

Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING / 1. TBL. 2016 92. ÁRGANGUR

STYTTING VINNUVIKUNNAR
ER RAUNHÆFUR KOSTUR -
MÖGULEG LAUSN Á SKORTI Á
HJÚKRUNARFRÆÐINGUM?

ÁHRIF SUNDRUNGAR
OG SAMEININGAR Í
HEILBRIGÐISKERFINU -
VIÐTAL VIÐ SIGURBJÖRGU
SIGURGEIRSDÓTTUR

HJÚKRUNARFRÆÐINGAR Í NOREGI
- MEIRA FJÁRHAGSLEGT ÖRYGGI
OG LÍFSGÆÐI Í NOREGI



FAGID



- **ÁTTA STUNDA VINNUDAGUR HJÚKRUNARKVENNA**
Sigríður Eiríksdóttir
- **SÝKINGAR OG SMITLEIÐIR**
Ásdís Elfarsdóttir Jelle
- **KYNNING Á KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM UM ÓRÁÐ**
Steinunn Arna, Elfa Pölli, Hlíf og Sólborg Þóra
- **UMRÆÐA UM DAUÐANN Í AÐDRAGANDA ANDLÁTS**
Bragi Skúlason og Ásgeir R. Helgason
- **FRÆÐIGREIN TÖLUBLAÐSINS**
- **STOÐKERFISVERKIR HJÁ HJÚKRUNAR-DEILDARSTJÓRUM OG TENGLI VIÐ STREITU**
Þórey Agnarsdóttir, Hafdís Skúladóttir, Hjördís Sigursteinsdóttir og Sigríður Halldórsdóttir

FÓLKID



- **ÁHRIF SUNDRUNGAR OG SAMEININGAR Í HEILBRIGÐISKERFINU**
Viðtal við Sigurbjörgu Sigurgeirsdóttur
- **FJÖLBREYTTUR FRAMI Í HJÚKRUN**
Hjúkrunarfræðingar í 25 ár – seinni hluti
- **PANKASTRIK – ER HÆGT AÐ EFLA FAGLEGAN METNAÐ?**
Ardis Henriksdóttir
- **HJÚKRUNARFRÆÐINGAR Í NOREGI**
Færri komast að en vilja
- **MEIRA FJÁRHAGSLEGT ÖRYGGI OG LÍFSGÆÐI Í NOREGI**
Viðtal við Eddu Marý Óttarsdóttur

FÉLAGID



- **FORMANNSPISTILL**
Ólafur G. Skúlason
- **RITSTJÓRASPJALL**
Helga Ólafs
- **SIDAREGLUR FÉLAGS ÍSLENSKRA HJÚKRUNARFRÆÐINGA**
Endurskoðun siðareglna
- **STYTTING VINNUVIKUNNAR ER RAUNHÆFUR KOSTUR**
Möguleg lausn á skorti á hjúkrunarfræðingum?

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík

Sími 540 6405

Bréfsími 540 6401

Netfang helga@hjukrun.is

Vefsíða www.hjukrun.is

Útgefandi: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga

Sími skrifstofu 540 6400

Ritstjóri og ábyrgðarmaður Helga Ólafs **Ritnefnd** Ásta Thoroddsen, Aðalbjörg Stefánía Helgadóttir, Áslaug Birna Ólafsdóttir, Dórothea Bergs, Oddný S. Gunnarsdóttir, Þorgerður Ragnarsdóttir, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir **Fréttaefni** Helga Ólafs **Ljósmyndir** Helga Ólafs o.fl. **Yfirlestur** Ragnar Hauksson **Próförk** Helga Ólafs **Prófarkalestur fræðigreina** Ragnar Hauksson **Auglýsingar** Guðrún Andrea Guðmundsdóttir, sími 540 6412 **Hönnun** Birgir Þór Harðarson/Kjarninn

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



GISTING VIÐ FLUGVÖLLINN

- LJÚFFENGUR MORGUNVERÐUR
- GEYMSLA Á BÍL
- AKSTUR Á VÖLLINN

-ALLT INNIFALIÐ!

STAY@KEF.IS • WWW.KEF.IS • 420 7000

FORMANNSPISTILL

ÖFLUGT HEILBRIGÐIS- KERFI – OKKAR KRAFA – OKKAR MÁL!

Ólafur G. Skúlason

VIÐ ÍSLENDINGAR höfum sofnað á verðinum. Við erum öll sammála um að hér á landi skuli rekið öflugt og öruggt heilbrigðiskerfi en við höfum kosið að halda þeirri kröfu ekki á lofti þegar kemur að því að veita stjórnvöldum aðhald. Afleiðing þess er sú að heilbrigðiskerfið hefur munað sinn fífil fegurri og eru sífellt að koma fleiri og fleiri teikn um að kerfið er ekki í takt við það sem þjóðin vill.

Síðastliðnar vikur hefur staðið yfir undirskriftarsöfnun á www.endurreisn.is fyrir tilstuðlan Kára Stefánssonar lækni. Þegar þetta er ritað hafa um 80.000 manns skrifað undir áskorunina á hendur stjórnvalda. Það er mér ráðgáta hvers vegna undirskriftirnar eru ekki orðnar mun fleiri. Ef til vill hafa viðbrögð

stjórnvalda og annarra áhrif á fjöldann og vafalaust hefur orðaskak Kára og forsætisráðherra sín áhrif. Það er lenska hér á landi að hjóla í manninn en ekki boltann. Þegar það gerist langar mig oft að loka augunum fyrir því sem er verið að ræða um. Málefnið verður að vera kjarninn í allri umræðu en ekki þær persónur sem að málunum koma. Ég loka eyrunum um leið og skítkastið byrjar og veit að margir aðrir gera það líka.

Skoðum aðeins það sem hér um ræðir. Þessi undirskriftasöfnun



fjallar um það að stjórnvöld láti meira fé af hendi rakna til heilbrigðiskerfisins eftir áralangan niðurskurð og þverrandi þjónustu. Til að halda öllu til haga verður að viðurkennast að núverandi stjórnvöld hafa bætt fjármagni til heilbrigðiskerfisins en betur má ef duga skal. Söfnunin fjallar ekki um einstaka persónur sem eru leikmenn í þessari atburðarrás. Söfnunin snýst um þá sem þurfa þjónustu heilbrigðiskerfisins með. Þetta snýst um mig, þig og alla sem okkur þykir vænt

„Söfnunin fjallar ekki um einstaka persónur sem eru leikmenn í þessari atburðarrás. Söfnunin snýst um þá sem þurfa þjónustu heilbrigðiskerfisins með. Þetta snýst um mig, þig og alla sem okkur þykir vænt um, þetta snýst um alla sem hér á landi búa.“

um, þetta snýst um alla sem hér á landi búa. Öll munum við þurfa að leita á náðir heilbrigðiskerfisins á lífsleiðinni. Í einhverjum tilfellum er það vegna heilsuefingar og eftirlits, stundum vegna eðlilegra og gleðilegra hluta, s.s. fæðinga, og stundum vegna veikinda og slysa.

Þegar við þurfum að leita til heilbrigðiskerfisins ætlumst við til að það sé í lagi á þeim tíma. Við ætlumst til að við fáum þá þjónustu sem við þurfum, veitta af heilbrigðisstarfsfólki sem hefur mikla og góða þekkingu og er upplagt til að sinna starfi sínu. Við ætlumst til

að tækin virki, húsnæðið haldi vatni og vindum og stuðli að því að við náum bata. Við viljum ekki að eldri borgarar, sem þurfa hjúkrun, dagi uppi á sjúkrahúsum, að flytja þurfi starfsemi til vegna heilsuspillandi húsnæðis eða að sjúklingar þurfi að borga dýrum dómum fyrir þá þjónustu sem þeir þarfnast. Við viljum að hjúkrun eldri borgara verði sett í forgang á hjúkrunarheimilum og að hjúkrunarheimilin fái greitt fyrir þá þjónustu sem þau eiga að veita. Geðfatlaðir ættu að hafa úrræði í boði sem hæfir þeirra endurbata og heimahjúkrun á að vera í stakk búin til að taka á móti þeim sjúklingum sem vilja vera heima við eins lengi og kostur er.

Við erum öll sammála um hvernig kerfið á að vera. Skiptir þá engu máli hvort maður er ráðherra, hjúkrunarfræðingur, tölvunarfræðingur eða ber einhvern annan titil í daglega lífinu. Við erum öll manneskjur og þegar við þurfum á heilbrigðiskerfinu að halda þá erum við öll

eins. Við verðum öll jafn varnarlaus og upp á þekkingu heilbrigðisstarfsmanna komin. Við treystum öll að heilbrigðisþjónustan sé eins góð og kostur er. Þess vegna skulum við hvetja alla sem við þekkjum til að skrifa undir á www.endurreisn.is. Það er fyrsta skrefið til að endurreisa heilbrigðiskerfið á þann hátt að við getum verið stolt af því, bæði sem veitendur og þiggiendur þjónustunnar.

Við hjúkrunarfræðingur höfum skyldu til þess að láta okkur málið varða og láta í okkur heyra, hvert og eitt og sem heild.



RITSTJÓRASPJALL

HVERT SVEIGIST SVEIGJANLEIKINN?

AÐ UNDAFÖRNU hafa nokkrar umræður spunnist um styttri vinnuviku til að fólk geti varið meiri tíma með fjölskyldu sinni með fjölskylduvænt samfélag að leiðarljósi. Jarðvegurinn fyrir breytingar er til staðar, en þrátt fyrir að fjöldi vinnustunda hafi dregist saman á undanförunum árum er meðalvinnuvika hér á landi enn um 40 stundir. Í samanburði við önnur lönd OECD er jafnvægi ekki mikið á milli vinnu og frítíma. Jafnframt er framlegðin undir meðaltali í samanburðinum. Á hinn bóginn bendir margt til að styttri vinnudagur leiði til meiri framleiðni og meiri lífsgæða.



Tæp tíu ár eru síðan starfsmönnum ríkisins var tryggður réttur til sveigjanlegs vinnutíma með það að markmiði að samræma fjölskylduábyrgð og þátttöku í atvinnulífi. Hugsunin var sú að starfsfólk gæti hliðrað

sínum vinnutíma innan dagsins eða jafnvel á milli daga. Thamar Melanie Heijstra, lektor í félagsfræði við Háskóla Íslands, hefur rannsakað samspil atvinnu og fjölskyldulífs með tilkomu sveigjanlegs vinnutíma á meðal akademískra starfsmanna. Þrátt fyrir að sveigjanlegur vinnutími sé jákvætt hugtak, líkt og styttri vinnuvika, þá hafa rannsóknir leitt það í ljós að sveigjanlegur dagvinnutími hefur í för með sér lengri vinnudaga. „Í raun flettir rannsóknin ofan af misskiptingunni milli kynjanna í samfélaginu. Á sama tíma og kynin segja að það ríki jafnrétti fellur ábyrgð heimilis og barna meira á konur á meðan mennirnir vinna fleiri stundir í vinnunni. Konur hafa ekki eins mikið val yfir hvernig þær verja sínum tíma,“ segir Thamar. „Það er mikil pressa á að konur eigi að nýta tímann sinn vel og þær eru stöðugt að bæta við sig menntun, ásamt því að vera fullkomnir starfskraftar og reka fyrirmyndar heimili. Þannig er



ekkert óalgengt að þær séu í fullri vinnu og námi, stundi líkamsrækt og eldi hollan mat auk þess að eiga nokkur börn,“ að sögn Thamar.

Út frá þessari niðurstöðu veltir maður því fyrir sér hvert sveigjanleikinn sveigir! Kunnnum við ekki lengur að eiga tíma fyrir sjálf okkur, tíma til að gera ekki neitt og leyfa bara huganum að reika? Kunnnum við ekki lengur að slaka á? Vinsældir núvitundarnámskeiða endurspeglar vafalaust það að við þurfum að læra að vera hér og nú, læra að njóta. Í viðtali við Eddu Marý Óttarsdóttur skurðhjúkrunarfræðing í þessu tölublaði,

Það eru vafalaust fáir sem syrgja það á dánarbeðinu að hafa ekki unnið meira. Líklegra er eftirsjáin fremur eftir því að hafa ekki varið meiri tíma með fjölskyldu og vinum, og notið þess að hafa jafnvægi á milli heimilislífs og vinnu og eiga tíma fyrir sjálfan sig.

sem hefur verið búsett í Noregi undanfarin fimm ár, segir hún helsta muninn á því að búa í Noregi vera lífsgæðin. Þar í landi er vinnuvikan styttri og þörfin fyrir skert starfshlutfall er þar af leiðandi ekki eins mikil og hér. Edda Marý bendir einnig á að styttri vinnuvika hjá svokölluðum kvennastéttum er líka ákveðið skref í átt að kynjajafnrétti, því töluvert algengara er að konur eru í skertu starfshlutfalli. Þannig er meirihluti hjúkrunarfræðinga – með konur í meirihluta – í

skertu starfshlutfalli hér á landi. Það að vera í skertu vinnuhlutfalli hefur óhjákvæmilega áhrif á orlofsgreiðslur ýmiss konar, og þegar starfsævi lýkur verður ellilífeyririnn skertur, líkt og Edda Marý bendir jafnframt á.

Það eru vafalaust fáir sem syrgja það á dánarbeðinu að hafa ekki unnið meira. Líklegra er eftirsjáin fremur eftir því að hafa ekki varið meiri tíma með fjölskyldu og vinum, og notið þess að hafa jafnvægi á milli heimilislífs og vinnu og eiga tíma fyrir sjálfan sig.





ÍSLENSKA HEILBRIGÐISKERFIÐ

ÁHRIF SUNDRUNGAR OG SAMEININGAR Á ÞRÓUN HEILBRIGÐISKERFISINS



HJÚKRUNARFRÆÐINGAR FÁ mjög góða háskólamenntun hér á landi og það er synd að við náum ekki að halda besta fólkinu okkar hér. Það er margt sem bendir til þess að við séum að framleiða hjúkrunarfræðinga fyrir nágrannalöndin, segir Dr. Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, dósent í opinberri stjórnsýslu við Háskóla Íslands, um stöðu hjúkrunar í dag. „Með sameiningu spítalanna erum við búin að veikja vinnu- markaðinn fyrir vel menntað heilbrigðisstarfsfólk. Það er ekkert hægt að loka augunum fyrir því.“

Sameining spítalanna var ein erfiðasta ákvörðun sem Ingibjörg Pálmadóttir, þáverandi heilbrigðisráðherra, tók í lok ársins 1998, en það var sú ákvörðun sem var kveikjan að því að Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir ákvað að rannsaka ferli stefnumótandi ákvörðunar um sameiningu spítalanna í doktorsnámi sínu við London School of Economics. Ferli þetta tók í raun fjöldamörg ár og fór að hluta til leynt á meðan átökin um gagnagrunnsfrumvarpið stóð sem hæst. Það var svo á blaðamannafundi 18. desember 1998, sem boðaður var með litlum

fyrirvara, að tilkynnt var um sameiningu sjúkrahúsanna. „Þá var allt um garð gengið og ekki aftur snúið. Þetta er þekkt aðferð við stefnumótun, að taka ákvörðun sem verður ekki aftur tekin,“ segir Sigurbjörg og bætir við að hlutunum hafi verið þannig fyrir komið að sýnt var að ákvörðunin væri endanleg.

Það hvernig og hvers vegna hægt var að taka þessa erfiðu ákvörðun á tíunda áratugnum en ekki þeim níunda, þegar það var fyrst reynt, var sú spurning sem rannsókn Sigurbjargar varpar ljósi á. Ein af meginniðurstöðum rannsóknarinnar var m.a. sú að skýringarnar má finna í

þróun á stöðu stærstu og áhrifamestu fagstéttanna innan heilbrigðiskerfisins og þátt þessara stétta í opinberri stefnumótun, þ.e. lækna og hjúkrunarfræðinga. Þróun þessara stétta var í þveröfuga átt á því tímabili sem rannsóknin náði yfir. Á meðan lækna sem hagsmunahópur urðu sundurleitari hafði aukin samstaða meðal hjúkrunarfræðinga og öflug forysta styrkt stéttina til áhrifa í opinberri stefnumótun.

Á meðan lækna sem hagsmunahópur urðu sundurleitari hafði aukin samstaða meðal hjúkrunarfræðinga og öflug forysta styrkt stéttina til áhrifa í opinberri stefnumótun.



Eldskírn hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsunum

Á níunda áratugnum höfðu breytingar á greiðslukerfi sjúkrahúsanna, þ.e. þegar sjúkrahúsin fluttust af daggjöldum yfir á föst fjárlög, veruleg áhrif á innra starf sjúkrahúsanna. Við tók tímabil sem einkenndist af lokunum deilda þar sem deila þurfti fjármagninu niður á rekstur einstakra deilda til að ná endum saman í rekstri sjúkrahúsanna. Þetta var mikill stjórnunarlegur vandi í daglegum rekstri sjúkradeildanna. Hér stóðu tiltölulega nýútskrifaðir hjúkrunarfræðingar vaktina við áður óþekktar aðstæður þar sem fjármagn var

ár eftir ár flutt á milli deilda með öllu því raski sem þetta hafði á skipulag við mönnun vakta og þjónustu við sjúklinga. Það voru hjúkrunarfræðingarnir sem voru á spítölunum að skipuleggja og stýra rekstri deildanna. Sigurbjörg lýsir reynslu hjúkrunarfræðinganna á þessum áratug sem ákveðinni eldskírn í stjórnun og rekstri.

Þegar kom fram á tíunda áratuginn var kominn fram nýr og öflugur hópur sem í vaxandi mæli lét að sér kveða í opinberri umræðu um heilbrigðismál. Sameining hjúkrunarfélaganna árið 1994 gerði þennan öfluga hóp hjúkrunarfræðinga með mikla reynslu í stjórnun og rekstri enn sýnilegri en áður.

„Þær voru búnar að ganga í gegnum

þvílíka eldskírn og voru í raun og veru með rekstur sjúkrahúsanna á sínum herðum á meðan lækarnir höfðu orðið að bregðast við lokunum deilda með því að fara og vinna meira á stofum úti í bæ,“ segir Sigurbjörg. Með því er ekki sagt að það hafi ekki verið þungur róður fyrir lækna sem eftir voru á spítölunum, en hinn daglegi rekstur, skipulag þjónustunnar og mönnun deilda var fyrst og fremst á herðum hjúkrunarfræðinga. „Þessi þróun hjúkrunarfræðinganna sem stéttar er skólabókardæmi um áhrif samstöðu í opinberri stefnumótun.“ Hjúkrunarfræðingar voru á tíunda áratugnum orðin geysilega öflug stétt sem talaði einni röddu út á við. Á sama tíma og

Á sama tíma og hjúkrunarfræðistéttin efl-dist urðu hagsmunir lækna ólíkari og ólíkari og ekki lengur hægt að tala um einn hóp lækna. Spítalinn var vígi hjúkrunarfræðinga. Þær voru ekki með sambærilegar útgönguleiðir og lækarnir.



hjúkrunarfræðistéttin eflist urðu hagsmunir lækna ólíkari og ólíkari og ekki lengur hægt að tala um einn hóp lækna. Spítalinn var vígi hjúkrunarfræðinga. Þær voru ekki með sambærilegar útgönguleiðir og lækarnir.



