

Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING / 2. TBL. 2016 92. ÁRGANGUR

FEDGAR HJÚKRA

HJÚKRUN ER „KÚL“
EN KREFJANDI STARF

MARKMIÐIÐ AÐ KARLMENN
VERÐI FJÓRÐUNGUR
HJÚKRUNARFRÆÐINEMA

KARLMENN HJÚKRA



FAGID

- MARKMIDID AÐ KARLMENN VERÐI FJÓRDUNGUR NEMA
- MIKIL FJÖLGUN ERLENDRA FERÐAMANNA Á BRÁÐAMÓTTÖKU
- ÁHRIF OFÞYNGDAR Á VIRKNI HORMÓNAGETNAÐARVARNA
- GRUNÐVALLARSMITGÁT OG BÓLUSETNINGAR
- PERSÓNUMIDUÐ MEÐFERÐ Í ÖLDRUNARHJÚKRUN

FRÆÐIGREINAR TÖLUBLAÐSINS

- NOTKUN VIÐBÓTAR-MEÐFERÐAR Í HJÚKRUN Á LANDSPÍTALA
- TÆKNILEG FÆRNI OG ÖNDUN VIÐ NOTKUN INNÖNDUNARTÆKJA HJÁ EINSTAKLINGUM MED LANGVINNA LUNGNATEPPU OG ASTMA
- LÍÐAN DAGAÐGERÐAR-SJÚKLINGA EFTIR SVÆFINGU: SAMANBURÐUR Á SJÚKKLINGUM SEM FARA Í KVENSJÚKDÓMAAÐGERÐ OG BÆKLUNARAÐGERÐ

FÓLKID

- HJÚKRUNARFRÆÐI – LÍKA FYRIR KARLMENN!
Viðtal við hjúkrunarfræðinema við Hí og HA
- KARLAR HJÚKRA
Ingólfur V. Gíslason
- FEÐGAR Í HJÚKRUN
Viðtal við feðgana Vilhjálm Eldjárn Sigurlinnason og Tómas Eldjárn Vilhjálmsson
- HJÚKRUN ER „KÚL“ EN KREFJANDI STARF
Viðtal við Gunnar Pétursson hjúkrunarfræðing
- HEFORSHE
Viðtal við Ingu Dóru Pétursdóttur, framkvæmdastýru Landsnefndar UN Woman á Íslandi
- ÞANKASTRIK – ÆFINGIN SKAPAR MEISTARANN
Yousef Tamimi

FÉLAGID



- FORMANNSPISTILL
Ólafur G. Skúlason og Guðbjörg Pálsdóttir
- RITSTJÓRASPJALL
Helga Ólafs
- KARLMENN HJÚKRA
Átak Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
- BÆTT AÐGENGI AÐ RITRÝNDUM GREINUM Á VEF FÉLAGS HJÚKRUNARFRÆÐINGA
Ritryndar greinar á hjukrun.is

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 Stefania Helgadóttir, Áslaug Birna Ólafsdóttir, Dórothea Bergs, Oddný S. Gunnarsdóttir, Þorgerður Ragnarsdóttir, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir Fréttafni Helga Ólafs Ljósmyndir Helga Ólafs, Kristinn Ingvarsson o.fl. Yfirlæstur Ragnar Hauksson, Hildur Finnisdóttir Próförk Helga Ólafs Profarkalestur 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

ÓLAFUR G. SKÚLASON

KÆRU FÉLAGSMENN

ÉG ÞAKKA ykkur samfylgdina undanfarin þrjú ár. Þetta hefur verið afar skemmtilegur tími en erfiður fyrir okkur hjúkrunarfræðinga. Við höfum gengið í gegnum erfiða kjarabaráttu sem endaði með verkfalli og lagasetningu auk þess sem samstarfsmaður okkar var ákærður fyrir manndráp af gáleysi. Sem betur fer lauk þessum málum á farsælan hátt fyrir okkur öll þó vissulega megi gera enn betur í okkar kjaramálum.

Ég er mjög stoltur af hjúkrunarfræðingum og því sem við höfum náð fram. Við sýndum mikla samstöðu þegar á reyndi og er það til fyrirmyndar. Það er ósk mín að sú samstaða haldi áfram um ókomna tíð og eflist enn frekar. Það er samstaðan sem gerir það að verkum að við náum árangri bæði í kjara- og fagmálum og er því enn mikilvægt að hún haldi.

Verkefnin fram undan eru ærin. Við þurfum að klára kjara- og stofnanasamninga sem enn eru eftir. Við þurfum að berjast fyrir bættu heilbrigðiskerfi þar sem þarfir sjúklinga eru settar í forgang. Við þurfum að tala fyrir því að hjúkrunarfræðingum verði fjölgað og þekking þeirra nýtt til fullnustu og þannig verði þjónusta við skjólstæðinga okkar mun betri en hún er í dag.

Mörg þau vandamál, sem heilbrigðiskerfið stendur frammi fyrir um þessar mundir, eru þess eðlis að einn samnefnari er augljós þegar dæmið er skoðað til enda. Lausnin er hjúkrun. Með því að víkka út starfssvið hjúkrunarfræðinga þannig að það sé í takt við þekkingu þeirra er hægt að byggja hér upp skilvirkara og hagkvæmara heilbrigðiskerfi. Fjölgun hjúkrunarfræðinga er lífsspursmál fyrir íslenska heilbrigðiskerfið.

Það hafa verið forréttindi fyrir mig að starfa sem formaðurinn ykkar. Ég hef persónulega þroskast og öðlast mikla reynslu ásamt því að víðsýnin hefur aukist til muna. Ég hef kynnst ótal mörgu fólki sem ég mun búa að alla ævi. Hjúkrunarfræðingar í öllum geirum gera sitt



besta til að tryggja góða hjúkrun og er þar skjólstæðingurinn alltaf í forgrunni.

Ég tek út það leyfi sem ég á inni. Ég skil ykkur eftir í höndum Guðbjargar Pálsdóttur, varaformanns FÍH, sem tekur við kyndlinum af mér þar til nýr formaður er kjörinn. Ég óska Guðbjörgu velfarnaðar í starfi formanns og ykkur öllum velfarnaðar í ykkar störfum hvar sem þau eru innt af hendi.

GUÐBJÖRG PÁLSDÓTTIR, STARFANDI FORMAÐUR

HÖLDUM ÓTRAUÐ ÁFRAM

ÁGÆTU HJÚKRUNARFRÆÐINGAR. Samkvæmt núgildandi lögum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga skal varaformaður taka við embætti formanns, láti hann af störfum innan kjörtímabils, og er mér ljúft og skylt að gera það. Ég tek við góðu búi af Ólafi og með stuðningi öflugs starfsfólks á skrifstofu félagsins, stjórnar FÍH og félagsmanna mun ég gera mitt besta til að tryggja hagsmuni allra hjúkrunarfræðinga og vinna ótullega að eflingu hjúkrunar.



Ég hef sinnt starfi varaformanns FÍH síðustu tvö ár, setið í stjórn félagsins í sjö ár og tel að sú reynsla, sem þessi störf hafa fært mér, muni nýtast vel í þágu hjúkrunar. Ég horfi björtum augum til framtíðar og sé að víða eru tækifæri. Ég mun halda áfram að vinna að þeim málefnum sem Ólafur og stjórn félagsins hefur þegar sett á oddinn. Helst ber að nefna fjölgun hjúkrunarfræðinga, útvíkkun starfssviðs þeirra samhliða því og eflingu framhaldsnáms. Jafnframt leggjum við áherslu á að bæta hjúkrun í samfélaginu, s.s. hjúkrun aldraðra og geðfatlaðra.

Þessa dagana eru kjarasvið félagsins og samninganefndir að vinna að síðasta miðlæga kjarasamningi hjúkrunarfræðinga í þessari samningalotu. Um er að ræða kjarasamninga við Samtök íslenskra



sveitafélaga og er vonast til að þeirri vinnu ljúki nú í apríl. Jafnframt er hafin vinna við verkefni sem byggist á bókun 3 í dómssátt með gerðardómi milli fjármála- og efnahagsráðherra f.h. ríkissjóðs og FÍH frá ágúst 2015. Um er að ræða verkefni sem byggist á því að teknar verða upp frammistöðugreiðslur til hjúkrunarfræðinga. Í þessu verkefni felast tækifæri fyrir hjúkrunarfræðinga. Nú árið 2016 verður ráðstafað fjármagni til þriggja stofnana: Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, Heilbrigðisstofnunar Suðurlands og Landspítala en aðrar heilbrigðisstofnanir munu síðan fylgja í kjölfarið á árunum 2017 og 2018. Um er að ræða nýja aðferð nálgun í launagreiðslum til hjúkrunarfræðinga. Útfærsla á verkefninu á hverri og einni stofnun er í höndum samstarfsnefnda sem í eiga sæti hjúkrunarfræðingar og starfsmenn kjarasviðs FÍH ásamt fulltrúum stofnunar. Ég vil hvetja hjúkrunarfræðinga til að taka þátt í þessu verkefni með opnum huga þar sem í því felast, að mínu mati og félagsins, ný og spennandi tækifæri til handa hjúkrunarfræðingum.

Fram undan er aðalfundur FÍH og verður hann haldinn á Grand hóteli föstudaginn 20. maí næstkomandi. Miklar lagabreytingar eru fyrirhugaðar og vonast ég til að sjá sem flesta hjúkrunarfræðinga mæta og taka þátt enda fer aðalfundur með æðsta valdið í málefnum félagsins. Allir félagsmenn með fulla aðild eða fagaðild geta haft atkvæðisrétt með því að skrá sig til þátttöku á fundinum á heimasíðu félagsins www.hjukrun.is eigi síðar en 13. maí. Með þátttökunni leggið þið ykkar af mörkum til að gera félagið að enn öflugra fag- og stéttarfélagi sem vinnur að málefnum okkar. Þátttakan er jafnframt grundvöllurinn fyrir því að okkur takist vel til í starfsemi félagsins sem á að þjóna okkar hagsmunum og starfa í okkar þágu.

Eins og sjá má er af nógu að taka í starfsemi félagsins og hlakka ég til starfsins. Ég vil hvetja ykkur til að vera vakandi yfir heimasíðu félagsins og fylgjast jafnframt með félaginu á Facebook. Einnig getið þið haft samband við mig ef eitthvað er með því að senda tölvupóst á netfangið gudbjorg@hjukrun.is.

Að lokum vil ég þakka fráfarandi formanni, Ólafi G. Skúlasyni, fyrir mjög vel unnin störf í þágu hjúkrunar og hjúkrunarfræðinga undanfarin ár og óska honum alls hins besta í nýju starfi og þeim verkefnum sem hann mun taka sér fyrir hendur.

RITSTJÓRASPJALL

UNNIÐ GEGN STAÐAL- ÍMYNDUM KYNJANNA

MITT Í því sem ég var að ganga frá viðtölum við karlmenn í hjúkrun sem birtast í þessu blaði fylgdist ég með umræðum á Facebook hjá fyrrverandi samstarfskonu minni sem var að jafna sig eftir aðgerð. Umræðuefnið var um karlmenn í hjúkrun – skemmtileg tilviljun það – en umræðan spratt út frá því að hún þurfti aðstoð við að fara á baðherbergið og það féll í hlut karlkynshjúkrunarfræðings. „Þetta var mjög skrýtin tilfinning og ég var alveg við það að afpakka aðstoðina, en mér var mál og ég þurfti hjálp og allt annað starfsfólk var upptekið,“ skrifaði hún og spurði svo: „Hvað hefðuð þið gert?“ Margir tóku þátt í umræðunum og samsömuðu sig við reynslu hennar. En þetta væru óþarfa áhyggjur þar sem viðkomandi væri ekki að sjá eitthvað í fyrsta sinni. Við værum von að slík aðstoð væri veitt af öðrum konum, og þetta óöryggi endurspegladi valdaójafnvægi á milli kynjanna sem og óöryggi hjá konum að bera sig fyrir ókunnugan karlmann. Þegar eitthvað óvænt gerist bregðumst við oft við hugsunarlaust. En þegar maður staldrar við og spyr sig af hverju, þá má oft brosa að því hvað við erum fastheldin og tepruleg.

„Það þarf að búa til ímynd af karlmönnum í hjúkrun. Þessi ímynd hefur aldrei verið til,“ segir Valur Freyr Halldórsson Hvanndal, hjúkrunarfræðinemi við Háskóla Akureyrar, í viðtali í þessu tölublaði. Ingólfur V. Gíslason, dósent í félagsfræði við Háskóla Íslands, segir okkur vera föst í menningarlegum hugmyndum um hvað hæfi



konum og körlum – að umönnunarstörf séu kvennastörf – og það skýri hversu fáir karlmenn leggi fyrir sig hjúkrun. Umhyggjan er kvengerður eiginleiki og það grefur undan norrænni karlmennsku að velja sér umhyggju að starfi, segir hann. En umhyggja er ekki alls staðar kvengerð og það má sjá víða í nágrannalöndum okkar. Á Ítalíu er til að mynda engin mótsögn í því að sýna umhyggju og að vera karlmaður líkt og Ingólfur bendir á. Viðmælendur í þessu tölublaði tala sínu máli og því fer fjarri að það sé vegið að karlmennsku þeirra í hjúkrun.

„Bréf var sent á alla karlmenn, sem eru skráðir í félagatal Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, og óskað eftir þátttöku þeirra. Um þriðjungur hefur þegar skráð sig.“

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga er að hefja átak til að efla þátt karlmanna í hjúkrun með því meðal annars að fjölga þeim í hjúkrun undir yfirskriftinni Karlmennt hjúkra. Bréf var sent á alla karlmenn, sem eru skráðir í félagatal Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, og óskað eftir þátttöku þeirra. Um þriðjungur hefur þegar

skráð sig. Markmiðið er að kynna fyrir almenningi að hjúkrunarfræði er spennandi kostur fyrir karla – ekki síður en konur – og á sama tíma að vinna gegn rótgrónum staðalímyndum kynjanna. Hlutfall karlmanna í hjúkrun á Íslandi er um 2% og er það heldur lægra en í nágrannalöndum okkar. Samstarf verður við HeForShe sem er alþjóðleg hreyfing UN Women sem hvetur sérstaklega karlmenn til að láta til sín taka í baráttunni fyrir kynjajafnrétti. Karlmenn í stéttinni eru hvattir til þátttöku.

ARE YOU MAN ENOUGH...



David Rothbaum, RN
Critical Care
Health Control
Bass Guitarist

Scott Grubbs, RN
Emergency Dept.
Orlando Regional
Healthcare
Fisherman

Jason Truitt
Pediatric RN
Nursing Student
Surfer

Corlis Arnold, RN
Medical Oncology
Orlando Regional
Healthcare
Distance Runner

Don Mercado, RN
Cardiac Care Unit
Orlando Regional
Healthcare
Basketball Guard

Madhur Naji, RN
Cardiovascular Intensive
Care Unit
Florida Hospital
Soccer Forward

Mark Wazelski, RN
Emergency Room
Health Central
Rock Climber

Shirley Logan, RN
Cardiac Observation Unit
Orlando Regional
Healthcare
Scuba Diver

Brian Brooks, RN
Clinical Educator,
Emergency Dept.
Florida Hospital
Golf Pro

...TO BE A NURSE?

Want a **career** with **unlimited opportunities** that will challenge your **intelligence, courage** and **skill**, be a nurse.

For information about the exciting possibilities in the nursing profession, including links to educational & financial resources, go to www.WorkforceCentralFlorida.com/PHC.

WFC offers equal opportunity programs. Auxiliary aids and services are available upon request to individuals with disabilities. TTY: 877-825-8923 Member: Employ Florida

FCN Florida Center for Nursing
Partners for a
Healthy Community

WORKFORCE
CENTRAL FLORIDA

KARLMENN HJÚKRA

FÉLAG ÍSLENSKRA hjúkrunarfræðinga er að hefja átak til að efla þátt karlmanna í hjúkrun með því meðal annars að fjölga karlmönnum í hjúkrun undir yfirskriftinni Karlmenn hjúkra. Hlutfall karlmanna í hjúkrun á Íslandi er um 2% og er það heldur lægra en í nágrannalöndum okkar. Þar hefur verið unnið markvisst að því að kynna hjúkrun sem áhugaverðan starfsvettvangur fyrir konur, og ekki síður karla, með góðum árangri.

