Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Kristín Ólafsdóttir læknir
1889-1971

Vísindi og heilbrigðiskerfið – mikilvægi Læknablaðsins
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Loftbrjóst vegna endómetríósu í lunga
Sjúkratilfelli

Tæknin færir lækna frá tölvunni til sjúklingsins
Guðrún Ása Björnsdóttir og Berglind Bergmann

01/2021 107. árgangur: 1-56

Auglýsing



Sigurveig Pétursdóttir er formaður samninganefndar Læknafélagsins. Þetta voru þriðju samningarnir sem hún kemur að og þeir síðustu, segir hún. Mynd/gag

Læknar ráku lestina sem skilaði sér

„Ég er ánægð með samninginn," segir Sigurveig Pétursdóttir, formaður samninganefndar lækna. 93% þeirra nærri 70% lækna sem kusu um nýjan kjarasamning sinn samþykktu. Læknar höfðu verið samningslausir í tvö ár

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við töldum ekki rétt að læknar myndu draga vagninn í þetta sinn þar sem aðrar stéttir, eins og hjúkrunarfræðingar, börðust fyrir grundvallarbreytingum. Það var því mikilvægt að þær fengju að klára sitt áður en röðin kom að okkur," segir Sigurveig Pétursdóttir, formaður samninganefndar Læknafélagsins, sem ritaði undir samning við fjármála- og efnahagsráðherra þann 7. desember.

Samningurinn var samþykktur í atkvæðagreiðslu sem lauk 17. desember. 758 læknar af 1103 greiddu honum atkvæði sitt og gildir hann frá 1. mars 2019 til 31. mars 2023.

Um tvö ár eru frá því að kjarasamningurinn rann sitt skeið á enda og segir hún mikla vinnu hafa mætt þeim í haust að ná samningnum saman. „Áherslan er í anda lífskjarasamningsins. Hún er í anda þess að lyfta aðeins meira þeim yngri," segir hún. „Höfuðósk félagsmanna var að hækkunin færi á grunnlaunin og það gerir hún að mestu leyti."

Sigurveig er ánægð með samninginn. „En auðvitað vill maður alltaf meira. Við hefðum viljað ýmislegt fyrir ýmsa sérhópa innan læknafélagsins." Hún nefnir til að mynda bætt vaktafyrirkomulag hjá ákveðnum hópum og ákvæði fyrir dreifbýlislækna. Hún segir þó mikinn sigur í að læknar fái afturvirkar launagreiðslur sem greiddar verði út mánaðamótin janúar og febrúar.

„Aldrei hefur slík afturvirkni verið eins og í þetta skipti. Það er stórt réttlætismál," segir hún. En hvað fékk samninganefnd ríkisins til að samþykkja hana? „Sanngirni," telur Sigurveig. „Ég vil meina að þetta hafi verið skynsöm samninganefnd sem sá að þetta var rétt og sanngjarnt."

Þetta er ekki í fyrsta sinn sem Sigurveig semur um kjör lækna. „Þetta er þriðja lotan og sú síðasta," segir hún þar sem hún situr með blaðamanni *Læknablaðsins* á einni kaffistofu Fossvogsspítala daginn sem samningurinn var samþykktur. „Ég tel gott að önnur sjónarmið komist að," segir hún.

Sigurveig segir þessa þriðju lotu eins en samt öðruvísi en hinar tvær. Hún nefnir þá fyrstu sem hafi endað í verkfalli. Álagið hafi verið mikið en samstaðan mjög góð. „Fjölmiðlar eltu okkur á röndum og hringdu dag og nótt. Ýmsir aðrir hringdu og vildu ráðleggja okkur og hvöttu okkur til að semja. Það var allt öðruvísi en samt sama prinsippið."

Auk Sigurveigar sátu Björn Gunnarsson, Björn Gunnlaugsson, Dóra Lúðvíksdóttir, Guðrún Ása Björnsdóttir, Oddur Ingimarsson og Ragnheiður Baldursdóttir í samninganefndinni. Einnig Geir Karlsson sem kom inn fyrir Hrönn Garðarsdóttur, Már Kristjánsson og Stefán Þórisson.

Sigurveig segir að hún hafi ekki búist við öðru en að samningurinn yrði samþykktur. „Annars blasti ekkert annað við en harðar aðgerðir. Mér fannst samninganefndirnar ná það vel saman í þetta skipti að ég sá ekki að það væri góður kostur að fara í hörku," segir hún. „Ég tel að við höfum komist þangað sem hægt var að komast."

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Hulda María Einarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Magnús Haraldsson
Margrét Ólafía Tómasdóttir
Ólafur Árni Sveinsson
Theódór Skúli Sigurðsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Sólveig Jóhannsdóttir
solveig@lis.is

Umbrot
Margrét E. Laxness
melax@lis.is

Prófarkalestur
Aðalsteinn Eyþórsson

Upplag
1900

Prentun og bókband
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

Áskrift
21.900,- m. vsk.
Lausasala
2190,- m. vsk.

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild, án leyfis.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition, Scopus og Hirsluna, gagnagrunn Landspítala.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition and Scopus.

ISSN: 0023-7213

LEIÐARAR



7

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Vísindi og heilbrigðiskerfið – mikilvægi *Læknablaðsins*

Það er með miklu stolti sem ég tek við starfi ritstjóra Læknablaðsins, fyrst kvenna, sem einnig er merkilegt þegar svo langt er komið inn í 21. öldina og íslenskir kvenlæknar fyrir svo löngu stigið merk skref í lækningum og vísindum.



9

Ólafur Helgi Samúelsson

Langlífi og heilbrigðisþjónusta

Okkur hættir til að skilgreina ákveðinn aldurshóp sem fyrst og fremst þjónustuþega en eldra fólk hefur eins og aðrir borgarar ólíka getu og þarfir og geta lagt til samfélagsins á margan hátt.

FRÆÐIGREINAR

11

Páll Biering, Ingibjörg Hjaltadóttir

Algengi og þróun geðraskana og geðlyfjanotkunar meðal íbúa íslenskra hjúkrunarheimila frá 2003 til 2018

Aldursbreytingar hafa áhrif á verkun geðlyfja og rannsóknir hafa ekki staðfest jákvæða langtíma verkun þeirra fyrir aldraða. Þeir er einnig viðkvæmir fyrir skaðlegum aukaverkunum lyfjanna sem aukast enn með fjöllyfjanotkun. Því er mikilvægt að geðlyfjanotkun aldraðra sé byggð á nákvæmri geðskoðun. Eins er mikilvægt að þróa önnur úrræði til að efla geðheilsu íbúa íslenskra hjúkrunarheimila.

17

Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, Elísabet Benedikz, Anna Marí Þórðardóttir

Viðhorf hjúkrunarfræðinga og almenn viðhorf til ákæru vegna alvarlegra sjúklingaatvika í heilbrigðisþjónustu: Eru blikur á lofti?

Þessi rannsókn fjallar um áhrif þess að beita refsingum þegar eitthvað fer úrskeiðis í heilbrigðisþjónustu. Sjónum er beint að því hvort almenn viðhorf til refsinga geti skipt máli í umræðunni um öryggi sjúklinga og þá hvernig. Rannsóknin á sér aðdraganda í atburði sem markaði tímamót í íslenska heilbrigðiskerfinu. Þess vegna er mikilvægt að fá betri skilning á því hvernig sambandinu milli almenns viðhorfs til refsinga og öryggis sjúklinga er háttað.

24

Ásdís Kristjánsdóttir, Gunnar Mýrdal, Margrét Sigurðardóttir, Reynir Tómas Geirsson

Tíðatengt loftbrjóst vegna endómetríósu í lunga

Endómetríósa getur verið langvinn orsök verkja, blæðingaóreglu og ófrjósemi meðal kvenna. Sjúkdómurinn er vanalega í grindarholi, en getur birst á óvenjulegum stöðum. Hér er lýst tilfelli 39 ára konu með gamla endómetríósugreiningu sem leitaði á heilsugæslu og sjúkrahús í þrígang á öðrum degi blæðinga vegna andþyngsla, takverks og mæði. Myndgreining sýndi loftbrjóst hægra megin í öll skiptin. Við brjóstholsspeglun voru endómetríósu-líkir blettir á yfirborði hægra lunga. Vefjagreining sýndi merki um endómetríósu. Konan hefur verið einkennalaus eftir kemíska fleiðruertingu og hormónameðferð.

Á FORSÍÐU

Kristín Ólafsdóttir læknir (1889-1971)

Kristín var stúdent frá MR 1911 og lauk prófi frá Háskóla Íslands 1917, fyrsta konan til að ljúka þaðan prófi í læknisfræði.
Hún var læknir á Ísafirði (1917-1931) og í Reykjavík. Hún skrifaði bækur um heilsufar og mataræði, og þýddi margar bækur: ævisögur Evu Curie, Helenu Keller og Friðþjófs Nansen, og um heilsufræði kvenna.

Kristín var gift Vilmundi Jónssyni lækni á Ísafirði og síðar landlækni.

Á Læknadögum 2011 gaf Félag kvenna í læknastétt, Læknafélag Íslands, Læknafélag Reykjavíkur og Félag áhugamanna um sögu læknisfræðinnar Háskóla Íslands málverk af Kristínu sem prýðir kápu janúarblaðsins. Myndina málaði Guðmundur Karl Ásbjörnsson eftir ljósmyndinni sem hér sést.

Myndina af málverkinu tók Kristinn Ingvarsson fyrir Læknablaðið. Málverkið er varðveitt hjá læknadeild HÍ.



Kristín og Vilmundur þegar þau voru í framhaldsnámi í Kaupmannahöfn árin 1918-1919. Ljósm. Alb. Schou jun. København / Ljósmyndasafnið Ísafirði.

UMFJÖLLUN OG GREINAR

32
Ver Vestfirði fyrir smitum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Súsanna Björg Ástvaldsdóttir umdæmislæknir sóttvarna á Vestfjörðum segir krefjandi að flug vestur hafi legið mikið niðri nú í COVID-19. Hún segist alltaf hafa verið skýr við útgerð Júlíusar Geirmundssonar og skipuleggur starfið út frá samgöngum





36
Sagan sýnir að við lærum mest af mistökum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Magnús Gottfreðsson, smitsjúkdómalæknir, segir að það sé segin saga að aðgerðir í heimsfaröldrum séu gagnrýndar. Hann óttast að eftir að bólusetningar verði hafnar verði ekki stutt við fjársvelt heilbrigðiskerfið. Það hafi verið í króníski krísu allt frá bankahruni



42
Ísland getur verið í fararbroddi við að tryggja betri heilsu fólks

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Erfðafræði mun gjörbylta læknisfræðinni, segir Hans Tómas Björnsson læknir og horfir til greininga, meðferða og gagnaöflunar. Meta eigi á Læknadögum hvar íslenskt vísindastarf standi

46
Smásaga úr héraði - vestan af Patró

Magnús R. Jónasson

Árið er 1976. Tveir ungir læknar á leið í hérað til Patreksfjarðar. Kandídatsárinu að ljúka og alvara lífsins blasti við



40
Tæknin færi lækna frá tölvunni til sjúklingsins

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Kófið hefur hjálpað læknum að yfirstíga ótta við tækninýjungar og nýta þær sér til hagsbóta. Læknarnir Guðrún Ása Björnsdóttir og Berglind Bergmann fara yfir það mikilvægasta þegar kemur að nýrri tækni í heilbrigðismálum á Læknadögum

ÖLDUNGADEILDIN

49
Urtagarðurinn í Nesi í 10 ár

Lilja Sigrún Jónsdóttir

29
Fréttir

50
Dagskrá Læknadaga

LÖGFRÆÐI 39. PISTILL

48
„Helgunin“

Dögg Pálsdóttir



PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



31
Læknafélagið um áramót

Reynir Arngrímsson

Ráðinn hefur verið verkefnastjóri til LÍ til að fylgja eftir kjarasamningum LÍ og skýrari markmiðum félagsins

DAGUR Í LÍFI HNE-LÆKNIS Á AKUREYRI Á AÐVENTUNNI



35
07:20
Opna augun, loka þeim, opna aftur, loka, opna … enginn munur.

Hannes Petersen

FRÁ EMBÆTTI LANDLÆKNIS – 36. PISTILL

45
Tauga- og geðlyfjanotkun á Norðurlöndum

Alma Dagbjört Möller, Ólafur B. Einarsson

Notkun lyfja í flestum lyfjaflokkum er áþekk meðal Norðurlandaþjóðanna nema notkun tauga- og geðlyfja sem hefur lengi verið hæst á Íslandi

LIPUR PENNI



54
Plágurnar

Högni Óskarsson

Auglýsing

Vísindi og heilbrigðiskerfið – mikilvægi Læknablaðsins



Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

sérfræðingur í lyflækningum og innkirtla- og efnaskiptalækningum, klínískur prófessor við Landspítala og Háskóla Íslands. Sérfræðilæknir Læknasetri.

Ritstjóri *Læknablaðsins*

helgaags@landspitali.is

„Vísindin efla alla dáð“ – er fyrsta línan úr ljóði Jónasar Hallgrímssonar, Til herra Páls Gaimard. Ljóð sem svo gjarnan er vitnað til. Svo satt, viðeigandi og stenst tímans tönn. Ekki að ástæðulausu að einmitt þessi lína ljóðsins stendur fyrir ofan hátíðasal Háskóla Íslands.

Vísindi eru hornsteinn *Læknablaðsins*, sem hefur einnig staðist tímans tönn, lifað af ýmsar kreppur, er orðið 106 ára og er eldra en Læknafélag Íslands. Læknafélag Reykjavíkur var útgefandi blaðsins í upphafi og kom fyrsta tölublaðið út í janúar 1915 og hefur það síðan verið gefið út óslitið, með læknisfræðilegum greinum og viðtölum um heilbrigðismál.

Upphafsmaður blaðsins, Guðmundur Hannesson læknir, gaf út handskrifað blað með sama nafni á Akureyri árin 1902-1904. Hann var fyrsti ritstjóri *Læknablaðsins* allt til ársins 1921, lagði grunninn að blaðinu og kom því í gegnum fyrstu árin með þrautseigju og atorku. Blaðið hefur frá upphafi haft áhrif langt út fyrir raðir lækna og hefur á síðustu árum tekið nútímalegum breytingum undir dyggri stjórn fráfarandi ritstjóra, Magnúsar Gottfreðssonar. Hann á þakkir skildar fyrir fagleg vinnubrögð og óeigingjarnt starf fyrir blaðið og vísast til leiðara hans í síðasta tölublaði *Læknablaðsins* 2020; 106: 565.

Það er því með miklu stolti sem ég tek við starfi ritstjóra *Læknablaðsins*, fyrst kvenna, sem einnig er merkilegt þegar svo langt er komið inn í 21. öldina og íslenskir kvenlæknar hafa fyrir svo löngu stigið merk skref í lækningum og vísindum. Kristín Ólafsdóttir var fyrsta konan sem útskrifaðist frá læknadeild Háskóla Íslands, 1917. Það er því viðeigandi að hún prýði forsíðu fyrsta tölublaðsins í minni ábyrgð. Fjöldi kvenna í læknadeild Háskóla Íslands hefur frá útskrift hennar margfaldast og árið 2020 voru konur 31 af 49 útskrifuðum læknakandídötum frá deildinni. Á Læknadögum, sem nú verður streymt í fyrsta sinn, verður Margrétar Oddsdóttur skurðlæknis minnst með málþingi. Merk kona sem tók þátt í að ryðja braut kvenna í skurðlæknisfræði á Íslandi. Margrét Guðnadóttir veirufræðingur var merkur vísindamaður, frábær kennari og fyrsta konan sem skipuð var í embætti prófessors við Háskóla Íslands, vorið 1969. Alma D. Möller er fyrsta konan sem gegnir stöðu landlæknis á Íslandi. Þessar konur eru góð dæmi um fyrirmyndir kvenlækna í læknisfræði, sem skilað hafa mikilvægu læknastarfi og vísindarannsóknum. Á 21. öldinni halda konur áfram, samhliða og í samvinnu við aðra kollega sína, að marka bjarta framtíð læknisfræðinnar með vísindin að vopni.

Gott og öflugt heilbrigðiskerfi byggir á öflugu vísindastarfi og yfirstandandi heimsfaraldur og sú vísindavinna sem liggur að baki skjótri framleiðslu nýs bóluefnis gegn áður óþekktri veiru undirstrikar þetta vel. Það er öllum ljóst að heilbrigðiskerfi verður ekki rekið án dyggs stuðnings við vísindarannsóknir. Aukið fé til vísindarannsókna í heilbrigðisvísindum þarf að vera forgangsverkefni á Íslandi, landi sem gjarnan vill bera sig saman við nágrannaþjóðir sem veita umtalsvert meira fé til vísindarannsókna en Ísland. Yfirstandandi heimsfaraldur ætti að styrkja hlut vísindanna við ákvarðanatöku um fjárveitingar frá alþingi og *Læknablaðið* gegnir veigamiklu hlutverki við miðlun vísindanna um ókomna framtíð.

Við þessi áramót bjóðum við velkomna fjóra nýja félaga í ritstjórn og nýr tölfræðingur kemur til starfa. Hulda Einarsdóttir skurðlæknir hefur hafið störf við Landspítala eftir nokkurra ára starf sem sérfræðingur við háskólasjúkrahúsið í Yale í Connecticut í Bandaríkjunum og starfar nú við Landspítala. Hulda var ritstjóri *Læknanemans* 1997-1998 og hefur skrifað greinar í innlend sem erlend læknatímarit, birt ágrip, verið ritrýnir og spurningahöfundur fyrir endur- og viðhaldsmenntunarprógramm ASCRS, CARSEP. Ólafur Sveinsson lyflæknir, taugalæknir og heimspekingur lauk meistaraprófi (MSc) frá læknadeild Háskóla Íslands 2007 og heimspekideild (MA) 2009 og síðan doktorsprófi frá Karolinska institutet, Stokkhólmi, 2020. Hann hefur birt fjölda greina í erlendum tímaritum sem og *Læknablaðinu*. Hann starfar nú á Landspítala og rekur samhliða því eigin læknastofu í Læknasetri. Theodór Skúli Friðriksson svæfinga- og gjörgæslulæknir á Landspítala starfaði til nokkurra ára sem sérfræðingur við Háskólasjúkrahúsið í Lundi í Svíþjóð og varði þar doktorsritgerð sína 2020. Hann hefur birt fjölda greina í erlendum tímaritum. Berglind Jónsdóttir barnainnkirtlalæknir starfaði sem sérfræðingur til nokkurra ára við Skåne-háskólasjúkrahúsið eftir sérfræðinám í Lundi. Hún varði doktorsritgerð sína í Lundi 2017 og hefur birt fjölda greina í erlendum tímaritum og er í alþjóðavísindasamstarfi. Við þökkum einnig Thor Aspelund sem hefur verið tölfræðingur blaðsins til fjölda ára og bjóðum velkomna Sigrúnu Helgu Lund sem tekur nú við því starfi. Hún lauk BS-prófi í tölfræði frá Háskóla Íslands 2004 og doktorsprófi í tölfræði 2014. Hún starfaði við læknadeild frá 2013 og fékk prófessorsstöðu 2018 og er nú tölfræðingur hjá Íslenskri erfðagreiningu.

Það er því með miklu stolti sem ég tek við starfi ritstjóra Læknablaðsins fyrst kvenna, sem einnig er merkilegt þegar svo langt er komið inn í 21. öldina og íslenskir kvenlæknar fyrir svo löngu stigið merk skref í lækningum og vísindum.

Mikil eftirvænting fylgir nýja árinu, ekki síst með tilkomu nýs bóluefnis sem vonandi breytir lífi okkar allra aftur til eðlilegra horfs. Megi nýtt ár verða okkur öllum gleðilegt og farsælt.

Lengi lifi *Læknablaðið*! Með tilvitnun í fyrrnefnt ljóð um mikilvægi vísindanna: *„farsældum vefja lýð og láð.“*

Science and health care system - the importance of The Icelandic Medical Journal

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir MD, PhD, clinical professor Landspitali University Hospital and Faculty of Medicine, Scool of Health Sciences, University of Iceland, Senior consultant at Laeknasetur Outpatient clinic.

Chief Editor of the Icelandic Medical Journal

doi 10.17992/lbl.2021.01.613

Auglýsing

Langlífi og heilbrigðisþjónusta



Ólafur Helgi Samúelsson

sérfræðingur í lyf- og öldrunarlækningum, Landspítala og hjúkrunarheimilinu Eir

olafs@landspitali.is

Með auknu langlífi stendur mannkynið frammi fyrir mestu breytingu á samsetningu þjóðfélaga í sögu sinni. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin WHO hefur undanfarin ár undirbúið fjölþætt verkefni sem nefnist *Áratugur heilbrigðrar öldrunar 2020-2030*. Átakið er hugsað sem tækifæri til að efla samvinnu stjórnvalda, alþjóðlegra stofnana, fagfólks, vísindasamfélags, fjölmiðla, einkafyrirtækja og borgara til að móta hugmyndir og leiðir til að bæta tilveru aldraðra, fjölskyldna þeirra og samfélaga þar sem þeir búa. Ennfremur sem átak til hugarfarsbreytinga, meðal annars til að vinna á útbreiddum aldursfordómum. Þarna kennir ýmissa gagnlegra grasa.[1]

Fjöldi 70 ára og eldri Íslendinga mun varlega áætlað tvöfaldast á næstu 30 árum og þau verða fjórðungur þjóðarinnar. Til að mæta þessu þarf nýjar áherslur og viðhorfsbreytingu. Ein birtingarmynd of einfaldrar sýnar á heilbrigðisþjónustu við aldraða er áratuga reglubundið ákall um að leysa útskriftarvanda Landspítala með bráðabirgðaplássum í bið eftir hjúkrunarrými. Ævinlega er talað um tímabundið neyðarástand. Þessi lausn er löngu gjaldþrota og minnir á sífellt hærri yfirdrátt á bankareikningi. Aðferðin hefur skilað vaxandi fjölda eldri einstaklinga í rýmum sem ekki uppfylla skilyrði um aðstöðu eða þjónustu. Óskandi væri að ríki, sveitarfélög, félagasamtök og einkaframtak gætu sameinast í meira mæli um aðrar skapandi hugmyndir.

Mikilvægt verkefni er að seinka færniskerðingu. Vitundarauknings um mikilvægi hreyfingar, félagslegra tengsla og heilbrigðra lífshátta, jafnvel í elstu aldurshópum, er grunnur að betri lýðheilsu.[2] Heilsufar eldra fólks einkennist oft af langvinnum og samverkandi flóknum vandamálum. Heilbrigðiskerfi sem mæta þessu á samþættan og heildrænan hátt eru skilvirkari en kerfi sem fyrst og fremst bregðast við einstaka sjúkdómsmiðuðum uppákomum. Vaxandi þörf verður fyrir menntun sérhæfðs starfskrafts. Auka þarf möguleika til endurhæfingar eftir heilsufarsáföll og sjúkrahúsdvöl. Þessi starfsemi getur verið á ýmsum stigum en þarf að uppfylla skilyrði um þekkingu og þjónustu. Heimaþjónustu með áherslu á teymisvinnu og fyrirbyggjandi vinnubrögð þarf að efla. Reglubundin skimun og mat atriða eins og færni, geðeinkenna, vitrænnar getu, næringar og lyfjameðferðar auka möguleika á inngripum áður en í óefni er komið. Lykilaðilar hér væru heilsugæsla og heimaþjónusta með greiðan aðgang að sérhæfðum göngudeildum og sérfræðingum. Þetta dregur úr þörf á þjónustu bráðadeilda og seinkar hjúkrunarheimilisþörf.

Á 21. öldinni þarf að þróa kerfi langtímaumönnunar sem er fjölbreytt og fagleg og þar sem viðeigandi þjónusta er veitt heima eða á stofnunum eftir þörfum einstaklinga. Hjúkrunarheimili geta gegnt fjölbreyttu hlutverki með endurhæfingu og hvíldarinnlögnum auk heimilishlutverks. Þau þurfa faglega að ráða við flókin tilfelli, meðan annars vitræna skerðingu með hegðunartruflunum, eftirlit og meðferð bráðra og langvinnra sjúkdóma, reglubundna yfirferð lyfjameðferðar og aðstöðu til að veita líknandi og lífslokameðferð. Slíkt dregur úr óviðeigandi og stundum skaðlegri notkun bráðaþjónustu viðkvæms hóps. Fjármögnun, fagleg mönnun og kröfur um þjónustu þurfa að vera í samræmi við þetta. Yfirstandandi heimsfaraldur hefur víða dregið mikilvægi þessa fram í dagsljósið.[3]

Nútímasjúkrahús þarf að taka tillit til þarfa vaxandi hóps fjölveikra skjólstæðinga og haga þjónustu sinni og umhverfi þannig að dragi úr skaðlegum áhrifum sjúkrahúsdvalar og bráðra veikinda. Skipuleggjendur starfsemi nýs Landspítala mættu hafa slíkar áherslur í huga.

Aldrei á æviskeiði er meiri munur milli einstaklinga en á efri árum og í raun enginn dæmigerður aldraður. Þessi breytileiki er ekki tilviljanakenndur heldur háður félagslegum og efnahagslegum þáttum, lífsstíl, kyni og fleiru. Okkur hættir til að skilgreina ákveðinn aldurshóp sem fyrst og fremst þjónustuþega en eldra fólk hefur eins og aðrir borgarar ólíka getu og þarfir og getur lagt til samfélagsins á margan hátt. Eðlilegt er að hlutverk breytist eftir æviskeiðum en þörf fyrir tilgang og bestu mögulega heilsu er ekki aldursháð. Ef færni og heilsa eru góð, fylgja ótal tækifæri með auknu langlífi. Ef efri ár einkennast fyrst og fremst af hraðri afturför eru áhrif langlífis neikvæð fyrir einstakling og samfélag.

Okkur hættir til að skilgreina ákveðinn aldurshóp sem fyrst og fremst þjónustuþega en eldra fólk hefur eins og aðrir borgarar ólíka getu og þarfir og geta lagt til samfélagsins á margan hátt.

Íslendingar sem nú eru um eða yfir miðjum aldri eiga tækifæri til að hafa mótandi áhrif á samfélag nánustu framtíðar. Áhugavert væri að ímynda sér hóp aldraða næstu 20 til 30 ára. Í þeim flokki gætu reynst kunnugleg andlit. Hvernig samfélag og heilbrigðisþjónusta viljum við að mæti þeim?

Heimildir

1. who.int/initiatives/decade-of-healthy-ageing - desember 2020.
2. Gudlaugsson J, Aspelund Th, Guðnason V, et al. Áhrif 6 mánaða þjálfunar á hreyfigetu, vöðvakraft, þol og líkamsþyngdarstuðul eldri einstaklinga - Eru áhrif þjálfunar sambærileg hjá konum og körlum? Læknablaðið 2013; 99: 331-7.
3. O´Neill D, Briggs R, Holmerová, et al. COVID-19 highlights the need for universal adoption of standards of medical care for physicians in nursing homes in Europe. Eur Geriatr Med 2020; 11: 645-50.

Longevity and Health Care Services

Ólafur Helgi Samúelsson MD
Spec. Internal Medicine and Geriatrics, Landspitali University Hospital Reykjavik Iceland and Eir Nursing home

doi 10.17992/lbl.2021.01.614

Auglýsing

Algengi og þróun geðraskana og geðlyfjanotkunar meðal íbúa íslenskra hjúkrunarheimila frá 2003 til 2018

Páll Biering[1] geðhjúkrunarfræðingur
Ingibjörg Hjaltadóttir[1,2] sérfræðingur í öldrunarhjúkrun

[1]Hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, [2]meðferðarsviði Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Páll Biering *pb@hi.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Faraldsfræðilegar rannsóknir sýna mikla útbreiðslu geðræns vanda og geðlyfjanotkunar meðal aldraðra í þróuðum löndum, ekki síst meðal þeirra sem búa á hjúkrunarheimilum. Þekkingu á geðrænum vanda og geðlyfjanotkun íbúa íslenskra hjúkrunarheimila er ábótavant, en mikilvæg fyrir stefnumótun í geðheilbrigðisþjónustu á heimilunum. Því var tilgangur rannsóknarinnar að kanna algengi geðsjúkdómsgreininga og geðlyfjanotkunar meðal íbúa íslenskra hjúkrunarheimila, samspil þessara þátta og hvernig þeir hafa þróast frá 2003 til 2018.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknargögnin voru fengin úr niðurstöðum matsgerða með annarri útgáfu interRAI mælitækisins á tímabilinu frá 2003 til 2018. Í rannsókninni var stuðst við síðasta mat hvers árs (N=47,526).

NIÐURSTÖÐUR

Á tímabilinu hafði um það bil helmingur íbúanna kvíða- og/eða þunglyndisgreiningu; 49,4% árið 2003, en 54,5% 2018. Þessi tíðni jókst til ársins 2010 er hún var 60,9%. Hún hefur síðan farið hægt minnkandi. Neysla geðlyfja jókst úr 66,3% í 72,5%. þunglyndislyf eru algengust og jókst neysla þeirra úr 47,5% í 56,2. Neysla geðrofslyfja hefur haldist nær óbreytt, eða í kringum 26%. Nokkurt ósamræmi var á milli geðsjúkdómagreininga og geðlyfjanotkunar. Þannig fengu að meðaltali 18,2% geðlyf að staðaldri án þess að hafa greiningu og 22,3% tóku geðrofslyf í öðrum tilfellum en mælt er með.

ÁLYKTANIR

Aldursbreytingar hafa áhrif á verkun geðlyfja og rannsóknir hafa ekki staðfest jákvæða langtímaverkun þeirra fyrir aldraða. Þeir eru einnig viðkvæmir fyrir skaðlegum aukaverkunum lyfjanna sem aukast enn með fjöllyfjanotkun. Því er mikilvægt að geðlyfjanotkun aldraðra sé byggð á nákvæmri geðskoðun. Eins er mikilvægt að þróa önnur úrræði til að efla geðheilsu íbúa íslenskra hjúkrunarheimila.

Inngangur

Þegar fleiri ár bætast við lífshlaupið eykst ástvinamissir, félagsleg hlutverk breytast og geta til athafna daglegs lífs minnkar. Þetta eru taldar meginástæður þess að með hækkandi lífaldri versnar geðheilsa eldra fólks. Rannsókn í sex Evrópulöndum leiddi í ljós að 15,2% aldraðra (65+) glímdu við vægt þunglyndi og að 12,6% þjást af miðlungs eða alvarlegu þunglyndi.[1] Kvíðaeinkenni eru jafnvel enn algengari en einkenni þunglyndis, en slík einkenni fara oft saman meðal aldraðra.[1] Íslensk rannsókn frá 2009 fann að versnandi líkamleg heilsa sem fylgir efri árum eykur geðrænan vanda og vísbendingar eru um að tengslin séu sterkari við skerta færni til athafna daglegs lífs en sjúkdómana sem því valda.[2] Flestar faraldsfræðilegar rannsóknir á geðheilsu aldraðra hafa verið gerðar á almennu þýði en þunglyndi og kvíði eru mun algengari meðal íbúa hjúkrunarheimila. Þannig leiddi samantekt á rannsóknarniðurstöðum í ljós að 29% íbúa á öldrunar- og hjúkrunarheimilum í þróuðum ríkjum höfðu einkenni þunglyndis og að 10% þjáðust af alvarlegu þunglyndi.[3]

Geðlyf eru algengasta meðferðarúrræðið við geðrænum vanda aldraðra; neysla þeirra er útbreidd og fer vaxandi.[4] Geðlyfjanotkun er ekki síst mikil á öldrunarstofnunum. Þannig sýndu niðurstöður 37 rannsókna í 12 Evrópulöndum að 12-59% íbúa á hjúkrunarheimilum tóku geðrofslyf og 19-68% þunglyndislyf.[5] Þar að auki eru aldraðir viðkvæmir fyrir skaðlegum aukaverkunum geðlyfja, en hættan á þeim eykst með annarri lyfjanotkun sem oft fylgir efri árum.[6] Því er fjöllyfjanotkun (*polypharmacy*) áhyggjuefni, ekki síst á hjúkrunarheimilum.[7]

Geðlyfjanotkun hér á landi, og þá líklega einnig geðsjúkdómagreiningar, er með því mesta sem þekkist[8] svo reikna má með að sú þróun sem lýst er hér að framan hafi líka orðið á íslenskum

hjúkrunarheimilum. Ekki hefur enn verið gerð heildræn rannsókn á geðsjúkdómagreiningum og geðlyfjanotkun íbúa á íslenskum öldrunarstofnunum, né hefur þróun þessara þátta verið lýst. Mikilvægt skref í stefnumótun geðheilbrigðisþjónustu á íslenskum hjúkrunarheimilum er að varpa ljósi á þessa þætti. Því er tilgangur þessarar rannsóknar að kanna algengi geðsjúkdómagreininga og geðlyfjanotkun íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum og hvernig hún hefur þróaðst síðustu árin. Í þeim tilgangi verður eftirfarandi rannsóknarspurningum svarað:

1. Hver er tíðni geðgreininga á meðal íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum og hvernig hefur hún þróast frá 2003 til 2018?
2. Hver er tíðni geðlyfjanotkunar í þessum hópi og hvernig hefur hún þróast frá 2003 til 2018?
3. Hver eru tengslin á milli geðlyfjanotkunar og geðgreininga á íslenskum hjúkrunarheimilum?