Markmið stjórnvalda var sparnaður og hagræðing

Sigurbjörg segir tíunda áratuginn hafa einkennt af samstöðu á meðal hjúkrunarfræðinga en sundrunu meðal lækna. Áratugurinn einkenndist af miklum þunga á sparnað og hagræðingu innan spítalakerfisins í Reykjavík. Í aðdraganda og í kjölfar sameiningar Landakots og Borgarspítala varð til hópur óánægðra sérgreinalækna innan spítalanna sem höfðu unnið við afkastatengt launakerfi á Landakoti sem með sameiningunni færðust yfir í fastlaunakerfi. Vaxandi hópur sérgreinalækna, sem störfuðu á afkastatengdum kjörum þar sem greitt var samkvæmt reikningi fyrir hvert unnið verk úti í bæ, átti í hagsmunalegu tilliti sífellt minna sameiginlegt með sjúkrahúslæknum sem höfðu helgað sig starfi innan spítalanna.

Tilvísunarreglugerðinni, sem ætlað var að koma á aftur, var slegið á frest þegar stjórnarskipti urðu 1995. Sú reglugerð er enn í frestun. Heilsugæslulæknar, sem unnið höfðu ötullega að hugmyndafræðinni um heilsugæsluna sem fyrsta viðkomustað sjúklinga innan heilbrigðiskerfisins og virkar þannig sem þjónustustýring innan kerfisins, upplifðu sig svikna. Eftir tilvísunardeiluna svokölluðu og samhliða sameiningarferli sjúkrahúsanna opnuðu sérgreinalæknar í auknum mæli eigin stofur og starfsemi þeirra utan sjúkrahúsa jókst hröðum skrefum. Hugmyndin um háskólasjúkrahús kom síðast inn í sameiningarferlið. Þeir sem töluðu fyrir þeirri hugmynd voru sjúkrahúslæknarnir sem voru búnir að helga sig störfum innan sjúkrahúsanna og höfðu lagt áherslu á að þróa hágæðalæknisþjónustu

með þróun læknavísinda á Íslandi í samstarfi við Háskóla Íslands. Með öðrum orðum, læknastéttin var ekki lengur tiltölulega einsleitur hópur með sameiginlega hagsmuni heldur mátti í stórum dráttum greina hér þrjá hópa sem höfðu mismunandi hagsmuna að gæta, þ.e. heilsugæslulækna, sérgreinalækna sem störfuðu á stofum sínum út í bæ, og svo sjúkrahúslæknana sem helgað höfðu sig læknavísindunum innan sjúkrahúsanna.

Lögmál háskólasjúkrahúss er að sameina sérgreinar læknisfræðinnar og fá með því lágmarksfjölda sjúkdóms- og slysatilfella á einn stað til að skapa skilyrði fyrir læknanema sem þurfa að sjá tiltekinn fjölda tilfella til að byggja upp

þekkingu og þjálfun, og sérfræðilækna til að viðhalda hæfni sinni. Þetta er algjör forsenda þess að tryggja öryggi og gæði lækninga. Hér má segja að sjúkrahúslæknarnir og stjórnvöld á þessum tíma hafi sameinast um sameiningu sjúkrahúsanna til að ná ákveðnum markmiðum. Aftur á móti voru markmið sjúkrahúslæknanna og stjórnvalda ólík.

Að sögn Sigurbjargar var aðalmarkmið stjórnvalda hagræðing og sparnaður. Leiðin að því marki var að sameina sjúkrahúsin. Þannig

Hér má segja að sjúkrahúslæknarnir og stjórnvöld á þessum tíma hafi sameinast um sameiningu sjúkrahúsanna til að ná ákveðnum markmiðum. Aftur á móti voru markmið sjúkrahúslæknanna og stjórnvalda ólík.



mátti stýra fjármagninu betur inn á þennan eina spítala sem átti að vera eins lítill og hægt væri að komast af með og þar með auðveldara að halda honum „under control“ og sjá í hvað peningarnir væru að fara. Menn sáu fyrir sér að allri þeirri þjónustu, sem hægt væri að koma fyrir út í bæ, „á markaði“, yrði komið út úr sjúkrahúsinu og þannig væri líka hægt að leyfa sjúklingum að velja hvert þeir leituðu eftir þjónustu. Þetta markmið stjórnsvalda átti litla samleið með markmiðum og hugmyndum sjúkrahúslæknanna um háskólasjúkrahúsið sem þurfti hið gagnstæða, þ.e. sem flesta sjúklinga og aukið fjármagn

til að byggja upp þá tækni sem þarf til að viðhalda gæðum og öryggi þjónustunnar og þróa læknavísindin með vísindalegum rannsóknum.

Þegar komið er fram á tíunda áratuginn og þrýstingurinn á seinni sameininguna var farinn að aukast þá fara að renna tvær grímur á hjúkrunarfræðingana. Samkeppnin um nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga

Samkeppnin um nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga og unglækna yrði að engu við sameiningu spítalanna.

og unglækna yrði að engu við sameiningu spítalanna. Árið 1998 leggja hjúkrunarfræðingar fram hugmyndina um par-sjúkrahús þar sem áfram yrðu rekin tvö sjúkrahús en með einni yfirstjórn og þannig væri hægt að sameina sérgreinar. Sigurbjörg telur að í sameiningarumræðunni og þeim mikla þunga sem fylgdi þessum áformum stjórnsvalda þá hafi mörgum yfirsést það mikilvæga atriði að spítalarnir í Reykjavík voru að keppa um nýútskrifað fólk sem var ekki búíð að velja sér sérgrein eða starfsvettvang. Í heilbrigðisþjónustu er það þessi tegund af samkeppni sem virkar betur til að ná árangri í gæðum og rekstri en samkeppni um sjúklinga. Samkeppni um sjúklinga virkar mjög takmarkað vegna mikils upplýsingavanda.

Sundrung og brostin loforð

Með greiningu sinni á áhrifum sundrungar og sameiningar meðal lykilhópa innan heilbrigðiskerfisins í Reykjavík leiðir Sigurbjörg líkur að því að stjórnsvöldum hefði ekki tekist ætlunarverk sitt hefðu læknar og hjúkrunarfræðingar verið sameinaðir í afstöðu sinni og náð að mynda sér sameiginlega skilning á hugmyndinni um par-sjúkrahúsið

og útfært sameiningu sérgreina innan þeirrar hugmyndar. Sömuleiðis hefði það breytt miklu um þróun læknaþjónustunnar í Reykjavík ef menn hefðu borið gæfu til að byggja upp öfluga göngudeildarþjónustu við sjúkrahúsin og þar með dregið úr „útrás“ sérgreinalækna. Þannig hefði mátt fjárfesta í og tryggja betri nýtingu á nýjustu og dýrustu tækni og ná um leið markmiðunum um háskólasjúkrahúsið.

Við sameiningu spítalanna er tilkynnt um nýjan forstjóra Landspítalans. Fyrirverandi ráðuneytisstjóri fjármálaráðuneytisins, sem var í nefnd sem gengið hafði hvað harðast fram í hagræðingar- aðgerðum stjórnvalda, tók við sem forstjóri hins sameinaða sjúkrahúss. Fyrirverandi forstjóri Landspítalans var gerður að ráðuneytisstjóra í heilbrigðisráðuneytinu. Þarna var kominn geysilega öflugur stjórnandi inn á Landspítalann og upphófst nú undirbún-

ingur að uppbyggingu háskólasjúkrahússins og Landspítalinn fær heitið Landspítalinn-hátækni-háskólasjúkrahús. Sjúkrahúslæknar eygðu nú loksins vonir um að háskólasjúkrahúsið yrði að veruleika. „En stjórnmalámennt koma og fara. Þeir héldu áfram að gera kröfu um hagræðingu í rekstri spítalans á meðan menn höfðu innan sjúkrahússins talið að nú væri að hefjast uppbygging háskóla-

„En stjórnmalámennt koma og fara. Þeir héldu áfram að gera kröfu um hagræðingu í rekstri spítalans á meðan menn höfðu innan sjúkrahússins talið að nú væri að hefjast uppbygging háskólasjúkrahúss. Það kostar peninga. Nú eru 16 ár liðin. Hvar er háskólasjúkrahúsið? Hvar er nýja byggingin?“

sjúkrahúss. Það kostar peninga. Nú eru 16 ár liðin. Hvar er háskólasjúkrahúsið? Hvar er nýja byggingin?“

Að sögn Sigurbjargar virkaði loforðið um háskólasjúkrahús sem tálbeita. Síðasta vígið var unnið með því að vinna samþykki sjúkrahúslæknanna. Ein af meginröksemdum stjórnvalda og sameiningarsinna var það sem stagast var á nánast öllum stundum, að sameiningin ætti að draga úr tvöföldun á tækjum og búnaði. Það sem hins vegar gerðist frammi fyrir augum fólks var að það sem átti að



sparast í tækjabúnaði margfaldaðist vegna þess að læknarnir, sem hófu eigin rekstur, fjárfestu í þessum tækjum sjálfir. Þannig streymdi opinbert fjármagn um hendur lækna í einkarekstri til að kaupa tæki og búnað sem sameining sjúkrahúsanna átti að spara. „Hvernig í ósköpunum gátu menn talið fólki og fjölmiðlum trú um það að hægt væri að reka einn spítala með eitt sett af hátæknibúnaði í Reykjavík? Hvernig var hægt að láta sér detta það í hug? En það tókst. Þeim tókst að láta fólk trúa því að það væri hægt að vera með eitt tækjasett. Flutningur sjúklinga milli Fossvogs og Hringbrautar vegna bilunar í tölvusneiðmyndataeki nýverið sýnir okkur hversu raunhæf sú hug-

„Samkeppnin um nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga og unglækna yrði að engu við sameiningu spítalanna.“

mynd er.“ Sameining spítalanna fór öll fram í þessari blekkingu um að það væri hægt að spara í tækjabúnaði, en þetta var orðræða stjórnámálanna. Í hjarta sínu vissu flestir læknar að þetta væri ekki hægt segir Sigurbjörg. „Við erum með lækna sem hafa fengið menntun sína erlendis og vita nákvæmlega hvernig háskólasjúkrahús eru erlendis og hvað þarf til. Það er ekki hægt að reka eina háskólasjúkrahúsið með eitt segulómstæki

og eitt tölvusneiðmyndataeki, sem eru bókuð langt fram í tímann, og taka áhættuna að tækin bili. Það hefði aldrei gengið.“

Frelsi sjúklinga grefur undan öflugri heilsugæslu og hugmyndinni um háskólasjúkrahús

Hugmyndafræðin um að sjúklingar fái að velja hvert þeir leita eftir þjónustu innan kerfisins samræmist hvorki hugmyndinni um fyrsta viðkomustaðinn í heilbrigðiskerfinu og öflugri heilsugæslu né hugmyndinni um háskólasjúkrahús þar sem þróun lækninga þarf að vera á einum stað til að efla sérgreinarnar og tryggja gæði þjónustunnar að mati Sigurbjargar. Þannig grefur sú hugmynd um frelsi sjúklinga til að velja hvert þeir kjósa að fara undan báðum þessum markmiðum. Sá vandi, sem íslenskt heilbrigðiskerfi stendur frammi fyrir, er margþættur: Sérgreinalæknar ákveða í raun eftirspurnina eftir sjálfum sér, heilsugæslukerfið hefur ekki náð að þróast til að þjóna sem raunhæf

þjónustustýring, ekki frekar en háskólasjúkrahúsið til að tryggja gæði og öryggi kerfisins. Menntun íslenskra lækna og hjúkrunarfræðinga er gjaldgeng alþjóðlega og því geta þessar starfsgreinar fengið atvinnu hvar sem er. Við sameiningu sjúkrahúsanna fækkaði valkostum fyrir vel menntað heilbrigðisstarfsfólk. Í opinberum heilbrigðiskerfum er þröngur vinnumarkaður ávísun á kulnun í starfi, atgervisflóttu og spekileka að sögn Sigurbjargar.

T Í M A R I T
=====

Félags íslenskra hjúkrunarkvenna.

RITSTJÖRN:

Kristjana Guðmundsdóttir, Vilborg Stefánsdóttir,
Sigríður Bachmann.

Nr. 3.

Nóv. 1933.

9. árg.
=====

GAMLAR PERLUR

ÁTTA STUNDA VINNUDAGUR HJÚKRUNARKVENNA

Sigríður Eiríksdóttir

ÞAÐ KANN nú ekki að koma á óvart þegar gluggað er í gömul tölublöð Tímarits Félags íslenskra hjúkrunarkvenna að grein eftir frú Sigríði Eiríksdóttur hjúkrunarkonu reki á fjörur manns. Athygli vakti grein sem hún skrifaði um baráttu hjúkrunarkvenna um átta stunda vinnudag í þriðja tölublaði frá 1933. Víðast á Norðurlöndum var unnið að styttingu vinnudagsins á fjórða áratugnum en hér á landi unnu þær að meðaltali 10-11 klukkustunda vinnudag. Í viðtali við hana í Vísi á árinu 1939 ítrekar hún að ekkert hafi verið aðhafst í því að stytta vinnudaginn en þá höfðu Norðmenn lögfest átta stunda vinnudag. Frú Sigríður, sem var formaður Félags íslenskra hjúkrunarkvenna í 36 ár, vann að hvers konar réttlætismálum hjúkrunarkvenna og var formaður í Samvinnu hjúkrunarkvenna á Norðurlöndum.



Á fundum Alþjóðasambands hjúkrunarkvenna í sumar í aðalráði Sambandsins Grand Council, var eitt umræðuefni, sem raunar oft hefir verið tekið til umræðu áður, bæði innan Alþjóðasambandsins og

einnig innan Norrænu Samvinnunnar. Þetta umræðuefni var 8 stunda vinnudagur hjúkrunarkvenna.

Um allan heim er nú háð barátta á milli nýja og gamla tímans, báðar stefnur eru frá sjónarmiði margra gætinna

brautryðjenda innan þjóðfélaganna, öfgafullar, frá sjónarmiði þeirra, sem óska hægfare og skynsamlegra breytinga frá því sem var, umbóta án byltinga, sem oft leiða eyðileggingu í kjölfar sitt, svo hæpið er hvort ávinningur hlýst af. Hjúkrunarkvennastéttirnar hafa ekki fremur en aðrir farið varhluta af þessu hafróti, enda eðlilegt, þar sem starfsvið þeirra eykst og þróast ár frá ári. Þar kennir því stórfelldra breytinga, og munu flestar vera til batnaðar, enda þótt ennþá séu hjúkrunarkonurnar umluktar múr af gömlum erfikenningum, sem erfitt virðist að rjúfa. Það sjálfsgöða álit, sem til skamms tíma hefir ríkt

um heim allan, að konur, sem gera hjúkrunarstörf að atvinnu sinni, eigi að mestu leyti að slíta öllu sambandi við umheiminn, hefir haft það í för með sér, að hjúkrunarkonur hafa haft og hafa enn óhæfilega langan vinnudag, allt frá 10 stundum og upp í 13 stundir á dag. Líklega munu engin takmörk vera fyrir því, hvað hjúkrunarkonum er sums staðar ætlað að vinna með eða án lítillar hvíldar. Það er því eðlilegt, að hugmyndin um það að stytta vinnudag hjúkrunarkvenna niður í 8 stundir á dag, hafi mætt miklum mótþróa og skilningsleysi fólks, og þá aðallega hjá þeim, sem eru ráðamenn hjúkrunarkvenna,

Félagsgætt 23. júní 1939. VÍSIR

Viðtal við frú Sigríði Eiríksdóttur:

**Fjölsótt hjúkrunarkvenna-
mót verður haldið hér í
Reykjavík í lok næsta
mánaðar.**

Stavangerfjord kemur hingað
með hina erlendu gesti.

Í Noregi ganga hinn 1. júlí n. k. ný lög í gildi, sem ákveða að vinnutími hjúkrunarkvenna, sem vinna á vegum ríkis eða bæjarfélags, skuli vera 8 stundir á degi, og mun Noregur vera kominn lengst í þessu efni, með því að bein löggjöf hefir verið um það sett. Þetta mál skiftir okkur hinar íslensku hjúkrunarkonur mjög, enda hefir það verið ofarlega á baugi í félagi okkar nú um nokkurt skeið, og Ísland er eina landið, þar sem ekki er að einhverju leyti byrjað á styttingu vinnutímans.



þ.e. læknum og stjórnvöldum. Ber þar margt til, og vil ég hér aðeins drepa á aðalatriðin, sem mestum mótþróa hafa valdið.

Eitt hið þýðingarmesta er það, hversu stytting á vinnutíma

Það sjálfsagða álit, sem til skamms tíma hefir ríkt um heim allan, að konur, sem gera hjúkrunarstörf að atvinnu sinni, eigi að mestu leyti að slíta öllu sambandi við umheiminn, hefir haft það í för með sér, að hjúkr-unarkonur hafa haft og hafa enn óhæfilega langan vinnudag, allt frá 10 stund-um og upp í 13 stundir á dag.

hjúkr-unarkvenna hefir aukinn kostnað í för með sér og mun mótstaða stjórnvaldanna aðallega vera byggð á þessu atriði. Það gefur að skilja að stytting á vinnutíma hjúkr-unarkvenna á talsvert stórri stofnun leiðir af sér aukningu á starfsliði og þar með kostnað. Nú er það samt svo, að við lifum á öld mannúðar og leit eftir betri og hagkvæmari skilyrð-um hinna vinnandi stétta í heim-inum. Nálega hver stétt myndar með sér félagsskap, einmitt í þeim tilgangi að fullkomna sem mest starf sitt og um leið leitast við að gera hinum starfandi stéttum lífið þess virði að lifa því, skapa ánægju við starfið og drepa

þá ánaud, sem fyrrum ríkti meðal vinnulýðs landanna, og sem oft gerði hann að óánægðum þrælum, sem ekkert sáu í starfi sínu annað en að nauðugur viljugur yrði hann að vinna til þess að hafa ofan af fyrir sér. Ég geri ráð fyrir, að fyrr meir hafi þessi hugsun ekki gert vart við sig nema hjá minnstum hluta starfandi hjúkr-unarkvenna í heiminum, en þess ber að gæta, að þá var hjúkr-unarstarfinu að mestu leyti haldið uppi af reglusysturum, sem vegna trúarbragða sinna, höfðu tekist á hendur líknarstarfsemi, m.a. við sjúkrahjúkr-un. Þá var margþætt starf nútíma sjúkrahjúkr-unar með öllu óþekkt, hjúkr-un þessara systra náði nær eingöngu til styrjalda og dauðsjúkra.

