á Íslandi.“

Kom það fólkinu þínu á óvart að þú skyldir læra hjúkrun?

„Já, sennilega, en foreldrar mínir hafa jafnan stutt við ákvarðanir mínar og ekki reynt að beina mér inn á sérstakar brautir. Allra síst pabbi sem jafnvel hefði sjálfur viljað læra eitthvað annað en verkfræði sem honum var hálfpartinn ýtt út í.“

Hvað fannst þér skemmtilegast í hjúkrunarnáminu?

„Mér fannst mest gaman að læknis-fræðilega hluta námsins, en ég hafði einnig mjög gaman af heimspeki og forspjallsvísindum. Hjúkrunarfögin sem slík höfðuðu minna til mín. En að mörgu leyti held ég að hjúkrun ætti ágætlega við mig. Ég held að ég hefði orðið ágætis hjúkrunarfræðingur á sumum sviðum, þótt það hefði síður hentað mér að sjá um heila deild hefði ég verið ágætur að einbeita mér að einum sjúklingi og verkefnum tengdum honum.“

Með náminu vann ég á gjörgæsludeild og hjartadeild á Landspítalanum. Sumarið eftir útskrift héldum við Hulda Steingríms-dóttir, kona mín, og tveggja ára dóttir okkar upp á hálendið og unnum við landvörslu. Í kjölfarið fluttumst við norður þar sem ég fékk vinnu á gjörgæsludeild Fjórðungssjúkrahúsins á Akureyri en hún sem líffræðingur hjá Herði Kristinssyni á Náttúrufræðistofnun. Við hjónin kynntumst í Menntaskólanum við Hamrahlíð.“

Hvernig fannst þér aðrir karlmenn taka því að þú lærðir hjúkrun?

„Þeir tóku því bara ágætlega. Ég hef alltaf valið eigin leiðir og getað staðið og fallið með þeim. Á þeim tíma, sem ég hóf nám í hjúkrun, skilst mér að um 40 karlmenn hafi verið með full hjúkrunarréttindi þó að þeir hafi ekki allir unnið við hjúkrun þá. Ég kom að sem félagi í Flugbjörgunarsveitinni þegar snjóflóðin féllu á Súðavík. Í tengslum við það kynntist ég Rudolf Adolfsyni geðhjúkrunarfræðingi sem varð mér góð fyrirmynd.“

Hvenær kynntist þú starfsemi Flugbjörgunarsveitarinnar?

„Fjallamennsku hóf ég í Alpaklúbbnum ásamt nokkrum félögum mínum. Síðar mætti ég á fund hjá Flugbjörgunarsveitinni og fór á kaf í það starf. Ég var virkur í starfi sveitarinnar fram til 2004 að ég fór til Svíþjóðar.“

Eru ferðalög þín að mestu bundin við æfingar björgunarsveita?

„Árið 1996 byrjaði ég að leiðsega í fjallaferðum uppi á hálendi á vegum Íslenskra fjallaleiðsögumanna. Ég hef því verið með annan fótinn í leiðsögn á sumrin í 20 ár og alltaf meira og meira.“



Áhugi fólks á fjallgöngum að vetrarlagi hefur aukist mikið á undanförunum árum. Hér í göngu með Útiverum Fjallaskólans í Hengli 17. janúar síðastliðinn.

Komstu oft að erfiðum slysum í starfi þínu með Flugbjörgunarsveitinni?

„Já, ég hef gert það. Ég hef komið að ljótum flugslysum sem eru mér minnisstæð, svo sem einu í Heklorútum um verslunarmannahelgi og öðru á Mosfellsheiði.“

Nýttist þér ekki menntun þín sem hjúkrunarfræðingur við slíkar aðstæður?

„Jú, ég er ekki í vafa um að hjúkrunarnám kemur að gagni við ýmsar aðstæður. Það er þó ekki hægt að leggja hjúkrun að jöfnu við námskeið í skyndihjálpi í þeim skilningi. Starf mitt á gjörgæsludeildum hefur þó verið mér gagnlegt í aðkomu að slysum. Í hjúkrun lærðum við að búa um lík og komust svo sannarlega í nánd við dauða, erfiðleika og syrgjandi aðstandendur. Þar fyrir utan tel ég mig hafa eiginleika sem nýtast mér við slíkar aðstæður.“



Jón Gauti á heimili sínu í Skerjafirði.

Þetta er mér ekkert sérstaklega erfitt, „að komast í gírinn“. Ég á líka auðvelt með að tala um þá hluti sem ég upplifi og það hjálpar vafalaust til. Mér finnst ég ekki burðast með erfiða reynslu á bakinu þó að ég hafi komið að hræðilegum aðstæðum. Ég tel að það henti mér ágætlega að standa í þessu.“

Litríkur ferill

Þarf sérstaka manngerð í svona störf?

„Að upplagi er fólk mjög mismunandi hvað þetta varðar. Það fer eftir því hvað fólk er með í farteskinu. Um getur verið að ræða eitt einstakt atvik úr fortíðinni sem ekki hefur náðst að vinna úr. Það atvik getur svo kveikt á endurminningum sem gerir fólk ókleift að vinna við tilteknar aðstæður. Það eru mörg dæmi um slíkt. Þess ber að geta að lokaverkefni mitt í hjúkrun var einmitt um slíkt. Við Steinunn Blöndal, bekkjarsystir mín, skrifuðum lokaverkefnið saman þar sem við fjölluðum um erfiða reynslu björgunarsveitarmanna og hvernig þeim hafði gengið að vinna úr henni. Steinunn er í dag ljósmóðir með mikla starfsreynslu á gjörgæsludeildum. Þjálfun björgunarsveitamanna miðar öll að þessu.“

Er þetta hugsjónastarf?

„Já, menn þurfa að koma sér sjálfir upp búnaði og öðru á eigin kostnað, áhuginn þarf

því að vera mikill. Björgunarsveitirnar borga þó fyrir ferðalögin og þjálfunina fá menn frítt. Tveggja ára þjálfun í björgunarsveitum sigtar út þá sem eiga erindi í þetta starf. Margir af mínum bestu félögum eru ferðafélagar úr björgunarsveitum. Það er hópur sem hefur lent í ýmsu saman og verið mikið á fjöllum.“

En hvað með hinn eiginlega starfsferil þinn?

„Eftir eins vetrar starf við sjúkrahúsið á Akureyri vann ég við leiðsögn. Á Akureyri vorum við hjónin í tvö ár. Seinni veturinn kenndi ég meinafræði, líffræði og lífeðlisfræði við Verkmenntaskólann á Akureyri. Þarna var skólinn að stíga sín fyrstu skref í fjarkennslu og var gaman að taka þátt í því. Mér fannst gaman að kenna. Þarna nýtti ég mér vel hjúkrunarfræðingur mér að góðu gagni. Þetta var spennandi tímabil en eftir tvö ár var ég farinn að endurtaka mig og þá vildi ég hætta. Í kjölfarið var mér boðin vinna hjá fyrirtækinu Flögu sem próaði og hannaði tæki og hugbúnað til svefnrannsóknna. Enn kom mér menntun mín sem hjúkrunarfræðingur að gagni.

Eftir tveggja ára starf hjá Flögu fór ég aftur í leiðsögn og ákvað fljótlega að skrifa bók sem út kom 2004 og heitir Gengið um óbyggðir. Bókina skrifaði ég á einu og hálfu ári með öðrum störfum. Þetta var ein fyrsta bókina sem fjallaði um gagnlegar leiðbeiningar fyrir slík ferðalög. Haustið 2004, í kjölfar útgáfu bókarinnar, fluttumst við fjölskyldan til Gautaborgar þar sem konan mín var að fara í framhaldsnám og ég tók að mér að ritstýra tímaritinu Útiveru. Við höfðum þá eignast þrjú börn, fædd 1994, 1998 og 2000.

Fjölskyldan flutti svo heim aftur 2006 um haustið, þá fór ég að vinna á skrifstofu Íslenskra fjallaleiðsögumanna. Þar kom ég að skipulagi gönguhópa sem síðan hafa orðið æ vinsælli á meðal almennings og nú má segja að enginn sé maður með mönnum nema hann sé í gönguhóp og sífellt að þvælast upp um fjöll og firnindi. Við þetta starfaði ég til ársins

2009 þegar ég ákvað að hætta sem fastur starfsmaður á skrifstofunni og skrifa aðra bók. Þá settist ég niður og skrifaði Fjallabókina en var með annan fótinn í leiðsögn. Það tók mig fjögur ár, með öðru, að skrifa þá bók, en hún kom út fyrir rösku ári og var mjög vel tekið, var m.a. tilnefnd til íslensku bókmenntaverðlaunanna. Síðan hef ég verið í leiðsögn en ákvað í haust að stofna mitt eigið fyrirtæki.“

Hreyfing úti við mikilvæg

„Mínar ær og kýr eru að vekja fólk til áhuga um hvers kyns hreyfingu og þýðingu hennar. Lýðheilsuáhrif eru mér ofarlega í huga. Má vera að sá áhugi sé sprottinn af hjúkrunarnáminu. Ég hef trú á gagnsemi hreyfingar og held að hreyfiseðlar í stað eða með lyfjum hafi sannað sig. Hitt er svo annað, sem ekki virðist síður mikilvægt, en það er hvar hreyfingin á sér stað. Það virðist með öðrum orðum skipta máli, sérstaklega fyrir andlega heilsu okkar, að hreyfingin fari fram utandyra og helst í náttúrulegu umhverfi en ekki manngerðu. Rannsóknir sýna að sláandi munur er á líðan þeirra sem hreyfa sig inni við í heilsurækt eða ganga um í verslunarmiðstöðvum og þeirra sem hreyfa sig úti við, útivistarfólki í vil. Hreyfing í heilsuræktarstöðvum hjálpar vissulega hjartanu að pumpa en hreyfing úti við bætir miklu meira við andlega heilsu. Ég tel því að það skipti miklu að



Maðurinn með sólgleraugun er Helgi Egilsson en svo skemmtilega vill til að hann er einnig hjúkrunarfræðingur og fjallaleiðsögumaður.



Jón Gauti á þrjú börn með konu sinni Huldu Steingrímsdóttur. Fjölskyldan fer árlega í nokkrar útilegur og hér eru þau í Brynjudal í Hvalfirði.

hreyfa sig úti, í náttúrulegu umhverfi ef mögulegt er. Þetta hafa rannsóknir sýnt. Við höfum fjarlægst uppruna okkar, en úti í náttúrulegu umhverfinu liggja rætur okkar. Þá er ég ekki að tala neitt fremur um fjallgöngur. Rannsóknir sýna betur og betur að hreyfing úti við hefur töluverð lýðheilsuleg áhrif, mun meiri en menn ætluðu.“

Hvað er kennt í Fjallaskólanum?

„Ég stofnaði Fjallaskólann í haust og hóf að bjóða upp á reglulegar fjallabrekæfingar í Öskjuhlíð og námskeið í ýmsum kústum fjallgangna, ferðalaga og útivistar. Þetta var eðlilegt framhald af því sem ég hef verið að gera síðustu 15-20 ár þar sem ég hef talsvert komið að kennslu svo sem í Leiðsöguskólanum í Kópavogi og víðar.“

Í Fjallaskólanum er boðið upp á leiðsögn, fjallanámskeið og ferðalög. Auk þess er ég með hóp sem ég kalla Útiveru Fjallaskólans. Sá hópur hittist tvisvar í viku núna köldustu vetrarmánuðina og stundar þrekæfingar í Öskjuhlíð. Fyrst er gengið rösklega í tíu til fimmtán mínútur, síðan eru upphitunaræfingar, þá þrek- og styrktaræfingar og svo góðar teygjur í lokin. Allt fer þetta fram í nægu súrefni og skemmtilegum félagsskap og umhverfi.

Ég er núna að byrja fimmta starfsárið með svona æfingar og veit að þetta virkar.

Útiveruhópur Fjallaskólans stækkar í sífellu. Í lok febrúar hættum við svo þessum æfingum og förum í fjallgöngur á nálæg fjöll í nágrenni Reykjavíkur á þriðjudögum, sameinumst í bíla og göngum í tvo til fjóra tíma og nýtum okkur gott þrek og þol sem við höfum byggt upp á æfingunum. Einu sinni í mánuði er síðan farið í lengri fjallgöngu, í átta til tólf tíma. Þessar ferðir lengjast með vorinu og stóra gulrótin er ferð í Öræfasveitina í maí þar sem við göngum á fallega tinda. Við byggjum útiveruna rólega upp því mikilvægt er í allri ferðamennsku að færast ekki of mikið í fang í upphafi. Meðalaldur hópsins er um 50 ár. Sá elsti er 72 ára og einn sá allra öflugasti. Þótt við tökum vissulega vel á á fjallabrekæfingunum eru ferðirnar og fjallgöngurnar engir sprettir. Þar gildir að hópurinn fylgist að á hraða þess hægasta. Fólk verður að temja sér í fjallgöngum að halda hópinn, það er mikilvægt, og ganga ekki fram af sér. Ólíkt því sem gerist í íþróttum þýðir ekki að ganga fram af sér og fjallgöngufólk verður alltaf að eiga varaorku til að koma sér heim.“

Tímarit hjúkrunarfræðinga 90 ára 2015



Fyrsta áratuginn var tímaritið vélritað en 1936 var byrjað að brjóta það um og prenta. Árið áður breyttist einnig nafn tímaritsins í Hjúkrunarfræðingur.

Í júní 1925 kom í fyrsta sinn út tímarit helgað hjúkrunarfræði. Það hét þá Tímarit fjelags íslenskra hjúkrunarkvenna og í ritstjórn voru Guðný Jónsdóttir, Sigríður Eiríksdóttir og Kristjana Guðmundsdóttir. Síðan hefur blaðið átt mörg nöfn og marga ritstjóra og verður fjallað meira um það á þessu ári. Tímarit hjúkrunarfræðinga mun einnig endurbirta greinar frá fyrstu árum útgáfunnar og eftir því sem líður á árið einnig yngri greinar. Það hefur áður verið gert undir heitinu Gamlar perlur en þær verða óvenjumargar á þessu ári.

Ýmsar upptakomur munu einnig marka árið en meira um það síðar. Ljóstrað skal þó upp hér að frá og með júníblaðinu, nákvæmlega 90 árum eftir að fyrsta tölublaðið kom út, mun tímaritið ekki lengur verða prentað heldur kemur það eingöngu út rafrænt.

GÓÐ RÁÐ VIÐ HJÚKRUN SJÚKLINGA MEÐ PARKINSONVEIKI

Þeir lesendur, sem sinna sjaldan einstaklingum með Parkinsonveiki, ættu samt að staldra við. Í greininni eru góð dæmi um hversu miklu máli rétt meðferð getur skipt fyrir daglega líðan sjúklingsins.



Undanfarið hefur verið unnið að gerð tilmæla um hjúkrun Parkinsonsjúklunga á sjúkradeild. Einstaklinga með Parkinsonveiki má sjá á nánast öllum deildum og er meðferð þeirra flókin og krefst sérþekkingar. Markmiðið með þessari grein er að kynna sjö góð ráð til þess að bregðast við algengum einkennum í Parkinsonveiki sem auðveldlega má innleiða í daglega umönnun. Ráðin sjö eru valin með tilliti til ýmislegs sem eflir öryggi og vellíðan í sjúkralegunni og sem stuðlar að bættri hreyfigetu og andlegri vellíðan. Auk þess má styðjast við ráðin fyrir sjúklinga í

heimahúsum eða á hjúkrunarheimilum (NICE, 2006)

Hvað er Parkinsonveiki?

Parkinsonveiki er annar algengasti tauga-hrömunarsjúkdómurinn á eftir Alzheimer-sjúkdómi og takmarkar virkni sjúklunganna líkamlega, sálrænt og félagslega (Martinez-Martin o.fl., 2007a). Sjúkdómurinn einkennist af hægum hreyfingum, skertu jafnvægi, hvíldarskjálfta og vöðvastifleika (Savitt o.fl., 2006). Hann greinist oftast á aldrinum 50 til 70 ára (Jancovic og Kapadia, 2001; Parkinsonsamtökin á

Íslandi, 2014). Talið er að Parkinsonveiki sé heldur algengari hjá körlum en konum (American Parkinson Disease Association, 2014; Twelves o.fl., 2003). Vegna fjölgunar aldraðra má búast við fleiri einstaklingum með PS á Íslandi á næstu áratugum (Hannes Sigurðsson, 2007). Orsakir þess að fólk fær Parkinsonveiki eru óþekktar í 90% tilfella en má hugsanlega rekja til stökkbreyttra gena og umhverfisáhrifa (DeLau o.fl., 2004; Sveinbjörnsdóttir o.fl., 2000). Parkinsonveiki hefur mismunandi birtingarmynd eftir sjúklungum og sjúkdómsferlið varir mislengi (Suchowersky o.fl., 2006).

Tafla 1. Helstu einkenni Parkinsonveiki.

Hreyfieinkenni	Önnur einkenni en hreyfieinkenni
Hægar eða engar hreyfingar (e. bradykinesia/akinesia)	Einkenni frá skynfærum, svo sem verkir, dofi og hitabreytingar í útlimum (e. paresthesia), sjóntruflanir og skert lyktarskyn.
Stífleiki (e. rigidity)	Einkenni frá ósjálfráða taugakerfinu (e. autonome nervous system), svo sem lágur blóðþrýstingur, mikill sviti, munnvatnsleki, kyngingarerfiðleikar, hægðatregða, tíð þvaglát og kynlífsvandamál.
Hvildarskjálfti (e. tremor at rest)	Einkenni um breytingar á vitsmunum og hegðun, þunglyndi, sinnuleysi (e. apathy), kvíði, áráttuhegðun, geðrof (e. psychosis), vitglöf (e. dementia).
Truflað stöðujafnvægi (e. postural instability)	Svefntruflanir, svo sem dagsýfja, svefnleysi, fótaóeirð og ljóslifandi draumar.

Heimildir: Giroux (2007); Jancovic (1988); Jancovic (2008); Pandya o.fl. (2008).

Einkenni Parkinsonveiki

Í Parkinsonveiki verður skemmd á dópamínmyndandi frumum í heila, en dópamín er mikilvægasta taugaboðefnið í stjórnun líkamshreyfinga. Talið er að hreyfieinkenni sjúkdómsins komi fram þegar allt að 80% skerðing er á framleiðslu dópamíns (Jancovic, 1988). Truflun á öðrum taugaboðefnum, svo sem serótóníni og noradrenalíni, yta líklega undir einkenni eins og kvíða og þunglyndi, truflanir á ósjálfráða (e. autonomic) taugakerfinu (þ.e. einkenni frá hjarta, æðakerfi og meltingarfærum), svefntruflanir og sjóntruflanir (Chaudhuri o.fl., 2006a). Oftast greinist sjúkdómurinn þegar hreyfitruflanir koma fram en sjúklingar hafa oft fundið fyrir öðrum einkennum en þeim sem lúta að hreyfingu, jafnvel mörgum árum áður en sjúkdómurinn greinist (Chaudhuri o.fl., 2006a). Sjá töflu 1 um yfirlit yfir helstu hreyfieinkenni og önnur einkenni Parkinsonveiki. Meðalfjöldi annarra einkenna en hreyfieinkenna eru 10-12 hjá sjúklingum. Þeim fjölga og þau versna eftir því sem sjúkdómurinn ágerist (Chaudhuri o.fl., 2006b; Martínez-Martin o.fl., 2007b). Önnur einkenni en hreyfieinkenni eru oft vangreind (Chaudhuri o.fl., 2006a).

Talað er um snemmkomin og síðkomin einkenni Parkinsonveiki. Snemmkomin einkenni koma fram nokkrum árum áður en sjúkdómurinn greinist. Þessi einkenni flokkast undir önnur einkenni en hreyfieinkenni. Má þar nefna skert lyktarskyn, hægðatregðu, verki, breytingu á rithönd (skriftin verður smærri) og svefntruflanir og óróleika í svefni (Lees o.fl.,

2009). Síðkomin einkenni birtast seinna í sjúkdómsferlinu, eru augljósari og tengjast aðallega hreyfikerfi sjúklings. Þau eru meðal annars svipbrigðalaust andlit, óskýr rödd sem skortir hljómfall, álút líkamsstaða, bognir handleggir, hvildarskjálfti, erfiðleikar við að hefja hreyfingu, tilhneiging til að „frjósa“, hægar og klunnalegar hreyfingar, stutt skref, tiplandi göngulag, munnvatnsleki og kyngingarerfiðleikar (Giroux, 2007; Jancovic, 2008; Potulska o.fl., 2003).

Meðferðarúrræði við Parkinsonveiki

Um þrenns konar meðferðarúrræði er að ræða fyrir PS: (1) lyfjameðferð sem er aðalmeðferðin, (2) rafskautsaðgerð (e. deep brain stimulation) og (3) endurhæfing sem felur í sér hreyfingu, eftirlit, stuðning og fræðslu.

(1) Lyfjameðferð byggist aðallega á levódópa og dópamínsamherjum eða dópamín-viðtakaörvum (dópamínagonistum). Á síðustu árum hafa fleiri lyf komið til. Lyfjameðferðin er flókin þar sem lyfjaskautun er einstaklingsbundin (Henriksen o.fl., 2012). Tímasetning lyfjagjafar skiptir gríðarlegu máli og sjúklingar verða fyrir verulegum óþægindum ef þeir fá ekki lyfin á réttum tíma (Matusch o.fl., 2009). Með tímanum endist virkni lyfjanna verr og þörf er á að minnka lyfjaskammta og dreifa lyfjagjöf jafnar og oftar yfir sólarhringinn. Öll lyfin hafa aukaverkanir og er þess vegna leitað eftir því að viðhalda þokkalegu jafnvægi á milli virkni sjúklings og aukaverkana lyfja (Henriksen o.fl., 2012).

(2) Rafskautsaðgerð. Á síðustu árum hafa sjúklingar með Parkinsonveiki í

auknum mæli verið meðhöndlaðir með rafskautum sem komið er fyrir í heila þeirra. Rafskautin eru einkennameðferð sem ekki stöðva sjúkdóminn en minnka einkenni eins og skjálfta, stirðleika og ofhreyfingar. Eftir sem áður þarfnast sjúklingurinn lyfjameðferðar en oft er hægt að draga verulega úr henni (Kleiner-Fisman o.fl., 2006; Suchowersky o.fl., 2006).

(3) Endurhæfing. Hreyfing og sjúkrabjálfun er nauðsynleg fyrir sjúklinga með Parkinsonveiki og mikilvægt er að þeir ástundi daglega hreyfingu til þess að viðhalda og bæta jafnvægi, byggja upp vöðvastyrk og auka liðleika liðamóta (Keus o.fl., 2009). Þjálfun með sjón- og heyrnarmarkjagjöf (e. cueing) leiðir til marktækt betri göngugetu, það er meiri skreflengdar og gönguhraða (Andri Þór Sigurgeirsson, 2010; Nieuwboer o.fl., 2007). Meðferð byggist á endurhæfingu sem veitt er í þverfaglegri samvinnu heilbrigðisstarfsmanna, svo sem hjúkrunarfræðinga, iðjubjálfa, lækna, næringarfræðinga, sálfræðinga, sjúkraliða, sjúkrabjálfa, talmeinafræðinga og taugasálfræðinga (Keus o.fl., 2007; NICE, 2006). Góð samskipti og fræðsla um einkenni sjúkdómsins og úrræði eru mikilvæg til þess að auðvelda sjúklingum að taka upplýstar ákvarðanir varðandi eigin heilsu. Mælt er með að fjölskyldan fái tækifæri til þess að taka þátt í umræðunum (NICE, 2006). Hjúkrunarfræðingar, sem annast PS, þurfa að búa til einstaklingsmiðaða meðferðaráætlun sem felur í sér eftirlit, mat á einkennum, fræðslu og stuðning ásamt því að samhæfa þjónustu hinna ýmsu meðferðaraðila (NICE, 2006).

Tafla 2. Skilgreining á einkennum sem fylgja Parkinsonveiki og meðferð hans.

Einkenni	Skilgreining
Hvildarskjálfti (e. rest tremor)	Einkennist af rykkjöttum kippum sem hverfa eða minnka við hreyfingu. Undir þetta flokkast einnig svokallað „töflunudd“ (e. pillrolling) sem er hvildarskjálfti sem aðallega sést í höndum og fingrum – lítur út eins og sjúklingur sé að nudda töflu á milli vísingurs og þumalfingurs. Streita og kvíði geta magnað upp skjálftann.
Ofhreyfingar (e. dyskinesia)	Einkennast af hringlaga (e. choreatískum) ósjálfráðum hreyfingum sem geta komið fram í öllum líkamanum. Hreyfingarnar eru aukaverkanir af lyfjum sem innihalda levódópa.
„On-off“-sveiflur	Lýsir skyndilegum sveiflum í hreyfigetu sem ekki samræmast tíma lyfjagjafar eða verkun lyfja. Þegar einstaklingur er „on“ getur hann hreyft sig. „Off“-einkenni eru kröftug einkenni sem hamlar hreyfingum sjúklings töluvert eða alveg. Þessi einkenni koma skyndilega og endast oftast frá 1/2 klukkustund upp í margar klukkustundir. „On“ og „Off“ má líkja við að það sé kveikt eða slökkt á ljósaröf.
Parkinsonkreppa	Lífshættulegt ástand sem skapast annaðhvort þegar lyfjagjöf er skyndilega hætt eða vegna aukaverkana af róandi lyfjum og geðrofslyfjum. Einkennin eru mikill vöðvastirðleiki, skert meðvitund, hiti > 38,5° C, mikill sviti, óstöðugur blóðþrýstingur og hraður hjartsláttur.
Skynditregða á hreyfigetu (e. frost)	Er tímabundinn missir á hæfileikanum til að hefja eða viðhalda hreyfingu. Getur varað í nokkrar sekúndur eða í sumum tilfellum í nokkrar mínútur. Þetta gerist skyndilega, sérstaklega þegar sjúklingur er á göngu, og lýsir sér þannig að fæturnir „límast“ við gólfið. Samfara þessu skerðist geta hans til þess að tala, skrifa og jafnvel að depla augunum.
„Wearing off“	Áhrif síðustu lyfjagjafar dvína og aukin hreyfieinkenni koma fram áður en næsti lyfjaskammtur byrjar að virka.

Heimildir: Danmodis (2011); Marianne E. Klinker (2006); Matusch o.fl. (2009).

„7 góð ráð“ við hjúkrun Parkinsonsjúklinga

Í eftirfandi köflum verður fjallað um sjö góð ráð til þess að auka gæði þjónustu við Parkinsonsjúklinga. Fyrir yfirlit yfir þessi ráð, sjá mynd 1.

Ráð 1: Gefið alltaf lyfin á réttum tíma

Lyfjameðferð er lífsnauðsynleg við meðhöndlun Parkinsonveiki. Fyrstu árin eftir greiningu er hægt að gleyma stöku lyfjaskammti án þess að það valdi

breytingu á hreyfifærni. Með árunum þarf að fjölga lyfjaskömmtum og bæta við lyfjum (Henriksen o.fl., 2012). Sumir taka lyf allt að 8-9 sinnum á dag og þurfa lyfin á ákveðnum tímum til þess að koma í veg fyrir skyndistirðleika, kyngingartregðu og byltur. Hefðbundnir tímar lyfjagjafar á stofnunum eiga því ekki við. Við móttöku Parkinsonsjúklinga þarf þess vegna að:

- útvega Parkinsonlyf strax, það má ekki biða til næsta dags,
- tryggja að lyf séu rétt skráð,
- merkja lyfjabakka með skærgulum

Parkinsonlyfjamiða „Get it on time“ eða nota aðra áminningu,

- ekki láta sjúkling hætta skyndilega á Parkinsonlyfjum, til dæmis ef hann þarf að fasta, getur ekki borðað með eðli-legum hætti eða þarf að fara í rannsóknir.

Þurfi sjúklingur að fasta vegna aðgerðar eða rannsóknar er mikilvægt að laga lyfjagjöfina að föstunni vegna hættu á Parkinsonkreppu sem er lífshættulegt ástand. Sjá töflu 3 fyrir yfirlit yfir helstu einkennum, orsakir og meðferð við

Tafla 3. Parkinsonkreppa: Einkenni, orsakir og meðferð.

Einkenni	Orsakir	Meðferð
Aðaleinkenni eru: - Mikill vöðvastirðleiki - Minnkun meðvitund - Hit > 38,5 °C - Mikill sviti - Óstöðugur blóðþrýstingur - Hraður hjartsláttur Stirðleikinn getur leitt til hækunar á kreatín-fosfókínasa. Einnig sést oft fjölgun á hvítum blóðkornum.	• Parkinsonlyfjagjöf er skyndilega hætt. • Notkun geðrofslyfja/róandi lyfja (e. neuroleptics) sem geta truflað starfsemi dópamíns. Einkenni koma þá fram 2-15 dögum síðar.	Líklega þarf sjúklingurinn á gjörgæslueftirliti að halda; meðhöndla blóðrásar- og öndunartruflanir. Fyrsta meðferð: • Setja aftur inn levódópalyf í sömu skömmtum og áður. Ef sjúklingurinn er ófær um að kyngja töflum má gefa lyfin í gegnum magaslöngu. • Hætta geðrofslyfjum. Framhaldsmeðferð: • Setja aftur inn levódópalyf í sömu skömmtum og áður. Ef sjúklingurinn er ófær um að kyngja töflum má gefa lyfin í gegnum magaslöngu. • Hætta geðrofslyfjum. Framhaldsmeðferð: • Tryggja vökvafjafnvægi og leiðréttu saltbúskap. • Hitalækkandi meðferð. • Tryggja næga næringu, fyrirbyggja blóðtappa, legusár, lungnabólgu og svo framvegis.

Heimild: Matusch o.fl. (2009).

Parkinsonkreppu (Matusch o.fl., 2009; Sathyababu o.fl., 2012).

Ef stakar lyfjagjafir gleymast getur sjúklingur stirðnað óhóflega mikið, verið hættara við að svelgjast á, hættara við að detta og svo framvegis (NICE, 2006).

Dagsdaglega er mikilvægt að fylgja fyrir-mælum um tíma lyfjagjafar nákvæmlega. Nauðsynlegt getur verið að stilla síma eða sérstakt lyfjaáminningartæki á viðvörðun og fá ráðgjöf taugalæknis ef gera þarf breytingar á lyfjaskömmtum eða lyfjatímum (Sathyababu o.fl., 2012).

Ráð 2: Gefið lyfin að minnsta kosti hálfri klukkustund fyrir mat

Almennt þurfa sjúklingar ekki að hafa áhyggjur af mataræðinu fyrstu árin eftir sjúkdómsgreiningu nema ef þeim finnst matur, sem inniheldur prótein, valda minni virkni lyfjanna. En eftir nokkur ár með Parkinsonveiki þarf að gefa lyfjameðferð og matmálistímum gaum. Ástæðan er sú að sé próteinríkrar fæðu neytt um leið og levódópa (Madopar, Sinemet, Stalevo) getur það leitt til verri nýtingar á lyfjunum þar sem levódópa er uppbyggt eins og amínósýrur (Danmodis, 2011; Matusch o.fl., 2009; NICE, 2006). Þess vegna er mælt með að:

- gefa Parkinsonlyf hálfri til einni klukkustund fyrir mat, helst með vatnssopa, ávaxtasafa, ávaxtagraut eða eplamauki,
- haga máltíðum þannig að þær verði í fyrsta lagi hálfum klukkutíma eftir lyfjainntöku og ef til vill takmarka neyslu próteina fram að kvöldverði.

Dæmi um lyfjagjöf 5 sinnum á dag og hagræðingu matmálistíma:

- Lyfjagjöf klukkan 7-11-14-18-21
- Matartímar klukkan 8-12-15-19-22

Dæmi um lyfjagjöf 8 sinnum á dag og hagræðingu matmálistíma:

- Lyfjatímar klukkan 7-9-11-13-15-17-19-21
- Matartímar klukkan 8-12-14-18-20



7 góð ráð við hjúkrun sjúklinga með Parkinsonveiki

Jónína H. Hafliðadóttir og Marianne E. Klinke, hjúkrunarfræðingar B2

1. GEFIÐ LYFIN ALLTAF Á RÉTTUM TÍMA

- ❖ Skrá lyfjafyrirmæli nákvæmlega strax við innlögn sjúklings – ekki má breyta lyfjatímum þó að þeir passi ekki við hefðbundna lyfjagjafatíma á stofnun
- ❖ Fái PS-sjúklingar ekki lyfin sín á réttum tíma geta þeir orðið hættulega stirðir og ófærir um að kyngja og hreyfa sig
- ❖ Þurfi sjúklingar að fasta fyrir skurðaðgerðir eða ef þörf er á annarri lyfjameðferð en um munn (t.d. vegna kviðarholsaðgerðir eða vegna langvarandi fasta) er nauðsynlegt að leita ráðlegginga hjá hjúkrunarfræðingi á göngudeild eða taugalækni á B2

2. GEFIÐ LYFIN A.M.K ½ klst. FYRIR MAT

- ❖ Best er að gefa lyfin með vatnssopu eða ávaxtagraut/eplamauki
- ❖ Forðist mjólk, rjóma, súrmjólk og ís samtímis lyfjainntöku. Mjólkurvöru ætti ekki að neyta fyrr en a.m.k. hálf tíma eftir lyfjagjöf
- ❖ Forðistofur má ekki mylja
- ❖ Dæmi um algenga tíma fyrir lyfjagjöf: 07:00 – 09:30 – 11:30 – 14:00 – 16:30 – 19:00 – 22:00
- ❖ Dæmi um matmálistíma sem passa við lyfjatímuna: 08:00 – 10:00 – 12:00 – 15:00 – 18:00 – 20:00

3. LYF SEM ÆTTI AÐ FORÐAST

- ❖ Forðast geðlyf eins og haloperídol (Haldol), risperidone (Risperdal) og olanzapine (Zyprexa). Nota frekar quetiapín (Seroquel).
- ❖ Forðast lyf við ógleði svo sem Stemetil og Primperan – Nota frekar domperidon (Motilium) eða ondansetron (Zofran).

