

## VIÐFANGSEFNI HJÚKRUNARFRÆÐINGA Á HJÚKRUNARHEIMILUM – AÐ HAFI ALLA ÞRÆÐI Í HENDI SÉR

### ÚTDRÁTTUR

Til að tryggja þau gæði, sem eru grundvallaratriði fyrir vellíðan heimilismanna á hjúkrunarheimilum, er nauðsynlegt að greina framlag hjúkrunarfræðinga til hjúkrunar aldraðra. Tilgangur þessarar eigindlegu rannsóknar var að varpa ljósi á viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum og lýsa því í hverju störf þeirra eru fólgin. Tekin voru fjögur rýnihópaviðtöl við samtals 22 hjúkrunarfræðinga frá fimm hjúkrunarheimilum. Notaður var hálfstaðlaður viðtalsrammi. Viðtölin voru þemagreind. Niðurstöður sýndu fjölbætt og flókin viðfangsefni hjúkrunarfræðinga. Yfirþemað var að hafa alla þræði starfseminnar í hendi sér. Undirþemun voru árvekni, að hafa yfirsýn og vera vakandi yfir öllu og að vera greinandi og sjá hlutina í öðru ljósi. Á grundvelli þess fjárhagslega umhverfis, sem hjúkrunarfræðingar starfa nú í, eru þeir hins vegar í ákveðnu öngstræti við að tryggja gæði hjúkrunarinnar. Markviss stjórnun og fagleg forysta skiptir þá sköpum fyrir gæði hjúkrunar á hjúkrunarheimilum. Styrkur hjúkrunarfræðinga liggur í þekkingu þeirra og hinni heildrænu nálgun sem þeir beita. Niðurstöður þessarar rannsóknar geta nýst sem grunnur fyrir frekari rannsóknir á viðfangsefninu auk þess að vera mikilvægt framlag þekkingar til hjúkrunarfræðinga, hjúkrunarstjórnenda og ráðamanna öldrunarmála.

**Lykilorð:** hjúkrunarfræðingar, hjúkrunarheimili, rýnihópar, öldrunarhjúkrun.

### INNGANGUR

Hjúkrunarfræðingar bera ábyrgð á að veitt sé fullnægjandi hjúkrun á heilbrigðisstofnunum landsins. Markmið hjúkrunar á hjúkrunarheimilum er að tryggja vellíðan heimilismanna með því að viðhalda færni þeirra til athafna daglegs lífs, draga úr áhrifum sjúkdóma og tryggja friðsælan dauðdaga. Heildræn nálgun í umönnun heimilismanna, sem byggð er á þekkingu og faglegri færni, er forsenda þess að þessu markmiði sé náð. Það verður ekki gert nema tryggður sé viðeigandi mannaflí fagfólks.

Á síðustu árum hefur mönnun á hjúkrunarheimilum verið talsvert til umfjöllunar. Í fyrstu var það vegna þess að erfiðlega gekk að manna heimilinn fagfólki, þ.e. hjúkrunarfræðingum og sjúkraliðum, og stærsti hluti starfsfólksins var ófaglærður. Síðar jókst þessi vandi vegna niðurskurðar í heilbrigðisþjónustunni þar sem rekstrarfé skorti til að ráða nægilega margt fagfólk. Árið 2001 lagði gæðaráð Landlæknisembættisins í öldrunarhjúkrun fram ábendingar um hjúkrunarmönnun á öldrunarstofnunum (Landlæknisembættið, 2001) byggðar á lögum um málefni aldraðra nr. 125/1999. Þar eru sett fram mönnunarlíkön sem gera ráð fyrir að eingöngu hjúkrunarfræðingar og sjúkraliðar sinni umönnun á hjúkrunarheimilum. Þegar þessi mönnunarlíkön eru skoðuð 10 árum síðar er ljóst að þeim hefur ekki verið fylgt. Hjúkrunarþyngd á hjúkrunarheimilum hefur aukist töluvert á síðustu árum. Árið 2005 var þyngdarstuðull

### ENGLISH SUMMARY

Sigurjónsdóttir, J., Jónsdóttir, H., Flygenring, B.G., Bragadóttir, H.  
The Icelandic Journal of Nursing, 89 (1), 50-56

### THE CONTRIBUTION OF NURSES TO THE CARE OF RESIDENTS OF NURSING HOMES – KEEPING ALL STRINGS IN ONE'S HAND

To ensure quality care in nursing homes for the elderly there is a need to identify what registered nurses contribute to the quality of long-term care. The purpose of this qualitative study was to shed light on the undertakings of registered nurses in nursing homes and what their work entails. Four focus group interviews were done with a total of 22 nurses from five nursing homes. A semi-structured interview framework was used. Data were analyzed into themes. Findings reveal manifold and complex undertakings of registered nurses in nursing homes. The main theme identified was keeping all strings in one's hand. The subthemes identified were vigilance, overview and constant surveillance and being analytical and seeing things from a new perspective. However, with the current tight economic situation in which nurses are now bound to carry out their work, they are so to speak located in a dead end street in seeking ways to ensure quality nursing care. Purposeful management and professional leadership in nursing is thus crucial for quality care in nursing homes. The strength of the work of registered nurses in nursing homes lies in their knowledge and their holistic work approach. Study findings may be used as ground for further studying the matter besides being valuable knowledge for nurse clinicians, managers, and policy makers who are in charge of the care of the elderly.

**Key words:** registered nurses, nursing home, focus groups, geriatric nursing.

**Correspondance:** helgabra@hi.is

fyrir hjúkrunarrými 0,98 en hafði hækkað í 1,03 fyrir árið 2011 (Sigríður Egilsdóttir, munnleg heimild 16. desember 2011). Í ábendingum gæðaráðsins kemur fram ákveðinn vendipunktur. Fari þyngdarstuðull yfir 1 þarf að fjölga fagmenntuðu starfsfólki vegna aukins umfangs og eðlis hjúkrunarvandamála sem fengist er við. Í reynd er það svo að mönnunarlíkön hjúkrunarheimila eru ekki í samræmi við mönnunarlíkön gæðaráðs í öldrunarhjúkrun og ef eitthvað er þá hefur fagfólki fækkað hlutfallslega og semsetning mannaflans því frekar færst fjær en nær æskilegri mönnun síðustu árin. Þessi neikvæða þróun í samsetningu mannaflans á hjúkrunarheimilum ógnar gæðum þjónustunnar og þar með velferð og öryggi heimilismanna. Á þetta var bent í ályktun félagsráðsfundar Félags íslenskra

hjúkrunarfræðinga 25. febrúar 2005 þar sem lýst var yfir áhyggjum vegna fækkunar á stöðugildum hjúkrunarfræðinga á öldrunarstofnunum. Um þetta vitna einnig nýlegar úttektir Landlæknisembættisins á nokkrum hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu (Landlæknisembættið, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d). Flest tilmæli Landlæknisembættisins um úrbætur á hjúkrunarheimilunum lúta að verkefnum sem krefjast fagþekkingar hjúkrunarfræðinga og verða því ekki leyst án þess að annaðhvort fjölga hjúkrunarfræðingum eða finna leiðir til að nýta sértæka þekkingu þeirra á skilvirkari hátt en gert er.