Nú er öldin önnur. Starfsvið sjúkrahjúkr-unar verður víðtækara með ári hverju, allt frá spítalahjúkr-un (sem gerir margfalt meiri kröfur til iðkenda sinna en fyrr) og til berklavarnar – barnaverndar – lögreglu – skóla – og alls konar eftirlitsstarfsemi. Reglusystur fer óðum þverrandi í heiminum, en í stað þeirra rísa upp öflugar

hjúkrunarkvennastéttir með skipulögðu hjúkrunarnámi, mikils og kostnaðarsams undirbúnings undir lífsstarfið. Miklar kröfur eru gerðar og ber að gera til hverrar hjúkrunarkonu, hún á að gefa mikið, og kem ég þá að þeirri spurningu, hvað fær hjúkrunarkonan í staðinn fyrir starf sitt og hvaða kröfur getur hún aftur gert til þjóðfélagsins fyrir það starf, sem hún innir af hendi? Víðast hvar eru hjúkrunarkonur mjög lágt launaðar, í hlutfalli til þeirra krafa, sem gerðar eru

til þeirra, og lítið er skeytt um að stytta vinnudag þeirra svo að þeim sé gefinn kostur á að framhaldsmennta sig í starfinu. Til þess þurfa þær að nota síðkvöld og nætur. Flestar hjúkrunarkonur, með núverandi starfstílhögun, munu vera útslitnar um 55 ára aldur, en geta þær þá sest í helgan stein og notið hvíldar? Ekki hér á landi, þar sem ekki er séð fyrir hinum lítilfjörlegasta ellistyrk

Miklar kröfur eru gerðar og ber að gera til hverrar hjúkrunarkonu, hún á að gefa mikið, og kem ég þá að þeirri spurningu, hvað fær hjúkrunarkonan í staðinn fyrir starf sitt og hvaða kröfur getur hún aftur gert til þjóðfélagsins fyrir það starf, sem hún innir af hendi?

þeim til handa, og stöndum við þar langt að baki öðrum menntuðum þjóðum.

Annað atriði er það, sem vakið hefir einna mestan mótþróa á styttingu vinnutíma hjúkrunarkvenna, og kemur aðallega frá læknum, og er því þungur á metaskálunum. Eins og kunnugt er, er nú bæði hér á landi og víðast annars staðar, aðeins tvískiptar vaktir á spítölum, þ.e. daghjúkrunarkona og næturhjúkrunarkona. Daghjúkrunarkonan hefir venjulega 2 klukkustunda frí, en næturhjúkrunarkonan stendur þar ver að vígi, að hún má ekki yfirgefa deildina frá kvöldi til morguns. Næturvaktir hér á landi munu, eftir því sem ég best veit, aldrei vinna undir 11 stundir á sólarhring án hvíldar og oft 12. Þar sem 8 stunda vinnudagur kemst í framkvæmd verður að skipta vöktum annað hvort í þrennt, eða jafna þeim niður á annan hátt, og hafa margir læknar ekki geta fallist á að það sé heppilegt. Telja þeir sjúklingana muni líða undir þessari sífelldu skiptingu, þeir vilja helst hafa þá hjúkrunarkonu, sem þeir hafa vanist og sem minnstar skiptingar. Reynsla sú,

sem þegar hefir komið í ljós á þeim spítölum, sem 8 klukkustunda skiptingin hefur verið framkvæmd, hefir leitt hið gagnstæða í ljós.

Sjúklingarnir eru mun ánægðari, því greinilega lýsir sér, að hjúkrunarkonurnar með þessu fyrirkomulagi eru óþreyttari, glaðlyndari, þýðari í viðmóti, störfín ganga betur og ekki ber frekar á losi á deildinni en áður, nema síður sé.

Sjúklingarnir eru mun ánægðari, því greinilega lýsir sér, að hjúkrunarkonurnar með þessu fyrirkomulagi eru óþreyttari, glaðlyndari, þýðari í viðmóti, störfín ganga betur og ekki ber frekar á losi á deildinni en áður, nema síður sé. Hjúkrunarkonan verður ekki eins einhliða og áður, hún hefir tíma til hvíldar, til þess að lesa góðar bækur, kynnast sönglist og koma dálítið út á meðal fólks. Í stuttu máli, allt lífsviðhorf hennar verður víðtækara og á þann hátt færist

hún nær sjúklingunum, sem hún hjúkrar.

Viðá er nú farið að íhuga alvarlega hugmyndina um 8 stunda vinnudag hjúkrunarkvenna. Í Ameríku munu margar stofnanir hafa hrint málinu í framkvæmd og þá með mismunandi móti. Skiptingarnar eru ekki alltaf eftir röð, sem ég þó hefði talið heppilegast, bæði fyrir sjúklingana og hjúkrunarlið. Í Hollandi eru þegar miklar breytingar komnar á með styttn vinnudag og í Danmörku er tíðrætt um þetta mál. Þar sem reynslan hefir sýnt ágætan árangur í þessu efni, er aðalfyrirstaðan nú fjárhagsörðugleikarnir, en fjárlækning til stofnana, sem koma í framkvæmd 8 stunda vinnudegi, er óhjákvæmileg.

Í Brussel er nýr stór spítali, Hôpital Brugmann, byggður í „skálástíl“. Spítali þessi er mjög fullkominn, og hefir þar verið komið á 8 stunda vinnudegi hjúkrunarkvenna. Skiptingin er ekki eftir röð, en þykir yfirleitt gefast vel. Í vetur verður þar íslensk hjúkrunarkona, og vonast ég þá til að geta fengið nákvæmar upplýsingar um starfstílhögun hjúkrunarkvennanna á spítalanum, sem gæti orðið fróðleg til birtingar hér í blaðinu, því ég tel styttn vinnutíma eitt af mest aðkallandi málum hjúkrunarkvennastéttarinnar, hér sem annars staðar.

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.



Lífeyrisgáttin

Upplýsingar um lífeyrisréttindi
á einum stað.



LSR

Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

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

www.lsr.is



SÝKINGAR TENGDA HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU OG SMITLEIÐIR

Ásdís Elfarsdóttir Jelle, MPH, deildarstjóri sýkingavarnadeildar Landspítala



Það er margt sem getur haft áhrif á öryggi sjúklinga sem þurfa á þjónustu heilbrigðiskerfisins að halda og eitt af því er hætta á sýkingum. Sjúklingar geta fengið sýkingar á ýmsum stigum heilbrigðisþjónustunnar, til dæmis á sjúkrahúsum, endurhæfingar- eða langlegustofnunum, á göngudeildum eða einkareknum stofum heilbrigðisstarfsmanna. Sýkingar tengdar heilbrigðisþjónustu geta leitt til aukins kostnaðar, innlagna sjúklinga sem annars þyrftu ekki innlagnar við, lengri legutíma og jafnvel til dauða sjúklingsins. Mikilvægt er að fyrirbyggja sýkingar innan heilbrigðisþjónustunnar til að auka öryggi sjúklinga og starfsmanna. Leiðbeiningar um grundvallarsmitgát og viðbótarsmitgát (einangrun) hafa það að markmiði að rjúfa smitleiðir og ber heilbrigðisstarfsmönnum að fylgja þeim.

Sýkingar tengdar sjúkrahúsdvöl

Sýkingar sem koma í kjölfar innlagna og meðferða á sjúkrahúsum eru oft kallaðar spítalasýkingar. Þetta eru sýkingar sem sjúklingar fá á spítalanum og voru ekki á meðgöngutíma við innlögn. Almenn

er miðað við að 48 klukkustundir hið minnsta hafi liðið frá innlögn þar til einkenni sýkinga koma fram nema ef um endurinnlögn er að ræða og sýkingar tengjast fyrri legu (Centers for Disease Control and Prevention, 2016a).

Fylgst er með tíðni spítalasýkinga á flestum sjúkrahúsum á einhvern hátt. Til að hægt sé að bera saman tíðni spítalasýkinga milli sjúkrahúsa þurfa þau að nota samræmdar skráningaraðferðir

og sömu skilgreiningar á spítalasýkingum. Mörg sjúkrahús nota algengisskráningu og nýgengisskráningu til að afla upplýsinga um tíðni spítalasýkingar og skilgreiningar frá Centers for Disease Control and Prevention (CDC) en þær eru uppfærðar reglulega (Centers for Disease Control and Prevention, 2016b).

Algengisskráning segir til um hve stórt hlutfall einstaklinga er með ákveðin einkenni (spítalasýkingar) á einum tímapunkti (Rothmann, 2002). Algengisskráning fer þannig fram að á ákveðnum

Á sjúkrahúsum eru algengustu spítalasýkingarnar þvagfærasýkingar, skurðsárasýkingar, neðri öndunarvegasýkingar og blóðsýkingar.



tímapunkti á ákveðnum skilgreindum deildum eða öllu sjúkrahúsinu er safnað upplýsingum um hve margir innliggjandi sjúklingar eru með einkennum sem uppfylla skilyrði spítalasýkinga. Með þessum hætti er hægt að fá mynd af tíðni spítalasýkinga á þessum eina tímapunkti en hafa þar í huga að ástandið getur breyst fljótt og jafnvel samdægurs. Niðurstöður algengisskráninga er hægt að nota til að bera sjúkrahúsið saman við önnur sjúkrahús og einnig við eigin niðurstöður til að sjá sveiflur yfir árið og milli ára. Algengisskráning

Á sjúkrahúsum eru algengustu spítalasýkingarnar þvagfærasýkingar, skurðsárasýkingar, neðri öndunarvegasýkingar og blóðsýkingar.

spítalasýkinga, sem var framkvæmd á sjúkrahúsum ýmissa Evrópulanda að undirlagi Sóttvarnastofnunar Evrópu (ECDC) á tímabilinu 2011-2012, sýndi að 2,3%-10,8% innliggjandi sjúklinga (að meðaltali 6%) voru með spítalasýkingu (eina eða fleiri) þegar skráningin fór fram. Á gjörgæsludeildum voru 19,5% sjúklinganna með spítalasýkingu (European Centers for Disease Control and Prevention, 2013). Tíðni spítalasýkinga á sjúkrahúsum í þróunarlöndunum er hærri en á vestrænum sjúkrahúsum

og allt að 50% sjúklinga á gjörgæsludeildum í þróunarlöndum fá spítalasýkingar (Nejad o.fl., 2011). Á sjúkrahúsum eru algengustu spítalasýkingarnar þvagfærasýkingar, skurðsárasýkingar, neðri öndunarvegasýkingar og blóðsýkingar (European Centers for Disease Control and Prevention, 2013).

Nýgengisskráning er það form skráningar sem segir til um fjölda nýrra atvika í ákveðnum skilgreindum hóp yfir ákveðið tímabil (Rothmann, 2002). Nýgengisskráning er algengt form á skráningu spítalasýkinga og gefur aðra mynd af spítalasýkingum en algengisskráning. Þegar nýgengisskráning er framkvæmd er ákveðnum sjúklingahópum fylgt eftir í ákveðinn tíma og fylgst með því hvort þeir fá sýkingu og stuðst við ákveðnar skilgreiningar í því skyni. Oft er stuðst við skilgreiningar CDC um sýkingar (Centers for Disease Control and Prevention, 2016b). Nýgengisskráning segir til um hve margir sjúklingar í þessum afmarkaða sjúklingahóp fengu sýkingu eða hversu margar sýkingar komu fram yfir ákveðið tímabil. Sem dæmi má nefna

að konur, sem fara í keisaraskurð, mynda ákveðinn hóp sem er þá fylgt eftir í 30 daga eftir aðgerðina til að kanna hvort þær fá einkenni skurðsárasýkinga samkvæmt skilgreiningum CDC. Hafa þarf samband við allar konurnar með símtali, bréfi eða á annan hátt og spyrja spurninga sem tengjast einkennum sýkinga. Niðurstöður nýgengisskráninga eru ýmist birtar sem hlutfall, það er hve stórt hlutfall þeirra sjúklinga sem fóru í ákveðna aðgerð fengu skurðsárasýkingu, eða sem fjöldi á ákveðna tímaeiningu. Fjöldi sýkinga á ákveðna tímaeiningu er til dæmis fjöldi sýkinga/1000 leggjadaga (t.d. blóðsýkingar tengdar miðbláæðaleggjum) eða fjöldi sjúklinga/100.000 legudaga sem fengu sýkingu. Nýgengisskráningu er hægt að nota til að bera saman árangur meðferðar milli sjúkrahúsa og fylgjast með árangri innan sjúkrahússins og áhrifum íhlutana.

Algengisskráning og nýgengisskráning gefa ólíkar upplýsingar um tíðni sýkinga á sjúkrahúsinu. Algengisskráningu má líkja við ljósmynd sem sýnir ástandið á einum tímapunkti en nýgengisskráning fylgir eftir ákveðnum skilgreindum sjúklingahóp í ákveðinn skilgreindan tíma. Hægt er að nota niðurstöður algengisskráninga og nýgengisskráninga sem gæðavísa og grípa til aðgerða ef tíðni sýkinga er hækkandi og einnig til að meta áhrif íhlutana sem eru innleiddar á stofnunina.

Smitleiðir

Á sjúkrahúsum geta sjúklingar (og starfsmenn) smitast af örverum sem dreifast milli einstaklinga. Örverur berast milli manna eftir ákveðnum smitleiðum sem skiptast gróflega í snertismit, dropasmit og úðasmit.

Snertismit er algengasta smitleiðin og sú sem auðveldast er að rjúfa. Snertismit skiptist í beint snertismit og óbeint snertismit. Við beint snertismit bera mengaðar hendur örverur milli sjúklinga og oftast eru þetta hendur starfsmanna, þessi smitleið er rofin með handhreinsun. Við óbeint snertismit berast örverur úr umhverfi eða frá menguðum hlutum til sjúklinga, oft með höndum starfsmanna eða sjúklinga, þessi smitleið er rofin með handhreinsun starfsmanna og sjúklinga sem og umhverfisþrífum (Siegel o.fl., 2007).

Margar örverur smitast með beinu eða óbeinu snertismiti og því verður mikilvægi handhreinsunar til að rjúfa snertismit aldrei ofmetið. Á sjúkrahúsum eru sjúklingar einangraðir ef þeir greinast





með eða grunur leikur á að þeir séu með ákveðnar örverur (ónæmar bakteríur eða ákveðnar veirur) sem smitast með snertismiti. Hér má nefna bakteríur eins og metisillín-ónæman *S. aureus* (mósa), vankómýsín-ónæma enterókokka, bakteríur sem mynda breiðvirka betalaktamasa og veirur eins og nóróveirur, Inflúensuveirur og fleiri örverur.

Dropasmit er algeng smitleið sem einnig getur orðið snertismit ef örveran er þolin í umhverfi. Þegar fólk hóstar, hnerrar, hrópar eða kallar myndast dropar ($>5\mu$) frá öndunarvegi. Þessir dropar eru misþungir og þeir þyngstu falla niður innan 1 m en léttustu droparnir komast um 3 m frá einstaklingnum. Ef droparnir berast í vit annars einstaklings getur hann smitast (Siegel o.fl., 2007). Þessir dropar geta innihaldið örverur og ef þær geta lifað í umhverfi utan líkama getur verið um samsetta smitleið að ræða, þ.e. dropa- og snertismit. Sem dæmi má nefna að ef Inflúensuveiran er í dropunum getur hún lifað í umhverfi í nokkrar klukkustundir og smitast með dropa- og snertismiti (Bean o.fl., 1982).

Vörn gegn dropasmiti er að beita hóstavarúð og handhreinsun, þ.e. hósta eða hnerra í bréf, henda því og hreinsa hendur að því loknu. Á sjúkrahúsum eru sjúklingar einangraðir ef þeir greinast með eða líkur eru á að þeir séu með ákveðnar örverur (ónæmar

Þegar fólk hóstar, hnerrar, kallar eða hrópar myndast ekki bara dropar heldur líka finn úði frá öndunarvegi. Þessi úði getur svifið í loftinu en að lokum fellur hluti hans niður fjarri einstaklingnum en hluti getur borist milli herbergja. Smit verður þegar aðrir anda að sér úðanum eða fá agnirnar, sem féllu loks niður, á hendur og bera þær í vit sér.

bakteríur eða ákveðnar veirur) sem smitast með dropasmiti eða dropa- og snertismiti. Hér má nefna bakteríur eins og *S. pyogenes* og veirur eins og Inflúensuveiru, þá getur nóróveira einnig smitast með dropasmiti ef sjúklingur er með mikil uppköst, RS-veira (Respiratory Syncytial Virus) getur smitast með dropa- og snertismiti og fleiri örverur.

Úðasmit er smitleið sem er erfitt að verjast. Þegar fólk hóstar, hnerrar, kallar eða hrópar myndast ekki bara dropar heldur líka finn úði frá öndunarvegi. Þessi úði getur svifið í loftinu en að lokum

fellur hluti hans niður fjarri einstaklingnum en hluti getur borist milli herbergja. Smit verður þegar aðrir anda að sér úðanum eða fá agnirnar, sem féllu loks niður, á hendur og bera þær í vit sér (Siegel o.fl., 2007). Örverur sem smitast með úðasmiti eru berklabakterían, mislinga- og hlaupabóluveiran. Mislingar og hlaupabóla geta haft samsettar smitleiðir úða- og snertismits þar sem þessar örverur geta borist með höndum í vit fólks. Auk þess er talið að SARS og MERS-Co smitist með úða- og snertismiti.

Á Landspítala (LSH) eru sjúklingar einangraðir ef þeir greinast með eða líkur benda til að þeir séu með smitandi berkla. Hægt er að verjast mislingum og hlaupabólu með bólusetningum og á Íslandi er bólusett gegn mislingum í ungbarnabólusetningum en ekki gegn hlaupabólu (Embætti landlæknis, 2015). Þar sem mislingabólusetning fer ekki fram fyrr en við 18 mánaða aldur eru öll börn yngri en 18



mánaða óvarin gegn mislingum og þau börn sem ekki hafa fengið hlaupabólu eða verið bólusett gegn henni eru einnig óvarin. Því eru öll börn með mislinga eða hlaupabólu einangruð við innlögn á LSH sem og fullorðnir með þessa sjúkdóma. Þegar um úðasmit er að ræða þarf einangrunarherbergi með neikvæðum loftþrýstingi til að hindra loftflæði úr herbergi sjúklings fram á gang og fínagnasíu á útsogslofti. Á LSH eru 5 herbergi á smitsjúkdómadeildinni útbúin á þennan hátt og á barnadeild er eitt herbergi sem hægt er að nota til úðasmitseinangrunar.

