

Hrund Helgadóttir, hrundhelga@gmail.com

HJÚKRUNARSTÝRÐ HEILBRIGÐISÞJÓNUSTA

Heilbrigðisþjónusta, sem stýrt er af hjúkrunarfræðingum er að ryðja sér til rúms í Bretlandi. Hér verður þessi þróun og gagnsemi þjónustunar skoðuð. Eru íslenskir hjúkrunarfræðingar tilbúnir til þess að takast á við slík viðfangsefni?



Hjúkrunarstýrð þjónusta í hraðri þróun

Á síðasta áratug hefur heilbrigðisþjónusta, sem stýrt er af hjúkrunarfræðingum, rutt sér til rúms og farið hraðvaxandi í Bretlandi. Þar í landi er helstu sóknarfæri slíkrar þjónustu að finna í heimaþjónustu og heilsugæslu, á hjúkrunarstofum, göngudeildum sjúkrastofnana, lækna- stofum heimilislækna og svokölluðum walk-in centers. Bresk stjórnvöld hafa hvatt til að slík þjónusta verði eflað af stjórnunarlegum ástæðum og litið svo á að með því móti geti almenningur fyrr

fengið sérhæfða heilbrigðisþjónustu og meðferð og að þannig sé betur hægt að takast á við vandamál fólks, sem haldið er langvinnum sjúkdómum, með eftirliti, mati á heilsufari og meðferð. Markmiðið er að þetta fólk haldi sem bestri heilsu og þurfi sem minnst á stofnunum að halda (Hatchett, 2003). Hugmyndafræði hjúkrunarstýrðrar þjónustu er enn í þróun en uppistaðan er nokkuð skýr nú þegar. Gildi hjúkrunar eru í hávegum höfð auk þess sem áhersla er lögð á að útvíkka hlutverk hjúkrunarfræðinga þar sem þeir flétta inn í störf sín ákveðinn hluta af verkum



Hrund Helgadóttir, hjúkrunarfræðingur, BS og meistaranemi í hjúkrunarstjórnun við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands

lækna (Faithful og Hunt, 2005). Þetta er gert í þeim tilgangi að bæta þjónustu við sjúklinga og gera hana persónulegri og heildrænni en einnig til að nýta menntun og þekkingu hjúkrunarfræðinga betur (Lewis, 2001). Í greininni verður þróun hjúkrunarstýrðrar þjónustu í Bretlandi skoðuð og gagnsemi þjónustunnar og erfiðleikum gerð skil í ljósi þess hvort hugmyndafræði hjúkrunarstýrðrar þjónustu eigi erindi við íslenska hjúkrunarfræðinga. Velta má fyrir sér hvort þeir eru tilbúnir til að takast á við ný og vandasöm viðfangsefni eins og hjúkrunarstýrða þjónustu.

Hvað er hjúkrunarstýrð þjónusta?

Hugtakið hjúkrunarstýrð þjónusta nær yfir vítt svið þjónustu allt frá því að hjúkrunarfræðingum er fengið umboð til að taka ákveðnar ákvarðanir um meðferð sjúklinga, til fullrar ábyrgðar á klínísku mati á ástandi þeirra og allri meðferð (Hatchett, 2003). Efirfarandi skilgreining á hjúkrunarstýrðri þjónustu vísar til sjúklinga sem þegar hafa verið sjúkdómsgreindir af lækni:

Hjúkrunarstýrð þjónusta er starfsemi þar sem hjúkrunarfræðingar hafa aukið sjálfstæði og skilgreindan sjúklingahóp í þjónustu sinni. Eftirlit með ástandi sjúklinga er stór hluti þjónustunnar auk færni til að skrá sjúkrasögu, framkvæma líkamsskoðun, meta mikilvægi niðurstaðna og gefa fyrirhættu um frekari rannsóknir. Hjúkrunin felur einnig í sér að hefja skuli meðferð eða vísa sjúklingum til annarra starfsmanna heilbrigðiskerfisins. Tilvísunarvaldið er mismunandi á milli hverrar þjónustu fyrir sig og getur falið í sér tilvísun til fagstétta sem tengjast heilbrigðisviði, eins og næringarfræðinga, sjúkraþjálfara, sálfræðinga, presta á heilbrigðisviði og félagslega kerfisins, auk þverfaglegra teyma og lækna. Fræðsluhlutverk þjónustunnar felur í sér að skýra heilsufarsvandamálið fyrir hinum sjúka og fjölskyldu hans. Heilbrigðisfræðsla og heilsuefning falla einnig undir þennan hluta þjónustunnar (Hatchett, 2003).

