

Tímarit

HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING / 3. TBL. 2015 91. ÁRGANGUR



FAGTÍMARIT
Í 90 ÁR
1925-2015

3. tbl. 2015 91. árgangur

FAGID



- **BLÓDSÝKINGAR AF VÖLDUM MIÐBLÁÆDALEGGJA: ÁHÆTTUÞÆTTIR, FYLGIVILLAR OG FORVARNIR**
Melkorka Víðisdóttir
- **UM EDLI OG GILDI HÁSKÓLAMENNTUNAR Í HJÚKRUN**
Kristín Björnsdóttir
- **GAMLAR PERLUR – ÁBYRGÐ ÍSLENSKRA HJÚKRUNARKVENNA OG LÆKNA GAGNVART HJÚKRUNARNÁMINU**
Sigríður Eiríksdóttir
- **ENDURHÆFING LUNGNASJÚKLINGA - FLÓKIN OG MARGÞÆTT**
Elfa Dröfn Ingólfsdóttir, Eva Steingrímsdóttir, Guðbjörg Pétursdóttir og Jónína Sigurgeirsdóttir

FÓLKID



- **Í MYNDSKÖPUN ER FÓLK AÐ VINNA MEÐ TILFINNINGAR**
Hrafnhildur Hreinsdóttir
- **MIKILL ÁHUGI Á NÁMI Í HEILSUGÆSLUHJÚKRUN**
Karl Eskil Pálsson
- **NÝSTÁRLEG HEIMAHJÚKRUN**
Christer Magnusson
- **ÞANKASTRIK – ER ÉG HÆTT AÐ VERA HJÚKRUNARFRÆÐINGUR?**
Eva Ýr Gunnlaugsdóttir
- **BÓKARKYNNING – SJÁLFSVÍG MEÐAL ELÐRA FÓLSK**
Christer Magnusson

FÉLAGID



- **FORMANNSPISTILL**
Ólafur G. Skúlaason
- **RIITSTJÓRASPJALL**
Christer Magnusson
- **DAGUR HJÚKRUNARFRÆÐINGA 2015**
Aðalbjörg Finnbogadóttir
- **GAMLAR PERLUR – NÝÚTSKRIFAÐAR HJÚKRUNARKONUR MÓTMÆLA**
- **AÐALFUNDUR 2015**
- **SAMSTÆÐA LAUNAMANNA**
- **LAGAHORNID – NÝ REGLUGERÐ UM STUNGUÓHÖPP**

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík

Sími 540 6405

Netfang christer@hjukrun.is

Vefsíða www.hjukrun.is

Útgefandi Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga

Sími skrifstofu 540 6400

Ritstjóri og ábyrgðarmaður Christer Magnusson **Ritnefnd** Aðalbjörg Stefania Helgadóttir, Áslaug Birna Ólafsdóttir, Ásta Thoroddsen, Dórothea Bergs, Oddný S. Gunnarsdóttir, Þorgerður Ragnarsdóttir, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir Fréttaeini Aðalbjörg Finnbogadóttir, Christer Magnusson o.fl. **Ljósmyndir** Christer Magnusson, Háskólinn á Akureyri, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, Karl Eskil Pálsson o.fl. **Yfirlestur** Anna Helgadóttir **Proförk** Christer Magnusson **Auglýsingar** Guðrún Andrea Guðmundsdóttir, sími 540 6412 **Hönnun** Birgir Þór Harðarson/Kjarninn

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



Fyrir þig, hjartað mitt



Hjartamagnýl®

– Dýrmæt forvörn

75 mg sýrupolnar töflur

Netuh: Hjartamagnýl sýrupolnar töflur innihalda 75 mg af asetýlsalísýlsýru. Hjartamagnýl er tekið til að minnka hættuna á að blóttappar myndist og fyrirbyggja þannig frakri: Hjartaáfall, heilabólóð, vandamál í hjarta og æðum hjá sjúklingum með hjartaöng, sem er í jafnvægi eða óstöðug. Hjartamagnýl er einnig notað til að koma í veg fyrir myndun blóttappa eftir ákveðnar tegundir hjartaöngurða til að vikka eða opna æðar. Ekki er mælt með notkun lyfsins við bráðaöðstæður. Það er einönglu hægt að nota sem fyrirbyggjandi meðferð. **Skammtar og lyfjagjöf:** Almennir er ráðlagður skammtur 75-160 mg einu sinni á dag. Töflunum skal kyngja heilum með nægilegu magni af vökva. Vegna sýrupolnu húðarinnar skal ekki mylja, brjóta eða tyggja töflur. Börnum og unglingum yngri en 16 ára skal ekki gefa asetýlsalísýlsýru, nema samkvæmt læknisráði þegar ávinningur vegur þyngra en áhættan. **Varúðarreglur:** Láttu lækinn vita áður en þú tekur Hjartamagnýl ef þú ert með njúma-, lifra- eða hjartavandamál, ert með eða hefur einhvern tíma verið með vandamál í maga eða smáþörmum, ert með háan blóðþrýsting, ert með astma, frjókornaofnæmi, sepa í nefi eða aðra langvína sjúkdóma í öndunarfarum; asetýlsalísýlsýra getur framlíkað astmakast, hefur verið með þvagsýrugigt, færð miklar tilbálaröngur. Þú veður að leita strax til læknis ef einhenni þín versna eða ef þú finnur fyrir alvarlegum eða óvæntum einkennum. Láttu lækinn vita ef þú ætlar að fara í aðgerð þar sem asetýlsalísýlsýra þynnir blóðið. Asetýlsalísýlsýra getur valdið Reye's heilkenni þegar hún er gefin börnum. Reye's heilkenni er sjúkdómur sem kemur orsáðan fyrir og getur verið lífshættulegur. Af þessari ástæðu skal ekki gefa börnum yngri en 16 ára Hjartamagnýl, nema samkvæmt ráðleggingum læknis. Þú skalt gæta þess að ofþorna ekki þar sem notkun asetýlsalísýlsýru við slíkar aðstæður getur valdið skerðingu á nýrnastarfsemi. Þetta lyf hentar ekki til notkunar sem verkjalyf eða hitalækkandi lyf. **Meðganga og brjóstgjöf:** Leitlið ráða hjá lækni eða lyfjafræðingi áður en lyf eru notuð. Þungaðar konur og konur með börn á brjósti skulu ekki taka asetýlsalísýlsýru nema samkvæmt ráðleggingum læknis. **Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu.** Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. Actavis Group PTC ehf. Október 2013.


Actavis

FORMANNSPISTILL

ÁGÆTU HJÚKRUNAR- FRÆÐINGAR

Ólafur Guðbjörn Skúlason



ÉG VIL byrja á að þakka ykkur fyrir það traust sem mér er sýnt með endurkjöri sem formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga tímabilið 2015-2017. Starf formannsins er krefjandi og viðamikilið og í hverjum degi er fólgin nýr lærdómur. Ég tel það forréttindi að fá að starfa fyrir hönd hjúkrunarfræðinga og mun halda áfram að gera mitt besta til að vinna að hagsmunum þeirra og hjúkrunar á Íslandi.

Í fyrsta sinn kemur Tímarit hjúkrunarfræðinga eingöngu út á rafrænu formi. Í framboði mínu til formanns árið 2013 heyrði ég á röddum félagsmanna að tímaritið ætti að vera á rafrænu formi og hætta ætti prentun þess. Þessar raddir hafa farið hækkandi og ákvað stjórn félagsins í samvinnu við ritnefnd þess að stíga þetta skref að fullu. Íslenska þjóðin les nú í auknum mæli blöð og tímarit á rafrænum miðlum og eru hjúkrunarfræðingar þar ekki undanskildir. Það að flytja Tímarit hjúkrunarfræðinga á rafrænt form hefur ekki einungis fjárhagslegan sparnað í för með sér fyrir félagið heldur hefur þetta jákvæð áhrif á umhverfið allt. FÍH tekur þannig virkan þátt í verndun þess. Annar kostur fylgir þessari útgáfu en það er sú staðreynd að auðveldara og ódýrara er að gefa út fleiri tölublöð á ári sé vilji fyrir hendi hjá ritnefnd Tímarits hjúkrunarfræðinga. Það er von stjórnar FÍH að þessi breyting verði öllum hjúkrunarfræðingum til góða og auki ánægju félagsmanna með Tímarit hjúkrunarfræðinga. Þegar þetta er skrifað er einn dagur í fyrirhugað verkfall



hjúkrunarfræðinga. Í umræðum sem skapast hafa í kringum verkfall okkar kemur glögglega í ljós að hjúkrunarfræðingar eru hryggjarstykki í íslensku heilbrigðiskerfi. Hjúkrunarfræðingar eru fjölmennasta heilbrigðisstéttin og verður heilbrigðiskerfið ekki rekið án okkar þátttöku.

Ég hef orðið var við mikla samstöðu meðal hjúkrunarfræðinga. Við höfum staðið saman sem klettur og ekki látið deigan síga. Við gerum eðlilega kröfu um að laun hjúkrunarfræðinga séu í samræmi við laun annarra háskólamenntaðra starfsmanna og að tekin séu ákveðin skref í að útrýma kynbundnum launamuni hjá opinberum starfsmönnum. Slík krafa er eðlileg og hógvær.

Ég vona að þegar þessi pistill birtist hafi þegar verið samið við okkur hjúkrunarfræðinga. Ef ekki þá skulum við halda áfram að standa við bakið hvert á öðru og krefjast þess sem réttmætt er og sanngjarnt.

Ég óska ykkur gleðilegs sumars kæru hjúkrunarfræðingar. Ég vona að þið náíð að slaka á og njóta tilverunnar með vinum og vanda mönnum og komið endurnærð til starfa á ný að sumarleyfi loknu.



RITSTJÓRASPJALL

SUMAR OG LAUNASTRÍÐ

Christer Magnusson



VELKOMNIR ALLIR lesendur í fyrsta rafræna tölublaðið. Það kemur út á miklum álagstímum fyrir félagið.

Æskilegt hefði verið að geta birt upplýsingar um nýjar reglur styrktarsjóðs, nýja stefnu félagsins og gang mála í yfirstandandi kjaraviðræðum. Menn eru hins vegar of uppteknir af verkföllum og samningum til þess að hafa tíma til að skrifa greinar. Vonandi verður hægt að greina frá nýjum kjarasamningi í næsta tölublaði. Í blaðinu er í staðinn smágrein um launastríð nýútskrifðra hjúkrunarfræðinga á áttunda áratugnum.

Vinnutími hjúkrunarfræðinga hefur aldrei verið eftirsóknarverður og verður það líklega aldrei því þeirra er þörf allan sólarhringinn. Launin hafa hins vegar aldrei miðast við það því ríkisvaldið hefur gert allt sem það getur til þess að halda laununum niðri og beitt ýmsum brögðum til þess, enda dýrt fyrir ríkið að halda úti heilbrigðisþjónustu.

Síðustu áratugi hafa vinnuskilyrði hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum breyst mjög hratt. Læknisfræðinni hefur fleygt fram sem er ánægjulegt en gerir það að verkum að hægt er að leysa sífellt fleiri vandamál utan sjúkrahúss. Fyrir hjúkrunarfræðinga þýðir það hins vegar að nánast allir sem dveljast á sjúkrahúsum eru mjög veikir. Einnig fjölgar sífellt þeim tækjum sem hjúkrunarfræðingar þurfa að kunna skil á. Samhliða því verða reglur og kröfur heilbrigðisyfirvalda og eftirlitsaðila stöðugt strangari og kröfur aðstandanda og almennings einnig. Á sama tíma reyna heilbrigðisstofnanir að fækka starfsfólki til þess að uppfylla sparnaðarkröfur stjórnvalda. Samantekið er þetta nánast að bera menn ofurliði.



Það ætti því enginn að vera hissa á því að hjúkrunarfræðingar séu tilbúnir til þess að fara í verkfall til þess að knýja fram launabætur. Kannski ættu þeir líka að stofna til aðgerða til þess að ná fram betri starfsmannastefnu hjá fjármálaráðuneytinu.

Í síðasta tölublaði var fjallað um nýjar áherslur í hjúkrunarnáminu og í þessu blaði er haldið áfram að rýna í menntunarmál. Í einni grein er farið yfir þróun hjúkrunarnáms á síðustu öld og í grein frá 1930 er staða hjúkrunarnáms skoðuð um það leyti sem Landspítalinn tók til starfa.

Í þessu tölublaði er engin fræðigrein. Það er tilviljun og alls ekki stefnubreyting. Tímarit hjúkrunarfræðinga mun áfram birta fræðigreinar þó að það komi nú út rafrænt. Það kemur stundum fyrir að engin fræðigrein er samþykkt til birtingar þegar nýtt tölublað er í burðarliðnum en það er óheppilegt nú þar sem mörg fræðihandrit eru í vinnslu. Í haust mun líklega myndast biðröð eftir að fá efni birt. Tímarit hjúkrunarfræðinga hefur áður gefið út aukatölublöð eingöngu með fræðigreinum og þarf hugsanlega að gera það aftur í vor.

Ritnefnd bíður spennt eftir að fá að heyra skoðanir félagsmanna á rafræna tímaritinu þannig að lesendur eru hvattir til þess að senda ritstjóra athugasemdir. Að öðru leyti er það von hans að lesendur geti inn á milli notið sumarsins þrátt fyrir launastríð og vinnuálag.



BLÓÐSÝKINGAR AF VÖLDUM MIÐBLÁÆÐALEGGJA:

ÁHÆTTUÞÆTTIR, FYLGIVILLAR OG FORVARNIR

Melkorka Víðisdóttir



Spítalasýking er sýking sem einstaklingar fá meðan á sjúkrahúsdvöl stendur. Þær tengjast oft þeim inngripum sem gerð eru inni á sjúkrahúsi, svo sem þvagleggjum, æðaleggjum, öndunarvélum og skurðaðgerðum. Blóðsýking er ein þessara spítalasýkinga og getur hún meðal annars komið vegna notkunar á miðbláæðalegg en þá komast bakteríur í blóðrásina í gegnum legginn.

MIÐBLÁÆÐALEGGIR ERU mikið notaðir á gjörgæsludeildum sem og öðrum deildum. Þeir eru meðal annars notaðir til að gefa lyf, næringu, blóð og taka blóðprufur. Þessir leggir eru ólíkir útlægum æðaleggjum að því leyti að þeir liggja í stærstu bláæðar líkamans, meðal annars í æð sem liggur upp að hjartanu. Þessir leggir geta verið í sjúklingum í vikur og jafnvel mánuði en þeim fylgir aukin hættu á blóðsýkingu tengda leggnum (CDC [Centers for Disease Control and Prevention], 2010).

Tíðni blóðsýkinga af völdum miðbláæðaleggja er mishá milli deilda, spítala og landa. Samkvæmt erlendum rannsóknum er tíðni þeirra allt frá 1,8-17,7 á hverja 1000 miðbláæðaleggjadaga (Gowardman o.fl., 2008; Rosenthal o.fl., 2010). Hérlandis hafa blóðsýkingar mælt 1,07- 2,03 á hverja 1000 miðbláæðaleggjadaga en þessar tíðnitölur eru einungis af gjörgæsludeildum en ekki almennum deildum (Melkorka Víðisdóttir, 2013; Sýkingavarnadeild, e.d.).

Áhættuþættir og fylgikvillar blóðsýkinga

Rannsóknir hafa sýnt að nokkrir þættir tengjast aukinni hættu á að fá blóðsýkingu frá miðbláæðalegg. Mikilvægt er að hafa þessa þætti í huga þegar setja þarf upp miðbláæðalegg hjá sjúklingi og þegar verið er að meðhöndla hann.

Tímalengd miðbláæðaleggja, það er hversu lengi leggur er í sjúklingi, tengist sýkingarhættu. Því lengur sem leggur er til staðar í sjúklingi því meiri bakteríuvöxtur verður á enda leggsins sem liggur í bláæð sjúklingsins. Þar af leiðandi eru meiri líkur á að sjúklingurinn fái blóðsýkingu út frá leggnum (Hammarskjöld o.fl., 2006; Moretti o.fl., 2005).

Staðsetning miðbláæðaleggja er talin skipta máli varðandi sýkingar. Leggir í nárabláæð auka mest hættuna á sýkingu en frá leggjum í viðbeinsbláæð stafar minnsta hættan (Merrer o.fl., 2001).

Gjöf á næringu og fitulausnum í æð er tengd aukinni áhættu á



að fá sýkingu út frá miðbláæðalegg. Tæplega 30% sjúklinga sem fá blóðsýkingu frá miðbláæðalegg hafa fengið næringu í gegnum legginn (Garancho-Montero o.fl., 2008).

Miðbláæðaleggir geta meðal annars verið notaðir til blóðskilunar hjá sjúklingum með nýrnabilun. Rannsóknir hafa hins vegar sýnt að tæplega helmingur sjúklinga sem eru í langtímablóðskilun fær bakteríuvöxt á enda miðbláæðaleggs sem notaður er til blóðskilunar og þar af eru 9,7% sem fá blóðsýkingu sem rekja má til leggins (Hammarskjöld o.fl., 2006).

Miðbláæðaleggir geta haft mismunandi margar rásir. Með auknum fjölda rása eykst hættu á sýkingu. Hver aukarás getur aukið hættu á blóðsýkingu rúmlega fjórfalt. Það að rás sé ekki í notkun getur líka aukið hættuna (Templeton o.fl., 2008).

Líkt og aðrar sýkingar geta blóðsýkingar haft slæma kvilla í för með sér. Þeir fylgikvillar sem rannsóknir hafa sýnt fram á að tengjast blóðsýkingum eru meðal annars:

- ▶ Lengri legutími á sjúkrahúsi,
- ▶ aukin tíðni sýklasóttar,
- ▶ aukin dánartíðni,
- ▶ aukinn kostnaður (Warren o.fl., 2006., Laupland o.fl., 2006).

Fyrirbygging blóðsýkinga af völdum miðbláæðaleggja

Til að koma í veg fyrir sýkingu af völdum miðbláæðaleggs er mikilvægt að meðhöndla legginn rétt. Hér verður fjallað um þau atriði sem rannsóknir hafa sýnt að séu mikilvæg til að fyrirbyggja blóðsýkingar af völdum miðbláæðaleggja.

Handþvottur er eitt lykilatriði í allri sóttvörn. Það sama á við um meðhöndlun á miðbláæðalegg. Ávallt skal þvo hendur með sápu og vatni eða nota handspritt áður en meðhöndla á leggina (Pronovost o.fl., 2006; CDC, 2011).

Hámarkssóttvörn við ísetningu á miðbláæðalegg eru viss vinnubrögð sem nota skal þegar hann er settur upp hjá einstaklingi. Þessi vinnubrögð fela í sér að sá sem setur miðbláæðalegg í sjúkling á að vera með húfu, maska, dauðhreinsaða hanska og vera í dauðhreinsuðum slopp og sjúklingur á að vera með stórt gatastykki yfir sér. Eftir að þessi vinnubrögð voru innleidd hefur blóðsýkingum af völdum miðbláæðaleggja fækkað verulega (Raad o.fl., 1994).





Sýking á stungustað.

Sóttgreinsað þarf stungustað bæði fyrir ísetningu á miðbláæðalegg og við umbúðaskipti. Mörg sóttgreinsiefni eru til en rannsóknir hafa sýnt að klórhexidín-lausn virkar best til að sóttgreinsa stungustað. Hún kemur þannig í veg fyrir að miðbláæðaleggur sýkist (Mimoz o.fl., 2007).

Mikilvægt er að sóttgreinsa öll samskeyti á miðbláæðaleggnum áður en þau eru rofin. Það hefur ekki verið sýnt fram á að eitt sóttgreinsiefni sé betra en annað til þess og því er hægt að nota það sóttgreinsiefni sem til er á deildinni. Með þessu móti er komið í veg fyrir að bakteríur sem eru utan á samskeytunum komist í gegnum legginn og inn í blóðrásina. Þá er einnig mikilvægt að nota einungis dauðgreinsaðar sprautur og tappa. Það þýðir að ávallt skal setja nýjan tappa þegar samskeyti eru rofin (CDC, 2011).

Margar tegundir eru til af umbúðum sem hægt er að nota yfir stungustað á miðbláæðalegg og fer það eftir tegund hversu oft þarf

að skipta. Lykilatriði er að umbúðirnar séu dauðhreinsaðar og það sé ávallt skipt á þeim ef þær losna, verða blautar eða sjáanlega óhreinar. Annars skal skipta á umbúðum sem hér segir:

Umbúðir sem eru ekki gegnsæjar skal skipta um á tveggja daga fresti.

Umbúðir sem eru gegnsæjar skal skipta um á sjö daga fresti.

(CDC, 2011; Timsit o.fl., 2009).

Skipta þarf reglulega á settum sem notuð eru til innrennslis í miðbláæðalegg sem og krönnum og öðrum tengjum sem tengd eru við miðbláæðalegg. Það fer eftir vökvæinnihaldi hversu oft þarf að skipta.