Þegar heilbrigðisstarfsmenn vinna samkvæmt grundvallarsmitgát og beita viðbótarsmitgát (einangrun) þegar við á er hægt er rjúfa smitleiðir milli manna og koma í veg fyrir margar spítalasýkingar. Á þann hátt er öryggi sjúklinga og starfsmanna aukið.



HJÚKRUNARFRÆÐINGAR Í 25 ÁR – SEINNI HLUTI:

FJÖLBREYTTUR FRAMI Í HJÚKRUN

ÞAD VAR öflugur hópur hjúkrunarfræðinga sem útskrifaðist vorið 1990 frá Háskóla Íslands, alls 38 hjúkrunarfræðingar. Mörg vináttuböndin urðu til í kjölfar rannsóknarhópanna sem voru stofnaðir á lokaárinu. Það er óhætt að segja að þeir hafi dafnað í námi og starfi sem hjúkrunarfræðingar og sótt sér fjölbreytta framhaldsmenntun hér heima og erlendis. Þeir hafa búið og unnið um land allt og innan hósins eru fulltrúar í öllum landsfjórðungum. Þá hefur fjöldi þeirra sinnt stjórnunarstörfum bæði á spítölum, í fyrirtækjum, heilsugæslu og hjúkrunarheimilum. En hvar eru þeir núna og hvað hefur á daga þeirra drifið? Við tókum nokkra þeirra tali.



Í doktorsnám til að efla bráðahjúkrun á Íslandi

Guðbjörg Pálsdóttir hóf störf á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri eftir útskrift. „Þessi tími fyrir norðan er alltaf sveipaður sérstökum ljóma. Þarna fékk ég bráðahjúkrunarbakteríuna sem ég geng enn þá með og



eigna þeim heiðurinn af.“ Næsti viðkomustaður Guðbjargar var lyflækningadeild á Landakoti og við sameiningu Landakots og Borgarspítala í maí 1992 réð hún sig á bráðamóttökuna í Fossvogi og hefur unnið þar við ýmis störf undanfarin 23 ár. „Þessi hópur sjúklinga og aðstandenda á hug minn allan þegar kemur að hjúkrun,“ en Guðbjörg hefur verið í stöðu almenns hjúkrunarfræðings, deildarstjóra, framkvæmdastjóra og undanfarin átta ár sem sérfræðingur í bráðahjúkrun. Guðbjörg fór í meistaranám til Baltimore í Bandaríkjunum í slysa- og bráðahjúkrun og útskrifaðist þaðan 1997. Að sögn Guðbjargar var það ótrúlega

mikil reynsla að kynnst hjúkrunarstarfinu í miðbæ Baltimore þar sem glæpir eru algengir og lífsgæði ólík því sem við þekkjum héðan. Eftir útskrift byrjaði hún að kenna við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, bæði í BS-, diplóma- og meistaranámi. Hún hefur tekið virkan þátt í frumkvöðlastarfinu að kenna bráðahjúkrun og skipulagt grunn- og framhaldsnám í bráðahjúkrun. Guðbjörg tók þátt í stofnun fagdeildar bráðahjúkrunarfræðinga árið 1998 og gegndi þar formennsku. Hún hefur starfað með fagdeildinni síðan og er fulltrúi hennar í stjórn FÍH, jafnframt því að vera varaformaður FÍH. Guðbjörg er um þessar mundir að hefja doktorsnám í hjúkrun til að bæta við sig þekkingu með það að markmiði að efla veg og vanda bráðahjúkrunar á Íslandi.

Byggir upp þekkingu á heilðrænum meðferðarúrræðum í hjúkrun

„Ég ætlaði upphaflega að læra sjúkraþjálfun en á þeim tíma var erfitt að komast inn í námið og var mér því bent á að taka einhverja áfanga í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. En það var svo gaman

í hjúkrun og frábær hópur samnemenda að ég ákvað bara að halda áfram og hef ekki séð eftir því,“ segir Þóra Jenný Gunnarsdóttir. Eftir útskrift starfaði hún á Fjórðungssjúkrahúsinu á Akureyri í eitt ár ásamt stórum hópi af útskriftarárganginum. Að sögn Þóru Jennýjar var það ómetanleg reynsla enda hafi hópurinn haldið góðu sambandi alla tíð. Þegar Þóra Jenný fluttist aftur suður vann hún á gjörgæsludeild Landspítala við Hringbraut. „Það var mjög lærdómsríkt að hjúkra sjúklingum í þessu hátækniumhverfi og þar vaknaði áhugi minn á heilðrænni meðferð,“ segir hún. Í framhaldi af því fór hún í Nuddskóla Íslands og lauk þaðan

tveggja ára námi 1996. „Mér fannst vanta frekari þekkingu á þessum aðferðum og hvernig mætti nýta þær í hjúkrun og ákvað því að drífa mig í meistaranám við Minnesota-háskóla þar sem boðið var upp á akademískt nám með áherslu á heilðræna meðferð. Það var svo lærdómsríkt að ég ákvað að taka doktorsnám þar líka og lauk því 2007. Nú starfa ég sem dósent í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og ásamt kennslu hef ég tækifæri til að vinna að uppbyggingu þekkingar á heilðrænni meðferð í hjúkrun.“



Hjúkrunarstarfið er ígildi vegabréfs

Halla Arnardóttir hóf að vinna á brjóskskurðeild á Landspítala eftir útskrift. „Þetta var spennandi tími en þá var nýbyrjað að framkvæma opnar hjartaaðgerðir hérlandis. Ég flutti síðan til Þýskalands árið 1992 og vann sem „Krankenschwester“ (hjúkrunarkona) í eitt



ár á hjartaskurðeild í Heidelberg. Sá tími var afar lærdómsríkur og áhugaverður,“ að sögn Höllu. Þegar heim kom fór hún aftur til starfa á brjóskskurðeild Landspítalans og síðar á göngudeild krabbameinslækninga. Á árunum 2004 til 2010 vann hún í einkafyrirtæki við klínískar rannsóknir (Encode) og var deildarstjóri þar. „Vegna þeirrar reynslu, sem ég hlaut þar, var ég ráðin í það starf sem ég gegni núna en ég er verkefnastjóri á klínísku rannsóknarsetri Landspítala og Háskóla Íslands.“ Líkt og margir aðrir hjúkrunarfræðingar vann Halla um tíma á landsbyggðinni og um tíma með minnisskertum einstaklingum í Hlíðabæ. Hún

tók síðar kennsluréttindin og kenndi sjúkraliðanemum í Fjölbraut í Breiðholti og tók síðar diplómanám í lýðheilsu. „Hjúkrunarmenntunin hefur því skilað mér áhugaverðum störfum bæði innanlands jafnt sem erlendis. Í raun má líkja hjúkrunarnáminu við það að fá vegabréf sem opnar fyrir manni margar leiðir,“ segir Halla.

Klínísk sérhæfing í brjóstagjöf

Eftir útskrift tók Ingibjörg Baldursdóttir sér nokkurra ára hlé vegna barneigna en síðan réð hún sig í vinnu á Miðstöð heilsuverndar barna sem þá var á Heilsuverndarstöðinni. „Þetta var mjög fjölbreytt starf í ung- og smábarnavernd. Ég tók síðan alþjóðlegt brjóstagjafar-

ráðgjafapróf árið 2002 og eftir það varð það mín sérhæfing,“ segir Ingibjörg. Í framhaldinu fór hún í diplómanám í heilsugæslu. „Það nám var bæði skemmtilegt og nýttist vel í starfinu. Þegar kreppan skall á var dregið saman og mér sagt upp starfinu í heilsugæslunni,“ rifjar hún upp en hún lét ekki bugast heldur hélt áfram í meistaranám í hjúkrunarfræði þar sem hún tók fyrir klíníska sérhæfingu í brjóstagjöf. Fyrir fimm árum gerðist hún sjálfstætt starfandi hjúkrunarfræðingur og var með námskeið um brjóstagjöf og næringu barna, ásamt því að vera með sérhæfða brjóstagjafarráðgjöf í fjölskyldumiðstöðinni Lygnu. Ingibjörg segir

það mjög skemmtilegt að vera með eigin rekstur en á sama tíma krefjandi. Kosturinn er að ráða sínum eigin tíma en gallarnir eru litlar tekjur enn sem komið er, að sögn Ingibjargar.



„Verð alltaf fyrst og fremst hjúkrunarfræðingur í hjarta mér“

Þegar Íris Þórðardóttir hóf hjúkrunarnámið haustið 1986 átti hún níu mánaða gamla dóttur. Þegar hún lauk því fjórum árum síðar var hún orðin tveggja barna móðir. „Þetta voru fjögur ár í frábærum félags-



skap og hópur samnemenda sem studdi mig og styrkti,“ segir Íris. Eftir útskrift flutti hún til Vestmannaeyja á heimaslóðir og vann á sjúkrahúsi Vestmannaeyja milli barneigna en árið 1994 voru tveir drengir enn búnir að bætast í hópinn. „Sjúkrahúsið í Vestmannaeyjum var frábær vinnustaður þar sem ég bar ábyrgð á tveim deildum, öldrunardeild og hand- og lyflæknisdeild.“ Í byrjun árs 1995 tók Íris að sér að koma á fót, skipuleggja og kenna við sjúkraliðabrautina við Framhaldsskólann í Vestmannaeyjum. „Þá var ég með fjögur ung börn og eiginmann á sjó og vaktavinna var ekki í boði fyrir mig.“ Hún stýrði því námi í

fimm ár og í millitíðinni tók hún uppeldis- og kennslufræði í fjarnámi. Íris og fjölskylda flutti búferlum á Suðurlandið og hóf kennslu við Fjölbrautaskóla Suðurlands (FSU). „Á þessum tíma vantaði kennara við sjúkraliðabrautina og tók ég við henni. Ég er þar enn 17 árum síðar og líkar alltaf jafn vel. Hún var forvarnarfulltrúi hjá FSU í tíu ár en núna er hún með fulla kennslu á brautinni og með viðtalstíma hjúkrunarfræðings einu sinni í viku. „Mér líkar vel að kenna og það er gott að vinna við FSU. En ég er og verð alltaf fyrst og fremst hjúkrunarfræðingur í hjarta mér.“

Doktorsnám í fræðslu til hjartasjúklinga

Margrét Hrönn Svavarsdóttir lauk meistaranámi í endurhæfingarhjúkrun frá State University of Buffalo í New York-ríki í Bandaríkjunum árið 2000. Sama ár fór hún að vinna á Sjúkrahúsínu á Akureyri. „Þar fór ég fljótlega að skipuleggja fræðslu til sjúklinga



með kransæðasjúkdóm. Þessi fræðsla þróaðist úr því að fara fram við rúm sjúklingsins og einu símtali eftir útskrift, yfir í eins árs langa eftirfylgd. Þannig áttu sjúklingar og fjölskyldur þeirra kost á einstaklingsmiðaðri fræðslu frá hjúkrunarfræðingi sem og fræðslufyrirlestrum hjá þverfaglegu teymi. Mér fannst mjög gefandi og skemmtilegt að byggja þetta upp og þessi reynsla hefur nýst mér vel í starfi. Þetta varð til þess að ég fékk enn meiri áhuga á lýðheilsu og forvörnum,“ segir Margrét, en hún er nú lektor í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri en þar hefur hún unnið frá árinu 2001. Fyrir þremur árum fékk

Margrét fullan styrk til doktorsnáms í lýðheilsufræðum við „Norges teknisk-naturvitenskaplige universitet (NTNU)“ í Þrándheimi. Hún hefur starfað þar í teymi sem einbeitt sér að rannsóknum á sjúklingafræðslu og þátttöku sjúklinga í meðferð sinni. „Doktorsritgerðin mín, sem ég kem til með að verja snemma á þessu ári, fjallar um fræðslu til hjartasjúklinga. Doktorsnámið gerir mig án efa hæfari í starfi og færir mér fleiri tækifæri til að takast á við áhugaverð og brýn verkefni á sviði hjúkrunar.“

Fjölbreytt og gefandi að vinna á landsbyggðinni

Skömmu eftir útskrift fór Fanný Berit Sveinbjörnsdóttir til Noregs ásamt eiginmanni sínum og 2 ára dóttur þeirra. „Ég er hálf norsk og tungumálið var því engin hindrun en ég vann í þrjú ár á hjartadeild

á Aker-sjúkrahúsi en maðurinn minn var í tannlæknanámi.“ Þaðan lá leiðin í Búðardal og að tveimur árum liðnum fluttu þau til Ólafsvíkur. „Við höfðum hugsað okkur að vera í Ólafsvík í svona tvö ár og fara jafnvel aftur til Noregs, en hér erum við enn og erum ánægð með það,“ segir Fanný Berit en hún vinnur nú við Heilbrigðisstofnun Vesturlands. Hún fór síðar í ljósmóðurnám og útskrifaðist úr því árið 2000. Hún segir námið hafa styrkt hana mikið í starfi sínu en hún hafi áhyggjur af heilsugæslumálum á landsbyggðinni. „Það hefur verið erfitt að fá lækna til að búa hérna. Þeir vinna sem verktakar og skiptast á að koma hingað.

Fyrir vikið skortir alla umræðu um framtíðarskipulag heilsugæslunnar og forvarnarstarf því alfarið í höndum hjúkrunarfræðinga,“ segir Fanný Berit. Ég hvet alla hjúkrunarfræðinga til að prófa að vinna úti á landi, sérstaklega þá yngri sem eru að þreifa fyrir sér. Þetta er mjög fjölbreytt starf og það eflir sjálfstraustið þegar maður þarf að ganga í öll störf og læra að bjarga sér.“ Snæfellsbær er fjölmenningarlegt samfélag en þar býr fólk frá 23 löndum sem gerir starfið fjölbreyttara, meira krefjandi og lærdómsríkara, að sögn Fannýjar Berit.





SIÐAREGLUR FÉLAGS HJÓKRUNARFRÆÐINGA

ENDURSKOÐUN SIÐAREGLNA FÍH

Aðalheiður D. Matthíasdóttir, formaður siðaráðs FÍH



SIÐARÁÐ FÉLAGS íslenskra hjúkrunarfræðinga var stofnað og tók til starfa í byrjun árs 2013. Eitt af stærri og mikilvægari verkefnum siðaráðs fyrstu tvö starfsárin var að endurskoða siðareglur FÍH og færa þær nær nútímanum. Í gildi voru vandaðar siðareglur frá árinu 1997 sem voru afar vel unnar en með tilkomu vef- og samfélagsmiðla þótti brýnt að endurskoða þær. Var því lagt af stað í ítarlega endurskoðun og mikla vinnu á nýjum siðareglum. Leiðarljós í vinnu siðaráðs var allan tímann að ekki skyldi umbylta siðareglunum enda

engin ástæða til, einungis var því breytt sem þurfti og mjög margt hélt sínu, í einhverjum tilvikum með nýju orðalagi.

Eitt fyrsta skrefið í vinnunni var að skoða vandlega endurskoðaðar siðareglur Alþjóðaráðs hjúkrunarfræðinga (ICN) frá

Í þeirri vinnu voru siðareglur alþjóðaráðsins þýddar yfir á íslensku og notaðar að einhverju leyti í uppbyggingu nýrra endurbættra reglna.

2012 og útfærslu þeirra í Noregi en það var nokkuð sem siðaráði þótti vert að horfa til. Í þeirri vinnu voru siðareglur alþjóðaráðsins þýddar yfir á íslensku og notaðar að einhverju leyti í uppbyggingu nýrra endurbættra reglna. Siðareglur annarra landa voru einnig hafðar til hliðsjónar, má þar nefna kanadísku og áströlsku siðareglurnar, eitt og annað gagnlegt var notað úr þeim. Fyrst og fremst voru þó siðareglurnar frá 1997 hafðar til hliðsjónar.

Áhugasömum hjúkrunarfræðingum boðin þátttaka

Siðaráði þótti mikilvægt að bjóða öllum áhugasömum hjúkrunarfræðingum til að taka þátt í koma að þessu verkefni. Því var efnt til vinnufundar haustið 2013 sem haldin var í húsnæði FÍH að Suðurlandsbraut. Þrátt fyrir dræma þátttöku á fundinum komu fram ný sjónarhorn og ný atriði bættust við siðareglurnar. Vorið 2014, þegar vinnan hafði staðið í tæplega eitt og hálft ár, vorum við komnar með í hendur afar stórt og mikið skjal sem átti á næstu mánuðum eftir að styttast verulega í meðförum. Alltaf var leiðarljósið að gera siðareglurnar faglegar og hagnýtar og alls ekki of langar. Um haustið fór siðaráð þess á leit við sviðstjóra fagsviðs FÍH að tilnefndur yrði rýnihópur sem myndi fá í hendur drög siðaráðs að nýjum siðareglum.



Í þennan rýnihóp völdust hæfir hjúkrunarfræðingar sem skiluðu til baka mjög góðum tillögum sem gögnuðust afar vel í lokavinnu siðareglna. Með þessum hætti teljum við í siðaráði að tekist hafi að fá fleiri sjónarmið að vinnunni sem við trúum að á endanum hafi skilað okkur betri og vandaðri siðareglum.

Drög að lokaskjali var tilbúið snemma á vormánuðum 2015 og var það sent í prófarkarlestur, þar fékk skjalið sérstakan „spariyfirlestur“

og niðurstaðan varð faglegt og hagnýtt skjal með fallegum texta. Nýjar siðareglur FÍH voru svo lagðar fyrir aðalfund 18. maí 2015 og samþykktar einróma.

Nú kann einhver að hugsa að eitthvað hafi þessar nýju siðareglur verið illa kynntar. Kynning á siðareglum þótti okkur ekki beinlínis vera forgangsverkefni enda hafa mörg önnur og brýnni verkefni verið í brennidepli félagsins síðan

Siðareglurnar hafa verið aðgengilegar á vefsvæði FÍH síðan í maí 2015 og nú á vormánuðum er stefnt að því að skipta út siðareglum sem hanga víða innrammaðar á veggjum heilbrigðisstofnana um land allt.

vorið 2015. Þau þekkja allir og þarf ekki að telja upp. Siðareglurnar hafa verið aðgengilegar á vefsvæði FÍH síðan í maí 2015 og nú á vormánuðum er stefnt að því að skipta út siðareglum sem hanga víða innrammaðar á veggjum heilbrigðisstofnana um land allt. Fleira hefur okkur dottið í hug og er það meðal annars að útbúa „stuttu útgáfuna“ af siðareglunum, en þetta á eftir að útfæra betur. Og svo horfum við líka til þess að hafa siðareglurnar aðgengilegar fyrir félagsmenn í „appi“.

