Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

b) — H. Þórðard., 47 ára, ógift, bústýra. Kom 26. febr. Fór. 18. marz 1917.

Að undantekinni liðagigt, taugaveiklun og brjósthimnubólgu fyrir mörgum árum, hefir hún verið frísk þar til í sumar. Þá snögglega allslæmt verkjakast í kviðinn h. megin, sem læknir taldi vera appendicitis. Lá í 14 daga. Uppsala í byrjun, með áköfum verkjum, hiti nokkur en ekki mikill. Hægðatregða. Batnaði af opium og heitum bökstrum. Veiktist aftur fyrir 3 mánuðum á svipaðan hátt, en hafði verið góð á undan frá fyrra kastinu. Lá nú í 11 daga og skánaði, en hefir aldrei náð sér síðan. Daglega fengið verkjaköst, einkum á undan hægðum, og stöðugur seyðingsverkur hægra megin í kviðnum. Lítið mátt borða, svo verkir ekki kæmu. Þolir bezt mjólk. Hægðir hafa verið í lagi. Læknir ráðleggur appendectomiam. — Status præsens: Meðalholda, fremur óhraustleg. Tp. eðlileg. Puls. 70. Tg. eðlileg útlits. Kviðurinn er viðkvæmari h. megin. Ekki hægt að þreifa nákvæmlega vegna „défense". Rovsings einkenni fæst ekki. Engin deyfing. Annars engin afbrigði. — Eftir venjulegan undirbúning er í chloroform-æthersvefni gerð: Laparotomia c. appendectomia á venjulegan hátt, og er engum erfiðleikum að mæta.

App. er langur, 10 ctm., og enginn samvöxtur; á pörtum eru æðar gildari og fleiri venju, og á tveim stöðum eru mjóddir á appendix. — Inni í app. gætir ekki neinna þrengsla, en slímhúðin er þrútin og blóðhlaupin þar sem mjóddirnar eru. Á víð og dreif um slímhúðina sprikla njálgar, ca. 10.

Sárið greri pr. primam, að því undanteknu, að neðst í sárinu kom ofurlítil ígerð í saumgati.

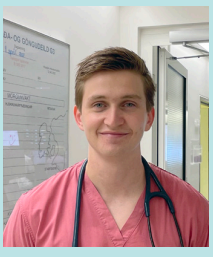
Útskrifuð heilbrigð eftir 19 daga.

P.S. Sjúklingurinn hafði fyrir löngu síðan orðið vör við njálg, en aldrei gefið því gaum eða fundið til þess síðustu árin.

SJÚKRATILFELLI ÚR LÆKNABLAÐINU


LÆKNABLAÐIÐ
3. árgangur. Júlí 1917. 7. blað.


Guðbjörg Jónsdóttir


Teitur Ari Theodórsson


Ólafur Baldursson


Aðstaða hjúkrunarfræðinga á HSS


Nýútskrifaðir læknar 2021

7-8/2021 107. árgangur: 321-380

Auglýsing

Hlustið á viðtalið á hlaðvarpi Læknablaðsins

SOUNDCLOUD



Ólafur Baldursson hefur verið ráðinn í framkvæmdastjórn Landspítala allt til ársins 2034. Mynd/gag

„Ég hef þungar áhyggjur af stöðunni“

Mannekla, ófjármögnuð vísindi og ábyrgð mistaka á herðum starfsfólks eru helstu mál á borði Ólafs Baldurssonar sem hefur verið endurráðinn framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala. Æviráðinn í þetta sinn

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég hef þungar áhyggjur af stöðunni,“ segir Ólafur Baldursson, framkvæmdastjóri lækninga, um að lögum hafi ekki verið breytt þannig að mistök heilbrigðisstarfsfólks yrðu ekki refsiverð. Honum þykir slæmt að ekki hafi verið unnið eftir þeim tillögum sem starfshópur, sem hann sat í, lagði til í skýrslu um alvarleg atvik í heilbrigðisþjónustu í september 2015.

„Við höfum ítrekað minnt á skýrsluna án árangurs. Þetta eru auðvitað vonbrigði en eitthvað sem við ráðum ekki yfir,“ segir hann.

Félög lækna hafa lýst yfir áhyggjum sínum vegna manneklu á Landspítala í sumar. Félag bráðalækna vísaði nú í maí allri ábyrgð á forstjóra Landspítala, ráðherra og Alþingi ef til alvarlegra atvika kæmi á bráðamóttökunni vegna óboðlegra og óviðunandi aðstæðna sem félagið sagði að stefndi í í sumar.

Ólafur segir afar mikilvægt að heilbrigðisstarfsmenn geti, rétt eins og fagfólk í flugi, sagt satt og rétt frá, komi upp atvik. „Við tókum þá ákvörðun hér að við vildum vera í forystu í heilbrigðiskerfinu við að opna umræðuna um allt sem kemur fyrir. Við höfum notað þá aðferðafræði í um 50 rótargreiningum.“ Lagaumhverfið sé hins vegar ekki í takti við nútímann sem kalli á kvíða og áhyggjur heilbrigðisstarfsfólks af að standa vaktina.

„Við glímum við þennan misþroska en við getum ekki haldið áfram í gömlu hugmyndafræðinni þar sem atvikum var sópað undir teppið.“ Hún gefi ekki færi á að læra af mistökum. „Mjög mikilvægt er að læknar og aðrar heilbrigðisstéttir hjálpist að í þessu máli, því þetta snýr að okkur öllum.“

Ólafur, sem gegnt hefur starfi framkvæmdastjóra lækninga frá 2009, hefur nú verið ráðinn allt til ársins 2034. „Ef guð lofar verð ég sjötugur á því ári.“ Ólafur segir að fjarheilbrigðisþjónusta, lagaumhverfið og efling sérnáms á spítalanum sé efst á baugi, enda taki það á manneklunni. Stórefla þurfi vísindastarf og nýsköpun og tengsl við sprotafyrirtæki. Hann er hugsi yfir stöðu vísinda á spítalanum og segir að eyrnamerkja þyrfti sérstaklega fjármagn til þeirra. „Vinna á markvisst með háskólum til að nýta fjármagnið sem best.“

Ólafur sinnir enn göngudeildarþjónustu og tekur stöku vaktir, en sjálfur er hann lyf- og lungnalæknir. „Ég hef áhyggjur af þessari stöðu og skil vel að læknar og fólk almennt hafi það einnig,“ segir hann. „Nýráðinn yfirlæknir bráðamóttökunnar hefur tjáð okkur að mönnunin batni í haust.“ En ber hann sjálfur ábyrgð á stöðunni?

„Mér finnst ég alltaf bera vissa ábyrgð á frammistöðu spítalans en auðvitað er það þannig að ábyrgð á 6000 manna vinnustað er eðli málsins samkvæmt dreifð. Að auki hlýtur ábyrgð stjórnsýslunnar á svo stórum vinnustað að vera umtalsverð.“

Vill bjóða út vaktir á spítalanum

„Óumflýjanlegt er að tryggja fjölbreytilegri rekstrarform í heilbrigðisþjónustunni vegna fólksfjölgunar á Íslandi. Kröfurnar eru það miklar og stakkurinn þröngur frá ríkinu,“ segir Ólafur.

„Hugsa þarf möguleikann á að bjóða hluta starfseminnar út, jafnvel að bjóða einstaka tegundir af vöktum út og huga að fjölbreyttara rekstrarformi í kerfinu í heild“ segir hann og horfir til fjarheilbrigðisþjónustu. Hún muni hafa hvað mest áhrif á störf lækna næstu 5-10 árin.

„Margir halda að fjarheilbrigðisþjónusta fækki læknum, en það veit enginn. Ég tel að mörgum sjáist yfir það að þegar samskiptamöguleikum sjúklinga við teymi heilbrigðisþjónustunnar fjölgar, aukast samskiptin. Úrvinnslan, sem þarf að vera vönduð, verður meiri,“ segir Ólafur. „Ég vona að Læknafélag Íslands sé með augun á þessu því þetta mun hafa mikil áhrif á störf lækna.“

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

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
2000

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

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Póstdreifing
Hádegismóum 2
110 Reykjavík

© **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



327

Þorbjörn Jónsson

Er það töluverð áskorun fyrir ráðherra að standa með Landspítala?

Æðstu stjórnendur heilbrigðiskerfisins eiga að hafa þau meðöl í höndum sér sem duga til úrbóta, meðal annars að fjármagna úrbætur og ráðgast við þá sem best þekkja til. Það þarf að gerast fljótt. Ætlar heilbrigðisráðherra nú að standa með Landspítala og greiða úr áralöngum og viðvarandi vanda hans?



329

Sigurbjörn Sveinsson

Hernaðurinn gegn einkarekstrinum hafinn

Valdinu er beitt í þágu stjórnlyndis og pólitískra langtímasjónarmiða. Svo er grautnum í þessari skál blandað saman við ranga meðferð tungumálsins, þannig að boðskapurinn verður í raun að falsfréttum, röngum eða öngvum sannleika.

FRÆÐIGREINAR

331

Klara Katrín Friðriksdóttir, Jóhanna Gunnlaugsdóttir, Ragna Kemp Haraldsdóttir

Sjúkraskrármál á Landspítala: Staða og framtíðarsýn

Meginvandinn er tvíþættur: Í fyrsta lagi þyrfti yfirstjórn málaflokksins innan spítalans að vera skýrari og í öðru lagi hefur ekki tekist að afla nauðsynlegs fjár þannig að hægt sé að framfylgja markmiðum á árangursríkan hátt. Í ljós kom að skerpa þarf á stuðningi stjórnenda, bæta fræðslumálin til muna og efla öryggisvitund og ábyrgð starfsfólks í tengslum við sjúkraskrár.

337

Rósíka Gestsdóttir, Margrét Ólafía Tómasdóttir, Sigrún Sigurðardóttir

„Það dundi yfir líkama og sál“: Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku heilsugæslu af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum

Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk taki mið af sálrænum áföllum þegar hugað er að heilsufarsvandamálum skjólstæðinga, geti veitt stuðning og viðeigandi aðstoð. Heilsugæslan er fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga í heilbrigðiskerfinu og því mikilvægt að þar sé innleidd áfallamiðuð nálgun. Innan heilsueflandi móttöku heilsugæslu er mikilvægt að kortleggja heilsufarsvandamál í tengslum við sálræn áföll og þar er tækifæri til að efla áfallamiðaða nálgun.

345

Jón Magnús Jóhannesson, Hrönn Harðardóttir, Bjarni Guðmundsson, Gunnar Guðmundsson

Óráð og hiti - sjaldgæf en hættuleg orsök - sjúkratilfelli

Hér er rakin sjúkrasaga 58 ára gamals manns sem kom á bráðamóttöku með hækkaðan líkamshita og óráð. Vönduð sögutaka og skoðun, ásamt hnitmiðuðum rannsóknum, gaf sjúkdómsgreiningu sem leiddi til viðeigandi meðferðar.

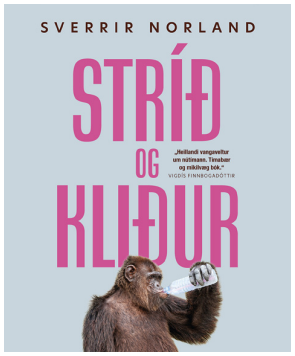
Á FORSÍÐU

Sjúkratilfelli úr Læknablaðinu frá 1917

Tilfellið vitnar um ótrúlegar breytingar á öllum sviðum heilbrigðiskerfisins á síðustu 100 árum.

En allt hefur breyst. Bókin *Stríð og kliður* fjallar um þessar víðtæku breytingar, um sjúkratilfellið jörð: loftslagskvíða og þá staðreynd að á síðustu 50 árum hefur spendýrum, fuglum, skriðdýrum og fiskum fækkað um 60% í heiminum. Stórmerkileg og hugvíkkandi lesning. Ein breyting enn sem Sverrir tíundar varðar tungumálið og stóra samhengið um náttúruna og manninn. Ritstjórn nýjustu útgáfu Oxford Junior Dictionary sem er fyrir börn, tók út orðin fífill og sóley og setti í stað þeirra orðin viðhengi og talskilaboð.

Hér er brot úr bókinni þar sem ræddar eru breytingar á náttúrufari:



Stríð og kliður. Hvað verður um ímyndunaraflið? eftir Sverri Norland. JPV, Reykjavík 2021.

Þegar Stefan Zweig fæddist, í nóvember 1881, var koltvísýringurinn í andrúmsloftinu rétt skriðinn yfir 280 ppm. ... Nú er hann um 415 ...

Verstu spár herma að árið 2100 fari hann yfir 700 ppm ef ekkert breytist.

Ef svo fer verður jörðin óbyggileg mönnum. ...

Við erum að má út lífvænleg skilyrði á jörðinni. Við vitum það en við skiljum það samt ekki.

Og þetta hefur gerst, og er að gerast, með sláandi hraða.

Í huga okkar snýst enn gamla jörðin, krökk af villtum dýrum og ókönnuðum slóðum.

En það er **veröld sem var**.

VS

UMFJÖLLUN OG GREINAR

354
Leggur hnífinn á hilluna

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Bjarni Torfason hjartaskurðlæknir segir hvíldina felast í að vera útataður við verkin í bústaðnum nú þegar starfsferlinum á steríllí skurðstofu er lokið. Eða ekki! Hann fer kannski í þriggja ára frí og snýr þá jafnvel aftur á spítalann





358
Varði doktorsritgerð við Háskóla Íslands í 30 stiga hita

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Guðbjörg Jónsdóttir, sérnámslæknir í blóð- og krabbameinslækningum við háskólasjúkrahúsið í Iowa



360
„Við ætlum að fullmanna liðið og vinna leiki“ – staðan hjá HSS

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Okkur vantar 15 lækna og 15 hjúkrunarfræðinga, fyrir utan aðrar stéttir og stoðþjónustu,“ segir Markús Ingólfur Eiríksson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja sem opnar brátt þrefalt stærri bráðamóttöku og nýja göngudeild

323
„Ég hef þungar áhyggjur af stöðunni“

Ólafur Baldursson endurráðinn framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

BRÉF TIL BLAÐSINS

353
Rannsókn á skimun fyrir krabbameinum í brjóstum kvenna 40-49 ára

Laufey Tryggvadóttir, Álfheiður Haraldsdóttir, Ágúst I. Ágústsson, Elínborg J. Ólafsdóttir, Magnús Baldvinsson, Svanheiður Lóa Rafnsdóttir, Helgi Birgisson

364
Lyfjasaga og lyfjaryni

Anna Sigurðardóttir, Eva Fanney Ólafsdóttir, Halla Laufey Hauksdóttir, Heimir Jón Heimisson

366
85 nýir læknar útskrifast með fullt lækningaleyfi. Brautskráning 2021

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

LÖGFRÆÐI 41. PISTILL

370

Dögg Pálsdóttir
Heilbrigðiskerfið: þegar eitthvað fer úrskeiðis



350
Fréttir

SAGA LÆKNISFRÆÐINNAR

368
Eugene Braunwald er enn að

Þórður Harðarson

„Þið þurfið 6 rúma spítala hér“



ALÞINGISKOSNINGAR 2021

371
Vandinn í hnotskurn. Svör 7 heilbrigðisstarfsmanna við spurningum um heilbrigðiskerfið

373
Svör stjórnmálaflokka við spurningum blaðsins

Átta stjórnmálaflokkar svöruðu spurningum *Læknablaðsins* um heilbrigðisþjónustuna vegna alþingiskosninganna 25. september. Annar hluti

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



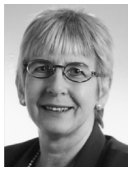
352
Sundhöllin við Hringbraut og Sundskóli frú Svandísar

Tragíkómísk skopstæling af raunveruleikanum

Theódór Skúli Sigurðsson

Vonandi verður skólinn ekki langlífur því að rekstur Sundhreyfingarinnar þolir ekki önnur fjögur ár

ÖLDUNGADEILDIN



352
Verndum geðheilsu háskólanema

Helga Hannesdóttir

Við brottfall úr læknadeild fá nemar ekki endurgreidd skólagjöld

DAGUR Í LÍFI LÆKNANEMA



357

Teitur Ari Theodórsson

00:30 Kem heim, upptjúnaður eftir vaktina

LIPUR PENNI



378
Á barmi lækningaleyfis

Sólveig Bjarnadóttir

Læknadeild er hópefli í 6 ár, saman í gegnum súrt og sætt, hlátur og grát

Auglýsing

Er það töluverð áskorun fyrir ráðherra að standa með Landspítala?



