

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING



1. TBL. 2017 • 93. ÁRGANGUR



Starfshlutfall hjúkrunarfræðinga aldrei verið lægra

Er verið að gjaldfella
fagmennsku í hjúkrun?

Ekki í tísku að vera gamall,
hvað þá aldraður og sjúkur!

*Hitalækkandi og verkjastillandi mixtúra
fyrir börn frá 3 mánaða aldri (>5 kg),
með appelsínu-vanillubragði*



Íbúfen®

Íbúprófen 20 mg/ml mixtúra, dreifa

Íbúfen inniheldur virka efnið íbúprófen sem er bólgueyðandi, verkjastillandi og hitalækkandi lyf gegn vægum til miðlungs alvarlegum verkjum. Mixtúran er ætluð börnum 3 mánaða (>5 kg) – 12 ára, til lækkunar hita, þ.m.t. hita eftir bólusetningar, gegn særindum í hálsi, tanntökuverkjum, tannþínu, eyrnaveik, höfuðverk og öðrum vægum sársauka og gegn einkennum kvefs og influensu. Leitið til læknis ef sjúkdómseinkenni barnsins versna eða lagast ekki, innan 24 klst. ef barnið er yngri en 6 mánaða og innan 3 daga ef barnið er eldri en 6 mánaða. Lyfið inniheldur 2 g af fljótandi maltitóli og 7,37 mg af natríum í hverjum 5 ml skammti. **Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is**

Actavis

tímarit HJÚKRUNARFRÆÐINGA

THE ICELANDIC JOURNAL OF NURSING



1. TBL. 2017 • 93. ÁRGANGUR



Ritstjóraspjall

Í tilefni þess að Tímarit hjúkrunarfræðinga kemur nú aftur út á prenti eftir að hafa verið gefið út í app-útgáfu um nokkurt skeið var efnt til ljósmyndasamkeppni til að prýða forsiðu blaðsins undir yfirskriftinni Með augum hjúkrunarfræðingsins. Forsíðumyndin, sem valin var úr á þriðja tug ljósmynda, er eftir Elnu Albrechtsen en hún var tekin á hjartadeild 14EG fyrir verkefni í starfsþróun hjá nýjum hjúkrunarfræðingum á hjartadeildinni.

Tímaritið verður nú gefið út að vori og hausti jafnframt því að haldið verður úti vefriti á nýrri vefsíðu, hjukrun.is, sem er í vinnslu, þar sem uppfærsla á efni verður meiri, leit og flokkun verður stórbætt og vonumst við til að þessi breyting verði af hinu góða. Þá verður enn hægt að fletta blaðinu rafrænt sem og að lesa einstakar greinar. Greinar eða hugmyndir að efni og viðmælendum eru vel þegnar því blaðið verður skemmtilegra með þátttöku ykkar lesenda.

Helga Ólafs.

Efnisyfirlit

Félagið

- Bls. 4 Formannspistill.
- 6 Nýjar siðareglur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- 7 Með augum hjúkrunarfræðingsins forsíðumyndakeppni.
- 10 Starfshlutfall hjúkrunarfræðinga aldrei verið lægra. Lítill hvati að hækka starfshlutfall og lítill hljómgrunnur fyrir breytingum eftir Gunnar Helgason.

Pistlar

- Bls. 14 Ill meðferð á öldruðum eftir Ragnheiði Gunnarsdóttur.
- 16 Samstaða og samkennd eftir Aðalbjörgu Helgadóttur.
- 28 Þankastrik: Tölum um handleiðslu eftir Helenu Bragadóttur.

Viðtöl

- Bls. 19 Þriðjungur hjúkrunarfræðinga á Eir er frá Filippseyjum. Viðtal við Moniccu Tulagan og Ian Glenn Munoz.
- 23 Er verið að gjaldfella fagmennskuhugtakið í hjúkrun? Viðtal við Klöru Þorsteinsdóttur.
- 26 Engar einfaldar lausnir á samskiptavanda á vinnustað. Viðtal við Evu Hjörtínu Ólafsdóttur.

Fagið

- Bls. 30 Geðheilbrigði til framtíðar eftir Aðalbjörgu Finnþórgadóttur.
- 32 Árin sem enginn man: Áhrif frumbersku á börn og full-orðna eftir Stefáníu B. Arnardóttur.
- 36 Geðheilbrigði barna og unglinga: Forvarnir og framtíðarsýn eftir Kristínu Ingu Grímsdóttur.
- 40 „Bífhárin lamast“: Ungu fólkið, áfengis- og fíknivandi og forvarnir eftir Helenu Bragadóttur.
- 42 Við getum — Ég get. „Krabbamein kemur okkur öllum við.“ 20 ára afmæli fagdeilda krabbameinshjúkrunarfræðinga.
- 56 Nýlegar doktorsvarnir í hjúkrunarfræði
- 60 Ritrýnd grein: Notkun FINDRISK-matstækisins til að meta hættu á sykursýki af tegund 2: Megindleg rannsókn.

TÍMARIT HJÚKRUNARFRÆÐINGA

Suðurlandsbraut 22, 108 Reykjavík

Sími 540 6405

Netfang helga@hjukrun.is

Vefsíða www.hjukrun.is

Útgefandi: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga

Sími skrifstofu 540 6400

Ritstjóri og ábyrgðarmaður: Helga Ólafs. Ritnefnd: Ásta Thoroddsen, Aðalbjörg Stefánía Helgadóttir, Áslaug Birna Ólafsdóttir, Dórothea Bergs, Margrét Hrönn Svavarsdóttir, Þorgerður Ragnarsdóttir, Þórdís Katrín Þorsteinsdóttir. Blaðamaður: Ragnheiður Gunnarsdóttir. Forsíðumynd: Elna Albrechtsen. Ljósmyndir: ýmsir. Yfirlestur og próförk: Ragnar Hauksson. Auglýsingar: Guðrún Andrea Guðmundsdóttir, sími 540 6412. Hönnun og umbrot: Egill Baldursson ehf.

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

ISSN 2298-7053

Hjúkrun er ekki lífsstíll heldur launuð vinna



Guðbjörg Pálsdóttir, formaður Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Alls vantar 290 hjúkrunarfræðinga til starfa um þessar mundir. Þörfin er enn meiri að því er yfirmenn í hjúkrun telja en að þeirra álitni er þörf fyrir meira en 520 hjúkrunarfræðinga til að sinna þeirri þjónustu sem nú er veitt í heilbrigðiskerfinu. Er þá ekki tekið tillit til þeirra áforma sem uppi eru hjá stjórnvöldum um fjölgun hjúkrunarrýma og nýja þjónustu svo fátt eitt sé nefnt.

Þetta er meðal annars það sem fram kemur í skýrslunni *Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa! Vinnumarkaður hjúkrunarfræðinga* sem unnin var af starfsfólki Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og gefin var út fyrr á þessu ári. Skýrslan gefur skýra og raunsæja mynd af núverandi stöðu á vinnumarkaði hjúkrunarfræðinga um þessar mundir en upplýsingar í henni byggjast á 98% hjúkrunarfræðinga sem starfa á heilbrigðisstofnunum á landinu samkvæmt félagatali Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Brottfall úr námi og starfi

Meðalstarfshlutfall hjúkrunarfræðinga á heilbrigðisstofnunum er 71% í dag og er það 5% lægra en var fyrir tíu árum. Þetta er áhyggjuefni og ástæða til að kanna formlega meðal félagsmanna hvernig á því stendur þó tiltekna séu ástæður eins og álag í starfi og þung vaktabyrði. Einnig er það áhyggjuefni að á síðustu fimm árum hafa einungis útskrifast 82% af þeim hjúkrunarfræðinemendum sem ljúka fyrsta ári í Háskólanum á Akureyri og Háskóla Íslands. Jafnframt er það ekki síst áhyggjuefni að einungis 72% af þeim hjúkrunarfræðingum, sem útskrifuðust fyrir fimm árum, starfa enn við hjúkrun.

Áætlað er að um 13% starfandi hjúkrunarfræðinga komist á 65 ára lífeyrisaldur á næstu fimm árum. Meðalaldur starfandi hjúkrunarfræðinga hér á landi er 46 ár og 43% þeirra eru 50 og eldri. Því er ljóst að endurnýjun í stéttinni er brýn. En þetta eru í raun ekki nýjar fréttir því síðustu 75 ár hefur skortur á hjúkrunarfræðingum verið á bilinu 10–20% hér á landi. Þessu viljum við breyta en viðamiklar rannsóknir hafa sýnt ótvíræð tengsl milli mönnunar, menntunar og dánartíðni sjúklinga og ljóst að skortur á hjúkrunarfræðingum er ein stærsta ógnin við öryggi sjúklinga í dag. Nú þegar hefur heilbrigðisráðherra, fulltrúar velferðarnefndar alþingis og Landssamtaka heilbrigðisstofnana fengið kynningu á skýrslunni og óhætt er að segja að niðurstöðurnar hafa vakið athygli þeirra. Horfi ég bjartsýn til núverandi ráðamanna að þeir muni láta sig málefnið varða af meiri krafti en verið hefur fram að þessu. Ég vona að yfirvöld séu að átta sig á því að hjúkrun er ekki lífsstíll heldur launuð vinna og ýmislegt þarf að gerast til að hjúkrunarstarfið verði áfram eftirsóknarvert og hjúkrunarfræðingar haldist í starfi.

„Meðalaldur starfandi hjúkrunarfræðinga hér á landi er 46 ár og 43% þeirra eru 50 og eldri. Því er ljóst að endurnýjun í stéttinni er brýn. En þetta eru í raun ekki nýjar fréttir því síðustu 75 ár hefur skortur á hjúkrunarfræðingum verið á bilinu 10–20% hér á landi.“

Þó tillögurnar til úrbóta í skýrslunni séu sumar um 18 ára gamlar og endurspegli þar með að vissu leyti mat yfirvalda og undirtektir við kröfum hjúkrunarfræðinga í gegnum árin, þá eru sóknartækifærin samt mörg. Þó úrskurður gerðardóms gildi til

2019 er unnið að endurnýjun stofnanasamninga við heilbrigðisstofnanir. Enn og aftur hvet ég ykkur til að nýta allt svigrúm sem þið hafið til launahækkana og þekkja vel ykkar réttindi. Unnið er með háskólunum að fjölgun nemenda og skiptir máli að enn þá komast færri nemendur að en vilja. Mjög mikilvægt er að vel sé tekið á móti nemendum í starfsnáminu því við hjúkrunarfræðingarnir erum fyrirmynd þessara hjúkrunarfræðinga framtíðarinnar og höfum mikið að segja í viðhorfi þeirra og almennings til stéttarinnar.

Kjaramálin brenna á hjúkrunarfræðingum

Á undanförunum vikum hef ég ásamt Aðalbjörgu Finnbogadóttur, sviðstjóra fagsviðs, og Gunnari Helgasyni, sviðstjóra kjara- og réttindasviðs, ferðast um landið og hitt hjúkrunarfræðinga að máli. Fundirnir, sem voru 12 talsins, voru upplýsandi og góðir og það er okkur mikils virði að eiga samræður við hjúkrunarfræðinga vítt og breitt um landið. Ljóst er að álag og undirmönnun í starfi, ófullnægjandi laun og vinnu-umhverfi marka sín spor í stéttina, en einnig var ánægjulegt að heyra af þeirri grósku sem á sér stað í hjúkrun í landinu. Við lærðum heilmikið á þessum heimsóknum og munum vinna úr þeim fjöldamörgu tillögum sem fram komu í samræðum okkar. Fram kom meðal annars áhugi á að stofna nýjar landsvæðadeildir sem og að fjölga orlofsíbúðum í Reykjavík og á Akureyri. Kjaramálin brunnu á félagsmönnum og miklar umræður voru um frítökuréttinn. Það er okkur mikilvægt að heyra viðhorf hjúkrunarfræðinga til að efla samvinnu og samtakamátt okkar.

Daginn er tekið að lengja og sólin farin að hækka á lofti. Áður en varir verður komið sumar en á flestum vinnustöðum er vinnuskipulag sumarsins langt komið. Ég vil hvetja ykkur alla til að taka lögbundið frí á sumarorlofstímanum og njóta lífsins með þeim sem ykkur eru kærir en það er nú einmitt ein af forsendum þess að geta haldið áfram faglegu og góðu starfi sem hjúkrunarfræðingur.

„Horfi ég bjartsýn til núverandi ráðamanna að þeir muni láta sig málefnið varða af meiri krafti en verið hefur fram að þessu. Ég vona að yfirvöld séu að átta sig á því að hjúkrun er ekki lífsstíll heldur launuð vinna og ýmislegt þarf að gerast til að hjúkrunarstarfið verði áfram eftirsóknarvert og hjúkrunarfræðingar haldist í starfi.“



Aðalfundur 2017

Aðalfundur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga verður haldinn fimmtudaginn 18. maí 2017 á Grand Hótel, Reykjavík.

Allir félagsmenn hafa rétt til setu á aðalfundi en félagsmenn með fulla aðild, fagaðild og lífeyrisaðild, sem hafa skráð sig til þátttöku á fundinn fyrir 11. maí, hafa atkvæðisrétt á fundinum. Aðrir fundarmenn hafa þar ekki atkvæðisrétt.

Nánar auglýstur síðar á vefsvæði félagsins www.hjukrun.is

Nýjar siðareglur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Aðalheiður D. Matthíasdóttir, formaður siðaráðs

Með þessu blaði fylgja siðareglur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga (Fíh). Siðaráð hefur endurskoðað siðareglur félagsins og var það gert með það fyrir augum að færa þær nær nútímanum. Fyrir voru í gildi vandaðar og góðar siðareglur frá árinu 1997, en með tilkomu vef- og samfélagsmiðla þótti brýnt að endurskoða þær. Var því lagt af stað í ítarlega endurskoðun og gerð nýrra siðareglna. Leiðarljós siðaráðs í þeirri vinnu var allan tímann að ekki skyldi umbylta siðareglunum enda ekki ástæða til. Viðbætur tengdar samfélagsmiðlum voru gerðar og einhverju breytt sem þurfti en mjög margt hélt sínu, í einhverjum tilvikum með nýju orðalagi. Nýjar siðareglur Fíh voru lagðar fyrir aðalfund 18. maí 2015 og samþykktar einróma.

Siðaráð kynnti endurskoðun siðareglna í grein í 1. tbl. Tímarits hjúkrunarfræðinga 2016, jafnframt voru siðareglurnar birtar í heild sinni. Siðastliðið haust fór félagið þess á leit við yfirmenn hjúkrunar um land allt að séð yrði til þess að gömlu siðareglurnar, sem héngu uppi víða á stofnunum, yrðu teknar niður. Siðaráð ítrekar þess beiðni félagsins og hvetur til þess að gömlu siðareglurnar verði teknar niður enda eru þær ekki lengur í gildi.

Siðareglurnar eru sendar öllum hjúkrunarfræðingum með þessu tímariti og verða hér eftir afhentar öllum nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum.

Með þessum pistli vill siðaráð minna hjúkrunarfræðinga á siðareglur íslenskra hjúkrunarfræðinga. Siðareglurnar eru sendar öllum hjúkrunarfræðingum með þessu tímariti og verða hér eftir afhentar öllum nýútskrifuðum hjúkrunarfræðingum. Vonast siðaráðið til þess að hjúkrunarfræðingar kynni sér vel nýju siðareglurnar, hvað í þeim felst og hvar þær er að finna. Siðareglurnar eru aðgengilegar á vefsvæði Fíh, <https://www.hjukrun.is/fagsvid/sidareglur/>.

Siðareglurnar voru unnar á tímabilinu 2013–2015. Þá sátu í siðaráði hjúkrunarfræðingarnir Aðalheiður Dagmar Matthías



Siðareglur Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga

Siðaráð Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
Samþykkt af aðalfundi maí 2015

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

dóttir formaður, Birna Óskarsdóttir ritari, Arnrunn Halla Arnórsdóttir, Ragnheiður Alfreðsdóttir, Lovísa Baldursdóttir, Linda Þórisdóttir og Guðbjörg Hulda Einarsdóttir.

Með augum hjúkrunarfræðingsins

Ljósmyndasamkeppni

Tímarit hjúkrunarfræðinga efndi til ljósmyndasamkeppni meðal hjúkrunarfræðinga til að prýða forsíðu blaðsins. Á þriðja tug mynda bárust en forsíðumyndin, sem varð fyrir valinu, er eftir Elnu Albrechtsen. Myndin var tekin á hjartadeild 14EG fyrir verkefni í starfsþróun hjá nýjum hjúkrunarfræðingum á hjartadeildinni. Á myndinni er Tinna Lind Hallsdóttir. Tímarit hjúkrunarfræðinga þakkar fyrir góða þátttöku og birtir hluta innsendra mynda.



Forsíðumyndin.



*Myndin er tekin á Austurgötu í Hafnarfirði daginn eftir ofan-
komuna miklu í vetur. Myndina tók Margrét Kristjánsdóttir,
hjúkrunarfræðingur á gjörgæslunni í Fossvogi.*



Myndin sýnir skopstælingu á þróun hjúkrunarfræðings. Í upphafi er hjúkrunarneminn á fyrsta degi námsins og í lokin er hjúkrunarfræðingurinn þreyttur en brosandi og reynslunni ríkari. Myndina útfærði Lilja Björk Sigmundsdóttir með hjálp vinkonu sinnar en hún útskrifaðist vorið 2013.



Frá útivistarsvæðinu á Akranesi sumarið 2016. Myndina tók Berglind Guðrún Chu, sérfræðingur í hjúkrun smitsjúkdóma.



Ægisíðan síðdegis í mars 2017. Myndina tók Berglind Guðrún Chu, sérfræðingur í hjúkrun smitsjúkdóma.



Frá Snæfellsnesi eftir Rósu Þorsteinsdóttur, hjúkrunarfræðing og ljós-móður.



Fjörumynd eftir Rósu Þorsteinsdóttur hjúkrunarfræðing og ljósmóður.



Á skurðstofu á 12CD á Landspítalanum. Myndina tók Anna Sigríður Halldórsdóttir skurðhjúkrunarfræðingur.



Barbafín á leiðinni á vaktina. Myndina tók Valdís Ingunn.

Starfshlutfall hjúkrunarfræðinga aldrei verið lægra

Lítill hvati að hækka starfshlutfall og lítill hljómgrunnur fyrir breytingum

Gunnar Helgason

Meðalstarfshlutfall hjúkrunarfræðinga hefur aldrei verið eins lágt en langvarandi skortur hefur verið á hjúkrunarfræðingum undanfarna áratugi. Er það raunin að hjúkrunarfræðingar vinni að meðaltali 70% starf? Hver eru í raun ársverk hjúkrunarfræðinga og hvert er endanlegt starfshlutfall þeirra þegar öll unnin yfirvinna er tekin með? Eru hjúkrunarfræðingar að reyna að hámarka launin sín og skapa sér meira frelsi og svigrúm varðandi vinnutíma með því að vera í lægra starfshlutfalli? Með auknu starfshlutfalli og minni yfirvinnu væri hægt að draga verulega úr mönnunarvanda á heilbrigðisstofnunum en hverra hagur er það? Ljóst er að lítill hvati er fyrir hjúkrunarfræðinga að hækka starfshlutfall sitt út frá gildandi kjarasamningum og launaumhverfi að mati Gunnars Helgasonar, sviðstjóra kjarasviðs. Hann segir mikilvægt að ræða tillögur til úrbóta innan stéttarinnar en í skýrslunni Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa, sem gefin var út fyrr á þessu ári, eru lagðar fram tillögur til úrbóta sem eru að megninu til þær sömu og lagðar voru fram 1999 — enda mönnunarvandi hjúkrunarfræðinga ekki nýr af nálinni!



Gunnar Helgason, sviðstjóri kjarasviðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Allt frá árinu 1942 hafa farið fram kannanir til að áætla hve marga hjúkrunarfræðinga vantar til starfa og bera saman við fjölda starfandi hjúkrunarfræðinga. Kannanirnar, sem framkvæmdar hafa verið af Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga og fleiri aðilum, hafa verið gerðar með óreglulegu millibili. Niðurstöðurnar eiga það sammerkt að hafa leitt í ljós langvarandi skort á hjúkrunarfræðingum.

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga gaf í febrúar út skýrsluna Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa, vinnumarkaður hjúkrunarfræðinga. Meginmarkmið skýrslunnar var að varpa ljósi á vinnumarkað hjúkrunarfræðinga, fá yfirlit yfir mönnun í hjúkrun á heilbrigðisstofnunum, kanna hversu marga hjúkrunarfræðinga vantar til starfa, spá fyrir um stöðu mönnunar í hjúkrun næstu fimm árin, eða fram til ársins 2021, bera saman kjör hjúkrunarfræðinga við aðra opinbera starfsmenn og koma með tillögur til úrbóta.

Vantar á fimmta hundrað hjúkrunarfræðinga á næstu árum

Samkvæmt greiningu á vinnumarkaði hjúkrunarfræðinga eru 4525 hjúkrunarfræðingar með starfsleyfi og á vinnualdri. Einungis 69% þeirra eru félagsmenn í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga og eru um þúsund hjúkrunarfræðingar að störfum við annað en hjúkrun. Mikill meirihluti hjúkrunarfræðinga (98%) eru konur og starfa um 94% þeirra á opinberum vinnumarkaði. Um 13% hjúkrunarfræðinga geta hafið töku lífeyris á næstu árum.

Niðurstaða könnunar á mönnun í hjúkrun á heilbrigðisstofnunum á Íslandi sýnir að 225 stöðugildi hjúkrunarfræðinga, eða 290 hjúkrunarfræðinga, vantar nú til starfa til að manna fjármögnuð stöðugildi hjúkrunarfræðinga á heilbrigðisstofnunum. Meðalstarfshlutfall hjúkrunarfræðinga á heilbrigðisstofnunum er 71%. Ef tekið er mið af áætlaðri þörf á hjúkrunarfræðingum samkvæmt mati framkvæmdastjóra hjúkrunar og hjúkrunarforstjóra vantar allt að 405 stöðugildi, eða 523 hjúkrunarfræðinga til starfa. Á hvert hefja að meðaltali 146 nemendur nám í hjúkrunarfræði og útskrifast að meðaltali 120 þeirra fjórum árum síðar. Brottfall nýútskrifaðra hjúkrunarfræðinga úr starfi var að meðaltali 15% á árunum 2012–16. Að meðaltali hefja því 102 hjúkr-

unarfræðingar í 72 stöðugildum störf eftir útskrift ár hvert sé tekið mið af meðalstarfshlutfalli.

Spá um mönnun í hjúkrun á árunum 2017–21 sýnir að áfram mun vanta um 420 hjúkrunarfræðinga til starfa á næstu árum þar sem nýliðun í hjúkrun mun rétt halda í við þann fjölda sem hefur töku lífeyris á næstu árum. Um varfærna spá er að ræða sem tekur ekki tillit til hugsanlegrar fjölgunar á hjúkrunarrýmum eða öðrum breytingum sem aukið geta þörf fyrir hjúkrunarfræðinga. Algengustu byrjunarlaun hjúkrunarfræðinga eru 359 þúsund krónur fyrir fullt starf og meðal-dagvinnulaun hjúkrunarfræðinga eru 526 þúsund krónur. Launamunur á hjúkrunarfræðingum og öðrum stéttum með sambærilega menntun og ábyrgð í starfi hjá hinu opinbera er um 20%.

„Ljóst er að fjölda hjúkrunarfræðinga vantar til starfa á heilbrigðisstofnunum á Íslandi. Til að tryggja næga mönnun í hjúkrun og þar með öryggi sjúklinga og draga úr dánarlíkum þeirra er nauðsynlegt að gripið verði til aðgerða hjá hinu opinbera og öðrum heilbrigðisstofnunum.“

Ljóst er að fjölda hjúkrunarfræðinga vantar til starfa á heilbrigðisstofnunum á Íslandi. Til að tryggja næga mönnun í hjúkrun og þar með öryggi sjúklinga og draga úr dánarlíkum þeirra er nauðsynlegt að gripið verði til aðgerða hjá hinu opinbera og öðrum heilbrigðisstofnunum. Samkvæmt mannfjölda-spá mun íbúum 60 ára og eldri fjölga umtalsvert á komandi árum og eykur það enn frekar eftirspurn eftir heilbrigðisstarfsfólki.

Hvað er til ráða?

Í skýrslunni leggur Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga fram ýmsar tillögur að því hvað hægt sé að gera til þess að bregðast við mönnunarvanda í hjúkrun. Tillögurnar ná til náms, hvað hægt sé að gera til þess að halda hjúkrunarfræðingum í starfi, launa hjúkrunarfræðinga og vinnuumhverfis. Tillögurnar eru að uppruna til 18 ára gamlar þar sem mjög svipaðar tillögur voru lagðar fram í skýrslu sem félagið gaf út árið 1999 og fjölluðu um könnun á skorti á hjúkrunarfræðingum og lausnir til að leysa mönnunarvanda. En hvað er hægt að gera til þess að fylgja þessum tillögum betur eftir? Þegar skýrslan var gefin út vöktu niðurstöður hennar mikla athygli. Skýrslan var kynnt fyrir heilbrigðisráðherra og velferðarnefnd, auk þess sem mikil umfjöllun skapaðist í fjölmiðlum. En eins og með ýmsa aðra umfjöllun og skýrslur dettur umræðan fljótt niður og bíður umfangsmikið verkefni félagsins í framhaldinu að fylgja skýrslunni eftir. Félagið áætlað að gera það með því að vekja máls á málefnum reglulega við ráðamenn, þar sem tækifæri gefst til, og ná athygli fjölmiðla til að halda umræðunni gangandi og til þess að knýja á um að tillögurnar, sem félagið leggur

„Fjölmargar spurningar hafa vaknað þegar niðurstöður skýrslunnar liggja fyrir og ætlar greinarhöfundur hér á eftir að velta upp einni stærstu spurningunni: Hvers vegna er starfshlutfall hjúkrunarfræðinga svona lágt og fer lækkaði? Inn í þá umræðu verða tengd atriði eins og ársverk hjúkrunarfræðinga, yfirvinna og hvort hægt sé að hækka grunnlaun hjúkrunarfræðinga án þess að til þurfi að kosta miklum fjárhæðum.“

fram, ná fram að ganga. Grein eins og þessi er liður í þessari vegferð.

Fjölmargar spurningar hafa vaknað þegar niðurstöður skýrslunnar liggja fyrir og ætlar greinarhöfundur hér á eftir að velta upp einni stærstu spurningunni: Hvers vegna er starfshlutfall hjúkrunarfræðinga svona lágt og fer lækkaði? Inn í þá umræðu verða tengd atriði eins og ársverk hjúkrunarfræðinga, yfirvinna og hvort hægt sé að hækka grunnlaun hjúkrunarfræðinga án þess að til þurfi að kosta miklum fjárhæðum. Með þessu vonast greinarhöfundur til að skapa umræðu og skilja eftir hjá lesendum punkta til umhugsunar þannig að umræðan og lausnir á mönnunarvanda í hjúkrun þökist eitthvað áfram. Næst þegar skýrsla um vinnumarkað hjúkrunarfræðinga birtist verður þá myndin vonandi eitthvað örlítið breytt frá því sem nú er. Ljóst er að ekki verða allir sammála greinarhöfundi um það sem fram kemur hér á eftir en mikilvægt er að hefja þessar umræður innan stéttarinnar.

Lágt starfshlutfall hjúkrunarfræðinga!

Heilbrigðiskerfið gengur illa þegar marga hjúkrunarfræðinga vantar til starfa. Umræður um mikið vinnuálag, yfirfullar deildir, lokun deilda og fráflæðisvanda af Landspítala koma reglulega fram í fjölmiðlum. Lausnir á þessum vanda eru ekki einfaldar og eru að mati flestra samtvinnaðar því að fjölga hjúkrunarfræðingum í starfi eða fá þá sem starfa til þess að vinna í herra starfshlutfalli. Meðalstarfshlutfall hjúkrunarfræðinga er um 70% og fer lækkaði. Árið 2007 var það 76% en 1999 var það um 80%. Helstu hugsanlegu skýringar á lágu starfshlutfalli eru álag vegna vaktavinnu, síbreytilegur vinnutími og starfsumhverfi. Samkvæmt niðurstöðum Vinnueftirlitsins er helsti ókosturinn við vaktavinnu talinn vera sá að erfitt sé að samræma fjölskyldulíf, frítíma og vaktavinnu. Talið er að hærri greiðslur fyrir vaktaálag og færri vinnustundir að baki fullu starfi geti hvatt vaktavinnufólk til að halda áfram í vaktavinnu. Í Evrópu hefur víða verið tekin upp styttri vinnuvika meðal hjúkrunarfræðinga sem vinna vaktavinnu, og er það þekkt til að mynda í Noregi, Svíþjóð, Írlandi og Bretlandi.

En vinna hjúkrunarfræðingar einungis 70% starf að meðaltali? Hver eru raunársverk hjúkrunarfræðinga og hvert er endanlegt starfshlutfall hjúkrunarfræðinga þegar öll unnin yfirvinna er tekin með? Er verið að þvinga fólk í meiri vinnu með aukavinnu? Eru hjúkrunarfræðingar að reyna að hámarka launin sín og skapa sér meira frelsi og svigrúm varðandi vinnutíma með því að vera í lægra starfshlutfalli? Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga hefur ekki getað aflað sér upplýsinga um fjölda ársverka hjúkrunarfræðinga (föst vinna plús yfirvinna) því engin stofnun heldur slíkum upplýsingum til haga. Stofnanir vita hversu miklu er ráðstafað í yfirvinnu en enginn hefur beint sett það í samhengi. Margir hjúkrunarfræðingar, sem starfa á vaktavinnudeildum og að einhverju leyti í dagvinnu, kannast eflaust við að fá hringingar og boð um aukavinnu á frídögum. Eftir því sem starfshlutfallið er lægra verða hringingarnar fleiri og svigrúmið til að taka aukavinnu meira.

„Hins vegar er ljóst er að kjarasamningar og launaumhverfi hjúkrunarfræðinga er þannig að lítill hvati er fyrir hjúkrunarfræðinga að vera í háu starfshlutfalli. Í raun er til dæmis mun hagstæðara fyrir hjúkrunarfræðinga að vera í 70% vinnu og taka sex aukavaktir heldur en að vera í 100% vinnu og vinna 21 vakt á mánuði og fá fyrir það föst mánaðarlaun og vaktaálag.“

Einhverjir vinnustaðir hafa þá reglu að þeir sem eru í herra starfshlutfalli gangi fyrir með aukavinnu, en oft er það þannig að þegar hjúkrunarfræðingar eru búnir að vinna 100% vinnu, 21 dag í mánuði geta fæstir hugsað sér að ráðstafa fríinu sínu á aukavakt. Einnig finnst mörgum hjúkrunarfræðingum erfitt að vera fast í háu starfshlutfalli, aðallega vegna álags og síbreytilegs vinnutíma. Þá finnst mörgum hjúkrunarfræðingum ákveðið hagræði í því að geta haft ákveðið svigrúm með því að vera í lágu starfshlutfalli. Aðrir kannast við að hægt er að hækka launin talsvert við að vera í lægra starfshlutfalli og vilja þannig hafa tækifæri til þess að taka nokkrar aukavaktir þegar þær bjóðast. Með þessu er ekki verið að segja að hjúkrunarfræðingar séu markvisst í lágu starfshlutfalli til að geta hámarkað launin sín með yfirvinnu. Hins vegar er ljóst er að kjarasamningar og launaumhverfi hjúkrunarfræðinga er þannig að lítill hvati er fyrir hjúkrunarfræðinga að vera í háu starfshlutfalli. Í raun er til dæmis mun hagstæðara fyrir hjúkrunarfræðinga að vera í 70% vinnu og taka sex aukavaktir heldur en að vera í 100% vinnu og vinna 21 vakt á mánuði og fá fyrir það föst mánaðarlaun og vaktaálag. Útreikningar, sem sjá má í töflu 1, benda til að hjúkrunarfræðingurinn, sem er í 70% vinnu, geti haft allt að 17% hærri heildarlaun heldur en sá sem er í 100% vinnu.

Tafla 1. Hvað fær hjúkrunarfræðingur útborgað miðað við að vera í 100% vinnu eða í lægra starfshlutfalli og taka aukavaktir?

Forsendur				
Vaktir*	100%	90%	80%	70%
morgunvaktir	11	9	8	7
kvöldvaktir	2	2	2	2
næturvaktir	2	2	1	1
helgarvaktir	6	6	6	5
aukavaktir	0	2	4	6
Samtals fastar vaktir	21	19	17	15
Samtals vaktir + aukavaktir	21	21	21	21
Yfirvinnu og álagstímar				
Kaffitímar	8,82	7,98	7,14	6,3
yfirvinna	0	21,2	42,4	63,6
33% álag	13	13	13	13
55% álag	64	64	56	48
Laun				
Mánaðarlaun	479.129	431.216	383.303	335.390
Kaffitímar	40.146	36.323	32.499	28.676
yfirvinna	0	96.497	192.993	289.490
33% álag	12.768	12.768	12.768	12.768
55% álag	103.722	103.722	90.756	77.791
Áætluð laun	635.764	680.525	712.320	744.115
Munur í krónum	44.760	76.555	108.351	
Munur í %	7,0%	12,0%	17,0%	

* Í 90% 80% og 70% er greiddar 2 klukkustundir í yfirvinnu skv. kafla 2.6.2 í kjarasamningi fyrir eina, tvær og þrjár aukavaktir

Einnig sýna útreikningar, sem sjá má í töflu 2, að aukavaktir skila í öllum tilfellum hærri launum en hefðbundnar vaktir. Um er að ræða útreikning miðað við hjúkrunarfræðing sem er í launaflokk 7:5, sem er algengasti launaflokkur hjúkrunarfræðinga, og vinnur á sólarhringsdeild.