Siðaráð 2013-2015, sem vann siðareglurnar, eru eftirfarandi hjúkrunarfræðingar: Aðalheiður Dagmar Matthíasdóttir formaður, Birna Óskarsdóttir ritari, Arnórinn Halla Arnórsdóttir, Ragnheiður Alfreðsdóttir, Lovísa Baldursdóttir, Linda Þórisdóttir og Guðbjörg Hulda Einarsdóttir.

Það er von okkar að hjúkrunarfræðingar verði eins stoltir og við erum af nýjum siðareglum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

SIÐAREGLUR FÉLAGS ÍSLENSKRA HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Kjarni hjúkrunar er umhyggja fyrir skjólstæðingnum og virðing fyrir lífi hans, velferð og mannhelgi. Hlutverk hjúkrunarfræðings er að efla heilbrigði, bæta líðan og lina þjáningar. Hjúkrunarfræðingur hjúkrar af virðingu fyrir einstaklingum og fer ekki í manngreinarálit.

1. Hjúkrunarfræðingur og fagleg ábyrgð

Hjúkrun er byggð á faglegri þekkingu, rannsóknum, reynslu, færni í mannlegum samskiptum, sjálfsþekkingu og siðferðisvitund. Hjúkrunarfræðingur á fyrst og fremst faglegum skyldum að gegna við þá sem þarfnast hjúkrunar.

- 1.1. Hjúkrunarfræðingur viðheldur þekkingu sinni og færni og ber faglega, siðferðilega og lagalega ábyrgð á störfum sínum.
- 1.2. Hjúkrunarfræðingur tekur þátt í þróun þekkingar í hjúkrun og byggir störf sín á gagnreyndri þekkingu.
- 1.3. Hjúkrunarfræðingur framfylgir siðareglum í starfi og stuðlar að umræðu um siðferðileg mál.
- 1.4. Hjúkrunarfræðingur þekkir eigin takmarkanir í starfi og tekur ekki að sér verkefni sem hann skortir þekkingu eða þjálfun til, heldur ráðfærir sig við samstarfsfólk eða leitar eftir sérfræðiráðgjöf með hagsmuni skjólstæðings að leiðarljósi.
- 1.5. Hjúkrunarfræðingur má leysa frá lögbundnum skyldum sínum ef þær brjóta í bága við siðferðisvitund hans.
- 1.6. Hjúkrunarfræðingur notar starfsheiti sitt á þann hátt að það gefi réttar upplýsingar um þekkingu hans og ábyrgð.
- 1.7. Hjúkrunarfræðingur notar ekki starfsheiti sitt í auglýsingaskyni við annað en það sem lýtur að hjúkrun.
- 1.8. Hjúkrunarfræðingur skal ekki njóta hlunninda frá skjólstæðingum sínum.
- 1.9. Hjúkrunarfræðingur, sem á þátt í vísindarannsóknum, fer að viðeigandi lögum og reglum hverju sinni.

2. Hjúkrunarfræðingur og skjólstæðingur

Hjúkrunarfræðingur er málsvári skjólstæðings og stendur vörð um reisu hans og rétt og stuðlar að því að komið sé fram af virðingu og heiðarleika. Hjúkrunarfræðingur stendur vörð um sjálfsákvörðunar-rétt skjólstæðings og rétt til bestu mögulegrar þjónustu á hverjum tíma.

- 2.1.** Hjúkrunarfræðingur stendur vörð um þarfir skjólstæðings fyrir heildræna hjúkrun.
- 2.2.** Hjúkrunarfræðingur hefur samráð við skjólstæðing og virðir rétt hans til að taka ákvarðanir um eigin meðferð. Hjúkrunarfræðingur skal stuðla að því að skjólstæðingur eða forráðamaður geti tekið upplýsta ákvörðun.
- 2.3.** Hjúkrunarfræðingur stuðlar að því að skjólstæðingur fái réttar og tímabærar upplýsingar, undirbúning og stuðning.
- 2.4.** Hjúkrunarfræðingur stendur vörð um rétt skjólstæðings til einkalífs með því að gæta trúnaðar og þagmælsku og fer að siðareglum og lögum þegar hann deilir persónugreinanlegum upplýsingum með öðrum.
- 2.5.** Hjúkrunarfræðingur deilir ekki persónugreinanlegum upplýsingum í fjölmiðlum, á samfélagsmiðlum eða annars staðar á veraldarvefnum.
- 2.6.** Eigi hjúkrunarfræðingur að bera vitni fyrir rétti um einkamál skjólstæðings ber honum að leita faglegrar ráðgjafar.
- 2.7.** Hjúkrunarfræðingur vekur athygli á því ef ráðstafanir stjórnenda eða stjórnvalda ganga gegn hagsmunum skjólstæðings.
- 2.8.** Hjúkrunarfræðingur tilkynnir um sérhvert atvik, athæfi eða vanrækslu þar sem hann telur að brotið hafi verið á skjólstæðingi. Hagsmunir skjólstæðings ganga hér fram hagsmunum vinnustaðar.
- 2.9.** Hjúkrunarfræðingur stuðlar að reisu skjólstæðings og öryggi í tæknumhverfi og í þróun heilbrigðisþjónustu.
- 2.10.** Hjúkrunarfræðingur stendur vörð um rétt skjólstæðings til að deyja með reisu.
- 2.11.** Hjúkrunarfræðingur á fagleg samskipti við skjólstæðing. Slíkt felur í sér að halda fagleg mörk, virða trúnað og tryggja að samskipti séu á forsendum skjólstæðings og honum til hagsbóta.



- 2.12.** Hjúkrunarfræðingur leitast við að samskipti og framkoma taki mið af þroska og þörfum skjólstæðings.
- 2.13.** Hjúkrunarfræðingur sýnir aðstandendum virðingu og nærgætni, hlustar á og bregst við athugasemdum og áhyggjum þeirra, með hagsmuni sjúklings í fyrirrúmi.

3. Hjúkrunarfræðingur, vinnustaðurinn og samstarfsfólk

Hjúkrunarfræðingur þekkir stefnu, markmið og reglur vinnustaðar síns á hverjum tíma og fylgir þeim svo fremi að þær samrýmist grunngildum hjúkrunar og siðareglum.

- 3.1.** Hjúkrunarfræðingur þekkir skyldur sínar og réttindi á hverjum tíma og er virkur þátttakandi í að innleiða gagnreynda þekkingu og faglega starfshætti.
- 3.2.** Hjúkrunarfræðingur sýnir samstarfsfólki virðingu, styður það við erfiðar aðstæður og veitir leiðsögn þegar tilkynnt er um það sem betur má fara.
- 3.3.** Hjúkrunarfræðingur stuðlar að heiðarlegri og faglegri samvinnu.

4. Hjúkrun og samfélag

Hjúkrunarfræðingar taka virkan þátt í opinberri umræðu um heilbrigðismál og eru virkir þátttakendur í stefnumótun og eflingu heilbrigðisþjónustu.

- 4.1.** Hjúkrunarfræðingar bera virðingu fyrir starfsheiti sínu og sýna stéttvísí, innan sem utan vinnustaða.
- 4.2.** Hjúkrunarfræðingar beita sér fyrir að fagleg og siðferðileg viðmið séu viðhöfð í allri umræðu og ákvörðunum sem tengjast velferð samfélagsins.
- 4.3.** Hjúkrunarfræðingar hafa í heiðri sjálfbæra þróun.

Hver sá sem telur að hjúkrunarfræðingur hafi brotið þessar reglur getur óskað eftir umfjöllun siða- og sáttanefndar Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Siðaráð Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, maí 2015.

Samþykktar á aðalfundi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga 18. maí 2015.



Eldur inn í þér?

Omeprazol Actavis

– Við brjóstsvíða og súru bakflæði

20 mg, 14 og 28 stk. – fáanlegt án lyfseðils í næsta apóteki

Notkunarsvið: Omeprazol Actavis inniheldur virka efnið ómeprazol sem tilheyrir flokki lyfja sem kallast „prótónpumpuhamlar“ og verka með því að draga úr sýruframleiðslu magans. Omeprazol Actavis er ætlað til notkunar hjá fullorðnum til skammtíma meðferðar við einkennum bakflæðis (t.d. brjóstsvíða og náðtt). **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir ómeprazol eða öðru innihaldsefni lyfsins. Ofnæmi fyrir lyfjum sem innihalda aðra prótónpumpuhamla. Ef þú tekur lyf sem inniheldur neflinavír (við HIV sýkingu). **Varúð:** Ekki taka Omeprazol Actavis lengur en í 14 daga án samráðs við lækni. Ef einkennin minnka ekki, eða ef einkennin versna, skaltu ræða við lækinn. Omeprazol Actavis getur dulið einkenni annarra sjúkdóma. Því skaltu ræða strax við lækinn ef eitthvað af eftirfarandi kemur fyrir þig áður en þú tekur eða meðan þú tekur Omeprazol Actavis: Ef þú léttist að ástæðulausa og átt í erfiðleikum með að kyngja, færð magaverk eða meltingartruflunir, kastar upp mat eða blóði, hefur svartar hægðir (blóðlitaðar hægðir), ert með alvarlegan eða langvarandi niðurgang (ómeprazol hefur verið tengt við lítilla aukningu á smitandi niðurgangi), hefur verið með magasár eða gengist undir skurðaðgerð á meltingarfærum, ert á samfelldri meðferð við einkennum meltingartruflana eða brjóstsvíða í 4 vikur eða lengur, þjáist stöðugt af meltingartruflunum eða brjóstsvíða í 4 vikur eða lengur, ert með gulu eða alvarlegan lífrarsjúkdóm, ert eldri en 55 ára með ný eða nýlega breytt einkenni. Sjúklingar skulu ekki nota ómeprazol í fyrirbyggjandi tilgangi. Omeprazol Actavis inniheldur súkrósa. **Meðganga og brjóstgjöf:** Seðgu lækningum frá því ef þú ert barnshafandi eða ert að reyna að verða barnshafandi áður en þú tekur Omeprazol Actavis. Lækninn mun ákveða hvort óhætt sé fyrir þig að nota Omeprazol Actavis ef þú ert barnshafandi eða með barn á brjósti. **Skömmtur:** Sjúkpoðnu hylkin m.s. taka fyrir máltíð (t.d. morgunmat eða kvöldmat) eða á fastandi maga. Matit er með að hylkin sé tekin inn að morgni dags. Venjulegur skammtur er eitt 20 mg hylki eða tvö 10 mg hylki einu sinni á sólarhring í 14 daga. Hafðu samband við lækinn ef einkennin hafa ekki horfið á þessum tíma. Nauðsynlegt getur verið að taka hylkin í 2–3 daga samfelld áður en einkennin réna. Hylkin á að gleypa með glasi af vökva. Ekki m.d. tyggja eða mylja hylkin. **Aukaverkanir:** Hofðu samband við lækni strax ef eftirfarandi einkenni koma fram: Ondun verður skyndilega íwasandi, þroti í vörum, tungu og hálsi eða líkama, útbrot, yfirlið eða kyngingarörðugleikar (alvarleg ofnæmisyðbrigð). Röð í húð með blóðrum og húðflognum. Einnig getur verið um að ræða verulega blóðrunyndun og bláslingar í vörum, augum, munni, nefi og kyngfyrir. Þetta getur verið Stevens-Johnsonss heilkenni eða „eitrunardrep í húðþekju“. Gul húð, dökkt þvag og breyta sem geta verið einkenni lífrarsjúkdóms. **Algengar aukaverkanir:** Hofuð-ferkur. Áhrif á maga eða þarma (niðurgangur, magaverkur, hægðaregða, vindgangur). Ogleði eða uppköst. Markaðsleyfisnafi: Actavis Group PTC ehf. Geymið þar sem börn hvorki ná til né sjá. Lesið vandlega leiðbeiningar sem fylgja lyfinu. Nóvember 2015.



14 megingröðun hólð hylki

KYNNING Á KLÍNÍSKUM LEIÐBEININGUM UM GREININGU, FORVARNIR OG MEÐFERÐ VIÐ ÓRÁÐI

Steinunn Arna Þorsteinsdóttir, Elfa Þöll Grétarsdóttir, Hlíf
Guðmundsdóttir og Sólborg Þóra Ingjaldsdóttir

Í MAÍ 2015 gaf Landspítali út klínískar leiðbeiningar um greiningu, forvarnir og meðferð við óráði (delirium). Þverfaglegur hópur fagfólks á Landspítala vann að gerð þessara leiðbeininga sem byggja á leiðbeiningum NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) (NICE, 2010). Leiðbeiningarnar eru ætlaðar heilbrigðisstarfsfólki á sjúkrastofnunum og þær lýsa leiðum til að fyrirbyggja, greina og meðhöndla óráð. Sérstök áhersla er lögð á fyrirbyggingu óráðs með íhlutun án lyfja. Leiðbeiningarnar ná ekki til barna yngri en 18 ára, sjúklinga í lífslökameðferð eða þeirra sem eru í fráhvarfi vegna áfengis eða vímuefna. Þær eru aðgengilegar á [vef Landspítala](#).



Aldraðir og sjúklingar með heilabilun, alvarlega sjúkdóma eða mjaðmabrot eru líklegri til að fá óráð en aðrir. Óráð er heilkenni sem einkennist af truflun á meðvitund, vitrænni getu og skyntúlkun. Það byrjar skyndilega og hefur sveiflukenndan gang. Algengi óráðs hjá sjúklingum á lyflækningadeildum er 20-30% og 10-50% hjá sjúklingum eftir skurðaðgerðir. Sjúklingar sem fá óráð hafa skertari lífslíkur, eru líklegri til að fá heilabilun, fá frekar fylgikvilla, þurfa lengri sjúkráhúsdvöl og meiri endurhæfingu en aðrir sjúklingar. Allt þetta eykur verulega kostnað fyrir heilbrigðiskerfið. Með forvörnum er hægt að koma í veg fyrir óráð og bæta horfur sjúklinga.

Einkenni óráðs

Í leiðbeiningunum er mælt til þess að kannað sé við innlögn hvort nýlega hafi komið fram breytingar á hegðun sjúklings. Upplýsingar um það geta komið frá sjúklingi sjálfum, aðstandanda eða umönnunaraðila. Óráð hefur verið flokkað í undirflokka eftir eðli einkenna. Það getur einkennst af vanvirkni (hypoactive) eða ofvirkni (hyperactive) en sumir sjúklingar sýna merki um hvort tveggja. Sjúklingar með ofvirknieinkennum óráðs geta verið eirðarlausir, órólegir og árásargjarnir en hinir draga sig í hlé, eru hljóðir og sofandalegir enda er þetta stundum kallað þögult óráð. Almennu eru verri horfur hjá þeim sem fá þögult óráð en það er jafnframt síður greint og meðhöndlað. Það getur verið erfitt að greina blandað og þögult óráð. Einnig getur verið erfitt

TAFLA 1. EINKENNI ÓRÁÐS

Ofvirknieinkenni óráðs	Vanvirknieinkenni óráðs
Rugl	Minnkuð einbeiting
Breyting á skyntúlkun, s.s. sjón- eða heyrnarofskygnjanir	Hæg viðbrögð
Eirðarleysi	Minnkuð líkamleg virkni
Óróleiki	Minnkaðar hreyfingar
Svefntruflanir	Breytt matarlyst
Skortur á samvinnu	Hlédrægni
Breyting á samskiptum, skapferli, hugarástandi eða viðhorfum	Framtaksleysi

að greina milli óráðs og heilabilunar (dementia) og sjúklingur getur verið með hvort tveggja. Ef vafi leikur á greiningu skal meðhöndla sjúkling í byrjun eins og hann væri með óráð.

Mat á áhættuþáttum

Í leiðbeiningunum er lögð áhersla á mikilvægi þess að greina snemma þá einstaklinga sem er hætt við að fá óráð svo þeir fái viðeigandi fyrirbyggjandi meðferð. Mælt er til þess að við innlögð á sjúkrahús eða aðra heilbrigðisstofnun skuli meta innan sólarhrings hvort eftirfarandi áhættuþættir séu til staðar:

1. Aldur, 65 ára og eldri
2. Vitræn skerðing eða heilabilun (fyrri saga eða nýtilkomin)
3. Nýlegt mjaðmarbrot
4. Alvarleg veikindi (versnandi sjúkdómsástand eða er í hættu á að versna)¹

TAFLA 2. TENGL ÁHÆTTUÞÁTTA VIÐ ÓRÁÐ

Mjög sterk tengsl við óráð

Aldur > 65 ár
Vitræn skerðing
Sjónskerðing
Alvarleg líkamleg veikindi
Beinbrot við innlögð
Sýking
Fjötrar

Talsverð tengsl við óráð

Samverkandi langvinnir sjúkdómar
Æðaskurðaðgerð

Nokkur tengsl við óráð

Punglyndi
Heyrnarskerðing
Fjöillyfjanotkun
Þurrkur
Karlkyn
Truflanir á jóna- og saltbúskap
Hreyfingarleysi
Lausheldni á þvag og hægðir
Þvagleggur

¹⁾ Í viðauka leiðbeininganna er gert nánar grein fyrir því hvað alvarleg veikindi fela í sér.



Í leiðbeiningum NICE eru þetta stærstu áhættuþættir fyrir óráð en fast á eftir þeim fylgja sýkingar og fjötrar. Tafla 2 sýnir helstu áhættuþætti óráðs samkvæmt NICE.

Matstæki til að greina einkenni óráðs

Lögð er áhersla á notkun staðlaðra matstækja til að leita eftir einkennum óráðs. Mælt er með því að nota skimtækið DOS (Delirium observation screening scale) til að skima eftir einkennum óráðs. Ráðlagt er að skima að minnsta kosti einu sinni á dag einstaklinga með þekkta áhættuþætti og oftast ef breyting verður á ástandi. Annað skimunartæki, CAM-ICU, fylgir leiðbeiningunum og er hugsað til að meta einkenni óráðs hjá gjörgæslusjúklingum. Ef grunur er um óráð skal læknir framkvæma mat samkvæmt greiningarskilmerkjum DSM eða með skim- og greiningartækinu CAM til að staðfesta sjúkdómsgreininguna og skrá hana í sjúkraskrá. Ef erfiðlega gengur að greina milli óráðs og heilabilunar skal fyrst veita meðferð eins og um óráð sé að ræða.

Forvarnarmedferð við óráði

Talið er að hægt sé að fyrirbyggja um þriðjung óráðstilfella með forvörnum. Forvarnirnar þykja skila mestum árangri við að draga úr að óráð geri vart við sig og koma í veg fyrir fylgikvilla þess, en framúrskarandi hjúkrunarþjónusta er undirstaða slíkra forvarna. Í klínísku leiðbeiningunum byggist forvarnarmedferðin á gagnreyndri þekkingu og miðar að því að sporna við þekktum áhættuþáttum óráðs.