Þrátt fyrir að skortur sé á hjúkrunarfræðingum um allan heim hefur hlutfall karlmanna, sem fara í hjúkrun, haldist óbreytt. Fjölgun

karla í hefðbundnum kvennastörfum hefur þannig ekki haldist í hendur við fjölgun kvenna í hefðbundnum karlastörfum. Minna er um það rætt, en ástæðurnar má meðal annars rekja til launa, staðalímýnda kynjanna og skilgreiningar á karlmennsku. Það viðhorf, að hjúkrun sé kvennastarf, er rótgróið fyrirbæri sem á rætur að rekja til menningarlegra og sögulegra þátta.

Fram kemur að helstu ástæðurnar fyrir að svo fáir karlmenn leggi fyrir sig hjúkrun eru fordómar gagnvart starfinu. Að mati Þórðar endurspeгла þeir kvenfyrirlitningu, þar sem allt það sem kvenlegt er telst minna virði en það sem er karlkennt.

Nokkrar íslenskar rannsóknir hafa verið gerðar varðandi karlmenn í hefðbundnum kvennastörfum, til að mynda meðal hjúkrunarfræðinga og leikskólakennara. Í meistaranannsókn Önnu Elísu Hreiðarsdóttur við kennaradeild Háskólann á Akureyri um karlleikskólakennara kemur fram að launin hafi mikið um það að segja að hlutfall karlmanna er lágt í hefðbundnum kvennastörfum. Það sé fáheyrt að karlar leggja undir sig kvennafag nema því fylgi efnahagslegur ávinningur. Þá kemur fram að þeir hafi frekar þörf fyrir að gera starfið sýnilegt og meira áberandi. Í tilfelli hjúkrunarfræðinga sækja þeir margir í störf á slysa- eða geðdeildum auk þess að vera í stjórn-

unarstörfum þrátt fyrir að vera hlutfallslega fáir í sinni starfsstétt. Í meistaranannsókn Þórðar Kristinssonar í mannfræði við Háskóla Íslands á reynslu karl-hjúkrunarfræðinga í starfi áttu viðmælendur hans það sameiginlegt að hafa sérhæft sig á karlkenndum sviðum, líkt og hann orðar það. Fram kemur að helstu ástæðurnar fyrir að svo fáir karlmenn leggja fyrir sig hjúkrun eru fordómar gagnvart starfinu. Að mati Þórðar endurspeгла þeir kvenfyrirlitningu þar sem allt það sem kvenlegt er telst minna virði en það sem er karllegt. Viðmælendur hans höfðu ekki áhyggjur af karlmennsku sinni; þeim hafði verið tekið vel en jafnframt út frá þeim forsendum að þeir kæmu til starfa sem karlar og væri ætlað að sinna ákveðnum karlkenndum sviðum. Þegar rannsóknin var gerð, árið 2003, var hlutfall starfandi karlmanna í hjúkrun rétt rúmlega 1%. Með réttu hefur þeim fjölgað um helming nú, þrettán árum síðar, en betur má ef duga skal.

Male Nurse



How friends see me.



How female nurses see me.



How doctors see me.



How male patients see me.



How elderly female patients see me.



Reality.

Víða á Norðurlöndum hefur verið unnið markvisst að því að fjölga karlmönnum í hjúkrunarstéttinni og til þess farið af stað með herferðir, þá sér í lagi á samfélagssíðunni Facebook. Í nýlegu tölublaði breska hjúkrunartímaritsins Nursing Standard er fjallað um bandarísku herferðina „Are you man enough ... to be a nurse?“ Herferðinni, sem er frá árinu 2002, var beint að nemendum allt frá grunnskólum til háskóla þvert yfir Bandaríkin og 14 árum síðar er enn verið að setja sig í samband við fram-

kvæmdaraðilana til að fá að nota efni þeirra. Í Bandaríkjunum er hlutfall karl-hjúkrunarfræðinga að meðaltali 7% en 12% í Oregon-fylki þar sem herferðinni var hleypt af stökkunum.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga mun á næstunni setja upp Facebook-síðu um karlmenn í hjúkrun líkt og gert hefur verið í Danmörku og Noregi og og kynna þar fjölbreytt störf karlmanna sem hjúkrunarfræðinga. Markmiðið er að kynna fyrir fólki að hjúkrunarfræði er spennandi kostur fyrir karla - ekki síður en konur -og býður upp á fjölbreytt atvinnutækifæri hér á landi og úti um allan heim.



HJÚKRUNARFRÆÐI – LÍKA FYRIR KARLMENN!

ÞEIR ERU ekki margir karlmennirnir sem stunda nám í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands og Háskólann á Akureyri. En þeir fyrirfinnast þó. Við tókum nokkra þeirra tali, spurðum út í þá ákvörðun að hefja nám í hjúkrun og veltum fyrir okkur af hverju svo fáir karlmenn, sem raun ber vitni, leggja fyrir sig hjúkrun.



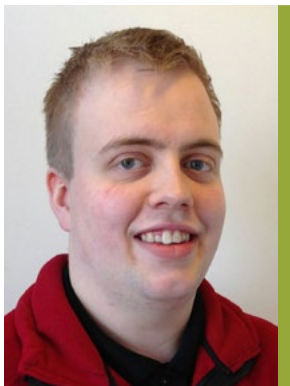
Ungir karlmenn óttast við að vera öðruvísi

„**VIÐ ERUM** ekki enn komin á þann stað að allir séu á eitt sáttir að karlmenn hjúkri. Staðalmyndin um hjúkrunarfræðinga sem kvenna-stétt er enn svo sterk í samfélaginu, en þegar á reynir þykir fólki þetta ekkert tiltökumál,“ segir Tryggvi Hjörtur Oddson, nemandi á lokaári í hjúkrunarfræði við Háskólann á Akureyri. Tryggvi bendir á að margir ungir menn vili fyrir sér að fara í hjúkrun þar sem svo fáir karlmenn

séu í stéttinni. „Óttinn við að vera öðruvísi er meiri hjá mönnum á aldrinum 20-25 ára en hjá þeim eldri. Ungir menn setja það kannski líka fyrir sig að fara að vinna á vinnustað þar sem meðalaldurinn er 35-40 ára og konur í meirihluta. Það vantar að brúa þetta bil. Það þarf að koma því á framfæri að það séu karlmenn í hjúkrun, að það sé valmöguleiki að fara í hjúkrun,“ segir hann.

Ástæðan fyrir því að hjúkrun varð fyrir valinu hjá Tryggva er að hann langar að starfa í bráða- og utanspítalaþjónustu og hjúkrunin býður upp á flesta möguleika á því sviði, auk þess að nýttast hvar sem hann býr. Tryggvi hefur unnið undanfarin

þrjú ár á bráðamóttökunni í Fossvogi en námið hefur hann tekið í fjarnámi. „Þetta hentar mér mjög vel. Ég er ekki þessi átta-til-fjögur týpa og með þessu móti get ég ákveðið hvar og hvenær ég læri. Flest verkefnið vinn ég í Reykjavík en fer norður einu sinni á ári,“ segir hann, en hann býr með fjölskyldu sinni í Hveragerði. Karlmönnum fer hægt fjölgandi í stéttinni en betur má ef duga skal. Þannig hafa karlmenn í stéttinni verið óspart nýttir til að kynna hjúkrun, til að mynda á háskóladeginum. Mikilvægt sé að kynna hjúkrunarfræðina sem spennandi valmöguleika fyrir karlmenn og koma því á framfæri að það séu karlmenn í stéttinni, að sögn Tryggva.



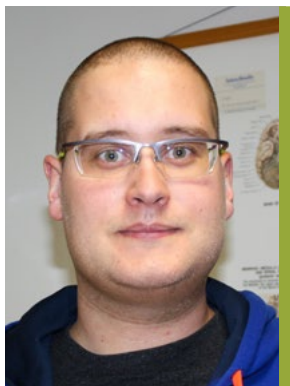
Engir stelpustrákar í hjúkrun!

ANDRI RAFN Sveinsson er einn þiggja karlkynsnemenda á fyrsta ári í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands. Átta ár eru liðin frá því að hann skráði sig fyrst í hjúkrunarfræðina en vegna fjöldatakmakana komst hann ekki í gegn þrátt fyrir að hafa reynt í tvígang. Það var ekki fyrr en fyrirkomulaginu var breytt og nemendur tóku að þreyta hin svokölluðu A-próf að Andri fór í gegn. Í millitíðinni reyndi hann fyrir sér í flugi og hóf nám í viðskiptafræði. „Hjúkrunarfræðin blundaði alltaf í mér. Eftir að ég fór að vinna við hjálparstarf í Afríku í fyrra sannfærðist ég endanlega um að hjúkrun væri mitt fag,“ segir Andri. Síðar á árinu fór hann svo til Nepal og Grikklands, en hann hefur verið meðlimur í íslensku alþjóðasveitinni á vegum Landsbjargar undanfarin tvö ár. „Þegar námi lýkur vil ég komast út og bjarga heiminum. Það er að minnsta kosti planið í dag en hver veit hvað það

verður á morgun! Þetta er mín ástríða, að geta nýtt nám mitt í hjúkrun hvar sem er og hvenær sem er og ekki þurfa að vera bundinn einum stað. Þetta er mín ævintýraþrá.“

Að mati Andra Rafns eru kostirnir við hjúkrunarfræðina hve þverfagleg hún er fyrir utan hvað námið er fjölbreytt og býður upp á marga möguleika. „Námið á eftir að nýtast mér hvar sem ég mun enda við að starfa. Ég hef mikinn áhuga á að vinna við hvers konar bráðaðþjónustu og fyrirbyggjandi aðstoð í þróunarvinnu, hvort sem það er við þróunaraðstoð eða uppbyggingarfasa,“ segir hann en Andri hefur lokið grunnnámskeiði í sjúkraflutningum.

Spurður út í ástæðuna fyrir hve fáir karlmenn leggi fyrir sig hjúkrun telur hann hjúkrun vera enn bundna við hina gamalgrónu hugmynd að kvenmenn vinni fyrst og fremst við hvers kyns umönnunarstörf, og það sé ekki bara bundið við hjúkrunarfræðina. Ímyndin sé lífseig – að karlmenn lækni og konur hjúkri. „Ég held að margir átti sig ekki á hvað hjúkrunarfræðin er og hvað hjúkrunarfræðingar geri. Þessi gamalgrónu viðhorf endurspeglar þannig fáfræði fólks um hjúkrun.“ Að sögn Andra sækja margir karlmenn í stéttinni í hraðann og átökin, þá sér í lagi á bráðadeild og gjörgæslu, og ýmiss konar björgunarstörf líkt og í slökkviliðinu og við sjúkraflutninga. „Þetta eru sko engir stelpustrákar!“



Flestir karlmenn íhuga ekki hjúkrun

SIGÞÓR JENS Jónsson er á lokaári í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands. Undanfarin þrjú ár hefur hann verið eini karlkynsnemandinn en það var ekki fyrr en síðastliðið haust sem það bættist í hóp karlmanna í hjúkrunarfræðinni. Sigþór segir það hafa verið ljúft, eins og hann orðar það, að vera eini strákurinn og stelpurnar hafi verið góðar við hann. „En það er helst þessi athygli frá kennurum. Þeir vita að ég er eini strákurinn og taka því frekar eftir ef mig vantar í tíma. Annars er þetta bara hamingja,“ segir hann.



Sigþór segist upphaflega hafa stefnt á sálfræðina en sjái ekki eftir því að hafa valið hjúkrunina sem væri millivegur á raungreinum og félagsfræðigreinum. Kostirnir, sem hann sér við að starfa sem hjúkrunarfræðingur, er fjölbreytnin, enginn dagur sé eins og starfsvettvangurinn fjölbreyttur, auk þess að geta unnið hvar sem er í heiminum. Hann segir að hjúkrunarfræðin henti karlmönnum alveg eins vel og konum en ástæðan fyrir því hve fáir þeir eru í faginu sé sú að margir íhugi það ekki einu sinni.

„Annars hugsa ég að þetta sé bara í hausnum á okkur að líta á þetta sem kvennastarf,“ en fram hefur komið í könnun á vegum hjúkrunarfræðideildar að launin spila stóran þátt í hversu fáir karlmenn leggja hjúkrun fyrir sig. „Ég held að þetta sé samspil margra þátta og kannski þurfi þetta bara að fá að þróast með tíð og tíma. Við þurfum að leggja áherslu á að útrýma kynbundnum launamuni því það er held ég stærsta skrefið í þessu öllu,“ segir hann.

Til að auka hlut karlmanna í hjúkrun þarf greinin að gera sig sýnilegri að mati Sigþórs. „Fólk þarf að vita hvað hjúkrunarfræðingar gera því að allt of fáir gera sér grein fyrir því. Í fréttaumfjöllun um hjúkrunarfræðinga eru þeir mjög oft sýndir vera að búa um rúm eða taka til lyf,“ bendir hann á. Það endurspeglast til dæmis í fordómum gagnvart hjúkrunarfræðingum, og að í stað þeirra væri allt eins nóg að vera með lyfjasjálfsala. Sigþór hefur sjálfur ekki ákveðið hvað hann vill leggja fyrir sig í hjúkrun en hann hefur áhuga á að vinna á æða- og lýtaskurðeild og stefnir á að vinna á bráðadeild reynslunnar vegna. „Síðan er það á tíu ára planinu mínu að starfa úti í smá tíma.“

Vantar ímynd af karlmönnum í hjúkrun

VALUR FREYR Halldórsson Hvanndal er annar tveggja karlkyns-hjúkrunarfræðinema við Háskóla Akureyrar sem útskrifast nú í vor. Áður en hann hóf nám í hjúkrun hafði hann starfað hjá slökkviliði Akureyrar í ein tíu ár. „Mig langaði að mennta mig meira og valið stóð á milli þess að fara í bráðatækninn eða hjúkrun,“ segir Valur. Hann hóf bráðatæknánám í Bandaríkjunum en ekki er boðið upp á slíkt nám hér heima. Námið tekur níu mánuði en hann hætti að þremur mánuðum

liðnum þegar hann sá fram á að þetta yrði of langur tími fjarri fjölskyldunni. Eftir að hafa vegið og metið kostina í stöðunni tók hann ákvörðun um að hefja nám í hjúkrun þrátt fyrir að það væri töluvert lengra nám, en jafnframt eru möguleikarnir langtum fleiri. „Upphaflega ætlaði ég að bæta við mig þekkingu og halda áfram að vinna hjá slökkviliðinu. En námið hefur vakið svo mikinn áhuga hjá mér að nú langar mig bara að læra meira,“ segir Valur. Hann hefur því sagt starfi sínu lausu hjá slökkviliðinu, er búinn að ráða sig á gjörgæsluna á Akureyri og stefnir á meistaranám í svæfingum.

Það sótti að Vali valkvíði þegar hann var spurður hverjir kostir starfsins væru: „Vá, þeir eru svo margir. En í fyrsta, öðru og þriðja lagi er kosturinn sá hvað námið nýtist víða. Í raun getur maður nýtt það við allt og hvar sem er í heiminum. Það er ekki bundið við einhverja ákveðna stofnun auk þess sem það er mjög gefandi og skemmtilegt.“ Spurður um ástæðuna fyrir því að svo fáir karlmenn eru í hjúkrun svarar hann því til að hjúkrun hafi lengstum verið kvennastarf. „En ég finn að það er að breytast. Viðbrögðin, sem ég fékk þegar ég hóf námið 2012, voru til dæmis allt öðruvísi en þau viðbrögð sem ég fæ núna, fjórum árum síðar. Bara á þessu tímabili hefur viðhorfið breyst og nokkrir samstarfsfélaga minna í slökkviliðinu hafa sýnt áhuga á að byrja í hjúkrun,“ segir Valur og bætir við að það þurfi að gera karlmenn í hjúkrun sýnilegri og í raun búa til ímynd af karlmönnum í hjúkrun. „Þessi ímynd hefur aldrei verið til. Við erum svo langt á eftir hér á Íslandi samanborið við mörg önnur lönd. En þetta er að breytast hægt og rólega og ég gæti vel trúað að það eigi eftir að verða sprenging hvað varðar fjölda karlmanna í hjúkrun á næstu tíu árum.“



Vil hjálpa þeim sem geta ekki hjálpað sér sjálfir

TÓMAS ELDJÁRN Vilhjálmsson, fyrsta árs nemi í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands, sá tækifæri til að tengja áhugamál sitt við háskólanám. Hann á að baki nokkurra ára reynslu í björgunarsveit og í fjallaleiðsögn. „Þetta er gefandi og skemmtilegur starfsvettvangur og hjúkrunarnámið getur opnað svo marga möguleika til að tengja við hvers kyns björgunarstörf,“ segir Tómas. „Ég hef alltaf verið heillaður af umönnun og að geta hjálpað þeim sem geta ekki hjálpað sér sjálfir,“ en hann á ekki langt að sækja áhugann á hjúkrun því að báðir foreldrar hans eru hjúkrunarfræðingar.



