

Kristín Björnsdóttir, dósent í hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, forstöðumaður fræðasviðsins heimahjúkrun og formaður rannsóknánámsnefndar kristbj@hi.is

Marga Thome, prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands og forstöðumaður fræðasviðsins geðverndar Höfundar starfa í Rannsóknánámsnefnd hjúkrunarfræðideildar H.Í. og er Kristín formaður hennar

SÉRFRÆÐINGAR Í HJÚKRUN:

Skilgreining, viðurkenning og nám

Útdráttur

Tilgangur þessarar greinar er að skýra hlutverk, starfssvið og þekkingu sérfræðinga í hjúkrun svo hægt sé að skipuleggja framhaldsnám í hjúkrunarfræði sem endurspeglar þær væntingar sem gerðar eru til þeirra. Gögnum um störf, viðurkenningu og menntun sérfræðinga í hjúkrun var safnað frá ýmsum löndum, auk upplýsinga um sérfræðinga í öðrum starfsgreinum hér á landi. Í þeim kemur fram að gerðar eru ólíkar kröfur um menntun og starfsreynslu sérfræðinga í hjúkrun eftir löndum og jafnvel svæðum innan landa og að ábyrgð og sjálfstæði sérfræðinga er mismikið. Borið saman við aðrar starfsstéttir er lögð mikil áhersla á fræðilega þekkingu í sérfræðinámi í hjúkrun en minni á klíníska starfsreynslu. Í greininni eru hinar ólíku hefðir og stefnur um störf og menntun sérfræðinga kynntar og ræddar og bent á atriði sem huga þarf að samfara fjölgun sérfræðinga og frekari menntun þeirra á Íslandi á komandi árum.

Lykilorð: Sérfræðingur í hjúkrun, hlutverk, starfssvið, viðurkenning, menntun.

Abstract

This paper describes the roles of specialists in nursing, ways in which their services are certified and regulated and it also discusses the characteristics of the knowledge and education that specialists in nursing require. A comprehensive literature search led to a variety of sources from a number of European countries such as the United Kingdom, Germany, Sweden, Switzerland and the Netherlands in addition to literature from North America. Important work on the clarification of specialists in nursing has also been done by International Council of Nurses and European Federation of Nurses Associations (EFN). Results showed that there is no current consensus on definitions, regulations, roles, education nor practice of nurse specialists between countries, neither in Europe nor in the Anglo-Saxon world. There are even large differences between regions and states of the same country. In comparison to the education of specialists in other practice oriented disciplines in Iceland, e.g. psychologists or physicians, more emphasis is placed on theoretical knowledge than on clinical experience in the education of nurse specialists in Iceland. Differences in traditions and positions with regard to preparing specialist nurses for practice are

described and discussed. A number of suggestions are made regarding the development of specialist education in Iceland.

Keywords: Nurse specialist, advanced practice nurse, definitions, roles, regulation, education.

Inngangur

Heilbrigðisþjónusta víða í heiminum, sérstaklega í háþrúðum iðnríkjum og upplýsingasamfélögum, einkennist í auknum mæli af sérhæfðri þekkingu í meðferð og umönnun. Þess er vænst að starfsmenn temji sér gagnreynda starfshætti. Til þess er ætlast að þeir geti sýnt fram á að sú aðstoð og meðferð sem þeir veita sé árangursrík og hagkvæm. Þessi stefna hefur haft áhrif á hjúkrun líkt og aðrar starfsgreinar. Algengt er að vísað sé til hjúkrunarfræðinga sem þekkingarstarfsmanna. Það merkir að þeir búi yfir þekkingu og færni til að takast á við fjölbætt viðfangsefni í tæknilega flóknu umhverfi. Einnig hefur sérfræðingum í hjúkrun fjölgað umtalsvert. Sérfræðingar búa yfir sérfræðiþekkingu sem þeir beita er þeir skipuleggja og veita meðferð á sérsviði sínu og eins gefa þeir samstarfsfólki ráð við skipulagningu meðferðar og endurskoðun á starfsháttum. Því reynir verulega á skipulags- og leiðtogahæfileika þeirra á klínískum sviðum.

Þær breytingar á heilbrigðisþjónustu, sem lýst var hér að ofan, gera kröfur um að hjúkrunarfræðingum gefist aukin tækifæri til að stunda framhaldsnám. Við sem skrifum þessa grein vinnum að skipulagningu framhaldsnáms í hjúkrunarfræði við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Veigamikill hluti þess starfs beinist að stefnumótun varðandi fyrirkomulag framhaldsnáms. Á liðnu misseri höfum við meðal annars skoðað fyrirmyndir að námi sem miðar að því að auka þekkingu og færni þeirra sem hafa hug á að starfa sem sérfræðingar í hjúkrun. Við höfum kynnt okkur hvaða kröfur eru gerðar til sérfræðinga í ýmsum löndum, lýsingar á hlutverkum þeirra, fyrirkomulagi viðurkenninga og löggildingar og hvernig nám þeirra sem sækjast eftir slíkri viðurkenningu er skipulagt. Auk þess höfum við borið sérfræðinámi í hjúkrunarfræði saman við sérfræðinámi annarra starfsstétta. Í þessari grein ræðum við atriði sem við teljum brýnt að skoða nánar hér á Íslandi með hliðsjón af menntun og fjölgun sérfræðinga í hjúkrun. Vonum við að greinin verði innlegg í þau skoðanaskipti um sérfræðinga í hjúkrun sem þegar eru hafin (Helga Jónsdóttir, 2004a; Helga Sæunn Sveinbjörnsdóttir, 2004; Hrafn Óli Sigurðsson, 2004). Með því að varpa ljósi á hlutverk, starfssvið og þekkingu sérfræðinga í hjúkrun skapast

betri forsendur til að skipuleggja framhaldsnám sem miðar að því að undirbúa hjúkrunarfræðinga fyrir breytt starfssvið.

Sérfræðingar í hjúkrun

Það fyrsta, sem kemur í ljós þegar upplýsinga um sérfræðinga í hjúkrun er leitað, eru hin fjölbreyttu heiti sem notuð eru um þá og má nefna eftirfarandi dæmi úr ensku: *Advanced practice nurse, higher level practitioner, nurse consultant, specialist nurse*. Hér á Íslandi er bæði talað um sérfræðinga í hjúkrun og sérhæfingu á ólíkum sviðum hjúkrunar. Ef tekið er mið af gildandi löggjöf vísar hugtakið *sérfræðingur í hjúkrun* til hjúkrunarfræðings sem hefur lokið meistaranámi og hlotið sérfræðiviðurkenningu. Lagt hefur verið til að hugtakið *sérþekking* verði notað yfir menntun þeirra sem lokið hafa formlegu viðbótarnámi í hjúkrunarfræði á framhaldsstigi (diplómanám í hjúkrunarfræði gæti verið dæmi um slíkt) og *sérhæfing* vísi til kunnáttu hjúkrunarfræðinga sem hafa tileinkað sér þekkingu á ákveðnum sérsviðum, bæði í starfi og með því að sækja símenntunarnámskeið.¹ Í þessari grein munum við fyrst og fremst einbeita okkur að menntun og undirbúningi hjúkrunarfræðinga sem starfa sem sérfræðingar.

Umræða um sérfræðinga í hjúkrun varð fyrst áberandi í enskumælandi löndum, aðallega í Bandaríkjunum, á síðari hluta tuttugustu aldar (Hamric o.fl., 2000). Þar myndaðist jafnframt sú hefð að gera kröfu um að sérfræðingur hefði lokið meistaraþrófi. Víða í Evrópu má hins vegar enn finna fyrirkomulag sem svipar til þess sem var við lýði á Íslandi til ársins 1993 er reglugerð um sérfræðinga í hjúkrun var breytt. Þar hafa hjúkrunarfræðingar orðið sérfræðingar að loknu mislöngu viðbótarnámi sem í sumum tilvikum fer fram á heilbrigðisstofnunum (Longley o.fl., 2004; Lorensen o.fl., 1998). Í stefnumótunarskjalum Evrópusamtaka hjúkrunarfélaganna (EFN – European Federation of Nurses Associations)² frá árinu 2000 er ekki gerð krafa um að sérfræðingar hafi lokið meistaraþrófi (PCN – Permanent Committee of Nurses - og ENNO – European Network of Nurses Organizations, 2000). Hins vegar þurfa þeir að hafa lokið skipulögðu framhaldsnámi frá æðri menntastofnun og skal námstíminn að lágmarki vera eitt ár. Samtökin setja fram ýmis skilyrði um uppbyggingu námsins og hvernig að því skuli staðið. Má þar nefna að a.m.k. helmingur námsins skuli vera klínískt nám. Þó að samtökin hafi ekki gert kröfu um að sérfræðingar í hjúkrun hafi lokið meistaranámi virðist okkur að stefnan í menntunarmálum í álfunni sé í þá átt. Í ljósi þess og sérstaklega með hliðsjón af íslenski löggjöf höfum við kosið að einbeita okkur í þessari grein að umfjöllun um þá sérfræðinga sem lokið hafa meistaraþrófi.