Tafla 2. Greiðslur fyrir mismunandi vaktir, launaflokkur 7:5

Hjúkrunarfræðingur í launaflokk 7:5	
Mánaðarlaun	479.129
Dagvinnulaun	2.946,64
Vaktaálag 1 33%	982,12
Vaktaálag 2 55%	1.620,65
Yfirvinnulaun	4.551,73
Greiðsla fyrir dagvakt (8 klst.)	25.485
Greiðsla fyrir kvöldvakt (8 klst.)	31.623
Greiðsla fyrir næturvakt (9,5 klst.)	42.231
Greiðsla fyrir helgarvakt (8 klst.)	38.450
Greiðsla fyrir aukavakt (8 klst.)	43.697
Greiðsla fyrir aukavakt (9,5 klst.)	51.890
Greiðsla fyrir aukavakt (8 klst.) með stuttum fyrirvara um helgi	52.800

Fjármagn fyrir yfirvinnu en ekki fyrir hækkun launa

En hvers vegna er þetta svona? Af einhverjum ástæðum virðist alltaf vera til fjármagn á stofnunum til þess að greiða yfirvinnu en lítill peningur til þess að greiða föst laun. Nýlega leitaði félagsmaður til kjarasviðs vegna neitunar sem viðkomandi hafði fengið um 2,5% launahækkun. Viðkomandi vantaði nokkra mánuði upp á að uppfylla skilyrði um að færast milli starfshlutfalla en fékk neitun. Sá hinn sami hafði hins vegar nýlega lækkað við sig starfshlutfall til þess að skapa sér betra svigrúm til að taka aukavaktir og tók að eigin sögn tvær aukavaktir á mánuði til þess að ná endum saman.

Eins og áður segir er erfitt að segja til um hvort og þá hversu mikið hjúkrunarfræðingar nýta sér þennan möguleika sem kjarasamningur og launaumhverfi býður upp á. Eins og áður segir liggja ekki fyrir upplýsingar um raunársverk hjúkrunarfræðinga og því erfitt að finna hversu mikla aukavinnu hjúkrunarfræðingar vinna og hversu algengt þetta er. Velta má fyrir fyrir sér hvort hjúkrunarfræðingar geri þetta beinlínis til að hækka launin eða hvort þeir eru í lægra starfshlutfalli til að hafa svigrúm til að taka aukavinnu þegar óskað er eftir. Að minnsta kosti ná hjúkrunarfræðingar í einhverjum tilfellum að hækka laun sín með þessum hætti enda myndu flestir launþegar gera slíkt hið sama ef þeir hefðu tækifæri til. Það má því segja að lág mánaðarlaun hjúkrunarfræðinga ýti hjúkrunarfræðingum að ákveðnu leyti til að hámarka laun sín með aukavinnu.

„Það getur aldrei verið hagur stofnana né gott fyrir starfsemina á stofnuninni eða starfseiningunni að hjúkrunarfræðingar séu í lágu starfshlutfalli og taki aukavaktir. Endalaus tími stjórnenda og starfsmanna fer í að finna hjúkrunarfræðinga á aukavaktir og mönnun verður verri sökum þess að ekki tekst að fá hjúkrunarfræðinga á aukavaktir.“

Skortur á vilja að leita lausna

Væri hægt að gera hlutina einhvern veginn öðruvísi? Ljóst er að svigrúm ætti að vera er til staðar til að hækka mánaðarlaun hjúkrunarfræðinga ef markmiðið væri að fá hjúkrunarfræðinga til þess að vinna meira í föstu starfshlutfalli. Til þess þarf að hugsa hlutina upp á nýtt, skoða möguleika á því að greiða hjúkrunarfræðingum einhvers konar helgunarálag, færa kostnað við yfirvinnu yfir í dagvinnulaunin. Það getur aldrei verið hagur stofnana né gott fyrir starfsemina á stofnuninni eða starfseiningunni að hjúkrunarfræðingar séu í lágu starfshlutfalli og taki aukavaktir. Endalaus tími stjórnenda og starfsmanna fer í að finna hjúkrunarfræðinga á aukavaktir og mönnun verður verri sökum þess að ekki tekst að fá hjúkrunarfræðinga á aukavaktir. Slíkt fyrirkomulag er á allan hátt verra heldur en að greiða hjúkrunarfræðingum hærri dagvinnulaun. Forsvarsmenn Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, þar á meðal greinarhöfundur, hafa rætt þetta við forsvarsmenn nokkurra heilbrigðisstofnana en ekki hlotið mikinn hljómgrunn eða vilja til að leita lausna. Hvað veldur verða viðkomandi stjórnendur að svara!

Mikilvægt er að halda til haga að með þessum vangaveltum er ekki verið að hvetja til þess að allir hjúkrunarfræðingar vinni 100% vinnu og ekki er hægt að alhæfa að hlutirnir séu á öllum starfseiningum, sem hjúkrunarfræðingar starfa á, með því móti sem lýst er hér á undan. Um er að ræða vangaveltur greinarhöfundar til þess að skapa umræður og fá hjúkrunarfræðinga, stjórnendur og aðra til þess að velta málunum fyrir sér: *Ef hægt væri að fá hjúkrunarfræðinga til þess að auka við sig starfshlutfall og á móti að draga úr yfirvinnu, væri þá með því hægt að draga verulega úr mönnunarálagi á heilbrigðisstofnunum á Íslandi án þess að kosta til miklu fjármagni?*

III meðferð á öldruðum

Ragnheiður Gunnarsdóttir



Ragnheiður Gunnarsdóttir hjúkrunarfræðingur.

Margra bíða þau örlög að eyða síðustu mánuðum eða árum ævinnar á hjúkrunarheimili. Fæstir óska þess en eiga ekki annars úrkostar þegar heilsan brestur og getan til að sjá um sig sjálfur er ekki lengur fyrir hendi. Til að fá pláss á hjúkrunarheimili þarf viðkomandi að fá samþykkt svokallað færni- og heilsumat en matið byggist á gögnum sem færni- og heilsumatsnefnd hvers heilbrigðisumdæmis kallar eftir frá því fagfólki sem komið hefur að þjónustu við þann sem óskar eftir slíku mati. Oftast er það viðkomandi sjálfur, að eigin frumkvæði eða aðstandenda, sem óskar eftir að slíkt mat fari fram en einnig getur heilbrigðisstarfsfólk, til dæmis meðan á sjúkrahúsinnlögn viðkomandi stendur, haft frumkvæði að því að óska eftir færni- og heilsumati.

Að fá samþykkt færni- og heilsumat er nánast eins og að fara í gegnum nálarauga. Það þarf að vera búið að þrautreyna alla þá aðstoð sem hægt er að veita viðkomandi á heimili hans frá heimahjúkrun og félagsþjónustu, dvöl á dagdeild, hvíldainnlagnir og endurhæfingu. Og þannig á það að vera. Enginn á að fá samþykkt og greidda búsetu á hjúkrunarheimili hafi hann möguleika á að dvelja lengur á eigin heimili.

Margir halda að þegar færni- og heilsumat hefur verið samþykkt þá sé leiðin greið inn á það hjúkrunarheimili sem viðkomandi vill sjálfur búa á og eyða síðustu dögum ævi sinnar á. En langur vegur er frá að svo sé því allt að eins árs bið er eftir rými á þeim hjúkrunarheimilum á Reykjavíkursvæðinu sem bjóða öllum nýjum íbúum einbýli og sér salerni. Og láti hver sem vill sjúkri og aldraðri manneskju að geta ekki hugsað sé að deila herbergi og salerni með annarri bláókunnugri og jafnsjúkri manneskju í allt að tvö ár eins og verið hefur líklegur dvalartími á hjúkrunarheimili.

„Stjórnvöld landsins hafi vitað af fjölgun aldraðra í áratugi og Hagstofan hefur í áratugi unnið slíka mannfjölda-aldursdreifingarspá. Þessa hreppaflutninga leyfi ég mér að kalla illa meðferð á öldruðu fólki.“

En hvar bíða þeir sem komnir eru í þessa stöðu? Sumir bíða heima hjá sér, eru svo lánsamir að eiga sæmilega frískan maka, oftast háaldraðan, og jafnvel börn sem geta borið hitann og þungann af umönnuninni með aðstoð inn á heimilið — en margir eru ekki svo vel settir. Veruleiki þeirra er að koma aftur og aftur inn á bráðamóttöku Landspítala, fara þaðan á almenna deild, stundum fleiri en eina, einhvers staðar innan spítalans, síðan á öldrunardeild eða Landakot þar sem þeir bíða eftir að komast á Vífilsstaði þar sem þeir bíða eftir að komast á hjúkrunarheimili. Gera má ráð fyrir að varlega áætlað séu um 200 manns á hverjum degi í þessari stöðu að meðtöldum þeim sem eru á Vífilsstöðum. Þessi hópur er fluttur nánast eins og hreppsómagar fyrri alda milli deilda og húsa af því að það er hvergi pláss fyrir þá. Hvergi er gert ráð fyrir þeim. Samt vita allir sem sinna umönnun og meðferð sjúkra, hvað þá aldraðra sjúkra, hvað kvíði og óvissa um eigin örlög og samastað valda mikilli vanlíðan. Og hér er ekki við Landspítala að sakast. Stjórnvöld landsins hafi vitað af fjölgun aldraðra í áratugi og Hagstofan hefur í áratugi unnið slíka mannfjölda-aldursdreifingarspá. Þessa hreppaflutninga leyfi ég mér að kalla illa meðferð á öldruðu fólki.

„Ekki í tísku að vera gamall, hvað þá aldraður og sjúkur“

Í dag er ekkert hjúkrunarheimili í byggingu á Reykjavíkursvæðinu. Þau eru hins vegar nokkur „í undirbúningi“ eins og stjórnmálamenn orða það gjarnan þegar þeim verður svarafátt. Og einnig er því svarað að „verið sé að ganga frá samningum um byggingu og rekstur“. Sé hins vegar spurt hvenær hafist verði handa og hvort búið sé að tryggja reksturinn með greiðslu daggjalda frá ríkinu verður einnig fátt um svör. Þannig er vinsælasta ástæðan, sem stjórnmálamenn nota sem afsökun fyrir að staðan sé jafnömurleg og hún er, í raun hrunið árið 2008. Sú afsökun er hins vegar álíka vatnsheld og sigti. Það var löngu vitað fyrir 2008 hvert meðalaldur þjóðarinnar stefndi. Eina frambærilega skýringin er að mínu mati sú að aldrað og sjúkt fólk er ekki þrýstihópur. Það er ekki í tísku að vera gamall, hvað þá aldraður og líka sjúkur. Aldraðir afla ekki tekna, margir fara ekki á kjörstað og það kostar mikla peninga að sinna öldruðum sómasamlega. Hjúkrunarheimili berjast alls staðar í bökkum vegna lágra daggjalda og ekki er mögulegt fyrir stjórnendur þeirra að fylgja mönnunarviðmiðum landlæknis eða kröfúlýsingu velferðarráðuneytis. Með þessum orðum er ég ekki að kasta rýrð á störf þeirra sem annast hina sjúku öldruðu, heilbrigðisstarfsfólkið sem reynir allt af fremsta megni að gera líf þessa hóps sem bærilegast.

„Hjúkrunarfræðingar bæði mega og eiga að hafa skoðun á stefnu í heilbrigðismálum, hvernig fjármunum er forgangsraðað til hinna ýmsu þátta innan heilbrigðisþjónustunnar og veita stjórnvöldum þannig aðhald með málefnalegum hætti.“

Hjúkrunarfræðingar eru langstærsta heilbrigðisstéttin á Íslandi en þeir stíga ekki oft fram til að gagnrýna heilbrigðismál. Hjúkrunarfræðingar taka mjög alvarlega í sinni vinnu trúnað við skjólstæðinga sína og þær stofnanir sem þeir vinna hjá og telja oft að með því að tjá skoðun sína á heilbrigðisstefnu stjórnvalda og framkvæmd hennar séu þeir að brjóta trúnað.

Það er hins vegar ekki svo. Hjúkrunarfræðingar bæði mega og eiga að hafa skoðun á stefnu í heilbrigðismálum, hvernig fjármunum er forgangsraðað til hinna ýmsu þátta innan heilbrigðisþjónustunnar og veita stjórnvöldum þannig aðhald með málefnalegum hætti. Það er skoðun mín að neyðarástand ríki í málefnum þeirra sem bíða eftir hjúkrunarrými og það sé Íslendingum til skammar.

Kjörár fyrir nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga

Hrafnista býður upp á spennandi valkost fyrir nýútskrifaða hjúkrunarfræðinga. Um er að ræða Kjörár fyrir hjúkrunarfræðinga þar sem þeim gefst kostur á að kynnst öldrunarhjúkrun í víðum skilningi. Á Hrafnistu er mikið lagt upp úr gæða- og umbótastarfi. Þar gefst hjúkrunarfræðingum tækifæri til að taka þátt og hafa áhrif. Kjörárs-hjúkrunarfræðingum býðst meðal annars að taka þátt í gæðahópum, umbótahópum, fræðslu, sækja ráðstefnur og námskeið, kynnst þverfaglegu starfi í öldrunarþjónustu auk fleiri spennandi verkefna. Á Hrafnistu leggjum við áherslu á heimilisbrag, hlýlegt viðmót og að virðing sé höfð í fyrirrúmi. Við horfum á einstaklinginn með tilliti til þess hvar áhugi, styrkleiki og færni hans liggur. Markmið okkar er að vera leiðandi í umönnun og þjónustu við aldraða.



Nánari upplýsingar veitir Þóra Geirsdóttir, verkefnastjóri Heilbrigðissviðs Hrafnistu (thora.geirsdottir@hrafnista.is)

Samstaða og samkennd

Aðalbjörg Helgadóttir



Aðalbjörg Helgadóttir, deildarstjóri hjúkrunar hjá NLFÍ.

Árið 1859 setti Florence Nightingale (Nightingale, 1859) fram eftirfarandi þrjú atriði sem hún sagði að gerðu hjúkrunarfræðingum ekki aðeins erfitt um vik að sinna störfum sínum heldur gerðu hjúkrun hreinlega ómögulega:

- a) Skortur á hreinlæti
- b) Óhagkvæmt byggingaskipulag
- c) Ófullnægjandi stjórnunarhættir

Auðvitað hefur bæði samfélag okkar og hjúkrun þróast og tekið miklum breytingum frá árinu 1859, bæði hér á landi sem erlendis. Ef ég rýni í íslenskt samfélag fyrir einni og hálfri öld kemur upp í huga minn mynd af lítilli fjölskyldu, manni og konu með fjögur lítil börn sem búa þröngt í loftlausum og rökum húsakynnum. Þau eru fátæk, börnin öll meira og minna fársjúk vegna mannskæðra farsóttar, eins og barnaveiki, kíghósta og mislinga, og allar líkur á að þau fylgi látnum systkinum sínum yfir í eilífðina, til Nangijala. Það er erfitt að fá lækinn í vitjun því hann hefur umsjón með víðfeðmu landsvæði sem er torvelt yfirferðar. Það sem er þó ljós í myrkrinu er umönnun og fræðsla ljósmóður barnanna sem hefur dvalið á bænum eftir fæðingu þeirra og aðstoðað einnig við heimilisstörfin. Bóndi einn og kona hans, sem búa á nálægum bæ, hafa heyrt af bágbornum aðstæðum fjölskyldunnar og reyna að aðstoða hvað þau geta. Stétt hjúkrunarfræðinga þekkist ekki og umönnun sjúkra, aldraðra og fatlaðra er álitin eitt af almennum heimilisverkum kvenna. Ungbarnadauði er algengur og hann skrifast auk heilsuspillandi húsnæðis og fátæktar á vanþekkingu á umönnun ungbarna.

Vanþekking á hjúkrun

Umræðan um mikilvægi hreinlætis til að sporna við vanheilsu verður æ háværi um aldamótin 1900 eða á sama tíma og íslenskt samfélag fer að breytast úr sveitasamfélagi í iðnvætt þéttbýlissamfélag. Þekking og menntun ljósmæðra eykst og í kjölfarið minnkar ungbarnadauði verulega og er það rakið til þess að brjóstagið varð útbreiddari og almennt hreinlæti jókst. Á sama tíma tóku íslenskar konur forystu í að bregðast við brýnni þörf innan samfélagsins fyrir heilbrigðisþjónustu: Yfirstéttarkonur, sem létu sig líknarmál varða, tóku að sér að sinna heilbrigðisþjónustu í samfélaginu, kvenfélög spruttu upp víða um land og unnu að umbótum í heilbrigðismálum, Hvítabandið annaðist heimahjúkrun og hjúkrunarfélagið Líkn var stofnað að frumkvæði Oddfellowfélagsins í þeim tilgangi að veita efnaminna fólki faglega umönnun í heimahúsum og efla heilsuvernd. Starfsemi Líknar lagði grunninn að heilsugæsluþjónustunni eins og við þekkjum hana í dag (Kristín Björnsdóttir, 2005). Konur létu ekki þar við sitja heldur ákváðu að berjast fyrir stofnun Landspítalans þegar þær fengu kosningarétt árið 1915, og uppskáru líkt og þær sáðu til, eins og stendur letrað á hornstein spítalans sem var lagður 15. júní 1926: „Hús þetta — LANDSSPÍTALINN — var reistur fyrir fje, sem íslenskar konur höfðu safnað og Alþingi veitt á fjárlögum til þess að: LÍKNA OG LÆKNA“ (Minningargjafasjóður Landspítala Íslands, e.d.).

Barátta íslenskra kvenna fyrir bættri heilbrigðisþjónustu, samhliða aukinni þekkingu á gildi faglegar menntunar, varð meðal annars til þess að árið 1902 lauk fyrsta íslenska konan hjúkrunarprófi, Þóra J. Einarsson (Margrét Guðmundsdóttir, 2010).

Til að skilja sjálfsmynd hjúkrunarstéttarinnar verðum við að þekkja sögu hennar

Þú ert nú líklega að velta fyrir þér af hverju í veröldinni ég hef ákveðið að kynna fyrir þér þessa baráttusögu formæðra okkar. Ástæðan er sú að til þess að skilja sjálfsmynd hjúkrunarstéttarinnar verðum við að þekkja sögu hennar. Við verðum að vita af hvaða rótum við sprettum, hvaða baráttu við höfum tekist á hendur, hvaða sigra við höfum unnið og hverju við höfum tapað — við verðum að horfast í augu við sögu hjúkrunar til að geta skapað skýra framtíðarsýn hjúkrunar. Það hefur sjaldan verið mikilvægara en einmitt í dag þegar hjúkrunarfræðingar eru að kikna undan álagi í starfi — meðal annars vegna ónógrar mönnunar — einkenni kulnunar hafa náð hæstu hæðum, tengsl milli stjórnenda og hjúkrunarfræðinga eru að veikjast og laun hjúkrunarfræðinga eru 20% lægri en laun sambærilegra stétta (Guðbjörg Pálsdóttir o.fl., 2017; Jana Katrín Knútsdóttir, 2016).



Florence Nightingale (1820–1910).

„Sterk og fagleg sjálfsmynd leiðir til þess að við efumst ekki andartak um gildi fagsins, við búum yfir sjálfsþekkingu og trú á eigin getu, við gerum okkur skýra grein fyrir í hverju styrkur fagsins og sérhæfing liggur og síðast en ekki síst, þá höfum við skýra framtíðarsýn varðandi markmið hjúkrunar innan heilbrigðisþjónustunnar.“

Ef við rýnum í íslenskt samfélag árið 2017 eiga aðstæður okkar harla fátt sameiginlegt með ungu hjónunum sem bjuggu í loftlausum og rakamettuðum bæ ásamt fátækum börnum sínum eftir miðja nítjándu öld nema ef vera kynni rakinn í nútímabyggingum sem umbreytist í myglu og veldur illviðráðanlegum veikindum með flensulíkum einkennum, vanlíðan og verkjum. Í dag höfum við almennt þokkalegt aðgengi að heilbrigðisþjónustu, börnin okkar eru bólusett gegn farsóttum sem áður ollu ótímabærum dauða, aukin þekking hefur gert okkur kleift að veita meðferð við áður óþekktum sjúkdómum og gríðarlega hröð tækniþróun nútímans setur okkur varla nokkrar skorður við að *LÍKNA OG LÆKNA*. Vandinn, sem blasir þó við okkur hjúkrunarfræðingum, er kerfið sem skapar umgjörðina um heilbrigðisþjónustuna. Kerfið eykur stöðugt flækjustig þjónustunnar og gerir bæði samfélagsþegnum erfitt um vik að sækja sér heilbrigðisþjónustu og fagfólki — okkur — erfitt að starfa innan hennar. Þættirnir, sem Nightingale sagði árið 1859 að stæðu í vegi fyrir möguleikum okkar til að veita hjúkrun, skortur á hreinlæti, óhagkvæmt byggingaskipulag og ófullnægjandi stjórnunarhættir, eru nefnilega enn til staðar. Birtingarmynd þeirra er einungis breytt vegna þess að samfélagið hefur breyst og þróast. Enn er til staðar skortur á hreinlæti, meginorsök myglu í húsum er til dæmis ónóg loftun, við fáum fréttir af því á hverjum degi að byggingaskipulag Landspítalans sé óhagkvæmt og það eru ófullnægjandi stjórnunarhættir sem valda því að tengsl stjórnenda við hjúkrunarfræðinga eru að veikjast og að hjúkrunarfræðingar láta unnvörpum af störfum vegna kulnunar og álags.



Florence Nightingale lagði drög að sjálfstæði fagstéttar hjúkrunar.

Hvað getum við gert til að sporna við þessari þróun?

Við þurfum að horfast í augu við sögu okkar, sögu hjúkrunar. Það þurfti faglega þekkingu og færni, heildræna yfirsýn, brennandi hugsjónir og baráttuanda eins hjúkrunarfræðings, Florence Nightingale, til að leggja drög að sjálfstæði fagstéttar hjúkrunar. Einn hjúkrunarfræðingur getur áorkað miklu, en saman erum við sterkari líkt og kom berlega í ljós þegar samstaða áhugafólks um bætta heilbrigðisþjónustu á Íslandi byggði Landspítalann og lagði einnig grunninn að heilsugæslunni.

Við þurfum að horfast í augu við okkur sjálf, okkar sögu, leita að hvatanum sem varð til þess að við völdum hjúkrun, gæta þess að vera meðvituð um að hlúa að okkur sjálfum svo eldmóðurinn og brennandi áhuginn á hjúkrun viðhaldist. Það gerum við með því að leggja okkur fram um að beina samkenndinni, sem gerir okkur svo faglega fær í samskiptum og hjúkrun skjólstæðinga okkar, að okkur sjálfum. Við verðum líka, hvert og eitt, að gera okkur grein fyrir að nú sem áður er það samstaðan sem skapar tilgang og markmið. Samstaða og samkennd. Það er það sem við þurfum.

„Vandinn, sem blasir þó við okkur hjúkrunarfræðingum, er kerfið sem skapar umgjörðina um heilbrigðisþjónustuna. Kerfið eykur stöðugt flækjustig þjónustunnar og gerir bæði samfélagsþegnum erfitt um vik að sækja sér heilbrigðisþjónustu og fagfólki — okkur — erfitt að starfa innan hennar.“

Við þurfum að efla sjálfsmynd okkar sem fagstéttar hjúkrunarfræðinga og gera okkur grein fyrir að hún samanstendur af sjálfsmynd hvers einstaklings innan stéttarinnar. Sterk og fagleg sjálfsmynd leiðir til þess að við efumst ekki andartak um gildi fagsins, við búum yfir sjálfsþekkingu og trú á eigin getu, við gerum okkur skýra grein fyrir í hverju styrkur fagsins og sérhæfing liggur og síðast en ekki síst, þá höfum við skýra framtíðarsýn varðandi markmið hjúkrunar innan heilbrigðisþjónustunnar.

Utanaðkomandi þættir, hreinlæti, byggingaskipulag og stjórnunarhættir, standa í vegi fyrir að við getum stundað hjúkrunarstörf á besta, mögulega hátt. Þetta eru þættir sem við getum kannski ekki endilega breytt í dag en ef við viljum breytingar verðum við að byrja á okkur sjálfum. Erfiðasta lífsverkefnið sem við stöndum frammi fyrir er að læra að þekkja okkur sjálf, sagði Sókrates fyrir meira en tvö þúsund árum. En það er þess virði að takast á við þetta verkefni því að aukin sjálfsþekking hvers og eins hjúkrunarfræðings eflir sjálfsþekkingu og um leið sjálfsmynd fagstéttarinnar og gerir okkur fullfær um að breyta ríkjandi ástandi okkur í hag.

Framtíðarsýn mín varðandi hjúkrun er að hún verði meginstoð og rauði þráðurinn í íslenskri heilbrigðisþjónustu sem styrkist með hverri nýrri rannsókn sem hjúkrunarfræðingar setja fram, eflist með hverjum hjúkrunarfræðingi sem hlúir að sjálfum sér og hefur skýra sýn á tilgang starfsins sem hann tekst á við af fagmennsku, umhyggju og virðingu.

Heimildir

- Guðbjörg Pálsdóttir, Gunnar Helgason og Helga Ólafs (2017, febrúar). *Hjúkrunarfræðingar óskast til starfa! Vinnumarkaður hjúkrunarfræðinga*. Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- Jana Katrín Knútsdóttir (2016). Starfsumhverfi og líðan hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra á Landspítala. Óbirt meistaranáttákn. Háskóli Íslands, Reykjavík.
- Kristín Björnsdóttir (2005). *Líkami og sál. Hugmyndir, þekking og aðferðir í hjúkrun*. Reykjavík: Hið íslenska bókmenntafélag.
- Margrét Guðmundsdóttir (2010). *Saga hjúkrunar á Íslandi á 20. öld*. Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- Minningargjafasjóður Landspítala Íslands (e.d.). *Ágrip af sögu Minningargjafasjóðs Landspítala Íslands*. Sótt 20. mars 2017 á <http://www.mli.is/pages/132>
- Nightingale, F. (1859). *Notes on nursing: What it is, and what it is not*. London: Harrison and Sons.

vertu með á
facebook
<https://www.facebook.com/hjukrun>



Þriðjungur hjúkrunarfræðinga á Eir er frá Filippseyjum

Ragnheiður Gunnarsdóttir

Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga gaf út í febrúar 2017 skýrslu um vinnumarkað hjúkrunarfræðinga. Samkvæmt þeirri skýrslu vantar hjúkrunarfræðinga í um 300 fjármögnuð stöðugildi eins og sakir standa. Af þeim 5000, sem hafa hjúkrunarleyfi, eru um 4500 á vinnumarkaðsaldri og heildarfjöldi hjúkrunarfræðinga, sem kjósa að nýta hjúkrunarfræðimenntun sína til annarra starfa ótengdra hjúkrun, er um 1000 einstaklingar. Konur eru 98% stéttarinnar og lítil breyting á því kynjahlutfalli í sjónmáli. Í skýrslunni kemur jafnframt fram að almennt muni vanta heilbrigðisstarfsfólk í heiminum á næstu árum samkvæmt upplýsingum frá OECD þannig að viðvarandi skortur á hjúkrunarfræðingum er ekki einangrað vandamál á Íslandi. Við þekkjum það einnig á eftirspurn eftir íslenskum hjúkrunarfræðingum til starfa í Noregi og Svíþjóð.

Eitt land sker sig hér algjörlega úr hvað varðar fjölda hjúkrunarfræðinga en það eru Filippseyjar. Á Filippseyjum, sem samanstanda af mörgum misstórum eyjum sem oftast er skipt í þrjú svæði, norður-, suður- og miðeyjarnar, búa um 100 milljónir manna. Fjöldi háskóla í borgunum Manila, Cebu, Pangasian og Baguio á norður- og miðeyjunum útskrifar hjúkrunarfræðinga en íbúar þar eru langflestir rómversk-kaþólskir. Fáir háskólar bjóða hins vegar upp á hjúkrunarfræði á suðureyjunum en þar eru flestir íbúar múslimar. Að því er fram kemur á fréttavef BBC munu um 800



Hjúkrunarfræðingarnir Monicca Tulagan og Ian Glenn Munoz.

Þúsund hjúkrunarfræðingar útskrifast frá háskólum á Filippseyjum á þessu ári. Þegar er offramboð á hjúkrunarfræðingum á Filippseyjum og laun stéttarinnar lág. En hvernig stendur þá á því að hundruð þúsunda ungra Filippseyinga sækja í háskólanám, sem erfitt er að fá inngöngu í, og einungis um helmingur þeirra sem ljúka námi fá hjúkrunarleyfi vegna þungra leyfisprófa?

Mikill metnaður í að læra íslensku

Á Íslandi starfa margir filippseyskir hjúkrunarfræðingar en þeim hefur fjölgað jafnt og þétt undanfarin ár og halda meðal annars úti Facebook-síðu og eru meðlimir hennar 49 talsins. Fyrsti filippseyski hjúkrunarfræðingurinn, Ian Gleen Munoz, kom til starfa hjá hjúkrunarheimilinu Eir um síðustu aldamót að sögn Eddu Bjarkar Arnardóttur, mannauðsstjóra Eirar. Fyrirtækið hefur aldrei leitað með formlegum hætti til Filippseyja um samstarf við ráðningu hjúkrunarfræðinga. Þeir sem komið hafa og starfa hjá fyrirtækinu hafa flestir komið vegna fjölskyldutengsla við þá sem fyrir starfa hjá Eir, segir Edda Björk.

„Um þessar mundir starfa 12 hjúkrunarfræðingar frá Filippseyjum, sem er um þriðjungur hjúkrunarfræðinga á heimilinu, og er meirihluti þeirra karlmenn.“



Monicca Tulagan.

Forsendan fyrir ráðningu er að vera með hjúkrunarleyfi frá landlæknisembættinu og getur bið eftir slíku leyfi varað allt frá þremur upp í níu mánuði. Það hvort embættið hefur áður fengið umsókn um leyfi frá viðkomandi háskóla getur haft áhrif á lengd ferlisins. Í millitiðinni geta hjúkrunarfræðingarnir unnið við umönnun en sá tími hefur nýst vel til að læra íslensku. „Það er áberandi hvað erlendir hjúkrunarfræðingar, sem ráðnir hafa verið til Eirar, leggja mikinn metnað í að læra málið og hefur reynsla Eirar af þeim verið mjög góð. Um þessar mundir starfa 12 hjúkrunarfræðingar frá Filippseyjum, sem er um þriðjungur hjúkrunarfræðinga á heimilinu, og er meirihluti þeirra karlmenn. Meðal þeirra eru Ian Gleen Munoz, sem hefur unnið þar í fjölda ára, auk þess að vinna á bráðamóttöku Landspítala, og Monicca Tulagan. Blaðamaður Tímarits hjúkrunarfræðinga hitti þau á vinnustaðnum um það leyti sem þau voru að mæta á kvöldvakt og spurði þau út í af hverju Ísland hefði orðið fyrir valinu, og hvers vegna svo margir legðu fyrir sig hjúkrun á Filippseyjum.

Alþjóðleg menntun sem aflar fjölskyldunni tekna

„Lífskjör almennings á Filippseyjum eru að jafnaði miklu lakari en á Íslandi,“ segir Ian sem lauk námi í hjúkrunarfræði frá háskóla í Manila 1994. Hann hefur búið á Íslandi í 17 ár og talar reiprennandi íslensku. „Fjölskyldutengsl á Filippseyjum eru mjög sterk þannig að móðir mín, sem er gift íslenskum manni á Akureyri, studdi mig og systur mína til náms í hjúkrun. Ég flutti því fyrst til Akureyrar og byrjaði að vinna þar. Þegar ég kom landsins átti ég þegar konu og barn sem urðu eftir heima á Filippseyjum á meðan ég kom mér fyrir hér á landi svo þau gætu komið til mín. Hjá okkur Filippseyingum er alvanalegt að einhver fari til annars lands og undirbúi komu hinna í fjölskyldunni, jafnvel í nokkur ár. Hjá mér voru það um tvö ár. Ég var búinn að fá fasta stöðu á sjúkrahúsinu á Akureyri en þegar mér bauðst starfið á Eir ákvað ég að láta slag standa og flutti til Reykjavíkur. Mér hefur líkað mjög vel að vera á Íslandi. Laun hjúkrunarfræðinga á Íslandi eru miklu betri hér en á Filippseyjum og hér getur fjölskyldan búið við allt önnur og betri lífskjör en þar. Hvað varðar fjölda þeirra sem fara í hjúkrunarnám á Filippseyjum þá er um að ræða fjögurra ára háskólanám sem er gott

nám og á heimsmælikvarða. Foreldrar hvetja börn sín og styrkja til náms í hjúkrunarfræði því það gefur ungu fólki tækifæri til að fá alþjóðlega menntun og það getur sótt vinnu erlendis, er með möguleika á að flytja úr landi og afla sér og fjölskyldunni tekna sem ekki er mögulegt að afla heima fyrir,” segir Ian.