Tómas segir stráka almennt ekki átta sig á hve hjúkrun er fjölbreytt starf og býður upp á mörg atvinnutækifæri. „Ég fann þetta greinilega þegar ég var að kynna hjúkrunarfræðina á háskóladeginum.

Þar spjallaði ég við þó nokkuð marga og það kæmi mér ekki á óvart að þeim fjölgaði sem hefja nám á næsta ári,“ segir hann.

Metnaður að læra það sem ég hef gaman af

MAGNÚS ÞÓR Þorvaldsson var búinn að vinna á geðsviði

Landspítalans í fjögur ár þegar hann hóf nám í hjúkrun síðastliðið



haust. Ástæðan fyrir því að hjúkrun varð fyrir valinu er sú að hann langar einfaldlega að verða hæfari í því sem hann vinnur við. Auk þess opni

námið margar aðrar dyr. „Um tvítugt hefði mér aldrei dottið í hug að fara í hjúkrun. Ef ég hefði á sínum tíma stefnt á nám við heilbrigðisvísindasvið hefði valið að öllum líkindum staðið á milli þess að fara í læknisfræði eða sálfræði,“ segir Magnús.

Persónulega segist hann ekki líta á hjúkrun sem kvenna- eða karlastarf enda margir karlmenn að vinna við geðdeildir spítalanna. Aftur á móti er ásýnd hjúkrunarfræðinga tengd konum; „líkt og þú hugsar um sjómann! Þá sérðu væntanlega karlmann

fyrir þér!“ Magnús segir framtíðaráform sín vera þau að klára námið og verða betri í því sem hann gerir. „Að ná sér ekki í menntun í því sem maður hefur gaman af er bara metnaðarleysi.“

NÝTT LYF
— VIÐ —
OFNÆMI

AAAAAAAAATSSJÚÚÚ!



Of mikið sumar?

Flynise – 24 klukkustunda virkni við ofnæmi

Notkun: Flynise inniheldur virka efnið desloratadin 5 mg og er ætlað til að draga úr einkennum ofnæmisnefnefvefs og ofsakiðða. Lyfið veldur ekki syfju. **Skömmtun:** Fullorðnir og börn 12 ára og eldri: 1 tafla á dag. Lyfið er ekki ætlað börnum yngri en 12 ára. Töfluna má taka með eða án fæðu. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða hjálparefnum. **Varúðarreglur:** Flynise skal nota með varúð ef um er að ræða alvarlega skerta nyrtnastarfsemi. Notkun lyfisins er ekki ráðlögð á meðgöngu og/eða við brjóstgjöf. **Aukaverkanir:** Lyfið þolist almennt vel en eins og á við um öll lyf geta komið fram aukaverkanir en það gerist þó ekki hjá öllum. Algengustu aukaverkanirnar umfram lyfleysu eru þreyta (1,2%), munnþurrkur (0,8%) og höfuðverkur (0,6%). Eftir að lyf hefur fengið markaðsleyfi er mikilvægt að tilkynna aukaverkanir sem grunur er um að tengist því. Lesið vel leiðbeiningar sem fylgja lyfinu. Markaðsleyfishafi: Actavis Group PTC ehf. Janúar 2016

Actavis



**EYDÍS KR. SVEIN-
BJARNARDÓTTIR**, forseti
heilbrigðisvísindasviðs
Háskólans á Akureyri

MARKMIÐIÐ AÐ KARLMENN VERÐI FJÓRÐUNGUR HJÚKRUNARFRÆÐINEMA



„MARKMIÐIÐ ER alveg augljóst. Það þarf að auka hlut karlmanna í hjúkrun en leiðirnar til þess eru ekki eins augljósar,“ segir Eydís Kr. Sveinbjarnardóttir sem tók nýverið við embætti forseta heilbrigðisvísindasviðs Háskólans á Akureyri.

„Það er ekki hvað síst þetta sem mig langar að breyta,“ segir Eydís en eitt af fyrstu verkefnum hennar er að setja fram nýja stefnu innan heilbrigðisvísindasviðs, stefnu sem gildir frá 2018 til ársins 2023. Eydís segir markmiðið vera að auka hlut karlmanna í hjúkrunarfræðinámi í 25%, en hlutfall þeirra hefur verið afar lágt undanfarin ár, allt frá engum til tveggja í hverjum árgangi. Þá er fyrirhugað að fjölga nemendum í 55 á vormisseri skólaársins 2016-2017 en til þessa hafa verið teknir inn 50 nemendur. Hún segir mikilvægt að ræða þá staðreynd að svo fáir karlmenn leggi fyrir sig hjúkrun og leita leiða til að auka hlut þeirra. Hvað hindrar karlmenn í að fara í

hjúkrun? „Mér leikur forvitni á að vita af hverju þetta stafar. Þess vegna þurfum við að ræða málin og benda jafnframt á að hjúkrun býður upp á fjölmörg tækifæri til sérhæfingar,“ segir hún jafnframt.

„Þrátt fyrir að hjúkrunarfræðingur sé karlkynsorð er stéttin enn kvengerð. Við verðum að hlusta á okkur sjálf og hvernig orðræðan er.“

Strákar hjúkra

Fáir karlar í hjúkrun er ekki einangrað fyrirbæri. Íslenskt samfélag er framarlega hvað jafnrétti varðar, en að mati Eydísar hefur jafnréttisbaráttan snúist fyrst og fremst um að auka hlut kvenna

á hinum ýmsum sviðum samfélagsins. Þannig hefur hlutur kvenna aukist undanfarin ár í hefðbundnum karlastörfum en hlutur karla í hefðbundnum kvennastörfum hefur lítið breyst. „Það skortir mótvægis- aðgerðir og það er mikilvægt að huga að því hvernig orðræðan er um hjúkrunarfræðinga. Þrátt fyrir að hjúkrunarfræðingur sé karlkynsorð er stéttin enn kvengerð. Við verðum að hlusta á okkur sjálf og hvernig orðræðan er,“ segir hún og bendir til að mynda á hlutverk kennara. Hver kennari þarf að huga að því hvernig hann setur fram sitt efni. Eydís er staðráðin í að leggja sitt lóð á vogarskálarnar til að auka hlut karlmanna í hjúkrunarnámi. „Ef við setjum okkur ekki markmið þá gerist ekki neitt.“ Kannski slagorðið verði „Strákar hjúkra“.



KARLAR Í HJÚKRUN:

KARLAR HJÚKRA

Ingólfur V. Gíslason, dósent í félagsfræði við Háskóla Íslands



Á ÍTALÍU er um fjórðungur hjúkrunarfræðinga af karlkyni. Fólk, sem endist til að horfa á bandaríska sjónvarpsþætti sem eiga að gerast á sjúkrahúsum, er vel meðvitað um að þar er ekkert undarlegt við að karlar sinni hjúkrun. Á Íslandi þarf hins vegar mikið til að sjúklingur fái hjúkrun karls, hér er um 2% hjúkrunarfræðinga karlkyns.

Í alþjóðlegum samanburði eru Norðurlöndin í heild fátæk af körlum í hjúkrun. Þó eru Íslendingar þar alveg sér á báti því Danir, sem næst lélegastir eru norrænna þjóða á þessu sviði, eru með ríflega þrisvar sinnum hærra hlutfall karla í hjúkrun en Íslendingar. Noregur og Svíþjóð geta státað af að um 10% hjúkrunarfræðinga þar eru karlar. Hvernig getur staðið á þessu? Af hverju sækja íslenskir karlar ekki í nám sem er alþjóðlegt, býður upp á fjölbreytt starfsumhverfi og starfsreynslu og er alls ekki illa launað miðað við ýmislegt annað sem karlar sækja í að læra og vinna við?

Vegur hjúkrun að norrænni karlmennsku?

Meginskýringin virðist felast í menningarlegum hugmyndum um hvað hæfi konum annars vegar og körlum hins vegar. Sögulega séð er hjúkrun tengd konum, Florence Nightingale og hennar líkum. Jafnvel

eru dæmi um að körlum hafi verið meinað að læra hjúkrun. Umhyggjan er kvengerður eiginleiki, karlar grafa undan (norrænni) karlmennsku með því að velja sér umhyggju að starfi. Svo virðist sem víða annars staðar, t.d. á Ítalíu, sé umhyggjan ekki kvengerð með sama hætti.

„Stundum eru þeir „grunaðir“ um að vera hommar, stundum fá þeir að heyra að þeir hafi farið í þetta til að geta verið eini haninn á haugnum, eini karlinn í stórum hópi kvenna.“

Á heildina litið er mikilvægt fyrir ítalska karla að öllum sé ljóst að þeir eru karlmenn. En þar er ekki nein mótsögn í því að sýna umhyggju og að vera karlmaður líkt og virðist hafa verið hjá okkur. Ítalskir karlar eru stoltir af að sinna öldruðum foreldrum, börnum, systkinum og öðrum ættingjum, þar er ekkert „ókarlmannlegt“ við slíka hjálpssemi. Það hefur áhrif á náms- og starfsval.

Þær rannsóknir, sem til eru á íslenskum (og norrænum) körlum



sem starfa sem hjúkrunarfræðingar eða hafa verið að læra hjúkrunarfræði, benda allar í sömu átt hvað varðar þætti sem halda körlum frá náminu eða hrekja þá þaðan eða vekja hjá þeim neikvæðar tilfinningar gagnvart starfinu. Nemendur og fullnuma hjúkrunarfræðingar af karlkyni mæta athugasemdum sem lúta að kyni þeirra eða kynhneigð. Stundum eru þeir „grunaðir“ um að vera hommar, stundum fá þeir að heyra að þeir hafi farið í þetta til að geta verið eini haninn á haugnum, eini karlinn í stórum hópi kvenna. Þeir eru afar meðvitaðir um kyn sitt, m.a. af því að þeir eru svo fáir og kennarar eiga það til að gleyma því að þeir eru þó þarna og kvengera nemendahópinn. „Jæja, stelpur, þá skulum við ...“. Ekki batnar það þegar kennarinn áttar sig og biður eina karlinn afsökunar. Hann verður fyrst og fremst Karlinn, síður nemandi. Þegar námi er lokið og vinnan tekur við heldur kyngervingin áfram, hann er Karlinn frekar en hjúkrunarfræðingur, sá sem kallað er á þegar þarf að lyfta þungu eða vesenast í tækjum því allir vita jú að þar eru karlar á heimavelli, a.m.k. frekar en þegar kemur að hinu fínlega, þá er betra að kona sinni því!

Vera má að dregið hafi úr þessu á síðari árum í og með vegna þess að fjölgað hefur körlum sem eru virkir í umhyggju lítilla barna. Fæðingarorlof fyrir karla hefur stóraukið þátttöku þeirra í umhyggju eigin barna. Körlum, sem starfa á leikskólum, hefur fjölgað. En þeir eru ómenntaðir, það sígur frekar á ógæfuhliðina hvað varðar hlut karla meðal þeirra sem mennta sig til kennslu og má þá einu gilda á hvaða stigi sú kennsla er.

Föst í viðjum menningarlegra hugmynda um hjúkrun

Hérlandar rannsóknir sýna að strákar bera fulla virðingu fyrir hjúkrunarfræði, því fer fjarri að litið sé niður á þá sem sinna hjúkrun. En vegna þeirra menningarlegu hugmynda að þetta sé aðeins fyrir konur þá hvarflar ekki að strákunum að velta því fyrir sér að læra hjúkrunarfræði. Við sjáum það hérlandis og á hinum Norðurlöndunum að þeir sem læra hjúkrun hafa í mjög mörgum tilfellum kynnst þeim störfum áður með einhverjum hætti. Sumir eiga foreldri sem er hjúkrunarfræðingur, aðrir hafa unnið á spítölum á sumrin. Þá verður þetta að möguleika, þá verður ljóst að þetta er ekki bara fyrir konur og þá þarf aðeins smá-hvatningu til að skrefið sé stigið.



Hérlendar og erlendar rannsóknir á körlum, sem sækja í nám í hjúkrun, benda eindregið til að það sé ekki annað sem laðar karla að því námi en það sem laðar konur að: reynsla af umhyggjustörfum, að þekkja einhvern sem starfar innan heilbrigðisgeirans og hvatning frá einhverjum nákomnum. Væntingar karlanna til starfsins virðast ekki heldur skilja sig frá væntingum nemenda í heild. Umhyggjan og löngunin til að hjálpa öðrum er efst á listanum.

Kynjaskiptur vinnumarkaður er vandamál af mörgum ástæðum. Kynjaskiptingin dregur úr sveigjanleika markaðarins, viðheldur hugmyndum um eðlislæg einkenni karla og kvenna og er að öllum líkindum ein af meginástæðum viðvarandi launamunar karla og

kvenna. Þróun síðustu áratuga í flestum vestrænum ríkjum og sérstaklega hinum norrænu hefur verið sú að störfum, þar sem karlar eru í miklum meirihluta, fækkar en engin breyting verður á störfum þar sem konur eru í miklum meirihluta eða þá að hlutfall kvenna eykst enn frekar.

„Erfitt er að sjá nokkra skynsamlega ástæðu fyrir því að karlar læri ekki hjúkrunarfræði. Að öllum líkindum er megin-skýringin falin í því að það hvarflar einfaldlega ekki að þeim.“

Á þessu eru undantekningar því t.d. hefur Norðmönnum tekist að margfalda fjölda karla á leikskólum með margþættum og samtvinnuðum aðgerðum og þá á þeim forsendum að um gæðamál sé að ræða. Leikskóli með starfsmenn af báðum kynjum sé einfaldlega betri leikskóli en sá sem aðeins hefur annað kynið starfandi. Það er reyndar nokkuð samdóma niðurstaða rannsókna á mismunandi vinnustöðum að betri sé fjölbreytileiki en fábreytni í hópi starfsmanna og það á ekki hvað síst við um kynjablöndun. Virkni og samskiptahættir batna á heildina lítið og vellíðan starfsmanna eykst. Hví skyldi það ekki líka eiga við innan hjúkrunar?

Erfitt er að sjá nokkra skynsamlega ástæðu fyrir því að karlar læri ekki hjúkrunarfræði. Að öllum líkindum er megin-skýringin falin í því að það hvarflar einfaldlega ekki að þeim. Sé svo ætti ekki að þurfa að vera verulegum erfiðleikum háð að þoka fjölda þeirra upp á við.



Meginatriði er sýnileiki námsins og starfsins í framhaldsskólum, raunveruleg þekking á fjölbreytni þess og alþjóðlegri stöðu. Með öllu er ástæðulaust að reyna að fela að starfið felur í sér umhyggju og hjálpsami. Það er áreiðanlega ekki lengur þáttur sem er fráhrindandi fyrir karla, hafi svo einhvern tíma verið.





Fæðgarir Tómas Eldjárn Vilhjálmsón og Vilhjálmur Eldjárn Sigurlínnason

FÆÐGAR Í HJÚKRUN



ÞAÐ ERU vafalaust ekki margir feðgar sem hafa lagt fyrir sig hjúkrunarfræði hér á landi en þeir fyrirfinnast þó – að minnsta kosti á það við um feðgana Vilhjálm Eldjárn Sigurlinnason og son hans Tómas Eldjárn sem hóf nám í hjúkrunarfræði síðastliðið haust. Það kemur ekki á óvart að ástríða Vilhjálmss fyrir hjúkrun hafi haft áhrif, en Tómas á þó ekki langt að sækja fyrirmyndir þar sem móðir hans er einnig hjúkrunarfræðingur og kærastan samnemandi hans í hjúkrun.

„Hann hefur eflaust eitthvað smitast af mér,“ segir Vilhjálmur um þá ákvörðun Tómasar sonar síns að leggja fyrir sig hjúkrun. „Það er oft skemmtilegt hvernig lífið þróast,“ segir Vilhjálmur en það var í raun alger tilviljun að hann sjálfur lagði fyrir sig hjúkrun. Hann og konan hans fyrrverandi höfðu farið til Svíþjóðar í langt frí og líkað svo vel að þau ákváðu að setjast þar að um óákveðinn tíma.