Efniviður og aðferð

Rannsóknin er afturskyggn þversniðsrannsókn. Rannsóknargögnin eru fengin úr niðurstöðum matsgerða með annarri útgáfu mælitækisins „Gagnasafn um heilsufar og hjúkrunarþörf íbúa á öldrunarstofnunum“ (Minimum Data Set 2.0), sem er gagnasöfnunarhluti matstækisins: „Raunverulegur aðbúnaður íbúa“ (Resident Assessment Instrument; interRAI).[9] Hér eftir kallað „RAI-mælitækið“. Mælitækið er notað til samræmdrar skráningar og mats á heilsufari, færni og þörfum íbúa á hjúkrunarheimilum. Það hefur verið notað á Íslandi síðan 1996 og frá árinu 2003 hefur það verið lagt fyrir að minnsta kosti þrisvar á ári. Matið byggir á upplýsingum úr viðtölum við og athugunum á íbúunum, viðtölum við ættingja og gögnum úr sjúkraskrám. Sýnt hefur verið fram á réttmæti og áreiðanleika þess.[10] Í þessari rannsókn voru notaðar eftirfarandi breytur og kvarðar úr RAI-mælitækinu:

Geðsjúkdómagreiningar í RAI-mælitækinu eru fjórar: kvíði, þunglyndi, geðklofi og oflæti/þunglyndi. Síðasttalda greiningin er nú oftast kölluð geðhvörf og verður það heiti notað hér. Þessar greiningar eru tvíkostabreytur og segja til um hvort einstaklingur hafi tiltekna greiningu í sjúkraskrá. Greiningarnar eru því gerðar af viðkomandi lækni, en rannsóknargögnin veita engar upplýsingar um hvaða greiningarskilmerki liggja að baki þeim. Greiningarnar segja því hvorki til um alvarleika né birtingarmyndir þess geðræna vanda sem liggur að baki þeim; til dæmis hvers konar kvíðaröskun liggur að baki kvíðagreiningunni.

Í RAI-mælitækinu er geðlyfjanotkun skráð samkvæmt lyfjaflokkunarkerfinu ATC (Anatomical Therapeutic Chemical classification): sterk geðlyf (N05A, Antipsychotics), kvíðastillandi lyf (N05B, Anxiolytics) og geðdeyfðarlyf (N06A, Antidepressants). Nöfnum lyfjaflokkanna hefur verið breytt í Sérlyfjaskrá og heita nú geðrofslyf, róandi lyf, kvíðalyf og þunglyndislyf. Í þessari grein eru nýju nafngiftirnar notaðar. Ekki verður fjallað um svefnlyfjanotkun (N05C) því reikna má með að slíkum lyfjum sé ekki ávísað sem meðferð við þeim geðræna vanda sem geðsjúkdómagreiningarnar lýsa. Í RAI-mælitækið er skráð hversu marga daga á síðastliðnum 7 dögum íbúi fékk geðlyf. Til að gæta varúðar nær rannsóknin aðeins til þeirra sem fengu geðlyf alla síðustu 7 dagana þegar mæling var gerð. Þessi breyta segir ekki til um hvaða undirflokki þessara megin geðlyfjaflokka lyfin sem notuð voru tilheyrðu.

Algengi notkunar sterkra geðlyfja (geðrofslyfja) í öðrum tilfellum en mælt er með. Þessi gæðavísir RAI-mælitækisins mælir þann fjölda íbúa sem hafa fengið geðrofslyf án þess að vera með alvarlegan geðsjúkdóm eða tengd vandamál; nánar tiltekið geðklofa eða ofskynjanir.

Úrtak

Rannsóknargögnin voru fengin úr miðlægum gagnagrunni Embættis landlæknis sem nær yfir RAI-matsgerðir á íslenskum hjúkrunarheimilum frá 2003 til 2018. Þar sem tilgangur rannsóknarinnar var að skoða þróun yfir tímabilið og breytingar milli ára, var stuðst við síðustu árlegu mælingu hvers einstaklings (N=47.526). Þannig voru borin saman gögn úr 16 þversniðsrannsóknum þar sem fjöldi þátttakenda var frá 2706 (árið 2005) til 3324 (árið 2007), eða að meðaltali 2970. Vísindasiðanefnd og Embætti landlæknis veittu leyfi fyrir rannsókninni (tilvísunarnúmer: VSNb2013030008/03.11 og EL1303070).

Tölfræðileg úrvinnsla

Lýsandi tölfræði var beitt til að draga upp mynd af tíðni og þróun geðsjúkdómagreininga og geðlyfjanotkunar á tímabilinu. Kíkvaðrat próf fyrir leitni (Chi-Square test for trend) var notað til að skoða hvort þróunin væri tölfræðilega marktæk.

Niðurstöður

Meðalaldur þátttakenda var 84,2 ár (sd=8,4; N=47.526); konur voru 63,5% og karlar 36,5%.

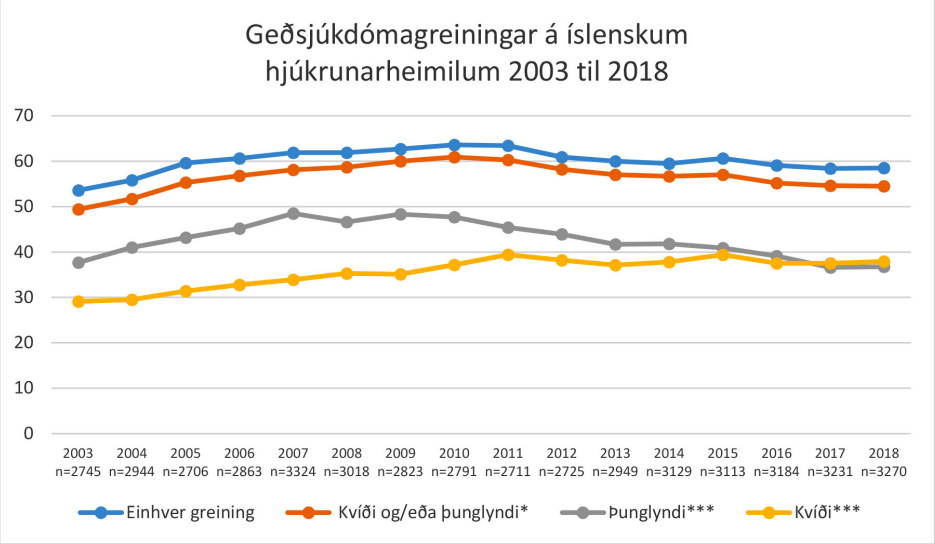
Geðsjúkdómagreiningar

Á tímabilinu höfðu að meðaltali 60,0% íbúanna einhverja geðsjúkdómagreiningu. Þetta hlutfall tók ekki tölfræðilega marktækum breytingum; var 53,6% árið 2003 en 58,5% 2018. Það fór hægt vaxandi til 2010 er það náði hámarki, 63,4%. Þunglyndi var algengasta geðgreiningin; að meðaltali 42,5%. Hlutfallið var 37,7% árið 2003 og fór hækkandi til áranna 2007 til 2010 er það var að meðaltali 47,8%. Síðan hefur það lækkað og var 36,8% árið 2018 (χ^2 = 259,8; p<0,001). Kvíði var næstalgengasta greiningin; að meðaltali 35,6%. Hlutfallið var 29,1% árið 2003, en 37,9% 2018. Kvíðagreiningar náðu hámarki árið 2011 er þær voru 39,4% (χ^2 = 207,5; p<0,001). Að meðaltali höfðu 56,5% íbúanna kvíða- og/eða þunglyndisgreiningu. Þetta hlutfall var 49,4% árið 2003 en 54,5% 2018 (χ^2 = 164,5; p<0,05) (mynd 1).

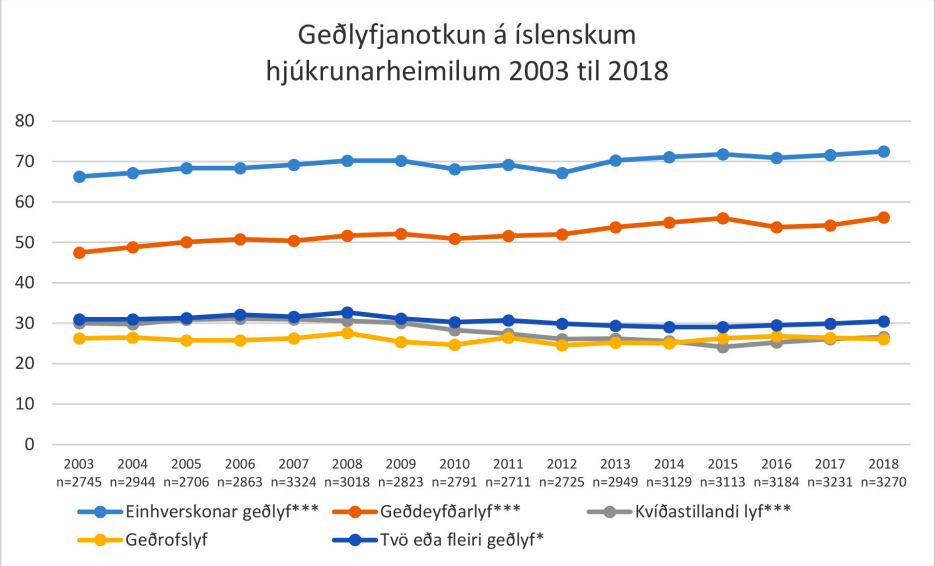
Árið 2018 voru 4,2% íbúanna greindir með geðhvörf og hefur tíðnin haldist nær óbreytt; var að meðaltali 4,4%. Hún var hæst árið 2005, 5,2% en lægst árið 2003, 3,7%. Tíðni geðklofagreininga hefur tekið meiri og tölfræðilega marktækum breytingum, en hún var að meðaltali 2,7%. Á árunum 2003 til 2007 var hún á bilinu 2,3% til 2,9% en tók þá að minnka og náði lágmarki, 1,8%, árið 2012. Síðan hefur hún hækkað jafnt og þétt og var 4,1% árið 2018 (χ^2 = 68,5; p<0,001).

Geðlyfjanotkun

Á tímabilinu tóku að meðaltali 69,6% íbúanna einhvers konar geðlyf að staðaldri. Árið 2003 var hlutfallið 66,3% en fór hægt vaxandi til áranna 2008 og 2009 er það var 70,2%. Þá dró aðeins úr til ársins 2012, er það varð 67,2%. Síðan hefur neyslan aukist og var



Mynd 1. *Hlutfall íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum sem voru með geðsjúkdómagreiningu á árabilinu 2003 til 2018. Kí-kvaðrat próf fyrir leitni: *p<0,05; ***p<0,001.*



Mynd 2. *Hlutfall íbúa á íslenskum hjúkrunarheimilum sem tóku geðlyf á árabilinu 2003 til 2018. Kí-kvaðrat próf fyrir leitni: *p<0,05; ***p<0,001.*

72,5% árið 2018 ($\chi^2 = 71,3$; p<0,001). Þunglyndislyf voru mest notuð; að meðaltali 52,3%. Árið 2003 var hlutfallið 47,5% og jókst í 52,1% til ársins 2009. Það hélst að mestu óbreytt til 2012, en hefur aukist síðan og var 56,2% árið 2018 ($\chi^2 = 112,7$; p<0,001). Aftur á móti dró aðeins úr neyslu róandi lyfja og kvíðalyfja, sem var að meðaltali 28,0%. Árið 2003 tóku 30,0% íbúanna róandi lyf og kvíðalyf, en 26,6% árið 2018 ($\chi^2 = 128,3$; p<0,001). Neysla geðrofslyfja hefur haldist nær óbreytt; var að meðaltali 26,0%. Á tímabilinu tóku að meðaltali 30,6% íbúanna lyf úr tveimur eða þremur geðlyfjaflokkum. Þetta hlutfall hefur tekið óverulegum breytingum þó þær séu tölfræðilega marktækar ($\chi^2 = 136,2$; p<0,05); var hæst árið 2008, 32,7%, en lægst árin 2014 og 2015, 29,1% (mynd 2). Að meðaltali tóku 6,1% íbúanna lyf úr öllum þremur geðlyfjaflokkunum. Þetta hlutfall tók ekki tölfræðilega marktækum breytingum.

Samband geðlyfjanotkunar og geðgreininga

Á tímabilinu tók að meðaltali tæpur fimmtungur (18,2%) íbúanna einhvers konar geðlyf að staðaldri án þess að fyrir lægi geðsjúkdómagreining. Þetta hlutfall var 21,3% árið 2003, en fór lækkandi til 2010, þegar það var 14,4%. Síðan hefur það hækkað jafnt og þétt og var orðið 22,1% árið 2018 ($\chi^2 = 253,9$; p<0,05). Að meðaltali fengu 8,6% ekki geðlyf að staðaldri þrátt fyrir að hafa geðsjúkdómagreiningu. Þetta hlutfall breyttist óverulega á tímabilinu. Að meðaltali fengu 17,3% íbúanna þunglyndis- og/eða róandi lyf og kvíðalyf án þess að hafa kvíða- eða þunglyndisgreiningu. Þetta hlutfall var 19,9% árið 2003 og fór lækkandi til ársins 2010 er það var 13,3%. Síðan hefur það aukist jafnt og þétt og var 21,7% árið 2018 ($\chi^2 = 307,6$; p<0,01). Að meðaltali fengu 11,0% þeirra sem höfðu kvíða- og eða þunglyndisgreiningu hvorki þunglyndis- né róandi lyf og kvíðalyf. Þetta hlutfall hefur tekið litlum og óreglulegum breytingum. Hlutfall þeirra sem fengu geðrofslyf að staðaldri án þess að hafa geðklofagreiningu eða ofskynjanir var að meðaltali 22,3% á tímabilinu. Þetta hlutfall tók óverulegum og ómarktækum breytingum og var 21,7% árið 2018.

Umræða

Að meðaltali á tímabilinu voru 60% íbúa íslenskra hjúkrunarheimila með einhverja geðsjúkdómagreiningu og þetta hlutfall tók ekki tölfræðilega marktækum breytingum. Þunglyndi var algengasta greiningin; að meðaltali 42,5% og kvíðagreiningar voru 35,6%.

Tíðni þessara greininga hefur tekið tölfræðilega marktækum breytingum á tímabilinu. Kvíða- og þunglyndisgreiningarnar fara oft saman og ef samanlögð tíðni þeirra er skoðuð (mynd 1) er breytingin óverulegri, þó hún sé tölfræðilega marktæk. Ekki fundust faraldsfræðilegar rannsóknir á tíðni kvíða- og þunglyndisgreininga á hjúkrunarheimilum, en fjölþjóðleg evrópsk rannsókn bendir til þess að rúmur fjórðungur (27,8%) aldraðra (+65) mæti greiningarviðmiðunum þunglyndis.[1] Búast má við að geðheilsa eldri Íslendinga sé ekki stórlega verri en í öðrum Evrópulöndum. Því má draga þá ályktun að há tíðni geðraskana á íslenskum hjúkrunarheimilum stafi annaðhvort af versnandi geðheilsu við flutning á öldrunarheimili og þeirri skerðingu lífsgæða sem er aðdragandi þess, eða af ofgreiningu geðraskana, eða hvoru tveggja.

Fáar faraldsfræðilegar rannsóknir hafa verið gerðar á geðklofa meðal aldraðra, en nokkrar á tíðni geðrofseinkenna. Samkvæmt safngreiningu frá 2013[11] var tíðni geðrofseinkenna meðal aldraðra (+50) utan stofnana 1,7%, en allt að 4,6% á hjúkrunarheimilum vegna geðrofseinkenna sem fylgja heilabilun. Ef geðrofseinkenni fólks með heilabilun eru greind sem geðklofi af lækni íbúans, sem er umdeilanlegt, er tíðni geðklofagreininga á íslenskum hjúkrunarheimilum í samræmi við þessar niðurstöður, en hún sveiflaðist á milli 1,8% og 4,1% – náði hámarki 2018. Tíðni geðhvarfa var að meðaltali 4,4% á tímabilinu og tók ekki tölfræðilega marktækum breytingum, en samkvæmt nýlegri safngreiningu, sem náði til Evrópubúa á aldrinum 65 til 84 utan stofnana, var hún 2,5%.[12]

Á tímabilinu fékk tæpur fimmtungur íbúanna geðlyf að staðaldri án þess að fyrir lægi geðsjúkdómagreining og 8,6% var ekki ávísað geðlyfjum þrátt fyrir að hafa greiningu. Jafnframt fengu að meðaltali 17,3% kvíða- og/eða geðdeyfðarlyf án þess að fyrir lægi kvíða- eða þunglyndisgreining. Þessi hlutföll tóku tölfræðilega marktækum breytingum á tímabilinu, en voru nær þau sömu í upphafi og við lok þess. Þetta bendir til að greiningar geðraskana séu ónákvæmar, hvort sem þær eru ofgreindar eða ekki. Í þessu samhengi ber einnig að hafa í huga að rannsóknargögnin veita ekki upplýsingar um greiningarskilmerkin að baki geðsjúkdómagreiningunum. Fræðafólk á sviði öldrunargeðlækninga hefur bent á að vegna hugrænna breytinga sem fylgja öldrun dugi hin hefðbundnu greiningarkerfi, svo sem Greiningarhandbók bandarísku geðlæknasamtakanna (DSM) og stöðluð greiningarviðtöl Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (CIDI), ekki til að greina af nákvæmni geðraskanir á meðal aldraðra og hafa aðlagað CIDI að þörfum þeirra.[13]

Ónákvæmar greiningar hafa ekki einar og sér bein áhrif á heilsufar, en geta komið í veg fyrir viðeigandi meðferð. Öðru gegnir um geðlyf og áhyggjur fara vaxandi af óþarfri og skaðlegri notkun þeirra meðal aldraðra.[6] Að meðaltali á tímabilinu tóku 69,6% íbúanna einhvers konar geðlyf og neyslan jókst úr 66,3% í 72,5%. Þá eru hvorki meðtalin svefnlyf né heldur þegar geðlyfjum var ávísað sjaldnar en alla daga vikunnar. Heldur dró úr neyslu róandi lyfja og kvíðalyfja en notkun þunglyndislyfja jókst töluvert. Hlutfall þeirra sem tóku lyf úr tveimur geðlyfjaflokkum breyttist nær ekkert og það sama á við um notkun geðrofslyfja.

Samkvæmt kerfisbundinni samantekt á geðlyfjanotkun á hjúkrunarheimilum í 12 Evrópulöndum,[5] er notkun geðrofslyfja á íslenskum hjúkrunarheimilum svipuð og annars staðar í Evrópu. Aftur á móti er notkun þunglyndislyfja töluvert meiri á Íslandi, eða 52,3% samanborið við 40% í Evrópulöndunum 12.[5] Geðlyfjanotkunin var mismikil eftir löndum. Notkun geðrofslyfja er minnst á norskum og frönskum hjúkrunarheimilum (25%), en mest á austurrískum heimilum (45%). Notkun þunglyndislyfja var minnst á Ítalíu og í Þýskalandi (21%) en mest í Belgíu (48%), sem er minna en hér á landi (52,3%). Munurinn á geðlyfjanotkuninni var enn meiri á milli einstakra hjúkrunarheimila en á milli landanna. Þannig var lægst tíðni notkunar geðrofslyfja 12%, en sú hæsta 59% og tíðni notkunar þunglyndislyfja var frá 19% til 68%. Höfundar telja að hugsanlegra skýringa á þessum mun sé ekki að leita í mismunandi samsetningu heimilisfólks heldur mismunandi nálgun við umönnun, fjárhagslegum þáttum og mismunandi afstöðu til ávísunar geðlyfja. Samkvæmt gögnum sem aflað var með RAI-mælitækinu notuðu 14,4% íbúa bandarískra hjúkrunarheimila geðrofslyf og 19,9% róandi lyf og kvíðalyf.[14] Þetta er mun minna en á íslenskum hjúkrunarheimilum.

Notkun geðlyfja á íslenskum hjúkrunarheimilum er í hærri kantinum á heimsvísu og jókst á tímabilinu sem rannsóknin náði til. Þetta þarf að laga því óvíst er um árangur af geðlyfjanotkun aldraðra og aukaverkanir geta verið þeim skaðlegar. Eins eru sterkar vísbendingar um að þunglyndislyf vinni ekki gegn þunglyndiseinkennum fólks með heilabilun,[15] en 70% íbúa íslenskra hjúkrunarheimila hafa heilabilun á einhverju stigi.[10] Framangreindar rannsóknir náðu til almenns þýðis, en fáar áreiðanlegar rannsóknir hafa verið gerðar á árangri þunglyndislyfja meðal íbúa á hjúkrunarheimilum. Helstu skaðlegu áhrif þunglyndislyfja á aldraða eru föll, beinbrot og dauðsföll, en SNRI-lyf eru líklegri til að valda slíkum áhrifum en SSRI-lyf.[16] Gögnin sem unnið var með í þessari rannsókn veita ekki upplýsingar um hverrar tegundar þunglyndislyfin voru sem ávísað var til íbúa íslensku hjúkrunarheimilanna. Erfitt er að greina orsakasamband á milli þunglyndislyfja og minnkandi hugrænnar færni og þróunar heilabilunar því þunglyndið sem lyfjunum er ætlað að vinna gegn getur einnig verið orsakaþáttur. Þó eru vísbendingar um að þunglyndislyf auki þá hættu í stað þess að draga úr henni.[17]

Mismunandi lyfjaflokkar tilheyra yfirflokknum róandi lyf og kvíðalyf, en rannsóknargögnin veita ekki upplýsingar um hvaða róandi lyf og kvíðalyf eru mest notuð á íslenskum hjúkrunarheimilum. Ef marka má evrópskar rannsóknir[18] má búast við að töluvert sé notað af Benzodiazepine-lyfjum. Slíkum lyfjum er oftast ávísað við kvíða og svefnleysi og rannsóknir sýna jákvæða virkni,[19] en flestar rannsóknir hafa verið gerðar á fólki yngra en 65 ára. Einnig skortir rannsóknir á langtímaáhrifum Benzodiazepinelyfja, en vegna þolmyndunar, hættu á ávanabindingu og alvarlegum aukaverkunum er sterklega mælt gegn langtímanotkun aldraðra á þessum lyfjum.[20] Bæði Benzodiazepine-lyf og róandi lyf sem ekki innihalda Benzodiazepine (Z-lyf) auka hættu á föllum og beinbrotum meðal aldraðra og draga úr vitrænni færni[6] og vísbendingar er um að neysla þeirra geti verið einn af áhættuþáttum heilabilunar.[20]

Að meðaltali tóku 26,0% íbúa hjúkrunarheimilanna geðrofslyf, en hlutfall þeirra sem tók slík lyf án þess að mæta skilyrðunum sem sett eru í gæðavísinum *Algengi notkunar sterkra geðrofslyfja í öðrum tilfellum en mælt er með* var að meðaltali 22,3%. Þetta þýðir að eingöngu 14,2% þeirra sem tóku geðrofslyf mættu skilyrðunum, sem eru að hafa geðklofagreiningu eða ofskynjanir. Samkvæmt evrópskum rannsóknum gæti skýringanna verið að leita í þeirri tilhneigingu að ávísa geðrofslyfjum á íbúa hjúkrunarheimila sem sýna óróleika og hegðunarvanda af völdum heilabilunar.[21] Íslensk rannsókn frá 1999[22] bendir til að það sama eigi sér stað á íslenskum hjúkrunarheimilum, en hún sýndi að 62% íbúa á heilabilunardeildum fengu geðrofslyf, samanborið við 15% íbúa í þjónusturými. Vísbendingar eru um að sumar gerðir geðrofslyfja geti

dregið úr óróleika og hegðunarvanda heilabilaðra, sérstaklega ef þau eru alvarleg, en árangur er of lítill til að mæla með þeim, ekki síst vegna hættunnar á skaðlegum áhrifum.[23] Rannsóknir benda til að geðrofslyf auki hættu á dauðsföllum, sykursýki, sljóleika, föllum og mjaðmagrindarbrotum og hafi skaðleg áhrif á hjarta- og æðakerfi, þar með talið blóðtappamyndun.[24] Einnig eru vísbendingar um að hefðbundin geðrofslyf valdi frekar skaðlegum áhrifum en óhefðbundin. Þetta á sérstaklega við um áhrif á hjarta og æðakerfi, sykursýki, sljóleika[24] og hættu á dauðsföllum.[25] Þær rannsóknir sem hér er vísað til náðu til almenns þýðis, en nýleg safngreining[26] bendir til að óhefðbundin geðrofslyf auki hættu á dauðsföllum þegar þau eru gefin vegna hegðunar og sálfélagslegs vanda eldra fólks með heilabilun. Rannsóknargögnin veita ekki upplýsingar um hlutfallslega tíðni á milli notkunar hefðbundinna og óhefðbundinna geðrofslyfja á íslenskum hjúkrunarheimilum.

Ályktanir

Gæta þarf meiri nákvæmni í greiningum á geðrænum vanda íbúa íslenskra hjúkrunarheimila með því að aðlaga greiningaraðferðir að þörfum þeirra. Sérstaklega þarf að hafa í huga að þunglyndiseinkenni, óróleiki og hegðunarvandi fólks með heilabilun getur stafað af líkamlegum óþægindum og sársauka.[27] Árangur af geðlyfjanotkun aldraðra er óviss og þau geta haft skaðleg áhrif. Því er mikilvægt að draga úr notkun þeirra. Mikil geðlyfjanotkun á öldrunarheimilum er hluti stærri vanda fjöllyfjanotkunar, sérstaklega þegar óæskilegar samlegðaraukaverkanir vega þyngra en ábatinn af einstaka lyfi. Ýmsar leiðbeiningar hafa verið þróaðar til að draga úr fjöllyfjanotkun aldraðra og Embætti landlæknis mælir með Stop-Start-viðmiðunum.[28] Einnig hafa verið þróaðar árangursríkar leiðbeiningar til að draga úr geðlyfjanotkun á hjúkrunarheimilum.[29] Mikilvægt er að íslensk hjúkrunarheimili nýti sér slíkar leiðbeiningar. Einnig er þörf á að rannsaka hvaða þættir hafa áhrif á geðlyfjanotkun á íslenskum hjúkrunarheimilum því tíðni geðlyfjanotkunar, og því að líkindum ástæður hennar, er mismunandi eftir löndum og á milli hjúkrunarheimila innan hvers lands.[14] Mikilvægt er að þekkja þá þætti sem stuðla að óþarfa geðlyfjanotkun til að unnt sé að draga úr henni.

Það krefst einstaklingsbundinnar nálgunar og varúðar að draga úr geðlyfjanotkun og gott er að bjóða upp á önnur meðferðarúrræði samhliða því og einnig til að fyrirbyggja óþarfa geðlyfjanotkun. Ýmis sálfélagsleg inngrip gagnast öldruðum og mörg meðferðarúrræði hafa verið þróuð til draga úr hegðunar- og geðrænum einkennum meðal fólks með heilabilun, meðal annars hreyfing, nudd-, ilm- og birtumeðferð og endurminninga-, tónlistar- og gæludýrameðferð. Árangur þessara úrræða er misvel studdur rannsóknum – sumar þeirra eru þó gagnreyndar[30] – en þær eru skaðlausar og oft ódýrar í framkvæmd.

Þakkir

Rannsakendur vilja þakka styrk til rannsóknarinnar frá Vísindasjóði Landspítala og Vísindasjóði Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga.

Greinin barst til blaðsins 9. september 2020, samþykkt til birtingar 23. nóvember 2020.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.01.615

The prevalence of psychiatric diagnoses and psychotropic medication in icelandic nursing homes from 2003 to 2018

Páll Biering[1]
Ingibjörg Hjaltadóttir[1,2]

[1]Faculty of Nursing, University of Iceland, [2]Division of Clinical Services Landspítali, National University Hospital.

Correspondence: Páll Biering, *pb@hi.is*

Key words: *older people, mental health care, psychiatric diagnoses, psychotropic medication.*

INTRODUCTION: Research shows a high prevalence of mental disorders and psychotropic medication among older people, especially in nursing homes. Knowledge of this concerning issue among Icelandic nursing homes residents is limited, despite its importance for mental health policymaking. Therefore, the aim of this study was to investigate the prevalence of psychiatric diagnoses and psychotropic medication in Icelandic nursing homes, the relationship between these factors and how they have evolved from 2003 to 2018.

MATERIAL AND METHODS: The research data comes from interRAI MDS 2.0 assessments for nursing home residents in Iceland, for the period 2003-2018. The study uses the last assessment of each year (N=47,526).

RESULTS: Approximately half of the residents were diagnosed with anxiety and/or depression; 49.4% in 2003 and 54.5% in 2018. The use of psychotropic drugs increased from 66.3% to 72.5%. Antidepressants were most commonly utilized, with an increase from 47.5% to 56.2%. The use of antipsychotics drugs has remained nearly unchanged, at around 26%. Inconsistency was found between psychotropic medication and psychiatric diagnoses; on average, 18.2% of the residents took psychotropic drugs without being diagnosed and 22.3% took antipsychotics in other cases than recommended.

CONCLUSION: Age related changes influence the effect of psychotropic drugs and studies have not supported their positive long-term effects for older people who are also sensitive to associated adverse effects, especially in cases of polypharmacy. Therefore, it is important that psychotropic drugs use is based on accurate mental health assessment. To reduce psychotropic medication, other mental health interventions need to be developed.

Heilmildir

1. Braam AW, Copeland JRM, Delespaul PAEG, et al. Depression, subthreshold depression and comorbid anxiety symptoms in older Europeans: Results from the EURODEP concerted action. J Affect Disord 2014; 155: 266-72.
2. Meltzer H, Bebbington P, Brugha, et al. Physical ill health, disability, dependence and depression: Results from the 2007 national survey of psychiatric morbidity among adults in England. Disabil Health J 2012; 5: 102-10.
3. Seitz, D, Purandare N, Conn D. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care homes: a systematic review. Int Psychogeriatr 2010; 22: 1025–39.
4. Ćurković M, Dodig-Ćurković K, Erić AP, et al. Psychotropic medications in older adults: a review. Psychiatr Danub 2016; 28: 13-24.
5. Janus SI, van Manen JG, IJzerman MJ, et al. Psychotropic drug prescriptions in Western European nursing homes. Int Psychogeriatr 2016; 28: 1775-90.
6. By the 2019 American Geriatrics Society Beers Criteria® Update Expert Panel. American Geriatrics Society 2019 Updated AGS Beers Criteria® for Potentially Inappropriate Medication Use in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019; 67: 674-94.
7. Onder G, Liperoti R, Fialova D, et al. Polypharmacy in nursing home in Europe: results from the SHELTER study. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2012; 67: 698-704.
8. Embætti landlæknis. Lyfjanotkun Íslendinga og lyfjagagnagrunnur landlæknis. landlaeknir.is/um-embaettid/frettir/frett/item32339/lyfjanotkun-islendinga-og-lyfjagagnagrunnur-landlaeknis - júní 2020.
9. Allen JE. Long term care facility resident assessment instrument: User's manual for use with version 2.0 of HCFA minimum data set resident assessment protocols and utilization guidelines, October 1995, plus HCFA's 249 questions and answers. 1997. Springer Pub. Co. New York.
10. Hjaltadóttir I, Hallberg IR, Ekwall AK, et al. Health status and functional profile at admission of nursing home residents in Iceland over 11-year period. Int J Older People Nurs 2012; 7: 177-87.
11. Volkert J, Schulz H, Härter M, et al. The prevalence of mental disorders in older people in Western countries - a meta-analysis. Ageing Res Rev 2013; 12: 339-53.
12. Andreas S, Schulz H, Volkert J, et al. Prevalence of mental disorders in elderly people: the European MentDis_ICF65+ study. Br J Psychiatry. 2017; 210: 125-31.
13. Wittchen HU, Strehle J, Gerschler, et al. Measuring symptoms and diagnosing mental disorders in the elderly community: The test-retest reliability of the CIDI65+. Int J Meth Psychiatr Res 2014; 24: 116-29.
14. U.S. Centers for Medicare & Medicaid Services. Nursing Home Compare: medicare.gov/nursinghomecompare/search.html - júní 2020.
15. Dudas R, Malouf R, McCleery J, et al. Antidepressants for treating depression in dementia. Cochr Datab Systemat Rev 2018; 8. No.: CD003944.
16. Sobieraj DM, Martinez BK, Hernandez AV, et al. Adverse Effects of Pharmacologic Treatments of Major Depression in Older Adults. J Am Geriatr Soc 2019; 67: 1571-81.
17. Chan JYC, Yiu KKL, Kwok TCY, et al. Depression and Antidepressants as Potential Risk Factors in Dementia: A Systematic Review and Meta-analysis of 18 Longitudinal Studies. J Am Med Dir Assoc 2019; 20: 279-86.e1.
18. Huerta C, Abbing-Karahagopian V, Requena G, et al. Exposure to benzodiazepines (anxiolytics, hypnotics and related drugs) in seven European electronic healthcare databases: a cross-national descriptive study from the PROTECT-EU Project. Pharmacoepidemiol Drug Saf 2016; 25 Suppl 1: 56-65.
19. Gale CK, Millichamp J. Generalised anxiety disorder. BMJ Clin Evid 2011; 2011: 1002. Published 2011 Oct 27.
20. Penninkilampi R, Eslick GD. A Systematic Review and Meta-Analysis of the Risk of Dementia Associated with Benzodiazepine Use, After Controlling for Protopathic Bias. CNS Drugs 2018; 32: 6 485-497.
21. Foebel AD, Liperoti R, Onder G, et al. Use of antipsychotic drugs among residents with dementia in European long-term care facilities: results from the SHELTER study. J Am Med Dir Assoc 2014; 15: 911-17.
22. Kjartansson H, Jónsson PV. Geðlyfjanotkun á elli- og hjúkrunarheimilum á Stór-Reykjavíkursvæðinu árið 1996. Læknablaðið 2016; 85: 681-90.
23. Tampi RR, Tampi DJ, Balachandran S, et al. Antipsychotic use in dementia: a systematic review of benefits and risks from meta-analyses. Ther Adv Chronic Dis 2016; 7: 229-45.
24. Chiu Y, Bero L, Hessol NA, et al. A literature review of clinical outcomes associated with antipsychotic medication use in North American nursing home residents. Health Policy 2015; 119: 802-13.
25. Randle JM, Heckman G, Oremus M, et al. Intermittent antipsychotic medication and mortality in institutionalized older adults: A scoping review. Int J Geriatr Psychiatry 2019; 34: 906-920.
26. Yeh TC, Tzeng NS, Li JC, et al. Mortality Risk of Atypical Antipsychotics for Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia: A Meta-Analysis, Meta-Regression, and Trial Sequential Analysis of Randomized Controlled Trials. J Clin Psychopharmacol 2019; 39: 472-78.
27. Livingston G, Sommerlad A, Orgeta V, et al. Dementia prevention, intervention, and care. Lancet 2017; 390: 2673-734.
28. O'Mahony D, O'Sullivan D, Byrne S, et al. STOPP/START criteria for potentially inappropriate prescribing in older people: version 2. Age Ageing 2015; 44: 213-18.
29. Massot Mesquida M, Tristany Casas M, Franzi Sisó A, et al. Consensus and evidence-based medication review to optimize and potentially reduce psychotropic drug prescription in institutionalized dementia patients. BMC Geriatr 2019; 19: 7.
30. Scales K, Zimmerman S, Miller SJ. Evidence-Based Nonpharmacological Practices to Address Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. Gerontologist 2018; 58 (suppl_1): S88-S102.