„Flugþjónar heima eru margir með hjúkrunarmenntun, eins og hér, og á miklu hærri launum en ef þeir ynnu við hjúkrun eins og staðan er núna hér á Íslandi.“

Það vekur athygli hve hátt hlutfall filippseyskra hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilinu Eir eru karlmenn og ég spurði Ian hver skýringin væri á því: „Miklu fleiri strákar fara í hjúkrun á Filippseyjum en annars staðar,” svaraði hann, „og það er ekki af því þeir vilji fara í umönnunarstörf þó margir geri það. Karlmenn, sem fara í hjúkrun, stefna á bráðahjúkrun, störf á sjúkrahúsum eða störf innan hersins þar sem menntun í hjúkrunarfræði er eftirsótt og menn komast fyrr í góðar stöður innan hersins. Og til að komast úr landi í góð störf,” bætir hann við. „Foreldrar þrýsta á syni sína og hvetja þá til að læra hjúkrun. Ég fór sjálfur í hjúkrun til að fá vinnu í Bandaríkjunum eins og flestir félagar mínir úr hjúkrunarnáminu. Og svo er það líka þannig að mörg fyrirtæki á Filippseyjum ráða frekar þá sem hafa lokið hjúkrunarnámi, til dæmis flugfélög og hótél. Þetta er alveg eins og á Íslandi. Hjúkrunarfræðin er góð menntun sem grunnur fyrir svo mörg önnur störf og einkafyrirtækin eru löngu búin að koma auga á það þar. Flugþjónar heima eru margir með hjúkrunarmenntun, eins og hér, og á miklu hærri launum en ef þeir ynnu við hjúkrun eins og staðan er núna hér á Íslandi.“

Eiginmaður og börn komu tveimur árum síðar

Monicca Tulagan lauk námi í hjúkrunarfræði frá háskóla í Pangasian á Filippseyjum árið 2008. Ástæðan fyrir að hún kom hingað var sú að tengdamóðir hennar hafði flutt hingað nokkrum árum áður. „Ég kom hingað og skildi manninn minn og tvö börn eftir heima. Þegar ég var svo komin með hjúkrunarleyfi á Íslandi, fasta stöðu og farin að leggja grunn að því að kaupa íbúð kom fjölskyldan mín,” segir Monicca sem talar ótrúlega góða íslensku þrátt fyrir tiltölulega stutta búsetu. „Mér líkar vel að vinna á Íslandi, en eins og staðan er heima á Filippseyjum er mjög erfitt að fá fasta stöðu sem hjúkrunarfræðingur. Ég vann sem sjálfboðaliði á spítala eftir að ég fékk hjúkrunarleyfið mitt þar, bara til að afla mér reynslu, og vinnuálagið er mikið. Almennigur fylgir sínu fólki, sínum sjúklingi, inn á spítala hjá okkur og sér um almenna umönnun hans á meðan á spítalavist stendur. Við hjúkrunarfræðingar erum kannski ekki svo mikið í umönnun nema á einkasjúkrahúsum þar sem fólk kaupir alla þjónustuna. Hér á Íslandi er allur aðbúnaður svo miklu betri og öll lífsskjör í landinu svo góð. Nú erum við hjónin búin að kaupa íbúð með systur minni og hennar manni og erum að koma undir okkur fótunum á Íslandi,” segir Monicca og bætir við, „við þurfum öll að vinna mikið til að geta keypt íbúðina því það er dýrt að búa hér en af því við búum saman þá getum við hjálpast að, það er gott, sérstaklega fyrir börnin.“

Í samtalinu við Ian og Moniccu kom fram að nokkur ríki hafa samið um að fá hjúkrunarfræðinga frá Filippseyjum til starfa og meðal þeirra eru Bretland, Ástralía og Japan. Fróðlegt væri að skoða betur hvernig þeir samningar eru og hver reynsla ríkjanna er af slíkum samningum. Eftir því sem best er vitað hafa íslenskar heilbrigðisstofnanir góða reynslu af störfum hjúkrunarfræðinga frá Filippseyjum, þeir hafa mikla faglega færni og eru fljótir að tileinka sér íslensku. Er þetta fyrirkomulag hugsanlega framtíðarlausn fyrir íslenskt heilbrigðiskerfi?



Ian Glenn Munoz.

RESOURCE SENIOR ACTIV

SÉRHANNAÐUR NÆRINGARDRYKKUR FYRIR ALDRAÐA

Resource SeniorActiv er næringarmikill, heildstæður næringardrykkur sem er sérstaklega þróaður með næringarþarfir aldraða í huga, t.d. í tengslum við sjúkdóma og eftir aðgerðir.

Resource SeniorActiv er ríkur af kalsíum, D-vítamíni og próteinum sem er mikilvægt fyrir viðhald vöðvamassa og sterkra beina, en það eru þættir sem geta dregið úr hættu á falli og beinbrotum.

Gott úrval af næringardrykkjum fæst í verslun okkar í Síðumúla 16 og í nýju vefversluninni okkar, www.fastus.is



Er verið að gjaldfella fagmennskuhugtakið í hjúkrun?

— Viðtal við Klöru Þorsteinsdóttur

Fagmennska er hugtak sem hefur verið Klöru Þorsteinsdóttur hjúkrunarfræðingi hugleikið eftir að hafa starfað við hjúkrun í fjölda ára og orðið vitni að og verið þátttakandi í þeim breytingum sem orðið hafa á heilbrigðiskerfinu undanfarin ár. Spurningin um hvað verði um fagmennskuna á tímum niðurskurðar í heilbrigðiskerfinu varð hvatinn að meistaraverkefni sem hún hefur nýlokið í félagsfræði. Verkefnið ber heitið Vald og fagmennska í hjúkrun á tímum niðurskurðar. Niðurstöðurnar gefa til kynna að hjúkrunarfræðingum sé gert ókleift að starfa eftir faglegum og siðferðilegum viðmiðum sem er í andstöðu við faglega sjálfsmynd. Niðurskurður í heilbrigðiskerfinu og mannekla hefur í för með sér óeðlilegar kröfur um afköst hjúkrunarfræðinga með tilheyrandi afleiðingum.

Umtalsverður og umhugsunarverður fórnarkostnaður vegna niðurskurðar

„Eins og titill rannsóknarinnar ber með sér hafði ég áhuga á að skoða fagmennskuhugtakið og hvar það ætti heima í þeim niðurskurði sem hefur ríkt í heilbrigðiskerfinu. Hjúkrunarfræðingar eru stærsta fagstéttin á Landspítalanum og starfsaðstæður þeirra einkennast nú af miklum niðurskurði, manneklu og veikindaleyfum í röðum þeirra. Þessi fórnarkostnaður er umhugsunarverður og mikilvægt að hver og einn skoði möguleika sína og getu til breytinga,“ segir Klara. Niðurstöður rannsókna hér á landi hafa leitt í ljós að ótímabærar útskriftir sjúklinga og óframkvæmd hjúkrun vegna manneklu og krafna spítalans um afköst ógni öryggi sjúklinga og valdi þeim auknum heilsufarsvanda. Enn fremur bendir hún á að brottfall úr starfi vegna starfstengdra veikinda hjúkrunarfræðinga hafi aukist.

„Ég hef sjálf reynslu af því að starfa á Landspítalanum á tímum niðurskurðar og þekki þá klemmu sem hjúkrunarfræðingur lendir í þegar tekin er ákvörðun um meðferð eða útskrift á forsendum sparnaðar og sú ákvörðun stangast á við faglegt mat og siðareglur. Jafnframt varð ég fyrir því að slasast illa í baki við að forða sjúklingi frá falli. Þá hætti ég í fastri vinnu sem hjúkrunarfræðingur og einbeitti mér að því að klára félagsfræðina, en ég hef síðan leyst af á ýmsum stöðum. Það var svo í námskeiði í vinnuvistfræði þar sem við fórum á vinnustaði og máttum aðstæður með hliðsjón af stöðlum Vinnueftirlitsins að þá fyrst áttaði ég mig á því að meiðsli mín voru vinnuslys en þau höfðu ekki verið skráð þannig. Í því námskeiði tók ég viðtöl við hjúkrunarfræðinga á einni deild sem allir höfðu orðið fyrir stoðkerfishnjaski við störf sín og það ekki verið skráð sem slys. Allir litu í eigin barm, eins og ég gerði, reyndu að finna skýringu hjá sjálfum sér en ekki í manneklu, skorti á stuðningi yfirmanna og öryggisviðmiðum.“ Klöru lék hugur á að kanna hvernig hjúkrunarfræðingar samræmi annars vegar kröfur spítalans um afköst og hins vegar eigin faglegu sýn og hvort jafnvægi sé þar á milli.



Klara Þorsteinsdóttir hjúkrunarfræðingur og MA í félagsfræði.

„Algenzt er að kvartanir og ábendingar til yfirmanna um vinnuálag og skort á öryggisviðmiðum séu hunsaðar og þaggaðar niður. Fyrir vikið hafa hjúkrunarfræðingar orðið vitni að, og jafnvel átt þátt í, gjörðum sem þeir telja ósiðlegar og ófaglegar, að sögn Klöru.“

Ríkjandi starfsskilyrði ógna faglegu jafnvægi

Niðurstöðurnar, sem byggjast á viðtölum við ellefu hjúkrunarfræðinga á Landspítalanum, eru að hjúkrunarfræðingarnir telja ómögulegt að viðhalda heilbrigðu, siðlegu og faglegu jafnvægi við ríkjandi starfsskilyrði. Til að viðhalda lágmarksfagmennsku og takmarka áhættu sjúklinga forgangsraða þeir tíma sínum og störfum þannig að þeir leitast við að tryggja öryggi sjúklinga. Klara segir það oft vera á kostnað andlegrar, líkamlegrar og félagslegrar heilsu hjúkrunarfræðinganna. Vinnu-umhverfi þeirra einkennist af því að engu má muna að mistök geti átt sér stað og telja hjúkrunarfræðingar að öryggisviðmið spítalans og vinnuverndarstefna séu óviðunandi. Fram kemur að hjúkrunarfræðingar telja of mikla fjarlægð vera milli sín og yfirmanna sinna og jafnframt skorti stuðning og málsvörn þeim til handa. Algenzt er að kvartanir og ábendingar til yfirmanna um vinnuálag og skort á öryggisviðmiðum séu hunsaðar og þaggaðar niður. Fyrir vikið hafa hjúkrunarfræðingar orðið vitni að, og jafnvel átt þátt í, gjörðum sem þeir telja ósiðlegar og ófaglegar, að sögn Klöru.

Í daglegu starfi hjúkrunarfræðinga er allt kapp lagt á að bægra frá þeim möguleika og tilfinningu að verið sé að bregðast sjúklingi. Það er gert með því að sleppa að fara í mat eða í hvíldarhlé og stundum er ekki hægt að komast á klósett tím-



Laus störf hjá Hrafnistu

Hjúkrunarfræðingar

Hrafnista leitar að hjúkrunarfræðingum til starfa í fjölbreytt og skemmtileg störf. Starfshlutfall er samkomulag.

Menntunar- og hæfniskröfur:

- Íslenskt hjúkrunarleyfi
- Sveigjanleiki og sjálfstæð vinnubrögð
- Frumkvæði og metnaður í starfi
- Góðir samskiptahæfileikar og jákvætt viðmót

Þekking, reynsla, frumkvæði og ánægja starfsmanna Hrafnistuheimilanna tryggir gæði þeirrar þjónustu sem veitt er. Gerð er krafa um heiðarleika, dugnað, stundvísni og góða framkomu. Við hlökkum til að vinna með þér!

Allar nánari upplýsingar veitir Lind hjá Fast Ráðningum í síma 552-1606 og tölvupósti, lind@fastradningar.is. Einnig er hægt að sækja um á www.fastradningar.is. Umsóknarfrestur er til 8. maí.



unum saman, segir Klara að hafi komið fram. „Þetta er sammerkt öllum. Þeir ná fæstir að endurnæra sig milli vakta, og að vinnuverndarlög séu brotin er daglegur veruleiki þar sem hvíldartími milli vakta er oft ekki nægur,“ segir hún jafnframt.

Að sögn Klöru veldur hraðinn í störfum hjúkrunarfræðinga, eða hraðamenningin, því að mörk hins eðlilega verða óskýr og hjúkrunarfræðingar viti ekki lengur hvað teljist vera eðlilegt. Heilsufarslegur fórnarkostnaður birtist til dæmis í styttri og lengri veikindafríum vegna stoðkerfisáverka og kulnunar.

Að sögn Klöru veldur hraðinn í störfum hjúkrunarfræðinga, eða hraðamenningin, því að mörk hins eðlilega verða óskýr og hjúkrunarfræðingar viti ekki lengur hvað teljist vera eðlilegt. Heilsufarslegur fórnarkostnaður birtist til dæmis í styttri og lengri veikindafríum vegna stoðkerfisáverka og kulnunar. Þá má ekki gleyma siðferðilegri vanlíðan sem hlýst af því að brjóta gegn eigin faglegu vitund, bendir Klara á. Það sé því mikilvægt að stjórnendur séu meðvitaðir um að aukið álag skekki ekki eðlileg viðmiðunarmörk. „Hjúkrunarfræðingur aðlagast hraðamenningunni og ef hann annar ekki því sem þarf lítur hann gjarnan í eigin barm. Öttinn við að vera talinn hrokafullur tengist oft því að segja meiningu sína og setja öðrum stéttum mörk, svo sem ef hjúkrunarfræðingur er truflaður við vinnu sína, eins og er hluti starfsins. Það getur tekið hjúkrunarfræðing obbann af starfsævinni að ná að átta sig á að velferð bæði hans og skjólstæðinganna er best borgið með því að standa á sannfæringu sinni.“

Sambandsleysi og gjá á milli hjúkrunarfræðinga og yfirmanna

Afstaða til faglegra mála milli yfirmanna og hjúkrunarfræðinga er ekki alltaf samrýmanleg að sögn Klöru. Sparnaðaraðgerðir hafa í för með sér að kröfur eru gerðar til hjúkrunarfræðinga sem fela í sér að þeim er gert erfitt fyrir að fara að faglegu mati sínu, eða að áherslum þeirra er óhjákvæmilega ýtt til hliðar, segir Klara. Þar má nefna þegar hjúkrunarfræðingur metur stöðuna á deild sinni þannig að kalla þurfi út mannskap til að tryggja öryggi. Algenzt er að yfirmenn banni útköll á forsendum sparnaðar og ætlist til að hjúkrunarfræðingar anní verkum sem að öllu eðlilegu væru á höndum fleiri. Gagnrýnisraddir eru illa séðar og algenzt er að yfirmenn reyni að kveða þær niður. Þetta hefur skapað andrúmsloft þar sem hjúkrunarfræðingar hafa margir hverjir hætt að treysta yfirmönnum sínum.

Í kjölfar þess að fleiri hjúkrunarfræðingar fara í styttri eða lengri vinnuferðir, til að mynda til Noregs, fá þeir nýja sýn og viðmið um öryggismál og vinnuálag. Fyrir vikið eiga þeir auðveldara með að ræða og benda á hvað betur megir fara. Þá



Klara Þorsteinsdóttir hjúkrunarfræðingur hefur nýlokið að skrifa meistararitgerð sína í félagsfræði um vald og fagmennsku í hjúkrun á tímum niðurskurðar.

ber að nefna Ástumálið svokallaða en einn viðmælandi Klöru hafði eftirfarandi að segja: „Ég er bara búin og sérstaklega eftir að Ásta okkar lenti í sínu, það hefur mér verið bara mikil hvatning í því að segja bara hingað og ekki lengra.“

„Ég held að það sé tímabært að spyrja hvort verið sé að gjaldfella fagmennskuhugtakið þegar góður hjúkrunarfræðingur gengur sér til húðar. Hverjum fagmanni ber að vera að öllu leyti í stakk búinn að sinna sínu.“

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna sambandsleysi og gjá milli hjúkrunarfræðinga og yfirmanna. Ber þar að nefna skort á stuðningi við hættulegar aðstæður þar sem þarf að tryggja öryggi sjúklinga sem og að koma í veg fyrir heilsutjón hjúkrunar-

fræðinga. Það sé mótsögn í faglegri sjálfsmynd hjúkrunarfræðinga að þeim sé gert ókleift að starfa eftir faglegum og siðferðilegum viðmiðum. Að sögn Klöru veldur þetta misræmi því að hjúkrunarfræðingnum finnst hann bregðast og hann tekur á sig óverðskuldaða sök ef eitthvað fer úrskeiðis. Óeðlilegar kröfur um afköst eru tilkomnar vegna samdráttar og niðurskurðar stjórnvalda og sameiningar spítalanna í Reykjavík. „Brottfall úr starfi og mannekla hefur verið staðreynd lengi á spítalanum. Samt er enn verið að hamra á því að mennta þurfi fleiri hjúkrunarfræðinga. Það hefur gengið treglega að komast að kjarna málsins sem eru hinar óeðlilegu aðstæður sem spítalinn býr hjúkrunarfræðingum og sem þeir sjálfir ganga inn í. Þar má nefna skort á samstöðu meðal þeirra við að leggja að jöfnu velferð skjólstæðinga og sína eigin velferð og heilsu. Ég held að það sé tímabært að spyrja hvort verið sé að gjaldfella fagmennskuhugtakið þegar góður hjúkrunarfræðingur gengur sér til húðar. Hverjum fagmanni ber að vera að öllu leyti í stakk búinn að sinna sínu.“

Engar einfaldar lausnir á samskiptavanda á vinnustað

— Viðtal við Evu Hjörtínu Ólafsdóttur



Eva Hjörtína Ólafsdóttir, kjarafulltrúi Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

„Það kemur á óvart miðað við fjölda félagsmanna og þá umræðu sem fram fer á kaffistofum vinnustaða hjúkrunarfræðinga hve fáir leita réttar síns þegar grunur leikur á að á þeim sé brotið. Ég veit ekki hver ástæðan er en ég tel að fólk sé ekki nægilega meðvitað um hver réttindi þeirra eru. Það er mikilvægt að huga að kjaramálum og hver og einn ber ábyrgð á því að fylgja því eftir að þau séu í lagi,“ segir Eva Hjörtína Ólafsdóttir, kjarafulltrúi hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga. Hlutverk hennar er meðal annars að leiðbeina félagsmönnum í tengslum við kjarasamninga út frá gildandi lögum og reglum.

Eva Hjörtína segir félagsmenn leita til hennar vegna margvíslegra mála, allt frá einföldum kjaramálum til flókinna samskiptaörðugleika á vinnustað, en fjöldi virkra félagsmanna er um 3100 manns. Að sögn hennar er mikið leitað til hennar vegna lífeyrismála meðal þeirra sem eru að hefja töku lífeyris. Hún segir hjúkrunarfræðinga ekki huga mikið að lífeyrisréttindum sínum fyrr en þeir fara að nálgast starfslok en hver og einn er ábyrgur fyrir réttindum sínum og kjaramálum og því mikilvægt að huga að þeim málum. Einnig er til hennar leitað vegna langvarandi veikinda og samskiptaörðugleika á vinnustað en slík mál eru jafnframt flóknustu og erfiðustu málin sem koma á borð félagsins, að sögn Evu. Félagið hefur ekki bein afskipti heldur veitir stuðning og vísar á leiðir sem í boði eru og höfða til ábyrgðar stjórnenda. „Allar stofnanir eiga að hafa sett sér verklagsreglur og það er á ábyrgð stjórnenda að bregðast við þeim vanda sem upp getur komið í félagslegu vinnuumhverfi. Fólki hættir til að persónugera vandamálin og það getur flækt málin enn meira. Samskipti eru flókin og ekki til neinar einfaldar lausnir á samskiptavanda.“ Það sé því mikilvægt að reyna ávallt að finna heppilega lausn og setjast niður og ræða málin opinskátt og af heiðarleika. Þegar ekki er brugðist nægilega tímanlega við er hætta á að brotaþolinn hrekist úr starfi, og því er það á ábyrgð stjórnenda að bregðast við. Þrátt fyrir að hægt sé að leysa mörg mál á vinnustaðnum þá eru önnur mál þess eðlis að aðrir þurfa að grípa inn í. Ef málin krefjast frekari úrlausnar koma þau til kasta sviðstjóra félagsins.

Kynslóðaskipti á vinnumarkaði fylgja ný úrlausnarefni

„Mín tilfinning er að fólk er orðið langþreyttara og hefur minna viðnám en áður. Starfið er bæði líkamlega og andlega erfitt og stækkun deilda og rýma fylgja ný vanda-mál sem þarf að bregðast við. Þá eru kynslóðaskipti á vinnumarkaðinum og þeim fylgja breytingar í átt að meiri fagmennsku. Skilin á milli vinnu og einkalífs eru orðin skarpari og það er mikilvægt að bregðast við með því að hlusta á unga fólk,“ segir Eva. Sömuleiðis fylgja nýjum kynslóðum ólíkar kröfur um þjónustu frá heilbrigðis-starfsmönnum. Það skapi einnig álag.

Eva Hjörtína hvetur félagsmenn að hafa samband áður en vandamálin verða of flókin viðureignar eða of íþyngjandi. Maður veit ekki svarið fyrr en maður spyr spurningarinnar! Eva fer reglulega í vinnustaðaheimsóknir og heldur sömuleiðis námskeið um almenna kjarasamninga. Sé þess óskað er hún reiðubúin að hitta félagsmenn á vettvangi, og sömuleiðis eru hugmyndir um námskeið, sem snýr að réttinda- og kjaramálum, vel þegnar. Hægt er að senda Evu tölvupóst á eva@hjukrun.is eða hringja í 540-6413 og bóka tíma en símatími er alla virka daga kl. 10–14. Félagsmönnum er bent á vef kjarasviðs en þar er búið að taka saman svör við algengum spurningum. Þar er einnig að finna fjölda upplýsinga um kjaramál.

„Allar stofnanir eiga að hafa sett sér verklagsreglur og það er á ábyrgð stjórnenda að bregðast við þeim vanda sem upp getur komið í félagslegu vinnuumhverfi. Fólki hættir til að persónugera vandamálin og það getur flækt málin enn meira. Samskipti eru flókin og ekki til neinar einfaldar lausnir á samskiptavanda.“

Viltu bætast í hópinn? Hjúkrunarfræðingar!



**Hjartagátt og Hjartadeild Landspítala óska eftir
áhugasömum hjúkrunarfræðingum til starfa**

Hjúkrunarfræðingar geta valið að starfa á báðum deildum
samhliða eða á öðrum staðnum eingöngu. Með þessu
fyrirkomulagi geta hjúkrunarfræðingar öðlast mikla reynslu
og þekkingu á hjartasjúkdómum, s.s. kransæðasjúkdómi,
hjartabilun og taktruflunum.

**Miklir möguleikar eru á þróun í starfi í formi
fræðslu, námskeiða og ráðstefna.**

Starfshlutfall er 50-100%



Nánari upplýsingar veitir

Bylgja Kærnested deildarstjóri hjartadeildar
bylgjak@landspitali.is eða 825-5106

Björg Sigurðardóttir deildarstjóri Hjartagátt
bjorgsig@landspitali.is eða 824-5255

Tölum um handleiðslu

Helena Bragadóttir



Helena Bragadóttir, hjúkrunarfræðingur á bráðamóttöku geðsviðs.

Þankastríkir 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 er varðar hjúkrun og er þeim hjartfólgið. Pistlarnir geta fjallað um ákveðin málefni, sögur af kynnum við sjúklinga eða starfsfólk, eitt-hvað sem hefur orðið höfundum til hugljómunar eða hvað eina annað sem tengist starfinu og hugmyndafræði þess.

Fyrir stuttu fór ég á gott námskeið hjá Margréti Blöndal hjúkrunarfræðingi um álag og áföll í starfi, afleiðingar og bjargráð. Á námskeiðinu voru hjúkrunarfræðingar á öllum aldri, með fjölbreyttan starfsaldur. Hjúkrunarfræðingar með stuttan starfsaldur voru þar í eins konar forvörnum, til að fyrirbyggja það að kulna við það álag sem getur svo oft einkennt starfið okkar. Svo voru aðrir sem upplifðu „korter í kulnun“. Þetta varð kveikjan að því að mig langaði að tala hér aðeins um handleiðslu í hjúkrun. Hvernig ætlum við að halda eldinum lifandi sem drífur okkur áfram dag hvern til að sinna hjúkrunarstarfinu í starfsumhverfi sem er síbreytilegt, krefjandi og oft flókið. Ég hnaut um tölur í grein um daginn þar sem sagt var frá því að stór hluti hjúkrunarfræðinga á LSH fyndi til mikillar streitu í starfi og gæti ég best trúað því að tölur úr umhverfi hjúkrunarfræðinga á vinnustöðum utan LSH væru svipaðar.

Ég heyri einnig reglulega, og hef heyrt í gegnum árin, að hjúkrunarfræðingum, sem eru að stíga sín fyrstu skref í starfi, finnst stundum að þeim sé treyst fyrir of miklu og að þeir óttist að ráða ekki við verkefnin. Þó að fjögurra ára háskólanám sé að baki er dýpkun í klíník ekki hafin. Oftar en ekki er það afleiðing af manneklu að þessi ábyrgð kemur of snemma og áður en öryggi er náð. Ég hugsaði að við öll könnumst við sögur af slíkum aðstæðum sem við sjálf eða aðrir hafa lent í.

Þurfum að taka ábyrgð á eigin heilsu og lífi

Margt getum við gert með því að hlúa að okkur sjálfum með aðferðum sem henta hverjum og einum, eins og hreyfingu, hugleiðslu og þess háttar. Við þurfum sjálf að taka ábyrgð á heilsu okkar og lífi og gerum það mörg upp að einhverju marki. Að mínu mati væri heppilegt að það væri rými innan vinnustaðar þar sem gert væri ráð fyrir handleiðslu.

„Gert er ráð fyrir tímum á vinnutíma í handleiðslu þar sem reyndur aðili í starfsstétt viðkomandi sér um handleiðsluna; oft og tíðum er um einstaklingshandleiðslu að ræða.“

Á geðsviði, þar sem ég starfa, hef ég verið að bera hjúkrunarfræðinga saman við aðrar starfsstéttir eins og félagsráðgjafa, lækna í sérnámi og sálfræðinga. Mér hefur virst að handleiðsla sé veitt með mun markvissari hætti hjá hinum stéttunum en hjá okkur í hjúkrun. Gert er ráð fyrir tímum á vinnutíma í handleiðslu þar sem reyndur aðili í starfsstétt viðkomandi sér um handleiðsluna; oft og tíðum er um einstaklingshand-

leiðslu að ræða. Á geðsviði, þar sem við erum með þjónustuþega í einstaklingsviðtölum og meðferð, er þetta nauðsynlegt og mikill stuðningur fyrir meðferðaraðila og ýtir undir öryggi og fagmennsku. Ég hef unnið í teymi á geðsviði þar sem var faghandleiðsla í hóp vikulega; var það mjög gagnlegt og ég fann hversu styrkjandi það var fyrir mig persónulega sem meðferðaraðila og fyrir okkur sem teymi. Tvisvar í mánuði fengum við handleiðara utan teymis en hina vikuna sáum við teymis meðlimir um hana sjálf (jafningjahandleiðsla). Ég er þess fullviss að ávinningurinn skilaði sér einnig til þeirra sem sóttu þjónustu til teymisins. Mikill hraði er oft í vinnuumhverfinu og auðvitað grípur maður oft kollega eða samstarfsfólk og fær óformlega handleiðslu, með hrökkbrauð í annarri hendi og kaffibolla í hinni, en það er ekki sambærilegt við formlega handleiðslu þar sem tími er tekinn frá og búið til rými fyrir hana í starfsumhverfinu. Ég hef einnig reynslu af hóphandleiðslu þegar

„Handleiðsla ætti að koma til áður en við erum komin í kulnun og finnst við ekki ráða við aðstæður og búin að missa eldmóðinn. Þetta tel ég að eigi við reynda hjúkrunarfræðinga sem og nýgræðinga.“

ég var á svokölluðu starfsþróunarári, en þar vorum við frekar að skoða upplifun okkar af starfinu en einstök mál. Reyndur handleiðari var með hópinn og nýttist það mér vel í því að máta mig í starfi auk þess sem mér fannst það gagnast mér í því að staðsetja mig innan sviðsins en ég var tiltölulega nýbyrjuð á geðsviði á þeim tíma.

Ég tel einnig að góð handleiðsla sé mikilvægur þáttur í því að fyrirbyggja kulnun og streitu. Handleiðsla ætti að koma til áður en við erum komin í kulnun og finnst við ekki ráða við aðstæður og búin að missa eldmóðinn. Þetta tel ég að eigi við reynda hjúkrunarfræðinga sem og nýgræðinga. Við þurfum að halda sérstaklega vel utan um þá sem eru að stíga sín fyrstu skref, gæta þess að færa ekki of mikla ábyrgð á herðar þeirra strax og tryggja handleiðslu og stuðning. Það er einnig á okkar ábyrgð að tala sjálf um handleiðslu, skoða það með okkar deildarstjórum og yfirmönnum hvort hægt er að finna henni stað í vinnuumhverfinu og á hvaða formi. Þó að við séum reynd og „kunnum allt“ þá getur góð handleiðsla skipt sköpum fyrir vinnugleði okkar, vellíðan, andlega heilsu og fyrir einstaklingana sem við sinnum dag hvern í okkar starfi.

Góðar stundir.

Ég skora á Hrafnhildi Ólöfu Ólafsdóttur, hjúkrunarfræðing á bráðamóttöku geðsviðs, að skrifa næsta þankastrík.



Málþing um stöðu súrefnisþega á Íslandi



Grand hótél, Sigtúni 38, Reykjavík þann 17. maí kl. 12:00 -16:00

Fagdeild lungnahjúkrunarfræðinga efnir til málþings um stöðu súrefnisþega á Íslandi, í samvinnu við Samtök lungnasjúklinga og Félag íslenskra lungnalækna.

Tilfnið er 20 ára afmæli Samtaka lungnasjúklinga.

Markmið málþingsins er að hvetja til umræðu um lífsgæði súrefnisþega, stuðla að bættum aðbúnaði þeirra og að efla samvinnu fagaðila sem koma að ákvörðunum, þjónustu, meðferð, fræðslu og eftirliti.



Skráning á lunga@hjukrun.is fyrir 15. maí

Aðgangur ókeypis



Geðheilbrigði til framtíðar: Hlutverk geðhjúkrunarfræðinga í geðrækt, forvörnum og meðferð

Aðalbjörg Finnbogadóttir



Aðalbjörg Finnbogadóttir, sviðstjóri fagsviðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Hjúkrunarþing Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, sem haldið var síðastliðið haust, var að þessu sinni í samstarfi fagsviðs og fagdeildar geðhjúkrunarfræðinga undir yfirskriftinni *Geðheilbrigði til framtíðar. Hlutverk geðhjúkrunarfræðinga í geðrækt, forvörnum og meðferð*. Á þinginu var horft til framtíðar hvað varðar geðheilbrigði barna og unglinga, fullorðinna og aldraðra og var sérstök áhersla lögð á hlutverk, framlag og áherslur hjúkrunarfræðinga sem starfa innan geðhjúkrunar. Hjúkrunarþingið var hluti af stefnumótunarvinnu félagsins um eflingu geðhjúkrunar og geðheilbrigðis landsmanna með frekari þátttöku geðhjúkrunarfræðinga og sérfræðinga í geðhjúkrun. Stefnan mun verða kynnt í skýrslu sem fagsvið og fagdeild geðhjúkrunarfræðinga vinna að.

Mörg áhugaverð framsöguerindi voru flutt, meðal annars um meðferðarsamband sem hornstein geðhjúkrunar, síbreytilegar þarfir samfélagsins fyrir geðhjúkrun, um sérfræðinga í geðhjúkrun. Auk þess voru athyglisverðir fyrirlestrar um hlutverk hjúkrunarfræðinga í geðheilbrigðisþjónustu ungbarna, grunnskólabarna og unglinga, fullorðinna og aldraðra þar sem áhersla er lögð á geðrækt, forvarnir, meðferð og endurhæfingu einstaklinga með geðrænan vanda og fjölskyldna þeirra.

Á þinginu unnu hjúkrunarfræðingar einnig í hópum þar sem rætt var um tækifæri og nýsköpun í geðhjúkrun á Íslandi, helstu vaxtarsprotu í geðhjúkrun og þætti sem hjúkrunarfræðingar ættu að taka að sér til að bæta geðheilbrigði landsmanna. Þá var einnig skoðað hvaða menntun og þjálfun hjúkrunarfræðingar þurfi til að geta sinnt auknum og síbreytilegum kröfum geðheilbrigðisþjónustunnar til framtíðar. Framlag vinnuhópanna verður nýtt í stefnumótunarvinnu félagsins um eflingu geðhjúkrunar og geðheilbrigðis landsmanna.