- ▶ Sett sem notuð eru til gjafa á glærum vökvum og lyfjum sem innihalda ekki fitu og eru gefin í sírennslis þarf ekki skipta oftar um en á þriggja til fjögurra daga fresti, en aldrei sjaldnar en á sjö daga fresti.
- ▶ Sett sem notuð eru til að gefa blóð eða lausnir sem innihalda fitu, svo sem næringarblöndur, skal skipta um á sólahringsfresti.
- ▶ Sett sem notuð eru til gjafar á svæfingarlyfinu Propofol, sem er mikið notað á gjörgæsludeildum og skurðstofum, skal skipta um á sex til tólf klukkustunda fresti.
- ▶ Skipta skal á krönnum og öðrum tengjum um leið og skipt er um sett en annars skal skipta um á þriggja daga fresti. (Raad o.fl., 2001; CDC, 2011).

Öll þessi atriði, sem nefnd hafa verið hér, eru mikilvæg til að koma í veg fyrir blóðsýkingar af völdum miðbláæðaleggja en ekki má gleyma að fylgjast vel með stungustað með tilliti til roða og bólgu. Jafnframt skal fjarlægja þá miðbláæðaleggi sem eru óþarfir því ekki getur komið sýking í legg sem ekki er til staðar.

Lokaorð

Blóðsýking er ein af fylgikvillum notkunar á miðbláæðaleggjum og getur haft alvarlegar afleiðingar fyrir sjúklinga. Þeir sjúklingar sem eru í mestri hættu á að fá blóðsýkingu eru sjúklingar sem glíma við alvarleg veikindi, en þeir sjúklingar eru oft líka viðkvæmari og þola sýkingar verr. Það er því mikilvægt fyrir hjúkrunarfræðinga sem sinna sjúklingum með miðbláæðaleggi að kynna sér vel hvernig eigi að meðhöndla þá og fylgjast vel með einkennum um sýkingu svo hægt sé að greina hana sem fyrst og veita viðeigandi meðferð.





MELKORKA VÍÐISDÓTTIR

útskrifaðist með
BS-gráðu í hjúk-
runarfræði 2013 og
vinnur á gjörgæslu-
deild Landspítala.

HEIMILDIR

- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2011). *Guidelines for prevention of intravascular catheter-related infections*. Sótt á <http://www.cdc.gov/hicpac/pdf/guidelines/bsi-guidelines-2011.pdf>.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2010, apríl). *Central line-associated bloodstream infections: Resources for patients and healthcare providers*. Sótt á <http://www.cdc.gov/HAI/bsi/CLABSI-resources.html>.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2012a). *Types of healthcare-associated infections*. Sótt á <http://www.cdc.gov/HAI/infection-types.html>.
- CDC [Centers for Disease Control and Prevention] (2012b). *Central line-associated bloodstream infection (CLACSI) event*. Sótt á <http://www.cdc.gov/nhsn/PDFs/pscManual/4PSC-CLABSCurrent.pdf>.
- Garnacho-Montero, J., Aldabó-Pallás, T., Palomar-Martínez, M., Vallés, J., Almirante, B., Garcés, R., o.fl. (2008). Risk factors and prognosis of catheter-related bloodstream infection in critically ill patients: A multicenter study. *Intensive Care Medicine*, 34(12), 2185-2193.
- Gowardman, J.R., Robertson, I.K., Parkes, S., og Rickard, C.M. (2008). Influence of insertion site on central venous catheter colonization and bloodstream infection rates. *Intensive Care Medicine*, 34(6), 1038-1045.
- Hammarskjöld, F., Wallén, G., og Malmvall, B.E. (2006). Central venous catheter infections at a county hospital in Sweden: A prospective analysis of colonization, incidence of infection and risk factors. *Acta Anaesthesiol Scand*, 50(4), 451-460.
- Laupland, K.B., Lee, H., Gregson, D.B., og Manns, B.J. (2006). Cost of intensive care unit-acquired bloodstream infections. *Journal of Hospital Infection*, 63(2), 124-132.
- Melkorka Víðisdóttir. (2013). Blóðsýkingar af völdum miðbláæðaleggja á gjörgæsludeildum Landspítala. Óbirt BS-rítgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild.
- Merrer, J., De Jonghe, B., Golliot, F., Lefrant, J. Y., Raffy, B., Barre, E., o.fl. (2001). Complications of femoral and subclavian venous catheterization in critically ill patients: A randomized controlled trial. *Journal of the American Medical Association*, 286(6), 700-707.
- Mimoz, O., Villeminay, S., Ragot, S., Dahyot-Fizelier, C., Laksiri, L., og Petitpas, F. (2007). Chlorhexidine-based antiseptic solution vs alcohol-based povidone-iodine for central venous catheter care. *Archives of Internal Medicine*, 167(19), 2066-2072.
- Moretti, E.W., Ofstead, C.L., Kristy, R.M., og Wetzler, H.P. (2005). Impact of central venous catheter type and methods on catheter-related colonization and bacteraemia. *Journal of Hospital Infection*, 61(2), 139-145.



- Pronovost, P., Needham, D., Berenholtz, S., Sinopoli, D., Chu, H., Cosgrove, S., o.fl. (2006). An intervention to decrease catheter-related bloodstream infections in the ICU. *The New England Journal of Medicine*, 355(26), 2725-2732.
- Raad, I.I., Hohn, D.C., Gilbreath, B.J., Suleiman, N., Hill, L.A., Brusco, P.A., o.fl. (1994). Prevention of central venous catheter-related infections by using maximal sterile barrier precautions during insertion. *Infection Control Hospital Epidemiology*, 15(4 Pt 1), 231-238.
- Raad, I., Hanna, H.A., Awad, A., Alrahwan, A., Bivins, C., Khan, A., o.fl. (2001). Optimal frequency of changing intravenous administration sets: Is it safe to prolong use beyond 72 hours? *Infection Control and Hospital Epidemiology*, 22(3), 136-139.
- Rosenthal, V.D., Maki, D.G., Jamulitrat, S., Medeiros, E.A., Todi, S.K., Gomez, D.Y., o.fl. (2010). International nosocomial infection control consortium (INICC) report, data summary for 2003-2008, issued June 2009. *American Journal of Infection Control*, 38(2), 95.
- Sýkingavarnadeild Landspítala (e.d.). Samantekt um skráningu blóðsýkinga tengdum miðbláæðaleggjum á gjörgæsludeild LSH 2007-2008. Óbirt skjal.
- Templeton, A., Schlegel, M., Fleisch, F., Rettenmund, G., Schöbi, B., Henz, S., o.fl. (2008). Multilumen central venous catheters increase risk for catheter-related bloodstream infection: Prospective surveillance study. *Infection*, 36(4), 322-327.
- Timsit, J.-F., Schwebel, C., Bouadma, L., Geffroy, A., Garrouste-Orgeas, M., Pease, S., o.fl. (2009). Chlorhexidine-impregnated sponges and less frequent dressing changes for prevention of catheter-related infections in critically ill adults. *The Journal of the American Medical Association*, 301(12), 1231-1241.
- Warren, D.K., Quadir, W.W., Hollenbeak, C.S., Elward, A.M., Cox, M.J., og Fraser, V. J. (2006). Attributable cost of catheter-associated bloodstream infections among intensive care patients in a nonteaching hospital. *Critical Care Medicine*, 34(8), 2084-2089.



The perfect match – do you match?

FJÖLDI AFLEYSINGASTARFA Í BOÐI FYRIR DUGLEGA OG REYNDA HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Við bjóðum afleysingastörf, innan allra sérgreina, á sjúkrahúsum í Noregi og Svíþjóð í allt vor og sumar fyrir góð laun. Ferðalagið greitt og ókeypis húsnæði meðan á dvölinni stendur.

FASTAR STÖÐUR Í BOÐI Í KAUPMANNAHÖFN, EINNIG FYRIR NÝÚTSKRIFAÐA HJÚKRUNAR- FRÆÐINGA

Við bjóðum upp á fasta vinnu fyrir hjúkrunarfræðinga í Danmörku, á dönskum sjúkrahúsum í Kaupmannahöfn og nágrenni.

Nánari upplýsingar í gegnum
rekruttering@powercare.dk eða við Annette Højlund
teymisstjóra í síma **(+45) 45 540 540**

Við tölum ensku, dönsku, norsku og sænsku.

ÓSKUM EFTIR NÝÚTSKRIFUÐUM HJÚKRUNARFRÆÐINGUM Í FASTA VINNU Á SJÚKRAHÚSUM Á ENGLANDI, MILLI MANCHESTER, BIRMINGHAM OG LIVERPOOL.

Við sjáum um allt þetta praktíska: tungumálapróf, húsnæði, ferðalagið o.fl. Taktu samstarfsfélagann með. Við erum með 40 stöður sem þarf að fylla.

Nánari upplýsingar í gegnum
info@powercare-international.dk eða hringið í
ráðningarskrifstofuna í síma **(+45) 45 540 540**

Við tölum ensku, dönsku, norsku og sænsku.



MEDIC STAFF BY
POWER CARE®

www.powercare.dk

Skrifstofa, Aarhus

Sønderhøj 16. DK- 8260 Viby J. Aarhus



MEDIC STAFF BY
**POWER
GROUP**
INTERNATIONAL

<http://www.powercare.dk/en>

Skrifstofa, København

My Carlsberg Vej 27. DK - 1760 København V



Í MYNDSKÖPUN ER FÓLK AÐ VINNA MEÐ TILFINNINGAR

Viðtal við Grétu Berg, hjúkrunarfræðing á Heilsustofnun NLFÍ

Hrafnhildur Hreinsdóttir



Í HVERAGERÐI stendur lágrest hús sem lætur lítið yfir sér en hýsir mikilvæga starfsemi. Þetta er Heilsustofnun Náttúrulækningafélags Íslands. Þar starfar Gréta Berg, hjúkrunarfræðingur og myndlistarkona. Meðal þess sem hún starfar við þar er myndsköpun með andlegu ívafi sem byggist á listmeðferð. Unnið er í þögn, með hugleiðslu og tilfinninguna hið innra. Þetta er flæðivinna sem virkar vel og kveikir á losun streitu, bætir svefn og gleður. Gréta var tekin tali fyrir stuttu og spurð um starf sitt.

„Ég kalla þetta myndsköpun þar sem ég er ekki útlærð, en áhuginn fyrir sköpunarmætti lita vaknaði á listmeðferðarnámskeiði hjá Sigríði Björnsdóttur listmálara og listþerapista. Ég var svo þreytt og alveg búin á því og fann þessa berskjöldun sem svo margir upplifa þegar þeir koma á svona listanámskeið, fannst þetta svaka erfitt, en ég

vaknaði inn á við og fann að þetta var eitthvað heilagt fyrir mig. Mér fannst þessi innri vinna vera góð, eiginlega lykillinn að öllu,“ segir Gréta.

„Í myndsköpuninni er fólk að vinna með liti og hver litur stendur fyrir ákveðnar tilfinningar.“

Bakgrunnurinn

„Ég er fædd á Akureyri og alin upp undir miklum spíritismaá-

hrifum þar,“ segir hún og hverfur smástund aftur í tímann. „Svo flutti ég til Reykjavíkur árið 1997, fór að vinna á Reykjalundi og tók nokkur námskeið í þessu í Endurmenntun HÍ. Það var alveg æðislegt, það var svo gaman,“ segir hún og hlær. „Ég byggi námskeiðin mín upp á sama hátt og Endurmenntun, finnst uppbyggingin mjög góð. Ég hef starfað sem hjúkrunarfræðingur í fjörutíu ár og er búin að teikna og mála síðan ég man eftir mér, hef haldið fjölda sýninga og er með sýningu heima núna,“ segir hún og áhuginn leynir sér ekki.

„Ég vinn aðallega sem klínískur hjúkrunarfræðingur, vinn með stuðningsviðtöl tvo daga í viku og tvo daga í viku með myndsköpun og flétta svo margt annað inn í myndsköpunina. Svo er ég jóga-kennari líka, lærði svo margt um orkustöðvarnar í því. Það besta sem ég veit er að fara í jógabúðir, vera bara í jóga, borða og hugsa inn á við. Ég fór í FB og lærði undirstöðu myndlistar þar, en hef líka sótt alls konar myndlistarnámskeið.“



Myndsköpunin verður til

„Myndsköpunin er byggð á aðferðum Carl Gustav Jungs, sem hafði mikil áhrif á listamenn á sínum tíma. Þetta nýttist best þeim sem eiga erfitt með að tjá sig munnlega, eru langþreyttir, eða með langvinna verki eða hafa orðið fyrir kynferðislegri misnotkun. Gott fyrir fólk sem upplifir depurð, þunglyndi og kvíða eða er haldið streitu og öðrum sálrænum vandamálum,“ útskýrir Gréta.

„Í myndsköpuninni nægir einn dagur til að læra aðferðina. Fólkíð hér velur sér að fara í myndsköpunina og svo finnst því þetta vera gefandi og gaman og það smitar út frá sér þannig að það kemur aftur og fleiri koma. Það er mjög gaman að koma aftur því þá veit fólk út á hvað þetta gengur,“ segir Gréta og brosir. „Í myndsköpuninni er fólk að vinna með liti og hver litur stendur fyrir ákveðnar tilfinningar. Blár er heilun og grænn er líka heilun, kærleikurinn er svo bleikur. Gulur er til dæmis gleðin og þekking, maður á að vera í gulu þegar maður fer í próf,“ segir Gréta glettin á svipinn.

Það sem gerist í myndsköpuninni

„Fólkíð kemur, fær málningu og pensla, byrjar á hugleiðslu til að öðlast ró og fókusá inn á við. Ég fer yfir ákveðin atriði með þeim til að opna fyrir hvað þau eru að fara út í. Fólk er hérna fyrir sig. Svo byrjar það að mála. Þetta er algjör galdur og alveg heilagt. Algjör þögn og það má helst ekki tala eða trufla aðra. Þau mega nota hendurnar, svampa og grófa pensla til að mála með. Ef þau nota litla pensla þá eru þau farin að nota heilann en ekki tilfinningarnar. Ég vil að þau láti flæða, skvetti og liti og hugsí alls ekki neitt, noti tilfinninguna til að velja litina,“ segir hún og baðar út höndunum af áhuga.

Hugleiðslan og tákni

„Áður en þau byrja nota ég hugleiðslu, jing og jang. Hringinn, tákn fyrir konuna, sem snýr inn á við og örina sem er karleðlið og snýr út á við. Ég blanda gjörhyglinni með, það er gott að anda inn núinu og reyna að sætta sig við það. Hringurinn er það að halda utan um. Við konurnar notum karleðlið til að vera ákveðnar, setja okkur markmið og fara þangað. Hér á heilsustofnunum búum við til nýja hringi, náum í kraft til að geta gert það. Myndsköpunin er fyrir einstaklinginn sjálfan til að tjá sig, tilgangurinn er ekki greining. Í hverri



mynd dylst samt tákni um næsta skref, ef það er eitthvað athyglissjúkt í myndinni eins og til dæmis rauður blettur, þá segi ég: „Taktu þennan blett á næstu mynd.“ Svo það er einhver smágreining í gangi en samt dulín, fólk getur kafað dýpra og dýpra,“ segir hún hugsi.



Uppbygging námskeiðsins

„Ég lét fólkið mála þrisvar sinnum. Fyrsta lotan er í 20 mínútur þar sem fólk notar bara litina og svo er slökun. Síðan er málað tré, þú átt að hugsa um þig og þitt tré, en ekkert endilega að mála tré. Oftast gerir fólk bolinn og krónuna en gleymir rótunum. Oft eru trén alveg bein og krónan alveg greinalaus og stundum svo stór að bolurinn stendur ekki undir henni. Stundum setja sumir rætur eða eitthvað í huganum sem tengist rótunum. Síðast malar fólk gjöfina. En slökunin og hugleiðslan kemur frá hópnum. Það má enginn vera snillingur hér, þetta er ekki keppni í því að gera flottustu myndina,“ segir Gréta og hlær.



„Kynning eftir hádegið er alveg jafn merkileg og málningin, þá geta aðrir í hópnum rætt þær tilfinningar sem koma þegar farið er yfir hverja mynd fyrir sig. Ekki tilfinningar þess sem gerði myndina heldur hvaða tilfinningu myndin speglar. Þetta er góð sjálfstyrking, jákvæð og rétt því fólk vill vera jákvætt. Það að fá að sitja og spekulera í litunum og myndunum með hinum er gott. Þá eru líka allir saddir,“ segir hún og skellihlær.

Það sem myndsköpunin gefur fólki

„Það sem fólk fær út úr þessu er að þetta bætir svefn, losar um og er úrvinnsla tilfinninga,“ segir Gréta. „Það að nota liti, leyfa sálinni eða undirvitundinni að velja litina er losandi, maður verður sáttari við sjálfan sig. Verkirnir hverfa ef fólk stendur og malar, það gleymir sér algerlega og að nota sinn eigin sköpunarkraft gefur lífinu annað

veldi, opnar dyr inn í betri líðan, eykur sjálfstílföngu. Mér finnst það að fá betri sjálfstílföngu vera svo mikilvægt, líka í stuðningsviðtölum“ segir hún.

„Þegar fólk er í angist út af sjúkdómi getur fólk málað sig burt frá því. Áföll geymast ómeðvitað í minnisbankanum

og maður þarf að anda inn og anda frá sér eins og hringrás náttúrunnar til að hreinsa þetta frá sér. Ég nota mikið náttúruna í hugleiðslunum, þú ert jörðin, tréð og hafið sem er með þessa undiröldu, sem í er kraftur falinn. Undiralda sem þú sýnir ekki, ert að fela, en vatnið gusast svo á klettana og myndar brim. Það þarf að leyfa briminu að fara út og nota litina til þess. Stundum er alveg þoka og þú sérð ekki neitt, þá verður maður líka að geta beðið rólegur,“ segir hún sefandi röddu, alveg komin á kaf í efnid.

„Sjáðu til,“ segir Gréta, „mörgum líður illa vegna streitu, hafa of mikið að gera, of mikið áreiti, þetta þekkja allir og við það dofna sjálfstílföngin. Þegar við sköpum eykst ímyndunaraflid, sem er hjá fullorðnu fólki, tengingin við lífskraftinn. Þegar þessi kraftur er notaður þá losnar um innri höft, líkamshiti eykst, blóðið streymir og

„Mörgum líður illa vegna streitu, hafa of mikið að gera, of mikið áreiti, þetta þekkja allir og við það dofna sjálfstílföngin.“



ónæmiskerfið styrkist. Líkamsfrumur hafa minni og þú getur treyst á hvaða tilfinningar innsæið vill nota þótt þú skiljir það ekki fyrr en seinna,“ útskýrir hún.

„Auðvitað er hægt að komast þangað eftir öðrum leiðum sem hjúkrunarfræðingar beita. Það er til dæmis dáleiðsla hér og svo auðvitað hreyfingin, við hreyfingu batnar til dæmis þunglyndið. Það er sjúkrapjálfun til staðar og svo öll umhyggjan og samskiptin. Útiveran, staðurinn, friðurinn, trén og gróðurinn: Móðir Jörð. Hjúkrunin er virðingin fyrir sjúklingnum, það að gefa af sér, vera hlýr og láta fólk ekki finna að það sé byrði heldur að það sem við gerum fyrir fólk sé sjálfsgagt. Svo er það félagsskapurinn, skemmtanirnar, sundlaugin, maturinn – allt er þetta jákvætt hér. Vinnuandinn er mjög góður hér á Heilsustofnun, allir svo viljugir, glaðir og góðir,“ segir hún og brosir út að eyrum.

Dásamlegt starf

„Ég er orðin sextíu og sex ára og heppin að vera heilbrigð. Ég á fjögur börn og fjögur ömmubörn. Ég man þegar ég var að byrja að læra, þá fór ég fyrst í Myndlistar- og handíðarskólann. Svo fór ég í hjúkrunina, þetta var lífsmottó að geta unnið fyrir mér, myndlistarmenn gátu það ekki á þeim tíma. Þetta var dásamlegur tími, ég vann á geðdeild og bæklunardeild, vann mikið á kvöldvöktum enda komin með fjöl-skyldu,“ segir hún og útskýrir að þá þurfti ekki eins mikla þösson.

„Ég bið með fólki ef mér finnst að ég eigi að gera það, ég sé blikið. Ég tók allt inn á mig hér áður fyrr, en er búin að læra að loka á það núna. Ég elska það að hjúkra, finnst það yndislegt að geta hjálpað einhverri manneskju og slegið á óryggi hennar. Mér gengur vel að nálgast fólk. Það dásamlegasta sem ég get gert er að hjálpa fólki að ná í sig og tilfinningar sínar aftur. Hjálpa fólki að ná í tilfinninguna um góða tíma og gleði og geta nálgast hana þegar það þarf á að halda. Það er ofboðslega gaman að finna það að maður er stundum að gera kraftaverk og fólk ljómar á ný,“ segir hún.





DAGUR HJÚKRUNAR- FRÆÐINGA 2015

Aðalbjörg Finnbogadóttir



Hjúkrun: Breytingarafl til framtíðar. Árangur - Hagkvæmni er þema Alþjóðaráðs hjúkrunarfræðinga (ICN) árið 2015, sem hjúkrunarfræðingar um allan heim sameinast um á alþjóðadegi hjúkrunarfræðinga 12. maí.

