

Póra B. Hafsteinsdóttir, lektor og forstöðumaður fræðasviðs um endurhæfingarhjúkrun við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Þegar greinin var skrifuð starfaði hún sem verkefnisstjóri á taugalækningadeild B-2, Landspítala-háskólasjúkrahúsi (LSH), Reykjavík, Íslandi. Hún starfar einnig við háskólasjúkrahúsið í Utrecht og við fræðasvið öldrunar við háskólann í Utrecht, Hollandi; Dóróthea Bergs, taugaendurhæfingardeild Grensáss, LSH, Reykjavík, Íslandi; Katrín Björgvinsdóttir, taugalækningadeild B-2, LSH, Reykjavík, Íslandi; Marianne Klinke, taugalækningadeild, B-2, LSH, Reykjavík, Íslandi; Svanhildur Sigurjónsdóttir, taugalækningadeild, B-2, LSH, Reykjavík, Íslandi; Herdís Herbertsdóttir, lyflækningasvið 1, LSH, Reykjavík, Íslandi.

KLÍNÍSKAR HJÚKRUNARLEIÐBEININGAR FYRIR HEILABLÓÐFALLSSJÚKLINGA

Heilablóðfall, þriðja algengasta orsök dauða á Vesturlöndum

Á Íslandi fá um 700 einstaklingar heilablóðfall á ári hverju, í Hollandi er fjöldinn um 45.000 manns og í Bandaríkjunum um 700.000 manns (Williams, 1999). Það er því stór hópur einstaklinga sem fær heilablóðfall árlega eða 2-3 af hverjum 1000 íbúum. Talið er að tíðni heilablóðfalls fari ört vaxandi á næstu árum og er reiknað með allt að 45% aukningu. Heilablóðfall hefur víðtæk áhrif er snerta líkamlega, sálræna og félagslega getu einstaklingsins.

Algengustu afleiðingar heilablóðfalls eru helftarlömun (50-80%), skert meðvitund (30-40%), kyngingarerfiðleikar (30%), minnkuð skynjun (25%), boðskiptaerfiðleikar (30%, málstol (30%) og sjónskerðing (7%) (Wade o.fl., 1987). Einnig eiga margir sjúklingar við þunglyndi (5-53%) (Whyte og Mulsant, 2002) og vannæringu (8-62%) að etja (Unosson o.fl., 1994; Choi-Kwon o.fl., 1998). Heilablóðfallssjúklingar þurfa oft að glíma við langa og erfiða meðferð og endurhæfingu þar sem tekist er á við langvarandi afleiðingar heilablóðfallsins. Um helmingur þessara sjúklinga á við langvarandi fötlun að etja. Fyrir sjúklinginn og fjölskyldu hans er þetta oft og tíðum mikið og erfitt ferli. Auk hins mikla líkamlega og andlega álags, sem heilabóðfallssjúklingar og aðstandendur þeirra verða fyrir, veldur þessi sjúkdómur þeim gjarnan mikilli fjárhagslegri byrði. Heilbrigðisþjónusta fyrir þennan sjúklingahóp er einnig mjög kostnaðarsöm fyrir heilbrigðiskerfið og þjóðfélagið almennt.

Hjúkrunarfræðingar gegna mikilvægu hlutverki í endurhæfingu. „Nurses are rehabilitators par excellence,“ skrifaði Virginia Henderson árið 1966 þegar hún fjallaði um mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar tækju virkan þátt í endurhæfingu sjúklinga (Henderson, 1966). Markmiði endurhæfingarhjúkrunar er gjarnan lýst þannig: „Það að aðstoða einstaklinga, sem eiga við fötl-

un og langvarandi sjúkdóma að etja, til að öðlast sem mesta sjálfsbjargargetu, best heilbrigði innan sinna takmarka og til að aðlagast breyttum lífsskilyrðum“ (Barker, 2002). Í fræðilegu efni hefur talsvert verið fjallað um hlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu sjúklinga með heilablóðfall. Lýsingar þessar hafa verið fremur yfirborðslegar og helst fjallað um samhfæfandi hlutverk, viðhaldshlutverk sem og þjálfunarhlutverk hjúkrunarfræðinga í endurhæfingu sjúklinga með heilablóðfall. Höfundar eru sammála um mikilvægi þess að hjúkrunarfræðingar taki virkari þátt í endurhæfingu sjúklinga með heilablóðfall en það skortir á skýra lýsingu í fræðigreinum hvernig þeir eigi að sinna slíku hlutverki.