GÖTEBORGS UNIVERSITET

49 000 studenter och 6 400 medarbetare gör Göteborgs universitet till en stor och inspirerande arbetsplats. Stark forskning och attraktiva utbildningar lockar forskare och studenter från hela världen. Med ny kunskap och nya perspektiv bidrar vi till en bättre framtid.

UNIVERSITETSLEKTOR I ANESTESIOLOGI OCH INTENSIVVÅRD

förenad med befattning som specialistläkare

Ref nr: **PAR 2020/1493**

Sista ansökningsdag: **2021-03-02**

För mer information se Göteborgs universitets hemsida:
www.gu.se/omuniversitetet/aktuellt/lediga-jobb

Viðhorf hjúkrunarfræðinga og almenn viðhorf til ákæru vegna alvarlegra sjúklingaatvika í heilbrigðisþjónustu: Eru blikur á lofti?

Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir[1] stjórnsýslufræðingur
Elísabet Benedikz[2] læknir
Anna María Þórðardóttir[2] hjúkrunarfræðingur

[1]Stjórnmálafræðideild Háskóla Íslands, [2]gæða- og sýkingarvarnadeild Landspítala

Fyrirspurnum svarar Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, *silla@hi.is*

ÁGRIP

INNGANGUR
Markmið rannsóknarinnar er að stuðla að upplýstri umræðu um öryggi sjúklinga og viðbrögð við óvæntum atvikum í heilbrigðisþjónustu. Í þessum tilgangi leitast rannsóknin við að varpa ljósi á þá spurningu hvað einkenni viðhorf til þess hvort kæra eigi fyrir slík atvik eða ekki. Tildrögin eru ákæra fyrir manndráp af gáleysi á hendur hjúkrunarfræðingi í maí 2014 og áhrif þeirrar ákæru á heilbrigðisstarfsfólk.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR
Í þessari lýsandi samanburðarrannsókn var kannað hvort munur væri á viðhorfum til ákæru vegna atvika í heilbrigðisþjónustu milli slembiúrtaks úr Þjóðskrá (Þjóðgátt) og allra félagsmanna í Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga. Báðir hópar voru spurðir hvort ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna mannlegra mistaka, slysni, vanrækslu eða af ásetningi. Svör voru gefin á Likert- kvarða.

NIÐURSTÖÐUR
Marktækur munur reyndist á svörum hópanna um það hvort ákæra ætti fyrir skaða eða andlát af völdum mannlegra mistaka eða slysni, þar sem hjúkrunarfræðingar voru líklegri til að vera mjög eða frekar ósammála ákæru en Þjóðgáttarhópurinn var líklegri til að vera mjög eða frekar sammála. Munurinn milli hópanna minnkaði með hærra menntunarstigi Þjóðgáttarhópsins. Þegar spurt var um hvort ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann fyrir skaða eða andlát vegna vanrækslu eða ásetnings var munurinn ekki marktækur.

ÁLYKTANIR
Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að viðhorf hjúkrunarfræðinga endurspegli ekki tilhneigingu til að víkjast undan ábyrgð á óvæntum atvikum í heilbrigðisþjónustu, heldur mikilvægi þess að gera greinarmun á eðli slíkra atvika. Þessar niðurstöður sýna að þörf er á upplýstri opinni umræðu um óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu og viðeigandi ráðstafanir og viðbrögð sem best tryggja öryggi bæði sjúklinga og starfsfólks.

Inngangur

Þessi rannsókn fjallar um áhrif þess að beita refsingum þegar eitthvað fer úrskeiðis í heilbrigðisþjónustu. Sjónum er beint að því hvort almenn viðhorf til refsinga geti skipt máli í umræðunni um öryggi sjúklinga og þá hvernig. Rannsóknin á sér aðdraganda í atburði sem markaði tímamót í íslenska heilbrigðiskerfinu. Þess vegna er mikilvægt að fá betri skilning á því hvernig sambandinu milli almenns viðhorfs til refsinga og öryggis sjúklinga er háttað.

Í maí 2014 var birt ákæra á hendur hjúkrunarfræðingi vegna atviks sem átti sér stað í október 2012. Hjúkrunarfræðingurinn var sakaður um manndráp af gáleysi samkvæmt 215 gr. almennra hegningarlaga, sem hljóðar svo: „Ef mannsbani hlýst af gáleysi annars manns, þá varðar það sektum eða fangelsi allt að 6 árum“. Í ákærunni var þess krafist að ákærða yrði dæmd til refsingar og greiðslu alls sakarkostnaðar. Þetta var í fyrsta sinn á Íslandi sem heilbrigðisstarfsmaður var ákærður samkvæmt almennum hegningarlögum. Málinu lauk með sýknu í desember 2015.[1] Þrátt fyrir sýknu hafði ákæran mikil áhrif meðal hjúkrunarfræðinga og annarra heilbrigðisstarfsmanna. Könnun frá 2019 sem náði til allra starfandi hjúkrunarfræðinga á skrá hjá Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga á Íslandi í lok árs 2018 sýndi að um 88% töldu ákæruna hafa haft mjög mikil eða frekar mikil áhrif á sig og enn hærra hlutfall, eða um 93%, taldi að ákæran hefði haft mjög mikil eða frekar mikil áhrif á hjúkrunarfræðinga almennt í störfum þeirra.

Fram kom að hjúkrunarfræðingar fundu til meira óöryggis í

störfum sínum eftir ákæruna en fyrir og að þeir væru meðvitaðri nú en fyrir ákæru, ekki aðeins um ábyrgðina sem störfum þeirra fylgir heldur einnig áhættuna, og þá ekki einungis fyrir sjúklinga heldur einnig fyrir þá sjálfa bæði persónulega og faglega.[2]

Ákæran í maí 2014 var reiðarslag fyrir heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi.[3] Á þessum tíma áttu fáir von á því að hjúkrunarfræðingurinn yrði ákærður og sóttur til saka fyrir refsivert athæfi. Ákæran markaði tímamót að því leyti að nýr veruleiki blasti nú við heilbrigðisstarfsfólki þar sem gera mátti ráð fyrir að með ákærunni hefði skapast fordæmi. Ríkissaksóknari hafði sótt málið fast fyrir dómi og var ekki sáttur við það hvernig málið þróaðist í dómnum.[4] Ef þess má vænta að heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi fái stöðu sakbornings vegna mistaka í starfi, þá eru blikur á lofti í málefnum heilbrigðisþjónustunnar, einkum í öryggismálum sjúklinga.

Alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu gerast. Alvarleg atvik sem rekja má til ásetnings eru afar sjaldgæf og ber að rannsaka sem sakamál. Ákvæði um manndráp af gáleysi er ákvæði í almennum hegningarlögum og eiga sér rætur í mismunandi aðstæðum daglegs lífs þar sem athafnir eins geta skapað augljósa hættu og valdið öðrum tjóni eða skaða eins og til dæmis í umferðinni. Í heilbrigðisþjónustu eru aðstæður sem fela í sér hættur því störfum fagfólks fylgir oft augljós áhætta fyrir sjúklinga. Starfsemi sjúkrahúsa einkennist af fjölda ákvarðana sem taka þarf hratt og fumlaust fyrir mjög veikt fólk, fjölda aðgerða í flóknu tæknivæddu umhverfi og árangri sem ræðst af þessu tvennu og tengdum atvikum. Við svona aðstæður geta átt sér stað óhöpp og mannleg mistök.

En er ástæða til að ætla að nú séu blikur á lofti um að heilbrigðisstarfsfólk á Íslandi eigi á hættu að sæta ákæru samkvæmt almennu ákvæði um refsiábyrgð? Alþjóðlegar rannsóknir Dekkers benda til þess að tilfellum þar sem mannleg mistök í heilbrigðisþjónustu eru gerð refsiverð fari fjölgandi.[5] Hann tengir það við almenna þróun löggjafar frá því að vera almenn og opin fyrir túlkunum yfir í þrengri og sértækari lög og nefnir þar sem dæmi lög um hatursglæpi. Þá heldur hann því fram að „glæpavæðing mannlegra mistaka“ gerist ekki í tómarúmi og bendir á að meðal lögfræðinga megi finna þau viðhorf að tími sé til kominn að taka af festu á fagfólki og láta eitt yfir alla ganga, „lög eru lög og allir skuli jafnir fyrir lögum“. Hvort faglegri eða lagalegri ábyrgðarskyldu verði beitt, veltur að mati Dekkers á því hver segir söguna, hvaða skilgreiningum og þar með hvaða skilningi er beitt.[5]

Norrænir afbrotafræðingar hafa haldið því fram að stefna í afbrotamálum sé að hallast í átt að harðari refsingum og benda á að stjórnmálamenn réttlæti harðari refsingar í vaxandi mæli með vísan til almenningsálitsins og þess að almenningur vilji harðari refsingar. Rannsóknir þeirra sýndu hins vegar að því meiri upplýsingar sem fólk fær um tiltekið mál og því meira sem það veit um hagi hins ákærða, því mildara verði fólk í afstöðu sinni til refsinga.[6]

Með hliðsjón af þessu var vert að kanna viðhorf almennings á Íslandi til ákæru á hendur heilbrigðisstarfsfólki og skoða hvort þar sé gerður greinarmunur á mistökum, slysni, vanrækslu og ásetningi. Þetta var gert hér með samanburðarrannsókn þar sem skoðuð voru viðhorf meðal íslenskra hjúkrunarfræðinga annars vegar og almennings hins vegar. Ætla má af rannsóknum norrænu afbrotafræðinganna að fram komi munur á viðhorfum og skilningi meðal hjúkrunarfræðinga annars vegar og almennings hins vegar og að þar sé almenningur líklegri en hjúkrunarfræðingar til að setja öll alvarleg atvik undir sama hatt sem refsivert athæfi.

Sé sú tilgáta rétt, geta niðurstöðurnar gefið vísbendingar um þau verkefni sem fram undan eru við að efla traust á stofnunum heilbrigðiskerfisins. Markmið þessarar rannsóknar var að stuðla að upplýstari umræðu um viðbrögð við atvikum í heilbrigðisþjónustu og hvernig þau tengjast öryggi sjúklinga. Með þetta að markmiði leitast rannsóknin við að varpa ljósi á þá spurningu hvað einkenni viðhorf gagnvart ákæru fyrir alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu á Íslandi, og hvort draga megi ályktanir af þeim viðhorfum fyrir þær áskoranir sem við blasa, það er að byggja upp öryggismenningu innan íslenska heilbrigðiskerfisins og tryggja betur öryggi sjúklinga til lengri tíma.

Efniviður og aðferðir

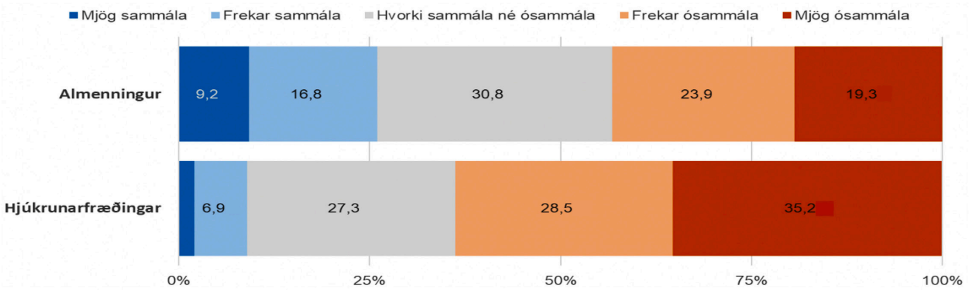
Rannsóknin var lýsandi samanburðarrannsókn sem byggðist á gögnum úr könnun sem fyrirtækið Maskína gerði fyrir höfunda í byrjun árs 2019 og að hluta úr viðtalsrannsókn um áhrif ákæru á hjúkrunarfræðinga.[2] Fjórar spurningar voru lagðar fyrir 2882 hjúkrunarfræðinga, dagana 26. febrúar til 3. mars 2019. Þessar sömu spurningar voru lagðar fyrir samanburðarhóp dagana 22. febrúar til 5. mars 2019. Samanburðarhópurnn var fenginn úr Þjóðgátt Maskínu, sem er slembiúrtak úr Þjóðskrá, lagskipt eftir aldri og búsetu og voru gögnin viktuð þannig að niðurstöðurnar endurspegli þjóðina eins og hún birtist í skrám Hagstofu Íslands. Hópurinn hjúkrunarfræðingar var allt þýðið, það er allir starfandi hjúkrunarfræðingar á Ísland samkvæmt félagatali Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga árið 2018.

Spurningarnar voru flokkaðar samkvæmt skilgreiningum á atvikum í heilbrigðisþjónustu sem birtust í bandarískri tímamótaskýrslu árið 1999 um mistök í heilbrigðisþjónustu.[7] Tildrög skýrslunnar voru vaxandi áhyggjur af umfangi mistaka innan heilbrigðisþjónustunnar og stöðu öryggismála sem kölluðu á nauðsyn þess að rjúfa þögnina og kveða niður menningu sem einkennst hafði af ásökunum. Í skýrslunni er meðal annars gerður greinarmunur á óhappi (*slips*), yfirsjónum (*lapses*), mistökum (*mistakes*) og slysni (*accidents*).

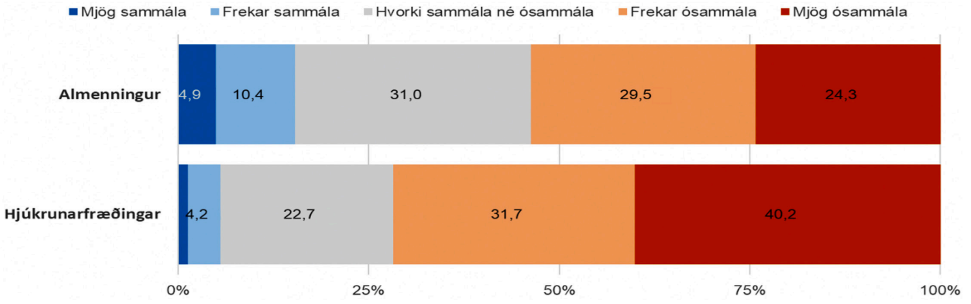
Með spurningunum var annars vegar kannað hvort það viðhorf sem þar kæmi fram gerði greinarmun á mistökum, slysni, vanrækslu eða ásetningi sem orsök skaða eða dauða. Hins vegar var skoðað hvort greina mætti mun á viðhorfum og þá hugsanlega skilningi þessara hópa á mismunandi merkingu þessara hugtaka. Öll svör voru gefin á Likert-kvarða (tafla I).[8] Svarmöguleikar voru eftirfarandi: Mjög sammála (5), frekar sammála (4), hvorki sammála né ósammála (3), frekar ósammála (2), mjög ósammála (1). Miðað var við mæligildi á miðsækni svara, sem segir til um hvar þungamiðja svara við tiltekinni spurningu liggur á Likert-kvarðanum. Staðalfrávik og 95% vikmörk voru reiknuð fyrir svör hverrar spurningar (myndir 1-4). Stuðst var við Kí-kvaðrat próf og voru marktæknimörk sett 0,05.

Alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu gerast. Alvarleg atvik sem rekja má til ásetnings eru afar sjaldgæf og ber að rannsaka sem sakamál

Tafla I. Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti:		vegna mannlegra mistaka í starfi		af slysni		vegna vanrækslu		af ásetningi	
		fjöldi	%	fjöldi	%	fjöldi	%	fjöldi	%
Hjúkrunarfræðingar	Mjög sammála	36	2,0	22	1,3	459	26,2	1597	90,2
	Frekar sammála	123	6,9	73	4,2	762	43,5	112	6,3
	Hvorki sammála né ósammála	485	27,3	397	22,7	357	20,4	33	1,9
	Frekar ósammála	505	28,5	553	31,7	106	6,1	11	0,6
	Mjög ósammála	625	35,2	702	40,2	68	3,9	18	1
Almenningur	Mjög sammála	70	9,2	37	4,9	298	39,4	675	89,7
	Frekar sammála	129	16,8	78	10,4	281	37,2	42	5,6
	Hvorki sammála né ósammála	235	30,8	234	31	123	16,3	27	3,6
	Frekar ósammála	183	23,9	222	29,5	35	4,7	3	0,4
	Mjög ósammála	147	19,3	184	24,3	19	2,5	5	0,7



Mynd 1. *Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna mannlegra mistaka. (Almenningur: meðaltal: 2,73; 95% vikmörk: +/-0,09; staðalfrávik: 1,21. Hjúkrunarfræðingar: meðaltal: 2,12; 95% vikmörk: +/-0,05; staðalfrávik:1,04).*



Mynd 2. *Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti af slysni. (Almenningur: meðaltal: 2,42; 95% vikmörk: +/-0,08; staðalfrávik:1,10. Hjúkrunarfræðingar: meðaltal: 1,95; 95% vikmörk: +/-0,04, staðalfrávik: 0,95).*

Spurningar í samanburðarrannsókninni sem lögð var fyrir báða hópana má sjá í töflu I. Eftirfarandi texti birtist svarendum á undan spurningunum: „Næst eru spurningar sem beinast að óvæntum atvikum sem geta átt sér stað þegar heilbrigðisþjónusta er veitt. Í Lögum um landlækni og lýðheilsu númer 41 frá árinu 2007, segir meðal annars í 9. grein: Með óvæntu atviki er átt við óhappatilvik, mistök, vanrækslu eða önnur atvik sem valdið hafa sjúklingi tjóni eða hefðu getað valdið sjúklingi tjóni.“

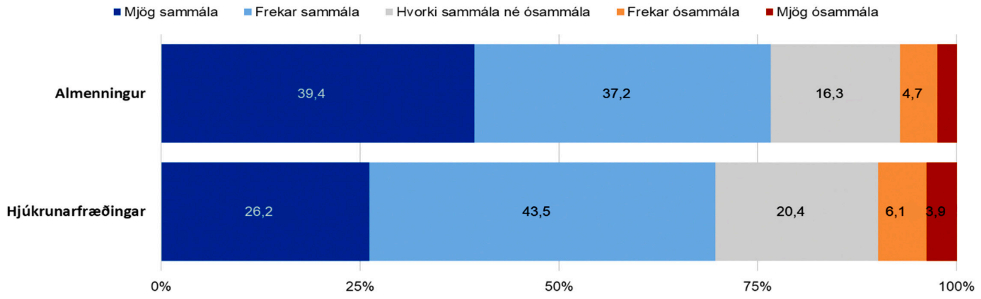
Niðurstöður

Úr hópi hjúkrunarfræðinga svöruðu 1958 könnuninni og var svarhlutfall 67,9%. Svarendur úr hópi Þjóðgáttar voru 771 og voru gögnin vigtuð með tilliti til aldurs, kyns og búsetu. Við vigtun gagna birtist misræmi í fjöldatölum og hlutföllum sem orsakast af námundun.

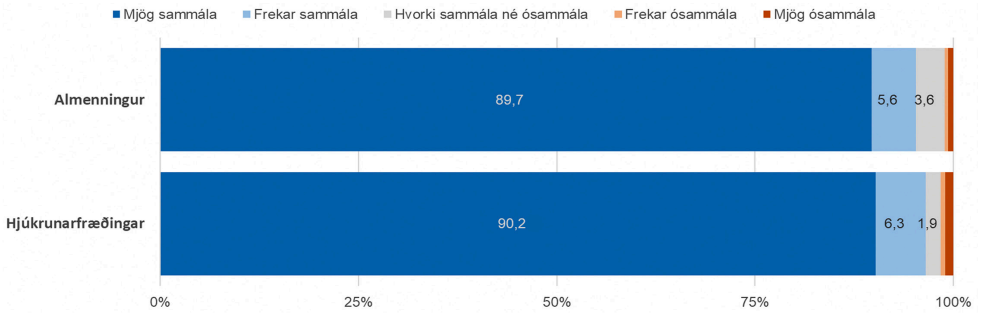
Meginniðurstöður úr könnuninni sýna að fleiri úr hópi Þjóðgáttar (26%) en hjúkrunarfræðinga (9%) eru mjög eða frekar sammála því að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna mannlegra mistaka ($p<0,00001$). Aftur á móti voru fleiri hjúkrunarfræðingar (64%) en svarendur Þjóðgáttar (43%) mjög eða frekar ósammála að ákæra ætti vegna alvarlegs skaða eða andláts af völdum mannlegra mistaka ($p<0,00001$). Munurinn er marktækur í báðum tilfellum (mynd 1). Þá má sjá að um 54% úr hópi Þjóðgáttar voru mjög eða frekar ósammála því að ákæra fyrir alvarlegan skaða eða andlát af völdum slysni, á móti um 72% hjúkrunarfræðinga (mynd 2) ($p<0,00001$).

Við nánari skoðun á því hvernig svarendur úr hópi Þjóðgáttar

Tafla II. Svör Þjóðgáttarhóps við spurningum um hvort ákæra beri vegna alvarlegs skaða eða andláts af völdum mistaka eða slysni, eftir menntunarstigi hópsins. Hlutfall.	Mjög/frekar sammála		Hvorki sammála né ósammála		Mjög/frekar ósammála	
	mistök	slysni	mistök	slysni	mistök	slysni
Grunnskólamenntun	30,2	19,5	34,2	40,6	35,6	39,9
Framhaldsskólamenntun	33,5	19,4	31,7%	32,4	34,8	48,3
Háskólapróf	20,4	11,0	28,0	25,7	51,7	63,3



Mynd 3. *Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna vanrækslu. (Almenningur: meðaltal: 4,06; 95% vikmörk: +/-0,07; staðalfrávik: 1,01. Hjúkrunarfræðingar: meðaltal: 3,82;95% vikmörk: +/-0,05; staðalfrávik: 1,01)*



Mynd 4. *Það á að ákæra heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti af ásetningi. (Almenningur: meðaltal:4,83; 95% vikmörk +/-:0,04; staðalfrávik:0,60. Hjúkrunarfræðingar: meðaltal: 4,84; 95% vikmörk +/-:0,03; staðalfrávik:0,58)*

svara spurningum um það hvort að ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann sem veldur skaða eða andláti vegna mannlegra mistaka eða af slysni kemur í ljós að þeir sem voru með háskólapróf voru líklegri til að vera mjög eða frekar ósammála ákæru en þeir sem voru með lægra menntunarstig, framhaldsskólapróf eða grunnskólapróf (tafla II) (vegna mistaka: p<0,01; af slysni: p<0,00001). Viðhorf almennings með háskólapróf virðist þar með nálgast viðhorf hjúkrunarfræðinganna meira en viðhorf þeirra sem eru með lægra menntunarstig (grunnskóla- eða framhaldsskólapróf). Ekki var marktækur munur milli kynja, aldursflokka eða búsetu.

Þegar spurt var um hvort ákæra ætti heilbrigðisstarfmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti vegna vanrækslu voru um 77% úr hópi Þjóðgáttar mjög eða frekar sammála því á móti um 70% úr hópi hjúkrunarfræðinga (mynd 3). Þótt munurinn sé heldur minni á hópunum, eða um 7%, er hann enn marktækur (p<0,05). Aftur á móti var nær enginn munur á svörum Þjóðgáttarhópsins og hjúkrunarfræðinga við spurningunni um hvort ákæra ætti heilbrigðisstarfsmann sem veldur alvarlegum skaða eða andláti af ásetningi (mynd 4). Alls um 95% Þjóðgáttarhóps voru mjög eða frekar sammála því að ákæra vegna ásetnings og rúm 96% hjúkrunarfræðinga.

Umræða

Alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu og öryggi sjúklinga hafa verið viðfangs- og umfjöllunarefni í skrifum íslenskra hjúkrunarfræðinga um árabil.[9,10,11] Eftirminnileg umræða um öryggi sjúklinga var á fjölmennu málþingi á vegum Hjúkrunarráðs Landspítala í apríl 2006 og vakti málið allnokkra athygli í fjölmiðlum.[12] Svo fór á þeim tíma að umræðu um öryggi sjúklinga var snarlega hætt innan spítalans.[2] Nokkur umræða átti sér síðan stað í kjölfar atviksins í október 2012.[13-17]

Sjúkrahúsþjónustan í Reykjavík og síðar sameinað sjúkrahús, Landspítali, höfðu átt stormasama áratugi í aðdraganda atviksins í október 2012. Niðurskurður og sársaukafullt sameiningarferli á tíunda áratugnum, ítrekaðar hagræðingarkröfur í kjölfar sameiningarinnar á fyrsta áratug þessarar aldar og síðan afleiðingar hrunsins 2008 höfðu sett mark sitt á þróun sjúkrahússins. Starfsemi og stjórnun sjúkrahússins hafði átt á brattann að sækja og þurft að verja bæði orðstír sinn og almennt traust við erfið skilyrði. Það er í þessu samhengi sem rétt er að skoða og skilja örlög þeirra tilrauna sem gerðar höfðu verið til að opna upp umræðu um alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu á Íslandi í þeim tilgangi að draga af þeim lærdóm í þágu öryggis sjúklinga.

Umræða um öryggis- og gæðamál í heilbrigðisþjónustu er alltaf

mikilvæg. Aftur á móti er mikilvægt að geta tekið þá umræðu án þess að umræðan sé yfirskyggð af atburðum sem einkenna gjarnan alvarleg atvik og áhrif þeirra á sjúklinga og aðstandendur, þó skiljanleg sé. Í þessari rannsókn er sjónum hins vegar beint að því sem skiptir höfuðmáli fyrir mögulega heilbrigðiskerfisins til að byggja upp öryggismenningu, en það eru viðbrögð við alvarlegum atvikum í heilbrigðisþjónustu, áhrifum þeirra á heilbrigðisstarfsfólk og þær hættur sem þeim áhrifum geta fylgt fyrir framkvæmd öryggis- og gæðamála. Tildrögin eru eins og fram hefur komið ákæra á hendur hjúkrunarfræðingi sem sakaður var um manndráp af gáleysi. Þegar umrætt atvik átti sér stað síðla árs 2012 hafði umræðan um öryggi sjúklinga tekið á sig þá mynd innan sjúkrahússins að „opna skyldi umræðuna um alvarleg atvik og byggja upp traust í samskiptum". Tilkynna skyldi og skrá alvarleg atvik með það að markmiði að læra af mistökum og bæta þannig þjónustuna og tryggja betur öryggi sjúklinga.[2] Aftur á móti, þegar tilkynning um atvikið var samkvæmt lögum[18] komin í hendur starfsfólks í öðru opinberu kerfi, réttarkerfinu, þar sem unnið er samkvæmt lögum um meðferð sakamála sem tóku mið af öðrum markmiðum en þeim sem að var stefnt innan sjúkrahússins, átti sér stað trúnaðarbrestur í hugum starfsfólks innan heilbrigðiskerfisins. Það sem átti að vera öryggis- og gæðamál var orðið sakamál sem birtist með ákæru Ríkissaksóknara í maí 2014.[2]

Rannsóknir benda til þess að refsivæðing mannlegra mistaka sé tengd ríkjandi viðhorfum og að framkvæmd ábyrgðarskyldunnar sé ekki óháð ytri aðstæðum.[5] Rannsóknir norrænu afbrotafræðinganna taka undir þetta.[6] Þeir benda á að stjórnmálamenn réttlæti í vaxandi mæli harðari refsingar með vísan til þess að það sé vilji almennings og telja sig sjá ákveðið samband milli vaxandi fylgis flokka yst á hægri væng stjórnmálanna og breytinga á refsimenningu í þessa veru. Breytingum á umliðnum 30-40 árum á opinberri stjórnsýslu, sem rekja má til ríkisstjórna Ronalds Reagan og Margaretar Thatcher, fylgdu meiri kröfur um aukna skilvirkni, ábyrgð og gagnsæi.[19] Tilgangurinn var að auka traust á þjónustu hins opinbera.[20,21] Fagfólk hefur ekki farið varhluta af áhrifum þessara breytinga og framkvæmd þeirra í sínum daglegu störfum.[22,23,24] Sú innbyggða tortryggni sem fólst í þessum breytingum virðist ekki hafa skilað tilætluðum árangri heldur þvert á móti nært tortryggni og efasemdir í garð opinberrar stjórnsýslu og þjónustu fagfólks.[20] Andrúmsloft tortryggni og efasemda grefur undan því trausti sem þarf að ríkja svo hægt sé að rannsaka það sem fer úrskeiðis í heilbrigðisþjónustu án þess að heilbrigðisstarfsfólk þurfi að óttast að upplýsingar sem það veitir um málavexti verði notaðar gegn þeim í sakamáli. Þetta sýna rannsóknir á sambandinu milli trausts og ábyrgðarskyldu en þær sýna að jákvæð áhrif ábyrgðarskyldunnar ráðast af því hvernig staðið er að framkvæmdinni.[25]

Rannsóknir sýna að óvænt alvarleg atvik eru heilbrigðisstarfsfólki mjög þungbær reynsla.[5,26-29] Þá geta ákærur bæði skaðað sambandið milli sjúklinga og starfsfólks[22,30] og haft neikvæðar afleiðingar fyrir öryggismál og því grafið undan öryggi sjúklinga.[5] Alþjóðlegar rannsóknir á áhrifum ákæru á hendur fagfólki almennt í mikilvægum þjónustukerfum þar sem öryggismál verða að vera í forgrunni, benda til þess að slíkar ákærur hamli uppbyggingu og framþróun öryggismála. Innan stofnanafræðanna hafa verið færð fyrir því rök að til að tryggja gæði og áreiðanleika upplýsinga um alvarleg atvik í þeim tilgangi að draga af þeim lærdóm og byggja upp öryggismenningu sé mikilvægt að starfsfólk eigi ekki yfir höfði sér ákærur og sakamálaferli.[31] Umræða um atvikaskráningu og öryggismenningu á vettvangi stjórnsýslufræðanna tekur undir þessi rök. Í því samhengi hefur verið bent á að mikilvægt sé að framkvæmd ábyrgðarskyldunnar leggi áherslu á fyrirsvar (*answerability*) faglegrar ábyrgðar á kostnað saknæmis (*culpability*) lagalegrar refsiábyrgðar. Þannig megi forðast ásakandi andrúmsloft við kringumstæður þar sem lífsnauðsyn kallar á að ábyrgðarskyldu sé fylgt eftir með hætti sem best tryggir gæði upplýsinga.[32]

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að þörf er á upplýstri umræðu um óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu og hvernig viðbrögð við þeim tengjast öryggi sjúklinga. Eins og sjá má af þeim sem tóku afstöðu í könnuninni hér að framan er almenningur líklegri en hjúkrunarfræðingar til að vilja ákæra heilbrigðisstarfsmann fyrir mannleg mistök í starfi. Tilgátan um að gera mætti ráð fyrir að munur væri á viðhorfum almennings og viðhorfum hjúkrunarfræðinga hefur því verið staðfest. Aftur á móti minnkar bilið milli þessa viðhorfs almennings í könnuninni og viðhorfs hjúkrunarfræðinganna eftir því sem menntunarstig almennings hækkar. Með öðrum orðum má leiða rök að því að þeim mun meiri upplýsingar sem fólk almennt hefur um málavexti, því mildari verði afstaðan til þess hvort eigi að ákæra eða ekki. Þessi niðurstaða er í ætt við niðurstöðu norrænu afbrotafræðinganna í rannsókninni um viðhorf almennings til refsinga, sem vísað var til hér að framan.

Sú athyglisverða niðurstaða fékkst með samanburðinum milli þessara hópa að munurinn á viðhorfum hjúkrunarfræðinganna og viðhorfum almennings minnkar eftir því hvort um er að ræða mannleg mistök, slysni, vanrækslu eða ásetning. Munurinn á svörum hópanna verður lítill þegar um er að ræða vanrækslu og nánast enginn varðandi ásetning. Ekki er að sjá af þessu að viðhorf hjúkrunarfræðinga beri vott um tilhneigingu til að víkjast undan ábyrgð á því sem kann að fara úrskeiðis, heldur að gera beri greinarmun á eðli atvika enda má gera ráð fyrir að þar komi til þekking hjúkrunarfræðinga á aðstæðum. Á hinn bóginn má skilja viðhorf almennings sem viðhorf notandans sem allt eins gæti átt það á hættu að verða fyrir því sem úrskeiðis fer í heilbrigðisþjónustunni. Ef það er tilfellið að greina megi ótta meðal almennings eru blikur á lofti í heilbrigðisþjónustunni, því það er kunnara en frá þurfi að segja að ótti meðal almennings hefur reynst kjörlendi tækifærismennsku í heimi stjórnmálanna.

Þessar niðurstöður renna stoðum undir þau sjónarmið að rannsóknir á alvarlegum atvikum í heilbrigðisþjónustu fái kerfisbundinn farveg innan stjórnsýslunnar. Þar verði tryggt að stofnanir sem fara með rannsókn slíkra mála hafi á að skipa sérfræðiþekkingu á þeim málum sem til rannsóknar eru hverju sinni. Rannsóknin þarf að miða að því að fá fram allar upplýsingar um atvikið til að draga af því lærdóm og þar með draga úr líkum á að slíkt gerist aftur. Gæta þarf þess að ljúka með skipulögðum hætti rannsókn málsins á þessum nótum áður en úr því er endanlega skorið hvort grunur leiki á um refsivert athæfi sem þá þarf að senda til rannsóknar hjá lögreglu. Þessi nálgun er

Rannsóknir sýna að alvarleg atvik eru heilbrigðisstarfsfólki þungbær reynsla. Ákærur geta skaðað sambandið milli sjúklinga og starfsfólks og grafið undan öryggi sjúklinga

í anda þess sem tíðkast í löndunum í kringum okkar, einkum hinum Norðurlöndunum svo sem fram kemur í skýrslu velferðarráðuneytisins frá 2015.[33]

Mistök eru mannleg og alvarleg óvænt atvik sem rekja má til mannlegra mistaka geta átt sér stað í heilbrigðisþjónustu líkt og í samgöngum. Bæði í heilbrigðisþjónustu og samgöngum getur fólki verið hætta búin vegna atvika sem rekja má til samverkandi þátta þar sem reynir á þrautþjálfað fagfólk við aðstæður sem einkennast oft af miklum hraða, flóknum hátæknibúnaði og margslungnum verkefnum þar sem margir koma að á mismunandi tímum. Heilbrigðis- og samgöngukerfi eiga það sameiginlegt að vera þjónustukerfi þar sem öryggismál eru lífsnauðsyn og ástand og þróun öryggismála því lykillinn að því trausti sem notendur þurfa að geta borið til þjónustunnar. Það sem aftur á móti skilur þessi kerfi að hér á landi er að viðbrögðum við óvæntum atvikum og framþróun öryggismála hefur verið fundinn ólíkur farvegur. Rannsóknir samgönguslysa miðast eingöngu við það grundvallaratriði í þróun öryggismála að leiða í ljós orsakir slysa og koma með tillögur til úrbóta, en ekki að skipta sök eða ábyrgð.[34] Rannsóknum á óvæntum atvikum í heilbrigðisþjónustu hefur ekki verið tryggður slíkur farvegur hér á landi. Niðurstöður þessarar rannsóknar benda til þess að þörf sé á upplýstri umræðu um alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu og viðeigandi ráðstafanir og viðbrögð sem best tryggja öryggi bæði sjúklinga og starfsfólks.