FÉLAG ÍSLENSKRA hjúkrunarfræðinga boðaði til hátíðarfundar 12. maí þar sem efling öldrunarhjúkrunar var meginviðfangsefni fundarins. Var það vel í anda yfirskriftar fundarins þar sem hjúkrunarfræðingar eru það breytingarafl sem þarf til að efla hjúkrun aldraðra til framtíðar á árangursríkan og hagkvæman hátt.

Ólafur G. Skúlason, formaður FÍH, setti fundinn. Hann lagði áherslu á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar efli hjúkrunar- og heilbrigðisþjónustu hér á landi og að árangur og hagkvæmni í þjónustunni fengist með aukinni aðkomu þeirra.

Sigríður Ingibjörg Ingadóttir, formaður velferðarnefndar Alþingis, ávarpaði fundargesti og sagði meðal annars að velferðarnefnd myndi fjalla um heilbrigðisþjónustu aldraðra strax í haust og boðaði samráð við hjúkrunarfræðinga um málefnið.

Stefna FÍH í hjúkrun aldraðra til 2020 var kynnt. Stjórn fagdeildar og sviðstjóri fagsviðs FÍH hafa unnið að stefnunni undanfarið ár og voru niðurstöðurnar settar fram í skýrslu sem kynnt var á fundinum. Skýrsluna má finna á vefsvæði félagsins.

Alls voru flutt fimm erindi sem öll fjölluðu um öldrunarhjúkrun. Hlíf Guðmundsdóttir, formaður fagdeildar öldrunarhjúkrunarfræðinga, fjallaði um hjúkrunarfræðinga sem leiðandi afl í öldrunarhjúkrun. Inga Dagný Eydal, forstöðumaður heimahjúkrunar Heilbrigðisstofnunar Norðurlands, sagði frá reynslu af samvinnu og samþættingu heimahjúkrunar og heimaþjónustu á Akureyri. Unnur Þormóðsdóttir, hjúkrunarstjóri Heilbrigðisstofnunar Suðurlands, kynnti niðurstöður rannsóknar sinnar, um mat á gæðum þjónustu heimahjúkrunar á heilsugæslunni á Selfossi, út frá gæðavísum RAI-HC. Elfa Þöll Grétarsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun aldraðra á LSH, ræddi um hlutverk hjúkrunarfræðinga í öldrunarteymum. Hún sagði frá samvinnu samstarfshópa þeirra milli stofnana og þjónustustiga sem sinna öldruðum, ásamt þremur verkefnum á flæðissviði LSH sem hlutu gæðastyrki velferðarráðuneytisins í ár.

Erindið Silkistefna, Heilsuhús, forgangsverkefni með öldruðum



STYRKÞEGAR Á DEGI HJÚKRUNARFRÆÐINGA



Birgir Örn Ólafsson Fylgikvillar skurðaðgerða vegna krabbameins í ristli og endaparmi.

Birna Gestsdóttir Reynsla einstaklinga 60 ára og yngri á andlega líðan eftir hjartaáfall og áhrif þess.

Björk Bragadóttir Upplifun barns við ísetningu nálar í lyfjabrunn.

Brynja Ingadóttir Sjálfsmönnum, heilsutengd lífsgæði og einkenni sjúklinga með hjartabilun: Lýsandi og framsýn rannsókn.

Brynja Ingadóttir Tölvuleikur til kennslu skurðsjúklinga um verkjameðferð eftir skurðaaðgerð: Forþrófunarrannsókn.

Dóra Björnsdóttir Ákjósanleg hæfni og raunhæfni hjúkrunarfræðinga á bráðamóttöku LSH.

Erla K. Svavarsdóttir The International School Nurse Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Asthma Program.

Erla K. Svavarsdóttir Máttur styrkleikamiðaðra meðferðarsamræðna og viðhorf fjölskyldna til heilsufars barns eða unglings sem þiggur heilbrigðisþjónustu á Barnaspítala Hringins og á barna- og unglingageðdeild LSH.

Guðrún Yrsa Ómarsdóttir Skýrast lyfjamistök af vinnuálagi hjúkrunarfræðinga?

Hallveig Skúladóttir Heilsufar, færni og þjónustuþörf einstaklinga sem njóta heimahjúkrunar.

Helga Bragadóttir Tengsl mönnunnar við óframkvæmda hjúkrun og teymisvinnu á sjúkrahúsum á Íslandi.

Herdís Sveinsdóttir Líðan skurðsjúklinga á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri eftir aðgerð á sjúkradeild og heima sex vikum og sex mánuðum eftir aðgerð.

Hrönn Birgisdóttir Næringarmeðferð gjörgæslusjúklinga fyrir og eftir fræðslu og innleiðslu endurskoðaðra vinnuleiðbeininga.

Margrét Guðnadóttir Samvinna starfsmanna í samþættingu hjúkrunar- og félagsþjónustu.

Rakel Björg Jónsdóttir Næring, svefn og grátur síðfyrirbura og fullburða barna fyrstu 2,5 árin.

Sigríður Zoega Algengi og áhættuþættir fyrir naloxon-notkun hjá innliggjandi sjúklingum á Landspítala.



fjallaði um nýsköpunarverkefni hjúkrunarfræðinganna Sigbrúðar Ingimundardóttur og Sólfríðar Guðmundsdóttur í öldrunarhjúkrun. Nýsköpun er nú lykilhugtak sem horft er til sem ein af mörgum leiðum til að efla þjónustu við aldraða.

Að lokum voru styrkir B-hluta vísindasjóðs afhentir styrkhöfum. Sjóðurinn styrkti að þessu sinni vísindarannsóknir 14 hjúkrunarfræðinga og hefur sú skemmtilega venja skapast að afhenda styrkina á þessum hátíðardegi. Stefna FÍH er að styrkja rannsóknir í hjúkrun og er ein leiðin til þess að veita styrki til rannsókna og fræðiskrifa úr vísindasjóði félagsins.

Eydís K. Sveinbjarnardóttir, formaður stjórnar vísindasjóðs FÍH, afhenti styrkina.

Alls hlutu 16 rannsóknarverkefni styrki úr sjóðnum. Styrktar voru 8 meistararannsóknir, ein doktorsrannsókn og 7 vísindarannsóknir. Tæplega 9 milljónum króna var úthlutað.



UM EÐLI OG GILDI HÁSKÓLAMENNTUNAR Í HJÚKRUN

Kristín Björnsdóttir



GREIN ÞESSI byggist á erindi sem ég hélt á málþingi um kennslu og rannsóknir í hjúkrunarfræði sem haldið var til heiðurs Mörgu Thome við starfslok hennar í Háskóla Íslands. Þar fjallaði ég um breytingar á hjúkrunarmenntun á Vesturlöndum og lagði áherslu á flutning hjúkrunarmenntunar á háskólastig í Evrópu og Norður-Ameríku, og hin ólíku sjónarmið sem tekist var á um. Einnig leitaðist ég við að skýra stöðu hjúkrunarmenntunar á Vesturlöndum nú við upphaf tuttugustu og fyrstu aldar.

Umbætur í hjúkrunarmenntun voru eitt helsta baráttumál forsvarsmanna hjúkrunarstéttarinnar alla tuttugustu öldina. Við stofnun Alþjóðasambands hjúkrunarfræðinga (ICN) árið 1899 töldu stofnendur þess mikilvægt að þeir sem störfuðu við hjúkrun hefðu hlotið starfsleyfi. Að þeirra mati var þriggja ára hjúkrunarnám forsenda starfsleyfis (Bursh o.fl., 1999). Þessi krafa var eitt af baráttumálum hjúkrunarkvenna, meðal annars á Norðurlöndunum á fyrstu árum síðustu aldar. Hún var sett fram af danska hjúkrunarfélaginu sem var stofnað árið 1899 (Petersen, 1998) og af norska hjúkrunarfélaginu sem stofnað var 1912 (Narvik, 2005). Við stofnun Félags íslenskra hjúkrunarkvenna árið 1919 var eitt af meginmarkmiðum félagsins að styðja stúlkur til hjúkrunarnáms. Hér á landi varð hin þriggja ára námskrá fyrirmynd, líkt og í mörgum öðrum löndum (Kristín Björnsdóttir, 2005; María Pétursdóttir, 1969; Margrét Guðmundsdóttir, 2010).

Hugmyndin um að nám í hjúkrunarfræði ætti heima á háskólastigi á sér einnig langa sögu. Í Norður-Ameríku hófst háskólakennsla í hjúkrunarfræði um aldamótin 1900 og um miðja öldina var háskólánám orðið nokkuð útbreitt, bæði í Bandaríkjunum og Kanada, þótt hefðbundið hjúkrunarnám, sem fór fram í hjúkrunarskólum tengdum sjúkrahúsum, væri enn algengast (Lynaugh, 2008). Í Evrópu komst hins vegar ekki hreyfing á slík mál fyrr enn eftir miðja tuttugustu öld þótt hugmyndin hafi átt áhrifamikla talsmenn alla öldina (Brooks og Rafferty, 2010). Staðan breyttist þó hratt og er leið að lokum aldarinnar og við upphaf tuttugustu og fyrstu aldar var hjúkrunarnám víða í heiminum komið á háskólastig.

Á Íslandi hófst nám í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands árið 1973 og frá 1986 hefur allt nám í hjúkrunarfræði verið í háskólum hér á landi. Fyrsti fastráðni kennarinn við námsbraut í hjúkrunarfræði



við Háskóla Íslands var Marga Thome, en framlag hennar til uppbyggingar þess náms var ómetanlegt. Marga skipulagði og kenndi mörg hjúkrunarfræðinámskeiðin fyrstu árin. Hún samdi námslýsingar, valdi kennslubækur og skipulagði verknám. Að auki var hún stundakennurum innan handar við skipulagningu annarra námskeiða. Marga nýtti fjölbreyttar kennsluaðferðir í kennslu sinni og hvatti til skapandi og gagnrýnnar hugsunar. Hún lagði áherslu á að nemendur leituðu nýjustu þekkingar en færu jafnframt ótroðnar slóðir og var hún ötull talsmaður þess að byggja hjúkrunarstarfið á sterkum fræðilegum grunni. Rannsóknir á sviði hjúkrunar- og ljósmóðurfræði voru alla tíð mikilvægur þáttur í starfi hennar sem háskólakennara.

Ólíkar hugmyndir um gildi háskólamenntunar fyrir hjúkrun

Rannsóknir á sögu hjúkrunarmenntunar hafa leitt í ljós að baráttan fyrir bættri menntun í hjúkrun hefur verið erfið og oft mótast af hefðbundnum og kynjuðum hugmyndum um hjúkrunarstarfið. Í Bretlandi mættu tillögur um að flytja hjúkrunarnám á háskólastig, sem settar voru fram á áttunda og níunda áratug síðustu aldar, töluverðri andstöðu bæði hjá almenningi, háskólayfirvöldum, stjórnvöldum og hjá hjúkrunarfræðingum sjálfum (Meerabeau, 2004). Háskólayfirvöld hafa efast um að hjúkrun ætti erindi í æðri menntastofnanir og þau sjónarmið hafa líka komið fram hjá almenningi í fjölmiðlum. Á Bretlandi, líkt og í mörgum öðrum löndum, var það sjónarmið útbreitt meðal forsvarsmanna hjúkrunar að hjúkrunarmenntun þjónaði fyrst og fremst hagsmunum sjúkrastofnana en miðaði ekki að miðlun þekkingar og skilnings til hjúkrunarnema í víðu samhengi (Allen, 1997). Fyrir áhrif þeirrar gagnrýni var tekin ákvörðun um að flytja hjúkrunarnám frá sjúkrastofnunum til menntastofnana á háskólastigi. Sú ákvörðun sætti töluverðri andstöðu. Því var haldið fram að fræðileg þekking og háskólamenntun nýttist lítt til almennra hjúkrunarstarfa. Eitt best þekkta dæmið um slík viðhorf kom fram í blaðagrein sem hinn ástsæli sjónvarpskokkur Nigella Lawson skrifaði í dagblaðið The Times árið 1996. Nigella hélt því fram að aukin menntun hjúkrunarfræðinga væri ekki einungis gagnslaus heldur beinlínis skaðleg þar sem hún fældi þá, sem væru best fallnir til



hjúkrunarstarfa, frá því að hefja nám. Hún taldi að hæfileikinn til að starfa við hjúkrun væri meðfæddur. Það skal tekið fram að þessar hugmyndir féllu í grýttan jarðveg hjá hjúkrunarfræðingum.

Niðurstöður rannsóknar Meerabeau (2004) á fjölmiðlaumræðunni á Bretlandi á þessum tíma leiddi í ljós að þessi sjónarmið Lawson voru ansi útbreidd. Litið var á umhyggju og færni til að annast um sjúklinga sem andstöðu við háskólamenntun. Sú skoðun kom víða fram að aukin þekking myndi ekki skila sér í bættri umönnun og að tilgangur hennar væri einungis sá að auka virðingu stéttarinnar en þjónaði í raun ekki hagsmunum sjúklinga. Svipuð sjónarmið komu fram í tengslum við flutning hjúkrunarmenntunar á háskólastig á Írlandi árið 2002 (McNamara, 2008). Mörgum virðist hafa fundist óhugsandi að þau umönnunarstörf, sem felast í hjúkrun, kalli á háskólamenntun. Þessi afstaða hefur jafnframt komið fram hjá hjúkrunarfræðingum sjálfum. Gagnrýnendur þessara sjónarmiða halda því hins vegar fram að áhersla í hefðbundnu hjúkrunarnámi tuttugustu aldar hafi verið lögð á að kenna til verka en lítið svigrúm hafi gefist til að leggja rækt við þá hugsun sem nauðsynleg er til að takast á við verkefni.

Önnur hlið þessarar umræðu tengist því hvernig þekking í hjúkrunarfræði mótaðist og nýttist í hjúkrunarstarfinu. Hér er ég að vísa til aðgreiningar milli fræðilegrar þekkingar og hjúkrunarstarfsins (e. *the theory-practice gap*), sem margir hafa bent á. Því er oft haldið fram að kenningar í hjúkrunarfræði séu óhlutbundnar og hafi ekki verið mótaðar í tengslum við dagleg störf hjúkrunarfræðinga. Sumar þeirra hjúkrunarkenninga, sem voru settar fram á síðari hluta tuttugustu aldar, byggðust á heimspekilegum hugmyndum og kenningum úr öðrum greinum, meðal annars sálfræði, en áttu ekki rætur í hjúkrunarstarfinu. Því má halda því fram að höfundar þeirra hafi ekki haft trú á því að hjúkrunarstarfið, eins og það var stundað, gæti verið uppspretta kenninga um hjúkrun.

Á liðnum árum hefur þó átt sér stað hugarfarsbreyting hvað snertir skilning á eðli þekkingar, uppsprettu kenninga og sambandinu milli fræða og starfs. Hvatt er til þess að við þróun þekkingar sé tekið mið af aðstæðum og brýnum viðfangsefnum og að samstarf milli þeirra sem setja hana fram og nýta sé nánara. Í því sambandi má nefna að nú er algennt að gerð sé krafa til þeirra sem hljóti



styrki til vísindarannsókna að þeir setji fram áætlun um það hvernig þekkingu, sem áformað er að afla, verði komið á framfæri. Hér heima áttu þær Anna Stefánsdóttir og Marga Thome frumkvæði að auknum tengslum milli hjúkrunarfræðinga á Landspítala og kennara Hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands.

Háskólamenntun í hjúkrun hlýtur almennan stuðning

Eftir því sem liðið hefur á tuttugustu og fyrstu öldina hefur staða hjúkrunarfræðinnar innan háskóla orðið tryggari. Með rannsóknum Lindu Aiken og samstarfsmanna hennar var sýnt fram á gildi háskólamenntunar í hjúkrunarfræði við að tryggja öryggi og gæði í heilbrigðisþjónustunni, og þar með velferð sjúklinga. Þessar niðurstöður voru mikilvægt innlegg í umræður sem sköpuðust í kjölfar skýrslu bandarísku læknasamtakanna (IOM) frá árinu 1990 þar sem bent var á alvarlegar brotalamir í þarlandu heilbrigðiskerfi. Öryggi sjúklinga og gæðum þjónustunnar var verulega ábótavant. Í kjölfar skýrslunnar hefur farið fram umfangsmikið umbótastarf þar sem athyglinni hefur meðal annars verið beint að hjúkrunarmenntun. Auk þessarar vinnu á vegum IOM fór fram umfangsmikil skoðun á hjúkrunarnámi á vegum Carnegie-stofnunarinnar í Bandaríkjunum. Bandaríski hjúkrunarfræðingurinn Patricia Benner stýrði stórri rannsókn á hjúkrunarnámi snemma á þessari öld, en niðurstöður hennar voru settar fram í bókinni *Educating Nurses: A call for radical transformations* (Benner o.fl., 2009). Þar er lögð rík áhersla á að fjölga hjúkrunarfræðingum bæði með BS-próf og framhaldsmenntun. Jafnframt hafa verið settar fram ítarlegar tillögur að endurskoðun á hjúkrunarnámi þar sem lögð er áhersla á mikilvægi fræðilegrar þekkingar, verklegrar færni og siðfræðilegrar nálgunar í hjúkrunarstarfinu. Höfundar benda á að líf fólks mótist af flóknnum gildum og hefðum fjölmenningsarsamfélaga. Hvatt er til þess að við lok náms hafi nemendur öðlast haldgóða þekkingu úr grunngreinum hjúkrunar og færni til að takast á við líffræðilega og menningarlega flókin viðfangsefni í starfi. Áhersla er lögð á mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar stundi símenntun, kynni sér nýjungar og fylgist með þróun þekkingar og aðferða á sínum sviðum. Undirtónninn í bókinni er að hjúkrunarstarfið sé og muni halda áfram að vera afar krefjandi og að til þess að sinna því af kostgæfni og í samræmi við væntingar um gæði og öryggi sé nauðsynlegt að



bæta hjúkrunarmentun í Bandaríkjunum verulega. Þó að þessar hugmyndir Benner og féлага hennar séu vissulega mikilvægar get ég ekki stillt mig um að benda á samanburð Scharton (2013) á þeim og hugmyndum leiðtoga í hjúkrun í Bandaríkjunum við upphaf tuttugustu aldar. Í honum kemur fram að þessi skilningur á eðli þekkingar í hjúkrun var áberandi í skrifum hjúkrunarfræðinga fyrir rúmri öld og því má taka undir með þeim Nelson og Gordon (2004) sem hvetja hjúkrunarfræðinga til að meta sögu fagsins að verðleikum.

Nú stendur yfir endurskoðun á námskrá í hjúkrunarfræði við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og í þeirri vinnu hefur verið tekið mið af tillögum Benner og samstarfsmanna hennar. Að vissu leyti stöndum við þó betur en hjúkrunarfræðingar í Bandaríkjunum að því leyti að BS-prófið er eini möguleikinn til að ljúka hjúkrunarnámi.

Alvarlegar brotalamir í heilbrigðisþjónustu og hjúkrunarmentun

Á liðnum árum hafa alvarlegar siðfræðilegar spurningar vaknað í tengslum við öryggi og gæði í heilbrigðisþjónustunni. Það er útbreitt álit að kröfur um hagræðingu og sparnað hafi komið niður á gæðum þjónustunnar og ógni öryggismörkum. Á þetta hafa fjölmargir hjúkrunarfræðingar margsinnis bent og í Tímariti hjúkrunarfræðinga hefur verið kallað eftir viðbrögðum stjórnenda heilbrigðisstofnana og stjórnvalda. Eitt alvarlegasta dæmið um brotalamir í heilbrigðisþjónustu kom fram í Francis-skýrslunni í Bretlandi en þar var fjallað um opinberu heilbrigðisþjónustuna í Staffordshire á Englandi (Aðalbjörg Finnbogadóttir og Christer Magnusson, 2014; Francis, 2013). Skýrsluhöfundar lýsa skelfilegum vinnubrögðum heilbrigðisstarfsmanna sem einkennast af skeytingarleysi og skorti á umhyggju í garð sjúklinga. Niðurstöður skýrslunnar vöktu hávær viðbrögð sem beindust bæði að skipulagi starfsemi heilbrigðisþjónustunnar og mentun heilbrigðisstarfsmanna. Því var haldið fram að innleiðing á tæknilegri rökhyggju í nafni hagræðingar, sem felur í sér að starfsmenn fylgi verklagsreglum stofnunar nánast blint, hafi dregið úr gagnrýnni hugsun og siðfræðilegri greiningu á aðstæðum (Roberts og Ion, 2014). Til að bregðast við því hvöttu Roberts og Ion til aukinnar áherslu á gagnrýna hugsun og siðfræðilegan skilning í



Marga Ingeborg Thome

Marga Ingeborg Thome fæddist árið 1942 í Wadern í Saarlandi í Þýskalandi. Hún lauk hjúkrunarprófi árið 1963 við Universitätsklinikum des Saarlandes í Homburg og námi í ljósmóðurfærðri í Bern í Sviss tveimur árum síðar. Árið 1973 lauk hún hjúkrunarkennaraprófi í Heidelberg í Þýskalandi og starfaði eftir það við hjúkrunarkennslu. Haustið 1971 kom Marga í fyrsta skipti til Íslands og vann í þrjú mánuði á Landakotsspítala til að kynna landi, tungumáli og þjóð. Haustið 1973 kom hún aftur og hóf nám í íslensku fyrir erlenda stúdenta við Háskóla Íslands. Hún giftist íslenskum manni, Erlingi Bertelssyni, 1974 og réðst jafnframt, fyrir tilstuðlan Maríu

Pétursdóttur, til stundakennslu við nýstofnaða námsbraut í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands. Haustið 1975 hóf hún háskólanám í hjúkrunarfræði (Diploma of Advanced Nursing Studies og síðan meistaranám) við Háskólann í Manchester í Englandi. Að því loknu var Marga ráðin í stöðu lektors í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands 1977, dósents 1980 og prófessors 2006. Frá 1992 til 1996 stundaði hún doktorsnám við Queen Margaret College í Edinborg, en sá skóli var þá tengdur við Open University. Hún sinnti jafnframt allan tímann stöðu sinni við námsbraut í hjúkrunarfræði, sem varð hjúkrunarfræðideild árið 2000, og gegndi Marga stöðu deildarforseta til 2003.



hjúkrunarfræðinámi. Í slíku námi er nemendum kennt að spyrja sig hvort sú þekking, sem beitt er, sé viðeigandi, hverju vinnulagið skili og hvort þær hefðir, sem hafðar eru í heiðri, styðji við hinn siðfræðilega skilning sem óskað er eftir.