Þorbjörn Jónsson

sérfræðingur í ónæmisfræði og blóðgjafafræði, formaður Læknafélags Íslands 2011-2017 og Læknaráðs Landspítala

thorbjor@landspitali.is

Á fundi heilbrigðisráðherra með Læknaráði Landspítala í janúar 2020 var meðal annars fjallað um bráðamóttöku spítalans. Þá mæltist ráðherranum svo: „Ég verð að nota tækifærið til að segja hér við Læknaráð að það er töluverð áskorun fyrir ráðherra að standa með Landspítala þegar það koma ályktanir á færibandi sem segja að þessi stofnun sé nánast hættuleg.“[1] Greinarhöfundi varð hugsað til þessara orða ráðherrans, nú hálfu öðru ári síðar, þegar vandi bráðamóttökunnar virðist verri en nokkru sinni. Orð heilbrigðisráðherra féllu í grýttan jarðveg hjá læknum enda telja læknar það ávallt skyldu sína að benda á hættur sem ógna lífi og öryggi sjúklinga. Í kjölfar fundarins gerði ráðherra breytingar á lögum um heilbrigðisþjónustu og nam úr gildi ákvæði um Læknaráð, sem var einbeitt og alvarleg tilraun ráðherra til að þagga niður í læknastéttinni.

Undanfarnar vikur hefur mikið farið fyrir umfjöllun um starfsemi bráðamóttöku Landspítala og Félag bráðalækna sendi í byrjun júní frá sér harðorða ályktun um óboðlegar vinnuaðstæður. Þeir ályktuðu meðal annars: „Nú þegar og í allt sumar næst ekki skilgreind neyðarmönnun bráðalækna eins og gert er ráð fyrir í verkfalli, þ.e. 7 vaktalínur. Í sumar verða að megninu til 5 vaktalínur, stundum færri. Atvinnurekendur okkar, Landspítali og íslenska ríkið, þvinga okkur og annað heilbrigðisstarfsfólk til vinnu við þessar óviðunandi aðstæður.“ Ennfremur segja bráðalæknarnir: „Það er algjörlega ljóst að á bráðadeild Landspítala er verið að stofna veikum og slösuðum sjúklingum í hættu með grafalvarlegri undirmönnun. Líkur á alvarlegum atvikum og jafnvel mannslátum í sjúklingaþjónustu eru yfirgnæfandi. Öryggi sjúklinga er ekki tryggt. Lífi og heilsu landsmanna er stefnt í hættu.“ Að lokum hnykktu bráðalæknarnir á ábyrgð stjórnenda Landspítalans og stjórnvalda: „Komi til alvarlegra atvika á bráðadeild sem rekja má til manneklu, ófullnægjandi starfsaðstöðu eða annarra tengdra þátta, vísum við allri ábyrgð á þeim atvikum til forstjóra Landspítala, Svandísar Svavarsdóttur heilbrigðisráðherra sem æðsta yfirmanns heilbrigðismála, Bjarna Benediktssonar fjármálaráðherra og Alþingis sem fer með fjárveitingarvald ríkisins.“ Þetta eru vissulega stór orð – en læknum ber siðferðisleg skylda til að segja frá því sem stórlega fer aflaga í heilbrigðisþjónustunni. Það er sérstaklega brýnt ef ítrekað hefur verið bent á brotalamirnar árum saman án þess að viðunandi úrbætur hafi fengist.

Á undanförnum árum hafa læknar Landspítala og samtök lækna margoft vakið athygli á málefnum spítalans og bráðamóttökunnar.[2] Má meðal annars nefna Læknafélag Íslands, Læknaráð, sjúkrahúslækna og röntgenlækna. Þverfaglegt Fagráð Landspítala lýsti nýlega yfir áhyggjum af mönnun á Landspítala í sumar og ráðið tók sérstaklega undir áhyggjur bráðalækna varðandi öryggi sjúklinga. Stjórnvöld hafa látið gera úttektir og skýrslur um ágalla og úrbætur auk þess sem málið hefur verið tekið til umræðu af þingmönnum.[3,4] Þrátt fyrir þetta stendur á viðunandi úrbótum og ástandið á bráðamóttökunni hefur síst batnað í áranna rás.

Aðallega hefur verið fjallað um bráðamóttöku Landspítala hér að framan, en vandinn þar er hluti af stærri vanda spítalans. Sigurbergur Kárason gjörgæslulæknir ritaði grein í *Læknablaðið* 2018 um veikleika í starfsemi gjörgæsludeilda spítalans.[5] Hann benti meðal annars á fjölda gjörgæslurýma sem þá var undir Evrópumeðaltali. Tækjakaupafé hefur verið af skornum skammti og í fyrra sáum við að Landspítali kom vanbúinn til leiks í COVID-faraldrinum varðandi greiningu veirusjúkdóma. Of lítið tækjakaupafé er ógn við öryggi starfseminnar. Á skurðsviði hefur opinberlega verið fjallað um lokanir á skurðstofum, fækkun legurýma og aðhald í innkaupum. Afleiðingarnar litið til lengri tíma eru lengri biðlistar og lakari þjónusta við sjúklinga.

Vandamál Landspítala eru margþætt og vissulega ekki öll auðleyst. Augljóslega þarf að leysa mönnunarvandamál spítalans og gera hann að eftirsóttum vinnustað á ný fyrir lækna og aðrar heilbrigðisstéttir. Sjúklingar sem þurfa ekki lengur á þjónustu sjúkrahússins að halda þurfa að komast á viðeigandi stað, til dæmis hjúkrunarheimili eða heim með viðeigandi heimahjúkrun og aðstoð. Skoða þarf með opnum huga hvort heppilegt sé að semja við einkaaðila um slíka þjónustu. Fleiri atriði mætti tína til sem ekki gefst færi á að sinni.

Heilbrigðisráðherra, sem nú hefur setið í fjögur ár, ber ábyrgð á því að fundin sé farsæl lausn á vandamálum Landspítala. Íslenskur almenningur, sjúklingar og starfsmenn spítalans eiga það skilið. Æðstu stjórnendur heilbrigðiskerfisins eiga að hafa þau meðöl í höndum sér sem duga til úrbóta, meðal annars að fjármagna úrbætur og ráðgast við þá sem best þekkja til. Það þarf að gerast fljótt. Ætlar heilbrigðisráðherra nú að standa með Landspítala og greiða úr áralöngum og viðvarandi vanda hans?

Æðstu stjórnendur heilbrigðiskerfisins eiga að hafa þau meðöl í höndum sér sem duga til úrbóta, meðal annars að fjármagna úrbætur og ráðgast við þá sem best þekkja til. Það þarf að gerast fljótt. Ætlar heilbrigðisráðherra nú að standa með Landspítala og greiða úr áralöngum og viðvarandi vanda hans?

Heimildir

1. Gunnnarsdóttir GA, Skarphéðinsdóttir V. Heilbrigðisráðherra bað lækna um að hætta að tala spítalann niður. Læknablaðið 2020; 106: 96-7.
2. Gunnnarsdóttir GA. Stórslys í aðsigi á bráðamóttökunni. Viðtal við Má Kristjánsson yfirlækni. Læknablaðið 2020; 106: 3.
3. Castegren M, Permert J. Átakshópur um lausn á löngum biðtíma eftir innlögn á bráðamóttöku Landspítala – Ytri endurskoðun. Skýrsla til heilbrigðisráðherra, dags. 20. febrúar 2020: 1-9.
4. Möller AD. Álit landlæknis varðandi alvarlega stöðu á bráðamóttöku Landspítalans. Minnisblað landlæknis til heilbrigðisráðherra, dags. 17. desember 2018: 1-3.
5. Kárason S. Tólf gjörgæslurúm á Landspítala – dugar það til? Læknablaðið 2018; 104: 333.

Is it a challenge for the Minister to stand with Landspitali – The National University Hospital?

Þorbjörn Jónsson, MD, PhD,
Consultant in Immunology and Transfusion Medicine
Landspitali – The National University Hospital
Former President of The Icelandic Medical Association and former Chairman of Medical Council of Landspitali

doi 10.17992/lbl.2021.0708.642

VSCAN AIR
NÝTT ÓMTÆKI FRÁ GE

Vscan Air er lítið, þráðlaust ómskoðunartæki sem tengist farsíma/spjaldtölvum.
Einfalt í notkun og hentar breiðum hópi notenda.





GE Healthcare

- Tveir ómhausar, Curved 2-5 MHz og Linear 3-12 MHZ (sitthvor endinn)
- Rafhlaða endist í allt að 50 mín í skönnun
- Þráðlaust hleðslutæki
- Afburðar myndgæði
- Auðvelt í notkun - tengist við app í síma/spjaldtölvu
- Harðgert og vatnshelt
- Þriggja ára ábyrgð
- Frábært verð!

Upplýsingar veita:
Stefán Skúlason,
stefan@fastus.is
og Guðmundur Hreiðarsson,
gudmundur@healthco.is

Hernaðurinn gegn einkarekstrinum hafinn



Sigurbjörn Sveinsson
heimilislæknir, formaður Læknafélags Íslands 1999-2007
sigurbjorn.sveinsson@heilsugaeslan.is

Ólafur hét konungur í Noregi og var kallaður hinn kyrri. Var hann sonur Haraldar harðráða og tók einn ríki eftir bróður sinn Magnús, sem varð skammlífur. Ólafur kyrri ríkti í 27 ár. Hann var ólíkur áum sínum. Hann var friðsamur og sanngjarn bændum þegar hann fór að veislum. Læs varð hann fyrstur konunga Noregs. Undir hans stjórn efldist verslun í Noregi og hagur Austmanna var í miklum blóma. Af honum er lítil saga í Heimskringlu enda fór hann ekki með ófriði um sína daga.

Lífið minnir okkur sífellt á mikilvægi þess að búa við friðsamt yfirvald. Dæmið um Ólaf kyrra, um mann sem fór ekki um héruð með lúðrablæstri og fyrirferð, um valdsmann sem skynjaði grundvöll velferðar í friði og sátt, er áminning á okkar dögum. Friðsamt yfirvald er happafengur hverjum manni, hvort sem er á okkar tímum eða annarra.

„Hernaðurinn gegn landinu“ var það kallað á síðustu öld þegar því var andmælt að viðkvæm náttúra landsins væri lögð að fótum áforma um virkjanir og stórfelld hervirki nánast í heimahögum almennings. Halldór Laxness lýsir þessu svo: „Menn komu hér upphaflega að ósnortnu heiðalandi sem var þéttvaxið viðkvæmum norðurhjaragróðri, lyngi og kjarri, og sumstaðar hefur nálgast að vera skóglendi; hér var líka gnægð smárra blómjurta; og mýrar vaxnar háu grasi, sefi og stör, morandi af smákvikindum allskonar og dróu að sér fugla svipað og Þjórsárver gera enn þann dag í dag.“

Því geri ég þetta að umtalsefni að mér þykir margt fara saman með viðhorfum valdsmanna heilbrigðisstjórnarinnar til verkefna sinna á okkar dögum og þeirra sem eiga bágt með að skilja mikilvægi valds síns í þágu friðar og framfara. Valdinu er beitt í þágu stjórnlyndis og pólitískra langtímasjónarmiða. Svo er grautnum í þessari skál blandað saman við ranga meðferð tungumálsins, þannig að boðskapurinn verður í raun að falsfréttum, röngum eða öngvum sannleika.

Læknisfræðin hefur blómstrað í landinu bæði á liðinni öld og þessari. Þrátt fyrir allt. Framfarir í læknisfræði hafa verið bornar uppi af læknum, eðli málsins samkvæmt, og hið ljúfa hlutskipti lækninganna fallið í þeirra skaut. Í læknanna garði hefur vaxið „viðkvæmur norðurhjaragróður“ og „gnægð smárra blómjurta“ eins og skáldið segir. Þjónusta lækna eins og við þekkjum hana á okkar dögum hefur þróast í þeirra höndum, ýmist á stofum þeirra, það er í einkarekstri, eða á stofnunum ríkisins eða einkaaðila. Meirihlutavaldið í stjórnmálum hefur haft góðan skilning á þessu fram til þessa. Mér sýnist hins vegar hafa orðið nokkur breyting hér á og önnur skilaboð borist frá stjórnarráðinu á síðustu árum.

Hernaðurinn gegn einkarekstrinum er hafinn.

Atburðir síðustu missera sýnast mér styðja þessa skoðun vel. Samningsleysi sérfræðilækna, ömurleg brotlending krabbameinsgreiningar kvenna, útflutningur liðskiptaaðgerða, hallarekstur hjúkrunarheimila og fleira í þeim dúr eru allt veigamiklir þættir í þeirri miðstýringarárattu, sem nú ríður húsum í heilbrigðisráðuneytinu og tengdum stofnunum.

Þeir sem styðja vilja við einkarekstur lækna í þágu almennings eru sakaðir um einkavæðingarárattu, sem er hreint skrök eða „falsfréttir“. Enginn kallar eftir því að ríkið hætti að bera ábyrgð á heilbrigðisþjónustunni eins og nú er. Það gerir ríkið með því að reka þjónustuna sjálft eða fá aðra til þess. Ef ríkið kýs að hætta tiltekinni þjónustu, þannig að almenningur verður að kaupa hana fyrir eigið fé og án íhlutunar sjúkratryggingana, er um einkavæðingu þjónustunnar að ræða. Á meðan ríkið heldur verkefnunum hjá sér og lætur fyrirtæki í sinni eigu sinna þeim eða semur við aðra aðila um það, er tómt mál að tala um einkavæðingu heilbrigðiskerfisins. Einkavæðing heilbrigðiskerfisins er það þegar ríkið gefur frá sér lögbundin verkefni sín og tekjustofna, sem undir þeim standa, og lætur einkaaðilum eftir að fjármagna heilbrigðisþjónustuna og hrinda henni í framkvæmd. Um það eru fá dæmi hér á landi.

Valdinu er beitt í þágu stjórnlyndis og pólitískra langtímasjónarmiða. Svo er grautnum í þessari skál blandað saman við ranga meðferð tungumálsins, þannig að boðskapurinn verður í raun að falsfréttum, röngum eða öngvum sannleika.