Viðhorf hjúkrunarfræðinga mikilvæg í framþróun íslenskra heilbrigðismála

Sérstakur gestur hjúkrunarþingsins var Guðrún Sigurjónsdóttir, sérfræðingur í velferðarráðuneytinu. Kynnti hún nýlega samþykktu stefnu og aðgerðaáætlun Alþingis í geðheilbrigðismálum til næstu fjögurra ára. Guðbjörg Pálsdóttir, starfandi formaður Fíh, lagði áherslu á í ávarpi sínu að samhljómur væri milli velferðarráðuneytisins annars vegar, sem leggur áherslu á að tryggja samþætta og samfellda þjónustu fyrir einstaklinga með geðröskun, og geðhjúkrunarfræðinga hins vegar, sem byggist að miklu leyti á samstarfi og samvinnu við aðrar heilbrigðisstéttir, til að tryggja samfellda og samhæfða umönnun og eftir meðferð. Því væri mikilvægt að fulltrúi velferðarráðuneytisins færi með af þinginu þau skýru skilaboð hjúkrunarfræðinga að það sé nauðsynlegt fyrir framþróun íslenskra heilbrigðismála að skoðanir hjúkrunarfræðinga heyrast skýrt og greinilega og að á þær sé hlustað. Hjúkrunarfræðingar hafa þekkinguna og nú þurfi að leggja áherslu á að þeir hafi áhrif. Ítrekaði hún að hjúkrunarfræðingar væru tilbúnir til að taka sæti í þeim starfshópum, geðheilsuteymum, þverfaglegum teymum og því sem til þarf til að greiða götu þeirra sem þurfa á þjónustunni að halda enn frekar.

Meginmarkmið stefnu og aðgerðaáætlunar í geðheilbrigðismálum er að stuðla að aukinni vellíðan og betri geðheilsu landsmanna og virkari samfélagsþátttöku einstaklinga sem glíma við geðröskun.

Aukin vellíðan, bætt geðheilsa og virkari samfélagsþátttaka

Meginmarkmið stefnu og aðgerðaáætlunar í geðheilbrigðismálum er að stuðla að aukinni vellíðan og betri geðheilsu landsmanna og virkari samfélagsþátttöku þeirra sem glíma við geðröskun. Undirmerkið fela í sér að þjónusta við sjúklinga sé samþætt og samfelld, að uppeðisskilyrði barna stuðli að vellíðan þeirra og að einstaklingum sé ekki mismunað á grundvelli geðheilsu. Ýmsar aðgerðir eru settar fram til að ná þessum markmiðum. Má þar nefna aukna geðræna þjónustu innan heilsugæslunnar, fjölgun geðheilsuteyma, styrkingu barna- og unglingageðdeildar Landspítala og aukinn stuðning við börn sem eiga foreldra með geðvanda. Að mati félagsins og fagdeildar geðhjúkrunarfræðinga eru þetta allt atriði sem geðhjúkrunarfræðingar og sérfræðingar í geðhjúkrun geta og eiga að taka þátt í. Einnig er þar að finna tillögu um að efla þekkingu starfsfólks á hjúkrunarheimilum vegna þjónustu við íbúa með geðröskun sem að mati félagsins ætti að vera í umsjá hjúkrunarfræðinga og sérfræðinga í öldrunar- og geðhjúkrun.

Einnig eru settar fram aðgerðir varðandi bætt uppeðisskilyrði barna sem byggjast einkum á forvörnum. Lagt er meðal annars til að teymi verði stofnað til að sinna ráðgjöf og styðja foreldra og aðra aðstandendur, stuðlað verði að markvissri geðrækt í skólum, skimað verði eftir kvíða og þunglyndi meðal grunnskólabarna og viðeigandi meðferð veitt eftir þörfum og

leitað verði árangursríkrar meðferðar til að draga úr sjálfsvígum meðal ungmenna. Allt eru þetta þættir sem hjúkrunarfræðingar innan heilsugæslunnar, skólahjúkrunarfræðingar og geðhjúkrunarfræðingar, gætu lagt lið með þekkingu sinni og reynslu og því nauðsynlegt að hafa þá með í þeim starfshópum og teymlum sem mynduð verða til að fylgja verkefnum eftir.

„Lagt er meðal annars til að teymi verði stofnað til að sinna ráðgjöf og styðja foreldra og aðra aðstandendur, stuðlað verði að markvissri geðrækt í skólum, skimað verði eftir kvíða og þunglyndi meðal grunnskólabarna og viðeigandi meðferð veitt eftir þörfum og leitað verði árangursríkrar meðferðar til að draga úr sjálfsvígum meðal ungmenna.“

Stefna félagsins í geðhjúkrun er mikilvægt innlegg hjúkrunarfræðinga til bættrar geðheilsu landsmanna og geðheilbrigðisþjónustu sem vonandi nýttist í aðgerðum stjórnvalda í geðheilbrigðismálum. Væntanleg skýrsla fagsviðs og fagdeildar geðhjúkrunarfræðinga verður kynnt heilbrigðisráðherra um leið og hún verður tilbúin.



HJÚKRUN 2017 er vísindaráðstefna haldin í samstarfi eftirfarandi aðila:

Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga
Hjúkrunarfræðideildar HÍ
Hjúkrunarfræðideildar HA
Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
Landspítala

Auglýst eftir ágripum

HJÚKRUN 2017

Fram í sviðsljósið

Ráðstefnan verður haldin á **Hilton Reykjavík Nordica** dagana **28.-29. september 2017**

Boðið verður upp á fyrirlestra, vinnusmiðjur og veggspjaldakynningar.

Umsóknafrestur til að senda inn ágrip er til **29. maí 2017**
Sjá nánar undir fagsviði á **www.hjukrun.is**



Árin sem enginn man, áhrif frumbersku á börn og fullorðna

Stefanía B. Arnardóttir



Stefanía B. Arnardóttir geðhjúkrunarfræðingur.

Titilinn á greininni fékk ég að láni hjá samstarfsskonu minni, Sæunni Kjartansdóttur, en hún gaf út samnefnda bók árið 2009 um áhrif umönnunar í frumbersku á heilsu og líðan fram á fullorðinsár. „Lengi býr að fyrstu gerð“ hefur öðlast dýpri merkingu með nýjustu rannsóknum því þær hafa aukið þekkingu okkar og skilning á þroska heila- og taugakerfisins. Þær sýna okkur hvernig reynslan mótast heilann á því æviskeiði sem barn lærir að takast á við líðan sína, en það getur það aðeins gerst með hjálp umönnunaraðila.

Góð reynsla og umhyggjusöm samskipti í frumbersku styrkja ekki aðeins geðheilbrigði heldur hafa þau heilsuverndandi áhrif gegn líkamlegum sjúkdómum og áföllum. Ungbörn eru háð því að umönnunaraðilar geti sett sig í spor þeirra eða hugsí fyrir þau og geti brugðist við þörfum þeirra, á þeirra forsendum. Með því skynjar barnið að því er hjálpað við að ná jafnvægi eða ró á ný eftir áreiti og það eykur aftur traust þess á umhverfinu. Smátt og smátt þroskast kerfið og barnið nær betur tökum á að stilla sínar eigin tilfinningar. Ytri regla og fyrirsjáanleiki verður að innra reglakerfi (self-regulation). Þessum þroska fleygir fram á fyrstu 1000 dögum ævinnar og svo áfram í samræmi við flóknari viðfangsefni. Á þessum tíma byggir barnið upp innra vinnulíkan af sjálfu sér og umhverfi sínu og þróar með sér jákvæðar eða neikvæðar væntingar í eigin garð og annarra.

„Börn, sem líða skort, koma úr öllum stigum samfélagsins þó algengast sé að þetta séu börn ungra foreldra með lægstu tekjurnar og minnstu menntunina.“

6000 íslensk börn búa við skort

Við vitum að því miður eru ekki öll börn svo heppin að fæðast inn í öruggar og heilsu- styrkjandi aðstæður. Nýjasta skýrsla UNICEF á Íslandi sýnir að fjöldi barna, sem líður skort, ríflega tvöfaldaðist frá 2009 til 2014, eða frá 4% í rúm 9%. Það þýðir að í dag búa 6000 börn á Íslandi við skort og um 1500 búa við verulegan skort. Ekki bara veraldlegan heldur einnig tilfinningalegan skort eða vanrækslu. Það sem skekkir myndina í skýrslunni er að hún nær aðeins til barna 3 ára og eldri! Yngsti aldurshópurinn, börn á fyrstu 1000 dögum sínum, eru ekki talin með. Bretar hafa aftur á móti sýnt fram á að ungbörn á fyrsta ári eru í sjöfalt meiri hættu að verða fyrir ofbeldi og vanrækslu eða búa við heilsuspillandi aðstæður en þau sem náð hafa þriggja ára aldri. Alvarlegustu aðstæðurnar eru þegar foreldri eða foreldrar eiga við geðheilsu- og fíkniefnavanda að stríða og ofbeldi er í samskiptum. Við þær aðstæður verður streitukerfi barnsins ofurnæmt fyrir áreiti á sama tíma og það hefur ekki þroska eða getu til að stilla tilfinningar sínar sjálft og þroski heilans mótast af því. Börn, sem líða skort, koma úr öllum stigum samfélagsins þó algengast sé að þetta séu börn ungra foreldra með lægstu tekjurnar og minnstu menntunina. Það er einnig tekið fram í skýrslunni að fátækt er ekki ein og sér vísir á skerta foreldrafærni.



Að fjárfesta í yngsta aldurshópnum skilar félagslegum jöfnuði

Foreldrafærni þarf að styrkja. Það er gert í meðgöngu- og ungubarnavernd heilsugæslunnar og í félagslega kerfinu. Ákveðnum þjónustubáttum þurfa allir foreldrar að hafa aðgang að og öðrum þáttum sumir foreldrar. Það þarf að vera færni í öllum faghópum sem koma að málefnum barnafjölskyldna til að greina þarna á milli. Að fjárfesta í yngsta aldurshópnum er talið skila mestum félagslegum jöfnuði. Þetta sýndi hagfræðingurinn James Heckman fram á og fékk Nóbelsverðlaun fyrir. Því þarf að haldast í hendur fjárfesting í forvörnum, þroski barna og að viðhalda þessum þáttum á öllum aldursskeiðum. Þannig er dregið úr líkum á að þroskavandi verði geðheilsuvandi. Þetta er verkefni sem stjórnvöld þurfa að bera ábyrgð á. Breskir stjórnámamenn hafa áttað sig á þessu og gert með sér þverpólitískan sáttmála: „Fyrstu 1000 dagarnir“ (www.1001criticaldays.co.uk) um að byggja upp þjónustu fyrir þennan hóp sem nær frá grunnþjónustu að sjúkrahúsþjónustu. Samhliða þeirri vinnu gerði London School of Economics útreikning á því hver kostnaðurinn er við að bregðast ekki við vandnum (<http://centreformentalhealth.org.uk/perinatal>).

„Þar sem ung börn eru háð umönnun foreldra er mikilvægasta verkefni okkar í heilbrigðiskerfinu að styrkja þá í umönnunarhlutverki sínu.“

Ef tölurnar frá Bretlandi eru yfirfærðar á Ísland kostar það íslenskt samfélag um 7 milljarða á ári að gera ekki neitt en 230 milljónir að efla geðheilsuvernd á meðgöngu og fyrstu tvö ár barnsins fyrir þann hóp sem þarf meira en grunnþjónustuna eina. Kostnaðurinn skiptist þannig að 28% eru vegna vanda móður og 72% vegna vanda barnsins tengdum t.d. hegðunar og námsvanda. Við eigum að bregðast við á meðgöngu og fyrstu mánuðina eftir fæðingu. Með því að leggja áherslu á jákvæð og styrkjandi samskipti milli móður og barns aukast líkur á næmri umönnun. Þar sem ung börn eru háð umönnun foreldra er mikilvægasta verkefni okkar í heilbrigðiskerfinu að styrkja þá í umönnunarhlutverki sínu. Það þarf að hjálpa þeim að skilja sitt eigið barn út frá þroska þess og getu þannig að þeir verði næmir á þarfir þess og þroska.

Við höfum einstakt tækifæri til þess í okkar ágæta heilbrigðiskerfi þar sem tíð samskipti heilbrigðisstarfsfólks við verðandi og nýorðna foreldra eiga sér stað. Foreldrar vilja og þurfa stuðning og nýja þekkingu á barneignatíma. Með stuðningi er hægt að draga úr áhyggjum, kvíða og viðkvæmni — ekki síst fyrir þeirri tilfinningu hvernig þeir standi sig í foreldrahlutverkinu.

Mikil þörf á sérhæfðri meðferð hjá Miðstöð foreldra og barna

Margar fjölskyldur eiga við vanda að stríða. Í þessu umhverfi stofnaði höfundur ásamt þremur öðrum heilbrigðisstarfsmönnum Miðstöð foreldra og barna í febrúar 2008. Þörfin var til staðar. Fyrstu árin var miðstöðin rekin á styrkjum. Það tók mikinn tíma og orku að afla fjár og sýna fram á þörfina. Á sama tíma voru stofnendur að afla sér þekkingar og færni og lögðu sig fram við að þróa meðferðina sem byggist m.a. á tengslakenningum, fjölskylduhjúkrun og þekkingu í taugavísindum. Árið 2014 fékkst styrkur frá ráðuneytinu, og frá árinu 2015 hefur miðstöðin fengið rekstrarfé af fjárlögum. Tilvísunum fjölga stöðugt og árið 2016 voru tæplega 200 fjölskyldur í meðferð. Góð samvinna er við ljósmæður og hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni sem eru helstu tilvísendur miðstöðvarinnar.

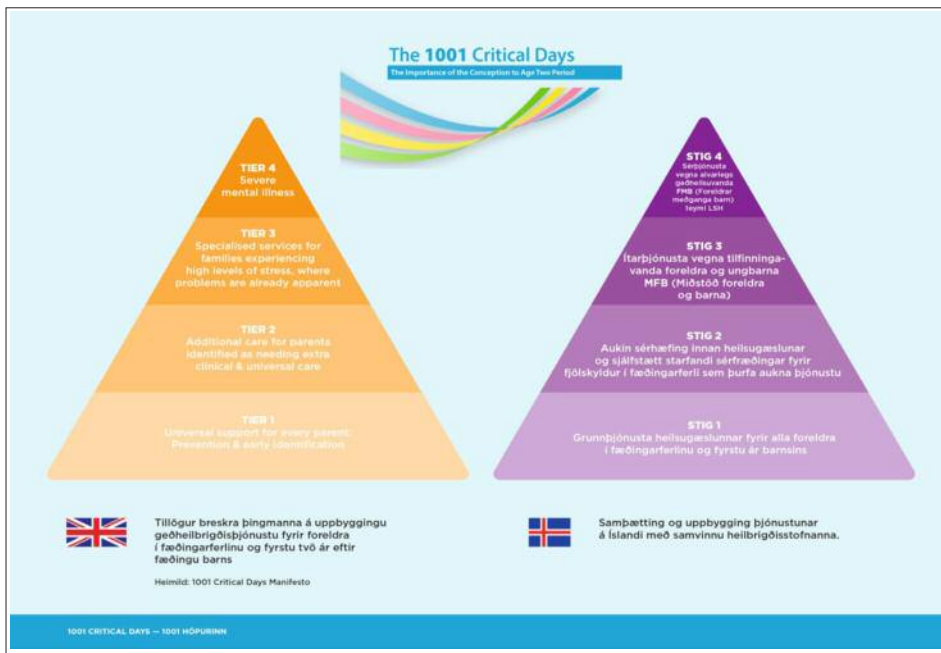
Geðheilsa er pólitískt lýðheilsumál

„Það er nauðsynlegt fyrir okkur fagfólk að vinna þvert á fagstéttir og stofnanir. Það er ekki síður mikilvægt fyrir fjölskyldurnar sem oft og tíðum fá ólík skilaboð úr ólíkum áttum. Verkefnið er ekki á færi einnar stéttar né einnar stofnunar.“

Áætlað er að um 400 fjölskyldur þurfi á sérhæfðri meðferð að halda. Í slíkri meðferð er lögð áhersla á að styrkja sjálfsmynd á barneignatíma, draga úr að geðheilsuvandi flytjist milli kynslóða og efla tengslamyndun. Aðrar 5–600 fjölskyldur þurfa minniháttar aðstoð umfram grunnþjónustu. Þessi hópur minnkar ekki í kjölfar kreppu líkt og gerðist á Íslandi fyrir tæpum 10 árum. Það þarf að finna þessar fjölskyldur, meta og greina vandann og bregðast við þörfinni. Það þarf verklag og sameiginlegt tungumál. Það eru til mörg hundruð líkön til að vinna eftir. Mikilvægt er að horfa á það sem er sameiginlegt í þeim og leggja okkur fram um að aðstoða þennan hóp á fyrstu 1000 dögum. Það er nauðsynlegt fyrir okkur fagfólk að vinna þvert á fagstéttir og stofnanir. Það er ekki síður mikilvægt fyrir fjölskyldurnar sem oft og tíðum fá ólík skilaboð úr ólíkum áttum. Verkefnið er ekki á færi einnar stéttar né einnar stofnunar.

Í rannsókn, sem höfundur framkvæmdi í heilsugæslunni 2007–2009 (sjá heimildaskrá), kom fram að fjögur meðferðarsamtöl í heimavítjun út frá hugmyndafræði fjölskylduhjúkrunar nægðu meirihluta verðandi foreldrum (60%) með geðheilsuvanda til að ná tökum á vanda sínum. Í samtölunum var lögð áhersla á meðgönguna sem breytingatímabil og þroskaverkefni auk undirbúnings fyrir foreldrahlutverkið. Í grunnþjónustu er mikilvægt að styrkja fagstéttir til að vinna saman með valda hópa á sér-tækan hátt. Með aukinni þekkingu á málaflokknum er þekkt að foreldrar vilja sál-félagslegan stuðning ekki síður en líkamlegan á breytingatíma. Í grunnþjónustu þarf að leggja áherslu á samskipti og hlutverk í parsambandi og nýtt þroskaverkefni í meðgöngu- og ungbarnavernd. Hjúkrunarfræðingar í heilsugæslunni þekkja margir til breska líkansins „Solihull-approach“ sem byggist á hugmyndafræði nokkurra kenninga, svo sem „containment“ (að bera með) úr sálgreiningu, „reciprocity“ (gagnvirkni) úr þroskasálarfræði og „behavioral management“ (atferlismótun). Þessi grunnur hentar vel á breytingatímabilum, svo sem við barneignir, þegar barn byrjar í skóla eða fer í gegnum unglingsárin. Hjá heilsugæslu Árbæjar er í gangi meðferðarrannsóknin *Að lesa í tjáningu ungbarna* (Neonatal Behavioural Observation/NBO) í ungbarnavernd. Verið er að kanna hvort meðferðin eykur næmni foreldra fyrir þörfum ungbarna á fyrstu 3 mánuðum eftir fæðingu umfram hefðbundna þjónustu í ungbarnavernd. Innleiðingu í grunnþjónustu þarf að skoða ef niðurstöður verða marktækar.

Geðheilsa barna er pólitískt lýðheilsumál. Hún nær til líffræðilegs, félagslegs og tilfinningalegs þroska þeirra. Til að þroskavandi þróist ekki yfir í að verða geðheilsu-



Fyrstu þúsund dagarnir. Samþætting og uppbygging þjónustunnar á Íslandi með samvinnu heilbrigðisstofnana.

vandi þarf að koma fjármagn frá stjórnvöldum sem eyrnamerkt er fyrstu 1000 dögum. Einnig þarf að koma tilskipun um að stofnanir og fagstéttir vinni saman. **Það þarf heilt þorp til að ala upp barn!** Nú þegar heilbrigðismálin eru í forgrunni í stjórnarsáttmála nýrrar ríkisstjórnar er bjartsýni um að hægt sé að gera þverpólitískan sáttmála að hætti þeirra í Bretlandi.

Ég vil þakka Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir að muna eftir yngsta og viðkvæmasta aldurshópnum í umræðinni um geðheilbrigðismál. Þessi hópur er börn í móðurkviði og á fyrstu tveimur árum ævinnar, og þau þurfa sterka málsvara.

Heimildir:

https://www.heilsugaeslan.is/library/Files/Kennsla-og-visindi/Ritstorf-starfsmanna/Familynursingintervention_DOI10%201111_j%201365-2648%202012%2006063.pdf.

vertu með á
facebook
<https://www.facebook.com/hjukrun>



Geðheilbrigði barna og unglunga: Forvarnir og framtíðarsýn

Kristín Inga Grímsdóttir



Kristín Inga Grímsdóttir geðhjúkrunarfræðingur.

Gott geðheilbrigði barna og unglunga skiptir miklu máli en það er vellíðan þar sem einstaklingurinn þekkir getu sína og styrkleika, tekst á við streitu sem getur fylgt daglegu lífi og er virkur í samfélaginu (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2014). Erlendar rannsóknir sýna að allt að 20% barna og unglunga fást við vanlíðan eða geðröskun eins og kvíða eða þunglyndi (Prymachuk o.fl., 2011). Líklegt er að fjöldi þeirra sem glímir við þennan vanda sé meiri en rannsóknir sýna því ekki segja öll börn frá því ef þeim líður illa (Neil og Christensen, 2009). Um helmingur þeirra sem greinast með geðröskun greinast fyrir 14 ára aldur (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2013). Stór hluti þeirra sem eru með geðröskun fá ekki viðeigandi meðferð (Bertrand Lauth, 2013) og benda rannsóknarniðurstöður til þess að það sé allt að 30% (Neil og Christensen, 2009) sem er of hátt hlutfall til að geta horft fram hjá því. Ástæður, sem hafa verið nefndar fyrir því að börn fá ekki viðeigandi meðferð, eru m.a. fordómar fyrir geðröskun og þekkingarleysi á einkennum og úrræðum (DeSocio o.fl., 2006). Ef börn fá ekki viðeigandi aðstoð geta einkennin versnað og orðið að greinanlegum sjúkdómi (Neil og Christensen, 2009). Ef tekið er mið að því að eitt af hverjum fimm börnum eða unglungum glími við vanlíðan eða geðröskun, helmingur þeirra greinist fyrir 14 ára aldur og stór hluti fær ekki viðeigandi meðferð, er nokkuð ljóst að það þarf að bregðast við þessu.

Almenn, valin og sértæk forvörn

Sýnt hefur verið fram á mikilvægi forvarna og snemmtækrar íhlutunar til að efla geðheilbrigði barna. Skilgreiningin á forvörn er að hún sé íhlutun sem getur komið í veg fyrir eitthvert tiltekið ástand, dregið úr því eða komið í veg fyrir að það versni (Mrazek og Haggerty, 1994). Innan geðheilbrigðisfræða hefur gjarnan verið notuð skilgreining Robert Gordon (1983) á hugtakinu en hann skipti því í þrjá þætti: almenna forvörn, valda forvörn og sértæka forvörn. Veigamiklir þættir um áhættuþætti og verndandi þætti einstaklingsins eru teknir inn í skilgreininguna og er mikilvægt að þekkja þá þegar unnið er með forvarnir til að efla geðheilbrigði. Almenn forvörn er hugsuð fyrir allan fjöldann, t.d. heilan árgang í grunnskóla. Valin forvörn er fyrir hóp af börnum sem eru í meiri hættu en önnur börn að lenda í geðrænum vanda vegna sameiginlegra einkenna sem setja þá í hópinn, t.d. börn foreldris/foreldra með geðsjúkdóm, en rannsóknir hafa sýnt að börn sem eiga foreldri með geðsjúkdóm eru líklegri til að fá sjálf geðsjúkdóm (O'Connell o.fl., 2009). Sértæk forvörn er fyrir þá sem samkvæmt skimunum eiga mjög á hættu að fá geðröskun og eru jafnvel komnir með einhver einkenni en ná ekki greiningarviðmiðum, t.d. þeir sem fá háar tölur á kvíðakvörðum.

„Oft eru óljós skil milli forvarna og meðferðar en það hefur verið aðgreint með því að segja að forvarnir séu viðtækari en meðferð. Í meðferð er einblínt á sjúkdóminn og fær einstaklingurinn aðstoð við að vinna á honum.“

Börnin, sem þyrftu valda eða sértæka forvörn, fengju þá íhlutun sem myndi miðast við þeirra vanda. Sýnt hefur verið fram á meiri árangur af valinni og sértækri forvörn en almennri forvörn, og hefur það verið rökstutt með því að þeir sem fá slíka íhlutun

séu í meiri þörf fyrir hana og hafi þ.a.l. meira svigrúm til breyttinga í átt að betri líðan (Neil og Christensen, 2009).

Áhættuþættir og verndandi þættir hafa áhrif á það hvernig barnið tekst á við vanda. Þeir geta verið margir og oftast er það samspil þeirra sem hefur áhrif á geðheilbrigði barnanna en ekki einhver einn þáttur. Helstu þættirnir tengjast persónuleika einstaklingsins, fjölskyldunni, félagslegum tengslum og umhverfinu (Wille o.fl., 2008). Sýnt hefur verið fram á að ef forvörnin beinist að áhættuþáttum eða verndandi þáttum eða hvoru tveggja hafi það jákvæðari áhrif en þegar einblínt er á einkennin (Opler o.fl., 2010). Oft eru óljós skil milli forvarnar og meðferðar en það hefur verið aðgreint með því að segja að forvarnir séu víðtækari en meðferð. Í meðferð er einblínt á sjúkdóminn og fær einstaklingurinn aðstoð við að vinna á honum (Mrazek og Haggerty, 1994).

Dæmi um úrræði, sem ætlað er að efla geðheilbrigði barna á Íslandi, er Fjölskylduteymi Langholts- og Vogahverfis. Það hóf starfsemi árið 2007 en teymið er samvinnuhópur heilsugæslunnar í Glæsibæ, þjónustumiðstöðvar Háaleitis og Laugardals, og Barna- og unglingageðdeildar Landspítalans (BUGL). Teymið vinnur að því að auka og samræma þjónustu við börn með vanlíðan og geðrænan vanda. Með því að sinna börnum og fjölskyldum þeirra á þennan hátt eru meiri líkur á því að gripið verði fyrir inn í hjá barni sem er með vanlíðan. Auk þess er með þessu samræmd sú þekking og þjónusta sem fagaðilarnir geta boðið upp á innan sinna stofnana, og um leið er unnið heildrænt að vanda barnanna (Sigrún K. Barkardóttir o.fl., 2012). Í aðgerðaáætlun Alþingis í geðheilbrigðismálum til ársins 2020 var mælt með slíkri þjónustu (Þingskjal 1217, 2015–2016) og er nú þegar farið að bjóða upp á þessa þjónustu í umdæmum margra heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu þó að starfsemi innan teymanna sé mismunandi.

Bið eftir þjónustu á Íslandi fyrir börn með geðrænan vanda getur verið löng, til að mynda er meðalbiðtími eftir göngudeildarþjónustu á BUGL í lok febrúar 2017 rúmir 4 mánuðir (Unnur Heba Steingrimsdóttir, munnleg heimild 6. mars 2017) en þegar þörf er á aðkomu göngudeildarþjónustu BUGL er vandinn orðinn flókinn hjá barninu og ætti ekki að þurfa að bíða svo lengi eftir að fá þessa þjónustu. Það má því vera nokkuð ljóst að það vantar fleiri úrræði og aukna þjónustu á Íslandi sem vinnur að því að efla geðheilbrigði barna og unglunga.

Framtíðarsýn

„Börn eiga rétt á að njóta bestu mögulegu heilsuverndar sem völ er á og þarf því að tryggja þeim og fjölskyldum þeirra greiðan aðgang að þjónustu fagfólks á öllum sviðum heilbrigðisþjónustu“ (Umboðsmaður barna, 2014, bls. 1). Árið 2016 samþykkti Alþingi aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til ársins 2020 þar sem m.a. kom fram þörf á að auka forvarnir til að efla geðheilbrigði barna og unglunga, efla þjónustu og samráð í heilsugæslunni og stytta biðlista á göngudeild BUGL til að efla geðheilbrigði barna og unglunga. Þessi stefna er í samræmi við geðheilbrigðisstefnu Alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar til ársins 2020 (Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin, 2013;

Þingskjal 1217, 2015–2016). Það er augljóst að það er vakning á þörf fyrir forvörnum og úrræðum til að efla geðheilbrigði barna og unglunga á Íslandi og margt gott hefur verið gert í þessum málaflokki undanfarnin ár.

En betur má ef duga skal og tel ég að ýmislegt sé hægt að gera til viðbótar til að bæta geðheilbrigði barna og unglunga. Það þarf að auka þekkingu barna og foreldra á ýmiss konar geðröskun svo að þau geti leitað sér fyrir aðstoðar ef þau verða vör við einkennin. Það þarf að leggja áherslu á að finna þau börn eða unglunga sem finna fyrir vanlíðan eða geðrænum vanda og segja ekki frá því eða leita sér ekki aðstoðar, og það þarf að hafa gott aðgengi að úrræðum og þjónustu fyrir börn með vanlíðan eða geðröskun. Forvarnir eru líklega stærsti þátturinn í því og þá þarf að fara að skoða það að veita forvarnir út frá hugtakinu eins og það er skilgreint hér að framan og einblína meira á valdar og sértækar forvarnir með áherslu á snemmtæka íhlutun. En hingað til hafa t.d. hjúkrunarfræðingar í heilsugæslunni einblínt meira á almennar forvarnir.

Framtíðarsýn mín að forvörnum

Almennar forvarnir: Útbúa fræðsluefni um geðröskun og flytja það fyrir ákveðinn árgang í grunnskóla. Niðurstöður rannsókna sýna að það hjálpar börnum að þekkja geðröskun og einkenni hennar, bæði til að skilja ef einhver í kringum þau er að fást við þetta, þau þekki einkenni ef þau finna fyrir þeim og vita hvert þau geti leitað ef þau finna fyrir einkennum (DeSocio o.fl., 2006). Framkvæmdin væri aðallega í höndum skólahjúkrunarfræðinga.

Valdar forvarnir: Útbúa íhlutun sem miðar að því að hjálpa þeim hópi sem um ræðir, t.d. börnum fráskilinna foreldra, börnum sem eiga foreldra með geðröskun, börnum sem eru með ADHD og svo lengi mætti telja. Þessi íhlutun væri ýmist í höndum skólahjúkrunarfræðinga eða hjúkrunarfræðinga með sérþekkingu á íhlutuninni eftir því sem við ætti.

Sértækar forvarnir: Skima eftir einkennum geðröskunar hjá börnum í ákveðnum árgöngum og eftir þörfum. Útbúa íhlutanir sem miða að því að draga úr einkennum geðröskunar sem er til staðar. Ein íhlutun af þessu tagi gæti verið „VINIR alla ævi“ (*Friends for life*) sem ég forprófaði og skrifaði um í meistaraverkefninu mínu. Þetta er gagnreynd 10 tíma hópmeðferð sem byggist á hugrænni atferlismeðferð og miðar að því að efla geðheilbrigði barna (Kristín Inga Grímsdóttir, 2015). Hjúkrunarfræðingar gætu þá vísað í slíkt úrræði og hjúkrunarfræðingur með sérþekkingu á íhlutuninni myndi veita það í skólunum, innan heilsugæslunnar eða annarrar stofnunar. Framkvæmd á skimunum væri í höndum skólahjúkrunarfræðinga og íhlutunin væri veitt af skólahjúkrunarfræðingum eða hjúkrunarfræðingum með sérþekkingu á íhlutunni eftir því sem við ætti.

Forvarnarstarf skólahjúkrunarfræðinga

Hjúkrunarfræðingar, sérstaklega þeir sem starfa í nánasta umhverfi barnanna, eða skólahjúkrunarfræðingar, geta verið í meginhlutverki við að efla geðheilbrigði barnanna. Þeir eru á daglegum vettvangi barnanna og þess vegna leita þau gjarnan til þeirra. Hjúkrunarfræðingarnir hafa grunnþekkingu á geðheilbrigðismálum og ættu að þekkja hvað er bráðamál og hvað ekki og vita hvernig þeir bregðast við í hvert skipti, t.d. hvort þeir fylgist áfram með börnunum og fái þau fljótlega aftur í viðtal, eða vísi þeim áfram í sérhæfðari úrræði (Puskar og Bernardo, 2007). En erlendar rannsóknir hafa sýnt að hjúkrunarfræðingana skortir trú á eigin getu til þess að sinna þessu, þeir telja sig ekki hafa næga þekkingu til þess og skortir tíma til þess (Pryjmachuk o.fl., 2011). Undanfarin ár hafa skólahjúkrunarfræðingar beint sjónum sínum meira að geðheilbrigði barna en áður og sinna þá að einhverju leyti almennum forvörnum. Nýverið hefur einnig aukist að þeir sinni sértækum forvörnum í einhverjum mæli, þá aðallega skimunum og meðferð við vægum kvíða (Ragnheiður Ósk Erlendsdóttir, munnleg heimild 5. mars 2017).

„Hjúkrunarfræðingar eru staðsettir í nánasta umhverfi barnanna stóran hluta dagsins, þeir eru með faglega þekkingu á geðheilbrigðismálum og eru tenging skóla og heilbrigðiskerfisins.“

Ef hjúkrunarfræðingar í skólum og heilsugæslu eiga að sinna þessu betur þarf að efla þekkingu þeirra og færni á þessu sviði enn meira og það mundi sjálfsagt auka trú þeirra á eigin getu sé henni ábótavant. Þá er líka mikilvægt að hjúkrunarfræðingarnir fái aukinn tíma til þess að sinna þessu mikilvæga málefni. Einnig þyrfti heilsugæslan að hafa sérfræðing í barna- og unglingageðhjúkrun innan sinna raða sem gæti sinnt flóknari tilfellum og verið stuðningur við aðra hjúkrunarfræðinga. Ásamt þessu mætti auka samvinnu milli hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni og á BUGL. Með því væri m.a. hægt að miðla fagþekkingu milli stofnana. Á BUGL er meiri sérþekking á geðheilbrigðismálum og gætu hjúkrunarfræðingarnir þar miðlað þekkingu sinni til hjúkrunarfræðinga í heilsugæslunni og einnig gætu þeir unnið saman að forvörnum hvort sem það er að skipuleggja almennar forvarnir eða íhlutanir sem falla undir valdar eða sértækar forvarnir. Skólahjúkrunarfræðingar ættu líka að gegna veigamiklu hlutverki í Fjölskylduteymi eins og lýst er framar í greininni. Hjúkrunarfræðingar eru staðsettir í nánasta umhverfi barnanna stóran hluta dagsins, þeir eru með faglega þekkingu á geðheilbrigðismálum og eru tenging skóla og heilbrigðiskerfisins.