Á árum áður var lítil framtíðarsýn fyrir sjúklinga með heilablóðfall þar sem erfitt var að meðhöndla heilablóðfallið og afleiðingar þess. Á síðustu áratugum hefur mikil þróun átt sér stað í meðferð og endurhæfingu þessara sjúklinga. Nýjar hugmyndir um aðlögunarhæfni heilans (brain plasticity), rannsókir á bata og endurhæfingu sjúklinga sem og rannsóknir á læknis- og endurhæfingaraðgerðum hafa sýnt að sjúklingar með heilablóðfall eiga mun meiri möguleika á að ná bata en áður var talið. Einnig hefur mikil þekkingarþróun átt sér stað innan hjúkrunar og annarra sviða tengdum umönnun og meðferð þessara sjúklinga.





Því miður er því þannig háttað að mikið af þessari nýju þekkingu nær ekki til hjúkrunarfræðinga er annast sjúklinga með heilablóðfall. Nýjar hugmyndir og þekking, sem er ekki tekin upp í hjúkrun, nýtast því ekki í daglegri umönnun sjúklinga og árangur verður lakari en ella. Hjúkrunarfræðingar sem og annað heilbrigðisstarfsfólk þarf í auknum mæli að færa rök fyrir vinnuaðferðum sem eru viðhafðar og að tryggja um leið að meðferð sé árangursrík, örugg og markviss (Forbes og Griffiths, 2002).

Á síðustu áratugum hafa hjúkrunarrannsóknir öðlast fastan sess í íslensku mennta- og heilbrigðiskerfi. Kröfur hafa aukist í heilbrigðiskerfinu um það að heilbrigðisstarfsfólk vinni eftir gagnreynðum vinnubrögðum. Gagnreyndri hjúkrun hefur verið lýst á þennan hátt: „Það ferli, er hjúkrunarfræðingar taka ákvarðanir um, um meðferð sjúklinga á grundvelli rannsókna og klínískrar reynslu þar sem jafnframt er tekið mið af skoðun og aðstæðum hvers sjúklings“ (Cullum, 2000). Þannig má líta á gagnreynnda hjúkrun sem leið til að bæta og viðhalda gæðum hjúkrunar.

Þróun klínískra leiðbeininga hefur farið vaxandi á síðustu árum. Klínískar leiðbeiningar eru leiðbeiningar (tilmæli eða reglur um verklag) sem unnar eru á kerfisbundinn hátt til stuðnings starfsfólki í heilbrigðisþjónustu við ákvarðanatöku við tiltekna aðstæður. Þær taka mið af bestu þekkingu á hverjum tíma og eru lagðar fram í því skyni að veita sem besta meðferð með sem minnstri áhættu. Markmið leiðbeininganna miða að því að viðhalda gæðum og auka þau og að stuðla að markvissari heilbrigðisþjónustu við sjúklinga. Klínískar leiðbeiningar eru auk þess hentugar til að halda utan um vísindalega þekkingu sem

þróast á hverju sviði svo að heilbrigðisstarfsfólk geti betur fylgst með og nýtt sér þær nýjungar við daglega umönnun og meðferð sjúklinga (van Everdingen o.fl., 2004). Innan hjúkrunar hafa klínískar leiðbeiningar þótt hentug aðferð til að vinna úr rannsóknarniðurstöðum og taka upp gagnreynnda þekkingu í hjúkrun (Miller og Kearney, 2004). Klínískar leiðbeiningar eru þess vegna góð leið til að brúa bilið á milli fræðilegrar fagþekkingar og þekkingar sem hjúkrunarfræðingar geta unnið með í daglegri umönnun sjúklinga. Einnig eru klínískar leiðbeiningar notaðar í gæðastjórnun innan hjúkrunar (Duff o.fl., 1996).