Það er ekki laust við að það gæti saknaðar þegar Vilhjálmur rifjar upp starfsævi sín: „Þetta er það skemmtilegasta sem ég hef gert. Að vinna við hjúkrun laðar fram það besta í manni sjálfum – hvatann til að hafa jákvæð áhrif og hjálpa öðrum.“

Eins og ævintýri að hefja nám í hjúkrun 34 ára gamall

Eftir að hann réð sig í vinnu á geðdeild á sjúkrahúsi í Jönköping tók líf hans skyndilega breytta stefnu í kjölfar þess að yfirmaður hans á deildinni hafði hvatt hann til að sækja um nám í hjúkrun

með þessum orðum: „Þér fellur afar vel að umgangast skjólstæðinga okkar hér.“ Áður en hann vissi af hafði hann fyllt út og sent inn umsókn um hjúkrunarfræðinám. Það var svo ekki fyrr en rúmu ári síðar, þegar hann var í fríi í Danmörku, að hann fékk símhringingu frá Íslandi um að hafa samband við framkvæmdastjóra geðsviðs í Jönköping. „Þar sem ekki hafði náðst samband við mig í síma eða bréfleiðis í Jönköping hafði hann haft samband við íslenskan lækni sem þar starfaði og beðið hann að reyna að hafa uppi á mér svo að hann gæti látið mig vita að ég hefði fengið inngöngu í námið. Honum tókst það með því að hafa samband heim til Íslands.“ Skömmu síðar var Vilhjálmur sestur á skólabekk, 34 ára gamall, og aldrei verið eins

ánægður. „Þetta var eins og í ævintýri. Þetta gerðist allt svo hratt,“ rifjar hann upp.

Vilhjálmur og þáverandi kona hans bjuggu í Svíþjóð í sex góð ár en fluttu svo til Íslands vegna veikinda eiginkonu hans. „Maður ræður ekki alltaf förlinni.“ Hann hóf þá störf við endurhæfingu hjá Ríkisspítölum og síðar sem hjúkrunarforstjóri Dvalar – hjúkrunarheimilis aldraðra á Suðurnesjum en þar vann hann á fimmta ár. Þá lá leiðin á Heilsustofnunina í Hveragerði, þar sem hann kynntist seinni konu sinni. Síðar fluttu þau til Kristiansand í Noregi með tvo unga syni sína, keyptu þar fallegt timburhús með stórum garði og undu hag sínum vel og bjuggu þar í tvö ár. Vilhjálmur segir Noregsdvöl fjölskyldunnar hafa verið afar góða. „Þetta var yndislegur tími og ég hefði gjarnan viljað búa þar lengur.“ En hann hafði lofaði konu sinni, sem er hálfðönsk, að fara til Danmerkur. Þar dvöldu þau í eitt ár en þegar synir þeirra voru komnir á skólaaldur lá leiðin aftur til Íslands.

Það er ekki laust við að það gæti saknaðar þegar Vilhjálmur rifjar upp starfsævi sína: „Þetta er það skemmtilegasta sem ég hef gert. Að vinna við hjúkrun laðar fram það besta í manni sjálfum – hvatann til að hafa jákvæð áhrif og hjálpa öðrum.“



ERT ÞÚ Í GÓÐU FORMI?

jafnvægis- og styrktarþjálfun heima í stofu



Fastus býður upp
á mikið úrval
af æfingatækjum
af ýmsum
stærðum og gerðum



KARLAR Í HJÚKRUN

HJÚKRUN ER „KÚL“ EN KREFJANDI STARF



„ÆTLI UPPHAFLEGA hugmyndin hafi ekki kviknað árið 2001 þegar ég sá hjúkrunarfræðing á sviði með einni þekktustu dauðarokksveit Íslandssögunnar og sá að maður með þennan harða „front“ gæti starfað við jafnfallegt og heillandi fag sem hjúkrun er. Áður fyrr hélt ég að bara mjúku týpunar færu í hjúkrun og hafði allnokkra fordóma gagnvart karlmönnum í því, en að sjá töffara sem þennan gaur starfandi við þetta fag, gjörbreytti þeim viðhorfum mínum. Þar sá ég að hjúkrun gat líka verið kúl og að hver sem er ætti erindi í fagið.“

Nokkrum árum síðar hóf Gunnar Pétursson störf á hjúkrunarheimili í aðhlynningu og vann þar í tvö ár samhliða menntaskóla. „Í því góða starfi kynntist ég nokkrum hjúkrunarfræðingum og heillaðist af faginu og fjölbreytileika þess. Ég komst fljótt að því að ég gæti starfað við næstum hvað sem væri sem hjúkrunarfræðingur, og úr varð að ég skráði mig í hjúkrun árið 2006,“ segir hann. Í náminu heillaði bráðasviðið og fékk hann síðar starf þar haustið 2010. „Það varð ekki aftur snúið. Bráðasviðið heillaði mig það mikið að ég fann að ég vildi læra meira, og ákvað því að fara í sérnám til Ástralíu, sem ég og gerði. Í því námi öðlaðist ég gríðarlega reynslu og þekkingu, bæði fræðilega og klíniska, og kom til baka með fullan haus af góðum hugmyndum fyrir starfið sem ég held áfram að tileinka mér í daglegu starfi.“ Gunnar vinnur sem bráðahjúkrunarfræðingur á bráðadeildinni í Fossvogi.

Að minnsta kosti eitt góðverk á dag!

Að mati Gunnars eru kostirnir margir við hjúkrunarfræðina, hvort sem maður vill starfa við rannsóknir, klíník eða kennslu. „Ef þú færð leið á núverandi starfi þá er bara að breyta til! Möguleikarnir eru nær endalausir innan fagsins, og ég held að ég muni seint staðna í starfi.“ Hann telur kosti vaktavinnunnar vera mikla. Auðvelt sé að skipuleggja sínar eigin vaktir og haga þeim kringum lífsstíl hvers og eins. En mesti kosturinn sé starfsandinn á núverandi vinnustað. „Eins finnst mér starfsandinn á vinnustaðnum mínum núna vera frábær, og mér finnst það langbesti kosturinn við núverandi vinnustað. Ég vinn með frábæru fólki undir krefjandi aðstæðum, og veit að í lok hverrar vaktar fer ég heim með þá vitneskju að ég hafi gert að minnsta kosti eitt góðverk.“



„Starfið er engan veginn auðvelt, og ég held að það þurfi sterkar týpur til að haldast í faginu.“

Hjúkrunarstarfið er krefjandi og að mati hans fjarri því að vera auðvelt, og því sé hið úrelta viðhorf að þeir karlmenn sem leggi fyrir sig hjúkrun séu „iðulega þessar mjúku týpur“, líkt og Gunnar orðar það, og að starfið sé ekki nógu karlmannlegt, fjarri raunveruleikanum. „Þetta er kolrangt viðhorf byggt á vanþekkingu, og ég segi skýlaust að maður þarf að

hafa „guts“ til að vinna í faginu með alls konar líkamsvessa, órólega og aggressíva sjúklunga, og auðvitað þarf maður að geta sýnt á sér mjúku hliðarnar til að ná góðu sambandi við skjólstæðingana. Starfið er engan veginn auðvelt, og ég held að það þurfi sterkar týpur til að haldast í faginu.“ Önnur ástæða fyrir því að ekki eru fleiri karlmenn í faginu en raun ber vitni er sú klisja að þeir sem leggi fyrir sig hjúkrun hafi ekki treyst sér í lækinn – „að við séum eins konar handbendi lækna á sjálfstæðrar hugsunar“, segir hann. „Það er alls ekki rétt. Ég er til dæmis með sex ára háskólanám að baki, og ekki var auðvelt að komast gegnum það“, segir Gunnar, en í framhaldsnámi sínu í Sydney í Ástralíu voru 40% nemenda karlmenn. „Þar kippti sér enginn upp við að það væru karlmenn í hjúkrun.“



Vantar sterkir fyrirmyndir til að fjölga karlmönnum í hjúkrun

Til að auka hlut karlmanna í hjúkrun telur Gunnar að það þurfi að tefla fram sterkum fyrirmyndum fyrir þá stráka sem hafa áhuga en skortir þor til að fara í hjúkrun. „Það þyrfti að fara í gang með herferð sem sýnir stráka í faginu, og fjölbreytilegan bakgrunn þeirra, og setur upp þá ímynd að hjúkrunarfræði sé fyrir alla – ekki bara vissar týpur.“ Sjálfur er Gunnar forfallinn áhugamaður um gamla Suzuki-jeppa og fer í ferðalög á jeppanum hvenær sem færi gefst. „Ég elska að ganga á fjöll og skoða hálendið eða nágrenni borgarinnar, og finnst skemmtilegast í heimi að ferðast innanlands og utan. Ég eignaðist tvíbura 1. apríl síðastliðinn þannig að ég býst við að föðurhlutverkið taki yfir sem stærsta áhugamálið mitt næstu árin,“ segir Gunnar.





HeForShe

„**ÞAÐ GRÆÐA** allir á kynjajafnrétti. Hingað til hefur gjarnan verið litið á þessa baráttu sem einkamál kvenna en það er allra hagur að brjóta upp staðlaðar hugmyndir um kynin. Konur og karlar græða á því þegar fleiri karlmenn koma inn í hefðbundnar kvennastéttir, og sér í lagi þegar kemur að launum. Það hefur því miður sýnt sig að því fleiri sem konur eru í hverri stétt, þeim mun lægri eru launin!“

„Konur eru búnar að berjast fyrir kynjajafnrétti svo lengi og það



hefur viðgengist að konur tali um málefnið við konur,“ segir Inga Dóra Pétursdóttir, framkvæmdastýra Landsnefndar UN Woman á Íslandi. „En við vitum þetta. Það er mikilvægt að fá alla með því að þegar öllu er á botninn hvolft högnumst við öll á kynjajafnrétti,“ segir hún jafnframt. Markmiðið er að einn af hverjum fimm verði HeForShe. Þegar þetta er ritað hafa um 13.600 karlmenn og strákar á Íslandi gerst HeForShe á www.heforshe.is og þar með heitið að ...

... beita sér fyrir jöfnum hlut karla og kvenna í orði sem og á borði og hvetja aðra karlmenn og stráka til að gera slíkt hið sama.

... láta í sér heyra þegar þeir verða vitni að óréttlæti í garð kvenna og stúlkna á vinnustöðum, í skólum, í almannarými og á netinu.

... stuðla að hugarfarsbreytingu með því að uppræta niðurlægjandi orðræðu um konur og taka þátt í að breyta úreltum staðalímyndum um kynjahlutverk, innan heimilis, á vinnustöðum, við uppeldi barna sinni og víðar.

Að sögn Ingu Dóru getur Ísland orðið fyrsta landið til að láta raunverulegt kynjajafnrétti verða að veruleika og það á okkar tímum. Til að verða boðberar þeirra breytinga þurfum við öll að leggjast á eitt og búa til heim þar sem konur standa jafnfætis karlmönnum. Samkvæmt rannsókn á vegum UN Women verður kynjajafnrétti náð í heiminum árið 2095 ef við höldum áfram á sömu braut á sama hraða. Með stráka og karlmenn um borð er talið að kynjajafnrétti verði náð helmingi hraðar.

HeForShe er alþjóðleg hreyfing UN Women sem hvetur sérstaklega karlmenn til að láta til sín taka í baráttunni fyrir kynjajafnrétti. Átakinu var ýtt úr vör fyrir tveimur árum hjá Sameinuðu þjóðunum. Þar hvatti leikkonan Emma Watson karlmenn til að láta til sín taka.

Hægt er að skrá sig og fræðast meira um hvað felst í því að vera HeForShe á www.heforshe.is.



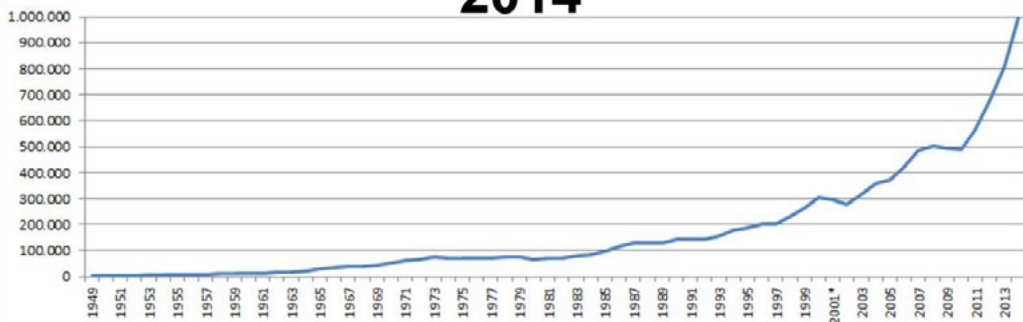
MIKIL FJÖLGUN ERLENDRA FERÐAMANNA Á BRÁÐA- MÓTTÖKU UNANFARIN ÁR



SAMHLIÐA FJÖLGUN ferðamanna á Íslandi hefur álag í heilbrigðisþjónustu aukist en alls komu 14.303 ferðamenn á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi á árunum 2001 til 2014. Erlendum ferðamönnum á Íslandi hefur fjölgað meira en þrefalt frá árinu 2001. Árið 2014 komu yfir milljón ferðamenn til landsins og hefur fjöldinn tvöfaldast frá árinu 2010. Í kjölfarið eykst fjöldi ferðamanna sem leitar á bráðamóttöku Landspítala. Að sögn Guðbjargar Pálsdóttur, sérfræðings í bráðahjúkrun, þarf að bæta verulega skráningu á veittri heilbrigðisþjónustu til erlendra ferðamanna og bæta skráningarkerfin, að því er fram kom í erindi hennar á bráðadeginum 4. mars síðastliðinn.

Markmið rannsóknar Guðbjargar um komur erlendra ferðamanna á bráðamóttöku Landspítala á árunum 2001 til 2014 er að kanna tengsl og mismunandi áhrif bakgrunnsþátta við afdrif erlendra ferðamanna sem leituðu til bráðamóttöku vegna slysa og veikinda til að bæta verklag við forvarnir og sértæka heilbrigðisþjónustu ferðamanna. Úrtak rannsóknarinnar eru allir þeir einstaklingar sem leituðu á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi og ekki höfðu íslenska kennitölu og voru með erlent heimilisfang. Fjöldi ferðamanna á bráðamóttöku Landspítala hefur aukist jafnt og þétt frá árinu

Fjöldi ferðamanna til Íslands 1949-2014



HÁSKÓLI ÍSLANDS

Ferðamalastofa.is



2010. Mest er álagið í júlí og ágúst, og algengustu komudagar eru þriðjudagar og laugardagar. Karlar eru í meirihluta þeirra sem koma á bráðamóttöku, eða 55%. Athygli vekur að frá 2010 hefur orðið 5% fjölgun í aldurshópnum 60 ára og eldri. Á sama tíma hefur orðið mjög mikil fjölgun erlendra skemmtiferðaskipa til Reykjavíkur en hugsanlega gæti það skýrt hluta fjölgunarinnar í þessum aldurshópi. Vonir standa til að hægt sé að nýta niðurstöðurnar við skipulagningu viðeigandi þjónustu út frá þörfum erlendra ferðamanna, auk þess að skipuleggja markvissar forvarnir út frá greiningu á aðstæðum slysa og veikinda, að sögn Guðbjargar.

Erlendir ferðamenn þurfa meiri þjónustu og hjúkrun

Fram kom að skortur er á rannsóknum á erlendum ferðamönnum á bráðamóttöku, hjúkrunarþörfum þeirra og úrræðum sem þeim standa til boða. Þörf er á að byggja upp betri þjónustu og bæta skráningu ferðamanna sem leita til bráðamóttöku, að sögn Helgu Þóreyar Friðriksdóttur og Dagnýjar Lóu Sighvatsdóttur, fjórða árs nema í hjúkrunarfræði. Þær rannsökuðu hjúkrunarþarfir og úrræði erlendra ferðamanna á tímabilinu 21. maí til 31. ágúst 2014 í kjölfar þess að ákveðið var að bæta skráningu á þjónustu við ferðamenn á bráðamóttöku. Reynslan hefur sýnt að erlendir ferðamenn, með sambærilegar komuástæður og Íslendingar, þurfa meiri þjónustu og hjúkrun. Helstu niðurstöður þeirra eru að hjúkrunarþarfir ferðamanna geta verið flóknari vegna kröfu spítalans um varnareinangrun þeirra einstaklinga sem hafa verið á sjúkrahúsi erlendis síðustu sex mánuði. Enn fremur eru hjúkrunarþarfirnar meiri vegna tungumálaörðugleika, ólíks menningarbakgrunns, aukinnar umönnunar aðstandenda og sálrænnar skyndihjálp, sér í lagi í kjölfar alvarlegra atburða.



HORMÓNAGETNAÐARVARNIR

ÁHRIF OFÞYNGDAR Á VIRKNI HORMÓNA- GETNAÐARVARNA

Freydís Selma Guðmundsdóttir, BSc í lyfjafræði, Íris Erla Gísladóttir, BSc í lyfjafræði, Unnur Sverrisdóttir, BSc í lyfjafræði, og Sveinbjörn Gizurarson prófessor.