Einnig auka sum antihistamín stírdleika

4. EFLING HREYFI- OG SJÁLFSBJARGARGETU

- ❖ Útvega víðeigandi hjálpartæki í samvinnu við sjúkrabjálfa og iðjuþjálf á ef sjúklingur er hræddur við að detta
- ❖ Ef sjúklingur frýs getur hjálpað að telja upphátt 1-2; 1-2 eða synja taktfast „Göngum upp í gilið“. Einnig er hægt að hvetja sjúkling til að telja í huganum. Rendur á gólfi, ójafnt landslag hentar vel.
- ❖ Smá „verkefni“ geta hjálpað sjúklingi að komast af stað eins og að flegja lykklippu á gólfíð, beygja sig niður og taka upp.
- ❖ Ekki tala of mikið við sjúkling eða í kringum sjúkling þegar hann framkvæmir athafnir.
- ❖ Gefa ein fyrirhæli í einu og gera eitt í einu þ.e. ekki ganga og halda á hlut, ekki ganga og tala o.s.frv.
- ❖ Víðeigandi klæðnaður t.d. franskir rennilásar á skyrtur og íþróttaföt.
- ❖ Rafmagnstannbursti.

5. RÉTTSTÖÐULÁGÞRÝSTINGUR

- ❖ Við innlögn á að mæla blóðþrýsting liggjandi og standandi hjá Parkinsonsjúklingum a.m.k. tvisvar á dag í 3 daga.
- ❖ Forðist skyndilegar stöðubreytingar og sofa með 15-30 cm halla á höfðalagi.
- ❖ Drekkja 1-2 glös af vatni ½ til 1 klst. áður en farið er fram úr að morgni. Kaffibolli í rúmið gæti hjálpað.
- ❖ Auka daglega vökvænni og salta matinn aukalega.
- ❖ Nota teygjusokka yfir daginn – helst sem ná upp í nára.
- ❖ Ef sjúklingur vill hvíla sig að deginum til er gott að setjast í hægindastól sem má halla aftur (t.d. lazy-boy).

6. SÁRSAUKI

- ❖ Algengustu orsakir voðvaverkja hjá einstaklingum með Parkinsonsjúkdóm eru skortur á döpamíni í heila. Verkir koma oftast á nóttunni eða snemma morguns.
- ❖ Hægt er að gefa aukaskammt af Madopar sem verkjastillandi

7. HÆGÐATREGÐA – LYFJAMEÐFERÐ

- ❖ Magnesia Medic 500mg töflur, 1-2 stk. x 1-2 daglega
- ❖ Movicol duft 1 bréf x1 til 3svar á dag. Duftinu er blandað í hálft glas af vatni. Bragðbæta má með því að bæta ávaxtasafa út í.

Hægt er að nálgast „Tool-kit“ með gáttlistum og leiðbeiningum með því að hafa samband á parkinsonhjukrun@ish.is

Mynd 1. Sjö góð ráð við hjúkrun Parkinsonsjúklinga.

Takmarki sjúklingur próteininntöku sína vegna áhrifa hennar á verun levódópalyfja er mikilvægt að fá næringarráðgjöf. Algengt er að fólk með langvarandi Parkinsonveiki léttist mikið. Því þarf að tryggja nægilega næringu (Danmodis, 2011; Evrópsku Parkinsonsamtökin, 2013). Mikilvægt er að gæta að jafnvægi á milli nægjanlegrar inntöku próteina eða hitaeyninga annars vegar og verkunar lyfja hins vegar. Venjulegir næringardrykkir innihalda talsvert

magn af próteinum og er ekki mælt með notkun þeirra. Heldur er mælt með „Juice style“ næringardrykkjum. Ef þyngdartap er mikið er þörf á að íhuga aðrar leiðir til þess að bæta næringarástand sjúklings, svo sem með næringarslönku (Danmodis, 2011; NICE, 2006).

Ráð 3: Lyf sem ætti að forðast

Þekkt er að algeng lyf, sem oft eru notuð til þess að meðhöndla ógleði

Tafla 4. Lyf sem ætti að forðast við Parkinsonveiki og lyf sem má nota í staðinn.

Alls ekki gefa	Nota frekar
Haldol (halóperídól) Risperdal (risperídón) Zyprexa (olanzapín)	Seroquel (quetíapín) Leponex (klózapín)
Stemtil (próklórperazín) Afipran (metóklópramíð)	Motilium (domperidon) Zofran (ondansetrón), Zofran má samt ekki nota með Apomorfín
Sérstök varúð við lyfjameðferð með Selegilin	
Hættulegar milliverkanir Selegilins og Petidíns	Mikilvægt er að vita af því að hætta er á serótónínergu-heilkenni ef gefin eru þunglyndislyf samtímis Selegilin. Aldrei má gefa þeim sem eru á Selegilin verkjalyfið Petidín. Ef sjúklingur hefur verið á Selegilin þurfa að líða 2 vikur áður en gefa má Petidín (Marjama-Lyons o.fl., 2004).

eða geðræn vandamál, eins og Afibran (metóklópramíð), Haldol (halóperídól) og fleiri, valda auknum stirðleika eða hreyfitruflunum hjá einstaklingum með Parkinsonveiki, jafnvel geta þau orsakað Parkinsonkrísu (Danmodis, 2011). Í töflu 4 má sjá lyf sem ætti að forðast og hvaða lyfjum er mælt með að nota í staðinn.

Ráð 4: Efling hreyfi- og sjálfsbjargargetu
Fjölmargir þættir auka hættu á byltum hjá þeim sem eru með Parkinsonveiki. Má þar nefna almennan vöðvaslappleika, blóðþrýstingsfall, erfiðleika við að hefja hreyfingar, „frost“ og aukaverkanir flókinnar lyfjameðferðar (NICE, 2006). Þess vegna er mikilvægt að meta hættu á byltum og vinna náið saman með sjúkráþjálfara og iðjupjálf. Við langvarandi svæsum hreyfieinkennum þarf ráðgjöf taugalæknis. Dagsdaglega er hægt að nota ýmis ráð til þess að auðvelda hreyfigetu og efla sjálfsbjargargetu.

Hafi sjúklingur tilhneigingu til þess að frjósa má nota eftirfarandi úrræði:

- Hvetja sjúkling til að telja í huganum eða upphátt. Umönnunaraðilar geta gefið merkjagjöf með því að segja upphátt „1-2, 1-2, 1-2“, „settu hælinn fyrst“, „taktu stór skref“ eða nota tónlist og söng, til dæmis syngja taktfast „Göngum upp í gilið“.
- Fjölbreytni í umhverfi, til dæmis setja rendur á gólf (litað límband) sem sjúklingur getur stigið yfir.
- Hvetja sjúkling til þess að stíga yfir ímyndaðan hlut.
- Setja fót fyrir framan sjúkling og biðja hann um að stíga yfir fótinn. Viðhalda síðan göngunni með því að telja upphátt.

- Setja stíft plastband neðst á göngustaf og kenna sjúklingi að stíga yfir það ef hann frýs.
- Hvetja til þess að gera eitt í einu; ekki ganga og halda á hlut, ekki ganga og tala og svo framvegis
- Ef fætur eru alveg límdir við gólfíð, segja þá „STOPP“ og hvetja sjúkling til þess að andast djúpt og taka eitt skref aftur á bak. Ganga síðan áfram með stórum skrefum.
- Auðvelda sjúklingi að snúa við með því að ímynda sér að fætur hans fylgi tölustöfunum á klukkuskífu.
- Ráðleggja sjúklingi að færa líkamsþungann yfir á sitt hvorn fótinn til skiptis; rugla sér rólega í gang.
- Skipta stóru verkefni (svo sem að fara í bað) niður í skýrt afmarkaða hluta með því að gefa ein fyrirsmáli í einu, til dæmis: sestu upp, farðu í skóna, stattu upp, gakkstu fram á baðherbergi.
- Ef sjúklingur á erfitt með að skrifa, nota línustrikaðan pappír.

Önnur úrræði, sem má nota, eru til dæmis létt snerting fylgdarmanns á öxl sjúklings. Ef sjúklingur finnur stirðleikann koma yfir sig getur verið hjálplegt að halda sér í stólbak og einbeita sér að því að gera þær æfingar sem sjúkráþjálfarinn mælir með (Evrópsku Parkinsonsamtökin, 2013; Matusch o.fl., 2009).

Ef sjúklingur er með mikinn hvíldarskjálfta geta eftirtalin ráð komið að góðu gagni:

- Hvetja sjúkling til þess að kreppla og rétta fingur til skiptis.
- Kreista mjúkan hlut svo sem gel-bolta.
- Taka penna í hönd og snúa honum í hring.

- Fletta spilum, raða á borð eða leggja kapal.
- Kasta eða færa hlut á milli handanna (bolta, epli, appelsínu og svo framvegis).
- Setjast í stól og grípa um stólarm eða grípa undir stólinn, sitja á hendinni eða að halda í hönd annarrar manneskju.

Almennt er mælt með að sjúklingur noti þægilegan klæðnað, svo sem íþróttaföt, franska rennilása á skyrtum, buxum og skóm, klæði sig sitjandi og noti rafmagnstannbursta. Þetta auðveldar sjálfsbjargargetu hans (Evrópsku Parkinsonsamtökin, 2013).

Ráð 5: Réttstöðulágþrýstingur

Um það bil 50% PS finna fyrir einkennum réttstöðulágþrýstings, svo sem svima, að „fá yfir höfuðið“, óstöðugleika, ógleði og verkjum í uppréttri stöðu. Réttstöðulágþrýstingur getur einnig lýst sér sem þyngslaverkir í herðum og öxlum. Fylgikvillar réttstöðulágþrýstings eru þreyta, slappleiki, ógleði, hjartsláttarónot og höfuðverkur (Henriksen o.fl., 2012; Lanier o.fl., 2001; Ziemssen og Reichmann, 2010). Við innlögn er mælt með að skima eftir réttstöðulágþrýstingi að minnsta kosti tvisvar á dag fyrstu 3 dagana. Rétt aðferð er:

- Láta sjúkling slaka á í rólegu umhverfi í 10 mínútur fyrir mælingu.
- Nota kvikasílfursmáli.
- Mæla blóðþrýsting og púls, fyrst í liggjandi stöðu, síðan strax þegar sjúklingur stendur upp og eftir 3 mínútur.
- Ef blóðþrýstingur fellur eða púls hækkar þarf að endurtaka mælinguna á mínútu fresti í 5 mínútur eða þangað

til blóðþrýstingur hækkar aftur og púls lækkar (ef sjúklingur þolir það og getur staðið).

- Í tengslum við mælingu skal athuga einkenni um svima eða önnur óþægindi.

Ef sjúklingur lækkar í blóðþrýstingi og þolir ekki að standa upp er hann mældur liggjandi eða sitjandi (Helgason og Eggertsdóttir, 2014; Lanier o.fl., 2001). Ef þekkt er að blóðþrýstingur lækkar mikið og sjúklingur fær yfirliðstilfinningu þurfa að vera tveir umönnunaraðilar til staðar við mælinguna. Oft er erfitt að ná réttum blóðþrýstingi með rafmagnstæki, til dæmis vegna skjálfta og vegna þess að rafmagnstækið er ekki nægilega næmt til þess að mæla blóðþrýstingsfallið og sýnir „Error“. Mikilvægt er að skrá púlsinn alltaf samhliða blóðþrýstingnum.

Fyrirbyggjandi meðferð til þess að draga úr réttstöðulágþrýstingi er meðal annars:

- Forðast skyndilegar stöðubreytingar, til dæmis þegar farið er fram úr á nóttunni eða að morgni. Hækka fyrst höfðalag, láta sjúkling síðan setjast á rúmstokkinn áður en hann gengur af stað.
- Drekkja 1-2 glös af vatni hálfri til einni klukkustund áður en farið er fram úr eða drekkja kaffibolla (án mjólkur). Drekkja samtals um 2 lítra á sólarhring.
- Sofa með höfðalag hækkað í um það bil 15-30 cm halla.
- Forðast of heitt bað (heitan pott).
- Salta matinn aukalega á matardiskinn eða bæta við einum til tveimur bollum af súputeningssóði daglega, í samráði við lækni.
- Borða lítið í einu en oft á dag, hagræða matmálstímun eftir lyfjagjöfum.
- Stunda daglega líkamshreyfingu í samráði við sjúkrabjálfa.
- Nota teygjusokka að deginum.
- Hvetja sjúkling til þess að setjast niður og ef til vill beygja sig lítilllega fram ef hann finnur fyrir svima.
- Aðstoða rúmfastan sjúkling við að setjast upp nokkrum sinnum yfir daginn og viðhalda smá-halla á höfðalagi.
- Hvetja sjúkling til þess að nota hægindastól (t.d. lazy-boy) að degi til í stað þess að leggjast í rúmið.

Ef viðvarandi og svæsinn réttstöðulágþrýstingur er til staðar þrátt fyrir

almenn ráð breytir taugalæknir oft lyfjagjöfinni og setur inn blóðþrýstingshækkandi lyf (Lanier o.fl., 2001; Ziemssen og Reichmann, 2010). Mælt er með því að draga úr eða hætta inntöku blóðþrýstingslækkandi lyfja og þunglyndislyfja. Aðallyfin, sem notuð eru til þess að hækka blóðþrýsting, eru Gutron (míðódrín) og Florinef (flúdrókortisón). Ekki er ráðlegt að gefa Gutron og Florinef eftir klukkan 17 þar sem það getur orsakað háþrýsting yfir nóttina (NICE, 2006; Ziemssen og Reichmann, 2010). Í sumun tilvikum er mikilvægt að dreifa kolvetnum jafnt yfir daginn þar sem stór kolvetnarík máltíð, til dæmis í hádeginu, getur valdið blóðþrýstingsfalli (NICE, 2006; Ziemssen og Reichmann, 2010).

Ráð 6: Sársauki

Um 40-85% PS finna fyrir verkjum og veldur það óneitanlega ama og vansæld. Verkir stafa oft frá vöðvum, liðum, beinum og innnyflum og má að einhverju leyti rekja þá til afbrigðilegrar líkamsstöðu, stirðleika og erfiðleika við hreyfingu. Verkir eru oftast meira áberandi í þeirri hlið sem sjúkdómurinn kom fyrst fram í (Broen o.fl., 2012; Rahman o.fl., 2008; Rascol o.fl., 2009). Ef sjúklingur kvartar um verki, sérstaklega að nóttu til eða snemma morguns, tengist það oft dópamínskort. Slíkir verkir koma einnig fram í „wearing off“-sveiflunum eða þegar áhrif lyfjanna minnka. Verkir geta enn fremur tengst truflaðri vöðvaspennu og vöðvakrömpum sem Parkinsonlyfin framkalla. Kvíðverkir eru algengir en brunaverkur í munnholi og í grindarbotni koma einnig fyrir. Loksins eru til ýmsar aðrar birtingarmyndir taugaverkja. Stundum lýsa sjúklingar slíkum verkjum sem brunaverk eða jafnvel tannverk í öllum líkamanum (Rascol o.fl., 2009; Truini o.fl., 2013). Ef sjúklingur finnur fyrir verkjum er mikilvægt að:

- meta staðsetningu, tegund og styrk verkja,
- meta verki með viðurkenndum mats-tækjum, svo sem Numerical Rating Scale (NRS) eða Visual Analogue Scale (VAS),
- nota skynkort (mynd af manni) til þess að teikna inn staðsetningu verkjanna,
- greina hvenær verkir koma og hvort þeir tengjast lyfjameðferð, hreyfiástandi

og tíma sólarhrings (að degi til eða að nóttu).

Úrræði til þess að minnka verki fela meðal annars í sér að:

- kanna hvaða ráð hafa áður gagnast,
- gefa viðeigandi lyf eftir eðli verkjanna og meta verkun þeirra,
- hafa samráð og hefja samstarf við aðra fagaðila vegna verkjameðferðar,
- stjórna verkjum með nuddi, teygjuæfingum, slökun, athyglisdreifingu, líkamspjálfun og fleira.

Ef verkir koma aðallega fyrir þegar lyfjaverkun er sem minnst getur dugað að gefa aukaskammt af levódópa, eins og til dæmis Madopar Quick. Vakni grunur um að tengsl séu á milli verkjarins, hreyfieinkenna og óvissrar svörunar Parkinsonlyfjameðferðarinnar þarf að ræða við taugalækni. Sjúkrabjálfun hjálpar í mörgum tilfellum við að vinna gegn rangri líkamsstöðu, bætir hreyfigetu, eykur styrk, bætir jafnvægi, gönguhraða og almenna líðan (Goodwin o.fl., 2008; Katzenschlager og Evans, 2009).

Ráð 7: Hægðatregða og lyfjameðferð

Flestir PS finna fyrir hægðatregðu (Martinez-Martin o.fl., 2007b). Aðalorsökin er dópamínskortur sem veldur hægum þarmahreyfingum. Einnig getur trufluð vöðvaspenna í grindarbotnsvöðvum leitt til erfiðleika við hægðalosun (Henriksen o.fl., 2012). Hægðatregða leiðir til seinkunar á magatæmingu og til lélegri nýtingar á Parkinsonlyfjum. Ef ekki er gripið inn í verður vítahringur þar sem öll Parkinsoneinkenni versna (NICE, 2006). Eðlilegast er fyrir líkamann að losna við hægðir að morgni. Þess vegna er æskilegt að byrja daginn á því að taka inn Parkinsonlyfin og borða hálfri til einni klukkustund síðar trefjaríka máltíð. Reyna skal hægðalosun eftir það á meðan hámarksvirkni lyfjanna er enn þá til staðar (um það bil 1 klukkustund eftir lyfjainntöku levódópalyfja) (Chaudhuri o.fl., 2009; NICE, 2006).

Mikilvægt er að veita sjúklingi fræðslu um ráð við hægðatregðu og upplýsa um mikilvægi þess að grípa inn í strax ef vart verður við þetta vandamál. Eftirfarandi ber að hafa í huga:

- Fylgjast með að hægðalosun sé ekki sjaldnar en þrisvar í viku.
- Koma reglu á hægðalosun; mælt er með að fara á klósettið einni klukkustund eftir Parkinsonlyfjainntöku á morgnana.
- Fylgjast með vökvatekju og halda vökvaskrá að minnsta kosti fyrstu þrjá dagana í legunni.
- Hvetja til þess að auka neyslu trefja og fá fræðslu um trefjaríkt fæði hjá næringarfræðingi.
- Hvetja til daglegrar hreyfingar.

Ef almenn ráð duga ekki við hægðatregðu þarf að ákveða lyfjameðferð í samráði við lækni. Mælt er með notkun eftirfarandi lyfja:

- Magnesia Medic 500 mg sem taka má 1-3 stk. af einu sinni til tvisvar daglega. Mörgum hentar vel að taka 1-3 stk. í einum skammti um kvöldmat. Reynst hefur vel að nota trefjamauk og Magnesia Medic saman. Nauðsynlegt er að sjúklingur drekki 1-2 glös af vökva samtímis lyfjainntökunni.
- Ef Magnesia Medic og trefjar virka ekki má bæta við sorbitól 15-30 ml tvisvar til þrisvar á dag.
- Ef ofanefnd ráð duga ekki má skipta um meðferð og nota eingöngu makrógól (Movicol-duft). Nota má 1 bréf einu sinni til þrisvar á dag. Duftinu er blandað í hálft glas af vatni sem bragðbæta má með ávaxtasafa.
- Ef hægðir eru mjúkar en erfitt er að losna við þær getur þurft að nota Laxoberaldropa, Microlax eða Dulcolax.

Lykilatriði í tengslum við alla meðferð við hægðatregðu er að sjúklingur drekki að minnsta kosti 1,5-2 lítra af vökva á sólarhring, að kaffi og te undanskildu, og hreyfi sig eins og hægt er. Fara þarf varlega í að gefa lyf sem geta aukið hægðatregðu, svo sem kóðín, morfín og Tramadol (Danmodis, 2011; Zesiewicz o.fl., 2010).

Lokaorð

Rétt meðferð við einkennum Parkinson-veiki skiptir miklu máli. Í tilmælunum í heild sinni má finna fleiri ráð sem heilbrigðisstarfsfólk getur notað til þess að bregðast við einkennum, svo sem



Helga Jónsdóttir er prófessor og deildarforseti í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og forstöðumaður fræðasviðs langveikra fullorðinna á Landspítalanum.

Jónína H. Hafliðadóttir er hjúkrunarfræðingur á dag- og göngudeild taugalækningadeilda Landspítalans og er með sérfræðileysi í hjúkrun langveikra taugasjúklinga með áherslu á Parkinsonveiki.

Marianne E. Klinker er hjúkrunarfræðingur á taugalækningadeild Landspítalans og doktorsnemandi og sérfræðikennari í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands.

kyngingarerfiðleikum, næringarvandamálum, svefntruflunum, munnvatnsleka, þvagtregðu og geðrænum truflunum. Einnig má þar finna ýmis viðurkennd skimunartæki og matskvarða sem auðvelda mat, eftirlit og einkenameðferð. En til að byrja með hvetjum við starfsfólk eindregið til þess að stíga fyrstu skrefin í því að veita þessum sjúklingahópi afbragðsmeðferð og nota til þess „7 góð ráð við hjúkrun Parkinsonsjúklinga“.

Heimildir

- American Parkinson Disease Association (2014). *About Parkinson's*. Sótt á <http://www.apdaparkinson.org/publications-information/basic-info-about-pd/>.
- Andri Þór Sigurgeirsson (2010). *Um áhrif þjálfunar á göngugetu Parkinsonsjúklinga. Slembuð meðferðarprófun á göngubjálfun með og án sjónræna bendinga*. Óbirt Ritgerð til meistaraþráðu í heilbrigðisvísindum við HÍ.
- Broen, P.G., Braaksma, M.M., Patijn, J., Wim, E.J., og Weber, E.J. (2012). Prevalence of pain in Parkinson's disease: A systematic review using the modified QUADAS tool. *Movement Disorder*, 27 (4), 480-484.

- Chaudhuri, K.R., Healy, D., og Schapira, A.H.V. (2006a). Non-motor symptoms of Parkinson's disease: Diagnosis and management. *Lancet Neurology*, 5, 235-245.
- Chaudhuri, K.R., Martinez-Martin, P., Schapira, A.H.V., Stocchi, F., Sethi, K., Odin, P., o.fl. (2006b). International multicenter pilot study of the first comprehensive self-completed nonmotor symptoms questionnaire for Parkinson's disease: The NMS-Quest study. *Movements Disorders*, 21 (7), 916-923.
- Chaudhuri, K.R., Tolosa, E., Schapira, A., og Poewe, W. (2009). *Non-Motor symptoms of Parkinson's disease*. Oxford: University Press.
- Danmodis [Danish Movement Disorder Society] (2011). Parkinsons sygdom, klinisk vejledning: Diagnose, forløb og behandling fra et tværfagligt perspektiv. Sótt á http://www.danmodis.dk/sites/default/files/Parkinsons_sygdom_Klinisk_Vejledning_2011.pdf.
- De Lau, L.M.L., Giesbergen, P.C.L.M., de Rijk, M.C., Hofman, A., Koustaal, P.J., og Breteler, M.M.B. (2004). Incidence of parkinsonism and Parkinson disease in a general population: The Rotterdam study. *Neurology*, 63 (7), 1240-1244.
- Evrópsku Parkinsonsamtökin (EPDA) (2013). Sótt á <http://www.epda.eu.com/en/parkinsons/in-depth/pdsymptoms/dyskinesia/>.
- Giroux, M.L. (2007). Parkinson disease: Managing a complex, progressive disease at all stages. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 74 (5), 313-326.

- Goodwin, V.A., Richards, S.H., Taylor, P.S., Taylor, A.H., og Campbell, J.C. (2008). The effectiveness of exercise interventions for people with Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Movement Disorders*, 23 (5), 631-640.
- Hannes Sigurðsson (2007). *Ísland 2050. Eldri þjóð – Ný viðfangsefni*. Sótt á http://www.sa.is/files/%C3%8Dsland%202050_2001458194.pdf.
- Henriksen, T., Ehrenfels, S., og Christophersen, B. (2012). *Parkinson sygdom: Det sene stadie*. Nivå: Orion Pharma A/S.
- Jancovic, J. (1988). Parkinson's disease: Recent advances in therapy. *Southern Medical Journal*, 81 (8), 1021-1027.
- Jancovic, J. (2008). Parkinson's disease: Clinical features and diagnosis. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 79 (4), 368-376.
- Jancovic, J., og Kapadia, A.S. (2001). Functional decline in Parkinson's disease. *Archives of Neurology*, 58 (10), 1611-1615.
- Katzenschlager, R., og Evans, A. (2009). Impulse dyscontrol and dopamine dysregulation syndrome. Í E.T. Chaudhuri, E. Tolosa, A. Schapira og W. Poewe (ritstj.), *Non-Motor Symptoms of Parkinson's Disease*. Oxford: Oxford University Press.
- Keus, S.H., Bloem, B.R., Hendriks, E.J.M., Bredero-Cohen, A.B., og Munneke, M. (2007). Evidence-based analysis of physical therapy in Parkinson's disease with recommendations for practice and research. *Movement Disorders*, 22 (4), 451-460.
- Keus, S.H.J., Munneke, M., Nijkrake, M.J., Kwakkel, G., og Bloem, B.R. (2009). Physical therapy in Parkinson's disease: Evolution and future challenges. *Movement Disorders*, 24 (1), 1-14.
- Kleiner-Fisman, G., Herzog, J., Fisman, D.N., Tamma, F., Lyons, K.E., Pahwa, R., o.fl. (2006). Subthalamic nucleus deep brain stimulation: Summary and meta-analysis of outcomes. *Movement Disorders*, 21 (14), 290-304.
- Lanier, J.B., Mote, M.B., og Clay, E.C. (2001). Evaluation and management of orthostatic hypotension. *Drugs and Ageing*, 18 (7), 496-505.
- Lees, A.J., Hardy, J., og Revesz, T. (2009). Parkinson's disease. *Lancet*, 343, 2055-2066.
- Marianne Elisabeth Klinker (2006). Hjúkrun sjúklinga með Parkinsonveiki. *Óldrun*, 24 (1), 6-13.
- Marjama-Lyons, J., Lieberman, A.N., og Kittle, G. (2004). Parkinson's disease: Medications (3. útg.). Fræðsluefni gefið út af bandarísku Parkinsonsamtökunum: National Parkinson Foundation, Inc. Sótt á www.parkinson.org.
- Martinez-Martin, P., Forjaz, M.J., Frades-Payo, B., Rusinol, A.B., Fernández-García, J.M., Benito-León, J., o.fl. (2007a). Caregiver burden in Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 22 (7), 924-931.
- Martinez-Martin, P., Schapira, A.H.V., Stocchi, F., Sethi, K., Odin, P., MacPhee, G., o.fl. (2007b). Prevalence of nonmotor symptoms in Parkinson's disease in an international setting: Study using nonmotor symptoms questionnaire in 545 patients. *Movement Disorders*, 22 (11), 1623-1629.
- Matusch, A., Möller, J.C., Unger, M.M., og Oertel, W.H. (2009). Treatment-related non-motor symptoms in Parkinson's disease. Í K.R. Chaudhuri, E. Tolosa, A. Schapira og W. Poewe (ritstj.), *Non-motor Symptoms of Parkinson's Disease* (bls. 369-382). New York: Oxford University Press.
- NICE [National Institute for Health and Clinical Excellence] (2006). *Parkinson's disease: Diagnosis and management in primary and secondary care*. Sótt á <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/cg035niceguideline>.
- Nieuwboer, A., Kwakkel, G., Rochester, L., Jones, D., van Wegen, E., Willems, A., o.fl. (2007). Cueing training in the home improves gait-related mobility in Parkinson's disease: The RESCUE trial. *Journal of Neurology, Neurosurgery, and Psychiatry*, 78, 134-140.
- Pandya, M., Kubu, C.S., og Giroux, M.L. (2008). Parkinson disease: Not just a movement disorder. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 75 (12), 856-864.
- Parkinsonsamtökin á Íslandi (2014). Sótt á <http://www.parkinson.is/index.php?option=content&task=view&id=2&Itemid=25>.
- Potulska, A., Friedman, A., Królicki, L., og Spychala, A. (2003). Swallowing disorders in Parkinson's disease. *Parkinsonism and Related Disorders*, 9, 349-353.
- Rahman, S., Griffin, H.J., Quinn, N.P., og Jahansahi, M. (2008). Quality of life in Parkinson's disease: The relative importance of the symptoms. *Movement Disorders*, 14, 102-108.
- Rascol, O., Negre-Pages, L., Brefel-Courbon, C., Senard, A., Gerdelat-Mas, A., Regragui, W., o.fl. (2009). *Chronic pain and Parkinson's disease*. Í K.R. Chaudhuri, E. Tolosa, A. Schapira og W. Poewe (ritstj.), *Non-motor Symptoms of Parkinson's Disease* (bls. 287-295). New York: Oxford University Press.
- Sathyababu, R., Chan, E., og Dhakam, Z. (2012). Management of Parkinson's Disease medication in acutely admitted patients. *BMJ Quality Improvement Reports*, 1 (1), u473-w154.
- Savitt, J.M., Dawson, V.L., og Dawson, T.M. (2006). Diagnosis and treatment of Parkinson disease: Molecules to medicine. *The Journal of Clinical Investigation*, 116 (7), 1744-1754.
- Helgason, S., og Eggertsdóttir, L.H. (2014). *Blóðþrýstingsmælingar. Klínískar leiðbeiningar, Landlækniseimbættið*. Sótt á <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item2403/2132.pdf>.
- Suchowersky, O., Reich, R., Perlmuter, J., Zesiewicz, T., Gronseth, G., og Weiner, W.J. (2006). Practice parameter: Diagnosis and prognosis of new onset Parkinson disease: An evidence-based review. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 66 (7), 968-975.
- Sveinbjörnsdóttir, S., Hicks, A.A., Jonsson, Th., Petursson, H., Gudmundsson, G., Frigge, M.L., o.fl. (2000). Familial aggregation of Parkinson's disease in Iceland. *The New England Journal of Medicine*, 343 (24), 1765-1770.
- Truini, A., Frontoni, M., og Cruccu, G. (2013). Parkinson's disease related pain: A review of recent findings. *Journal of Neurology*, 216, 330-334.
- Twelves, D., Perkins, K.S., og Counsell, C. (2003). Systematic review of incidence studies of Parkinson's disease. *Movement Disorders*, 18 (1), 19-31.
- Zesiewicz, T.Z., Sullivan, K.L., Arnulf, I., Chaudhuri, K.R., Morgan, J.C., Gronseth, G.S., o.fl. (2010). Practice parameter: Treatment of nonmotor symptoms of Parkinson's disease: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 74 (11), 924-931.
- Ziemsse, T., og Reichmann, H. (2010). Treatment of dysautonomia in extrapyramidal disorders. *Therapeutic Advances in Neurological Disorders*, 3 (1), 53-67.



Leitað er að hjúkrunarfræðingum og ljósmeðrum til Noregs – á mjög eftirsóknarverðum kjörum

Hjúkrunarfræðingar á skurðeild
Hjúkrunarfræðingar á lyflækningadeild
Svæfingahjúkrunarfræðingar
Hjúkrunarfræðingar á skilunardeild
Hjúkrunarfræðingar á gjörgæsludeild
Hjúkrunarfræðingar á nýbúðardeild
Hjúkrunarfræðingar á blóð- og krabbameinslækningadeild
Hjúkrunarfræðingar á skurðlækningadeild
Ljósmeður

Við borgum fyrir allt og skipuleggjum ferð þína og dvöl.
Við erum félagi þinn!

Með jöfnu millibili verðum við með ráðningarviðtöl í danska sendiráðinu í Reykjavík.
Nánari upplýsingar:

Sími: **(+45) 45 540 540**
Hægt er að fylla út umsóknar-
eyðublað á heimasíðu okkar:
www.powercare.dk

POWERCARE A/S
Sønderhøj 16
DK-8260 Viby J
Tlf.: (+45) 45 540 540
www.powercare.dk



MEDIC STAFF BY
POWERCARE®

Gamlar perlur

FRÁ NÁMSÁRUNUM – NÆTURVAKT

Pistil þennan skrifaði óþekktur höfundur og birtist hann í Tímariti Fjelags íslenskra hjúkrunarkvenna í júlí 1927. Hvað er líkt og hvað er ólíkt á næturvöktum tæpum 90 árum seinna? Lesa má þetta sem innlegg í vinnutímaumræðuna í aðdraganda kjarasamninga 2015.