Lyfjaávisanir hjúkrunarfræðinga eru í þróun í Bretlandi og hafa þær haft í för með sér að lyfjameðferð hefur aukist í hjúkrunarstýrðri þjónustu (Hatchett, 2003).

Hjúkrunarfræðingum er boðið er upp á sérstök námskeið í lyfjafræði áður en þeim er heimilað að ávísa lyfjum. Hjúkrunarfræðingar ávísa lyfjum með ýmsum hætti, allt frá því sem kallað er Patient Group Directions (PGD) til óháðra lyfjaávisana. PGD kom fyrst fram árið 1989 í svokallaðri Crown-skýrslu sem varð til vegna þess að ríkisstjómin vildi nýta betur hæfni og reynslu heilbrigðisstétta og skoða á hvaða tilvikum þær gætu tekið að sér ný hlutverk við ávísun lyfja, öflun lyfja og lyfjagjöf (Stephenson, 2000). PGD eru sérstakar reglur og leiðbeiningar sem samdar eru af læknum og eru þess eðlis að tiltekinn hópur heilbrigðisstarfsmanna getur ávísað tilteknum lyfjum fyrir tiltekinn sjúklingahóp. Í Crown-skýrslunni var einnig mælt með lagabreytingum til að gera heilbrigðisstarfsfólki, sem ávísar lyfjum eða gefur þau samkvæmt viðurkenndu PGD, kleift að starfa samkvæmt landslögum. Þá eru einnig í skýrslunni tillögur um hvernig staðið verði að því að auka hæfni hjúkrunarfræðinga til að ávísa lyfjum og þá sérstaklega þeirra sem þegar gera það. Árið 2002 breyttu Bretar lögum og gerðu hjúkrunarfræðingum kleift að ávísa 130 lyfjum, þar á meðal sýklalyfjum og verkjalyfjum (Warner, 2005). Árið 2006 heimiluðu Bretar hjúkrunarfræðingum og lyfjafræðingum, sem hafa gengist undir sérstaka þjálfun, að ávísa öllum skráðum lyfjum við öllum sjúkdómum. Með því að víkka út hefðbundin hlutverk í lyfjaávisunum geta sjúklingar útvegað sér þau lyf sem þeir þurfa á auðveldari hátt og fengið þau frá fleiri vel menntuðum stéttum heilbrigðisstarfsfólks en læknum. Þetta gefur sjúklingum tækifæri til að velja og stýra sjálfir hvaðan þeir fá þjónustu og hver veitir hana (Loforte, 2005). Hjúkrunarfræðingar þurfa að fara í 26 daga bóklegt nám og 12 daga starfsnám áður en þeir geta ávísað lyfjum. Til að fá inngöngu í þetta nám þurfa þeir að sýna fram á næga þekkingu til að meta og greina sjúklinga innan þess sérsviðs sem þeir ávísa lyfjum á. Þessir hjúkrunarfræðingar hafa allir mjög góða menntun og mikla starfsreynslu að baki, einnig hafa þeir hlotið mjög góða þjálfun áður en til lyfjaávisana kemur (Fischer, 2007).

Upphafið í Bretlandi

Hugtakið hjúkrunarstýrð heilbrigðisþjónusta kom fyrst fram í skrifum hjúkrunarfræðinga í kringum 1980

(Hatchett, 2003). Síðan þá hefur almennt orðið nokkur endurskoðun á hlutverkum heilbrigðisstétta í Bretlandi þar sem mörkin á milli stétta hafa í mörgum tilfellum færst til og ný hlutverk komið til sögunnar. Í stefnumótun breska heilbrigðisráðuneytisins er lögð áhersla á nútímalega nýtingu fagfólks í þeim tilgangi að bæta þjónustu, lækka kostnað og minnka álag á starfsfólk. Í Bretlandi sem og víðar er meiri eftirspurn eftir lækniþjónustu en framboð. Þetta veldur því að víða er biðtími eftir lækniþjónustu langur og jafnvel biðlistar. Einnig hafa menn haft áhyggjur vegna vaxandi áherslu á afköst heilbrigðisþjónustunnar á kostnað faglegra markmiða. Því hefur verið litið á útvíkkun á hlutverki og ábyrgð hjúkrunarfræðinga sem eina af lausnunum á þessum vanda. Í Bandaríkjunum hefur einnig tíðkast um nokkurt skeið að sérmenntaðir hjúkrunarfræðingar sinni að hluta til sömu störfum og læknar (Corner, 2003). Í Svíþjóð, Ástralíu, Kanada og á Nýja-Sjálandi hafa hlutverk hjúkrunarfræðinga einnig verið að breytast og víkka en í þessum löndum eru menntunarkröfur heldur meiri en í Bretlandi því til að mynda er krafist MS-gráðu í hjúkrun til að ávísa lyfjum (Courtenay, 2007).