Við marga háskóla í Bandaríkjunum er boðið upp á nám sem miðar að því að undirbúa hjúkrunarfræðinga til starfa sem *klínískir sérfræðingar í hjúkrun* (e. *clinical nurse specialist*). Slíkir hjúkrunarfræðingar leggja áherslu á að þeir taki mið af hugmyndafræði hjúkrunar í störfum sínum og einbeiti sér að hjúkrunarþjónustu sem einstaklingum, fjölskyldum

og jafnvel heilum samfélögum er veitt (Lyon, 2004). Yfirleitt starfa sérfræðingar á sjúkrahúsum og veita þar sérhæfða hjúkrunarmeðferð. Mikilvægur þáttur í starfi klínískra sérfræðinga er fölginn í að leiðbeina samstarfsfólki og veita því ráðgjöf og fræðslu.

Annað algengt fyrirkomulag á menntun sérfræðinga í hjúkrun er nám sem býr hjúkrunarfræðinga undir að starfa sem „nurse practitioner“³. Með hugtakinu „nurse practitioner“ er yfirleitt átt við sérfræðing sem hefur víðara starfssvið en hefð er fyrir í hjúkrun, þ.e. hann hefur tekið að sér störf sem aðrar starfsstéttir, eins og lækna, hafa allajafnan sinnt. Þetta eru verkefni eins og heilsufarsmat og greining sjúkdóma, skipulagning á rannsóknum á ástandi sjúklings og ákvarðanir um meðferð, til dæmis ávisun á viss lyf. Í námi, sem getur tekið allt að þremur árum eftir grunnnám, tileinka „nurse practitioners“ sér aukna þekkingu í meinafræði, læknisfræðilegri greiningu og meðferð sjúkdóma. Þeir starfa bæði á heilsugæslustöðvum og sérhæfðum deildum sjúkrahúsa og gegna oft störfum sem erfiðlega hefur gengið að manna með læknum. Yfirleitt eru þeir þó í samstarfi við lækna sem þeir geta leitað til þótt þeir taki sjálfstæðar ákvarðanir um meðferð algengra heilsufarsvandamála. Upphaflega var megináhersla lögð á hlutverk „nurse practitioners“ í fyrirbyggingu og heilsuefingu en á liðnum árum hafa þeir tekið að sér að greina og meðhöndla sjúkdóma. Þessum sérfræðingum fjólgar hratt í Bandaríkjunum og eru þeir einnig að ryðja sér til rúms í nokkrum Evrópulöndum, t.d. í Svíþjóð, Bretlandi og Hollandi (Danieleson, 2003; White, 2005; Þóra B. Hafsteinsdóttir, 2005).

Fyrir hjúkrunarfræðinga víða í heiminum hefur sérfræðingshlutverkið opnað fjölmörg tækifæri til starfsþróunar, sérhæfingar á afmörkuðum sviðum hjúkrunar og til að skipuleggja hjúkrunarþjónustu sem fullnægir heilsutengdum þörfum almennings (Kleinpell, 2002; Sparacino, 1992). Töluverð togstreita hefur þó skapast milli talsmanna ólíkra hópa sérfræðinga. Þeir sem aðhyllast sérfræðingshlutverkið í samræmi við klíníska sérfræðinga í hjúkrun telja margir að „nurse practitioners“ vinni á forsendum læknisfræðinnar og byggi á hinu læknisfræðilega líkani. Þeim er lýst sem aðstoðarmönnum lækna sem gegni störfum sem lækna vilja ekki sinna og einnig er sagt að þeir sinni sjúklingum sem geta ekki borgað fyrir lækniþjónustu (Donnelly, 2003). Klínískir sérfræðingar, sem telja sig vinna á forsendum hjúkrunarfræðinnar, hafa hins vegar á stundum átt erfitt með að sýna fram á hagnýtt gildi starfa sinna og sannfæra ráðamenn um það og því ekki fengið störf við hæfi. Lagt hefur verið til að endurskilgreina þessi tvö hlutverk sem eitt og nýta styrk beggja með því að smíða samræmda skilgreiningu á sérfræðingi í hjúkrun. Ekki eru allir sáttir við þá leið og leggja til að skilgreiningunum verði haldið aðgreindum þar sem hugmyndafræðilegar forsendur þessara tveggja tegunda sérfræðinga séu ólíkar. Á grundvelli viðtækrar heimildaleitar komust Mick og Ackerman (2002) að þeirri niðurstöðu að hlutverk klínískra sérfræðinga í hjúkrun og „nurse practitioners“ væru það ólík að mikilvægt væri að halda

¹ Við þökkum ritrýni greinarinnar fyrir ofangreindar tillögur að heitum yfir þekkingu hjúkrunarfræðinga.

² Samtökin hétu áður PCN - Permanent Committee of Nurses, voru stofnuð árið 1971 og hafa starfað sem fastanefnd hjá Evrópusambandinu. Lesa má um sögu þeirra á heimasíðu samtakanna, <http://www.pcnweb.org/>. Ný slóð er: <http://www.efn.be/version1/en/index.html>.

³ Við höfum ekki fundið góða þýðingu á þessari tegund sérfræðinga í hjúkrun og notum því enska heitið í þessari grein.

þeim áfram skýrt afmörkuðum á starfsvettvangi og í námi. Augljóslega þurfum við hér á Íslandi ekki að hafa áhyggjur af þessum ágreiningi þar sem við getum mótað nám og störf sérfræðinga hjá okkur að vild.

Í Evrópu er uppbygging sérfræðináms í hjúkrunarfræði og mótun starfa sérfræðinga fremur stutt á veg komin miðað við í Bandaríkjunum. Árið 1998 lýstu Lorensen o.fl. (1998) fyrirkomulaginu á Norðurlöndum en þá var sérhæft nám hjúkrunarfræðinga hvorki hluti af akademískri hefð né metið til formlegrar menntagráðu og töldu höfundarnir það miður. Í sumum löndum, þar sem háskólanám í hjúkrunarfræði er betur mótað, eins og í Sviss, Hollandi, Bretlandi, Írlandi og á Norðurlöndunum, hefur þó átt sér stað umtalsvert þróunarstarf á liðnum árum (Lorensen o.fl., 1998; National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2004; Spirig og DeGeest, 2004; Þóra B. Hafsteinsdóttir, 2005). Settar hafa verið á stofn göngudeildir eða þjónustukjarnar sem veita sérhæfða hjúkrunarþjónustu og er þeim stýrt af hjúkrunarfræðingum sem starfa saman í teymi. Þessar deildir sinna skjólstaðingum með margþættar heilbrigðisþarfir, eins og alnæmissjúkum og hjartveikum (Spirig o.fl., 2004; Strömberg o.fl., 2003). Af þeim takmörkuðu heimildum um sérfræðinga í hjúkrun í Evrópu, sem við höfum fundið, má ráða að hugmyndafræðilegar forsendur fyrir starfi þeirra sé í mótun. Margt bendir til þess að sérfræðingar í hjúkrun í Evrópu muni byggja jafnt á hjúkrunarfræðilegri sem lækni- og félagsfræðilegri hugmyndafræði. Í Bretlandi byggjast lýsingar á sérfræðingshlutverkinu til dæmis ekki á tilvísun í hugmyndafræði hjúkrunar á sama hátt og í bandarískum heimildum. Þörf fyrir sérfræðiþjónustu hjúkrunarfræðinga er rökstudd með tilvísun í breytingar á heilbrigðiskerfinu, aukna tæknivæðingu og sérhæfingu í starfsemi, kröfuna um sveigjanlegra starfslið og breytingar á vinnutíma unglækna (Atkins og Ersser, 2000; Wilson-Barnett o.fl., 2000). Margar greinar hafa birst um sérfræðinga sem starfa á ólíkum sviðum hjúkrunar í Bretlandi, meðal annars við bráðahjúkrun og gjörgæsluhjúkrun, og í þeim kemur fram að hugmyndafræði hjúkrunar og hugmyndafræði lækni- og fræðilegum blandast í hlutverkum sérfræðinga (Fairley, 2004; Walsgrove og Fullbrook, 2004).