Á Íslandi hafa klínískar leiðbeiningar helst verið unnar á vegum landlæknisembættisins en einnig hefur Landspítali-háskólasjúkrahús staðið að gerð klínískra leiðbeininga fyrir heilbrigðisstarfsfólk (www.lsh.is, www.landlaeknir.is). Í flestum tilfellum hefur verið stuðst við erlendar leiðbeiningar sem hafa verið þýddar og lagaðar að íslenskum aðstæðum. Gagnreynndar leiðbeiningar fyrir sjúklinga með heilablóðfall hafa ekki verið þýddar á íslensku. Erlendis hafa ýmsir aðilar samið klínískar leiðbeiningar fyrir sjúklinga með heilablóðfall (Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN), 2002; The New Zealand Guidelines Group, 2003). Þessar leiðbeiningar eru samdar af þverfaglegum hópum og hafa ekki tekið mið af hjúkrun. Það gefur auga leið að leiðbeiningar sem þessar beinast ekki að hjúkrun og því var talið mikilvægt að rannsaka hvaða

þekkingu/aðgerðum er lýst í fræðilegu efni er hjúkrunarfræðingar geta nýtt sér í daglegri hjúkrun sjúklinga með heilablóðfall. Í ljósi þessa var skipulagt samvinnuverkefni hjúkrunarfræðinga á Íslandi og í Hollandi sem fólst í því að semja klínískar hjúkrunar- og endurhæfingarleiðbeiningar fyrir sjúklinga með heilablóðfall sem byggjast á bestu gagnreynðu þekkingu sem völ er á og hjúkrunarfræðingar geta notað í daglegri hjúkrun.

Samvinnuverkefni

Samning hjúkrunar- og endurhæfingarleiðbeininga fyrir sjúklinga með heilablóðfall er samvinnuverkefni á milli taugaendurhæfingardeildar Grensáss, taugalækningadeildar LSH og heilavíðs háskólasjúkrahússins í Utrecht og háskólans í Utrecht í Hollandi. Hjúkrunarfræðingar og rannsakendur frá þessum stofnunum vinna hina ýmsu kafla leiðbeininganna. Dr. Þóra B. Hafsteinsdóttir hjúkrunarfræðingur var ráðin verkefnisstjóri og var hún einn af hvatamönnum samstarfsverkefnisins ásamt Guðlaugu Rakel Guðjónsdóttur á Íslandi, dr. Marieke Schuurmans og Marianne Lensink í Hollandi. Aðrir samvinnuaðilar eru: hjúkrunarvísindadeild háskólans í Utrecht, faraldursfræðideild háskólasjúkrahússins í Utrecht, endurhæfingardeild háskólasjúkrahússins í Utrecht, landssamband hjúkrunarfélaga í Hollandi, fagdeild taugahjúkrunarfræðinga á Íslandi, hollenska taugahjúkrunarfélagið og hollenska hjartaverndarfélagið. Í vinnuhópnum, sem er að semja leiðbeiningarnar, eru hjúkrunarfræðingar, sérfræðingar í hjúkrun, læknir sem og rannsakendur er starfa á áðurnefndum heilbrigðisstofnunum og vinna ýmsa þætti verkefnisins (tafla 1). Á Íslandi hafa þær Dórothea Bergs, taugaendurhæfingardeild Grensáss og Katrín Björgvinsdóttir, Marianne Klinka og Svanhildur Sigurjónsdóttir á taugalækningadeild LSH unnið að samningu leiðbeininganna. Mikilvægt er að í vinnuhópi séu fulltrúar heilbrigðisstétta að vinna við þróun leiðbeininganna, Einnig hafa meistaranemar við hjúkrunarvísindadeildina í Utrecht tekið virkan þátt í verkefninu. Þessa stundina vinnur hópur átta hjúkrunarfræðinga ásamt einum lækni að ýmsum þáttum leiðbeininganna (tafla 1).