Þróun þjónustunnar

Árið 1997 veittu bresk stjórnvöld hjúkrunarfræðingum mikilvægt tækifæri til að koma á nýjungum í þjónustu á sviði heilsugæslu (Office of public sector information, 1997). Stjórnvöld leituðu eftir sveigjanlegri leiðum en þá voru í boði til að veita þjónustuna og sköpuðu tækifæri til að setja á stofn hjúkrunarstýrðar þjónustustöðvar. Ári seinna var þróunarverkefnum á hjúkrunarstýrðum þjónustustöðvum í heilsugæslu hleypt af stokkunum í tengslum við gagngerar breytingar á starfsemi heilsugæslulækna með nýju kerfi sem nefnt var Personal Medical Service (PMS). Eins og nafnið gefur til kynna var markmiðið að gera heilsugæsluþjónustuna persónulegri og einstaklingsmiðaðri en áður hafði tíðkast. Í fyrstu var hjúkrunarstýrðu þjónustustöðvunum ætlað að auðvelda jaðarhópum, sem ekki sækja hefðbundna heilsugæsluþjónustu eins og aðrir hópar, aðgang að heilbrigðisþjónustu, eins og til

að mynda heimilislásum, innflytjendum, flóttamönnum og ferðamönnum (Hatchett, 2003). Þessi hugmynd fellur vel að þeim upplýsingum sem Sveinbjörn Bjarkason heitinn veitti í viðtali við blaðmann DV sumarið 2007. Hann sagði: „Enginn sem býr í strætinu er með heimilislækni. Þarna eru þó sykursjúkir jafnt og hjartasjúklingar, og margir eiga við þunglyndi að stríða. Helsta vonin er að fara til prests og fá aðstoð hjá honum til að leysa út lyf“ (Erla Hlynisdóttir, 2007).

Rannsóknir, sem gerðar voru á breytingum á hlutverkum hjúkrunarfræðinga á þessum tíma, leiddu í ljós að hlutverk þeirra höfðu vikkað en þó misjafnlega mikið. Breytingarnar fólust aðallega í greiningu, meðferð og eftirliti með einföldum og/ eða langvinnum vandamálum sjúklinga. Hjúkrunarfræðingarnir gáfu fyrirmæli um rannsóknir og röntgenmyndatökur til að greina sjúkdóma auk þess sem þeir vísuðu til sérfræðinga í læknisfræði jafnt sem í hjúkrunarfræði. Þeir settu á fót þjónustustöðvar sem höfðu það hlutverk að fullnægja ýmsum þörfum í umhverfi þeirra. Þetta voru til að mynda þjónustustöðvar sem sinntu húð- og ofnæmisvandamálum, fjölskylduráðgjöf og fíknefnamisnotkun (Walsh o.fl., 2003). Niðurstöður rannsóknar Walsh og féлага (2003) leiddu jafnframt í ljós að hjúkrunarfræðingarnir efdust í nýju og breyttu starfi auk þess sem þeir sýndu mikinn áhuga á viðbótarnámi til að geta betur tekist á við nýju hlutverkin. Menntun, sjálfstraust og færni voru mikils metin og aðaláherslan var á þjónustu við sjúklinga. Rannsóknin varpaði einnig ljósi á breytingar á faglegum samskiptum hjúkrunarfræðinga og lækna sem endurspegluðust í nýjum jafnræðisgildum, virðingu fyrir faglegri hæfni og áherslum hvorrar stéttar fyrir sig auk mikilvægis þess að starfa saman að vandamálum sjúklinga.