Það væri núverandi heilbrigðisráðherra hollara og frekar í þágu almannahagsmuna, að finna flöt á sambærilegri verðlagningu læknisverka sem unnin eru á sjúkrastofnunum í ríkiseigu og hjá stofum eða fyrirtækjum lækna. Með því ætti ráðherrann val um þjónustu fyrir almenning sem fullnægði gæðakröfum við viðunandi verði. Með því myndi og styrkjast staða ráðherrans til að mæta þörfum almennings. Vanmáttur ríkisins að mæta þörfum okkar og kröfum er einmitt helsta orsökin fyrir þrýstingi á að þegnarnir finni sínar eigin lausnir fyrir eigin reikning.

Hernaðurinn gegn einkarekstrinum skaðar einungis almenning og leiðir til óréttlætis og ófriðar eins og dæmin sanna.

The warfare against private enterprise in health care has begun

Sigurbjörn Sveinsson MD
The author is a Family Physician and a retired state employee. Former chairman of the board of the Icelandic Medical Association

doi 10.17992/lbl.2021.0708.643



Pfizer

Rafrænn Fræðsludagur Pfizer var haldinn þann 21. maí síðastliðinn

Nú eru fyrirlestrarnir aðgengilegir í streymi á:
www.icepharma.is/fraedsludagur-pfizer

20 ára saga Reyksímans og meðferð til tóbaksleysis
Jóhanna Kristjánsdóttir, M.Sc. - Verkefnastjóri Ráðgjafar í reykbindindi

Screening for Atrial Fibrillation in General Practice - Is it Worth While?
Jens Friberg, MD, PhD – Associate Professor, Department of Cardiology, Copenhagen University Hospital, Hvidovre

Deep Venous Thromboembolism: Diagnosis, Management and Thrombophilia Testing
Eva Funding, MD - Clinical Teacher Associate Professor, Department of Haematology, Rigshospitalet

Mýlildi í hjarta (ATTR-CM)
Gunnar Þór Gunnarsson, MD, PhD - Sérfræðingur í hjartalækningum og lyflækningum, Sjúkrahúsinu á Akureyri

Pneumococcal Vaccination for the Elderly and Patients at Risk
Carsten Schade Larsen, MD - Clinical Associate Professor, Århus University Hospital, Skejby

Sjúkraskrármál á Landspítala: Staða og framtíðarsýn

Klara Katrín Friðriksdóttir[1] MA í upplýsingafræði
Jóhanna Gunnlaugsdóttir[2] doktor í upplýsingafræði
Ragna Kemp Haraldsdóttir[2] doktor í upplýsingafræði

[1]Sjúkraskrár- og skjaladeild Landspítala, [2]félagsvísindasviði Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Klara Katrín Friðriksdóttir, *klarakf@landspitali.is*

Rannsóknin var unnin á Landspítala.

ÁGRIP

INNGANGUR

Markmið rannsóknarinnar var að kanna hvernig staðið væri að sjúkraskrármálum á Landspítala og skoða stefnumótun varðandi þessi mál meðal stjórnenda og starfsfólks. Rannsókn sem þessi hefur ekki áður verið gerð. Hún leggur til nýja þekkingu varðandi kerfisbundna skjalastjórn sjúkraskráa og fræðilegt gildi hennar felst í að kanna hvernig staðið er að viðkvæmum málaflokki út frá lagalegum sjónarmiðum og upplýsingaöryggi. Hagnýtt gildi rannsóknarinnar felst í því að hægt er að nýta niðurstöðurnar sem stöðumat á yfirstandandi verkefnum og áætlunum innan Landspítala.

EFNIVIÐUR

Beitt var eigindlegri aðferðafræði við gagnaöflun og greiningu og stuðst við margprófun og grundaða kenningu. Fyrirliggjandi rituð gögn voru skoðuð, viðtöl tekin, þátttökuathuganir framkvæmdar og loks var rýnihópur settur saman. Þó að ekki sé hægt að alhæfa um niðurstöðurnar gefa þær mikilvægar vísbendingar um ástand mála, ekki síst þar sem mettun virtist hafa náðst og ekki líklegt að viðbótargagnasöfnun hefði bætt við nýjum upplýsingum.

NIÐURSTÖÐUR

Rannsóknarniðurstöður sýna að unnið hefur verið ötullega að mótun og innleiðingu á upplýsingastefnu og aðgengisstefnu í samræmi við lög, reglur og alþjóðlega staðla og ljóst er að stjórnendur hafa sett sér háleit markmið. Þá hefur alþjóðleg vottun fengist innan heilbrigðis- og upplýsingatæknideildar varðandi upplýsingaöryggi.

ÁLYKTUN

Meginvandinn virðist vera tvíþættur: Í fyrsta lagi þyrfti yfirstjórn málaflokksins innan spítalans að vera skýrari og í öðru lagi hefur ekki tekist að afla nauðsynlegs fjár þannig að hægt sé að framfylgja markmiðum á árangursríkan hátt. Í ljós kom að skerpa þarf á stuðningi stjórnenda, bæta fræðslumálin til muna og efla öryggisvitund og ábyrgð starfsfólks í tengslum við sjúkraskrár.

Inngangur

Greinin byggir að stærstum hluta á rannsóknarverkefni Klöru Katrínar Friðriksdóttur til MA-gráðu í upplýsingafræði við Háskóla Íslands. Forsendur rannsóknarinnar voru: (1) Að komast að því hvernig staðið hefði verið að skipulagi og framkvæmd sjúkraskrármála hjá Landspítala og (2) hvernig stefnumótun málaflokksins hefði verið háttað meðal stjórnenda og starfsfólks.

Samkvæmt Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni er hugtakið rafræn heilbrigðisþjónusta (*eHealth*) skilgreint sem upplýsingatækni fyrir heilbrigðisþjónustu.[1] Um skjalastjórn og stjórnun heilsufarsupplýsinga gildir það lögmál að beita skal kerfisbundnum aðferðum til þess að hafa stjórn á upplýsingunum. Læknavísindum fleygir stöðugt fram og mikilvægt er að vanmeta ekki nauðsyn þess að viðhalda nákvæmri skjölun sjúkraskráa.[2] Þörfin fyrir skilvirka rauntímaskráningu og trygga varðveislu sjúkraskráa hefur aukist samhliða framförum í sjúkdómsmeðferðum og vísindarannsóknum.[3] Með notkun rafrænnar sjúkraskrár er auðveldara að útbúa rafrænar persónulegar heilsufarsupplýsingar sem tengjast og styðja við umönnun og meðferð sjúklinga.[4]

Þjóðskjalasafn Íslands hefur framkvæmt reglulegar eftirlitskannanir viðvíkjandi skjalastjórn afhendingarskyldra aðila. Þótt ástand skjalamála hafi batnað er varðveislu skjala ábótavant hjá nokkrum aðilum, þar með talið heilbrigðisstofnunum.[5]

Skjalastjórn er kerfisbundið ferli sem felur í sér verndun upp-

runa, áreiðanleika, heilleika og nothæfis skjala og bætta starfsemi skipulagsheilda.[6] Markmið laga um opinber skjalasöfn nr. 77/2014 er að tryggja myndun, vörslu og örugga meðferð opinberra skjala. Opinberar stofnanir sem varðveita gögn á rafrænu formi þurfa að fylgja reglum um rafræn opinber gögn.[7] Rafræn skil skjala af fyrstu kynslóð (*born-digital records*) yfir á varanlegt form hjá skjalasöfnum eru bæði tímafrek og flókin.[8] Markmið laga um sjúkraskrár nr. 55/2009 er að tryggja öryggi og varðveislu sjúkraskrárupplýsinga. Í reglugerð um sjúkraskrár nr. 550/2015 er nánar fjallað um færslu rafrænna sjúkraskráa, aðgangsstýringu og varðveislu. Samkvæmt ISO/TR 20514 er rafræn sjúkraskrá skilgreind sem geymsla á stafrænum gögnum sjúklings sem varðveitt eru á öruggan hátt og eru aðgengileg mörgum notendum sem hafa tiltekin aðgangsleyfi.[9,10] Kostir rafrænnar heilbrigðisþjónustu eru aukin skilvirkni og gæði umönnunar, sönnunargildi gagna og betra samband heilbrigðisstarfsfólks og sjúklinga. Áskoranir tengjast hugsanlegum siðferðislegum vandamálum, svo sem upplýstu samþykki, persónuvernd og faglegum vinnubrögðum.[11]

Skjalastjórn felur í sér notkun þróaðra aðferða til þess að hafa stjórn á rafrænum sjúkraskrám til hagsbóta fyrir sjúklinga og heilbrigðisstarfsfólk.[12] Markmið með rafrænu sjúkraskrárkerfi Landspítala er að auka skilvirkni í klínísku starfi, styðja við framþróun og bæta öryggi sjúklinga.[13] Í stefnumótun Landspítala 2016-2020 eru tilgreind eftirfarandi markmið varðandi rafræna sjúkraskrá: Aukið öryggi sjúklinga; skilvirkni og yfirsýn sem tryggir rétta greiningu og meðferð; aukin aðkoma sjúklinga að eigin meðferð og skráningum; samræmd skráning upplýsinga milli stofnana og samanburðarhæf gögn; að unnið sé samkvæmt lögum um sjúkraskrá og reglum Embættis landlæknis og Landspítala um skráningar í sjúkraskrá og loks örugg varðveisla gagna og skýrar aðgangsreglur.[14]

Lög um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr. 90/2018 eiga við um allar upplýsingar sem rekja má til ákveðins einstaklings, lifandi eða látins, eða samansafn skráðra upplýsinga sem leiða til þess að einstaklingur verður persónugreinanlegur. Öryggi viðkvæmra persónuupplýsinga, svo sem heilbrigðisupplýsinga, ber að tryggja sérstaklega.

Heilbrigðisstofnanir standa frammi fyrir áskorunum sem snúa að öryggismálum, aðgengi, kostnaði, varðveislu, skorti á læsileika og nákvæmni.[15] Þetta á ekki síst við þar sem unnið er með sjúkragögn á pappír ásamt rafrænum gögnum. Rafrænar sjúkraskrár geta leyst þessi vandamál.[16] Eftirfarandi atriði geta auðveldað vernd sjúkraskráa:

- Stjórnun aðgengis starfsfólks að heilsufarsgögnum
- Fræðsla starfsfólks um öryggisstefnu stofnunarinnar
- Notkun margs konar öryggisforrita og að þau séu uppfærð reglulega
- Aðstoð við sjúklinga um að gæta eigin heilsufarsupplýsinga
- Innleiðing strangrar stefnu um leyniorð notenda[17]

Reynst getur vandasamt að halda utan um mikið magn rafrænna upplýsinga í breytilegu umhverfi enda hafa kröfur um varðveislu og öryggi skjala farið vaxandi. Rafræn skjalastjórnarkerfi eru gagnleg en aðeins ef vel hefur verið staðið að innleiðingu þeirra. Þar hefur stuðningur stjórnenda, þátttaka notenda við hönnun kerfis og kennsla á kerfið reynst veigamest.[18,19] Því hefur verið haldið fram að veikasti hlekkurinn í upplýsingaöryggi sé sjálfur notandinn. Vernd viðkvæmra gagna batnar með því að efla öryggisvitund starfsfólks. Heilbrigðisstofnanir þurfa því að innleiða öryggisstefnu og þjálfa starfsfólk.[20,21] ÍST ISO 27001 reynist gott hjálpartæki til þess að styðja við grunnkröfur kerfa. Það felur í sér „að skipulagi sé komið á kerfið, haldið sé utan um skjöl og skrár, rekjanleiki sé til staðar, kerfið sé reglulega tekið út, ábyrgðir og hlutverk séu skýr og unnið sé að stöðugum umbótum á kerfinu".[22]

Heilbrigðis- og upplýsingatæknideild (HUT) Landspítala er ætlað að styðja við klíníska starfsemi í gegnum heilbrigðistækni, þar á meðal rafræna sjúkraskrá. Heilsugátt var þróað á HUT og þróun kerfisins og nýjungar eru unnar í samvinnu við forritara, verkfræðinga og klínískt starfsfólk. Heilsugátt sækir upplýsingar í önnur rafræn sjúkraskrárkerfi og gagnagrunna Landspítala. Heilsugáttin er notuð með upplýsingaskjáborðum þar sem starfsfólk hefur yfirsýn yfir heilsufarsupplýsingar sjúklinga.[23] HUT hefur útbúið upplýsingaöryggisstefnu þar sem áherslum Landspítala á meðferð og verndun allra upplýsinga og gagna er lýst. Þar segir að verja þurfi upplýsingar og gögn í eigu Landspítala fyrir öllum ytri og innri ógnum, hvort sem þær verða fyrir slysni, af ásetningi eða gáleysi.

Megintilgangur rannsóknarinnar var að afla nýrrar þekkingar með því meta stöðu sjúkraskrármála, hvað hefði áunnist að undanförnu og hvað ætti að gera til þess að ná settum markmiðum stjórnenda. Þekkingin gæti nýst til áframhaldandi vinnu við stefnumótun og þróun málaflokksins.

Efniviður og aðferðir

Helstu markmið rannsóknarinnar voru að kanna meðhöndlun virkra sjúkraskráa innan Landspítala svo og að skoða stefnumótun þessara mála meðal stjórnenda og starfsfólks. Leitast var við að ná þessum markmiðum með því að nota eigindlega aðferðafræði (*qualitative methodology*) við söfnun gagna. Slík nálgun veitir innsýn við að skilja rannsóknarefnið í raunverulegum aðstæðum.[24] Aðferðir voru: (1) Skoðun á fyrirliggjandi efni, svo sem skýrslum, stefnulýsingum, áætlunum, reglum og leiðbeiningum; (2) framkvæmd hálfstaðlaðra djúpviðtala, (3) þátttökuathuganir og (4) rýnihópur.[25] Skoðun á fyrirliggjandi efni er mikilvæg til samanburðar þar sem það segir fólki „hvað það á að gera".[26] Þátttakendur voru valdir kerfisbundið með það fyrir augum að velja það starfsfólk sem besta þekkingu hefði á viðfangsefninu.[27] Til þess að uppfylla kröfur um nafnleynd voru þátttakendum gefin gervinöfn og viðmælendur skrifuðu undir upplýst samþykki fyrir þátttöku.

Gögnin voru kóðuð markvisst með nálgun grundaðrar kenningar sem leiddi til þess að tiltekin þemu komu í ljós sem fólu í sér niðurstöður rannsóknarinnar.[28] Fjölþætt nálgun eða sambland þriggja eða fleiri aðferða við söfnun gagna innan sömu rannsóknar er talin draga úr hlutdrægni rannsakanda og auka þar með réttmæti hennar og áreiðanleika, trúverðugleika og gæði.[29]

Þar sem rannsóknin var framkvæmd samkvæmt eigindlegum rannsóknaraðferðum er ekki hægt að alhæfa um niðurstöður hennar. Þær gefa þó mikilvægar vísbendingar um ástand mála ekki síst þar sem mettun virtist hafa náðst og ekki líklegt að viðbótargagnasöfnun hefði bætt við nýjum upplýsingum.[30]

Rannsóknin var framkvæmd 2016-2017 og 2020. Fyrirliggjandi

Tafla I. Viðtöl

Nafn	Dagsetning	Starfsaldur
Ari	16. 02. 2017	11 ár
Birna	12. 10. 2016	44 ár
Davíð	17. 02. 2017	6 ár
Einar	13. 02. 2017	30 ár
Fannar	03. 11. 2016	9 ár
Gunnar	15. 02. 2017	10 ár
Harpa	13. 02. 2017	28 ár
Ingibjörg	22. 09. 2016	19 ár

Tafla I sýnir gervinöfn þeirra 8 þátttakenda, sem tekin voru viðtöl við, dagsetningu viðtals og starfsaldur viðmælenda.

efni var kannað á þessum árum. Viðtöl, þátttökuathuganir og seta rýnihóps fóru fram 2016-2017.