Dr. Þóra B. Hafsteinsdóttir, lektor og forstöðumaður fræðasviðs um endurhæfingarhjúkrun við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Hún starfar einnig við háskólasjúkrahúsið í Utrecht og við fræðasvið öldrunar við háskólann í Utrecht í Hollandi



Dórothea Bergs lauk meistaraþráðu í hjúkrun frá Royal College of Nursing árið 2000. Hún er með sérfræðingsleyfi í sérgreininni Hjúkrun langveikra með áherslu á endurhæfingu frá Heilbrigðis- og Tryggingamálaráðuneytinu frá 2006. Rannsóknarsvið hennar tengist langveikum sjúklingum og fjölskyldum þeirra.



Katrín Björgvinsdóttir, hjúkrunarfræðingur á smitsjúkdómadeild LSH. Lauk B.Sc.-prófi í hjúkrun frá HÍ árið 1985 og meistaraþráðu í hjúkrun frá Royal College of Nursing árið 2005. Hefur starfað sem hjúkrunarfræðingur á ýmsum deildum LSH frá útskrift, m.a. á taugalækningadeild í þrjú ár.



Marianne E. Klink, hjúkrunarfræðingur á taugalækningadeild LSH. Lauk hjúkrunarprófi í Danmörku árið 1996. Hefur lengst af starfað við hjúkrun sjúklinga með taugasjúkdóma eftir útskrift og á taugalækningadeild LSH frá árinu 2000.



Svanhildur Sigurjónsdóttir, hjúkrunarfræðingur á taugalækningadeild LSH. Lauk B.Sc.-prófi í hjúkrun frá HÍ árið 2002. Hefur starfað á taugalækningadeild LSH frá útskrift.



Herdís Herbertsdóttir, sviðsstjóri hjúkrunar á yflækningasviði I. Lauk B.Sc.-prófi í hjúkrun frá HÍ árið 1983 og MBA-gráðu á sviði stjórnum árið 2001 frá San Francisco State University. Hefur starfað sem hjúkrunarfræðingur á ýmsum deildum LSH, deildarstjóri og síðan sviðsstjóri hjúkrunar frá mars 2005.

Tafla 1. Vinnuhópur klínískra hjúkrunarleiðbeininga fyrir sjúklinga með heilablóðfall
Meðlimir vinnuhópsins á Íslandi eru:

- Dórothea Bergs, taugaendurhæfingardeild Grensáass, LSH;
- Katrín Björgvinsdóttir, taugalækningadeild LSH;
- Marianne Klink, taugalækningadeild LSH;
- Svanhildur Sigurjónsdóttir, taugalækningadeild LSH.

Meðlimir vinnuhópsins í Hollandi eru:

- Floor Gooskens, heilasviði, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Irina Uitewaal, heilasviði, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Janneke de Man, heilasviði, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Marijke Rensink, Lectoraat, Hogeschool Utrecht (University of Professional Sciences)
- Martine Vergunst, heilasviði, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;

Til að tryggja gæði leiðbeininganna og koma í veg fyrir hugsanlega hagsmunaárekstra (faglega, persónulega, fjárhagslega) var settur á fót stýrihópur sem kemur reglulega saman. Þar eiga sæti frumkvöðlar og hagsmunaðilar að leiðbeiningunum, sérfræðingar í endurhæfingu sem og fulltrúar frá áðurnefndum félagasamtökum (tafla 2).

Tafla 2. Stýrihópur klínískra hjúkrunarleiðbeininga fyrir sjúklinga með heilablóðfall
Meðlimir stýrihópsins eru:

- Dr. Marieke Schuurmans, formaður;
- Dr. Þóra B. Hafsteinsdóttir, verkefnisstjóri;
- Herdís Herbertsdóttir*, MBA, sviðsstjóri lyflækningasviðs I, LSH;
- Marianne Lensink, MSc, sviðsstjóri heilasviðs, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Prófessor Eline Lindeman, endurhæfingarlæknir, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Dr. Anne Visser-Meily, endurhæfingarlæknir, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Prófessor Mieke Grypdonck, hjúkrunarvísindadeild, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Dr. Geert Kwakkel, sjúkraþjálfari, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Prófessor Jaap Kappelle, taugalæknir, háskólasjúkrahúsinu í Utrecht;
- Prófessor Sander Geurts, endurhæfingarlæknir, háskólasjúkrahúsinu í Nijmegen;
- Dr. Paul van Keeken, háskólasjúkrahúsinu Nijmegen, fulltrúi taugahjúkrunarfélags Hollands;
- Dr. Raymond Wimmers, fulltrúi hollenska hjartaverndarfélagsins;
- Dr. Yvonne Heijnen Kales, fulltrúi Sambands hollenskra hjúkrunarfélaganna.
- Guðlaug Rakel Guðjónsdóttir, fyrrverandi sviðsstjóri lyflækningasviðs I, LSH, átti sæti í stýrihópi þar til Herdís tók við af henni.

Hvernig eru leiðbeiningarnar unnar?

Klínískar leiðbeiningar fyrir hjúkrun sjúklinga með heilablóðfall eru unnar á gagnreyndan hátt, þar er stuðst við gagnreynd vinnubrögð. Ýmsir aðilar hafa lýst aðferðum til að semja klínískar leiðbeiningar, eins og AGREE-stofnunin sem einnig hefur gefið út AGREE-matsæki til að meta gæði leiðbeininga (The AGREE Collaboration, 2001). Við samningu klínískra hjúkrunarleiðbeininga fyrir sjúklinga með heilablóðfall var stuðst við áðurnefndar aðferðir sem fólu í sér eftirfarandi þrep:

- 1) Vandamál rannsakað og efni leiðbeininga valið
- 2) Fræðilegir kaflar skrifaðir
- 3) Uppkast að leiðbeiningum skrifað
- 4) Leiðbeiningar lagðar fyrir hóp sérfræðinga
- 5) Forrannsókn á notkun leiðbeininganna
- 6) Samningu klínískra hjúkrunarendurhæfing-arleiðbeininga fyrir heilablóðfallssjúklinga lokið.

Hér verður nánar farið í helstu þætti hvers þreps í þróunarferli leiðbeininganna.

Prep 1. Vandamál rannsakað og efni leiðbeininga valið

Í upphafi var þörfin fyrir klínískar hjúkrunarleiðbeiningar fyrir heilablóðfallssjúklinga metin með því að svara m.a. eftirfarandi spurningum. Er sjúklingahópurinn eða vandamálið algengt eða mikilvægt? Hafa aðrar leiðbeiningar verið settar fram? Hvaða fagaðilar koma til með að nota leiðbeiningarnar? Er um að ræða leiðbeiningar fyrir þverfaglegan hóp eða einn faghóp? Niðurstöður okkar bentu til þess að þörfin væri bryn. Leiðbeiningar þær, er hafa verið samdar fyrir sjúklinga með heilablóðfall, hafa ekki nýst hjúkrunarfræðingum sem skyldi. Því var talin þörf á að semja leiðbeiningar sem beindust sérstaklega að hjúkrun heilablóðfallssjúklinga og ákveðið að vinna fræðilega kafla út frá helstu vandamálum þessara sjúklinga. Til hliðsjónar voru hafðar alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar fyrir sjúklinga með heilablóðfall, samdar af öðrum fagaðilum. Afleiðingum heilablóðfalls má skipta í þrjá flokka: líkamlegar afleiðingar, sálrænar afleiðingar og félagslegar afleiðingar sjúklinga með heilablóðfall og innan hvers flokks eru fræðilegir kaflar er beinast að vandamálum þessara sjúklinga (tafla 3).