Samvinna mikilvæg til að árangur náist

Þegar rætt er um hvernig sé hægt að bæta og efla geðheilbrigði barna og unglinga verður að horfa á það frá öllum hliðum. Það er ekki hægt að taka heilbrigðiskerfið út fyrir og segja að það eigi eitt og sér að sinna þessu verkefni heldur þurfa öll kerfin, sem sinna börnunum, að vinna saman í teymi, s.s. heilbrigðiskerfið, menntakerfið og velferðarkerfið. Börn eyða stórum hluta dagsins í a.m.k. 10 ár í skólanum og því er líka afar mikilvægt að skólakerfið taki þátt í umræðunni um hvernig hægt er að bæta geðheilbrigði barna. Það er mín reynsla, eftir að hafa unnið sem skólahjúkrunarfræðingur í 10 ár og nú á göngudeild BUGL í rúma 6 mánuði, að hluti af vanlíðan hjá mörgum börnum tengist skólaumhverfinu og þá annað hvort náminu eða félagslegum aðstæðum í skólanum. Álagið þar getur verið mikið fyrir börnin og þarf að bregðast betur við því. Að sjálfsgöðu reyna skólarnir að gera sitt besta en það þarf engu að síður að skoða hvað sé hægt að gera betur þar alveg eins og í heilbrigðiskerfinu og velferðar-

kerfinu. Til dæmis hentar sumum börnum betur að vera meira í verklegu námi en bóklegu, sum þurfa jafnvel aukinn stuðning í námi eða stuðning í félagslegum samskiptum, og ýmislegt fleira mætti telja upp. Það þarf að hafa skýra stefnu í þessum málum í skólanum, það þarf að vera hægt að koma til móts við alla nemendur á þeirra forsendum og mæta þeim þar sem þeir eru staddir hverju sinni. Það eiga öll börn að geta mætt í skólanum og liðið vel þar. Ef raunverulega á að vera hægt að efla og bæta geðheilbrigði barna og unglunga, m.a. með þeim hugmyndum sem hafa komið fram í þessari grein, er líka mikilvægt að skoða hvort þörf sé á auknu fjármagni og meiri mannskap til að sinna þessu. Að lokum tel ég að samvinna sé mikilvæg ef árangur á að nást. Aukið flæði og samstarf milli heilsugæslu, BUGL, skóla og annarra stofnana, sem sinna börnum, getur örugglega bætt þjónustu við börn og fjölskyldur þeirra, með það að markmiði að efla og bæta geðheilbrigði barna og unglunga.

Greinin er unnin upp úr fyrirlestri sem ég hélt á hjúkrunarþinginu 2016 og studdist ég m.a. við meistaraverkefni mitt við gerð fyrirlestrarins og þessarar greinar.

Heimildir

- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2013). *Mental health: Action plan 2013–2020*. Sótt 2. mars 2017 á http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf.
- Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (2014). *Mental health: Strengthening our response*. Sótt 2. mars 2017 á <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/en/>.
- Bertrand Lauth (2013). Frá félagi íslenskra barna- og unglingsgeðlækna. Grundvöllur að geðheilbrigði er lagður á uppvaxtarárum. *Læknablaðið*, 99(1), 58.
- DeSocio, J., Stember, L., og Schinsky, J. (2006). Teaching children about mental health and illness: A school nurse health education program. *The Journal of School Nursing*, 22(2), 81–86.
- Gordon yngri, R.S. (1983). An operational classification of disease prevention. *Public Health Reports*, 98(2), 107.
- Kristín Inga Grímsdóttir (2015). *VINIR alla ævi. Forþrófun á forvarnaríhlutun sem ætlað er að efla geðheilbrigði skólabarna*. Óbirt M.S.-ritgerð: Háskóli Íslands, Hjúkrunarfræðideild. URI: <http://hdl.handle.net/1946/21897>.
- Mrazek, P.J., og Haggerty, R.J. (ritstjórar) (1994). *Reducing risks for mental disorders: Frontiers for preventive intervention research*. Washingtonborg: National Academy Press.
- Neil, A.L., og Christensen, H. (2009). Efficacy and effectiveness of school-based prevention and early intervention programs for anxiety. *Clinical Psychology Review*, 29, 208–215.
- O'Connell, M.E., Boat, T.F., og Warner, K.E. (ritstjórar) (2009). *Preventing mental, emotional, and behavioral disorders among young people: Progress and possibilities*. Washingtonborg: National Academy Press.
- Opler, M., Sodhi, D., Zaveri, D., og Madhusoodanan, S. (2010). Primary psychiatric prevention in children and adolescents. *Annals of Clinical Psychiatry*, 22(4), 220–234.
- Prymachuk, S., Graham, T., Haddad, M., og Tylee, A. (2011). School nurses' perspectives on managing mental health problems in children and young people. *Journal of Clinical Nursing*, 21, 850–859.
- Puskar, K.R., og Bernardo, L.M. (2007). Mental health and academic achievement: Role of school nurses. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 12(4), 215–223.
- Sigrún K. Barkardóttir, Kristín Inga Grímsdóttir, Guðrún Bjarnadóttir og Kristján G. Guðmundsson (2012). Fjölskylduteymi fyrir börn og fjölskyldur í vanda. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 88(5), 38–42.
- Umboðsmaður barna (2014). *Málaflokkar — Heilsa*. Sótt 5. mars 2017 á <https://www.barn.is/malaflokkar/heilsa/>.
- Wille, N., Bettge, S., og Ravens-Sieberer, U. (2008). Risk and protective factors for children's and adolescents' mental health: Results of the BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 17, 133–147.
- Þingskjal 1217 (2015–2016). Þingsályktun um stefnu og aðgerðaáætlun í geðheilbrigðismálum til fjögurra ára. *Alþingistiðindi A-deild*. Sótt 3. mars 2017 á <http://www.althingi.is/altext/145/s/1217.html>.

Gjörgæsla og vöknun á Hringbraut óskar eftir að ráða til sín hjúkrunarfræðinga til vinnu.

Í boði er einstaklingsbundin og góð aðlögun. Skemmtileg, gefandi og krefjandi vinna með frábærum vinnufélögum.

Vinna á gjörgæslu og vöknun veitir hjúkrunarfræðingum góða reynslu og færni í sjálfstæðum vinnubrögðum og mikla möguleika á þróun í starfi.

- > Á gjörgæslu er unnið á þrískiptum vöktum og unnið er aðra og þriðju hverju helgi til skiptis.
- > Á vöknun er unnið á þrískiptum vöktum og frí er um helgar og rauða daga.



„Bifhárin lamast“

– Unga fólkið, áfengis- og fíknivandi og forvarnir

Helena Bragadóttir



Helena Bragadóttir.

Í þessari grein langar mig að velta upp nokkrum punktum til umhugsunar sem byggðir eru á erindi mínu á hjúkrunarþingi 2016. Af og til beinist kastljós okkar að unglíngadrykkju og vímuefnaneyslu unglínga og í framhaldinu ræðum við um forvarnir. Vangaveltur um þessi mál hafa komið reglulega upp í umræðum liðinna vikna, ekki síst vegna umdeildrar tillögu þingmanna um að leyfa áfengi í matvöruverslunum, en þar virðist viðskiptafrelsi vega þyngra en rannsóknir byggðar á lýðheilsuvísindum. En það er önnur saga. Þegar ég hugsa um forvarnir kemur alltaf upp í hugann reykingaforvarnafyrirlestur sem ég fékk í barnaskóla, líklega 12–13 ára. Af myndvarpa kom margfalt stækkuð mynd af bifhárnum reykingamanns, og varnarorð fyrirlesarans: „Bifhárin lamast,“ fylgdu með af miklum þunga. Ég tengdi ekkert við þetta, var skemmt og ekki svo löngu síðar var ég byrjuð að fíkta við reykingar ásamt félögum mínum. Myndin af bifhárnum hvarf í reykjarmekkinum og bjargaði okkur ekki.

Hvað eru forvarnir og hvar eigum við að byrja?

Forvarnir eru eitthvað sem við tölum um þegar komið hefur í ljós í rannsóknum að mörgum unglíngum líður illa, þeir reykja kannabis, nota áfengi og fleira. Við hefjum stundum átaksverkefni og teljum okkur trú um að forvarnir geti komið í veg fyrir að unga fólkið okkar fari að drekka eða nota önnur vímuefni. Þeim er einnig oft beitt eftir að ungmennið er byrjað að nota áfengið eða vímuefnin. Stundum koma upp stórhuga slagorð eins og „Vímuefnalaust Ísland árið 2000“. En hvað eru forvarnir og hvar eigum við að byrja? Og eru það vímuefnin eða áfengið sem er mesti skaðvaldurinn?

„Samkvæmt niðurstöðum rannsókna eru það fyrstu mánuðirnir og árin sem vega þyngst þegar kemur að forvörnum og raunar ættu forvarnir að byrja í móðurkviði.“

Samkvæmt niðurstöðum rannsókna eru það fyrstu mánuðirnir og árin sem vega þyngst þegar kemur að forvörnum og raunar ættu forvarnir að byrja í móðurkviði. Læknirinn Gabor Maté hélt fyrirlestur í Hörpu um fíkn fyrir nokkrum mánuðum og svaraði því stutt og laggott þegar hann var spurður hvenær ætti að byrja með forvarnir fyrir einstaklinginn: „Í móðurkviði, vinnið með mæðrunum.“ Rannsóknir síðustu tveggja áratuga sýna að ofbeldi og vanræksla gagnvart börnum ýti undir það síðar meir að einstaklingur geti fengið alvarlegt þunglyndi, geðhvarfasýki, áfallastreituröskun, leiðist út í áfengis- og vímuefnamisnotkun auk þess að fá aðra líkamlega kvilla (Nemeroff, 2016), og Kari Killén hefur haldið því fram að fátækt eða öfgar í lífsgæðakapphaupi íþyngi foreldrum og spilli samskiptum foreldra og barna (Killén, 2014). Við erum einnig með frumkvöðul fyrir þessari snemmtæku íhlutun hér á Íslandi því Anna María Jónsdóttir geðlæknir hefur verið ötull talsmaður þess að vinna með tengsl foreldra og barns og stöðva það sem stundum hefur verið nefnt millikynslóðaflutningur á geðrænum vanda. Hún telur að meiri áherslu þurfi að leggja á geðheilbrigði frá getnaði og vinna með mæðrum og fjölskyldum á meðgöngu, og að vaxtarbroddurinn í geðlæknisfræði sé ekki að útvega betri lyf eða samtalsmeðferð

heldur að koma í veg fyrir geðsjúkdóma (Anna María Jónsdóttir, 2016). Vitneskjan er farin að breiðast út hérlandis, ekki síst meðal hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra og þeirra sem vinna með fjölskyldunni á meðgöngu og í ungbarnaeftirliti og má segja að vitundarvakning hafi átt sér stað undanafarin ár hér á landi. Tvö teymi eru starfandi í Reykjavík sem sinna meðferðarstarfi af þessum toga, Miðstöð foreldra og barna og FMB-teymi (Foreldri, meðganga, barn) LSH, en einnig eru teymi á landsbyggðinni sem hafa þessar áherslur.

Ungt fólk með fjölþættan vanda sækir á bráðamóttöku geðsviðs

Rannsóknir og skrif þeirra sem ég vitna í hér samræmast algerlega minni klínískri vinnu á geðsviði. Þeir sem þangað leita eru mjög oft með brotinn bakgrunn, krefjandi uppeldis- aðstæður, hafa oftast en ekki alíst upp við vímuefnaneyslu foreldra, tilfinningalega vanrækslu og áföll. Ég starfa nú á bráðamóttöku geðsviðs og stundum koma dagar þar sem áberandi er mjög ungur aldur fólks sem þangað leitar, ungmenni sem hafa nýverið náð 18 ára aldri. Vandir þeirra er margs konar og áfengis- eða vímuefnaneysla er einn angi vandans. Þessi ungmenni hafa oft alíst upp við krefjandi aðstæður, tengslavanda, hafa stundum fengið nokkrar greiningar á leiðinni auk fíknivanda, eins og móttpróabprjósúröskun, ADHD, kvíða og þunglyndi. Talað er um millikynslóðaf lutning og öll áherslan er lögð á greiningar sem einhverja hluta vegna raðast upp hjá þessum hópi. Skólagangan hefur oft verið brösótt og ekki gengið sem skyldi og þessi ungmenni dottið úr skóla, hafa ekki fengið nógu gott tilfinningalegt atlæti, eru ekki á vinnumarkaði og ekki í takti við samfélagið. Þau eru komin með tilfinningu að þau séu öðruvísi — passi ekki inn í kerfið.

„Það vakti mig til mikillar umhugsunar um hvernig áfengi er orðið sjálfsgæddur þáttur í menningunni, neyslan og hefðirnar breytast, og nýlegasta breytingin er kannski „gæðastund“ eða „happy hour“, en þá er áfengi á tilboði eftir vinnudaginn.“

Í dag er þekkingin til staðar og fjöldi rannsókna sýnir ávinning þess þegar fram líða stundir að vinna með börnunum allt frá frumbersku. Það þarf að tryggja viðeigandi meðferð og stuðning fyrir fjölskyldur og þá sem þess þurfa, miklu, miklu fyrr. Við þurfum að horfa fram á veginn og hugsa til þess hvernig samfélagi við viljum búa í. Hvaða áhrif hefur stytting menntaskólans, auknar kröfur og minni tími fyrir tómstundir og félagsþroska? Við þurfum einnig að efla vöku þeirra sem vinna með

börnum og unglingum. Verum vakandi yfir barninu og unglingnum í skólanum. Af hverju dettur unglingurinn skyndilega úr íþróttum eða öðrum tómstundum? Getum við efti geðhjúkrun á menntaskólastigi?

Hvernig samfélagi viljum við búa í?

Þetta hefur leitt huga minn að því hvernig samfélagi við viljum búa í. Hvernig búum við að barnafólki og fjölskyldum? Getum við lengt fæðingarorlof? Hvernig er þjónusta háttáð við þá foreldra sem þurfa aðstoð? Í hvaða átt er samfélagið okkar að þróast? Hver eru viðhorf okkar gagnvart áfengisdrykkju? Er áfengisneysla eitthvað sem við erum búin að samþykkja sem sjálfsgæddan þátt í okkar lífi? Ég sótti ráðstefnu í Noregi á haustmánuðum sem hét „Barnet og rusen“ (Barnið og víman) og þar var aðaláherslan lögð á áfengisdrykkju, þ.e. hvaða áhrif áfengisneysla hefur á börn í „venjulegum“ fjölskyldum. Það var ekki verið að fjalla um fólk sem var á jaðrinum, búið að missa vinnu og börnin frá sér í hendur barnaverndaryfirvalda, heldur um þessa venjulegu fjölskyldu þar sem foreldrar eru í vinnu og standa sýna plikt þar. Það vakti mig til mikillar umhugsunar um hvernig áfengi er orðið sjálfsgæddur þáttur í menningunni, neyslan og hefðirnar breytast, og nýlegasta breytingin er kannski „gæðastund“ eða „happy hour“, en þá er áfengi á tilboði eftir vinnudaginn. Þingið vinnur nú með tillögu að koma áfengi nær neytendum, til hagræðis, og má spyrja sig um afleiðingar þess. Við sem heilbrigðisstarfsmenn þurfum líka að vera vakandi og þora að spyrja einstaklingana um magn og tíðni áfengisdrykkju í upplýsingaöflun á heilsugæslu og víðar. Við verðum líka að vera í stakk búin að ráðleggja og fræða um úrræði og benda á áhrif drykkju á fjölskylduna og umhverfi hennar.

Ég hef kannski varpað fram fleiri spurningum en ég hef svarað en markmið mitt með fyrirlestri mínum á þinginu á haustdögum var að vekja til umhugsunar og víkka sjónarhornið þegar við tölum um neysluvanda ungmenna. Unglingurinn verður ekki til yfir nótt og það þarf heilt samfélag til að ala upp barn. Einnig langar mig að undirstrika það að áfengi veldur langmestum skaða í samfélaginu (Bjarni Össurason, 2013; Andrés Magnússon, 2017) og mun meiri en ólöglegu vímuefnin eða lyfseðilsskyldu lyfin, og það fær okkur kannski til að staldra við og ígrunda hvernig viðhorf okkar sjálfra er til áfengis og hvernig við umgöngumst það.

Heimildir

- Anna María Jónsdóttir (2016). Sótt 6. mars 2017 á <https://gedvernd.is/gedheilbrigdi-ofaeddra-barna/>.
 Andrés Magnússon (2017). Morgunblaðið, 2. mars.
 Bjarni Össurason (2013). Fráhvarfsmeðferð. Geðvernd, 42. árg.
 Killén, K. (2014). Áhrif bernskunnar á líf kynslóðanna. Reykjavík: Lærdómsrit bókmenntafélagsins, bls. 40.
 Nemeroff, C.B. (2016). Paradise Lost: The neurobiological and clinical consequences of child abuse and neglect. *Neuron*, 89.

„Krabbamein kemur okkur öllum við“



Rannveig Björk Gylfadóttir, fráfaramandi formaður fagdeildar krabbameinshjúkrunarfræðinga.

Fagdeild krabbameinshjúkrunarfræðinga á Íslandi fagnaði 20 ára afmæli sínu árið 2016. Af því tilefni var farið af stað með röð greina undir heitinu VIÐ GETUM — ÉG GET í samvinnu við Krabbameinsfélag Íslands sem birtust í Fréttablaðinu síðastliðið ár. Greinarnar voru alls átta og birtist sú fyrsta 4. febrúar sem er alþjóðlegur dagur gegn krabbameini. Alþjóðasamtökin gegn krabbameini skora á þjóðir heims að taka þátt í að vekja athygli á baráttunni gegn krabbameini með slagorðinu Við getum — ég get. Mikilvægt er að samfélög og einstaklingar leggi sitt af mörkum til að fækka krabbameinstilfellum og draga úr áhrifum sjúkdómsins en markmiðið með greinarröðinni, sem er endurbirt í þessu blaði, var að upplýsa almenning um krabbamein því það kemur okkur öllum við og einn af hverjum þremur fær það.

Að sögn Rannveigar Bjarkar Gylfadóttur, fráfaramandi formanns fagdeildar krabbameinshjúkrunarfræðinga, og Kristínar Sigurðardóttur, núverandi formanns, hafa gríðarlegar framfarir orðið í rannsóknum og greiningum á krabbameini undanfarin tuttugu ár. Fagdeildin er ein af fyrstu fagdeildunum í hjúkrunarfræði sem var stofnuð innan félagsins. Nú eru 182 meðlimir í fagdeildinni enda fjölbreytt svið og fjöldi hjúkrunarfræðinga hlotið sérmenntun á sviðinu. Þrátt fyrir að fólk, sem greinist með krabbamein, fjölgi, en um þriðjungur fólks greinist með krabbamein einhvern tíma á lífsleiðinni, þá læknastr fleiri og fleiri. Það fólk, sem læknastr ekki, lifir lengur með sínum sjúkdómi en áður var. Báðir hópar þurfa fjölbreytta og einstaklingshæfða meðferðarþjónustu sem og endurhæfingarúræði sem fer fjölgandi. Hlutverk hjúkrunarfræðinga í krabbameinshjúkrun hefur í kjölfar þessa orðið enn viðameira síðastliðin ár.

VIÐ GETUM ...

- haft áhrif á tíðni krabbameins
- stutt aðra, auðveldað þeim að takast á við krabbameinið og átt þátt í að bæta líðan þeirra og lífsgæði
- haft áhrif á umræðuna og hafið samtalið um hvað er okkur mikilvægt og hvernig við getum undirbúið dauða okkar
- sem samfélag stutt við fólk sem hefur fengið krabbamein til að endurhæfast til daglegra starfa
- sem samfélag lagt áherslu á að krabbameinsrannsóknir séu stundaðar og niðurstöður þeirra nýttar til að efla forvarnir og bæta meðferð og þjónustu
- haft áhrif með því að tala um kynheilbrigði, miðlað upplýsingum og verið opin og tilbúin til umræðu
- sem samfélag uppfraðt hvert annað um þá breidd sem felst í líknarmedferð og þannig upprætt lífseigan misskilning um að hún eigi einungis við þegar lífslökin nálgast

ÉG GET ...

- verið meðvitaður/meðvituð um einkennin og brugðist við þeim
- leitað eftir stuðningi hjá öðrum til að takast á við krabbameinið
- rætt við fjölskyldu mína um hvað er mér mikilvægt og hvað ég myndi vilja forðast ef ég veiktist alvarlega eða slasaðist
- endurhæfst til daglegra starfa
- sem einstaklingur stutt við og tekið þátt í krabbameinsrannsóknum
- verið virkur þátttakandi
- verið meðvitaður/meðvituð um einkennin og brugðist við þeim



Kristín Sigurðardóttir, núverandi formaður og formaður fagdeildar krabbameinshjúkrunarfræðinga.

Forvarnir og einkenni krabbameina

Nanna Friðriksdóttir og Sigrún Lillie Magnúsdóttir

VIÐ GETUM — haft áhrif á tíðni krabbameins

Á Íslandi greinast árlega að meðaltali um 1.450 einstaklingar með krabbamein og um fjórðungur allra dauðsfalla er af völdum krabbameins. Krabbamein er bæði flókinn og kostnaðarsamur sjúkdómur fyrir sjúklinginn og samfélagið. Áætlað er að koma megi í veg fyrir 30–40% krabbameina með heilsusamlegum lífsháttum. Þeir þættir, sem skipta mestu máli, eru reykingar, offita, ofneysla áfengis, mataræði og hreyfing. Við getum sem samfélag og sem einstaklingar minnkað líkurnar á krabbameini með því að tileinka okkur heilsusamlega lífshætti og með því að beita aðgerðum sem auðvelda slíkt. Við sem samfélag og einstaklingar getum fundið leiðir og beitt okkur fyrir eftirtöldum þremur meginráðleggingum:

Reykjum ekki né notum tóbak. Reykingar hafa og eru enn langstærsti áhættuþátturinn og eru orsök 20–30% allra krabbameinstilfella. Mikilvægt er að vinna stöðugt að tóbaksvörnum. Með því að reykja ekki né nota tóbak má koma í veg fyrir og draga úr líkum á mörgum tegundum krabbameina, t.d. í lungum, munnholi, vélinda, brisi, nýrum, þvagblöðru og leghálsi.

Drekkum áfengi í hófi ef þess er neytt á annað borð. Ofneysla áfengis er áhætta fyrir mörg krabbamein, t.d. brjóstakrabbamein, krabbamein í munni, barka, vélinda, ristli og lifur.

Forðumst ofþyngd og offitu. Með því að borða hollan mat, hreyfa sig reglulega og vera í kjörþyngd má koma í veg fyrir um 25–30% krabbameinstilvika vegna t.d. krabbameins í ristli, brjóstum, legi, eggjastokkum, brisi, vélinda, nýrum og gallblöðru.



Nanna Friðriksdóttir, sérfræðingur í hjúkrun sjúklinga með krabbamein, klíniskur lektor á lyflækningasviði LSH og adjunkt við HÍ.

Mörg krabbamein geta gefið frá sér einkenni eða merki sem mikilvægt er að þekkja og bregðast við. Líkur á lækningu er meiri því fyrr sem krabbamein er greint.

ÉG GET — verið meðvitaður um einkennin og brugðist við þeim

Það er ekki alltaf auðvelt að greina krabbamein, sum þeirra gera engin eða óljós boð á undan sér fyrr en sjúkdómurinn er langt genginn. Ýmsar leiðir hafa verið prófaðar til þess að greina krabbamein á forstigi eða á frumstigi hjá einkennalausum einstaklingum, en þær þurfa að vera áreiðanlegar og hættulitlar til þess að þeim sé beitt. Flestum aðferðunum er beitt á einstaklingsgrundvelli, en mælt er með þremur þeirra fyrir hópleit (skimun), við leit að brjóstakrabbameini, leghálskrabbameini og ristilkrabbameini.

Mörg krabbamein geta gefið frá sér einkenni eða merki sem er mikilvægt að þekkja og bregðast við. Líkur á lækningu er meiri því fyrr sem krabbamein er greint. Þetta á til dæmis við um krabbamein í lungum, þvagblöðru, ristli, brjóstum, leghálsi, kvið, eggjastokkum, eistum og sortuæxli.



Sigrún Lillie Magnúsdóttir, hjúkrunarfræðingur og forstöðumaður ráðgjafarþjónustu Krabbameinsfélagsins.

Nokkur einkenni sem mikilvægt er að þekkja:

- Þrálátur hósti og erfiðleikar við kyngingu
- Erfiðleikar við þvaglát eða blóð í þvagi
- Blæðing frá endaþarmi eða blóð í hægðum
- Breytingar á brjóstum (til dæmis hnútur eða inndráttur, útferð)
- Blæðingar eftir tíðahvörf
- Viðvarandi kviðverkir
- Óútskýrt þyngdartap eða þyngdaraukning
- Viðvarandi þreyta sem minnkar ekki við hvíld
- Eitlastækkanir
- Hnútar, til dæmis í eistum

Breytingar á húð og slímhúð (til dæmis sár í munni sem gróa ekki, sár á kynfærum eða breytingar á fæðingarblettum)

Einkenni hér að ofan geta vakið grun um krabbamein en geta einnig verið til marks um aðra sjúkdóma. Það skiptir miklu máli að hver og einn bregðist við þeim.

- **VIÐ GETUM** sem samfélag og **ÉG GET** sem einstaklingur dregið úr tíðni krabbameins og bætt lífsgæði með því að leggja áherslu á að ástunda heilsusamlega lífs-hætti og bregðast við hugsanlegum einkennum.

Heimildir

Krabbameinsfélagið: <http://www.krabb.is>

Krabbameinsskráin: <http://www.krabbameinsskra.is/>

World Cancer Day: <http://www.worldcancerday.org/>

HJÚKRUNARFRÆÐINGAR Á PATREKSFJÖRD

HVEST á Patreksfirði óskar að ráða 2 hjúkrunarfræðinga á legudeild og á heilsugæslustöð, bæði í fastar stöður og sumarafleysingar. Starfið felur í sér fjölbreytt verkefni hjúkrunarfræðings við hjúkrun á hjúkrunar- og legudeild og við heilsugæslu og heilsuvernd. Reynsla í heilsugæslu-hjúkrun er æskileg en ekki skilyrði.

- Um er að ræða 80–100% fastar stöður frá 15. maí 2017, eða eftir nánara samkomulagi.
- Laun eru samkvæmt kjarasamningi FÍH og stofnanasamningi.
- HVEST getur boðið húsnaði ef þörf er á.
- Nánari upplýsingar veitir **Anna Árdís Helgadóttir**, hjúkrunarstjóri, í s: 849 0530 og á anna@hvest.is.
- Umsóknarfrestur er til 8. maí 2017.



Vinsamlegast sendið umsóknir til Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða, b.t. hjúkrunarstjóra, Stekkum 1, 450 Patreksfirði. Umsóknareyðublað er að finna á vefnum www.hvest.is undir viðkomandi starfsauglýsingu. Öllum umsóknum verður svarað þegar ráðning hefur verið ákveðin.

Á Patreksfirði er stutt í einstaka náttúruupplifun og má þar nefna Látrabjarg, Rauðasand, Vatnsfjörð og Arnarfjörð með Ketil-dölunum og Uppsölunum hans Gísla. Þar er þægilegt að vera með börn, frábær útisundlaug, líkamsræktarstöð og golfvöllur. Söfnin á Hnjóti, á Bíldudal og í Selárdal er skemmtilegt að sýna gestum. Vetur eru snjóléttir.

Sjúklingamiðuð þjónusta

Kristín Sigurðardóttir

Að greinast með krabbamein hefur áhrif á líf þess sem veikist og fjölskyldu hans. Allir finna fyrir einhverri vanlíðan við þessar aðstæður. Við greiningu krabbameins fer oft flókið ferli í gang, meðferðin er gjarnan margþætt og þjónustan oft veitt af mörgum fagaðilum á mismunandi stöðum í heilbrigðiskerfinu. Hætta er á brotakenndri þjónustu og einstaklingurinn og fjölskylda hans hafa mikla þörf fyrir faglega leiðsögn og stuðning á þessu tímabili.

Viða í heiminum hefur verið hafin vinna við að innleiða sjúklingamiðuða þjónustu (patient centered care) til þess að bæta þjónustuna í gegnum allt veikindaferli krabbameinssjúklinga strax frá greiningu sjúkdómsins. Áhersla er lögð á óskir og þarfir sjúklingsins og að öll samskipti og fræðsla séu einstaklingsmiðuð. Einnig er lögð áhersla á að meta og meðhöndla einkenni og líðan með markvissum hætti og að stuðla að samfellu og samhæfingu í þjónustunni. Í rannsóknum á sjúklingamiðuðri þjónustu hafa komið fram vísbendingar um að hún geti aukið ánægju með þjónustu, bætt lífsgæði, bætt sálræna líðan, minnkað óvissu og fækkað vandamálum sem tengjast sjúkdómnum og margháttadri meðferð við honum.

Mismunandi þjónustuform, sem hafa það markmið að veita sjúklingamiðuða þjónustu, hafa verið skipulögð og er algengt að hjúkrunarfræðingar séu lykilaðilar í þjónustunni. Leiðsögn veitt af hjúkrunarfræðingi (nurse navigation) og umsjónarhjúkrun (nurse case management) eru dæmi um sjúklingamiðuða hjúkrunarþjónustu og hefur það fyrrnefnda verið að ryðja sér til rúms víðs vegar í heiminum og þá sér í lagi fyrir krabbameinssjúklinga og fjölskyldur þeirra. Leiðsögn veitt af hjúkrunarfræðingi er einstaklingsmiðuð þjónusta fyrir sjúklinga og fjölskyldur þeirra sem miðar að því að veita heildræna þjónustu, allt frá greiningu til sjúkdómsloka. Á Íslandi er víðast veitt einstaklingsmiðuð þjónusta en í fæstum tilfellum er um formlegt sjúklingamiðuð þjónustuform að ræða þar sem leiðsögn er veitt af hjúkrunarfræðingi frá greiningu.



Kristín Sigurðardóttir, hjúkrunarfræðingur, MSc, og formaður í fagdeildar krabbameins-hjúkrunarfræðinga.

ÉG GET — verið virkur þátttakandi

Í sjúklingamiðuðri þjónustu er lögð rík áhersla á sjálfsefingu og að sjúklingurinn sé virkur þátttakandi í sínu krabbameinsferli. Hlutverk fagaðila er meðal annars að hvetja sjúklinginn og fjölskyldu hans til sjálfsefingar og að sníða fræðslu og upplýsingar að óskum þeirra og þörfum til að þeir geti tekið upplýstar ákvarðanir. Markmiðið með sjálfsefingu er meðal annars að sjúklingurinn og fjölskylda hans eigi auðveldara með að aðlagast breyttum aðstæðum og búi yfir færni til að bregðast fljótt við vandamálum sem geta komið upp og leiti sér aðstoðar tímanlega. Þannig getur sjálfsefning stuðlað að bættri líðan og meiri lífsgæðum.

Samtök evrópskra krabbameinsfélaga hafa hvatt aðildarfélög sín til að gera áætlanir varðandi þjónustu við krabbameinssjúklinga. Öll Norðurlöndin nema Ísland hafa birt slíkar krabbameinsáætlanir. Til þess að styðja við sjúklingamiðuða þjónustu er m.a. í sænsku krabbameinsáætluninni mælt með að allir sem greinast með krabbamein fái úthlutaðan hjúkrunarfræðing sem lykilaðila (kontaktsjukskoterska) strax við greiningu og í Danmörku var gengið skrefinu lengra og sett í lög að sjúklingar fái slíkan lykilaðila. Á Íslandi hefur verið unnið að gerð krabbameinsáætlunar á vegum velferðarráðuneytisins. Niðurstaða þeirrar vinnu hefur enn ekki verið birt en það er von fagdeildar krabbameinshjúkrunarfræðinga að þessi áætlun fjalli um sjúklingamiðuða þjónustu í takt við aðrar þjóðir.