Styrkleikar rannsóknar og takmarkanir

Styrkleikar þessarar rannsóknar eru þeir að rannsókn á viðhorfum til ákæru fyrir atvik í heilbrigðisþjónustu hefur ekki verið gerð hér á landi áður. Þá er rannsóknin samanburðarrannsókn sem nær viðhorfum meðal almennings og heillar fagstéttar til þess hvort ákæra eigi fyrir atvik í heilbrigðisþjónustu eða ekki og var svörun tæp 70% hjá fagstéttinni. Veikleikar rannsóknarinnar eru einkum þeir að samanburðarhóparnir eru ólíkir að samsetningu. Úrtak Þjóðgáttar er ólíkur hópur fólks af báðum kynjum, 18 ára og eldri með ólíka menntun en hjúkrunarfræðingar eru 97% konur með háskólapróf.

Þá má segja að rannsókn sem náð hefði viðhorfum fleiri fagstétta, bæði innan sem utan heilbrigðiskerfisins, svo sem lækna, ljósmæðra og sjúkraliða annars vegar og lögfræðinga hins vegar, hefði verið styrkur. Höfundar líta aftur á móti svo á að það sé efni í aðra rannsókn.

Hvorki þurfti leyfi Persónuverndar né vísindasiðanefndar fyrir gerð þessarar rannsóknar.

Þakkir

Höfundar þakka Maskínu fyrir tölfræðilega aðstoð og úrvinnslu gagna og heilbrigðisráðuneytinu fyrir styrk til að standa undir kostnaði við gerð skoðanakönnunarinnar. Þá fær Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga þakkir fyrir aðgang að félagaskrá félagsins.

Greinin barst til blaðsins 29. júní 2020, samþykkt til birtingar 30. nóvember 2020.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.01.616

Professional versus public attitudes towards criminal charges in healthcare – registered nurses and a random national panel compared: Dark clouds on the horizon?

Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir[1]
Elísabet Benedikz[2]
Anna María Þórðardóttir[2]

[1]Political Science, School of Social Sciences, University of Iceland, [2]Landspitali University Hospital.

Correspondence: Sigurbjörg Sigurgeirsdóttir, *silla@hi.is*

Key words: *health care, human error, human factors, accountability, criminalisation, patient safety.*

INTRODUCTION: The aim of this study is to encourage a discussion on patient safety and public responses to serious incidents in healthcare. Triggered by the first of its kind in Iceland, it addresses the question what characterizes attitudes towards criminal charges for a serious incident in healthcare.

MATERIAL AND METHODS: In this comparative study we examined whether attitudes towards culpability of healthcare professionals differed between cohorts from a random national panel and registered Icelandic nurses. Both groups were asked whether a healthcare professional should face criminal charges if causing serious harm or death due to human error, accident, neglect or intent. Answers were given on a Likert scale.

RESULTS: When asked if a healthcare professional causing serious harm or death due to human error or by accident should face criminal charges, nurses were significantly more likely to somewhat or strongly disagree, while the panel was significantly more likely to somewhat or strongly agree. The difference was inversely proportional to educational levels among the panel members. When asked whether a healthcare professional should be charged for causing serious harm or death due to neglect or intent, there was no significant difference between the groups.

CONCLUSION: The results indicate that healthcare professionals, as represented by Icelandic nurses, do not seek to avoid accountability in serious patient incidents, but implicate the importance of distinguishing between the different nature of incidents. The results show that a more informed public debate on serious healthcare incidents is needed in which appropriate measures protecting patient safety as well as professional safety are ensured.

Heimildir

1. Héraðsdómur Reykjavíkur, dómsnúmer S-514/2014. heradsdomstolar.is/default.aspx?pageid=347c3bb1-8926-11e5-80c6-005056bc6a40&id=08a65d67-d397-4062-977a-f923a7b5ec0c
2. Sigurgeirsdóttir S. Criminalisation of human error in health care: How and why legal accountability can crowd out professional accountability and undermine patient safety. Stjórnmál og stjórnsýsla 2020.
3. Gunnarsdóttir EB. Heilbrigðisstarfsmenn uggandi vegna ákæru um manndráp. Vísir 2014: 22.maí. visir.is/g/2014705229967/heilbrigdisstarfsmenn-uggandi-vegna-akaeru-um-manndrap - nóv 2020.
4. RÚV. Sjónvarp: Fréttir klukkan 22:00, 17. desember 2015.
5. Dekker S. Just Culture: Balancing Safety and Accountability. CRC Press, London 2012.
6. Balvig F, Gunnlaugsson H, Jerre K, et al. The public sense of justice in Scandinavia: A study of attitudes towards punishments. Eur J Criminology 2015; 12: 342-61.
7. Institute of Medicine. To Err is Human: Building a Safer Health System. National Academies Press (US), Washington 2000.
8. Likert R. A Technique for the Measurement of Attitude. Arch Psychol 1932; 140: 1-55.
9. Pálsdóttir AM, Gústafsdóttir HB, Hreinsdóttir KM, et al. Með lífið í lúkunum á hverri vakt. Lokaverkefni til BS-gráðu í hjúkrunarfræði, Háskólinn á Akureyri 2016. hdl.handle.net/1946/25020 - júní 2020.
10. Bragadóttir H, Árnadóttir H, Bjarnadóttir B. Lyfjamistök hjúkrunarfræðinga á sjúkrahúsum. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2010; 86: 6-11.
11. Baldursdóttir L. Mistök í heilbrigðisþjónustu: Til umhugsunar fyrir hjúkrunarfræðinga. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2003; 79: 40-3.
12. Hjúkrunarráð Landspítala. Ályktað um skort á hjúkrunarfræðingum 5. apríl 2006. landspitali.is/um-landspitala/fjolmidlatorg/frettir/stok-frett/?NewsID=06c8abfe-add-7-4977-a66b-4f2ce55913ab - júní 2020.
13. Benedikz E. Öryggi sjúklinga og flækjustig nútíma heilbrigðisþjónustu. Læknablaðið 2018; 104: 167.
14. Ómarsdóttir GY, Gunnarsdóttir S, Jónsdóttir Þ. Lyfjamistök og starfsumhverfi hjúkrunarfræðinga. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2017; 93: 17-25.
15. Gunnarsdóttir A. Öll erum við mannleg. Læknablaðið 2014; 100: 375.
16. Jakobsson B. Leit að sökudólgum skaðar öryggi sjúklinga. Læknablaðið 2014; 100: 377.
17. Sigurjónsson H. Enginn ætlar sér að gera mistök – af málþingi landlæknis um öryggismál. Læknablaðið 2013; 99: 471.
18. Lög nr. 61/1998, um dánarvottorð, krufningar ofl., 3. gr. https://www.althingi.is/lagas/nuna/1998061.html - júní 2020.
19. Hood C. Public Management for all seasons? Public administration 1991; 69 (Spring): 3-19.
20. O´Neill O. A Question of Trust. Cambridge University Press, Cambridge 2002.
21. Power M. The Audit Society: Rituals of Verification. Oxford University Press, Oxford 1999.
22. Vento S, Cainelli F,Vallone A. Defensive medicine: it is time to finally slow down an epidemic. World J Clin Cases 2018; 6: 406-9.
23. Bevan G, Hood C. What´s measured is what matters: Targets and Gaming in the English Public Health Care System. Publ Administration 2006; 84: 517-38.
24. Munro E. The Impact of Audit on Social Work. Brit J Soc Work 2004; 38: 1073-4.
25. Greiling D. Accountability and Trust. The Oxford Handbook of Public Accountability. Oxford University Press, Oxford 2014: 617-31.
26. Ozeke I, Ozeke V, Coskun O, et al. Second victims in health care: current prespectives. Advances in Medical Education and Practice 2019; 10: 595-603.
27. Robertson JJ, Long B. Suffering in silence: Medical error and its impact on health care providers. J Emerg Med 2018; 54: 402-9.
28. Dekker S. Second victim: error, guilt, trauma and resilience. CRP Press Taylor, Boca Raton 2013.
29. Wu AW. Medical error: The second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000; 320: 726-7.
30. Pellino IM, Pellino G. Consequences of defensive medicine, second victims, and clinical-judicial syndrom on surgeons´ medical practice and on health service. Updat Surg 2015; 67: 331-7.
31. Sagan S. The Limits of Safety: Organizations, Accidents and Nuclear Weapons. Princeton University Press, Princeton 1993.
32. Hood C. Accountability and Blame-Avoidance. The Oxford Handbook of Public Accountability. Oxford University Press, Oxford 2014: 603-16.
33. Velferðarráðuneytið. Skýrsla starfshóps um alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu. September 2015.
34. Lög nr. 18/2013 um rannsókn samgönguslysa. althingi.is/lagas/150c/2013018.html - október 2020.

Tíðatengt loftbrjóst vegna endómetríósu í lunga

Sjúkratilfelli

Ásdís Kristjánsdóttir[1] læknanemi
† Gunnar Mýrdal[2] læknir
Margrét Sigurðardóttir[3] læknir
Reynir Tómas Geirsson[4] læknir, prof. em.

† Gunnar Mýrdal Einarsson, læknir, lést 10. september 2020.

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]skurðlækningar, aðgerðasviði Landspítala, [3]rannsóknastofu í meinafræði, rannsóknasviði Landspítala, [4]kvennadeild, aðgerðasviði Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Ásdís Kristjánsdóttir, *ask41@hi.is*

Höfundar fengu samþykki sjúklings fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

Endómetríósa getur verið langvinn orsök verkja, blæðingaóreglu og ófrjósemi meðal kvenna. Sjúkdómurinn er vanalega í grindarholi, en getur birst á óvenjulegum stöðum. Hér er lýst tilfelli 39 ára konu með gamla endómetríósugreiningu sem leitaði á heilsugæslu og sjúkrahús í þrígang á öðrum degi blæðinga vegna andþyngsla, takverks og mæði. Myndgreining sýndi loftbrjóst hægra megin í öll skiptin. Við brjóstholsspeglun voru endómetríósu-líkir blettir á yfirborði hægra lunga. Vefjagreining sýndi merki um endómetríósu. Konan hefur verið einkennalaus eftir kemíska fleiðruertingu og hormónameðferð.

Greining tíðatengds loftbrjósts þarf að byggjast á samhliða brjósthols- og kviðarholsspeglun með vefjasýnatöku til að fá staðfestingu á sjúkdómnum og tryggja grundvöll meðferðar.

Inngangur

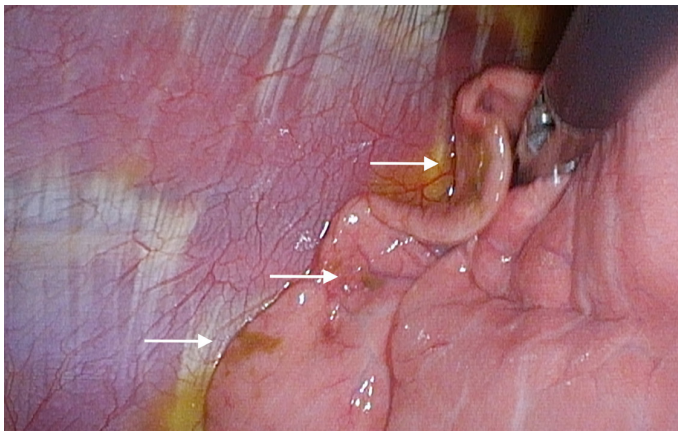
Loftbrjóst getur átt sér margvíslegar orsakir, svo sem áverka, slys, sýkingar og undirliggjandi lungnasjúkdóma, en getur komið til án augljósrar skýringar.[1] Minna þekkt er að endómetríósa (*endometriosis*, íslenskt samheiti: legslímuflakk) á yfirborði eða í vefjum lungna getur valdið endurteknu loftbrjósti hjá konum á frjósemisaldri.[2,3] Þetta er ástand sem oft er litið framhjá og vill gleymast við bráðaaðstæður.

Endómetríósa eða legslímuflakk er kvensjúkdómur með algengi sem gæti náð til 1-3% kvenna,[4,5] en er stundum sagt vera til staðar hjá allt að tíundu hverri konu á einhverjum tíma frjósemisskeiðsins, þó líklega sé það ofmat.[2,5] Samsetning legslímukirtilvefs og uppistöðuvefs fyrir utan leg skilgreinir endómetríósu, en bólga þarf einnig að vera til staðar.[5] Að ná fullnægjandi vefjasýni getur verið vandkvæðum háð. Algengt er að sjúkdómurinn sé greindur án staðfestingar með vefjasýni og klínísk greining með og án kviðarholsspeglunar er látin duga.[4,5]

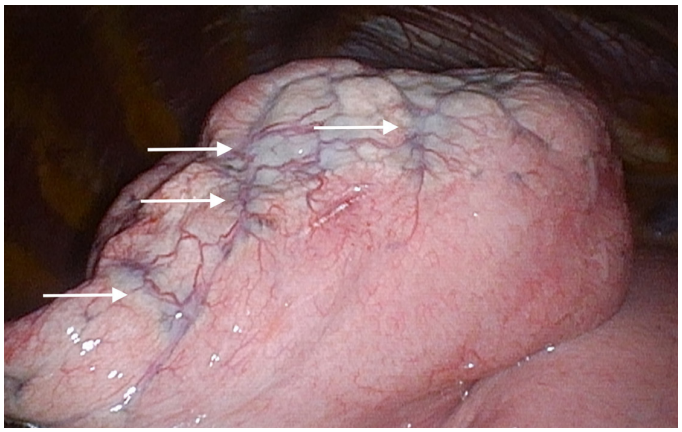
Einkennin eru tengd tíðablæðingum, þó þau geti líka orðið að stöðugri vanlíðan. Þekkja þarf til mismunandi birtingarforma endómetríósu og muna eftir sjúkdómnum í þeim mörgu geirum læknisfræðinnar þar sem bráðum veikindum kvenna er sinnt. Loftbrjóst af völdum endómetríósu hefur verið tilefni nokkurs fjölda fræðigreina. Einu íslensku tilviki hefur verið lýst svo vitað sé, í ráðstefnuágripi árið 2007. Ekki var hægt að sýna með vissu fram á endómetríósu í lunganu, en einkenni voru hins vegar dæmigerð.[6]

Við loftbrjóst getur orðið brátt og misalvarlegt, stundum hættulegt, ástand vegna rofs á yfirborði lungans. Innöndunarloft kemst þá inn í fleiðruholið og leiðir til samfalls á lunganu.[1,2] Endómetríósan er jafnan staðsett utarlega í lungnavefnum og rétt undir fleiðrunni (*pleura*), og leiðir til bólguertingar og vefjahnúða.[2] Brjóstholsverkir samfara tíðablæðingum verða vegna blæðinga í lungnavefinn og inn í fleiðruholið. Þetta form endómetríósu er gjarnan kallað *catamenial* (= tíðatengt) loftbrjóst (*catamenial pneumothorax*), en er líka nefnt heilkenni legslímuflakks í lungum

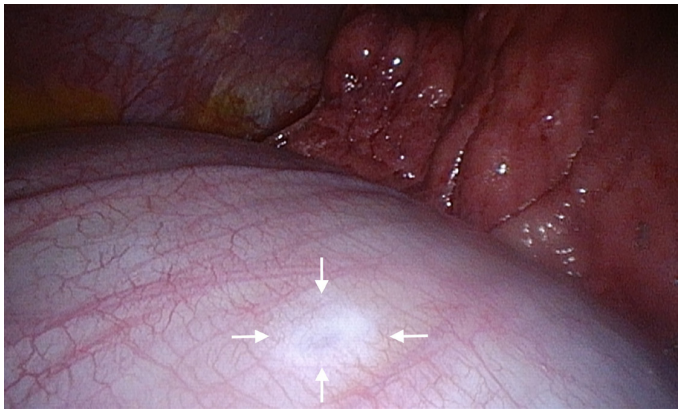
A.



B.



C.



Mynd 1. ***A.*** *Örvar benda á brúnleita endómetríósubletti á yfirborði hægra lunga.* ***B.*** *Örvar benda á bláleita endómetríósu undir fleiðru með nýæðamyndun.* ***C.*** *Örvar benda á hvítt örvefssvæði eftir endómetríósu á hægri þind. Myndir/Gunnar Mýrdal*

(*thoracic endometriosis syndrome*, TES).[2] Greiningin getur verið erfið, bæði klínískt og með myndgreiningu.[2,3]

Legslíman berst líklega oftast í lungnavefinn og inn undir fleiðru út frá endómetríósu í grindarholi kvenna. Um helmingur kvenna með lungnaendómetríósu hefur líka fengið sjúkdóminn í kviðarholið, þegar loftbrjóstið greinist,[2] en oft vantar að leitað sé að sjúkdómnum með nákvæmum hætti í kviðarholinu um leið og orsaka loftbrjóstsins er leitað. Legslímu-líku frumurnar eru taldar berast með kviðarholsvökva upp hægri hlið kviðarholsins og þaðan á þindina. Þar myndast vefjaskemmdir sem ná gegnum þindina og upp í fleiðru og lunga. Aðrir möguleikar eru að frumurnar séu blóðbornar, fluttar með sogæðakerfinu eða tilkomnar út frá umbreytingu (*metaplasia*) á stofnfrumum í lungnavefnum.[2,3,7]

Hér er lýst nýlegu tilfelli á Landspítala og rætt hvernig standa mætti betur að greiningu.

Tilfelli

Á bráðamóttöku Landspítala í Fossvogi leitaði 39 ára gömul kona með fyrri sögu um endómetríósu í grindarholi. Hún kom vegna verkja við hægra herðablað, andþyngsla og hjartsláttarónota. Hún hafði verið með svipuð einkenni síðastliðnar þrjár vikur og leitaði tvisvar á heilsugæsluna á þeim tíma. Fékk þar greininguna bráð skúta- og berkjubólga og hafði sýklalyfjameðferð verið gefin við því í bæði skiptin.

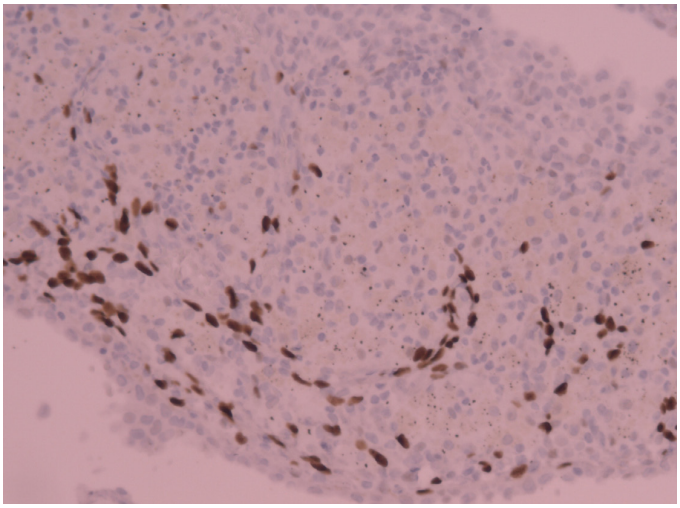
Röntgenmynd af lungum sýndi 2 cm loftbrjóst efst í hægra fleiðruholið. Hún var í eftirliti með síritun yfir nótt og útskrifaðist heim með endurkomutíma á göngudeild brjóstholsskurðlækninga. Röntgenmynd í endurkomu sýndi að loftbrjóstið var nær horfið og var henni sagt að hún gæti farið í fyrirhugaða flugferð erlendis eftir tvær vikur vegna starfa sinna við innkaup sem fólu í sér flug annan hvern mánuð.

Konan flaug til Danmerkur og daginn eftir komu fékk hún þar aftur álíka einkenni. Hún greindist þá með 5,5 cm loftbrjóst við hægra lunga. Brjóstholskeri (dren) var settur og hún var í tvo daga á spítala. Í viðtali á göngudeild lungnalækninga fáum dögum eftir heimkomu lýsti hún ennþá óþægindum í brjóstkassa, svitaköstum og þrengslatilfinningu við öndun. Hún hafði lést vegna lystarleysis sem hún tengdi við hamlandi kvíða í kjölfar veikinda sinna og hafði áhyggjur af framhaldinu. Tölvusneiðmynd sýndi eðlilega lungnamynd fyrir utan litla hástæðu á hægri hluta þindar.

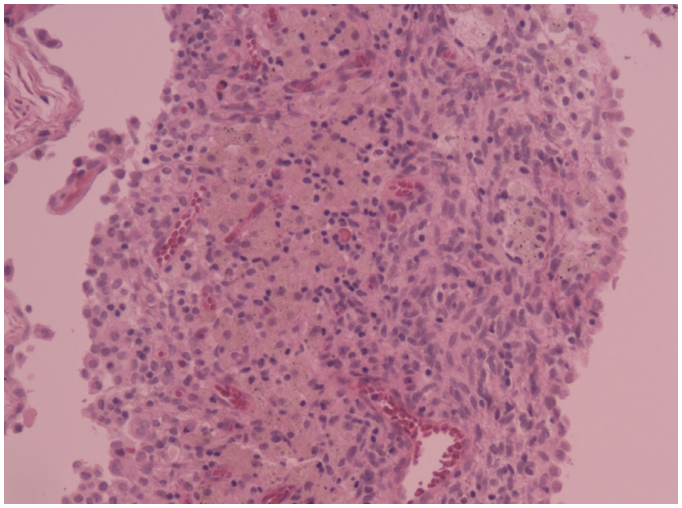
Rúmum mánuði seinna leitaði hún aftur á bráðamóttöku vegna skyndilegs takverks, andþyngsla og mæði. Röntgenmynd sýndi nú 17 mm loftbrjóst við hægra lunga. Við þetta þriðja loftbrjóst með stuttu millibili nefndi hún sjálf við bráðalækni að loftbrjóstið hafi í hvert skipti myndast þegar hún var á öðrum degi tíðablæðinga. Konan hafði sjálf leitað á netinu og grunaði að hún væri með endómetríósutengt lungnavandamál. Henni var þá vísað á göngudeild brjóstholsskurðlækna og þar var ákveðið að spegla brjóstholið daginn eftir.

Í aðgerðinni sáust dreifðar hvítar skellur í lungnatoppi, í efra blaði hægra lunga (*lobus superior*) og á þind. Ekki sást neinn blæðingarstaður, en brúnar litabreytingar voru á aftari kanti neðra lungnablaðs sem líktust endómetríósublettum sem eru einkenni sjúkdómsins í grindarholi (mynd 1). Tekin voru tvö sýni í aðgerðinni úr hvítu og brúnu blettunum og send til vefjagreiningar. Gerð var fleiðruerting í lok aðgerðar en þá er sprautað efnum í

A.



B.



Mynd 2. ***A.*** *Svæði við fleiðruyfirborð með legslímulíkum uppistöðuvef og stórum átfrumum (macrophages) sem innihalda vefjajárn (hemosiderin). Hematoxylin-Eosin litun í 20-faldri stækkun.*
B. *Estrógen ónæmislitun á sama svæði.*
Myndir/Margrét Sigurðardóttir

gegnum kera til að örva myndun samvaxta í fleiðruholinu (*chemical pleurodesis*).[1] Í þessu tilfelli var notað talkúm (magnesíumsílíkat-efni). Konan hafði verið á samsettri getnaðarvörn til fjölda ára vegna endómetríósunnar en hafði hætt tökunni sjálf eftir fyrsta loftbrjóststilvikið.

Sjúklingur hafði verið greind með dæmigerðar endómetríósubreytingar á eggjastokkum og í grindarholi við kviðsjáraðgerð árið 2005. Blóðfyllt eggjastokksblaðra, svokölluð „súkkulaðiblaðra", var skræld burt á vinstri eggjastokk. Margar litlar endómetríósu-skellur á hægri eggjastokk og neðst í grindarholi sáust að auki. Sýni var tekið úr endómetríósublettunum og frá eggjastokksblöðrunni, en ekki var hægt með fullri vissu að staðfesta vefjagreininguna úr þeim, þó greiningin væri heldur ekki útilokuð. Endurmat sýnanna gaf sömu niðurstöðu nú.

Vefjasýnið úr brjóstholsaðgerðinni sýndi þykknun á fleiðru með blöðrum undir fleiðru (*subpleural bullae*), örvef, króníska bólgu og frumufjölgun í bandvefsþekju (*mesothelium*). Staðbundin svæði með legslímu-líkum uppistöðuvef og stórum átfrumum (*macrophages*) sem innihéldu vefjajárn (*hemosiderin*), sáust. Á sama svæði sáust estrógen- og prógesterón-jákvæðar frumur við ónæmislitun (mynd 2), en CD10-litun var neikvæð. Ekki sáust legslímufrumur eða kirtilslímhúð í sýnunum. Ekki var því hægt að greina endómetríósu með vissu en greiningin ekki heldur útilokuð.

Eftir greininguna ráðlagði kvensjúkdómalæknir konunnar prógestógen-lyfið díenógest (Visanne®) til að stöðva egglos og blæðingar, þannig að hægt væri enn frekar að minnka líkur á endurtekinni loftbrjóstmyndun. Þrátt fyrir þá meðferð hélt hún áfram að fara á blæðingar. Var því ákveðið að hún fengi góserelín-sprautur (Zoladex®) í framhaldinu, en virka efnið í því lyfi líkist náttúrulegu hormóni sem hamlar testósterónframleiðslu og minnkar styrk estradíóls í blóði kvenna. Sú meðferð var betri, blæðingar hættu og líðan batnaði, en vegna aukaáhrifa (tíðahvarfaeinkenna og beinþynningarmöguleika) er sú meðferð einungis notuð í 6-12 mánuði. Í kjölfarið fékk hún hormónalykkjuna (levónorgestrel-lágskammtagjöf sem stöðvar blæðingar frá legholi). Hún hefur ekki fengið loftbrjóst aftur á rúmlega eins árs eftirfylgdartíma en hefur fundið fyrir hjartsláttartruflunum og „kippum í brjóstholi sem líkjast ekka" þegar hún hefur haft tíðir. Veikindin höfðu talsverð áhrif á andlega líðan hennar í kjölfarið.

Umræður

Tíðatengt loftbrjóst er sjaldgæft sjúkdómsástand og oft vangreint. Það einkennist yfirleitt af takverk eða mæði 24-72 klukkustundum eftir byrjun blæðinga.[3] Stundum fylgir þurr hósti en sumir hafa lítil sem engin einkenni, sérstaklega ef loftbrjóstið er lítið.[1] Konur fá venjulega einkenni endómetríósu í grindarholi 5-7 árum áður en einkenna endómetríósu í brjóstholi verður vart.[2] Oftast er loftbrjóstmyndunin hægra megin vegna nálægðar við þá staði á þind sem endómetríósufrumur berast á úr grindarholinu.

Erfitt getur verið að greina vefjaskemmdirnar eða ná vefjasýni úr þeim, bæði í kviðarholi og ekki síst í lungum. Vefjaskemmdirnar eru oftast litlar og ummerki blæðinga í vefina ásamt örvef geta valdið erfiðleikum við að finna þær tiltölulega fáu legslímufrumur með stoðvef sem þarf til að mynda vefjaskemmd (*lesion*) og gefa einkenni.[2] Vefjasýnatakan er samt nauðsynleg sem hluti greiningar ef henni verður mögulega við komið, meðal annars til að staðfesta sjúkdóm sem líklegt er að konan þurfi að glíma við lengi. Oft getur vefjagreiningin þurft að styðjast við önnur ummerki en þau að sjá legslímufrumur eða kirtilvef með stoðvef. Ummerki um bólgu og blæðingar geta gefið til kynna að um endómetríósu sé að ræða, ásamt sérstakri leit að hormónaviðtökum eins og hér var gert.

Myndgreining er hluti greiningar vegna loftbrjósts. Röntgenmynd af lungum getur staðfest loftbrjóst, en sýnir ekki endómetríósubletti. Erfitt getur verið að greina loftbrjóst vegna endómetríósu, enda eru þau oftast lítil. Sneiðmyndir og segulómskoðun geta verið gagnlegar til að greina stóra endómetríósubletti, en gefa þó takmarkaða mynd af sjúkdómnum vegna þess hve einstakar vefjaskemmdir eru yfirleitt smáar, margar og dreifðar.[2,3,5] Tækjabúnaður sem notaður hefur verið við kviðarhols- og brjóstholsspeglanir eftir aldamótin hefur leitt til betri myndgæða

og stækkunar á myndfleti (*video-laparoscopy*), sem gerir greiningu og meðferð á smærri vefjaskemmdum öruggari.[2,5]

Meðferð loftbrjósts er að fjarlægja loftið úr fleiðruholinu og draga þannig út lungað, en stundum dugar að bíða og sjá til. Hjá einstaklingum með stórt loftbrjóst getur þurft að setja brjóstholskera eða gera skurðaðgerð og síðan framkvæma fleiðruertingu til að loka viðkomandi hluta fleiðruholsins. Tilgangurinn er að fyrirbyggja endurtekið loftbrjóst.[1] Við tíðatengt loftbrjóst þarf að auki að bæla niður tíðablæðingar með hormónum. Mælt er með því að nota GNRH-agónistalyf til þess að stöðva blæðingar.[2,8,9] Þessi lyf bæla undirstúku-heiladinguls-eggjastokka öxulinn og þar með vöxt legslímufrumna, eins og reynt var í þessu tilviki með árangri, en lyfin geta einnig valdið tíðahvarfa-líkum einkennum og beinþynningu. Ef hormónameðferð skilar ekki árangri eða verður ekki við komið, er mælt með skurðaðgerð sem meðferð. Levónorgestrellykkjan er góð framhaldsmeðferð til að stöðva tíðablæðingar og hún er getnaðarvörn þar að auki.

Brjóstholsspeglun er nú álitin bæði besta aðferðin til greiningar og meðferðar á loftbrjósti vegna endómetríósu. Dugað getur að „brenna" blettina, en ef þeir ná lengra inn í lungnavefinn getur þurft að framkvæma brottskurð umhverfis blettina, jafnvel fleygskurð eða blaðnám á lunga sem þó væri alltaf lokaúrræði. Í lok aðgerðar ætti að gera kemíska fleiðruertingu til þess að hindra endurkomu loftbrjóstsins enn betur.[2,3,8]

Ef grunur er um loftbrjóst af völdum endómetríósu er nú mælt með því að gerð sé samhliða kviðarholsspeglun til að meta útbreiðslu sjúkdómsins og taka vefjasýni í grindarholi og frá lifur og neðanverðri þind. Í öllum kviðsjárspeglunum vegna gruns um endómetríósu í grindarholi ætti líka að skoða þindina neðan frá.[2] Endómetríósublettir á þind eru svartir, bláir, fjólubláir eða rauðir á litinn, en oft sjást aðeins hvít örvefssvæði eða samvextir milli þindar og lifrar.[2] Til þess að þetta gerist með réttum hætti þarf sérþekkingu skurð- og kvensjúkdómalækna og vandlegan undirbúning. Þá þurfa heimilislæknar, lungnalæknar og brjóstholsskurðlæknar að vera upplýstir um sjúkdóminn svo konur með sjúkdóminn fái kjörmeðferð, bæði í og eftir aðgerðina. Snemmgreining og tímabær meðferð eru til þess fallin að draga úr alvarleika og frekari vefjaskemmdum.[2,5] Tíðatengt loftbrjóst ætti alltaf að vera hluti af mismunagreiningu loftbrjósts hjá konum á frjósemisaldri með tíðatengda brjóstverki og öndunarerfiðleika.[3] Í þessu tilviki var konan með dæmigerð einkenni og hafði gert sér grein fyrir hvað gæti verið að sér, en endurteknar skoðanir lækna þurfti til að fá klínísku greininguna.

Aðeins þarf fáeinar legslímufrumur til þess að framkalla mánaðarlega fleiðrublæðingu. Þó legslímufrumur hafi ekki sést með vissu við vefjaskoðun voru merki um fyrri blæðingu og örvef ásamt hormónaviðtökum til staðar sem ekki ættu að vera í lungnavef. Mismunagreiningin gat þess vegna ekki verið neitt annað en endómetríósa í lunga.

Greinin barst til blaðsins 4. nóvember 2020, samþykkt til birtingar 10. desember 2020

Heimildir

1. Guðbjartsson T, Tómasdóttir GF, Björnsson J, el al. Sjálfkrafa loftbrjóst. Yfirlitsgrein. Læknablaðið 2007; 93: 415-24.
2. Nezhat C, Lindheim SR, Backhus L, et al. Thoracic Endometriosis Syndrome: A Review of Diagnosis and Management. JSLS 2019; 23: e2019.00029.
3. Gil Y, Tulandi T. Diagnosis and Treatment of Catamenial Pneumothorax: A Systematic Review. J Minim Invasive Gynecol 2020; 27: 48-53.
4. Gylfason JT, Kristjansson KA, Sverrisdottir G, et al. Pelvic endometriosis diagnosed in an entire nation over 20 years. Am J Epidemiol 2010; 172: 237-43.
5. Kristjánsdóttir Á. Endómetríósa á Íslandi 2001-2015: Nýgengi, staðsetning og aðgerðir. Háskóli Íslands 2018.
6. Tómasdóttir GF, Torfason B, Guðbjartsson T. Tíðaloftbrjóst – snúin greining og meðferð - Sjúkratilfelli. Læknablaðið 2007; 93 (fylgirit 54): 32.
7. Sorino C, Negri S, Spanevello A, et al. The pleura and the endocrine system. Eur J Intern Med 2020; 72: 34-7.
8. Marshall MB, Ahmed Z, Kucharczuk JC, et al. Catamenial pneumothorax: optimal hormonal and surgical management. Eur J Cardiothorac Surg 2005; 27: 662-6.
9. Tsakiridis K, Triantafilopoulou K, Minadakis G, et al. Catamenial Pneumothorax Recurrence Due to Endometriosis. Respir Med Case Rep 2020; 30: 101036.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.01.617

Catamenial pneumothorax due to pulmonary endometriosis

Ásdís Kristjánsdóttir[1]
Gunnar Mýrdal[2]
Margrét Sigurðardóttir[3]
Reynir Tómas Geirsson[4]

[1]Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland, [2]Department of Surgery, Landspitali University Hospital, [3]Department of Pathology, Landspitali University Hospital, [4]Department of Obstetrics and Gynecology, Women´s Clinic, Landspitali University Hospital.