Næturvakt í fjórtán nætur samfleytt á ég fyrir höndum. Þetta er fyrsta nóttin, hún er alltaf erfiðust, en svo batnar þegar fram í sækir, að breyta degi í nótt.

Ég fór af deildinni í dag um tvöleytið og varð að mæta til næturvaktar kl. 6.30 um kvöldið. Þó ég eigi manna best með að sofa á daginn, varð mér samt lítið úr svefni þetta skiftið, ýmsir þankar stöðjuðu að í huga mínum og umhverfis mig var heldur ekki alltaf jafn hljótt.

Það er komið fram yfir miðnætti, alt er kyrt og þögult, allir virðast sofa. Það eru fjórir klukkutímar síðan ég slökkti á stóra lampanum, kveikti á nátt-týrunni og bauð góða nótt. Margir eru búnir að sofa vænan blund, en sumum hefir

varla komið dúr á auga, nýuppskorni maðurinn, í innsta rúminu, hefir kvalist af þorsta, þó hefir hann við og við fengið að drekka eins og fyrir var lagt. Slasaði pilturinn, sem „Falck“ kom með seint í gærkvöldi, hefir alveg verið frá af kvölum, þrátt fyrir deyfandi lyf, sem hjúkrunarkonan hafði gefið honum, áður en hún fór af deildinni, einnig hefi ég reynt að hagræða honum eftir mætti.

Ég geng fram hjá barnastofunni, það er stór salur með tólf drengjum. Þeir virðast allir sofa vært, andardráttur þeirra, djúpur og reglulegur, heyrir fram á gang, hurðin stendur í hálfa gátt. Ég gríp sjálfa mig í að öfunda blessuð börnin, að þau skuli mega sofa, og segi við sjálfa mig: „Já, svona ertu innrætt.“ Fyrsta vökunóttin er mér alltaf svo erfið.

Ég sný við og sest við borðið á miðjum ganginum, borðlampi, með grænum skerm, varpar daufri birtu út frá sér, rétt nægilegri til að sauma við eða lesa. Fyrir miðnætti var ég búin að fara yfir öll dagblöðin. Á borðinu liggja bæði „reyfarar“ og „klassikarar“ og tek ég þann fyrri, því ég er á líkri skoðun og félagar mínir, hinir nemarnir, þær segja, að „reyfarar“ og kaffi sé það einasta, sem geti haldið manni vakandi, en þurrir „klassikarar“ og hjúkrunarfræði sé á næturvakt á við svefnskamt! Og eitt er það, að tíminn líður svo prýðilega fljótt, þegar maður hefir eitthvert léttmeti til aflesturs að næturlagi.

Ég verð að gæta að tímanum og ganga um á stofunum, svo ég að morgni geti gefið fullnægjandi upplýsingar um líðan

sjúklinganna, og ekki dugar heldur að slá slöku við, segir samviskan. Nú er farið að birta af degi, fyrstu fuglarnir byrja að syngja í trjánum, smásaman bætast fleiri og fleiri við, það er samhangandi kliður þegar ég opna gluggann og læt hlýja morgungoluna leika um mig.

Ég lýk við morgunverkin frammivið, fer svo inn til sjúklinganna, þvæ þeim, mæli og tel púls, hagræði þeim sem best ég get, um allflesta þurfa tvær að búa um.

Klukkan slær sjö og hjúkrunarkonan og nemarnir koma inn. Þá er búið um sjúklingana og herbergið ræstað. Allir gluggar eru opnaðir og blómaangan leggur inn úr spítalagarðinum. Þegar ég hefi matað veikustu sjúklingana og skýrt hjúkrunarkonunni frá, hvað gerst hafi um nóttina, er ég laus allra mála, legg leið mína í baðherbergið og þaðan til herbergis míns.

Þegar ég hefi lagt mig til hvíldar líður mér vel. Ég þarf ekki að bíða lengi, því áður en varir er ég komin til draumalandsins og sný sjaldan við þaðan, fyr en klukkan hringir og tilkynnir mér, að nú sé dagur á enda og tími til að rísa úr rekkju, því nú kalla störfín að – og ný nótt byrjar.



Framhaldsnám við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands 2015-2016

Diplómanám á meistarastigi

- Öldrunarhjúkrun
- Geðhjúkrun
- Skurðhjúkrun
- Svæfingahjúkrun
- Þverfræðilegt nám í kynfræði

Kandídatnám á meistarastigi

- Ljós móðurfræði (embættispróf)

Meistaránám

- Geðhjúkrun
- Hjúkrun langveikra og eldri borgara
- Hjúkrun aðgerðasjúklinga og sjúklinga með bráð og alvarleg veikindi
- Hjúkrunarstjórnun
- Ljós móðurfræði
- Rannsóknanámsleið
- Auk fleiri kjörsviða

Umsóknarfrestur er til 15. apríl 2015

Upplýsingar veitir Margrét Gunnarsdóttir, verkefnastjóri framhaldsnáms í síma 525 5204, maggagu@hi.is
Nánari upplýsingar: www.hjukrun.hi.is



HÁSKÓLI ÍSLANDS
HJÚKRUNARFRÆÐIDEILD

www.hi.is



Sigrún Sunna
Skúladóttir.

Fékk eina milljón úr vísindasjóði Landspítala

Fimmtudaginn 18. desember 2014 voru afhentir tíu styrkir til klínískra rannsókna úr vísindasjóði Landspítala. Hver styrkur nemur einni milljón króna. Styrkirnir eru ætlaðir ungum vísindamönnum á spítalanum. Einn af styrkþegunum er Sigrún Sunna Skúladóttir, hjúkrunarfræðingur á flæðisviði Landspítalans. Hún fær styrkinn fyrir rannsókn sína á mjaðmabrotum 67 ára og eldri sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala 2008-2012.

Meðumsækjandi hennar er Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir, verkefnastjóri á flæðisviði. Aðrir samstarfsmenn eru Elísabet Guðmundsdóttir hjúkrunarfræðingur, verkefnastjóri á fjármálasviði, Hlíf Guðmundsdóttir, sérfræðingur í öldrunarhjúkrun, Lovísa Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur og aðstoðardeildarstjóri, Helga Rósa Másdóttir, hjúkrunarfræðingur og aðstoðardeildarstjóri, Ingibjörg Sigurþórsdóttir, hjúkrunarfræðingur á flæðisviði, og Sigrún Helga Lund, tölfræðingur við Háskóla Íslands.

Styrkurinn verður notaður til að vinna nánar úr niðurstöðum úr meistaraverkefni Sigrúnar Sunnu og skipuleggja hjúkrunarmeðferð fyrir sjúklinga sem koma með mjaðmabrot á bráðamóttökunni.

BETRI UPPLÝSINGAGJÖF UM SJÚKLINGA – SBAR

Við sem störfum við hjúkrun þekkjum öll langar og ómarkvissar munnlegar skýrslugjafir um sjúklinga. Þetta er ekki aðeins þreytandi, heldur getur orðið til þess að mikilvægar upplýsingar tapast. Með því að taka upp samskiptakerfið SBAR er hægt að gefa markvissari upplýsingar um sjúklinga og auka þar með öryggi þeirra.

Rannsóknir sýna að misbrestur í upplýsingagjöf kemur mjög oft við sögu þegar eitthvað fer úrskeiðis á sjúkrastofnunum. Ástæður þess eru margar en ein þeirra er að upplýsingagjöfin er hvorki stöðluð né skipulögð. Í bandaríska sjóhernum var þróað sérstakt samskiptakerfi, SBAR, til þess að gera samskipti og upplýsingagjöf markvissari og öruggari. SBAR var síðan lagað að heilbrigðiskerfinu og er nú notað með góðum árangri víða um heim meðal lækna og hjúkrunarfræðinga.

SBAR á að nota þegar upplýsingum um ástand, líðan og meðferð sjúklinga er miðlað, til dæmis þegar við þurfum ráðgjöf, þegar sjúklingur flyst milli deilda eða þegar við felum öðrum ábyrgð á honum, eins og til dæmis á vaktaskiptum.

Markmiðið með notkun SBAR er að miðla nákvæmum upplýsingum um ástand sjúklinga á markvissan og árangursríkan hátt. Áður en upplýsingagjöf hefst þarf sá sem gefur skýrsluna að vera búinn að kynna sér sögu sjúklings og afla þeirra upplýsinga sem þarf, til dæmis taka lífsmörk eða skoða sjúkling. Mikilvægt er að sá sem tekur við upplýsingunum sé meðvitaður um að verið sé að nota SBAR og að hann trufla ekki í miðri upplýsingagjöf, heldur spyrji að henni lokinni.

SBAR er skammstöfun þeirra fjögurra atriða sem þarf að hafa í huga þegar upplýsingunum er miðlað. Skammstöfunin stendur fyrir stöðu, bakgrunn, athuganir og ráðleggingar.



S – Staðan: Kynna þarf aðstæður og segja frá því hvert sé vandamálið. Þessi kynning á að taka mjög stuttan tíma. Ef um er að ræða símtal, þá þarft sá sem hringir að byrja á því að kynna sig og segja frá því hvers vegna hann hefur samband.

B – Bakgrunnur: Aðdragandinn að vandamálinu er kynntur. Greint er frá staðreyndum sem skipta máli hér og nú og vandamálið er sett í samhengi.

A – Athuganir: Helstu niðurstöður ýmissa athugana sem skipta máli fyrir sjúklinginn eru kynntar. Hér ber að gefa yfirlit yfir nýjustu upplýsingar og gera tilraun til að túlka þær.

R – Ráðleggingar: Hvað telur þú að þurfi að gera? Hver er ákvörðunin? Nú á sá sem miðlar upplýsingunum að segja hvað hann heldur að þurfi að gera og gera tillögu að áætlun og verkaskiptingu. Ef

Dæmi um notkun á SBAR: Hringt í lækni vegna sjúklings

Staðan	Sæl, þetta er Guðrún hjúkrunarfræðingur á C8. Ég hringi vegna Önnu sem er 80 ára. Það ber á rugli hjá henni, hún er lystarlítill og hefur lítið drukkíð í dag.
Bakgrunnur	Anna lagðist inn fyrir viku síðan vegna byltu og handleggsbrots. Hún hefur sögu um sykursýki típu II, háþrýsting og þunglyndi.
Athuganir	Anna er með 38,5°C, blóðþrýstingur er 130/85, pulsur er reglulegur 86 slög á mínútu, öndun er 20/andardrættir á mínútu, súrefnismettunin er 94% og blóðsykur er 6,5 mmól/l. Anna hóstar talsvert og þvagið lyktar illa.
Ráðleggingar	Ég tel rétt að senda þvag í ræktun og láta taka lungnamynd af Önnu. Ert þú sammála því? Getur þú komið og skoðað hana innan klukkustundar?

um er að ræða skýrslugjöf við vaktaskipti á sá sem gefur skýrsluna að segja hvað hann telji að þurfi að gera sérstaklega fyrir sjúklinginn á næstu vakt.

Hér fyrir ofan er dæmi um SBAR upplýsingagjöf frá hjúkrunarfræðingi til læknis.

Framkvæmdastjórn Landspítala ákvað árið 2012 að nota ætti SBAR á spítalanum þegar upplýsingum um sjúklinga væri miðlað. Samskiptakerfið hefur nú verið kynnt á öllum sviðum og hafa vasa-spjöld verið hönnuð þar sem SBAR

hefur verið lagað að mismunandi starfsemi. Á skurð- og lyflækningasviðum er til dæmis kvarði sem hjálpar til við að meta hversu alvarlega veikir sjúklingur er (SBS-kvarðinn) en á geðsviðinu eru minnispointar um geðskoðun.

Rannsóknir sýna að notkun á SBAR bætir upplýsingagjöf. Einnig benda rannsóknir til að sá tími, sem fer í skýrslugjöf, styttest þegar SBAR er notað og að heilbrigðisstarfsmenn séu öruggari og ánægðari með þær upplýsingar sem þeim fara á milli. Nokkrar nýlegar erlendar rannsóknir hafa sýnt að notkun á SBAR fækkar alvarlegum atvikum og bætir samskipti milli faghópa.

Eygló Ingadóttir er hjúkrunarfræðingur MS og verkefnastjóri á vísinda- og þróunarsviði á Landspítala.

Áður en upplýsingagjöf hefst:
METIÐ SJÚKLING –
KYNNIÐ YKKUR SÖGU SJÚKLINGS
 Hafið til taks pappíra og nýjustu upplýsingar eins og við á (t.d. lífsmörk, SBS, rannsóknarniðurst.)
 Truflum ekki í miðri upplýsingagjöf –
 Spyrjum eftir að búið er að fara í gegnum SBAR

Staðfærð SBAR Case SBAR

S	Staða Hvert er vandamálið?	Hver ertu og hvers vegna hefurðu samband? Kynning á aðstæðum / vandamáli.
B	Bakgrunnur Hver er aðdragandinn? Hver er sagan?	Greindu frá staðreyndum sem skipta máli. Settu vandamálið í samhengi.
A	Athuganir Hvarjar eru helstu niðurstöður og hver er þín túlkun á þeim?	Yfirlit yfir nýjustu upplýsingar. Gerðu tilraun til að túlka upplýsingarnar. Hvert telur þú að vandamálið sé?
R	Ráðleggingar Hvað telur þú að þurfi að gera? Hvert er framhaldið?	Hverja telur þú vera lausnina? Leggðu fram/óskaðu eftir tillögu að áætlun.

Heimildir

- Haig, K.M., Sutton, S., og Whittington, J. (2006). SBAR: A shared mental model for improving communication between clinicians. *Journal on Quality and Patient Safety*, 32 (3), 167-175.
- Pope, B.B., Rodzen, L., og Spross, G. (2008). Raising the SBAR: How better communication improves patient outcomes. *Nursing*, 38 (3), 41-43. Doi: 10.1097/01.NURSE.0000312625.74434.e8.
- Randmaa, M., Mårtensson, G., Leo Swenne, C., og Engström, M. (2014). SBAR improves communication and safety climate and decreases incident reports due to communication errors in an anaesthetic clinic: A prospective intervention study. *BMJ Open* 4 (1). Doi: 10.1136/bmjopen-2013-004268.
- De Meester, K., Verspuy, M., Monsieurs K.G., og Van Bogaert, P. (2013). SBAR improves nurse-physician communication and reduces unexpected death: A pre and post intervention study. *Resuscitation*, 84 (9), 1192-1196. Doi: 10.1016/j.resuscitation.2013.03.016.

NÁMSKEIÐ UM SÁL RÆN ÁFÖLL, OFBELDI OG ÁFALLASTREITU

Síðastliðið haust var í fyrsta sinn boðið upp á meistaranámskeið um sál ræn áföll, ofbeldi og áfallastreitu við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri (HA). Námskeiðið var haldið í samstarfi við hug- og félagsvísindasvið HA og Jafnréttisstofu. Meistaránámskeiðið sátu meistaranemar og fagfólk úr ýmsum áttum, allt frá Vestmannaeyjum til Ísafjarðar og Þórshafnar, og var greinilega mikil þörf fyrir námskeiðið því það sátu 56 manns. Námskeiðinu lauk með málþingi þar sem nemendum gafst kostur á að kynna verkefni sín. Áherslan á málþinginu, sem var öllum opið, var: Einelti í allri sinni mynd. Yfir hundrað manns sóttu málþingið og komu margir úr skólakerfinu. Flestir þátttakendur voru hjúkrunarfræðingar og því mikilvægt að ná til annarra stétta þegar námskeiðið verður haldið næst svo tryggja megi að þekkingin dreifist sem víðast.

Námskeiðið, sem er til 5 eða 10 eininga, byggist á þverfaglegri sýn á sviði heilbrigðisvísinda, félagsvísinda, menntavísinda og laga. Með því að samþætta þekkingu og reynslu margra fagstétta og vísindasviða öðlast nemendur þekkingu á heilðrænni og þverfaglegri sýn. Áhersla er lögð á forvarnir, einkenni, afleiðingar og meðferðarúrræði. Fjallað er um helstu skilgreiningar, forvarnir, einkenni sem geta komið fram, líkamlegar, sálrænar og félagslegar afleiðingar og þær leiðir sem einstaklingar geta valið til úrvinnslu og í meðferð. Fjallað er um ofbeldi og sál ræn áföll með tilliti til viðbragða í skólakerfinu og einnig í tengslum við mannréttindi og lagaumhverfi.

Að námskeiðinu loknu skal nemandi:

- geta gert grein fyrir einkennum og afleiðingum sál rænna áfalla, ofbeldis og áfallastreitu og hvaða meðferðarúrræði eru í boði
- geta fjallað um skammvinnar og langvinnar afleiðingar sál rænna áfalla og ofbeldis fyrir líkama, sál, félagslegt umhverfi og samfélagið í heild sinni



- kunna skil á einkennum áfallastreitu og þeim mismunandi aðferðum sem beitt er og leiðum sem notaðar eru til úrvinnslu og til að stuðla að virkri þátttöku einstaklingsins
- þekkja helstu leiðir í þverfaglegri samvinnu mismunandi fagstétta frá sjónarhorni skjólstæðinga, fagfólks og samfélagsins
- geta rætt um hvaða áhrif og afleiðingar sál ræn áföll og ofbeldi geta haft á heilsufar og líðan og hvert skal vísa einstaklingum með slíka reynslu til markvissrar úrvinnslu
- þekkja helstu leiðir til forvarna og mikilvægi þeirra fyrir samfélagið
- þekkja þau úrræði og leiðir sem eru til og sem hugsanlegar eru innan menntastofnana og annarra stofnana innan sveitarfélaga
- þekkja hvernig lagakerfið verkar fyrir þolendur ofbeldis, helstu dóma sem hafa fallið á því sviði og hvernig stjórnsýslukerfið starfar.

Námskeiðið er kennt í lotum, einn og hálfan dag einu sinni í mánuði í fjóra mánuði, og hentar því vel fyrir fólk sem er á vinnumarkaðnum eða býr ekki á Akureyri. Allir fyrirlestrar eru teknir upp og hafa nemendur aðgang að þeim á kennsluvef námskeiðsins. Engin próf eru

í framhaldsnáminu en nemendur vinna verkefni á milli lota. Fjöldi kennslustunda í námskeiðinu er 48, nemendur geta valið um að taka tvær eða fjórar lotur til 5 eða 10 eininga og gert verkefni samkvæmt því. Í fjórum lotum námskeiðsins er eftirfarandi tekið fyrir: Sál ræn áföll og ofbeldi, heimilisofbeldi, einkenni og afleiðingar, áfallastreita, að vinna með þolendum áfalla og ofbeldis, hlutverk fagaðila, helstu aðgerðir gegn ofbeldi, ofbeldi og einelti í framhaldsskólum og grunnskólum, ofbeldi og lög, mannréttindi, löggjöf og forvarnargildi, ofbeldi og fjölmiðlar, þolendur ofbeldis í undirheimum, mansal, úrvinnsla og meðferðarúrræði við áfallastreitu og ofbeldi á meðgöngu. Verkefni námskeiðsins byggjast á því að efla sjálfstæð vinnubrögð nemenda og að hugsa út fyrir rammann um það hvað hægt sé að gera til að bregðast við vandamálum í þjóðfélaginu.

Umsjón með námskeiðinu hafa Sigrún Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur og lektor við heilbrigðisvísindasvið HA, Bergljót Þrastardóttir, kennari og sérfræðingur á Jafnréttisstofu, og Ágúst Þór Árnason, dósent við lagadeild HA. Nánari upplýsingar veitir Sigrún Sigurðardóttir. Til stendur að halda námskeiðið aftur á vormisseri 2016.

Er saltabúskapurinn í ólagi?



Resorb™ Sport

Íþróttadrykkur sem bætir upp vökvatap

Kolvetna- og saltblandan í Resorb Sport® bætir upp vökvatap við líkamlegt álag. Magnesíum söltin nýttast vel þegar líkaminn er undir miklu álagi. Þau hjálpa til við að viðhalda eðlilegri vökvastarfsemi, minnka líkur á þreytu og magnleysi og jafna saltabúskap líkamans.



Resorb™

Freyðitöflur sem koma jafnvægi á salt- og vökvabirgðir líkamans

Resorb er einkum notað vegna niðurgangs, uppkasta og mikillar svitauppgufunar af völdum líkamlegrar áreynslu eða dvalar í heitu loftslagi.



Veit á vandaða lausn

Komið í verslun okkar að Síðumúla 16, 2.h. Opið mán - fös 8.30 - 17.00
Síðumúli 16 • 108 Reykjavík • Sími 580 3900

FASTUS 15.05.01.15



Fagleg og persónuleg þjónusta

Við leiðbeinum skjólstæðingum Sí, einstaklingum með þvagleka og aðstandendum þeirra og veitum ráðgjöf varðandi hjúkrunarvörur.

	4000 0000 < 0,5 dl < 50 ml	4000 0000 0,5-1 dl 50-200 ml	4000 0000 1-1,5 dl 100-200 ml	4000 0000 1,5-2 dl 150-200 ml	4000 0000 2-4 dl 200-400 ml	4000 0000 4-8 dl 400-800 ml	4000 0000 8-11 dl 800-1100 ml	4000 0000 11-14 dl 1100-1400 ml
TENA Men			TENA Men NINA 1	TENA Men NINA 2	TENA Men NINA 3	TENA Men NINA 4		
TENA Lady	TENA Lady ULTRA MINI ULTRA PLUS	TENA Lady MINI MINI PLUS	TENA Lady NORMAL	TENA Lady EXTRA	TENA Lady SUPER	TENA Lady DISCREET DISCREET PLUS		
TENA Pants					TENA Pants DISCREET DISCREET PLUS	TENA Pants NINA 1 NINA 2 NINA 3 NINA 4	TENA Pants NINA 5 NINA 6 NINA 7 NINA 8	TENA Pants NINA 9 NINA 10 NINA 11 NINA 12
TENA Flex								
TENA Comfort								
TENA Slip								



Hafðu samband
og við sendum þér
TENA bæklinginn.

Rekstrarvörur
- vinna með þér

Réttarhálsi 2 • 110 Reykjavík
Sími: 520 6666 • Fax: 520 6665
sala@rv.is • rv.is



RV Unique 10.1

FLEIRI HJÚKRUNARFRÆÐINGAR MÆTTU GJARNAN FARA Í PÓLÍTÍK

Sigríður Huld Jónsdóttir útskrifaðist sem hjúkrunarfræðingur frá Háskólanum á Akureyri 1998. Hún starfaði sem hjúkrunarfræðingur á kvennadeild Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri í átta ár og var jafnframt verkefnastjóri fræðslumála í hjúkrun á FSA. Sigríður Huld ákvað haustið 2006 að söðla um og gerðist aðstoðarskólameistari eins stærsta framhaldsskóla landsins, Verkmenntaskólans á Akureyri. Þá var hún skólameistari skólaárið 2011 til 2012 í námsleyfi skólameistara. Síðasta vor tók Sigríður Huld sæti í bæjarstjórn Akureyrar auk þess sem hún er nú í meistaranámi í opinberri stjórnsýslu.



„Stundum er sagt að hættulegasta hugsun hjúkrunarfræðingsins sé sú að hann telji sig kunna alla skapaða hluti. Ef sú hugsun er til staðar þá eru einfaldlega meiri líkur á mistökum,“ segir Sigríður Huld Jónsdóttir. Ljósmynd: Auðunn Nielsson.

„Ég útskrifaðist sem stúdent frá Verkmenntaskólanum á Akureyri vorið 1993 og satt best að segja höfðaði hjúkrunarfræðinámið mest til mín þegar ég fór að huga að framhaldsnámi. Nei, nei, ég hafði lítið sem ekkert hugsað um slíkt nám. Ef einhver hefði fullyrt við mig á unglingsárunum að ég yrði hjúkrunarfræðingur hefði ég örugglega þvertekið fyrir slíka spádóma. Amma mín var ljósmóðir, þess vegna hafði ég líklega einhverja tilfinningu fyrir starfi hjúkrunarfræðinga auk þess sem ég hafði starfað við umönnum aldraðra á Dalbæ á Dalvík í nokkra mánuði. Þannig að nokkur vitneskja um störf hjúkrunarfræðinga var fyrir hendi þegar endanleg ákvörðun um námið var tekin,“ segir Sigríður Huld þegar hún er spurð um ástæðuna fyrir því að hún ákvað að innrita sig í hjúkrunarfræðinámið við Háskólann á Akureyri.

Hún segist í upphafi hafa kynnt sér námið ágætlega þrátt fyrir að hafa ekki leitað til námsráðgjafa.

„Ég þekkti nokkra hjúkrunarfræðinga, sem gátu veitt mér ýmsar gagnlegar upplýsingar um námið og sjálft starfið. Ég var í fyrsta hópnum þar sem fjöldatakmörkanir voru viðhafðar varðandi hjúkrunarnámið við HA. Fyrsta önnin var því nokkuð strembin enda stefndu allir nemendur að því að fá að halda áfram. Sennilega vorum við 35 í upphafi

og síðan voru valdir 25 til að halda áfram námi. Samkeppnin var því ansi mikil en þetta hafðist allt saman hjá mér. Námið var mjög fjölbreytt, bæði fræðilegt og klínískt. Þegar ég horfi á uppbyggingu námsins í dag sýnist mér að ekki þurfi að breyta miklu og líklega hefur það ekki tekið verulegum breytingum frá því ég var í námi. Auðvitað eru alltaf einhverjar nýjungar og ný viðhorf en í heildina séð er námið mjög svipað.“

Hjúkrunarfræði og nán persónuleg samskipti

„Já, já, ég var ákveðin í að starfa sem hjúkrunarfræðingur að námi loknu, sú hugsun gerði mjög snemma vart við sig og ég réð mig strax til starfa við Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri. Auðvitað var maður nokkurn tíma að öðlast ákveðið öryggi og sjálfstæði í starfi en það kom allt saman með tímanum. Stundum er sagt að hættulegasta hugsun hjúkrunarfræðingsins sé sú að hann telji sig kunna alla skapaða hluti. Ef sú hugsun er til staðar þá eru einfaldlega meiri líkur á mistökum. Þetta á svo sem við um allar starfsstéttir ef út í það er farið. Starfið sjálft er hins vegar góður skóli og í hjúkrun er nokkuð mikil verkleg kennsla, bæði í skólanum og á stofnunum. Og svo bætist við að oftar en ekki starfa nemendur gjarnan við sjúkrastofnanir á sumrin. Hitt er svo annað mál að sjálfur grunnurinn er lagður í sjálfu náminu.



Sigríður Huld segir alltaf ánægjulegt að útskrifa nemendur. Ljósmynd: Hilmar Friðjónsson.

Samspil skólans og starfsins geta ekki verið hvort án annars, það sem maður lærir í vinnunni er ekki hægt að kenna í skóla og svo öfugt.“

Sigríður Huld segir að hjúkrunarfræði byggist að hluta til á nánum persónulegum samskiptum. „Já, og það reynir ekki beint á mann í slíkum samskiptum í skólanum, en að vísu er mikið fjallað um samskipti og umönnun á námstímanum og grunnurinn er lagður þar. Og ég vil líka benda á að samskipti við samstarfsfólk eru ekki síður mikilvæg en samskiptin við sjúklinga og aðstandendur.“

Símenntun nauðsynleg

Sigríður Huld segir að stefnan hafi alltaf verið sett á Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri að loknu námi við Háskólann á Akureyri. „Ég fékk vinnu á kvennadeildinni, líklega sótti ég um að starfa þar vegna þess að amma mín var ljósmóðir og á þessum árum var ég farin að gæla við að

fara í slíkt nám. Starfið var í senn fjölbreytt, skemmtilegt og gefandi og ég naut mín vel á deildinni. Einn daginn var maður kannski að hjálpa til á fæðingardeildinni og hinn daginn á kvensjúkdómadeildinni þar sem dauðinn var nálægur. Eftir fyrsta árið í starfi var þó orðið ljóst að ég færi líklega ekki í ljósmæðranám. Ég ákvað að fara í kennsluréttindanám við Háskólann á Akureyri og þar fann ég vel hversu grunnurinn í hjúkrunarfræðináminu var gagnlegur. Kennsla og hjúkrun eru á margan hátt lík, til dæmis eru samskipti við fólk stór hluti starfsins.“

Eftir að Sigríður Huld hafði aflað sér kennsluréttinda starfaði hún áfram sem hjúkrunarfræðingur en sinnti jafnframt stundakennslu við Háskólann á Akureyri og Fjórðungssjúkrahúsið á Akureyri. „Síðan sótti ég um stöðu verkefnastjóra fræðslumála við sjúkrahúsið og var ráðin, en það þýddi að ég var ekki eins mikið við störf á kvennadeildinni. Fræðsluviðið var enn í mótun á þessum árum en það sér meðal um námskeið fyrir starfandi sjúkraliða og hjúkrunarfræðinga auk þess að skipuleggja námskeið og fleira. Heilbrigðisstéttir leggja ríka áherslu á símenntun enda eru framfarir og breytingar í heilbrigðisgeiranum örar og þess vegna er nauðsynlegt að símenntun sé stöðugt í boði. Hjúkrunarfræðingar eru margir í fjarnámi á tilteknum sviðum greinarinnar og verkefni fræðsluviðsins er meðal annars að hvetja starfsfólk til að stunda slíkt nám. Sjálf er ég á þeirri skoðun að hjúkrunarfræðingar eigi að leggja meiri áherslu á klíniska fræðslu frekar en fræðilega fræðslu. Um þetta eru reyndar skiptar skoðanir en aðalatriðið er engu að síður að símenntun er nauðsynleg. Um það eru allir sammála.“

Gagnast landsbyggðinni

Sigríður Huld segir að hjúkrunarfræðinámið við Háskólann á Akureyri skipti miklu máli, ekki aðeins fyrir stéttina heldur fyrir allt samfélagið. „Starf hjúkrunarfræðinga hefur tekið breytingum í gegnum tíðina, verkefni sem hjúkrunarfræðingar sinna í dag eru orðin fjölbreyttari. Þetta á við um almenna umönnun, stjórnun og stefnumótun. Fyrir landsbyggðina er þetta nám á Akureyri afskaplega mikilvægt enda sýna tölur að hjúkrunarfræðingar,

sem útskrifast frá Háskólanum á Akureyri, starfa frekar á landsbyggðinni. Deildin gagnast þess vegna ekki aðeins Akureyri og byggðarlögunum hérna fyrir norðan og ég bendi líka á að deildin býður upp á fjarnám. Þannig er hjúkrunarfræðinám í boði á Ísafirði svo dæmi sé tekið.“

Hjúkrunarfræðingurinn stendur með skólameistararum

Sigríður Huld ákvað að skipta um starfs- vettvang árið 2006 en þá var hún ráðin aðstoðarskólameistari Verkmennta- skólans á Akureyri sem er einn stærsti framhaldsskóli landsins. Nemendur skólans eru um 1.200. „Ég hafði kennt svolítið við skólann enda með kennsluréttindi. Þegar þessi staða var auglýst ákvað ég að sækja um og var ráðin. Á þessum árum var farið að tala um hvaða leiðir væru færar til að breyta uppbyggingu náms á framhaldsskólastigi og ég hafði áhuga á að taka þátt í þeim breytingum. Þegar þú spyrð hvort breytingin á starfinu hafi verið mikil er svarið bæði já og nei. Núna er ég til dæmis laus við vaktavinnuna en hins vegar er bindingin á margan hátt mun meiri enda um að ræða stjórnunarstöðu. Starfið er mjög svo skemmtilegt, rétt eins og í hjúkrunarfræðinni. Í þessum stéttum koma oft upp mál sem eru erfið úrlausnar og snúast um mannleg samskipti. Margt í starfinu og náminu í hjúkrunarfræðinni stendur virkilega vel með mér í því sem ég er að starfa við í dag.“

Sigríður Huld segir ánægjulegt og gefandi að starfa með æsku landsins sem á stundum njóti ekki sannmælis meðal almennings. „Langflestir, sem koma til okkar, standa sig með ágætum og koma til með að gera í framtíðinni. Auðvitað á þetta ekki við um alla, þannig hefur það alltaf verið. Möguleikar ungs fólks eru allt aðrir og betri en á árum áður. Að mínu viti eru framhaldsskólar landsins framsæknir og bjóða allir upp á gott nám. Núna er verið að breyta námstímanum til stúdentsprófs og skiptar skoðanir eru um þá tilhögun. Sjálf er ég sannfærð um að stytting námsins sé rökrétt skref og að námið verði skilvirkara fyrir vikið.“

Hún segir alltaf ánægjulegt að útskrifa nemendur. „Já, brautskráningin er klár-

lega einn ánægjulegasti hluti starfsins. Að kveðja nemendurnar og horfa á eftir þeim út í sjálft lífið er ótrúlega gefandi.“

Óvænt í pólitíkina

„Ég hafði aldrei skipt mér af pólitík og hafði reyndar aldrei gefið upp mínar skoðanir í stjórnmálum. Sem stjórnandi á stórum vinnustað fannst mér það ekki viðeigandi. Nokkru fyrir síðustu bæjarstjórnarkosningar komu fulltrúar Samfylkingarinnar hérna á Akureyri að máli við mig og vildu fá mig í framboð. Eftir talsverða umhugsun ákvað ég að slá til, sérstaklega vegna þess að ég taldi mig hafa reynslu og þekkingu fram að færa sem gæti gagnast samfélaginu. Til að gera langa sögu stutta skipaði ég annað sæti framboðslista flokksins sem fékk tvo

fulltrúa. Ég settist því í bæjarstjórn í vor og er því enn að kynna þessu nýja og um margt ógrandi verkefni.“

Sigríður Huld segir að skilgreina megi starf bæjarfulltrúans sem þjónustuhlutverk. „Já, hiklaust. Ég tel mig vera í vinnu fyrir mitt nærsamfélag og gæta hagsmuna þess. Og ef við líkjum störfum bæjarfulltrúanna við störf hjúkrunarfræðinganna eru þau á margan hátt af svipuðum toga. Bæjarfulltrúinn hugsar um vellíðan bæjarins og hjúkrunarfræðingurinn hugsar um vellíðan sjúklingsins. Bæjarfulltrúinn vill að fólkinu í bænum líði vel rétt eins og hjúkrunarfræðingurinn vill að sjúklingnum líði sem best. Þegar á öllu er botninn hvolft mættu gjarnan vera fleiri hjúkrunarfræðingar í pólitík!“

Sigríður Huld er formaður félagsmálaráðs sem nýverið hefur ákveðið að endurskoða stefnu bæjarins í velferðarmálum.