Meðalaldur íslensku þjóðarinnar fer hækkandi og gera mannfjöldaspár ráð fyrir að frá árinu 2004 til ársins 2050 muni öldruðum fjölga um 77% og að stór hluti aldraðra muni verja síðustu æviárum sínum á hjúkrunarheimilum (Hagstofa Íslands, 2008; Sorenson, 2007). Samfara þessu hafa störf hjúkrunarfræðinga tekið miklum breytingum, skjólstæðingum þeirra hefur fjölgað og þeir orðnir eldri og veikari og fleiri hafa langvinna og flókna sjúkdóma. Þessi stóri hópur aldraðra þarf mismunandi hjúkrunarúrræði vegna andlegra og líkamlegra sjúkdóma og hrörnnunar (Hjaltadóttir o.fl., 2011; Sorenson, 2007).

Samsetning mannaflans, nýting hans og skipulag á hjúkrunarheimilum skiptir máli fyrir gæði þjónustunnar. Staðfest hefur verið að vinna hjúkrunarfræðinga í meðferð sjúklunga skiptir sköpum fyrir velferð þeirra og árangur þjónustunnar á sjúkrahúsum (Aiken o.fl., 2011; Estabrooks o.fl., 2011; Tourangeau o.fl., 2006) og á hjúkrunarheimilum (Kim o.fl., 2009; Pekkariinen o.fl., 2006). Þrátt fyrir að rannsóknir staðfesti æ ofan í æ að þekking og færni hjúkrunarfræðinga skipti máli skortir enn vitneskju um það hver hin raunverulegu viðfangsefni hjúkrunarfræðinga eru og hvernig þekking þeirra nýtist sem best.

Rannsókn Heath (2010) varpar nokkru ljósi á hlutverk og sérstakt framlag hjúkrunarfræðinga til árangursríkrar hjúkrunar á hjúkrunarheimilum fyrir aldraða í Englandi. Áherslan var á árangur þeirrar hjúkrunar sem veitt var og voru þátttakendur starfsmenn, heimilismenn og aðstandendur. Niðurstöður sýndu að hlutverk hjúkrunarfræðinga er umfangsmikið og margþætt, allt frá stjórnun hjúkrunar meðferðar og mannafla í hjúkrun til beinnar hjúkrunar. Hjúkrunarfræðingurinn var oft eini einstaklingurinn á vakt með faglega menntun og var hann því ábyrgur fyrir heilsu og vellíðan heimilisfólks og störfum starfsmanna ásamt því að fást við þau neyðartilvik sem upp komu. Það var mat þátttakenda að árangurinn af störfum hjúkrunarfræðinga væri bætt heilsa og meiri virkni heimilisfólks sem leiddi til meiri lífsgæða þeirra og hafði þetta jákvæð áhrif á aðstandendur, starfsfólk og stofnunina í heild.

Reynsla hjúkrunarfræðinga og viðhorf til eigin starfa og hlutverks á hjúkrunarheimilum getur verið þversagnarkennd (Canam, 2008; Karlsson o.fl., 2009). Þar vegast á hin sýnilegri verk eða athafnir og hin oft ósýnilega vitsmuna- og samhæfingarvinna sem byggð er á sértækri hjúkrunarfræðilegri þekkingu og þjálfun í hjúkrun. Þannig sýna mælingar á vinnu hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum að mestur tími þeirra fer í beina hjúkrun og samskipti (Munyisia o.fl., 2011). Slíkt mat gefur þó eingöngu mynd af því hvað er gert eða framkvæmt en

ekki á hverju það byggist og hvers vegna það leiðir til árangurs og þar með hvers vegna framlag hjúkrunarfræðinga skiptir sköpum fyrir gæði þjónustunnar (Canam, 2008).

Markviss stjórnun og fagleg forysta í hjúkrun skiptir sköpum fyrir gæði hjúkrunar á hjúkrunarheimilum (Flynn o.fl., 2010; Rantz o.fl., 2004; Venturato og Drew, 2010). Fullnægjandi mönnun með styrkri stjórn og faglegri forystu hjúkrunarfræðinga, þar sem grunnþörfum heimilisfólks er sinnt og gæðastarf er virkt, leiðir til betri árangurs og hagkvæmari afkomu en þar sem forystu og fagmennsku skortir. Þekking og færni hjúkrunarfræðinga skiptir sköpum fyrir gæði þjónustu hjúkrunarheimila þar sem heimilismenn eru sjúklingar með fjölpætta og flókna sjúkdóma (Flynn o.fl., 2010; Hjaltadóttir o.fl., 2011). Í rannsókn, sem gerð var á 92 hjúkrunarheimilum í Bandaríkjunum, greindist munur á afbragðsheimilum og þeim sem lökust voru. Lykilþættir í þjónustu afbragðsheimilanna var styrk stjórnun og forysta í hjúkrun, að grunnþörfum heimilismanna var sinnt, að hjúkrunaráætlun var virk, ásamt virku áhættumati sem fylgt var markvisst eftir af hjúkrunarfræðingum. Þar var teymisvinna og samstarf hópa betra og þrýstingssár, byltur, sýkingar, verkir, útskiilnaðarvandamál og næringarvandamál fátíðari ásamt því að daglegri hreyfingu heimilismanna var vel sinnt. Niðurstöður rannsóknarinnar bentu einnig til þess að það væri fjárhagslega hagkvæmt að hafa fært og áhugasamt starfsfólk í hjúkrun sem sinni vinnu sinni af þekkingu og alúð (Rantz o.fl., 2004).

Það hlýtur að teljast neikvæð þróun þegar hlutfallsleg fækkun verður á stöðugildum hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum á sama tíma og þörf fyrir faglega þekkingu þeirra eykst vegna fjölpættari hjúkrunarvandamála heimilismanna. Sú þróun og sá raunverulegi vandi sem fækkunin skapar er alþjóðlegur og hafa Alþjóðasamtök öldrunarlækninga og öldrunarfræða (Association of Geriatrics and Gerontology) lýst yfir áhyggjum af því að öldrunarhjúkrun er ekki metin til jafns við aðra hjúkrun og að skortur er á sérfræðiþekkingu á því sviði (Tolson o.fl., 2011a). Til að sporna við þessu hefur starfshópur samtakanna í samstarfi við Alþjóðaheilbrigðisstofnunina (WHO) sett fram úrbætur í 15 liðum á fjórum sviðum. Úrbæturnar lúta að því að efla orðspor hjúkrunarheimila og faglega forystu, efla klíniska þjónustu og gæðavísa, efla menntun heilbrigðisstarfsmanna og efla rannsóknir og þar með efla gæði þjónustunnar á hjúkrunarheimilum (Tolson o.fl., 2011a, 2011b).