Þótt hjúkrunarfræðingar í Ástralíu og Kanada hafi tekið bandarísku sérfræðingana sér til fyrirmyndar, þá hafa þeir lagað hlutverkin að staðbundnum aðstæðum, líkt og Bretar. Gardner og Gardner (2005) lýstu til dæmis rannsókn á störfum „nurse practitioners“ í Ástralíu. Rannsóknin leiddi í ljós að störf þeirra byggðust á hjúkrunarfræðilegri hugmyndafræði þótt þau einkenndust einnig af vikkun starfssviðs í anda hinnar bandarísku fyrirmyndar. Rannsókn þeirra er ekki einungis mikilvæg fyrir uppbyggingu heilbrigðisþjónustu í Ástralíu heldur getur hún nýst hjúkrunarfræðingum víðar í heiminum.

Á Íslandi hefur um árabíl verið unnið að skilgreiningu og afmörkun starfssviðs sérfræðinga í hjúkrun og að verkefnum sem þeir hafa útfært og ýtt úr vör (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2004). Nýlega var samþykkt starfslýsing fyrir sérfræðinga í hjúkrun á Landspítala-háskólasjúkrahúsi og hefur þegar verið ráðið í slík störf (Landspítali-háskólasjúkrahús, 2003).

Það er stefna Landspítala-háskólasjúkrahúss að auka göngu- deildarþjónustu og samfara því skapast kjörið tækifæri til að efla þennan þátt sérfræðiþjónustu hjúkrunarfræðinga (Þórdís Ingólfssdóttir o.fl., 2004). Á Barnaspítala Hringinsins var t.d. stofnuð miðstöð um svefnvandamál barna sem er stýrt af Örnú Skúladóttur, barnahjúkrunarfræðingi og sérfræðingi í svefnvandamálum barna. Arna hefur starfað að þessum viðfangsefnum um árabíl og hefur í rannsóknarsamstarfi með Mörgu Thome, prófessor við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, þróað sértæka þekkingu á þessu viðfangsefni. Í meistaranámi sínu jók hún við þekkingu sína á greiningu og meðferð á svefnvandamálum barna og því var meistaranámið mikilvægur liður í að efla sérfræðiþekkinguna. Annars konar hjúkrunarstýrð göngudeildarþjónusta er í bígerð eða hefur þegar verið komið á á fleiri sviðum sjúkrahússins. Um árabíl hafa sérfræðingar í hjúkrun á Landspítala - háskólasjúkrahúsi unnið að því að auka sérhæfða ráðgjöf og faglegan stuðnings við starfsfólk. Þeir veita til dæmis ráðgjöf varðandi verki og verkjameðferð og líknandi meðferð. Nú er einnig unnið að skipulagningu þjónustu á vegum geðhjúkrunarfræðinga með sérþekkingu í geðhjúkrunarráðgjöf sem á að vera til stuðnings hjúkrunarfræðingum sem starfa á almennum legudeildum og sinna sjúklingum með geðræna erfiðleika (Jóhanna Bernharðsdóttir o.fl., 2005).

Nokkrir íslenskir hjúkrunarfræðingar hafa menntað sig sem „nurse practitioners“ en í raun hefur þetta starfssvið ekki hlotið viðurkenningu hérlendis. Helga S. Sveinbjörnsdóttir (2004) telur þó að full ástæða sé til að viðurkenna og efla þetta starfssvið hjúkrunar líkt og þegar hefur gerst í nokkrum Evrópulöndum. Hún bendir á að skortur sé á læknum á landsbyggðinni og telur jafnframt að aukin sérhæfing heimilislækna svo og annarra lækna hafi skapað þörf fyrir starfsstéttir sem geti sinnt almennum heilsufarsvandamálum almennings samfara heilsuefningu og forvörnum. Helga Jónsdóttir (2004b) hefur hins vegar bent á að langvarandi skortur á hjúkrunarfræðingum muni auka þörf fyrir hjúkrun í framtíðinni. Því telur hún að frekar ætti að efla sérfræðináms á hjúkrunarfræðilegum forsendum. Skoðanaskipti á borð við þessi eru nokkuð dæmigerð fyrir það sem víða má sjá í heimildum frá hinum enskumælandi heimi.

Hlutverk sérfræðinga í hjúkrun

Þótt hlutverk sérfræðinga í hjúkrun séu breytileg og ráðist nokkuð af því hvort störf þeirra eru á sjúkrahúsum, hjúkrunarheimilum eða heilsugæslustöðvum eiga þau margt sameiginlegt. Kjarnanum í starfi sérfræðinga er í flestum heimildum lýst með tilliti til fjögurra atriða en þau eru *sjálffræði*, *sérhæfing*, *fræðistörf* og *forystuhlutverk* (Atkins og Ersser, 2000; Hamric o.fl., 2000; ICN, 2005a; National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2004; Pearson og Peels, 2002; Spirig og DeGeest, 2004). Eins og fram kemur í töflu 1 vísar sjálffræði til þess að bera ábyrgð á ákvörðunum, sérhæfing vísar til þekkingar, reynslu og færni sem sérfræðingur hefur tileinkað sér, fræðistörf vísa meðal annars til rannsókna, ritstarfa og þekkingarmiðlunar og forystuhlutverkið felur í sér að sérfræðingurinn er leiðtogi í hópi samstarfsmanna. Í töflu 1 er lýsing írska hjúkrunarráðsins

á þeirri færni sem sérfræðingur í hjúkrun þarf að hafa til að bera (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2004).

Tafla 1. Kjarninn í starfi sérfræðinga í hjúkrun (Core Concepts of APN).

Sjálfærði (autonomy in clinical practice)	Þer ábyrgð á ákvörðunum sem teknar eru á grundvelli sérfræðikunnáttu fyrir þann skjólstæðingahóp sem sérfræðingur þjónar. Hann ber ábyrgð á árangursstjórnun á sínu sviði.
Sérhæfing (specialisation, expert practice)	Er með meistaragráðu að minnsta kosti og hefur sérhæft sig á á klínisku sérsviði. Framkvæmir nákvæmt mat á ástandi og heilsufari einstaklinga, fjölskyldna og hópa og skipuleggur meðferð sem byggist á hjúkrunarfræðilegri þekkingu eða nýtir þekkingu frá öðrum greinum eins og lyfjafræði, læknisfræði eða félagsvísindum. Veitir sjúklingum, aðstandendum, almennungi og samstarfsfólki fræðslu og ráðgjöf og miðlar sérfræðipækkingu til nemenda í heilbrigðisgreinum.
Fræðistörf og vísindarannsóknir	Stundar rannsóknir og ritstörf. Miðlar þekkingu og reynslu til samstarfsmanna og hvetur til þekkingaröflunar, þekkingarmiðlunar og gagnrýnnar skoðunar á starfinu.
Forystuhlutverk (leadership)	Stýrir samstarfshópi og stjórnar starfsþróun. Er stefnumótandi og samstarfsmenn líta á hann sem leiðtoga.

Öll ofangreind atriði hafa verið rædd ítarlega í fræðigreinum og á ráðstefnum um sérfræðinga. Fjölmörgum heimildum ber til dæmis saman um að fræðistörf og rannsóknir sérfræðinga í hjúkrun séu veigamikill þáttur í starfi þeirra (Bourbonniere og Evans, 2002; Brooten o.fl., 2002; Brooten o.fl., 2003; Kleinpell, 2002; 2003; Oerman og Floyd, 2002; Whitman, 2002; Spirig og DeGeest, 2004; Spirig o.fl., 2004; Stahl og Myers, 2002; Strömberg, 2002; Strömberg o.fl., 2003; Schrems, 2003; Wells, 2002). Í umfjöllun um sérfræðinga í hjúkrun hér á landi hafa öll framangreind atriði komið fram (Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, 2004; Hrafn Óli Sigurðsson, 2004). Á Landspítala-háskólasjúkrahúsi er jafnframt stuðst við aðgreiningu Lyon (1996) á störfum sérfræðinga í þrjú svið. Samkvæmt henni getur sérfræðingurinn helgað sig beinni hjúkrun skjólstæðinga og fjölskyldna. Hann getur einbeitt sér að árangursstjórnun sem felst í því að velja bestu aðferðir sem notaðar eru í hjúkrunarstarfinu í samvinnu við starfsfólk. Loks getur hann starfað að stefnumótandi hjúkrunarráðgjöf sem snýr að mótun vinnureglna og klínískra leiðbeininga (Landspítali-háskólasjúkrahús, 2003).