„Þetta er um margt krefjandi verkefni. Þreyta í samfélaginu birtist víða vegna niðurskurðar, átaka af ýmsum toga og svo framvegis. Margt ungt fólk getur ekki sinnt námi eða vinnu vegna eiturfylfjanotkunar og geðrænna sjúkdóma svo dæmi sé tekið. Ég vil leggja mín lóð á vogarskálarnar, þess vegna gaf ég kost á mér til bæjarstjórnar. Vonandi tekst mér að verða samfélaginu til gagns enda tók ég þetta verkefni að mér með það fyrir augum.“



HJÚKRUN 2015 er vísindaráðstefna haldin í samstarfi eftirfarandi aðila:

Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
Hjúkrunarfræðideildar HÍ
Hjúkrunarfræðideildar HA
Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
Landspítala

Auglýst eftir ágripum

HJÚKRUN 2015

Heilbrigðisþjónusta: fagmennska og framtíðarsýn

Ráðstefnan verður haldin á **Hilton Reykjavík Nordica** dagana **8.-9. október 2015**

Boðið verður upp á fyrirlestra, vinnusmiðjur og veggspjaldakynningar.

Umsóknafrestur til að senda inn ágrip er til **30. apríl 2015**
Sjá nánar undir fagsviði á **www.hjukrun.is**



BÓKARKYNNING

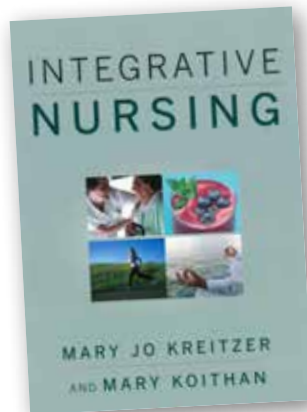
HEILDRÆN SAMPÆTT HJÚKRUN

Í byrjun árs 2014 kom út bók um heilðræna samþætta hjúkrun sem ber heitið Integrative Nursing. Bókinni er ritstýrt af tveimur bandarískum hjúkrunarfræðingum, Mary Jo Kreitzer og Mary Koithan. Í henni eru fjörtíu og tveir kaflar sem allir varpa ljósi með einum eða öðrum hætti á heilðræna samþætta hjúkrun.

Mary Jo Kreitzer er einn af stofnendum og núverandi stjórnandi Center for Spirituality and Healing (CSH) við Háskólann í Minnesota. Hún hefur heimsótt Ísland þrisvar og haldið opinbert erindi þar sem hún kynnti CSH og hugmyndir sínar um viðbótarmeðferð. Mary Koithan er dósent við Háskólann í Arizona. Ritstjórunum finnst þörf á að minna á heilðræna samþætta hjúkrun í nútímaheilbrigðisþjónustu og er þetta ágæt tilraun til að útfæra hugmyndir um heilðræna þjónustu með nýjum hætti út frá sjónarhóli hjúkrunar. Þær telja mikilvægt að horfa á einstaklinginn og tengsl hans við sína nánustu, umhverfi sitt og sjálfan sig. Velliðan er ekki bara góð heilsa heldur samspil marga þátta.

Í upphafskafli bókarinnar setur Mary Koithan fram sex meginatriði sem einkenna heilðræna samþætta hjúkrun. Þau eru: Manneskjan er heilðræn vera og ekki aðskilin frá umhverfi sínu. Manneskjan hefur innri þörf fyrir heilbrigði og velliðan. Náttúran getur haft endurnærandi áhrif og stuðlað þannig að heilbrigði og velliðan. Heilðræn hjúkrun snýst um manneskjur og byggist á samskiptum. Heilðræn hjúkrun byggist á gagnreyndri þekkingu og notar þær aðferðir sem efla heilbrigði eftir því hver þörfin er og hvernig aðstæður eru hverju sinni. Heilðræn hjúkrun leggur áherslu á heilbrigði og velliðan bæði hjá þeim sem hana þiggur og þeim sem þá þjónustu veitir.

Höfundar bókarkafllanna fjörutíu og tveggja koma viðs vegar að þótt flestir séu frá Bandaríkjunum. Þetta eru bæði ungir og rosknir hjúkrunarfræðingar frá ólíkum



Integrative Nursing. Ritstjórar: Mary Jo Kreitzer og Mary Koithan. Útgefandi: Oxford University Press 2014. ISBN: 978-0-19-986073-9. Bókin er 575 bls.

sviðum innan hjúkrunar, bæði frá háskólum og frá sjúkrastofnunum. Bókin skiptist í sex hluta. Í fyrstu tveim hlutum er nánar fjallað um hvað einkennir samþætta heilðræna hjúkrun og lögð áhersla á hvernig hjúkrunarfræðingar geta hlúð að sjálfum sér, umhverfi sínu og umhverfi sjúklinga. Tekin eru dæmi um útfærslu þessara atriða innan heilbrigðisstofnana og í umhverfi hjúkrunar, til dæmis í heilsuþjálfun (e. health coaching), næringu, hreyfingu og lífsstíl. Í næstu þrem hlutum bókarinnar er farið nánar í hvernig hægt er að hagnýta samþætta heilðræna hjúkrun við að draga úr einkennum. Þar er að finna kafla sem fjalla sérstaklega um einkenni eins og kvíða, streitu, ógleði, þunglyndi, þreytu, verki og svefnerfiðleika. Í köflunum eru góðar skýringartölur sem

sýna hvernig hægt er að beita þessari hjúkrun til að draga úr þessum einkennum og tekin klínísk dæmi. Sem dæmi má taka kaflann um svefnerfiðleika en þar er farið í mikilvægi þess að hlusta vel á sjúkrasögu sjúklingsins og leggja mat á hvaða þættir hafa áhrif á svefn. Sett er fram í töflu hvaða þætti svefnvandamála er hægt að hafa áhrif á, fyrst með einföldum hætti og síðan smám saman farið í flókari meðferðategundir. Einnig er að finna kafla um hvernig heilðræn samþætt hjúkrun endurspeglar við tiltekna aðstæður, svo sem líknaðarhjúkrun, geðhjúkrun, öldunarhjúkrun og samfélagshjúkrun og hvernig má þróa hana á ákveðnum menntunarstigum hjúkrunarfræðinga. Í lok bókarinnar eru kaflar skrifaðir af hjúkrunarfræðingum frá sex löndum þar sem þeir lýsa því hvernig samþætt heilðræn hjúkrun er veitt í þeirra landi og hvernig hana má þróa frekar. Þessi lönd eru Þýskaland, Tyrkland, Bretland, Írland, Ísland og Svíþjóð.

Bókin hefur fengið afar góðar viðtökur í Bandaríkjunum og í Evrópu. Talsverður áhugi er á því að koma skilaboðum hennar frekar á framfæri og rýna enn betur í hvað felst í heilðrænni samþættri hjúkrun. Því var ákveðið að halda ráðstefnu og er það heiður fyrir Ísland að fá að vera gestgjafi þessarar vonandi bara fyrstu ráðstefnu um þetta efni. Margir útdrættir hafa verið sendir inn og koma þeir viðs vegar að og því óhætt að segja að ráðstefnan verði alþjóðleg. Á ráðstefnunni verða um 70 erindi, veggspjöld og vinnusmiðjur auk þriggja gestafyrirlesara. Ráðstefnan verður haldin í Hörpu 18.-20. maí 2015.

STARFSUMHVERFI HJÚKRUNARFRÆÐINGA – ÖRUGGT EÐA VARASAMT?



Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga (ICN) hefur ítrekað bent á að skortur á starfsfólki hafi áhrif á bæði gæði þjónustunnar og öryggi sjúklinga. Á síðasta ári skoruðu Evrópusamtök félaga hjúkrunarfræðinga (EFN) og Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga á stjórnámálamenn að beita sér fyrir því að bæta starfsskilyrði hjúkrunarfræðinga og að til staðar sé nægilegur fjöldi til að tryggja gæði og öryggi heilbrigðisþjónustunnar, endurmeta spár um þörf á vinnuafli til lengri og skemmri tíma til að tryggja fullnægjandi framboð á vel menntuðum hjúkrunarfræðingum, efla hjúkrunarmenntun svo hún samræmist þörfum skjólstæðinga og samfélagsins á hverjum tíma og að auka þátttöku þeirra í opinberri stefnumótun.

Undanfarin misseri hefur mikið verið rætt um starfsumhverfi heilbrigðisstarfsmanna og hefur þessi umræða farið hátt í tengslum við nýafstaðnar verkfallsaðgerðir lækna. Starfsumhverfið hefur áhrif bæði á öryggi starfsmanna og sjúklinga. Margar rannsóknir hafa verið gerðar á starfsumhverfi heilbrigðisstétta undanfarin ár og sýna þær svo ekki verður

á móti mælt að það gegnir sífellt stærra hlutverki varðandi gæði þjónustunnar og öryggi þeirra sem þar starfa og sækja þjónustu.

Slæm vinnuskilyrði og streita starfsfólks hefur áhrif á störf þeirra og hafa innlendar og erlendar rannsóknir sýnt tengsl milli streitu og kulnunar starfsfólks annars

vegar og gæða þjónustu og öryggis sjúklinga hins vegar. Öryggi sjúklinga er því erfitt að tryggja á meðan vinnuumhverfi heilbrigðisstarfsfólks er ekki öruggt og styðjandi. Því má segja að öruggt starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga auki öryggi þeirra sem aftur eykur öryggi sjúklinga og gæði þeirrar þjónustu sem þeim er veitt.

Undanfarin ár hafa margir íslenskir hjúkrunarfræðingar starfað erlendis. Hafa þeir ýmist ráðið sig tímabundið og ferðast reglulega á milli landanna eða flutt búferlum. Frá ársbyrjun 2008 fram á mitt ár 2013 fengu tæplega 500 íslenskir hjúkrunarfræðingar starfsleyfi í Noregi. Afar mikilvægt er fyrir heilbrigðisþjónustuna í landinu að þessi atgervisflótti verði stöðvaður sem allra fyrst. Auk hækkunar launa hefur vinnuumhverfið mikið að segja þegar hjúkrunarfræðingar velja sér starfsvettvang. Því er nauðsynlegt að skoða vinnuumhverfið og á hvern hátt megi bæta það í komandi kjarasamningum.

Starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga

En hvað er starfsumhverfi? Er það bara húsnæðið sem unnið er í eða er það eitthvað meira? Hvernig hefur það áhrif á starfsánægju og öryggi starfsfólks og sjúklinga þeirra?

Til starfsumhverfis má telja þætti sem hafa áhrif á öryggi bæði starfsfólks og sjúklinga, svo sem mönnun, vinnuálag, vinnutíma, aðstæður á vinnustaðnum, tækjabúnað, verklagsreglur, sýkingavarnir, ræstingar, þríf auk ýmissa annarra umhverfisþátta eins og hávaða og lýsingu. Þá má einnig telja til starfsumhverfis mikilvæga þætti eins og samvinnu, traust, stuðning og síðast en ekki síst möguleika á símenntun og þróun í starfi.

Eitt af grundvallaratriðum í gæðum þjónustu er öryggi sjúklinga og starfsfólks. Þrátt fyrir það er starfsfólki heilbrigðisþjónustunnar víða gert erfitt fyrir að veita sjúklingum örugga og góða þjónustu þar sem vinnustaðurinn tryggir ekki öryggi þeirra sem þar starfa. Það er því mikilvægt að huga að helstu þáttum starfsumhverfisins og skoða á hvern hátt þeir hafa áhrif á öryggi hjúkrunarfræðinga og sjúklinga.

Mönnun hjúkrunarfræðinga

Skortur á starfsfólki á heilbrigðisstofnunum er alþjóðlegt vandamál sem hefur veruleg áhrif á öryggi sjúklinga og gæði þjónustunnar eins og margar innlendar og erlendar rannsóknir hafa staðfest undanfarin ár. Það er ekki eingöngu öryggi

Eitt af grundvallaratriðum í gæðum þjónustu er öryggi sjúklinga og starfsfólks. Þrátt fyrir það er starfsfólki heilbrigðisþjónustunnar víða gert erfitt fyrir að veita sjúklingum örugga og góða þjónustu.

sjúklinga sem er ógnað í núverandi ástandi heldur einnig öryggi starfsfólksins.

Mönnun er afar mikilvægur þáttur þegar kemur að öryggi sjúklinga. Til að hjúkrunarfræðingar geti sinnt sjúklingum sínum á þann hátt að öryggi þeirra sé sem best tryggt þarf að gæta þess að þeir séu ekki látnir annast of marga sjúklinga á hverri vakt. Fjöldi hjúkrunarfræðinga og hæfni þeirra hefur áhrif á öryggi sjúklinganna. Lágt hlutfall sjúklinga á hvern hjúkrunarfræðing og hátt hlutfall hjúkrunarfræðinga í starfshópnum eru þeir tveir grundvallarþættir sem taldir eru auka öryggi. Eftir því sem hjúkrunarfræðingur þarf að annast fleiri sjúklinga minnka möguleikar hans á að sinna þeim á fullnægjandi hátt og hætta eykst á því að það bitni á sjúklingum með ófyrirséðum afleiðingum, jafnvel ótímabærum dauða eins og rannsóknir Lindu Aiken og hennar samstarfsmanna benda til (Aiken o.fl., 2002; Clarke og Aiken, 2003).

En ekki er nóg að huga að fjöldanum eingöngu, samsetning hópsins skiptir einnig máli. Hæfilegur fjöldi hjúkrunarfræðinga á vakt og rétt samsetning með tilliti til reynslu, þekkingar og hæfni skiptir líka máli. Þannig þarf að setja óreynda hjúkrunarfræðingar á vakt með reynslu og svo framvegis. Ef mikið er um tímabundið vinnuafli eða umsetning hjúkrunarfræðinga er ör á deildinni getur það dregið úr öryggi þar sem þeir ná ekki að kynnast hvorki sjúklingum né starfsemi deildanna sem þeir vinna á. Alþjóðaráð hjúkrunarfræðinga hefur bent á þetta og hvatt stofnanir til að leggja áherslu á að

manna með stöðugu vinnuafli í stað þess að treysta á tímabundið vinnuafli.

En hvað ernægur fjöldi hjúkrunarfræðinga? Um þá skilgreiningu hefur mikið verið rætt á undanförunum árum og sýnist sitt hverjum. ICN bendir réttilega á að ekki er hægt að tala um neina eina skilgreiningu á nauðsynlegum fjölda hjúkrunarfræðinga sem gildir alls staðar. Ekki eru allir á eitt sáttir með hvaða leið skuli valin og hverjir eigi að ákveða fjöldann en það er alveg ljóst að einhver viðmið verður að setja hér á landi um lágmarksfjölda hjúkrunarfræðinga til að tryggja öryggi bæði sjúklinga og hjúkrunarfræðinga. Ýmsar leiðir hafa verið farnar til að reyna að tryggja lágmarksmönnun. Má þar nefna að í Viktoríuríki í Ástralíu og Kaliforníu í Bandaríkjunum hefur verið farin sú leið að fastsetja ákveðið hlutfall milli fjölda hjúkrunarfræðinga og sjúklinga (nurse-to-patient ratio), annars staðar er mönnun byggð á hjúkrunarþyngdarkerfi eins og gert hefur verið hér á landi á Landspítala. Í desember síðastliðnum gaf Embætti landlæknis út viðmið um mönnun á hjúkrunarheimilum. Tilgangur þeirra er meðal annars að tryggja gæði þjónustunnar og öryggi íbúa eins og frekast er kostur. Því miður er eingöngu um að ræða fagleg viðmið sem hafa hvorki lagalegt né reglugerðarlegt ígildi.

Með rannsóknum undanfarinna ára um sambandið milli mönnunar og afdrifa sjúklinga hefur fengist gagnreynd þekking sem stjórnendum ber skylda til að nota í baráttunni fyrir viðunandi mönnun hjúkrunarfræðinga og þar með auknu öryggi sjúklinga.

Álag

Álag er eitt af því sem hefur áhrif á öryggi bæði hjúkrunarfræðinga og sjúklinga. Álagi er gjarnan lýst þannig að hjúkrunarfræðingar þurfi að sinna of mörgum sjúklingum eða of lítill tími gefist til að sinna sjúklingahópnum. Algengt er að hjúkrunarfræðingar kvarti yfir tímaskorti þar sem þeir telja sig ekki fá nægan tíma til að hjúkra sjúklingunum eins og þeir vildu.

Álag á hjúkrunarfræðinga virðist vera að aukast alls staðar í hinum vestræna heimi

og á þetta einnig við hér á landi. Aukið álag má rekja í meginatriðum til skorts á hjúkrunarfræðingum og öðru starfsfólki, veikari sjúklingum og styttri legutíma. Einnig hafa þættir eins og skipulag á deildinni og verkefni hjúkrunarfræðinga áhrif hér á. Til eru margar rannsóknir, bæði innlendar og erlendar, sem fjallað hafa um álag í starfi hjúkrunarfræðinga og áhrif þess á starfsánægju og kulnun. Í síðasta tölublaði Tímarits hjúkrunarfræðinga birtist grein eftir Helgu Bragadóttur og fleiri (2014) um óframkvæmda hjúkrun á sjúkrahúsum á Íslandi. Kom þar fram að helsta ástæða þess að hjúkrun var ekki framkvæmd tengdist mannafla og voru algengustu ástæðurnar ófyrirséð fjölgun sjúklinga, aukin hjúkrunarþyngd á deildinni, versnandi ástand sjúklings, of fátt starfsfólk og ónógur fjöldi aðstoðarfólks. Óframkvæmd hjúkrun getur valdið fjölgun óvæntra atvika og getur þannig skilið á milli lífs og dauða.

En þrátt fyrir ónóga mönnun og sífellt aukið álag er hjúkrunarfræðingum gert að sinna auk sérhæfðra hjúkrunarstarfa ýmsum störfum sem ekki krefjast sérþekkingar eða hæfni þeirra. Má þar nefna ritarastörf, störf í býtibúri og skoli og jafnvel þríf sem annað starfsfólk ýmist hefur séð um eða getur tekið að sér. Slík nýting sérhæfðs vinnuafls er ekki merki um góða stjórnunarhætti og ætti löngu að vera aflögd en því miður er ekki svo. Það er illa farið með mannauðinn ef meistaramenntaður hjúkrunarfræðingur með langa starfsreynslu er látinn leysa af í býtibúri eins og Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga fékk vísbendingu um nýverið.

Vinnutími

Til að takast á við skort á hjúkrunarfræðingum er aukin krafa gerð til hjúkrunarfræðinga um að þeir vinni meira, bæði lengri vaktir og fleiri aukavaktir og meiri yfirvinnu. Langur vinnutími er hins vegar álitinn ein stærsta ógnunin við öryggi sjúklinga og hjúkrunarfræðinga. Sýnt hefur verið fram á að hætta á mistökum eykst eftir því sem vinnutími lengist og hafa þættir eins og lengd vakta, yfirvinna og fjöldi vinnustunda á viku áhrif þar á. Lengd vakta hefur mikil áhrif og hætta á mistökum eykst um allt

Hvild hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna er því afar mikilvægur þáttur í að auka bæði öryggi sjúklinga og eigið öryggi.

að þriðjung ef vaktin stendur lengur en tólf og hálfa klukkustund (Rogers o.fl., 2004).

Áhrif vaktavinnu hafa verið skoðuð af ýmsum fræðimönnum undanfarin ár. Má segja að áhrifin séu mörg og margvísleg. Má þar nefna áhrif á svefn og gæði svefns. Fjöldi rannsókna sýnir sterk tengsl milli of stutts svefns og margháttaðra heilsufarsvandamála, svo sem offitu og sykursýki (Björg Þorleifsdóttir, 2015).

Vaktavinna hefur ekki eingöngu áhrif á líkamlega heilsu heldur er hún einnig talin hafa neikvæð áhrif á andlega og félagslega líðan og velferð hjúkrunarfræðinga, sérstaklega þeirra sem vinna á þrískiptum vöktum og skipta ört milli vakta. En með breyttu vaktar-fyrirkomulagi má hafa áhrif á þessa þætti til betri vegar (Eldevik o.fl., 2013).

Þreyta og svefnleysi getur haft áhrif.

Til eru rannsóknir sem fjalla um þreytu hjúkrunarfræðinga og afleiðingar hennar á öryggi sjúklinga og gæði þjónustu. Ör skipti milli morgun-, kvöld- og næturvakta draga úr svefni milli vakta og það veldur svefnleysi, syfju og þreytu (Eldevik o.fl., 2013). Áhyggjur af því að gera mistök í öllu annríkinu geta valdið streitu sem hefur áhrif á andlega líðan og dregur úr hvíld og svefni (Aðalbjörg Finnbogadóttir, 2006; Eldevik o.fl., 2013).

Hvild hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna er því afar mikilvægur þáttur í að auka bæði öryggi sjúklinga og eigið öryggi. Í vinnutílskipun Evrópusambandsins segir að allir starfsmenn skulu fá viðunandi hvíldartíma og er hvíld skilgreind í tímaeiningum.

Þar segir meðal annars að vinnutíma skuli haga þannig að á 24 klukkustunda tímabili skuli starfsmaðurinn fá að minnsta kosti 11 klukkustunda samfellda hvíld. Í kjarasamningum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga er að finna nánari útfærslu á daglegum hvíldartíma og skipulagi vinnutíma í takt við tilskipun Evrópusambandsins. Þar er að finna ákvæði um undanþágu frá lágmarks-hvildinni. Félagið hefur um árabil viljað afnema þessa undanþágu en hefur ekki fengið hljómgrunn fyrir því hjá viðsemjendum. Athyglisvert er að velta fyrir sér af hverju stjórnvöld eru tilbúin til að samþykkja afslátt á hvíldartímaákvæðum heilbrigðisstarfsmanna en setja á sama tíma strangar reglur um hvíldartíma í fólksflutningum þar sem starfsmenn, hvort heldur eru í heilbrigðisþjónustu eða fólksflutningum, eru með mannlíf í höndunum, þó með ólíkum hætti sé. Þau rök að það skorti mannafla til að veita viðunandi hvíld í heilbrigðiskerfinu eru ekki nægjanleg þar sem mistök, sem rekja má til of lítillar hvíldar, geta verið alvarleg og valdið bæði sjúklingi og starfsmanninum sjálfum óbætanlegum skaða.

Vinnuaðstæður

Húsnæðið og aðstæður á vinnustað flokkast undir vinnuumhverfi. Ef húsnæðið er lítið og þröngt, lekt og smitað af myglusvepp má jafnvel kalla það heilsuspillandi. Slæm vinnuaðstaða og þrængsl skapa hættu á mistökum og geta valdið starfsmönnum heilsutjóni.

Lyfjatiltekt og lyfjagjöf er stór þáttur í starfi hjúkrunarfræðinga. Þeir þekkja vel til hættu á mistökum tengdum lyfjagjöfum og hafa erlendar rannsóknir sýnt að truflanir við lyfjagjafir geta aukið líkur á mistökum um allt að 12%. Því skiptir miklu máli að aðstaða til lyfjatiltektar sé í góðu lagi. Rannsóknir Helgu Bragadóttur og fleiri hafa sýnt að hjúkrunarfræðingar verða fyrir mjög miklum truflunum í starfi sínu en þær geta haft áhrif á öryggi sjúklinga. Í niðurstöðum rannsókna hennar og fleiri á vinnu og vinnuumhverfi hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á Landspítala kom í ljós að lyfjavinna hjúkrunarfræðinga var rofin að meðaltali 11 sinnum á hverri vakt

(Helga Bragadóttir, 2012). Slíkar truflanir geta ógnað öryggi bæði sjúklinga og hjúkrunarfræðinga.

Samstarf og traust

Mikilvægt er að vera í góðu andlegu jafnvægi og hafa hugann við vinnuna til að auka eigið öryggi og annarra. Andleg vanlíðan, pirringur og vonleysi geta haft áhrif á vinnuna til hins verra. Átök, togstreita og skilningsleysi milli samstarfsaðila og milli deilda geta einnig valdið vanlíðan og óöryggi. Mismunandi aðstæður í vinnunni geta kallað fram ýmist tilfinningu um vellíðan eða vanlíðan. Vellíðan og ánægja fylgir tilfinningunni um að hafa gert vel og hafa yfirsýn, komast yfir það sem á að gera og hafa sinnt sjúklingunum vel. Hins vegar kallar það fram vanlíðan hjá hjúkrunarfræðingum þegar þeim finnst þeir ekki sinna sjúklingum sínum vel. Þeir verða ósáttir við sjálfa sig og sín faglegu störf og þeir hugsa frekar um að hætta. Gott samstarf og teymisvinna, sem byggist á trausti og virðingu fyrir þekkingu og reynslu samstarfsaðila, er eitt mikilvægasta atriðið til að auka vellíðan starfsfólks og þar með öryggi þeirra og sjúklinga (Aðalbjörg Finnbogadóttir, 2006). Samhjálp og stuðningur við erfiðar aðstæður frá samstarfsfólki og yfirmönnum er lykilatriði.

Símenntun

Símenntun er einn mikilvægasti þátturinn í að viðhalda fagmennsku. Stöðug þróun og tækifæri hjúkrunarfræðinga til að afla sér nýrrar þekkingar og nýta hana á vettvangi er og mikilvægur þáttur í að efla hjúkrunarfræðinga. Styðjandi stjórnendur, þátttaka í gæða- og umbótastarfi og tækifæri til að hafa áhrif á vinnuumhverfið eykur og á starfsánægju (Aðalbjörg Finnbogadóttir, 2006). Æ meiri kröfur eru gerðar til fagstétta um að viðhalda þekkingu sinni í hröðum heimi tækni, vísinda og þekkingarþróunar. Hjúkrunarfræðingar hafa kallað eftir því að fá símenntun viðurkennda sem hluta af starfi sínu þannig að ákveðinn tími af vinnutíma þeirra sé ætlaður til sí- og endurmenntunar. Mikilvægt að horfa til þessa þáttar í komandi kjarasamningum þeirra, sér í lagi þar sem tilskipun Evrópu-

Hjúkrunarfræðingar líta á það sem sína meginskyldu, bæði siðferðilega og faglega, að koma í veg fyrir að sjúklingur skaðist vegna mistaka og óvæntra atvika.

sambandsins 2013/55 um viðurkenningu á faglegri menntun og hæfi, felur í sér aukna áherslu á símenntun heilbrigðisstarfsmanna.

Lokaorð

Hjúkrunarfræðingar skilgreina öryggi sitt í beinum tengslum við öryggi sjúklinganna. Þeir gera sér ríka grein fyrir því að þeir bera ábyrgð á öryggi sjúklinganna og til þess að þeir geti borið þá ábyrgð verða þeir að geta treyst á að umhverfið sé þeim hliðhollt og styðjandi. Þeir óttast ekki að ráða ekki við aðstæður vegna skorts á þekkingu heldur hafa þeir áhyggjur af því að geta ekki ætíð stjórnað aðstæðum og sínu nánasta umhverfi. Þeir gera sér fyllilega grein fyrir því að ef eitthvað kemur fyrir sjúklingana getur það haft áhrif á þeirra eigin framtíð, faglega og persónulega æru, eigið líf og velferð. (Aðalbjörg Finnbogadóttir, 2006; Katrín Blöndal o.fl., 2010).

Hjúkrunarfræðingar líta á það sem sína meginskyldu, bæði siðferðilega og faglega, að koma í veg fyrir að sjúklingur skaðist vegna mistaka og óvæntra atvika. Til að geta sinnt þeirri skyldu þarf mönnun, vinnuálag og vinnuumhverfi að styðja við þessa skyldu.

Stjórnendur heilbrigðisstofnana þurfa að huga að því að bæta starfsumhverfi sem heilbrigðisstarfsmönnum er boðið. Það má kallast undarlegt að þær stofnanir, sem eiga að sinna heilsu landsmanna, bjóði starfsfólki sínu upp á áhættusamt og jafnvel heilsuspillandi starfsumhverfi. Hjúkrunarfræðingar þurfa að láta sig varða nánasta starfsumhverfi sitt og láta

frá sér heyra varðandi það sem betur má fara. Vaktavinna, álag og ónóg mönnun hjúkrunarfræðinga eru þættir sem Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga mun hafa í huga við gerð næstu kjarasamninga. Stór hluti af réttindum starfsfólks er að þeim sé búið starfsumhverfi sem styður þá og eflir en ógnar ekki öryggi þeirra og heilsu og öryggi sjúklinga.

Heimildir:

- Aðalbjörg Finnbogadóttir (2006). *Nurses' lived experience of work safety. Factors that support and threaten nurses' safety in their hospital work environment*. Óbirt lokaverkefni til meistaraþrófs við University of Manchester, The Royal College of Nursing, London.
- Aiken, L.H., Clarke, S.P., Sloane, D.M., Sochalski, J.A. og Silber, J.H. (2002). Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction, *JAMA*, 288(16), 1987-1993.
- Björg Þorleifsdóttir (2015). Hefur of fljót klukka á Íslandi áhrif á svefnvenjur Íslendinga? *Læknablaðið*, 101 (fylgirit 82.17).
- Clarke, S.P., og Aiken, L.H. (2003). Failure to rescue: Needless deaths are prime examples of the need for more nurses at the bedside. *American Journal of Nursing*, 103(1), 1-6.
- Eldevik, M.F., Flo, E., Moen, B.E., og Pallesen, S. (2013). Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nursing having less than 11 hours in-between shifts, *PLOS ONE*, 8(8).
- Helga Bragadóttir (2012). *Mögulegir áhrifaþættir atvika í heilbrigðisþjónustu*. Sótt á <http://www.visir.is/mogulegir-ahrifathættir-atvika-i-heilbrigdisthjonustu/article/2012712129989>.
- Helga Bragadóttir, Björk Sigurjónsdóttir og Heiður Hrunn Jónsdóttir (2014). Óframkvæmd hjúkrun á sjúkrahúsum á Íslandi: Lýsandi rannsókn. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 90(4), 40-49.
- Katrín Blöndal, Bergþóra Eyjólfsdóttir og Herdís Sveinsdóttir (2010). Að vinna margslungin verk af fagmennsku í breytilegu umhverfi: Um störf hjúkrunarfræðinga á skurðlækningadeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86(1), 50-56.
- Rogers, A.E., Hwang, W.T., Scott, L.D., Aiken, L.H., og Dinges, D.F. (2004). The working hours of hospital staff nurses and patient safety. *Health Affairs*, 23(4), 202-212.

ÞANKASTRIK

EINKAREKSTUR ER EKKI EINKAVÆÐING

Einkarekstur og einkavæðing heilbrigðisþjónustunnar hafa verið talsvert í umræðunni síðustu vikur. Hugtakið einkarekstur hefur fengið á sig neikvæða merkingu í umræðunni um einkavæðingu, hugsanlega í ljósi þess að við tengjum það einna helst við einkavæðingu bankanna og gróðahyggju. Í þessari umræðu hafa prófessorar, pólitíkusar og aðrir tjáð sig á þá leið að einkavætt heilbrigðiskerfi mismuni fólki, að einkarekstur sé kostnaðarsamari en almannakerfið, að þjónustugjöld séu hærri í einkarekstri og að aðilar í einkarekstri veiti sjaldnast heildstæða þjónustu.

Í mínum huga er mikill munur á einkarekstri, þar sem gerður er samningur við aðila um rekstur heilbrigðisþjónustunnar með ákveðnum skilyrðum fyrir opinbert fé, og einkavæðingu sem er einkaframkvæmd rekin og fjármögnuð af sama aðilanum.