Kenningarlegur grunnur þessarar rannsóknar byggist á hugmyndafræði Donabedian, Nightingale og Henderson (Donabedian, 1988/1997; Henderson, 1976; Nightingale, 1860/1969) um góða heilbrigðisþjónustu og hjúkrun. Í heilbrigðisþjónustu, þar sem gæði, öryggi og hagkvæmni eru tryggð, er það ekki eingöngu hlutverk hjúkrunarfræðinga að veita beina hjúkrun heldur að sjá til þess að sjúkir og heilbrigðir fái þörfum sínum fullnægt.

Tilgangur rannsóknarinnar var að varpa ljósi á viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum og í hverju störf þeirra felast. Niðurstöður rannsóknarinnar eru framlag til vinnu sem fram undan er til að tryggja gæði í þjónustu við aldraða á hjúkrunarheimilum til framtíðar með rekstrarlega hagkvæmni í huga.

## AÐFERÐ

Lýsandi eigindlegt rannsóknarsnið var notað til að öðlast skilning á viðhorfum og reynslu hjúkrunarfræðinga af störfum þeirra á hjúkrunarheimilum fyrir aldraða. Rýnihópaviðtöl voru valin en með þeim er hægt að afla mikilla gagna á stuttum tíma þar sem kafað er ofan í ákveðið viðfangsefni og reynt að draga fram sem flestar hliðar á því máli sem rýnt er í (Sóley S. Bender, 2003).

Þátttakendur voru 22 kvenkynshjúkrunarfræðingar á aldrinum 31 til 65 ára frá fimm hjúkrunarheimilum í Reykjavík og nágrenni sem hafa öll svipaðan fjölda heimilismanna. Haft var samband við forsvarsmenn hjúkrunarheimilanna og gáfu þeir upp nöfn hjúkrunarfræðinga sem uppfylltu valviðmiðin og er því um tilgangsurttak að ræða. Valviðmiðin voru: að vera hjúkrunarfræðingur og hafa starfað á hjúkrunarheimili við öldrunarhjúkrun í að minnsta kosti tvö ár, vera í að minnsta kosti 60% vinnu þegar rannsóknin væri framkvæmd, vera ekki eingöngu á næturvöktum og tala íslensku. Þrjátíu og tveir þátttakendur voru valdir og var haft samband við þá símileiðis og þeim boðin þátttaka. Tuttugu og tveir tóku þátt og var þeim skipt í fjóra hópa, fimm og sex manna. Fengu þeir kynningarbréf um tilgang rannsóknar og framkvæmd hennar ásamt upplýstu samþykki. Hvorki þurfti leyfi Vísindasiðanefndar né Persónuverndar fyrir þessari rannsókn.

Eitt 50-70 mínútna viðtal var tekið við hvern rýnihóp í júní 2011. Einn rannsakenda (JS) gegndi hlutverki stjórnanda og stýrði umræðunum. Aðstoðarmaður sá um hljóðritun og skráði minnispunkta úr viðtölunum. Notaður var hálfstaðlaður spurningarammi sem útbúinn var fyrir þessa rannsókn. Spurningaramminn byggist á rannsóknarspurningunni „Hver eru viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum?“ og þeim rannsóknum sem rýndar voru um gæði hjúkrunar. Hann inniheldur sex spurningar um viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum: hvernig þau skarast við vinnu annarra svo sem sjúkraliða, hvaða viðfangsefni eru eingöngu á hendi hjúkrunarfræðinga, hvaða þættir hafa áhrif á störf hjúkrunarfræðinga og hver verða viðfangsefni hjúkrunarfræðinga í framtíðinni. Yfirborðsréttmæti spurningarammans var prófað með hópviðtali við fjóra hjúkrunarfræðinga sem bæði mátu hann og svöruðu honum eins og um rýnihóp væri að ræða. Allir sögðust skilja spurningarammann vel og lögðu til að hann yrði lagður fyrir óbreyttur. Viðtalið var hljóðritað og innihaldsgreint og spurningaramminn síðan metinn með tilliti til niðurstaðna. Engin breyting var gerð á spurningarammanum í kjölfarið.

Í hverju viðtali skoðuðu rannsakandi og aðstoðarmaður yrt og óyrt skilaboð og hvort eitthvað hefði verið sett fram á yfirborðslegan eða óljósan hátt. Til þess að ná fram sem skýrustum svörum ítrekaði stjórnandi hvort hann hefði skilið rétt það sem sagt var. Viðtölin voru hljóðrituð og færð í létur orðrétt. Úrvinnsla gagna er byggð á fyrri rannsóknum og fræðilegum forsendum. Gögnin voru lesin yfir með gagnrýnu hugarfari til að skilja og finna hvað væri sameiginlegt í reynslu og kunnáttu þátttakenda. Leitað var að sameiginlegum þemum og þess gætt að það sem í ljós kom væri ekki slitið úr sínu rétta samhengi (Graneheim og Lundman, 2004; Sóley S. Bender, 2003).

## NIÐURSTÖÐUR

Þátttakendur rannsóknarinnar sögðu viðfangsefni hjúkrunarfræðinga, sem starfa á hjúkrunarheimilum fyrir aldraða, fjölþætt og flókin. Í krafti hjúkrunarfræðilegrar þekkingar, reynslu og lagalegrar ábyrgðar hafa hjúkrunarfræðingarnir alla þræði starfseminnar í hendi sér og var það greint sem yfirþema. Forsendur þessa voru settar fram sem undirþemur að sýna árvekni, hafa yfirsýn og vera vakandi yfir öllu, ásamt því að vera greinandi og sjá hlutina í öðru ljósi. Mynd 1 sýnir þemur og hvað þau fela í sér.

Að hafa alla þræði starfseminnar í hendi sér	
<b>Árvekni, að hafa yfirsýn og vera vakandi yfir öllu</b>	<b>Að vera greinandi og sjá hlutina í öðru ljósi</b>
Felur í sér: Að koma auga á alla þá þætti sem þarf að huga að til þess að viðhalda og bæta gæði hjúkrunar og lífsgæði heimilisfólks. Að standa vörð um velferð heimilisfólks. Að samþætta þekkingu og færni starfsfólks því sem þarf að huga að og gera.	Felur í sér: Fagþekkingu, reynslu og færni hjúkrunarfræðinga. Viðsýni og innsæi í viðfangsefni hjúkrunar. Að greina þarfir heimilismanna og aðstandenda. Að koma auga á það sem er ekki augljóst og bregðast við því á árangursríkan hátt.