OFFPYNGD OG offita er algengt og sívaxandi vandamál í hinum vestræna heimi. Lyfjahvarfafræði einstaklinga með líkamsþyngdarstuðul yfir 30 getur verið mjög ólík lyfjahvarfafræði einstaklinga í kjörþyngd og þar með fæst ólík virkni lyfja í þessum hópum. Konur yfir kjörþyngd hafa lengi verið útilokaðar frá rannsóknum á virkni hormónagetnaðarvarna og því vantar haldbærar niðurstöður um hvaða getnaðarvörn hentar þeim best. Markmið þessarar greinar er að taka saman fyrirliggjandi upplýsingar um virkni hormónagetnaðarvarna í konum sem eru yfir kjörþyngd og meta hvaða getnaðarvörn sé heppilegust í þessum hópi kvenna. Þær getnaðarvarnir, sem teknar verða fyrir, eru lykkjan, stafurinn, forðalyf í vöðva, hringurinn, hormónaplástur, getnaðarvarnarpillan og neyðarpillan.

Offita er sívaxandi heilbrigðisvandamál í hinum vestræna heimi og er talin fimmta algengasta orsök dauðsfalla á heimsvísu (Simmons og Edelman, 2015). Yfirþyngd og offita eru skilgreind samkvæmt *Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni* (WHO) sem óeðlileg eða umframfitusöfnun sem getur haft skaðleg áhrif á heilsu viðkomandi.

Líkamsþyngdarstuðull (e. *body mass index*, BMI) er stuðull sem er notaður til að gefa til kynna líkamlegt ástand einstaklings og byggist á hæð og þyngd. Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin flokkar einstaklinga í fjóra flokka eftir BMI-gildi; vannærða (<18,5), í kjörþyngd (18,5-24,9), í ofþyngd (25-29,9) og með offitu (>30) (WHO, 2015).

Á heimsvísu hefur tíðni offitu meira en tvöfaldast frá árinu 1980. Árið 2014 voru fleiri en 1,9 milljarðar einstaklinga, 18 ára og eldri, í yfirþyngd á heimsvísu. Þar af voru 600 milljónir sem flokkast sem offitusjúklingar. Ofþyngd getur leitt til ýmissa sjúkdóma og má sem dæmi nefna hjarta- og æðasjúkdóma, sykursýki af gerð II, stoðkerfisjúkdóma, krabbameina og fleira (WHO, 2015).

Ofþyngd getur aukið líkur á ýmsum vandkvæðum á meðgöngu og jafnvel ótímabæru fósturláti. Á meðgöngu eru konur yfir kjörþyngd líklegri til að fá meðgönguháþrýsting, meðgöngusykursýki, stoðkerfisvandamál, upplifa erfiða fæðingu eða þurfa á keisaraskurði að halda (Robinson og Burke, 2013; Simmons og Edelman, 2015). Einnig er offita áhættuþáttur fyrir þykknun legslímhúðar og krabbameins í legslímhúð, en þessi æxli eru estrógenháð og estrógen er myndað í fituvef (McNicholas o.fl., 2015).



Í áratugi hafa klínískar rannsóknir á hormónagetnaðarvörnum útilokað konur sem þjást af offitu frá rannsóknum (Simmons og Edelman, 2015). Áhrif ofþyngdar og offitu á virkni hormónagetnaðarvarna hefur því ekki verið rannsökuð til fulls. Í dag fá konur í ofþyngd sama skammt af hormónagetnaðarvörn og konur í kjörþyngd (Yamazaki o.fl., 2015).

Vegna þeirrar þróunar, sem á sér stað með aukinni líkamsþyngd, er eðlilegt að spyrja sig hvort virkni getnaðarvarna meðal kvenna í ofþyngd sé nægileg góð? Í þessari grein eru teknar saman fyrirbyggjandi upplýsingar um áhrif ofþyngdar og offitu á virkni hormónagetnaðarvarna. Farið verður yfir helstu gerðir hormóna-getnaðarvarna; hormónalykkjuna (levónorgestrel), hormóna-stafinn, samsettu pilluna, prógesterónpilluna (mini-pilluna), stungulyf í vöðva, hormónaplásturinn, hormónahringinn og neyðargetnaðarvörn.

Offita og aðgengisfræði

Ofþyngd getur haft áhrif á ýmsa líkamlega og lífeðlisfræðilega þætti, sem aftur hafa áhrif á frásog, umbrot, dreifingu og útskilnað lyfja en einnig á virkni lyfja. Afleiðing af breyttum lyfjahvörfum hjá einstaklingum, sem eru of þungir, getur því verið ofskömmtnun eða vanskömmtnun lyfja (Robinson og Burke, 2013).

Helstu áhrif ofþyngdar á virkni lyfja má rekja til breytinga í dreifirúmmáli. Fyrir fitusækin lyf eykst dreifirúmmálið með aukinni líkamsfitu. Fitusækin lyf geta safnast fyrir í fituforða og þar með eykst helmingunartími þeirra og það getur því tekið lengri tíma að ná stöðugum styrk í blóði (De Baerdemaeker o.fl., 2004). Tegundir virkra efna og magn þeirra í hormónagetnaðarvörnum eru breytilegar á milli tegunda getnaðarvarna. Langflestar hormónagetnaðarvarnir samanstanda bæði af estrógeni, oftast etínýl-estrógeni, og prógestíni. Þessi efni eru sterahormónar og mjög fitusækin (Frye, 2006). Frásog lyfja frá meltingarvegi einstaklinga með BMI yfir 30 er oft aukið þar sem tæming magans er hraðari og flæði um meltingarveginna meira. Hvað varðar umbrot og útskilnað lyfja þá hefur ofþyngd töluverð áhrif. Til dæmis hefur verið sýnt fram á aukna virkni ákveðinna ensíma sem brjóta niður fjölda lyfja. CYP450-2E1 er eitt af þessum ensímum sem hefur áhrif á fasa II-umbrot hjá einstaklingum í yfirþyngd (De Baerdemaeker o.fl., 2004).





Hafa ber í huga að mikill einstaklingsmunur getur verið á konum og því ekki hægt að alhæfa að ofangreindar breytingar í lyfjahvarfafræði eigi við um allar konur í yfirþyngd (McNicholas o.fl., 2015).

Verkunarmáti hormónagetnaðarvarna

Samsettar getnaðarvarnir innihalda prógestín og estrógen en aðrar getnaðarvarnir innihalda eingöngu prógestín. Estrógen bælir egglos og kemur í veg fyrir óreglu í tíðablæðingum en prógestín leiðir til hömlunar á egglosi sé það gefið í nægilega stórum skömmtum (Robinson og Burke, 2013). Önnur áhrif prógestína eru þykknun á slímhúð í leghálsi, þynning á legslímhúðinni og slímið í leghálsinum verður ógegndræpt fyrir sæði, hömlun hreyfingar í eggjaleiðurum og þessar breytingar leiða til þess að fósturvísar geta síður tekið sér bólfestu í legslímhúðinni (Lotke og Kaneshiro, 2015). Því eru áhrif prógestína talin mikilvæg til að koma í veg fyrir þungun (Robinson og Burke, 2013).

Hormónalykkjan (*e. intrauterine devices*)

Hormónalykkjan inniheldur og losar hormónið levónorgestrel. Á Íslandi eru skráðar þrjár gerðir slíkra lykkja (Sérlyfjaskrá, 2016). Rannsóknir hafa sýnt að enginn tölfraðilegur munur er á virkni lykkjunnar á fyrstu 2-3 árum af notkun hennar. Gildir það bæði fyrir konur í kjörþyngd og yfirþyngd. Einn helsti kosturinn við notkun lykkjunnar fyrir konur í ofþyngd er sú að verkunarmátinn er staðbundinn. Lykkjan er góður kostur fyrir konur með háan líkamsþyngdarstuðul og ef engar frábendingar eru fyrir notkun hennar (McNicholas o.fl., 2015).

Stafurinn (*e. contraceptive implants*)

Hormónastafurinn er langtímagetnaðarvörn sem

inniheldur aðeins prógestín (etónógestrel). Honum er komið fyrir undir húð á upphandlegg. Lyfið er markaðsett á Íslandi undir sérlyfjaheitinu Implanon NXT®. Virkni stafsins byggist á þéttni lyfsins í blóði en þéttinn minnkar með hverju ári og er lægst á þriðja ári. Styrkur hormónanna í blóði er því nægilegur til að veita henni vernd í þrjú ár, sé konan í kjörþyngd, en ekki má búast við því að styrkurinn sé nægilegur nema í 2 ár hjá konum með háan líkamsþyngdarstuðul (Sérlyfjaskrá, 2014b). Heilbrigðisstarfsfólk skal því hafa í huga að ráðleggja þessum konum að skipta um vefjalýf eða getnaðarvörn eftir um það bil tvö ár í stað þriggja.

Forðalyf í vöðva (*e. injectable contraception*)

Medroxýprógestérón-asetat (DMPA) er gefið í vöðva og veitir vörn í u.þ.b. 3 mánuði (Robinson og Burke, 2013). Lyfið er markaðsett á Íslandi undir sérlyfjaheitinu Depo-Provera® (Sérlyfjaskrá, 2011). Rannsóknir hafa sýnt að meðalstyrkur DMPA í blóði helst yfir nauðsynlegri blóðþéttni hjá konum í yfirþyngd og veitir því nægilega vernd til að koma í veg fyrir egglos. Rannsóknir sýna hins vegar að þetta lyf geti stuðlað að þyngdaraukningu og það telst ekki gott fyrir konur sem þegar eru of þungar (McNicholas o.fl., 2015).

Hringurinn (*e. contraceptive ring*)

Á Íslandi er markaðsleyfi fyrir NuvaRing®, þ.e. hormónahring sem losar stöðugt magn tveggja hormóna, etónógestrel og etínýlestradíól. Hringnum er komið fyrir í leggöngum konunnar. Varúðar þarf að gæta hjá þeim konum sem hafa hækkaða blóðfitu (þríglýseríða) í blóði eða eiga ættingja sem glíma við þann vanda. Jafnframt hefur verið greint frá blóðþrýstingshækkun hjá konum við notkun hningsins. Konur í yfirþyngd eru líklegri en konur í kjörþyngd til að þjást af háþrýsting og of hárrí blóðfitu og því þarf að fylgjast reglulega með þeim konum sem nota þetta lyf (Brache o.fl., 2013). Engar stórar rannsóknir hafa verið framkvæmdar sem meta áhrif estrógen-prógestín-hningsins á konur með háan líkamsþyngdarstuðul. Verkunarmáti hningsins byggist þó á staðbundinni verkun sem er kostur fyrir þær konur sem eru í yfirþyngd (McNicholas o.fl., 2015).



Hormónaplásturinn (e. *contraceptive patch*)

Þær gerðir hormónaplástra, sem eru til á Íslandi, kallast Evra®, Evorel Conti® og Evorel Sequi® (Sérlyfjaskrá, 2016). Nokkrar rannsóknir hafa sýnt að áhrif hormónaplástursins eru minni í konum sem eru yfir 90 kg að þyngd og því ekki fyrsta val fyrir konur í yfirþyngd (McNicholas o.fl., 2015). Þó að ekki séu til margar rannsóknir á virkni plástranna í slíkum konum, þá er ekki hægt að ráðleggja þessum konum að nota hormónaplástra.

Getnaðarvarnapillan (e. *contraceptive pill*)

Þegar farið er yfir þær rannsóknir, sem hafa verið gerðar á virkni getnaðarvarnapilla hjá konum með háan líkamsþyngdarstuðul, koma fram ýmsar misvísandi upplýsingar. Sumar þessara rannsókna sýna að getnaðarvarnapillur virka jafn vel í konum sem eru í kjörþyngd og konum í ofþyngd. Í báðum tilfellum kemur pillan í veg fyrir egglos. Gildir þetta bæði fyrir samsettu pilluna og prógestínpilluna. Hins vegar hafa nokkrar rannsóknir sýnt að blóðþéttinn er ekki nægjanlega há hjá konum í yfirþyngd og því sé æskilegt að þær velji sér aðra getnaðarvörn (Robinson og Burke, 2013) eða noti getnaðarvarnapillur með hærra magn hormóna.

Binding hormónsins levónorgestrel við prótein í blóði er talin hærri í konum í ofþyngd og það leiðir til þess að magn af fríu lyfi í blóði lækkar og því eru þær í meiri hættu á að getnaðarvörnin hafi ekki tilsett verndandi áhrif, sérstaklega ef þær gleyma pillu einn eða fleiri daga. Það er því sérlega mikilvægt fyrir þær að taka inn pilluna á sama tíma á degi hverjum (Robinson og Burke, 2013). Rannsóknir benda einnig til þess að getnaðarvarnapillan sé minna virk fyrstu dagana eftir 7 daga hlé hjá þessum konum. Ástæðan er sú að það tekur allt að 10 daga fyrir hormónin að ná nægilegum blóðstyrk samanborið við 5 daga hjá konum í kjörþyngd (Edelman o.fl., 2014).

Hafa þarf í huga að konur með háan líkamsþyngdarstuðul eru um tvöfalt líklegri til að fá eina af varhugaverðustu aukaverkunum samsettra getnaðarvarna, þ.e. bláæðasegarek (Robinson og Burke, 2013).

Samsettar getnaðarvarnir hafa þó ýmsa kosti eins og að minnka tíðablæðingar og tíðaverki. Þær veita vörn gegn krabbameini í eggjastokkum og legbol, vörn gegn sýkingum í grindarholi, veita



vörn gegn utanlegþungun og geta minnkað fyrirtíðaspennu. Sumar tegundir hafa einnig jákvæð áhrif á bólur í húð (Reynir Tómas Geirsson, 2008).

Neyðargetnaðarvörn

Á Íslandi er aðeins ein neyðargetnaðarvörn fáanleg, Postinor®. Postinor® inniheldur 1,5 mg af levónorgestrel. Lyfið skal nota eigi síðar en 72 klukkustundum eftir óvarðar samfarir eða eftir að getnaðarvörn, sem verið er að nota, bregst (Sérlyfjaskrá, 2014a). Konur með háan líkamsþyngdarstuðul eru í fjórfalt meiri áhættu á þungun en konur í kjörþyngd sem tóku levónorgestrel-neyðargetnaðarvörnina eftir óvarðar samfarir (Robinson og Burke, 2013). Það er því ekki hægt að treysta á góða virkni neyðargetnaðarvarnapillunnar hjá konum í ofþyngd (McNicholas o.fl., 2015).

Segarek

Það er ekki hægt að fjalla um getnaðarvarnapilluna án þess að minnst á aukaverkunina segarek. Samsett hormónagetnaðarvarnarlyf, sem innihalda estrógen og prógestín, auka hættu á bláæðasegareki. Niðurstöður rannsókna benda til þess að nokkur munur sé á gerð samsettra hormónagetnaðarvarna með tilliti til hættu á bláæðasegareki. Þessi munur er háður tegund prógestíns í pillunni. Upplýsingar, sem nú liggja fyrir, benda til þess að samsettar hormónagetnaðarvarnir, sem innihalda prógestínin, levónorgestrel, norethisteron eða norgestimat hafi í för með sér minnstu áhættuna samanborið við aðrar samsettar hormónagetnaðarvarnir. Þegar hormónagetnaðarvörnum er ávísað skal íhuga vandlega einstaklingsbundna áhættuþætti hvernar konu fyrir sig með tilliti til bláæðasegareks. Tryggja þarf að konan sé upplýst um hættu á bláæðasegareki ef hún er í áhættuhóp en kýs samt sem áður að fara á samsetta hormónagetnaðarvörn. Hjá flestum konum vegur ávinningurinn miklu þyngra en hættan á alvarlegum aukaverkunum. Ávinningurinn er þó ekki meiri ef konan er með háan líkamsþyngdarstuðul, nema síður sé (Arnþrúður Jónsdóttir o.fl., 2014).

Niðurstöður

Til að tryggja nægilegt öryggi og virkni hormóna-getnaðarvarnar fyrir konur í ofþyngd skal velja levónorgestrel-lykkjana. Lykkjan verkar staðbundið, hefur æskilega virkni í konum yfir kjörþyngd og er ekki tengd við þyngdaraukningu. Þar fyrir utan eykur lykkjan síður hættu á bláæðasegareki. Stafurinn virðist einnig hafa sömu virkni í konum í ofþyngd og kjörþyngd en þó þarf að hafa í huga að það gæti þurft að skipta stafnum út eftir 2 ár í konum yfir kjörþyngd, en aðrar konur geta haft stafinn í allt að 3 ár.