Ólafur Páll Jónsson (2010) setti fram áhugaverða gagnrýni á fyrirkomulag og inntak háskólamenntunar. Að hans mati á margt af því sem fram fer í háskólum lítið sameiginlegt með menntun. Hann telur að allt kapp sé lagt á að undirbúa háskólanemendur fyrir tiltekin viðfangsefni, leikni á vettvangi „þekkingarhagkerfisins“ og „upplýsingasamfélagsins“. Hins vegar sé það sem gerist hjá einstaklingunum sjálfum ekki í forgrunni. Því finnst nemendum þeir oft utanveltu í því sem gerist innan veggja menntastofnunarinnar. Það sem þeir læra verði ekki hluti af þeim sjálfum heldur líti þeir á það sem farteski sem hægt sé að grípa til verði þess þörf. Þannig má segja að menntunin hafi ekki áhrif á nemandann í siðfræðilegum skilningi. Það leiðir aftur til þess að þá skortir einurð til að hugsa um aðstæður sínar með gagnrýnum hætti.

Ólafur Páll hvetur okkur til að hugsa um menntun á þann hátt



að sù þekking og færni, sem við leitumst við að laða fram hjá nemendum, sé tengd siðfræðilegum skilningi og þeim sjálfum. Það er sá skilningur sem nemendur leggja til grundvallar er þeir beita þeirri þekkingu sem þeir hafa tileinkað sér. Þá eru í forgrunni siðfræðilegar spurningar sem tengjast því hvernig heilbrigðisþjónustan er skipulögð og hvernig hjúkrun er útfærð til að hjálpa þeim sem þarfnast aðstoðar til að líða vel.

Litið til framtíðar

Eftir því sem líðið hefur á tuttugustu og fyrstu öldina hefur komið í ljós að heilbrigðisþjónustan verður stöðugt flóknari. Gerð er krafa um breiðari þekkingu og skilning, notkun tækni hefur aukist og skilningur á siðfræðilegum álitamálum eykur kröfur um færni í samskiptum. Meðalaldur lengist en samhliða hækkandi aldri verða veikindi margþættari og meðferð flóknari. Ýmis sálfélagsleg viðfangsefni njóta nú meiri athygli og leitast er við að hjálpa fólki við að takast á við erfiða reynslu. Hvatt er til þess að almenningur temji sér heilsusamlega lífnaðarhætti. Þessar breytingar kalla á aukna menntun hjúkrunarfræðinga og breyttar áherslur í hjúkrunarfræðinami (Benner o.fl., 2009). Hjúkrunarfræðingar framtíðarinnar þurfa að búa yfir yfirgripsmikilli þekkingu og geta nýtt sér möguleika upplýsingatækninnar til að finna bestu þekkingu sem völ er á. Þeir þurfa að kunna að framkvæma flókin verk þar sem tekið er tillit til einstaklingsins sem verkið beinist að. Loks þurfa nemendur að búa yfir siðfræðilegum skilningi.

HEIMILDIR

- Aðalbjörg Finnbogadóttir og Christer Magnusson (2014). Hneykslið í Staffordshire og afleiðingar þess. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 90(1), 16-20.
- Allen, D. (1997). Nursing, knowledge and practice. *Journal of Health Services Research Policy* 2(3), 190-193. DOI: 10.1177/135581969700200311.
- Benner, P., Sutphen, M., Leonard, V., og Day, L. (2009). *Educating nurses: A call for radical transformation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Brooks, J., og Rafferty, A.M. (2010). Degrees of ambivalence: Attitudes towards pre-registration university education for nurses in Britain, 1930-1960. *Nurse Education Today*, 30, 579-583.
- Francis, R. (2013). *The mid Staffordshire NHS foundation trust public inquiry: Executive summary*. Sótt 12. janúar



- 2015 á www.midstaffspublicinquiry.com
- Krístín Björnsdóttir (2005). *Líkami og sál: Hugmyndir, þekking og aðferðir í hjúkrun*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Lynaugh, J. E. (2008). Nursing the Great Society: The Impact of the Nurse Training Act of 1964. *Nursing History Review*, 16(1), 13-28.
- Lynaugh, (2010). Rhetoric or reality. Í S. Nelson og A. M. Rafferty (ritstj.). *Notes on Nightingale: The influence and legacy of a nursing icon*. Ithaca: Cornell University Press.
- Margrét Guðmundsdóttir (2010). *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld*. Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- María Pétursdóttir (1969). *Hjúkrunarsaga*. Reykjavík: Gefið út af höfundu.
- Narvik, S. (2005). Bergljot Larsson (1883-1968), the formal leader of the Norwegian Nursing Association: A case study of the influence of international nursing. Í B. Mortimer og S. McGann (ritstj.). *New directions in the history of nursing: International perspectives* (bls. 40-54). London: Routledge.
- McBride, A.B. (1999). Breakthroughs in nursing education: Looking back, looking forward. *Nursing Outlook*, 47, 114-119.
- McNamara, M. S. (2008). Of bedpans and ivory towers? Nurse academics identities and the sacred and profane: A Bernsteinian analysis and discussion paper. *International Journal of Nursing Studies* 45(3), 458-470.
- Meerabeau, E. (2004). Be good, sweet maid, and let who can be clever: A Counter reformation in English nursing education? *International Journal of Nursing Studies*, 41, 285-292.
- Nelson, S., og Gordon, S. (2004). The rhetoric of rupture: Nursing as a practice with history? *Nursing Outlook*, 52, 255-261.
- Ólafur Páll Jónsson (2010). Hvað er haldbær menntun? *Netla – vef tímarit um uppeldi og menntun*. Sótt 15 maí 2013 á <http://netla.hi.is/greinar/2010/009/index.htm>.
- Petersen, E. (1998). *Sygeplejesagens pioner, Henry Tscherning 1853-1932*. Kaupmannahöfn: Dansk Sygeplejeråd.
- Roberts, M., og Ion, R. (2014). Thinking critically about the occurrence of widespread participation in poor nursing care. *Journal of Advanced Nursing*, 71(4), 768-776.
- Sharton, K. (2013). Reforming nurses: Historicizing the Carnegie Foundation's report on Educating Nurses. *Nursing History Review*, 21, 97-108.



Er saltabúskapurinn í ólagi?

Íþróttadrykkur sem bætir upp vökvatap

Resorb™ Sport

Kolvetna- og saltblandan í Resorb Sport® bætir upp vökvatap við líkamlegt álag. Magnesium söltin nýtast 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.



Freyðitöflur sem koma jafnvægi á salt- og vökvabirgðir líkamans

Resorb™

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



Veit á vandaða lausn

FRÁ UNDIRRITUN SAMNINGSINS.

Kristján Þór Júlíusson heilbrigðisráð-
herra segir að samningurinn marki
tímamót.



MIKILL ÁHUGI Á NÁMI Í HEILSUGÆSLUHJÓKRUN

Karl Eskil Pálsson



HÁSKÓLINN Á Akureyri og Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins munu í haust bjóða upp á nýja námsbraut fyrir hjúkrunarfræðinga sem vilja sérhæfa sig í heilsugæsluhjúkrun. Samningur um námið var undirritaður á Akureyri af Kristjáni Þór Júlíussyni heilbrigðisráðherra, Svanhvíti Jakobsdóttur forstjóra Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Eyjólfí Guðmundssyni rektor Háskólans á Akureyri. Sigríður Sía Jónsdóttir, lektor við HA, mun hafa umsjón með náminu. Námið er til eins árs og lýkur með 60 eininga diplómagráðu. Sigríður Sía segir að undirbúningur námsins hafi staðið yfir í nokkuð langan tíma.

„Upphaflega hóaði Stefán Þórarinsson fyrrverandi yfirlæknir á Egilsstöðum saman fólki til að velta því fyrir sér hvað væri hægt að gera til að efla heilsugæsluna, sérstaklega á landsbyggðinni. Þessi hópur hittist nokkrum sinnum og lagði grunn að þverfaglegri fræðilegri námslínu; Heilsugæslu í héraði. Þegar Þórunn Ólafsdóttir, hjúkrunarforstjóri Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, hafði samband, varð úr að þróa tvískipta námslínu, annars vegar fræðilega og hins vegar þetta sérnám í heilsugæsluhjúkrun sem samningurinn nær til.“

Sérnámið samanstendur af fræðilegu námi við Háskólann á Akureyri og klíniskri þjálfun á heilsugæslustöð hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins undir handleiðslu lærimeistara.

„Markmiðið er að efla klíniska hæfni hjúkrunarfræðinga í heilsugæslu og styrkja þannig þverfaglega teymisvinnu innan heilsugæslunnar, svo sem í bráðaþjónustu, þjónustu við tiltekna sjúklingahópa og á sviði forvarna og heilsuverndar. Með þessu er námsframboð í hjúkrunarfræði aukið og nýir möguleikar skapast fyrir sérhæfða starfsmenn til að mennta sig samhliða starfi,“ segir Sigríður Sía.



SIGRÍÐUR SÍA JÓNSDÓTTIR, lektor við Háskólann á Akureyri, mun hafa umsjón með náminu. Hún segir að væntanlegt nám komi til með að efla heilbrigðiskerfið enn frekar.
Myndir: Karl Eskil Pálsson.



Kristján Þór Júlíusson heilbrigðisráðherra sagði við undirritun samningsins að hann marki upphaf að breyttum áherslum í heilsugæslu þar sem markmiðið er að treysta og efla heilsugæsluna í landinu. Á þessu ári verður varið 27 milljónum króna til verkefnisins af hálfu ráðuneytisins.

„Ég kalla þetta tímamót og við getum líka sagt að samningurinn marki upphaf að breyttum áherslum í heilsugæslu. Þótt við förum rólega af stað og byrjum með sex sérnámsstöður í heilsugæsluhjúkrun þá sjáum við fyrir okkur að á næstu árum verði komið á fót sérnámsstöðum við allar stærstu heilbrigðisstofnanir á landinu,“ sagði Kristján Þór.

Sigríður Sía segir að í klínísku náminu verði sex nemendur en það fræðilega (Heilsugæsla í héraði) er opið fólki með fyrstu háskólagráðu.

„Það virðist vera mikill áhugi fyrir náminu, ef marka má fyrirspurnir. Ég er sannfærð um að þetta nám kemur til með að efla heilbrigðiskerfið enn frekar. Við þurfum að styðja við starfsfólk heilsugæslunnar og ég hlakka til að takast á við verkefnið.“





Hjúkrunarnemar funda á SSN-þingi í Reykjavík 1970.

NÝÚTSKRIFAÐAR HJÚKRUNARKONUR MÓTMÆLA



Ekki er óalgengt að nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar mótmæli launakjörum og grípi jafnvel til aðgerða eins og að neita að ráða sig á ákveðnar stofnanir. Þetta gerðist til dæmis 1972 og tókst það með ágætum. Eftirfarandi frétt birtist í 4. tbl. Tímarits Hjúkrunarfélags Íslands 1972.

HJÚKRUNARKONUR, ER brautskráðust frá HSÍ í september sl., sendu forstöðukonum Landspítalans og Borgarspítalans tilkynningu um að þær muni ekki starfa hjá nefndum sjúkrahúsum, nema launaákvæðum um starfsþjálfunarþrep verði breytt, sem kváðu svo á að þær skyldu starfa skv. 14. og 15. launafl. fyrsta starfsárið eftir útskrift.

Í tilefni af þessu máli sendi stjórn Hjúkrunarfélags Íslands frá sér eftirfarandi athugasemd til fjölmiðla.

„Í Morgunblaðinu fimmtud. 5. okt. er frétt um að nýútskrifaðar hjúkrunarkonur hafi engar ráðið sig á Borgarspítalann þrátt fyrir þörf spítalans fyrir vinnu þeirra. Samkvæmt kjarasamningalögum hefur BSRB með höndum samninga fyrir alla ríkisstarfsmenn með föst laun, vinnutíma og laun fyrir yfirvinnu og þá einnig hjúkrunarkonur, en Hjúkrunarfélag Íslands er beinn samningsaðili við Reykjavíkurborg. Við síðustu kjarasamninga við Reykjavíkurborg var vitanlega reynt að ná hagstæðari samningum, en viðsemjendur töldu sig ekki geta vikið neitt sem héti frá grundvallaratriðum í samningnum milli BSRB og ríkisins.

Þessi vandamál voru rædd á stjórnar- og félagsfundum HFÍ. Voru þar samþykktar ályktanir um óánægju um ýmis samningsatriði og þær sendar ráðamönnum og fjölmiðlum. Í því sambandi var lögð áherzla á að hjúkrunarkonur almennt væru vanmetnar til launa. Ákvæðin um að hjúkrunarkonur ættu að vera fyrsta starfsárið á starfsþjálfunarlaunum voru talin óviðunandi þar eð þeim væru strax falin vandasöm og ábyrgðarmikil störf, vegna hjúkrunarkvennaskorts. Hjúkrunarnemar fá mikla starfsþjálfun í sínu verklega námi á deildum sjúkrahúsa, á þriggja ára skólatímabili. Leitað hefur verið eftir leiðréttingu og hefur Hjúkrunarfélag Íslands notið stuðnings BSRB í þeirri viðleitni.

Það er eðlilegt að nýútskrifaðar hjúkrunarkonur ráði sig frekar þar sem sanngjarnari laun eru í boði, á meðan ráðamenn ríkisins og Reykjavíkurborgar treysta sér ekki til að gera leiðréttingar, sem eru óumflýjanlegar, og viðurkenna hjúkrunarkvennaskortinn.“



Síðar í október sendi heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið bréf til skrifstofu ríkisspítalanna, þar sem bent er á fyrstu málsgrein 16. gr. kjarasamnings milli fjármálaráðherra og kjararáðs BSRB frá 19. des. 1970, þar sem segir: „Hverju starfi verði ákveðinn launaflokkur miðað við að starfsmaður hafi næga þjálfun til starfans til að geta gegnt því svo fullnægjandi sé.“ Í framhaldi af þessu segir síðan í bréfinu: „Samkvæmt þessu lítur ráðuneytið svo á, að hverja þá hjúkrunarkonu, sem ráðin er m.a. til að starfa sjálfstætt á vöktum, megi ráða á óskert byrjandalaun.“

Skrifstofa ríkisspítalanna hefur ákveðið að notfæra sér þessa heimild og greiðir hjúkrunarkonum á 1. starfsári, sem taka sjálfstæðar vaktir, samkvæmt 16. launafll. frá 1. nóv. 1972.





GAMLAR PERLUR

ÁBYRGÐ ÍSLENSKRA HJÚKRUNARKVENNA OG LÆKNA GAGNVART HJÚKRUNARNÁMINU

Sigríður Eiríksdóttir



Þegar Landspítalinn tók til starfa 1930 varð mikil breyting á tilhögun hjúkrunarnáms á Íslandi. Hér er endurbirt grein sem fjallar um stöðu mála á þeim tíma. Í haust verður kennt eftir nýrri námskrá í hjúkrunarfræðideild HÍ og því ástæða til að rifja upp eldri umræður um námið. Sigríður Eiríksdóttir, höfundur greinarinnar, var mikil kjarnakona og starfaði ötullega fyrir hjúkrunarfélagið. Hún var móðir Vigdísar Finnbogadóttir og er þessi birting tileinkuð Vigdísí á 85 ára afmælisári hennar. Vigdís var enn ungbarn þegar Sigríður ritaði eftirfarandi grein og birti í Tímariti Félags íslenskra hjúkrunarkvenna í nóvember 1930.



Sigríður Eiríksdóttir

UNDANFARIN ÁR hefir tilhögun íslensks hjúkrunarnáms verið nokkuð frábrugðin hjúkrunarnámi annara þjóða, er hafa þriggja ára nám á stefnuskrá sinni. Orsökina til þessa er sú, að íslensk sjúkrahús hafa hingað til ekki getað veitt fullkomið hjúkrunarnám í samræmi við kröfur þær, sem nú eru gerðar um hinn menntaða heim. Hafa íslenskir hjúkrunarnemar því eftir tveggja ára hjúkrunarnám á Íslandi orðið að ferðast til nágrannalandanna og taka lokanám sitt þar.

Þessi ráðstöfun mun nú vera flestum íslenskum hjúkrunarkonum kunn og er því ekki ástæða til að orðlengja um hana hér, en tilgangur minn með grein þessari er sá, að leiða athygli félagssystra minna að því, að hjúkrunarnámið á íslenskum sjúkrahúsum til þessa ekki hefir verið eins ákjósanlegt og skyldi. Tel ég mjög áriðandi að ræða mál þetta í hjúkrunarblaðinu einmitt nú, þar sem allmikil breyting verður á hjúkrunarnáminu þegar Landspítalinn tekur til starfa. Í því sambandi er það mér ánægja að geta gefið félagskonum þær upplýsingar, að nú lítur út fyrir að langþráð von okkar sé að rætast, sem sé að íslenskt hjúkrunarnám fari fram eingöngu hér á landi. Stjórn F.Í.H. og starfrækslunefnd Landspítalans hefir haft fund saman og nefndin hefir á þeim fundi samþykkt í öllum aðalatriðum tillögur stjórnarinnar um nám íslenskra hjúkrunarkvenna. Um leið hefir starfrækslunefndin farið þess á leit við stjórn F.Í.H. að hún, eins og að undanfögnu, ráði hjúkrunarnemana og hafi umsjón með flutningi þeirra og námi. Væri nú svo, að íslenskt hjúkrunarnám ætti eingöngu að fara fram á Landspítalanum og félagið hefði í hyggju að kippa algerlega að sér



hendinni með útvegum hjúkrunarnema á þeim spítölum, sem hingað til hafa verið í samvinnu við það, þá mætti grein þessi vera órituð, því ekki er unt að ráða bót á því sem liðið er. En álit mitt er það, að þrátt fyrir mikla misnotkun á hjúkrunarnemunum, sé það ekki rétt að neita hinum stærra sjúkrahúsum landsins um þá hjálp, sem bæði er þeim ódýrari og mun hentugri að mörgu leyti en annaðhvort vinnustúlkna-hjálp eða eingöngu lærdra hjúkrunarkvenna. Einnig ætti flutningur hjúkrunarnemanna að vera þeim sjálfum til mikils gagns, bæði hvað þroska snertir og möguleika til þess að öðlast náin kynni af ýmsum sérsjúkdómum þessara sjúkrahúsa (berkla, geðveiki etc.).

Á Landsspítalanum er gert ráð fyrir að væri 6 vikna forskóli og eiga því allir hjúkrunarnemar, sem teknir verða til náms, að byrja

þar og dvelja fyrsta árið á deildum Landsspítalans.

Annað árið er gert ráð fyrir að nemarnir verði fluttir á milli annara sjúkrahúsa og þriðja árið eiga þeir að fara aftur til Landsspítalans og ljúka námi sínu þar, með munnlegu og verklegu prófi. Þetta er vissu-

lega hagnaður fyrir sjúkrahúsin, því með því móti losna þau alltaf við að fá nýja nema, en til þess að koma jöfnuði á námið, er stjórn F.Í.H. neydd til að fækka nokkuð nemum á sjúkrahúsunum.