**Mynd 1.** Yfirþema og undirþemu og hvað þau fela í sér.

### Að hafa alla þræði starfseminnar í hendi sér

Hjúkrunarfræðingarnir hafa alla þræði starfseminnar í höndum sér og mikilvægar ákvarðanir eru teknar með þátttöku hjúkrunarfræðinga. Hjúkrunin og samþætting þjónustunnar er að öllu eða mestu leyti í höndum hjúkrunarfræðinga. Stjórnun sjúkraliða og aðstoðarfólks í umönnun er stöðugt viðfangsefni en samskipti við lækna og aðrar samstarfsstéttir er meira bundið við ákveðna tíma sólarhringsins. Samskipti við fjölskyldur eru veigamikil, einkum þegar um erfið veikindi er að ræða. Þau ættu alltaf að vera á hendi hjúkrunarfræðinga. Stuttar og skýrar boðleiðir eru mikilvægar. Það gildir ekki síst varðandi læknisfræðilega meðferð og sérstaklega þegar um breytingar á henni er að ræða en þá búa hjúkrunarfræðingar yfir mikilvægum upplýsingum og eru til ráðgjafar fyrir lækna. Meginþunginn í starfsmannastjórnuninni felst í að skipuleggja, fræða og stýra vinnu sjúkraliða (fagfólks) og mikils fjölda aðstoðarfólks í hjúkrun. Mikill munur er á stjórnuninni eftir því um hvorn hópinn er að ræða:

„Það þarf ekki eins marga til að vinna verkin ef maður er með fagfólk; við vinnum öðruvísi.“

„Það er rosalega mikil teymisvinna hérna og unnið mjög náið með sjúkraliðunum ... Að vinna með sjúkraliðum, þá ganga hlutirnir miklu auðveldar fyrir sig. Þú getur komið í veg fyrir þennan óróa og kvíða á allt annan hátt en ófaglærðir gera þegar þeir vinna verkin. Ég finn óskaplegan mun þegar ég vinn með þeim [sjúkraliðunum].“

Mikill tími fer í viðfangsefni tengd skipulagningu á daglegri mönnun. Einnig er tímafrekt að hafa eftirlit með því sem þarf að gera og fylgja

Því eftir að það sé gert og ekki síður að færa til verkefni svo hægt sé að komast yfir allt sem vinna þarf. Einn sagði:

„Hjúkrunarfræðingar á hjúkrunarheimilum þurfa að vera miklu meiri stjórnendur þar sem þeir eru með marga ófaglærða starfsmenn og jafnvel eini hjúkrunarfræðingurinn á vaktinni. Þeir eru „vaktstjórar“ og vasast í öllum hlutum; meira heldur en á spítala.“

„Það getur verið rosalega mikið, við þurfum að vera inni í svo mörgu þó það sjáist ekki alltaf.“

Óvæntir atburðir eru dagleg viðfangsefni, svo sem að kalla út starfsmann og hagræða verkefnum ef einhver forfallast. Því þurfa hjúkrunarfræðingar að vera vel skipulagðir og kunna að forgangsraða verkefnum en mikill tími fer í þessi störf:

„Hjúkrunin byggist mikið á því að skipuleggja, forgangsraða og stýra verkum og sjá til þess að fólkið fái sína þjónustu.“

Hjúkrunarfræðingarnir leysa einnig alls konar viðfangsefni óviðkomandi hjúkrun, svo sem að skipta um ljósaperur, hreinsa niðurföll og sjá um ýmsa snúninga fyrir heimilismenn.

Lágt hlutfall hjúkrunarfræðinga og sjúkraliða í samanburði við aðstoðarfólk veldur því að hjúkrunarfræðingar þurfa stöðugt að kenna og fræða aðstoðarfólk. Það þarf að upplýsa aðstoðarfólkið um þarfir aldraðra, sérstaklega varðandi svefn og hreyfingu og leiðbeina um hvernig umönnunin er innt af hendi. Við þessa leiðsögn þurfa hjúkrunarfræðingarnir að vera úrræðagóðir. Þeir þurfa að vera góðir greinendur og leiknir í að finna styrkleika starfsfólks. Engu að síður getur verið erfitt að halda uppi gæðum hjúkrunarinnar við þessar aðstæður. Sögðu þátttakendur að um 30% til 60% af tíma hjúkrunarfræðinga færi í starfsmannahald, leiðbeiningu, eftirlit og að fylgja því eftir að hlutirnir séu gerðir. Mikill munur er á því að starfa á spítala eða á hjúkrunarheimili þar sem færri fagmenntað fólk starfar á hjúkrunarheimilum:

„Þú gekkst út frá því á spítalanum að ef þú sagðir: Það þarf að gera þetta, þá var það gert og gert rétt. En hér þarft þú að fylgja því eftir og sýna hvernig á að gera og það fer náttúrulega mikill tími í það.“

Jafnframt kom fram að erfitt væri að virkja aðstoðarfólk til að nýta þann tíma sem það hefði til að sinna öðrum þáttum en beinni aðhlyningu, svo sem afþreyingu, því það skorti frumkvæði. Þannig færi mikill tími í það hjá hjúkrunarfræðingum að fá það til að gera eitt og annað til viðbótar við nauðsynlega aðhlyningu:

„Ef ég er á tænum alla daga sem ég er að vinna þá finn ég að deildin lagast.“

Fjárhagsleg ábyrgð hjúkrunarfræðinga á rekstrarföngum hefur aukist að undanfögnu:

„Hjúkrunarfræðingar þurfa að vera vakandi varðandi kostnað: ekki of mikil hansknotkun, ekki of mikil bleiunotkun eða að nota þær rétt. ... og lyfin líka, horfa í lyfjakostnað og krem fjárhagsábyrgðin hefur aukist rosalega.“

Tímaskortur hjúkrunarfræðinga til að sinna störfum sínum og skortur á fagmenntuðu starfsfólki eru veruleg hindrun þess að unnt sé að veita gæðahjúkrun á hjúkrunarheimilum að mati

þátttakenda. Þetta er ástand sem hefur farið hratt versnandi síðustu árin. Afbragðsstarfsfólk vinnur á hjúkrunarheimilum en oft fær það ekki að njóta sín í starfi og sýna hvað í því býr; það fær ekki tækifæri til að leggja rækt við samskipti og hlúa að heimilisbrag á hjúkrunarheimilunum. Þannig er mikið vinnuálag á öllu starfsfólki og undirmönnun er viðvarandi. Á sama tíma hefur hjúkrunarþyngd aukist:

„Maður sér það á RAI-tölunum hvað hjúkrunarþyngdin hefur hoppað upp en mönnunin fylgir því ekki eftir [RAI mælir hjúkrunarþyngd].“

„Það eru gerðar meiri kröfur til okkar og það þarf meiri mönnun vegna aukinnar hjúkrunarþyngdar. En það er ekki bara fjármagnið sem hjúkrunarheimilin eru að fá [sem er of lítið]; það er aðeins einn þátturinn. Vistunarmatið er að breytast og við fáum alltaf þyngri og þyngri [einstaklinga sem leggjast] inn. Við erum að fá fólk með svo mikla heilabilun sem þarf svo mikið eftirlit.“

Við þessar aðstæður er ekki hægt að vera öruggur um að hagr skjólstæðinga sé tryggður. Álag og undirmönnun vex og stöðugt er verið að draga saman og spara:

„Ég hef stundum áhyggjur af því heima hjá mér á kvöldin að ég hafi ekki lokið verkunum, ekki tekið þvaglegginn eða eitthvað og að það sé ekki nógu vel fylgst með ef þvagleggurinn er tekinn.“

„Það er ekki gott að fara heim af vakt og finnast ég ekki hafa klárað eins og ég hefði viljað gera. [Það er] mjög slæmt og maður með tíð og tíma byrjar að étast eitthvað upp að innan.“