Það vill gleymast í allri þessari umræðu að heilbrigðiskerfi okkar, sem fjármagnað er af hinu opinbera í gegnum almannatryggingakerfið, er og hefur verið að meirihluta rekið af öðrum en hinu opinbera með góðum árangri. Einkarekstur í opinbera heilbrigðiskerfinu er ekki eitthvað nýtt af nálinni. Einkaframkvæmdir sjálfstætt starfandi aðila og opinberra aðila, svo sem heilsugæslunnar, sem veita viðbótarþjónustu sem greidd er að fullu af hinu sjúkratryggða, er heldur ekki eitthvað nýtt af nálinni. Það eru ef til vill hin augljósu skil milli hins opinbera og einkareksturs sem hafa minnkað með aukinni stýringu, eftirliti, lögum og reglugerðum og síðast og ekki síst með skýrari ákvæðum og kröfum um gagnsemi þjónustunnar. Almennu veltum við því



Helga Garðarsdóttir er deildarstjóri greiningardeildar Sjúkratrygginga Íslands. Helga er hjúkrunarfræðingur með meistaragráðu í heilsuhagfræði og hefur starfað sem sérfræðingur í samningamálum Sjúkratrygginga Íslands.

ekkert fyrir okkur hvort það sé sjálfstætt starfandi aðili, fyrirtæki í einkaeigu, sjálfseignarstofnun eða opinber aðili sem sér um að veita þjónustuna þegar við þurfum á henni að halda.

Gott dæmi um þetta eru sjálfstætt starfandi ljósmæður sem eru aðilar að rammamningi við Sjúkratryggingar

Íslands um fæðingar og umönnun sængurkvenna í heimahúsum eftir fæðingu. Framkvæmd samnings um þjónustuna hefur gengið vel og eru alls 112 ljósmæður aðilar að samningnum. Hin faglega umgjörð og umfang þjónustunnar hefur aukist talsvert síðustu ár en rúmlega 80% kvenna nýta sér nú þjónustu þeirra eftir fæðingu. Til samanburðar var hlutfallið tæp 37% árið 2006. Sjálfstætt starfandi ljósmæður á samningi eru ábyrgar fyrir því að halda skrá yfir heilsufarsmat og umönnun á meðan þær annast konu, barn og fjölskyldu fyrstu dagana eftir fæðingu. Þær miðla upplýsingum áfram til þeirra er sjá um áframhaldandi eftirlit og stuðla þannig að samfelldri og heildstæðri þjónustu. Talsverður sveigjanleiki einkennir þjónustu ljósmæðra þar sem hún er veitt á öllum tímum sólarhrings alla daga ársins. Það er einmitt þessi sveigjanleiki sem torvelað hefur hinu opinbera að taka að sér þjónustuna, auk þess sem beinn kostnaður, þá sér í lagi launakostnaður, við að færa hana yfir í heilsugæsluna er umtalsverður. Ef okkur finnst einkarekstur og einkavæðing hafa

Þankastrik er fastur dálkur í blaðinu og höfundur hvers pistils stingur upp á þeim næsta. Í þankastriki gefst hjúkrunarfræðingum færi á að tjá sig um ýmislegt sem varðar hjúkrun og er þeim hjartfólgið. Pistlarnir geta fjallað um ákveðin málefni, sögur af kynnum við sjúklinga eða starfsfólk, eitthvað sem hefur orðið höfundum til hugljómunar eða hvaðeina annað sem tengist starfinu og hugmyndafræði þess.

sömu merkingu, eru þá ljósmæður að einkavæða heilbrigðisþjónustuna eins og umræðan hefur verið?

Við ákvörðun um hvaða heilbrigðisþjónustu eigi að veita í einkarekstri og kosta af almannafé þarf að meta þörfina fyrir þjónustuna, líklegan árangur af henni, gæði hennar, kostnað og það fjármagn sem til ráðstöfunar er. Hlutverk Sjúkratrygginga Íslands er að tryggja aðgang að góðri og hagkvæmri heilbrigðisþjónustu með þjónustukaupum í gegnum samninga við sjálfstætt starfandi veitendur heilbrigðisþjónustu. Ekki eru gerðir samningar við fyrirtæki um kaup nema þau séu í meirihlutaeigu þeirra aðila sem þar veita þjónustuna og við þau starfa. Undantekning er þegar samið er við til dæmis félagasamtök og sjálfseignarstofnanir. Sjúkratryggingar

Íslands gera meðal annars samninga um endurhæfingu, sjúkrabjálfun, talbjálfun, heimahjúkrun, tannlækningar, sérfræðilækningar, sjúkraflutninga og sálfræðiþjónustu við börn. Í samningum þarf þjónustan að vera vel skilgreind, skila árangri, uppfylla ákveðnar gæðakröfur og vera fjárhagslega hagkvæm. Samningar eru því eins konar stjórnþæki og samskiptaform milli Sjúkratrygginga Íslands og seljanda þjónustunnar.

Ég tel að það sé enginn ágreiningur um hvernig eigi að reka og fjármagna heilbrigðiskerfið í gegnum almannatryggingakerfið, heldur frekar hvernig eigi að forgangsraða og dreifa ábyrgð og fjármunum. Umræðan og ágreiningurinn snýst einna helst um hvaða þjónustu Landspítali vill veita eða hvort hann er sáttur við að fela öðrum að

veita þjónustuna. Einnig er það samvinna og samstarf milli einkarekstrar og hins opinbera sem veitir hinum sjúkratryggða þjónustu á mismunandi stigum sem þarf að efla og bæta án andúðar í garð hvors annars. Með forgangs röðun þurfum við að vera vakandi fyrir því hvort hægt er að nota opinbert fé á hagkvæmari, sanngjarnari og skilvirkari hátt og þannig koma til móts við kröfur um nýja tækni og ný lyf. Skilvirkni snýst um að ná settum markmiðum með sem minnstum tilkostnaði, og hagkvæmni snýst um að tryggja nauðsynlega þjónustu á mismunandi stigum í heilbrigðiskerfinu, ekki eingöngu spítalabjónustu.

Ég skora á Gerði Evu Guðmundsdóttur ljósmóður að skrifa næsta þankastrík.

DOKTORSVÖRN

Þorbjörg Jónsdóttir varði doktorsritgerð sína í hjúkrunarfræði við hjúkrunarfræðideild HÍ þriðjudaginn 16. desember sl. Athöfnin fór að venju fram í hátíðasal Háskóla Íslands.

Doktorsritgerð hennar ber heitið „Langvinnir verkir, heilsutengd lífsgæði, notkun á heilbrigðisþjónustu og samskipti við heilbrigðisstarfsmenn vegna langvinnra verkja meðal íslensks almennings.“ Tilgangur rannsóknarinnar var að lýsa eðli langvinnra verkja meðal almennings á Íslandi ásamt tengslum þeirra við notkun á heilbrigðisþjónustu og mat á samskiptum við heilbrigðisstarfsmenn.

Andmælendur voru dr. Tone Rustøen, prófessor við Háskólann í Ósló, og dr. Stefán Hrafn Jónsson, dósent við félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands. Leiðbeinendur og umsjónarkennarar voru dr. Sigríður Gunnarsdóttir, dósent við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og framkvæmdastjóri hjúkrunar á LSH, og dr. Helga Jónsdóttir, deildarforseti hjúkrunarfræðideilda Háskóla Íslands. Auk þeirra sátu í doktorsnefnd dr. Eiríkur Línal, sálfræðingur og sérfræðingur í klínískri sálfræði, dr. Thor Aspelund, dósent í lýðheilsufræðum við Háskóla Íslands, og dr. Harald Breivik, prófessor í svæfingalækningum við Háskólann í Ósló. Dr. Inga Þórsdóttir, forseti heilbrigðisvísindasviðs, stjórnaði athöfninni.



Dr. Þorbjörg Jónsdóttir.

Doktorsverkefnið byggist á tveimur rannsóknum. Fyrst var lagt mat á spurningalistann Patients' Perceived Involvement in Care Scale (I-PICS) og svo var gerð þverskurðarrannsókn á landsvísi á áhrifum langvinnra verkja á daglegt líf og heilsutengd lífsgæði.

Meðal annars kom fram að mynstur og styrkur langvinnra verkja ráða mestu um hversu mikil áhrif þeir hafa

á daglegt líf og heilsutengd lífsgæði. Mynstur verkja ásamt neikvæðum áhrifum þeirra á daglegt líf hafa mest forspárgildi um hvort einstaklingurinn nýtir sér heilbrigðisþjónustu vegna þeirra. Þorbjörg ályktar að mikilvægt sé að hvetja fólk með langvinna verki til að nýta sér heilbrigðisþjónustu áður en þeir valda meiriháttar truflun á daglegu lífi.

Þorbjörg lauk stúdentsprófi frá Menntaskólanum við Sund árið 1981 og BS-gráðu í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands árið 1985. Hún útskrifaðist með meistaragráðu í verkjafræðum frá háskólanum í Cardiff í Wales 2005 og byrjaði í doktorsnámi 2009. Þorbjörg hefur starfað sem ráðgjafi í verkjameðferð við Sjúkrahúsið á Akureyri en er nú lektor við hjúkrunarfræðideild Háskólans á Akureyri.

Gamlar perlur

HVAÐ VERÐUR UM HJÚKRUNARKONURNAR?



Skortur á hjúkrunarfræðingum er gömul saga og ný. Hér er sagt frá stöðunni 1942 og er margt sem lesendur ættu að kannast við. Á næstu árum munu til dæmis óvenjumargir hjúkrunarfræðingar fara á eftirlaun. Eitt sem hefur breyst er að hjúkrunarfræðingar hætta ekki lengur störfum þegar þeir giftast.

Undanfarin ár hefir borið töluvert á því að vöntun væri á lærðum hjúkrunarkonum til almennra hjúkrunarstarfa. Og hefur þessari spurningu oft verið varpað fram: Hvað verður um hjúkrunarkonurnar?

Þar sem útlit er fyrir að enn meiri vöntun á lærðum hjúkrunarkonum verði í ár en verið hefir, virðist þess full þörf að athuga nánar hvernig sakir standa ef hægt yrði að ráða af því hvað gera þarf til þess að leysa þetta mikla vandamál sem hjúkrunarkvennaskorturinn er að verða.

Tölur þær, sem hér fara á eftir, eru teknar af athugunum sem gerðar hafa verið á félagaskrá FÍH og eru svör við þessum spurningum:

1. Hvað eru hjúkrunarkonurnar margar?
2. Hvað eru margar þeirra giftar?
3. Hvað eru margar hinna giftu hjúkrunarkvenna við störf?
4. Hvað eru margar við störf:
 - a. Á sjúkrahúsum?
 - b. Við heilsuvernd?
 - c. Við einkahjúkrun?
 - d. Önnur störf er heyra undir þjóðfélagsmál?
5. Hvað eru margar stöður til óskipaðar?
6. Hvað er hægt að búa til mikilli stöðufjölgun árlega?
7. Hvað hafa útskrifast margar hjúkrunarkonur árlega?

175 hjúkrunkonur eru félagar í FÍH, af þeim eru 59 giftar, þar af 7 erlendis, 6 giftar hjúkrunkonur eru við störf eins og stendur. Af þessum 116 eru 11 erlendis, 5 eru frá störfum sökum elli eða veikinda. Við störf eru því 106 hjúkrunkonur. Af þeim starfa:

- 80 við sjúkrahús.
- 19 við heilsuvernd.
- 3 við einkahjúkrun.
- 4 við önnur störf er heyra undir þjóðfélagsmál.
- Um 8-10 stöður eru óskipaðar, eins og stendur, ef ekki fleiri.

Það má búast við allt að því 5 nýjum stöðum árlega. T.d. mynduðust 8 nýjar stöður frá því síðari hluta ársins 1941 til þessa tíma, er hafa verið skipaðar.

Síðastliðin 10 ár hafa útskrifast 99 hjúkrunkonur úr Hjúkrunkvennaskóla Íslands og eru það 10 á ári að meðaltali. Af þessum 99 konum eru 37 giftar og 2 dánar.

Af þessu verður séð að langflestar hjúkrunkonur hætta störfum vegna giftinga og gefa flestar þeirra ekki kost á sér til starfa eftir það. Þessi og önnur ófyrirsjáanleg fráföll lærdra hjúkrunkvenna hafa ekki verið bætt upp. En aftur á móti hefir hingað til, vegna góðrar aðsóknar að skólanum, verið hægt að gera fyrir fráföllum á nemunum, en þau verða alltaf nokkur, einkanlega í byrjun námstímans, með því að taka fleiri nema í forskóla Hjúkrunkvennaskólans sem grípa má til ef þörf gerist. Þetta gerir það að verkum að skólinn er alltaf fullskipaður á öllum tímum.

Námstímabilið er 3 ár eins og kunnugt er, en það er ekki alltaf athugað að árið eftir að hjúkrunkonurnar útskrifast stunda þær 6 mánaða framhaldsnám á geðveikrahælinu á Kleppi og margar 4 mánaða framhaldsnám á skurðstofu Landspítalans. Þær koma því ekki til greina sem fullgildir vinnukraftur fyrr en eftir tæplega 4 ár frá því þær byrja námið. Fyrir stríðið dvöldu ávallt margar hjúkrunkonur við framhaldsnám erlendis, og er sjálfsgætt að gera ráð fyrir að eftir stríð sæki í sama horfið.

Sú breyting var gerð á fyrirkomulagi skólans síðastliðið ár að nemarnir eru nú teknir inn haust og vor. Þetta gerir það að verkum að dreifing vinnukraftarins verður jafnari yfir árið.

Nú munu margir spyrja: Hvers vegna er ekki nemum hjúkrunkvennaskólans fjölgað? Það er eðlilegt að svona sé spurt því það ætti að vera sú einfalda lausn málsins að bæta við nemum. En allir sem til þekkja vita að það er óframkvæmanlegt að fjölga nemum af þeim ástæðum sem nú skal greina.

Í fyrsta lagi, ef fleiri nemar væru teknir myndi hlutfallið milli þeirra og lærdra hjúkrunkvenna á spítalanum raskast um of.

Í öðru lagi er það algerlega útilokað meðan skólinn fær ekki eigið húsnæði að bæta við fleiri nemum. Aftur á móti, ef byggt yrði yfir skólann og þriðja hæð sjúkrahússins yrði tekin til afnota fyrir sjúklinga, eins og upphaflega var fyrirhugað, myndi lærdum hjúkrunkonum fjölga og yrði þá strax hægt að bæta við nemum og myndi sú aukning nema allt að því 5-6 nemum árlega.

Það er ekki hægt að véfengja þá staðreynd að skortur hjúkrunkvenna í landinu hlýtur innan skamms að draga úr eðlilegri þróun heilbrigðismála þjóðarinnar. Hjúkrunkonan er virkur aðili í framkvæmdum þessara mála og án hennar getur rekstur sjúkrahúsa eða fullkomlega skipulögð heilsuverndarstarfsemi ekki þrífist. Fyrir utan það að ef til hernaðaraðgerða kæmi hér á landi á næstunni og óbreyttir borgarar yrði fyrir slysum myndi skortur á hjúkrunkonum hljóta að hafa mjög alvarlegar afleiðingar.

Svona standa nú sakirnar í þessu máli og er það augljóst að þetta er ekki vandamál hjúkrunkarstéttarinnar einnar og verður því ekki leyst af henni, heldur þjóðfélagslegt vandamál sem allir borgarar eiga rétt á að verði tekið til úrlausnar án frekari tafa.

Greinin birtist upphaflega í 1. tölublaði Hjúkrunkvennablaðsins 1942. Höfundur greinar (S.B.) er að öllum líkindum Sigríður Bachmann en hún var þá ritari í stjórn Félags íslenskra hjúkrunkvenna. Á þessum tíma starfaði hún á Akureyri en sjö árum síðar var hún ráðin skólastjóri við Hjúkrunkvennaskóla Íslands.



LEIÐBEININGAR UM RITRÝNDAR GREINAR UPPFÆRÐAR

Fræðiritnefnd hefur nú gefið út uppfærðar leiðbeiningar til höfunda ritrýndra greina ásamt leiðbeiningum til ritrýna. Einnig hafa verið gerðir nýir gátlistar. Skjölin má finna á vef tímaritsins.

Handrit send inn eftir 1. mars 2015 með beiðni um ritrýni þurfa að vera frágengin samkvæmt nýjum leiðbeiningum. Höfundar annarra greina, þar sem vitnað er í heimildir, eru einnig hvattir til þess að kynna sér heimildareglurnar.

FJÖLBREYTT FRAMHALDSNÁM Í HJÚKRUNARFRÆÐI – LEIÐIN TIL FRAMTÍÐAR



Vakin er athygli hjúkrunarfræðinga á fjölbreyttu framhaldsnámi í hjúkrunarfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Haustið 2015 verður boðið upp á framhaldsnám í geðhjúkrun, hjúkrun langveikra og eldri borgara, hjúkrun aðgerðasjúklinga og sjúklinga með bráð og alvarleg veikindi, öldrunarhjúkrun, skurðhjúkrun og svæfingahjúkrun og er umsóknarfrestur til 15. apríl nk. Eins og undanfarin ár er áfram boðið upp á meistaranám þar sem áhersla er lögð á hlutverk klínískra sérfræðinga, hjúkrunarstjórnun eða rannsóknir. Auk þess er í boði grunn- og meistaranám í ljósmóðurfræði og þverfræðilegt diplómanám í kynfræði. Áfram verður boðið upp á einstök námskeið á meistarastigi í samstarfi við Endurmenntun Háskóla Íslands.

Sífeltil fleiri sækja um doktorsnám í hjúkrunarfræðideild og eru hjúkrunarfræðingar hvattir til að kynna sér umsóknarferlið en tekið er við umsóknum allt árið.

Metnaðarfullir hjúkrunarfræðingar eru hvattir til að kynna sér námsframboðið á heimasíðu deildarinnar. Frekari upplýsingar má fá hjá verkefnastjóra framhaldsnámsins, Margréti Gunnarsdóttur, maggagu@hi.is.

Meistara- og diplómanám: Geðhjúkrun

Markmið meistaranáms í geðhjúkrun er að dýpka þekkingu nemenda á hugmyndafræði geðhjúkrunar og að þjálfar nemendur í að meta geðheilbrigði og áhættuþætti geðheilbrigðis meðal einstaklinga, fjöl-

skyldna og hópa. Jafnframt er lögð rík áhersla á að nemendur öðlist færni í að beita markvissri hjúkrunarmeðferð, þróa hana og prófa innan stofnana sem utan. Námskeið á sviði geðhjúkrunar eru: Geðheilbrigði I; Greining, meðferð og úrræði og Geðheilbrigði II; Sérhæfð geðhjúkrun. Diplómanámið er til 30 ECTS-eininga. Megintilgangur þess er að efla færni og þekkingu hjúkrunarfræðinga sem annast um geðsjúka og fólk sem tekst á við fjölbreytt geðræn vandamál, vinna að forvörnum og starfa að framgangi geðheilbrigðismála almennt. Kennsla fer að mestu fram samhliða meistaranámi í geðhjúkrun.

Upplýsingar veita Margrét Gunnarsdóttir, maggagu@hi.is, og Jóhanna Bernhardsdóttir, johannab@hi.is.

Viltu vera virkur
þátttakandi í framþróun
hjúkrunar á Íslandi?
Kynntu þér framhaldsnám
í hjúkrunarfræði.
Umsóknarfrestur er til
15. apríl 2015.

Meistaránám: Hjúkrun langveikra og eldri borgara

Markmið meistaranáms í hjúkrun langveikra og eldri borgara er að nemendur tileinki sér þekkingu á eðli langvinnra veikinda og erfiðleika sem tengjast áföllum og breytingum sem verða á færni og heilsufari samfara hækkandi aldri. Lögð er áhersla á að efla færni í greiningu afmarkaðra heilsufarsvandamála og þróun meðferðar á vettvangi heilbrigðisstofnana, heilsugæslu og heimahjúkrunar. Nemendur geta valið ýmis námskeið, bæði þau sem hafa verið skipulögð í tengslum við diplómanám í öldrunarhjúkrun (sjá hér að neðan) og eins námskeið innan og utan deildar, t.d. í lýðheilsu.

Upplýsingar veita Margrét Gunnarsdóttir, maggagu@hi.is, og Kristín Björnsdóttir, kristbj@hi.is.

Diplómanám: Öldrunarhjúkrun

Í diplómanámi í öldrunarhjúkrun gefst nemendum tækifæri til að dýpka þekkingu sína á líkamlegum og sálfélagslegum þáttum er tengjast öldrun, jafnframt því að auka klíniska færni við skipulagningu meðferðar, leiðsögn, stuðning og fræðslu til skjólstæðinga, fjölskyldna þeirra og samstarfsmanna. Mikilvægur þáttur námsins er hagnýting gagnreyntrar þekkingar og kenninga við hjúkrun og skipulagningu þjónustu við aldraða.

Upplýsingar veita Margrét Gunnarsdóttir, maggagu@hi.is, og Ingibjörg Hjaltadóttir, ingihj@hi.is.

Meistaránám: Hjúkrun

aðgerðasjúklinga og sjúklinga með bráð og alvarleg veikindi

Markmið meistaranáms í hjúkrun aðgerðasjúklinga og sjúklinga með



bráð og alvarleg veikindi er að veita hjúkrunarfræðingum tækifæri til að dýpka þekkingu, skilning og færni við hjúkrun fólks með bráð og alvarleg veikindi. Að námi loknu hafa nemendur öðlast sérhæfða þekkingu á einkennum og þörfum bráðveikra og alvarlega veikra sjúklinga og geta veitt fjölbreytta og yfirgripsmikla hjúkrun og metið árangur hennar. Námið byggist á hugmyndafræði klínískra sérfræðinga í hjúkrun (advanced practice nursing) og felur í sér áherslu á klíník, gagnreynða þekkingu, verkferla og vinnulag, teymisvinnu og rannsóknir.

Upplýsingar veita Margrét Gunnarsdóttir, maggagu@hi.is, og Herdís Sveinsdóttir, herdis@hi.is.

Diplómanám: Skurðhjúkrun

Markmið diplómanáms í skurðhjúkrun er að nemendur öðlist þekkingu og færni í skurðhjúkrun og móti með sér heildarmynd af starfsgreininni byggða á hugmyndafræðilegum grunni hjúkrunar. Að námi loknu geti þeir nýtt kenningar, hugtök og rannsóknaniðurstöður við úrlausnir sjálfstæðra hjúkrunarverkefna í skurðhjúkrun. Námið dýpkar fræðilega þekkingu nemenda og felur í sér hvatningu til þeirra um að fylgjast með og stunda rannsóknir, endur- og símenntun og stuðla þannig að þróun fagsins innanlands og á alþjóðlegum vettvangi.

Upplýsingar veita Margrét Gunnarsdóttir, maggagu@hi.is, og Helga Hallgrímsdóttir, helgahal@landspitali.is.

Diplómanám: Svæfingahjúkrun

Diplómanám í svæfingahjúkrun byggist á gæðastöðlum um nám í svæfingahjúkrun sem samþykktir eru af alþjóðasamtökum svæfingahjúkrunarfræðinga (IFNA). Aðeins verður unnt að taka við tilteknum fjölda vegna takmarkaðrar getu sjúkrastofnana til að taka við nemendum í klínískt nám.

Upplýsingar veita Margrét Gunnarsdóttir, maggagu@hi.is, og Lára Borg Ásmundsdóttir, laraasmu@landspitali.is.

Helga Bragadóttir er dósent við hjúkrunarfræðideild HÍ og formaður rannsóknanámsnefndar.

FRUMKVÖÐLASTARF Í HJÚKRUN – HORFT FRAM Á VEGINN



Bára Sigurjónsdóttir, sérfræðingur í barnahjúkrun, lýsir hér bugðóttri leið sinni að núverandi starfi en með þrautseigju hefur henni tekist að koma ýmsu til leiðar sem gagnast langveikum börnum og fjölskyldum þeirra. Fleiri greinar um störf sérfræðinga í hjúkrun munu birtast á þessu ári.

Hjúkrun og læknisfræði byggist á hefðum. Flest heilbrigðisstarfsfólk verður þess vart á sínum fyrstu árum í starfi á heilbrigðisstofnunum. Sem hjúkrunarfræðingur á Barnaspítala Hringins varð ég alltaf jafnhissa þegar ég spurði: Af hverju er þetta gert svona en ekki hinseginn, af hverju er starfsemið ekki breytt í takt við tíðarandann og þarfir sjúklinganna hafðar að leiðarljósi? Þá kom nær alltaf sama svarið: Af því að þetta hefur alltaf verið gert svona.

Reynslan hefur sýnt mér að mikilvægt er að vera með opinn huga og tilbúinn að

skoða nýja hluti, takast á við breytingar og jafnvel horfa til þess að starfa sjálfstætt utan veggja sjúkrahúsa ef aðstæður kalla eftir því. Þannig er mín saga sem sérfræðings í barnahjúkrun sem ég mun núna stikla á stóru um í þessari grein.

Vissulega breytist ýmislegt með árunum og ákveðin þróun á sér stað. Þegar ég lít yfir mitt sérsvið innan barnahjúkrunar, hjúkrun langveikra barna og fjölskyldna, hef ég orðið vitni að því á minni starfsævi að alvarlega langveik börn, sem áður lifðu sitt æviskeið og nánast bjuggu á ungabarnadeild Barnaspítala

Hringsins, eru nú öll komin heim í faðm fjölskyldunnar. Þar þurfa foreldrarinn að bera hitann og þungann af allri umönnun þeirra.

Eftir að námi lauk réð ég mig á þáverandi ungabarnadeild barnaspítalans. Þar voru mikið veiku börnin sem ekki komust heim og áhugi minn beindist fljótt að þeim og hvernig mætti hlúa betur að þessum fjölskyldum. Í þá daga var afar takmörkuð aðstaða fyrir foreldra til að vera hjá börnum sínum og ekki í boði að fara með þau heim með viðunandi aðstoð. Man ég enn þá eftir hvað mér fannst það mikil sigur að hafa náð að koma einum ungum dreng, sem aldrei var útskrifaður, heim í einn sólarhring með miklum viðbúnaði. Eftir á að hyggja held ég að áhugi minn á heimahjúkrun hafi vaknað um þetta leyti.

Nokkrum árum síðar, þegar ég var orðin reynslunni ríkari, bauðst mér að ganga til liðs við brautryðjendur í heimahjúkrun barna, þær Guðrúnu Ragnarsdóttur, deildarstjóra í Rjóðri, og Kristínu Vigfúsdóttur, sem verktaki í heimahjúkrun barna sem þá var á vegum Tryggingastofnunar ríkisins. Um líkt leyti hófst sú viðleitni á barnaspítalanum að reyna að koma langveikum börnum heim. Það reyndist mikilvægt að samstarfsfólk mitt á ungabarnadeildinni þekkti mig og bar traust til minna starfa og varð það til þess að greiða fyrir að fleiri börn fengu að fara heim með stuðningi heimahjúkrunar. Að sama skapi fann ég enn betur til þess að sú þjónusta, sem veitt var á deildinni, hentaði ekki nógu vel fjölskyldum langveikra barna.

Hvað var til ráða? Eftir að hafa vakið máls á skoðunum mínum og sýnt málefnum áhuga bauðst mér að vinna í þverfaglegum hópi að tillögum um úrbætur. Við lögðum fram góðar tillögur en einhverra hluta vegna náðu þær ekki fram og lítil sem engin breyting varð á starfsemi.

Sérfræðingsnám

Á þessum tímamarki í starfi fann ég þörf fyrir að bæta við þekkingu mína í hjúkrun og í kjölfarið ákvað ég að fara í framhaldsnám í barnahjúkrun í háskólanum í Bresku Kólumbíu í Vancouver í Kanada og sérhæfa mig í hjúkrun langveikra barna og fjölskyldna. Ég valdi mér leiðina sem nefnist „advanced practice“ ásamt að leggja áherslu á rannsóknir. Ómetanlegt er að fara utan í framhaldsnám og víkka sjóndeildarhringinn. Þegar heim kom tók við skemmtilegur tími, unnið var að breytingatillögum fyrir starfseminu á nýjum barnaspítala sem þá var í byggingu og fékk ég tækifæri til að vinna í hópi að undirbúningi þess. Því miður urðu allt of fáar þessara tillagna að veruleika og haldið var áfram með svipaða starfsemi og var áður. Reyndar var ungbarnadeildin lögð niður við flutning yfir í nýja barnaspítalann en ég tel að það hafi ekki bætt þjónustuna við minn sjúklingahóp.

Um svipað leyti og nýr barnaspítali var opnaður árið 2003 fékk ég sérfræðileyfið mitt í barnahjúkrun. Full bjartsýni og vilja til góðra verka hófst ég handa að vinna að bættum hag langveikra barna og fjölskyldna þeirra innan veggja barnaspítalans sem sérfræðingur í hjúkrun langveikra barna og fjölskyldna þeirra. Enn og aftur var litlu hnikað í þá átt og takmarkaður áhugi og vilji var til breytinga á starfseminni. Þetta sýndi mér fram á að Barnaspítali Hringins væri kannski ekki eini vettvangurinn til að vinna að bættri þjónustu fyrir fjölskyldur barna með alvarlega, sjaldgæfa og langvinna sjúkdóma.

Eigin rekstur

Nú voru góð ráð dýr. Átti menntun mín, þekking og reynsla að daga uppi á barnaspítalanum eða var kominn tími til að breyta til? Til að koma því til leiðar, sem ég hafði ásett mér, ákvað ég að fara mína leið, hætti á barnaspítalanum og hóf á eigin spýtur að setja niður fyrir mér hvað þyrfti til að ná fram úrbótum í þjónustu við þann hóp sem ég hafði sérhæft mig í í mínu námi í Kanada. Hvað sögðu fræðin? Hvaða þróun var þyrjuð að eiga sér stað annars staðar



Á skrifstofu Báru eru skemmtilegar myndir af mörgum skjólstæðingum Leiðarljóss.

í heimi hjúkrunar varðandi þjónustu við fjölskyldur barna með alvarlega langvinna sjúkdóma? Hvað þurfti til á Íslandi til þess að bæta þjónustuna við þennan hóp?

Börn með alvarlega langvinna sjúkdóma voru nú farin að eiga heima á litlum hátæknisjúkrastofum heima hjá sér í umönnun foreldra og þá var í mínum huga eðlilegt og sjálfsagt að huga að bættri þjónustu utan veggja Landspítalans, úti í samfélaginu í þeirra umhverfi. Reynslan úr heimahjúkrun barna, sem ég hafði starfað við samhlíða starfi á spítalanum, sýndi mér að það vantaði vísan stað fyrir fjölskyldur langveikra barna til að fá aðstoð og stuðning úti í samfélaginu við umönnun veikra barna sinna á heimavelli. Nú tók við tímabil gagnasöfnunar og síðan hófst ég handa við að setja saman hugmyndafræði í viðskiptaáætlun að stuðningsmiðstöð fyrir fjölskyldur barna með alvarlega, sjaldgæfa sjúkdóma á námskeiði hjá Brautargengi. Í lok námskeiðsins áskotnaðist mér styrkur og ég stofnaði eigið fyrirtæki, Heilsueflingarmiðstöðina ehf., sem sinnir nú heimahjúkrun langveikra barna og barnageðhjúkrun á Reykjavíkursvæðinu. Þegar viðskiptaáætlun fyrir stuðningsmiðstöð, markmið og leiðir auk fjárhagsáætlunar lá fyrir þurfti að kynna

hugmyndirnar fyrir ráðherrum þáverandi ríkisstjórnar. Fór ég þá á fund Guðlaugs Þórs heilbrigðisráðherra og kynnti hugmyndir mínar. Ánægjulegt var að tillögur mínar áttu upp á pallborðið hjá ráðamönnum og háttvirtur ráðherra sendi erindi mitt samdægurs til samninga-nefndar Sjúkratrygginga Íslands til samingaviðræðna. Við náðum að eiga einn fund fyrir hrúnið haustið 2008 en þá var samingaviðræðum slitið. Öll plön fóru þá á hilluna og á meðan starfaði ég sem verkefnisstjóri hjá Lýðheilsustöð heitinni og lærði margt nýtt og gagnlegt, hvernig stjórnsýslan virkar, framsetningu fræðsluefnis, samskipti við fjölmiðla, gerð auglýsingaefnis og fleira sem átti eftir að koma sér vel síðar. Lýðheilsustöð var síðan lögð niður og starfsemin sett undir Embætti landlæknis, þar starfaði ég um skeið þangað til ég tók við núverandi starfi. Þekking mín í barnahjúkrun nýttist vel á báðum þessum vinnustöðum.

Í árslok 2011 hafði Elín Hirst núverandi þingkona samband og ég var beðin um að dusta rykið af tillögum um hvernig mætti bæta þjónustu við fjölskyldur alvarlega langveikra barna og kynna þær fyrir stöllum Á allra vörum, sem í kjölfarið ákváðu að safna fyrir stuðningsmiðstöð fyrir þennan hóp. Eftir 8 mánaða



Starfsfólk Leiðarljóss forðast að taka viðtöl við foreldra í skrifstofumhverfi.

undirbúningstímabil með stórum hópi af frábæru fólki fór söfnunarpátturinn Nótt og dagur í loftið 14. september 2012. Þjóðin gaf fjármagn til rekstrarins til næstu þriggja ára. Viðskiptaáætlunin var til ásamt fjárhagsáætlunum og nú þurfti aðeins að útfæra hugmyndirnar niður í smáatriði og ráða fólk til starfa. Leiðarljós, stuðningsmiðstöð fyrir fjölskyldur barna með alvarlega, sjaldgæfa sjúkdóma, var síðan opnað með viðhöfn og húsfylli 6. nóvember 2012.