Nú vil ég leyfa mér að gera ofurlitla grein fyrir því, sem mér finnst hafa farið aflaga í sambandi við hjúkrunarnámið undanfarin ár, og vona ég að allir málsaðilar taki það með skilningi, og tel ég engan vafa á því, að með því að ræða það í blaðinu, takist okkur að ráða nokkra bót á því, sem miður hefir farið. Ég vil taka það fram, að ég hefi þráfallega á fundum félagsins talað um þetta mál, svo þessi „kritik“ mín hefir ekki farið fram á bak við tjöldin, enda vonaði ég í lengstu lög, að ég myndi losna við að skrifa um það. Ég hefi undanfarin ár haft með höndum umsóknir hjúkrunarnema, flutning þeirra á milli spítala og loks komið þeim fyrir til lokanáms á erlendum sjúkrahúsum. Mér er því kunnugt um undirstöðumenntun hjúkr-unarnemanna þegar þeir sækja til námsins og einnig eru mér gefnar skýrslur frá forstöðukonum erlendu sjúkrahúsanna, sem taka á móti

„Nú vil ég spyrja: Er þetta ástand verjandi eða samboðið núverandi menningarviðleitni íslensku þjóðarinnar?“



þeim til lokanámsins. Því viðvilkjandi verð ég að geta þess, að skýrslur þeirra um kunnáttu nemanna í hjúkrunarstarfinu, eftir tveggja ára nám hér, eru allajafna mjög lélegar. Segja þær mér að nemarnir, að nokkrum undanskildum, kunni bókstaflega ekkert í hjúkrun þegar þær koma frá Íslandi. Auk þess stendur málið (danska, norska) þeim flestum svo fyrir þrífum, að fyrstu mánuðina er ekki þorað að trúa þeim fyrir einfaldasta starfi upp á eigin spýtur, af ötta fyrir því, að þær hafi ekki skilið það, sem sagt hefir verið við þær. Hið síðarnefnda atriði hefir valdið okkur stjórnarkonum mikillar umhugsunar. Umsóknir til hjúkrunarnáms hafa ekki verið fleiri en svo á liðnum árum, að við höfum orðið að taka stúlkurnar, þótt þær hafi ekki kunnað dönsku og þótt undirstöðumenntun þeirra sé mjög ábótavant. Góð skólamenntun hjúkrunarnemanna er afar þýðingarmikil, því án hennar brestur nemann oft skilyrði til þess að geta tileinkað sér hina vísindalegu hlið hjúkrunarnámsins, sem nú gerist kröfuharðari með hverju ári sem líður. Þó er það persónuleg skoðun mín, að stúlkur geta orðið prýðilegar hjúkrunarkonur, þótt skólanám þeirra hafi verið lítið, ef þær aðeins hafa vilja til námsins og aðra þá eiginleika til að bera, sem ekki eru síður þýðingarmiklir í sjúkrahúsum. Á ég þar við gott viðmót, fórnfýsi, handlagni, starfsþrek o.fl., en sökum þess að undirstöðumenntuninni er oft ábótavant, þá verður að leggja enn meiri áherslu á að verklega kennslan sé nákvæm, að íslensku hjúkr-unarkonurnar og læknarnir, sem námið veita, leggi þeim allt lið, sem unt er, til þess að munnlega námið verði þeim auðskildara.

Á sjúkrahúsum hérlendis eru eðlilega framkvæmdar aðgerðir við sjúðómum á svipaðan hátt og í öðrum löndum. Vil ég hér nefna allskonar innsprautingar, þvagtöku, penslanir, magaskolanir og ýmsar aðrar skolanir, sáraaðgerðir etc. Er því nokkuð einkennilegt, að hjúkrunarnemar hafa verið fluttar úr einu sjúkrahúsinu í annað, án þess svo mikið sem hafa séð þessar aðgerðir, hvað þá heldur að þær hafi fengið æfingu í að framkvæma þær. Fjöldi hjúkrunarnema hefir sagt mér þetta og ber vitnisburður erlendu sjúkrahúsanna saman við þessar frásagnir. Ég hefi oftsinnis innt nemana að, hvað valdi þessu, og svarið hefir ævinlega verið það sama: „Við höfum **engan** tíma til þess að læra þetta því við erum alltaf ofhlaðnar ýmsum snattstörfum deildanna, hreingeringum, svára hringingum etc.“ Ég hefi einnig talað við yfir- og deildarhjúkrunarkonur um málið og svarið hefir



verið á sömu leið: „Vinnukraftur sjúkrahúsanna er svo lítill, borið saman við nútímakröfur sjúklinganna og aðgerðir, að við höfum **engan** tíma til þess að kenna hjúkrunarnemum.“ Auðvitað er afarmik- ið komið undir eftirtekt og vilja hjúkrunarnemanna. Það skapar lítið sjálfstæði hjá hjúkrunarnemanum, ef alltaf fylgist hjúkrunarkona með til þess að segja fyrir um verkin. Hitt er það, að hjúkrunarnemi **má ekki** á eigin spýtur framkvæma verklega hjúkrunaraðgerð án þess að lærð hjúkrunarkona hafi sýnt aðgerðina fyrst, og síðan sé áhorfandi nemans, þegar hann framkvæmir hana.

Þá er munnlega námið. Fyrir nokkrum árum sendi stjórn F.Í.H. öllum þeim sjúkrahúsum, sem hjúkrunarnám hafa á Íslandi, reglugerð um nemana. Standa þar meðal annars ákvæði um vinnutíma þeirra og er hann ætlaður 10 stundir daglega. Töldum við ekki unt að hafa starfstíma nema, sem á að hafa bóklegt nám, lengri. Mér er kunnugt um það, að víðast vinna stúlkurnar frá 6.30 eða 7 að morgni, og víðast hafa þær ekki lokið dagsstarfi sínu fyr en kl. 9 á kvöldin og þar yfir. Frí munu þær hafa 2 stundir daglega, en oftast mun skólatími þeirra, þar sem kennsla fer fram, vera í ýmsum frístundum. Vinna nemarnir þá að jafnaði 12 stundir á dag, og er það víst víða lágmark. Eiga þær síðan á kvöldin að lesa hjúkrunarfræði sína, að lokinni 12 tíma vinnu, sem er þannig varið, að þær setjast tæplega niður í vinnutíma sínum. Þar að auki eiga þær að æfa sig í dönsku, sem ekki kunna hana. Nú vil ég spyrja: Er þetta ástand verjandi eða samboðið núverandi menningar- viðleitni íslensku þjóðarinnar? Gerum ráð fyrir því, að ofangreindar námsmeyjar séu mjög áhugasamar og setjist við bóknám og dönsku- æfingar að aflokinni 12 stunda vinnu á dag, eða jafnvel fleiri stunda vinnu, þegar þær gegna næturvakt. Geta læknar og hjúkrunarkonur, sem fyrst og fremst eiga að teljast heilsuvarðveitslupostular þjóðarinn- ar, látið þetta viðgangast ár eftir ár, og það undir þeirra stjórn? Á þeim fáu árum, sem stjórn F.Í.H. hefir haft hjúkrunarnámið með höndum, hafa eigi allfáir hjúkrunarnemar veikst af berklum undir náminu og nokkrir nemanna hafa dáíð úr þessum sjúkdómi. Það vill svo til, að ég hefi læknisvottorð þessara stúlkna, þegar þær hafa byrjað námið, og hafa þær allar haft ágæt læknisvottorð, svo full ástæða er til að halda að þær hafi sýkst við hjúkrunarnám sitt. Auðvitað er allsstaðar hægt að sýkjast af berklum, en tala þeirra hjúkrunarkvonna, er sýkst hafa og dáíð, er ísbyggilega há í ekki fjölmennari hóp hraustra kvenna.



Svo ég víki aftur að reglugerð F.Í.H. um hjúkrunarnemana, þá er þess farið á leit, að sjúkrahúsin láti á hverju vori F.Í.H. í té skýrslu yfir bóklegt nám það, sem farið hefir fram um veturinn. Ég efast ekki um að kennsla fari fram, **en ég hef enn ekki fengið eina einustu skýrslu frá þeim sjúkrahúsum sem við höfum útvegað hjúkrunarnema til.**

Eins og ég gat um að framan, er í ráði að flytja námið yfir á Landsspítalann. Erlendu sjúkrahúsin falla því úr sögunni að öðru leyti en því, að sennilega verða margar hjúkrunarkonur í framtíðinni, sem þrátt fyrir fullnaðarnám sitt hér, hafa löngun til þess að sjá sig um og vinna um lengri eða skemmri tíma á erlendum sjúkrahúsum. Ábyrgð hjúkrunarnámsins fellur því á Landsspítalann og þá spítala, sem samvinnu hafa við hann. Því er það, að ég hafi skrifað þessi orð, og vil nú af fullri alvöru biðja hjúkrunarkonur og lækna að athuga þau og reyna að bæta úr því sem aflaga fer. Fyrst og fremst verður að bæta starfskrafti við sjúkrahúsin. Ég tel sjálfsagt að hjúkrunarnemar vinni fulla vinnu samhliða náminu, en það má ekki lengur ofþjaka þeim eins og raun er á. Hjúkrunarkonurnar verða að geta komið læknum sjúkrahúsanna í skilning um það, að starfskraftur sé ónógur, og þeir verða síðan að koma málinu áleiðis til bæjarfélaga og ríkisstjórnar. Engum ætti að standa það nær en sjálfum hjúkrunarkonunum, að beita sér fyrir því, að ekki skapist illa lærð hjúkrunarstétt í landinu.



Við erum Mylan

Eitt stærsta samheitalyfjafyrirtæki í heimi



 **Mylan**
Seeing
is believing

Lægra lyfjaverð fyrir þig



NÝSTÁRLEG HEIMAHJÚKRUN

Christer Magnusson



Einn af aðalræðumönnum á ráðstefnunni Integrative nursing, sem haldin var í Reykjavík í maí sl., var Jos de Blok. Hann rekur afar forvitnilegt fyrirtæki í Hollandi þar sem boðið er upp á heimahjúkrun. Jos og samstarfskona hans frá Bandaríkjunum, Michelle Michels, tóku sér tíma til að útskýra inntak og stefnu fyrirtækisins fyrir lesendum Tímarits hjúkrunarfræðinga.

JOS DE Blok las hagfræði í háskóla en hætti eftir nokkur ár og snéri sér að hjúkrun. Hann hefur fimmtán ára reynslu meðal annars frá legudeildum á spítala og úr geðhjúkrun en hefur aðallega starfað í heilsugæslu og heimahjúkrun. Þá var hann einnig lengi í stjórnunarstöðum innan heilsugæslunnar. Árið 2006 stofnaði hann fyrirtækið Buurtzorg en á íslensku mætti útleggja nafnið sem hverfisumönnun eða umönnun á heimaslóðum.

Öflugt fyrirtæki

„Ég var ekki ánægður með hvernig hlutirnir voru í Hollandi,“ segir Jos. „Heimahjúkrunin var orðin að framleiðsluferli þar sem miðað var við að skila afurðum og klukkustundum. Siðfræði fagmanna hafði minna og minna vægi og þetta leiddi af sér versnandi umönnun, hærri kostnað og ergelsi meðal hjúkrunarfræðinga. Hugmynd mín var að ef þessu yrði snúið við og kastljósinu beint að hjúkrunarfræðingunum og skjólstæðingum þeirra þá mundu gæðin batna, kostnaður minnka og hjúkrunarfræðingar yrðu ánægðari í starfi.“ Þetta hljómar eins og óskhyggja en hefur gengið eftir. Athuganir gerðar af virtum fyrirtækjum eins og Ernst&Young og KPMG hafa sýnt að Buurtzorg þarf 35-40% færri klukkustundir en önnur fyrirtæki til þess að sinna sjúklingum sínum en þeir eru samt talsvert ánægðari. „Annað sem hefur verið kvartað yfir í Hollandi er hversu brotakennd umönnunin er orðin. Skjólstæðingurinn getur fengið allt að 40 starfsmenn í heimsókn á einum mánuði og fyrirtækin hafa ráðið fólk með minni og minni menntun til þess að lækka kostnaðinn á hverja klukkustund. Hjúkrunarfræðingunum er sagt að sinna ekki umönnun en við vildum gera þetta öðruvísi. Það verður að sameina umönnun og sérhæfðari hjúkrun. Á þann hátt fá hjúkrunarfræðingarnir tækifæri til að kynnast skjólstæðingnum og árangurinn verður betri.“

Í Hollandi hafa allir heilbrigðistryggingu og sjúklingurinn



getur valið hjá hverjum hann sækir þjónustu en í raun er það oft heimilislæknirinn eða sjúkrahúsið sem velur fyrir hönd sjúklingsins. Buurtzorg hefur vaxið hratt vegna orðspors síns. Fyrirtækið hefur nú 9.300 starfsmenn og sinnir 12% af þeim sem fá heimahjúkrun. Þó er það talsvert svæðisbundið og í sumum sveitarfélögum eru yfir 90% heimahjúkrunarsjúklingar hjá Buurtzorg. Í Hollandi eru yfir 700 aðilar sem bjóða heimahjúkrun, sum þessara fyrirtækja bjóða ekki upp á góða þjónustu en eru samt dýr í rekstri. Tryggingafélögin vilja gjarnan sjá þeim fækka. Nánast daglega hætta hjúkrunarfræðingar hjá núverandi vinnuveitendum og sækja í staðinn um hjá Buurtzorg. Jos segir að fyrirtækið hafi ekki vaxið með því að kaupa upp samkeppnisaðila. „Við erum ekki þannig fyrirtæki og vinnum ekki þannig. Það sem hefur gerst er að hjúkrunarfræðingar í heimahjúkrun hafa allir fundið fyrir þessari þróun að umönnunin hafi orðið brotakennd og frá upphafi fengum við góða umfjöllun í fjölmiðlum þannig að hjúkrunarfræðingar hafa streymt til okkar. Þetta hefur nánast verið eins og faraldur og er enn þá að gerast og við sjáum ekki fyrir endann á því. Við munum því halda áfram að vaxa en vöxtur er í sjálfu sér ekkert markmið hjá okkur,“ segir hann. Fyrirtækið var kosið vinnuveitandi ársins í Hollandi 2011 og 2012. Það hefur hlotið alþjóðlega athygli og starfa nú hjúkrunarfræðingar undir fána þess í Bandaríkjunum og Svíþjóð og bráðum einnig í Kína og Japan.

„Stjórnendur gerðu hjúkrunaráætlanir og við hin framkvæmdum þær en hittumst aðeins við vaktaskipti.“

Útibú í Bandaríkjunum

Michelle Michels er heilsugæslu- hjúkrunarfræðingur og heillaðist af hugmyndum Buurtzorg við heim- sókn í Hollandi á vegum háskólans

í Minnesota. „Það sem laðaði mig að Buurtzorg var tækifærið til að vera í teymi þar sem hægt var að vinna saman fyrir alvöru. Á þessum tíma vann ég í heimahjúkrun með eldri sjúklunga og þar var aldrei hægt að ræða heilstætt um hjúkrunina við þá sem sinntu sjúklingun- um. Stjórnendur gerðu hjúkrunaráætlanir og við hin framkvæmdum þær en hittumst aðeins við vaktaskipti. Ég sá fyrir mér hversu mikið væri hægt að bæta hjúkrunina ef við fengjum tækifæri til að vinna



saman. Það var eitt af því helsta sem vakti áhuga minn á hugmyndum Jos,“ segir Michelle.

Hún ákvað því að stofna fyrirtæki í Stillwater í Minnesota undir merkjum Buurtzorg. Enn sem komið er eru einungis þrjár hjúkrunarfræðingar í fyrirtækinu. Michelle og samstarfskonur hennar hafa gert ýmislegt til þess að afla viðskiptavina en eins og stendur eru þær ekki með samning við tryggingafélög eða Medicare, skjólstæðingarnir þurfa því að borga úr eigin vasa. Þær hafa einbeitt sér að því að aðstoða eldra fólk við að búa áfram heima en sinna líka forvörnum á göngudeild. Þá hafa þær einnig boðið fátæka og heimilislaua, sem sækja matarúthlutun í nágrenninu, ókeypis heilsuskoðun og nudd. „Ég mæli blóðþrýsting og sinni sykursýkisráðgjöf og annar hjúkrunarfræðingur veitir nuddmeðferð. Hann er vel menntaður í nuddi og getur útskýrt fyrir skjólstæðingunum að nudd sé ekki aðeins munaður heldur hafi líka áhrif á heilsu fólks. Margir segja að það sé langt síðan þeir hafa fundið fyrir því líkri vellíðan. Þriðji hjúkrunarfræðingurinn okkar er sérfræðingur í gerð hjúkrunaráætlana og hefur til dæmis aðstoðað skjólstæðinga sem eru að fara í skurðaðgerð.“

Stöðuheiti skipta ekki máli

Michelle nefnir ekki að hún sé að formi til forstjóri Buurtzorg í Bandaríkjunum. Þegar blaðamaður spyr nánar um starfsheiti segir Jos að innan Buurtzorg skipta stöðuheiti ekki máli heldur hvað menn gera. „Ég tel að ofstjórnun hafi gert margt til að skaða heilbrigðiskerfið. Nú vinnum við eins og ég gerði á níunda áratugnum, án stjórnenda, en hvert teymi skipuleggur sína vinnu. Í mínum huga þurfa menn að fara varlega í að trufla fólk þegar það sinnir vinnunni sinni. Ef hjúkrunarfræðingarnir geta skipulagt sig sjálfir, af hverju þá að hafa stjórnendur? Með aðstoð upplýsingatækninnar er hægt að styðja við teymin þannig að ekki er þörf fyrir millistjórnendur. Það sem þarf eru leiðir til þess að skiptast á þekkingu og upplýsingum. Það er betra að hafa enga stjórnun, eða kannski ætti að segja enga stjórnendur, en hafa í staðinn sjálfstýrandi teymi. Okkar fyrirtæki hefur 9.300 starfsmenn innanborðs en enga stjórnendur nema mig. Mikilvægasta hlutverk mitt er að halda skrifinskunni frá fyrirtækinu og helst draga úr þörfinni fyrir mig sjálfa smám saman.“

Jos hefur litla trú á hefðbundnum stjórnunarverkfærum eins og



átlanagerð. „Ég held að grundvallaratriðin við að sinna sjúklingum og þjóna umhverfi þeirra breytist lítið milli ára. Þess vegna þarf ekki að gera átlanir, við getum haldið áfram að vinna vinnuna okkar og ræða hvernig megi gera það eins vel og hægt er,“ segir hann. Þörfin fyrir stoðdeildir og stjórnendur þeirra sé í raun lítil að hans mati. „Við

höfum enga tölvudeild en við notum hugbúnað sem miðar að því að styðja við hjúkrunarfræðingana. Þrír launafulltrúar sinna 9.300 starfsmönnum og svo höfum við nokkra menn sem sjá um samninga og lögfræðileg mál og nokkra

„Hlutverk mitt er að halda skrifinskunni frá fyrirtækinu og helst draga úr þörfinni fyrir mig smám saman.“

sem sinna fjármálum. Allir reikningar myndast sjálfkrafa í tölvukerfinu. Flest fyrirtæki með jafnmarga starfsmenn og við hafa tíu sinnum fleiri starfsmenn í stoðdeildum. Höfuðstöðvar okkar eru þannig mjög litlar en við höfum markþjálfara sem teymin geta leitað til ef fólk lendir í vandræðum.”

Heildræn samþætt hjúkrun

Jos segir Buurtzorg leggja sig fram við að stunda heildræna samþætta hjúkrun og því hafi hentað vel að kynna fyrirtækið á ráðstefnu þar sem fjallað var um sams konar málefni í Reykjavík. Auk þess þekki hann vel Mary Jo Kreitzer sem var ein af aðalkonunum á bak við ráðstefnuna. „Við höfum lengi átt í samstarfi við Minnesota-háskóla þar sem við notum hjúkrunarskráningarkerfi sem kemur þaðan. Þegar menn búa til vinnuumhverfi þar sem hjúkrunarfræðingurinn getur veitt alla þá meðferð sem sjúklingurinn þarf á að halda má kalla það heildræna samþætta hjúkrun. Við erum opin fyrir því að nota aðferðir eins og viðbótarmeðferð ef sjúklingurinn óskar eftir því. Hugmynd okkar með því að stofna útibú erlendis er að skiptast á skoðunum um hvaða aðferðir virka og fá þannig heildarsýn og bjóða upp á það sem hentar sjúklingnum. Sumum finnst gott að fá viðbótarmeðferð en aðrir vilja frekar hefðbundna meðferð, þetta tengist því að finna hvað styður best við skjólstæðinginn.“



Hugmyndirnar eiga víða við

Jos segir að vinnulagið sem hér hefur verið lýst sé hægt að nota einnig á öðrum sviðum. „Til dæmis erum við nú byrjuð með heimahjúkrun fyrir geðsjúklinga. Þetta gæti verið næsta skrefið fyrir okkur. Svo er það sýn okkar að hægt sé að nota skipulagsformið sjálft á öðrum sviðum samfélagsins, eins og innan menntastofnana, í löggæslunni og í hluta stjórnsýslunnar. Stjórnvöld hafa nú boðið okkur að koma og tala um Buurtzorg. Annars vegar fjalla því aðferðir okkar um inntak hjúkrunar og hins vegar um að bæta skipulagið í fyrirtækjum og stofnunum. Þetta á einnig við um Ísland held ég. Við sjáum að stigskipunarkerfin eru undir þrýstingi. Það er bæði óhagkvæmt og tímafrekt að halda slíku uppi. Ég held að samfélagið okkar muni breytast í netsamfélag þar sem allir vinna sem ein heild og þetta er þegar að gerast.“





AÐALFUNDUR 2015



AÐALFUNDUR FÉLAGS íslenskra hjúkrunarfræðinga var haldinn á Grand hóteli í Reykjavík, föstudaginn 18. maí 2015. Á dagskrá voru venjuleg aðalfundarstörf. Á fundinn mættu 99 félagsmenn. Á fundinum voru samþykktir ársreikningar félagsins og óbreytt félagsgjöld fram að næsta aðalfundi. Einnig voru samþykktir ársreikningar minningarsjóða Kristínar Thoroddsen og Hans Adolfs Hjartarsonar og Rannsókn- og vísindasjóðs hjúkrunarfræðinga. Engar tillögur að lagabreytingum bárust fyrir fundinn. Ástæðan er fyrst og fremst sú að endurskoða á lögin í heild sinni á næsta starfsári og verða þær breytingar lagðar fyrir aðalfundinn 2016.