Þátttakendur töldu rútinuvinnu hamlandi fyrir góða hjúkrun. Frá því sjónarhorni liti starfsfólk svo á að það hefði lokið vinnu sinni þegar það hefði lokið við viss „verk“. Þetta á við um ýmsa starfsmenn, hjúkrunarfræðinga sem aðra. Það væri þó á engan hátt svo að nógu væri að fylgja rútinunni. Í hjúkrun fælist miklu fleira en framkvæmd fyrirframtilgreindra verka og engar þarfir fólks væru nákvæmlega eins frá degi til dags. Kröfur og þrýstingur frá starfsumhverfi um að viðhalda rútinu í vinnulagi virkar oft hindrandi á störf og getu hjúkrunarfræðinga til að annast ýmis mikilvæg viðfangsefni. Þó gat rútinuvinna komið sér vel ef álag var mikið þar sem hún tryggði að lágmarksönnun væri veitt. Hjúkrunarfræðingarnir ganga í öll verk þó að þau felist ekki í starfslýsingu þeirra. Fyrst og síðast bera þeir lagalega og siðferðilega ábyrgð á allri hjúkruninni og á að allt gangi upp dags daglega. Þeir bera ábyrgð á hjúkrun alls heimilisfólks, að öllum fyrirmælum sé framfylgt og að heimilisfólk fái þá þjónustu sem því er ætlað, svo sem sjúkrapjálfun og hárgreiðslu:

„Hérna er það bara þannig að öll ábyrgðin er hjá okkur á einni vakt.“

### Árvekni, að hafa yfirsýn og vera vakandi yfir öllu

Árvekni og að hafa yfirsýn vísar til þess að koma auga á alla þá þætti sem þarf að huga að til að viðhalda og bæta gæði hjúkrunar og lífsgæði heimilisfólks. Þannig standa hjúkrunarfræðingarnir fyrst og síðast vörð um velferð heimilisfólks. Starfssviðið er vítt: „Ég held að það sé auðveldara að telja upp það sem við gerum ekki; mann vantar orð til að setja á hlutina sem maður er að gera.“

„Mér finnst það fyrst og fremst vera viðfangsefni hjúkrunarfræðinga [á hjúkrunarheimilum] að halda utan um starfið

*og sjá til þess að verkin séu unnin. Að passa upp á allar varnir eins og legusáravarnir, yfirumsjón með lyfjagjöfum og aukaverkunum lyfja, að sjá til þess að fólkinu líði vel, auka færni og lífsgæði [þess].“*

Þrátt fyrir að fjölþættir sjúkdómar og kvillar hrjái aldrað heimilisfólk á hjúkrunarheimilum og að það þurfi flókna meðferð, þá þarf fyrst og fremst að leggja áherslu á að viðhalda og auka lífsgæði og vellíðan heimilisfólks. Þannig þarf að skapa hinum aldraða heimili og það þarf að gera hjúkrunarheimilið og umhverfi þess heimilislegt. Það krefst öðruvísi hugsunar en umönnun aldraðra á spítala þó svo að heimilismenn séu oft mjög veikburða og mikið veikir. Þannig er um útvikkaða sjúkrá hjúkrun að ræða þar sem félagsleg hlið tilverunnar fær meira vægi. Hjúkrunarheimilið er því hvoru tveggja í senn, heimili og sjúkradeild þar sem heimilisfólki er fylgt síðasta spölinn á lífsleiðinni.

Eitt af því sem nýlega hefur breyst á hjúkrunarheimilum er að samskipti við aðstandendur hafa aukist verulega. Aðstandendur gera miklar kröfur um aðbúnað og umönnun sinna nánustu og oft er erfitt að koma til móts við óskir þeirra um það sem betur má fara. Þetta er ekki síst bagalegt þar sem mönnum og fjármagn fylgir ekki þessum auknu kröfum. Þvert á móti eru uppi kröfur um enn meiri sparnað. Einn þátttakandi sagði:

*„Það á bara að segja fólki satt: Þjónustustigið hefur lækkað, það er bara þannig.“*

Reynsla og innsæi hjálpar hjúkrunarfræðingum að lesa á milli línanna og oft er því hægt að koma í veg fyrir misskilning og reiði aðstandenda. Þannig sinna hjúkrunarfræðingar mikilli fjölskylduhjúkrun bæði við upphaf og ekki síður við lok dvalarinnar. Sína þarf aðstandendum mikinn skilning og stuðning því þeir eiga oft mjög erfitt þegar aldrað foreldri er ósátt og jafnvel grátandi yfir því að þurfa að flytja á hjúkrunarheimili. Sorg og eftirsjá fylgir því bæði fyrir einstaklinginn og fjölskylduna að hann þurfi að flytja á hjúkrunarheimili:

*„Þetta er ekki síður erfitt fyrir aðstandandann. Þannig að maður er bæði að hjálpa viðkomandi að aðlagast nýju umhverfi og styðja við bakið á aðstandendum.“*

*„Þetta eru erfið spor. Það er ekki talað um þetta, bara talað um það hvað þeir eru duglegir sem eru heima enn þá, ekki talað um að þú getir verið duglegur þrátt fyrir að þurfa að þiggja aðstoð.“*

Þegar dauðinn nálgast hafa hjúkrunarfræðingarnir oftast frumkvæði að líknarmeðferð. Í samráði við lækni er boðað til fjölskyldufundar og í tengslum við slíkan fund er líknarmeðferð útfærð og ákvarðanir teknar sem hjúkrunarfræðingar framfylgja síðan.

### **Að vera greinandi og sjá hlutina í öðru ljósi**

Að vera greinandi og sjá hlutina í öðru ljósi byggist á fagþekkingu, reynslu og færni hjúkrunarfræðinga og felur í sér víðsýni og innsæi í viðfangsefni hjúkrunar. Víðsýni hjúkrunarfræðinga byggist meðal annars á faglegri þekkingu, reynslu og tilfinningu fyrir manneskjunn og umhverfinu sem þeir starfa í. Innsæi felur meðal annars í sér leikni og reynslu í að skilja óyrt skilaboð og lesa milli línanna. Þátttakendur sögðu hjúkrunarfræðinga fljótari en annað starfsfólk að átta sig á og

greina vandamál. Þeir þurfa að vera góðir að greina það sem ekki er sagt með orðum. Einn þátttakandi sagði:

*„Við þurfum að vera ofboðslega vakandi fyrir alls konar svona þáttum í hjúkrun, í því að sinna fólki sem ekki getur tjáð sig.“*