Tvær þátttökuathuganir voru framkvæmdar. Önnur á stoðdeild, sem hefur umsjón með rafrænni sjúkraskrá, og hin á klínískri deild þar sem fylgst var með notkun starfsfólks á upplýsingaskjáborði við umönnun og meðferð sjúklinga. Rýnihópur veitti innsýn í stöðu mála um sjúkraskrár í pappírsformi.

Við gagnagreiningu komu 5 meginþemu fram og hafa þeim verið gerð ítarleg skil.[31] Þau eru eftirfarandi:

- Sjúkraskrár á pappírsformi
- Rafræn sjúkraskrá
- Heilsugátt
- Skjalastjórn
- Gæðamál og öryggi

Í þessari grein er einungis fjallað um nokkrar af helstu niðurstöðum rannsóknarinnar.

Niðurstöður

Viðmælendur voru sammála um að Landspítala hefði tekist að móta skýra stefnu varðandi rafræna sjúkraskrá en jafnframt væri þörf á að skýra betur reglur, stefnur og markmið og hver bæri ábyrgð á innleiðingu og eftirfylgni. Fram kom að „allt að 70-100 klínísk kerfi“ væru í rekstri og mikil áskorun og kostnaðarsamt verk væri framundan við að þróa, samþætta og byggja upp rafræna sjúkraskrá og tengingar við önnur kerfi. Viðmælendur nefndu að stundum hefði „skort upplýsingastreymi“ til starfsfólks og einn viðmælandi hafði orð á því að það væri „svolítið gat á milli toppanna og þeirra á gólfinu“.

Hjá viðmælendum kom fram að nægjanlegt fé vantaði til þess að hægt væri að bæta upplýsingatækni spítalans og gera hana skilvirkari. Flestir viðmælendur voru á því að skortur væri á skipulegri kennslu á rafræna sjúkraskrá og almennt á tölvukerfi og tölvuumhverfi Landspítala og því fylgdi ákveðin öryggisógn. Tveir viðmælenda ræddu skil á rafrænum gögnum til Þjóðskjalasafns Íslands og voru sammála um að slíkt yrði „tæknilega mjög erfitt“ þar sem skráarsniðið TIFF, sem skila bæri gögnum á, hentaði ekki fjölbreyttum gögnum spítalans. Rafræn sjúkraskrár-

Tafla II. Fyrirliggjandi efni

Baldur Johnsen, Bjarni Júlíusson, Jón Freyr Jóhannsson, 21. apríl 1999. „Greinargerð um samræmingu hugbúnaðar hjá ríkisspítölum og sjúkrahúsi Reykjavíkur.“
Benedikt Olgeirsson, Jón Hilmar Friðriksson, Ólafur Baldursson og Björn Jónsson, október 2016. „Landspítali 2025. Dýpkun á stefnuþríhyrningunum. Upplýsingatækni.“
Björn Jónsson, nóvember 2016. „Rafræn sjúkraskrá Landspítala. Stefnumótun og markmið 2016-2020“.
Björn Jónsson, febrúar 2017. „Heilsugátt. Helstu verkefni 2017-2020.“
Davíð B. Þórisson 2017. „Heilsugátt í heilsugæslu“. *Læknablaðið* 1(103).
Embætti landlæknis, júlí 2015. „Öryggi og gæði sjúkraskráa. Fyrirmæli landlæknis“.
Embætti landlæknis, 2. mars 2017. „Rafræn sjúkraskrá“.
Guðrún Auður Harðardóttir og Ingi Steinar Ingason, 2016. „Rafræn sjúkraskrá og heilbrigðisnet. Stefna embættis landlæknis til 2020“.
Háskóli Íslands. Læknadeild. Heilbrigðisgagnafræði. Fagháskólanám í heilbrigðisgagnafræði er 90 eininga fræðilegt og starfstengt nám sem veitir réttindi til þess að starfa sem heilbrigðisgagnafræðingur.
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 14. desember 1999. „Almenn kröfulýsing fyrir sjúkraskrárkerfi“.
Heilbrigðis- og tryggingamálaráðuneytið, 2000. „Stöðulýsing á heilbrigðisupplýsingum. Lágmarkskröfur til gagnagrunna og upplýsingakerfa.“
Heilbrigðisráðstefnan 2018, Grand Hótel, 21. febrúar. „Upplýsingatækni í heilbrigðisþjónustu – byrði eða bjargvættur“.
Landspítali, febrúar 2017. „Aðgangsstefna HUT“. Heimasíða Landspítala.
Landspítali, 6. febrúar og 36. mars, 2019. Fundargerðir um skjalastjórn á Landspítala.
Landspítali, 4. ágúst 2015. „Heilbrigðis- og upplýsingatæknideild Landspítala stóðst vel nýja ISO úttekt.“
Landspítali, 31. mars 2017. „Hvað er Heilsugátt?“ Myndband.
Landspítali, 17. maí 2010. „Miðstöð um sjúkraskrárritun“. Heimasíða Landspítala.
Landspítali, febrúar 2017. „Regla um sértækan aðgang að gögnum/kerfum“.
Landspítali, án árs. „Sjúkraskrársafn Landspítala“. Heimasíða Landspítala.
Landspítali. „Stefna Landspítala. Starfsáætlun Landspítala 2020“. Heimasíða Landspítala.
Landspítali, 1. júní 2016. „Stefna Landspítala um sjúkraskrá“. Heimasíða Landspítala.
Landspítali, 9. febrúar 2017. „Upplýsingaöryggisstefna“. Heimasíða Landspítala.
Kristín Ólafsdóttir, 2001. „Privacy Protection of Medical Legorðs in the Icelandic Health Care Sector. Dissertation submitted to the University of Northumbria“.
Velferðarráðuneytið, 16. júlí 2015. „Ný reglugerð um gæði og öryggi sjúkraskráa.“

gögn væru ekki eingöngu texti heldur einnig til dæmis ljósmyndir, myndbönd, mælingar og línurit. Einn viðmælandi hafði áhyggjur af aðgengi að sjúkraskrárgögnum eftir að þeim hefði verið skilað til Þjóðskjalasafns og öðrum fannst lagaumgjörðin óskýr varðandi heimildir til gagnaeyðingar, ekki einungis varðandi rafræna sjúkraskrá heldur almennt varðandi gögn rafrænnar stjórnsýslu.

Samkvæmt viðmælendum hefur verið rætt um að skanna inn eldri sjúkragögn sem vistuð eru á pappír, en þá þyrfti fyrst að huga að notagildi gagnanna. Skönnunarverkefni af þeirri stærðargráðu, sem ætti við um Landspítala, yrði að skoða einkum með tilliti til þarfar, öryggis, meðferðar sjúklinga og kostnaðar. Fram kom hjá viðmælendum að yfirstjórn og upplýsingatæknideild hefðu ekki tekið ákvörðun um að skanna inn eldri sjúkraskrár. Ein ástæðan væri meðal annars sú að magn upplýsinganna væri mikið og gæta þyrfti að innra skipulagi við verkefnið.

Viðmælendur nefndu að skjalastjórn innan Landspítala væri ekki í nógu góðum farvegi. Fræða þyrfti starfsfólk um rétta meðhöndlun skjala og kenna grunn að skjalastjórn. Viðmælandi nefndi að ISO-staðallinn gengi út á réttmæti, tiltækileika og leynd gagna og þar skipti þátttaka starfsfólks mestu. Mikilvægast væri að viðhalda leynd. Það fælist að mestu í menningu innan spítalans enda væru það ekki tölvukerfin sem tryggðu leyndina heldur notendur.

Samkvæmt viðmælendum voru ekki mörg dæmi þess að utanaðkomandi aðilar hefðu reynt að komast inn í rafræna sjúkraskrá. Mesta hættan væri innan spítalans þegar starfsfólk til dæmis meðhöndlaði lykilorð ógætilega. Hægt væri að draga úr hættunni með því að tryggja rétta meðhöndlun lykilorðanna.

Viðmælandi nefndi að kerfislega væri hægt að útbúa notendavænna umhverfi í Sögu. Sú vinna væri kostnaðarsöm og Heilsugátt leysti þann vanda að stórum hluta, meðal annars með tilkomu skjáborðanna. Einn viðmælenda nefndi að stöðugt bærust ábendingar og fyrirspurnir frá notendum um að þeir finndu ekki það sem þeir leituðu að. Þá var nefnt að þótt kerfið héldi utan um upplýsingar vantaði talsvert upp á skipulag þeirra innan þess. Það hefði í för með sér að notendur ættu erfitt með að finna það sem þeir leituðu að.

Fyrri þátttökuathugun var framkvæmd hjá þeirri stoðdeild sem hafði umsjón með og annaðist skráningu í rafræna sjúkraskrá. Störf viðkomandi virtust umfangsmikil og í þeim fólst meðal annars að hlusta á upptökur lækna og skrá jafnóðum læknabréf, aðgerðarlýsingar, dagála og ýmsar nótur. Unnið var eftir forgangsröðun og mikilvægustu upptökur valdar fyrst við skráningu í sjúkraskrá. Í kjölfar innskráningar var textinn yfirfarinn og leiðréttur, honum læst og hann sendur til viðkomandi læknis til staðfestingar um að upplýsingar væru réttar.

Síðari þátttökuathugun var framkvæmd á klínískri deild Landspítala þar sem fylgst var með notkun á skjáborði Heilsugáttar sem staðsett var á vaktherbergi. Heilbrigðisstarfsfólk, sem allt hafði aðgang að skjáborðinu, skoðaði skjáinn ýmist eitt eða með öðrum og ræddi um sjúklinga og meðferð þeirra sín á milli. Nöfn sjúklinga og heilsufarsupplýsingar, svo sem um lífsmörk, staðsetning sjúklinga, ástæða fyrir innlögn, hvort rannsóknir hefðu verið framkvæmdar og hvort niðurstöður hefðu fengist, birtust á skjáborðinu. Skjáborðið, sem var í mikilli notkun, gaf heildstæða yfirsýn yfir stöðu sjúklinganna.

Hjá rýnihópi kom fram að sjúkraskrár í pappírsformi væru enn í virkri notkun. Verklag hefði þó breyst til batnaðar, meðal annars með því að skanna inn gögn og tengja þau við rafræna sjúkraskrá.

Umræða

Þörfin fyrir að viðhafa örugga og skilvirka rauntímaskráningu upplýsinga sem og kröfur um trygga varðveislu rafrænna sjúkraskráa hefur aukist.[10] Það er í samræmi við skýra og yfirlýsta stefnu stjórnenda um að sjúkraskrá sé rafræn og örugg – sjá töflu II. Fyrirliggjandi efni sýnir að unnið hefur verið ötullega að mótun og innleiðingu á upplýsingastefnu og aðgengisstefnu í samræmi við lög, reglur og alþjóðlega staðla og ljóst er að stjórnendur hafa sett sér háleit markmið.[14,21] Þá hefur alþjóðleg vottun upplýsingaöryggis fengist innan heilbrigðis- og upplýsingatæknideildar. Skýr stefna stjórnenda hefur verið fyrir hendi um að uppfylla hæstu öryggis- og gæðastaðla sem tengjast rafrænum sjúkraskrárkerfum þannig að nálgast megi mikilvægar heilsufarsupplýsingar hratt og örugglega.[16-18,22,23] Hins vegar er meginvandinn sá að ekki hefur tekist að afla þess fjár sem þarf til að hægt sé að framfylgja stefnugerðum á árangursríkan hátt.

Viðmælendum bar saman um að tekist hefði að móta skýra stefnu um örugga skráningu og varðveislu heilsufarsupplýsinga svo og aðgengi að þeim í samræmi við lög og reglur. Þeir töldu verkefnið þó ekki fá nægilegan fjárhagslegan stuðning til þess að hægt væri að hrinda verkefninu í framkvæmd á árangursríkan hátt.

Hjá viðmælendum kom fram að upplýsingastreymi til starfsfólks væri oft á tíðum ekki nægjanlega gott og kennslu og fræðslu vantaði; kenna þyrfti betur á kerfin og víða vantaði þekkingu á skjalastjórn. Skerpa þarf því á stuðningi stjórnenda jafnframt því að bæta fræðslumálin til muna.[20]

Viðmælendur nefndu að ekki væri skýrt innan Landspítala hverjir bæru ábyrgð eða önnuðust eftirlit með heilsufarsgögnum. Í lögum um sjúkraskrár nr. 55/2009 segir að ábyrgðar- og umsjónaraðili sjúkraskráa skuli viðhafa virkt eftirlit og Embætti landlæknishafi einnig eftirlit með að lögum sé framfylgt.

Rannsóknin leiddi í ljós að Landspítali rekur mörg klínísk kerfi. Það verkefni væri framundan að þróa, samþætta og byggja upp rafræna sjúkraskrá og önnur kerfi. Þá var nefnt að þótt rafrænt umhverfi héldi utan um upplýsingar vantaði talsvert upp á skipulagningu upplýsinganna. Nefnt var að huga þyrfti að góðu notendaviðmóti og ríkari kröfum varðandi öryggi og gæði. Með tilkomu rafrænna sjúkraskráa verða til nýjar áskoranir varðandi persónuvernd og öryggi.[1] Rafrænar sjúkraskrár innihalda meðal annars afturskyggnar upplýsingar svo og samhliða- og framskyggnar upplýsingar og aðaltilgangur þeirra er að styðja við áframhaldandi og öfluga heilbrigðisþjónustu.[9,10]

Sumir viðmælenda virtust ekki vita að samkvæmt lögum um opinber skjalasöfn nr. 77/2014 er opinberum stofnunum óheimilt að farga skjölum sem þau mynda og varðveita nema með samþykktri grisjunarheimild. Þá kom sú réttmæta skoðun fram að tæknilega séð væri vandkvæðum bundið að afhenda sum rafræn gögn til Þjóðskjalasafns Íslands þar sem TIFF-skráarsniðið hentaði ekki fjölbreyttum heilsufarsgögnum.

Viðmælendur voru sammála um að ÍST ISO 27001 vottunin væri mikilvæg í tengslum við gagnaöryggi. Þá nefndu þeir að eftirlit með notkun og skoðun gagna í rafrænni sjúkraskrá væri

einnig mikilvægt. Viðmælendur ræddu um leiðir til þess að auka öryggisvitund starfsfólks en stöðlun tryggir meðal annars tiltækileika, leynd og réttmæti upplýsinga.[22,23] Brýna þarf fyrir starfsfólki að skoða ekki rafræna sjúkraskrá án þess að eiga þar erindi vegna meðferðar sjúklinga.

Sjúkraskrá í pappírsformi er enn í virkri notkun. Þátttakendur voru sammála um að draga þyrfti úr pappír og koma sem mestu yfir á rafrænt form. Pappírinn hefur í auknum mæli verið skannaður inn og gögnin tengd rafrænni sjúkraskrá, sem er jákvæð þróun.

Mikil framför hefur átt sér stað með innleiðingu á Heilsugátt. Í rannsókninni kom fram að upplýsingaskjáborð Heilsugáttarinnar voru mikið notuð, þau veittu góða og heildstæða yfirsýn yfir stöðu sjúklinga og væru notendavæn.