Viðurkenning sérfræðinga í hjúkrun

Löng hefð er fyrir því að starfsstéttir innan heilbrigðisþjónustunnar njóti lögverndunar. Með henni er leitast við að tryggja að sá sem veitir tiltekna þjónustu búi yfir tilhlýðilegri þekkingu og færni þannig að almenningur sé varinn fyrir skaðlegum eða ófaglegum vinnubrögðum.⁴ Auk lögverndunar er ýmsum öðrum aðferðum beitt til að tryggja hæfni starfsmanna og má þar nefna notkun viðmiða og

staðla um menntun, starfsreynslu og endurmenntun; eftirlit með menntastofnunum; skilyrtar leyfisveitingar og hæfnispróf. Algengt er að samtök sérfræðinga setji skilyrði um menntun og starfsreynslu sérfræðinga og skipuleggi próf til staðfestingar á þekkingu og skilningi þeirra. Þeim sem uppfylla öll skilyrði er síðan veitt viðurkenning og algengt er að heilbrigðisstofnanir setji slíka viðurkenningu sem skilyrði fyrir ráðningu. Víða í Bandaríkjunum þurfa hjúkrunarfræðingar að standast próf, sem skipulögð eru af samtökum klínískra sérfræðinga, til að hljóta sérfræðiviðurkenningu. Yfirleitt gera þessi samtök kröfu um að umsækjandi hafi lokið meistaraprófi á sérsviði hjúkrunar og setja jafnvel frekari skilyrði fyrir leyfi til að þreyta próf. Á Írlandi hefur hjúkrunar- og ljósmæðraráð nýlega samið leiðbeiningar um hvernig skuli staðið að veitingu sérfræðileyfa (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2004). Þar í landi þarf fyrst að stofna stöðu sérfræðings sem ráðið samþykkir. Síðan geta einstaklingar sótt um stöðuna en til að hljóta hana þurfa þeir að uppfylla ákveðnar kröfur. Fyrir utan kröfu um meistaragráðu þarf umsækjandinn að hafa sjö ára starfsreynslu og þar af fimm ára reynslu innan þeirrar sérgreinar sem sótt er um. Þótt sérfræðingar í hjúkrun hafi starfað í Bandaríkjunum í áratugi er löggjöf um starfsemi þeirra enn brotakernd. Í sumum ríkjum er jafnvel engin löggjöf til staðar. Því getur sú staða auðveldlega komið upp að hjúkrunarfræðingur, sem hefur menntað sig í einu fylki en flyst til annars, uppfyllir ekki skilyrði í því ríki sem hann hefur flust til eða að reglur og skilyrði fyrir starfsheiti séu einfaldlega ekki til staðar. Lyon (2003) telur að rót vandans í bandarískri löggjöf um sérfræðinga liggja í óskýrum skilgreiningum á hugtakinu „sérfræðingur“ og í ólíkri menntun þeirra. Störf sérfræðinga, menntun og ábyrgð er ekki einungis breytileg innan Bandaríkjanna heldur einnig milli annarra landa (ICN, 2005a). Því hefur jafnvel verið haldið fram að hjúkrunarfræðingar veiti sér sjálfir starfsheitið „sérfræðingur í hjúkrun“ (Atkins og Ersser, 2000; Longley o.fl., 2004; Lyon, 2003; Pearson og Peels, 2002; Thompson, 2003). Ýmsir höfundar hafa gert hinar óljósu skilgreiningar á hlutverki, ábyrgð, menntun og viðurkenningu sérfræðinga að umræðuefni auk þess að benda á að landamærin milli hlutverka hjúkrunarfræðinga, ljósmæðra, lækna, félagsráðgjafa og fleiri fagstétta séu óskýr (Daly og Carnwell, 2003; Pauly o.fl., 2004; Turner og Keyzer, 2002). Augljóslega búa hjúkrunarfræðingar við fjölbreytt félagslegt og pólitískt umhverfi. Stuðningur heilbrigðisyfirvalda í ólíkum löndum er mismunandi sem og heilbrigðisþarfir almennings, framboð á heilbrigðisstarfsmönnum, samstarf heilbrigðisstétta og aðstaða til hjúkrunarmenntunar (Ketefian o.fl., 2001). Því hefur verið haldið fram að víða í Evrópu byggist hjúkrunarstarfið að mestu á reynslu og hefð, það mótist að takmörkuðu leyti af hugmyndafræði, kenningum eða rannsóknum og að hefðbundin hlutverkaskipting milli lækna, hjúkrunarfræðinga og annarra fagstétta sé enn áberandi (Spirig o.fl., 2004). Spirig o.fl. (2004) telja jafnframt að þekking hjúkrunarfræðinga á sértækum viðfangsefnum sé takmörkuð, þeir leiti hana ekki uppi og taki ekki mið af nýjustu þekkingu í stefnumótun og í þjónustu.

⁴ Okkur er ljóst að þessi skilgreining á tilgangi lögverndunar er umdeild. Sumir halda því fram að tilgangur hennar sé að verja fagmenn fyrir samkeppni frá einstaklingum sem hafa minni menntun en vilja gefa sig út fyrir að sinna verkefnum fagmannsins. Við þökkum aðila sem las greinina yfir fyrir ábendinguna.

Alþjóðasamtök hjúkrunarfræðinga (ICN) hafa leitast við að greiða úr málum og setja fram skýra stefnu varðandi hlutverk, menntunarkröfur og viðurkenningu sérfræðinga (ICN, 2005a, 2005b). Á vegum samtakanna birtist nýlega ítarleg umfjöllun um starfssvið, staðla og færni sérfræðinga (ICN, 2005a) og einnig hafa samtökin samið tillögu að lagasetningu um sérfræðinga sem aðildarfélög geta nýtt í sínum löndum (ICN, 2005b). Alþjóðleg vinna af þessu tagi virðist mikið þarfaverk enda hefur gengið erfiðlega að komast að sameiginlegri niðurstöðu um þessi málefni í einstökum löndum og heimsálfum (Atkins og Ersser, 2000; Brown, 1998; Bryant-Lukosius og DiCenso, 2004; Bryant-Lukosius o.fl., 2004; Pearson og Peels, 2002; Thompson, 2003).

Á Íslandi á hugtakið sérfræðingur í hjúkrun sér stoð í reglugerð um sérfræðileyfi, nr. 124/203. Sérfræðingur í hjúkrun þarf að hafa hjúkrunarleyfi á Íslandi og hann verður einnig að hafa stundað framhaldsnám við háskóla sem hann hefur lokið með meistargráðu, licentiatsgráðu eða doktorsgráðu. Námið þarf að stórum hluta að hafa verið innan sérgreinarinnar sem sótt er um. Þessi skilyrði eru í samræmi við kröfur sem eru gerðar í sumum ríkjum Bandaríkjanna og í sumum Evrópulöndum (Daly og Carnwell, 2003; Lyon, 2004; Spirig og DeGeest, 2004). Loks þurfa þeir sem sækja um sérfræðileyfi að hafa tveggja ára starfsreynslu eftir útskrift úr framhaldsnámi, á því sviði sem sótt er um. Til samanburðar má nefna að á Írlandi er gerð krafa um fimm ára starfsreynslu áður en sérfræðiviðurkenning er veitt (National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery, 2004).

Í reglugerð um sérfræðileyfi, sem var í gildi hér á landi á árunum 1993-2003 (Reglugerð um sérfræðileyfi í hjúkrun, nr. 426/1993), voru sjö klínískar sérgreinar tilgreindar en að auki var heimilt að tilgreina sérsvið innan þeirra. Samkvæmt núverandi reglugerð (Reglugerð um veitingu sérfræðileyfa í hjúkrun, nr.124/2003) tilgreinir umsækjandi sjálfur sérgreinina. Hún kemur því betur til móts við fjölbreytilegan menntunarbakgrunn sérfræðinga en skapar jafnframt meira svigrúm fyrir túlkun á því hvað felst í sérgrein og sérsviði innan sérgreinar.

Nám sérfræðinga í hjúkrun

Eins og þegar hefur verið nefnt er fyrirkomulag og eðli menntunar sérfræðinga í hjúkrun fjölbreytt. Víða hafa samtök sérfræðinga og sérgreina í hjúkrun sett fram stefnu um samsetningu náms. Í Bandaríkjunum hafa samtök klínískra sérfræðinga í hjúkrun (National Association of Clinical Nurse Specialists) og Samtök hjúkrunarháskóla (American Academy of Colleges of Nursing) til dæmis veruleg áhrif á skipulag menntunar sérfræðinga. Þessi samtök gefa út stefnu um innihald náms og setja skilyrði fyrir því hverjir fá að þreyta próf til viðurkenningar á sérfræðipækkingu. Til að tryggja aðsókn verða menntastofnanir að sníða nám sitt að kröfum þessara samta. Við höfum kannað námskrár við ýmsa skóla í Bandaríkjunum og okkur virðist að þar sé megináhersla lögð á sérhæfð klínísk námskeið og klínísk starfsþjálfun en mun minna er lagt upp úr þjálfun við rannsóknir. Frá árinu 2000 hafa samtök klínískra sérfræðinga í Bandaríkjunum (National

Association of Clinical Nurse Specialists) sett það skilyrði fyrir að fá leyfi til að þreyta viðurkenningarpróf, sem samtökin halda, að hjúkrunarfræðingur hafi lokið 500 stunda klínísku námi á námstímanum. Fram til þessa hefur umsækjendum þó verið heimilað að bæta við stundum sem á hefur vantað að námi loknu. Frá og með árinu 2006 mun ákvæðið taka gildi að fullu (Walker o.fl., 2003). Vænta má að þetta skilyrði leiði til þess að klíníski námsþátturinn í bandarískum háskólum muni víða lengjast þótt skilyrði félagsamtakanna hafi augljóslega ekki sömu áhrif og lagasetning.