Þátttakendur töldu að heildræn og greinandi nálgun hjúkrunarfræðinga gerði þeim kleift að átta sig á þörfum heimilisfólks og ákveða hver á að sinna hverju viðfangsefni. Þau viðfangsefni, sem þátttakendur töldu eingöngu vera á hendi hjúkrunarfræðinga, eru að skipuleggja hjúkrunarmeðferð, skipuleggja fjölskyldufundi, meta árangur hjúkrunarmeðferðar og læknisfræðilegrar meðferðar, meðhöndla lyf og lyfjagjafir, mat á og eftirlit með aukaverkunum lyfja, stjórnun starfsfólks, samskipti við aðrar fagstéttir, sérstaklega lækna, og að framfylgja fyrirælum lækna. Hvað varðar hjúkrunarmeðferð þá lögðu þeir áherslu á sárarmeðferð, líknarmeðferð, samskipti við fjölskyldur, lyfjatiltekt, gjöf stungu- og eftirritunarskyldra lyfja og mat á hvenær kalla eigi á lækni þegar heimilismaður veiktist en það ætti eingöngu að vera á hendi hjúkrunarfræðinga. Sumir þátttakenda töldu að hægt væri að úthluta ákvörðunum um hjúkrunarmeðferð til sjúkraliða þegar um væri að ræða ósérhæfða meðferð. Slík hjúkrunarmeðferð tengdist athöfnum daglegs lífs og hreyfingu. Reyndin er sú að stundum er lyfjagjöf á höndum sjúkraliða. Engu að síður er ábyrgðin hjúkrunarfræðinganna og þeir sjá um lyfjabreytingar og mat á því hvort þörf er á lyfjagjöf.

Góð fyrirmynd er mikilvæg fyrir starfsfólk á hjúkrunarheimilum. Það skiptir miklu máli hvernig talað er og komið fram við heimilisfólk og þurfa hjúkrunarfræðingar að sýna gott fordæmi. Makar heimilismanna dvelja margir hverjir lengi dags hjá sínum nánustu og þiggja ýmsa persónulega þjónustu af hjúkrunarfræðingum. Hjúkrunarfræðingar geta þurft að vera túlkar fyrir erlenda starfsmenn til að tryggja að skilaboð komist til skila og fyrirbyggja misskilning þrátt fyrir að starfsmennirnir tali nokkuð góða íslensku:

*„En það er ekki nóg að vera nokkuð fær í íslenskunni því menningarheimarnir eru svo ólíkir, svona gjörólíkir.“*

### **UMRÆÐA**

Þemun, sem greindust úr svörum þátttakenda og lýsa viðfangsefnum hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum, eru samtvinnuð og í raun greinar af sama meiddi. Því er ekki hægt að fjalla um eitt þeirra án þess að taka hin til umfjöllunar um leið. Umræður taka því á heildarniðurstöðum rannsóknarinnar og hvaða þýðingu þær hafa fyrir hjúkrun aldraðra á hjúkrunarheimilum.

Viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum er fyrst og fremst að hafa alla þræði í hendi sér svo að veita megi þá hjúkrun sem heimilismenn þarfnast. Hjúkrunarfræðingar nálgast viðfangsefni sín með árvekni og yfirsýn og með því að vera vakandi yfir öllu, og með því að vera greinandi og sjá hlutina í öðru ljósi. Þessi yfirsýn og innsýn byggist á hjúkrunarfræðilegri þekkingu og klínískri færni. Þau verkefni, sem hjúkrunarfræðingar á hjúkrunarheimilum sinna, lúta að skipulagi og framkvæmd hjúkrunar þar sem leitast er við að ná árangri og veita gæðahjúkrun. Gerðar eru sífellt meiri kröfur

til hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum um meðvitaða og upplýsta mannauðsstjórnun og nýtingu aðfanga. Þátttakendur lýstu því að stór hluti vinnutíma hjúkrunarfræðinga færi í að leiðbeina starfsfólki og að mikill munur væri á því hversu miklu auðveldara væri að vinna með sjúkraliðum en ófaglærðu aðstoðarfólki þar sem fagþekkinguna skorti. Fjárhagslegar þrengingar hafa ekki síst áhrif á mannaflann og samsetningu hans en slíkt ógnar öryggi og gæðum þjónustunnar. Samkvæmt siðareglum Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga eiga hjúkrunarfræðingar umfram allt skyldum að gegna við þá sem þarfnast hjúkrunar og frumskylda þeirra er að virða mannhelgi og velferð skjólstæðinga sinna. Þátttakendur lýstu ástandinu þó eins og þeir væru staddir í öngstræti þar sem þeir leitast við að tryggja gæði hjúkrunar á sama tíma og þrengir að fjárhagslega. Hlutfall hjúkrunarfræðinga í starfshópnum skiptir máli fyrir gæði hjúkrunarmeðferðar þar sem hærra hlutfall hjúkrunarfræðinga leiðir til betri árangurs fyrir sjúklinga (Kim o.fl., 2009; Pekkarinen o.fl., 2006). Sýnt hefur verið fram á að lífsgæði skjólstæðinga á hjúkrunarheimilum eru minni og gæði hjúkrunarmeðferðar lélegri þar sem starfa fáir hjúkrunarfræðingar (Maas o.fl., 2008a; Rantz o.fl., 2004). Maas o.fl. (2008a) benda á að löngu sé sannað að lágt hlutfall hjúkrunarfræðinga og annarra faglærðra starfsmanna, svo sem sjúkraliða, á hjúkrunarheimilum hafi neikvæð áhrif á gæði þjónustunnar og skaði í raun heimilisfólk. Segja má að hinn blákaldi raunveruleiki hjúkrunarheimila, þar sem meirihluti umönnunaraðila er í mörgum tilvikum ófaglærður, sé víðs fjarri hinum framsæknu mönnunarlíkönum gæðaráðs Landlæknisembættisins í öldrunarhjúkrun (Landlæknisembættið, 2001). Þar er gert ráð fyrir að eingöngu fagmenn sinni hjúkrun á hjúkrunarheimilum. Þessi raunveruleiki birtist hjúkrunarfræðingum líkt og þeir væru staddir í öngstræti og það getur aftur leitt til togstreitu í starfi. Siðferðileg togstreita á sér stað þegar aðstæður á stofnun gera það næstum því ómögulegt að veita hjúkrun eins og á að gera og sú togstreita er vaxandi vandamál í hjúkrun aldraðra. Hjúkrunarfræðingar, sem einatt finna fyrir siðferðilegri togstreitu, eiga á hættu að geta ekki tekist á við ýmsar aðstæður í vinnu sinni. Sjálfstraust þeirra minnkar og það hefur síðan áhrif á hvernig sjúklingum farnast (Pauly o.fl., 2009).