TAFLA 3. FORVARNARMEÐFERÐ VIÐ ÓRÁÐI

Bregðast við hugrænni skerðingu/ óáttun

Hafa viðeigandi birtustig (gera greinarmun á nóttu og degi) og sjá til þess að viðkomandi sjái á dagatal og klukku.

Auka áttun einstaklings með því að nefna hvar hann er, hvers vegna og hvert hlutverk starfsmanns sé.

Örva hugarstarf, til dæmis í gegnum endurminningar.

Hvetja til heimsókna fjölskyldu og vina.



Fyrirbyggja þurrk og hægðatregðu

Hvetja sjúkling til að drekka nægilega. Gefa vökva í æð ef þarf. Leita ráðgjafar vegna vökvameðferðar ef sjúklingur er með flókna langvarandi sjúkdóma. Fylgjast með hægðalosun og gefa hægðalyf ef þarf.

Koma í veg fyrir súrefnisskort

Meta einkenni súrefnisskorts og gefa súrefni ef þarf.

Fylgjast með einkennum um sýkingu

Fylgjast með einkennum sýkinga og veita viðeigandi meðferð. Forðast óþarfa þvagleggi. Fylgja leiðbeiningum sýkingavarna vegna inniliggjandi leggja.

Bregðast við takmarkaðri hreyfigetu

Hvetja til hreyfingar fljótt eftir skurðaðgerð. Hvetja til reglulegrar göngu eða aðstoða í stól ef þarf (hafa viðeigandi hjálpartæki aðgengileg). Hvetja til virkra liðferlisæfinga, líka hjá þeim sem eru rúmfastir.

Bregðast við verkjum

Meta verki með viðeigandi verkjakvarða. Meta óyrnt einkenni verkja, sérstaklega hjá þeim sem eiga erfitt með að tjá sig (t.d. sjúklinga með heilabilun, með barkaslöngu eða í öndunarvél). Veita viðeigandi verkjameðferð hjá þeim sem eru með verki eða líklegt þykir að séu með verki.

Lyfjanotkun

Endurskoða lyfjanotkun með tilliti til hvers konar lyf um ræðir og fjölda þeirra.



Bregðast við vannæringu

Fylgja klínískum leiðbeiningum um næringu sjúklinga.
Tryggja að lausar tennur passi vel, sé fólk með þær.

Bregðast við breyttri/skertri skynjun

Fjarlægja orsök ef við á, svo sem hreinsa burt eyrnamerg.
Tryggja að gleraugu og heyrnartæki séu tiltæk fyrir þá sem nota slíkt.

Tryggja góðan svefn og eðlilegt svefnmynstur

Forðast inngrip á svefntíma.
Skipuleggja lyfjagjafir þannig að ekki verði truflun á svefntíma.
Tryggja rólegt umhverfi og draga úr áreitum á svefntíma.
Bjóða upp á slakandi tónlist.
Bjóða upp á baknudd, fóta- eða handanuð fyrir svefntíma.

Meðferð við óráði

Ef sjúklingur hefur verið greindur með óráð er mikilvægt að greina og meðhöndla þær orsakir sem liggja að baki. Á meðan einkenni um óráð eru til staðar er lögð rík áhersla á góð samskipti við sjúkling til að hjálpa honum að ná áttum, til dæmis útskýra fyrir honum hvar hann er staddur og hughreysta hann, ásamt því að stuðla að þægilegu og öruggu umhverfi. Að auki er mikilvægt að meta þörf fyrir stuðning frá ættingjum og vinum sem eru samstarfsaðilar í umönnun sjúklings. Alltaf skal fyrst reyna að róa sjúkling með eða án orða. Meðferð með lyfjum ætti að vera lokaúrræði ef aðrar aðferðir duga ekki og ef sjúklingur er í hættu á að skaða sjálfan sig og aðra. Þá er mælt með því að nota halóperídól eða ólanzapín í skamman tíma, helst styttra en viku, byrja með lága skammta og auka varlega ef þörf er á í samræmi við einkenni. Ætíð skal forðast notkun geðrofslyfja eða gæta varúðar við notkun hjá sjúklingum með Parkinsonsjúkdóm, Parkinsonheilkeni eða Lewy Body-heilabilun. Ef óráð lagast ekki þarf að fara aftur yfir hvaða orsakir geta legið að baki og meta sjúkling með tilliti til hugsanlegrar heilabilunar.



Fræðsla og stuðningur til bæði sjúklinga og aðstandenda er mikilvægur þáttur í meðferð við óráði. Leiðbeiningunum fylgir fræðsluefni fyrir aðstandendur. Veita þarf sjúklingum í óráði stuðning, ekki síður þegar ástandið er gengið yfir, svo sem með því að hvetja þá til að ræða reynslu sína við heilbrigðisstarfsmenn. Meta þarf einnig hvort þörf sé á áframhaldandi stuðningi.

Lokaorð

Þetta eru fyrstu klínísku leiðbeiningar sem komið hafa út á íslensku um greiningu, forvarnir og meðferð við óráði og eru þær aðgengilegar á vef Landspítala. Leiðbeiningarnar eru þverfaglegar og gagnast hjúkrunarfræðingum sem og öðrum heilbrigðisstéttum til að sporna við og draga úr afleiðingum óráðs. Mikilvægt er að þekking á óráði sé góð meðal heilbrigðisstarfsmanna svo vandamálið sé greint í tíma og viðeigandi meðferð veitt. Notkun klínískra leiðbeininga, sem byggja á bestu fáanlegu þekkingu á hverjum tíma, stuðlar að bættri meðferð og þar af leiðandi bættri afkomu sjúklinga.

Um höfunda

Steinunn Arna Þorsteinsdóttir, hjúkrunarfræðingur, MS, heila-, tauga- og bæklunarskurðeild Landspítala, adjunkt við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Elfa Þöll Grétarsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun aldraðra, Landspítala, adjunkt við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Hlíf Guðmundsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun aldraðra, Landspítala, adjunkt við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Sólborg Þóra Ingjaldsdóttir, hjúkrunarfræðingur, diplóma í hjúkrun aðgerðasjúklinga, skurðlækningadeild 12-G, Landspítala.

HEIMILDIR

Landspítali. (2015). Klínískar leiðbeiningar um greiningu, forvarnir og meðferð við óráði. Sótt á <http://www.landspitali.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=dd2b7a54-f8af-11e4-9ea2-005056be0005>.

NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence. (2010). Delirium: diagnosis, prevention and management. London: NICE. Sótt á <http://www.nice.org.uk/cg103>.





STYTTING VINNUVIKUNNAR

STYTTING VINNU- VIKUNNAR ER RAUN- HÆFUR KOSTUR



UMRÆÐAN UM styttingu vinnuvikunnar er orðin hávæðari hér á landi og er orðin að veruleika í þeim löndum sem við berum okkur gjarnan við. En er stytting vinnuvikunnar raunhæfur möguleiki í heilbrigðiskerfinu? Gæti það verið lausnin á skorti á hjúkrunarfræðingum í íslensku heilbrigðiskerfi?

Stytting vinnuvikunnar er raunhæfur kostur í íslensku heilbrigðiskerfi að mati Ólafs G. Skúlasonar, formanns Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Lagt hefur verið fram frumvarp um breytingu á lögum um 40 stunda vinnuviku í 35 stunda vinnuviku og í kjölfar tilraunaverkefnis, sem staðið hefur í tæpt ár hjá Reykjavíkurborg, er komin fram viljayfirlýsing frá stjórnvöldum þess efnis, að sögn Helgu Jónsdóttur, framkvæmdastjóra BSRB, en hún er í stýrihóp verkefnisins. Ólafur telur að fleiri hjúkrunarfræðingar myndu velja það að vinna fullt starf ef af þessu yrði, en um áttundi hver hjúkrunarfræðingur er í skertu starfshlutfalli og flestir vinna 80% starf. „Ég tel góðar líkur á að hjúkrunarfræðingar, sem hafa horfið frá störfum vegna vaktaálags, muni snúa til baka ef vinnuvikan yrði stytta. Þannig yrði mönnunin á vöktum betri og minni þörf á breytilegri yfirvinnu.“ Jafnframt segir hann að með styttingu vinnuvikunnar muni álag á hvern og einn hjúkrunarfræðing minnka og þar af leiðandi fækka

þeim sem eru í veikinda-
leyfum, til að mynda vegna
stoðkerfisvandamála.

**Minni veikindaforföll
og lægri launa-
kostnaður með styttri
vinnuviku**

Hjá Karólínska sjúkrahúsinu í Stokkhólmi var brugðið á það ráð að stytta vinnuvikuna niður í rúmar

Stytting vinnuvikunnar ein og sér myndi ekki leysa allan vanda að mati Ólafs en „það myndi tvímælalaust gera vinnuumhverfið og starfið meira heillandi fyrir alla og skila sér vonandi í enn fleiri hjúkrunarfræðingum til framtíðar.“

32 stundir og greiða full laun til að bregðast við skorti á hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum. Vonir standa til að veikindaforföll minnki í kjölfarið og lækki þannig launakostnað. Ákvörðunin hefur þegar skilað góðum árangri. Hér á landi, líkt og víðast hvar annars staðar,



vantar hjúkrunarfræðinga og verið er að leita leiða til úrbóta til að takast á við þennan skort. Stytting vinnuvikunnar ein og sér myndi ekki leysa allan vanda að mati Ólafs en „það myndi tvímælalaust gera vinnuumhverfið og starfið meira heillandi fyrir alla og skila sér vonandi í enn fleiri hjúkrunarfræðingum til framtíðar.“ Hann segir Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga hafa sett styttingu vinnuvikunnar á oddinn í kjaraviðræðum undanfarna áratugi en ekki haft erindi sem erfiði. „Við erum að skoða leiðir til að fjölga hjúkrunarfræðingum. Við erum nú að kalla eftir tölum frá heilbrigðisstofnunum um væntanlega

Þetta er fyrsta tilraunaverkefni um styttingu vinnuvikunnar en BSRB, sem tekur þátt í þessu verkefni, hefur lengi haft þetta á stefnuskrá sinni.

þörf þeirra fyrir hjúkrunarfræðinga auk þess sem við erum að skoða fjölda þeirra sem mega hefja töku lífeyris. Við höfum leitað samstarfs við breiðan hóp hjúkrunarstjórnenda, háskólana og velferðaráðuneytið. Það er áhersla félagsins að hér verði fjölgað hjúkrunarfræðingum til að hægt sé að tryggja öryggi sjúklinga,“ segir Ólafur.

Helga Jónsdóttir hjá BSRB fagnar því að umræðan um styttingu vinnuvikunnar sé hafin og skoða þurfi sérstaklega hvernig stytting vinnuvikunnar yrði útfærð

hjá stofnunum þar sem unnin er vaktavinna. Hún segir raunverulega umræðu vera innan aðildarféлага BSRB um styttingu vinnuvikunnar og viljayfirlýsing frá stjórnvöldum liggur fyrir um verkefnið. Þetta er fyrsta tilraunaverkefni um styttingu vinnuvikunnar en BSRB, sem tekur þátt í þessu verkefni, hefur lengi haft þetta á stefnuskrá sinni. Tæpt ár er frá því verkefninu var hrundið af stað og gerðar hafa verið þjónustukannanir meðal starfsfólks bæði fyrir og meðan á verkefninu hefur staðið. Niðurstöður þessa verkefnis hafa ekki verið kynntar enn, en að sögn Helgu er rætt um að framlengja verkefnið og bæta við vinnustöðum. Helga segist fagna þessari vakningu en það er margt sem samfélagið þarf að ræða, til að mynda hvort stytting vinnuvikunnar verði lögfest eða samið um hana í kjarasamningum.



**ARDÍS HENRIKS-
DÓTTIR** hjúkrunar-
fræðingur, bráða-
deild Landspítala,
Fossvogi, og göngu-
deild smitsjúkdóma
barna, Barnaspítala
Hringsins.

ÞANKASTRIK

ER HÆGT AÐ EFLA FAGLEGAN METNAÐ?

Ardis Henriksdóttir



VIÐ HJÚKRUNARFRÆÐINGAR erum vel menntuð stétt, margir með viðbótarmenntun og sífellt fleiri komnir með meistara- eða doktors-nafnbót. Hvatning til frekara náms er ekki drifin af loforðum um betri vinnuskilyrði eða ofurlaun heldur innri löngun og þrá til að bæta sig. Samkvæmt siðareglum hjúkrunarfræðinga er það skylda okkar að fylgjast með nýjungum, viðhalda þekkingu, sinna endurmenntun, en er fylgst með því? Hver á að gera það og eiga að vera einhver viðurlög ef maður gerir það ekki?

Við útskrift úr háskóla, eða Hjúkrunarskólanum hér áður fyrr, er hægt að sækja um hjúkrunarleyfi en það er ekki kvöð á að endurnýja það leyfi svo lengi sem viðkomandi hefur ekki verið sviptur því. Það má því segja um okkur eins og skátana: „Eitt sinn hjúkrunarfræðingur, ávallt hjúkrunarfræðingur.“

Hjúkrunarfræðingar, sem starfa erlendis, til dæmis í

„Þegar auglýst er eftir hjúkrunarfræðingum hér á landi er gerð krafa um hjúkrunarleyfi og stundum starfsreynslu í einhver ár eða reynslu á ákveðnu sviði og framhaldsnám ef staðan krefst þess. En vantar ekki skýrari hæfniskröfur hjá stofnunum og hvernig hægt er að viðhalda þeim?“

Bandaríkjunum eða Bretlandi, þurfa hins vegar að endurnýja leyfin sín reglulega, eða á tveggja til þriggja ára fresti. Ef þeir vinna á sérhæfðri deild, til dæmis á bráðamóttöku, þá þurfa þeir líka að endurnýja endurlífgunarskírteini sitt reglulega. Ef það er ekki gert þá missa þeir vinnuna því ekki vilja sjúkrahúsin hafa starfsfólk í vinnu sem ekki uppfyllir kröfur og reglugerðir sem settar hafa verið. Þessi krafa er líka á Norðurlöndunum, þeim löndum sem við berum okkur oft saman við, til dæmis er gerð sú krafa í Noregi að árlega sé farið á endurlífgunarnámskeið. Íslenskir

sérfræðingar í hjúkrun þurfa að endurnýja sérfræðingsleyfi sitt á nokkurra ára fresti en ekki hinn almenni hjúkrunarfræðingur.

Þegar auglýst er eftir hjúkrunarfræðingum hér á landi er gerð krafa um hjúkrunarleyfi og stundum starfsreynslu í einhver ár eða reynslu á ákveðnu sviði og framhaldsnám ef staðan krefst þess. En



vantar ekki skýrari hæfniskröfur hjá stofnunum og hvernig hægt er að viðhalda þeim? Sem dæmi um slíkt má nefna endurlífsgun. Reglulega eru gefnar út nýjar leiðbeiningar og til að hafa gilt endurlífsgunar-skírteini þá þarf að fara á upprifjunarnámskeið annað hvert ár. Til þess að hægt sé að gera kröfu um að vera með gilt skírteini þarf framboð á námskeiðum að vera til staðar. Í dag eru námskeið vissulega haldin með reglulegu millibili en námspláss eru fá og myndu ekki anna eftirspurn ef kröfurnar væru staðreynd. Stofnunin þyrfti því að

sjá til þess að starfsmenn hefðu námstækifæri til að geta uppfyllt hæfniskröfuna.

Ef litið er á stefnu FÍH leggur félagið áherslu á að tryggja þurfi nauðsynlegt fjármagn og stuðning yfirmanna við markvissa starfsþróun hjúkrunarfræðinga á öllum stigum heilbrigðisþjónustu, auk þess sem félagið hvetur til starfsþróunar og styður við hjúkrunarfræðinga til að viðhalda þekkingu sinni og færni, meðal annars með styrkjum til sí- og endurmenntunar og með framboði á námskeiðum. Félagið vill stuðla að símenntun hjúkrunarfræðinga með því að leggja áherslu á launalega umbun fyrir endur-,

„Við þurfum að gera þá kröfu á okkur sem stétt að sinna endur- og símenntun og þá um leið gera kröfu á okkar vinnustaði að bjóða upp á námskeið, fræðslu og tíma til að sinna því.“

viðbótar- og framhaldsmenntun í kjarasamningum.

Þetta er allt saman af hinu góða. En hvernig er hægt að virkja hjúkrunarfræðinginn til að efla sinn faglega metnað og að hafa kynnt sér og tileinkað nýjustu gagnreyndu leiðbeiningar eða verkferla, nýjungar í tækjabúnaði og lyfjum? Á það að vera gegnum kröfur vinnuveitanda og á umbunin að vera sú að halda starfinu, eða eiga hjúkrunarfræðingar að finna hjá sér þörf til að vera upplýstir og með allt á hreinu? Við viljum að aðrar starfstéttir noti nýjustu rannsóknir í meðferð og að ný tæki og tól séu til á stofnunum, ný og betri lyf tekin í notkun. Við hljótum því að gera þá kröfu til okkar sem fagstétt að við kynnum okkur og tökum upp nýjungar eða breytingar í okkar fagi. Umbun í formi launahækkunar í gegnum framgangskerfi hjúkrunarfræðinga (á Landspítala) er það sem viðgengst í dag, en það er undir starfsmanninum komið hvort hann sækir um framganginn eða ekki.



Við þurfum að líta inn á við, hafa hvata til að vilja vita meira, vera betri hjúkrunarfræðingar sem beita nýjustu aðferðum við hjúkrun, sinna endur- og símenntun, veita bestu hjúkrun sem völ er á, tryggja öryggi skjólstæðinga okkar og standa vörð um þjónustuna við þá. Sá hvati verður að koma innan frá ekki síður en frá vinnuveitanda. Með því að efla sinn faglega metnað fæst margt, öryggi í vinnubrögðum, sjálfstæði í starfi, ánægja sem smitar út frá sér. Við þurfum að gera þá kröfu á okkur sem stétt að sinna endur- og símenntun og þá um leið gera kröfu á okkar vinnustaði að bjóða upp á námskeið, fræðslu og tíma til að sinna því.

Nýtum okkur þau námstækifæri sem eru í boði, námskeið til starfsþróunar, endurmenntun í Háskólanum, námskeið og ráðstefnur sem bæði félagið og fagdeildir standa fyrir. Nýtum okkur þann möguleika að sækja um styrki til sí- og endurmenntunar hjá þeirri stofnun sem við störfum hjá sem og félaginu. Gerumst áskrifendur að fagtímaritum í hjúkrun og kynnum okkur öll þau tæki og tól sem verið er að taka í notkun á okkar vinnustað. Eflum okkar faglega metnað, starfsánægja okkar mun aukast til muna.

Ég skora á Yousef Inga Tamini að skrifa næsta Þankastrik.