Í mörgum Evrópulöndum hafa orðið gríðarlegar breytingar á menntun hjúkrunarfræðinga á örfáum árum og hafa þær leitt til líflagra skoðanaskipta um starfssvið og bakgrunn sérfræðinga í hjúkrun. Takmörkuð vinna hefur hins vegar farið fram á vegum evrópskra stofnana eða nefnda til að samræma menntunarkröfur sérfræðinga og löggjöf um þá. Því er mjög mismunandi eftir löndum hvers krafist er af sérfræðingum bæði hvað snertir stig og umfang bóklegs náms og klínísku námsþáttinn. Finna má lýsingar á sérfræðingum sem hafa einungis stundað nokkurra vikna nám og einnig sérfræðinga sem hafa að baki tveggja ára meistaranám með mislögnum klínískum námstíma. Augljóslega torveldar það flutning sérfræðinga í hjúkrun milli landa og er það í andstöðu við markmið um sameiginlegan vinnumarkað Evrópulanda. Það er stefna Evrópusambandsins (ESB) og Evrópska efnahagssvæðisins (EES) að skapa sameiginlegan vinnumarkað með hreyfanlegu vinnuafli og gagnkvæmri viðurkenningu starfsheita heilbrigðisstétta, þar á meðal hjúkrunarfræðinga. Einnig er stefnt að samræmingu æðri menntunar til að auðvelda gagnkvæma viðurkenningu prófgráða samkvæmt Bologna-yfirlýsingunni (The Bologna declaration of 19 June 1999). Bologna-yfirlýsingin felur í sér myndun samevrópsks háskólasvæðis og eflingu þekkingarsamfélags (sjá upplýsingar um ferlið á heimasíðunni www.bologna-bergen2005.no/). Bologna-yfirlýsingin hvetur til samræmdrar menntunar og skilgreiningar á hlutverkum og starfssviðum sérfræðinga í hjúkrun. Augljóslega er mikilvægt fyrir okkur að fylgjast vel með framgangi þessara mála í Evrópu. Sem stendur er skilgreining á sérfræðingum í Evrópu óljós og ósamræmis gættir í menntun, skilgreiningum á hlutverkum og skilningur á starfsvettvangi sérfræðinga er ólíkur. Evrópa er margtyngd og menningarheimur hennar er margbreytilegur. Því getur reynst vandasamt að samræma stefnu varðandi skilgreiningu á sérfræðingshlutverkinu svo allir geti túlkað það og skilið á einn og sama veg. Evrópubúum ber einnig að varast að yfirfæra hugmyndir og hugtök úr öðrum menningarheimi, sem hafa öðruvísi heilbrigðiskerfi og þjóðfélagsskipan, án ihugunar og án tillits til samhengis og merkingar hugtaka í þeirra eigin þjóðfélagi og menningu (Helga Jónsdóttir, 2004a; O'Connor og Furlong, 2002).

Í reglugerð um veitingu sérfræðileyfa í hjúkrun á Íslandi er ekki kveðið nánar á um skipulagningu og áherslur í námi, t.d. um klínískan hluta náms. Ekki er heldur kveðið nánar á um hvers eðlis starfsreynslan að námi loknu skuli vera. Hvorki Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga né einstakar fagdeildir innan þess gera kröfur umfram þær sem fram koma í reglugerðinni, til

dæmis um tiltekinn tímafjöldi í klínísku námi, er lúta að því að geta talist sérfræðingur í hjúkrun. Í hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands er tekið mið af reglugerðinni við samningu námskrár í meistaranámi. Allar námsleiðir til meistaraþráðu fullnægja menntunarlegum undirbúningi fyrir það að öðlast viðurkenningu sem sérfræðingur í hjúkrun hér á landi (Helga Jónsdóttir, 2004b; Kristín Björnsdóttir, 2005). Mikilvægt er að hafa í huga að gerð hefur verið krafa um að hjúkrunarfræðingur, sem hyggst hefja meistaranám, hafi tveggja ára starfsreynslu við hjúkrun áður en nám hefst. Helstu rökin fyrir því skilyrði eru að mikilvægt sé að nemandi hafi öðlast þjálfun til að starfa sem hjúkrunarfræðingur áður en hann hefur framhaldsnám. Með því móti hefur hann fengið tækifæri til að átta sig á eðli starfsins og þróa þekkingargrunn sem auðveldar honum að tileinka sér námsfnið. Þetta skilyrði er þó umdeilt og halda margir því fram að reynsla í hjúkrunarstarfi sé ekki nauðsynleg forsenda framhaldsnáms (Simpson og Conway-Welch, 2002). Þessi sjónarmið hafa haft áhrif innan hjúkrunarfræðigreinarinnar og hefur ofangreint skilyrði nú verið fellt úr glídi.

Meistaranám við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands miðar að því að efla og útvíkka fræðilega þekkingu hjúkrunarfræðinga og þjálfna þá í vinnu við rannsóknir á afmörkuðum fræðasviðum innan hjúkrunar. Hægt er að velja um tvær námsleiðir til undirbúnings fyrir sérfræðistörf, í annari er vægi milli námskeiða (30 einingar) og rannsóknarverkefnis (30 einingar) jafnt en í hinni vega námskeiðin 3/4 hluta námsins (45 einingar) og rannsóknarverkefni 1/4 hluta (15 einingar). Báðar þessar námsleiðir falla undir skilgreiningu Háskóla Íslands á rannsóknatengdu framhaldsnámi.

Töluverð reynsla er komin á fyrri námsleiðina sem lýst var hér að ofan. Með því að einbeita sér að klínísku viðfangsefni í rannsóknarstarfi öðlast nemandinn þær fræðilegu forsendur sem eru nauðsynlegar til að skipuleggja sérhæfða meðferð sem veitt er af sérfræðingi í hjúkrun. Þjónustan á miðstöð um svefnvandamál barna, sem rætt var um hér að ofan, er góð fyrirmynd. Að okkar mati er hér um að ræða áhugaverða leið til undirbúnings fyrir sérfræðistörf í hjúkrun sem við höfum ekki séð lýst í öðrum löndum. Árið 2001 var í fyrsta sinn boðið upp á síðari námsleiðina við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. Með henni er leitast við að gefa hjúkrunarfræðingum tækifæri til að dýpka fræðilega þekkingu sína og aðferðir í klínísku starfi með svipuðum hætti og finna má víða erlendis þar sem sérhæfð námskeið eru veigamikill hluti námsins. Nemandi velur námskeið í samræmi við námsmarkmið sín en þau endurspeglar væntanlega hugmyndir hans um æskilega sérfræðiþekkingu og færni að námi loknu. Lögð er áhersla á hagnýt viðfangsefni sem tengjast starfi sérfræðinga. Sú stefna endurspeglar glögglega í námslýsingum fyrir námskeiðin *Hjúkrun á sérsviði I og II*. Á fyrri námskeiðinu er lögð aðaláhersla á sérhæfingu í gagnaöflun (e. *advanced assessment*) og á því seinna á sérhæfingu í meðferð (e. *advanced intervention*). Með stofnun ofangreindrar námsleiðar á sínum tíma var gerð tilraun til að koma til móts við þarfir fyrir klínískt meistaranám sem kennarar töldu að væru til staðar.

Samanburður við aðrar faggreinar

Hér á landi eru gerðar ólíkar kröfur til faggreina þar sem sérfræðiviðurkenning er annars vegar. Svipaðar reglugerðir gilda um hjúkrunarfræði og sjúkraþjálfun, en hins vegar tengist sérfræðiviðurkenning í læknisfræði og sálfræði í mun meira mæli skipulagðri starfsþjálfun þótt einnig sé gerð einhver krafa um formlegt nám og rannsóknir. Því er áhugavert að bera þessar ólíku leiðir saman. Sérfræðinámi í hjúkrunarfræði hefur þegar verið lýst og verður athyglíni því beint að læknisfræði og sálfræði.