Fræðilegt gildi rannsóknarinnar felst í að öðlast skilning á því hvernig staðið er að viðkvæmum málaflokki Landspítala hvað sjúkraskrármál varðar út frá lagalegum sjónarmiðum og upplýsingaöryggi. Þá leggur hún til nýja þekkingu varðandi kerfisbundna skjalastjórn og getur verið mikilvægur grunnur til frekari rannsókna. Hagnýtt gildi rannsóknarinnar felst í því að hægt er að nýta niðurstöðurnar sem stöðumat á yfirstandandi verkefnum og áætlunum innan Landspítala. Það gæti síðan nýst til áframhaldandi vinnu, stefnumótunar og þróunar í sjúkraskrármálum.

Þakkir

Stjórnendum Landspítala eru færðar þakkir fyrir að gefa leyfi fyrir rannsókninni. Þá er viðmælendum þakkað fyrir að veita viðtölin.

Greinin barst til blaðsins 26. mars 2021,
samþykkt til birtingar 25. maí 2021.

Heimildir

1. healthit.gov/sites/default/files/Top_10_Tips_for_Cybersecurity.pdf - október 2020.
2. Hawthorne KH, Richards S. Personal health records: a new type of electronic medical record. RMJ 2017; 27/3: 286-301.
3. Kumar BD, Kumari CM, Sharada MS, et al. Evaluation of the medical records system in an upcoming teaching hospital-a project for improvisation. J Med Syst 2012; 36: 2171-5.
4. himss.org/resources/electronic-health-record-data-governance-and-data-quality-real-world - október 2020.
5. Þjóðskjalasafn Íslands. Skjalavarsla og skjalastjórn ríkisins 2020: niðurstöður eftirlitskönnunar Þjóðskjalasafns Íslands. Þjóðskjalasafn Íslands, Reykjavík 2020.
6. Staðlaráð Íslands. ÍST ISO 15489-1:2016: Upplýsingar og skjalfesting - skjalastjórn - 1. hluti: hugmyndir og meginreglur. 2. útg. Staðlaráð Íslands, Reykjavík 2018.
7. Rafræn skjalavarsla. skjalasafn.is/rafraen_skjalavarsla - október 2020.
8. Özdemir L. The inevitability of digital transfer: how prepared are UK public bodies for the transfer of born-digital records to the archives? RMJ 2019; 29: 224-39.
9. Häyrinen K, Saranto K, Nykänen P. Definition, structure, content, use and impacts of electronic health records: a review of the research literature. Int J Med Inform 2008; 77: 291-304.
10. ISO. ISO/TR 20514:2005: Health informatics - electronic health record - definition, scope and context. International Organization for Standardization. Genf 2005.
11. Eysenbach G. What is e-health? J Med Internet Res 2001; 3: E20.
12. Stanberry K. US and global efforts to expand the use of electronic health records. RMJ 2011; 21/3: 214-224.
13. Olgeirsson B, Friðriksson JH, Baldursson Ó, et al. Landspítali 2025: dýpkun á stefnuþrí-hyrningnum: upplýsingatækni. Landspítali - Háskólasjúkrahús, Reykjavík 2016.
14. Jónsson B. Rafræn sjúkraskrá LSH: stefnumótun og markmið 2016-2020. Landspítali - Háskólasjúkrahús, Reykjavík 2016.
15. Szekely I. Do archives have a future in the digital age? JCAS 2017; 4/Article 1.
16. 5 Benefits of EMR vs. Paper Medical Records. qtsdatacenters.com/resources/blog/2013/03/20/five-benefits-of-emr-vs-paper-medical-records október 2020.
17. securityinfowatch.com/article/12208355/tips-for-protecting-patient-documents-in-call centers - október 2020.
18. Papanicolaou M. CyberTech: Tips for Protecting Patient Documents in Call Centers. qts-datacenters.com/resources/blog/2013/03/20/five-benefits-of-emr-vs-paper-medical-records - október 2020.
19. Gunnlaugsdóttir J. Information and records management: a precondition for a well functioning quality management system. RMJ 2012; 22: 170-85.
20. healthit.gov/sites/default/files/Top_10_Tips_for_Cybersecurity.pdf - október 2020.
21. Staðlaráð Íslands. ÍST EN ISO/IEC 27001:2017: Upplýsingatækni - öryggisaðferðir - stjórnunarkerfi um upplýsingaöryggi - kröfur. 3. útg. Staðlaráð Íslands, Reykjavík 2017.
22. Rafnsson ÓR. Stjórnkerfi upplýsingaöryggis: hvernig göngum við um mikilvægar upplýsingar? Viðskiptarit Capacent - Straumar 2010: 30-3.
23. Hvað er heilsugátt? landspitali.is/?PageID=98163509-8702-11e5-9f3c-005056be0005&ItemID=ec2b8b73-15eb-11e7-b718-005056be0005 - október 2020.
24. Silverman D. (ritstj.). Qualitative research. Sage, London 2016.
25. Braun V, Clarke V. Successful qualitative research: a practical guide for beginners. Sage, Los Angeles 2013.
26. Silverman D. Interpreting qualitative data. Sage, London 2014.
27. Neuman WL. Social research methods: qualitative and quantitative approaches. 7. útg. Pearson, Boston 2011
28. Charmaz K. Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis. Sage, Los Angeles 2014.
29. Leung L. Validity, reliability, and generalizability in qualitative research. J Family Med Prim Care 2015; 4: 324-7.
30. Óttarsdóttir UG. Grunduð kenning og teiknaðar skýringarmyndir. Í: Halldórsdóttir S. ritstj. Handbók í aðferðafræði rannsókna. Háskólinn á Akureyri, Akureyri 2013: 361-75.
31. Friðriksdóttir KK. Landspítali og sjúkraskrár: staða og framtíðarsýn. Háskóli Íslands, Félagsvísindasviði, Reykjavík 2017.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.0708.644

Medical records at the National Hospital of Iceland: Present status and future prospects

Klara Katrín Friðriksdóttir[1]
Jóhanna Gunnlaugsdóttir[2]
Ragna Kemp Haraldsdóttir[2]

[1]Department of medical records and archives, The National Hospital of Iceland, [2]School of Social Sciences, University of Iceland

Correspondence: Klara Katrín Friðriksdóttir, *klarakf@landspitali.is*

Key words: *Medical Records, Information Security, Personal Data Protection, The National Hospital of Iceland.*

INTRODUCTION: The aim of the research was to examine the status of medical records at the National Hospital in Iceland. The aim was, furthermore, to examine the policy making regarding records among managers and other employees. A research such as this has not been undertaken previously. It provides new knowledge regarding the systematic management of medical records. The academic value of the research is the discovery of how sensitive records are being managed from a legal standpoint as well as information security. The practical value of the research is that its findings can be used as a status evaluation of ongoing assignments and plans within the National Hospital.

SUBSTANCE: Qualitative research methods were used for the collection and analysis of the data supported by triangulation and grounded theory. Available written material was examined, interviews were conducted, and participant observations took place. Finally, a focus group was formed. Although the conclusions cannot be generalized, they do provide important indications regarding the state of records management, as a level of saturation was reached in the data collection, and it was deemed unlikely that additional data would have added information of significant value.

RESULTS: The findings of the research show that important work has been undertaken to form and implement a policy regarding information and access to records in accordance with law, regulations and international standards. It is obvious that the managers have set themselves ambitious goals in this respect. Moreover, an international certification has been obtained within the health and information technology department regarding information security.

CONCLUSIONS: The main problem seems to be twofold: First, a clarification of the administration and responsibility of health records is needed, and second that the hospital has not succeeded in securing enough funds in order to pursue established policies in an effective manner. It was revealed that top management support needs to be strengthened; training and education need improvement and the awareness of hospital staff of their responsibility regarding the security of medical records must be emphasized.

„Það dundi yfir líkama og sál“

Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku heilsugæslu af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum

Rósíka Gestsdóttir[1,2] hjúkrunarfræðingur
Margrét Ólafía Tómasdóttir[2,3,4] læknir
Sigrún Sigurðardóttir[1] hjúkrunarfræðingur

[1]Háskólanum á Akureyri, [2]Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, [3]læknadeild Háskóla Íslands, [4]Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu.

Fyrirspurnum svarar Rósíka Gestsdóttir, *rosika.gestsdottir@heilsugaeslan.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Rannsóknir sýna að einstaklingar sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum glíma oft við fjölþætt heilsufarsvandamál. Heilsueflandi móttaka heilsugæslu beinist að skjólstæðingum sem glíma við slík heilsufarsvandamál þar sem veitt er einstaklingsmiðuð meðferð og stuðningur. Áfallamiðuð nálgun er mikilvæg í heilbrigðisþjónustu og getur eflt lífsgæði einstaklinga eftir sálræn áföll.

Tilgangur rannsóknar var að skoða reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku heilsugæslu af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.

AÐFERÐ

Eigindleg viðtalsrannsókn þar sem stuðst var við Vancouver-skólann í fyrirbærafræði. Þátttakendur voru 5 karlmenn og 5 konur, valin í gegnum heilsueflandi móttöku heilsugæslu. Viðtöl við hvern þátttakanda voru tvö. Stuðst var við ACE-spurningalistann sem skimunartæki fyrir sálrænum áföllum í bernsku ásamt viðtalsramma rannsakenda, með opnum spurningum.

NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöður voru greindar í 6 meginþemu: Upplifun af áföllum, Endurtekin áföll, Vanræksla í æsku, Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum, Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum, Úrvinnsla og áfallamiðuð nálgun. Þátttakendur höfðu flestir orðið fyrir fjölþættum sálrænum áföllum og flóknum heilsufarsvandamálum, bæði í æsku og á fullorðinsárum. Rauði þráður rannsóknarinnar: „Það dundi yfir líkama og sál“ endurspeglar reynslu þátttakenda af áföllum og heilsufarsvandamálum.

ÁLYKTANIR

Mikilvægt er að heilbrigðisstarfsfólk taki mið af sálrænum áföllum þegar hugað er að heilsufarsvandamálum skjólstæðinga, geti veitt stuðning og viðeigandi aðstoð. Heilsugæslan er oftast fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga í heilbrigðiskerfinu og því mikilvægt að þar sé innleidd áfallamiðuð nálgun. Innan heilsueflandi móttöku heilsugæslu er mikilvægt að kortleggja heilsufarsvandamál í tengslum við sálræn áföll og þar er tækifæri til að efla áfallamiðaða nálgun.

Inngangur

Einkenni og afleiðingar sálrænna áfalla

Sálræn áföll geta haft áhrif á heilsufar og lífsgæði.[1-4] Samspil huga, líkama og sálar skiptir þar máli og mikilvægt að huga að öllum þeim þáttum.[5,6]

Sálrænt áfall er tilfinningalegt viðbragð við óvæntum atburðum sem ógna lífi og heilsu einstaklings, svo sem slysum, náttúruhamförum eða nauðgun. Viðbrögð koma oftast fram stuttu eftir að atburður hefur átt sér stað og er mismunandi hvernig einstaklingar bregðast við.[7] Viðbrögðin einkennast af yfirþyrmandi streitu umfram það sem einstaklingur upplifir sig ráða við og getur haft alvarlegar og langvarandi afleiðingar.[2,8,9] Heilsufarsleg áhrif áfalla geta einnig komið fram síðar og hafa rannsóknir sýnt að áföll í æsku, svo sem vegna vanrækslu, ofbeldis og skorts á stuðningi fjölskyldu, geta haft alvarlegar afleiðingar á heilsufar á fullorðinsárum.[3,4] Áhrifin geta verið menningarbundin í tengslum við upplifun, hegðun og atferli og geta erfst á milli kynslóða.[10] Í kjölfar áfalla geta einstaklingar upplifað varnarleysi og tileinkað sér óheppileg bjargráð sem með tímanum hafa slæm áhrif á andlega og líkamlega heilsu.[10,11] Óheppileg bjargráð geta verið vímuefnaneysla, reykingar, óhollt mataræði og hreyfingarleysi. Langvarandi streita getur haft áhrif á líffræði líkamans og leitt til ýmissa sjúkdóma, til dæmis hjarta- og æða-, innkirtla- og lungnasjúkdóma, sem og geðrænna vandamála.[3,12] Áhrif sálrænna áfalla í æsku á heilsufar hafa verið rannsökuð með Adverce Childhood

Tafla I. Rannsóknarferill Vancouver-skólans í tengslum við rannsóknina.[27]

Rannsóknarþáttur	Það sem var gert í rannsókninni
Þrep 1. Val á þátttakendum (val á úrtaki)	Valdir voru 10 þátttakendur; 5 konur og 5 karlmenn, sem höfðu reynslu af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Um tilgangsúrtak var að ræða.
Þrep 2. Undirbúningur hugans	Staldrað var við áður en samræður hófust við þátttakendur. Ígrundun átti sér stað varðandi fyrri hugmyndir um fyrirbærið og voru þær síðan lagðar til hliðar. Haldin var rannsóknardagbók þar sem vangaveltur, hagnýt atriði o.fl. kom fram. Aflað var upplýsinga um aðferðafræðina sem var notuð.
Þrep 3. Viðtölin – þátttaka í samræðum (gagnasöfnun)	Tvö viðtöl voru tekin við hvern þátttakanda, samtals 20 viðtöl. Viðtölin voru í formi samræðna og rannsóknargagna því aflað þannig.
Þrep 4. Skerpt vitund varðandi hugmyndir og hugtök (byrjandi gagnagreining)	Gagnagreiningin hófst í fyrsta viðtalinu og hélt áfram út allt gagnasöfnunarferlið. Samræðurnar voru teknar upp og ritaðar orðréttar niður. Orð og atferli þátttakenda voru skráð niður.
Þrep 5. Þemagreining (að setja orð á hugmyndir)	Formleg greining á rannsóknargögnum hófst. Merkt var við ákveðin atriði, ígrundað og þeim gefin heiti. Horft var til kjarnans í því sem þátttakendur voru að segja varðandi reynslu sína af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.
Þrep 6. Að smíða greiningarlíkan fyrir hvern þátttakanda	Öllum þemunum var raðað saman og myndað greiningarlíkan sem skýrði heildarmynd þemanna í samræðunum við hvern þátttakanda. Fundinn var rauði þráðurinn í hverri frásögn.
Þrep 7. Staðfesting á hverju greiningarlíkani með viðkomandi þátttakanda	Þátttakendur fengu allir kynningu á sínum greiningarlíkönum. Með því var stuðlað að áreiðanleika og réttmæti rannsóknarinnar.
Þrep 8. Heildargreiningarlíkan er smíðað úr öllum einstökum líkönum þátttakenda	Smíðað var heildargreiningarlíkan úr hverju og einu líkani þátttakanda.
Þrep 9. Heildargreiningarlíkanið er borið saman við rannsóknargögnin	Lesið var endurtekið yfir öll viðtölin og þau borin saman við heildargreiningarlíkanið.
Þrep 10. Kjarni fyrirbærisins sem lýsir fyrirbærinu í hnotskurn er settur fram	Heiti rannsóknarverkefnisins var sett fram: „Það dundi yfir líkama og sál“: Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.
Þrep 11. Staðfesting á heildargreiningarlíkani og yfirþema með einhverjum þátttakendum	Niðurstöðurnar voru bornar undir 5 þátttakendur. Gekk það vel og um rétta túlkun aðalrannsakanda að ræða.
Þrep 12. Niðurstöður rannsóknarinnar eru skrifaðar upp þannig að raddir allra þátttakenda heyrast.	Rödd allra þátttakendanna fékk að heyrast í niðurstöðum rannsóknarinnar. Vitnað var beint í orð þeirra til að sýna fram á birtingu fyrirbærisins. Með því var trúverðugleiki á fyrirbærinu og rannsókninni aukinn.