Samþykkt var starfsáætlun stjórnar FÍH 2015-2016. Eftirfarandi eru helstu áherslur í starfi félagsins næsta starfsár:

- ▶ Ákvarðanir og eftirfylgd kjaraviðræðna og kjarasamninga FÍH við samningsaðila.
- ▶ Úrvinnsla og eftirfylgd verkefnisins Ímynd, áhrif, kjör.
- ▶ Undirbúningur heildarendurskoðunar á lögum félagsins fyrir aðalfund 2016.
- ▶ Aukaáhrif FÍH í ráðum og nefndum um skipulagningu heilbrigðisþjónustu.
- ▶ Unnið að fjölgun hjúkrunarfræðinga á Íslandi.
- ▶ Vinna að stefnumótun FÍH varðandi:
 - ▷ Símenntun og endurmenntun hjúkrunarfræðinga.
 - ▷ Jafnréttismál.
 - ▷ Alþjóðlegt samstarf.

Starfsáætlanir fagsviðs og kjara- og réttindasviðs sem og annarra þátta í starfsemi félagsins má sjá á vefsvæði félagsins.

Á hverju ári er kosinn hluti stjórnar, en ekki fara allar kosningar fram á aðalfundi félagsins. Á því ári, þegar oddatala er, er kjörinn formaður félagsins og fulltrúar svæðiseilda í stjórn. Formaðurinn er kosinn í allsherjaratkvæðagreiðslu og fulltrúar svæðiseilda eru kosnir á aðalfundum svæðiseilda. Aðeins eitt framboð barst til formanns FÍH og var það frá sitjandi formanni, Ólafi G. Skúlasyni. Ólafur var því sjálfkjörinn sem formaður félagsins til næstu tveggja ára.

Nýir fulltrúar svæðiseilda í stjórn eru:

Austurlandsdeild: Ragnhildur Rós Indriðadóttir

Norðurlandsdeild: Kristín Thorberg



Suðurlandsdeild: Ólöf Árnadóttir
Suðurnesjadeild: Svanhildur Ósk Sigurfinnsdóttir
Vestfjarðadeild: Svava Björg Þorsteinsdóttir
Vesturlandsdeild: Bylgja Kristófersdóttir

Eftirtaldir fulltrúar í nefndir og ráð voru kosnir á aðalfundi:

Kjörnefnd: Kosnir til tveggja ára.

Margrét Tómasdóttir
Svanlaug Guðnadóttir
Unnur Þormóðsdóttir
Anna María Þórðardóttir varamaður

Ritnefnd: Kosnir til tveggja ára.

Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir
Þorgerður Ragnarsdóttir
Aðalbjörg Stefanía Helgadóttir
Áslaug Birna Ólafsdóttir

Siða- og sáttanefnd. Kosnir til tveggja ára.

Guðbjörg Svava Ragnarsdóttir
Harpa Þöll Gísladóttir
Sigurveig Sigurðardóttir Mýrdal
Hildur Helgadóttir, varamaður
Ólöf Gunnhildur Ólafsdóttir, varamaður

Styrktarsjóður. Kosnir til tveggja ára.

Aðalheiður D. Matthíasdóttir
Guðbjörg Pálsdóttir
Gunnar Helgason
Svanlaug Guðnadóttir, varamaður
Sigrún K. Barkardóttir, varamaður

Stjórn orlofssjóðs: Kosnir til tveggja ára.

Ingibjörg Rósa Friðbjörnsdóttir
K. Hjördís Leósdóttir
Ólöf S. Sigurðardóttir
Anna Lís Baldursdóttir
Helga Harðardóttir

Skoðunarmenn reikninga: Kosnir til eins árs.

Herdís Herbertsdóttir
Þórgunnur Hjaltadóttir



Stefna Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, sem unnin var á árinu, var kynnt og samþykkt. Endurskoðaðar síðareglur félagsins voru kynntar og samþykktar svo og úthlutunarreglur styrktarsjóðs. Opnaðar voru Mínar síður fyrir félagsmenn og voru þær kynntar á fundinum. Staða kjaramála var kynnt og rædd og var mikill hugur í fundarmönnum og samstaða um boðað verkfall, semjst ekki fyrir þann tíma.

Að lokum voru samþykkt á aðalfundinum tvær ályktanir. Önnur fjallaði um mat á menntun og ábyrgð til launa og hin um hjúkrun og heilbrigðisþjónustu aldraðra.

Nánari upplýsingar um aðalfundinn má sjá í fundargerð aðalfundar á vefsvæði félagsins.

Ályktun stjórnar FÍH um mat á menntun og ábyrgð til launa

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, haldinn 18. maí 2015, hvetur stjórnvöld til að ganga til samninga við hjúkrunarfræðinga um réttmæt launakjör svo ekki þurfi að koma til boðaðs verkfalls þeirra þann 27. maí.

Hjúkrunarfræðingar eru burðarstoðin í íslensku heilbrigðiskerfi. Fjögurra ára háskólanám og mikil ábyrgð í starfi endurspeglast ekki í kjörum þeirra, sem eru umtalsvert lakari en annarra háskólamenntaðra opinberra starfsmanna. Enn eru laun hefðbundinna kvennastétta ekki sambærileg við laun hefðbundinna karlastétta. Við þetta verður ekki unað lengur.

Sífelld fleiri hjúkrunarfræðingar leita nú í önnur störf eða flytja af landi brott, þar sem í boði eru hærri laun og betra starfsumhverfi. Öflugt, öruggt, hagkvæmt og skilvirkt heilbrigðiskerfi verður ekki tryggt án aðkomu hjúkrunarfræðinga. Stjórnvöld verða því að meta menntun og ábyrgð þeirra til hærri launa.

Hjúkrunarfræðingar telja boðaðar verkfallsáðgerðir óhjákvæmilegar til að ná fram leiðréttingu á þeirra kjörum. Engu að síður lýsir aðalfundur Fíh yfir miklum áhyggjum af yfirvofandi verkfalli hjúkrunarfræðinga og afleiðingum þess á heilbrigðiskerfið.

Ályktun stjórnar FÍH og fagdeildar öldrunarhjúkrunarfræðinga um hjúkrun og heilbrigðisþjónustu aldraðra

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, haldinn 18. maí 2015, lýsir yfir þungum áhyggjum af þeirri heilbrigðisþjónustu sem öldruðum stendur til boða í dag.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga hvetur heilbrigðis- og fjármálaráðherra til að tryggja öldruðum góða, örugga og sómasamlega heilbrigðisþjónustu með auknu samráði og samstarfi við fagaðila og fjármagni til stofnana svo fjölga megi hjúkrunarfræðingum og öðru fagfólki í öldrunarþjónustu.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga bendir á að hjúkrun er og verður lykilþáttur öldrunarþjónustu. Hjúkrunarfræðingar stýra hjúkrunarþjónustunni og bera faglega ábyrgð á henni. Þeim ber að tryggja að aldraðir og aðstandendur þeirra fái þá hjúkrun sem þeir þarfnast á réttum stað á réttum tíma.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga hvetur stjórnvöld til að leggja fram heildræna stefnu um málefni aldraðra innan fimm ára og félagar lýsa sig tilbúna til samstarfs um það verkefni.

LAIR
(AST, MSD)

ENDURHÆFING LUNGNASJÚKLINGA - FLÓKIN OG MARGÞÆTT

Elfa Dröfn Ingólfssdóttir, Eva Steingrimsdóttir, Guðbjörg Pétursdóttir og Jónína Sígurgeirsdóttir



Hjúkrun gegnir mikilvægu hlutverki í þverfaglegri endurhæfingu. Lungnasjúklingar eru langveikt fólk og er hjúkrunarmeðferð þeirra sinnt í heilsugæslu, heimahjúkrun, á sjúkrahúsum, í endurhæfingu og á dvalarheimilum aldraðra.

TILEFNI GREINARINNAR er fræðslufundur um hjúkrun lungnasjúklinga sem boðað var til af fagdeild heilsugæsluhjúkrunarfræðinga vorið 2015. Í greininni er lögð áhersla á endurhæfingarhjúkrun fólks með langvinna lungnasjúkdóma sem oft er fast í vítahring hreyfingarleysis og mæði. Hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu er að vinna með sjúklingum í að rjúfa þennan vítahring. Í því felst meðal annars að kveikja von um bata, veita stuðning og efla trú á betri heilsu.

Reykjalundur er eina endurhæfingarstofnun sinnar tegundar á Íslandi sem býður upp á þverfaglega endurhæfingarmeðferð fyrir lungnasjúklinga árið um kring. Markmið slíkrar endurhæfingar er að bæta færni lungnasjúklinga, daglega virkni þeirra og lífsánægju, ásamt því að draga úr samfélagslegum kostnaði.

Endurhæfingarhjúkrun

Endurhæfingarhjúkrun er sérhæfð grein innan hjúkrunar sem byggist á viðurkenndum alþjóðlegum rannsóknum (Hoeman, 2009). Hugmyndafræðin er heildræn, einstaklingshæfð, teymismiðuð og tekur mið af kenningum um umhyggju og siðfræði. Markmiðið er að koma til móts við þarfir sjúklinga með fötlun og langvarandi veikindi og veita stuðning, fræðslu og sérhæfða hjúkrun. Hjúkrunin byggist á gagnreyndri þekkingu á meðferð sjúklinga sem glíma við flókna sjúkdóma og hafa margvíslegar þarfir (Jónína Sigurgeirsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir, 2008). Leitast er við að hindra aukaverkanir sem gætu hlotist af veikindum, bæta aðlögunarhæfni og viðhalda heilsueflandi lífsvenjum. Eitt af hlutverkum hjúkrunarfræðings í endurhæfingu er að vera málsvari sjúklinga og samhæfa vinnu þeirra og fagaðila sem koma að meðferðinni. Sjúklingur í endurhæfingu tekur þátt í að skipuleggja meðferð sína og er virkur innan teymisins. Einnig þarf að huga að fjölskyldunni, samsetningu hennar og virkni (Association of Rehabilitation Nurses, 2014). Hjúkrunarfræðingar á Reykjalundi hafa tekið virkan þátt í að efla þessa sérfræðigrein innan hjúkrunar, meðal annars með rannsóknum, kennslu, námskeiðum og lengra framhaldsnámi.



Styðjum sjúka til sjálfsbjargar

Reykjalundur er í eigu Sambands íslenskra berkla- og brjóstholssjúklinga en þar fer fram lækni­sræðileg, sálfélagsleg og andleg endurhæfing. Það voru sterkir og framsýnir einstaklingar sem sameinuðust um að stofna SÍBS 1938 og starfsemi hófst á vinnuheimilinu að Reykjalundi 1. febrúar 1945. Í upphafi starfaði þar ein hjúkrunarkona, Valgerður Helgadóttir. Hún var ráðin, ásamt lækni, tveimur árum áður en stofnunin tók til starfa. Var hún fyrsta hjúkrunarkonan á Íslandi sem byggði upp heilan spítala eða endurhæfingarstofnun (Gils Guðmundsson, 1988). Valgerður Helgadóttir (2011) sagði í grein, upphaflega birt 1950, að sér hefði lærst fljótt að sjúklingarnir „... höfðu þann undraverða stálvilja og þrautseigju, sem meðvitundin um að vera ekki lengur ómagi, heldur þátttakandi í miklu þjóðnýtu starfi, gaf þeim.“ Þetta er hægt að sjá enn í dag og býr Reykjalundur yfir meira en 70 ára reynslu í endurhæfingarhjúkrun lungnasjúklinga. En samhliða fjölgun faghópa í þverfaglegri endurhæfingu hefur hjúkrunarmeðferðin þróast og orðið sérhæfðari.

Nú á öðrum áratug 21. aldar starfar í lungnateymi Reykjalundar fólk sem hefur mikla sérþekkingu og reynslu af teymisstarfi. Í teymi hvers sjúklings er hjúkrunarfræðingur, heilsuþjálfari, félagsráðgjafi, iðjuþjálfari, lækni, sálfræðingur, sjúkraliði, sjúkraþjálfari og ritari. Teymið tengist í gegnum sameiginleg verkefni, vinnur þvert á fagleg landamæri og deilir ábyrgð á niðurstöðum (Lemieux-Charles og McGurie, 2006). Hjúkrunarfræðingar lungnasviðs starfa sem hluti af slíku teymi þar sem allir leggja fram sína sérfræðiþekkingu, bera ábyrgð og kappkosta að skila tilætluðum árangri. Þeir eru sífellt að upplifa sigra með sjúklingum.

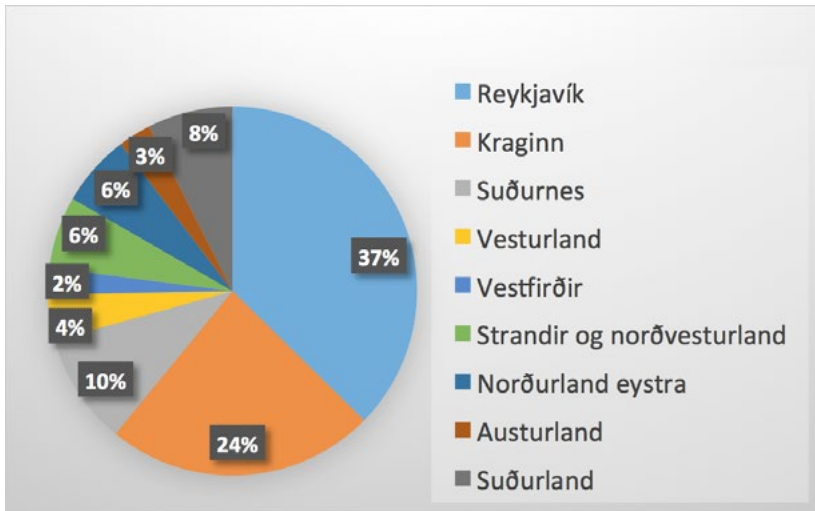
Lungnaendurhæfing

Sérhæfð og þverfagleg lungnaendurhæfing ætti að standa öllum til boða sem glíma við langvinnan lungnasjúkdóm (ATS [American Thoracic Society], 2013). Beiðni um endurhæfingu á Reykjalundi þarf að koma frá lækni en eyðublaðið má finna á heimasíðu Reykjalundar.

Á lungnasviði Reykjalundar geta verið allt að 23 sjúklingar í endurhæfingu á hverjum tíma – á fimm daga dagdeild með möguleika á gistingu eða á hjúkrunardeild þar sem veitt er hjúkrun allan sólarhringinn. Reykjalundur þjónar öllu Íslandi þannig að



búseta skiptir ekki máli. Beiðnir koma frá öllum landshlutum og sýnir mynd 1 dreifingu sjúklunga árið 2014 miðað við búsetu.



MYND 1. Hlutfall sjúklunga eftir búsetu árið 2014.

Hlutverk hjúkrunarfræðinga í lungnaendurhæfingu

Hjúkrunarfræðingar skipuleggja innlagnarferli sjúklunga í samvinnu við lækna og hitta flesta sem kallaðir eru inn í forviðtal á göngudeild. Allir sem koma í endurhæfingarmat og eða innskrift hitta hjúkrunarfræðing sem aflar upplýsinga hjúkrunar, metur hjúkrunarþörf og skráir hjúkrunargreiningar. Sérstakt skráningarform fyrir hjúkrunarferli er í sjúkraskrárkerfi Reykjalundar (DIANA). Hjúkrunarmedferðin er einstaklingsmiðuð og eru markmiðin skilgreind í samvinnu við sjúkling (Jester, 2007). Áhugahvetjandi vinna hefst, sem er einstaklings- og hópmedferð, með hvatningu, fræðslu, stuðningi og eftirliti.

Hjúkrunarfræðingar bóka skipulagða meðferð sína í stundaskrá sjúklings sem þarf að vera virkur þátttakandi í endurhæfingarferlinu og reiðubúinn að leggja á sig tímafreka og erfiða vinnu. Mikilvægt er að vinna heildrænt með sjúklingi og fjölskyldu hans, fjölskyldufundir eru haldnir ef þörf er á því.

Mæling lífsmarka: Blóðþrýstingur, puls og súrefnismettun.

Slökun: Einstaklingsslökun, hópslökun. Meðferð til slímlosunar: Hósthvatning, lungnabank, úðavél.

Mat á súrefnisþörf: Mæling og mat á súrefnismettun í hvíld, röltþróf (mæling og mat á súrefnismettun á göngu).

Undirbúningur svefnrannsókna: Einstaklingsfræðsla, tenging eða aftenging búnaðar.

Meðferðarhópur, hópfræðsla og einstaklingsfræðsla: Næringarfræðsla og mat á næringarástandi (vigt, mittismál og líkamspygndarstuðull): Fræðsla og stuðningur fyrir of léttu eða of þunga lungnasjúklinga.

Meðferð til reykleysis: Áhugahvetjandi samtal, fræðsla, stuðningur, mæling kolmónoxíðs. Hópeflis- og kynningarfundur fyrir nýkomna lungnasjúklinga.

Fræðsla um rétta notkun innöndunarlyfja: Verkleg færni kennd.

Öndunartækni: Mótstöðuöndun, djúþöndun, tónlistarmeðferð með munnhörpu.

Súrefnisfræðsla: Stuðningur, verklag færni kennd.

Mat á árangri endurhæfingarhjúkrunar: Virk hlustun, spurningarlistar (MAT, HAD, CAT, Epworth).

Annað: Áhugahvetjandi samtöl, virkjun fjölskyldu, samráð um markmiðssetningu, andlegur stuðningur, sálfélagslegur stuðningur, sjúkdómafræðsla, heilsulæsi, virk hlustun.

TAFLA 1. Hjúkrunarmeðferð sjúklinga í lungnaendurhæfingu á Reykjalundi.

Markmið í lungnaendurhæfingu

Sjúklingur setur sér markmið í samráði við teymi sitt og vinnur að þeim yfir meðferðartímann. Markmiðsfundur er haldinn með sjúklingi og teymi hans ef þörf er á því. Algengustu markmið sjúklinga í lungnaendurhæfingu á Reykjalundi má sjá í töflu 2.

- | | | |
|------------------------------|-------------------------------|-------------------------|
| ▶ Tóbaksleysi | ▶ Rétt notkun innöndunarlyfja | ▶ Minni depurð |
| ▶ Minni mæði | ▶ Minni þreyta | ▶ Minni verkir |
| ▶ Aukið þrek og úthald | ▶ Betri neysluvenjur | ▶ Minni spennastreita |
| ▶ Betri öndunartækni | ▶ Bætt næringarástand | ▶ Aukin þekking |
| ▶ Mat á súrefnisþörf | ▶ Betri svefn | ▶ Bætt félagsleg virkni |
| ▶ Minni hósti | ▶ Bætt andleg líðan | ▶ Meiri lífsánægja |
| ▶ Minni/enginn slímuppgangur | ▶ Minni kviði | |

TAFLA 2. Markmið í lungnaendurhæfingu.

Árangur lungnaendurhæfingar

Góður árangur lungnaendurhæfingar næst með heildrænni og þverfaglegri vinnu. Samkvæmt ATS (2013) eru helstu áhrif hennar:

- ▶ Aukið þrek, úthald og líkamleg færni
- ▶ Minni mæði
- ▶ Meiri lífsánægja



- ▶ Minni kvíði og þunglyndi
- ▶ Færri innlagnir á sjúkrahús
- ▶ Minni kostnaður fyrir heilbrigðiskerfið.

Rannsókn sem gerð var á Reykjalundi sýndi góðan árangur endurhæfingar í að draga úr mæði (Elfa Dröfn Ingólfsdóttir, 2010). Endurhæfing getur einnig gefið sjúklingnum von um bætta getu til sjálfsumönnunar (Coster og Norman, 2009). Þó að árangur lungnaendurhæfingar sé ekki síst metinn huglægt af sjúklingi og meðferðaraðila eru til ýmsir spurningalistar sem nýtast einnig til að meta árangur. Þeir helstu eru:

- ▶ SOBQ (Shortness of breath questionnaire/MAT listinn) til að meta mæði
- ▶ HAD listinn (Hospital anxiety and depression scale) til að meta kvíða og/eða þunglyndi
- ▶ CAT listinn (COPD Assessment test) til að meta áhrif sjúkdómsins á líðan og daglegt líf
- ▶ Epworth til að meta dagsyfu.

Endurhæfing og hvað svo?

Endurhæfing á lungnasviði Reykjalundar tekur yfirleitt 4-6 vikur. Á þeim tíma er mikilvægt að undirbúa útskrift vel og þann félagslega stuðning, hjúkrun og aðra meðferð sem sjúklingur þarf eftir að heim er komið. Með því má styðja sjúkling í að vinna áfram að langtíma-markmiðum sínum hvað varðar lífsmáta og bætta heilsu.