Correspondence: Ásdís Kristjánsdóttir, *ask41@hi.is*

Key words: *endometriosis, pneumothorax, thoracic complications, pleurodesis.*

Endometriosis is a chronic condition causing menstrual pain, irregular bleeding and infertility among women. Although usually in the pelvis, it can manifest in atypical places. We describe a 39-year old woman with a previous endometriosis diagnosis who presented three times on the second menstrual day with dyspnea and chest pain. Imaging showed right-sided pneumothorax on all three occasions. Thoracoscopy revealed endometriosis-like lesions. Histology was suggestive of endometriosis. After treatment with chemical pleurodesis and hormonal suppression she has remained symptom-free.

Diagnosis should be obtained by concomitant thoraco- and laparoscopy with biopsies to verify the disease and give a basis for appropriate treatment.

Yfir 600 íslenskir læknar í útlöndum

60% íslenskra lækna erlendis eru í Svíþjóð.
Talið er að 190 af um 600 læknum erlendis séu í sérnámi

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Ásta Valdimarsdóttir fór yfir fjölda leyfa og áætlanir um mannafla í heilbrigðiskerfinu á Heilbrigðisþingi í lok nóvember. Mynd/Skjáskot

Alls eru 602 íslenskir læknar erlendis. 60% þeirra eru í Svíþjóð, 19% í Noregi, 10% í Bandaríkjunum, 7% í Danmörku og 4% í Bretlandi. „Líklega eru 190 af þeim í sérnámi, ef maður skoðar aldurssamsetninguna," sagði Ásta Valdimarsdóttir, ráðuneytisstjóri heilbrigðisráðuneytisins, á Heilbrigðisþingi 2020.

Hún sagði að búast mætti við að 60 útskrifist úr grunnlæknanámi erlendis árið 2025. Þar af útskrifist 53 frá Slóvakíu, eða 20 fleiri en verði árið 2024. Sjá má á tölum ráðuneytisins að læknanemum í Ungverjalandi fækkar á meðan þeim fjölgar í Slóvakíu. Þrír útskrifast á ári frá Danmörku fram til ársins 2025.

Ásta sagði frá því að 222 stundi sérnám í læknisfræði hérlendis í ár, þar af séu 68 í heimilislækningum. Hún nefndi einnig að 95 séu í meistaranámi í hjúkrunarfræði og 38 í ljósmóðurfræði. Þá séu 125 í diplómanámi.

Hún segir mjög jákvæða þróun í heimilislækningum. „Það hefur verið lögð áhersla á það hjá ráðherra að auka sérfræðinám í heimilislækningum," sagði hún. Þá væri verulega ánægjulegt að sjá fjölgunina í doktorsnámi við Háskóla Íslands, úr 11 árið 2015 í 34 árið 2019.

Ásta fór einnig yfir samanburð við önnur ríki. Þar kom fram að færri læknar væru að meðaltali á hverja 1000 íbúa hér (3,9) en í Svíþjóð (4,1), Danmörku (4,0) og Noregi (4,8). Miðað var við nýjustu gögn OECD (2016-2018). Þar kom einnig fram að laun lækna sem hlutfall af meðallaunum landsmanna væru 2,1 hér á landi, 2,3 í Svíþjóð, 2,6 í Danmörku en 1,8 í Noregi.

„Hér erum við þó með mun fleiri sérfræðilækna en almenna lækna," sagði Ásta. Hún fór einnig yfir mat á mannaflaþörf miðað við spá forsvarsmanna 33 heilbrigðisstofnana. Fram kom í svörum þeirra að mikill skortur væri á hjúkrunarfræðingum, bæði á höfuðborgarsvæðinu og á landsbyggðinni. Þörfin væri minni hjá sjálfstætt starfandi stofnunum en ríkisreknum. Fram kom að ekki væri metinn mikill skortur á læknum á höfuðborgarsvæðinu en meiri skortur væri á landsbyggðinni.

Ráðuneytið leggur mat á þörf eftir mannfjöldaspá til ársins 2030. Það telur að fjölga þurfi starfsfólki innan heilbrigðiskerfisins almennt um 12% samkvæmt „háspá" eða þeirri sem metur þörfina mesta.

10 stærstu starfsstéttir heilbrigðiskerfisins í lok árs 2019

Hjúkrunarfræðingar	4281
Sjúkraliðar	3900
Læknar	1508
Þroskaþjálfar	1063
Sjúkraflutningamenn	1055
Sjúkraþjálfar	779
Sálfræðingar	707
Félagsráðgjafar	658
Heilbrigðisgagnafræðingar	561
Lyfjafræðingar	534

Heimild: Tölur heilbrigðisráðuneytisins frá Heilbrigðisþingi 2020

Offita mest hér í Evrópu

„Ísland er núna með hæsta hlutfall fólks í ofþyngd í Evrópu," sagði Ásta Valdimarsdóttir, ráðuneytisstjóri heilbrigðisráðuneytisins þegar hún fór yfir tækifærin í áskorunum sem heilbrigðiskerfið horfir fram á. „Við erum að nálgast Bandaríkin. Þetta eru hræðilegar tölur," sagði hún.

„Við sjáum að sjálfsögðu aukinn stoðkerfisvanda á Íslandi. Við sjáum 50% aukningu milli ára á blóðsykurslækkandi lyfjum – þá er ég ekki að tala um insúlín."

Veirugreiningartækið komið

„Léttir og ánægja," segir Karl G. Kristinsson, prófessor og yfirlæknir á sýkla- og veirufræðideild Landspítala, en nýtt veirugreiningartæki sem beðið hafði verið eftir kom til landsins 13. desember. Von var á tækinu í nóvember en það getur greint allt að 4000 sýni daglega. „Við höfum ekki fengið einhlítar skýringar á seinkuninni aðrar en ástandið vegna COVID."

Karl segir að vegna samstarfs við Íslenska erfðagreiningu þar sem 18 starfsmenn deildarinnar hafi haft aðstöðu, hafi seinkunin ekki komið að sök. „Við höfum því verið með fullnægjandi afkastagetu, en með tækinu getum við flutt til baka."

Þrír tæknimenn frá Bretlandi eru væntanlegir í janúar til að setja tækið upp og reiknað er með að taka það í notkun um 20. janúar. „Fyrst um sinn verður það aðallega nýtt fyrir COVID. Við vitum ekki hvernig faraldrinum vindur fram og hvenær verður komið hjarðónæmi en þá notum við það fyrir aðrar rannsóknir. Þetta tæki getur greint miklu fleira en COVID. Bæði veirur og bakteríur," segir hann.



Karli G. Kristinssyni yfirlækni á Landspítala er létt því að tækið sem beðið hefur verið eftir er komið í hús. Það verður sett upp í janúar. Mynd/Læknablaðið

„Við getum því boðið mun betri þjónustu, styttri svartíma og fleiri rannsóknir."

Meiri líkur á öndunarfærasýkingum ef D-vítamín skortir

Hannes Hrafnkelsson heimilislæknir bendir á að fólk með nægt D-vítamín standi betur í COVID

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Hannes Hrafnkelsson heimilislæknir hvetur til inntöku D-vítamíns og bendir á að það hjálpi þeim sem veikist af COVID-19. Mynd/gag

„Rannsóknir benda til þess að ef einstaklingur er lágur í D-vítamíni aukist líkur á öndunarfærasýkingum, sem er hægt að fækka með því að gefa reglulega D-vítamín," segir Hannes Hrafnkelsson, heimilislæknir á Seltjarnarnesi.

„Nýleg rannsókn í *Nature* sýnir að fólk sem lagðist inn á sjúkrahús vegna COVID-19 og hafði lágt D-vítamín-gildi fór verr út úr veikindum sínum en það sem mældist með eðlilegt D-vítamín," segir hann og hvetur til árvekni og inntöku vítamínsins, sérstaklega nú í faraldrinum þegar margir séu enn meira inni við en áður. Sólarljós er helsta uppspretta D-vítamíns að sumri til.

Rætt verður um mikilvægi D-vítamíns á Læknadögum 21. janúar. Hannes opnar málþingið. „Það er löngu komið í ljós að vítamínið er mjög mikilvægt en það þarf að minna á það," segir hann og nefnir þekktar afleiðingar D-vítamínskorts eins og beinkröm og beinmeyru. Nú sé vitað að D-vítamín hefur áhrif á margvíslega starfsemi líkamans.

Hann vísar í fræðigrein sem birtist í *Læknablaðinu* í maí á þessu ári og Berglind Gunnarsdóttir heimilislæknir leiddi, sem sýnir að þéttni D-vítamíns í blóði hjá meirihluta barna og ungmenna hér á landi, eða um 60% þeirra, sé undir ráðlögðum gildum Embættis landlæknis. „Í endurteknum mælingum voru 40% krakka undir því sem landlæknir ráðleggur. Bara 13% voru með endurtekið gildi sem landlæknir metur nægjanlegt," segir hann.

Rannsóknin var gerð á sömu krökkum aftur með nokkurra ára millibili og segir Hannes ljóst að þegar ungbarnaeftirliti sleppir hætti margir foreldrar að gefa krökkunum D-vítamín. „Við sáum að mjög lítill hluti 7 ára krakka var að taka lýsi eða D-vítamín."

Hann hvetur til átaks í öllum aldurshópum og þá sérstaklega hjá þeim í áhættuhópi eins og gert er í fræðigreininni í *Nature*. Ekki hafi skort á umræðu um mikilvægi þess, sem þó virðist litlu skila. „Við foreldrarnir berum þessa ábyrgð," segir hann. Embætti landlæknis mælir með að hver taki um 800 einingar daglega og tekur Hannes undir þær ábendingar. Ekki hafi þó verið hægt að sýna fram á skaðleg áhrif D-vítamíns þótt fólk taki allt að 4000 einingum á dag.

Nefnir hann að einstaklingar með skert frásog, eins og til dæmis þeir sem hafi undirgengist aðgerðir vegna offitu, gætu þurft stærri skammta en þá sem Embætti landlæknis ráðleggur.

„Hópurinn fer stækkandi," segir hann. „Þeir sem hafa látið taka hluta þarmanna eru sumir með þann fylgikvilla að frásoga ekki vítamínin eins vel og áður. Þeir geta því þurft meira."

Læknar geta notið Læknadaga í heilan mánuð



Fyrsta læknaþingið sem Margrét Aðalsteinsdóttir hafði yfirumsjón með var þriggja daga endurmenntunarþing lækna haldið á Hótel Loftleiðum árið 1994. Á Læknadögum 2021 er Margrét enn skipperinn í brúnni og með alla (rafmagns-)þræði í hendi sér. Mynd/gag

„Sveigjanleikinn verður í fyrirrúmi. Langar vaktir eða búseta utan höfuðborgarsvæðisins þurfa ekki að hindra þátttöku á Læknadögum, allir geta notið dagskrárinnar," segir Margrét Aðalsteinsdóttir, starfsmaður Fræðslustofnunar lækna og Læknafélagsins. Hún heldur utan um Læknadaga í ár sem fyrri ár.

„Já, það er eins með Læknadaga og aðrar ráðstefnur um þessar mundir. Rafrænir," segir hún. Ráðstefnunni verður streymt frá Hörpu dagana 18. til 22. janúar. Gæðin verða því mikil. Sérstök heimasíða heldur utan um dagskrána og sér Advania um hana en tæknimenn Hörpu sjá um útsendinguna.

„Ekkert Teams, engir tækniörðugleikar," lofar Margrét. „Hægt verður að horfa á málþingin í beinni en einnig nálgast þau í mánuð eftir útsendinguna. Enginn þarf því að missa af málþingunum þótt fleiri en eitt séu í gangi á hverjum tíma."

Málþingin eru mæld í tugum, eða yfir 30 auk hádegisfyrirlestra. Vel yfir 130 manns taka þátt í umræðum og halda fyrirlestra. Aðgangseyrir er 30.000 krónur.

Auglýsing

Í pistlunum Úr penna stjórnarmanna LÍ birta þeir eigin skoðanir en ekki félagsins.

Reynir Arngrímsson
formaður LÍ
reynir@lis.is



Læknafélagið um áramót

Læknadagar 2021 - gleðidagar

Læknadagar 2021 verða með nýju sniði þetta árið í samræmi við breyttar aðstæður og samkomutakmarkanir. Ekki þarf að fjölyrða um mikilvægi símenntunar lækna, sem hefur legið í láginni allt árið sem var að líða. Vegleg fræðsludagskrá verður í boði eins og sjá má annars staðar í blaðinu. Læknadagar eru ekki hagnaðardrifinn viðburður og til að hægt sé að bjóða upp á jafn metnaðarfullan viðburð þarf að kosta ýmsu til. Aðeins er hægt að halda slíkri fræðsludagskrá uppi með sameiginlegu átaki allra félagsmanna. Þátttökugjöldum nú eins og áður er stillt í hóf til að standa undir kostnaði við uppsetningu og útsendingu dagskrárinnar. Allir sem vilja fylgjast með Læknadögum verða að vera með skráningu í sínu nafni. Nú geta læknar nálgast fyrirlestrana og annað efni í mánuð, sem skapar sveigjanleika fyrir þá og vinnustaðina. Úrvalið er fjölbreytt og með þessu fyrirkomulagi þarf enginn að missa af áhugaverðum málþingum. Auk fjölbreyttrar fræðslu- og símenntunardagskrár verða félagslega hlutanum einnig gerð skil á innri síðu ráðstefnunnar með sýningum á ýmsu gleðiefni úr fórum lækna.

Kjaramál – skref í áttina

Þann 7. desember síðastliðinn var skrifað undir nýtt samkomulag um breytingar og framlengingu á kjarasamningi LÍ og ríkisins eftir 22 mánaða samningaþóf. Samkomulagið felur fyrst og fremst í sér breytingar á grunnlaunum og að stigið var skref til samræmingar við kjarasamning Skurðlæknafélags Íslands ásamt breytingum á orlofskaflanum sem fela meðal annars í sér lengingu orlofs hjá yngri læknum í 30 daga. Á móti koma ákvæði um breytingar á frestun og fyrningu orlofs. Helsti ávinningur samkomulagsins var að sérstaklega var stigið skref hvað varðar launasetningu sérnámslækna og er vonast til að það styrki uppbyggingu og áhuga á framhaldsnámi á Íslandi og bæti hag þeirra lækna. Er það líka í samræmi við stefnu „lífskjarasamkomulagsins“ um áherslu á lægri launaflokkana. Ekki náðist samkomulag um styttingu vinnuvikunnar né ýmis ákvæði sem þarf að laga fyrir ákveðna hópa fremur en heildina. Það skal ekkert dregið úr því að margt þarf að leiðrétta sem ekki hefur náðst fram í fyrri samningum. Grunnlaunahækkun skilar sér til allra og hefur áhrif til hækkunar annarra launaliða samningsins. Áhersla á grunnlaunahækkun var í samræmi við niðurstöður skoðanakönnunar LÍ á meðal félagsmanna en 80% settu það í fyrsta sæti sem forgangsatriði í kjaramálum. Næst komu aðgerðir til þess að draga úr álagi, 47%, stytting vinnuvikunnar, 37%, hærra vaktakaup, 30%, og endurskoðun frítökuréttar, 23%. Bókanir sem fylgja samningnum eru 14 og taka til ýmissa mála. Sumar sem varða alla lækna, svo sem um veikinda- og slysarétt, og aðrar sem lúta að hagsmunum ákveðinna hópa. Má þar nefna læknisþjónustu og mönnun lækna í dreifbýli, skoðun á framkvæmd ákvæðis 3.2.4 um helgunarálag, sem fjallað er um í lögfræðipistli blaðsins, og um fræðslumál lækna og skráningu símenntunar, sem aðalfundur LÍ hefur lagt áherslu á í ályktun sinni. Lengi vel var tekist á um þessi atriði í samningaviðræðunum en að lokum fallist á að setja bókanir sem kveða á um sameiginlega vinnuhópa sem skoða málin. Til að styðja lækna sem taka þátt í þessum vinnuhópum til undirbúnings hefur verið ráðinn verkefnastjóri og er það nýjung í starfsemi og eftirfylgni kjarasamninga LÍ.

Kandídatsárið – tími á endurskoðun

Hafin er endurskoðun á reglugerð um menntun, réttindi og skyldur lækna og skilyrði til að hljóta almennt lækningaleyfi og sérfræðileyfi. Mikilvægt er að skilyrðum um veitingu almenns lækningaleyfis sé komið í sama farveg og á Norðurlöndum. Þar hefur verið afnumin krafa um viðbótarstarfsnám að afloknu háskólaprófi í læknisfræði til að hljóta almennt lækningaleyfi. Þetta misræmi er nú þegar farið að valda þeim sem fara í framhaldsnám vandræðum. Félag læknanema hefur vakið athygli heilbrigðis- og háskólayfirvalda á þessu misræmi og kallað eftir viðbrögðum. Eyða verður þeirri óvissu sem mismunandi reglur milli landanna geta valdið. Taka ber undir áhyggjur Félags læknanema um ójafnræði sem þetta getur skapað fyrir þá sem útskrifast hérlendis og hyggja á framhaldsnám erlendis en líka fyrir þá sem ljúka grunnnámi erlendis með almennu lækningaleyfi og flytjast heim. Hyggilegast sýnist að með embættisprófi frá læknadeild HÍ hljóti nemendur jafnframt almennt lækningaleyfi í stað tímabundins lækningaleyfis að fyrirmynd til dæmis Noregs og Svíþjóðar. Fyrsta ár eftir útskrift sé hluti af framhaldsnámi eða undirbúningi framhaldsnáms læknis með almennt lækningaleyfi. Því fyrr sem óvissunni er eytt, því betra.

Stjórn Læknafélags Íslands

Reynir Arngrímsson formaður

FAL
Berglind Bergmann
Indriði Einar Reynisson

FSL
María I. Gunnbjörnsdóttir
Guðrún Dóra Bjarnadóttir

FÍH
Salóme Ásta Arnardóttir
Jörundur Kristinsson

LR
Þórarinn Guðnason
Alma Gunnarsdóttir

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Ver Vestfirði fyrir smitum

Súsanna Björg Ástvaldsdóttir umdæmislæknir sóttvarna á Vestfjörðum segir krefjandi að flug vestur hafið legið mikið niðri nú í COVID-19. Hún segist alltaf hafa verið skýr við útgerð Júlíusar Geirmundssonar og skipuleggur starfið út frá samgöngum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Sjúkrahús er öryggiskrafa fólks sem ætlar að búa á Vestfjörðum," segir Súsanna Björg Ástvaldsdóttir, yfirlæknir heilsugæslu Heilbrigðisstofnunar Vestfjarða. Hún hefur verið búsett á Ísafirði í 7 ár nú í janúar.

Hvert áfallið af öðru hefur dunið yfir á Vestfjörðum á þessu ári. Snjóflóð féll á Flateyri í janúar. Hópsmit kom upp á hjúkrunarheimilinu Bergi í Bolungarvík í byrjun apríl og liðsauki sendur vestur. Smit kom upp á hjúkrunarheimilinu Hlíf á Ísafirði í ágúst og hópsmit um borð í skuttogaranum Júlíusi Geirmundssyni þar sem meginþorri 25 skipverja var smitaður. Súsanna er umdæmislæknir sóttvarna á Vestfjörðum.

„Við fengum ekki lækna senda til að hjálpa heldur lagðist álagið ofan á alla aðra vinnu sem við sinnum. Við höfum keyrt á yfirsnúningi frá því í febrúar," segir Súsanna. „Við unnum hér mjög langa vinnudaga margar vikur í röð. Við röktum smit með hausinn á kafi í annarri vinnu."

Súsanna segir læknana þrjá sem sinni fastri vinnu á stofnuninni alltaf viðbúna. „Hér getur blossað upp allt annar veruleiki en á höfuðborgarsvæðinu og við staðið frammi fyrir sambærilegum vanda og á Ítalíu. Það er okkar sóttvarna- og umdæmislæknanna að passa samfélagið okkar, passa að smit dreifist ekki." Það hafa þau gert með Súsönnu í fararbroddi.

Afdráttarlaus í svörum

Mál togarans Júlíusar Geirmundssonar var á allra vörum og í tengslum við það var því fleygt fram að Súsanna hefði ekki kallað togarann afdráttarlaust í land. „Ég hef alltaf verið skýr í tilmælum mínum," segir hún. „Þeir sem þekkja mig vita að það hefði verið ómögulegt fyrir mig að segja annað en það sem ég hef sagt í marga, marga mánuði: Komið í sýnatöku," leggur hún áherslu á.

„En útgerðin Gunnvör er stórt fyrirtæki á litlum stað. Rígur skapaðist í samfélaginu um hvað væri rétt og rangt. Þess vegna er gott að málið sé afgreitt í sjóprófum og að lögreglan skoði málið," segir hún um þá ákvörðun að túrinn skyldi kláraður þrátt fyrir smitin.

Hún segir *Læknablaðinu* frá því að tveimur dögum fyrir viðtalið nú hafi hún svo fengið símtal þar sem óskað var eftir að 35 sjómenn færu í sýnatöku. Hún hafi ekki getað tekið á móti því skipi vegna veðurs. Sýnin hefðu setið föst fyrir vestan.

„Ég vísaði skipinu til Reykjavíkur," segir hún ákveðin. Ekki sé hægt að stóla á flugsamgöngur. „Við getum aðeins skipulagt sýnatökur hér fyrir vestan í takti við samgöngurnar," segir hún og gagnrýnir að flugið hafi oft legið niðri í heimsfaraldrinum.

„Þess vegna beittum við þeim ráðum að setja fólk í sóttkví og einangrun áður en ljóst var um niðurstöður úr sýnatöku hér í vor. Við vissum að það tæki á annan sólarhring að fá niðurstöðuna og gátum með þessum aðgerðum verið skrefi á undan COVID í samfélaginu," segir hún.

Röktu smitin flest til tveggja

Súsanna segir að um 100 manns hafi smitast í heildina í fyrstu bylgjunni en rekja hafi mátt 80 smitanna til tveggja. „Þau fengu að malla í samfélaginu í um þrjár vikur þar sem leiðbeiningarnar voru að ekki mætti fara í sýnatöku nema fólk hefði yfir 38 gráðu hita, kvef og beinverki."

Þau hafi fljótt séð hve vandinn var útbreiddur. Rekja hafi mátt veikindi eins fjölskyldumeðlims af öðrum til ferðar til Reykjavíkur þremur vikum áður. „Þessi rakning varð til þess að við fórum í 5 manna samkomubann." Það hafi hjálpað þeim mikið.

„Hér á Ísafirði þekkja allir alla og fólk kemst ekkert upp með að segja að það hafi ekki verið einhvers staðar, því maður veit betur." Það sýni mikilvægi þess að virkja umdæmi sóttvarna á hverjum stað. „Rakningin verður svo miklu öflugri og við höfum átt gott samstarf við rakningarteymi og þríeykið. Allt gekk eins og smurð vél."

En myndi hún vilja sjá frekari sérsniðnar lausnir fyrir hvert landsvæði? „Nei. Vestfirðingar fara mikið suður. Þetta er



Súsanna Björg vinnur sem yfirlæknir heilsugæslunnar og segir að sig dreymi um að Heilbrigðisstofnun Vestfjarða geti verið öflugri kennslustofnun. Þau byggi upp hægt og rólega í þá átt.

stutt hálftíma flug og ef hér væru minni takmarkanir myndi smit dreifast hraðar um. Þannig að lausari taumur á alls ekki við um Vestfirði.“

Lærði í Danmörku

Súsanna segir að fjölskyldan hafi ekki ætlað að vera eins lengi fyrir vestan og raunin er. „En við komumst fljótt að því að hér er æðislegt að búa.“ Læknisstarfið er fjölbreytt. „Ég er á heilsugæslu, lyflæknir, bráðalæknir – allt í einu – og umdæmislæknir sóttvarna líka,“ segir hún og hlær. Maður hennar starfar í bænum sem lögfræðingur.

Súsanna lærði til læknis í Óðinsvéum í Danmörku og tók kandídatsárið hér heima. „Ég er alin upp á slysa- og bráðadeildinni og hafði alltaf í huga að starfa þar. Ég fæ að gera mikið af því hér og er því svo sátt.“ Hún lýsir því hvernig þau hafi nú veika manneskju inniliggjandi á sjúkrahúsinu sem hefði þurft að flytja suður en komist ekki vegna veðurs.

„Við verðum að vera í stakk búin til að veita bráðameðferð í nokkra daga þar til við komum fólki suður.“ Þrír læknar eru fastráðnir hjá stofnuninni. Hún er yfirlæknir á heilsugæslunni, einn er bæklunarskurðlæknir á heilsugæslunni og annar er skurðlæknir á sjúkrahúsinu.



Mál togarans Júlíusar Geirmundssonar var á allra vörum. Súsanna fór með samstarfsfélögum um borð þegar hann lagðist að bryggju með smituðum skipverjum. Hún segir að hún hafi alltaf hvatt forsvarsmenn skipsinstil þess að koma í land í sýnatöku. Myndirnar tók Hafþór Gunnarsson í Bolungarvík.

Lítið um verktöku

„Síðan höfum við fengið kandídata, sérnámslækna og verktaka í bland hingað vestur. En við höfum verið heppin undanfarin ár því það er vinsælt að koma hingað. Við höfum því að mestu sloppið við verktökuna.“

Hún segir að stutt stopp lækna komi í veg fyrir samfellda þjónustu við sjúklinga. „Fólk vill hitta sinn lækni og fá eftirfylgd sem verður brothættari með verktöku. Í rauninni er það bagalegt fyrir okkur sem störfum hér og þurfum þá að fylgja þungu málunum eftir, sem og fyrir



Mynd úr einkasafni.

sjúklingana. Verktaka er holufyllir þar sem læknar stökkva inn á vaktir.“ Verktaka á landsbyggðinni sé því vandamál.

„Heilbrigðisstarfsemi á landsbyggðinni er rekin meira og minna í verktöku.“ Erfitt er að fá fastráðna lækna, sem skilar sér í mikilli vaktabyrði þeirra fastráðnu úti á landi. „Það er vart heillandi fyrir unga lækna,“ segir hún. Hún er á um 15 bakvöktum á mánuði. „Ég fer í útkall ef upp koma bráð veikindi eða slys,“ segir hún og lýsir því hvernig hún mæti svo í vinnu á daginn, jafnvel ósofin.

„Það er ekki eins og einhver geti mætt ef maður vill sofa daginn eftir. Ég tek því fríin mín út eftir á.“ En gengur þetta upp? „Nei,“ svarar hún. „Ég á þrjá mánuði í uppsafnað frí.“ Það vantar fastráðna lækna á heilsugæsluna. „Ég er eini heilsugæslulæknirinn á Vestfjörðum fyrir utan einn sem sinnir Patreksfirði í verktöku í 26 vikur á ári.“

Læknar þekkja almennt lítið til á landsbyggðinni. Það átti líka átt við um hana og því kom henni á óvart hve fjölbreytt starfið er þegar hún flutti vestur.

„Já, algerlega. Ég hélt ég myndi standa ein að starfinu,“ segir hún. „En hér er mikil stoðþjónusta; röntgen á vakt, skurðstofa opin með skurðstofuhjúkrunarfræðingum og rannsóknarstofa. Hér er því heilmikil starfsemi sem þarf að vera, eins og núna þegar er óveður. Við verðum að geta bjargað okkur,“ segir hún.

Vön landsbyggðarlífinu

Súsanna og fjölskylda höfðu ekki tengingu til Ísafjarðar áður en þau fluttu en hún lýsir því hvernig hún hafi búið um allt land í gegnum tíðina og sé vön landsbyggðarlífinu. „Ég held að það sé gott að vera læknir í samfélagi þar sem maður er ekki fæddur og uppalinn,“ segir hún.

„En Vestfirðingar eru fastir í ættfræðinni. Ég slepp fyrir horn þegar ég segi þeim að pabbi minn sé frá Hólmavík,“ segir hún og hlær. Þar fæddist hún og bjó fyrstu árin. Flutti þá á Blönduós, sótti menntun fyrir austan og til Akureyrar, höfuðborgarinnar og Danmerkur. „Maður verður óhræddari við að taka áhættu þegar maður flytur mikið,“ segir hún. Súsanna er komin af sjómönnum í báðar ættir. „Komin af fólki sem setur hausinn undir sig og vinnur,“ segir hún og hlær. „Það hefur komið sér einkar vel þetta árið.“

Hún segir draumi líkast að búa stutt frá vinnu og geta stundað áhugamálin eftir hana; langhlaup og skíði. „Það fer enginn tími í samgöngur. Ég er mínútu í vinnuna og mínútu heim og er alltaf úti að leika ef ég er ekki í vinnunni,“ segir hún og hlær. „Hreyfing er mér mikilvæg og hjálpar við að takast á við álagið í vinnunni.“

En hvernig hefur kófið leikið hugarfarið fyrir vestan? „Vestfirðingar eru bara svo miklir naglar,“ segir Súsanna en nefnir þó að fólk sé orðið þreytt þar eins og annars staðar. „En það er mikil samheldni í samfélaginu. Við pössum öll hvert upp á annað. Vestfirðingar eru örugglega bara vanir að vera einir á báti vegna erfiðra samgangna.“

Vill sjá kennslu fyrir vestan

En hvernig sér hún stofnunina þróast til framtíðar? „Fjarlækningar,“ svarar hún. Þau vinna með Landspítala að þróun fjarheilbrigðisþjónustu. „Það er stór kostur fyrir landsbyggðina að hafa sérgreinalækna sem geta tekið viðtöl um netið, verið jafnvel í hópavinnu í Reykjavík í gegnum fjarfundabúnaðinn,“ segir hún.

„Síðan dreymir mig um að Heilbrigðisstofnun Vestfjarða geti verið öflugri kennslustofnun. Ég hef unnið að því og síðan ég kom hafa komið hingað kandídatar. Við byggjum upp hægt og rólega,“ segir hún og bendir á að sjaldnast þurfi að senda fólk á Landspítala.

„Sumir vilja ekki fara til Reykjavíkur. Sumir vilja heldur deyja en að fara til Reykjavíkur,“ segir Súsanna og hlær.

En ætlar hún að vera lengi fyrir vestan? „Mig langar að halda áfram að byggja upp staðinn og er opin fyrir nýjungum eins og fjarheilbrigðisþjónustu. Ég vil koma okkur almennilega á kortið fyrir starfið sem hér er unnið – með jákvæðum fréttum.“



Ráðstefna í „útlöndum“ en ekkert farið. Helgi Sigurðsson æðaskurðlæknir tók myndina.

Hannes Petersen

Dagur í lífi HNE-læknis á Akureyri á aðventunni

07:20 Opna augun, loka þeim, opna aftur, loka, opna … enginn munur. Svakalegt sem það er þetta skammdegi. Næ fókus á klukkuna, góðir átta svefntímar að baki, glaðvakna því heilmargt er framundan. Kaffi og ristað brauð, kertaljós við morgunverðarborðið og Sigrún mín gegnt mér í skímunni. Jólalög á Retró í morgunútvarpinu, gefum pestar-þrástefinu frí.

08:20 Kominn á SAK, ræsi tölvuna. Saga spyr hvort ég eigi erindi… tja, jú ætli það ekki; kanna afdrif sjúklinga sem ég tengdist á slysadeildinni daginn áður og sé að allt hefur leyst. Maður er semsagt ekki ómissandi, skrítið. Næst eru það tölvupóstar; tvö póstföng sem þarf að sinna. Alltaf eitthvað um „þumallinn upp“ svarað til allra, en inn á milli póstar sem þarf að svara strax og svo aðrir sem mega bíða. Tölvupóstar eru svo mikil ferskvara.

09:40 Sinni tveimur HNE-tilvísunum, hnútar á hálsi, þeim er mikilvægt að sinna eins fljótt og hægt er og jafn mikilvægt að búa við heilbrigðiskerfi sem leyfir það.

10:30 Næ að setjast við skjáinn og fara enn einu sinni yfir fyrirlestur eftirmiðdagsins. Núna er það aðallega að slípa frönskuna, en síðastliðið sumar hafði ég, í gleðikasti, lofað að halda fyrirlesturinn á frönsku en PP-slæðurnar fengju að vera á ensku. Hádegismatur í dós, skyr og malt og appelsín, reynist ekki vera sú hátíðlega hjálparblanda sem ég taldi tungunni nauðsynlega svo franskan fljóti. Rauðvín og ostar hefðu eflaust staðið betur með mér.

13:00 Set rör í hljóðhimnur tveggja miðaldra kvenna, önnur hægri, hin vinstri og velti fyrir mér hversu tímarnir hafi breyst, börnin mikið til að sleppa. En tvisvar verður gamall maður víst barn.

14:00 ESCEBD-ráðstefnan að byrja á Zoom. Þetta er ráðstefna sem haldin er árlega í Nancy í Frakklandi þar sem jafnvægisvísindamenn frá frönskumælandi löndum kynna rannsóknir sínar og treysta rannsóknarsamvinnuböndin. Ráðstefnan mun standa yfir til klukkan átta og þannig eru þátttakendur frá Líbanon í austri og Kanada í vestri innan þokkalegs tímaramma. Kunningjarnir fara að birtast, við vinkum og spjöllum, Phillipe, Pierre, Raphael, Solara, Hermann og Art, en það er eitthvað sem passar ekki, eitthvað sem vantar.