Leiðarljós

Framfarir í tækni og læknávisindum leiða af sér að fleiri geta lifað lengur með alvarleg veikindi og ein afleiðing þess er að börnum með alvarlega og sjaldgæfa sjúkdóma, sem lifa lengur, fjölga. Skipulag heilbrigðis- og félagsmála hefur ekki náð að fylgja þessu eftir og hefur ekki breyst að því marki að ná að veita fjölskyldum langveikra barna heildstæða og samfellda þjónustu utan sjúkrahúsa. Þjónusta við fjölskyldur langveikra barna er ferðalag en ekki áfangastaður, því er samfella, samhæfing og samvinna allra sem koma að fjölskyldunni lykilatriði, en enginn vettvangur var til til að samhæfa þessa þjónustu og stuðning við fjölskyldur. Heilbrigðisþjónustan er eftir sem áður byggð upp að mestu leyti sem bráðþjónusta fyrir þá sem veikjast og þurfa skyndilega að leita sér aðstoðar.

Félagsþjónustan er veitt í viðkomandi sveitarfélagi þar sem barnið á lögheimili. Þjónustan við þessar fjölskyldur hefur hægt og rólega færst út af spítölum og stofnunum án þess að nokkur aðili eða stofnun hafi tekið að sér að hafa yfirsýn yfir eða bera ábyrgð á að halda utan um þjónustu við þessar fjölskyldur sem svo sannarlega þurfa að eiga greiðan aðgang að þjónustu og vísrí aðstoð inni á heimilum sínum og sinna börnum eftir að dvöl á sjúkrahúsi lýkur.

Núverandi starf mitt felst í því að veita forstöðu Stuðningsmiðstöðinni Leiðarljósi sem er ný þjónustuleið hér á landi til að halda utan um ákveðinn sjúklingahóp og er rekin af sjálfseignarfélaginu Nótt og dagur. Markmið Leiðarljóss er að samhæfa þjónustuna til að geta fundið bestu mögulegu lausnir fyrir hverja fjölskyldu fyrir sig svo hægt sé að skapa henni bestu hugsanlegu skilyrði til góðs og ánægjulegs lífs, þrátt fyrir veikindi barnsins. Hjá Leiðarljósi er í mótun ákveðin hjúkrunarmeðferð sem felur í sér að meta stöðu fjölskyldunnar, liðan hennar og bjargráð og fylgja málefnum hennar eftir. Unnið er að því að virkja fánleg úrræði og stuðning í samráði við fjölskylduna.

Hjá Leiðarljósi starfa þrír barnahjúkrunarfræðingar og einn ráðgjafarproskabjálfi sem sér um félagsleg réttindamál. Unnið

er í þverfaglegu samstarfi með öðru fagfólki á ýmsum stofnunum víðs vegar um landið.

Leiðarljós samnýtir húsnaði hjá Rauða krossi Íslands með Heilsueflingarmiðstöðinni sem rekur heimahjúkrun barna. Heimahjúkrun barna er hjúkrunarþjónusta á heimili þeirra fjölskyldna sem þurfa á aðstoð hjúkrunarfræðings að halda við umönnun og eftirlit með veiklu barni. Heimahjúkrun hefst oft þegar dvöl á sjúkrahúsi lýkur og stendur yfir eins lengi og þörf þykir í hverju tilviki fyrir sig. Heimahjúkrun felur til dæmis í sér eftirlit og mat á sjúkdómsástandi barnsins þar sem fylgst er með breytingum á einkennum sjúkdómsins og almennri liðan þess og þroska. Foreldrar fá fræðslu og kennslu í þeirri sérhæfðu umönnun sem barnið þarfnast. Hjá þessum tveimur sjálfstætt starfandi fyrirtækjum í heilbrigðisþjónustu, sem halda utan um þennan hóp, starfa um 12 hjúkrunarfræðingar. Langflestir þeirra vinna í hlutastörfum með öðrum störfum við hjúkrun.

Lokaorð

Sérfræðiþekking mín í hjúkrun hefur komið ýmsu til leiðar í þágu hópsins sem ég lagði upp með í byrjun að ryðja veginn fyrir að bættri þjónustu. Leiðin var löng, en með þrautseigju og staðföstum ásetningi hefur tekist að ná ýmsum áföngum og fleiri verkefni eru í farvatninu.

Sérfræðingar í hjúkrun ættu óhikað að hugsa út fyrir rammann til þess að finna réttu leiðina að því marki sem þeir stefna að. Það er okkar að ryðja leiðina og taka skrefin sem stuðla að framþróun hjúkrunar á því sérfræðisviði sem við höfum kosið að starfa við.



Bárá Sigurjónsdóttir er sérfræðingur í barnahjúkrun með hjúkrun langveikra barna og fjölskyldna sem sérvið. Hún er með meistargráðu frá háskólanum í Bresku Kólumbíu í Vancouver í Kanada og útskrifaðist þaðan 2001. Á árunum 2003-2007 var hún sérfræðingur í hjúkrun langveikra barna og fjölskyldna á Barnaspítala Hringins en starfar nú hjá Leiðarljósi.



LEIÐRÉTTING – ÓFRAMKVÆMD HJÚKRUN

Fyrir mistök urðu nokkrar villur í prentaðri útgáfu greinarinnar „Óframkvæmd hjúkrun á sjúkrahúsum á Íslandi: Lýsandi rannsókn“ í síðasta tölublaði Tímarits hjúkrunarfræðinga. Er beðist velvirðingar á því. Leiðrétt grein er nú að finna á vef tímaritsins og er lesendum bent á að nota þessa útgáfu.

Greinin er mikilsvert framlag til þekkingar manna á vinnu-aðstæðum hjúkrunarfræðinga og viðleitni þeirra til þess að bæta öryggi sjúklinga. Fyrsti höfundur greinarinnar, Helga Bragadóttir, hefur rannsakað ýmsar hliðar þessa máls og eru lesendur hvattir til þess að kynna sér rannsóknir hennar. Tímarit hjúkrunarfræðinga hefur til dæmis birt eftirfarandi greinar, ritrýndar og óritrýndar:

Helga Bragadóttir, Hlín Árnadóttir og Bryndís Bjarnadóttir (2010). Lyfjamistök hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 86(3), 6-11.

Alda Ásgeirsdóttir og Helga Bragadóttir (2011). Rannsókn á vinnu og vinnuumhverfi sjúkraliða á bráðalegudeildum Landspítala. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 87(5), 48-55.

Sveinfríður Sigurpáldóttir, Ragnar F. Ólafsson og Helga Bragadóttir (2012). Viðbótarvinnuálag á hjúkrunarfræðinga í bráðabjónustu: Lýsandi rannsókn. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 88(5), 50-56.

Sigrún Gunnarsdóttir og Helga Bragadóttir (2012). Þættir sem hafa áhrif á vinnu hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða á bráðalegudeildum. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 88(1), 46-56.

Helga Bragadóttir, Margrét Sigmundsdóttir, Brynja Ingadóttir, Katrín Blöndal, Lovísa Baldursdóttir og Elín J.G. Hafsteinsdóttir (2013). Örugg lyfjavinna hjúkrunarfræðinga – lengi býr að fyrstu gerð. Tímarit hjúkrunarfræðinga, 89(5), 44-47.



Aðalfundur 2015

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga verður haldinn mánudaginn 18. maí 2015 á Grand Hótel, Reykjavík.

Allir félagsmenn hafa rétt til setu á aðalfundi. Atkvæðisrétt hafa félagsmenn með fulla aðild og fagaðild sem skrá sig til þátttöku á fundinn fyrir 11. maí. Aðrir fundarmenn hafa þar ekki atkvæðisrétt.

Nánar auglýstur síðar á vefsvæði félagsins www.hjukrun.is

Félagsmenn með fulla aðild að Fíh eru hjúkrunarfræðingar sem eru félagsmenn og þiggja laun skv. kjarasamningi sem félagið hefur gert fyrir þeirra hönd og/eða greiða félagsgjöld af dagvinnulaunum og atvinnuveitandi greiði tilskilin gjöld í sjóði félagsins f.h. starfsmannsins. Félagsmenn með fagaðild að Fíh eru hjúkrunarfræðingar sem hafa óskað eftir fagaðild og greitt fagaðildargjald til félagsins en þiggja ekki laun samkvæmt kjarasamningi félagsins. Lífeyrisþegar teljast til fagaðila.

ÁRANGUR AF KYNFRÆÐSLUNÁMSEFNINU „KYNVERULEIKI Í LJÓSI KYNHEILBRIGÐIS“

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur: Rannsóknir benda til að kynfræðsla í skólum stuðli að betra kynheilbrigði unglinga. Hér á landi eru barneignir unglingsstúlkna og kynsjúkdómar eins og klamydía tíðari en í mörgum öðrum löndum í Evrópu. Það bendir til þess að þörf sé á kynfræðslu sem er líkleg til að skila árangri. Árangur af kynfræðslu í grunnskólum á Íslandi hefur lítið verið rannsakaður. Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta árangur nýs kynfræðsluefnis, *Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis*.

Aðferð: Nafnlaus könnun var haustið 2010 lögð fyrir nemendur í 8. bekk eins grunnskóla Reykjavíkur, fyrir og eftir kynfræðslu sem stóð í átta vikur. Alls svaraði 101 nemandi báðum könnunum, 52 stúlkur og 49 drengir. Könnuð var þekking, viðhorf, kynhegðun og samræður við foreldra um kynheilbrigðismál.

Niðurstöður: Niðurstöður sýndu aukna þekkingu og meiri samræður við foreldra en breytt viðhorf komu í minna mæli fram í kjölfar kynfræðslunnar, einkum hjá stúlkum. Í ljós kom að þekking hafði aukist marktækt meðal nemenda (úr 68% réttum svörum í 79%, $p < 0,001$). Stúlkur höfðu ívið meiri þekkingu en drengir í upphafi (70% rétt svör, 65%) en þekking jókst um 10% hjá báðum kynjum eftir fræðsluhlutun. Viðhorf til ábyrgðar í kynlífi ($p = 0,034$) og til fordóma ($p = 0,002$) breyttist marktækt á milli kannana hjá báðum kynjum. Hjá drengjum urðu mun meiri breytingar á viðhorfum en hjá stúlkum. Jafnframt ræddu unglingar og foreldrar meira saman um kynheilbrigðismál og nam sú aukning 24%.

Ályktanir: Niðurstöður styðja fyrri rannsóknir um árangur kynfræðslu í grunnskólum hvað varðar þekkingu, viðhorf og samræður við foreldra. Þær benda einnig til þess að það sé mikilvægt að hefja alhliða kynfræðslu eigi síðar en í 7. bekk til að unglingar fresti því að byrja að stunda kynlíf. Frekari rannsóknir á námsefninu eru æskilegar áður en það fer í almenna notkun.

Lykilorð: Kynfræðsla, unglingar, viðhorf, þekking, samræður kynhegðun.

INNGANGUR

Alþjóðasamtök hafa lagt áherslu á rétt til kynlífsheilbrigðis. Í þeim rétti felst meðal annars réttur til alhliða kynfræðslu (*comprehensive sexuality education*) og réttur til þess að fræðslan byggist á vísindalegum grunni (PAHO og WHO, 2000; WAS, 1999). Rannsóknir á kynheilbrigði íslenskra unglinga benda til að það megi bæta til muna. Kynheilbrigði er samspil líkamlegra, andlegra, félagslegra og tilfinningalegra þátta sem lúta að kynlífi og frjósemi fólks (Sóley S. Bender, 2006). Í stuttu máli vísar kynlífsheilbrigði til þess að stunda

ENGLISH SUMMARY

Bender, S.S., and Friðbjarnardóttir, A.F.

The Icelandic Journal of Nursing (2015), 91 (1), 46-53

EFFECTIVENESS OF THE SEXUALITY EDUCATIONAL PROGRAM „SEXUAL REALITY IN THE CONTEXT OF SEXUAL AND REPRODUCTIVE HEALTH“

Purpose: Previous studies have shown that school-based sexuality education can improve adolescents' sexual and reproductive health. Teenage childbearing and sexually transmitted diseases like chlamydia are more common in Iceland than in many European countries which indicates the need for effective sexuality education. Few studies have been conducted within primary schools in Iceland about the effectiveness of sexuality education. The purpose of this study was to evaluate the effectiveness of a new sexuality education program called *Sexual Reality in the Context of Sexual and Reproductive Health*.

Method: An anonymous survey was administered in the fall of 2010 to 8th grade students in one primary school in Reykjavik, before and after a sexuality education intervention. The sexuality education program lasted for eight weeks. In total 101 students answered both tests, 52 girls and 49 boys. The questionnaire measured knowledge, attitudes, sexual behavior and communication with parents about sexual health issues.

Results: The findings showed that knowledge and communication with parents increased with sexual education but changes in attitudes towards sexual health issues were less obvious, especially among girls. Results showed a significant increase in knowledge among students about sexual health matters (68% to 79%, $p < 0.001$). Girls had higher levels of knowledge at baseline compared to boys (70%; 65%) but knowledge increased by about 10% over time among both genders. Attitudes of the pupils towards responsibility ($p = 0.034$) and prejudice ($p = 0.002$) changed significantly between pre- and post-test both for girls and boys. The changes in attitudes were more obvious among boys. Communication with parents about sexual issues increased by 24%.

Conclusions: This study supports previous research about the effectiveness of sexuality educational programs regarding knowledge, attitudes and communication with parents. It also indicates the need to provide comprehensive sexuality education no later than in 7th grade in order to postpone sexual debut by adolescents. Further evaluation of this educational program is recommended before public use.

Keywords: Sexuality education, adolescents, attitudes, knowledge, communication, sexual behavior.

Correspondance: ssb@hi.is

heilbrigð, gott og gefandi kynlíf en frjósemisheilbrigði lýtur að frjósemisþættinum, þ.e. að fólk sé fært um að eiga ábyrgt kynlíf en hafi jafnframt frjálsræði til að ákveða hvort, hvenær og hversu oft það vilji eignast börn. Landskönnun meðal íslenskra unglunga á aldrinum 18-20 ára unglunga árið 2009 leiddi í ljós að við 13 ára aldur sögðust 4,6% vera byrjuð að stunda kynlíf en það hlutfall var komið í 17,7% við 14 ára aldur (Sóley S. Bender, 2012). Slíka aukningu á kynferðislegri virkni milli þessara aldurshópa má einnig sjá í erlendum rannsóknum (Coyle o.fl., 2004; Thomas o.fl., 1998). Það hefur sýnt sig um langt skeið að fleiri ungar íslenskar stúlkur (19 ára og yngri) eignast börn heldur en kynsystur þeirra á Norðurlöndum (Bender o.fl., 2003; NOMESCO, 2013) og eiga að jafnaði fleiri rekkjuna (Kjaer o.fl., 2011). Auk þess eru klamydíusýkingar algengastar hér á landi (NOMESCO, 2013). Markviss notkun getnaðarvarna er lykilatriði til varnar ótímabærum þungunum og er smokkurinn einkar mikilvægur til að minnka líkurnar á kynsjúkdómasmiti. Í alþjóðlegri rannsókn á heilbrigði skólábarna (Health Behaviour of School Children, HBSC) á árunum 2009-2010 kom í ljós að hlutfall 15 ára unglunga á Íslandi, sem notuðu smokkinn við síðustu samfarir, var um 67% en var að meðaltali um 87% í Eistlandi, Lúxemborg, Grikklandi og Frakklandi þar sem notkunin var mest (Currie o.fl., 2012). Samkvæmt þessum upplýsingum er greinilegt að bæta má kynheilbrigði unglunga og ein leið til þess er að veita markvissa og gagnreynda kynfræðslu í skólum. Engin heildarúttekt hefur verið gerð á kynfræðslu (eða kynheilbrigðiskennslu) í grunnskólum á Íslandi en hún getur verið mjög mismunandi eftir skólum. Í nýrri aðalnámskrá grunnskóla, þar sem fjallað er um heilbrigði og velferð, segir: „Helstu þættir heilbrigðis sem leggja þarf áherslu á eru: jákvæð sjálfsmynd, hreyfing, næring, hvíld, andleg vellíðan, góð samskipti, öryggi, hreinlæti, *kynheilbrigði* og skilningur á eigin tilfinningum og annarra“ (Mennta- og menningarmálaráðuneytið, 2013, bls. 23). Það er því mikilvægt í skólum landsins að leggja áherslu á kynheilbrigði. Aðeins er til hér á landi ein rannsókn þar sem skoðaður hefur verið árangur af alhliða kynfræðslunámsefni. Er það rannsókn á námsefninu *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir* sem gert var fyrir meira en tveimur áratugum (Sóley S. Bender, 2012). Það námsefni var gefið út árið 1991 en hefur ekki verið endurskoðað og þótti því nauðsynlegt að semja nýtt kynfræðsluefni sem byggðist á þessu námsefni en jafnframt á gæðastöðlum og alþjóðlegum leiðbeiningum. Þörf er á kynfræðsluefni hér á landi sem byggist á gagnreyndri þekkingu. Rannsóknir sýna að með því að bjóða upp á vandaða alhliða kynfræðslu er hægt að hafa áhrif á þætti sem stuðla að bættu kynheilbrigði hvað varðar viðhorf og þekkingu unglunga en einnig er lýtur að kynhegðun þeirra (Carvajal o.fl., 1999; Coyle o.fl., 2004; Kirby o.fl., 2004; Kirby o.fl., 1991; Tortolero o.fl., 2010; Zimmerman o.fl., 2008). Á meðal þátta, sem sérfræðingar telja einna auðveldast að vinna með og breyta, eru þekking og viðhorf unglunganna sjálfra til kynlífs, skynjun þeirra á viðhorfum jafningja, innri löngun (hvatning) þeirra til að fyrirbyggja þungun eða kynsjúkdómasmit og trú þeirra á eigin getu (Kirby og Lepore, 2007). Tilgangur þessarar rannsóknar var að meta árangur nýs alhliða kynfræðsluefnis, *Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis*, í 8. bekk í einum grunnskóla í Reykjavík. Lagðar voru eftirfarandi rannsóknarspurningar til grundvallar rannsókninni:

- Er þekking nemenda meiri í lok kynfræðslunnar en við upphaf hennar?
- Hafa viðhorf nemenda til kynheilbrigðis breyst í lok kynfræðslunnar miðað við upphaf hennar?
- Er munur á kynjum við upphaf og lok kynfræðslunnar varðandi þekkingu og viðhorf til kynheilbrigðis?
- Eiga nemendur auðveldara með að ræða við foreldra um kynferðismál að eigin mati í lok kynfræðslunnar miðað við upphaf hennar?
- Er einhver breyting á kynhegðun nemenda fyrir og eftir kynfræðsluna?

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var íhlutandi og var spurningalisti lagður fyrir sömu nemendum í upphafi og undir lok kynfræðslunnar.

Úrtak

Valinn var einn árgangur í 8. bekk í einum grunnskóla í Reykjavík haustið 2010. Nemendurnir, sem tóku þátt í kynfræðslunni, voru samtals 141 og voru þeir í sex bekkjardeildum. Af þeim tók 101 þátt í báðum könnunum.

Fræðsluihlutun

Í greininni *Ferlismat á nýju kynfræðsluefni fyrir unglunga*, sem birtist í Tímariti hjúkrunarfræðinga 2012, var gerð ítarleg grein fyrir fræðsluihlutuninni (Sóley S. Bender, 2012) og því verður hér aðeins fjallað um meginatriði hennar. Samið var heildstætt átta kennslustunda kynfræðsluefni sem byggt var á alhliða kynfræðsluefninu *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir* sem var tekið upp í efstu bekkjum grunnskólans hér á landi árið 1991. Jafnframt var stuðst við gæðastaðla um kynfræðsluefni sem byggjast á viðamiklum rannsóknum á árangri af kynfræðslunámsefnum (Kirby, 2001, 2002; Kirby o.fl., 2007). Að auki var stuðst við alþjóðlegar leiðbeiningar eins og frá kynfræðslusamtökum í Bandaríkjunum (SIECUS) (National Guidelines Task Force, 2004). Námsefnið byggist á hugmyndafræði um kynheilbrigði, seiglu og félagsmótun. Þegar hefur verið gerð grein fyrir hugmyndafræðinni í fyrrnefndri grein frá 2012. Megináherslur kynfræðslunnar byggðust á fjórum efnisþáttum sem voru: 1) Sjálfsmynd, 2) Samskipti, 3) Kynjamunur og 4) Kynheilbrigði. Innan efnisþátta um Sjálfsmynd var lögð áhersla á styrkleika og virðingu, innan Samskipta var fjallað um samræður og ákvarðanir, innan Kynjamunar var farið í breytingar á unglingsárum og jafnrétti og í síðusta efnisþættinum um Kynheilbrigði var lögð áhersla á ábyrgð og sjálfsstjórn. Tilgangur þessa námsefnis var að stuðla að kynheilbrigði unglunga og var það undirtónn hverrar kennslustundar. Stuðst var við fjölbreyttar kennsluáðferðir sem byggðust að stærstum hluta á því að virkja nemendur í hópinnu. Með þátttöku í hópum fengu þeir tækifæri til að tjá sig um kynheilbrigðismál í gegnum fjölþætta verkefnavinnu.

Matstæki

Til grundvallar rannsókninni var lagður spurningalisti sem var forprófaður árið 1995 (Ragnheiður Eiríksdóttir, 1995). Hann var endurskoðaður vegna breyttra áherslna námsefnisins

og samfélagsbreytinga. Upprunalega samdi Search Institute í Bandaríkjunum spurningalistann í tengslum við kynfræðsluefnið *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir*. Safnað var gögnum um bakgrunn þátttakenda, umræður við foreldra um kynheilbrigðismál, þekkingu, viðhorf og kynhegðun. Bakgrunnsspurningar voru sjö og fjölluðu um aldur, kyn, búsetu, menntun móður, menntun föður, áætlaða skólagöngu og einkunnir. Umræðuspurningar voru þrjár og lutu að því hversu oft unglingar ræddu við foreldra, hver voru umræðuefnin og gæði samtalanna. Þekking var skoðuð með ellefu spurningum sem hægt var að svara ýmist rétt eða rangt. Dæmi: „Hægt er að vera með kynsjúkdóm án þess að hafa einkenni.“ Fimmtán fullyrðingar snerust um viðhorf og voru þær á fimm bila Likert-kvarða frá „mjög sammála“ til „mjög ósammála“. Spurningar um kynhegðun voru alls átta en unnið var úr fimm þeirra þar sem fáir voru byrjaðir að stunda kynlíf. Þessar fimm spurningar voru um það hvort nemandinn hefði verið á föstu, væri nú á föstu, væri byrjaður að stunda kynlíf, fjöldi vina sem byrjaðir væru að stunda kynlíf og aldur við fyrstu kynmök.

Framkvæmd rannsóknar

Áður en rannsóknin var framkvæmd var sótt um leyfi hjá Menntasviði Reykjavíkurborgar, hjá Vísindasiðanefnd (VSNb2010080006/03.7) og rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar (S4941/2010). Þá var fengið leyfi hjá viðkomandi skólastjóra og foreldrum. Allir foreldrar og nemendur fengu sent kynningarbréf þar sem rannsóknin og framkvæmd hennar var kynnt. Óskað var eftir samþykki foreldra um þátttöku þeirra unglings í upphafi og í lok rannsóknar. Í þeim tilvikum, þar sem ekki barst svar frá foreldri, var hringt og beiðni um þátttöku fylgt eftir. Þeir nemendur, sem fengu leyfi, voru 126 eða 89% af öllum nemendafjöldanum. Af þessum 126 svaraði 101 nemandi báðum könnunum. Afföllin voru einkum vegna þess að nemendur mættu ekki í skólann þegar könnunin var lögð fyrir. Kynningarfundur var haldinn um rannsóknina og kynfræðsluefnið fyrir stjórnendur, kennara, námsráðgjafa og hjúkrunarfræðing. Fyrri könnunin (Fyrirlögn I, FI) var lögð fyrir þátttakendur 12. október 2010, viku áður en kynfræðslan hófst. Þeir sem sáu um kennsluna voru annars vegar kennari og meistaranemi í lýðheilsuvísindum og hins vegar ljósmæðranemar við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Áður en íhlutun hófst tóku kennararnir þátt í undirbúningsnámskeiði um kennslu kynfræðsluefnisins. Nýja námsefnið var kennt í lífsleiknitímum og voru lífsleiknikennarar skólans að jafnaði viðstaddir. Kennnslan fór ýmist fram fjórum sinnum með tveggja kennslustunda fræðslu eða átta sinnum með einni kennslustund í senn. Síðari könnunin (Fyrirlögn II, FII) fór fram viku eftir að kynfræðslunni lauk, þann 10. desember 2010.

Gagnagreining

Gögnin voru skráð og greind með hjálp forritsins SPSS fyrir Windows, útgáfu 17.0. Tíðnitöflur voru notaðar við lýsandi greiningu. Í þekkingarhluta gagnanna var reiknuð út „einkunn“ nemenda í tugabrotum sem auðvelt var að yfirfæra í hlutfall af hundraði. Gögnum var breytt þannig að fyrir rétt svar fengu nemendur 1 en fyrir rangt svar fengu þeir 0. Til að mæla hvort

marktækur munur væri á meðaleinkunn fyrir og eftir fræðslu var reiknað út líkindahlutfall og öryggisbil fyrir hverja spurningu. Meðaleinkunn úr þekkingarspurningunum 11 var síðan reiknuð saman í eina breytu í FI og í aðra breytu í FII í þeim tilgangi að greina mun á þekkingu eftir kynjum, menntun foreldra og áætlaðri skólagöngu. Til þess að mæla marktækan mun í þeim hluta var notað ANOVA-próf endurtekinna mælinga. Svarmöguleikar í viðhorfahluta spurningalistans voru fimm. Þeim var fækkað í úrvinnslu í þrjá þannig að svörin „sammála“ og „mjög sammála“ voru tekin saman í einn flokk og „ósammála“ og „mjög ósammála“ sömuleiðis en svör við svarmöguleikanum „hlutlaus“ héldust óbreytt. Í viðhorfahlutanum var Wilcoxon-próf notað til að kanna mun á fyrirlögnum og jafnframt í greiningu á kynhegðunarhluta gagnanna. Í gagnagreiningunni voru marktæktarmörkin miðuð við $p < 0,05$.

NIÐURSTÖÐUR

Nemendur, sem svöruðu báðum könnunum (FI og FII), voru samtals 101 (um 80% svarhlutfall), stúlkur voru 52 (51%) og drengir 49 (49%). Flestir bjuggu hjá báðum blóðforeldrum (79%). Meirihluti foreldra hafði lokið háskólanámi (80% mæðra og 62% fedra). Flestir af nemendunum sögðust venjulega fá einkunnina 8 eða meira í skólanum (79%) og höfðu langflestir framtíðaráform um að stunda háskólanám (72%).

Þekking á kynheilbrigðismálum

Réttum svörum allra þátttakenda fjölgaði marktækt ($p < 0,001$) milli kannana (68% FI; 79% FII) og reyndist þekkingin vera óháð kyni, menntun foreldra og lengd áætlaðrar skólagöngu (tafla 1). Þekking nemenda í heild jókst marktækt eftir kynfræðsluna hvað varðar líkur á þungun (OR:1,56, CI:1,02-2,39 og OR:3,83, CI:2,50-5,89), ófrjósemi (OR:1,59, CI:1,20-2,11) en einnig um kynsjúkdóma (OR:1,47, CI:1,10-1,98) og kynsjúkdómaáhættu (OR:1,76, CI:1,35-2,30) (tafla 2). Þegar litið var til kynjamunar kom í ljós að hlutfall réttra svara var oftast hærra hjá stúlkum en drengjum í báðum fyrirlögnum. Stúlkur voru að meðaltali með um 70% rétt svör í upphafi en um 81% eftir kynfræðsluna. Drengir voru að meðaltali með 65% rétt svör í byrjun en höfðu aukið hlutfallið í 75% eftir kynfræðsluna. Þekking stúlkna jókst marktækt í sambandi við líkur á þungun og ófrjósemi en jafnframt um kynsjúkdóma og þekking drengja jókst marktækt um líkur á þungun og kynsjúkdóma. Mestur kynjamunur var á spurningunni „Stúlka getur orðið ólétt áður en hún fær fyrstu blæðingar“ (OR:3,83, CI:2,50-5,89). Stúlkur voru rúmlega þrisvar sinnum líklegri í FII til að svara spurningunni rétt (OR:3,20, CI:1,95-5,27) og drengir líðlega fimm sinnum líklegri (OR:5,56, CI:2,42-12,79). Þegar nemendur voru spurðir að því hvar þeir hefðu lært mest um kynlíf kom í ljós að í efstu þremur sætum voru skólinn (43% FI; 53% FII), næst voru vinir (20% FI; 19% FII) og í þriðja sæti voru foreldrar (14% FI; 10% FII). Reyndist veraldarvefurinn í neðsta sæti með 7% í FI og 10% í FII.

Viðhorf til kynheilbrigðis

Þegar viðhorf nemenda voru skoðuð í heild var marktæk breyting á viðhorfum til ábyrgs kynlífs ($p = 0,034$) og til fordóma

Tafla 1. Þekking nemenda á kynferðismálum út frá kyni, menntun foreldra og áætlaðri skólagöngu.

	FI (N=101)	FII (N=101)	Samanburður
	Fjöldi (hlutfall réttra svara)	Fjöldi (hlutfall réttra svara)	FI og FII
	n (%)	n (%)	p-gildi*
Allir	94 (68)	99 (79)	0,001
Kyn			
Stúlka	49 (70)	51 (82)	
Drengur	45 (65)	48 (76)	0,579
Menntun móður			
Framhaldsskólamenntun eða minna	15 (67)	16 (78)	
Lokið háskólanámi	50 (66)	56 (77)	
Stundað framhaldsnám eftir grunnnám í háskóla	25 (72)	24 (83)	0,998
Menntun föður			
Framhaldsskólamenntun eða minna	30 (63)	34 (76)	
Lokið háskólanámi	39 (68)	40 (78)	
Stundað framhaldsnám eftir grunnnám í háskóla	21 (71)	21 (83)	0,735
Áætluð skólaganga			
Fara í menntaskóla/fjölbrautaskóla	28 (62)	28 (71)	
Fara í háskóla	40 (70)	43 (81)	
Fara í framhaldsnám eftir grunnnám í háskóla	25 (71)	27 (84)	0,623

Breytingar á hlutfalli réttra svara (meðaleinkunn þátttakenda) um kynheilbrigðismál. Meðaleinkunn ekki tekin með í útreikninga ef svarað var færri en 8 spurningum af 11.

* P-gildi fundið með Repeated Measures ANOVA-mælingu. $P < 0,05$.

($p=0,002$) (tafla 3). Viðhorf drengja breyttust meira milli fyrirlagna en hjá stúlkum. Hjá þeim breyttust viðhorf marktækt til sjálfsvirðingar, virðingarleysis gagnvart öðrum og ábyrgðar í kynlífi ($p=0,012-0,046$). Einungis eitt viðhorf hvað varðaði fordóma breyttist marktækt hjá stúlkum en það var um fullyrðinguna: „Ef stelpa er með smokka á sér er hún líklega til í tuskið“. Stúlkur voru sammála fullyrðingunni í 35% tilfella í FI, en 16% í FII ($p=0,001$). Við nánari skoðun á svörum nemenda við fullyrðingum um viðhorf samkvæmt viðhorfaflokkun (dálkur 1 í töflu 3) komu fram þættir sem ýmist aðgreindu kynin eða sýndu samhlóm þeirra á milli. Hvað varðar sjálfsvirðingu kom fram að marktækt fleiri drengir í FII töldu það erfitt að ræða við rekkjunaut, það væri erfitt að segja nei ef rekkjunautur vildi hafa samfarir en maður sjálfur vildi það ekki og þeim fannst þeir fullorðnast við það að byrja að stunda kynlíf. Flestum nemendum af báðum kynjum í FI og FII (83%) fannst þeir ekki (eða voru hlutlausir) öðlast vinsældir í hópnum með því að stunda kynlíf. Langflestir af báðum kynjum (88% FI; 91% FII) vildu virða rétt annarra til að segja nei gagnvart samförum. Þegar viðhorf til ábyrgðar og ábyrgðarleysis voru skoðuð hjá báðum kynjum kom fram að langflestum fannst framtíðaráform

drengja (94% FI; 86% FII) og stúlkna (FI 94%; FII 92%) mundu breytast við það að eignast barn. Í báðum fyrirlögnum fannst flestum að bæði væru ábyrg ef stúlkan yrði ófrísk en töluvert fleiri stúlkur höfðu þessa skoðun (stúlkur 96% FII; drengir 80% FI). Hvað varðar ábyrgðarleysi þá var meirihluti stúlkna (75%) þeirrar skoðunar í FI og FII að það væri ekki léttvægt að fara í fóstureyðingu ef ótímabær þungun yrði en aðeins 51% drengja í báðum fyrirlögnum. Langflestir í FI og FII töldu það þess virði að nota getnaðarvarnir þó þær hefðu aukaverkanir en mun fleiri stúlkur en drengir voru hlynntar þessu (stúlkur 88% FII; drengir 69% FI). Flestir þeirra (drengir 33% FII; stúlkur 42% FI), sem tóku afstöðu til notkunar smokksins, hölluðust að þeirri skoðun að hann drægi ekki úr rómantik augnabliksins. Einnig voru skoðuð viðhorf er lutu að fordómum gagnvart kynlífi og kynhegðun. Fram kom verulegur munur á viðhorfum kynjanna til þess ef stúlka væri með smokk á sér þá væri hún til í tuskið. Voru drengir mun oftarm sammála þessu (stúlkur 16% FII; drengir 57% FI). Langflestir af báðum kynjum í FI og FII töldu drengi ekki endilega vera með kynsjúkdóm (79% FI; 80% FII) eða vera samkynhneigðir (85% FI; 86% FII) ef þeir vildu ekki stunda kynlíf.