Eftirfylgd

Eftirfylgd eftir útskrift getur átt sér stað í gegnum síma, með komu á göngudeild Reykjalundar eða frá öðru heilbrigðisstarfsfólki, til dæmis á göngudeild lungnasjúklinga á LSH eða í heimabyggð. Þekking og yfirsýn hjúkrunarfræðinga gagnast vel til samhæfingar þjónustu (Helga Jónsdóttir o.fl., 2011) og getur hjúkrun þannig styrkt sjúklinga í að takast á við heilsufarsvanda. Þjónusta við langveika og aðstandendur þeirra krefst samvinnu og samráðs milli fagfólks og stofnana með áframhaldandi stuðningi til að mæta aðsteðjandi ógn flókinna, langvinnra sjúkdóma. Slíkt samráð á vel við eftir lungnaendurhæfingu á Reykjalundi.



Langvinn lungnateppa

Tíðni LLT hefur aukist ört á undanförunum árum og var árið 2014 algengasta ástæða innskriftar á lungnasviði Reykjalundar. Á Íslandi eru mun fleiri með LLT en þeir sem eru greindir með sjúkdóminn (Bryndís Benediktsdóttir o.fl., 2007) og reykingar eru helsta orsök hans. Helstu einkennin eru hósti, slímuppgangur og óeðlilega mikil mæði við áreynslu, sem hefur mikil áhrif á daglegt líf sjúklingsins og fjölskyldu hans. Einkennin ágerast hægt, yfir ár og áratugi, þannig að

Langvinn lungnateppa (LLT) er algengur sjúkdómur í lungum sem hægt er að fyrirbyggja og meðhöndla. Sjúkdómurinn einkennist af þrálátri teppu í lungum sem ágerist yfirleitt smám saman og henni tengjast vaxandi bólguviðbrögð í lungnavef við ertandi ögnum eða lofttegundum. Versnandi ástand og fylgikvillar geta aukið alvarleika sjúkdómsins (Global initiative for chronic obstructive lung disease, 2015).

sjúklingurinn gerir sér oft ekki grein fyrir því að hann er með sjúkdóminn. Fyrsta skrefið til að snúa þessu ferli við er að upplýsa fólk um einkennin og greina hvort sjúkdómur er til staðar. Því næst þarf að fjarlægja orsaka-valda ef hægt er og hefja meðferð til að koma í veg fyrir frekari skerðingu og fötlun (Global initiative for chronic obstructive lung disease, 2015)

Sjúkdómsgreining LLT er staðfest með öndunarmælingu sem hægt er að gera á öllum heilsugæslustöðvum á landinu. Allir sem eru eldri en 40 ára og hafa reykingasögu og einkenni frá öndunarfarum ættu að fara í þá einföldu rannsókn. Mæling ein og sér, og samtal um niðurstöður hennar, getur verið hvatning til breyttra lífshátta hjá sjúklingi, til dæmis að hann hætti tóbaksneyslu.

LLT er til staðar þegar hlutfall fráblásturs á einni sekúndu (FEV1) miðað við heildarútöndun (FVC) er undir 70% eftir gjöf berkjuvíkkandi lyfja. Sjúkdómurinn er síðan flokkað-

ur niður í fjögur alvarleikastig miðað við FEV1:

- ▶ I stig (væg teppa) - $FEV1 \geq 80\%$ af áætluðu
- ▶ II stig (meðalteppa) - $50\% \leq FEV1 < 80\%$ af áætluðu



- ▶ III stig (mikil teppa) - $30\% \leq FEV1 < 50\%$ af áætluðu
- ▶ IV stig (svæsin teppa) - $FEV1 < 30\%$ af áætluðu eða $FEV1 < 50\%$ af áætluðu og langvinn öndunarbílun (Global initiative for chronic obstructive lung disease, 2015).

- ▶ Reykleysismeðferð
- ▶ Endurhæfing
- ▶ Mataræði
- ▶ Innöndunarlyf (púst, úðavélar)
- ▶ Líkamsrækt
- ▶ Lyfjameðferð (sýklalyf, steralyf, þvagræsilyf)
- ▶ Súrefnismeðferð
- ▶ Fræðsla
- ▶ Heilbrigður lífsmáti
- ▶ Öndunartækni
- ▶ Meðferð með öndunarvél (CPAP, BiPAP)
- ▶ Skurðaðgerð
- ▶ Lungnaskipti
(American Thoracic Society/European respiratory society, 2004)

TAFLA 3. Meðferð við langvinnri lungnateppu.

Þrátt fyrir að þær skemmdir sem komnar eru á lungnavef séu varanlegar er margt hægt að gera og því má alltaf gefa sjúklingum von um bætta líðan. Mögulega meðferðarþætti við LLT má sjá í töflu 3. Mæði er það einkenni sem helst hefur áhrif á líðan lungnasjúklinga og daglegt líf þeirra. Því skiptir miklu máli að meðhöndla hana. Nú þegar hefur verið fjallað um þetta málefni í Tímariti hjúkrunarfræðinga þar sem góð ráð hafa verið gefin (Elfa Dröfn Ingólfssdóttir, 2012).

Röltpróf

Á Reykjalundi er hvatt til nýsköpunar í greiningu hjúkrunarvanda lungnasjúklinga og þróun hjúkrunarmeðferðar. Þannig hefur orðið til sérhæfð hjúkrunarþekking. Dæmi um slíka vinnu er klínískt próf, svokallað „röltpróf“, sem er hannað af hjúkrunarfræðingum á Reykjalundi til að meta súrefnisþörf á göngu innanhúss.

Þegar sjúklingar koma í lungnaendurhæfingu verður oft mikil breyting á hreyfingarmynstri þeirra, eða frá því að hafa verið í algjörrri kyrrsetu yfir í að ganga langar leiðir. Mikilvægt er að fyrirbyggja súrefnisþurrð við slíkar aðstæður. Röltpróf gefur gagnlegar upplýsingar um súrefnisþörf og áhrif súrefnisfalls á einkenni og líðan sjúklings á göngu á tiltekinni vegalengd. Þessar upplýsingar eru mikilvægar í klínískri vinnu. Gildi röltprófsins hefur verið viðurkennt af lungnateyminu sem



hefur í kjölfarið breytt verklagi sínu. Allir sjúklingar sem falla undir 90% í súrefnismettun á sex mínútna gönguprófi fara í röltpróf til að meta þörf fyrir súrefnismeðferð á göngu utan deildar.

Sjúklingur sem fer í röltpróf fær leiðbeiningar um að ganga á eigin hraða og tala ekki á meðan á prófinu stendur. Vegalengdin er 156 metrar, en starfsmaður gengur með sjúklingnum og fylgist með breytingum á púls og súrefnismettun. Hvíldargildi súrefnismettunar og hvíldarpúls eru skráð og síðan mesta breyting á gildum á göngunni eða í lok hennar. Að röltprófi loknu er sjúklingurinn spurður um ýmis einkenni (almenna þreytu, þreytu í fótum, mæði og þyngsl fyrir brjósti) og hann beðinn að meta styrkleika einkenna á kvarðanum 0-10 (VAS). Ef súrefnismettun hefur fallið undir sett viðmiðunarmörk (oftast 90%), er röltpróf endurtekið með það í huga að stilla inn súrefnisgjöf. Niðurstöður röltprófs eru skráðar á sérstakt eyðublað, vistaðar í sjúkraskrá og verða þannig aðgengilegar öllum meðferðaraðilum í teyminu.

Næring lungnasjúklinga

Næringarástand skiptir máli hvað varðar framgang LLT og því er næringarstuðningur mikilvægur hluti af alhliða lungnaendurhæfingu (Cafarella o.fl., 2012). Þyngdarstjórnun skiptir einnig máli varðandi heilsu, líðan og breytingu á lífsmáta, hvort sem sjúklingar eru of léttir eða of þungir.

Sjúklingar með LLT eru taldir of léttir ef líkamsþyngdarstuðull (Body Mass Index, BMI) er undir 21 kg/m² eða ef fitulaus þyngdarstuðull (Fat Free Mass Index, FFMI) er undir 16 kg/m² hjá körlum og undir 15 kg/m² hjá konum. Lungnasjúklingar með BMI yfir 30 kg/m² eru taldir of þungir. Þar sem öndun lungnasjúklinga er erfið og krefst mikillar orku hafa þeir almennt mikla grunnorkuþörf (10-15% meira en almennt). Þeir sem eru of þungir eru mæðnari í hvíld og heilsuveilli en aðrir og ofþyngd getur aukið álag á líkamann (Schols o.fl., 2014). Lélegt næringarástand veikir mótstöðuaf líkamans gegn sýkingum og hefur áhrif á vöðvastyrk sem minnkar vegna þess að vöðvarnir rýrna. Lungnasjúklingar með lélegt næringarástand þurfa að bæta samsetningu fæðunnar og huga sérstaklega að próteinríku fæði. Þannig geta þeir bætt næringarástand sitt, aukið mótstöðuaf líkamans og brotið upp vítahring mæði og vannæringar.



Hjúkrunarfræðingar í lungnateymi Reykjalundar sjá um næringarstuðning fyrir of léttu og of þunga lungnasjúklinga. Könnun sem gerð var á árangri meðferðarinnar árið 2013 benti til að sex vikna næringarstuðningur bætti þyngd hjá báðum hópunum. Einn kostur fyrir þá sem voru of þungir var að halda matardagbók og þeir sem gerðu það markvisst léttust meira en þeir sem ekki skráðu neitt. Flestir þátttakenda tileinkuðu sér breyttan lífsmáta og voru ánægðir með árangur meðferðarinnar. Þannig má telja að hjúkrunarmeðferðin hafi stuðlað að bættri líðan.

Innöndunarlyf

Regluleg notkun innöndunarlyfja og rétt notkun innöndunartækja eru lykilatriði til að bæta öndunargetu og líðan þeirra sem eru með langvinna lungnasjúkdóma. Markmið með slíkri fræðslu er að sjúklingurinn noti lyfin rétt, tileinki sér þá fræðslu sem í boði er og geti nýtt sér hana á sem áhrifaríkastan hátt. Tækni við notkun innöndunarlyfja felst í því að:

- ▶ Slaka á öxlum og koma sér vel fyrir
- ▶ Anda vel frá sér en ekki í gegnum tækið
- ▶ Anda djúpt og kröftuglega að sér lyfinu til að nýta lyfið sem best
- ▶ Halda að sér andanum í stutta stund og anda rólega frá sér.

Gæðakönnun sem gerð var á Reykjalundi árið 2009 sýndi að flestir höfðu áður fengið góða fræðslu og tileinkað sér hana. Hópurinn sem var með sæmilega eða litla tækni, innsog eða hreinsun tækja fékk endurtekna fræðslu sem skilaði sér í bættri tækni, nýtingu lyfjanna og líðan og öryggi í sambandi við inntöku lyfjanna.

Atriði sem skipta máli við notkun innöndunarlyfja eru að:

- ▶ Skola muninn með vatni eftir notkun til að minnka hættuna á sveppasýkingu í munni og koki og draga úr hæsi
- ▶ Þrifa úðatæki
- ▶ Nota lyfin reglulega til að ná hámarksárangri þótt einkenni séu ekki til staðar.

Tóbaksneysla og lungnasjúkdómar

Tóbaksreykingar eiga stærstan þátt í þeim vítahring sem LLT veldur og þess vegna er meðferð við tóbaksfíkn mikilvægur þáttur af



endurhæfingu lungnasjúklinga og sem fyrsta íhlutun. Árið 1985 voru fyrst sett lög um tóbaksvarnir á Íslandi og er núgildandi útgáfa þeirra frá 2002. Mörkuð er stefnan sem ítrekuð er í heilbrigðisáætlun til 2010 og drögum að henni til 2020, að stuðlað verði að reyklusu umhverfi sem víðast og meðferðarúrræði efl. Þessar ráðstafanir hafa vafalaust átt sinn þátt í að dregið hefur úr beinum og óbeinum reykingum á Íslandi.

En meðferð við tóbaksfíkn er ekki einfalt mál. Tveggja ára rannsókn, um árangur meðferðar við tóbaksfíkn á öllum meðferðarsviðum Reykjalundar 2011-2013, sýndi marktækan mun á árangri eftir sjúkdómsflokkum. Af þátttakendum sem voru með lungnasjúkdóm reyndust 44% þeirra vera reyklusir alla 12 mánuði eftirfylgdar.

Meðferð við tóbaksfíkn

Mörg bjargráð við tóbaksfíkn eru vel þekkt og byggð á gagnreyndri þekkingu. Tafla 4 sýnir helstu meðferðarúrræði sem bjóðast vegna tóbaksfíknar en þau eru því miður fá utan stofnana.

Reyklausa línan (www.reyklaus.is og sími 800 6030): Einstaklingsmiðuð meðferð til reykleysis, veitt á vefnum og í síma; jafn aðgengileg fyrir alla Íslendinga.

Krabbameinsfélag Íslands: Hópmeðferð til reykleysis, leidd af hjúkrunarfræðingi.

Reykjalundur: Einstaklingsmiðuð hjúkrunarráðgjöf og stuðningur til reykleysis fyrir fólk á biðlista eftir endurhæfingu á Reykjalundi.

Reykjalundur: Meðferðin Líf án tóbaks – þverfagleg meðferð sem er hluti af endurhæfingu innskriðra sjúklinga.

Landspítali: Einstaklingsmiðuð hjúkrunarráðgjöf og stuðningur til reykleysis fyrir fólk sem fær meðferð á geðsviði Landspítala.

TAFLA 4. Meðferð við tóbaksfíkn á Íslandi.

Hjúkrunarfræðingar eru þeir heilbrigðisstarfsmenn sem oft mæta sjúklingum fyrstir þegar þeir leita eftir heilbrigðisþjónustu. Þeir eru í lykilaðstöðu til að taka ábyrgð á því að spyrja um og skrá tóbaksneyslu við hverja komu sjúklings á heilbrigðisstofnun. Einnig ættu þeir að kanna áhuga sjúklings á að hætta neyslu og staðsetja svarið með öðrum lífsmörkum í sjúkraskrá.



Áhugahvetjandi samtal

Stutt áhugahvetjandi samtal er gagnreynd aðferð til að leitast við að fá fólk til að lýsa vanda sínum með eigin orðum. Með því má hjálpa sjúklingum að átta sig á hvað þarf til að yfirstíga hindranir. Breytingakenning Prochaska og DiClemente (1992) er hjálpleg til að mæta sjúklingi í breytingaferlinu, en þessi kenning lýsir hugarástandi fólks sem þarf að breyta lífsmáta sínum.

Á Reykjalundi fá sjúklingar ráðgjöf, stuðning og hvatningu til að ná því markmiði að vera reyklausir fyrir innskrift. Einnig fá þeir meðferð við tóbaksfíkn á endurhæfingartímanum. Til að viðhalda þeim góða árangri sem náðst hefur í tóbaksvörnum á Íslandi og bæta hann, liggur beinast við að horfa til heilsugæslunnar, sem fyrsta skref. Þar er veitt góð þjónusta sem almenningur ber mikið traust til og þar gefast augljós tækifæri til að hlusta eftir „breytingatali“ í anda áhuga-hvetjandi samtaltækni (Miller og Rose, 2009).

Í samtalinu er mikilvægt að spyrja um reykingar sjúklingsins sjálfs og óbeinar reykingar hans núna eða áður og skrá pakkaár (1 pakkaár = 1 sígarettupakki á dag í eitt ár). Meta þarf hvar hann er staddur í breytingaferlinu, ráðleggja honum að hætta samkvæmt því, bjóða aðstoð og benda á mögulegt skipulag. Ef heilbrigðisstarfsmaður treystir sér ekki í slíkt samtal eða ráðgjöf fyrir sjúklinga er samt mikilvægt að hann skrái upplýsingar um tóbaksneyslu. Hann segi síðan setninguna „ég ráðlegg þér að hætta, heilsu þinnar vegna“.

Önnur ráð til að losna við tóbak

Reyklaust tóbak er ekki kostur fyrir sjúklinga með LLT frekar en aðra því það eykur einnig hættu á öðrum alvarlegum sjúkdómum. Munntóbak og neftóbak er mjög ávanabindandi og neytendur þess hafa oft ríka þörf fyrir sérstök bjargráð til að losa sig við þann vana að finna fyrir tóbakinu í munni eða nefi. Nikótínþyggjó, tungurótartöflur eða munnsogstöflur geta gagnast þeim vel. En sá sem nær að losa sig við neyslu munn- eða neftóbaks finnur mjög fljótt fyrir betri líðan í munni eða nefi.

Síðustu ár hafa svonefndar rafrettur komið á markaðinn og vilja sumir að þær verði viðurkenndar sem meðferðar-tæki við tóbaksfíkn. Rafrettur eru ekki löglegar á Íslandi og Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) mælir gegn notkun þeirra.



Enn vantar rannsóknir um áhrif þeirra á lungun, ásamt heilsufarslegum ávinningi eða skaða af langtímaneyslu. Besta aðferðin sem þekkt er nú er að fylgja gagnreyndri meðferð við tóbaksfíkn.

Það er aldrei of seint að hætta að reykja því með því getur sjúklingurinn náð betri lungnastarfsemi, minni mæði og hósta, minni slímmyndun í öndunarferum og bættri almenntri heilsu.

Af framansögðu má sjá að hjúkrun gegnir mikilvægu hlutverki í þverfaglegri endurhæfingu og á öllum stigum hjúkrunar. Sérhæfingu og sérfræðistörfum hjúkrunarfræðinga fylgir nýsköpun í greiningu hjúkrunarvanda og þróun hjúkrunarmeðferðar. Greinarhöfundar sjá tækifæri í eflingu sérhæfingar í hjúkrun til að fjölga þeim sem styðja sjúklinga í að tileinka sér hollari lífshætti í kjölfar endurhæfingar.

Höfundar eru allir hjúkrunarfræðingar á endurhæfingarmiðstöðinni á Reykjalundi. Elfa Dröfn Ingólfssdóttir og Jónína Sigurgeirsdóttir eru með meistaraáráðu og Eva Steingrimsdóttir með diplóma í endurhæfingarhjúkrun og Guðbjörg Pétursdóttir er hjúkrunarstjóri lungnasviðs.

HEIMILDIR

- ATS [American Thoracic Society] (2013). An official American Thoracic Society Documents / European Respiratory Society Statement: Key Concepts and Advances in Pulmonary Rehabilitation. *American Journal of Critical Care Medicine*, 188 (8), e13-e64.
- Association of Rehabilitation Nurses (ARN), (2014). *ARN Competency model for rehabilitation nursing*. Sótt á http://www.rehabnurse.org/uploads/files/education/ARN_Rehabilitation_Nursing_Competency_Model_FINAL_-_May_2014.pdf.
- Bryndís Benediktsdóttir, Gunnar Guðmundsson, Kristín Bára Jörundsdóttir, William Vollmer og Þórarinn Gíslason (2007). Hversu algeng er langvinn lungnateppa? Íslensk faraldsfræðirannsókn. *Læknablaðið*, 93, 471-477.
- Cafarella, P.A., Effing, T.W., Usmani, Z.A., og Frith, P.A. (2012). Treatments for anxiety and depression in patients with chronic obstructive pulmonary disease: A literature review. *Respirology*, 17, 627-638.
- Coster, S., og Norman, I., (2009). Cochrane reviews of educational and self-management interventions to guide nursing practice: A review. *International Journal of Nursing Studies*, 46(4), 508-528.
- Elfa Dröfn Ingólfssdóttir (2012). Mæði hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 88 (2), 6-11.
- Elfa Dröfn Ingólfssdóttir (2010). *Áhrif endurhæfingar á mæði hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu*. Læknadeild Háskóla Íslands, óbirt meistaraáritgerð. Sótt á <http://hdl.handle.net/1946/4625>.
- Gils Guðmundsson (1988). *SÍBS bókin*. Reykjavík: Prentvinnslan Ísafold.



- Global initiative for chronic obstructive lung disease [GOLD] (2015). *Global strategy for diagnosis, management, and prevention of COPD*. Sótt á <http://www.goldcopd.com/>.
- Helga Jónsdóttir, Þorbjörg Sóley Ingadóttir, Bryndís S. Halldórsdóttir og Guðrún Halldórsdóttir (2011). Eftirtektarverður árangur af hjúkrunarþjónustu fyrir langveika lungnasjúklinga, *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87 (5), 6-11.
- Hoeman, S., (2009). *Rehabilitation Nursing: Prevention, Intervention, and Outcomes*, (4. útg.), Mosby/ Elsevier: St.Louis.
- Jester, R., Ed., (2007). *Advancing Practice in Rehabilitation Nursing*. Blackwell Publishing: Oxford.
- Jónína Sigurgeirsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir (2008). Existential struggle and self-reported needs of patients in rehabilitation. *Journal of Advanced Nursing*, 61(4), 384–392.
- Lemieux-Charles, W. 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.
- Miller W.R., og Rose G.S. (2009). Toward a theory of motivational interviewing. *American Psychologist*, 64(6), 527-537.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C., og Norcross, J.C., (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47(9), 1102-1114.
- Schols, A.M., Ferreira, I.M., Franssen, F.M., Gosker, H.R., Janssens, W., Muscaritoli, M., Pison, C., Rutten-van Mölken, M., Slinde, F., Steiner, M.C., Tkacova, R., og Singh, S.J., (2014). Nutritional assessment and therapy in COPD: a European Society Statement. *European Respiratory Journal*, 18, 1-17.
- Valgerður Helgadóttir (2011). Styðjið sjúka til sjálfsbjargar. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 87(1), 46-48.