Það getur verið freistandi að tvöfalda skammt getnaðarvarnarpillunnar hjá konum, sem eru með háan líkamsþyngdarstuðul, til að ná hærri styrk í blóði. Bæði eru rannsóknir á þessu af skornum skammti og ekki er hægt að mæla með tvöföldun skammtsins þar sem ekki er beint samband á milli styrks og verkunar. Enn fremur myndi tvöfaldur skammtur auka til muna líkurnar á aukaverkunum.

Bandaríska heilbrigðismálastofnunin (Centers for Disease Control, CDC) setur getnaðarvarnir, sem eru ætlaðar of þungum konum (en án annarra sjúkdóma), í tvo flokka til að ákvarða hvaða getnaðarvörn henti þeim best. Prógestín-getnaðarvarnir (lykkjan, stafurinn og DMPA-forðalyf í vöðva) og koparlykkjan teljast til flokks 1 sem þýðir að það eru engar takmarkanir fyrir notkun á þessum getnaðarvörnum hjá konum sem eru með of háan líkamsþyngdarstuðul. Samsettar getnaðarvarnir, sem innihalda estrógen og prógestín (pillan, plásturinn, hringurinn), teljast til flokks 2 en þær eru minna virkar í þessum einstaklingum heldur en getnaðarvarnir úr flokki 1, auk þess sem þær auka hættu á bláæðasegareki.

Umræður

Lagðar hafa verið fram tillögur að leiðbeiningum að getnaðarvörnum kvenna sem eru með líkamsþyngdarstuðul yfir 30. Getnaðarvarnarpillan, eða p-pillan, hefur almennt minni verkun í þessum konum þar sem þær hafa aukinn efnaskiptahraða, aukinn útskilnað á umbrotsefnum, aukið blóðrúmmál og aukna dreifingu í fituvef. Þessi áhrif leiða til þess að styrkur p-pillu-hormónanna í blóði nær ekki yfir virkniþröskuld til að hafa tilsett áhrif. Enn vantar fleiri rannsóknir til að hægt sé að sýna fram á þetta með fullnægjandi hætti. Eins og áður hefur komið fram þarf að hafa í huga að þessar



lyfjahvarfafræðilegu breytingar eru einstaklingsbundar og ekki er hægt að alhæfa að þær eigi við um allar konur í yfirþyngd.

Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk sé meðvitað um þær breytingar sem ofþyngd getur haft áhrif á virkni hormónagetnaðarvarna. Heilbrigðisstarfsfólk þarf að vera í stakk búíð til að geta veitt ráðgjöf varðandi val og notkun getnaðarvarna fyrir þennan hóp kvenna

Ef konur í ofþyngd kjósa aðrar getnaðarvarnir en lykkjuna, stafinn eða forðalyf þá vega almennt séð kostir þess að nota samsettar getnaðarvarnir meira en áhættan sem af þeim getur stafað. Hafa skal í huga mikilvægi þess að kanna vel sjúkrasögu sjúklings áður en hormónagetnaðarvörn er ávísað, sérstaklega með tilliti til bláæðasegareks í fjölskyldunni. Leiðbeina þarf konum með háan líkamsstuðul um kosti, galla og rétta notkun þeirrar getnaðarvarnar sem þær kjósa. Það er jafnframt mikilvægt að konur í ofþyngd geti treyst á virkni getnaðarvarna í ljósi þess að ýmis vandamál geta komið upp á meðgöngu hjá þessum konum.

HEIMILDIR

- Arnþrúður Jónsdóttir, Guðfinna Kristófersdóttir, Lilja Dögg Stefánsdóttir, Þórdís Ólafsdóttir, Þyri Emma Þorsteinsdóttir (2014). Samsett hormónagetnaðarvarnarlyf: Verið vakandi fyrir mismunandi hættu á segareki milli lyfja, mikilvægi einstaklingsbundinna áhættuþátt og einkennum segareks. Sótt 12.1.16 á http://www.lyfjastofnun.is/media/aukaverkanir/1_CHCs_DHPC.pdf
- Brache, V., Payán, L. J., og Faundes, A. (2013). Current status of contraceptive vaginal rings. *Contraception*, 87(3), 264-272. Doi:10.1016/j.contraception.2012.08.037.
- De Baerdemaeker, L. E., Mortier, E. P., og Struys, M. M. (2004). Pharmacokinetics in obese patients. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care og Pain*, 4(5), 152-155. Doi:10.1093/bjaceaccp/mkh042.
- Edelman, A. B., Cherala, G., Munar, M. Y., McInnis, M., Stanczyk, F. Z., og Jensen, J. T. (2014). Correcting oral contraceptive pharmacokinetic alterations due to obesity: A randomized controlled trial. *Contraception*, 90(5), 550-556. Doi:10.1016/j.contraception.2014.06.033.
- Frye, C. A. (2006). An overview of oral contraceptives: Mechanism of action and clinical use. *Neurology*, 66(6, viðb. 3), 29-36.
- Lotke, P. S., og Kaneshiro, B. (2015). Safety and efficacy of contraceptive methods for obese and overweight women. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 42(4), 647-657. Doi:10.1016/j.ogc.2015.07.005.



- McNicholas, C., Zigler, R., og Madden, T. (2015). Contraceptive counseling in obese women. Í S. E. Jungheim (ritstj.), *Obesity and Fertility: A Practical Guide for Clinicians*, 133-148. New York-borg: Springer New York.
- Reynir Tómas Geirsson, S. S. B. (2008). Leiðbeiningar um getnaðarvarnir. Sótt 12.1.16 á <http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item17824/Getnadarvarnir.pdf>.
- Robinson, J. A., og Burke, A. E. (2013). Obesity and hormonal contraceptive efficacy. *Womens Health (Lond Engl)*, 9(5), 453-466. Doi:10.2217/whe.13.41.
- Sérlyfjaskrá (2011). Samantekt á eiginleikum Depo-Provera. Sótt 12.1.16 á <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/b2b17c14-cd39-e011-b077-001e4f17a1f7/Depo-Provera SmPC.doc.pdf>.
- Sérlyfjaskrá (2014a). Postinor. Sótt 12.1.16 á <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/1ff33819-c54f-e411-81a6-001e4f17a1f7/Postinor -Sm PC.doc.pdf>.
- Sérlyfjaskrá (2014b). Samantekt á eiginleikum Implanon NXT. Sótt 12.1.16 á <http://serlyfjaskra.is/FileRepos/f61b6855-8f53-e411-81a6-001e4f17a1f7/Implanon NXT - SmPC.doc.pdf>.
- Sérlyfjaskrá (2016). Sérlyfjaskrá. Sótt 12.1.16 á <http://serlyfjaskra.is/SearchIngredient.aspx?a=0ogProductId=2e1b2244-aac8-df11-a1f6-0016e6045f8eogd=1>.
- Simmons, K. B., og Edelman, A. B. (2015). Contraception and sexual health in obese women. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 29(4), 466-478. Doi:10.1016/j.bpobgyn.2014.10.005.
- WHO (2015). Body mass index - BMI. Sótt á <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/body-mass-index-bmi>.
- Yamazaki, M., Dwyer, K., Sobhan, M., Davis, D., Kim, M. J., Soule, L., ... Yu, C. (2015). Effect of obesity on the effectiveness of hormonal contraceptives: an individual participant data meta-analysis. *Contraception*, 92(5), 445-452. Doi:10.1016/j.contraception.2015.07.016.



YOSEF TAMIMI er
hjúkrunarfræðingur
á Bráðadeild Land-
spítalans, Fossvogi.

PANKASTRIK

ÆFINGIN SKAPAR MEISTARANN

Yusef Tamimi



NÚ í rúmlega eitt ár hefur bráðamóttaka Landspítala haldið vikulega svokallaðar „trauma-æfingar“ eða æfingar í móttöku sjúklinga með fjöláverka fyrir starfsfólk deildarinnar. Stofnaður var sérstakur hópur til að halda utan um þessar æfingar en í hópnum eru starfandi bæði hjúkrunarfræðingar og læknar sem hittast reglulega. Á þessum fundum eru sett fram ákveðin markmið með æfingunum og hvað við ætlum að fá út úr hverju tilfelli en nýtt tilfelli er tekið fyrir mánaðarlega. Við reynum okkar besta til að hafa fjölbreyttar æfingar en jafnframt raunverulegar og leggjum áherslu á að æfa okkur í að nota þann búnað sem við höfum á bráðamóttökunni. Æfingarnar eru á hverjum fimmtudagsmorgni og taka þeir einstaklingar, sem eru í vinnu á þeim tíma, þátt í æfingunum en einstaklingar, sem ekki eru á vakt, mæta einnig oft. Síðasta fimmtudag hvers mánaðar eru æfingarnar töluvert stærri þar sem fleiri viðbragðsaðilar eru virkjaðir.

Eins og ég minntist á áður eru nýjar æfingar mánaðarlega og það krefst því þess að „trauma-hópurinn“ þarf að hafa töluvert hugmyndaflug til að upphugsa ný tilfelli. Við reynum að hafa æfingar í takt við þær aðstæður sem við erum að glíma við hverju sinni. Á veturna höfum við til dæmis tekið fyrir skíðaslys, fall í hálku og ofkælingu en við tryggjum það að hver æfing hafi eitthvert markmið og að skrifaðir séu niður lærdómsspunktar sem hægt verði að nýta í áframhaldandi starfi. Í lok hverrar æfingar eru viðrunarfundir sem taka um 15 mínútur. Þá ræðum við tilfellið öll saman, komum með tillögur að úrbótum og

hrósum öllum fyrir það sem vel var gert. Miklar og skemmtilegar umræður myndast oft og er það yfirleitt á þessum tímamarki sem við náum að læra sem mest af þessum æfingum. Þessar umræður geta leitt til þess að úrbætur eru gerðar í málefnum tengdum fjöláverkum á bráðamóttökunni og fyrir vikið betri þjónustu gagnvart sjúklingum okkar.

Uppsetning æfinganna er

nokkuð einföld en við reynum að gera þær eins raunverulegar og mögulegt er. Við fáum alltaf einhvern til að leika sjúkling en frægasti

„Við hjúkrunarfræðingar og annað heilbrigðisstarfsfólk, höfum alltaf lagt áherslu á að fræða og upplýsa sjúklinga. En vitum við hverjar eru raunverulegar þarfir og óskir þeirra?“



sjúklingurinn okkar var forstjórinn okkar, Páll Matthíasson. Sjúklingar eru oft farðaðir og fá upplýsingar um ástand sitt og getu. Læknir þarf að skoða allan sjúklinginn og tala hátt og skýrt svo allir heyri. Hjúkrunarfræðingar vinna sín verkáætlun um móttöku fjöláverkasjúklinga þurfum við þrjá hjúkrunarfræðinga sem allir hafa mismunandi hlutverk. Læknar og hjúkrunarfræðingar, sem sjá um æfingar, gefa svo upplýsingar til baka um stöðu sjúklings og ef ástand sjúklings breytist. Sem dæmi má nefna að til þess að fá upplýsingar um lífsmörk þarf raunverulega að mæla sjúklinginn og fá svo upplýsingar um blóðþrýstinginn sem hann er með. Bráðamóttakan hefur jafnframt fjárfest í tveimur iPad-tækjum sem aðstoða okkur með að setja upp sýndarskjá. Þetta gerir aðstæðurnar töluvert raunverulegri þar sem leiðbeinendur geta fjarstýrt lífsmörkum.

Hér er markmiðið að ná að auðvelda samvinnuna milli fagstétta, kynnast hvert öðru og læra styrki og veikleika. Því meira sem við vinnum saman því betur þekkjum við hvert annað og því betur gengur samstarfið.

Í lok hvers mánaðar er haldin stór æfing. Á þessari stóru æfingu virkjum við Neyðarlínuna, sjúkrabíla, aðrar sérfræðigreinar, t.d. skurðlækna en einnig geislafræðinga, ritara og sérhæfða starfsmenn bráðamóttökunnar. Hringt er í Neyðarlínuna sem sendir sjúkrabíl á vettvang slyss. Sjúkraflutningamennirnir undirbúa sjúkling fyrir flutning og flytja hann á bráðamóttöku þar sem tekið er á móti honum og „handover“ á sér stað. Sjúklingur er skoðaður, brugðist við þeim vandamálum sem takast þarf á við og svo er hann fluttur í tölvusneiðmyndatöku þar sem æfingin er yfirleitt stoppuð. Haft er samband við þær sérfræðigreinar, sem hæfa hverju sinni, og sjúklingunum sinnt

í samráði við þær. Hér er markmiðið að ná að auðvelda samvinnuna milli fagstétta, kynnast hvert öðru og læra um styrk og veikleika. Því meira sem við vinnum saman því betur þekkjum við hvert annað og því betur gengur samstarfið.

Við höfum náð töluverðum árangri í að bæta móttöku fjöláverkasjúklinga og tryggt það að sjúklingar fái bestu meðhöndlun sem í boði er. Við höfum náð að bæta okkur í „handover“ frá sjúkraflutningum og



tryggja að upplýsingaflæðið sé stöðugt og öruggt frá þeim og áfram. Við höfum gert breytingar á húsnæði tölvusneiðmynda þar sem nú er möguleiki á að tengja skjána okkar við tölvuskjá og þar með fylgjast með ástandi sjúklings inni á öruggu, geislafríu svæði. Við höfum náð að auðvelda samskipti milli fagstétta og tryggt að við vinnum betur saman og skiljum hvert annað betur. Allt þetta hefst upp úr æfingum sem hafa verið haldnar þar sem við náum betur að greina hvað okkur vantar og hvernig við getum auðveldað allt ferlið frá því að sjúklingur kemur inn á bráðamóttöku og þar til hann útskrifast þaðan og áfram, hvort sem það er í aðgerð eða í eftirlit á öðrum stöðum. Með öðrum orðum: Æfingin skapar meistarann.

Almennt ríkir ánægja á bráðamóttökunni með þessar æfingar og reyna flestir læknar og hjúkrunarfræðingar að taka þátt í þeim. Við höfum séð árangur hjá fólki og einstaklingar hafa komið til mín og rætt um að æfingarnar hafi aðstoðað þá við að takast á við krefjandi tilfelli. Áframhaldandi rannsóknarvinna er þó nauðsynleg og ætla „trauma-hópurinn“ að halda enn betur utan um æfingar þar sem spurningakannanir verða gerðar til að tryggja að við séum að gera æfingar sem raunverulega skila árangri í starfi.

Ég skora á Önnu Tómasdóttur, hjúkrunarfræðing á göngudeild smitsjúkdóma á Landspítala, að skrifa næsta þankastrík.

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

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



FRÁ HJÓKRUNARFRÆÐIDEILD HÁSKÓLA ÍSLANDS

BREYTT NÁMSKRÁ MS- NÁMS FRÁ HAUSTI 2016 – LEIÐIN TIL FRAMTÍÐAR



VAKIN ER athygli á breytingum á námskrá meistaranáms í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Frá og með hausti 2016 býðst hjúkrunarfræðingum með fyrstu einkunn á BS-prófi frá Háskóla Íslands og sambærilegu námi nám til MS-prófs þar sem metnar eru allt að 30 einingar úr BS-námi þeirra. Forsendur þessa eru að BS-nám í hjúkrunarfræði við Háskóla Íslands er fjögurra ára nám en BS- og BA-nám í öðrum greinum er að öllu jöfnu þriggja ára nám.

Í endurskoðaðri námskrá BS-náms, sem tók gildi haustið 2015, eru 30 ECTS-einingar á meistarastigi á fjórða námsári og verður því um skörun á BS- og MS-námi að ræða í framtíðinni. Vonast er til að þessi breyting verði til hagsbóta fyrir hjúkrun og hjúkrunarfræðinga og til að efla þjónustu við sjúklinga. Með þessum breytingum geta nemendur nú lokið BS- og MS-námi á samtals fimm og hálfu ári í stað sex áður. Einnig er vakin athygli á fjölbreyttu framhaldsnámi í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Veturinn 2016-2017 er boðið upp á diplómanám í gjörgæslu-hjúkrun, hjúkrun aðgerðasjúklinga og í hjúkrunarstjórnun. Auk meistaranáms á fyrrgreindum sérsviðum er í boði meistaranám í heilsugæsluhjúkrun, geðhjúkrun, barnahjúkrun, hjúkrun í langvinn-um veikindum og á efri árum og öðrum klínískum sérsviðum. Eins og áður er áherslan í meistaranámi á hlutverk klínískra sérfræðinga, stjórnenda, leiðtoga eða rannsakenda. Auk þess er í boði grunn- og meistaranám í ljósmóðurfræði og þverfræðilegt diplómanám í kyn-fræði. Áfram verður boðið upp á einstök námskeið á meistarastigi í samstarfi við Endurmenntun Háskóla Íslands.