Á tímabilinu í kringum árið 2000 leit ný útfærsla á hjúkrunarstýrðri þjónustu dagsins ljós en það voru svokölluð walk-in centers sem áður voru nefnd. Þjónustan er hjúkrunarstýrð en getur boðið upp á læknisþjónustu í afmarkaðan tíma. Hún sinnir sjúklingum sem ganga inn af götunni með ný heilsufarsvandamál og hafa ekki verið sjúkdómsgreindir af lækni. Vandamálin eru til að mynda

minniháttar sár og brunasár, lið- og vöðvavandamál, höfuðverkur, hár hiti, minniháttar sýkingar eins og þvagfærasýkingar, eyrna- og nefsykingar, augnbólgur, bráðagetnaðarvarnir, fjölskylduráðgjöf og þungunarpróf. Þessar þjónustustöðvar eru reknar á vegum heilbrigðisþjónustunnar í Bretlandi (NHS) og á fyrstu árum hennar urðu strax til 40 slíkar í landinu. Þær eru staðsettar víða, til að mynda í miðborg Lundúna, á flugvöllum og á sjúkrahúslóðum. Margar þeirra hafa langan afgreiðslutíma, þó ekki sólarhringsþjónustu. Þjónustan er ætluð þeim sem eiga erfitt með að komast á heilsugæslustöð vegna vinnutíma síns eða vegna langs biðtíma. Einnig er þjónustunni ætlað að létta á bráðamóttökum sjúkrahúsa sem oft eiga fullt í fangi með tilfelli sem ekki eru bráðatilfelli í raun. Þjónustan er einnig ætluð minnihlutahópum eins og heimilislásum og innflytjendum. Talið er að gott aðgengi og lítil sem enginn biðtími stuðli að því að þessir hópar leiti sér frekar hjálpar (Hatchett, 2003).

Stuðningur bresku ríkistjórnarinnar

Breski Verkamannaflokkurinn veitti hjúkrunarstýrðum þjónustustöðvum stuðning af ýmsum ástæðum, meðal annars til að auðvelda aðgengi að heilbrigðisþjónustunni, nýta betur mannaflann, viðurkenna faglega þekkingu hjúkrunarfræðinga og fækka vinnustundum lækna. Stuðningurinn var með eftirtöldum hætti:

- Áætlun ríkistjórnarinnar, sem nefndist „Making a difference“, varpaði ljósi á getu hjúkrunarstýrðra þjónustustöðva til að veita sjúklingum minniháttar meðferð, heilbrigðisupplýsingar og ráðgjöf til sjálfshjálpar (Department of health NHS Executive HSC 1999/158, 1999).
- Crown-skýrslan gerði hjúkrunarfræðingum kleift að afla lyfseðilskyldra lyfja samkvæmt sérstökum reglum. Þetta einfaldaði og ýtti undir hjúkrunarstýrða þjónustu.
- Árið 2000 ákvað ríkisstjórnin að auka fjárframlög til NHS um 35% á fimm ára tímabili. Ákvörðuninni fylgdu

kvaðir um breytingar á starfsemi heilbrigðiskerfisins sem þáverandi forsætisráðherra, Tony Blair, kynnti. Nýr samningur var gerður á milli ríkisstjórnar og heilbrigðiskerfis og einn hluti hans fjallaði um hvernig taka mætti upp sveigjanlegri menntun og starfsaðferðir, tryggja að læknar eyddu ekki tíma sínum í að sinna sjúklingum sem annað heilbrigðisstarfsfólk gæti sinnt á öruggan hátt og fella niður óþarfa höft á störfum heilbrigðisstarfsfólks. Slík höft taldi Blair ekki sæma nútímaheilbrigðisþjónustu. Þáverandi heilbrigðisráðherra, Alan Millburn, ávarpaði breska hjúkrunarfélagið, The Royal College of Nursing, á þessum tíma og ræddi þá um að hjúkrunarfræðingar væru miðpunktur í áformum ríkisstjórnarinnar um nútímavæðingu heilbrigðiskerfisins og lofaði breytingum sem „frelsuðu hjúkrunarfræðinga frekar en að setja á þá frekari takmarkanir“. Hann sagði jafnframt að hjúkrunarfræðingar væru nýir leiðtogar breytinga og að gildi hjúkrunar væru þau sömu og leggja ætti til grundvallar í heilbrigðiskerfinu. Þessi gildi voru: umhyggja, samhygd, fagmennska og hollusta (Lewis, 2001).