Experiences-spurningalistanum (ACE) sem byggir á 10 spurningum um erfiða reynslu fyrir 18 ára aldur. Eitt já gefur eitt ACE-stig. Fjögur ACE-stig eða fleiri gefa vísbendingu um áhættu á heilsufarsvandamálum á fullorðinsárum.[3,13]

Áfallamiðuð nálgun

Áfallamiðuð nálgun er mikilvæg til að mæta þörfum þeirra sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum með faglegri aðstoð sem getur bætt andlega og líkamlega líðan. Nálgunin er einstaklingsmiðuð, styrkir sjálfsmynd og eykur sjálfsöryggi. Taka þarf mið af menningu og samfélagslegum sjónarmiðum.[14,15]

Áfallamiðuð nálgun snýst um að opna umræðuna um sálræn áföll, einkenni, afleiðingar og úrræði. Slík nálgun er mikilvæg þar sem markmiðið er að vinna með og fyrirbyggja frekari heilsufarsvandamál.[8,16,17] Áfallamiðuð meðferð er einstaklingsmiðuð og sérhæfð meðferð við áfallastreituröskun sem tekur mið af þörfum og vandamálum einstaklings í ljósi áfallanna. Farið er djúpt í greiningu á þessum þáttum og einstaklingar aðstoðaðir við að ná fótfestu á ný. Er sú þjónusta gjarnan veitt af sérhæfðu fagfólki.[18]

Skjót greining og íhlutun ásamt endurhæfingu hefur jákvæð áhrif á bataferli og vöxt einstaklinga í kjölfar áfalla.[19]

Að ræða opinskátt um sálræn áföll skiptir máli varðandi úrvinnslu og mikilvægt að einstaklingar byrgi ekki reynsluna innra með sér.[20,21]

Skoðaður hefur verið kynjamunur varðandi úrvinnslu á sálrænum áföllum og virðast konur sækjast frekar eftir áfallamiðaðri þjónustu. Karlmenn eru líklegri til að bæla niður tilfinningar sínar og leiðast út í skaðlega hegðun svo sem afbrot og vímuefnaneyslu. Mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk hafi það í huga í áfallamiðaðri nálgun.[22]

Heilsugæslan í framlínu

Heilbrigðisstarfsfólk þarf að hafa í huga tengsl áfalla við heilsufarsleg vandamál í meðferðarvinnu.[14,15] Á flestum heilsugæslustöðvum höfuðborgarsvæðisins eru starfræktar heilsueflandi móttökur sem byggjast á faglegri teymisvinnu lækna, hjúkrunarfræðinga og fleiri fagaðila. Innan heilsueflandi móttöku er hægt að veita sértækar meðferðir í tengslum við heilsufarsvandamál, þar sem móttakan beinist að þeim skjólstæðingum sem glíma við fjölþættan eða langvinnan vanda, svo sem sykursýki, offitu og geðræn veikindi. Áhersla er lögð á að hjálpa einstaklingum að efla eigin bjargráð við sjúkdómum, efla lífsstílstengda þætti, veita meðferð og heildrænan stuðning eins og við sálrænum áföllum.[23] Heilsugæslan er kjörinn vettvangur fyrir áfallamiðaða nálgun[24]

Tafla II. ACE-stigafjöldi hjá þátttakendum í rannsókninni.

Þátttakandi/dulnefni	Aldur við þátttöku í rannsókn	ACE stigafjöldi	Tegundir sálrænna áfalla meðal þátttakenda á fyrstu 18 æviárum
Þáttakandi 1. Katrín	25 ára	8 stig	Fíknivandi, fangelsisvistun, skilnaður foreldra, heimilisofbeldi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, líkamleg vanræksla, tilfinningaleg vanræksla
Þátttakandi 2. Halla	55 ára	6 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, tilfinningaleg vanræksla, kynferðisleg misnotkun
Þátttakandi 3. Sigrún	80 ára	2 stig	Tilfinningalegt ofbeldi, tilfinningaleg vanræksla
Þátttakandi 4. Hugrún	45 ára	3 stig	Fíknivandi, skilnaður foreldra, heimilisofbeldi
Þátttakandi 5. Ásta	30 ára	9 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, fangelsisvistun, skilnaður foreldra, heimilisofbeldi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, líkamleg vanræksla, tilfinningaleg vanræksla
Þátttakandi 6. Jóhannes	55 ára	5 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, heimilisofbeldi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi
Þátttakandi 7. Einar	24 ára	3 stig	Fíknivandi, skilnaður foreldra, líkamlegt ofbeldi
Þátttakandi 8. Björn	25 ára	7 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, fangelsisvistun, skilnaður foreldra, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, kynferðisleg misnotkun
Þátttakandi 9. Alex	32 ára	2 stig	Skilnaður foreldra, líkamlegt ofbeldi
Þátttakandi 10. Össur	31 ára	6 stig	Geðrænn vandi, fíknivandi, heimilisofbeldi, líkamlegt ofbeldi, tilfinningalegt ofbeldi, tilfinningaleg vanræksla

þar sem hún er gjarnan fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga í heilbrigðiskerfinu og veitir eftirfylgd til lengri tíma.[25]

Tilgangur

Tilgangur rannsóknarinnar var að skoða reynslu einstaklinga í heilsueflandi móttöku heilsugæslu af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Markmiðið var að auka þekkingu og dýpka skilning á viðfangsefninu.

Efniviður og aðferðir

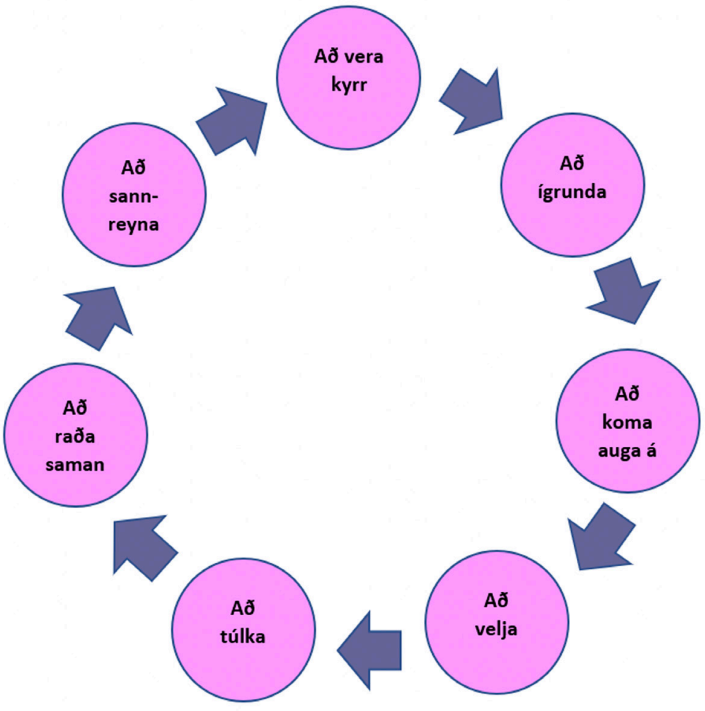
Rannsóknin var unnin eftir eigindlegri aðferðafræði, Vancouver-skólanum í fyrirbærafræði.

Hann miðar að því að auka þekkingu og dýpka skilning á mannlegum fyrirbærum og bæta þjónustu eins og heilbrigðisþjónustu. Hugmyndafræðin byggir á að hver einstaklingur sjái heiminn með sínum augum. Rannsökuð er reynsla einstaklinga af ákveðnu fyrirbæri. Hún endurspeglast í sýn hans og túlkun á fyrirbærinu sem um ræðir.[26,27]

Gagnasöfnun fer fram með samtölum. Farið er endurtekið yfir ákveðna vitræna þætti rannsóknarferlisins. Stuðst er við ígrundun í öllum skrefum sem skiptist í 7 meginþætti sem hægt er að setja upp í hringferli: Að vera kyrr, að ígrunda, að koma auga á, að velja, að túlka, að raða saman og að sannreyna (sjá mynd 1). Í framhaldi er rannsóknarferlinu síðan skipt í 12 meginþrep[26,27] (sjá töflu I).

Þátttakendur

Þátttakendur voru 5 konur og 5 karlmenn á aldrinum 25-80 ára sem höfðu reynslu af heilsueflandi móttöku, sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Um tilgangsúrtak var að ræða, fengin var aðstoð fagaðila í heilsueflandi móttöku heilsugæslu á Íslandi við að finna þátttakendur.



Mynd 1. *Vitrænt vinnuferli Vancouver-skólans í fyrirbærafræði.*[27]

Tafla III. Reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum.

Upplifun af áföllum	Endurtekin áföll	Vanræksla í æsku	Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum	Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum	Úrvinnsla og áfallamiðuð nálgun
Streita og álag stöðug/yfir tímabil á fullorðinsárum	Heimilisofbeldi: andlegt, líkamlegt og kynferðislegt	Aðskilnaður og/eða tengslaskortur við foreldra/fjölskyldu	Fjölþætt heilsufarsvandamál í æsku og/eða á fullorðinsárum. Hjarta-, æða-, öndunarfæra- og innkirtlasjúkdómar, til dæmis háþrýstingur, sykursýki, offita, astmi, krabbamein	Þunglyndi, depurð og/eða kvíði	Opna á umræðu um sálræn áföll og heilsufarsvandamál sín gagnvart fagaðilum og öðrum
Endurupplifanir og/eða bæling á sálrænum áföllum	Einelti í grunnskóla og/eða einelti á vinnustað. Brotthvarf úr námi í grunn- og/eða framhaldsskóla	Afskiptaleysi og/eða hafnað af fjölskyldu	Verkir víðsvegar um líkama	Reiði, sorg og vanmáttur. Félagsfælni. Svefnvandamál	Úrvinnsla hafin með áfallamiðaðri nálgun. Styðjast við eigin bjargráð og einnig með aðstoð fagaðila
Leynd yfir aðstæðum. Einmanaleiki. Varnarleysi, ótti og hræðsla. Stjórnleysi og stuttur þráðurinn í hversdagslegum aðstæðum	Verður fyrir slysi. Dauðsfall náins ættingja og/eða vina. Verður fyrir þjófnaði	Skortur á stuðningi frá fjölskyldu, vinum, skóla og/eða fagaðilum	Þrálátar bólgur víðsvegar um líkama. Fæðuóþol og ofnæmi	Áhrif á sjálfsmynd og sjálfsöryggi. Erfiðleikar í samskiptum við hitt kynið	Sýna meðvitund um eigin styrkleika
Sterk ábyrgðarskylda og/eða á fullorðinsárum. Þrautseigja. Reynt að koma auga á það jákvæða í lífinu	Yfirgefin/n af fjölskyldumeðlimum	Heilsufarsvandamál vanrækt og aldrei spurt um líðan	Endurteknar sýkingar, svo sem þvagfærasýking	Sjálfsvígshugsanir og tilraunir til sjálfsvígs	Draga lærdóm af reynslu í tengslum við sálræn áföll og heilsufarsvandamál
Líkamlegir og andlegir erfiðleikar	Skilnaður foreldra	Mikil ábyrgðarskylda gagnvart fjölskyldu, heimili og fjárhagslegri afkomu	Síþreyta og orkuleysi	Sjálfskaðandi hegðun, svo sem vímuefnaneysla, ofbeldishegðun, afbrot	Hafa stofnað eigin fjölskyldu og myndað traust fjölskyldu- og vinasambönd. Atvinnu- og menntunartækifæri
Skortur á heildrænum stuðningi frá aðstandendum og frá fagaðilum	Framhjáhald maka	Upplifir sig sem einskis virði vegna vanrækslu foreldra	Erfiðleikar varðandi kynlíf	Áráttu- og þráhyggjuraskanir. Þörf fyrir fullkomnun á fullorðinsárum tengt fjölskyldu og aðstæðum í eigin lífi	Upplifa mikla ábyrgarskyldu áfram gagnvart fjölskyldu. Ofvernda börn sín

Gagnasöfnun og gagnagreining

Tekin voru tvö djúpviðtöl við hvern þátttakenda með viku til mánaðar millibili, frá mars-apríl 2019. ACE-spurningalistinn var lagður fyrir og stig metin (sjá töflu II). Litið var á ACE-listann sem skimunartæki fyrir rannsóknina en hannaður var sérstakur viðtalsrammi til að fá fram góða mynd af fyrirbærinu.

Um samþættingu þriggja rannsakenda var að ræða þar sem samlegðaráhrif voru í tengslum við sérfræðiþekkingu. Fyrsti höfundur aflaði gagna og greindi niðurstöður. Meðhöfundarnir komu inn í rannsóknarferlið þegar á leið og veittu leiðbeiningar við túlkun og framsetningu niðurstaðna. Horft var til gæða í gagnasöfnun, gagnagreiningu og framsetningu niðurstaðna. Unnið var af dýpt og með gagnrýnni hugsun þegar viðtölin voru rituð niður. Gagnasöfnun lauk þegar rannsakendurnir voru sammála um að gögn væru fullnægjandi í tengslum við fyrirbærin.

Tilskilin leyfi voru fengin frá Vísindanefnd (VSN-19-015), Persónuvernd og Vísindasiðanefnd HH og HÍ.

Þátttakendum var afhent ítarlegt kynningarbréf í upphafi. Tekið var fram að hætta mætti þátttöku á hvaða tímapunkti sem væri í rannsókninni, kysu þátttakendur það.

Niðurstöður

Yfirþema rannsóknarinnar „Það dundi yfir líkama og sál“ er rauði þráður niðurstaðnanna og endurspeglar reynslu þátttakenda af áföllum og áhrif af þeim. Þátttakendur glímdu við margvísleg heilsufarsvandamál sem þeir tengdu við sálræn áföll. Í öllum tilfellum var um að ræða sálræn áföll í æsku en einnig á fullorðinsárum (sjá töflu II). Þátttakendur höfðu leitað sér faglegrar aðstoðar innan eða utan heilbrigðiskerfisins vegna þess. Niðurstöðum var skipt í 6 meginþemu og 7-12 undirþemu (tafla III) og greina mátti kynjamun varðandi ýmsa þætti (tafla IV).

Upplifun af áföllum

Þátttakendur höfðu upplifað mismunandi og endurtekin sálræn áföll; ofbeldi af ýmsu tagi, einelti í skóla, skilnað foreldra og slys. Upplifunin var þó einstaklingsbundin þar sem samskonar áföll höfðu mismikil áhrif á þátttakendur. Hugrún lýsti reynslu sinni þannig:

Áfallið var gríðarlegt og óvænt … það dundi yfir líkama og sál.

Þátttakendur sögðu streitu og álag vera stöðugt fyrir hendi eða

Tafla IV. Kynjamunur í ljósi meginþema í rannsókninni.