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

Þörfin fyrir vel menntaða hjúkrunarfræðinga fer vaxandi og annar framboð ekki eftirspurn. Metnaðarfullir hjúkrunarfræðingar eru hvattir til að kynna sér námsframboðið á heimasíðu deildarinnar, hjukrun.hi.is.

Frekari upplýsingar má fá hjá verkefnastjórum framhaldsnáms, Margréti Gunnarsdóttur maggagu@hi.is og Elínu Helgadóttur elinh@hi.is.

Sótt er um framhaldsnám tvisvar á ári, til 15. apríl og til 15. október.

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



ÞVERFAGLEGT FRAMHALDSNÁM VIÐ HEILBRIGÐISVÍSINDASVIÐ HÁSKÓLANS Á AKUREYRI



HEFUR ÞÚ áhuga á að efla þig og vinna þvert á ólík svið heilbrigðisvísinda? Þá gæti þverfaglegt diplóma- eða meistaranám í heilbrigðisvísindum verið eitthvað fyrir þig. Lögð er áhersla á virkni nemenda og umræður. Að jafnaði eru verkefni í stað prófa. Kennt er í lotum og námið skipulagt þannig að stunda megi vinnu með því. Námslotur eru fjórar á hverju misseri, ein í mánuði, einn sólarhringur fyrir hvert námskeið (10 stundir). Í tengslum við mörg námskeiðin eru haldin opin málþing eða ráðstefnur sem ekki þarf að greiða fyrir sérstaklega.

Meistaranám og diplómanám í heilbrigðisvísindum

- 2 ára nám, 120 ECTS-einingar, meistaragráða, staðbundið lotunám. MSc í heilbrigðisvísindum
- 1 árs nám, 40 ECTS-einingar, diplómagráða, staðbundið lotunám. Diplómagráða í heilbrigðisvísindum

Áherslur námsins

Í náminu eru að jafnaði aðeins þrjú til fjögur skyldunámskeið. Að öðru leyti skipuleggja meistaranemar námið í samræði við leiðbeinanda sinn og nýta meistaranámskeið við Háskólann á Akureyri eða aðra háskóla, innanlands eða erlendis, sem samræmast áherslu þeirra í náminu. Ef þú hefur áhuga á einhverju tilteknu sersviði er einnig boðið upp á mörg áherslusvið. Þau eru:

1. Almenn námslína (30 ein. í valnámskeiðum – við innlenda eða erlenda háskóla). Nemendur velja sjálfir sitt eigið sersvið. Brautarstjóri: dr. Sigríður Halldórsdóttir, prófessor í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið HA (sigridur@unak.is)
2. Endurhæfing og lýðheilsa (20 ein. í valnámskeiðum). Brautarstjóri: dr. Ragnheiður Harpa Arnardóttir, sjúkraþjálfari og sérfræðingur í sjúkraþjálfun lungnasjúklinga, dósent í heilbrigðisvísindum við Heilbrigðisvísindasvið HA (ragnh@unak.is)
3. Fötuln og endurhæfing (10 ein. í valnámskeiðum): Brautarstjóri: Guðrún Pálmadóttir, dósent í iðjuþjálfun við Heilbrigðisvísindasvið HA (guðrunp@unak.is)
4. Geðheilbrigðisfræði (20 ein. í valnámskeiðum). Brautarstjóri: dr. Gísli Kort Kristófersson, geðhjúkrunarfræðingur og lektor við



Heilbrigðisvísindasvið HA (gislik@unak.is)

5. Heilsugæsla í héraði (klínísk og fræðileg lína: 10 ein. í valnámskeiðum. Allir nemendur taka BRÐ0110 Bráðabjónusta). Brautarstjóri: Sigríður Sía Jónsdóttir, hjúkrunarfræðingur og ljósmóðir, lektor við Heilbrigðisvísindasvið HA (siaj@unak.is)
6. Krabbamein og líknarmeðferð (20 ein. í valnámskeiðum). Brautarstjóri: dr. Elísabet Hjörleifsdóttir, sérfræðingur í krabbameins- og líknarhjúkrun, dósent í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið HA (elisabet@unak.is)
7. Langvinn veikindi og lífsglíman (20 ein. í valnámskeiðum). Brautarstjóri: dr. Árún K. Sigurðardóttir, sérfræðingur í sykursýki og langvinnnum sjúkdómum, prófessor í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið HA (arun@unak.is)
8. Sálræn áföll, ofbeldi og áfallastreita (20 ein. í valnámskeiðum). Brautarstjóri: Sigrún Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur og lektor í hjúkrunarfræði við Heilbrigðisvísindasvið HA (sigrunsig@unak.is)
9. Starfsendurhæfing (engin valnámskeið) – í samvinnu við Félagsvísindasvið HÍ. Brautarstjóri (tímabundið): dr. Sigríður Halldórsdóttir, prófessor við Heilbrigðisvísindasvið HA (sigridur@unak.is)
10. Stjórnun í heilbrigðisþjónustu (20 ein. í valnámskeiðum). Brautarstjóri: dr. Grétar Þór Eypórsson, stjórn mála- og stjórnsýslufræðingur, prófessor við viðskiptafræðideild HA (gretar@unak.is)
11. Öldrun og heilbrigði (20 ein. í valnámskeiðum). Brautarstjóri: Rannveig Guðnadóttir, sérfræðingur í öldrunarhjúkrun (rgudnad@unak.is)

Meistaránámið veitir prófgráðuna MS í heilbrigðisvísindum (120 ECTS) og diplómanámið veitir prófgráðuna diplómagráða í heilbrigðisvísindum (40 ECTS).

Markmið námsins er að þeir sem útskrifast úr því verði gagnrýnir greinendur, ígrundandi fagmenn, breytingarliðar og víðsýnir og skapandi leiðtogar. Þetta eru þeir námskrárþræðir sem eru uppistaðan í uppbyggingu og innihaldi námskeiðanna, og leiðarljós í kennslu- háttum og námsmati.





Fyrir hverja er námið?

Almenn krafa er að umsækjendur hafi lokið BS-námi á sviði heilbrigðisvísinda eða skyldra greina með að öllu jöfnu fyrstu einkunn (7,25) frá viðurkenndri háskólastofnun. Við inntöku í diplómanámið er miðað við einkunnina 7,0.

Margvíslegir möguleikar að námi loknu

Nemendur, sem hafa útskrifast með meistaragraðu í heilbrigðisvísindum, vinna á ýmsum sviðum og oftast á því sérsviði sem þeir hafa valið sér í framhaldsnáminu. Þá hafa ýmsir haldið áfram námi og farið í doktorsnám. Margir starfa í stjórnunarstörfum innan heilbrigðiskerfisins, starfa sjálfstætt eða eru í stöðum sérfræðinga á sínu sérsviði.

Allt að 30 einingar eru metnar úr BS-námi við Hjúkrunarfræðideild HÍ eða úr sambærilegu námi.

Mat á fyrra námi

Allt að 30 einingar eru metnar úr bakkalárnámi við HA eða sambærilegu námi úr öðrum háskólum.

Upplýsingar um námið veita

Ingibjörg Smáradóttir, skrifstofustjóri Heilbrigðisvísindasviðs HA, í síma 460 8036, netfang: (ingibs@unak.is), dr. Sigríður Halldórsdóttir, prófessor í hjúkrunarfræði og deildarformaður Framhaldsnámsdeildar Heilbrigðisvísindasviðs HA (sigridur@unak.is), og viðkomandi brautarstjórar.

Yfirlit yfir námskeið í þverfaglegu framhaldsnámi í heilbrigðisvísindum

Skyldunámskeið í meistaranámi

Kennd á hverju ári

- Heilbrigði og heilbrigðisþjónusta:
- Staða, stefnur og straumar (kennt á hverju hausti)
- Meginlegar rannsóknir (kennt á hverju hausti)
- Eiginlegar rannsóknir (kennt á hverju vori)

[Á sérsviðum í meistaranáminu er til viðbótar þessum 30 einingum 10 ein. námskeið sem er þá kjarnanámskeið á því áherslusviði og því skyldunámskeið]

Valnámskeið

Kennd skólaárið 2016-2017

- Heilsugæsla og heilsuefling (haust 2016)
- Lífshlaupið, sjálf og samfélag (í samstarfi við H.Í.) (haust 2016)
- Sálræn áföll og ofbeldi (haust 2016)
- Starfsendurhæfing I (haust 2016)
- Bráðaþjónusta (vor 2017)
- Langvinn veikindi og lífsglíman (vor 2017)
- Öldrun og heilbrigði í íslensku samfélagi (vor 2017)

Valnámskeið

Kennd skólaárið 2017-2018

- Geðheilbrigðisfræði (haust 2017)
- Krabbamein og líknarmedferð (haust 2017)
- Endurhæfing, efling og lífsgæði (vor 2018)
- Stjórnun í heilbrigðisþjónustu (vor 2018)

UMSAGNIR FYRRVERANDI MEISTARANEMA

ÁSTÞÓRA KRISTINSDÓTTIR, hjúkrunarfræðingur, ljósmóðir og MS í heilbrigðisvísindum, vann rannsóknina: Stöðug, stöðug streita: Reynsla kvenna af heimilisofbeldi á meðgöngu. Hún segir um námið: „Námið er vel skipulagt og skemmtilegt. Ég var mjög ánægð með kennarana og leiðbeinanda minn. Það er líka frábært að koma til Akureyrar og skipta um umhverfi og kynnast nýju fólki. Námið nýtist mér vel í starfi mínu sem ljósmóðir og ég er að kynna verkefni mitt fyrir heilbrigðisstéttum til að bæta þjónustu við konur.“

HÉÐINN SIGURÐSSON, læknir og MS í heilbrigðisvísindum, vann rannsóknina: Starfsumhverfi og starfsánægja í heimilislækningum: Reynsla 16 íslenskra heimilislækna sem starfað hafa bæði á Íslandi og í Noregi. Hann segir um námið: „Aðgangur að námi og rannsóknnum við heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri hefur verið hvalreki fyrir mig sem bý í Húnaþingi og hefði þess vegna ekki getað sótt slíkt nám með vinnu um lengri veg. Allur aðbúnaður hefur verið til fyrirmyndar og einstakt að hægt sé að halda uppi svo öflug og fjölbreyttu námsframboði. Háskólinn á Akureyri hlýtur að teljast ein best heppnaða einstaka byggðaaðgerð í sögu þjóðarinnar.“

SIGRÚN SIGURÐARDÓTTIR, hjúkrunarfræðingur og MS í heilbrigðisvísindum, vann rannsóknina: Kynferðisleg misnotkun og önnur sálræn áföll í æsku og áhrif þeirra á heilsufar og líðan kvenna. Hún segir um námið: „Meistaránám í heilbrigðisvísindum veitir heilbrigðisstarfsfólki marga möguleika til að bæta þverfaglega þjónustu við skjólstæðinga sína.“



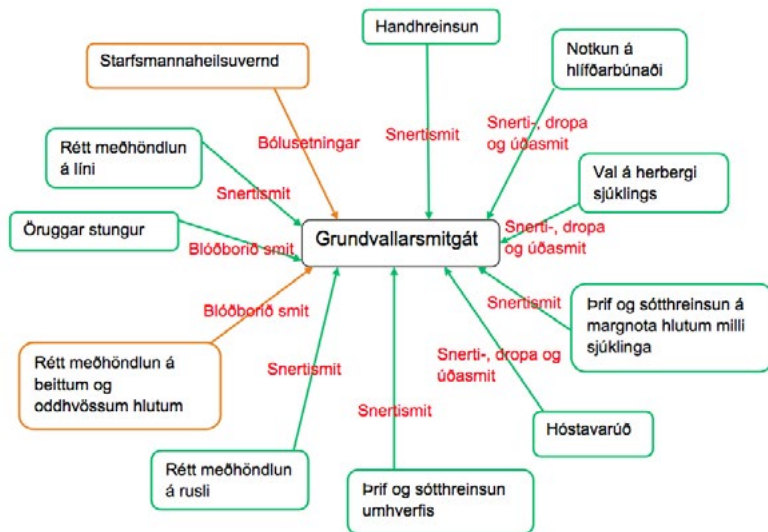
SÓLRÚN ÓLADÓTTIR, iðjuþjálfari og MS í heilbrigðisvísindum, vann rannsóknina: Skjólstæðingsmiðuð þjónusta: Þróun matstækis og starfsemi á geðdeild FSA. Hún segir um námið: „Námið er vel skipulagt og samþætting milli námslota einstaklega góð. Kennararnir koma úr hinum ýmsu fagstéttum og eru með ólíka menntun og starfsreynslu. Þetta hefur í för með sér að mismunandi sjónarhorn koma fram sem skapar grundvöll fyrir áhugaverðar og lærdómsríkar umræður. Töluverður sveigjanleiki er við val á verkefnatengdum viðfangsefnum og því gefst nemendum gott tækifæri til að tengja efni námsins við eigin áherslu og áhugasvið.“

UNNUR PÉTURSDÓTTIR, sjúkraþjálfari og MS í heilbrigðisvísindum, vann rannsóknina: Áhrifaþættir þjálfunar hjá fólki með slitgigt. Hvað hvetur, hvað letur? Hún segir um námið: „Einn skemmtilegasti hluti námsins er að hitta heilbrigðisstarfsmenn úr ýmsum fagstéttum og ræða málin. Námið krefst mikils af nemendum og því er góð skipulagning nauðsynleg. Á heildina litið er þetta frábært nám sem hiklaust má mæla með.“

GRUNDVALLARSMITGÁT, VIÐBÓTARSMITGÁT OG BÓLUSETNINGAR HEILBRIGÐIS- STARFSMANNA

Ásdís Elfarsdóttir Jelle, deildarstjóri sýkingavarnadeildar Landspítala

GRUNDVALLARSMITGÁT ER ekki eitthvert eitt atriði heldur hugtak sem nær yfir fjölmörg atriði og leiðbeiningar sem heilbrigðisstarfsmenn eiga að fylgja til að draga úr hættu á dreifingu örvera. Þættir, sem tilheyra grundvallarsmitgát, eru til dæmis handhreinsun, rétt notkun hlífðarbúnaðar, þrif og sótthreinsun í umhverfi og á margnota hlutum sem eru notaðir milli sjúklinga og margt fleira eins og sést á mynd 1 (World Health Organization, 2007).



(Better Care, 2014)

Þegar hugtakið grundvallarsmitgát var innleitt í kjölfar þess að HIV greindist voru smitleiðir einfaldaðar í þrjár megin smitleiðir, það er snertismit, dropasmit og úðasmit, og samsettar smitleiðir snerti- og dropasmits og snerti- og úðasmits. Samhliða þessum breytingum voru varnir gegn blóðbornu smiti gerðar að lágmarkskröfum í öllum vinnubrögðum heilbrigðisstarfsmanna. Markmið þessara breytinga er að verja starfsmenn gegn blóðbornu smiti (fyrst og fremst lifrabólga B og C, og HIV) frá sjúklingum, líka þeim sem ekki er vitað að séu smitandi. Samkvæmt grundvallarsmitgát eru allir líkamsvessar allra sjúklinga hugsanlegt smitefni óháð því hvort vitað er að þeir séu smitandi (World Health Organization, 2007). Ef sjúklingur hefur

Beita má hópeinangrun ef fleiri en einn sjúklingur er í einangrun vegna sömu örveru, til dæmis mega tveir sjúklingar með nóróveirusýkingu vera saman í einangrun í tvíbýli.

einkenni sem gefa til kynna að hann sé smitandi (til dæmis háan hita, höfuðverk og öndunarfæraeinkenni) á heilbrigðisstarfsmaður að klæðast viðeigandi hlífðarbúnaði þegar hann sinnir sjúklingnum. Því næst þarf að afla frekari upplýsinga hjá sjúklingnum eða aðstandendum, meta þörf fyrir einangrun (út frá smitleið) og sjá til þess að umhverfi, sem hugsanlega er mengað sé þrifið. Markmiðið

með grundvallarsmitgát er að auka öryggi sjúklinga og starfsmanna með því að rjúfa smitleiðir og þá fyrst og fremst snertismit. Með því að bregðast við strax er hægt að koma í veg fyrir spítalasýkingar og faraldra. Ef seinna kemur svo í ljós að ekki er þörf á einangrun er auðvelt að draga í land með aðgerðir.