Hin hjúkrunarfræðilega þekking og heildræn klínísk nálgun hjúkrunar er grunnur að árvekni hjúkrunarfræðinga og færni þeirra til að vera greinandi og sjá hlutina í öðru ljósi. Þátttakendur lýstu dæmum um það hvernig þekking hjúkrunarfræðinga gerir þá færa í að hafa alla þræði í hendi sér og bregðast við á réttan hátt. Þeir lýstu því hvernig þeir hafa yfirsýn yfir starfsmenn og heimilisfólk og eru vakandi yfir öllu. Það sem lesa má úr svörum þátttakenda staðfestir að þekking hjúkrunarfræðinga er hinn raunverulegi grunnur að færni þeirra og árangri í starfi (Canam, 2008; Hamilton og Campbell, 2011). Hjúkrun er margþætt starf í breytilegu umhverfi sem felur í sér samvinnu og samþættingu verkefna fyrir einstaklinga og hópa (Allen, 2007; Katrín Blöndal o.fl., 2010). Mikilvægt er að hjúkrunarfræðingar sjálfir, stjórnendur í heilbrigðisþjónustu og ráðamenn geri sér grein fyrir og standi vörð um framlag hjúkrunarfræðinga til gæðaheilbrigðisþjónustu. Með aukinni hjúkrunarþyngd aldraðra á hjúkrunarheimilum þarf að styrkja þjónustu fagmanna í hjúkrun (Lyons o.fl., 2008; Maas o.fl., 2008a, 2008b). Nú þegar gera viðfangsefni hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum tilkall til

færni þeirra og þekkingar í stjórnun og forystu og er einsýnt að sú krafa mun eingöngu vaxa í framtíðinni. Þessar niðurstöður eru í takt við niðurstöður erlendra rannsókna sem sýna að markviss stjórnun og fagleg forysta í hjúkrun skiptir sköpum fyrir gæði hjúkrunar á hjúkrunarheimilum (Flynn o.fl., 2010; Heath, 2010; Venturato og Drew, 2010). Þær staðfesta þá hugmyndafræði sem rannsóknin byggist á þar sem gæði taka mið af öryggi og hagkvæmni (Donabedian, 2007). Hlutverk hjúkrunarfræðinga er ekki eingöngu að uppfylla þarfir skjólstæðinga beint heldur einnig að sjá til þess að það sé gert (Henderson, 1976; Nightingale, 1860/1969). Mikilvægt er að taka tillit til þessa í grunnnámi og framhaldsnámi í hjúkrunarfræði og við skipulagningu hjúkrunar og mannahald. Rannsaka þarf betur hvernig best megi styrkja störf hjúkrunarfræðinga og samstarfsfólks þeirra á hjúkrunarheimilum. Vel má vera að endurskoða þurfi verkefni hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum og nýta þannig betur þekkingu þeirra í þau verkefni sem þeir eru sérstaklega menntaðir til. Til þess að það sé unnt þarf að sama skapi að hækka hlutfall reyndra sjúkraliða á hjúkrunarheimilum, nýta starfskrafta sérfræðinga í öldrunarhjúkrun og skipuleggja nýjar leiðir í samstarfi þessara aðila (Ingibjörg Hjaltadóttir o.fl., 2009; Lyons o.fl., 2008). Af niðurstöðunum má ráða að standa þurfi vörð um og efla hjúkrunarfræðinga í stjórnun og forystu svo að hjúkrunarfræðileg þekking og færni nýtist sem best.

## TAKMARKANIR RANNSÓKNAR

Takmarkanir rannsóknarinnar eru fyrst og fremst lítið alhæfingargildi niðurstaðna (Sóley S. Bender, 2003). Yfirfærslugildi þeirra er hins vegar nokkurt þar sem samhljómur var mikill á milli áhersluatriða í rýnihópnum og hóparnar voru alls fjórir. Rannsakendur leituðust við að vera trúir gögnunum, gæta fyllsta hlutleysis og horfa eingöngu á viðfangsefnið út frá því sem fram kom í svörum þátttakenda. Stuðst var við sama spurningarammann í öllum viðtölunum og eykur það á áreiðanleika og traustleika rannsóknarinnar.

## LOKAORÐ

Grundvallarbreyting hefur orðið á hjúkrunarheimilum á undanfórnum árum. Heimilisfólk er veikara, það hefur fjölþætta sjúkdóma og margvísleg annars konar vandamál. Nú búa flestallir á hjúkrunarheimilum til hinstu stundar, ólíkt því sem áður var þegar heimilisfólk var gjarnan sent á sjúkrahús þegar heilsan bilaði og ævilok nálguðust. Rekstur hjúkrunarheimila hefur ekki verið endurskoðaður í ljósi þessara staðreynda. Aðstandendur hafa heldur ekki vitneskju um þetta. Niðurstöður þessarar rannsóknar staðfesta að stöðja þarf við og styrkja gæði hjúkrunar á hjúkrunarheimilum með tilliti til veikara heimilisfólks sem þarf fyrst og fremst þjónustu fagmanna. Það þarf ekki frekar vitnanna við, nægar sannanir eru fyrir mikilvægi faglegrar hjúkrunar á hjúkrunarheimilum. Einmitt nú er rétti tíminn til að taka málin föstum tókum en boltinn er hjá ráðamönnum og fjárveitingavaldinu. Þetta staðfesta nýlegar úttektir Landlæknisembættisins á nokkrum hjúkrunarheimilum á höfuðborgarsvæðinu (Landlæknisembættið, 2011a, 2011b, 2011c, 2011d). Við þá vinnu mætti nýta tillögur starfshóps Alþjóðaráðs öldrunarlækninga og öldrunarfræða (Tolson

o.fl., 2011a, 2011b), gagnreynda staðla um gæðahjúkrun á hjúkrunarheimilum (Maas o.fl., 2008b) og líkan fyrir afburðahjúkrun á hjúkrunarheimilum (Lyons o.fl., 2008) en þetta getur allt nýst sem grunnur að leiðarstefi fyrir gæðahjúkrun á hjúkrunarheimilum á Íslandi.

Niðurstöður þessarar rannsóknar staðfesta mikilvægt hlutverk hjúkrunarfræðinga á hjúkrunarheimilum þar sem þeir hafa alla þræði í hendi sér með árvekni og yfirsýn og eru vakandi yfir öllu, ásamt því að vera greinandi og sjá hlutina í öðru ljósi. Þessi rannsókn er framlag til endurskoðunar á skipulagi og mönnum á hjúkrunarheimilum og niðurstöður hennar nýtast klínískum hjúkrunarfræðingum, kennurum og rannsakendum ekki síður en stjórnendum og ráðamönnum.

### **Pakkir**

Rannsóknin var styrkt af B-hluta vísindasjóðs Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

### **HEIMILDIR**

Aiken, L.H., Cimiotti, J.P., Sloane, D.M., Smith, H.L., Flynn, L., og Neff, D.F. (2011). Effects of nurse staffing and nurse education on patient deaths in hospitals with different nurse work environments. *Medical Care*, 49 (12), 1047-53.

Allen, D. (2007). What do you do at work? Profession building and doing nursing. *International Nursing Review*, 54 (1), 41-48.

Canam, C.J. (2008). The link between nursing discourses and nurses' silence: Implications for a knowledge-based discourse for nursing practice. *Advanced Nursing Science*, 31 (4), 296-307.

Donabedian, A. (1997). The quality of care. How can it be assessed? *Archives of Pathology & Laboratory Medicine*, 121 (11), 1145-1150. (Upphaflega birt 1988.)

Estabrooks, C.A., Midodzi, W.K., Cummings, G.G., Ricker, K.L., og Giovannetti, P. (2011). The impact of hospital nursing characteristics on 30-day mortality. *Journal of Nursing Administration*, 41 (7-8 Suppl.), S58-S68.