Tafla 2. Þekking nemenda á kynferðismálum í heild og eftir kynjum.

	F1 ^a Allir N=101		F11 ^b Allir N=101		Samanburður	F1 ^a Stúlkur N=52		F11 ^b Stúlkur N=52		Samanburður	F1 ^a Drengir N=49		F11 ^b Drengir N=49		Samanburður
Fullyrðing	n/N	(%)	n/N	(%)	OR (95% CI) ^c	n/N	%	n/N	%	OR (95% CI) ^c	n/N	%	n/N	%	OR (95% CI) ^c
Ef stúlka hefur sjaldan samfarir getur hún ekki orðið ólétt	90/96	94	97/99	98	1,56 (1,02-2,39)*	47/49	96	51/52	98	1,39 (0,61-3,18)	43/47	92	46/47	98	1,66 (1,02-2,70)*
Stúlka getur orðið ólétt áður en hún fær fyrstu blæðingar	18/96	19	74/100	74	3,83 (2,50-5,89)*	13/50	26	41/52	79	3,20 (1,95-5,27)*	5/46	11	33/48	69	5,56 (2,42-12,79)*
Stundum getur stelpa orðið ólétt jafnvel þó að strákurinn hafi sáðfall fyrir utan leggöngin	43/89	49	53/98	54	1,13 (0,84-1,53)	20/46	44	26/51	51	1,17 (0,77-1,79)	23/43	54	27/47	57	1,09 (0,71-1,67)
Ef engin getnaðarvörn er notuð og stelpa verður ekki ólétt þá er líklegt að hún sé ófrjó	46/94	49	70/98	71	1,59 (1,20-2,11)*	28/48	58	44/52	85	1,84 (1,27-2,67)*	18/46	39	26/46	57	1,43 (0,93-2,19)
Vissar tegundir kynsjúkdóma geta valdið ófrjósemi	86/92	94	92/98	94	1,04 (0,58-1,86)	43/48	90	49/50	98	1,78 (1,17-2,71)*	43/44	98	43/48	90	0,33 (0,06-2,02)
Það er líklegt að fóstureyðing valdi ófrjósemi	60/93	65	63/92	69	1,09 (0,81-1,47)	32/48	67	32/46	70	1,07 (0,70-1,62)	28/45	62	31/46	68	1,12 (0,73-1,71)
Neyðarpillan er sama og fóstureyðing	47/89	53	47/96	49	0,92 (0,68-1,25)	30/45	67	27/49	55	0,77 (0,49-1,22)	17/44	39	20/47	42	1,09 (0,70-1,69)
Stelpur sem nota pilluna þvingast yfirleitt	73/95	77	75/95	79	1,06 (0,76-1,48)	36/48	75	39/50	78	1,09 (0,69-1,72)	37/47	79	36/45	80	1,04 (0,64-1,68)
Hægt er að vera með kynsjúkdóm án þess að hafa einkenni.	71/94	76	88/100	88	1,47 (1,10-1,98)*	38/49	78	49/52	94	1,80 (1,25-2,59)*	33/45	73	39/48	81	1,25 (0,80-1,95)
Fleiri rekkjunautar skapa meiri hættu að fá kynsjúkdóma	70/93	75	91/98	93	1,76 (1,35-2,30)	40/49	82	48/51	94	1,65 (1,11-2,46)*	30/44	68	43/47	92	1,89 (1,31-2,74)*
Það er skaðlegt að stunda sjálfsfróun	93/96	97	93/97	96	0,86 (0,36-2,04)	46/49	94	46/49	94	1 (0,44-2,28)	47/47	100	47/48	98	2 (1,63-2,45)*

^a Fyrirlögn I í október 2010

^b Fyrirlögn II í desember 2010.

^c OR (odds ratio) = líkindahlutfall. CI (confidence intervals) = öryggisbil.

* Marktækur munur, $p < 0,05$.

Kynhegðun

Við upphaf rannsóknar sagðist 51% einhvern tímann hafa verið á föstu en í seinni fyrirlögn voru það 56%. Í báðum könnunum sögðust 9% vera á föstu núna. Alls töldu 69% í F1 að enginn vana þeirra væru byrjaður að stunda kynlíf en þetta hlutfall lækkaði niður í 47% í F11. Fjórir nemendur sögðust hafa haft samfarir í fyrri

könnuninni en 10 í þeirri síðari og reyndist munurinn marktækur ($p=0,034$). Ein stúlka hafði haft samfarir við upphaf rannsóknar en fjórar í F11. Þrír drengir sögðust hafa haft samfarir við upphaf rannsóknar en sex í F11. Stelpurnar fjórar í F11 sögðust allar hafa verið 13 ára við fyrstu samfarir en þrír drengir sögðust hafa verið 11 ára eða yngri, einn tólf ára og tveir 13 ára.

Tafla 3. Viðhorf nemenda til fullyrðinga um kynheilbrigðismál í heild og eftir kynjum.

			F ^a	F ^b	Samanburður	F ^a	F ^b	Samanburður	F ^a	F ^b	Samanburður
			Allir (N=101)	Allir (N=101)	FI og FII	Stúlkur (N=52)	Stúlkur (N=52)	FI og FII	Drengir (N=49)	Drengir (N=49)	FI og FII
Flokkun	Fullyrðingar	Svarmöguleikar	%	%	p-gildi*	%	%	p-gildi*	%	%	p-gildi*
Sjálfsvirðing	Maður fullorðnast við fyrstu samfarir	Sammála ^c	22	30		21	25		22	35	
		Hlutlaus	37	29	0,229	35	20	0,415	39	39	0,027*
		Ósammála ^d	42	41		44	55		39	27	
	Erfitt að segja nei ef rekkjunaður vill hafa samfarir en ekki ég	Sammála	27	40		24	29		31	52	
		Hlutlaus	21	16	0,053	24	17	0,778	19	15	0,012*
		Ósammála	52	44		52	54		50	33	
	Erfitt að tjá sig um kynlíf við rekkjunaður	Sammála	21	28		28	24		15	32	
		Hlutlaus	52	52	0,311	51	51	0,224	53	53	0,021*
		Ósammála	27	20		21	15		32	15	
	Maður öðlast vinsældir með því að hafa samfarir	Sammála	17	17		19	10		15	25	
		Hlutlaus	38	37	0,986	33	33	0,060	44	42	0,079
		Ósammála	45	46		48	57		41	33	
Virðing/ Virðingarleysi gagnvart öðrum	Mikilvægt að virða rétt annarra til að segja nei gagnvart samförum	Sammála	88	91		94	94		81	88	
		Hlutlaus	10	8	0,396	4	4	1,0	17	12	0,248
		Ósammála	2	1		2	2		2	0	
	Stundum í lagi að þvinga stúlku til samfara	Sammála	1	4		2	0		0	8	
		Hlutlaus	5	10	0,097	4	8	1,0	6	12	0,046*
		Ósammála	94	86		94	92		94	80	
Ábyrgð/ Ábyrgðarleysi	Famtíðaráform breytast ef unglingsstrákur verður pabbi	Sammála	94	86		90	88		98	84	
		Hlutlaus	4	9	0,034*	6	6	0,453	2	12	0,021*
		Ósammála	2	5		4	6		0	4	
	Framtíðaráform breytast ef unglingsstúlka verður móðir	Sammála	94	92		94	94		94	90	
		Hlutlaus	5	6	0,454	4	4	1,0	6	8	0,317
		Ósammála	1	2		2	2		0	2	
	Ef stúlkan verður ófrísk eru bæði ábyrg	Sammála	88	88		96	96		79	80	
		Hlutlaus	10	11	0,808	2	4	0,655	19	18	1,0
		Ósammála	2	1		2	0		2	2	
	Þungun ekki vandamál, aðvelt að fara í föstureyðingu	Sammála	9	9		4	6		15	12	
		Hlutlaus	27	28	0,976	21	19	0,837	34	37	0,852
		Ósammála	64	63		75	75		51	51	
	Ekki þess virði að nota getnaðarvarnir vegna aukaverkana	Sammála	1	5		0	2		2	8	
		Hlutlaus	19	16	0,206	10	10	0,180	29	23	0,477
		Ósammála	80	79		90	88		69	69	
	Notkun smokksins dregur úr rómantík augnabliksins	Sammála	14	11		10	4		19	19	
		Hlutlaus	47	51	0,691	50	54	0,346	44	48	0,885
		Ósammála	39	38		40	42		37	33	
Fordómar	Stúlka er til í tuskið ef hún er með smokka á sér	Sammála	45	36		35	16		56	57	
		Hlutlaus	40	38	0,002*	44	41	0,001*	36	35	1,0
		Ósammála ^d	15	26		21	43		8	8	
	Strákur líklega með kynsjúkdóm ef hann vill ekki hafa samfarir	Sammála	6	2		4	0		9	4	
		Hlutlaus	15	18	0,335	13	14	0,360	17	23	0,660
		Ósammála	79	80		83	86		74	73	
	Strákur líklega hommi ef hann neitar að hafa samfarir	Sammála	7	4		2	0		13	8	
		Hlutlaus	8	10	0,556	10	4	0,096	6	16	0,883
		Ósammála	85	86		88	96		81	75	

Frávík frá heildarfjölda eru vegna þeirra sem svara ekki viðkomandi fullyrðingu.

^a Fyrirlögn I í október 2010.^b Fyrirlögn II í desember 2010.^c Sameinaður flokkur „sammála“ og „mjög sammála“.^d Sameinaður flokkur „ósammála“ og „mjög ósammála“.

* P-gildi fundið með Wilcoxon-prófi. Munurinn er marktækur ef p<0,05.

Umræður milli unglunga og foreldra um kynheilbrigðismál

Niðurstöður bentu til þess að umræður um kynlíf milli nemenda og foreldra þeirra á þeim tveimur mánuðum, sem liðu milli fyrirhagna, hefðu aukist. Skoðað var hversu oft unglingurinn hefði á síðustu fjórum vikum rætt við annað hvort foreldri (forráðamann) um kynlíf. Hlutfall þeirra sem höfðu einu sinni eða oftar rætt við foreldra var 23% í fyrri könnun en hafði aukist í 37% í þeirri seinni en það er aukning um 24%. Það voru 28% í FI en 24% í FII sem mátu samræður við foreldra mjög góðar eða góðar. Nemendur voru spurðir hvort þeir hefðu rætt um tiltekna efnispætti við foreldra sína. Fimm algengustu umræðuefnin eftir kynfræðsluna (FII) voru hvað væri rétt og rangt varðandi kynhegðun (24% FI; 27% FII), hvaða breytingar yrðu á lífi þeirra ef þau eignuðust barn (27% FI; 26% FII), kynsjúkdóma (19% FI; 24% FII), getnaðarvarnir (19% FI; 23% FII) og afstöðu foreldra til kynlífs unglunga (20% FI; 21% FII).

UMRÆÐUR

Niðurstöður gefa vísbendingar um að kynfræðsluefnið *Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis* hafi einkum haft jákvæð áhrif á þekkingu og umræður milli nemenda og foreldra en í minna mæli á viðhorf þeirra, einkum stúlkna. Hluti af skýringunni gæti verið sá að viðhorf voru töluvert jákvæð í upphafi.

Þekking nemenda reyndist vera meiri eftir kynfræðsluna en fyrir hana og er það í samræmi við aðrar íhlutandi rannsóknir á árangri kynfræðslu hvað varðar þekkingu (Coyle o.fl., 2004; Kirby o.fl., 1991; Schaalma o.fl., 1996; Zimmerman o.fl., 2008). Stúlkur stóðu sig betur en drengir hvað varðar heildarþekkingu í báðum könnunum en kynjamunur kom jafnframt fram á þekkingarlegum atriðum í rannsókn á kynfræðsluefninu *Kynfræðsla: Lífsgildi og ákvarðanir* (Arna Axelsdóttir o.fl., 1990). Rannsókn okkar sýndi að nemendur höfðu mest fengið kynfræðslu í skólanum en sýnt hefur verið fram á að kynhegðun er önnur meðal þeirra sem fá kynfræðslu aðallega í skólanum heldur en meðal þeirra sem fá hana einkum hjá vinum eða fjölmíðlum (Wellings o.fl., 1995). Fram kom í þeirri rannsókn að drengir voru síður líklegir til að byrja að stunda kynlíf fyrir 16 ára aldur og líkur meðal stúlkna voru ekki meiri.

Viðhorf drengja til sjálfsvirðingar gefa til kynna að sumum finnst eftirsóknarvert að stunda kynlíf þar sem í því geti falist að þeir fullorðnist. Á sama tíma er til staðar óvissa gagnvart því að ræða við rekkjunaut og að segja nei við hann. Í kynfræðsluefninu var tekið á þessum atriðum en þetta gefur til kynna að skerpa megi á þessum efnispáttum. Viðhorf til ábyrgðar og ábyrgðarleysis í kynlífi benda til í heild að nemendur hafi myndað sér nokkuð ábyrga afstöðu til kynlífs. Niðurstöður um viðhorf til fordóma gefa vísbendingar um að nauðsynlegt sé að vinna meira með viðhorf gagnvart kynhegðun stúlkna og hvað þeim leyfist. Það viðhorf hefur verið lífseigt í samfélaginu að stúlkur eigi að vera sómakærar þegar kemur að kynlífi en drengjum leyfist mun meira. Þarna gætir ekki jafnræðis milli kynjanna. Það er mikilvægt að það gildi jafnt fyrir bæði kyn að það að vera með smokk á sér sýni fram á vilja til þess að vera ábyrgur í kynlífi. Þegar hlutfallsleg svörun er skoðuð milli kynja þá kemur í ljós

töluverður munur á afstöðu kynjanna eins og til fóstureyðinga, hvað stúlkum leyfist og ábyrgð gagnvart þungun. Kannanir hafa áður sýnt kynjamun er lýtur að viðhorfum til kynheilbrigðismála (Coyle o.fl., 2004; Murphy o.fl., 1998). Eins er verðugt að huga að viðhorfum drengja sérstaklega þar sem oft hefur komið í ljós að þeir njóti minni kynfræðslu hjá foreldrum en stúlkur (Raffaelli o.fl., 1998) en jafnframt er sú staðreynd fyrir hendi að kynfræðsluefni virðist höfða á mismunandi hátt til kynjanna (Aarons o.fl., 2000). Hjá drengjum komu fram marktækar viðhorfsbreytingar á þá lund að fleirum fannst þeir fullorðnast við það að hafa fyrstu samfarir, færri fannst að barneign hefði áhrif á framtíðaráform þeirra, fleiri töldu erfitt að tjá sig um kynlíf við rekkjunaut, fleirum fannst erfitt að segja nei ef rekkjunautur vildi hafa samfarir og nokkrum fannst það í lagi að þvinga stúlku til samfara. Afstaða drengja bendir til tilhneigingar til kæruleysis gagnvart barneign en jafnframt að ýmsir erfiðleikar geti tengst kynlífi þegar kemur að því að ræða málin, setja mörk og að koma fram við stúlku á sæmandi hátt. Þetta bendir til þess að drengir hafi þörf fyrir meiri umfjöllun um þessi mál í áframhaldandi kynfræðslu.

Breyting varð á afstöðu nemenda til þess hvort þeir töldu vini vera byrjaða að stunda kynlíf en liðlega helmingur í seinni fyrirögn taldi vini hafa haft samfarir. Það helst að vissu leyti í hendur við kynhegðun þeirra en 6% aukning varð milli fyrirhagna á fjölda þeirra sem stunduðu kynlíf. Þessi fjölgun á kynferðislega virkum unglingum á þessu stutta tímabili miðast við afar fáa einstaklinga en getur gefið vísbendingar um þróun mála á þessum tíma. Íslenskar landskannanir frá 2009 og 1996 hafa sýnt að kynlífsvirkni eykst töluvert milli 13 og 14 ára aldurs (Sóley S. Bender, 2012). Slíkt staðfesta einnig erlendar rannsóknir frá Kanada (Thomas o.fl., 1998) og Bandaríkjunum (Coyle o.fl., 2004). Þetta gefur til kynna mikilvægi þess að tryggja nemendum vandaða alhliða kynfræðslu ekki seinna en í 7. bekk ef ætlunin er að hvetja unglunga til að byrja seinna að stunda kynlíf og að þeir séu ábyrgir þegar að því kemur. Ýmsar fyrri rannsóknir hafa leitt í ljós að þeir sem hafa fengið alhliða kynfræðslu eru líklegri til að fresta því að byrja að stunda kynlíf (Coyle o.fl., 2004; Hubbard o.fl., 1998; Kirby o.fl., 1991; Tortolero o.fl., 2010) og líklegri til að nota getnaðarvarnir á markvissan hátt (Aarons o.fl. 2000; Coyle o.fl. 2001; Kirby o.fl. 2004).

Samræður milli unglunga og foreldra um kynheilbrigðismál jukust í heildina á milli fyrirhagna en fyrri íhlutandi rannsóknir hafa einnig sýnt fram á það (Arna Axelsdóttir, o.fl., 1990; Hubbard o.fl. 1998; Kirby o.fl., 1991). Kynfræðsluefnið gaf nemendum mörg tækifæri til umræðna í kennslustundum en nemendur fóru ekki heim með nein verkefni til að vinna með foreldrum. Það virðist því hafa verið nægjanlegt að unglingar ræddu málin í kennslustund og það varð ef til vill kveikja að því að þeir ræddu betur við foreldrana um þessi mál.

Kostir og takmarkanir

Svarhlutfall rannsóknarinnar var hátt enda lagt fyrir í kennslustund. Kynfræðslan byggðist á nýju námsefni sem kennt var í átta kennslustundum og var byggt á hugmyndafræðilegum

grunni. Jafnframt byggðist hún á gæðastöðlum eins og um lengd námsefnis, gagnvirkum kennsluáðferðum og mikilvægum áherslum og var að því leyti líklegri en námsefni, sem ekki uppfyllir þessi skilyrði, til að ná árangri. Takmarkanir rannsóknarinnar fólust í því að valinn var einn árgangur úr einum grunnskóla í Reykjavík eftir hentugleika án samiburðarhóps og því ekki unnt að alhæfa um niðurstöður á alla 13 ára unglinga. Þá er ljóst að gera má ráð fyrir svarskekkjum þegar um sjálfsmatslista hjá unglingum er að ræða. Rannsóknarsniðið var auk þess takmarkað að því leyti til að það náði yfir stuttan tíma. Á þessum átta vikum, sem kynfræðslan átti sér stað, gátu einnig ýmsir aðrir áhrifaþættir haft sitt að segja, eins og áhorf á bíómyndir, netnotkun og fleira í umhverfi unglingsins.

Ályktanir

Sýnt hefur verið fram á að alhliða kynfræðsla í grunnskólum sé skilvirk leið til þess að bæta kynheilbrigði unglinga. Lítið er til af rannsóknum um árangur alhliða kynfræðslu í skólum á Íslandi. Þessi rannsókn bætir við þá þekkingu. Þetta frummat á kynfræðsluefninu Kynveruleiki í ljósi kynheilbrigðis gefur vísbendingar um gagnsemi efnisins en það þarf samt að kanna það frekar áður en það er almennt tekið upp í skólum. Æskilegt væri að gera langtímarannsókn á áhrifum alhliða kynfræðslu.

Þakkið

Við viljum þakka einstakt samstarf við skólastjórnendur, kennara, námsráðgjafa og hjúkrunarfræðing viðkomandi skóla. Einnig viljum við þakka skilning foreldra á því að unglingar þeirra tækju þátt í rannsókninni. Síðast en engan veginn síst viljum við þakka þeim nemendum sem í tvígang svörðuðu könnunum og lögðu þar með ómetanlega af mörkum til þekkingarþróunar á þessu sviði. Einnig þökkum við fyrir styrk til þessarar rannsóknar úr forvarnasjóði Lýðheilsustöðvar.

Heimildir

- Aarons, S., Jenkins, R.R., Raine, T.R., El-Khorazaty, M.N., Woodward, K.M., Williams, R.L., Clark, M.C., og Wingrove, B.K. (2000). Postponing sexual intercourse among urban junior high school students: A randomized controlled evaluation. *Journal of Adolescent Health*, 27, 236-247.
- Arna Axelssdóttir, Álfheiður Atladóttir, Heiða Sigríður Davíðsdóttir, Kristín Skúladóttir, Krístrún Þóra Ríkhardsdóttir, Rannveig Rúnarsdóttir og Sigríður Héðinsdóttir (1990). *Könnun á kynfræðsluefninu Lífsgildi og ákvarðanir*. Óbirt BS-ritgerð: Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Bender, S.S., Geirsson, R.T., og Kosunen, E. (2003). Trends in teenage fertility, abortion and pregnancy rates in Iceland compared with other Nordic countries, 1976-99. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 82, 38-47.
- Carvajal, S.C., Parcel, G.S., Banspach, S.W., Basen-Engquist, K., Coyle, K.K., Kirby, D., og Chan, W. (1999). Psychosocial predictors of delay of first sexual intercourse by adolescents. *Health Psychology*, 18 (5), 443-452.
- Coyle, K.K., Kirby, D.B., Marin, B.V., Gomez, C.A., og Gregorich, S.E. (2004). Draw the line/respect the line: A randomized trial of a middle school intervention to reduce sexual risk behaviors. *American Journal of Public Health*, 94 (5), 843-851.
- Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Collins, J., Baumler, E., Carvajal, S., og Harrit, R. (2001). Safer choices: Reducing teen pregnancy, HIV, and STDs. *Public Health Reports*, 116, 82-93.
- Currie, C., Zanotti, C., Morgan, A., Currie, D., deLooze, M., Roberts, C., Samdal, O., Smith, O.R.F., og Barnekow, V. (2012). *Social determinants of health and well-being among young people: Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study*: International report from the 2009/2010 survey. Kaupmannahöfn: World Health Organization. Sótt 7. mars 2014 á <http://www.hbsc.org/publications/international/>.

- Hubbard, B.M., Giese, M.L., og Rainey, J. (1998). A replication study of reducing the risk: A theory-based sexuality curriculum for adolescents. *Journal of School Health*, 68 (6), 243-247.
- Kirby, D.B., Laris, B.A., og Roller, L.A. (2007). Sex and HIV education programs: Their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40, 206-217.
- Kirby, D., og Lepore, G. (2007). *Sexual risk and protective factors: Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: Which are important? Which can you change?* ETR Associates. Sótt 6. júní 2014 á <https://thenationalcampaign.org/resource/sexual-risk-and-protective-factors%E2%80%9494full-report>.
- Kirby, D.B., Baumler, E., Coyle, K.K., Basen-Engquist, K., Parcel, G.S., Harrit, R., og Banspach, S.W. (2004). The "Safer Choices" intervention: Its impact on the sexual behaviors of different subgroups of high school students. *Journal of Adolescent Health*, 35 (6), 442-452.
- Kirby, D.B. (2001). *Emerging answers. Research findings on programs to reduce teen pregnancy*. Washingtonborg: The National Campaign to Prevent Teen Pregnancy.
- Kirby, D.B. (2002). Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy and childbearing. *The Journal of Sex Research*, 39 (1), 5157.
- Kirby, D., Barth, R.P., Leland, N., og Fetro, J.V. (1991). Reducing the risk: Impact of a new curriculum on sexual risk-taking. *Family Planning Perspectives*, 23 (6), 253-264.
- Kjaer, S.K., Jensen, K.E., Munk, C., Sparen, P., Tryggvadóttir, L., Liaw, K.L., Dasbach, E., og Nygard, M. (2011). Women's sexual behavior. Population-based study among 65.000 women from four Nordic countries before introduction of human papillomavirus vaccination. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 90 (5), 459-467.
- Mennta- og menningarmálaráðuneytið (2013). *Adalnamskrá grunnskóla, almenntur hluti 2011, greinasvið*. Sótt 7. mars 2014 á <http://www.menntamalaraduneyti.is/utgefing-efni/namskrar/adalnamskra-grunnskola/>.
- Murphy, D.A., Rotheram-Borus, M.J., og Reid, H.M. (1998). Adolescent gender differences in HIV-related sexual risk acts, social-cognitive factors and behavioral skills. *Journal of Adolescence*, 21 (2), 197-208.
- National Guidelines Task Force (2004). *Guidelines for comprehensive sexuality education* (3. útg.). New York: Sexuality Information and Education Council of the United States (SIECUS).
- NOMESCO (2013). *Health statistics in the Nordic Countries*. Kaupmannahöfn: NOMESCO.
- PAHO [Pan American Health Organization] og WHO [World Health Organization] (2000). *Promotion of sexual health recommendations for action*. Antigua Guatemala: PAHO og WHO.
- Raffaelli, M., Bogenschneider, K., og Flood, F.F. (1998). *Parent-teen communication about sexual topics*. Faculty Publications, Department of Psychology, Paper 98. Sótt 6. júní 2014 á <http://digitalcommons.unl.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1097&context=psychfacpub>.
- Ragnheiður Eiríksdóttir (1995). *Kynfræðsluefnið Lífsgildi og ákvarðanir: Forprófun mælitækis*. Óbirt BS-ritgerð: Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.
- Schaalma, H.P., Kok, G., Bosker, R.J., Parcel, G.S., Peters, L., Poelman, J., og Reinders, J. (1996). Planned development and evaluation of AIDS/STD education for secondary school students in the Netherlands: Short-term effects. *Health Education Quarterly*, 23 (4), 469-487.
- Sóley S. Bender (2006). Kynlífsheilbrigði: Frá þögn til þekkingar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 82 (4), 46-50.
- Sóley S. Bender (2012). Ferlismat á nýju kynfræðsluefni fyrir unglinga. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 88 (4), 48-56.
- Thomas, H., DiCenso, A., og Griffith, L. (1998). Adolescent sexual behaviour: Results from an Ontario sample. *Canadian Journal of Public Health*, 89 (2), 90-93.
- Tortolero, S.R., Markham, C.M., Peskin, M.F., Shegog, R., Addy, R.C., Escobar-Chaves, S.L., og Baumler, E.R. (2010). It's your game: Keep it real: Delaying sexual behavior with an effective middle school program. *Journal of Adolescent Health*, 46 (2), 169-179.
- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A.M., Field, J., Whitaker, L., og Field, B. (1995). Provision of sex education and early sexual experience: The relation examined. *British Medical Journal*, 311, 417-420.
- WAS [World Association for Sexual Health] (1999). *Declaration of sexual rights*. Sótt 6. mars 2014 á <http://www.worldsexology.org/resources/declaration-of-sexual-rights/>.
- Zimmerman, R.S., Cupp, P.K., Donohew, L., Sionean, C.K., Feist-Price, S., og Helme, D. (2008). Effects of a school-based, theory-driven HIV and pregnancy prevention curriculum. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 40 (1), 42-51.

ER ÞÖRF Á SÉRSTAKRI HEILBRIGÐISMÓTTÖKU FYRIR HÁSKÓLANEMENDUR?

ÚTDRÁTTUR

Tilgangur: Viðja erlendis hafa háskólanemendur aðgang að heilbrigðisþjónustu sem er sérstaklega ætluð þeim. Tilgangur þessarar könnunar meðal nemenda við Háskóla Íslands var að skoða þörf þeirra fyrir sérstaka heilbrigðismóttöku.

Aðferð: Rafræn könnun var lögð fyrir 9744 nemendur við háskólann vorið 2011 sem voru á póstlista. Spurningalistinn var saminn af vinnuhópi sem ívoru fulltrúar frá öllum deildum Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands. Stuðst var við lýsandi tölfræði við gagnagreiningu.

Niðurstöður: Alls bárust svör frá 1487 þátttakendum, 1427 íslenskumælandi og 60 enskumælandi, og gefa svörin því mynd af viðhorfum 15,2% nemenda við skólann. Úrtakið endurspeglar einkum viðhorf kvenstúdenta og nema í grunnnámi. Tæplega 40% íslensku nemanna og um 70% þeirra erlendu höfðu ekki heimilislækni á höfuðborgarsvæðinu. Niðurstöður sýndu að meirihluti þeirra þurfti að heilbrigðisþjónustu að halda á árinu fyrir könnunina en rúmlega helmingur beið með að leita eftir heilbrigðisþjónustu og var meginástæða þess kostnaður. Um þriðjungur íslensku nemanna og fimmtungur þeirra erlendu sögðust eiga í fjárhagsvanda. Um 92% þeirra íslensku og allir erlendu nemarnir sögðust mundu leita á móttöku þar sem þjónustan væri veitt af nemendum skólans undir leiðsögn kennara. Báðir hóparnir vildu hafa aðgang að fjölbreyttri heilbrigðisþjónustu.

Ályktanir: Niðurstöðurnar gefa til kynna að þeir háskólanemendur, sem þátt tóku í könnuninni, hafi mikla þörf fyrir sérstaka heilbrigðismóttöku. Kostnaður hefur hvað mest hindrað þá í að leita eftir heilbrigðisþjónustu. Jafnframt er stór hópur án heimilislæknis, einkum sá erlendi, og hefur því ekki greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu á heilsugæslustöðvum.

Lykilorð: Heilbrigðismóttaka fyrir háskólanema, þarfagreining, háskólanemar.

INNGANGUR

Viðja erlendis, til að mynda í Svíþjóð og Bandaríkjunum, hafa háskólanemendur aðgang að heilbrigðisþjónustu á sérstökum móttökum. Í Svíþjóð eru til dæmis starfræktar móttökur fyrir nemendur við háskólana í Stokkhólmi, Umeå og Gautaborg (Akademihälsan studenthälsovård, e.d.; Stockholm Student Health Unit, 2013; Umeå University, 2012). Í Svíþjóð er þessi heilbrigðisþjónusta skilgreind sem viðbótarþjónusta við þá heilsugæsluþjónustu sem til staðar er í landinu. Það er mismunandi hvaða þjónusta er í boði á þessum göngudeildum og hvaða heilbrigðisstarfsmenn eru starfandi þar en alls staðar miðast hún við að bæta heilsu háskólanemenda. Við háskólann í Minnesota hefur verið starfrækt heilbrigðisþjónusta fyrir háskólanemendur (Boynton Health Service, BHS) frá árinu 1918 (Ehlinger, 2003). Sú þjónusta hefur tekið ýmsum breytingum í gegnum tíðina en er um þessar mundir alhliða heilbrigðisþjónusta veitt af þverfræðilegum hópi heilbrigðisstarfsfólks. Jafnframt eru starfandi

ENGLISH SUMMARY

Bender, S.S., Blöndal, A.B., Löve, P.J., Geirsdóttir, O.G., Björnsson, A.S., Árnadóttir, I.B., Gottfredsdóttir, H., Björnsdóttir, S.V., Njarðvík, U.

The Icelandic Journal of Nursing (2015), 91 (1), 54-60

IS THERE A NEED FOR A SPECIAL HEALTH SERVICE FOR UNIVERSITY STUDENTS?

Purpose: In many neighbouring countries university students have access to health services which are specially geared to their needs. The purpose of this survey among university students at the University of Iceland was to explore their need for a special health service.

Method: The online survey was administered to 9744 students at the university in the spring of 2011 who were registered e-mail recipients, both Icelandic and English-speaking. The questionnaire was developed by a working group which consisted of representatives from all the faculties at the School of Health Sciences. Data were analysed by descriptive statistical methods.

Results: There were 1487 participants who responded, 1427 Icelandic and 60 English-speaking representing 15,2% of the university student population. The sample represents especially the attitudes of undergraduate and female students. Almost 40% of the Icelandic students and nearly 70% of the English-speaking students did not have a family practitioner in the capital area. The results showed that the great majority of respondents had needed health services in the year before the study took place. More than half of them reported that they had postponed seeking health services citing cost as the main reason. About 92% of the Icelandic students and all of the foreign students reported that they would attend a health clinic which was provided by university students under supervision. Both groups would like to have access to various health care services.

Conclusions: The results indicate that university students who answered the questionnaire had a great need for special health clinic. Costs of service had mainly prevented them from seeking health care services. Additionally, the proportion of students without a family practitioner is high, especially among the foreign students, which is a further hindrance regarding access to primary health care services.

Key words: Student health service, needs assessment, university students.