Kveðið er á um fyrirkomulag undirbúnings þeirra sem hljóta sérfræðileyfi í læknisfræði í reglugerð um lækningaleyfi og sérfræðileyfi frá árinu 1997 (Reglugerð um veitingu lækningaleyfa og sérfræðileyfa, nr. 305/1997). Umsækjandi þarf að hafa stundað sérnám í 4 1/2 til 5 ár sem fram hefur farið á viðurkenndum heilbrigðisstofnunum. Þetta nám er fyrst og fremst skipulegt starfsnám og er framhaldsmenntunarráð læknaeildar Háskóla Íslands eftirlits- og umsagnaraðili námsins en skipuleggur það ekki. Þetta nám er því nokkuð breytilegt eftir sviðum en á lyflækningasviði Landspítala-háskólasjúkrahúss hefur farið fram veruleg uppbygging þessa náms á liðnum árum (Steinn Jónsson, 2005; Steinn Jónsson o.fl., 2005). Markmið námsins er, eins og því er lýst í námskrá sviðsins, að mennta lyflækna sem búa yfir breiðum þekkingargrunni og hafa öðlast færni til að annast sjúklinga á heildrænan og nærfærinn hátt (Steinn Jónsson o.fl., 2005). Lögð er megináhersla á að þjálfna klínísku færni í akademísku umhverfi og leitast er við að viðhalda hæfilegri samtíunni náms og vinnu við umönnun sjúklinga. Deildarlæknir í framhaldsnámi tekur fullan þátt í klínísku starfi og öðlast þjálfun í undirstöðuatriðum almennra lyflækninga. Á námstímanum starfar hann í teymum sem hvert um sig leggur áherslu á eina undirsérgrein lyflækisfræði. Fjölbreytt kennsla fer fram á sjúkrahúsinu, haldnir eru fyrirlestrar daglega um meðferð bráðra vandamála fyrstu tvo mánuði námstímans, tilfellafundir, fyrirlestrar á fræðasviðinu og óformleg kennsla er fléttuð inn í daglegt starf. Gerð er krafa um að nemendur sinni vísindastörfum, semji rannsóknaráætlun og öðlist þjálfun í rannsóknastörfum. Vísindastörf verða umfangsmeiri þáttur starfsins eftir því sem líður á námstímann.

Sérfræðinám í sálfræði er með nokkuð líkum hætti og í læknisfræði þótt það sé ekki skipulagt af heilbrigðisstofnunum. Til að öðlast starfsréttindi sem sálfræðingur er nauðsynlegt að hafi lokið kandídatprófi í sálfræði sem tekur yfirleitt tvö til þrjú ár að loknu þriggja ára BA-námi í sálfræði (Lög um sálfræðinga, 1998). Í reglugerð um sérfræðileyfi sálfræðinga er gerð krafa um fjölþætt nám, starfsþjálfun, handleiðslu og ritsmiðar umfram kandídatprófið (Reglugerð um sérfræðileyfi sálfræðinga nr. 158/1990). Samkvæmt upplýsingum frá Sálfræðingafélagi Íslands (Ingi Jón Hauksson, munnleg heimild) er ekki til staðar formlegt nám til undirbúnings fyrir sérfræðiviðurkenningu. Sálfræðingar sjá sjálfir um að verða sér úti um þá reynslu og menntun sem kveðið er á um í reglugerð um veitingu sérfræðileyfa. Nefnd, sem skipuð er af heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytinu og nefnist sérfræðinefnd, veitir umsögn um umsóknir um sérfræðileyfi sálfræðinga. Yfirleitt

tekur um 4 1/2 til 5 ár að öðlast sérfræðileyfi að loknu kandídatprófi, en einungis 36 af um 230 sálfræðingum sem starfa á Íslandi hafa slíkt leyfi.

Samantekt og lokaorð

Í þessari grein höfum við rætt um menntun og störf sérfræðinga í hjúkrun í ýmsum löndum. Við lýstum jafnframt fyrirkomulagi á sérfræðinámi annarra starfsstétta innan heilbrigðisþjónustunnar á Íslandi. Algengt er að starf sérfræðinga í hjúkrun felist í því að veita sjúklingum með tiltekin heilsufarsvandamál meðferð sem tekur mið af aðstæðum sjúklingsins, svo sem fjölskyldu, bakgrunni og atvinnu. Stór þáttur í störfum sérfræðinga er að meta heilsufar og ástand fólks og skipuleggja og veita meðferð sem byggist á gagnreyndri þekkingu. Sú þekking er jöfnum höndum fengin úr hjúkrunarfræði og skyldum greinum. Starfi sérfræðinga er einnig oft lýst þannig að í því felist ráðgjöf og stuðningur við starfsmannahóp á ákveðnum sviðum. Í því sambandi er einnig bent á framlag þeirra til stefnumörkunar innan stofnunar eða í heilbrigðiskerfinu. Sé tekið mið af síðari skilgreiningunni er litið á sérfræðinga sem leiðtoga sem leitast við að sveigja starfsemina að ákveðnum markmiðum og háttum.

Við teljum að báðar þessar skilgreiningar eigi fullan rétt á sér og að mikilvægt sé að miða nám sérfræðinga bæði við meðferðarstarf og starfsþróun. Jafnframt teljum við áriðandi að hverjum nemanda sé veitt svigrúm til að laga námið að eigin markmiðum. Í hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands er þess vænst að nemendur setji fram vel skilgreind markmið með námi sínu og velji sér síðan námskeið og viðfangsefni í samræmi við þau. Með því móti teljum við að nemandinn öðlist best þann þekkingargrunn og þá færni sem nauðsynleg er til að starfa sem sérfræðingur á skilgreindu sérsviði. Þegar námskrá í meistaranámi í hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands er borin saman við svipaðar námskrár í öðrum löndum kemur fram að meiri áhersla er lögð á að efla fræðileg vinnubrögð og aðferðafræðipekkingu hér. Þetta endurspeglast til dæmis í kjarnanámskeiðunum sem eru viðamikill þáttur námsins og fjalla um kenningar og aðferðafræði. Eins vinnur hver nemandi rannsóknarverkefni sem er fjórðungur námsins en víða í Bandaríkjunum er ekki boðið upp á slíkt. Innan hjúkrunarfræðideilda hefur því verið rætt um að sveigja námið að hinni bandarísku fyrirmynd. Teljum við fulla ástæðu til að íhuga þann möguleika. Hins vegar er einnig mikilvægt að skoða stefnumörkun í menntunarmálum í hjúkrunarfræði með hliðsjón af þeim hefðum sem tíðkast í Háskóla Íslands og að fyrirsjáanlegri þróun innan heilbrigðisþjónustunnar. Í Háskóla Íslands er allt meistaranám enn sem komið er rannsóknatengt, þ.e. allir nemendur vinna lokaverkefni sem er að lágmarki 15 einingar. Hér heima og víða í Evrópu leggja heilbrigðisstofnanir aukna áherslu á hinn akademíska þátt í starfsemi sinni og því er þess vænst að rannsóknir séu þáttur í starfi starfsmanna. Benda má á að nýlega voru undirritaðir samningar milli Háskóla Íslands, Landspítala-háskólasjúkrahúss, Fjórðungssjúkrahússins á Akureyri og heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu. Ofangreindar heilbrigðisstofnanir vilja efla hinn akademíska þátt starfseminnar í samstarfi við Háskólann. Við Landspítala-háskólasjúkrahús er til dæmis hægt að sækja

um að hljóta akademíska nafnbót en forsenda fyrir henni er að umsækjandinn hafi þekkingu og reynslu á sviði rannsókna. Í þeim lýsingum á sérfræðinámi lækna og sálfræðinga, sem fjallað var um fyrr í greininni, kemur einmitt fram að áhersla er lögð á að efla þekkingu og færni við rannsóknir. Loks má benda á að í lýsingum á hlutverki og starfi sérfræðinga í hjúkrun eru rannsóknir yfirleitt taldar mikilvægur þáttur í starfinu. Með hliðsjón af því hlýtur sterkur fræðilegur grunnur og þekking á aðferðafræði rannsókna að vera mikilvægt veganesti fyrir sérfræðinga svo þeir geti aukið og eftir sérfræðipekkingu sína.

Samanburður á gögnum, sem kynnt voru í greininni, leiðir einnig í ljós að klíníski hlutinn er minni í náminu við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands en víða erlendis. Að okkar mati hlýtur umfang klíníks náms að aukast í framtíðinni. Hins vegar telja margir að forsenda þess að hér geti farið fram öflugt framhaldsnám fyrir sérfræðinga í hjúkrun sé að til staðar séu sérfræðingar sem geti verið fyrirmyndir og veitt handleiðslu. Á árinu 2005 störfuðu 86 sérfræðingar í læknisfræði á lyflækningasviði Landspítala-háskólasjúkrahúss en aðeins þrjár sérfræðingar í hjúkrun. Það þarf ekki flókna röksemdafærslu til að sjá af þessum hlutföllum að þörf er á miklu uppbyggingar- og þróunarstarfi í hjúkrunarfræði svo efla megi þátt sérfræðisþjónustu í hjúkrun. Áður en hægt verður að skipuleggja nám sérfræðinga í hjúkrun að stórum hluta sem starfstengt nám er mikilvægt að sérfræðingum fjölgi. Þó er rétt að hafa í huga að íslenskir hjúkrunarfræðingar hafa þá sérstöðu, miðað við starfsfélaga í flestum öðrum Evrópulöndum, að meirihluti þeirra er nú þegar með háskólagráðu og býr yfir meiri fræðilegri þekkingu en gengur og gerist.