Viðbótarsmitgát eða einangrun er alltaf viðbót við grundvallarsmitgát. Mikilvægt er að velja viðeigandi herbergi fyrir einangrun og hafa smitleiðir í huga. Við snertismitseinangrun, dropasmitseinangrun og samsetta snerti- og dropasmitseinangrun þarf einbýli með sér salerni, en við úðasmitseinangrun eða samsetta snerti- og úðasmitseinangrun þarf einbýli með sér salerni, stillanlegum loftþrýstingi og HEPA-sú á útsogi. Beita má hópeinangrun ef fleiri en einn sjúklingur er í einangrun vegna sömu örveru, til dæmis mega tveir sjúklingar með nóróveirusýkingu vera saman í einangrun í



tvíþýli. Viðbótarsmitgát krefst þess að alltaf sé notaður hlífðarbúnaður (langermahlífðarsloppur, hanskar og gríma) og smitleið höfð til hliðsjónar við val á hlífðarbúnaði. Fylgja þarf leiðbeiningum um að nota hlífðarbúnaðinn einu sinni, þ.e. hönskum, grímu og einnota hlífðarslopp er hent. Ef hlífðarsloppurinn er margnota er hann notaður einu sinni og settur í þvott að verki loknu (Siegel o.fl., 2007). Þegar viðbótarsmitgát er beitt þarf að tryggja að sjúklingur fái alla þá þjónustu og meðferð sem hann þarf á að halda en jafnframt að hindra dreifingu örverunnar sem einangrað er út af vegna. Þetta gerir kröfur til starfsmanna um að þeir kunni að vinna rétt þegar þeir sinna sjúklingi sem er í einangrun.

Markmiðið með bólusetningum heilbrigðisstarfsmanna er að tryggja heilbrigði þeirra og öryggi sjúklinga með því að minnka líkur á útbreiðslu farsóttá á heilbrigðisstofnunum.

Starfsmannaheilsuvernd er mikilvægur þáttur grundvallarsmitgátar. Á Landspítala eiga allir nýráðnir starfsmenn að fara til starfsmanna-hjúkrunarfræðings við upphaf starfs. Starfsmanna-hjúkrunarfræðingur fer meðal annars yfir bólusetningar

starfsmannsins og hefur til hliðsjónar tilmæli sóttvarnalæknis frá 2011. Í þeim kemur fram að við nýráðningar eiga starfsmenn að vera fullbólusettir gegn eftirfarandi sjúkdómum: Barnaveiki, stífkrampa, kíghósta, mænusótt, rauðum hundum og lifrabólgu B. Starfsmenn, sem eru 60 ára eða eldri, þurfa einnig að vera bólusettir fyrir pneumókokkasýkingum. Vanti upp á bólusetningar starfsmanna á að bjóða þeim bólusetningar. Þá þarf að endurmeta bólusetningar starfsmanna á 10 ára fresti og endurbólusetja gegn barnaveiki, stífkrampa og kíghósta. Loks mælist sóttvarnalæknir til að allir heilbrigðisstarfsmenn séu bólusettir gegn árlegri influensu. Markmiðið með bólusetningum heilbrigðisstarfsmanna er að tryggja heilbrigði þeirra og öryggi sjúklinga með því að minnka líkur á útbreiðslu farsóttá á heilbrigðisstofnunum (Sóttvarnalæknir, 2011). Það er vel þekkt að heilbrigðisstarfsmenn geta smitað sjúklinga og sjúklingar geta smitað heilbrigðisstarfsmenn. Rannsókn á áhrifum influensubólusetningar heilbrigðisstarfsmanna sýndi að því fleiri starfsmenn sem



voru bólusettir á hjúkrunarheimili því færri sjúklingar fengu flensu (Carman o.fl., 2000).

Grundvallarsmitgát er þannig hornsteinn í sýkingavörnum og allir heilbrigðisstarfsmenn þurfa að kunna að vinna samkvæmt leiðbeiningum grundvallarsmitgátar. Markmiðið er að rjúfa smitleiðir og þá fyrst og fremst algengustu smitleiðina sem er snertismit. Viðbótarsmitgát eða einangrun er bætt við grundvallarsmitgát þegar grunur vaknar um eða vísar til um að sjúklingur sé með örveru eða sjúkdóm sem þarf að beita einangrun gegn.

Með því að fylgja grundvallarsmitgát og viðbótarsmitgát eru smitleiðir rofnar og öryggi sjúklinga og starfsmanna aukið.

Þegar unnið er samkvæmt leiðbeiningum grundvallarsmitgátar eru smitleiðir rofnar og þá fyrst og fremst snertismitið sem er algengasta smitleiðin.

HEIMILDIR

- Better Care (2014) Ebola Prevention and Control. Protection of healthcare workers. Sótt 17.3.2016 á <http://ls.bettercare.co.za/ebola-prevention-and-control/3.html>
- Carman, W.F., Elder, A.G., Wallace, L.A., McAulay, K., Walker, A., Murray, G.D., Stott, D.J. (2000). Effects of influenza vaccination of health-care workers on mortality of elderly people in long-term care: A randomised controlled trial. *Lancet*, 355, 93-97.
- World Health Organization (2007). Standard precautions in health care (2007). Sótt 17.3.2016 á http://www.who.int/csr/resources/publications/4EPR_AM2.pdf.
- Siegel, J.D., Reinehart, E., Jackson, M., Chiarello, L., og HICPAC Committee (2007). Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings. Sótt 5.3.2016 á <http://www.cdc.gov/ncidod/dhqp/pdf/isolation2007.pdf>.
- Sóttvarnalæknir (2011). Dreifibréf nr. 3/2011. Bólusetning heilbrigðisstarfsmanna. Sótt 6.3.2016 á <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/dreifibref/nanar/item14859/Dreifibref-nr--3/2011--Bolusetning-heilbrigdisstarfsmanna>.



Elfa Þöll Grétarsóttir og Joyce Simard
sem flutti lykilerindið á ráðstefnunni
Sóknarfæri í öldrunarhjúkrun.



PERSÓNUMÍÐUÐ VELLÍÐUNARMEÐFERÐ Í ÖLDRUNARHJÚKRUN

Elfa Þöll Grétarsdóttir og Margrét Björnsdóttir



RÁÐSTEFNAN SÓKNARFÆRI í öldrunarhjúkrun var haldin í Eirbergi föstudaginn 11. mars síðastliðinn í samstarfi Rannsóknastofnunar í hjúkrunarfræði, Hjúkrunarfræðideildar HÍ, fagdeildar FÍH í öldrunarhjúkrun og fagráðs í öldrunarhjúkrun á Landspítala. Skemmst er frá því að segja að fjöldi innsendra erinda var meiri en svo að hægt væri að koma þeim öllum að. Dagskráin var fjölbreytt og var bæði boðið upp á erindi og veggspjöld.



Málþingsgestir sitja og ræða saman um Namaste umönnun og Elfa Þöll Grétarsdóttir veitir Valdísi hjúkrunarfræðingi á Skógarbæ handanudd með lavender-olíu.

Joyce Simard, félagsfræðingur með sérhæfingu í öldrun, flutti lykilerindið: “Helping people with alzheimers’ disease to live, not just exist”. Hún hefur á síðustu áratugum þróað meðferðarúrræði fyrir einstaklinga með heilabilun á seinni stigum, en ein af aðalástæðum fyrir komu Joyce til landsins

var að innleiða Namaste umönnun á hjúkrunarheimilinu Skógarbæ. Hugmyndafræði hennar felur í sér nýja nálgun til að bæta lífsgæði einstaklinga með því að veita þeim persónumiðaða vellíðunarmeðferð þar sem unnið er með skynfæri einstaklinga og þeir örvaðir á ákveðinn hátt sem skilar sér í betri líðan, meiri ró og minni þörf á lyfjum. Þess er gætt að einstaklingar hafi alltaf greiðan aðgang að drykk og næringu, en reynslan hefur sýnt að fólk drekkur betur í þessu umhverfi og matarlýst eykst. Meðferð er veitt sjö daga vikunnar, fyrir og eftir hádegi, í sérútbúnu herbergi sem skapar einstaklingi með langt leidda heilabilun öruggt og róandi umhverfi. Þegar einstaklingur er of langt leiddur af sínum sjúkdómi til að koma í sérútbúið herbergi er meðferð veitt í herbergi hans.

Á dagskrá voru auk þess sjö önnur erindi sem snertu hin ýmsu svið öldrunarhjúkrunar, svo sem heimahjúkrun, endurhæfingu, hjúkrunarheimili og bráðasjúkrahús. Í lokin voru umræður um viðfangsefni dagsins. Ráðstefnan tókst vel í alla staði. Færri komust að en vildu en yfir 130 sóttu hana.

Að ráðstefnu lokinni var boðið upp á léttar veitingar. Undirbúningsnefndin þakkar Hjúkrunarfræðideild, Fastus, Rekstrarvörum, Ömmubakstri og Eirbergi fyrir rausnarlegan stuðning.

Fyrir hönd undirbúningsnefndar,
Elfa Þöll Grétarsdóttir og Margrét Björnsdóttir



Rittrýndar greinar //

4. tbl. 2015 //

Árangur og forysta í hjúkrun

Viðhorf til þjónandi forystu, starfsánægju, starfstengdra þátta og gæða þjónustu á sjúkrahúsinu á Akureyri
Hulda Rafnsdóttir, Ragnheiður Harpa Arnardóttir og Sigrún Gunnarsdóttir

Stjórnendur hafa áhrif á vinnuumhverfi, líðan starfsmanna og öryggi í heilbrigðisþjónustunni. Þjónandi forysta byggist á þeirri hugmyndafræði að leiðtogi sé fyrst og fremst þjónn sem virðir form gildi um mannúð og siðgæði og selur velferð annarra framur eigin völdum og vegaoka. Slíkt samrýmist vel hugmyndafræði hjúkrunar. Nýlegar rannsóknir gefa vísbendingar um góð áhrif þjónandi forystu í fyrirtækjum og stofnunum, einnig innan heilbrigðisþjónustunnar.

4. tbl. 2015 //

Umbótastarf og mat á gæðum heimahjúkrunar með gæðavísun interRAI-Home Care matstækisins

Íhlutunarannsókn

Unnur Þormóðsdóttir, Sólveig Ása Árnadóttir og Ingibjörg Hjalladóttir

Öldruðum fer fjólgandi og hefur þörfin fyrir þjónustu í heimanúsi aukist í takt við það. Krafan um að heilbrigðisstofnanir veiti góða þjónustu og fæ sé vel varið eykst stöðugt. Með tilkomu matstækisins interRAI-Home Care (interRAI-HC) og tilheyrandi gæðavísa opnast möguleikar á að meta gæði heilbrigðisþjónustu í heimahúsum.

Rittrýndar greinar

Tölublað 2016

Tölublað 2015

Tölublað 2014

Tölublað 2013

Tölublað 2012

Tölublað 2011

Tölublað 2010

RITRÝNDAR GREINAR

BÆTT AÐGENGI AÐ RITRÝNDUM GREINUM Á VEF FÉLAGS HJÚKRUNARFRÆÐINGA

TIL AÐ bæta aðgengi að ritrýndum greinum Tímarits hjúkrunarfræðinga er búið að setja upp sér síðu á vef Félags hjúkrunarfræðinga. Nú þegar er hægt að nálgast yfirlit yfir ríflega 50 útdrætti ritrýndra greina, eða allt frá árinu 2010 til dagsins í dag, og slóð á greinarnar. Þetta er fyrsti þátturinn til að bæta aðgengi að ritrýndum greinum á netinu og er hluti af þróun vef Félags hjúkrunarfræðinga. Áætlað er að bæta enn frekar við safnið fjölmörgum ritrýndum greinum sem áður hafa verið gefnar út. Héðan í frá verða allir útdrættir settir á vefinn og það auðveldar leit félagsmanna og annarra að útgefnu efni félagsins. Unnið er að umbótum á vef félagsins og er þetta liður í þeirri þróun.

FRÆÐIGREINAR TÖLUBLAÐSINS

Með þessu tölblaði birtast þrjár ritrýndar fræðigreinar. Þær má finna á vef tímaritsins.

NOTKUN VIÐBÓTARMEÐFERÐAR Í HJÚKRUN Á LANDSPÍTALA

Póra Jenný Gunnarsdóttir, Háskóla Íslands

Guðrún Elka Róbertsdóttir, Landspítala

Salóme H. Gunnarsdóttir, Landspítala

GAGNSEMI MARGS konar viðbótarmeðferðar til að draga úr einkennum og bæta líðan sjúklinga hefur sífellt betur verið að koma í ljós. Margar heilbrigðisstofnanir leyfa notkun viðbótarmeðferðar og samþættingu við hefðbundna heilbrigðisþjónustu. Hjúkrunarfræðingar hafa boðið sjúklingum upp á ýmiss konar viðbótarmeðferð á Landspítala. Tilgangur þessarar könnunar er að fá upplýsingar um notkun viðbótarmeðferðar á Landspítala. Helstu ályktanir eru að aukinn áhugi er innan hjúkrunar á að nota viðbótarmeðferð til að bæta líðan sjúklinga á Landspítala þar sem greinileg aukning er á notkun og framboði á viðbótarmeðferð innan spítalans frá árinu 2002 eða um 20%. Mikilvægt er að styðja notkun viðbótarmeðferðar á Landspítala og endurbæta enn frekar klínískar leiðbeiningar handa sjúklingum um notkun slíkra úrræða.

TÆKNILEG FÆRNI OG ÖNDUN VIÐ NOTKUN INNÖNDUNARTÆKJA HJÁ EINSTAKLINGUM MEÐ LANGVINNA LUNGNATEPPU OG ASTMA

Anna María Leifsdóttir Landspítala háskólasjúkrahúsi

Helga Jónsdóttir, heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands

Þorbjörg Sóley Ingadóttir Landspítala háskólasjúkrahúsi

INNÖNDUNARLYF, GEFIN með innöndunartækjum, eru kjörmeðferð við langvinnri lungnateppu (LLT) og astma. Ófullnægjandi notkun innöndunartækja, sem innihalda þessi lyf, er hins vegar algengt vandamál. Tilgangur rannsóknarinnar er að lýsa færni einstaklinga með langvinna lungnateppu og astma við notkun innöndunartækja, einkum sjúklinga með langvinna lungnateppu. Tæknilega færni við notkun innöndunartækja má bæta umtalsvert. Erfiðara er að álykta um möguleika til að bæta öndun þó vísbendingar séu þar um. Rannsóknir og kennslu í notkun innöndunartækja þarf að efla.



LÍÐAN DAGAÐGERÐASJÚKLINGA EFTIR SVÆFINGU: SAMANBURÐUR Á SJÚKLINGUM SEM FARA Í KVEN- SJÚKDÓMAAÐGERÐ OG BÆKLUNARAÐGERÐ

Pórdís Borgþórsdóttir, Aðgerðasviði Landspítala
Herdís Sveinsdóttir, Hjúkrunarfræðideild Háskóla Ís-
lands, Skurðlækningasviði Landspítala

DAGSKURÐAÐGERÐUM HEFUR fjölgað á Íslandi og um allan heim. Dagaðgerðasjúklingar þurfa oft að kljást við fylgikvilla eftir aðgerð og svæfingu á borð við verki, ógleði, uppköst og þreytu. Markmið þessarar framsýnu ferilrannsóknar var að lýsa og greina mun á líðan dagaðgerðasjúklinga sem fara í svæfingu vegna kvensjúkdómaaðgerðar annars vegar og bæklunaraðgerðar hins vegar. Niðurstöðurnar benda til þess að sjúklingar, sem fara í bæklunaraðgerð, séu mun lengur að ná sér eftir dagskurðaðgerðir heldur en sjúklingar sem fara í kvensjúkdómaaðgerð. Hjúkrunarfræðingar þurfa að greina þá sjúklinga fyrir aðgerð sem hætta er á að muni eiga í erfiðleikum með að ná bata og undirbúa þá í tíma fyrir það sem koma skal.



Tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING / 2.TBL 2016 92. ÁRGANGUR

FEDGAR HJÚKRA

HJÚKRUN ER „KÚL“
EN KREFJANDI STARF

NÆSTA TÖLUBLAÐ TÍMARITS HJÚKRUNARFRÆÐINGA KEMUR ÚT 6. JÚNÍ

MEÐAL INNIHALDS:

NÆRING OG HEILSA
ÍMYND HJÚKRUNARFRÆÐINGA
SAMSKIPTI Á VINNUSTAÐ

HÉR MÁ FINNA ÖLL ÚTKOMIN TÖLUBLÖÐ TÍMARITS
HJÚKRUNARFRÆÐINGA 2003-2016.