16:50 Röðin komin að mér og það er bara gaman að fá að miðla rannsóknum sínum; sínum, neiii rannsóknir eru samstarf þar sem margir koma saman í kringum hugmyndir, aðferðir og úrlausnir. Í dag kynni ég fyrstu niðurstöður okkar úr sjóveikiherminum. Þar stendur þátttakandinn á hreyfanlegum palli og horfir á öldur, í sýndarveruleikagleraugum, eins og hann standi á bát. Allt fer síðan af stað, hreyfing pallsins í takt við öldurnar sem hann sér. Fjöldi lífmerkja er síðan greindur, sem eru svör við upplifuninni í sjóveikiherminum, en þessi samsetning er ný og gefur góð fyrirheit.

20:00 Ráðstefnan búin, tvö til þrjú klikk með músinni, skjárinn svartur og þú einn. Ekkert spjall og bjór, ekkert tækifæri til að leita ráða, kanna samstarf, spyrja um fjölskyldur, lífið og tilveruna. Best að drífa sig heim.

20:10 Tókuð þið eftir tímanum, allt innan seilingar á Akureyri. Kvöldmatur, heitt brauð í ofni og spánskt hvítvín. Ofninn var heitur eftir smákökubakstur Sigrúnar, fjórar sortir í eftirrétt, kaffi og Crown sem streymir úr Netflix.

22:00 Fréttir; hvað er maður alltaf að hlusta á þessa endurtekningu, og þó, loksins virðist vera að birta yfir þeim.

22:30 Kominn upp í, þarf mína níu tíma. Þessi dagur þaut hjá, kviss bang, enn er eins og vikurnar séu bara mánudagar og föstudagar.

Sagan sýnir að við lærum mest af mistökum

Aðgerðir í heimsfaröldrum eru alltaf gagnrýndar segir Magnús Gottfreðsson smitsjúkdómalæknir. Hann óttast að eftir að bólusetningar hefjist verði ekki stutt við fjársvelt heilbrigðiskerfið. Það hafi verið í króníkri krísu allt frá bankahruni

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Þetta hefur verið erfitt og óvenjulegt ár," segir Magnús Gottfreðsson, prófessor og yfirlæknir á Landspítala, sem nú er nýhættur í ritstjórn *Læknablaðsins* eftir 7 ára setu, þar af síðastliðin fjögur ár sem ritstjóri. „Ég kveð blaðið með söknuði en jafnframt með þeirri sannfæringu að mörg framfaraskref hafi verið stigin í útgáfu blaðsins á undanförnum árum. Þá er ég þeirrar skoðunar að regluleg endurnýjun sé nauðsynleg í starfi eins og þessu, gott fólk tekur við og framtíð blaðsins er björt."

Magnús stjórnar 15 manna vísindadeild Landspítala og kennir við Háskóla Íslands, hann er með doktorsnema og mörg rannsóknarverkefni. Hann er einnig forseti NSCMID, samtaka sérfræðinga í smitsjúkdómum og sýklafræði á Norðurlöndunum, sem hafa þurft að fella niður ráðstefnur ársins og funda þess í stað reglulega með fjarfundabúnaði. Magnús er smitsjúkdómalæknir í heimsfaraldri, eitthvað sem hann bjóst við en trúði samt ekki.

„Faraldrar eru tilhugsun sem við smitsjúkdómalæknar erum vanir. Ég bjóst við þessu og hef rætt margoft, en samt kom örlítið á óvart þegar heimsfaraldurinn raungerðist. Þetta er togstreita á milli rökhugsunar og trúar," segir Magnús á léttu nótunum. En hvernig metur hann framhaldið?

„Við höfum heyrt tölur nefndar og sviðsmyndir en þangað til að við náum því marki að geta tryggt að 60-70% þjóðarinnar hafi mótefni, ógnar veiran daglegu lífi okkar," segir hann. „Sennilega mun það taka út árið 2021 en vonandi er það rangt hjá mér og við fáum meira bóluefni hraðar og leysum dæmið fyrr."

Sammannlegt eðli

Magnús segir áhugavert „bæði persónulega og faglega" að verða vitni af því hvernig sagan verður til. „Geta borið saman viðbrögð mismunandi þjóða og mátað það allt í spegli sögunnar." Þótt tímarnir séu ekki fordæmalausir, upplifi kynslóðirnar sem nú lifa það svo. „Tilfinningalegu viðbrögðin eru sambærileg hvar sem maður drepur niður fæti. Sammannlegt eðli sýnir sig við þessar aðstæður," segir Magnús.

„Niðurstaðan er oft sú þegar rýnt er í gögn eftir á að annaðhvort hafi verið gert of lítið eða of mikið," segir hann. „Það er aldrei þannig að fólk segi að einhver hafi fundið réttu lausnina. Allar ákvarðanir orka tvímælis og gagnrýni er óhjákvæmileg. Hún er beinlínis skrifuð inn í atburðarásina. Öðruvísi getur þetta ekki verið því breytingin er það hröð í eðli sínu og heimsfaraldurinn snertir okkur öll á einhvern hátt," segir Magnús.

„Það er þó varasamt og ákveðin rökvilla að meta umfang faraldra eingöngu með því að skoða tölurnar um þá eftir á, þegar miklum ráðstöfunum hefur verið beitt til að lágmarka skaðann," segir hann.

En er hægt að bera saman COVID-19 og spænsku veikina sem náði landi 1918 og Magnús hefur mikið skoðað? Þá veiktust ríflega 60% borgarbúa og mörg hundruð dóu. „SARS-CoV-2 er mjög smitandi og ef við beitum ekki sérstökum aðgerðum til að takmarka útbreiðslu getum við hæglega lent í sömu stöðu og í spænsku veikinni," segir hann og bendir á að báðar veirurnar hafi smitstuðulinn 2-3.

„En munurinn er sá að í spænsku veikinni var ekkert gert hér í borginni og veiran gekk hratt yfir og smitaði gríðarlega marga. Ef ekki hefði verið tekið föstum tökum á veirunni í yfirstandandi faraldri stæðum við í mjög erfiðum sporum."

Harðar aðgerðir í veiku kerfi

Vegna aðstæðna hefur Magnús tekið meiri þátt í klínískum störfum með læknum spítalans. Hann segir fólk hafa lagt mikið á sig og upplifað gríðarlegt álag. „Við getum verið mjög stolt af árangri okkar í þessari baráttu hingað til. Vonandi verður framhald á því nú þegar bólusetningar eru í augsýn.

Orrustan við veiruna er samt ekki búin þegar strax er farið er að tala um að herða sultarólarnar. Það sendir skrýtin skilaboð," segir hann og vísar til aðhaldskröfunnar sem nú er gerð á spítalann. Samkvæmt



Magnús í aðalskrifstofuhúsnæði Landspítala við Skaftahlíð 24, áður Stöð 2, þaráður Tónabær, þarþaráður Lídó. Mynd/gag.

fjölmiðlum nemur talan 400 milljónum á fjárlögum en á 5. milljarð sé litið til hallareksturs síðustu ára sem standa þurfi skil á. „Ég spyr mig hvort þetta séu skilaboðin sem almenningur vill senda inn í heilbrigðiskerfið eins og staðan er? Ég er ekki viss um að það sé þannig."

Magnús bendir á veika stöðu íslenska heilbrigðiskerfisins fyrir faraldurinn. „Við megum ekki gleyma því að við erum með minni getu til að takast á við svona áföll en margar aðrar þjóðir því við erum með fremur lítið heilbrigðiskerfi og einangruð í Norður-Atlantshafi. Við getum til að mynda ekki leitað til nágrannaríkja, sent sjúklinga á milli landa eins og gert hefur verið á meginlandi Evrópu.

Einnig er gjörgæslan hjá okkur lítil, eins og margoft hefur komið fram, og erfitt að stækka hana. Þetta er ekki eins og að kaupa eitt sett af tækjum og málið er leyst. Það er flókið að byggja strúktúrinn upp og margir hlekkir í þeirri keðju." Hann heldur áfram: „Eitt af því sem lengi hefur verið vanrækt í heilbrigðiskerfinu er fjármögnun vísindastarfs og efling háskólahlutverks Landspítala. Við aðstæður sem þessar skiptir öllu máli að spítalinn og heilbrigðiskerfið hafi burði til að rækja rannsókna- og menntunarhlutverk vel. Viðbrögð okkar verða að byggjast á þekkingu." Hann óttast að þegar þessi faraldur sé frá verði ekki byggt upp fyrir næsta áfall.

„Ég tel reyndar að sagan sýni að við lærum mest af mistökum, þannig að ef við sleppum tiltölulega vel frá þessum faraldri erum við ekki jafn líkleg til þess að læra af honum," segir Magnús og er hugsi.

Vilji almennings hunsaður?

„80.000 manns skrifuðu til dæmis árið 2016 undir undirskriftarlista um að efla heilbrigðiskerfið og bæta fjármögnun þess. Mjög margir þeirra sem sitja á þingi í dag sitja þar út á slík loforð en núna voru að birtast tölur frá OECD sem sýna að þetta hlutfall hefur lítið sem ekkert breyst." Það nemi 8,8% af vergri landsframleiðslu samkvæmt bráðabirgðatölum OECD fyrir árið 2019, frá 8,5 prósentunum frá árinu áður. Magnús bendir á að strax og talan haggist ögn upp á við sé farið fram á niðurskurð.



Ritstjórnin samankomin á fundi í Hlíðasmára haustið 2019. Frá vinstri: Sigurbergur Kárason, Elsa B. Valsdóttir, Magnús Haraldsson, Ingibjörg Guðmundsdóttir, Magnús Gottfreðsson og Gerður Gröndal. Á myndina vantar Margréti Ólafíu Tómasdóttur. Mynd/ VS.

„Tölurnar sýna að stjórnmálamenn eiga mjög erfitt með að standa við loforð um að efla kerfið, jafnvel þó að þeir lýsi því hátíðlega yfir að setja málið á oddinn. Á sama tíma upplifum við hér á spítalanum, sem hefur verið meira og minna í króníska krísu frá því að spítalarnir voru sameinaðir, að gengið sé fram með óraunhæfum kröfum um niðurskurð," segir hann. „Maður er hugsi yfir yfir þessu í ljósi þess sem á undan er gengið."

Hefur vilji almennings þá áhrif? „Mér sýnist ekki," svarar hann rólega. „Þessar tölur tala sínu máli. Nú efast ég ekki um góðan ásetning þegar orð um að efla kerfið eru sögð. En ásetningur er eitt og raunveruleg framkvæmd er annað." Hann vill þó ekki gera lítið úr þeim breytingum sem gerðar hafi verið og bendir á að heilsugæslan hafi verið efld.

„Staðreyndin er þó sú að kerfið í heild sinni hefur verið vanfjármagnað lengi. Fjármagn hefur nýlega verið fært frá spítalanum til heilsugæslunnar. Það er pólitísk ákvörðun með sínum rökum, en það var ekki beðið um það. Almenningur var að biðja um betri fjármögnun kerfisins í heild og við stöndum samt nánast á sama punktinum." Hann segir það dapurlegt.

„Ég er hissa á að þetta skuli ekki vera rætt meira. Ég velti því fyrir mér hvort það verði þannig áfram þegar fer að nálgast kosningar," segir hann. „Ef menn





Magnús í vinnunni í vor þegar kófið brast á af fullum þunga. Myndir/Þorkell Þorkelsson.

gera ekki ráð fyrir að þurfa að standa við loforðin í fjárlögum þá standa menn ekki við loforðin, hvað sem þeir svo segja í ræðustól.“

En aftur að veirunni. Magnús segir að hann verði að játa að hann hafi reiknað með að þróun bóluefnis myndi taka ívið lengri tíma. En undirstaðan hafi staðið styrk. „Það höfðu þegar verið stigin ákveðin skref í grunnrannsóknum á skyldum veirum eins og SARS-veirunni. Einnig voru komnar fram nýjar aðferðir við hönnun og framleiðslu bóluefna,“ segir hann.

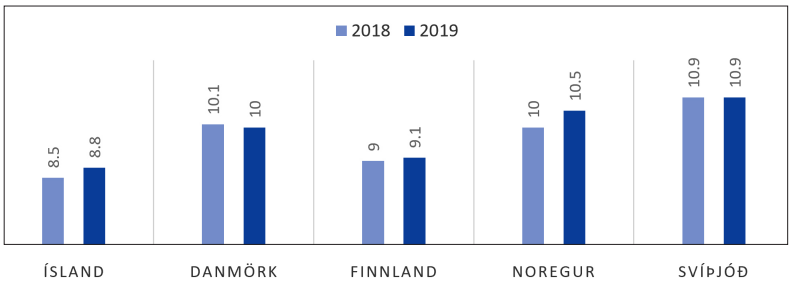
„Þannig að þessi tæki voru komin í verkfærakistuna þegar faraldurinn hófst og hægt að grípa til þeirra og nota. Það vildi okkur til happs,“ segir hann. „Þetta hefur orðið til þess að við þróun bóluefna gegn SARS-CoV-2 hefur hraðamet í hverju einasta þrepi verið slegið“ En stafar fólki hætta af því að hvert skref í áttina að bóluefni hafi verið stytt?

„Ég get ekki séð að það hafi verið slegið af kröfunum,“ segir Magnús. Óvissa fylgi þó öllum framfaraskrefum.

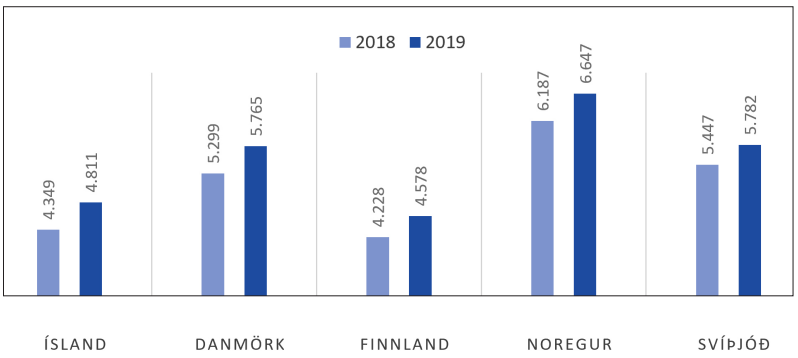
„Ég tel að allir geri sér grein fyrir hve mikið er í húfi. Ef ekki tekst vel til getur það haft mikil áhrif á ímynd bólusetninga, heilbrigðisvísinda og vísinda almennt. Það er því mikið undir að fólk beri traust til vísinda og þekkingar. Þar stöndum við Íslendingar vel sem betur fer.“

Hann telur ekki að fólk þurfi að óttast. „Við getum ekki útilokað alla áhættu í lífinu og í þessari stöðu sem við erum í. Þjóðir heimsins þar sem meðalaldurinn er hár upplifa nú gríðarlegan skaða farsóttarinnar. Þegar bóluefni hafa fengið samþykki frá eftirlitsaðilum ætti áhættan af notkun þeirra að vera hverfandi borið saman við óbreytt ástand, sem er að leyfa þessari veiru að grassera með tilheyrandi afleiðingum.“

Þróun útgjalda á Norðurlöndunum – hlutfall af vergri landsframleiðslu



Þróun útgjalda á Norðurlöndunum – dollarar á hvern þegn



Verjum 38% minna í heilbrigðiskerfið en Norðmenn

Norðmenn verja 38% meira í heilbrigðiskerfið er íslensk stjórnvöld, – dönsk og sænsk um 20% meira, en finnsk tæpum 5% minna þegar litið til Bandaríkjadollara á hvern þegn landanna. Þetta má lesa út úr glænýjum tölum Efnahags- og framfarastofnunarinnar, OECD.*

Fjárhæðin hækkaði milli ára hér á landi um 462 dollara á mann, fór úr 4349 dollurum í 4811, en íslensku tölurnar eru sagðar til bráðabirgða. Aukningin nemur 10,6% á sama tíma og gengi íslensku krónunnar hefur veikst um 4% miðað við miðgildi þann 31. desember árin 2018 og 2019.

Öll Norðurlöndin juku fjárframlögin, sé litið til dollara á hvern þegn. Danir um 8,7%, Finnar um 9,7%. Norðmenn um 7,4% og Svíar um 6,15%.

*Health spending. data.oecd.org/healthres/health-spending.htm – desember 2020.

Auglýsing

Tæknin færir lækna frá tölvunni til sjúklingsins

Kófið hefur hjálpað læknum að yfirstíga ótta við tækninýjungar og nýta þær sér til hagsbóta. Læknarnir Guðrún Ása Björnsdóttir og Berglind Bergmann fara yfir það mikilvægasta þegar kemur að nýrri tækni í heilbrigðismálum á Læknadögum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Í COVID-19 hafa múrar brotnað og fólk þorað að stíga út fyrir þægindarammann," segir Guðrún Ása Björnsdóttir og horfir til þess hvað tæknilausnir hafa fengið aukið brautargengi í heimsfaraldrinum. Þær Berglind Bergmann, sem tók við keflinu af henni sem formaður Félags almennra lækna (FAL), halda utan um málþingið Tækni í heilbrigðisþjónustu: Tæknilausnir og fjarlækningar, á fyrsta degi Læknadaga.

„Læknar um allan heim hafa byrjað að nota tæknilausnir sem þeir gerðu ekki áður. Þeir hafa opnað hugann fyrir öðru vinnulagi, öðrum lausnum og samskiptaformi," segir Guðrún Ása. Þær segja alla meðvitaða um mikilvægi tækninnar en mörgum vaxi í augum að byrja enda ógrynni af upplýsingum alls staðar. Hlaðvörp, smáforrit, Twitter.

Berglind segir margt í gangi sem hjálpi bæði læknum og sjúklingum. „Þessi aukna tækni og að nýta hana í heilbrigðisþjónustunni er komin til að vera og getur hjálpað okkur." Um leið geti hún þvælst fyrir. Guðrún Ása tekur við og segir oft nóg til að drepa áhugann að vita ekki hvar eigi að byrja. „Við ætlum því að fara yfir það helsta," segir hún.

Læknar þrói tæknina

Þær segja mikilvægt að láta ekki þróun tækninnar alfarið í hendur annarra, heldur eigi læknar að taka þátt í henni. „Við þurfum að vera þátttakendur en ekki standa á hliðarlínunni," segir Guðrún Ása.

En hverjar eru áskoranirnar? Berglind nefnir að margir óttist að tæknin muni skaða samband læknis og sjúklings en aukin tæknivæðing geti hins vegar styrkt sambandið. „Samskipti lækna og sjúklinga hafa aðallega verið augliti til auglitis. Það er ákveðin áskorun í því. Sumir nota þessar röksemdir gegn aukinni tæknivæðingu." Hins vegar megi horfa öðrum augum á tæknina. Hún geti fært lækninn frá tölvunni og gefið honum meiri tíma með sjúklingnum.

„Nýútskrifaður læknir talar um að hann sé mest fyrir framan tölvuna en ekki með sjúklingnum," segir hún. „Með tækninni getum við færst frá því að starf læknis sé helst nýtt í skráningar í að lækna," segir hún. „Ég er spennt fyrir þessu." Hún nefnir hættuna á kulnun við mikla skráningarvinnu lækna.

Þær nefna að margar lausnir hafi verið kynntar, eins og gervigreind, sem einnig hafi kallað fram ótta um að tæknin taki yfir hlutverk læknisins.

„Ég held að það verði aldrei," segir Berglind. „Tæknin á að hjálpa okkur þótt við verðum að gæta að ýmsu, eins og öryggi. Við sýslum með mikilvægar persónulegar upplýsingar og þurfum að vera meðvituð um það."

Lausnir sem bæta engu við

Guðrún segir að með nýrri tækni þreifi fólk fyrir sér. „Það er hægt að vera með lausnir sem bæta engu við og ýta undir aukna vinnu og álag. Það er hins vegar mikilvægt að þær geri það ekki," segir hún. „Læknisfræðin er orðin svo flókin. Við þurfum að nýta tæknina til að einfalda umhverfi okkar og kaupa okkur tíma. Lausnir geta meðal annars nýst til að safna upplýsingum og hjálpa okkur að vinna úr þeim." Röng notkun og hönnun virki fælandi, læknar hætti fljótt að treysta utanaðkomandi lausnum og fólk nýti sér þá ekki tæknina.

Á málþinginu verða ýmsir angar og nýjungar tækninnar rædd og þar með að sjálfsögðu fjarlækningar. Berglind bendir á að fjarlækningar hafi verið borðleggjandi nú í COVID-19 af illri nauðsyn.

„Það hefur verið skemmtilegt að fylgjast með því," segir hún. „Vel útfærðar fjarlækningar eru nauðsyn fyrir strjábýlt og stórt land eins og Ísland. Það þarf því að opna umræðuna og tala meira saman um raunhæfar útfærslur."

Guðrún segir tæknilausnir eiga heima alls staðar í kerfinu og Berglind nefnir að taki læknar ekki þátt í að þróa tæknina taki hún og sjúklingarnir framúr þeim. „Við þurfum að vita hvað er í gangi til þess að geta svarað spurningum fólksins sem býr orðið yfir mikilli þekkingu," segir hún.



Guðrún Ása Björnsdóttir og Berglind Bergmann stýra málþingi FAL á Læknadögum þar sem læknum er hjálpað að sigta það mikilvæga frá öðru þegar kemur að tækniþróun. Mynd/gag

En hafa sjúklingar verið spurðir um þessa þróun? Guðrún segir sjúklinga einnig þurfa að stýra því hvað henti þeim. „Ýmsar lausnir geta valdeflt þá og aukið þekkingu þeirra og sjálfstæði til að takast á við heilsubresti sína.“ Fyrstu lausnirnar hafi ekki tekið nægt tillit til þeirra. „Fólki var sagt hvað það ætti að gera en núna endurspegla lausnirnar frekar samtalið og að þeir taki þátt í ákvarðanatökunum.“

Ísland í kjörstöðu

En hvar stöndum við Íslendingar þegar kemur að tækninni að mati þeirra tveggja? Berglind nefnir að í ljósi smæðarinnar sé auðvelt að prófa nýjar lausnir. „Það hefur til dæmis verið magnað að fylgjast með þróuninni í COVID.“ Lausnir sem hafi verið hugmynd degi fyrr hafi komið til framkvæmda daginn eftir.

„Við unnum öll saman. Það var frábært og auðveldaði allt utanumhald og gagnasöfnun,“ segir hún. Tæknin hafi leitt til fjölda fræðigreina hér um COVID. „Ég held því að á mörgum sviðum séum við framarlega en oft er það ill nauðsyn sem rekur lausnirnar áfram. Það vantar því kannski heildarstefnu innan heilbrigðiskerfisins. Það er að gerast,“ segir Berglind.

Guðrún segir að gefa þurfi í. „Við höfum kosti. Við erum lítil þjóð með stuttar boðleiðir. Við erum með frekar samræmt sjúkraskrárkerfi, þó gera megi betur þar, öflugt fólk og greiðan aðgang að tækni. Við ættum því að vera leiðandi í stafrænni læknisfræði,“ segir hún.

Berglind nefnir aftur gervigreind. „Hún hentar læknisfræði mjög vel.“ Guðrún grípur boltann. „Ef gervigreind þróast í rétta átt er hún drifkraftur fjórðu iðnbyltingarinnar. Gervigreindin hefur náð árangri á þröngum sviðum en hefur ekki almennt náð framúr ákvörðunum læknisins. En það gerist kannski.“

Berglind leggur þó áherslu á að tækni eigi að einfalda læknum lífið. „Hún á ekki að taka ákvörðun fyrir mann heldur hjálpa við ákvarðanatökuna.“

Tæknin styðji og hjálpi

Guðrún segir lækna átta sig á því að þeir lifi á tölvuöld. „Sjúklingarnir verða eldri, það eru meiri fjölveikindi, fjöllyfjan, rannsóknir springa út. Enginn læknir getur fylgst með öllu sem er að gerast. Það er ómögulegt,“ segir hún. Spurð segir hún það ekki grafa undan sjálfstrausti lækna heldur breyta vinnulaginu.

„Læknar muna kannski ekki allt en kunna að leita að svörunum og þeir nota tæknina sér til stuðnings og sem öryggisnet.“

En hvernig er svo að vera læknir á gervihnattaöld? „Ótrúlega spennandi,“ segir Berglind. „Frábært.“ Guðrún er sammála. „Það er ótrúlega gaman að taka þátt í svona uppbyggingu, þar sem drastískar breytingar verða á vinnulagi. Vonandi til hins betra. Allt fer í hringi og við erum í raun að kalla eftir gömlum tíma. Við erum að kalla eftir því að nýta tæknina til þess að fá tækifæri til að verja tíma með sjúklingnum en ekki framan við tölvu.“

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD

Ísland getur verið í fararbroddi við að tryggja betri heilsu fólks

Erfðafræði mun gjörbylta læknisfræðinni, segir Hans Tómas Björnsson læknir og horfir til greininga, meðferða og gagnaöflunar. Meta eigi á Læknadögum hvar íslenskt vísindastarf standi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég tel að erfðafræði eigi eftir að gjörbylta læknisfræðinni og við höfum ákveðið tækifæri á Íslandi til að vera í fararbroddi á þessu sviði. Við Íslendingar erum mest raðgreinda þýði í heiminum og þurfum að finna leið til að færa þessar upplýsingar inn í heilbrigðiskerfið eins og við getum," segir Hans Tómas Björnsson, yfirlæknir í klínískri erfðafræði á Landspítala, prófessor í barnalækningum og fræðsluvísindum við Háskóla Íslands og dósent í erfðafræði við Johns Hopkins sjúkrahúsið í Baltimore í Bandaríkjunum.

Hans Tómas segir tækifæri felast í því að vera í fararbroddi við að nýta erfðaupplýsingar til þess að hámarka heilsu fólks. „En á sama tíma þarf að fjárfesta í þessu markmiði því erfitt er að feta þessa braut í fjársveltri stofnun. Ég tel að króníst fjársvelti eins og tíðkast hefur hér á landi sé afar skaðlegt til lengri tíma." Uppbygging sé þá í lágmarki. Fólk vinni að því að viðhalda þekkingunni en framfarirnar verði litlar.

„Það er ekki hægt að byggja upp nýja hluti meðan það er skýr krafa um niðurskurð en uppbygging er nauðsynleg til að við getum fullnýtt okkur erfðaupplýsingar," segir hann. Hér ríki nokkur skammsýni. „Auðvitað hugsa allir um ein fjárlög í einu en til lengri tíma er gott heilbrigðiskerfi mjög góð langtímafjárfesting." Hann nefnir að nýr spítali sé gott skref en mannaflinn sé á endanum dýrmætasta auðlindin.

Vísindastarf til framfara

„Áhrifaríkleið til framfara er í gegnum vísindastarf. Minna hefur verið af því en ætti og mætti vera," segir Hans Tómas sem stýrir ásamt tveimur öðrum málþinginu Styrkir og vísindaárangur á Landspítala, á Læknadögum þann 22. janúar.

„Við ætlum að skoða hvar við stöndum. Hvort íslenskir heilbrigðisstarfsmenn standi sig vel, hvort þeir birti jafnmargar greinar og áður og hvort þessar greinar séu eins áhrifamiklar og áður. Það eru ákveðnar vísbendingar um að svo sé ekki." Eyrnamerkja þurfi ákveðna upphæð vísindastarfi.

„Það má ekki taka fjármagnið burt þegar kemur hagræðingarkrafa. Vísindastarf þarf að vera fast hlutfall af rekstrarkostnaði." Það sé besta leiðin til að tryggja að nýjasta þekkingin nýtist hverju sinni. „Landspítali er almennt ekki með mikla innviði, eins og eigið rannsóknarrými eða gagnageymslur, en hann ætti kannski að vera í meira samfloti með öðrum, til dæmis með háskólunum."

Hans Tómas segir að kófið hafi verið prófraun sem sýndi að íslenska heilbrigðiskerfið hefur ekki nauðsynlega innviði til að takast á við mikilvæg verkefni. „Ef við hefðum ekki haft Íslenska erfðagreiningu hefðum við ekki getað gert allt það sem við gerðum," segir hann. „Ekki að sýkla- og veirufræðideildin hafi ekki staðið sig frábærlega heldur var hér ekki tækjakostur til að takast á við faraldurinn. Ef Landspítali hefði sinnt nauðsynlegri innviðabyggingu fyrir vísindastarf hefði þetta ekki verið vandamál."

Öll verði raðgreind

Framtíðin er erfðatækni og bendir Hans Tómas á að Íslensk erfðagreining hafi raðgreint meira en helming landsmanna. Þá sé með réttri tækni (*imputation*) hægt að giska á hvaða erfðabreytileika aðrir beri.

„Ég tel að í framtíðinni verði allir landsmenn raðgreindir. Það er ekki aðeins gagnlegt fyrir sjaldgæfa sjúkdóma heldur er þá einnig hægt að meta hvernig lyf eru brotin niður í líkamanum," segir Hans Tómas sem kynntist erfðafræði fyrir um tveimur áratugum. „Mér fannst svo mikið vera að gerast þá en framþróunin verður hraðari og hraðari." Það hafi þó tekið læknisfræðina langan tíma að meðtaka þessa byltingu. „Hún er enn að síast inn." Oft sé mótstaða við nýja hluti.



Hans Tómas Björnsson, yfirlæknir í klínískri erfðafræði við Landspítala, stýrir málþingi á Læknadögum um tækifærin í vísindum hér á landi. Hann segir Ísland eiga möguleika á að vera í fararbroddi í að nýta erfðaupplýsingar við læknisstörf. Mynd/gag

„Á Íslandi þarf nauðsynlega fólk sem er virkt í rannsóknum eða nýkomið heim til að færa nýju þekkinguna inn í klíníska starfið. Við höfum ekki verið eins fljót og við gætum verið. En þrjár stórar byltingar í erfðafræði eiga eftir að gjörbylta læknisfræðinni. Fyrsta byltingin er aukin greiningargeta. Við erum að greina miklu fleiri en áður," segir hann. „En það eru líka að verða byltingar í þróun meðferða og notkun á stórum gagnasettum. Ákveðin auðæfi liggja í gögnunum ef rétt er haldið á spilunum," segir hann.

16 ár í Bandaríkjunum

Áður en Hans Tómas kom hingað til lands starfaði hann sem dósent og yfirlæknir við Johns Hopkins sjúkrahúsið í Baltimore. Þaðan útskrifaðist hann úr mannerfðafræði 2007 og barnalækningum og klínískri erfðafræði árið 2012. Hann heldur enn 25% stöðu þar ytra en situr annars með öðrum í skrifstofueiningu í gámi við Landspítala.

„Já, þetta eru svolítil viðbrigði," segir hann og hlær. „En alltaf gott að koma heim." Fyrir kófið var hann eina viku í mánuði úti. „Ég hef ekki farið mikið út heldur reynt að sinna starfi mínu þar með fjarfundum. Það er erfitt að fara upp á sóttkví og skort á beinu flugi en ég vona að næstu mánuði geti ég farið aftur í þessa rútínu," segir hann. „Það er frábær leið til að halda sér við."

Hans Tómas og fjölskylda voru úti í 16 ár áður en þau sneru heim. „Maður var hættur að kvarta yfir Ameríku og farinn að njóta þess að vera þar," segir hann. En af hverju komu þau heim? „Út af frelsi krakkanna. Þar liggur stóri munurinn. Krakkarnir sem eru 13 og 10 ára höfðu ekki verið ein utandyra frá fæðingu," segir hann.

Þeim hafi fundist skipulag og skutlið hálf ónáttúrulegt, segir hann og vísar til konu sinnar, Lottu Maríu Ellingsen, dós-

Forðast má landnemabreytingar meðal íslensku þjóðarinnar

Enn gætir þess í erfðamengi fólks hve fáir fluttu hingað til lands við landnám. „Við sjáum því oft sömu sjúkdómana aftur og aftur," segir Hans Tómas Björnsson, yfirlæknir í klínískri erfðafræði við Landspítala.

„Það væri afar gagnlegt ef fólk gæti fengið þessar upplýsingar áður en það fer í barneignir," segir hann. Fólk þurfi þá ekki að upplifa að eignast börn með erfiða sjúkdóma.

„Stundum getum við ekki fyrirbyggt alvarlega sjúkdóma í börnum en stundum getum við það og landnemabreytingar eru ákveðið tækifæri," segir hann. Séu báðir foreldrar arfberar geti verið vert að fara í fósturvísisgreiningu. „Þannig má afstýra því að eignast verulega veikt barn sem deyr á fyrstu æviárunum." Það sé áfall fyrir alla fjölskylduna. Fimm til sex börn svo veik fæðist árlega hér á landi.

„Ég pressa ekki á að fólk fari í erfðafræðirannsókn en tel að ef fólk hefur áhuga á því ætti það að vera í boði. Mér finnst það heyra til réttinda þess."



Erfðatækni geti tekið á þroskaskerðingu

„Alls konar vígi hafa fallið með erfðafræðinni," segir Hans Tómas Björnsson, yfirlæknir í klínískri erfðafræði við Landspítala.

„Þroskaskerðing hefur verið vígi þar sem fólk hefur trúað að ekkert sé hægt að gera. Í læknisfræði var okkur kennt að skerðingin yrði á fósturskeiði og skaðinn skeður. En niðurstöður rannsókna á Kabuki-heilkenninu og nokkrum öðrum skyldum sjúkdómum benda til þess að þar sé hópur sem hægt sé að meðhöndla." Vel hafi gengið í tilraunum á dýrum og leiða sé leitað til að yfirfæra það til manna.

„En þetta hefði aldrei verið hægt að gera án dýratilrauna og við höfum verið í samvinnu við lyfjafyrirtæki að koma þessari þekkingu í klínískar prófanir og við vonumst til að það gerist á næstu árum."

ents við rafmagns- og tölvuverkfræðideild Háskóla Íslands. Hún starfaði einnig við Johns Hopkins háskóla. „Við lærðum bæði þar og fengum svo stöður. Hún við háskólann og ég sjúkrahúsið."

Rannsóknir á dýrum mikilvægar

Hans Tómas vill sjá tilraunadýrainnviði rísa í Vatnsmýrinni. „Setja þarf meiri kraft í þessa hugmynd." Þar verði gerðar erfðarannsóknir á músum með CRISPR/Cas9-erfðatækninni. Nóbelsverðlaun voru veitt fyrir uppgötvunina 2020 þar sem náttúrulegt kerfi baktería er nýtt til að breyta frumum eða músum mjög hratt.