Þankastrik er fastur dálkur í blaðinu og höfundur hvers pistils stingur upp á þeim næsta. Í þankastriki gefst hjúkrunarfræðingum færi á að tjá sig um ýmislegt sem varðar hjúkrun og er þeim hjartfólgið.

Pistlarnir geta fjallað um ákveðin málefni, sögur af kynnum við sjúklinga eða starfsfólk, eitthvað sem hefur orðið höfundum til hugljómunar eða hvaðeina annað sem tengist starfinu og hugmyndafræði þess.



HJÚKRUNARFRÆÐINGAR Í NOREGI

FÆRRI KOMAST AÐ EN VILJA



ÞAÐ ER skortur hjúkrunarfræðingum um allan heim. Hjúkrunarfræðingar hér á landi hafa ekki farið varhluta af skortinum og geta hæglega sótt sér vinnu erlendis, þá einkum á Norðurlöndunum. Undanfarin ár hefur töluverður fjöldi íslenskra hjúkrunarfræðinga farið í afleysingastörf í skemmri tíma og þá aðallega til Noregs. Ástæðan er fyrst og fremst fjárhagslegur ávinningur en einnig er tilbreyting að vinna í nýju starfsumhverfi.

Frá árinu 2011 hafa yfir hundrað hjúkrunarfræðingar farið til Noregs á vegum Sólstaðna sem sérhæfa sig í að útvega heilbrigðisstarfsfólki afleysingastörf til lengri eða skemmri tíma. Að sögn Rósu Þorsteinsdóttur, gjörgæsluhjúkrunarfræðings og framkvæmdastjóra Sólstaða, komast færri að en vilja en eftirspurnin er mest eftir sérhæfðum hjúkrunarfræðingum. Aðsóknin hefur aukist frá ári til árs en alls fóru 56 hjúkrunarfræðingar í 78 ferðir árið 2015. Þeim sem á þurfa að halda er boðið upp á undirbúningsnámskeið í norsku með áherslu á talmál. „Það útskrifast ekki nægilega margir hjúkrunarfræðingar til að uppfylla þá þörf sem til staðar er. Það hefur legið lengi fyrir. Það er einnig mikil eftirspurn í Svíþjóð en við erum ekki með samning þar,“ segir Rósa. Hún segir afleysingastörfin enn borga sig fjárhagslega, en ávinningurinn er einnig sá að hjúkrunarfræðingarnir læra mikið af því að fara út en drifkrafturinn eru launin.

Ótvíræður fjárhagslegur ávinningur

Grönn Hreiðarsdóttir svæfingahjúkrunarfræðingur fór í fyrsta skipti sem afleysingahjúkrunarfræðingur til Noregs árið 2012 og síðan hefur hún farið tvisvar til þrisvar á hverju ári til Noregs, í eina til tvær vikur í senn. „Ég byrjaði á þessu út af laununum og fyrst um sinn fékk ég ríflega ein mánaðarlaun fyrir tíu daga vinnu. Fólk veltir fyrir sér af hverju við erum enn að þessu vegna stöðu norsku krónunnar, en þetta er skemmtileg tilbreyting. Ég væri ekki að þessu ef það væri ekki fjárhagslegur ávinningur. Svo finnst mér gott að komast aðeins í burtu og vinna í öðru umhverfi,“ segir Grönn, en hún er nýbúin að skrifa undir árssamning við afleysingar á svæfingadeild í Akershus í Noregi. Grönn segir svo mikla eftirspurn vera eftir hjúkrunarfræðingum, þá sér í lagi á gjörgæslu og í svæfingu, að hún fær tölvupóst nánast daglega um starfstilboð, en auk þess að vera á skrá hjá Sólstöðum er hún einnig á skrá hjá dönsku starfsmannaleigunni UniCare.





Helsti munurinn á því að vinna í Noregi miðað við Ísland er sá að þar er betri mönnun og minna álag á vöktum. Hrönn er í 80% starfi á Landspítala og nýtir vaktafrí og orlofsdaga til að fara til Noregs en að mati hennar er of mikið álag að vera í fullri vinnu á Landspítalanum. Aðspurð segir hún þetta fyrirkomulag henta sér vel og hún mæti skilningi hjá sínum yfirmönnum og sveigjanleika þegar á þarf að halda. Launin dugi einfaldlega ekki til hér heima.



ALLT FYRIR GÓÐAN NÆTURSVEFN



Mikið úrval af vönduðum
svamp- og loftdýnum



Dúnmjúkt og sterkt lín



Falleg og heimilisleg
hjúkrunarrúm



Vönduð snúningslök
sem auðveldar
umönnun



Köfum það notalegt um jólin

FASTUS

Verið velkomin í verslun okkar að Síðumúla 16
Opíð mán - fös 8:30 - 17:00

Síðumúli 16 • 108 Reykjavík • Sími 580 3900 • www.fastus.is



HJÚKRUN Í NOREGI

MEIRA FJÁRHAGSLEGT ÖRYGGI OG LÍFSGÆÐI Í NOREGI



„OKKUR LANGAR að flytja aftur heim. Við erum íslensk og það er sterkt í okkur. Ég vil að dætur mínar verði Íslendingar í framtíðinni og við söknum fjölskyldu okkar og vina,“ segir Edda Marý Óttarsdóttir svæfingahjúkrunarfræðingur, en hún hefur unnið við Ullevålshjúkrahúsið sem er hluti af háskólasjúkrahúsinu í Ósló undanfarin fimm ár. Ástæðan fyrir því að Edda Marý flutti búferlum var að stórum hluta fjárhagsleg.

„Ég var einstæð móðir og dæmið gekk einfaldlega ekki upp hérna heima. Ég var komin í fjárhagsleg vandræði og fór því til að bjarga

fjármálunum.“ Barnsfaðir hennar flutti á sama tíma til Svíþjóðar og bjó dóttir þeirra hjá honum fyrsta árið eftir að Edda flutti út og ferðast hún reglulega á milli landanna. „Þrátt fyrir að launin séu betri þá er dýrt að búa í Ósló, en fjárhagslegt öryggi er meira og betri líðan almennt,“ að sögn Eddu.

Aðspurð um hver væri helsti munurinn á því að vinna í Noregi og Íslandi segir hún að vakta- skipulagið geri gæfumuninn. Hjá hjúkrunarfræðingum, sem vinna

100% vinnu á þrískiptum vöktum, er vinnuvikan 35,5 klukkustundir að meðtöldum matartíma. Að sögn Eddu er vaktaskipulagið meira fljótandi og vel skipulagt með tilliti til hvíldartíma og aðlögunar að sólarhringnum. Þannig vinnur hún fjórðu hverja helgi og aukavaktir eru fátíðar. „Eftir að hafa unnið þrjár næturvaktir á einni helgi tókum við hvíld í viku. Það frí er í raun áunnið með því að vinna fleiri tíma sumar vikunnar. Þetta er mjög gott fyrirkomulag upp á að jafna svefnmynstrið. Mér líkar máttinn sem við svæfingahjúkrunarfræðingar í Noregi vinnum á, við vinnum mjög sjálfstætt og það er talsvert svigrúm fyrir endurmenntun. Til dæmis er það í reglum hér að tveir svæfingahjúkrunarfræðingar mega innleiða svæfingu hjá frískum sjúklingum, en á Íslandi er lækni alltaf til staðar,“ segir Edda.

„Lífsgæðin í Noregi gera gæfumuninn. Norðmenn eru viðkun-
anlegir og duglegir líkt og Íslendingar. En þeir eru nægjusamir og

Að sögn Eddu er vakta-
skipulagið meira fljótandi
og vel skipulagt með
tilliti til hvíldartíma og
aðlögunar að sólarhring-
num. Þannig vinnur hún
fjórðu hverja helgi og
aukavaktir eru fátíðar.





mikil náttúrubörn og margir eiga litla fjallakofa eða bústaði sem þeir fara í um helgar og skella sér á gönguskíði eða stunda annars konar útivist. Þeir verja þannig mun meiri tíma með fjölskyldum sínum,“ segir Edda. Íslendingum hefur verið tekið vel og oft litið á þá sem litlu frænku og dönskugrunnurinn hjálpar til við að ná tökum á norskunni. Edda segir það góða tilbreytingu að vinna annars staðar tímabundið. Hún leggur stund á meistaranám samhliða vinnu. „Það er mikilvægt að sjá hvernig hlutirnir eru gerðir annars staðar. Fyrir vikið er ég gagnrýnni á aðstöðuna og aðbúnaðinn heima. Húsakosturinn er það slæmur á Landspítalanum að í nokkrum tilfellum getur fólk ekki unnið vegna myglusvepps.“

Hvað myndirðu vilja sjá breytast þegar heim kemur? „Það þyrfti að skoða vinnutímann. Í kjaraviðræðunum á síðasta ári var mikil áhersla lögð á hærri laun því þau máttu að sjálf sögðu bæta, en það er líka mikilvægt að vinnuskyldan sé hæfileg. Ísland er varla samanburðarhæft að þessu leyti. Stytting vinnuvikunnar yrði um leið kjarabót. Rökin sem Norðmenn höfðu fyrir að stytta vinnuvikuna voru

„Rökin, sem Norðmenn höfðu fyrir að stytta vinnuvikuna, voru meðal annars þau að samfélagið hefði meiri ávinning af að missa framleiðslu miðað við frítímann sem fólk fær á móti. Styttri vinnuvika hjá kvennastéttum er líka ákveðið skref í átt að kynjajafnrétti því það er bara þannig að konur taka oft á sig skert starfshlutfall. Skerðing á starfsþrósentu getur síðan haft áhrif á hvað fólk fær útborgað í fæðingarorlofi svo ekki sé talað um ellilífeyrinn. Það gæti kannski líka aukið líkurnar á því að fólk leggi fyrir sig að læra hjúkrun. Þrátt fyrir að mig langi að koma aftur heim er ég á sama tíma þínu kvíðin fyrir því. Ég sé því miður fyrir mér að ég þyrfti að fara í skert starfshlutfall því að maðurinn minn þyrfti að vinna langa daga. Ég kann mjög vel við mig á Ullevål. Mig langar ekki að vera sú manneskja sem kvartar sífellt yfir aðbúnaði og að ekkert hafi breyst. Aðalatriðið er að lífsgæði okkar taki ekki bakslag því að þegar öllu er á botninn hvolft snýst ekki allt um peninga heldur lífsgæðin.“



UMRÆÐA UM DAUÐANN Í AÐDRAGANDA ANDLÁTS

Bragi Skúlason og Ásgeir R. Helgason



ÞEGAR LÆKNING er ekki lengur möguleg standa sjúklingar, sem takast á við lokabátt alvarlegra sjúkdóma, frammi fyrir ættingjum og vinum og velta fyrir sér hvort, eða hvernig, þeir ættu að ræða við sitt nánasta fólk um ástand sitt og horfur. Sérstaklega veitist mörgum erfitt að hefja umræður um eigin yfirvofandi dauða og auk þess eru viðbrögð nánustu aðstandenda oft eitthvað á þá leið að „við ætlum ekki að gefast svona auðveldlega upp“.

Sjúklingurinn, sem um ræðir, hefur oft mjög skýra mynd af því hvert stefnir, en þrótturinn þverr, verkir aukast og aukinnar verkjameðferðar er þörf, auk þess sem róandi lyf og svefnlyf slæva og minnka meðvitund sjúklingsins. Þegar svo er komið eru tækifærin fyrir umræðu um eigin dauða orðin færri og skömmu síðar engin. Það er með öðrum orðum vafasamt að fresta slíkri umræðu þegar greining sjúkdóms leiðir í ljós að lækning er ekki lengur möguleg.

Það eru einungis nokkrir áratugir síðan þeirri aðferð var hætt á Vesturlöndum að segja ekki sjúklingum hversu alvarlegt ástand þeirra væri orðið. Á seinni árum hafa siðferðislegar hefðir læknávisindanna breyst í þá átt að segja satt og rétt frá í öllum meginatriðum (e. conditional disclosure) (Field og Copp, 1999; Gorer, 1965). Þar er tekist á við annars vegar réttindi sjúklings til að fá réttar upplýsingar og hins vegar að fá að halda í vonina eða réttinn til að vita ekki hvernig komið er. Í heilbrigðisþjónustu er stöðugt verið að leita jafnvægis varðandi þessi réttindi.

Í nútímaumönnun er almennt mælt með að umræða um lífslokameðferð hefjist mun fyrr í líknarmeðferð en áður var (Mack o.fl., 2012; National Consensus Project for Quality Palliative Care 2015; Smith o.fl., 2012; Quill, 2000). Nýlegar rannsóknir benda til að ávinningur fyrir sjúklinginn sé fyrir hendi (Steinhauser o.fl., 2000). Aðrar rannsóknir benda til að samtölin dragi úr áhættunni á því að beitt sé öllum tiltækum úrræðum til lækninga þó víst sé að lækning muni ekki bera árangur og aukaverkanir meðferðarinnar muni hafa slæm áhrif á líðan sjúklingsins á lokaskeiði lífsins (Mack o.fl., 2010; Weeks o.fl., 1998; Wright o.fl., 2008). Rannsóknir á nánustu aðstandendum, sem missa ástvini sína, hafa og leitt í ljós að langtímaávinningur er að bæði að upplýsingum og tímanlegri vitneskju um að ástvinurinn sé að deyja. Tímanleg vitneskja dregur úr líkum á langvinnri sálfræðilegri vanlíðan (psychological trauma)



í sorginni (Hauksdóttir o.fl., 2010; Valdimarsdóttir o.fl., 2004). Sé sjúklingur sjálfráða og með fulla meðvitund er samþykki hans þó líkast til forsenda þess að heilbrigðisstarfsmaður hafi rétt til að upplýsa og undirbúa aðstandendur (Lög um réttindi sjúklunga, 1997).

Því verður opið samtal milli sjúklings og heilbrigðisstarfsmanns að hafa átt sér stað.

Fagfólk í heilbrigðisþjónustu, sem annast sjúklinga með ólæknandi sjúkdóma, gerir sitt besta til að aðlagast breyttum hefðum, viðhorfum og klínískum leiðbeiningum en byggir þó ekki síst á klínískri og persónulegri reynslu. Það er reynsla höfunda þessarar greinar að þörf og eftirspurn sé eftir þjálfunar- og námsefni fyrir starfsfólk heilbrigðiskerfisins á þessu sviði. Þess vegna ákváðum við að gera klíníska inngripsrannsókn sem fyrsta skrefið á þeirri leið að undirbúa aðferð

Ef taka á fullt tillit til réttinda sjúklunga til að stjórna umræðunni um eigin meðferð og lífshorfur er vísast að samtal á milli fagfólks og dauðvona sjúklunga sé forsenda þess að samtal við nánustu aðstandendur um ástand og horfur geti átt sér stað.

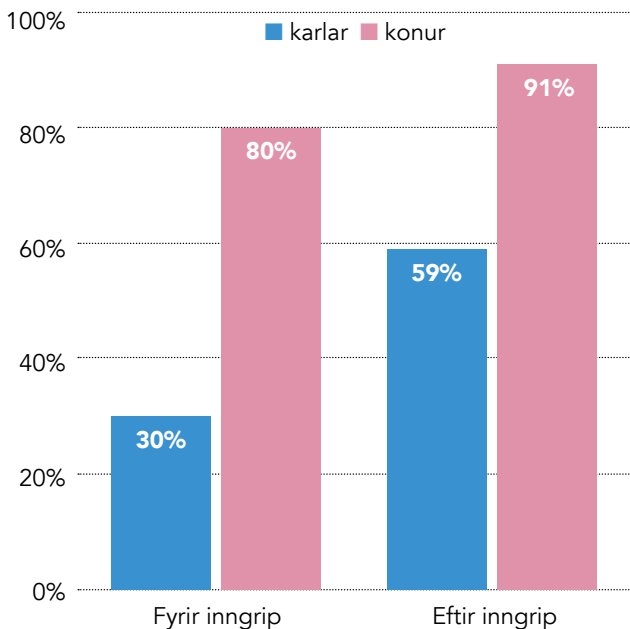
sem gæti hentað. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna boðskipti milli sjúklunga með ólæknandi sjúkdóm og heilbrigðisstarfsfólks varðandi dauða sjúklings með tilliti til kynjamismunar. Einnig að kanna hvort tiltölulega einfalt inngrip hefði áhrif án þess að farið væri yfir persónumörk sjúklings (e. autonomy). Söfnun gagna fór fram á Landspítalanum á árunum 2006-2008 en úrvinnsla gagna var framkvæmd eftir að allir sjúklingar, sem rætt var við, voru látnir.

Íslensk rannsókn: Nýlega birtum við gögn úr rannsókn á klínísku inngripi í viðtölum í líknarmeðferð (Skúlason o.fl., 2014). Rannsóknin var hluti af doktorsverkefni í heilbrigðismannfræði við Háskóla Íslands í samstarfi við Karolinska institutet í Svíþjóð. Lögð var áhersla á þverfaglegar rannsóknarspurningar og -aðferðir (Skúlason o.fl., 2014). Meginmarkmið okkar voru annars vegar að skapa aðstæður, sem efla umræðu um eigin dauða, og hins vegar að opna nýjar leiðir fyrir heilbrigðisstarfsmenn í samtölum við nánustu aðstandendur sjúklinganna.



Við skipulagningu inngripsins var leitað í smiðju áhugaskapandi samtala (e. motivational interviewing) en aðferðin var sérstaklega löguð að líknar- og lífslokameðferð (sjá umfjöllun um aðferðina hér neðar). Inngripið fól í sér tilboð um samtal, í þessu tilviki um eigin

MYND 1. Tal um eigin yfirvofandi dauða í hefðbundnu klínísku samtali.



yfirvofandi dauða, þar sem þess er jafnframt gætt að engin þvingun í átt til slíkrar umræðu eigi sér stað enda er það kjarninn í áhugaskapandi samtölum (Helgason og Skúlason, 2014). Íslenska rannsóknin byggðist á viðtölum við 195 sjúklinga á Landspítalanum með staðfestan ólæknandi sjúkdóm (Skúlason o.fl., 2014).

Við vinnslu gagnanna kom í ljós verulegur kynjamunur varðandi frumkvæði viðmælenda til að

ræða um eigin yfirvofandi dauða. Karlar voru síður líklegir til að hefja umræðu um dauðann án stuðnings. Fyrir inngripið höfðu átta af tíu konum átt frumkvæði að samræðunni en einungis þrír af tíu körlum. Eftir inngripið höfðu níu af tíu konum og sex af tíu körlum átt samtal um eigin yfirvofandi dauða. Rannsóknin leiddi því í ljós að karlar með ólæknandi sjúkdóma eru tregari en konur til að ræða um eigin yfirvofandi dauða en að draga megi verulega úr kynjamun með því að nota gagnreynd inngrip sem byggjast á aðferðum sem ekki ögra persónumörkum einstaklinganna.