- Hlutverk hjúkrunarfræðinga í hjúkrunarstýrðri þjónustu er viðurkennt á ýmsum sviðum. Dæmi um slíka viðurkenningu er The National Service Framework for Coronary Heart Disease sem er að finna hjá Department of Health 2000b: 48 (Hatchett, 2003).

Gagnsemi þjónustunnar

Hjúkrunarstýrð þjónusta er sérhæfð og fellur vel að heilbrigðisvandamálum þeirra sem eiga við langvinna sjúkdóma að stríða, eru aldraðir og veikir eða eru illa settir og utangarðs í samfélaginu. Þjónustan felur í sér að sjúklingar eiga greiðan aðgang að heilbrigðisþjónustu og markmið hennar er að fylgjast með heilsufari sjúklinganna og viðhalda og bæta heilsu þeirra. Þetta felur í sér að stytta biðtíma eftir þjónustu, veita öflugri þjónustu í heimahúsum, símaþjónustu og netþjónustu. Rannsóknir og reynsla af hjúkrunarstýrðum þjónustustöðvum hafa bent til þess að útvíkkað hlutverk

hjúkrunarfræðinga geri hjúkrunarstýrða þjónustu að jafngóðum eða jafnvel betri kosti en þá þjónustu sem lækna veita þegar litið er til ánægju sjúklunga, gæða, kostnaðar og biðtíma. Ýmsir sjúklingahópar, eins og lungnaveikir, hjartveikir, krabbameinsveikir, sykursjúkir, gigtveikir og sjúklingar með húðvandamál, þurfa ekki að hitta lækni í hvert skipti sem sjúkdómseinkenni vaxa. Stór þáttur þjónustunnar er fræðsla og efling sjúklunga til að fylgjast sjálfir með ástandi sínu og meta hvort þeir þurfi á heilbrigðisþjónustu að halda og þá hvers konar (Hatchett, 2003).

Sérsvið hjúkrunarstýrðar þjónustu eru margvísleg og sum þröngt skilgreind eins og eftirfarandi upptalning sýnir. Þau geta verið á sviðum bakverkja, sykursýki (Hatchett, 2003), æðapregsla, lokastigs æðasjúkdóma (Gibson, 2006), langvinnrar hjartabilunar (Tidy, 2005), krabbameina (Corner, 2003; Loftus og Weston, 2001; More o.fl., 2002), líknameðferðar (Nursing matter fact sheet. Palliative Care, 2006), kviðskilunar, sárameðferðar, ýmissa vandamála barna, eins og hægðatregðu, offitu og svefntruflana, móttöku og undirbúnings sjúklunga vegna innlagningar á sjúkrahús (Hatchett, 2003), getnaðarvarna, fjölskylduráðgjafar (Hatchett, 2003) og eftir meðferðar vegna kransæðavíkkunar (percutaneous transluminal coronary angioplasty) (Hatchett, 2003). Í þessu samhengi má nefna viðtal við Guðmund Þorgeirsson í Morgunblaðinu sumarið 2007 þar sem rætt var um biðlista í hjartapræðingar. Þar kemur fram að auk tækjaskorts og skorts á mannafla er ónógur fjöldi gæslurúma á legudeildum til að taka við þeim sem gangast undir slíkar aðgerðir, en þar eru eldri borgarar stækkandi hópur (Ylfa Kristín K. Árnadóttir, 2007). Sérhæfð hjúkrunarstýrð þjónusta í hjúkrun hjartasjúklunga og heimahjúkrun á réttu þjónustustigi gæti verið ein af þeim lausnum sem þarf til að fækka innlögnum hjartasjúklunga á Landspítala. Þannig er ef til vill hægt að rýma til fyrir hjartapræðingum, gangráðsætningum og brennsluáðgerðum.

Vísbendingar eru um að starfsemi hjúkrunarstýrðar þjónustustöðva geti orðið til þess að innlögnum og endurinnlögnum á sjúkrahús fækki og legu-

tími styttest (Reducing unplanned hospital admissions, 2005). Dæmi er um hjúkrunarstýrða þjónustustöð sem hafði það eitt að markmiði að afstýra því að aldraðir hrösuðu og féllu í heimahúsum; þetta fór fram með ráðgjöf af ýmsu tagi, mati á sjón og heyrn, hjartalínuriti, breytingum á heimilinu til að auka öryggi, ráðgjöf um heppilegan skófatnað og tilvísunum til sérfræðinga á því sviði, breytingum á lyfjum þar sem ýmis lyf geta valdið eldra fólki óöryggi og svima (Lightbody o.fl., 2002).