„Margar siðferðilegar vangaveltur hafa kviknað í kjölfar þessarar tækni en á sama tíma tel ég að þetta sé grundvöllur að næstu líftæknibyltingu. Við getum núna fært okkur hraðar að meðferðum við sjaldgæfum erfðasjúkdómum og kannski öðrum algengum sjúkdómum," segir hann.

„Það er frábær dýraaðstaða hjá ArcticLAS uppá Höfða en hún er ekki í eigu Landspítala eða Háskólans þótt langtímasamstarf sé þar á milli. Mér finnst að þessar stofnanir komist ekki á næsta stig án þess að vera með slíka aðstöðu inni á háskólasvæðinu. Ég hef því barist fyrir því að þessi aðstaða verði færð í námunda við vísindamenn." Þjónustan hér á landi sé líka of dýr og ekki samkeppnishæf. Þetta séu dæmigerðir innviðir, nauðsynlegir nútímavísindamönnum og mikilvægir til þess að draga til Íslands góða vísindamenn.

„Í augnablikinu strandar þetta á skipulagi og peningum. Hafa verður í huga að þetta eru innviðir sem hjálpa mörgum," segir hann og nefnir auk akademíunnar sprotafyrirtæki. „Ísland stendur framarlega í heilbrigðissprotum. Ég tel að við ættum að lækka alla þröskulda þar til að verða enn betri í þeim geira."

Seinagangur í stjórnsýslunni

Hans Tómas bendir á gróskuna sem orðið hafi í lyfjaiðnaði hér á landi og hjá Íslenskri erfðagreiningu. „Það margfaldar verðgildi hugmyndar að geta tekið hana áfram í tilraunadýr." Hann áréttar að tilraunir á dýrum séu gerðar hér eftir skýrum sameiginlegum Evrópureglum en yfirvöld séu ekki á tánum.

„Sem dæmi sendi ég inn umsókn um rannsókn á músum í apríl en ég heyrði af því að nefndin sem tekur umsóknina fyrir hafi verið skipuð núna í desember. Í svona rannsóknarstarfi getur hver vika skipt máli. Viðhorfið hér er því mjög gamaldags og það er fáránlegt að leyfa skriffinnsku að seinka vísindum," segir hann. En gætum við þá verið í fremstu röð?

„Við erum það á sumum sviðum eins og í erfðafræði," bendir hann á. „Og lífvísindi á Íslandi standa ekki illa. Það þyrfti ekki mikið til þess að við værum samkeppnishæf við þá bestu." Staðan fari eftir fjárhagsstöðu stofnananna. „Bæði Háskólinn og Landspítali eru fjársveltar stofnanir og það mætti alveg koma inn meiri fjármunum hjá báðum."

Hann bendir á að Háskólasjúkrahús sinni þremur jafngildum hlutverkum: Lækningum, kennslu og rannsóknum. Það síðastnefnda sé hins vegar skorið niður meira en það fyrsta. „Það er því á mörkunum að við getum kallað okkur háskólasjúkrahús eins og staðan er í dag."

Vísindi dragi fólk heim

En kostar mikið að laga þetta? Hans Tómas segir ávinninginn ríkulegan. „Vísindi eru góð leið til að draga heim fólk með nýja þekkingu og til að hjálpa þeim sem eru heima til að vera á tánum varðandi nýjar meðferðir fyrir sjúklinga. Þetta er líka tól til að draga úr kulnun," segir hann.

„Í faginu mínu og krabbameinslækningum er töluverð hætta á kulnum því slíkir sérfræðingar sinna einstaklingum með alvarlega sjúkdóma sem oft valda minnkuðum lífslíkum. Ég held að rannsóknarvinna sé ein leið til að koma í veg fyrir kulnun hjá þessum sérfræðingum."

Hans Tómas segir að það virki ekki alltaf að stóla á að íslenskir læknar sæki á endanum heim bara til að vera á Íslandi. Æ algengara sé að fólk horfi í aðstöðuna til að geta flutt rannsóknir sínar heim. „Það eru að verða kynslóðaskipti. Margir læknar hugsa að þeir hafi það gott ytra." Tækninni fleygi svo hratt fram og Ísland þurfi að tryggja nauðsynlega innviði til að læknar haldi áfram að koma heim að námi loknu.

Tauga- og geðlyfjanotkun á Norðurlöndum

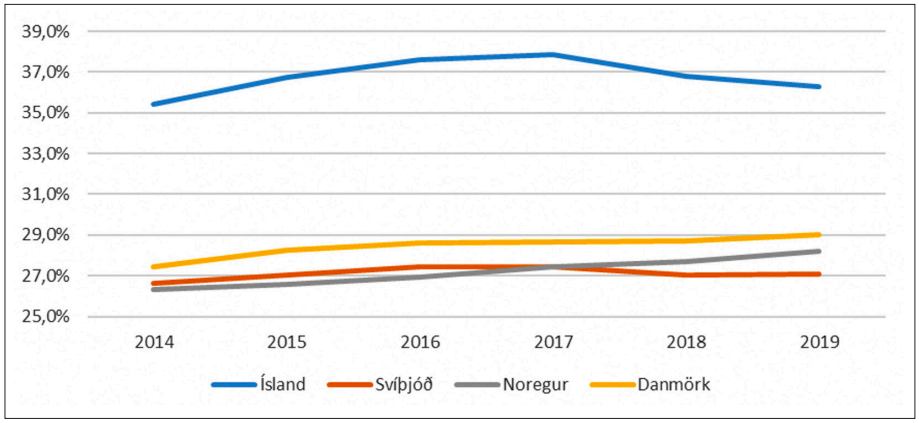
Alma Dagbjört Möller landlæknir
Ólafur B. Einarsson verkefnastjóri

Embætti landlæknis
Directorate of Health

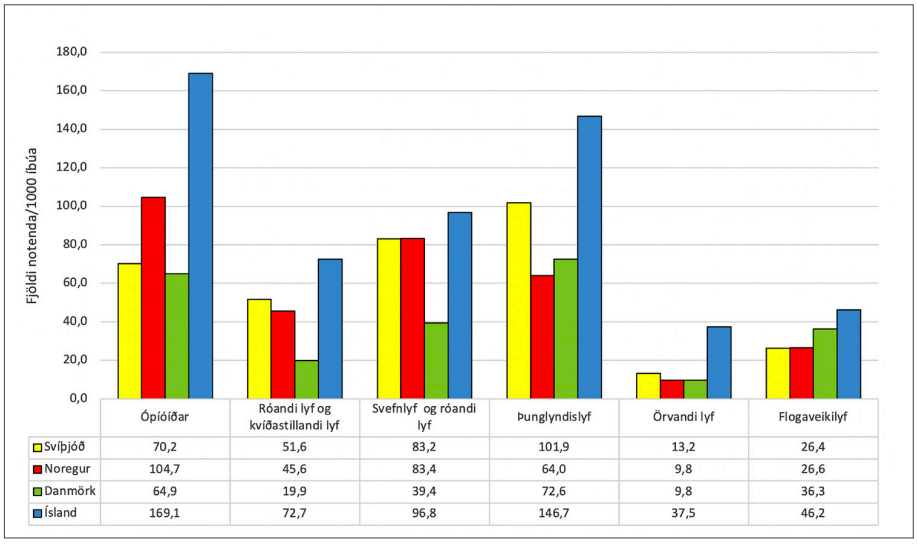
Notkun lyfja í flestum lyfjaflokkum er áþekk meðal Norðurlandaþjóðanna ef frá er talin notkun tauga- og geðlyfja sem hefur lengi verið hæst á Íslandi.[1] Munurinn skýrist að einhverju leyti af því að fleiri einstaklingar fá ávísað tauga- og geðlyfjum á Íslandi (mynd 1). Árið 2019 fengu 36% Íslendinga ávísað einu eða fleiri lyfjum úr flokki tauga- og geðlyfja en 27-29% einstaklinga fengu ávísað á hinum Norðurlöndunum. Frá árinu 2017 hefur heldur dregið úr fjölda notenda á Íslandi en ef hlutfallslega jafn margir notuðu lyfin hér á landi og í Danmörku hefðu 26.000 færri Íslendingar fengið lyfin árið 2019. Notkunin er mjög áþekk á hinum Norðurlöndunum og hefur lítið breyst undanfarin ár.

Munurinn á fjölda einstaklinga í löndunum er mismunandi á milli undirflokka tauga- og geðlyfja (sjá mynd 2) en athygli vekur að Danmörk er með hlutfallslega fæsta notendur í öllum flokkum en Danir eru næst hæstir í heildarhlutfalli einstaklinga sem fá tauga- og geðlyf. Þetta bendir til þess að fjöllyfjanotkun tauga- og geðlyfja sé mismikil innan landanna, sem gæti verið rannsóknarefni. Áberandi flestir notendur örvandi lyfja eru á Íslandi en nærri þrefalt fleiri fá lyfin hér á landi miðað við fjölda notenda hjá næstu þjóð.

Frá árinu 2017 hefur notkun sumra tauga- og geðlyfja á Íslandi heldur minnkað en það er þó enn langt frá því að notkunin verði sambærileg og meðal annarra Norðurlandaþjóða. Mörg tauga- og geðlyf teljast ávanabindandi og er vitað að einhver hópur einstaklinga notar lyfin óhóflega; í of miklu magni og/eða of lengi. Þegar einstaklingar byrja notkun ávanabindandi lyfja er alltaf einhver hætta á að þeir ánetjist lyfjunum. Afleiðingar óhóflegrar notkunar birtast á margvíslegan hátt og geta bæði skert lífsgæði tímabundið en einnig valdið varanlegum skaða. Niðurstöður nýlegrar rannsóknar sýna að á Íslandi eru fleiri sem deyja vegna eitrana en á hinum Norðurlöndunum og að lyf eru ráðandi orsök andláta vegna eitrunar á Íslandi.[2] Aðrar afleiðingar óhóflegrar notkunar lyfja eru ótaldar en það er líklega til mikils að vinna, bæði heilsufarslega og fjárhagslega, að draga enn frekar úr ávísunum tauga- og geðlyfjanotkun á Íslandi. Embætti landlæknis veit að læknar halda vöku sinni er kemur að ávísunum ávanabindandi lyfja og hvetur þá til að vera sérstaklega á verði gagnvart lyfjum sem leitt geta til eitrunar og hefur embættið áður vakið athygli á hættulegum lyfjablöndum.[3]



Mynd 1. *Hlutfall einstaklinga sem fá ávísað tauga- og geðlyfjum á Norðurlöndum 2014-2019.*



	Ópíóíðar	Róandi lyf og kvíðastillandi lyf	Svefnlyf og róandi lyf	Þunglyndislyf	Örvandi lyf	Flogaveikilyf
Svíþjóð	70,2	51,6	83,2	101,9	13,2	26,4
Noregur	104,7	45,6	83,4	64,0	9,8	26,6
Danmörk	64,9	19,9	39,4	72,6	9,8	36,3
Ísland	169,1	72,7	96,8	146,7	37,5	46,2

Mynd 2. *Fjöldi notenda helstu tauga- og geðlyfja á Norðurlöndum árið 2019.*

Heimildir

1. Nordic Welfare dataBASE - knowledge and numbers on Health and Social Protection in Nordic Countries. nowbase.org - desember 2020.
2. Simonsen KW, Kriikku P, Thelander G, et al. Fatal poisoning in drug addicts in the Nordic countries in 2017. Forensic Sci Int 2020; 313: 110343.
3. Jóhannsson M, Aradóttir AB, Guðmundsson LS, et al. Hættulegar lyfjablöndur. Frá Embætti landlæknis 15. pistill. Læknablaðið 2016; 102: 461.

Magnús R. Jónasson
læknir



Smásaga úr héraði

Árið er 1976. Tveir ungir læknar á leið í hérað til Patreksfjarðar. Kandídatsárinu að ljúka og alvara lífsins blasti við. Ekki þótti okkur það lítið verkefni að bera ábyrgð á heilsufari íbúa á víðáttumiklum suðurhluta Vestfjarðakjálkans og annast sjúkrahús á staðnum. Við þóttumst færir í flestan sjó og ekki víla fyrir okkur að sinna hverju því sem upp kynni að koma. Á Patreksfirði dvöldum við í tvö ár og ekki man ég til þess að mér hafi verið sérstaklega hælt fyrir læknisstörf mín í héraðinu. Mér var hins vegar, merkilegt nokk, hælt bæði fyrir tannlækningar og dýralækningar, sem ég kunni ekkert í.

Áður en við fórum vestur var því gaukað að okkur að enginn tannlæknir væri í héraðinu og varla vorum við komnir á staðinn þegar eini dýralæknirinn á suðurhluta Vestfjarða yfirgaf svæðið og ekki von á neinum í staðinn. Við vissum að tannlæknir kæmi einu sinni til tvisvar á ári fáa daga í senn en sjaldnast að Patreksfirðingar fengju tannpínu akkúrat þá daga. Það fylgdi líka sögunni að þar vestra væri fólki ekkert sérstaklega annt um tennur sínar og venjulega fyndist þeim eina lausnin við tannpínu að losna við tönnina. Því var einnig hvíslað að okkur að gervigómar í efri og neðri væru ekki sjaldgæfar fermingargjafir þar um slóðir. Nú voru góð ráð dýr, stuttur tími til stefnu og einhvern veginn varð maður að bjarga sér. Ég hafði í skyndi upp á gömlum *Læknanema* með grein eftir Jón Sigtryggsson prófessor í tannlækningum með leiðbeiningum um tanndrátt fyrir héraðslækna. Svona mál hafði greinilega komið upp áður. Þessa grein las ég með athygli, kynnti mér hinar ýmsu gerðir tanga eftir því hvaða tönn skyldi taka og æfði mig í einrúmi á handbrögðunum með þykjustutöng í hendi. Þá kom upp annað vandamál, sem var deyfingar við tanntöku. Ég talaði við tannlækninn minn, spurði hvort hann gæti bent mér á góðar leiðbeiningar fyrir byrjendur í tanndeyfingum. Þá vildi svo vel til að hann hafði nýlega fengið auglýsingabækling fyrir deyfingarlyf og viti menn, með fylgdu leiðbeiningar um deyfingar hinna ýmsu tanna sem hann bauðst til að gefa mér, alger hvalreki. Málinu reddað og nú var haldið í tannlæknalaust hérað með þetta veganesti.

Ekki leið á löngu þar til bóndi úr sveitinni kom á stofu og bar sig illa vegna tannpínu og vildi endilega að ég fjarlægði sökudólginn hið snarasta. Ég bað manninn um að opna munninn og við mér blasti slangur af tönnum hér og þar sem áttu það sameiginlegt að líta út sem hálfbrunnin eða albrunnin eldfjöll og mátti ekki á milli sjá hver leit verst út, allar mundu flokkast sem geiflur. Hann benti mér á sökudólginn og hann var ekki til í neinar málamiðlanir, tönnin skyldi fara og það hér og nú. Ekki sá ég að það mundi breyta miklu fyrir tannstatus bóndans þó ein geiflan fyki. Nú var komið að því.

Ég sagi honum að ég yrði að bregða mér í næsta herbergi til að ná í tanntökusettið en ég passaði mig alltaf á að hafa það í öðru herbergi. Ég skaust fram, greip grein Jóns Sigtryggssonar ofan úr hillu og leiðbeiningarnar um deyfingu og renndi í gegnum þetta á örskotsstundu að mér fannst og tók um leið létta æfingu með viðeigandi töng og æfði handbrögð við að leggja mandibular-deyfingu sem ég hafði aldrei gert áður. Vonaði að enginn kæmi inn og sæi mig við þessar æfingar. Fór svo inn til bóndans með tangirnar og bað hann að afsaka biðina, ég hefði lent í símtali, maður mætti aldrei koma fram án þess að lenda í símanum.

Ég sá það á svip bóndans að hann trúði ekki orði af því sem ég sagði. Ég tók mér stöðu fyrir framan hann með deyfingarsprautuna í hendinni og bað hann að opna munninn. Hann gerði það en skellti munninum aftur þegar ég nálgaðist og horfði nú fast og ákveðið í augu mín og spurði: Þú hefur gert þetta áður – er það



Gamla réttin á Geirseyri. Handan Patreksfjarðar sést fremst í Örlygshöfn og utar í Hænuvík. Fyrir neðan er Vatneyri og svo Blakkurinn við sjónarrönd. Myndina tók Daniel Bergmann og er birt í Árbók Ferðafélags Íslands 2020: Rauðasandshreppur hinn forni. Gísli Már Gíslason og Ólafur B. Thoroddsen.

ekki? Ég lét mér hvergi bregða, horfði ámóta fast og ákveðið í augu hans og svaraði: Að sjálfsögðu – opnaðu nú munninn. Ekki veit ég hvort hann trúði mér en hann opnaði munninn og ég deyfði hann. Deyfingin tókst vel, líklega byrjandaheppni, og svo hófst sjálf athöfnin. Greip töngina, kom henni vandlega fyrir á tönninni, hnúarnir hvítnuðu, hélt úlnliðnum stífum samkvæmt leiðbeiningum og byrjaði að reyna að losa um tönnina. Leyfði mér að gjóa augunum á andlit bóndans og var ekki viss um að honum litist á blikuna. Beitti þolinmæðinni, hélt áfram með hægum en öruggum hreyfingum og allt í einu var tönnin laus. Nú stóð ég fyrir framan bóndann, við störðum báðir á tönnina í tönginni eins og naut á nývirki og mátti ekki á milli sjá hvor var meira hissa. Náði fljótt áttum og lauk þessu með kæruleysislegu yfirbragði. Fyrstu tanntökunni lokið.

Leið nú fram á þorra. Þorrablót í sveitinni voru skemmtanir sem áttu sér engar líkar og að sjálfsögðu vorum við mætt á svæðið. Eftir frábæran þorramat, skemmtiatriði og í góðri stemningu losnaði um borðhaldið. Ég var varla staðinn á fætur þegar bóndinn sem ég dró tönnina úr um haustið kom til mín og sagðist endilega þurfa að tala við mig í trúnaði. Ég vissi ekki á hverju ég átti von. Ekki óvenjulegt að fólk tæki mann afsíðis á ýmsum stöðum, til dæmis í kaupfélaginu, og segði manni sjúkrasögur og vildi fá úrlausn sinna mála. Var hann óánægður með síðustu samskipti okkar við tanntökuna? Hvað vissi ég? Hann hafði ekki kvartað. Það var hins vegar ekki heiglum hent að finna eitthvað prívat í félagsheimilinu á þorrablóti til að ræða trúnaðarmál. Bændur og búalið fylltu hvern krók og kima og fólk naut stundarinnar. Loks tókst okkur að finna lausan kima. Það var undir stiganum upp á loft og þangað dró hann mig á fjórum fótum inn í hornið undir stiganum. Þetta hlaut að vera eitthvað mjög alvarlegt. Þarna húktum við á hækjum okkar, hann leit flóttalega út úr horninu og sagði í hálfum hljóðum:

Það tókst svo andsk... vel hjá þér að rífa úr mér tönnina í haust, ertu ekki til í að hreinsa á mér kjaftinn?

Ég segi kannski síðar frá afrekum mínum í dýralækningum.



Dögg Pálsdóttir

lögfræðingur Læknafélags Íslands

dogg@lis.is

„Helgunin“

Í kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra og Læknafélags Íslands (LÍ) hefur lengi verið ákvæði um það að heilbrigðisstofnun megi greiða lækni sérstakt álag á laun ef hann vinnur eingöngu á viðkomandi stofnun. Þetta ákvæði er í grein 3.2.4 í kjarasamningi aðila sem rann út 28. febrúar 2019 og er svohljóðandi:

> Sérstakt álag, 15%, greiðist til sérfræðilækna og yfirlækna sem sinna í starfi sínu verkefnum sem krefjast þess að þeir vinni eingöngu á viðkomandi stofnun. Álag þetta reiknast af launaflokki og þrepi viðkomandi.

Lengi hafa verið skiptar skoðanir meðal lækna um þetta ákvæði. Því er haldið fram að ákvæðið sé brot á lögum um starfsmenn í hlutastörfum nr. 10/2004. Einnig hefur verið bent á að það sé í andstöðu við jafnlaunaákvæði laga um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla nr. 10/2008 (jafnréttislög).

Í lögum um starfsmenn í hlutastörfum segir í 1. mgr. 4. gr.:

> Starfsmenn í hlutastörfum skulu ekki njóta hlutfallslega lakari kjara eða sæta lakari meðferð en sambærilegir starfsmenn í fullu starfi af þeirri ástæðu einni að þeir eru ekki í fullu starfi, nema slíkt sé réttlætanlegt á grundvelli hlutlægra ástæðna.

Með lögunum var innleidd í íslenskan rétt tilskipun ráðsins 97/81/EB frá 15. desember 1997, um rammasamning um hlutastörf sem ýmis evrópsk sambönd gerðu. Meginsjónarmið þessa rammasamnings er að hlutavinnufólk sæti ekki lakari meðhöndlun en þeir sem eru í fullu starfi nema mismunun verði réttlætt á grundvelli hlutlægra ástæðna.[1]

Í jafnréttislögum segir í 1. mgr. 19. gr.:

> Konum og körlum er starfa hjá sama atvinnurekanda skulu greidd jöfn laun og skulu njóta sömu kjara fyrir sömu eða jafnverðmæt störf.

Hér er jafnlaunaregla lögfest og hana ber að skýra í samræmi við ákvæði EES-samningsins og gerðir sem hafa verið felldar undir hann. Í tilskipun um launajafnrétti, nr. 75/117/ EBE, er talað um jafnverðmæt (*of equal value*) störf. Margir dómar Evrópudómstólsins hafa slegið því föstu að ólík störf geti verið jafnverðmæt. Hvort störf eru jafnverðmæt verður að byggjast á heildstæðu mati. Þeir sem vísa til þessa ákvæðis telja að helgunarákvæðið feli í sér að greitt sé með mismunandi hætti fyrir jafnverðmæt störf.[2]

Það hefur verið afstaða LÍ að helgunarákvæðið byggist á hlutlægum ástæðum og að framkvæmd þess sé hin sama hjá kven- og karllæknum. Það brjóti því hvorki gegn lögum um starfsmenn í hlutastörfum né jafnréttislögum. LÍ hefur þó lengi reynt, árangurslaust, að semja um rýmkun þess og bregðast þannig við gagnrýni lækna á ákvæðið.

Því má mögulega halda fram að í framkvæmd helgunarákvæðisins felist brot á jafnræðisreglu. Læknar sem starfa á eigin starfsstofum eru eini hópur lækna sem aldrei fær greitt helgunarálag. Ýmsir hópar lækna sinna störfum utan heilbrigðisstofnunar þeirrar sem þeir starfa aðallega á og fullnægja því ekki skilyrði ákvæðisins *að vinna eingöngu á viðkomandi stofnun,* en njóta samt helgunarálagsins.

Læknar sem starfa hjá heilbrigðisstofnunum sem ríkið rekur eru opinberir starfsmenn. Um þá gilda því lög um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins nr. 70/1996 (starfsmannalög). Í 1. mgr. 20. gr. laganna segir:

> Áður en starfsmaður hyggst, samhliða starfi sínu, taka við launuðu starfi í þjónustu annars aðila, ganga í stjórn atvinnufyrirtækis eða stofna til atvinnurekstrar ber honum að skýra því stjórnvaldi, er veitti starfið, frá því. Innan tveggja vikna skal starfsmanni skýrt frá því ef áðurnefnd starfsemi telst ósamrýmanleg starfi hans og honum bannað að hafa hana með höndum. Bera má slíkt bann undir hlutaðeigandi ráðherra.

Sambærilegt ákvæði var í eldri starfsmannalögum frá 1954 en gildandi ákvæði er þrengra. Í því felst að skylt er að leita samþykkis veitingarvaldshafa fyrir aukastarfi, sama í hvers þágu það er unnið. Ákvæðið nær þó eingöngu til launaðra aukastarfa, ekki venjulegra félagsstarfa, starfa sjálfboðaliða eða nefndarstarfa. Forstöðumanni beri við ákvörðun varðandi erindi af þessu tagi að gæta reglna stjórnsýsluréttarins, meðal annars meðalhófsreglunnar.[3]

Mögulega má halda því fram að tilvist helgunarákvæðis í kjarasamningi sé í eðli sínu brot á meðalhófsreglunni. Auk þess sviptir ákvæðið lækna þeim rétti að leita þeirrar málsmeðferðar sem 20. gr. starfsmannalaganna gerir ráð fyrir í tilvikum sem þessum.

Í nýgerðum kjarasamningi sem undirritaður var 7. desember síðastliðinn, er í bókun 5 gert ráð fyrir að samningsaðilar skipi vinnuhóp til að meta framkvæmd helgunarákvæðisins hjá heilbrigðisstofnunum. Hópinn skal skipa eigi síðar en 1. febrúar 2021 og á hann að ljúka störfum fyrir 1. október 2021. Í þeirri vinnu verða framangreind álitaefni væntanlega vandlega skoðuð.

Heimildir

1. Frumvarp til laga um starfsmenn í hlutastörfum, 411. mál á 130. löggjafarþingi, sjá athugasemdir við frumvarpið. althingi.is/altext/130/s/0559.html - desember 2020.
2. Frumvarp til laga um jafna stöðu og jafnan rétt kvenna og karla, 142. mál á 135. löggjafarþingi, sjá athugasemdir við 19. gr. althingi.is/altext/135/s/0149.html - desember 2020.
3. Frumvarp til laga um réttindi og skyldur starfsmanna ríkisins, 372. mál á 120. löggjafarþingi, sjá athugasemdir við 19. gr. althingi.is/altext/120/s/0650.html - desember 2020.

Urtagarðurinn í Nesi í 10 ár

Lilja Sigrún Jónsdóttir
liljasj@gmail.com

Urtagarðurinn í Nesi var opnaður árið 2010 í minningu þriggja manna sem tengdu saman ræktun og heilsubót í lífi og starfi. Þeir voru Bjarni Pálsson (1719-1779) landlæknir, Björn Jónsson (1738-1798) lyfjafræðingur og lyfsali og Hans Georg Schierbeck (1847-1911) landlæknir.

Áhugafólk um sögu lyfja- og læknisfræði hafði lengi haft áhuga á að skapa vettvang til kynningar á sögu ræktunar í Nesi. Tímamót í sögu tveggja landlækna árið 2010 skapaði tækifæri til slíks samstarfs. Þá voru liðin 250 ár frá skipun Bjarna Pálssonar í nýstofnað embætti landlæknis (1760) og 125 ár frá stofnun Garðyrkjufélags Íslands (1885). Fyrsti formaður þess var Hans Georg Schierbeck landlæknir. Vilhjálmur Lúðvíksson, þáverandi formaður Garðyrkjufélags Íslands, hafði veg og vanda af að leiða samstarf um stofnun Urtagarðsins í Nesi með fulltrúum Seltjarnarnesbæjar, Embættis landlæknis, Læknafélags Íslands og Lyfjafræðingafélags Íslands auk Lyfjafræðisafns Íslands og Lækningaminjasafns Íslands sem þá voru starfandi í Nesi.

Bjarni Pálsson var skipaður fyrsti landlæknir Íslands árið 1760 og hafði aðsetur á Bessastöðum. Árið 1763 flutti landlæknir í reisulegt hús í Nesi við Seltjörn sem byggt var fyrir embættið og stendur þar enn. Þetta var upphaf opinberrar heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Bjarni sýndi fljótt vilja til að bæta næringarástand þjóðarinnar með fræðslu og nytjarækt. Mataræði landsmanna var einhæft og skortsjúkdómar algengir. Bjarni fékk öflugan liðsauka þegar Björn Jónsson var ráðinn aðstoðarmaður hans árið 1968 en á þeim tíma var rekstur lyfjabúðar hluti af starfi landlæknis. Björn hafði lært lyfjafræði í Vajsenhus-apóteki í Kaupmannahöfn í 6 ár og starfað sem aðstoðarlyfjafræðingur áður en hann fluttist til Íslands. Björn byggði upp matjurta- og lækningajurtagarð í Nesi frá 1768. Samkvæmt heimildum hefur hann verið um 200 fm, með hlöðnum vegg umhverfis og lýsa heimildir áhuga Björns á ræktun, tilraunum á því sviði og hvaða jurtir hafi verið að finna í garði hans.

Björn var skipaður fyrsti lyfsali á Íslandi 1772. Þá var sett tilskipun um rekstur apóteka og sama ár kom fyrsta lyfjaskráin út í Danmörku, *Pharmacopoea Danica*. Hún gilti fyrir öll apótek í ríki Danakonungs og innihélt 640 uppskriftir að lyfjum sem apótekurum bar að fylgja við blöndun lyfja. Á þessum tíma var það skylda lyfjafræðinga að hafa sinn eigin lækningajurtagarð og rækta plöntur til lyfjagerðar.

Urtagarðurinn í Nesi 2010 – tilgátugarður

Urtagarðurinn var settur niður austan við Nesstofu þar sem í seinni tíð var matjurtagarður ábúenda í Nesi. Garðurinn hefur útlit sem minnir á klausturstíl, með hlöðnum veggjum úr torfi. Plöntur voru valdar í fyrstu miðað við árin 1763 til 1834 út frá skriflegum heimildum um ræktun hér á landi og hvað mætti reyna að rækta af því sem tiltekið er í *Pharmacopoea Danica* 1772. Sú yfirferð var unnin af Kristínu Einarsdóttur lyfjafræðingi, Ingólfi Guðnasyni garðyrkjufræðingi og Erni Bjarnasyni lækni.

Garðurinn var vígður í ágúst 2010 og síðar um haustið kom út *Plöntuvísi*r. Þar er gerð grein fyrir þeim tæplega 130 jurtum sem í garðinum voru, alþýðulækningajurtum, lækningajurtum og matjurtum sem talið er líklegt að hafi verið nýttar í Nesi á árunum 1763-1834.

Stjórn Urtagarðsins fékk styrk úr Þjóðhátíðarsjóði til að styðja við sagnfræðirannsóknir á sögu ræktunar í Nesi. Fyrirliggjandi heimildir á þessum tíma höfðu sýnt bréfasamskipti vegna kaupa Björns Jónssonar á dýrum fræjum frá Kaupmannahöfn. Sú spurning hafði vaknað hvort Björn hafi mögulega verið fyrstur til að rækta rabarbara hér á landi. Jóhanna Þ. Guðmundsdóttir sagnfræðingur leitaði að heimildum, meðal annars um innkaupin, en þau gögn reyndust ekki vera tæmandi. Síðari tíma rannsóknir hafa sýnt bréfaskipti milli Björns Jónssonar og Hannesar Finnssonar biskups 1769, þar sem Björn segir frá sigrum og ósigrum í ræktunartilraunum sínum. Þannig kom það til að óskað var eftir stuðningi við að stækka plöntusýninguna svo að hún endurspeglaði betur þekkingu dagsins í dag. Nú hefur garðurinn því verið stækkaður og það hafa bæst við eplatré af ýmsum yrkjum, berjarunnar og sérstakt hvanna- og laukabeð.

Lifandi safn

Frá opnun urtagarðsins 2010 hafa verið skipulagðar árlegar leiðsagnir og málstofur í tengslum við garðinn. Grunnsýningin er óbreytt en sýning á klausturjurtum var samþættuð við hana árið 2015, eftir að fundust leifar af þekktum lækningajurtum við fornleifarannsóknir á klausturstæðum hér á landi frá miðöldum. Sumarið 2018 var safnað fjölbreyttum yrkjum af kartöflum, bæði sögulegum sem lengi hafa verið hér á landi og nýrri frækartöflum. Afurðirnar voru sýndar á fræðsludegi. Stjórn heldur úti síðu á Facebook fyrir garðinn.

Urtagarðurinn í Nesi hefur nýst almenningi og skólum. Gestir geta leitað á söfnin í Nesi um leiðsögn og fræðslu. Eftir lokun Lækningaminjasafns Íslands gekk Þjóðminjasafn Íslands inn í samkomulagið um garðinn. Frá upphafi hefur stuðningur Lyfjafræðisafnsins á vettvangi verið mikilvægt bakland fyrir starfsemi garðsins. Markmiðið með starfinu er að Urtagarðurinn í Nesi sé sjálfstæður áfangastaður þar sem má fræðast um sögu, ræktun og þróun þekkingar.



Lilja Sigrún tók þessa mynd úr Urtagarðinum. Nesstofan ber uppruna sínum fagurt vitni og rís upp einsog danskur herragarður.

Heimildir

Bjarnason ÁH. Íslensk flóra með litmyndum. Iðunn, Reykjavík 1983.
Guðmundsdóttir JÞ. Garðrækt í Nesi við Seltjörn á síðari hluta 18. aldar. Garðyrkjuritið 2010: 28-35.
Guðnason I. munnlegar heimildir.
Jónsdóttir LS. Urtagarður í Nesi: Plöntuvísir. Ritstj. Seltjarnarnesi 2010.
Kennsluefni í útikennslu: utigrottu.com/copy-of-fjaran-1
Kolbeins ÞE. Urtagarðurinn í Nesi. Lækningajurtir þá og nú. Ritgerð. Landbúnaðarháskóli Íslands, Reykjum í Ölfusi 2010.
Þórólfsdóttir H. Náttúra og saga í Nesi við Seltjörn. Verkefnasafn. Menntavísindasvið Háskóla Íslands 2011.

