

LAIR
(AST, MSD)

ENDURHÆFING LUNGNASJÚKLINGA - FLÓKIN OG MARGÞÆTT

Elfa Dröfn Ingólfisdóttir, Eva Steingrímsdóttir, 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 gagn-reyndri 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 læknisfræðileg, 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 hjúkrunkona, Valgerður Helgadóttir. Hún var ráðin, ásamt lækni, tveimur árum áður en stofnunin tók til starfa. Var hún fyrsta hjúkrunkonan 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 hjúkrunarmedferðin 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, læknir, 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 sérfræðipækkingu, bera ábyrgð og kappkosta að skila tilætluðum árangri. Þeir eru sífellt að upplifa sigra með sjúklingum.

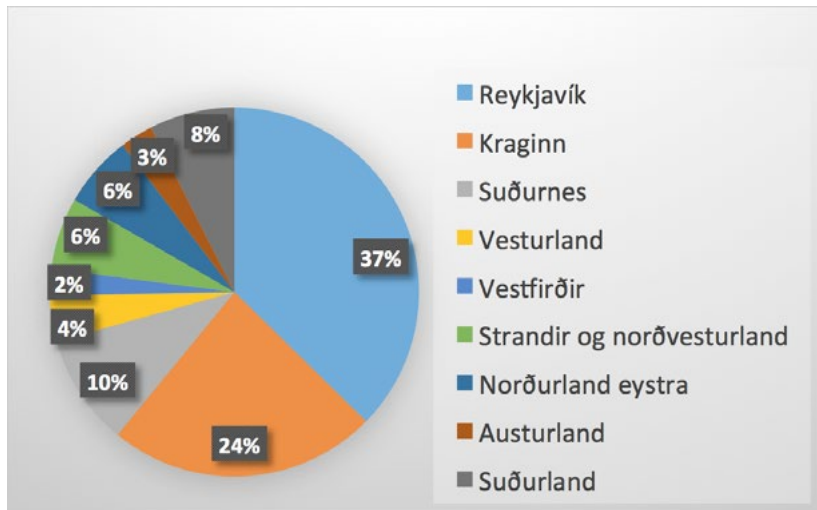
Lungnaendurhæfing

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 sjúklinga árið 2014 miðað við búsetu.



MYND 1. Hlutfall sjúklinga eftir búsetu árið 2014.

Hlutverk hjúkrunarfræðinga í lungnaendurhæfingu

Hjúkrunarfræðingar skipuleggja innlagnarferli sjúklinga 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: Hóstahvatning, lungnabank, úðavél.

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

Undirbúningur svefnrannsóknar: Einstaklingsfræðsla, tenging eða aftenging búnaðar.

Meðferðarhópur, hópfræðsla og einstaklingsfræðsla: Næringarfræðsla og mat á næringarástandi (vigt, mittismál og líkamsþyngdarstuðull): 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: Verkleig færni kennd.

Öndunartækni: Mótstöðuöndun, djúþöndun, tónlistarmedferð með munnhörpu.

Súrefnisfræðsla: Stuðningur, verkleig 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. Hjúkrunarmedferð 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 kvíði | |

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

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 puls og súrefnismettun. Hvíldargildi súrefnismettunar og hvíldarpuls 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 meðferðaradílum 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/m^2 eða ef fitulaus þyngdarstuðull (Fat Free Mass Index, FFMI) er undir 16 kg/m^2 hjá körlum og undir 15 kg/m^2 hjá konum. Lungnasjúklingar með BMI yfir 30 kg/m^2 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 mótstöðuafli 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 mótstöðuafli 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 reyklausu umhverfi sem víðast og meðferðarúrræði eflað. 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 reyklausir 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 reyklaussir 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 áhugahvetjandi 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 munns- 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 heilsufarsleg- um 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 sjúk- lingurinn náð betri lungnastarfsemi, minni mæði og hósta, minni slímmyndun í öndunarferum og bættri almenndri 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 meistaragráðu 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](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 meistararitgerð. Sótt á [http://hdl.
handle.net/1946/4625](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.