**EVA ÝR GUNN-
LAUGSDÓTTIR** er
hjúkrunarfræðingur
og starfar sem
fræðslustjóri hjá
Nova.

PANKASTRIK

ER ÉG HÆTT AÐ VERA HJÚKRUNARFRÆÐINGUR?

Eva Ýr Gunnlaugsdóttir



HJÚKRUNARFRÆÐIN ER flott og krefjandi háskólanám. Við sem lærum hjúkrunarfræði sjáum mörg fyrir okkur að vinna við hjúkrun sem framtíðarstarf og oft innan heilbrigðiskerfisins. Möguleikarnir eru aftur á móti margir og það er bara alls ekkert víst að það sem við sjáum fyrir okkur í byrjun náms sé það sem við raunverulega endum á að gera. Sú leið sem ég fór var alls ekki sú leið sem ég hafði séð fyrir mér og hef ég stundum spurt mig hvort ég sé hætt að vera hjúkrunarfræðingur. Það sem mér finnst aftur á móti merkilegra eru spurningar annarra um það hvort og af hverju ég hætti að vinna við hjúkrun.

Mér finnst til að mynda ótrúlega fyndið að fólki finnst fyndið að ég vinni ekki við hjúkrun – þrátt fyrir að vera hjúkrunarfræðingur. Fólki virðist finnast það skrytnara en að spænskufraedingur vinni í tölvudeild einhvers staðar. Það finnst mér sjálfri stórmerkilegt. Það er eins og sumir virðist halda að í „hjúkrunarskólanum“ skrifum við undir mikla samþykkt um að vinna við að hjúkra og laga og að láta þeim veiku líða betur. Íhaldssamt ekki satt? Um leið og ég breytti starfstílinum á Facebook var ég spurð hvort ég væri hætt að vera hjúkrunarfræðingur. Mitt svar: Ekkert frekar en að Dagur B. Eggertsson sé hættur að vera læknir. Við hjúkrunarfæðingar erum út um allt og margir að vinna að því á einn eða annan hátt að gera samfélagið okkar betra og skemmtilegra. Í þeim geira sem ég starfa nú snúast dagarnir um að tæknivæða og í tækninni er framtíðin.

Þeir hjúkrunarfæðingar sem ég hef kynnst eru upp til hópa mestu töffarar sem ég hef hitt. Ég ætla því að leyfa mér að fullyrða að hjúkrunarfæðingar séu yfirleitt ofurduglegt starfsfólk og hafa að mér finnst heilmikla sérstöðu. Þeir hjúkrunarfæðingar sem ég vann með á sínum tíma á spítalanum og þeir hjúkrunarfæðingar sem ég þekki enn eru ekkert að væla yfir hinu og þessu, ekkert að pæla endalaust í að gera hitt eða þetta – þeir bara gera! Þvílíkar fyrirmyndir. Ég veit ekki um vinnustað sem væri ekki slefandi yfir svona eiginleikum.

Hjúkrunarfræðin kenndi mér margt. Ég sjálf var kannski ekki áhugasamasti nemandinn í Eirbergi hérna um árið, en í hjúkrun lærði ég að vinna og það hefur komið mér inn á nýjar brautir sem tengjast alls ekkert hjúkrun. Í hjúkrun lærði ég líka ákveðið umburðarlyndi gagnvart fólki og styrkti skoðun mína að við ættum öll að búa við sömu kjör, hafa jöfn tækifæri og öll að hafa rétt á öflugri og pottþéttri



heilbrigðisþjónustu – alltaf! Hjúkrunarfræðin gaf mér nefnilega hugsjón. Hugsjón sem ég vissi ekki af fyrr en fyrir stuttu og kannski er þá eitthvað til í þessu íhaldssama sjónarmiði sem ég minntist á hér að framan, þó svo að ég tengi mig síður við nokkuð íhaldssamt.

Það er alltaf verið að segja manni að setja sér markmið því að með markmiðssetningu nái fólk raunverulegum árangri. Hver sem er getur náð árangri þó að leiðirnar séu mismunandi. Sumir hafa hátt um sín markmið og enn hærra um þann árangur sem næst. Aðrir eru með þetta allt planað en eru ekkert endilega gangandi um með gjallarhornið, þið vitið. Allur árangur er því alltaf árangur en að hugsa stórt er alltaf fyrsta skrefið í rétta átt. Ég ætla að leyfa mér að hugsa stórt fyrir heilbrigðiskerfið. Ég ætla að setja mér markmið um að taka þátt í uppbyggingu á öflugum heilbrigðiskerfi sem verður hundrað prósent fyrir alla, alls staðar. Það eru alltaf sveiflur, það er partur af þessu. Núna erum við á botninum í niðursveiflu og það sem við búum við núna í heilbrigðiskerfinu má ekki draga úr þeim frábæru eiginleikum sem hjúkrunarfræðingar hafa.

Varðandi mig og hjúkrunina þá lít ég svo á að ég sé bara í pásu. Einn daginn ætla ég aftur á spítalann af því að spítalaumhverfið er klárlega eitt það mest spennandi sem fyrirfinnst og nóg af verkefnum sem bíða.

Ég skora á Sólveigu Kristjánsdóttur að skrifa næsta þankastrík.

Þankastrík er fastur dálkur í blaðinu og höfundur hvers pistils stingur upp á þeim næsta. Í þankastríki 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.



1. MAÍ

SAMSTAÐA LAUNAMANNA

FÉLAG ÍSLENSKRA hjúkrunarfræðinga tók í annað skiptið, með skipulögðum hætti, þátt í kröfugöngu 1. maí síðastliðinn. Mikilvægt er að sýna samstöðu meðal hjúkrunarfræðinga í yfirstandandi kjarabaráttu og að

þeir finni styrkinn í samstöðunni. Um hundrað hjúkrunarfræðingar mættu í gönguna. Gengið var frá Hlemmi að Ingólfstorgi en þar komu nálægt tíu þúsund Íslendingar saman til þess að krefjast kjarabóta.



BÓKARKYNNING

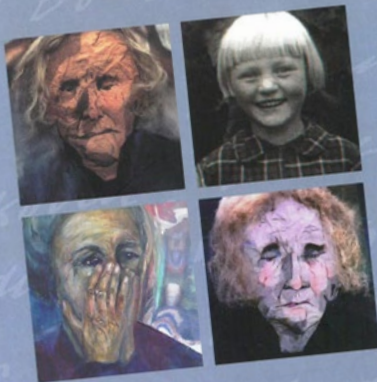
SJÁLFSVÍG MEÐAL ELDRA FÓLKS

Christer Magnusson

FYRIR UM áratug kom út í Danmörku bók sem verðskuldar athygli hjúkrunarfræðinga. Hún fjallar um sjálfsvíg eldra fólks. Bókin vekur upp mörg siðferðisleg og hjúkrunarfagleg umræðuefni sem beina þarf kastljósinu að.

Jorit Tellervo, ritstjóri bókarinnar, er hjúkrunarfræðingur og myndlistarkona. Í inngangi segir hún frá frú Nielsen sem hún hitti stuttu eftir að hún fór að vinna við heimahjúkrun. Frú Nielsen hafði verið lengi á sjúkrahúsi eftir sjálfsmorðstilraun. Jorit hafði áður aldrei látið sér detta í hug að eldra fólk myndu fremja sjálfsmorð en þetta sjúklingatilfelli fékk hana til að skoða málið.

Selvord blandt gamle mennesker
– myter, viden og forebyggelse



INGER ANNEBERG · ACNETE BIRKTOFT · UNNI BILLE BRAHE · ANNETTE ERLANGSEN
ELENE FLEISCHER · HANNE FRANDSEN · SISSE LANDERT · PETER KEMP
HENNING KIRK · LENE MALMSTRØM · KATE RUNGE · KAREN SCHOUSBOE
PETER STORM · JORIT TELLERVO · JAN HENRIK WINSLOV · LILIAN ZOLLNER

**SELMORD BLANDT GAMLE
MENNESKER – MYTER,
VIDEN OG FOREBYG-
GELSE.** Höfundur: Jorit

Tellervo (ritstj.). Útgefandi: Nyt Nordisk Forlag Arnold Busck, Kaupmannahöfn 2004. ISBN: 978-87-17-03715-8. Bókin er 237 bls.

Jorit Tellevo bendir á að í Danmörku eru hlutfallslega flest sjálfsvíg meðal eldra fólks. Danir eldri en 65 ára eru 14% af landsmönnum en um 25% þeirra fremja sjálfsvíg. Samt snýst umræðan aðallega um sjálfsvíg ungs fólks. Ekki er vitað hvort þetta á við um Ísland því tölfræði og aðrar upplýsingar um sjálfsvíg er ábótavant hér á landi. Við vitum talsvert meira um hverjir látast eða slasast í umferðinni en samt eru sjálfsvíg og sjálfsvígstilraunir talsvert fleiri en banaslys.

Kaflar í bókinni eru skrifaðir af hjúkrunarfræðingum, heimspekingi, sálfræðingum, lækni, þjóðfræðingi o.fl. Inn á milli fræðilegs efnis eru sjö viðtöl við aðstandendur og heilbrigðisstarfsmenn og ein samantektargrein með viðtali við fræðimann. Sama blaðakonan skrifar þessa kafla og er hún því afkastamesti höfundur bókarinnar sem samtals er í tuttugu köflum. Á nokkrum stöðum eru svo ljóð eftir geðhjúkrunarfræðing. Í bókinni eru margir áhugaverðir kaflar en hér verða einungis nokkrir nefndir sem dæmi.

Segja má að bókin sé tilraun til þess að láta þverfaglegt teymi takast á við þetta vandamál. Það er tilraun sem gengur upp þrátt fyrir að í þessari bók eru höfundar að ráðast á garðinn þar sem hann er hæstur. Sjálfsvíg meðal eldra fólks er bannhelgi í mörgum löndum – elli, veiklun, geðsjúkdómar, einmanaleiki, sjálfsvíg og dauði er eitthvað sem við tölum ekki gjarnan um. Úr þessu varð samt áhugaverð bók.

Margt bendir til þess að það hafi tíðkast einnig í gamla daga að eldra fólk félli fyrir eigin hendi.

Ætternisstapinn

Frá heimspekilegu og félagsfræðilegu sjónarhorni er sjálfsvíg mjög áhugavert fyrirbæri. Eins

og Jorit Tellevo segir er það kannski það einmanalegasta sem einhver getur gert en á sama tíma kemur það okkur öllum við og vekur sterk viðbrögð. Í bókinni er einmitt farið yfir þessi viðbrögð okkar frá mörgum sjónarhornum.

Talað er um ætternisstapa (að ganga fyrir ætternisstapa eða að farga sér) og hetjusjálfsvíg í viðtali við sálfræðinginn Jan-Erik Winslöv. Hann hefur rannsakað sjálfsvíg eldra fólks frá menningarsögulegu sjónarmiði og skrifar einnig eigin kafla í bókinni. Sagt er í Landnámu að á hallærisárinu 976 hafi menn á Íslandi hrint gamalmenni og



ómaga fyrir hamra. Það kemur ekki til greina að stunda slík morð nú til dags en við erum ekki eins ákveðin gagnvart sjálfsvígum. Líklega er ætternisstapi aðeins goðsöguleg hugmynd en margt bendir til þess að það hafi tíðkast einnig í gamla daga að eldra fólk félli fyrir eigin hendi. Kannski var það stundum orðið sátt við eigið líf en oftast framdi það hugsanlega þennan verknað til þess að láta yngra fólk njóta þess litla sem til var af takmörkuðum aðföngum. Menn gætu líka hafa litið á sjálfsvíg sem sæmdarlausn í eynd og vanlíðan sem fylgir ellinni. Egill Skallagrímsson reyndi til dæmis að farga sér með því að hætta að borða eftir að hann var orðinn fótafúinn, sjóndapur og nánast heyrnalaus en dóttir hans tók það ekki í mál.

Hetjan fórnar sér

Þjóðfræðingurinn Karen Schousboe tekur skýra afstöðu gegn hugmyndinni um að fólk hafi rétt til þess að ákveða sjálft sinn dauðdag. Það er reyndar líka afstaða samfélagsins, að minnsta kosti að nafninu til. Þessi skoðun stangast hins vegar á við frjálsræðissjónarmið um sjálfsákvörðunarrétt manna. Það er líka algengt að menn hafi samúð með eldra fólk sem segist vera þreytt á lífinu.

Karen Schousboe talar um sjálfsvíg sem fórn – og að öll fórnfýsi sé í raun eins konar lítið sjálfsmorð. Fyrir mig var þetta ný hugmynd sem ég þarf að íhuga betur. Hún svipar þó til hetjusjálfsvígsins sem sagt var frá í kaflanum á undan. Karen kallar það „hetjulegan misskilning“ þegar sá sem fremur sjálfsvíg heldur að heimurinn verði betri og að fólk verði fegið ef hann sé ekki lengur til. Hann fórnir sér þannig fyrir heildina. Hún mælir í staðinn með litlu fórninni – að við gerum statt og stöðugt eitthvað fyrir aðra. En þetta „stöðuga sjálfsmorð í þessu litla“ krefst einmitt að við erum áfram til staðar í heiminum. Að stinga af er sjálfhverf athöfn en að verða eftir og aðstoða aðra er félagsleg athöfn. En til að þetta heppnist vel þurfa aðrir að taka eftir fórninni og þakka fyrir sig.

Vegna þess að aðrir eru til í að „fórna sér“ með því að aðstoða okkur hin (annars væri samfélagið ekki til) höfum við einnig rétt til þess að „vera fyrir“. En höfum við rétt til þess að gefast upp? Markmið okkar með því að búa til samfélag hlýtur að vera, segir Karen Schousboe, að það sé betra að lifa en að vera dauður. Við sem samfélag höfum mistekist ef einhver ákveður að taka eigið líf.



Forvarnir og meðferð

Borgarlæknirinn Kate Runge skrifar af reynslu um sjálfsvíg sem samfélagsvandamál. Hún fer meðal annars yfir bannhelgi og þjóðsögur. Eins og kom fram í upphafi fremja 65 ára og eldri hlutfallslega fleiri sjálfsmorð en aðrir aldurshópar. Ein þjóðsaga er að þeir sem

fremja sjálfsmorð séu einstæðingar og þjáist af einsemd en samkvæmt danskri tölfræði er hins vegar um þriðjungur giftur.

Líklega eru einhver dauðsföll sem eru í raun sjálfsvíg en eru ekki skráð á þann hátt. Samt er

það samkvæmt Karen þjóðsaga að þetta sé stór hópur því dauðsföll eru flest gaumgæfilega rannsökuð. Eins er stundum rætt um „hægt sjálfsvíg“ þegar sjúklingar neita meðferð og sjúkdómurinn dregur þá til dauða. Heilsufarsvandamál virðist reyndar ekki vera algeng orsök sjálfsvígs.

Yngra fólk kallar oft á hjálp með sjálfsvígstilraunum – það notar aðferðir þar sem leið er til baka. Samkvæmt rannsóknum Karens notar eldra fólk oftár ákveðnari aðferðir þar sem ekki er hægt að skipta um skoðun á miðri leið og þeim tekst oftár ætlunarverk sitt.

Tveir geðhjúkrunarfræðingar skrifa um hjúkrun og forvarnir og lýsa þremur tilfellum þar sem sjúklingar eru í hjúkrunarmeðferð vegna hættu á sjálfsvígi eða eftir tilraun til þess. Hér má fá mörg hagnýt ráð um hvernig er best að koma fram við sjúklinginn á mismunandi tímum í ferlinu. Allir hjúkrunarfræðingar geta lent í því að sinna sjúklingi í sjálfsvígshugleiðingum eða eftir tilraun. Þeir þurfa því að vita eitthvað um sjálfsvígsferlið og um forvarnir. Kaflahöfundar tala af reynslu og innsæi og gera sér grein fyrir að mörgum finnst erfitt að tala við sjúklinginn um sjálfsvíg. Margir, sérstaklega eldri, sjúklingar vilja lítið tjá sig um erfiðleika sína þar sem þeim finnst það vera veikleikamerki.

Meðferðaraðilar eru líka mannlegir

Einn kafli fjallar sérstaklega um þá sem sinna eldri borgurum. Höfundurinn, sem er sálfræðingur, spyr sig hvort það sé sjálfsagt að gera ráð fyrir því að til séu fagmenn sem vinna með fólk í

Við sem samfélag höfum mistekist ef einhver ákveður að taka eigið líf.



sjálfsvígshættu. Slík vinna getur vakið upp sterkar tilfinningar sem getur verið erfiðara að höndla. Fá fagmenn í þessari stöðu nægan stuðning frá samfélaginu, yfirmönnum og samstarfsfólki? Hjúkrunarfræðingur í heimahjúkrun getur verið sá sem kemur fyrst að skjólstæðingi sem hefur framið sjálfsmorð. Áður en það gerist getur hann þurft að höndla sjálfsmorðshugsanir hjá skjólstæðingnum. Eru hjúkrunarfræðingar nógu vel þjálfaðir í að sinna því? Höfundurinn bendir á að þótt kastljósið þurfi fyrst og fremst að beinast að skjólstæðingnum og aðstandendum hans megi ekki gleyma að meðferðaraðilar eru líka fólk.

Fá fagmenn í þessari stöðu nægan stuðning frá samfélaginu, yfirmönnum og samstarfsfólki?

Enn er margt ógert hvað varðar forvarnir gegn sjálfsvígum. Þó að þær batni mun heilbrigðisstarfsmönnum ekki alltaf takast að koma í veg fyrir að eldra fólk fari þessa leið. Hér í upphafi var sagt frá frú Nielsen sem var kveikjan að bókinni. Tveimur árum seinna fann hjúkrunarfræðingur hana látna heima hjá sér. Hún hafði brotið upp lyfjaskápinn og tekið allar töflurnar sem þar voru.





LAGAHORNID

NÝ REGLUGERÐ UM STUNGUÓHÖPP



Í OKTÓBER sl. gaf velferðarráðuneytið út reglugerð sem lengi hefur verið beðið eftir. Hún byggist á tilskipun Evrópusambandsins nr. 32/2010 um forvarnir gegn áverkum af völdum beitra og oddhassra áhalda. Hefur meðal annarra Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga lengi barist fyrir því að hún verði lögleidd hér á Íslandi.

Nauðsynlegt er fyrir alla hjúkrunarfræðinga að kynna sér reglugerðina og stuðla að því að vinnuveitendur þeirra fylgi ákvæði hennar. Í 2. kafla er farið yfir skyldur atvinnurekenda, til dæmis hvað varðar að gera hættumat og áætlun um heilsuvernd, sinna forvörnum og bjóða upp á bólusetningar. Þá skal atvinnurekandi halda skrá yfir sjúkdóma og slys sem rekja má til notkunar beitra og oddhassra áhalda. Hann þarf líka að upplýsa starfsmenn sína um þessa reglugerð og um reglur vinnustaðarins um oddhvöss áhöld. Hann skal líka tryggja að starfsmenn fái viðeigandi þjálfun um hættu við notkun slíkra áhalda, hvað viðkemur forvörnum, verklagsreglum og viðbragðsáætlunum ef stunguóhapp á sér stað.

Ef starfsmaður telur að vinnustaðurinn uppfylli ekki ákvæði í reglugerðinni er hægt að hafa samband við Vinnueftirlit ríkisins. Einnig skal atvinnurekandi tilkynna öll óhöpp til Vinnueftirlitsins.





YFIRLIT UM RÉTTINDI ÞÍN Á EINUM STAÐ

Á sjóðfélagavef LSR færð þú m.a. upplýsingar um réttindi þín, greidd iðgjöld og séreignarsparnað ásamt því að hafa aðgang að Lífeyrisgáttinni.

Lífeyrisgáttin er ný leið fyrir sjóðfélaga til að fá á einum stað upplýsingar um áunnin lífeyrisréttindi sín í samtryggingarsjóðum. Með Lífeyrisgáttinni opnast greið leið að þessum upplýsingum.



Upplýsingar um lífeyrisréttindi
á einum stað.



LSR

Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins


Engjateigi 11
105 Reykjavík
Sími: 510 6100
lsr@lsr.is

www.lsr.is

Tímarit

HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING / 3.TBL. 2015 91. ÁRGANGUR



**NÆSTA TÖLUBLAÐ TÍMARITS
HJÚKRUNARFRÆÐINGA KEMUR
ÚT 15. OKTÓBER.**

MEÐAL INNIHALDS:

STEFNAN UM FARSÆLA ÖLDRUN
NOTKUN LEAN Á LANDSPÍTALA
25 ÁRA AFMÆLI ÚTSKRIFTAR ÚR HI
AÐ VERA SÉRFRÆÐINGUR Í HJÚKRUN
KJARABARÁTTAN

**HÉR MÁ FINNA ÖLL ÚTKOMIN TÖLUBLÖÐ TÍMARITS
HJÚKRUNARFRÆÐINGA 2003-2015.**