Flynn, L., Lyang, Y., Dickson, G.L., og Aiken, L.H. (2010). Effects of nursing practice environments on quality outcomes in nursing homes. *Journal of the Geriatrics Society*, 58 (12), 2401-2406.

Graneheim, U.H., og Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, 105-112

Hagstofa Íslands (2008). *Hagtiðindi: Mannfjöldi*. 93. árgangur nr. 71, Reykjavík. Sótt 14. febrúar 2010 á <http://www.hagstofa.is/lisalib/getfile.aspx?ItemID=8077>.

Hamilton, P., og Campbell, M. (2011). Knowledge and re-forming nursing's future. Standpoint makes a difference. *Advances in Nursing Science*, 34 (4), 280-296.

Heath, H. (2010). Outcomes from the work of registered nurses working with older people in UK care homes. *International Journal of Older People Nursing*, 5, 116-127.

Henderson, V. (1976). Hjúkrunarkver: *Grundvallarþættir hjúkrunar* (Ingibjörg R. Magnúsdóttir þýddi). Akureyri: Ingibjörg R. Magnúsdóttir. (Ritið var fyrst gefið út af International Council of Nursing í Genf í Sviss árið 1969.)

Hjaltadóttir, I., Hallberg, I.R., Ekwall, A.K., og Nyberg, P. (2011). Health status and functional profile at admission of nursing home residents in Iceland over 11-year period. *International Journal of Older People Nursing*, rafræn útgáfa. Doi: 10.1111/j.1748-3743.2011.00287.x.

Ingibjörg Hjaltadóttir, Hlíf Guðmundsdóttir, Sigrún Bjartmarz og Auðna Ágústsdóttir (2009). Áhrif breytinga á samsetningu mönnunar á öldrunarlæknigadeild fyrir heilabílaða. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 85 (4), 44-52.

Karlsson, I., Ekman, S.L., og Fagerberg, I. (2009). A difficult mission to work as a nurse in a residential care home – some registered nurses' experiences of their work situation. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 23, 265-273.

Katrín Blöndal, Bergþóra Eyjólfsdóttir og Herdís Sveinsdóttir (2010). Að vinna margslungin verk af fagmennsku í breytilegu umhverfi: Um störf hjúkrunarfræðinga á skurðlæknigadeildum. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 86 (1), 50-56.

Kim, H., Harrington, C., og Greene, W.H. (2009). Registered nurses staffing mix and quality of care in nursing homes: A longitudinal analysis. *The Gerontologist*, 49 (1), 81-90.

Landlæknisembættið (2001). *Hjúkrunarmönnun á hjúkrunarheimilum*. Sótt 26. mars 2012 á [http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/utg\\_hjukmonn01.pdf](http://www.landlaeknir.is/Uploads/FileGallery/Utgafa/utg_hjukmonn01.pdf).

Landlæknisembættið (2011a, mars). *Niðurstöður úttektar á starfsemi Hjúkrunarheimilisins Holtsbúðar veturinn 2010-2011*. Sótt 5. apríl 2012 á <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4861>.

Landlæknisembættið (2011b, ágúst). *Niðurstöður úttektar á starfsemi Sunnuhlíðar, hjúkrunarheimilis aldraðra, Kópavogi, vorið 2011*. Sótt 5. apríl 2012 á <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4861>.

Landlæknisembættið (2011c, september). *Niðurstöður úttektar á starfsemi Hjúkrunarheimilisins Skógarbæjar, Reykjavík, vorið 2011*. Sótt 5. apríl 2012 á <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4860>.

Landlæknisembættið (2011d, október). *Hjúkrunarheimilið Eir. Niðurstöður úttektar á starfsemi heimilisins vorið 2011*. Sótt 5. apríl 2012 á <http://www.landlaeknir.is/lisalib/getfile.aspx?itemid=4859>.

Lyons, S.S., Specht, J.P., Kelman, S.E., og Maas, M.L. (2008). Everyday excellence. A framework for professional nursing practice in long-term care. *Research in Gerontological Nursing*, 1 (3), 217-228.

Maas, M.L., Specht, J.P., Buchwater, K.C., Glitter, J., og Bechen, K. (2008a). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life. Part 1. Deficits in the quality of care due to understaffing and undertraining. *Research in Gerontological Nursing*, 1 (2), 123-133.

Maas, M.L., Specht, J.P., Buchwater, K.C., Glitter, J., og Bechen, K. (2008b). Nursing home staffing and training recommendations for promoting older adults' quality of care and life. Part 2. Increasing nurse staffing and training. *Research in Gerontological Nursing*, 1 (2), 134-152.

Munyisia, E.N., Yu, P., og Hailey, D. (2011). How nursing staff spend their time on activities in a nursing home: An observational study. *Journal of Advanced Nursing*, 67 (9), 1908-1917.

Nightingale, F. (1969). *Notes on nursing: What it is and what it is not*. New York: Dover. (Upphaflega gefið út árið 1860.)

Pauly, B., Varcoe, C., Storch, J., og Newton, L. (2009). Registered nurses' perceptions of moral distress and ethical climate. *Nursing Ethics*, 16 (5), 561-573.

Pekkarinen, L., Elovainio, M., Sinervo, T., Finne-Sorveri, H., og Noro, A. (2006). Nursing working conditions in relation to restraint practices in long-term care units. *Medical Care*, 44, 1114-1120.

Rantz, M.J., Hicks, L., Petroski, G.F., Madsen, R.W., Mehr, D.R., Conn, V., o.fl. (2004). Stability and sensitivity of nursing home quality indicators. *Journal of Gerontology: Medical Sciences*, 59A (1), 79-82.

Sorenson, C. (2007). Quality measurement and assurance of long-term care for older people. Euro Observer. *The Health Policy Bulletin of the European Observatory on Health System and Policies*, 9 (1), 1-8.

Sóley S. Bender (2003). Rýnihópar. Í Sigríður Halldórsdóttir og Kristján Kristjánsson (ritstj.), *Handbók í aðferðafræði og rannsóknum í heilbrigðisvísindum* (bls. 85-99). Akureyri: Íslenska prentsmiðjuútgáfan.

Tolson, D., Rolland, Y., Andrieu, S., Aquino, J.P., Beard, J., Benetos, A., o.fl. (2011a). International Association of Gerontology and Geriatrics: A global agenda for clinical research and quality of care in nursing homes. *Journal of the American Medical Directors Association*, 12, 184-189.

Tolson, D., Morley, J.E., Rolland, Y., og Vellas, B. (2011b). Advancing nursing home practice: The International Association of Geriatrics and Gerontology recommendations. *Geriatric Nursing*, 32, 195-197.

Tourangeau, A.E., Doran, D.M., Hall, L.M., Pallas, L.O., Pringle, D., Tu, J.V., o.fl. (2006). Impact of hospital nursing care on 30-day mortality for acute medical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 56 (6), 32-44.

Venturato, L., og Drew, L. (2010). Beyond 'doing': Supporting clinical leadership and nursing practice in aged care through innovative models of care. *Contemporary Nurse*, 35 (2), 157-170.