Meginþemu	Sameiginleg atriði meðal kynja	Konur	Karlar
Endurtekin áföll	– Bæði kynin upplifðu margþætt og endurtekin sálræn áföll í æsku og á fullorðinsárum sem höfðu haft gríðarleg áhrif á heilsufar þeirra.	– Konurnar höfðu frekar leitað sér faglegrar aðstoðar og oftar fyrr eftir sálræn áföll.	– Karlmennirnir bældu frekar tilfinningar sínar niður og kusu að notast við eigin bjargráð. – Sóttust frekar eftir faglegri aðstoð síðar á fullorðinsárum.
Upplifun af áföllum	– Tjáðu að upplifun af sálrænum áföllum væri margþætt. – Streita og álag var stöðugt eða yfir tímabil. – Glímdu við fjölþætta erfiðleika tengda líkamlegri og geðrænni heilsu í ljósi sálrænna áfalla.	– Tjáðu sterkari ábyrgðarskyldu gagnvart fjölskyldu sinni. – Upplifðu frekar að missa stjórn á sér í hversdagslegum aðstæðum. – Tjáðu ákveðna skömm og leynd vera enn til staðar í tengslum við sálræn áföll sín.	– Bældu frekar niður sálræn áföll sín. – Skorti frekar stuðning í æsku frá fjölskyldu, utanaðkomandi og fagaðilum. – Upplifðu frekar einmanaleika og mikil einangrun var í æsku.
Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum	– Tjáðu öll fjölþætt líkamleg heilsufarsvandamál sem þau gátu tengt við sálræn áföll sín að hluta til.	– Upplifðu frekar síþreytu og orkuleysi. – Tjáðu endurteknar sýkingar tengt móðurlífi og fjölþætta verki víðsvegar um líkama.	– Tjáðu líkamleg vandamál oftar stafa af sjálfskaðandi hegðun í æsku, svo sem verki víðsvegar um líkama – Höfðu leitað sjaldnar eftir faglegri þjónustu vegna líkamlegra heilsufarsvandamála.
Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum	– Höfðu flest töluverða reynslu af geðrænum heilsufarsvandamálum.	– Tjáðu frekar tilfinningar sínar og líðan á opinskáan hátt yfir æviskeið sitt.	– Bældu frekar niður tilfinningar og líðan. – Áttu frekar í erfiðleikum í samskiptum við hitt kynið. – Leituðu frekar í sjálfskaðandi hegðun, svo sem ofbeldi, vímuefnaneyslu. – Höfðu oftar reynt að fremja sjálfsvíg vegna andlegrar vanlíðunar.
Vanræksla í æsku	– Höfðu flest upplifað vanrækslu af hendi fjölskyldumeðlima í æsku.	– Sóttust frekar eftir stuðningi annarra. – Tjáðu sterkari ábyrgðarskyldu í æsku sem fylgdi þeim fram á fullorðinsár.	– Upplifðu sig hafa minni stuðning frá öðrum og sóttust jafnframt síður eftir slíku.
Úrvinnsla og áfallamiðuð nálgun	– Hafa öll hafið úrvinnslu við sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum sínum. – Taka skref fyrir skref varðandi úrvinnslu sálrænna áfalla sinna. – Enginn kynjamunur er. – Bæði kynin eru sammála um gagnsemi og mikilvægi áfallamiðaðrar þjónustu. – Láta í ljós svipaðar væntingar og hugmyndir varðandi áfallamiðaða þjónustu.	– Upplifa áfram gríðarlega ábyrgðarskyldu gagnvart fjölskyldu sinni. – Hafa sterkari framtíðarsýn.	– Upplifa sig bera ákveðna ábyrgð gagnvart fjölskyldu og eigin heilsufarsvandamálum síðar meir á fullorðinsárum. – Taka frekar einn dag í einu og lifa í núinu.

yfir tímabil og varnarleysi kom fram í kjölfar áfallanna. Sjálfsmynd þeirra var brotin, stöðug óttatilfinning til staðar, erfiðleikar með almenn samskipti og traust gagnvart öðrum. Þeim fannst þeir vera einir með áföll sín þar sem skortur var á stuðningi og upplifðu erfiðleika við að bera sig eftir aðstoð. Í æsku var sjaldan rætt opinskátt um hvað gerðist, líðan þeirra hundsuð og ákveðin bæling átti sér stað. Þátttakendur lýstu aðstæðum í daglegu lífi þar sem þeir hefðu misst algjöra stjórn á skapi sínu að tilefnislausu, slíkt var þó meira áberandi meðal kvennanna. Lítið þurfti til og þráðurinn var stuttur. Endurupplifanir á áföllum komu fram meðal þátttakenda eins og Alex lýsti:

Ég var ekkert búinn að hugsa út í það sem ég hafði orðið fyrir þegar ég var á unglingsaldri fyrr en núna síðastliðna daga. Geri mér grein fyrir núna að ég varð fyrir miklu ofbeldi af nánum fjölskyldumeðlim og það er hrikalegt að hugsa til þess. Ég man í hvaða fötum ég var, hvað var í kvöldmatinn og lyktina þar sem hann réðst á mig.

Endurtekin áföll

Allir þátttakendur höfðu upplifað tilfinningalegt og/eða líkamlegt heimilisofbeldi og tveir þátttakenda kynferðislegt ofbeldi í æsku.

Katrín lýsti ofbeldinu á þennan hátt:

Þegar móðir mín var komin út í að vera pillufíkill þá var mjög mikið andlegt ofbeldi og hún reif mann rosa mikið niður … áfall við að vakna mjög oft við það að heimilið var tómt … þá var semsagt stjúpfaðir minn búinn að selja allt á heimilinu þegar við vorum sofandi, þá kom einhver inn í íbúðina og tók allt okkar. Hún lagði oft hendur á mann, tók mann hálstaki hér og þar ef henni mislíkaði eitthvað.

Björn lýsti tilfinningum og áhrifum sem ofbeldi í æsku hafði:

Pabbi tók miklar geðsveiflur þegar ég var yngri … ég varð fyrir miklu einelti í grunnskóla og svo þegar ég kom heim þá beitti hann mig ofbeldi … í dag eru samskiptin enn brotin okkar á milli þótt langt sé liðið frá. Finn alltaf fyrir reiði og beiskju þótt ég reyni að vera í

samskiptum við hann. Það var enginn stuðningur og sárin enn til staðar þótt séu minni um sig.

Vanræksla í æsku

Þátttakendur höfðu upplifað vanrækslu foreldra í æsku, tengslaskort og afskiptaleysi í uppeldinu. Þeir höfðu sjaldan verið spurðir um líðan og heilsufarsvandamál hundsuð. Allar konurnar upplifðu mikla ábyrgðarskyldu í æsku og á fullorðinsárum, karlmennirnir frekar á fullorðinsárum. Konunum fannst þær bera stöðuga ábyrgð gagnvart öðrum fjölskyldumeðlimum, heimilinu og fjárhag eins og Katrín lýsti:

Móðir mín var komin með annað barn og alltaf hélt neyslan áfram hjá henni og hún var ekki fær um að sjá um mig og hin tvö börnin … í 8. bekk fjarlægist ég skólann, finn mér vinnu … til að geta komið með peninga inn á heimilið til að kaupa í matinn og annað, því allir peningarnir þeirra fóru bara í fíkniefni. Ég vissi ekkert rosalega mikið hvernig heimilisverk ættu að fara fram og svona … en þurfti að læra það náttúrulega.

Ásta upplifði mikla ábyrgðarskyldu í æsku:

Það var aldrei til mikill peningur á heimilinu. Það var alltaf allt í drasli heima og maður átti varla sokkapar. Þetta var alltaf spurning um hvor okkar væri mamman, ég eða hún, þar sem ég var alltaf að ala hana upp frekar en hún mig. Ég fékk aldrei að njóta þess að vera barn.

Líkamleg heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum

Þátttakendur sögðu frá fjölþættum líkamlegum heilsufarsvandamálum í æsku og á fullorðinsárum: langvarandi og útbreiddum verkjum, offitu, fæðuóþoli, krabbameini, sykursýki, lungnasjúkdómum, einkennum frá móðurlífi. Halla hafði glímt við yfirþyngd síðan í æsku:

Eftir misnotkunina þá er ég sett til bláókunnugs fólks og það er ekkert hringt til mín … þannig ég er svo ein með þetta. Ég man að systir mín gaf mér fullt af sælgæti sem ég átti að gefa krökkunum en ég át það bara allt sjálf. Var alveg sama … ég bara deyfði mig. Þetta byrjaði snemma. Í dag glími ég enn við yfirþyngd og tel að rótin liggi þarna í æskunni.

Sigrún hafði glímt við fjölþætt líkamleg veikindi frá því í æsku og tengdi það við álag í ljósi sálrænna áfalla:

Ég kenndi mér um allt. Ég lagðist í rúmið þarna í smá tíma. Ég bara gat þetta ekki, þetta álag. Síðan er ég búin að vera svo lasin síðan þá meira og minna.

Jóhannes hafði átt við margþætt heilsufarsvandamál að stríða, svo sem síþreytu og astma. Hann hafði glímt við kulnun í starfi og taldi að rótina mætti rekja til sálrænna áfalla í æsku:

Þetta helst allt í hendur … þegar maður fær ekki stuðning og hefur ekki fulla getu til að hlúa að sér og heilsan fer þá svona … ég var orðinn eins og flak og hætti að geta gert það sem ég var vanur að gera áður … þetta er eilíf þrautarganga.

Geðræn heilsufarsvandamál í æsku og á fullorðinsárum

Margvísleg geðræn vandamál höfðu komið fram hjá þátttakendum, bæði í æsku og á fullorðinsárum, svo sem þunglyndi, kvíði, félagsfælni, svefnvandamál og sjálfsvígshugsanir. Karlmennirnir höfðu oftar leitað í sjálfskaðandi hegðun eins og vímuefnaneyslu, voru ofbeldishneigðir og leiddust út í afbrot. Hlutu fangelsisdóma og töldu að rótina mætti rekja til sálrænna áfalla í æsku, eins og Össur lýsti:

Bróðir minn fyrirfór sér og eftir það fann ég bara fyrir magnþrunginni reiði … ég bældi allt niður, var tilfinningalega bældur og reiðin skein í gegnum allt sem ég gerði. Í framhaldi komu fram hegðunarerfiðleikar og ég fór að fikta við áfengi 15 ára gamall og fór fljótt í dagsneyslu. Fannst ég þurfa stöðugt að verja mig gagnvart öðrum og ég byrjaði öll slagsmál. Þetta var bara flótti og mín leið eftir áfallið til að lifa af.

Einar lýsti reynslu sinni:

Ég var ofbeldisfullur gagnvart þeim sem lögðu mig í einelti í gegnum allan grunnskólann. Var stimplaður sem skapofsamaður því ég leysti allt með hnefunum. Kýldi eitt sinn í gegnum rúðu með berum hnefa og hlaut við það varanlegan skaða á hendi sem háir mér enn þann dag í dag.

Úrvinnsla og áfallamiðuð nálgun

Þátttakendur voru misjafnlega langt á veg komnir varðandi úrvinnslu, flestir höfðu hafið úrvinnslu seint á fullorðinsárum. Þeir voru allir búnir að fá faglega aðstoð við úrvinnslu áfallanna og heilsufarsvandamálanna, innan eða utan heilbrigðiskerfisins, oftast að eigin frumkvæði. Þrátt fyrir að um erfiða reynslu væri að ræða, komu fram styrkleikar þeirra sem voru fólgnir í þrautseigju og jákvæðu lífsviðhorfi. Þátttakendur höfðu sumir stofnað eigin fjölskyldu, myndað traust fjölskyldu- og vinasambönd og menntað sig. Halla lýsti ávinningnum varðandi úrvinnslu á sálrænum áföllum sínum:

Ég finn þessa miklu sátt eftir úrvinnslu og upplifi þá líka að ég á mun auðveldara með að setja öðrum mörk og standa með sjálfri mér. Það varð allt opnara og bjartara … það þarf að taka þessa úrvinnslu í áföngum og afar hægt og rólega … Maður tapar engu á þessu ferli þótt það sé erfitt.

Katrín lýsti ávinningnum og úrvinnsluferlinu:

Ég er búin að vinna mjög mikið í mínum málum og áföllum. Næ að opna mig um þetta og tjá mig við fagaðila sem ég hefði ekki gert áður. Ég er tilbúin núna loksins. En tek þetta skref fyrir skref. Það þýðir ekki að æða áfram og ætla að klára þetta á nokkrum dögum. Maður lærir að lifa með áföllunum og þau verða ekki þurrkuð út.

Áfallamiðaðri nálgun sem var fólgin í stuðningi var ábótavant í flestum tilfellum að sögn þátttakenda. Þátttakendur hófu úrvinnslu seint á fullorðinsárum, þeir voru ekki meðvitaðir um þau úrræði sem stóðu til boða, eða þeir gátu ekki borið sig eftir slíku. Konurnar höfðu frekar borið sig eftir faglegri aðstoð. Allir þátttakendurnir í rannsókninni töldu áfallamiðaða nálgun mikilvæga og geta fyrirbyggt og eflt andlega og líkamlega líðan og heilsu. Lykilatriðið að mati þátttakenda var að áfallamiðuð nálgun væri sýnileg og aðgengileg í samfélaginu og biðtími eftir þjónustu stuttur. Markviss eftirfylgni og stuðningur til lengri tíma væri einnig mikilvægur þáttur. Að fagfólk innan heilbrigðiskerfisins, læknar og hjúkrunarfræðingar, gæfu sér tíma, væri meðvitað og opið fyrir umræðu um sálræn áföll og gæti vísað í frekari úrræði.

Þátttakendur töldu mikilvægt að heilbrigðisstarfsfólk ynni saman að markmiðum skjólstæðinga og markviss teymisvinna væri viðhöfð.

Umræður

Niðurstöðurnar sýna að reynsla einstaklinga í heilsueflandi móttöku af sálrænum áföllum hafði víðtæk áhrif á heilsufar þeirra. Titill rannsóknarinnar „Það dundi yfir líkama og sál“ er tilvitnun í einn þátttakandann og er lýsandi fyrir reynslu þátttakendanna af sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum. Hann gefur sterkt til kynna að sálræn áföll geta haft mikil og djúpstæð áhrif á líf og líðan einstaklinga.

Þátttakendur upplifðu áföllin sem stóran áhrifaþátt í afkomu til framtíðar og athyglisvert var að þeir höfðu allir upplifað endurtekin og fjölþætt áföll. Er það í samræmi við erlendar rannsóknir sem einnig hafa sýnt að áföll í æsku geta gert einstaklinga útsettari fyrir endurteknum áföllum á fullorðinsárum.[2,8]

Þátttakendur glímdu við fjölþætt heilsufarsvandamál bæði í æsku og á fullorðinsárum. Ákveðinn vanmáttur og varnarleysi gerði þau útsettari fyrir óheppilegum bjargráðum sem hafði áhrif á líf og líðan, og það er í samræmi við niðurstöður annarra rannsókna.[3,11,12]

Reynsla af áföllum í æsku hafði áhrif á hvernig þátttakendur í rannsókninni tókust á við endurtekin áföll síðar og litu jafnvel á áföllin sem verkefni. Í reynslu af sálrænum áföllum er fólginn ákveðinn þroski og þrautseigja sem er mikilvægt varðandi vöxt eftir sálræn áföll einstaklinga.[19]

Rannsóknarsamantekt Hornor[28] greindi frá því að einstaklingar sem upplifa vanrækslu skortir stuðning og umhyggju sem hefur áhrif síðar meir. Erfiðara var fyrir þá að aðlagast og fóta sig í lífinu vegna brotinnar sjálfsmyndar og óöryggis.