Áhugaskapandi samtal: Samtalsaðferðin áhugaskapandi samtal
þróaðist í meðferð við fíkn en hefur síðan verið aðlöguð öðrum
meðferðarsviðum (Miller og Rollnick, 2002; Rogers, 1951). Í
rannsókninni, sem hér er til umfjöllunar, var aðferðin löguð að

Áhugaskapandi samtal
ögrar ekki persónumörkum
sjúklings og byggist á
„gagnreyndum boðskiptum“
og siðferðilegri sjálfbærni.

umönnun dauðvona sjúklinga.
Þó áhugaskapandi samtal sækir
margt í smiðju annarra aðferða
eru ýmsir þættir aðferðarinnar
einkennandi fyrir hana, meðal
annars markviss beiting spegl-
ana í stað spurninga í samtali
og skilyrðislaus virðing fyrir
persónumörkum (e. autonomy).
Brautryðjendur aðferðarinnar

hafa lagt áherslu á að aðferðin eigi að vera viðfang vísindarannsóknar
og er aðferðin því hentug við að skipuleggja gagnreynd inngríp. Þó
aðferðin sé í sjálfu sér ekki flókin krefst hún töluverðrar þjálfunar.
Rannsóknir benda til að hæfni í að beita henni verði aðeins náð
með því að nota aðferðina undir leiðsögn sérþjálfaðra leiðbeinenda
(Forsberg, 2010).

Rannsakendur, sem beita áhugaskapandi samtölum, leitast við
að skoða sambandið á milli ákveðinna atriða í samtalinu og hegð-
unar- eða viðhorfsbreytinga. Það hefur meðal annars komið í ljós að
speglanir (sjá kafla um inngríp hér neðar) hafa þann eiginleika að
sjúklingurinn skynjar að viðmælandinn hlusti með athygli á það sem
hann/hún er að segja og leitist við að skilja aðstæður viðkomandi.
Þegar það gerist skynjar sjúklingurinn að viðmælandinn sýni samhygð
(e. empathy). Aðgerðabinding (e. operationalization) samhygðar-
hugtaksins í rannsóknum innan áhugaskapandi samtala byggist á því
að meta hvernig skjólstæðingurinn skynjar samtalið. Það er meðal
annars gert með spurningum þar sem sjúklingurinn er beðinn um að
svara að hve miklu leyti honum fannst meðferðaraðilinn leitast við
að skilja líðan sína á tíu stiga kvarða. Útkoman er síðan borin saman
við sjálfstæðar mælingar á hljóðrituðum samtölum þar sem samtalið
er metið af sérþjálfuðum matsaðilum. Þannig er líka mögulegt að
skoða sambandið á milli þess hvernig sjúklingurinn skynjaði samhygð
og hvernig það síðan tengist hegðunarbreytingum. Einnig hvað það

er í samtalshegðun viðmælandans sem spáir best fyrir um skynjun skjólstæðings á samhygð viðmælandans. Á svipaðan hátt eru aðrir þættir áhugaskapandi samtala mældir og aðgerðabundnir. Áhersla á aðgerðabindingu hugtaka í samtölunum gerir aðferðina áhugaverða fyrir vísindasamfélagið og styrkir gæði (e. treatment fidelity) klíníks inngríps.

Inngripíð: Það inngríp, sem notað var í íslensku rannsókninni, átti sér stað í hefðbundnu klínísku viðtali við sjúkrahúsprest. Allir sjúklingarnir höfðu sjálfir beðið um viðtal, flestir án þess að hafa tilgreint neina ástæðu fyrir viðtalinu né óskað fyrir fram eftir sérstöku umræðuefni. Inngripíð fól aðallega í sér beitingu einfaldra og flókinna speglana til að styðja það sem sjúklingurinn hafði þörf fyrir að tjá sig um (e. evocation) varðandi það sem fram undan væri. Þó athyglin beindist einkum að umræðum um yfirvofandi andlát sjúklingsins var þess vandlega gætt að fara aldrei yfir persónumörk hans. Kerfisbundin notkun speglana og skilyrðislaus virðing fyrir persónulegum mörkum skjólstæðings eru eitt höfuðeinkenna áhugaskapandi samtala.

Sjúklingur: „Ég hef áhyggjur af fjölskyldu minni.“

Inngrip – bein einföld speglun: „Þú hefur áhyggjur af fjölskyldu þinni.“

Inngrip – bein flókin speglun: „Þú hefur áhyggjur af því hvað verður um fjölskyldu þína þegar þú getur ekki lengur verið til staðar fyrir hana.“

Inngrip – endurtekin flókin speglun: „Þú sagðir áðan að þú hefðir áhyggjur af því hvað yrði um fjölskyldu þína þegar þú getur ekki lengur verið til staðar fyrir hana.“

Bein speglun vísar til þess að speglunin á sér stað í beinu framhaldi af staðhæfingu sjúklings.

Endurtekin speglun vísar til þess að speglunin er endurtekin síðar í samtalinu ef umræðan þróaðist ekki inn á samtali um dauðann.

MYND 2. Dæmi um beitingu einfaldra og flókinna speglana í samtali.

Einföld speglun (e. simple reflection) í samtali merkir að meðferðaraðilinn endurtekur orð skjólstæðingsins án þess að breyta merkingu setningar, en flókin speglun (complex reflection) gefur kost á annarri sýn með því að gera örlitlar breytingar á innihaldi þess sem speglað er. Með flókinni speglun er því boðið upp á nánara samtal. Bæði bein og flókin speglun eru skilgreindar sem yfirlýsingar (aldrei spurningar) sem meðferðaraðili kemur með sem andsvar við því sem skjólstæðingur segir. Meðferðarmarkmiðin á bak við notkun speglana í stað spurninga eru vel skilgreindar í kennslubókum um áhugaskapandi samtöl (Miller og Rollnick, 2002). Í stuttu máli hafa rannsóknir sýnt að speglanir auka líkurnar á því að skjólstæðingurinn átti sig á að viðmælandinn sýni áhuga og leitist við að skilja viðkomandi. Eins eru flóknar speglanir einkar vel til þess fallnar að opna nýja möguleika á að samtalið þróist áfram í ákveðnar áttir, í þessu tilviki í átt að samtali um eigin dauða, án þess að ögra persónumörkum vikomandi.

Þó leitast sé við að beita frekar speglunum en spurningum hafa spurningar vissulega sinn sess í áhugaskapandi samtali eins og öðrum samtalsaðferðum. Spurningum er jafnan skipt í lokaðar og opnar spurningar. Opnum spurningum er ekki hægt að svara með einu orði, en lokuðum spurningum er hægt að svara á þann hátt. Því er mælt með opnum spurningum frekar en lokuðum ef þróa á samtalið áfram.

Munurinn á opnum spurningum annars vegar og flóknum speglunum hins vegar er m.a. sá að flóknar speglanir mynda ákveðinn nýjan farveg fyrir samtalið en á hinn bóginn geta opnar spurningar útvíkkað samtalið í hvaða átt sem er.

Samtalið um dauðann: Skjólstæðingur getur komið inn á umræðuefni tengt lífslokum án þess að hefja beint umræðu um eigin yfirvofandi dauða.

Í siðfræðiumræðu er í vaxandi mæli rætt um annars vegar sálarangist dauðvona sjúklinga og ólíkar leiðir þeirra til að takast á við hana og hins vegar hvernig forða megi nánustu aðstandendum frá langvinnum vanda vegna skorts á umræðu í aðdraganda andláts ástvinar þeirra samhliða því að draga úr skaðlegri meðferð við lífslok.

Flókin speglun getur í þeim tilvikum leitt umræðuna aðeins lengra í ákveðnar áttir en einungis ef skjólstæðingur vill það. Í sumum tilvikum leiðir flókin speglun þó ekki til neinnar þróunar í samtalinu strax eftir að henni er beitt. Ástæður til þess geta verið af ýmsum toga. Til dæmis kann að vera að sjúklingurinn sé, á þessum stað í samtalinu, einfaldlega ekki tilbúinn að fara inn á þá braut sem boðið er upp á með flókinni speglun, til að mynda vegna þess að aðrir hlutir geta verið mikilvægari fyrir viðkomandi að ræða fyrst. Einnig að það sé of tilfinningalega erfitt. Þá lætur meðferðaraðili málið niður falla, en getur jafnframt valið að taka það upp aftur síðar ef aðstæður leyfa. Í slíkum tilvikum er um að ræða svokallaða „endurtekna flókna speglun“.

Dæmi um slíkt getur til að mynda verið ef sjúklingur segir: „Ég er kvíðinn vegna fjárhags fjölskyldu minnar.“ Flókin speglun við slíkri yrðingu gæti verið: „Það verður ekki auðvelt fyrir fjölskylduna að ná endum saman þegar þín nýtur ekki lengur við.“ Bregðist sjúklingur við því með að halda áfram að ræða um fjárhag, þróast samtalið inn á þá braut. Velji sjúklingur þá leið getur meðferðaraðili valið að taka þetta upp seinna í samtalinu ef aðstæður leyfa, til að mynda með því að segja: „Þú gafst í skyn áðan að þú hefðir áhyggjur af fjölskyldunni þegar þín nýtur ekki lengur við.“ Endurtekin flókin speglun getur fært samtalið aftur til fyrri umræðu og skapar þannig möguleika á að nýta fyrri yfirlýsingar. Hafi umræða um væntanlegan dauða sjúklings ekki átt sér stað í samtalinu, innan marka venjulegs samtalsstíma, er mögulegt að nota opna spurningu sem síðasta tækifærið til að hefja umræðuna. Í þeirri rannsókn sem hér er til umfjöllunar notuðum við

Ef ekkert samtal hafði átt sér stað um eigin yfirvofandi dauða eftir speglun eða ef engin orðaskipti gáfu tilefni til umræðu um dauðann, þá kom í lokin opin spurning sem var lokatilboð um slíka umræðu.

Inngrip: Opin spurning í lok samtals ef engin umræða um eigin dauða hefur átt sér stað:

„Hvaða breytingar sérðu fyrir þér í framtíðinni?..“

MYND 3. Dæmi um opna spurningu í lok viðtals.

nánast eingöngu sömu opnu spurninguna í þeim tilfellum: „Hvaða breytingar sérðu fyrir þér í framtíðinni?“

Siðfræði og lög: Ættu allir dauðvona sjúklingar að ræða um eigin yfirvofandi dauða við heilbrigðisstarfsfólk? Um þetta eru skiptar skoðanir enda togast iðulega á ólíkir hagsmunir.

Þó ávinningur kunni að vera af slíkum samtölum fyrir sjúklinginn, vegna þess að þau draga úr líkum á verulega skertum lífsgæðum tengdum aukaverkunum óþarfrar meðferðar við lífslok, ber hins að gæta að sjúklingurinn sjálfur kann að óska þess að allt verði reynt til lækningar fram á síðustu stund.

Eins þarf að taka tillit til þess, að þó rannsóknir sýni að aðstandendum, sem missa ástvini, vegni betur séu þeir upplýstir tímanlega um komandi dauða sjúklingsins, þá er það almennt viðurkennt túlkun á lögum um réttindi sjúklunga að sjúklingurinn eigi rétt á að fá að halda upplýsingum um ástand sitt á milli sín og læknis síns (Lög um réttindi sjúklunga, 1997). Loks er það ekki sjálfgefið að sjúklingurinn vilji ræða um eigin dauða eða upplýsa sína nánustu.

Þessi hagsmunatogstreita gerir heilbrigðisstarfsfólki erfitt fyrir að meta hvenær og hvernig rétt sé að takast á við þessa umræðu. Okkar rannsóknir sýna þó að yfirgnæfandi meirihluti sjúklunga hefur þörf fyrir að ræða þessi mál þó margir, einkanlega karlmenn, þurfi stuðning til að hefja slíka umræðu.

Sú rannsókn, sem hér hefur verið kynnt, er skref í þá átt að þróa aðferð sem er siðfræðilega sjálfbær og getur nýst heilbrigðisstarfsfólki, sjúklingum og aðstandendum við þessar erfiðu aðstæður án þess að ganga yfir persónumörk viðkomandi.

* Vísindasiðanefnd VSNb 20033/03.7 og persónuvernd 2012060771 samþykktu rannsóknina sem hér er til umfjöllunar.

HEIMILDIR

- Bragi Skúlason. (2014). Death talk and bereavement: Icelandic men and widowers. Doktorsritgerð í Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands. ISBN 978-9935-9060-4-5.
- Field, D., og Copp, G. (1999). Communication and awareness about dying in the 1990's. *Palliative Medicine*, 13, 459-468.
- Forsberg, L., Forsberg, L.G., Lindquist, H., og Helgason, Á.R. (2010). Clinician acquisition and retention of Motivational Interviewing skills: A two-and-a-half-year exploratory study. *Substance Abuse Treatment, Prevention and Policy*, 5, 8.
- Gorer, G. (1965). Death, grief and mourning in contemporary Britain. London, Cresset Press.
- Hauksdóttir, A., Steineck, G., Fürst, C.J., og Valdimarsdóttir, U. (2010). Long-term harm of low preparedness for a wife's death to cancer: A population-based study of widowers 4-5 years after the loss. *American Journal of Epidemiology*, 172, 389-396.
- Helgason, Á.R., og Skúlason, B. (2014). Motivational interviewing in palliative care?(ritstjórnargrein). *Palliative Medicine and Nursing*. .11/2014; 1(2):106. DOI:10.14437/PMNOA-1-106.
- Lög um réttindi sjúklinga nr. 74/1997.
- Mack, J.W., Weeks, J.C., Wright, A.A., Block, S.D., og Prigerson, H.G. (2010). End-of-life discussions, goal attainment, and distress at the end of life: Predictors and outcomes of receipt of care consistent with preferences. *Journal of Clinical Oncology*, 28, 1203-1208.
- Mack, J.W., Cronin, A., Keating, N.L., Taback, N., Huskamp, H.A., Malin, J.L., Earle, C.C., og Weeks, J.C. (2012). Associations between end-of-life discussions characteristics and care received near death: A prospective cohort study. *Journal of Clinical Oncology*, 10 (30), no. 35, 4387-4395.
- Miller, W.R., og Rollnick, S.P. (2002). *Motivational Interviewing: Lessons Preparing people for change* (2. útg.). New York: The Guilford Press.
- National Consensus Project for Quality Palliative Care. Clinical practice guidelines for quality palliative care. Sótt 9. nóvember 2015 á http://www.nationalconsensusproject.org/Guidelines_Download2.aspx.
- Quill, T.E. (2000). Perspectives on care at the close of life: Initiating end-of-life discussions with seriously ill patients: Addressing the „elephant in the room.“ *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 284 (19), 2502-2507.
- Rogers, C. (1951). *Client-centered therapy*. Cambridge, Massachusetts: The Riverside Press.
- Skúlason, B., Hauksdóttir, A., Ahcic, K., og Helgason, Á.R. (2014). Death talk: Gender differences in talking about one's own impending death. *BMC Palliative Care*, 13 (1), 8. Doi: 10.1186/1472-684X-13-8.
- Smith, T.J., Temin, S., Alesi, E.R., o.fl. (2012). American Society of Clinical Oncology provisional clinical opinion: The integration of palliative care into standard oncology care. *Journal of Clinical Oncology*, 30, 880-887.
- Steinhauser, K.E., Christakis, N.A., Clipp, E.C., McNeilly, M., McIntyre, L., og Tulsky, J.A. (2000). Factors considered important at the end of life by patients, family, physicians, and other care providers. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 284, 2476-2482.
- Valdimarsdóttir, U., Helgason, Á.R., Fürst, C.J., Adolffson, J., og Steineck, G. (2004). Awareness of husband's impending death from cancer and long-term anxiety in widowhood: A nationwide follow-up. *Palliative*



- Medicine, 18, 432-443.
- Weeks, J.C., Cook, E.F., O'Day, S.J., Peterson, L.M., Wenger, N., Reding, D., Harrell, F.E., Kussin, P., Dawson, N.V., Connors, A.F. jr., Lynn, J., og Phillips, R.S. (1998). Relationship between cancer patients' predictions of prognosis and their treatment preferences. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 279, 1709-1714.
- Wright, A.A., Zhang, B., Ray, A., Mack, J.W., Trice, E., Balboni, T., Mitchell, S.L., Jackson, V.A., Block, S.D., Maciejewski, P.K., og Prigerson, H.G. (2008). Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *Journal of American Medical Association (JAMA)*, 300, 1665-1673.

FRÆÐIGREINAR TÖLUBLAÐSINS

Með þessu tölublaði birtist ein ritrýnd fræðigrein. Hana má finna á vef tímaritsins.

STOÐKERFISVERKIR HJÁ HJÚKRUNARDEILDARSTJÓRUM OG TENGSL VERKJA VIÐ STREITU

Pórey Agnarsdóttir, Heilbrigðiseftirliti Norðurlands eystra á Akureyri
Hafdís Skúladóttir, Háskólanum á Akureyri
Hjördís Sigursteinsdóttir, Háskólanum á Akureyri
Sigríður Halldórsdóttir, Háskólanum á Akureyri

STARF HJÚKRUNARDEILDARSTJÓRA er streituvaldandi og mikilvægt er að leita leiða til að draga úr streitu í krefjandi vinnuumhverfi. Tilgangur þessarar rannsóknar er að kanna stoðkerfisverki hjá hjúkrunardeildarstjórum og fylgni verkjanna við streitu. Niðurstöður leiddu í ljós talsverða verki hjá hjúkrunardeildarstjórum en ríflega átta af hverjum tíu höfðu haft verki í herðum/öxlum og í hálsi/hnakka síðustu sex mánuði og rúmlega sjö af hverjum tíu höfðu haft verki í neðri hluta baks á sama tímabili. Vinna þarf markvisst að heilsusamlegra vinnuumhverfi þeirra til að heilsa þeirra beri ekki skaða af.



Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING / 1. TBL. 2016 92. ÁRGANGUR

STYTTING VINNUVIKUNNAR
ER RAUNHÆFUR KOSTUR -
MÖGULEG LAUSN Á SKORTI Á
HJÚKRUNARFRÆÐINGUM?

ÁHRIF SUNDRUNGAR
OG SAMEININGAR Í
HEILBRIGÐISKERFINU -
VIÐTAL VIÐ SIGURBJÖRGU
SIGURGEIRSDÓTTUR

HJÚKRUNARFRÆÐINGAR Í NÖREGI
- MEIRA FJARHAGSLEGT ÖRYGGI
OG LÍFSGÆÐI Í NÖREGI

NÆSTA TÖLUBLAÐ TÍMARITS HJÚKRUNARFRÆÐINGA KEMUR ÚT 15. APRÍL

MEÐAL INNIHALDS:

KARLAR Í HJÚKRUN
BRÁÐAÞJÓNUSTA
OFFITA

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