Heimildir

- Association of European Cancer Leagues www.epaac.eu/national-cancer-plans
 Canadian Partnership Against Cancer (2012) http://www.cancerview.ca/idc/groups/public/documents/webcontent/guide_implement_nav.pdf
 Institute of Medicine <http://www.nap.edu/catalog/18359/delivering-high-quality-cancer-care-charting-a-new-course-for>
 Oncology Nursing Society (2014) <https://www.ons.org/store/books/oncology-nurse-navigation-delivering-patient-centered-care-across-continuum>
 Statens offentliga utredningar http://www.epaac.eu/from_heidi_wiki/Sweden_National_Cancer_Strategy_Swedish.pdf
 Velferðarráðuneytið í Danmörku (lög) <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=131918>
 Velferðarráðuneytið á Íslandi <http://www.velferðarraduneyti.is/frettir-vel/nr/34627>
 Wagner o.fl. (2014) <http://jco.ascopubs.org/content/early/2013/11/25/JCO.2013.51.7359.full.pdf+html>
 World Cancer Day <http://www.worldcancerday.org/>



Skráning á ráðstefnuna Einn blár strengur hafin!

Skráning á vef RHA
www.rha.is/is/moya/formbuilder/index/index/radstefnan-blai-strengurinn

DAGSKRÁ:

- 09.30 Sigrún Sigurðardóttir:** Einn blár strengur, kynning á verkefninu
09.35 Guðni Th. Jóhannesson, forseti Íslands ávarpar ráðstefnugesti
09.50 Gary Foster, Living Well Australia, and Duncan Craig, Survivors Manchester, UK: What we know now; An examination of research and practice knowledge to enhance understanding and support for male survivors of childhood sexual abuse (*erindið er á ensku*)
11.20 Tónlist
11.25 Sigurþóra Bergsdóttir: Ég hef engu að tapa – Reynsla móður
11.40 Elísa Dröfn: Sjálfsvígshugsanir og tilraunir meðal karla eftir kynferðisofbeldi
11.55 Hrafnhildur Gunnþórsdóttir: Kynferðislegt ofbeldi í æsku meðal fanga
12.10 Umræður
12.30 Hádegishlé
13.00 Ranveig Tausen: Hvað má lesa úr gögnum frá Barnahúsi?
13.15 Guðríður Haraldsdóttir: Drengir í Barnahúsi á síðastliðnum 8 árum
13.30 Sigríður Björnsdóttir: Hafa forvarnir áhrif?

Verndari átakins er Guðni Th. Jóhannesson, forseti Íslands
 Nánari upplýsingar á heimasíðu Rannsóknarmiðstöðvar gegn ofbeldi: www.alltumofbeldi.is

Ráðstefnan **Einn blár strengur** verður haldin í Háskólanum á Akureyri laugardaginn **20. maí**

- 13.45 Ingibjörg Johnson:** Meðferð sem sem vinnur að því að minnka afbrotahæðun
14.00 Tónlist
14.05 Anna Lilja Karelsdóttir: Úr myrkrinu í dagsljósið
14.20 Ingólfur Harðarson: Umbreyting „sársaukans“ og munurinn á milli kvenna og karla
14.35 Ingibjörg Þórðardóttir: Notkun internetsins í ráðgjöf
14.50 Kaffi og tónlist
15.05 Svava Brooks: Líkaminn læknar sig. Kynning á TRE® (Tension, Stress & Trauma Release)
15.20 Berglind Líney Hafsteinsdóttir: Hin tvöfalda refsing samfélagslegra viðhorfa
15.35 Thelma Ásdísardóttir: Konur gerendur, karlar þolendur
15.50 Tónlist
15.55 Hjálmar Sigmarsson: Karlar og Stígamót
16.10 Svala Ísfeld Ólafsdóttir: Dómar Hæstaréttar um kynferðisbrot gegn drengjum
16.25 Sigrún Sigurðardóttir: Að segja frá
16.40 Umræður
17.10 Ráðstefnuslit: Sigríður Inga Karlsdóttir, ráðstefnustjóri

Ráðstefnan er haldin í hátíðarsal Háskólans á Akureyri
 Ráðstefnugjald kr. 8.500 – Fyrir nema, ellilífeyrisþega og öryrkja kr. 5.000

Mánudaginn, 22. maí fer fram vinnusmiðja undir handleiðslu Gary Foster og Duncan Craig

Við hlökkum til að sjá þig í Háskólanum á Akureyri



Verkefnið Einn blár strengur er vitundarvakning um kynferðislegt ofbeldi gegn drengjum og munu tónlistarmenn taka þátt í ráðstefnunni.

Verkefnið, sem á uppruna sinn í Bandaríkjunum, miðar að því að vekja athygli á því að einn af hverjum sex drengjum verður fyrir kynferðislegu ofbeldi í æsku. Einn strengur af sex í gítar vísar því til þess.

<https://www.facebook.com/Einn-blár-strengur-One-blue-string>



Stuðningur við fjölskyldur

Arndís Jónsdóttir

Þegar einhver innan fjölskyldu greinist með krabbamein hefur það margs konar áhrif í för með sér, ekki aðeins á hinn krabbameinsveika heldur einnig á maka hans og fjölskyldu, vini og vinnufélaga. Áhrifin geta verið af ýmsum toga, t.d. líkamleg með breyttri líðan og einkennum af völdum krabbameinsins, sálræn með áhyggjum, depurð og kvíða og félagsleg með breyttum aðstæðum.

Krabbameinssjúklingar geta einangrast og þess vegna er félagslegur stuðningur svo mikilvægur. Öll eigum við okkar föstu hlutverk og skyldur í lífinu sem við sinnum daglega án þess að leiða beinlínis hugann að því. Þegar veikindi koma upp breytast þessi hlutverk og tengsl einstaklinga geta einnig breyst. Um hrið munu einhverjir í fjölskyldunni þurfa að breyta sínum daglegu háttum og taka að sér einhver af hlutverkum eða skyldum hins veika. Við þessar aðstæður er stuðningur mjög mikilvægur þeim krabbameinsveika og fjölskyldu hans. Það getur stuðlað að öryggi og dregið úr kvíða, létt margvíslegar byrðar, sem fylgja veikindunum, og auðveldað aðlögun að breyttu lífi og hlutverkum og bætt almenna líðan.



Arndís Jónsdóttir, sérfræðingur í hjúkrun.

Stuðningur á vinnustað skiptir miklu máli

Stuðningur getur komið víða að, t.d. frá maka eða sambýlingi, fjölskyldu, vinum, vinnufélögum, heilbrigðisstarfsfólki og öðrum, og stuðninginn má veita með ýmsum hætti. Í sumum tilvikum geta stórfjölskylda, vinir og vinnufélagar myndað mikilvægt stuðningsnet og haldið góðum tengslum á veikindatímanum og haft þar með jákvæð áhrif á líðanina. Eðli stuðningsins getur verið mismunandi og í öllum tilvikum getur hann átt þátt í að auðvelda þeim krabbameinsveika og fjölskyldunni aðlögun að margvíslegum breytingum sem fylgja veikindunum. Sumir veita aðstoð við daglegar athafnir, aðrir hafa það hlutverk að veita aðstoð vegna barna á heimili eða með dægurstyttingu og enn aðrir veita stuðning úr fjarlægð. Stuðningur á vinnustað frá yfirmönnum og samstarfsfólki er einnig mikilvægur og getur átt þátt í að draga úr kvíða og stuðlað að því að auðveldara verði að snúa aftur til vinnu að loknum veikindum. Fyrir vinnufélaga er mikilvægt að vera vakandi fyrir þörfum og tilfinningum þess krabbameinsveika þegar hann er á vinnustað og halda einnig sambandi við hann þegar hann er frá vinnu. Það getur verið mikilvægt að fá heimild til að aðlaga verkefni og vinnutíma getu hins veika.

Þú getur verið þess fullviss að stuðningur þinn er mikilvægur hinum krabbameinsveika og öllum hans nánustu, hver svo sem tengsl þín við sjúklinginn eru.

- **VIÐ GETUM** — stutt aðra, auðveldað þeim að takast á við krabbameinið og átt þátt í að bæta líðan þeirra og lífsgæði
- **ÉG GET** — leitað eftir stuðningi hjá öðrum til að takast á við krabbameinið.

Sjálfræði einstaklingsins og réttur hans til að hafa áhrif á eigin meðferð og umönnun

Kristín Lára Ólafsdóttir



Kristín Lára Ólafsdóttir, hjúkrunarfræðingur, MSc, líknarráðgjafateymi Landspítala.

Þegar við heyrum orðið krabbamein dettur mörgum fyrst í hug dauði en með síaukinni þróun í meðferð og tækni er greining krabbameins ekki sami dauðadómur og fyrir nokkrum áratugum. Nú bæði lækna fleiri og sífellt fleiri lifa lengur en áður með ólæknandi krabbamein. Það þýðir að sjúkdómurinn er orðinn langvinnur sjúkdómur sem einstaklingar þurfa að læra að lifa með.

Mikilvæg umræða

Það er alltaf mikilvægt að einstaklingar, sem greinast með krabbamein, og fjölskyldur þeirra fái upplýsingar um sjúkdóminn, horfur og meðferð sem hægt er að veita til að lækna sjúkdóminn, lengja líf, draga úr einkennum og bæta líðan og lífsgæði. Það er líka mikilvægt að þeir sem hafa greinst með krabbamein hugsi og ræði bæði við fjölskyldu sína og heilbrigðisstarfsfólk um hvað þeim er mikilvægt og hvaða óskir þeir hafa varðandi eigin meðferð. Þegar sjúkdómurinn er ólæknandi verður þessi umræða enn mikilvægari og snýst þá um hversu langt einstaklingurinn vill ganga varðandi meðferð, hvað hann vill leggja áherslu á varðandi lífsgæði sín, hvað hann vill forðast að gerist og hvernig hann vilji láta haga málum eftir andlát sitt.

Eðlilegur hluti af þjónustu

Það ætti að vera eðlilegur hluti af þjónustu og umönnun einstaklinga með krabbamein að þeir fái reglulega tækifæri til að ræða óskir sínar og þarfir varðandi framtíðar-meðferð og meðferðarmarkmið við heilbrigðisstarfsfólk. Rannsóknir hafa sýnt að þessi umræða fer oft ekki fram vegna þess að heilbrigðisstarfsfólki, sjúklingum og almenníngi finnst hún erfið og telja hana jafnvel draga úr von og valda frekari vanlíðan. Rannsóknir hafa hins vegar sýnt að markviss umræða um þessi mál getur eflt raunhæfa von, bætt skilning og líðan sjúklings og aðstandenda auk þess að líkleggra er að sjúklingurinn fái þá meðferð sem hann óskar. Ef þessi umræða fer fram eru sjúklingar og aðstandendur betur undirbúnir þegar sjúkdómurinn versnar og hún getur jafnframt stuðlað að betri líðan aðstandenda eftir andlát.

- **VIÐ GETUM** — haft áhrif á umræðuna og hafið samtalið um hvað er okkur mikilvægt og hvernig við getum undirbúið dauða okkar.
- **ÉG GET** — rætt við fjölskyldu mína um hvað er mér mikilvægt og hvað ég myndi vilja forðast ef ég veiktist alvarlega eða slasaðist.

Heimildir

Bernacki, R. E., og Block, S. D. (2014). Communication about serious illness care goals: A review and synthesis of best practices. *JAMA Intern Med*, 174(12), 1994–2003.
 Kristín Lára Ólafsdóttir (2016). Samtal líknarhjúkrunarfræðinga við sjúklinga með nýgreint útbreitt lungnakrabbamein um áætlun um meðferðarmarkmið. Reynsla sjúklinga og aðstandenda. <http://skemman.is/item/view/1946/23880>
 World Cancer Day <http://www.worldcancerday.org/>

Fólk, sem greinist með krabbamein, þarf góða endurhæfingarpjónustu

Rannveig Björk Gylfadóttir

Í árslok 2014 voru rúmlega 13.000 Íslendingar á lífi sem höfðu einhvern tíma greinst með krabbamein. Þeim einstaklingum fjölga stöðugt sem læknað og einnig þeim sem lifa í mörg ár með krabbamein sem langvinnan sjúkdóm. Krabbameininu, og meðferð við því, fylgja margvísleg einkenni og vandamál af sálrænum, líkamlegum, félagslegum og tilvistarlegum toga, m.a. þreyta, verkir, kvíði, þunglyndi og erfiðleikar við að snúa aftur til daglegra starfa. Þetta og fleira til getur haft langvarandi áhrif á líf einstaklingsins og fjölskyldu hans í langan tíma eftir að sjúkdómsmeðferð er lokið.

Ekki er lengra en 15–20 ár síðan farið var að benda á mikilvægi endurhæfingar fyrir fólk sem greinst hefur með krabbamein. Samtök krabbameinsfélaga á Norðurlöndum (NCU) hafa sett fram þá stefnu að endurhæfing verði órjúfanlegur hluti meðferðar allra sem greinast með krabbamein. Á Íslandi eru ýmis endurhæfingarræði í boði og margt hefur gefist vel, samt sem áður er hér ýmislegt sem betur má fara. Það er til dæmis misjafnt hverjir fá markvissa endurhæfingarpjónustu og hvenær í ferlinu hún er veitt. Ástæðan getur verið skortur á samstarfi milli þjónustuaðila, skortur á sérhæfðu fagfólki á öllum þjónustustigum og skortur á fjármagni til málaflokksins.



Rannveig Björk Gylfadóttir er sérfræðingur í krabbameinshjúkrun og formaður stjórnar fagdeildar krabbameinshjúkrunarfræðinga. Hún starfar með endurhæfingarteymi fyrir krabbameinssjúklinga og við slökunarmedferð á Landspítala.

„Markmið endurhæfingar ætti að vera að auka virkni sjúklingsins og að hjálpa honum við að endurheimta og viðhalda sem bestri heilsu og lífsgæðum innan þeirra takmarkana sem sjúkdómurinn setur.“

Markmið endurhæfingar

Mælt er með því að endurhæfing hefjist strax eftir að sjúklingur greinist með krabbamein og taki mið af þörfum hans og sé veitt eins lengi og talið er að hver og einn þurfi á að halda. Þjónustan á að vera heildræn þar sem unnið er með afleiðingar sjúkdóms og meðferðar. Markmiðið ætti að vera að auka virkni sjúklingsins og að hjálpa honum við að endurheimta og viðhalda sem bestri heilsu og lífsgæðum innan þeirra takmarkana sem sjúkdómurinn setur. Þjónustan á að byggjast á fjölbreyttri þjónustu og samvinnu.

- **ÉG GET** — endurhæfst til daglegra starfa! Hvort sem fólk er á leið til vinnu eða annarra daglegra starfa, í eða eftir krabbameinsmeðferð, þá getur falist í því mikill vandi. Um leið er það fólki mjög mikilvægt að komast aftur inn í sín vanabundnu verk, en með því vex sjálfstraust og trú á eigin getu og félagsleg samskipti eflast um leið.
- **VIÐ GETUM** — sem samfélag stutt við fólk sem hefur fengið krabbamein til að endurhæfast til daglegra starfa! Við þurfum að sýna einstaklingnum skilning og sveigjanleika, leyfa honum að ræða opinskátt um líðan sína og takmarkanir vegna sjúkdóms og meðferðar. Mjög brýnt er t.d. að endurkoma aftur á vinnustað sé eins þægileg og kostur er og að sjúklingurinn fái aðlögun og verkefni við hæfi frá vinnuveitendum.

Framtíðarsýn endurhæfingar

Þó framfarir hafi orðið síðustu ár vantar töluvert enn þá upp á að hægt sé að veita fólki, sem fær krabbamein, viðeigandi endurhæfingu. Skrefin hafa líka stundum verið stigin afturábak, t.d. þegar samningur féll niður árið 2015 milli Heilsustofnunar NLFÍ og Sjúkratrygginga Íslands um niðurgreiðslu þjónustunnar þar en hún hafði nýst mörgum vel. Velferðarráðuneytið hefur verið síðastliðna mánuði að undirbúa útgáfu krabbameinsáætlunar en þar er meðal annars fjallað um endurhæfingu krabbameins-sjúklinga. Vonast er til þess að áætluninni verði hrint í framkvæmd sem fyrst.

Fagdeild krabbameinshjúkrunarfræðinga hvetur Alþingi og ráðamenn þjóðarinnar til að hlúa enn betur að þessum málaflokki, með skýrari stefnu, auknu fjárframlagi og tryggja jafnt aðgengi allra að endurhæfingarþjónustu, óháð efnahag.

Heimildir

IKNL (2011). Cancer rehabilitation. Nation-wide guideline, Version: 1.0

Krabbameinsskráin: <http://www.krabbameinsskra.is/>

The Nordic cancer union: <http://www.ncu.nu/>

Velferðarráðuneytið: <http://www.velferdarraduneyti.is/frettir-vel/nr/34627>

World Cancer Day: <http://www.worldcancerday.org/>

World Health Organisation. Rehabilitation: <http://www.who.int/topics/rehabilitation/en/>



VILTU FÁ ÞJÁLFUN TIL AÐ STARFA Á LANDSPÍTALA VIÐ HJÚKRUN BRÁÐVEIKRA?

Landspítali auglýsir eftir hjúkrunarfræðingum sem starfað hafa á öðrum vettvangi eða unnið önnur störf.

Í boði er virk þjálfun, herminám og handleiðsla samhliða starfi í 3-4 mánuði. Starfsþróunarmisserið hefst haustið 2017.

Umsóknarfrestur er til og með 01.07. 2017

Nánari upplýsingar á starfavef LSH: www.landspitali.is/mannaudur



Landspítali er lifandi og fjölbreyttur vinnustaður þar sem yfir 5000 manns starfa í þverfaglegum teyrum og samstarfi ólíkra fagstétta. Framtíðarsýn Landspítala er að vera háskólasjúkrahús í fremstu röð þar sem sjúklingurinn er ávallt í öndvegi. Lykiláherslur í stefnu spítalans eru öryggismenning, skilvirk og vönduð þjónusta, uppbygging mannaúts og stöðugar umbætur.

Rannsóknir í krabbameinshjúkrun

Sigríður Zoëga og Nanna Friðriksdóttir

Árlega greinast um 1.500 einstaklingar með krabbamein á Íslandi og um 70 prósent þeirra mega búast við að vera á lífi fimm árum eftir greiningu. Nú eru tæp fjögur prósent þjóðarinnar, eða rúmlega 13 þúsund manns, á lífi sem hafa fengið krabbamein. Gert er ráð fyrir að í kringum árið 2030 muni um 2.000 manns greinast árlega hér á landi, fyrst og fremst vegna hækkandi aldurs og fjölgunar íbúa. Þá mun þeim einnig fjölga sem lifa lengur eftir greiningu krabbameins vegna framfara í forvörnum, greiningu og meðferð. Þessi sístækkandi hópur kallar á öflugt heilbrigðisskerfi með vel menntuðu heilbrigðisstarfsfólki sem er í stakk búið til þess að sinna þörfum samfélagsins. Fólk þarf að hafa greiðan aðgang að öflugum forvörnum, greiningu, meðferð og endurhæfingu á öllum stigum sjúkdómsins, og langtímaeftirliti. Öflugt rannsóknarstarf leggur grunninn að frekari þróun og bættri meðferð og þjónustu við sjúklinga og fjölskyldur þeirra.

Þjónusta við krabbameinssjúklinga byggist á aðkomu og samvinnu margra fagstétta, en á heimsvísu eru hjúkrunarfræðingar stærsti hópur heilbrigðisstarfsmanna. Hlutverk krabbameinshjúkrunarfræðinga er að veita árangursríka og örugga hjúkrun sem er byggð á heildrænni sýn og faglegum vinnubrögðum. Krabbameinshjúkrun miðar að því að uppfylla þarfir og væntingar sjúklings og aðstandenda á öllum þjónustustigum, sinna kennslu, þjálfun og ráðgjöf, og vinna að rannsóknum og notkun á vísindalegri þekkingu í klínísku starfi.

Nútímaheilbrigðisþjónusta grundvallast á bestu fyrirliggjandi þekkingu hverju sinni. Stöðugt þarf að spyrja hvort þjónustan sé veitt á forsendum sjúklings og aðstandenda hans, sé árangursrík og skapi virði fyrir sjúklinginn og samfélagið í heild. Markmið rannsókna í krabbameinshjúkrun eru að:

- Efla forvarnir gegn krabbameini
- Bæta lífsgæði og líðan krabbameinssjúklinga og aðstandenda þeirra
- Bæta þjónustu við sjúklinga og aðstandendur
- Stuðla að aukinni þekkingu og faglegri þróun krabbameinshjúkrunarfræðinga
- Hagnýta vísindalega þekkingu til að efla starfshætti krabbameinshjúkrunarfræðinga

Auka þarf fjárframlög

Viðfangsefni rannsókna íslenskra krabbameinshjúkrunarfræðinga eru fjölbreytt. Á undanförunum árum hafa rannsóknir þeirra meðal annars fjallað um lífsgæði, líðan og þarfir sjúklinga og aðstandenda þeirra. Einnig hafa verið gerðar rannsóknir á ein-kennum og aukaverkunum sjúkdómsins og meðferð. Niðurstöður þessara rannsókna hafa verið nýttar til að þróa og bæta þjónustu við sjúklinga og aðstandendur á mismunandi þjónustustigum.

Til að stuðla að auknum rannsóknum er mikilvægt að þróa enn frekar nám í krabbameinshjúkrun en jafnframt er þörf á auknu fjárframlagi til rannsókna. Efla þarf samstarf ólíkra fagstétta um rannsóknir þar sem áhersla er á að fullnægja þörfum samfélagsins, sjúklinga og aðstandenda á sem víðtækastan hátt. Til að tryggja að þörfum sjúklinga og aðstandenda sé fullnægt er mikilvægt að þeir hafi beina aðkomu að rannsóknarferlinu, allt frá rannsóknarhugmynd að nýtingu niðurstaðna.

- ▶ **ÉG GET** — sem einstaklingur stutt við og tekið þátt í krabbameinsrannsóknum.
- ▶ **VIÐ GETUM** — sem samfélag lagt áherslu á að krabbameinsrannsóknir séu stundaðar og niðurstöður þeirra nýttar til að efla forvarnir og bæta meðferð og þjónustu.



Sigríður Zoëga, sérfræðingur á Landspítala í hjúkrun sjúklinga með verki og lektor við hjúkrunarfræðideild HÍ.



Nanna Friðriksdóttir, sérfræðingur í hjúkrun sjúklinga með krabbamein, klínískur lektor á lyflækningasviði LSH og adjunkt við hjúkrunarfræðideild HÍ.

Kynheilbrigði krabbameinssjúklinga

Þóra Þórsdóttir



Þóra Þórsdóttir hjúkrunarfræðingur.

Krabbamein er samheiti yfir marga sjúkdóma og þekkja flestir til einhvers sem hefur greinst með krabbamein eða hefur beina eða óbeina reynslu af þeim sjúkdómum. Í árslok 2014 voru um 13.000 einstaklingar á lífi á Íslandi sem greinst hafa með krabbamein. Krabbamein og krabbameinsmeðferð getur valdið breytingum á lífi og lífsgæðum þess sem greinist og haft m.a. áhrif á kynheilbrigði einstaklingsins. Með kynheilbrigði er átt við líkamlega, sálræna og samfélagslega velferð eða vellíðan sem hefur með kynverund (sexuality) að gera. Rannsóknir sýna að um helmingur krabbameinsgreindra eiga við ýmiss konar kynheilbrigðisvandamál að stríða og er það eitt af algengustu langtíma vandamálum þessa hóps.

Áhrif krabbameins á kynheilbrigði

Mismunandi meðferðarkostir eru í boði fyrir einstaklinga sem greinast með krabbamein og fer meðferðin eftir eðli sjúkdómsins og er sérsniðin að hverjum einstaklingi. Sjúkdómurinn og meðferð hans tekur toll af einstaklingnum og oft eru aukaverkanir töluverðar af meðferð. Þegar kemur að kynheilbrigði einstaklinga er margt sem getur haft áhrif. Sjúkdómur í kynfærum getur valdið breytingum á kynfærunum sjálfum, taugum eða blóðflæði. Brottnám brjósts eða eistna, breytt útlit skapabarma eftir aðgerð eða ör á líkamanum geta valdið mikilli vanlíðan.

Þessar breytingar geta haft áhrif á sjálfsöryggi og vellíðan og þ.a.l. á líkamsímynd og tilfinningu einstaklingsins fyrir sjálfum sér sem kynveru. En meðferð krabbameina, sem ekki eru staðsett í kynfærum, getur einnig haft veruleg áhrif á líkamsímynd og lífsgæði einstaklinga. Þar má telja þætti eins og þurrk í slímhúð, samgróninga í leggöngum, rístruflanir, getuleysi, verki, hárlós eða hármíssi, ógleði, þreytu, þyngdarbreytingar, minni kynlöngun og minni ánægju í kynlífi. Andleg vanlíðan, eins og þunglyndi og kvíði, geta einnig haft mikil áhrif. Í kjölfar krabbameinsgreiningar getur samband sjúklings við maka breyst. Erfiðleikar í samskiptum, óöryggi og jafnvel hræðsla sjúklingsins eða makans við að gera eitthvað rangt getur komið í veg fyrir eðlilegt samband. Mörg pör eru hrædd við að sýna sambandi sínu og kynlífi áhuga í skugga alvarlegs sjúkdóms. Einstaklingar á barneignaraldri þurfa í ofanálág að takast á við þá staðreynd að þeir geti hugsanlega orðið ófrjóir að meðferð lokinni.

„En betur má ef duga skal því enn þá virðist þetta umræðuefni vefjast fyrir mörgum, jafnt sjúklingum sem heilbrigðisstarfsfólki. Mikilvægt er þó að hefja umræðuna strax við greiningu því upplýst samþykki sjúklings fyrir meðferð á m.a. að fela í sér fræðslu um áhrif sjúkdóms og meðferðar á kynheilbrigði.“

Umræðan

Í marga áratugi hefur kynheilbrigði verið viðurkennt sem hluti af heilbrigði einstaklinga og þ.a.l. eitt af því sem heilbrigðisstarfsfólki ber að sinna. Þrátt fyrir það fá þessi málefni ekki næga athygli. Undanfarin ár hefur orðið vakning meðal heilbrigðisstarfs-

fólks á krabbameinsdeildum Landspítalans varðandi kynheilbrigðismál. Á árunum 2011–2013 sameinaðist hópur fagfólks með stuðningi lyfjafyrirtækjanna Novartis og Sanofi um verkefnið „Kynlíf og krabbamein“. Tilgangur þessa verkefnis var að stuðla að bættri þjónustu við krabbameinssjúklinga og að fræða starfsfólk. Boðið var meðal annars upp á sérhæfða þjónustu kynfræðings fyrir krabbameinssjúklinga sem eiga við kynheilbrigðisvandamál að stríða og er sú þjónusta í boði enn í dag. En betur má ef duga skal því enn þá virðist þetta umræðuefni vefjast fyrir mörgum, jafnt sjúklingum sem heilbrigðisstarfsfólki. Mikilvægt er þó að hefja umræðuna strax við greiningu því upplýst samþykki sjúklings fyrir meðferð á m.a. að fela í sér fræðslu um áhrif sjúkdóms og meðferðar á kynheilbrigði.

- **VIÐ GETUM** — haft áhrif með því að tala um kynheilbrigði, miðlað upplýsingum og verið opin og tilbúin til umræðu
- **ÉG GET** — aflað mér upplýsinga og fræðslu frá fagfólki um kynheilbrigði og rætt um þessi mál á opinan hátt við maka minn og þá sem standa mér næst

Heimildir

- Jonsdóttir, J.L., Zoëga, S., Saevarsdóttir, T., Sverrisdóttir, A., Thorsdóttir, T., Einarsson, G.V., Gunnarsdóttir, S., og Fridriksdóttir, N. (2016). Changes in attitudes, practices and barriers among oncology health care professionals regarding sexual health care: Outcomes from a 2-year educational intervention at a University Hospital. *European Journal of Oncology Nursing*, 21, 24–30.
- World Cancer Day <http://www.worldcancerday.org/>.
- Þóra Þórsdóttir (2012). Könnun á reynslu hjúkrunarfræðinga og lækna af því að ræða um kynlíf og kynlífsheilbrigði við krabbameinssjúklinga. Sótt á http://skemman.is/stream/get/1946/12154/30114/1/Þóra_Þórsdóttir.pdf.

Hjúkrunarfræðingur í útskriftarteymi Landspítala

Laust er til umsóknar starf hjúkrunarfræðings í útskriftarteymi flæðisdeildar en teymið er starfsfólki, sjúklingum og aðstandendum til ráðgjafar og aðstoðar við flóknar útskriftir. Í teyminu starfa 8 manns í nánú samstarfi við starfsmenn spítalans og aðrar stofnanir.

Við viljum ráða öflugan hjúkrunarfræðing sem er með góða þekkingu á heilbrigðiskerfinu og á auðvelt með að vinna í teymi.

Helstu verkefni og ábyrgð

- » Verkefni tengd innlögnum og útskrift
- » Stuðningur við legudeildir LSH
- » Samskipti við aðrar stofnanir
- » Samhæfing þjónustu

Hæfnikröfur

- » Fjölbreytt starfsreynsla
- » Góð þekking á heilbrigðiskerfinu
- » Faglegur metnaður í starfi
- » Samskiptahæfni og lipurð í mannlegum samskiptum
- » Góð íslenskukunnátta
- » Íslenskt hjúkrunarleyfi

Frekari upplýsingar um starfið

Laun samkvæmt gildandi kjarasamningi sem fjármálaráðherra og Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga hafa gert.

Sótt er um starfið rafrænt á: www.landspitali.is, undir „laus störf“.

Öllum umsóknum verður svarað. Tekið er mið af jafnréttisstefnu LSH við ráðningar á spítalanum.

Starfið er laust nú þegar eða eftir nánara samkomulagi. Umsókn fylgi náms- og starfsferilsskrá ásamt afriti af prófskríteinum og starfsleyfi. Ráðning byggist m.a. á innsendum gögnum og viðtölum.

Landspítali er lífandi og fjölbreyttur vinnustaður þar sem yfir 5000 manns starfa í þverfaglegum teyimum og samstarfi ólíkra fagstétta. Framtíðarsýn Landspítala er að vera háskólasjúkrahús í fremstu röð þar sem sjúklingurinn er ávallt í öndvegi. Lykiláherslur í stefnu spítalans eru öryggismenning, skilvirk og vönduð þjónusta, uppbygging mannauðs og stöðugar umbætur.

Upplýsingar veita:

Lovisa A. Jónsdóttir deildarstjóri, sími 824-5885.

Bára Benediktsdóttir mannauðsráðgjafi, sími 824-5909.

Lífið og líknarmeðferð

Lóa Björk Ólafsdóttir



Lóa Björk Ólafsdóttir, hjúkrunarfræðingur hjá Heimahlynningu Landspítala og ráðgjafarþjónustu Krabbameinsfélagsins.

Hvenær erum við best í stakk búin til að takast á við hið daglega líf með öllum sínum vandasömu verkum? Sennilega eru flestir sammála um að það er auðveldara þegar okkur líður almennt nokkuð vel. Það er eðlilegt að í mannlegri tilveru komi dagar eða tímabil þar sem okkur líður ekki sem best. Aðferðir okkar til að takast á við slæma líðan eru sennilega mismunandi. Stundum getur samtal við góðan vin gert gæfumanninn. Gott samtal getur veitt ákveðna líkn. Orðið „líkn“ er gamalt og rótgróið í íslenskri tungu og þýðir samkvæmt skilgreiningunni að hjálpa eða lina þjáningu. Sem sagt, að bæta líðan sem er slæm.

Líknarmeðferð er orð sem margir hræðast og setja í samhengi við það að lífinu fari senn að ljúka. Staðreyndin er þó sú að líknarmeðferð er gjarnan beitt samhliða annarri lækisfræðilegri meðferð. Nýlegar rannsóknir sýna fram á bætt lífsgæði og lengri lífshorfur hjá þeim einstaklingum sem fá líknarmeðferð samhliða krabbameinslyfjameðferð sem beinist að því að halda sjúkdómnum í skefjum.

Nokkrar staðreyndir um líknarmeðferð

- Líknarmeðferð byggist á hugmyndafræði og aðferðum sem miðast við að koma í veg fyrir eða draga úr líkamlegum, sálrænum eða sálfélagslegum einkennum sem sjúkdómur leiðir af sér eða meðferð vegna hans.
- Í líknarmeðferð er horft á einstaklinginn sem hluta af stærri heild og því er stuðningur og fræðsla mikilvægur þáttur hennar, bæði fyrir þann einstakling sem veikist og þá sem eru honum nákomnir.
- Líknarmeðferð miðast við að hjálpa fólki að lifa eins eðlilegu og innihaldsríku lífi og hægt er miðað við aðstæður á hverjum tíma, óháð því hver staða sjúkdómsins er.
- Líknarmeðferð á ekki eingöngu við á lokastigum veikinda heldur er mikilvægt að veita hana snemma í veikindaferlinu, samhliða annarri meðferð.
- Líknarmeðferð á ekki bara við þegar um krabbameinssjúkdóm ræðir heldur alla alvarlega og ólæknandi sjúkdóma.
- Líknarmeðferð kemur inn á mörg svið mannlegrar tilveru og krefst þátttöku og samvinnu margra fagstétta.

Af hverju líknarmeðferð?