Við teljum einnig áhugavert að skoða þær fyrirmyndir að klínísku sérfræðinámi sem við sjáum á íslenskum heilbrigðisstofnunum og bendum á að klínískt sérfræðinámi lækna og sálfræðinga er launað starfsnám. Því hafa vaknað spurningar hjá okkur um það hvort ekki sé hægt að skipuleggja slíkt nám með svipuðum hætti fyrir hjúkrunarfræðinga. Flestir meistaranemendur starfa með námi. Eins og fram kom er í reglugerð um veitingu sérfræðileyfa í hjúkrun kveðið á um að hjúkrunarfræðingur þurfi að hafa starfað á sviðinu í tvö ár áður en honum er veitt sérfræðileyfi. Því langar okkur til að varpa fram þeirri hugmynd hvort ekki sé hægt að skipuleggja störf meistaranema meðan á námi stendur og á þessum tveggja ára reynslutíma á þann hátt að þessi störf verði hluti af sérfræðinámi. Augljóslega þarf að koma til aukið samstarf menntastofnana, heilbrigðisstofnana og Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga og fagdeilda þess til að þessi hugmynd verði að veruleika.

Í samanburði við stöðu mála í mörgum öðrum löndum virðist vinna við að skilgreina og lýsa hlutverki og menntun sérfræðinga á Íslandi á margan hátt vera vel á veg komin. Það er þó umhugsunarvert að hér hefur uppbyggingin einskorðast við hlutverk klínískra sérfræðinga. Við höfum ekki orðið varar við neinar áætlanir heilbrigðisyfirvalda eða Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga um að viðurkenna „nurse practitioner“ í íslenskri heilbrigðisþjónustu. Því er fyrst og fremst tekið mið af störfum klínískra sérfræðinga við samningu námskrár og skipulagningu námskeiða í meistaranámi í hjúkrunarfræðideild

Háskóla Íslands. Verði hins vegar breytingar á þessari afstöðu er auðvitað sjálfsgagt að endurskoða þá stefnu. Helstu rökin, sem sett hafa verið fram fyrir viðurkenningu á „nurse practitioner“ í nútímaheilbrigðisþjónustu, eru hagræn og tæknileg. Hins vegar má einnig halda því fram að með aukinni læknisfræðilegri þekkingu verði hjúkrunarfræðingar betur í stakk búnir til að veita sjúklingum heildræna umönnun og að sjálfstæði hjúkrunarfræðinga til klínískra ákvarðana bæti gæði þjónustunnar. Víða í heiminum hefur starfssvið hjúkrunarfræðinga verið víkkað með því að hjúkrunarfræðingar taka að sér aukin verkefni þótt hugmyndafræði hjúkrunar sé höfð að leiðarljósi eins og umfjöllunin um hjúkrunarsérfræðinga í Ástralíu gaf til kynna. Raunar hafa margir hjúkrunarsérfræðingar kallað eftir því að starfið verði endurskoðað á þann hátt að það samræmist hugmyndafræði hjúkrunar betur (Rashotte, 2005).

Við teljum að brýnt sé að samræma menntun, starfslýsingar og leyfisveitingar fyrir sérfræðingsstöður í hjúkrun. Með hliðsjón af stefnu Evrópusambandsins um samræmda menntun og sameiginlegan vinnuþáttum teljum við sérstaklega mikilvægt að fylgjast vel með þessum málum í Evrópu. Stefnt er að þróun þekkingarsamfélaga, frjálsum flutningi vinnuafis og gagnkvæmri viðurkenningu prófgráða og starfsheita og gildir það einnig um hjúkrun. Við teljum að það myndi verða mikill ávinningur fyrir almenning að sérfræðingum í hjúkrun yrði fjölgað á Íslandi þótt enn skorti pólitískan vilja innan ríkja Evrópu til þess að samhæfa lykilorði varðandi sérfræðinga í hjúkrun.

Þakkarorð: Við þökkum ritrynum fyrir fjölmargar hjálplegar ábendingar. Einnig þökkum við Steini Jónssyni lækni fyrir upplýsingar um sérfræðinám lækna og Inga Jóni Haukssyni fyrir upplýsingar um sérfræðinám sálfræðinga á Íslandi.

Heimildir

Anna Gyða Gunnlaugsdóttir (2004, 4. nóvember). *Sérfræðingar í hjúkrun: Sagan og staðan í dag*. Óbirt erindi sem haldið var við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, Reykjavík.

Atkins, S., og Ersser, S. J. (2000). Education for advanced nursing practice: An evolving framework. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 523-533.

Bourbonniere, M., og Evans, L. K. (2002). Advanced practice nursing in the care of frail older adults. *Journal of The American Geriatrics Society*, 50(12), 2062-76.

Brooten, D., Youngblut, J. M., Deatric, J., Naylor, M., og York, R. (2003). Patient problems, Advanced Practice Nurse (APN) interventions, time and contacts among five patient groups. *Journal of Nursing Scholarship*, 35(1), 73-9.

Brooten, D., Naylor, M. D., York, R., Brown, L. P., Munro, B. H., Hollingsworth, A. O., Cohen, S. M., Finkler, S., Deatrick, J., og Youngblut, J. M. (2002). Lessons learned from testing the quality cost model of Advanced Practice Nursing (APN) transitional care. *Journal of Nursing Scholarship*, 34(4), 369-375.

Brown, S. (1998). A framework for advanced practice nursing. *Journal of Professional Nursing*, 14(3), 157-164.

Bryant-Lukosius, D., og DiCenso, A. (2004). A framework for the introduction and evaluation of advanced practice nursing roles. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 530-540.

Bryant-Lukosius, D., DiCenso, A., Browne, G., og Pinelli, J. (2004). Advanced practice nursing roles: Development, implementation and evaluation. *Journal of Advanced Nursing*, 48(5), 519-529.

Daly, W. M., og Camwell, R. (2003). Nursing roles and levels of practice: A framework for differentiating between elementary, specialist and advancing nursing practice. *Journal of Clinical Nursing*, 12, 158-167.

Danielson, E. (2003). *Nurse practitioners in geriatric care in the community: A pilot project in Sweden* (New initiatives and developments in advanced practice and NP roles). Sótt 18. nóvember 2005 á <http://icn-apnetwork.org>.

Donnelly, G. (2003). Clinical expertise in advanced practice nursing: A Canadian perspective. *Nurse Education Today*, 23(3), 168-73.

Fairley, D. (2004). Discovering the nature of advanced nursing practice in high dependency care: A critical care nurse consultant's experience. *Intensive and Critical Care Nursing*, 21, 140-148.

Gardner, A., og Gardner, G. (2005). A trail of nurse practitioner scope of practice. *Journal of Advanced Nursing*, 49(2), 135-145.

Hamric, A. B., Spross, J. A., og Hanson, C. M. (2000). *Advanced nursing practice: An integrative approach* (2. útg.). Philadelphia, Pennsylvania: Saunders.

Helga Jónsdóttir (2004a). „Nurse Practitioners“ og hjúkrunarstarfið. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 2(80), 37-38.

Helga Jónsdóttir (2004b). Meistaránám og nám á meistarastigi við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 80(5), 51-53.

Helga Sæunn Sveinbjörnsdóttir (2004). Nurse practitioners: Starfssvið og möguleikar hér á landi. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 80(5), 51-53.

Hrafn Óli Sigurðsson (2004). Sérfræðingar í hjúkrun. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 80(3), 30-35.

ICN (2005a). *The scope of practice, standards and competencies of the advanced practice nurse*. Drög að stefnu sem send hefur verið til aðildarfélaga, meðal annars Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Sótt 18. nóvember 2005 á <http://icn-apnetwork.org/>.

ICN (2005b). *Model nursing acts and associated guidance*. Drög að fyrirmynd að löggjöf um sérfræðinga í hjúkrun sem send hefur verið til aðildarfélaga, meðal annars Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga. Sótt 18. nóvember 2005 á <http://icn-apnetwork.org/>.

Jóhanna Bernharðsdóttir, Ásta Snorraddóttir og Rannveig Þöll Þórsdóttir (2005). *Mat á þörf fyrir geðhjúkrunarráðgjöf* (rannsóknarskýrsla). Háskóli Íslands: Landspítali - háskólasjúkrahús.