Tafla 3. Fræðilegir kaflar klínískra hjúkrunarleiðbeininga fyrir sjúklinga með heilablóðfall

I. LÍKAMLEGAR afleiðingar

1. Fræðilegur grunnur endurhæfingar heilablóðfallssjúklinga
2. Hreyfigeta og sjálfsbjargarhæfni
3. Byltur
4. Næring og vandamál við að borða
5. Vökvastjórnun – ofþornun
6. Kyngingarvandamál
7. Verkir
8. Þvagútskilnaður

II. SÁLRAENAR afleiðingar

9. Vitsmunalegir þættir
10. Punglyndi
11. Boðskipti

III. FÉLAGSLEGAR afleiðingar

12. Maki og umönnunaraðili
13. Kynlíf – samlíf
14. Fræðsla til sjúklings og aðstandenda
15. Dægradvöl

Prep 2. Fræðilegir kaflar

Í klínískum hjúkrunarleiðbeiningum fyrir sjúklinga með heilablóðfall eru kerfisbundin yfirlit unnin um hvern fræðilegan kafla. Markmið kerfisbundinna yfirlita er að taka saman og meta á kerfisbundinn hátt rannsóknir á árangri á meðferð sjúklinga (Grimshaw o.fl., 2003). Stuðst er við aðferð Cochrane Collaboration (Mulrow og Oxman, 1997). Í leiðbeiningunum beinum við augum okkar að hjúkrun og endurhæfingu sjúklinga með heilablóðfall og hlutverki hjúkrunarfræðinga. Þá voru rannsóknartillögur skrifaðar með aðferðafræði hvers yfirlits (Þóra Hafsteinsdóttir, 2004). Þar er fjallað um það hvernig efnið er afmarkað, fræðilegan bakgrunn efnis, leitaraðferð, val á greinum, hvernig gæði greina eru metin. Við vinnslu hvers fræðilegs kafla beindum við sjónum okkar að eftirfarandi þáttum í hlutverki hjúkrunarfræðinga í hjúkrun sjúklinga með heilablóðfall: að meta og greina vandamál sjúklinga; að styðja, virkja og endurhæfa sjúklinga; meta árangur meðferðar við vandamálum sjúklinga. Leitast var við að skrifa leiðbeiningarnar á þann hátt að auðvelt væri fyrir hjúkrunarfræðinga að vinna eftir þeim.

Leitað var að fræðilegu efni í eftirfarandi gagnaböndum: Pubmed, þ.e. Medline, Nursing Journals; Cinahl, Psychlit, Ovid, The Cochrane Database of Systematic Reviews, The Cochrane Registry of Clinical Trials; gagnaböndum annarra rannsóknarstofnana. Greinar voru valdar er beinast að rannsóknnum á vandamálum sjúklinga með heilablóðfall og meðferð við þeim, sem lýst er í ritrýndum fræðigreinum og hjúkrunarfræðingar geta notað í daglegri hjúkrun. Gæði rannsókna eru metin af tveimur rýnum – óháðum hvorum öðrum. Vísindalegur styrkur hvers leiðbeiningar er metinn eftir SIGN-kerfinu en meðal annarra



Hópurinn í Utrecht, frá vinstri Þóra B. Hafsteinsdóttir, Þá Irina Uitewaal, og Janneke de Man (Auk þeirra eru Marijke Rensink og Martine Vergunst í hópnum).

notar landlæknisembættið það kerfi. Því fleiri hágæðarannsóknir sem gerðar hafa verið á viðkomandi meðferð þeim mun meiri vísindalegan styrk fær meðferðin. Í ljósi þess hversu fjölbreytileg aðferðafræði rannsókna er var ljóst að ekki yrði hægt að framkvæma safngreiningu (meta-analysis) og því eru rannsóknir og niðurstöður þeirra unnar í fræðilega samantekt fyrir hvern kafla leiðbeininganna.

Prep 3. Uppkast að leiðbeiningum

Þegar fræðilegir kaflar hafa verið skrifaðir er uppkast að leiðbeiningunum skrifað. Leiðbeiningarnar fela í sér tvo hluta: A. Fræðilegan hluta með stuttum fræðilegum köflum, ráðleggingum, töflum með rannsóknum er ráðleggingar styðjast við og heimildir; B. Yfirlit yfir ráðleggingar á handhægu formi sem hjúkrunarfræðingar geta notað daglega.