Mörgum reynist erfitt að taka það skref að þiggja aðstoð heilbrigðisstarfsfólks sem sérhæfir sig í líknarmeðferð, ef til vill vegna þeirrar merkingar sem orðið líknarmeðferð hefur í margra hug. Þetta gæti valdið því að oft þiggi sjúklingar meðferðina seint og nái ekki að nýta alla þá kosti sem hún býður upp á. Í kjölfar framfara á sviði læknavísinda tekst oft að halda sjúkdómum mun lengur í skefjum en áður þekktist, jafnvel þótt sjúkdómurinn teljist ólæknandi. Það er því viðbúið að margir standi

frammi fyrir því að lifa langa hríð með einkennum sem sjúkdómur eða meðferð vegna hans leiðir af sér. Rétt og markviss meðhöndlun einkenna, í samvinnu við þann sem við þau glímir, skiptir gríðarlegu máli. Það skiptir máli af þeirri ástæðu að það er erfitt að eiga sér notalegt líf og von þegar slæm líðan litar tilveruna.

- **VIÐ GETUM** — sem samfélag uppfrætt hvert annað um þá breidd sem felst í líknarmedferð og þannig upprætt lífseigan misskilning um að hún eigi einungis við þegar lífslokin nálgast.
- **ÉG GET** — tekið skrefið og leitað upplýsinga um þau úrræði sem gætu hjálpað mér og fjölskyldu minni að lifa við sem besta líðan þrátt fyrir erfiðan sjúkdóm. Ég get leitað eftir upplýsingum um þá aðila sem veita líknarmedferð innan Landspítala og í heimahúsum.

Kynntu þér vefsíðu Lífsins — samtaka um líknarmedferð á vefsíðunni www.lsl.is.

Heimildir

http://www.landspitali.is/library/Sameiginlegar-skrar/Gagnasafn/BRUNNURINN/Kliniskar-leidbeiningar/Liknarmedferd/klin_leid_liknarmedferd_1109.pdf

Early Palliative Care for Patients with Metastatic Non Small Cell Lung Cancer <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20818875>



Sunnuhlið
Hjúkrunarheimili aldraðra í Kópavogi
Kópavogsbraut 1C • 200 Kópavogur • Síni 560 4100 • Fax 560 4175

Í Sunnuhlíð vinnur samhentur hópur starfsmanna sem leggur metnað sinn í að veita heimilisfólkinu góða þjónustu.

Hjúkrunarfræðingar

Leitað er eftir áhugasömum einstaklingum sem geta unnið sjálfstætt.

- Í boði eru allar vaktir – þar af 50% næturvaktir.
- Starfshlutfall og vinnufyrirkomulag er samkomulagsatriði.
- Æskilegt er að viðkomandi geti hafið störf sem fyrst.

Hægt er að sækja um á heimasíðu Sunnuhlíðar: sunnuhlid.is
Nánari upplýsingar veitir **Svanlaug Guðnadóttir** framkvæmdastjóri hjúkrunar í síma **864-4184**



Nýlegar doktorsvarnir í hjúkrunarfræði

Tvær doktorsvarnir fóru fram í Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands í desember 2016. Þar voru að verki þær Sigfríður Inga Karlsdóttir, sem varði doktorsritgerð sína í ljósmóðurfræði, og Margrét Gísladóttir sem varði doktorsritgerð sína í hjúkrunarfræði. Þá vörðu þær Brynja Ingadóttir í Linköping í Svíþjóð og Margrét Hrönn Svavarsdóttir í Prándheimi í Noregi doktorsritgerðir sínar í hjúkrunarfræði á síðasta ári.

Sársauki í fæðingu: Væntingar og reynsla kvenna



Sigfríður Inga Karlsdóttir.

Markmið doktorsritgerðar Sigfríðar Ingu Karlsdóttur, sem ber heitið *Sársauki í fæðingu: Væntingar og reynsla kvenna* (Pain in childbirth: Women's Expectations and Experience), var að auka þekkingu á væntingum og reynslu kvenna af sársauka í fæðingu og greina hvaða þættir hafa forspárgildi varðandi jákvæða reynslu af sársauka í fæðingu. Einnig að skoða sársauka í fæðingu út frá heilsuefandi sjónarmiði og hvernig konur undirbúa sig fyrir sársaukann og hvað þær gera sjálfar til að takast á við hann.

Helstu niðurstöður rannsóknanna eru þær að konur undirbúa sig á meðgöngu fyrir sársauka og nota eigin aðferðir til að takast á við sársauka í fæðingu. Það sem hafði mest forspárgildi fyrir jákvæða reynslu af sársauka í fæðingu var: jákvæð viðhorf til fæðingar á meðgöngu, stuðningur frá ljósmóður meðan á fæðingu stóð, notkun mænurótardeyfingar, menntun og lítill sársaukastyrkur í fæðingu. Í rannsóknunum var lögð áhersla á að greina þá þætti sem hafa verið skilgreindir heilsuefandi útkomubreytur í tengslum við konur í barneignarferlinu og samband þeirra við aðrar áhrifabreytur.

Niðurstöðurnar ítreka mikilvægi þess að taka tillit til sjónarhorns kvenna við skipulagningu barneignarþjónustu og þeirra heilsuefandi þátta sem geta haft áhrif á jákvæða reynslu af sársauka í fæðingu.

Umsjónarkennari og aðalleiðbeinandi var dr. Herdís Sveinsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Meðleiðbeinendur voru dr. Ólöf Ásta Ólafsdóttir, dósent við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, og dr. Sigríður Halldórsdóttir, prófessor við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri. Andmælendur eru dr. Soo Downe, prófessor við háskólann í Central Lancashire í Bretlandi, og dr. Stefán Hrafn Jónsson, prófessor við Félags- og mannvísindadeild Háskóla Íslands.

Sigfríður Inga, sem er fædd árið 1963, lauk stúdentsprófi frá Verslunarskóla Íslands árið 1983 og BS-gráðu í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands árið 1988. Hún lauk ljósmóðurnámi árið 1988 frá Ljósmæðraskóla Íslands og MS-námi í hjúkrunarfræði frá Háskólanum í Manchester í Englandi árið 2000. Sigfríður Inga hefur starfað sem ljósmóðir á Sjúkrahúsinu á Akureyri og á Heilbrigðisstofnun Norðurlands, en starfar nú sem dósent við Heilbrigðisvísindasvið Háskólans á Akureyri.

Árangur fræðslu- og stuðningsmeðferðar fyrir nána aðstandendur einstaklinga með átröskun eða athyglisbrest og ofvirkni

Doktorsritgerð Margrétar Gísladóttur í hjúkrunarfræði ber heitið: Árangur fræðslu- og stuðningsmeðferðar fyrir nána aðstandendur einstaklinga með átröskun eða athyglisbrest og ofvirkni (The Benefit of Psycho-Educational and Support Intervention for Caregivers of Individuals with Eating Disorder or Attention Deficit Hyperactivity Disorder). Markmið rannsóknarinnar var að þróa og meta próffræðilega eiginleika íslenska veikinda-fjölskyldu-viðhorfa-spurningalistans (IS – Viðhorf) og þróa og meta árangur íhlutunar-meðferðarsamræðna fyrir umönnunaraðila barns með átröskun eða með athyglisbrest og ofvirkni (ADHD). Umönnunaraðilar ungs fólks með átröskun eða ADHD ganga í gegnum erfiðleika og hafa þörf fyrir stuðning. Íhlutun með þjálfun getur hjálpað umönnunaraðilum að öðlast færni í gagnlegum aðferðum en hún fólst í fræðslu, verkefnum og meðferðarsamræðum varðandi erfiðar tilfinningar, hegðun og gagnlegar aðferðir.

Marktækur munur kom fram hjá aðalumönnunaraðila einstaklinga með átröskun í upplifuðum stuðningi, veikindaviðhorfum, lífsgæðum, áliti á eigin færni, umönnunarálagi og erfiðri hegðun sjúklings. Marktækar breytingar á lífsgæðum komu fram hjá aðalumönnunaraðila einstaklinga með ADHD. Félagsleg virkni var marktækt betri hjá hinum umönnunaraðila einstaklinganna, en fjölskylduvirkni og samvinna var marktækt minni. Rannsóknirnar varpa ljósi á hvernig fagaðilar geta stutt umönnunaraðila ungs fólks með átröskun eða með athyglisbrest og ofvirkni.

Aðalleiðbeinandi Margrétar var dr. Erla Kolbrún Svavarsdóttir, prófessor við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Auk hennar sátu í doktorsnefnd dr. Rúnar Vilhjálmsson, prófessor við sömu deild, dr. Helga Zoëga, prófessor við Læknadeild, og dr. Janet Treasure, prófessor við King's College í London. Andmælendur eru dr. Andrew Estefan, dósent við University of Calgary í Kanada, og dr. Sigurður Páll Pálsson, yfirlæknir á geðdeild Landspítala-háskólasjúkrahúss.



Margrét Gísladóttir.

Margrét Gísladóttir lauk prófi í hjúkrunarfræði frá Hjúkrunarskóla Íslands árið 1981, prófi í fjölskyldumeðferð frá UCL í London árið 2000 og MS-gráðu í geðhjúkrun frá Háskóla Íslands árið 2007. Margrét er sérfræðingur í hjúkrun á Landspítalanum og teymisstjóri í átröskunarteymi BUGL. Hún er jafnframt stundakennari við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.



Á myndinni eru f.v. Helga Zoëga, Erla Kolbrún Svavarsdóttir, Sigurður Páll Pálsson, Margrét Gísladóttir, Andrew Estefan, Helga Jónsdóttir og Rúnar Vilhjálmsson.

Sjúklingar sem námsmenn: Hvað vill fólk vita fyrir skurðaðgerð, hvernig vill það fræðast og gætu kennslutölvuleikir gagnast í sjúklingafræðslu?



Brynja Ingadóttir.

Brynja Ingadóttir varði doktorsritgerð sína í hjúkrunarfræði við Linköpinghaskóla í Svíþjóð þann 24. nóvember 2016. Ritgerðin ber heitið Sjúklingar sem námsmenn: Hvað vill fólk vita fyrir skurðaðgerð, hvernig vill það fræðast og gætu kennslutölvuleikir gagnast í sjúklingafræðslu? (Learning as a patient: What and how individuals want to learn when preparing for surgery and the potential use of serious games in their education).

Fræðsla gerir sjúklingum betur kleift að taka þátt í umönnun sinni en það er mjög mikilvægt fyrir bata þeirra eftir skurðaðgerð. Sjúklingafræðslu má veita með ýmsum aðferðum, til dæmis munnlega, með bæklingum eða með því að nota upplýsingatækni á formi vefsíðna eða kennslutölvuleikja. Meginmarkmið doktorsverkefnisins, sem fólst í fjórum rannsóknum, var að lýsa væntingum skurðsjúklinga til fræðslu, lýsa því hvernig þeir vilja læra og að kanna möguleika kennslutölvuleikja í sjúklingafræðslu. Rannsóknirnar leiddu í ljós að sjúklingar væntu mikils af fræðslu en þær voru ekki uppfylltar nema að litlu leyti. Viðhorf þeirra til nýrra og hefðbundinna aðferða og miðla til að læra mótaðist af trausti á fræðslumiðli og eigin áhugahvöt. Þótt áhugi væri á notkun vefsíðna og kennslutölvuleikja gætti ákveðinnar tortryggni í garð þeirra og þátttakendur kölluðu eftir ráðleggingum og aðstoð heilbrigðisstarfsfólks við slíka notkun. Tölvuleikur til að hjálpa sjúklingum að læra um verkjameðferð eftir skurðaðgerð var saminn og prófaður í doktorsverkefninu. Nothæfi leiksins var metin mikil og vísbendingar voru um að með því að spila leikinn bættu þátttakendur þekkingu sína um verkjameðferð.

Leiðbeinendur voru prófessor Tiny Jaarsma, dr. Ingela Thylén og prófessor Mitra Unosson. Andmælandi var prófessor Björn Fossum.

Brynja Ingadóttir lauk stúdentsprófi frá Menntaskólanum við Hamrahlíð árið 1980, BS-prófi í hjúkrunarfræði árið 1986 frá Háskóla Íslands og MS-prófi í hjúkrunarfræði árið 2007 frá Royal College of Nursing við Háskólann í Manchester og Háskólanum á Akureyri. Brynja starfar sem sérfræðingur í hjúkrun á Landspítala-háskólasjúkrahúsi og adjunkt við Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands.

Færni í sjúklingafræðslu. Viðhorf sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks með reynslu af fræðslu um kransæðasjúkdóma

Margrét Hrönn Svavarsdóttir, hjúkrunarfræðingur og lektor við Heilbrigðisvísindasvið HA, lauk doktorsprófi við Læknadeild Norwegian University of Science and Technology (NTNU) í Þrándheimi 29. janúar 2016. Titill doktorsritgerðarinnar er: Færni í sjúklingafræðslu. Viðhorf sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks með reynslu af fræðslu um kransæðasjúkdóma (Competence development in patient education; The perspective of health professionals and patients with experience in patient education in cardiac care).

Doktorsverkefnið byggist á tveimur eiginlegum rannsóknum. Þátttakendur voru 19 hjúkrunarfræðingar, lækningar og sjúkraþjálfarar með reynslu af umönnun og fræðslu kransæðasjúklinga og 17 sjúklingar sem höfðu nýlega greinst með kransæðasjúkdóm og fengið formlega fræðslu eftir útskrift af sjúkrahúsi. Markmið rannsóknanna var

annars vegar að skoða sýn sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólks á hvað er nauðsynleg þekking og færni til að geta veitt einstaklingum með kransæðasjúkdóm góða fræðslu, og hins vegar að skoða hvaða menntun og þjálfun heilbrigðisstarfsfólk telur sig þurfa til að þróast frá byrjanda til sérfræðings í sjúklingafræðslu. Meginniðurstöður rannsóknarinnar voru að til að geta frætt þennan sjúklingahóp á árangursríkan hátt þarf heilbrigðisstarfsfólk að búa yfir gagnreyndri fræðilegri þekkingu um kennslufræði og sjúkdóminn, klínískri þekkingu og reynslu af umönnun hjartasjúklinga ásamt mjög góðri færni í samskiptum. Heilbrigðisstarfsfólkið, sem tók þátt í rannsókninni, taldi að til öðlast færni í fræðslu þyrfti áhuga og skilning á mikilvægi sjúklingafræðslu og hvetjandi starfsumhverfi. Þverfagleg samvinna, handleiðsla og ráðgjöf sérfræðinga eru dæmi um úrræði sem talin voru ýta undir framfarir.

Aðalleiðbeinandi var dr. Aslak Steinsbekk, prófessor við NTNU, og annar leiðbeinandi var dr. Árún K. Sigurðardóttir, prófessor við HA. Andmælendur voru dr. Tiny Jaarsma, prófessor við Linköpingháskóla í Svíþjóð, og dr. Felicity Astin, prófessor við University of Huddersfield á Englandi.



Margrét Hrönn Svavarsdóttir.

Margrét Hrönn Svavarsdóttir, sem er fædd árið 1965, lauk BSc-námi í hjúkrunarfræði frá Háskóla Íslands árið 1990 og meistaranámi í endurhæfingarhjúkrun (klínískur sérfræðingur) frá State University of Buffalo í New York árið 2000.



Hjúkrunarfræðingar – Hjúkrunarnemar

Reykjavíkurborg veitir heilbrigðisþjónustu á hjúkrunarheimilum og í heimahjúkrun.

Við leitum eftir starfskröftum hjúkrunarfræðinga og hjúkrunarnema til starfa í sumar. Föst störf koma einnig til greina. Fjölbreytt og skemmtileg störf í boði.

Um er að ræða eftirtalda vinnustaði:

Droplaugarstaðir hjúkrunarheimili, Seljahlíð – heimili aldraðra, heimahjúkrun Efstaleiti 1, heimahjúkrun Lindargötu 59 og heimahjúkrun Hraunbæ 119.

Upplýsingar veita eftirtaldir aðilar:

Droplaugarstaðir – Ingibjörg s. 414-9500
ingibjorg.olafsdottir@reykjavik.is

Seljahlíð – Margrét s. 540-2400
margret.ardis.osvaldsdottir@reykjavik.is

Heimahjúkrun Hraunbæ 119 – Dagný s. 411-9600
dagny.haengsdottir@reykjavik.is

Heimahjúkrun Lindargata 59 – Kristín s. 411-9650
Kristin.Blondal@reykjavik.is

Heimahjúkrun Efstaleiti 1 – Ragna Lilja s. 411-1590
ragna.l.gardarsdottir@reykjavik.is

Hægt er að sækja um störfin á vef Reykjavíkurborgar:

www.reykjavik.is → Laus störf / sumarstörf
 (til 30. apríl 2017)



Reykjavíkurborg
 VELFERÐARSVIÐ

Notkun FINDRISK-matstækisins til að meta hættu á sykursýki af tegund 2: Meginindleg rannsókn

Útdráttur

Tilgangur: Sykursýki af tegund 2 hefur hingað til verið algengari meðal aldraðra heldur en ungra, en á undanförunum árum hefur sjúkdómurinn greinst mun oftari hjá ungu fólki en áður var. Með því að skima eftir áhættu á sykursýki 2 samhliða fræðslu um lífsstílsbreytingar má draga úr tíðni á sykursýki 2. Matstækið „The Finnish Diabetes Risk Score“ (FINDRISK) greinir hættuna á að fá sykursýki 2 á næstu 10 árum. Tilgangur rannsóknarinnar var að kanna: a) hve stórt hlutfall af ákveðnu úrtaki er í hættu á að fá sykursýki 2, b) að fá upplýsingar um hagnýtt notagildi FINDRISK-matstækisins.

Aðferð: Aðferðin var lýsandi þversniðsrannsókn. Starfsmenn ákveðins fyrirtækis ($n=150$) fengu boð um að taka þátt í rannsókninni, skilyrði úrtaksins uppfylltu 117 einstaklingar, 82 þeirra samþykktu þátttöku, svarhlutfall var 70%. Matstækið FINDRISK var lagt fyrir og mælingar á hæð, þyngd, ummáli mittis, blóðsykri og blóðþrýstingi voru framkvæmdar og líkamsþyngdarstuðull reiknaður. FINDRISK-matstækið samanstendur af 8 spurningum og stigafjölda frá 0 til 21. Fleiri stig þýða aukna áhættu, viðmiðunargildið ≥ 9 stig gefur til kynna aukna áhættu á að fá sykursýki af tegund 2. Lýsandi tölfraði og ályktunartölfraði var notuð við úrvinnslu gagna.

Niðurstöður: Meðalaldur þátttakenda var 42,6 (sf 15,0) ár og 27 einstaklingar (32,9%) voru með ≥ 9 stig á FINDRISK-matstækinu og teljast því í aukinni hættu á að fá sykursýki af tegund 2 á næstu 10 árum. Marktækt fleiri konur (42,2%) en karlar (18,9%) reyndust vera í aukinni hættu á að fá sykursýki af tegund 2 ($p=0,03$). Meðalaldur þeirra sem voru með ≥ 9 stig var 50,8 (sf 14,3) ár en þeirra sem voru með ≤ 8 stig var 38,7 (sf 13,4) ár ($p>0,001$). Aðhvarfsgreining sýndi að hærri blóðsykur og hærri slagbilsþrýstingur hafa marktæk áhrif á heildarstigafjölda.

Ályktanir: FINDRISK-matstækið er hentugt til að skima eftir hættu á að fá sykursýki 2 og er auðvelt í notkun. Þörf er á reglulegri skimun og faglegri ráðgjöf frá hjúkrunarfræðingum til þeirra sem eiga á hættu að fá sykursýki 2.

Lykilorð: Sykursýki af tegund 2 — FINDRISK-matstækið — Skimun — Forvarnir — Fræðsla

Inngangur

Alþjóðaheilbrigðismálastofnunin (WHO) áætlað að 422 milljónir manna séu með sykursýki (WHO, 2016) og Alþjóðlegu sykursýkissamtökin (IDF) áætla að 179 milljónir séu með ógreinda sykursýki. Sykursýki verður æ algengari og er algengast að fólk 40 til 59 ára greinist með sykursýki (IDF diabetes-atlas, 2016). Sykursýki af tegund 2 hefur verið algengari meðal aldraðra en á undanförunum árum hefur sjúkdómurinn greinst mun oftari en áður hjá ungu fólki og hjá fólki sem er enn á vinnumarkaði. Með auknum fólksfjölda, bættum lífslíkum, breyttum lífsstíl, offitu og aukinni kyrrsetu er talið líklegt að einstaklingum með sykursýki 2 fjölgi um helming (IDF, 2016; Makrilakis o.fl., 2011). Framvinda sykursýki 2 tekur venjulega nokkur ár og er að mestu án einkenna (Lindström o.fl., 2010). Í Reykjavíkurrannsókninni var fylgst með 2251 einstaklingi í 26 ár og gerð afturskyggn greining á áhættuþáttum. Fram kom að ef miðaldra einstaklingur á ættingja með sykursýki 2 og hefur háan líkamsþyngdarstuðul (LPS), háan blóðþrýsting og háar blóðfitur tengdist það þróun á sykursýki 2 (Olafsdóttir o.fl., 2009). Það gefur til kynna að hægt sé að meta hættuna á að einhver fái sykursýki 2 löngu áður en sjúkdómurinn kemur fram. Besta forvörnin er að greina einstaklinga sem eru í áhættuhóp á að fá sykursýki 2 áður en sykurlól þeirra skerðist (Lindström og Tuomilehto, 2003) og áður en fylgikvillar sykursýkinna koma fram (Simmons o.fl., 2010).

Lífsstílsbreytingar

Slembaðar samanburðarrannsóknir meðal einstaklinga með skert sykurlól hafa sýnt að koma megí í veg fyrir eða seinka því að sykursýki 2 komi fram með lífsstílsbreytingum (Diabetes Prevention Program Research Group, 2002, 2009, 2015). Þar eru þrjú atriði talin mikilvæg: a) þyngdartap, upp á fimm til sjö prósent af núverandi líkamsþyngd, b) dagleg hreyfing í að minnsta kosti 30 mínútur og c) mataræði, mikilvægt er að auka

Hagnýting rannsóknarniðurstæðna:

Nýjungar: Þetta er í fyrsta skipti sem FINDRISK-matstækið er lagt fyrir á Íslandi.

Hagnýting: Rannsóknin sýndi að FINDRISK-matstækið hentar vel til skimunar innan vinnustaða. Það er einfalt í notkun og tekur stuttan tíma að svara.

Þekking: Leggja þarf meiri áherslu á skimun, forvarnir og fræðslu til einstaklinga sem greinast í áhættuhóp fyrir að fá sykursýki 2.

Áhrif á störf hjúkrunarfræðinga: FINDRISK-matstækið er hægt að leggja fram án flókinna inngripa, niðurstöður fást strax og það getur gert vinnubrögð hjúkrunarfræðinga markvissari.

neyslu á trefjum, þá aðallega úr grófu korni, ávöxtum og grænmeti (Paulweber o.fl., 2010). Einnig hafa langtímarannsóknir staðfest að þeir sem teljast í áhættuhópi að fá sykursýki 2 og hafa breytt lífsstíl sínum halda áfram á nýju brautinni eftir að virkri meðferð er hætt. Þátttakendum í slembaðri sam-
burðarrannsókn í Finnlandi var boðið að taka þátt í sjö ára framhaldsrannsókn. Rannsóknin staðfesti að fylgni gagnvart hollu og trefjaríku mataræði og aukinni hreyfingu var meiri í íhlutunarhópi en í sam-
burðarhópi og að hægt er að halda sig við breyttan lífsstíl eftir að formlegri ráðgjöf lýkur (Lindström, o.fl. 2006). Hópur rannsaken-
da í Bandaríkjunum (Diabetes Prevention Program Research Group, DPP) rannsakaði hvernig og hvort hægt væri að fyrirbyggja sykursýki 2 með lífsstíls-
ráðleggingum og/eða lyfjameðferð, og hvort árangurinn, sem þátttakendur höfðu náð í fyrstu DPP-rannsókninni, hefði hald-
ist eður ei. Þátttakendum, sem áttu á hættu að fá sykursýki 2, var skipt í þrjá hópa af handahófi og fylgt eftir í 15 ár. Tilfelli-
um sykursýki 2 fækkaði um 27% hjá þeim sem fengu fræðslu um nákvæmar lífsstílsbreytingar (n=1079) og 18% hjá þeim sem fengu staðlaðar lífsstílsráðleggingar og blóðsykurslækkandi lyf (metformin) (n=1073) miðað við hópinn sem fékk lyfleysu (n=1082). Rannsakendur ályktuðu að 15 ára eftirfylgni staðfesti mikilvægi þess að koma í veg fyrir að sykursýki 2 kæmi fram og að hægt væri að viðhalda breyttum lífsstíl og koma í veg fyrir þróun á sykursýki 2 meðal einstaklinga sem væru í áhættuhópi (Diabetes Prevention Program Research Group, 2009, 2015). Niðurstöður þessara rannsókna beina athyglinni að því að skimun eftir sykursýki 2 geti verið árangursrík. Skimun gefur tækifæri til að beita markvissri fræðslu og forvörnum í þeim hópi þar sem hættan er til staðar.

Skimun

Alþjóðlegu sykursýkissamtökin ráðleggja að hjúkrunarfræðingar og læknar skimi einstaklinga sem teljast í áhættuhópi út af sykursýki 2 (IDF, 2016). Bandarísku sykursýkissamtökin (ADA) mæla með að skimað sé eftir sykursýki 2 á þriggja ára fresti hjá fólki sem er 45 ára og eldra, sérstaklega hjá þeim sem eru með LPS hærri en 25 kg/m² (Paulweber o.fl., 2010). Á Íslandi er mælt með tækifærisskimun á eins til þriggja ára fresti hjá fólki sem er með einhverja áhættuþætti fyrir sykursýki 2, eins og að sykursýki sé í ættinni, sykurlól sé skert eða ef fastandi blóðsykur fer hækkandi. Einnig er mælt með skimun hjá þeim sem hafa hjarta- og æðasjúkdóma, eru með ummál mittis fyrir ofan viðmiðunargildi, hafa einhvern tímann verið með háþrýsting eða eru eldri en 40 ára, og hjá konum sem hafa greinst með meðgöngusykursýki (Anna S. Sigmundsdóttir o.fl., 2009).

Við skimun eftir hættunni á að fá sykursýki 2 mæla Alþjóðlegu sykursýkissamtökin með að notað sé hnitmiðað matstæki sem hefur næmni til að greina á fljótlegan hátt hvort einstaklingur sé í meiri hættu á að fá sykursýki 2 en meðalmaðurinn (IDF, 2016).

Til eru nokkur matstæki til að skima eftir hættunni á að fá sykursýki 2. Eitt þeirra er „The Finnish Diabetes Risk Score“ (FINDRISK-matstækið) og mæla Alþjóðlegu sykursýkissamtökin (IDF, 2016) með notkun þess. Mælt er með að nota mats-

tækið FINDRISK til skimunar í Finnlandi og Svíþjóð og það hefur verið notað víðs vegar um Evrópu, í Bandaríkjunum og Kanada (Brown o.fl., 2012; Gyberg o.fl., 2012; Makrilakis o.fl., 2011; Nilsen o.fl., 2011; Viitasalo o.fl., 2012).

Rannsóknir hafa bent til að hentugt er að skima fólki með FINDRISK-matstækinu innan vinnustaða (Gyberg o.fl., 2012; Viitasalo o.fl., 2012, Viitasalo o.fl., 2015) og á heilsugæslustöðvum (Vähäsarja o.fl., 2012). Í rannsókn Vähäsarja o.fl. (2012) var það notað til skimunar hjá einstaklingum (n=10149) sem leituðu til heilsugæslustöðvar. Af þeim voru 7128 einstaklingar sem samkvæmt FINDRISK-matstækinu voru í áhættuhópi fyrir að fá sykursýki 2, 2577 karlmenn og 4551 kona á aldrinum 18 til 87 ára. Meðalaldur þátttakenda var 55,4 ár og meðal-LPS var 31,3 kg/m². Um það bil 65% þátttakenda stunduðu enga hreyfingu, en rannsakendur telja að hreyfing sé lykilatriði þegar kemur að forvörnum fyrir sykursýki 2. FINDRISK-matstækið hefur einnig verið notað til þess að bjóða þeim sem greinast í áhættuhópi að fá sykursýki 2, þátttöku í íhlutunarrannsókn um lífsstílsbreytingar (Nilsen o.fl., 2011; Viitasalo o.fl., 2012). Gerð var safngreining á 31 rannsókn um matstæki til að meta hættuna á að fá sykursýki 2. Þar kom fram að besta samsetning á næmni og sérhæfni matstækja var hjá FINDRISK, með næmni upp á 81% og sérhæfni upp á 76% (Brown o.fl., 2012).

Tilgangur rannsókna

Tilgangur rannsóknarinnar var að leggja fyrir FINDRISK-matstækið til að athuga hve stórt hlutfall af ákveðnu úrtaki er í áhættuhópi að fá sykursýki 2 á næstu 10 árum og að fá upplýsingar um hagnýtt notagildi FINDRISK-matstæksins. Markmið rannsóknarspurninganna, sem lagðar voru fram, var að sjá hve hátt hlutfall þátttakenda var með meira en 9 stig á FINDRISK-matstækinu, hver dreifing heildarstiga var og hvort munur væri á kynjum með tilliti til hættunnar á að fá sykursýki 2 á næstu 10 árum. Einnig vildu rannsakendur fá upplýsingar um hagnýtt gildi FINDRISK-matstækisins.

Aðferð

Rannsóknarsnið, þýði og úrtak

Rannsóknaraðferðin var þversniðskonun. Gerðar voru mælingar á þátttakendum og svöruðu þeir spurningum FINDRISK-matstækisins einn ákveðinn dag. Skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni var að vera orðinn 18 ára, tala, skilja og geta skrifað íslensku og hafa ekki greinst með sykursýki.

Þýði rannsóknarinnar var 150 manna vinnustaður í nóvember 2013 eða þegar gagnasöfnun fór fram. Í úrtakinu voru 117 einstaklingar sem tóku þátt í heilsufarsmælingum sem viðkomandi fyrirtæki býður starfsmönnum sínum árlega upp á, var því ekki um skjólstæðinga heilsugæslu eða annarra heilbrigðisstofnana að ræða. Almenn kreftastörfin, sem unnin eru í fyrirtækinu, ekki mikillar menntunar. Reynt var að ná til þeirra 33 sem ekki skráðu sig í heilsufarsmælingarnar til að taka þátt í rannsókninni, en án árangurs. Af þeim 117 einstaklingum, sem fóru í heilsufarsmælingar, voru 82 einstaklingar

sem uppfylltu skilyrði fyrir þátttöku í rannsókninni og samþykktu þeir allir þátttöku.

Matstæki

The Finnish Diabetes Risk Score (FINDRISK-matstækið) var útbúið í Finnlandi á árunum 1987 til 1992. FINDRISK-matstækið er einfalt, hagnýtt og upplýsandi og metur hvort einstaklingar eru í áhættuhópi að fá sykursýki 2 á næstu 10 árum (Lindström og Tuomilehto, 2003). Það byggist á heilsufarsupplýsingum og líkamsástandi þátttakenda. FINDRISK-matstækið er frítt og er það aðgengilegt á internetinu. Það tekur um 10 til 15 mínútur að svara spurningunum í matstækinu ef mælingar á hæð, þyngd og ummáli mittis eru gerðar í leiðinni, annars um 5 mínútur.

Þegar matstækið var útbúið var slembiúrtak fengið úr finnsku þjóðskránni árin 1987 (4746 einstaklingar) og 1992 (4615 einstaklingar). Úrtakið var 6,6% af íbúum einnar sýslu á aldrinum 25–64 ára og var lagskipt þannig að 250 einstaklingar af báðum kynjum í hverjum 10 ára aldurshópi lentu í úrtakinu. Einstaklingunum var fylgt eftir í 5 og 10 ár og lokamat á matstækinu byggðist á því hvort þátttakendur hefðu fengið sykursýki sem krefðist lyfjameðferðar eða ekki. Þátttakendum var sendur spurningalisti þar sem spurt var út í heilsufar og lífsstíl, en jafnframt fóru fram mælingar á heilsugæslustöð á hæð, þyngd og ummáli mittis, fastandi blóðsykri og gert var sykurbolspróf. Samanburður var gerður á spurningalistanum, sykurbolsprófi og blóðsykursmælingum. Með því var hægt að greina helstu áhættuþætti og forspárgildi fyrir sykursýki 2 eins og nauðsynlegt er að hafa í matstæki til að meta hættuna á að fá sykursýki 2 á næstu 10 árum (Lindström og Tuomilehto, 2003).

Í FINDRISK-matstækinu eru átta spurningar, sjá mynd 1. Stigagjöf fyrir hverja spurningu er samkvæmt viðmiðunargildum sem byggð eru á áhættuþáttunum. Heildarstigagjöf er frá núll stigum upp í 21 stig. Eftir því sem heildarstigin eru fleiri eykst áhætta á að fá sykursýki 2. Viðmiðunargildið ≥ 9 sýndi 77% næmni og 76% sérhæfni hjá þeim sem fylgst var með í 10 ár og 81% næmni og 76% sérhæfni hjá þeim sem fylgst var með í 5 ár (Lindström og Tuomilehto, 2003). Höfundar FINDRISK-matstækisins miða við að sá sem fær 8 stig eða færri teljist í lítilli áhættu, þeir sem fá 9 til 14 stig eru taldir í miðlungs-áhættu, 15 til 20 stig telst mikil áhætta, 21 stig og þar yfir mjög mikil áhætta við að fá sykursýki 2 á næstu 10 árum (Lindström og Tuomilehto, 2003; Paulweber o.fl., 2010).