Þjónustutálmar

- Nokkur atriði hafa heft uppbyggingu hjúkrunarstýrðra þjónustustöðva í Bretlandi en flest þeirra hafa nú þegar tekið breytingum í takt við stefnu stjórnvalda um betri nýtingu á menntun hjúkrunarfræðinga. Á Íslandi hefur ekki enn orðið breyting á þessum sviðum. Íslenskir hjúkrunarfræðingar hafa samkvæmt lögum ekki heimild til að ávísa lyfjum í neinni mynd. Í hjúkrunarstýrðum þjónustustöðvum er nauðsynlegt að hafa einhvers konar heimild til að ávísa lyfjum.
- Skortur er á skilgreiningu heilbrigðis-yfirvalda á hæfni hjúkrunarfræðinga sem taka að sér stærra hlutverk í heilbrigðiskerfinu en tíðkast hefur. Margir hafa kallað eftir þessari skilgreiningu til að skýra lögræðileg atriði og til varnar almenningi. Breska hjúkrunarfélagið, Royal College of Nursing í London, hefur samið skilgreiningu og komið með tillögur að stöðlum um menntunarkröfur.
- Hjúkrunarfræðingar hafa ekki heimild til að veita ýmis vottorð, eins og veikindavottorð, né sækja um bætur og styrki frá sjúkratryggingum. Á Íslandi geta þeir ekki heldur ávísað hjálpartækjum, sáraumbúðum, þvagleggjum og slíkum vörum sem þó eru kallaðar hjúkrunarvörur í daglegu tali. Þetta er sérstaklega heftandi fyrir þjónustu við sjúklinga utan stofnana.
- Hjúkrunarfræðingar hafa samkvæmt lögum ekki heimild til að votta andlát sjúklunga sinna, jafnvel ekki þegar þeir hafa hjúkrað þeim í langan tíma fyrir andlátið. Læknirinn, sem staðfestir andlátið, hefur hugsanlega sjaldan eða

aldrei séð sjúklinginn.

- Hjúkrunarfræðingar hafa ekki formlegan rétt til að vísa sjúklingum á annað þjónustustig, til að mynda til viðeigandi lækna eða annarra heilbrigðisstarfsmanna. Á Íslandi er rík ástæða til að breyta öllum ofangreindum atriðum og þá sérstaklega fyrir þá hópa hjúkrunarfræðinga sem starfa við heimahjúkrun á öllum þjónustustigum, heilsugæslu og ýmiss konar samfélags-hjúkrun (Hatchett, 2003).

Horft til framtíðar í hjúkrun

Á 21. öldinni munu sífellt fleiri Íslendingar kjósa eða þurfa að fá heilbrigðisþjónustu á dag- og göngudeildum stofnana, utan stofnana og á heimilum sínum. Öldruðum mun fjölga verulega og þar með þeim heilsufarsvandamálum sem óhjákvæmilega fylgja hærri aldri (Loftus og Weston, 2001). Mannekkluskýrsla Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga frá 2006 sýnir svo ekki verður um villst að fyrirjáanlegur er verulegur skortur á hjúkrunarfræðingum á komandi árum. Því er breytinga þörf til að laða að stéttinni einstaklinga sem annars hefðu ekki valið hjúkrun að ævistarfi og flytja ýmis störf hjúkrunar til annarra heilbrigðisstétta sem eru fullfærar um að taka við þeim (Aðalbjörg Finnbogadóttir og Jón Aðalbjörn Jónsson, 2006). Því mætti ætla að hugmyndafræði hjúkrunarstýrðar þjónustu falli vel að íslensku heilbrigðiskerfi. Í henni felast án efa tækifæri fyrir hjúkrunarfræðinga til faglegrar og persónulegrar eflingar með betri nýtingu á menntun sinni. Samkvæmt skoðun Guðlaugs Þórs Þórðarsonar heilbrigðisráðherra í einkasamtali fylgja launabætur óhjákvæmilega fast eftir.