Prep 4. Prófun hjá sérfræðingum

Þegar uppkast leiðbeininganna hefur verið skrifað munu þær verða lagðar fyrir eftirfarandi sérfræðinga í meðferð og hjúkrun sjúklinga með heilablóðfall: hjúkrunarfræðinga sem eiga eftir að vinna með leiðbeiningarnar; hjúkrunarfræðinga með vísindalega þekkingu á efninu; þverfaglegan hóp sérfræðinga eins og iðjupjálfa, talmeinafræðinga, sjúkráþjálfara, næringarfræðinga, taugalækna og endurhæfingarlækna, og svo sjúklinga og fulltrúa sjúklinga. Þessir sérfræðingar meta gildi leiðbeininganna, vísindalegan bakgrunn og gagnsemi þeirra.

AUGLÝSING

Prep 5. Prófun á vinnustöðum

Að lokum mun hópur hjúkrunarfræðinga á Íslandi og í Hollandi prófa notkun leiðbeininganna við hjúkrun heilablóðfallssjúklinga á ýmsum vinnustöðum, t.d. sjúkrahúsum, endurhæfingardeildum, hjúkrunarheimilum og í heimahjúkrun.

Prep 6. Leiðbeiningarnar tilbúnar

Pegar unnið hefur verið úr athugasemdum úr prófun á vinnustöðum munu klínískar hjúkrunarleiðbeiningar fyrir sjúklinga með heilablóðfall verða tilbúnar. Mikilvægt er að leiðbeiningarnar séu skýrt orðaðar og að uppsetning þeirra sé góð þannig að þær séu auðveldar í notkun og aðgengilegar fyrir hjúkrunarfræðinga, bæði þá sem á skjótan hátt þurfa að leita sér upplýsinga um ákveðið vandamál og þá sem vilja fræðast nánar um viðkomandi efni.

Lokaorð

Það hefur ekki farið fram hjá hjúkrunarfræðingum fremur en öðrum að kröfur um gagnreynd vinnubrögð í heilbrigðisþjónustunni hafa aukist á síðustu árum samfara auknum kröfum um gæði og skilvirkni þjónustunnar. Klínískar leiðbeiningar í hjúkrun eru leið að gagnreyndri hjúkrun þar sem hjúkrunarfræðingar taka ákvarðanir um meðferð sjúklinga á grundvelli rannsókna og klínískrar reynslu en taka jafnframt tillit til skoðana og aðstæðna hvers sjúklings. Klínískar leiðbeiningar hafa reynst hjúkrunarfræðingum vel til að fylgjast með nýjungum og nýta sér þær við daglega umönnun og meðferð sjúklinga (van Everdingen o.fl., 2004). Þannig brúa klínískar leiðbeiningar bilið á milli fræðilegrar fagþekkingar og rannsókna annars vegar og hinnar daglegu þjónustu er hjúkrunarfræðingar veita sjúklingum hins vegar. Við vinnslu klínískra leiðbeininga fyrir heilablóðfallssjúklinga höfum við haft þetta að leiðarljósi. En leiðbeiningarnar eru enn í vinnslu – nokkrir fræðilegir kaflar eru í athugun hjá hópum sérfræðinga á Íslandi og í lok sumars verður byrjað að leggja aðra kafla leiðbeininganna fyrir hópa sérfræðinga í Hollandi. Þar næst verða leiðbeiningarnar forþróaðar eins og áður er lýst og þegar vinnslu leiðbeininganna er lokið mun verða unnið að upptöku þeirra þar sem sjúklingar með heilablóðfall dvelja, eins og á tauga- og endurhæfingardeildum sjúkrahúsa, end-

urhæfingarstofnunum, hjúkrunarheimilum og í heimahjúkrun.

Því er spáð að á næstu áratugum muni upptaka og notkun klínískra leiðbeininga og gagnreyndrar hjúkrunar fara vaxandi og verða mun algengari en nú er. Hjúkrunarfræðingar, sem vinna eftir gagnreyndum klínískum hjúkrunarleiðbeiningum, hafa gagnreynda hjúkrun að leiðarljósi, skjólstæðingum sínum til heilla. Hjúkrunarfræðingar þurfa að glíma við það vandasama verkefni að nýta sér klínískar leiðbeiningar og um leið eru þeir hvattir til að meta árangur þeirra aðferða sem þeir beita í daglegri umönnun sjúklinga – og að nýta sér árangursríkar aðferðir í daglegri hjúkrun sjúklinga með heilablóðfall.