Innan fyrirtækisins, þar sem rannsóknin var gerð, er öllu starfsfólki boðið árlega í heilsufarsmælingar því að kostnaðarlausu. Álitið var hagkvæmast að tengja gagnaöflun rannsóknarinnar við heilsufarsmælingarnar. Hjúkrunarfræðingarnir, sem önnuðust heilsufarsmælingarnar, aðstoðuðu við gagnaöflun rannsóknarinnar, mældu blóðþrýsting, púls, hæð, þyngd, ummál mittis og blóðsykur, og sáu um að óska eftir þátttöku starfsfólks í rannsóknina. Þeim sem samþykktu þátttöku í rannsókninni var vísað inn í annað herbergi þar sem fyrsti höfundur greinarinnar framkvæmdi lokagagnasöfnun rannsóknarinnar.

Framkvæmd / gagnasöfnun

Tölfræðileg úrvinnsla

Við gagnagreiningu var notað tölfræðiforritið *Statistical Package for the Social Sciences*, útgáfa 15,0 (SPSS). Marktæknimörk í rannsókninni voru sett við $p < 0,05$. Til að bera saman kyn og spurningar þar sem hægt var að reikna meðaltal (stikaðar mælingar) var notað t-próf óháðra hópa. Kíkvaðratpróf og raðfylgni-stuðullinn Kendalls tá-c voru notuð til að skoða hvort marktækur munur væri innan spurninga í FINDRISK-matstækinu eftir kyni. Línuleg aðhvarfsgreining var gerð til að athuga tengsl á milli heildarstigafjölda FINDRISK-matstækisins og kyns, blóðsykurs og slag- og hlébilsþrýstings.

Siðfræði

Siðanefnd Sjúkrahúsins á Akureyri veitti leyfi fyrir rannsókninni (nr. 7/2013) og var Persónuvernd tilkynnt um rannsóknina. Haft var samband við framkvæmdastjóra viðkomandi fyrirtækis sem gaf leyfi fyrir því að gagnaöflun færi fram. Einnig var haft samband við hjúkrunarfræðinga Heilsuverndar sem veittu samþykki sitt við að aðstoða við gagnaöflun. Þátttakendum í rannsókninni var afhent kynningarblað um rannsóknina.

Mat á áhættu fyrir tegund 2 sykursýki (Lindström og Tuomilehto, 2003)

Gerðu hring um rétt svar og legðu saman punktana

1. Aldur

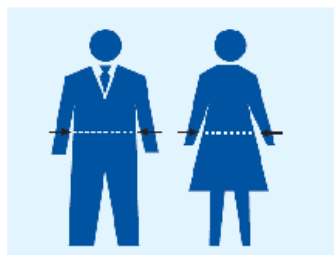
- 0 P Undir 45 ára
2 P 45-54 ára
3 P 55-64 ára
4 P Yfir 64 ára

2. Líkamsþyngdarstuðull (LBS)?

- 0 P Minni en 25 kg/m²
1 P 25-30 kg/m²
3 P 30 kg/m² eða meira

3. Hvert er ummál mittis þíns, mælt 2 cm yfir ofan naffa?

- | Karlmann | Konur |
|---------------------|----------------|
| 0 P Minna en 94 cm | Minna en 80 cm |
| 3 P 95-101 cm | 81-88 cm |
| 4 P Meira en 102 cm | Meira en 89 cm |



4. Hreyfir þú þig daglega 30 mínútur eða meira, þetta á bæði við í vinnu og í frítíma (dagleg störf teljast með)?

- 0 P Já
2 P Nei

5. Hve oft borðar þú grænmeti, ávexti og ber?

- 0 P Á hverjum degi
1 P Ekki daglega

6. Hefur þú tekið lyf vegna hálsblóðþrýstings reglulega?

- 0 P nei
2 P já

7. Hefur einhver tíma fundist hjá þér of hátt blóðsykur, við einhverjar skoðanir t.d. vegna veikinda eða vegna meðgöngu barns?

- 0 P nei
5 P já

8. Hefur einhver úr náinni fjölskyldu þinni sykursýki?

- 0 P nei
3 P já afi eða amma, föður eða móður systkini eða systkinabörn

- 5 P já foreldrar, bróðir eða systir eða barn

Heildarfjöldi stiga _____

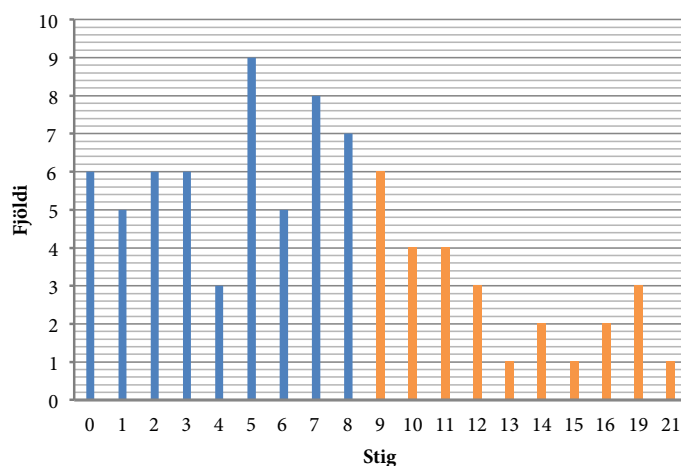
Áhættan á að þróa sykursýki af tegund 2 innan 10 ára er

- Minna en 7 stig: Lítil áhætta, áætlað að 1 af 100 þrói með sér sykursýki
7-11 stig: Aðeins meiri áhætta, áætlað að 1 af 25 þrói með sér sykursýki
12-14 stig: Talsverð áhætta eða áætlað 1 af 6 þrói með sér sykursýki
15-20 stig: Mikil áhætta, áætlað að 1 af 3 þrói með sér sykursýki
> 20 stig: Mjög mikil áhætta, áætlað að 1 af 2 þrói með sér sykursýki

Mynd 1. Íslensk útgáfa af FINDRISK-matstækinu.

Niðurstöður

Samtals tóku 82 einstaklingar þátt í rannsókninni, 37 karlar (45%) og 45 konur (55%). Svarhlutfall í rannsókninni var 70%. Þátttakendur voru á aldrinum 18 til 74 ára og var meðalaldurinn 42,6 ár (sf 15,0). Ekki var munur á meðalaldri karla og kvenna. Spönnin í aldri karla var frá 18 til 74 ára, en kvenna frá 20 til 69 ára. Tafla I sýnir meðaltal, staðalfrávik og spönn á lýð- og lífeðlisfræðilegum gildum. Ekki reyndist munur á LPS, blóðþrýstingi eða blóðsykri karla og kvenna. Ekki kom fram marktækur munur á heildarstigafjölda karla ($M=6,19$, $SD=4,7$) og kvenna ($M=7,73$, $SD=5,1$) úr FINDRISK-matstækinu ($t_{(80)}=-1,42$; $p>0,05$). Ekki var marktækur munur á kynjum þegar spurt var hvort ættingjar hefðu fengið sykursýki, en fleiri konur (33%) svöruðu þeirri spurningu játandi á móti 30% karla.



Mynd 2. Stöplarit sem sýnir fjölda þátttakenda eftir heildarstigum FINDRISK. Engin/lítill áhætta frá 0 til 8 stig (bláir stöplar) og frá 9 til 21 (gulir stöplar) sýnir þá sem eru í áhættuhóp.

Tafla I. Meðaltal og staðalfrávik á lýð- og lífeðlisfræðilegum mælingum eftir kyni.

	Karlar (N=37)		Konur (N=45)	
	Meðaltal (spönn)	Staðal-frávik	Meðaltal (spönn)	Staðal-frávik
Aldur ár	41,0 (18–74)	15,9	43,91(20–69)	14,76
Hæð í cm	177,5(1,60–1,92)	7,2	164,5 (1,50–1,79)	6,6
Þyngd í kg	82,7 (51,1–108,6)	14,1	70,1(45–92,4)	13,5
Likamsþyngdar-stuðull	26,0 (19–34,5)	3,8	26,1(17,4–40,7)	5,0
Ummál mittis í cm	91,7 (74–110)	10,7	84,8 (62–116)	11,5
Blóðsykur (mmol/l)	5,4 (4,3–9,3)	0,9	5,8 (4,6–9,0)	0,8
Blóðþrýstingur: Efri mörk (mmHg)	127 (105–165)	13	125 (100–170)	16
Neðri mörk (mmHg)	76 (60–100)	9	74 (55–97)	9,7

Dreifing heildarstiga samkvæmt FINDRISK-matstækinu

Alls voru 27 þátttakendur eða 32,9% með ≥ 9 í heildarstig úr FINDRISK-matstækinu. Marktækur munur ($p>0,001$) var á meðalaldri þeirra sem voru með ≥ 9 í heildarstig (tæplega 51 árs, sf 13,4) og þeirra sem mældust með ≤ 8 stig (tæplega 39 ára, sf 14,3).

Dreifing heildarstiga á FINDRISK-matstækinu hjá körlum var frá núll til 19 stiga en frá núll til 21 stigs hjá konum. Flestir þátttakendur voru með 5 stig ($n=9$) (11%), sjá mynd 2. Þátttakendur með heildarstig frá 9 til 14 (miðlungshætta) voru 20 (24,4%), 6 þátttakendur (7,3%) voru með 14 til 20 stig (mikil hætta) og einn þátttakandi var með 21 stig (mjög mikil hætta). Lægra hlutfall karla (18,9%) en kvenna (42,2%) mældist í áhættuhópi á að fá sykursýki 2 ($p=0,03$).

Línuleg aðhvarfsgreining, tafla 2, var gerð til þess að skoða áhrif kyns, blóðsykurs og slag- og hlébilsblóðþrýstings á heildarstigafjölda FINDRISK-matstækisins. Heildarlíkanið var marktækt ($F=7,031$, $p<0,001$) og með vitneskju um kyn, blóðsykur og slag- og hlébilsblóðþrýsting má skýra 26% af dreifingu heildarstiga FINDRISK-matstækisins og þar skipta máli hærri slagbilsþrýstingur og blóðsykur.

Umræða

Þriðjungur þátttakenda ($n=27$) var með 9 stig eða meira á FINDRISK-matstækinu og eru þeir því taldir vera í áhættuhóp að fá sykursýki af tegund 2 á næstu 10 árum. Meðalaldur þeirra var einungis tæpt 51 ár og gefur það vísbendingu um að fylgjast þurfi með þessum hópi á næstu árum til að reyna að sporna við því að þeir fái sykursýki 2. FINDRISK-matstækið auðveldar markvissara áhættumat þannig að hægt sé að bjóða þeim forvarnir sem fá 9 stig eða meira. Samtök í Kanada um forvarnir í heilbrigðisþjónustu benda á að á árunum 2008 til 2009 hafi greiningum á sykursýki 2 fjölgað um 50% hjá einstaklingum á

Tafla II. Skýringargildi breyta sem áhrif hafa á heildarstig FINDRISK við línulega aðhvarfsgreiningu

	Óstöðluð hallatala	Staðalvilla	Stöðluð hallatala	p-gildi
Kyn	1,6	1,0	0,16	0,109
Blóðsykur	1,16	0,57	0,20	0,044
Slagbilsþrýstingur	0,095	0,04	0,28	0,025
Hlébilsþrýstingur	0,112	0,07	0,21	0,089

$R=0,26$. Aðlagð $R^2=0,23$.

aldrinum 45 til 64 ára (Canadian task force on preventive health care, 2012). Hér á landi reyndist á árunum 1997 til 2002 greiningum á sykursýki 2 hafa fjölgað um 4,7% meðal einstaklinga á aldrinum 45 til 64 ára (Landlæknisembættið, 2009). Í nýlegu yfirliti um áætlaða tíðni sykursýki frá Alþjóðaheilbrigðismálastofnuninni segir að tíðni sykursýki á Íslandi sé 7,1% en það er hærra en áætluð tíðni sykursýki í Danmörku (6,1%), Noregi (6,6%) og Svíþjóð (6,9%), en lægra en í Finnlandi (7,7%) (WHO, 2016). Fjölgun sykursýkitilfella hér á landi ýtir undir skimun út af sykursýki 2. Einnig þarf að hafa í huga að um 30 til 50% einstaklinga eru með ógreinda sykursýki og við greiningu sjúkdómsins má áætla að um það bil 20 til 30% séu með einhver merki um fylgikvilla sykursýki (Simmons o.fl., 2010). Fylgikvillar sykursýki 2 skerða lífsgæði fólks og auka kostnað heilbrigðiskerfisins (Tamayo o.fl., 2014; Tankova o.fl., 2011).

Niðurstöður okkar rannsóknar samræmast niðurstöðum erlendra rannsókna (Makrilakis o.fl., 2011) um að slagbilsþrýstingur hafi marktæk áhrif á heildarstigafjölda FINDRISK-matstækisins og að tengsl séu á milli heildarstigafjölda FINDRISK-matstækisins og blóðsykurs. Framskyggn hóprannsókn Costa o.fl. (2013) sýndi að hækkaður blóðsykur hafði mesta forspárgildið fyrir að einhver fengi sykursýki 2. Í þessari rannsókn kom fram að konur ættu frekar á hættu að fá sykursýki 2 en karlar, samræmist það öðrum rannsóknaniðurstöðum (Costa o.fl., 2013; Tankova o.fl., 2011). Hins vegar er vitað að fleiri karlar en konur hafa sykursýki á Íslandi og að tilfellum sykursýki 2 fjölgaði um 100% hjá körlum og um 50% hjá konum á árunum 1967 til 2007 (Bolli Þórsson o.fl., 2009). Zhang og félagar (2014) reiknuðu tölfraðilega marktækni og forspárgildi FINDRISK-matstækisins ($n=20.633$) og þeir mæla með að viðmiðunarmörk matstækis til að greina áhættu á sykursýki séu lægri hjá körlum en konum. Getur það skýrt af hverju fleiri konur en karlar í þessari rannsókn áttu á hættu að fá sykursýki 2.

Mesta forspárgildið um hvort konur fá sykursýki 2 er hvort sjúkdómurinn er í ættinni eður ei (Balkau o.fl., 2008). Hér svöruðu 33% kvenna og 30% karla spurningunni um sykursýki meðal ættingja játandi. Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera meðvitaðir um að veita þeim einstaklingum fræðslu sem eiga ættingja með sykursýki 2.

Líkamsþyngdarstuðull er talinn óháður forspárþáttur fyrir sykursýki 2 (Balkau o.fl., 2008; Costa o.fl., 2013). Í rannsókn Hrafnhildar Guðjónsdóttur og félaga (2015) var reiknaður út mismunur á LPS eftir kynjum og eftir búsetu. Þar kemur fram að konur ($n=208$), sem voru 46 ára eða eldri, búa utan höfuðborgarsvæðisins og eru yfir kjörþyngd, voru 60,1% af úrtaki. Er það í samræmi við niðurstöður úr þessari rannsókn þar sem 57,8% kvenna reyndust vera yfir kjörþyngd og allar búa þar utan höfuðborgarsvæðisins. Rétt er að benda á að hér var meðal-LPS kvenna 26,1 kg/m² með staðalfrávik upp á 5 og það gefur til kynna að dreifing hafi verið í þyngd kvennanna. Í áðurnefndri rannsókn Hrafnhildar Guðjónsdóttur og félaga (2015) var meðal-LPS karla 46 ára og eldri milli 27 og 28 kg/m² sem er töluvert meira en í þessari rannsókn. Því má álykta að hér á landi þurfi almenna viðhorfsbreytingu til að draga úr ofþyngd.

Sýnt hefur verið fram á að hægt er að sporna við að fólk í áhættuhópi fái sykursýki 2 með aukinni hreyfingu og hollu matarræði, einnig að einstaklingar sem tileinkað hafa sér lífsstílsbreytingar haldi þeim áfram eftir að stuðningsmeðferð er hætt (Diabetes Prevention Program Research Group, 2009; Lindström o.fl., 2006). Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar noti klínískar leiðbeiningar við að veita ráðleggingar um breyttan lífsstíl. Ekki eru til hér á landi neinar klínískar leiðbeiningar um lífsstílsbreytingar. En inni á heimasíðu Embættis landlæknis má finna bækling um almennar ráðleggingar um hreyfingu og næringu (Landlæknisembættið, 2008). Rannsóknir sýna að ráðleggingar til skjólstæðinga heilsugæslu um aukna hreyfingu eru of almennar og það sama á við um ráðleggingar um matarræði og næringargildi matvæla fyrir fólk með LPS ≥ 25 kg/m² (Dillen o.fl., 2013).

Þessi rannsókn ásamt öðrum (Gyberg o.fl., 2012; Viitasalo o.fl., 2012, 2015) sýnir að góður kostur er að ná til fólks á vinnustöðum og leggja FINDRISK-matstækið fyrir.

Mikilvægt er að þeir sem svari FINDRISK-matstækinu hafi aðgang að fræðslu og stuðningi frá hjúkrunarfræðingum þegar túlka á niðurstöðurnar. Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki þegar kemur að forvörnum og fræðslu, þeir ættu að beita sér fyrir því að taka upp markvissa skimun á sykursýki 2 á heilsugæslustöðvum hjá fólki í áhættuhópi, í samræmi við klínískar leiðbeiningar og almennar ráðleggingar (American Diabetes Association, 2013; Anna S. Sigmundsdóttir o.fl., 2009; Landlæknisembættið, 2008). Bent hefur verið á að leiðbeiningum um skimun sé ekki fylgt nægilega vel eftir og að óhentugar leiðir hafi oft verið farnar í mati á hættunni á að fá sykursýki 2 (Heikes o.fl., 2008).

Talið er að sykursýki taki 10% af heildarútgjöldum heilbrigðiskerfa í Evrópu og að mestur hluti kostnaðarinnar sé vegna fylgikvilla (Tamayo o.fl., 2014). Bent hefur verið á að skimun eftir sykursýki 2 á þriggja ára fresti svari kostnaði og það eykur á vægi skimunar (American Diabetes Association, 2013). Útreikningar á því, hvort lífsstílsráðgjöf handa fólki, sem er í áhættu á að fá sykursýki 2, svari kostnaði, sýna að þeim peningum er vel varið (Diabetes Prevention Program Research Group, 2012). Zhuo o.fl. (2010) áætluðu lyfjakostnað hjá fólki með sykursýki vera 124.600, 91.200 og 53.800 Bandaríkjadali eftir því hvort fólk fengi sykursýki 40, 50 eða 60 ára.

Hagnýtt notagildi FINDRISK-matstækisins felst í því að það krefst ekki neinna inngripa né flókinna mælinga ásamt því að ekki tekur langan tíma að svara, og niðurstaða fæst strax að lokinni svörun. Bæði hjúkrunarfræðingunum, sem aðstoðuðu við gagnasöfnun, og þátttakendum í rannsókninni fannst FINDRISK-matstækið vera einfalt, hnitmiðað og hentugt og það var talinn kostur að niðurstaða fékkst strax um áhættuna á að fá sykursýki af tegund 2.

Styrkleiki rannsóknarinnar er að svarhlutfallið var 70%. Ekki er vitað um ástæður þess að 30% úrtaks vildu ekki taka þátt í heilsufarsmælingum og svara FINDRISK-matstækinu. Helsta takmörkun rannsóknarinnar er að úrtak rannsóknarinnar er lítið, frá einu fyrirtæki, og því má ætla að bakgrunnur þátttakenda hafi verið líkur. Þess vegna er erfitt að alhæfa um niðurstöðurnar á öllum sem eiga á hættu að fá sykursýki 2 á Íslandi.

Veikleiki rannsóknarinnar er einnig að ekki hefði átt að útiloka þá sem ekki töluðu og skildu íslensku þar sem FINDRISK-matstækið byggist á hnitmiðuðum spurningum og einföldum mælingum, því er ekki hægt að meta notagildi FINDRISK-matstækisins hjá öðrum þjóðernishópum á Íslandi. Það er einnig veikleiki að ekki var spurt um menntun þátttakenda. FINDRISK-matstækið hefur ekki verið notað áður hér á landi en virðist hafa hagnýtt notagildi til skimunar á áhættunni á að fá sykursýki 2. Til að staðfesta tölfraðilegt forspárgildi og viðmiðunargildi FINDRISK-matstækisins hér á landi er þörf á rannsóknum með stærra úrtaki.

Lagt er til að FINDRISK-matstækið verði notað innan heilsugæslu til að skima eftir sykursýki 2 meðal einstaklinga sem eru með áhættuþætti fyrir sykursýki 2 í samræmi við klín-

ískar leiðbeiningar og almennar ráðleggingar. Áætla má að með því að hjúkrunarfræðingar noti niðurstöður úr skimun með FINDRISK-matstækinu gefist tækifæri til markvissari fræðslu og hvatningar til lífsstílsbreytinga meðal þeirra sem reynast í áhættuhóp og þannig verði vinnubrögð hjúkrunarfræðinga markvissari. Mikilvægt er að þeir einstaklingar, sem fá 9 stig eða meira á FINDRISK-matstækinu, fái fræðslu og stuðning til að ýta undir heilsusamlegt mataræði og hreyfingu svo að draga megí úr líkum á sykursýki 2. Með því að auka skilning og þekkingu bæði meðal hjúkrunarfræðinga, heilbrigðisstarfsfólks almennt og fólks, sem er á vinnumarkaði, á hættunni á að fá sykursýki 2 og að greina sykursýki 2 fyrr er hægt að draga úr fylgikvillum sykursýkinnar.

English Summary

Ingvarsdóttir, J.M. University of Akureyri and Sigurdardóttir, Á.K. University of Akureyri

Assessment of risk for development of Type 2 Diabetes Mellitus using FINDRISC: A quantitative study

Aim: Type 2 diabetes mellitus has been more common among the elderly, but in recent years the disease has been diagnosed more often in younger people. Risk screening for the development of type 2 diabetes mellitus, along with lifestyle support and education, can decrease prevalence of type 2 diabetes mellitus. The measurement tool “The Finnish Diabetes Risk Score” (FINDRISC) is used to determine the risk of developing type 2 diabetes mellitus in the next 10 years. The aim of this study was to investigate: a) the proportion of people in a specified cohort which are at risk of developing type 2 diabetes mellitus, b) to obtain information about usefulness of the FINDRISC as a risk assessment tool in Iceland.

Method: The method was descriptive and cross sectional. Employees of a certain company (n=150) were invited to participate. 117 subjects met criteria for participation, of which 82 agreed to participate with a 70% response rate. Participants answered the questions in FINDRISC and measurements of height, weight, waist circumference, blood glucose level, and blood pressure were conducted. Body mass index (BMI) was calculated. FINDRISC consists of 8 questions, the total score being from 0–21. Higher score indicates increased risk, where the cut-off score ≥ 9 indicates risk for developing type 2 diabetes mellitus. Descriptive statistics and inferential statistics were used for the data analysing.

Results: The results showed a mean age of 42.6 (SD15.0) years and 27 participants (32.9%) scored ≥ 9 on FINDRISC and are therefore at risk of developing type 2 diabetes mellitus in the next 10 years. Significantly more women (42.2%) than men (18.9%) had an increased risk for developing type 2 diabetes mellitus ($p=0.03$). The mean age of those with the score of ≥ 9 was 50.8 (SD14.3) years, but mean age of those with score of ≤ 8 was 38.7 (SD13.4) years ($p>0.001$). Regression analysis showed that higher blood glucose levels and higher systolic blood pressure were associated with higher FINDRISC scores.

Conclusions: FINDRISC is practical for the screening of type 2 diabetes mellitus and is simple to use. There is a need for regular screening for type 2 diabetes mellitus in Iceland, and also increased awareness and education from nurses to people at risk of developing type 2 diabetes mellitus.

Keywords: Type 2 Diabetes Mellitus — FINDRISC — Screening — Prevention — Education.

Correspondent: johannai@centrum.is

Heimildir

- Anna S. Sigmundsdóttir, Ari J. Jóhannesson, Ástráður B. Hreiðarsson, Hörður Björnsson, Rafn Benediktsson, Ragnar Gunnarsson og Rannveig Einarsdóttir (2009). Sykursýki af tegund 2, klínískar leiðbeiningar. Sótt á <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/klínískar-leiðbeiningar/leiðbeiningar/item15102/Sykursyki-af-tegund-2>.
- American Diabetes Association (2013). Standards of Medical Care in Diabetes. *Diabetes Care*, 36(11), 11–66.
- Balkau, B., Lange, C., Fezeu, L., Tichet, J., Lauzon-Guillan, B., Czerichow, S., ... og Eschwège, E. (2008). Predicting diabetes: Clinical, biological and genetic approaches. *Diabetes Care*, 31(10), 2056–2061.

- Brown, N., Critchley, J., Bogowicz, P., Mayige, M., og Unwin, N. (2012). Risk scores based on self-reported or available clinical data to detect undiagnosed type 2 diabetes: A systematic review. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 98(3), 369–385.
- Bolli Þórsson, Thor Aspelund, Tamara B. Harris, Lenore J. Launer og Vilmundur Guðnason (2009). Þróun holdafars og sykursýki í 40 ár á Íslandi. *Læknablaðið*, 95(4), 259–266.
- Canadian task force on preventive health care (2012). Recommendations on screening for type 2 diabetes in adults. *Canadian Medical Association Journal*, 184(15), 1687–1696.

- Costa, B., Barrio, F., Pinol, J.L., Cabré, J.J., Mundet, X., Sagarra, R., ... og Solá-Morales, O. (2013). Shifting from glucose diagnosis to the new HbA1c diagnosis reduces the capability of the Finnish diabetes risk score (FINDRISC) to screen for glucose abnormalities within a real-life primary health-care preventive strategy. *BMC Medicine*, 11(45). Sótt á <http://www.biomed-central.com/content/pdf/1741-7015-11-45.pdf>.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2002). Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *The New England Journal of Medicine*, 346(6), 393–403.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2009). 10-year follow-up of diabetes incidence and weight loss in the diabetes prevention program outcomes study. *Lancet*, 374(9702), 1677–1686.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2012). 10-year cost-effectiveness of lifestyle intervention or metformin for diabetes prevention. An intent-to-treat analysis of the DPP/DPPOS. *Diabetes Care*, 35(4), 723–730.
- Diabetes Prevention Program Research Group (2015). Long-term effects of lifestyle intervention or metformin on diabetes development and microvascular complications over the 15-year follow-up. The diabetes prevention program outcomes study. *The Lancet, Diabetes & Endocrinology*, 3(11), 866–875.
- Dillen, S.M., van Binsbergen, J.J., Koelen, M.A., og Hiddink, G.J. (2013). Nutrition and physical activity guidance practices in general practice: A critical review. *Patient Education and Counseling*, 90(2), 155–169.
- Gyberg, V., Hasson, D., Tuomilehto, J., og Rydén, L. (2012). Measuring risk online feasibility of using FINDRISC in an online workplace survey. *Primary Care Diabetes*, 6(2), 103–107.
- Heikes, K.E., Eddy, D.M., Arondekar, B., og Schlessinger, L. (2008). Diabetes risk calculator. *Diabetes Care*, 31(5), 1040–1045.
- Hrafnhildur Guðjónsdóttir, Þórhallur I. Halldórsson, Ingibjörg Gunnarsdóttir, Inga Þórsdóttir, Hólmfríður Þorgeirsdóttir og Laufey Steingrimsdóttir (2015). Áhrif búsetu og menntunar á mataræði og líkamsþyngdarstuðul kvenna og karla. *Læknaðlaðið*, 1(101), 11–16.
- IDF (International Diabetes Federation), IDF Diabetes Atlas, sjöunda útgáfa (2016). Sótt á www.diabetesatlas.org.
- IDF (International Diabetes Federation) (e.d.). Sótt á <http://www.idf.org/diabetes-prevention/questionnaire>.
- Landlæknisembættið (2008). Ráðleggingar um hreyfingu og mataræði. Sótt á http://www.landlaeknir.is/servlet/file/store93/item11179/NM30399_hreyfiradleggingar_baeklingur_lores_net.pdf.
- Landlæknisembættið (2009). Sykursýki af tegund 2: Klínískar leiðbeiningar. Sótt á <http://www.landlaeknir.is/gaedi-og-efirlit/heilbrigdisstarfsfolk/klinskar-leidbeiningar/leidbeiningar/item15102/Sykursyki-af-tegund-2>.
- Lindström, J., Ilanne-Parikka, P., Peltonen, M., Aunola, S., Eriksson, J.G., Hemiö, K., ... og Tuomilehto, J. (2006). Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: Follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet*, 368(9548), 1673–1679.
- Lindström, J., Neumann, A., Sheppard, K.E., Gilis-Januszwska, A., Greaves, C.J., Handke, U., ... og Schwarz, P.E. (2010). Take action to prevent diabetes: The IMAGE toolkit for the prevention of type 2 diabetes in Europe. *Hormone and Metabolic Research*, 42(1), 37–55.
- Lindström, J., og Tuomilehto, J. (2003). The Diabetes Risk Score: A practical tool to predict type 2 diabetes risk. *Diabetes Care*, 26(3), 725–731.
- Makrilakis, K., Liatis, S., Grammatikou, S., Perrea, D., Stathi, C., Tsiligros, P., og Katsilambros, N. (2011). Validation of the Finnish diabetes risk score (FINDRISC) questionnaire for screening for undiagnosed type 2 diabetes, dysglycaemia and the metabolic syndrome in Greece. *Diabetes and Metabolism*, 37(2), 144–151.
- Nilsen, V., Bakke, P.S., og Gallefoss, F. (2011). Effects of lifestyle intervention in persons at risk for type 2 diabetes mellitus-results from a randomized controlled trial. *BMC Public Health*, 11(893).
- Olafsdóttir, E., Aspelund, T., Sigurdsson, G., Thorsson, B., Benediktsson, R., Harris, T.B., ... og Gudnason, V. (2009). Unfavourable risk factors for type 2 diabetes mellitus are already apparent more than a decade before onset in a population-based study of older persons: From the Age; Gene/Environment Susceptibility — Reykjavik Study (AGES — Reykjavik). *European Journal of Epidemiology*, 24(6), 307–314.
- Paulweber, B., Valensi, P., Lindström, J., Lalic, N.M., McKee, M., Kissimova-Skarbek, K., ... og Roden, M. (2010). A European evidence-based guideline for the prevention of type 2 diabetes. *Hormone and Metabolic Research*, 42(1), 3–36.
- Simmons, R.K., Echouffo-Tcheugui, J.B., og Griffin, S.J. (2010). Screening for type 2 diabetes: An update of the evidence. *Diabetes, Obesity and Metabolism*, 12(10), 838–844.
- Tamayo, T., Rosenbauer, J., Wild, S.H., Spijkerman, A.M.W., Baan, C., Forouhi, N.G., ... og Rathmann, W. (2014). Diabetes in Europe: An update. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 103(2), 206–217.
- Tankova, T., Chakarova, N., Atanassova, I., og Dakovska, L. (2011). Evaluation of the Finnish Diabetes Risk Score as a screening tool for impaired fasting glucose, impaired glucose tolerance and undetected diabetes. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 92(1), 46–52.
- Vähäsarja, K., Salmela, S., Villberg, J., Rintala, P., Vanhala, M., Saaristo, T., ... og Poskiparta, M. (2012). Perceived need to increase physical activity levels among adults at high risk of type 2 diabetes. A cross-sectional analysis within a community-based diabetes prevention project FIN-D2D. *BMC Public Health*, 12(514).
- Viitasalo, K., Hemiö, K., Puttonen, S., Hyvärinen, H.K., Leiviskä, J., Härmä, M., ... og Lindström, J. (2015). Prevention of diabetes and cardiovascular disease in occupational health care: Feasibility and effectiveness. *Primary Care Diabetes*, 9(2), 96–104.
- Viitasalo, K., Lindström, J., Hemiö, K., Puttonen, S., Koho, A., Härmä, M., og Peltonen, M. (2012). Occupational health care identifies risk for type 2 diabetes and cardiovascular disease. *Primary Care Diabetes*, 6(2), 95–102.
- WHO (World Health Organisation). WHO Diabetes Country Profiles (2016). Sótt á: <http://www.who.int/diabetes/country-profiles/>.
- Zhuo, X., Zhang, P., Barker L., Albright, A., Thompson, T.J., og Gregg, E. (2014). The lifetime cost of diabetes and its implications for diabetes prevention. *Diabetes Care*, 37(9), 2557–2564.
- Zhang, L., Zhang, Z., Zhang, Y., Hu, G., og Chen, L. (2014). Evaluation of Finnish Diabetes Risk Score in screening undiagnosed diabetes and pre-diabetes among U.S. adults by gender and race: NHANES 1999–2010. *PlosOne*, 9(5), e97865, 1–9. www.plosone.org.



Frímann og Hálf dán Útfararþjónusta



Frímann
s: 897-2468



Hálf dán
s: 898-5765



Ölöf
s: 898-3075

www.uth.is • uth@uth.is
Stapahrauni 5, Hfj. • s: 565 9775



YFIRLIT UM RÉTTINDI ÞÍN Á EINUM STAÐ

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

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



Upplýsingar um lífeyrisréttindi
á einum stað.



Lífeyrissjóður
starfsmanna ríkisins

Engjateigi 11
105 Reykjavík
Sími: 510 6100
Fax: 510 6150
lsr@lsr.is

www.lsr.is