Correspondance: ssb@hi.is

Í flestum ríkjum Bandaríkjanna og víða í Kanada göngudeildir fyrir almenning sem reknar eru af háskólanemendum (Holmqvist o.fl., 2012; Simpson og Long, 2007). Sumar af þessum göngudeildum eru þverfræðilegar og vinna nemendur margra heilbrigðisvísindagreina þar saman að bættu heilbrigði skjólstæðinga (Holmqvist o.fl., 2012). Þar fá nemendur tækifæri til að þjálfast í þverfræðilegri teymisvinnu. Það hefur sýnt sig að þverfræðileg eða þverfagleg teymisvinna við úrlausn heilbrigðisvanda er meginatriði í árangursríkri heilbrigðisþjónustu (Lemieux-Charles og McGuire, 2006; Mikan, 2005).

Í mars 2010 var skipaður vinnuhópur á vegum Heilbrigðisvísindasviðs (HVS) Háskóla Íslands og fékk hópurinn það verkefni að meta hvort HVS ætti að koma á fót þverfræðilegri göngudeild á vegum háskólans þar sem nemendur þess veittu þjónustu (Sólfríður Guðmundsdóttir o.fl., 2013). Fyrsti höfundur var skipaður formaður hópsins og hefur undanfarin fjögur ár stýrt undirbúningsvinnu varðandi skipulagningu þverfræðilegs náms á heilbrigðisvísindasviði. Í vinnuhópnum voru fulltrúar allra deilda HVS og tveggja námsbrauta sem eru hjúkrunarfræðideild, námsbraut í ljósmóðurfærð, lyfjafræðideild, læknaeild, námsbraut í sjúkrapjálfun, matvæla- og næringarfræðideild, sálfræðideild og tannlæknaeild. Í lok apríl það sama ár lagði vinnuhópurinn fram tillögu til stjórnar HVS um að setja á fót slíka göngudeild á vegum Háskóla Íslands sem væri fyrir nemendur skólans. Göngudeildinni var ætlað að skapa klínísk námstækifæri en jafnframt að veita nemendum HVS þverfræðilega þjálfun undir leiðsögn leiðbeinenda. Með þessari tillögu var stigið skref í áttina að því að gera Háskóla Íslands að heilsuefandi háskóla (health promoting university). Heilsuefandi háskóli er margþætt fyrirbæri en felur meðal annars í sér að veita heilbrigðisfræðslu og stuðla að heilsuefingu (Tsouros, 1998). Vinnuhópurinn skoðaði ýmsa þætti í aðstæðum nemenda við skólann. Í ljós kom að hluti nemenda á við geðræn vandamál að stríða og buðust þeim fá úrræði. Um fimmtungur (21%) nemenda við Háskóla Íslands var með lögheimili utan Reykjavíkursvæðisins árið 2011 (Hagstofa Íslands, e.d.) og hafði því takmarkaðan aðgang að heilbrigðisþjónustu. Að auki hefur Háskóli Íslands glímt við mikið brottfall nemenda. Til samanburðar við aðra háskóla var brottfall á árunum 2007-2009 í viðskiptafræði við Háskóla Íslands og í Háskólanum á Akureyri að meðaltali 43% eftir eitt ár í grunnnámi en mun lægra í Háskólanum í Reykjavík (26%) og lægst (16%) í Háskólanum á Bifröst (Ríkisendurskoðun, 2010). Rekja má brottfall til margra þátta. Þannig sýndu niðurstöður rannsóknar frá árinu 2008 að hjá um 70% skráðra nemenda, sem höfðu hætt námi eða tekið sér hlé frá námi, voru skýringarnar tengdar fjárhagsvanda eða öðrum persónulegum ástæðum (Heiður Hrund Jónsdóttir og Friðrik H. Jónsson, 2008). Við nánari skoðun á fjárhagsvandadæðum kom fram að í um 22% tilvika höfðu þau mjög mikil eða töluverð áhrif. Það sem skipti mun fleiri nemendum máli voru persónulegir erfiðleikar, svo sem námskvíði, óregla, veikindi, sérstakir námsörðugleikar og fleira. Um 46% nema tilgreindu að þessir þættir hefðu haft mjög mikil eða töluverð áhrif. Það er vel þekkt að ef einstaklingur á við heilsufarsleg vandamál að stríða getur það haft áhrif á námsgetu hans.

Óvíst er um heilsufarsleg vandamál meðal nemenda við Háskóla Íslands (HÍ) eða nemenda almennt á háskólastigi hér á landi. Landskannanirnar Heilsa og líðan Íslendinga, meðal einstaklinga á aldrinum 18-79 ára sem gerðar voru á árunum 2007 og 2009, snerust um ýmsa þætti heilsu en ekki er vitað til þess að heilsufar háskólanemenda hafi sérstaklega verið greint út frá þeim gögnum (Landlæknisembættið, 2012). Ýmsar þverskurðarrannsóknir hafa verið gerðar meðal háskólanema við HÍ í gegnum árin. Ein þeirra var gerð árið 2005 og náði til 423 nemenda skólans af báðum kynjum (Sóley S. Bender, 2010). Fram kom að fimm algengustu heilsufarsvandamál þeirra voru kvæfi (58%), höfuðverkur (47%), bakvandamál (23%), tóbaksfíkn (22%) og kynsjúkdómar (18%). Voru þessi vandamál algengari meðal kvenna en karla. Árið 2007 var gerð könnun á geðheilbrigði og geðheilbrigðisþjónustu meðal 1986 kvenstúdenta við HÍ. Rannsóknin sýndi að um fimmtungur þeirra sagðist finna fyrir sálrænni vanlíðan (Bernhardsdóttir og Vilhjálmsson, 2013). Erlendar stofnanir, sem sjá um heilbrigðisþjónustu háskólanema, hafa reglulega staðið að könnunum á heilsufari meðal nemenda. Má þar nefna Boynton Health Service við háskólann í Minnesota í Bandaríkjunum og heilbrigðisþjónustu stúdenta í Finnlandi. Nýlegar rannsóknir þessara stofnana sýna að það er samhljómur milli þeirra hvað varðar þá staðreynd að háskólanemendur glíma við margvísleg heilbrigðisvandamál, vandamálin eru algengari meðal kvenna en karla og andleg vanlíðan er vaxandi vandamál beggja vegna hafsins (BHS, 2013a og b; Kunttu og Pesonen, 2013). Þessar rannsóknir eiga það sameiginlegt að fást við ýmsa þætti heilsu en snúast að jafnaði ekki um þörf fyrir þjónustuna. Það lá ekki ljóst fyrir hver væri þörf háskólanema við Háskóla Íslands fyrir heilbrigðisþjónustu og þótti því nauðsynlegt að leggja fyrir þá könnun um það mál. Tilgangur hennar var að afla upplýsinga um þörf nemenda við Háskóla Íslands fyrir sérstaka heilbrigðismóttöku.

AÐFERÐ

Rannsóknarsnið

Rannsóknin var þversniðskönnun.

Þátttakendur

Alls voru skráðir 13.744 nemendur við Háskóla Íslands þegar könnunin var lögð fyrir í mars 2011. Þar af voru 1.021 erlendir nemendur sem var 7,4% af heildarfjölda nemenda. 4.000 nemendur voru ekki skráðir á netfangalista á þessum tíma og fengu því ekki könnunina (Jóna Guðmundsdóttir, munnleg heimild 11. febrúar 2014). Könnunin var því lögð fyrir alls 9.744 nema. Af þeim nemendum (9.744) voru 73% í grunnnámi og 27% í framhaldsnámi. Konur voru alls 64% en karlar 36%.

Matstæki

Vinnuhópurinn bjó til spurningalista með 30 spurningum sem skiptust í þrjá hluta. Fjölluðu spurningarnar um bakgrunn þátttakenda, nám þeirra og viðhorf til heilbrigðisþjónustu. Fyrsti hlutinn var með sex spurningum sem voru um kyn, aldur, hjúskaparstöðu, barneign, lögheimili og búsetu. Í öðrum hluta voru sjö spurningar. Voru þær um það nám sem viðkomandi

var skráður í, lengd náms, einkunnir, mat á námsframvindu, þann tíma sem færi í nám og vinnu og fjárhagslega stöðu. Tvær spurningar, um námsframvindu og fjárhagslega stöðu, voru á fimm bila Likert-kvarða 1-5 (frá mjög vel til mjög illa) og ein spurning, um tíma sem færi í nám og vinnu, var á níu bila kvarða (frá 0 til 40 tímar). Þriðji hluti spurningalistans var með 7 spurningum. Spurt var um hvort þátttakandi hefði þurft á heilbrigðisþjónustu að halda á síðasta ári, hvort hann hefði frestað því að leita eftir þjónustu og beðið var um skýringar ef svo var. Jafnframt var spurt um hvort viðkomandi hefði heimilislækni, hvort hann hefði nýtt þjónustu tannlæknadeildar eða námsráðgjafar háskólans og hvort hann vildi nýta heilbrigðisþjónustu sem yrði í boði á vegum háskólans. Að auki var grennslast fyrir um hvers konar heilbrigðisþjónusta væri mikilvæg, hvað skipti máli í sambandi við að sækja þjónustu á vegum HÍ og um skipulag þjónustunnar (til dæmis

um afgreiðslutíma og kostnað). Einnig var spurt um áhuga á heilsuefandi námskeiðum, kostnað þeirra og efnistöð. Tvær spurningar, um tegund þjónustu og um áhuga á heilsuefandi námskeiðum, voru á fimm bila Likert-kvarða 1-5 (frá mjög lítilvæg til mjög mikilvæg; frá mjög lítinn til mjög mikinn).

Framkvæmd

Um rafræna könnun var að ræða. Hún var lögð fyrir í samvinnu við nemendaskrá Háskóla Íslands sem sá um að senda bréf til þátttakenda með upplýsingum um rannsóknina og slóð á hana. Hún var útbúin fyrir bæði íslensku- og enskumælandi nemendur. Var hún lögð fyrir í apríl 2011 og henni var fylgt eftir með tveimur ítrekunum. Leyfi Vísindasiðanefndar reyndist ekki nauðsynlegt. Rannsóknin var tilkynnt til Persónuverndar S5167/2011. Hún var útskýrð fyrir þátttakendum og höfðu þeir frjálssar hendur með að samþykkja eða hafna þátttöku.

Tafla 1. Bakgrunnsupplýsingar eftir nemahópum.

	Íslenskir nemendur		Erlendir nemendur	
	n	%	n	%
Kyn				
Kona	1116	78	43	72
Karl	311	22	17	28
Alls	1427	100	60	100
Fjöldi barna				
Ekkert	859	62	41	71
Eitt barn	241	18	5	9
Tvö börn	193	14	9	15
Þrjú eða fleiri börn	89	6	3	5
Alls	1382	100	58	100
Lögheimili				
Innan Reykjavíkursvæðisins (Rvík, Álfanes, Garðabær, Hafnarfjörður Kópavogur, Mosfellsbær og Seltjarnarnes)	1120	82	33	57
Utan Reykjavíkursvæðisins	240	17	6	10
Erlendis	15	1	19	33
Alls	1375	100	58	100
Heimilislæknir á Reykjavíkursvæðinu				
Er með heimilislækni	853	63	17	32
Er ekki með heimilislækni	498	37	36	68
Alls	1351	100	53	100
Tegund náms				
Grunnnám (BA, BS eða BEd)	840	61	21	39
Diplómanám	24	2	2	4
Meistaránám (MA, MS, MEd)	372	27	15	28
Kandídatnáms	72	5	0	0
Doktorsnám	67	5	16	29
Alls	1375	100	54	100

Tafla 2. Þörf fyrir heilbrigðisþjónustu, viðhorf til heilbrigðisþjónustu og námskeiða á vegum háskólans og notkun á núverandi þjónustu eftir nemahópum.

	Íslenskir nemendur				Erlendir nemendur			
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Já		Nei		Já		Nei	
Þörf fyrir heilbrigðisþjónustu								
Purftu á heilbrigðisþjónustu að halda sl. ár	1176	85	203	15	40	73	15	27
Biðu með að leita eftir heilbrigðisþjónustu sl. ár	698	60	463	40	21	55	17	45
Heilbrigðisþjónusta á vegum háskólans								
Áhugi að leita til heilbrigðisþjónustu á vegum háskólans	1148	85	204	15	51	98	1	2
Vilja sækja heilbrigðisþjónustu veitta af nemendum undir leiðsögn kennara	1180	92	106	8	44	100	0	0
Námskeið á vegum háskólans								
Áhugi að sækja heilsueflandi námskeið	851	66	437	34	34	72	13	28
Notkun á núverandi þjónustu háskólans								
Hafa nýtt sér þjónustu tannlæknadeildar	111	9	1182	91	2	4	44	96
Hafa leitað til námsráðgjafa skólans	692	54	600	46	6	13	41	87

Gagnagreining

Við greiningu gagna var stuðst við lýsandi tölfræði. Gögnin voru greind eftir nemahópum.

68% þeirra erlendu. Flestir íslensku þátttakendurnir voru í grunnnámi (61%) en hlutfallslega fleiri erlendu nemanna voru í framhaldsnámi (61%).

NIÐURSTÖÐUR

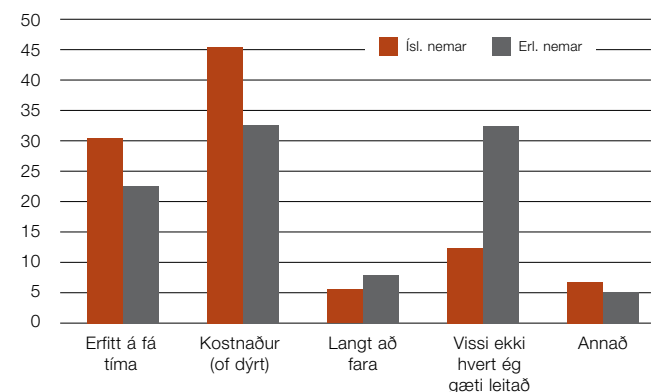
Alls bárust svör frá 1487 þátttakendum, 1427 íslenskumælandi (ÍSL) og 60 enskumælandi (ENS). Svarhlutfall var 15,2%. Þegar könnunin var lögð fyrir var hlutfall nema (9744) í grunnnámi við Háskóla Íslands 73% en í framhaldsnámi 27% (Háskóli Íslands, e.d.). Meirihluti svara beggja hópa í könnuninni endurspegladi viðhorf grunnnema (60%) en minnihluti var frá framhaldsnemum (40%). Við fyrirlögn könnunarinnar var hlutfall nema (9744) eftir kynjum 64% konur og 36% karlar (Háskóli Íslands, e.d.). Kynjahlutfall svarenda í þessari könnun var í heild um 78% konur og 22% karlar. Hlutfall erlendra nemenda af heildarfjölda nemenda við skólann var um 7% en hlutfall erlendra nema í hópi þeirra sem tóku þátt í rannsókninni var 4%. Nokkuð gott samræmi reyndist vera milli hlutfalls (21%) nema við Háskóla Íslands sem skráðir voru með lögheimili utan Reykjavíkursvæðisins árið 2011 og hlutfalls þeirra nema sem tóku þátt í rannsókninni (17%). Úrtakið endurspegladi því hlutfallslega fleiri kvenstúdenta og hlutfallslega færri grunnnema, erlenda nema og þá sem voru búsettir utan Reykjavíkursvæðisins miðað við þýði nemenda.

Grunnþættir

Rannsóknin leiddi í ljós að konur voru í meirihluta (ÍSL 78%, ENS 72%) og voru flestir barnlausir (ÍSL 62%, ENS 71%). Tæpur fimmtungur (17%) íslensku nemanna var með lögheimili utan Reykjavíkursvæðisins og 10% þeirra erlendu en um þriðjungur þeirra var með erlent lögheimili (tafla 1). Í ljós kom að 37% íslensku nemanna voru ekki með heimilislækni og

Þörf fyrir þjónustu

Niðurstöður sýndu að meirihluti þátttakenda sagðist hafa þurft á heilbrigðisþjónustu að halda á síðasta ári (ÍSL 85%, ENS 73%) en um og yfir helmingur þeirra (ÍSL 60%, ENS 55%) sögðust hafa beðið með að leita eftir þjónustunni og var meginástæðan kostnaður (ÍSL 45%, ENS 32%) (tafla 2 og mynd 1). Um þriðjungur erlendu nemendanna nefndi einnig að þeir vissu ekki hvert þeir gætu leitað eftir þjónustu (mynd 1). Meirihluti þátttakenda lýsti áhuga á heilsueflandi námskeiðum (ÍSL 66%, ENS 72%). Fram kom að 9% íslensku nemanna og 4% þeirra erlendu höfðu áður nýtt sér tannlæknaþjónustu tannlæknadeildar og 54% íslensku og 13% erlendu nemanna höfðu leitað til námsráðgjafa háskólans (tafla 2).

**Mynd 1.** Ástæða þess, eftir nemahópum, að fresta því að leita eftir heilbrigðisþjónustu.

Tafla 3. Fjárhagsleg staða og greiðslupátttaka eftir nemahópum.

	Íslenskir nemendur		Erlendir nemendur	
	n	%	n	%
Fjárhagsleg staða				
Stend mjög vel fjárhagslega	59	4	1	2
Stend frekar vel fjárhagslega	330	24	9	16
Stend hvorki vel né illa fjárhagslega	556	40	33	59
Stend frekar illa fjárhagslega	341	25	9	16
Stend mjög illa fjárhagslega	90	7	4	7
Alls	1376	100	56	100
Greiðsla fyrir háskólamóttöku				
Tilbúin/n að greiða 1000 kr.	530	41	20	43
Tilbúin/n að greiða 500 kr.	753	59	26	57
Alls	1283	100	46	100
Greiðsla fyrir námskeið				
Svipað og á almennun markaði (8-10.000 kr.)	69	6	0	0
Minna en greitt er á almennum markaði (4-6.000 kr.)	976	76	21	46
Ekkert	234	18	25	54
Alls	1279	100	46	100

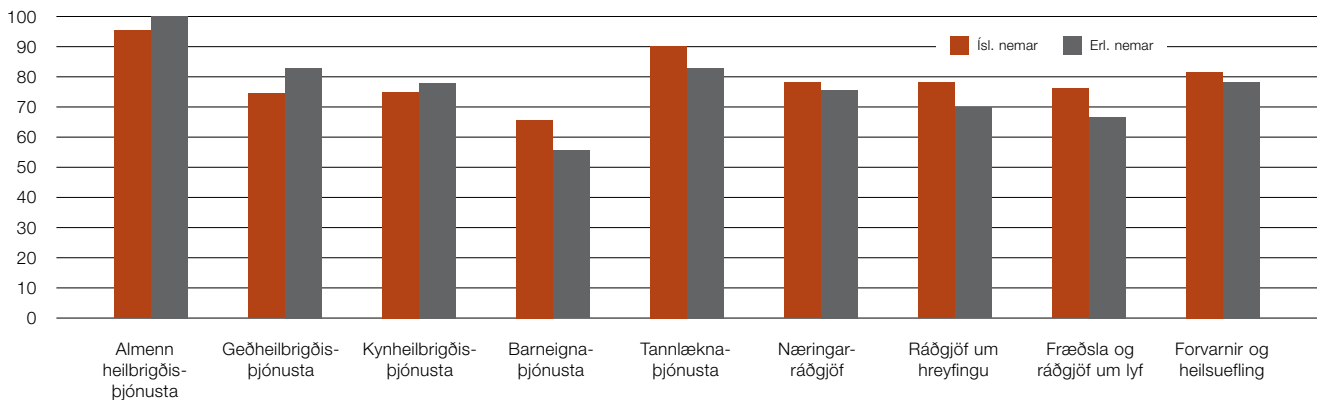
Yfirgnæfandi meirihluti þátttakenda hafði hug á því að leita á heilbrigðismóttöku sem starfrækt væri á vegum háskólans (ÍSL 85%, ENS 98%). Langflestir sögðust mundu leita á móttöku þar sem nemendur skólans veittu heilbrigðisþjónustu undir leiðsögn kennara (ÍSL 92%, ENS 100%) (tafla 2). Þeir íslensku þátttakendur (15%), sem ekki sögðust mundu leita til heilbrigðismóttökunnar, tilgreindu helstu ástæðuna (56%) þá að þeir væru ánægðir með núverandi þjónustu. Enginn af erlendu nemunum svaraði þessu atriði því nánast allir höfðu hug á að leita á háskólamóttökuna. Um þriðjungur íslensku nemanna en rúmlega fimmtungur þeirra erlendu (ÍSL 32%, ENS 23%) sagðist standa frekar illa eða mjög illa fjárhagslega (tafla 3). Meirihluti (ÍSL 59%, ENS 57%) beggja hópa vildi greiða sem minnst (500 kr.) fyrir þjónustuna. Eins kom fram að þátttakendur vildu helst greiða minna fyrir heilsuefandi námskeið en á almennum markaði (ÍSL 76%, ENS 46%) eða að þau væru án endurgjalds (ÍSL 18%, ENS 54%).

Bæði íslensku og erlendu nemendurnir höfðu áhuga á fjölþættri þjónustu (mynd 2). Það var helst barneignarþjónusta sem færri tilgreindu mikilvæga. Þátttakendur voru beðnir að forgangsraða í fyrsta og annað sæti hvaða þættir skiptu þá mestu máli í sambandi við að sækja heilbrigðismóttöku á vegum háskólans. Atriðin voru: Hversu auðvelt er að fá tíma, hvort þjónustan er á kostnaðarverði, hvenær dagsins þjónustan er í boði, hvar þjónustan er staðsett og gæði þjónustunnar. Í fyrsta sæti hjá báðum hópunum (ÍSL 44%; ENS 43%) voru gæði þjónustunnar og í öðru sæti (ÍSL 34%; ENS 32%) var kostnaður við hana. Sá tími dagsins, sem flestir vildu hafa þjónustuna, var milli 16 og

19 síðdegis (ÍSL 38%, ENS 43%) en tæpur þriðjungur vildi hafa hana milli 13 og 16 og um fjórðungur milli 9 og 13.

UMRÆÐA

Í þessari rannsókn var skoðuð þörf háskólanemenda fyrir heilbrigðisþjónustu. Hafa ber í huga að 15% nemenda svöruðu könnuninni og hefur sá hópur, sem svaraði, hugsanlega haft meiri þörf fyrir þjónustuna. Úrtakið endurspeglar einkum viðhorf kvennemenda og þeirra sem eru í grunnnámi. Rannsóknin leiddi í ljós að hátt hlutfall þátttakenda taldi sig hafa þörf fyrir heilbrigðismóttöku háskólans. Árið áður en rannsóknin fór fram þurfti meirihluti nemenda á heilbrigðisþjónustu að halda en um og yfir helmingur þeirra frestaði því að leita eftir þjónustunni. Það hlutfall er mun hærra en kom fram í rannsókninni Heilbrigði og aðstæður Íslendinga I, árið 2006, en þar sögðust 22% fullorðinna Íslendinga hafa frestað lækniþjónustu á sex mánaða tímabili (Rúnar Vilhjálmsson, 2011). Spurning okkar náði hins vegar yfir lengra tímabil (eitt ár). Meginástæða þess að leita sér ekki lækniþjónustu, samkvæmt okkar rannsókn, var kostnaður en um þriðjungur íslensku en fimmtungur erlendu nemanna sagðist eiga í fjárhagslegum erfiðleikum. Það er í samræmi við fyrri rannsókn meðal kvenstúdenta sem sýndi að kostnaður gat staðið í vegi fyrir því að nemendur leituðu sér þjónustu (Bernhardsdóttir og Vilhjálmsson, 2012). Þess má einnig geta að fjárhagsvandi hefur verið ein af mikilvægum ástæðum þess að hætta í námi (Heiður Hrund Jónsdóttir og Friðrik H. Jónsson (2008). Niðurstöður rannsóknarinnar benda til að mikilvægt sé að greiða niður þessa þjónustu hér á landi. Fram kom að



Mynd 2. Tegund þjónustu sem nemendur telja mikilvæga eftir nemendahópum.

erlendu nemarnir í rannsókninni virðast verr staddir en þeir íslensku hvað varðar aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Hafa þeir þó í huga að svör þeirra endurspegla einungis viðhorf um 4% erlendra nema við skólann. Niðurstöður sýndu að 33% þeirra voru með lögheimili erlendis, 10% utan Reykjavíkursvæðisins, 68% voru ekki með heimilislækni og 32% vissu ekki hvert þeir ættu að leita eftir þjónustu. Nánast allir erlendu þátttakendurnir sögðust mundu leita á móttöku háskólans ef hún væri í boði. Þessar upplýsingar gefa vísbendingar um að aðgengi þessara erlendu nemenda við Háskóla Íslands að heilbrigðisþjónustu sé takmarkað og því mikilvægt að bæta úr því.

Í rannsókninni var skoðuð afstaða til þess að nemendur HVS veittu þjónustu á heilbrigðismóttöku háskólans. Það kom að vissu leyti á óvart, miðað við smæð samfélagsins, að langflestir þátttakenda sögðust mundu sækja slíka þjónustu sem veitt væri af nemendum á HVS undir leiðsögn leiðbeinenda þeirra. Þetta var þó ekki greint eftir deildum og því er ekki vitað hvort nemendum HVS gæti þótt þetta erfiðara en öðrum nemendum.

Í ljósi þess að meirihluti nemenda var á fyrstu árum grunnnáms og átti engin börn kemur ekki á óvart að færri töldu barneignaþjónustu (mæðravernd) mikilvæga. Mæðravernd er aðgengileg og án kostnaðar hér á landi óháð því hvort viðkomandi hefur heimilislækni eða ekki. Það er því eðlilegt, í ljósi svara varðandi það að þjónustan þurfi að vera auðfengin og ódýr, að nemar telji ekki mikilvægt að fá aðgang að slíkri þjónustu á vegum Háskóla Íslands. Hins vegar getur heilbrigðisþjónusta, sem nær til þessa hóps sérstaklega, verið gott tækifæri til ráðgjafa varðandi kynheilbrigði, getnaðarvarnir og skipulag barneigna enda slíkar ákvarðanir algengar á þessu æviskeiði.

Könnunin var send til allra nema við Háskóla Íslands sem voru á tölvupóstlista og því höfðu þeir jafnan möguleika á þátttöku. Mikið álag er á nemendum háskólans hvað kannanir, nám og vinnu varðar en það getur haft áhrif á lágt svarhlutfall. Svarhlutfallið í könnuninni var um 15% og gefur því ekki tilefni til alhæfingar um háskólanema almennt. Þeir sem svöruðu gætu verið líklegri til að hafa meiri þörf fyrir þjónustuna en aðrir nemendur. Hafa þeir þó í huga að 17% nemenda, sem svöruðu

könnuninni, höfðu lögheimili utan Reykjavíkursvæðisins. Það er lægra hlutfall en í þýðinu (21%) en það er einmitt sá hópur sem gæti umfram aðra haft þörf fyrir þjónustuna. Það hefur sýnt sig að rafrænar kannanir hafa að jafnaði lægra svarhlutfall en póstkannanir (Nulty, 2008). Önnur nýleg rannsókn meðal háskólanema við Háskóla Íslands var með 13,4% svörum (Brynja Bergmann Halldórsdóttir, 2013).

Þeir sem svöruðu könnuninni greindu frá miklum áhuga á því að leita til heilbrigðismóttöku háskólans. Jafnframt kom fram að þeir höfðu haft, ári fyrir könnunina, mikla þörf fyrir heilbrigðisþjónustu. Jafnframt kom fram verulegur áhugi meðal þátttakenda að sækja heilsueflandi námskeið. Meðal þessara háskólanema virðist vera til staðar mikil þörf fyrir heilbrigðisþjónustu sem ekki er komið til móts við.

Þakkarorð

Við viljum þakka þeim háskólanemendum sem gáfu sér tíma til að svara könnuninni fyrir þeirra framlag. Einnig þökkum við fyrir styrk frá heilbrigðisvísindasviði til að standa straum af kostnaði við könnunina. Að auki eru starfsfólki nemendaskrár Háskóla Íslands færðar þakkir fyrir veitta aðstoð við framkvæmd rannsóknarinnar.

Heimildir

- Akademihälsan studenthälsövärd (e.d.). Sótt 5. desember 2014 á <http://www.akademihalsan.se/>.
- Bernhardsdóttir, J., og Vilhjálmsdóttir, R. (2013). Psychological distress among university female students and their need for mental health services. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 20 (8), 672-8. Doi: 10.1111/jpm.12002.
- BHS [Boynton Health Service] (2013a). 2013 *College student health survey report*. Sótt 25. febrúar 2014 á http://www.bhs.umn.edu/Surveys/survey-results/2013/UofMTwinCities_CSHSReport_2013.pdf.
- BHS [Boynton Health Service] (2013b). *Boynton Health Service. Student services fees request*. Minneapolis: BHS. Sótt 25. febrúar 2014 á http://www.studentservicesfees.umn.edu/historical/13-14_Applications/Administrative%20Units/Boynton%20Health%20Service%20application.pdf.
- Brynja Bergmann Halldórsdóttir (2013). *Rafræn samskipti í rómantískum samböndum*. Óbirt meistarafráttgerð: Háskóli Íslands, Félagssráðgjafardeild.
- Columbia University Medical Center (2013). *Student health service*. Sótt 28. mars 2013 á <http://www.cumc.columbia.edu/student/health/>.
- Ehlinger, E.P. (2003). College health in the vanguard of public health. *Spectrum*, nóvember, 6-11.

- Hagstofa Íslands (e.d.). *Talnaefni, skólamál. Nemendur ofan grunnskóla eftir árum, skólastigi, skólum, lögheimili og kyni 1997-2012*. Sótt 12. febrúar 2014 á <http://www.hagstofa.is/?PageID=2604&src=https://rannsokn.hagstofa.is/pxis/Dialog/varval.asp?ma=SKO00003a%26ti=Nemendur+ofan+grunnsk%F3la+eftir+%E1rum%2C+sk%F3lastigi%2C+sk%F3lu+m%2C+l%F6gheimili+og+kyni+1997%2D2012+%26path=../Database/skolamal/yfirlit/%26lang=3%26units=Fjöldi>.
- Háskóli Íslands (e.d.). *Skráðir nemendur 2010-2011– Heildartölur*. Sótt 25. október 2011 á http://www.hi.is/is/skolinn/skradir_nemendur_2010_2011_heildartolur.
- Heiður Brund Jónsdóttir og Friðrik H. Jónsson (2008). *Könnun meðal skráðra nemenda Háskóla Íslands sem hætt hafa námi*. Reykjavík: Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands.
- Holmqvist, M., Courtney, C., Meili, R., og Dick, A. (2012). Student-run clinics: Opportunities for interprofessional education and increasing social accountability. *Journal of Research in Interprofessional Practice and Education*, 3, 264-77.
- Kunttu, K., og Pesonen, T. (2013). *Student health survey 2012: A national survey among Finnish university students*. Helsinki: Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. Sótt 25. febrúar 2014 á http://www.yths.fi/filebank/2263-KOTT2012_in_English.pdf.
- Landlæknisembættið (2012). *Heilsa og líðan Íslendinga*. Sótt 24. mars 2013 á <http://www.landlaeknir.is/tolfraedi-og-rannsoknir/rannsoknir/heilsa-og-lidan-islendinga/>.
- Lemieux-Charles, L., og McGuire, W.L. (2006). What do we know about health care team effectiveness? A review of the literature. *Medical Care Research and Review*, 63 (3), 263-300.
- Mickan, S.M. (2005). Evaluating the effectiveness of health care teams. *Australian Health Review*, 29 (2), 211-216.
- Nulty, D.D. (2008). The adequacy of response rates to online and paper surveys: What can be done? *Assessment & Evaluation in Higher Education*, 33, 301-314.
- Ríkisendurskoðun (2010). *Skýrsla um eftirfylgni: Kostnaður, skilvirkni og gæði háskólakennslu* (2007). Reykjavík: Ríkisendurskoðun.
- Rúnar Vilhjálmsson (2011). Frestun læknisþjónustu meðal Íslendinga: Umfang og skýringar. *Læknablaðið*, 97, 529-534.
- Simpson, S.A., og Long, J.A. (2007). Medical student-run health clinics: Important contributors to patient care and medical education. *Journal of General Internal Medicine*, 22, 352-356.
- Sóley S. Bender (mars 2010). *Heilsufarsleg vandamál háskólastúdenta*. Erindi haldið í Hjúkrunarfræðideild, Eirbergi.
- Sólfríður Guðmundsdóttir, Sóley S. Bender, Helga Gottfreðsdóttir, Anna Birna Almarsdóttir, Þorvarður Jón Löve, Sigrún Vala Björnsdóttir, Ólöf Guðný Geirsdóttir, Andri S. Björnsson og Inga B. Árnadóttir (2013). *Heilsutorg, þverfræðileg samvinna*. Reykjavík: Heilbrigðisvísindasvið HÍ.
- Stockholm Student Health Unit (2013). *Health service*. Sótt 24. mars 2013 á <http://www.su.se/english/study/student-services/student-health-service>.
- Tsouros, A.D. (1998). From the healthy city to the healthy university: Project development and networking. Í A.D. Tsouros, G. Dowding, J. Thompson, M. Dooris (ritstj.), *Health promoting universities, concept, experience and framework for action*. Kaupmannahöfn: World Health Organization.
- Umeå University (2012). *Student health service*. Sótt 24. mars 2013 á <http://www.student.umu.se/english/during-your-studies/student-health-service>.