Læknadagar 2021
18.- 22. janúar

DAGSKRÁNNI VERÐUR STREYMT FRÁ HÖRPU

Mánudagur 18. janúar

09:00-12:00 **GEÐHEILSA Á TÍMUM COVID-19**
Fundarstjóri: Magnús Haraldsson

09:00-09:25 **Faraldrar og geðheilsa:** Engilbert Sigurðsson
09:25-09:50 **Áhrif COVID-19 á geðheilbrigði Íslendinga:** Unnur Anna Valdimarsdóttir, prófessor, Háskóli Íslands
09:50-10:15 **Andlegur stuðningur við COVID sjúklinga á Landspítala:** Agnes Björg Tryggvadóttir, sálfræðingur geðsviði Landspítala
Kaffihlé
10:45-11:10 **Geðheilsa á tímum COVID. Líðan í upphafi faraldurs:** Ólafur Þór Ævarsson
11:10-11:35 **Sálrænn stuðningur í heilsugæslu og samfélaginu í COVID-faraldri:** Agnes Agnarsdóttir, sálfræðingur, Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
11:35-12:00 **Í súrefnislausum heimi, læknir sem sjúklingur á tímum pestarinnar:** Ferdinand Jónsson

09:00-12:00 **ÁFÖLL OG STREITA – FYRRI HLUTI**
Fundarstjóri: Pálmi Óskarsson

09:00-09:10 **Opnun:** Alma D. Möller landlæknir
09:10-09:50 **Seigla og streita:** Kristín Sigurðardóttir
09:50-10:10 **Hvatberar fyrir orku og heilsu:** Lilja Kjalarsdóttir, lífefnafræðingur
10:10-10:30 **Litróf lífsins - Polyvagal Theory**
Kaffihlé
11:00-11:30 **Heilaheilsa:** Ingvar Hákon Ólafsson
11:30-12:00 **Betri í dag en í gær:** Guðmundur F. Jóhannsson

09:00-12:00 **BRÁÐAVANDAMÁL**
Nánar auglýst síðar

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**
Heilsugátt - Notkun upplýsingatækni í COVID-19 faraldri: Karl Thoroddsen, tölvunarfræðingur Háskóli Íslands, heilbrigðis- og upplýsingadeild Landspítala
Uppruni Íslendinga, nýjar kenningar: Agnar Helgason mannerfðafræðingur, Íslenskri erfðagreiningu

13:10-16:10 **ÁFÖLL OG STREITA – SEINNI HLUTI**
Fundarstjóri: Anna María Jónsdóttir

13:10-13:40 **Langtímaafleiðingar áfalla og streitu:** Margrét Ólafia Tómasdóttir
13:40-14:10 **Að ala sig upp aftur:** Gyða Dröfn Tryggvadóttir, lýðheilsufræðingur og meðvirkniráðgjafi
Kaffihlé
14:40-15:00 **The Body Keeps the Score:** Bessel Van Der Kolk, geðlæknir
15:00–15:30 **Eggið, hænan og ungarnir:** Erla Gerður Sveinsdóttir
15:30-15:45 **Hugleiðsla:** Laufey Steindórsdóttir, hjúkrunarfræðingur, jóga- og hugleiðslukennari
15:45-16:10 **Pallborðsumræður:** Alma D. Möller, Benedikt Sveinsson, Erla Gerður Sveinsdóttir, Guðmundur F. Jóhannsson og Margrét Ólafía Tómasdóttir

13:10-16:10 **SKIMUN FYRIR LUNGNAKRABBAMEINI**
Fundarstjóri: Sif Hansdóttir

13:10-13:15 **Opnun og kynning málþings:** Sif Hansdóttir
13:15-13:45 **Skimun fyrir krabbameinum:** Thor Aspelund, prófessor í líftölfræði við læknadeild HÍ, formaður skimunarráðs Íslands
13:45-14:15 **Kostir og gallar skimunar fyrir lungnakrabbameini:** Steinn Jónsson
Kaffihlé
14:45-15:15 **Hnútur í lunga:** Hrönn Harðardóttir
15.15-15:45 **Frá stökkbreytingu í meðferð – klínísk nálgun:** Örvar Gunnarsson

13:10-16:10 **TÆKNI Í HEILBRIGÐISÞJÓNUSTU**
Fundarstjóri: Berglind Bergmann

13:10-13:20 **Inngangur fundarstjóra**
13:20-13:50 **Rafræn sjúkraskrá og nýjungar á Íslandi:** Davíð Þórisson
13:50-14:10 **Læknirinn og tæknin – Hvernig getum við verið snjöll á tímum snjallforrita?** Elías Eyþórsson
14:10-14:35 **Áhrif aukinnar tæknivæðingar á samband læknis og sjúklings:** Guðrún Ása Björnsdóttir
Kaffihlé
15:05-15:25 **Fjarlækningar:** Fulltrúi tæknigeirans, verður tilkynnt síðar
15:25-15:45 **Tölva í stað læknis – gervigreind vs. læknislistin:** Fulltrúi tæknigeirans, verður tilkynnt síðar
15:45-16:10 **Pallborðsumræður:** Framtíð heilbrigðisþjónustu á Íslandi í stafrænum heimi – Útópían og hugmyndir að lausnum

16:15-16:45 **SETNING LÆKNADAGA**
Ávarp: Reynir Arngrímsson, formaður LÍ

Þriðjudagur 19. janúar

09:00-12:00 **ÁHRIF FARALDURS COVID-19 Í VÍÐU LJÓSI**
Fundarstjóri: María Heimisdóttir, forstjóri Sjúkratrygginga Íslands

09:00-09:20 **Viðbrögð íslenskra heilbrigðisyfirvalda:** Alma D. Möller landlæknir
09:20-09:45 **Spálíkan og samanburður við önnur lönd:** Thor Aspelund líftölfræðingur og Brynjólfur Gauti Jónsson doktorsnemi
09:45-10:05 **Hlutverk vísinda og sérfræðinga:** Finnur Ulf Dellsén heimspekingur
Kaffihlé
10:35-10:55 **Siðfræðileg álitaefni:** Vilhjálmur Árnason, siðfræðingur, prófessor
10:55-11:20 **Áhrif á lýðheilsu:** Unnur Valdimarsdóttir, faraldsfræðingur, prófessor
11:20-11:40 **Hagræn áhrif:** Tinna Laufey Ásgeirsdóttir, hagfræðingur, prófessor
11:40-12:00 **Umræður**

09:00-12:00 **SORGARVIÐBRÖGÐ – AÐ MISSA BARN, SYSTKINI EÐA FORELDRI**
Fundarstjóri: Guðrún Bryndís Guðmundsdóttir

09:00-09:30 **Verkferlar vegna bráðra andláta á Barnaspítala Hringsins:** Ragnar Bjarnason
09:30-10:00 **Áhrif sorgarinnar á samskipti innan fjölskyldunnar – staða syrgjandi systkina:** Vigfús Bjarni Albertsson, sjúkrahúsprestur
Kaffihlé
10:30-11:00 **Sköpunargleði og listfengi í sorgarúrvinnslu eftir barnsmissi:** Björn Hjálmarsson
11:00-11:30 **Unglingurinn sem fremur sjálfsvíg:** Bertrand Lauth
11:30-12:00 Pallborðsumræður og fyrirspurnir

09:00-12:00 **NÝJUNGAR Í BRJÓSTHOLSSKURÐLÆKNINGUM MÁLÞING Í MINNINGU GUNNARS MÝRDAL EINARSSONAR**
Fundarstjóri: Geir Tryggvason
Nánar auglýst síðar

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**
Nýtt um greiningu og meðferð svefntengdra sjúkdóma: Þórarinn Gíslason, Bryndís Benediktsdóttir
Born to run/wired for danger; a shortcut to chronic illness: Kjartan Hrafn Loftsson

13:10-16:0 **SKYNDIDAUÐI UNGS FÓLKS – HVAÐ VELDUR?**
Fundarstjóri: Sigfús Gizurarson
13:10-13:40 **Skyndidauði hjá ungu fólki:** Gunnar Þór Gunnarsson
13:40-13:50 **Þrjú sjúkratilfelli:** Davíð O. Arnar, Gunnlaugur Sigfússon
13:50-14:20 **Erfðafræði skyndidauða ungs fólks:** Davíð O Arnar
14:20-14:30 Umræður
14:30-15:00 Kaffihlé
15:00-15:20 **Hjartavöðvakvillar sem valda skyndidauða:** Kristján Guðmundsson
15:20-15:40 **Heilkenni lengingar á QT-bili:** Gunnlaugur Sigfússon
15:40-16:00 **Meðferðarkostir – hvað er til boða?** Hjörtur Oddsson
16:00-16:10 Umræður

13:10-16:10 **MARGVÍSLEGAR BIRTINGARMYNDIR GIGTAR**
Fundarstjóri: Ragnar Freyr Ingvarsson
13:10-13:45 **Liðverkir eða liðbólgur, heitt eða kalt, allt eða ekkert:** Gerður Gröndal
13:45-14:20 **Iktsýki, fjölkerfasjúkdómur:** Sædís Sævarsdóttir
Kaffihlé
14:50-15:25 **Sinafestumein sem birtingarmynd sóragigtar:** Þorvarður Löve
15:25-16:00 **Meðferð slitgigtar, er líftæknilyf á leiðinni?** Helgi Jónsson
16:00-16:10 Umræður

13:10-16:10 **NOKKUR TILFELLI AF BARNASPÍTALA HRINGSINS – GAGNVIRKT MÁLÞING**
Fundarstjóri: Ásgeir Haraldsson
Valinkunnir barnalæknar glíma við tilfellin
Áheyrendur í sal taka þátt. Ekki slökkva á símunum!

16:15-18:00 **KLÍNÍSKIR GAGNAGRUNNAR TIL GÆÐAEFTIRLITS**
Fundarstjóri: Ólafur Baldursson
16:15-16:20 **Kynning:** Ólafur Baldursson
16:20-16:50 **Klínískir gæðagagnagrunnar - af hverju, staðan og framtíðarsýn?** Daníel Ásgeirsson
16:50-17:10 **Gæðavísar út frá sjónarhóli iðnaðarverkfræðings:** Rögnvaldur Sæmundsson verkfræðingur, HÍ
17:10-17:25 **Klínískir gæðagagnagrunnar og persónuvernd:** Elínborg Jónsdóttir, persónuverndarfulltrúi, Landspítala
17:25-17:45 **Gæðastarfsemi á Landspítala:** Elísabet Benedikz
17:45-18:00 Umræður

Miðvikudagur 20. janúar

09:00-12:00 **ÆÐALOKUN MEÐ INNÆÐAAÐGERÐ**
Fundarstjóri: Hjalti Már Þórisson
09:00-09:30 **Innæðaaðgerðir vegna blæðingar frá meltingarvegi og eftir áverka:** Kristbjörn I. Reynisson, yfirlæknir
09:30-10:05 **Meðhöndlun á góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli með æðalokun:** Fernando Bazan, sérfræðilæknir
Kaffihlé
10:35-11:10 **Innæðameðferð á krabbameini, vöðvahnútum í legi og bláæðaháþrýstingi í mjaðmagrind:** Hjalti Már Þórisson, yfirlæknir
11:10-11:45 **Meðhöndlun á æðagúlum í heila:** Vilhjálmur Vilmarsson, sérfræðilæknir
11:45-12:00 Umræður

09:00-12:00 **FORVARNIR, HEILSUVERND OG HEILSUEFLING Á ÍSLANDI**
Fundarstjórar: Elínborg Bárðardóttir og Jón Steinar Jónsson
09:00-09:15 **Saga forvarna og heilsuverndar:** Sigurður Guðmundsson fyrrv. landlæknir
09:15-09:40 **Heilsueflandi samfélög:** Dóra Guðrún Guðmundsdóttir, sviðstjóri
09:40-10:05 **Jákvæð heilsa:** Pétur Heimisson
10:05-10:30 **Heilsueflandi móttökur í heilsugæslu:** Jórlaug Heimisdóttir, verkefnastjóri
Kaffihlé
11:00-11:25 **Bernska, menning og heilsa:** Björn Hjálmarsson
11:25-11:45 **Framtíð forvarna og heilsuverndar:** Alma D. Möller, landlæknir
11:45-12:00 Umræður

09:00-12:00 **MÁLÞING Í MINNINGU MARGRÉTAR ODDSDÓTTUR**
Fundarstjóri: Vilhelmína Haraldsdóttir
09:00-09:30 **Hver var Margrét Oddsdóttir:** Hjördís Smith
09:30-10:00 **Skurðlækningar: Nýjungar og framtíðarsýn:** Jórunn Atladóttir
Kaffihlé
10:30-11:00 **Rannsóknir: Nýjungar og framtíðarsýn:** Þóra Steingrímsdóttir
11:00-11:30 **Kennsla: Nýjungar og framtíðarsýn:** Elsa Björk Valsdóttir
11:30-12:00 **Arfleifð Margrétar í Bandaríkjunum:** Walter E. Longo, Chief of Colon and Rectal Surgery at Yale School of Medicine, Jonathan J. Lewis, a surgeon, biomedical researcher, Yale School of Medicine

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**
Tíu mikilvægustu atriði við greiningu og meðferð rauðra augna: Jóhannes Kári Kristinsson
Endurhæfing eða örorka
1. Endurhæfing og örorka, grundvöllur og þróun: Ólafur Ó. Guðmundsson
2. Endurhæfing eða örorka – sjónarhorn landsbyggðarlæknis: Unnsteinn Ingi Júlíusson
3. Endurhæfing á Reykjalundi: Kristján G. Guðmundsson

13:10-16:10 **OFKÆLING: HVAÐ GERIST, TILFELLI OG MEÐFERÐ**
Fundarstjóri: Elsa Valsdóttir
13:10-13:40 **Tilfelli:** Kristín Sigurðardóttir
13:40-14:10 **Tilfelli:** Felix Valsson
14:10-14:40 **Bráðameðferð:** Éric Contant
Kaffihlé
15:10-15:40 **Sjósund og Wim Hof:** Sölvi Tryggvason, BA sálfræði, fjölmiðlamaður
15:40-16:10 **Kuldinn gælir við okkur innan sem utan: Hvað segja vísindin?** Björn Rúnar Lúðvíksson

13:10-16:10 **ÞVERFAGLEG ENDURHÆFING Í HEILSUGÆSLU, NÝIR TÍMAR**
Fundarstjóri: Gunnar Kr. Guðmundsson
13:10-13:40 **Þverfagleg verkjaendurhæfing á Íslandi, saga og þróun:** Magnús Ólason
13:40-14:00 **Færni og mat á færni í endurhæfingu, ICF:** Ása Dóra Konráðsdóttir sjúkraþjálfari
14:00-14:20 **Mótun endurhæfingarstefnu: Heilsugæslan í miðpunkti:** Hans Jakob Beck
Kaffihlé
14:50-15:10 **Heilsugæslutengd endurhæfing á Íslandi:** Jón Steinar Jónsson
15:10-15:40 **Samvinnuverkefni Hæfis enduhæfingarstöðvar og heilsugæslu um þerfaglega endurhæfingu verkjasjúklinga:** Ása Dóra Konráðsdóttir sjúkraþjálfari, Magnús Ólason
15:40-16:10 Umræður

13:10-16:10 **AÐ BJARGA SÉR Í BÆKLUN - GAGNVIRK TILFELLI**
Fundarstjórar: Ólöf Sara Árnadóttir og Stefán Árni H. Guðjohnsen
Klínísk tilfelli af bæklunarskurðdeild leyst með gagnvirkri þátttöku úr sal (kahoot.com).
Leiðbeinendur: Sigurveig Pétursdóttir, Ásgeir Guðnason, Fidel Helgi Sanches, Sigríður Karlsdóttir, Matthías Örn Halldórsson og Ágúst Ingi Guðnason

Fimmtudagur 21. janúar

09:00-12:00 **COVID-19 Á ÍSLANDI: RANNSÓKNIR OG ÁRANGUR MEÐFERÐAR**
Í samvinnu við Íslenska erfðagreiningu
Fundarstjóri: Reynir Arngrímsson
Nánari auglýst síðar

09:00-12:00 **MIKILVÆGI D-VÍTAMÍNS**
Fundarstjóri: Hannes Hrafnkelsson
09:00–09:20 **Inngangur: Sólarvítamínið – saga og mikilvægi D-vítamíns:** Hannes Hrafnkelsson
09:20–09:40 **D-vítamín frá sjónarhorni næringarfræðings: Hvaðan fáum við D-vítamín? Hvað eru æskilegir skammtar? Hvað ber að varast?** Ingibjörg Gunnarsdóttir næringarfræðingur og prófessor
09:40-10:00 **Fá Íslendingar nægilegt magn D–vítamíns? Hvað sýna íslenskar rannsóknir?** Berglind Gunnarsdóttir
Kaffihlé
10:30-10:50 **D-vítamín hefur víðtæk áhrif á fleira en beinmyndun:** Tilkynnt síðar
10:50-11:10 **D-vítamínskortur: Hvenær er viðeigandi að mæla og hvernig meðhöndlum við?** Rafn Benediktsson
11:10-11:30 **D-vítamín og lýðheilsa: Er þörf á átaki í D-vítamíninntöku þjóðarinnar? Hvernig næst það markmið best?** Jóhanna Eyrún Torfadóttir næringar- og lýðheilsufræðingur
11:30-12:00 **Pallborðsumræður**

09:00-12:00 **SAGA FARSÓTTA Á ÍSLANDI**
Fundarstjóri: Helgi Sigurðsson
Svarti dauði á Íslandi: Magnús Gottfreðsson
Saga Farsóttarhússins Þingholtsstræti 25 1884-1902: Kristín Svava Tómasdóttir sagnfræðingur
Lítil og stór bóla. Bólufaraldrar á Íslandi 1670-1709: Eiríkur Guðmundsson sagnfræðingur og fyrrum Þjóðskjalavörður
Mislingafaraldurinn á Íslandi og í Færeyjum 1846: Ólöf Garðarsdóttir prófessor, menntavísindasviði HÍ
Tónlistaratriði um drepsóttir og dauðann

12:10-13:00 **HÁDEGISFYRIRLESTRAR**
Höfum við gengið öndunarveginn til góðs? Hjalti Már Björnsson
Tengslaröskun Snorra: Óttar Guðmundsson

13:10-16:10 **CHOOSING WISELY Á ÍSLANDI**
Fundarstjórar: Margrét Ólafía Tómasdóttir
13:10-13:50 **Hvað er Choosing wisely?** Stefán Hjörleifsson heimilislæknir og prófessor við Háskólann í Bergen
13:50-14:30 **Choosing Wisely around the world—Evidence of impact:** Wendy Levinson, Chair of Choosing Wisely Canada and Choosing Wisely International
Kaffihlé
15:00-15:30 **Strama á Íslandi og sýklalyfjanotkun:** Oddur Steinarsson
15:30-15:50 **Choosing wisely í krabbameinslækningum:** Örvar Gunnarsson
15:50–16:10 **Pallborðsumræður með aðkomu Landlæknis og Læknafélagsins**

13:10-16:10 **INFLÚENSA**
Fundarstjóri: Ásgeir Haraldsson
13:10-13:40 **Sagan og sóttin:** Magnús Gottfreðsson
13:40-14:10 **Faraldsfræðin:** Þórólfur Guðnason
14:10-14:40 **Einkenni og meðferð:** Már Kristjánsson
Kaffihlé
15:10-15:40 **Bólusetningar gegn inflúensu:** Valtýr Stefánsson Thors
15:40-16:10 **Hvað næst?** Hanna Nohynek, National Institute for Health and Welfare, Department of Vaccines and Immune Protection, Finland

13:10-16:10 **MARGAR HLIÐAR LYFJAÖRYGGIS: HVERNIG NÁUM VIÐ ÁRANGRI?**
Fundarstjóri: Gerður Gröndal og Jón Steinar Jónsson
13:10-13:15 **Opnun málþings:** Alma D. Möller, landlæknir
13:15-13:35 **Fjöllyfjameðferð á Íslandi og verkefnið Lyf án skaða:** Amelia Samuel
13:35-14:30 **Kynning tilfella: Upplýsingaflæði varðandi lyfjameðferð á milli aðila í heilbrigðisþjónustu. Er þörf á gæðaþróun og hvernig?** Halla Laufey Hauksdóttir lyfjafræðingur, Heimir Jón Heimisson lyfjafræðingur, Eva Fanney Ólafsdóttir og Anna Sigurðardóttir
Kaffihlé
15:00-15:30 **Alvarlegar milliverkanir tengdar lyfjameðferð: Ferðalag með 10 dæmum:** Elín Jacobsen lyfjafræðingur og Aðalsteinn Guðmundsson
15:30-15:45 **Öruggari lyfjameðferð á Íslandi næstu 5 árin:** Runólfur Pálsson
15:45-16:10 Pallborðsumræður

Föstudagur 22. janúar

09:00-12:00 **HEILABILUN, NÝJASTA NÝTT Í GREININGU OG MEÐFERÐ**
Fundarstjóri: Jón Snædal
09:00-09:35 **Lífmerki Alzheimer-sjúkdóms í blóði og mænuvökva:** Henrik Zetterberg, prófessor, Háskólinn í Gautaborg og Salgrenska sjúkrahúsið, Svíþjóð
09:35-10:05 **Jásjárrannsóknir í greiningu heilabilunarsjúkdóma:** Oscar Hansson, prófessor, Háskólinn í Lundi og Háskólasjúkrahúsið á Skáni, Svíþjóð
Kaffihlé
10.25-10:50 **Tækninýjungar í mælingum á vitrænni getu í klínískum lyfjarannsóknum:** Kristín Hannesdóttir, taugasálfræðingur
10:50-11:10 **Heilarit og kólvirkt index í greiningu heilabilunar:** Magnús Jóhannsson, taugasálfræðingur
11:10-11:35 **Faraldsfræði vitrænnar skerðingar og heilabilunar á Íslandi, fyrstu tölur frá nýrri heilabilunarskrá:** Helga Eyjólfsdóttir
11:35-12:00 **Er meðferð við heilabilun af völdum Alzheimer-sjúkdóms eða framheilabilun í sjónmáli?** Steinunn Þórðardóttir

09:00-12:00 **HVERNIG ER ALVARLEGUM GEÐVANDA UTAN GEÐDEILDA SINNT AF HEILBRIGÐISKERFINU?**
Fundarstjóri: Salóme Arnardóttir
09:00-09:30 **Alvarlegur geðvandi á bráðamóttöku Landspítala:** Hjalti Már Björnsson
09:30-10:00 **Alvarlegur geðvandi á heilsugæslunni:** Margrét Ólafía Tómasdóttir
Kaffihlé
10:30-11:00 **Þjónusta sveitafélaga við fólk með alvarlegan geðvanda:** starfsmaður skipulags þjónustu við geðfatlaða og útigangsfólk í Reykjavík
11:00-11:30 **Þjónusta geðheilsuteyma heilsugæslunnar:** Erik Brynjar Eriksson
11:30-12:00 Pallborðsumræður

09:00-12:00 **OFNÆMI OG ÓNÆMISGALLAR**
Fundarstjóri: Unnur Steina Björnsdóttir

09:00-09:25 **Kynning á sérhæfðri astmamóttöku á Landspítala og nýjungar í meðferð:** Unnur Steina Björnsdóttir
09:25-09:50 **Ofnæmispróf – ábendingar og áreiðanleiki:** Sigurveig Þ. Sigurðardóttir
09:50-10:15 **Er hægt að lækna ofnæmi?** Michael Clausen
Kaffihlé
10:45-11:10 **Ný sýn á flokkun og persónubundna meðferð einstaklinga með skert ónæmissvar:** Björn Rúnar Lúðvíksson
11:10-11:35 **Forvarnameðferðir ónæmisbældra einstaklinga:** Valtýr Stefánsson Thors
11:35-12:00 **Hvað er nýtt í notkun mótefnalausna (IvIgG) í mótefnaskorti og idiotypiskum bólgusjúkdómum:** Kristján Erlendsson

12:10-13:00 **HÁDEGISVERÐARFUNDIR**
Lífið, líðan og ónæmiskerfið
Ástin er ónæmisfræði: Ásgeir Haraldsson
Hefur ónæmiskerfið tilfinningar? Michael Clausen
Tíu leiðir til ónæmisdekurs: Björn Rúnar Lúðvíksson
Clostridium difficile sýking og hægðaskipti: Hvenær ætti að íhuga hægðaskipti hjá sjúklingum með Clostridium Difficile sýkingu? Birgir Jóhannsson
Hvernig fara hægðaskipti hjá sjúklingum með Clostridium Difficile fram? Stefán Haraldsson
Umræður

13:10-16:10 **MÁLÞING UM TILFINNINGAVÍL Í FORNSÖGUNUM**
Fundarstjóri: Vilhelmína Haraldsdóttir
Ástarsorg í Íslendingasögunum og Sturlungu: Óttar Guðmundsson
Um andleg og líkamleg veikindi í íslenskum miðaldabókmenntum: Aðalheiður Guðmundsdóttir prófessor í íslenskum bókmenntum fyrri alda, Háskóla Íslands
Kvíði og samfélag á Sturlungaöld: Torfi Tulinius prófessor í íslenskum miðaldafræðum, Háskóla Íslands
Sorg og sársauki í Íslendingasögunum: Sif Ríkharðsdóttir prófessor í almennri bókmenntafræði, Háskóla Íslands
Tónlistaratriði um sorg og tilfinningar flutt á dramatískan hátt.

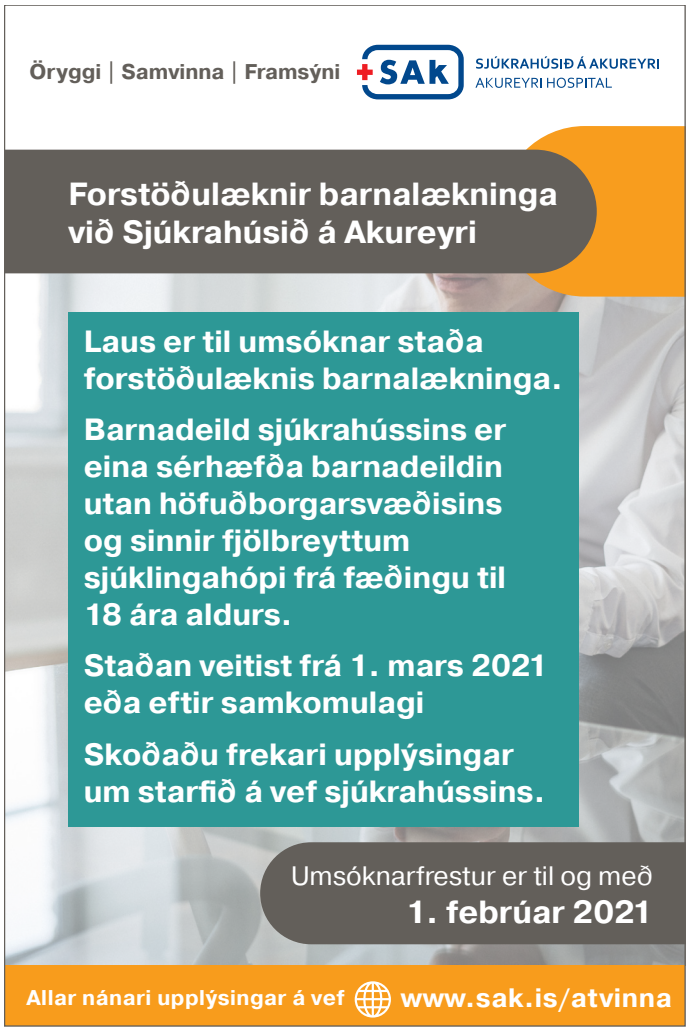
13:10-16:10 **SAMVINNA HEILSUGÆSLU OG SJÚKRAHÚSS – Í ÞÁGU SJÚKLINGA**
Fundarstjóri: Sigurbergur Kárason

13:10-14:00 **Má bæta ástand sjúklinga í bið eftir liðskiptaaðgerð með samstarfi heilsugæslu og sjúkrahúss? Innleiðsla á nýju undirbúningsferli sjúklinga sem eru í bið eftir liðskiptaaðgerð:** María Sigurðardóttir
Frá heilsugæslunni: Nanna Sigríður Kristinsdóttir
Frá sjúkrahúsinu: Hjörtur Friðrik Hjartarson
Umræður
14:00-14:50 **Hvernig tókst samvinna Landspítala og Heilsugæslunnar í COVID-19-faraldrinum – hvaða helstu lærdóma má nýta til framtíðar?**
Frá sjúkrahúsinu: Ólafur Guðlaugsson
Frá heilsugæslunni: Sigríður Dóra Magnúsdóttir
Umræður
Kaffihlé
15:20-16:10 **Samskipti heilsugæslu og sjúkrahúss – hvernig er þeim best fyrirkomið?**
Hvað virkar, hvað má bæta? Katrín Jónsdóttir
Hvað virkar, hvað má bæta? Signý Vala Sveinsdóttir
Framtíðarsýn heilsugæslu: Jón Steinar Jónsson
Framtíðarsýn sjúkrahúss: Runólfur Pálsson
Umræður

13:10-16:10 **STYRKIR OG VÍSINDAÁRANGUR Á LANDSPÍTALA**
Fundarstjórar: Jón Jóhannes Jónsson, Reynir Arngrímsson, Hans Tómas Björnsson

13:10-13:40 **Vísindarannsóknir á Landspítala: styrkjaumhverfi:** Björn Rúnar Lúðvíksson
13:40-14:10 **Árangur í heilbrigðisvísindum á Landspítala 2010-2020:** Magnús Gottfreðsson
14:10-14:40 **Aðgangur Íslendinga að stórum styrkjum frá Evrópu:** Unnur Anna Valdimarsdóttir, prófessor, Háskóla Íslands
Kaffihlé
15:10-15:40 **Heilbrigðisrannsóknir á Íslandi: áskoranir, og möguleikar:** Hans Tómas Björnsson
15:40-16:10 **Panelumræður um framtíð styrkjakerfa á Landspítala** (allir fyrirlesarar)

16:20 **LOKAHÁTÍÐ LÆKNADAGA**





Plágurnar

Högni Óskarsson
geðlæknir
hogni@humus.is

Erfitt að byrja. Hvað poppar fyrst upp í hugann? Covid eða Trump? Trump eða Covid? Plágan hefur vinninginn.

Af einhverjum ástæðum komu eftirfarandi hugartengsl upp. Listaverk Magnúsar Tómassonar af Óþekkta embættismanninum. Hann stendur á tjarnarbakkanum við Iðnó, grár, andlitslaus, með skjalatösku í hendi. Enginn þekkir hann, enginn þakkar honum. Afhjúpaður á nýjum stað 2012, af engum öðrum en Jóni Gnarr. Hugartengslin við styttuna eru myndir af óteljandi og oftast ósýnilega heilbrigðisstarfsfólki, innan og utan stofnana, sem er að takast á við Covid-19, dag og nótt. Fæst þeirra fá sín „fifteen minutes of fame“; vinnandi undir ofurálagi, í smithættu og mjög svo streitufylltum aðstæðum. Þeim verða líklega ekki reist formleg minnismerki. Þjóðin stendur í mikilli þakkarskuld við þau.

Í nýútkominni bók sinni *Spænska veikin* lýsir Gunnar Þór Bjarnason plágunni sem skall á haustið 1918. Fróðleg og skemmtileg lesning um hræðilega atburði. Plágan kom að óvörum, snörp og mannskæð. Höggið var mest á Suðvesturhorninu. Alls létust af völdum veikinnar um 440 manns, það er 482/100.000. Þegar þetta er skrifað er dánartalan af völdum Covid 7,5/100.000. Í Reykjavík voru tvö sjúkrahús, Landakot og Franski spítalinn, alls með 80 rúmum. Innan við 20 læknar voru starfandi í höfuðborginni, ekki allir í klíník. Íslenskir hjúkrunarfræðingar voru stétt í fæðingu, um 10 á svæðinu, Til viðbótar voru nokkrar erlendar, og svo 16 „systur“ á Landakoti, belgískar nunnur með þjálfun í hjúkrun. Ekki má gleyma ljósmæðrum og yfirsetukonum. Þeim til aðstoðar sendu yfirvöld ákall til almennra borgara um að koma til hjálpar. Samstaðan var ótrúleg.

Álaginu á lækna er best lýst af Þórði Thoroddsen lækni, sem var orðinn 62 ára þegar hér var komið sögu. Í dagbók sinni skráir hann frá 28. október til 6. desember 1232 sjúklinga og sleppir þá „léttum tilfellum“. Af þeim létust 77, flestir í heimahúsi. Ekki nein furða að góðvinur Þórðar hafi skrifað seinna, að aldrei hafi hann „séð þennan þrekmikla fjörmann eins útslitinn og útþvældan eins og eftir spönsku veikina 1918“.



Hugtakið starfskulnun var ekki til á þessum tíma. Hvað er það í starfsumhverfi okkar, eftir 100 ára framfarir, sem skapar króníska streitu, starfskulnun, jafnvel örmögnun? Meiri kröfur, meiri hraði, meira áreiti úr öllum áttum eru meðal orsakavalda, yfirþyrming af kröfum sem fylgja tölvuvæðingu, síaukinni skriffinnsku, snjallsímum og samfélagsmiðlum. Óvarin fyrir áreiti 24/7. Köllun okkar í læknisstarfi, drifkrafturinn, víkur, allt hitt hefur tekið yfir.

Albert Camus lýsir í bók sinni, *La Peste* (1947), plágu í borginni Oran í Alsír. Kjarninn í boðskap höfundar er að manneskjan býr við stöðuga plágu innra með sér; vitneskjuna um hið endanlega, dauðann. Trúarbrögð afskrifar hann, fáránleikinn einkennir líf mannsins. Við neyðumst til að lifa hvern dag undir yfirþyrmandi tómlæti himinsins. Plágan er myndlíking á stöðu mannsins þar sem æðri tilgangur er ekki til. Það stendur því upp á hvert og eitt okkar að skilgreina tilgang í gegnum köllun, vinnu, vinskap og ástir. Okkar er að endurskoða markmið vinnunnar, nálgast aftur upphaflega tilganginn, að lækna og líkna. Ef ekki, mun vélmenni með IQ upp á 10.000 taka af okkur ómakið, á sinn vélræna hátt.

Að lokum, veruleikafirrtur Trump. Vísa í því samhengi á tragískan endi Lés konungs í samnefndu leikriti Shakespeares. Blindur, hafandi misst völdin í hendur elstu dóttur sinnar, í örvæntingu og ofsareiði, ásakandi vini og samherja, svikinn af öllum. Það er ekki Shakespeare-líkur stíll yfir Trump. Reiðikast hans minnir á þriggja ára barn sem liggur öskrandi í gólfinu heimtandi að fá vilja sínum framgengt, laga raunveruleikann að frekju sinni. Trump hefur tekist með lygum, sjúklegri sjálfhverfni, brengluðu gildismati og markvissu einelti, að fá vænan hluta bandarísku þjóðarinnar í lið sitt. Það sem verra er, honum hefur tekist að kúga þinglið repúblikana og ráðamenn flokksins á landsvísu til að halda á lofti lygum hans og blekkingum. Trump-plágan hefur breiðst út í flesta afkima samfélagsins, og hefur því miður fest rætur víðar í okkar heimshluta. Ekki þó hér á Fróni, að neinu marki, ennþá.

Nýársósk mín er að þessar plágur hverfi úr daglegu lífi okkar sem fyrst.

Óska ykkur öllum árs og friðar.

Auglýsing

Auglýsing