Ketefian, S., Redman, R. W., Hanucharumkul, S., Masterson, A., og Meves E. P. (2001). The development of advanced practice roles: Implications in the international nursing community. *International Nursing Review*, 48, 152-163.

Kleinpell, R. M. (2002). What advanced practice nursing outcomes research is out there? *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14(3), 269-74.

Kristín Björnsdóttir (2005). Framhaldsnám í heilsugæsluhjúkrun við hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands. *Tímarit hjúkrunarfræðinga*, 81(1), 46-47.

Landspítali - háskólasjúkrahús (2003). *Sérfræðingar í hjúkrun á Landspítala-háskólasjúkrahúsi*. HÓS, AGG, EBF, HLH, GG. Sótt 28. júlí 2005 á http://www4.landspitali.is/lsh_ytri.nsf/htmlpages/index.html.

Longley, M., Magill, J., og Warner, M. (2004). *Innovation and protection: A framework for Post-Registration Nursing* (skýrsla sem samin var fyrir Nursing and Midwifery Council Task and Finish Group af Welsh Institute for Health and Social Care. Sótt 14. júní 2005 á <http://www.nmc-uk.org/nmc/main/publications/WIHSC.pdf>.

Lorenson, M., Jones, D. E., og Hamilton, G. A. (1998). Advanced practice nursing in the Nordic countries. *Journal of Clinical Nursing*, 7, 257-264.

Lyon, B. L. (1996). *Meeting societal needs for CNS competencies: Why the CNS and NP roles should not be blended in masters degree programs*. Online Journal of Issues in Nursing. Sótt 29. júlí 2005 á http://www.nursingworld.org/ojin/tpc1/tpc1_3.htm.

Lyon, B. L. (2003). Advanced Practice Registered Nurse Compact: A call to action with a primer on the regulation of CNS practice. *Clinical Nurse Specialist*, 17(4), 185-187.

Lyon, B. L. (2004). The CNS Regulatory Quagmire: We need clarity about advanced nursing practice. *Clinical Nurse Specialist*, 18(1), 9-13.

Lög um sálfræðinga, nr. 82/1998.

Mick, D. J., og Ackerman, M. H. (2002). Deconstructing the myth of the advanced practice blended role: Support for role divergence. *Heart & Lung*, 31(6), 393-8.

National Council for the Professional Development of Nursing and Midwifery (2004). *Framework for the establishment of Advanced Nurse Practitioner and Advanced Midwife Practitioner Posts*. (2. útg.). Sótt 27. júlí 2005 á <http://www.ncnm.ie/files/ANP%20Framework.pdf>.

O'Connor, L., og Furlong, E. (2002). From the United States to southern Ireland: Translating the role of oncology advanced practice nurse. *Oncology Nursing Forum, Online*, 29(7), 1037-8.

Oermann, M. H., og Floyd, J. A. (2002). Outcomes research: An essential component of the Advanced Practice Nurse Role. *Clinical Nurse Specialist*, 14(4), 144.

Pauly, B., Schreiber, R., MacDonald, M., Davidson, H., Crickore, J., Moss, L., Pinelli, J., Regan, S., og Hammond, C. (2004). Dancing to our own tune: Understandings of advanced nursing practice in British Columbia. *Canadian Journal of Nursing Leadership*, 17(2), 47-57.

- PCN (Permenent Committee of Nurses of the European Union) og ENNO (European network of nurses organization) (2000). *Recommendations for a European framework for specialist nursing education*. Sótt 6. nóv 2005 á <http://www.pcnweb.org/>.
- Pearson, A., og Peels, S. (2002). Advanced practice in nursing: International perspective. *International Journal of Nursing Practice*, 8, S1-S4.
- Rashotte, J. (2005). Knowing the nurse practitioner: Dominant discourses shaping our horizons. *Nursing Philosophy*, 6, 51-62.
- Reglugerð um veitingu lækningaleyfa og sérfræðileyfa nr. 305/1997 með áorðnum breytingum skv. Reglugerð 340/1999 og 435/2005.
- Reglugerð um veitingu sérfræðileyfa í hjúkrun nr. 124/2003.
- Reglugerð um sérfræðileyfi í hjúkrun nr. 426/1993.
- Reglugerð um sérfræðileyfi sálfræðinga nr. 158/1990.
- Schrems, B. (2003). *Der Prozess des Diagnostizierens in der Pflege*. Vinarborg: Facultas Verlag.
- Simpson, K. R., og Conway-Welch, C. (2002). Should experience as a nurse be a prerequisite for admission to graduate programs for advanced practice nurses? Writing for CON Position. *The American Journal of Maternal/Child Nursing*, 27(6), 315-16.
- Sparacino, P. (1992). Advanced practice: The clinical nurse specialist. *Nursing practice*, 5(4), 2-4.
- Spirig, R. og DeGeest, S. (2004). Ritstjórnargrein: „Advanced Nursing Practice“ lohnt sich. *Pflege*, 17, 233-236.
- Spirig, R., Nicca, D., Voggensperger, J., Unger, M., Werder, V., og Niepmann, S. (2004). The Advanced Nursing Practice team as a model for HIV/AIDS Caregiving in Switzerland. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 15(3), 47-55.
- Stahl, M. A., og Myers, J. (2002). The advanced practice nursing role with multisite responsibilities. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14(3), 299-305.
- Steinn Jónsson (2005). *Áfangaskýrsla*. Skýrsla send til framhaldsmenntunarráðs læknaeildar Háskóla Íslands. Reykjavík: Landspítali-háskólasjúkrahús.
- Steinn Jónsson, Friðbjörn Sigurðsson og Runólfur Pálsson (2005). *Sérfræðinám í lyflæknisfræði*, Landspítala-háskólasjúkrahúsi. Reykjavík: Landspítali - háskólasjúkrahús.
- Strömberg, A. (2002). Educating nurses and patients to manage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 1(1), 33-40.
- Strömberg, A., Martensson, J. B., Levin, L. A., Karlsson, J. E. og Dahlstrom, U. (2003). Nurse-led heart failure clinics improve survival and self-care behaviour in patients with heart failure: Results from a prospective, randomized trial. *European Heart Journal*, 24(11), 1014-1023.
- The Bologna declaration* (1999). Sameiginleg yfirlýsing menntamálaráðherra frá Evrópska efnahagssvæðinu. Sótt 6. júní 2005 á <http://www.bologna-bergen2005.no>.
- Thompson, D. R. (2003). Ritstjórnargrein. Advanced nursing practice: What is it? *International Journal of Nursing Practice*, 9, 129-130.
- Turner, C., og Keyzer, D. (2002). Nurse practitioners: a contract for change and excellence in nursing. *Collegian. Journal of the Royal College of Nursing, Australia*, 9(4), 18-23.
- Walker, J., Gerard, P. S., Bayley, E. W., Coeling, H., Clark, A. P., Dayhoff, N., og Goudreau, K. (2003). A description of clinical nurse specialist programs in the United States. *Clinical Nurse Specialist*, 17(1), 50-57.
- Walsgrove, H., og Fulbrook, P. (2004). Advancing the clinical perspective: A practice development project to develop the nurse practitioner in an acute hospital trust. *Journal of Clinical Nursing*, 14, 444-455.
- Wells, T. (2002). When a dose of advanced practice nursing is the treatment. *Journal of The American Geriatrics Society*, 50(12), 2092-3.
- Whitman, G. R. (2002). Outcomes research in advanced practice nursing selecting an outcome. *Critical Care Nursing Clinics of North America*, 14(3), 253-60.
- White, M. (e.d). *Nurse Practitioner/ Advanced nursing roles in the United Kingdom*. Sótt 18. nóvember 2005 á <http://icn-apnetwork.org/>.
- Wilson-Barnett, J., Barbiball, K. L., Reynolds, H., Jowett, S., og Ryrie, I. (2000). Recognising advanced nursing practice: Evidence from two observational studies. *International Journal of Nursing Studies*, 37, 389-400.
- Póra B. Hafsteinsdóttir (2005, maí). *Hjúkrunarvísindanám við Háskólann í Utrecht, Hollandi*. Erindi haldið fyrir rannsóknárámsnefnd hjúkrunarfræðideildar Háskóla Íslands, Reykjavík.
- Pórdís Ingólfssdóttir, Anna Gyða Gunnlaugsdóttir, Guðrún Bragadóttir, Guðrún Halldórsdóttir, Helga Jónsdóttir, Linda Kristmundsdóttir og Margrét Tómasdóttir. (2004). *Skýrsla nefndar um stefnumótun hjúkrunar á göngu-deildum*. Reykjavík: Landspítali-háskólasjúkrahús.