Heimildir

- Barker, E. (2002). *Neuroscience nursing: a spectrum of care*. London: Mosby: Elsevier Science.
- Choi-Kwon, S., Yang, Y.H., Kim, E.K., Jeon, M.Y., og Kim, J.S. (1998). Nutritional status in acute stroke: undernutrition versus overnutrition in different stroke subtypes. *Acta Neurologica Scandinavica*, 98, 187-192.
- Cullum, N. (2000). *Evidence based nursing: uitdagingen en mogelijkheden*. Anna Reynvaan Lezing.
- Duff, L.A., Kitson, A.L., Seers, K., og Humphris, D. (1996). Clinical guidelines: an introduction to their development and implementation. *Journal of Advanced Nursing*, 23, 887-895.
- Forbes, A., og Griffiths, P. (2002). Methodological strategies for the identification and synthesis of 'evidence' to support decision-making in relation to complex healthcare systems and practices. *Nursing Inquiry*, 9, 141-155.
- Grimshaw, J., McAuley, L.M., Bero, L.A., Grilli, R., Oxman, A.D., Ramsay, C., og fleiri (2003). Systematic reviews of the effectiveness of quality improvement strategies and programmes. *Quality of Safe Health Care*, 12, 298-303.
- Hafsteinsdóttir, T.B. (2004). Rehabilitation Guideline Development - Systematic Review Protocol - Mobility and ADL of Patients with Stroke. Utrecht, Division of Neuroscience, University Medical Center Utrecht.
- Hafsteinsdóttir, T.B. (2004). Clinical Nursing Guidelines for Patients with Stroke: A Systematic Review Protocol, University Medical Center Utrecht.
- Henderson, V.A. (1966). *The Nature of Nursing* (1. útg.). New York: The McMillan Company.
- Miller, M., og Kearney, N. (2004). Guidelines for clinical practice: development, dissemination and implementation. *International Journal of Nursing Studies*, 41, 813-821.
- Mulrow, C.D., og Oxman, A.D. (1997). *Cochrane Collaboration Handbook*. Oxford: Cochrane Library (CDROM). The Cochrane Collaboration
- Scottish Intercollegiate Guidelines Network (SIGN) (2002). *Management of patients with stroke: rehabilitation, prevention and management of complications and discharge planning: a national clinical guideline*. <vantar útgáfustað og útgefanda>
- The AGREE Collaboration (2001). Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation: AGREE instrument training Manual. The agree Collaboration.
- The New Zealand Guidelines Group (2003). *Life after stroke: New Zealand guideline for management of stroke: best practice - evidence based practice*. Wellington: Stroke Foundation of New Zealand Inc.; New Zealand Guidelines Group.
- Unosson, M., Ek, A.C., Bjurulf, P., von, S.H., og Larsson, J. (1994). Feeding dependence and nutritional status after acute stroke. *Stroke*, 25, 366-371.
- van Everdingen, J.J., van Burgers, J.S., Assendelft, W.J.J., Swinkels, J.A., van Barneveld, T.A., og van de Klundert, J.L.M. (2004). *Evidence based richtlijnontwikkeling: een leidraad voor de praktijk*. Houten: Bohn Stafleu van Loghum.
- Wade, D.T., Wood, V.A., Heller, A., Maggs, J., og Langton, H.R. (1987). Walking after stroke. Measurement and recovery over the first 3 months. *Scandinavian Journal of Rehabilitation Medicine*, 19, 25-30.
- Whyte, E.M., Mulsant, P.M. (2002). Post stroke depression: epidemiology, pathophysiology, and biological treatment. *Journal of Biology and Psychiatry*, 52(3) 253-264.
- Williams, G.R. (1999). Incidence and occurrence of total (first-ever and recurrent) stroke. *Stroke*, 30, 2523-2528.