Heimildir:

- Aðalbjörg Finnbogadóttir og Jón Aðalbjörn Jónsson (2006). *Mannekle í hjúkrun*. Reykjavík: Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga.
- Corner, J. (2003). The role of nurse-led care in cancer management. *The Lancet Oncology*, 4, 631-636.
- Courtenay, M. (2007). Prescribing 2007. *Journal of Clinical Nursing*, 21(07).
- Department of health NHS Executive HSC 1999/158 (1999). Making a difference strengthening the nursing, midwifery and health visiting contribution to health and healthcare. Sótt 12.10. 2007 á http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Lettersandcirculars/Healthservicecirculars/DH_4004153.

- Erla Hlynsdóttir (2007, 23.-24. júlí). Eymdin ríkir hjá þeim sem hvergi býr. *Dagblaðið Vísir*, bls. 10-11.
- Faithful, S., og Hunt, G. (2005). Exploring nursing values in the development of nurse-led service. *Nursing Ethics*, 12(5), 440-452.
- Fischer, A. (2007). Doctors in UK express concern over increase in nurse prescriptions [netútgáfa]. Sótt 23. ágúst 2007 á <http://www.firstwordplus.com>.
- Gibson, J. (2006). Nursing in end-stage vascular disease. Sótt 5. ágúst 2007 á http://www.svn.org.uk/nurse_specialists_liason.htm.
- Hatchett, R. (ritstj.) (2003). *Nurse-Led Clinics. Practice issues*. London: Routledge.
- Lewis, R. (2001). *Nurse-led primary care*. London: King's fund.
- Lightbody, E., Watkins, C., Leathley, M., Sharma, A., og Lye, M. (2002). Evaluation of a nurse-led falls prevention programme versus usual care: a randomized controlled trial. *Age and Ageing*, 31, 203-210.
- Loforte, M.E. (2005). UK reveals an expanded prescribing plan for nurses and pharmacists [netútgáfa]. Sótt 23. ágúst 2007 á <http://www.firstwordplus.com>.
- Loftus, L.A., og Weston, V. (2001). The development of nurse-led clinics in cancer care. *Journal of Clinical Nursing*, 10, 215-220.
- More, S., Corner, J., Haviland, J., Wells, M., Salmon, E., Normand, C. o.fl. (2002). Nurse led follow up and conventional medical follow up in management of patients with lung cancer: randomised trial. *British Medical Journal*, 325, 1145-1152.
- Nursing matter fact sheet. Palliative Care (2006). Sótt 5. ágúst 2007 á http://www.icn.ch/matters_palliative.htm.
- Reducing unplanned hospital admissions (2005). Sótt 5. ágúst 2007 á <http://www.hsmc.bham.ac.uk/LTCnetwork/Howtoreduceemergencyhospitaladmissions.pdf>.
- Stephenson, T. (2000). Implications of the Crown report and nurse prescribing. *Archives of Disease in Childhood*, 83(3), 199.
- Tidy, C. (2005). Nurse-led, home based management of chronic heart failure. Sótt 5. ágúst 2007 á <http://www.patient.co.uk/showdoc/40024513/>.
- Walsh, N., Roe, B., og Huntington, J. (2003). Delivering a different kind of primary care? Nurses working in personal medical service pilots. *Journal of Clinical Nursing*, 12(3), 333-340.
- Warner, D. (2005). Theory of Nurse Prescribing [netútgáfa], 19. Sótt 14. ágúst 2007 á <http://www.jcn.co.uk/journal.asp?MonthNum=04&YearNum=2005&Type=backissue&ArticleID=787>.
- Ylfa Kristín K. Árnadóttir (2007). Okkar akkilesarhæll er að við önnum ekki eftirspurn nógu ört. *Morgunblaðið*, bls. 1 og 4.

Ungbarnavog

Hentar vel til vitjana í heimahús. Létt og þægileg í notkun. Hægt er að leggja vogina saman. Vegur allt að 15 kg. Nákvæmni upp á 10 gr.

Stærð: 74 x 31 x 53 cm

Samanbrotin: 37 x 31 x 10 cm

Persónuleg þjónusta og fagleg ráðgjöf.

Verslunin er opin virka daga kl. 9-18.



SOEHNLE
PROFESSIONAL

Eirberg 

Stórhöfða 25 • 110 Reykjavík • sími 569 3100 • www.eirberg.is