Konurnar í rannsókninni höfðu ríka ábyrgðartilfinningu sem þær röktu til vanrækslu í æsku og fannst þeim þær skyldugar til að vernda börn sín gegn mögulegum áföllum. Er það í samræmi við niðurstöður rannsóknar Sigrúnar Sigurðardóttur og Sigríðar Halldórsdóttur.[29]

Karlarnir í rannsókninni höfðu upplifað sjálfskaðandi hegðun, eins og óhollt mataræði, reykingar, sjálfskaða á líkama, í tengslum við sálræn áföll, sem samræmist erlendum rannsóknum.[30,31]

Styrkleikar þátttakenda, sem voru fólgnir í þrautseigju og jákvæðu hugarfari, komu bersýnilega í ljós þrátt fyrir erfiða reynslu af áföllum. Þær niðurstöður eru í samræmi við megindlegar rannsóknir sem sýna að tjáning einstaklinga um sálræn áföll skipta miklu máli varðandi úrvinnslu og er því mikilvægt að einstaklingar byrgi ekki reynslu sína inni.[20,21] Þátttakendur töldu áfallamiðaða nálgun skipta miklu máli en sögðu að það hefði getað hjálpað þeim mikið að fá slíka þjónustu strax í æsku. Áfallamiðuð nálgun var ekki sýnileg og flestir þátttakenda höfðu borið sig eftir slíkri þjónustu innan heilbrigðiskerfisins að eigin frumkvæði á fullorðinsárum. Að þeirra mati var áfallamiðuð nálgun fólgin í langtímastuðningi og eftirliti fagaðila sem tók mið af fjölþættum heilsufarsvandamálum þeirra og sálrænum áföllum. Þátttakendur sögðu að þeir hefðu oftast haft frumkvæðið að því að opna á umræðuna um áföll í tengslum við heilsufarsvandamál sem hrjáði þá. Flestir þáttakenda sögðu að þeir hefðu fengið þennan stuðning innan heilsugæslunnar til að byrja með á fullorðinsárum, og þá verið vísað í sértækari úrræði í heilbrigðiskerfinu, hefði þess þurft. Áfallamiðuð nálgun í formi stuðnings og eftirfylgni hefði því átt stóran þátt í úrvinnsluferli þeirra og eflt þá á fjölþættan hátt þótt langt væri liðið frá áföllum. Þeim fannst einnig skipta máli að fá annars konar stuðning svo sem í formi stuðnings frá fjölskyldu, félagasamtökum eða vinum. Styður það við fræðilegar samantektir á megindlegum og eigindlegum rannsóknum sem sýna endurtekið fram á mikilvægi fjölþætts stuðnings og áfallamiðaðrar nálgunar meðal einstaklinga sem hafa orðið fyrir sálrænum áföllum.[14,32,33] Rannsóknir sýna að með áfallamiðaðri nálgun má draga úr áhrifum ýmissa heilsufarskvilla sem koma fram í kjölfar sálrænna áfalla með sparnaði fyrir heilbrigðiskerfið. Ávinningur af áfallamiðaðri nálgun getur verið mikill og haft jákvæð áhrif á margvíslegan hátt.[18,34-36]

Niðurstöður rannsóknarinnar auka þekkingu og dýpka skilning á sálrænum áföllum og heilsufarsvandamálum einstaklinga innan heilsueflandi móttöku heilsugæslu og gefa til kynna þörf fyrir áfallamiðaða þjónustu í starfi lækna, hjúkrunarfræðinga og annars heilbrigðisstarfsfólks.

Innan íslenskrar heilbrigðisþjónustu eru mikil sóknarfæri varðandi áfallamiðaða nálgun. Læknar, hjúkrunarfræðingar og annað fagfólk getur gegnt meginhlutverki með markvissri teymisvinnu, stuðningi, faglegri meðferð og fræðslu um viðeigandi úrræði.[37] Í áfallamiðaðri nálgun gæti komið að gagni að nýta ACE-spurningalistann við að opna á umræðu um sálræn áföll í æsku.[3]

Heilsugæslan er í framlínunni innan íslenskrar heilbrigðisþjónustu, hún er oftast fyrsti viðkomustaður skjólstæðinga í heilbrigðiskerfinu og veitir langtímaeftirfylgd.[25] Heilsueflandi móttaka í heilsugæslu væri þá kjörinn vettvangur til að veita áfallamiðaða nálgun þar sem einstaklingar með fjölþætt heilsufarsvandamál koma í slíka móttöku og geta glímt við margvísleg sálræn áföll miðað við niðurstöður rannsóknarinnar. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að þörf er á opinskárri umræðu um sálræn áföll og afleiðingar þeirra innan heilbrigðiskerfisins. Þá gæti aukið samstarf fagstétta, svo sem við heilsueflandi móttöku í heilsugæslu, stuðlað að því að varpa ljósi á og draga úr heilsufarsvandamálum sem rekja má til sálrænna áfalla. Loks má leiða hugann að því hvort skilvirk og árangursrík heilbrigðisþjónusta sem tekur mið af samspili huga, líkama og sálar skjólstæðinga sé ekki kjarninn í faglegri heilbrigðisþjónustu til framtíðar.

Þakkir

Fyrst og fremst ber að þakka þátttakendunum 10 sem um ræðir fyrir þátttöku í rannsókninni. Allir deildu þeir reynslu sinni af velvilja og hugrekki á einstakan hátt og gerðu rannsóknina mögulega. Samstarfsaðilum sem komu að rannsókninni eru færðar þakkir: Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Félagi íslenskra hjúkrunarfræðinga fyrir veittan rannsóknarstyrk.

Greinin barst til blaðsins 4. febrúar 2021,
samþykkt til birtingar 3. júní 2021.

Heimildir

1. Finkelhor D, Browne A. The traumatic impact of child sexual abuse: a conceptualization. Am J Orthopsychiatry 1985; 55: 530-41.
2. Read J, Harper D, Tucker I, et al. How do mental health services respond when child abuse or neglect become known? A literature review. Int J Ment Health Nurs 2018; 2 7: 1606-17.
3. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. Am J Prev Med 1998; 14: 245-58.
4. van der Kolk VD BA. The body keeps the score: memory and the evolving psychobiology of posttraumatic stress. Harv Rev Psychiatry 1994; 1: 253-65.
5. Marketos SG, Diamandopoulos AA. Swearing off the oath? J R Soc Med 1997; 90: 527.
6. Rothschild B. The body remembers. WW Norton, New York 2000: 1-208.
7. Trauma and Shock. apa.org/topics/trauma/ - júní 2021.
8. Sweeney A, Filson B, Kennedy A, et al. A paradigm shift: relationships in trauma-informed mental health services. BJPsych Adv 2018; 24: 319-33.
9. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Lancet Public Health 2017; 2: e356-66.
10. Stephens TN. Recognizing complex trauma in child welfare-affected mothers of colour. Child & Fam Soc Work 2019; 24: 42-9.
11. Cascio KA. Providing trauma-informed care to women exiting prostitution: assessing programmatic responses to severe trauma. J Trauma Dissociation 2019; 2 0: 100-13.
12. Tómasdóttir M. Multimorbidity in the Norwegian HUNT population: an epidemiological study with reference to the concept allostatic load. Norwegian University of science and technology og University of Iceland. 2017:1-275.
13. Ho GWK, Chan ACY, Chien W, et al. Examining patterns of adversity in Chinese young adults using the Adverse Childhood Experiences—International Questionnaire (ACE-IQ). Child Abuse Negl 2019; 88: 179-88.
14. Glennon A, Pruitt DK, Polmanteer RSR. Integrating self-care into clinical practice with trauma clients. J Hum Behav Soc Environm 2019; 29: 48-56.
15. Schäfer WLA, Boerma WGW, Murante AM, et al. Assessing the potential for improvement of primary care in 34 countries: a cross-sectional survey. Bull World Health Organ 2015; 93: 161-8.
16. What is trauma-informed care? socialwork.buffalo.edu/social-research/institutes-centers/institute-on-trauma-and-trauma-informed-care/what-is-trauma-informed-care.html - júní 2021.
17. SAMHSA's concept of trauma and guidance for a trauma-Informed approach. store.samhsa.gov/sites/default/files/d7/priv/sma14-4884.pdf - júlí 2014.
18. Covington SS. Women and addiction: a trauma-informed approach. J Psychoactive Drugs 2008; Suppl 5: 377-85.
19. Bryngeirsdóttir SB, Sigurðardóttir S, Halldórsdóttir S. Mikilvægi styðjandi fagfólks við að ná vexti í kjölfar áfalla 2016. Félagsvísindastofnun Háskóla Íslands, Reykjavík.
20. Furuta M, Horsch A, Ng ESW, et al. Effectiveness of Trauma-Focused Psychological Therapies for Treating Post-traumatic Stress Disorder Symptoms in Women Following Childbirth: A Systematic Review and Meta-Analysis. Front Psychiatry 2018; 9: 591.
21. Pfeiffer E, Sachser C, Rohlmann F, et al. Effectiveness of a trauma-focused group intervention for young refugees: a randomized controlled trial. J Child Psychol Psychiatry 2018; 59: 1171-9.
22. Olff M. Sex and gender differences in post-traumatic stress disorder: an update. Eur J Psychotraumatol 2017; 8: 1351204.
23. Þjónusta við allra hæfi í móttöku. heilsugaeslan.is/thjonusta-stodvanna/opin-mottaka/ - júní 2021.
24. Hamric AB, Hanson CM, Tracy FM, et al. Advanced practice nursing – An integrative approach. Elsevier 2014, St Louis, Missouri: Kafli 7, 13 og 15.
25. Ársskýrsla Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins 2019. heilsugaeslan.is/um-hh/arsskyrslur-og-tolfraedi/ - júní 2021.
26. Halldórsdóttir S. Fyrirbærafræði sem rannsóknaraðferð. Háskólinn á Akureyri 2013: 281-98.
27. Halldórsdóttir S. The Vancouver school of doing phenomenology. In: Qualitative research methods in the service of health, Í B. Fridlund og C. Hildingh (ritstj.), eds. Lundur: Studentlitteratur 2000: 47-81.
28. Hornor G. Childhood trauma exposure and toxic stress: what the PNP needs to know. J Pediatr Health Care 2015; 29: 191-8.
29. Sigurðardóttir S, Halldórsdóttir S. Tíminn læknar ekki öll sár: Fyrirbærafræðileg rannsókn á langvarandi afleiðingum kynferðislegs ofbeldis. Tímarit hjúkrunarfræðinga 2009; 3.
30. Bryan RH. Getting to Why: Adverse Childhood Experiences' Impact on Adult Health. J Nurse Pract 2019; 15: 153,157.
31. Konkolÿ Thege B, Horwood L, Slater L, et al. Relationship between interpersonal trauma exposure and addictive behaviors: a systematic review. BMC Psychiatry 2017; 17: 164.
32. Carr A, Duff H, Craddock F. A Systematic Review of the Outcome of Child Abuse in Long-Term Care. Trauma Violence Abuse 2018: 26: 660-77.
33. Atwool N. Challenges of operationalizing trauma-informed practice in child protection services in New Zealand. Child & Family Social Work 2019; 24: 25-32.
34. Greer D, Grasso DJ, Cohen A, et al. Trauma-focused treatment in a state system of care: is it worth the cost? Adm Policy Ment Health 2014; 41: 317-23.
35. van der Merwe A, Hunt X. Secondary trauma among trauma researchers: Lessons from the field. Psychol Trauma 2019; 11: 10-8.
36. Meshberg-Cohen S, Black AC, DeViva JC, et al. Trauma treatment for veterans in buprenorphine maintenance treatment for opioid use disorder. Addict Behav 2019; 89: 29-34.
37. Mohr DC, Rosen CS, Schnurr PP, et al. The Influence of Team Functioning and Workload on Sustainability of Trauma-Focused Evidence-Based Psychotherapies. Psychiatr Serv 2018; 69: 879-86.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.0708.645

„It overtook my body and soul": The experience of individuals receiving health-promoting service, of psychological trauma and health-related problems

Rósika Gestsdóttir[1,2]
Margrét Ólafía Tómasdóttir[2,3,4]
Sigrún Sigurðardóttir[1]

[1]University of Akureyri, [2]Primary Health Care of the Capital Area of Iceland, [3]Department of Family Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland, Reykjavik, Iceland, [4]Centre of Development in Iceland, Primary Health Care of the Capital Area, Reykjavik, Iceland

Correspondence: Rósika Gestsdóttir, *rosika.gestsdottir@heilsugaeslan.is*

Key words: *Psychological trauma, trauma focused approach, health-related problems, primary health care, health-promoting services, nursing in primary health care, phenomenology.*

INTRODUCTION: Accumulating evidence shows that those having experienced psychological trauma have increased risk of complex health problems. In primary health care health-promoting services are offered to individuals with complex health problems, based on an individualized approach. Trauma focused approach in healthcare help individuals increase quality of life after psychological trauma. Trauma focused services are important to help improve quality of life after psychological trauma.

To examine the experience of psychological trauma and health-related problems in individuals receiving health-promoting services.

METHOD: Qualitative research based on the Vancouver School of phenomenology. Participants were ten, five male and five female, selected through health-promoting services. Two interviews were taken with each participant. The ACE questionnaire was used, as a screening tool for childhood psychological trauma, combined with interview-frame with open questions.

RESULTS: The results were divided into six main themes: Experience of trauma; Repeated trauma; Childhood neglect; Health-related problems in child- and adulthood; Psychiatric problems in child- and adulthood; Processing and trauma-focused approach. Participants had experienced conciderable trauma as well as complex health problems in child- and adulthood.

CONCLUSIONS: It is of importance that healthcare professionals pay attention to psychological traumas in relation to complex health problems to provide support for recovery. Primary health care is the first place of contact within the health care system and therefore it is important that patients' experience of trauma is taken into account. It is key to identify the signs of lifetime trauma in relation to health problems and focus the care according to the individual needs of the patient.

Óráð og hiti – sjaldgæf en hættuleg orsök

Sjúkratilfelli

Jón Magnús Jóhannesson[1]
Hrönn Harðardóttir[2]
Bjarni Guðmundsson[3]
Gunnar Guðmundsson[2,4]

Höfundar eru læknar

[1]Lyflækninga- og endurhæfingarþjónusta, [2]lungnadeild, [3]taugadeild Landspítala, [4]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Jón Magnús Jóhannesson, *jmj1992@hotmail.com*

Höfundar fengu samþykki sjúklingsins fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

Sótthiti með óráði er algengt vandamál á bráðamóttökum og legudeildum sjúkrahúsa. Mismunagreiningar eru fjöldamargar og við uppvinnslu þessara sjúklinga er mikilvægt að hafa þær allar í huga. Sýkingar eru ofarlega á lista vegna bráð- og alvarleika en aðrar mismunagreiningar geta einnig verið hættulegar heilsu og þarfnast skjótrar greiningar og meðferðar.

Hér er rakin sjúkrasaga 58 ára gamals manns sem kom á bráðamóttöku með hækkaðan líkamshita og óráð. Vönduð sögutaka og skoðun ásamt hnitmiðuðum rannsóknum gaf sjúkdómsgreiningu sem leiddi til viðeigandi meðferðar.

Sjúkratilfelli

Sjúklingurinn er 58 ára karlmaður sem var sendur á bráðamóttöku Landspítala í fylgd lögreglu vegna ruglástands. Litlar upplýsingar fengust um aðdraganda veikindanna frá sjúklingi sjálfum. Samkvæmt upplýsingum frá lögreglu hafði ruglástand verið til staðar í einhverja daga og einnig var lýst einkennilegri hegðun sjúklings. Sjúklingur sagðist hafa sofið lítið dagana fyrir komu á bráðamóttöku og hafði neytt áfengis í litlu magni. Aðspurður neitaði sjúklingur sögu um hósta, hita, hroll, höfuðverk, nefstíflu, hálsbólgu, einkennum frá þvagfærum, niðurgangi, ógleði og uppköstum.

Sjúklingur var með fyrri sögu um geðhvarfaröskun gerð 1 og var því á meðferð með litíum, klórprótixen og ólansapín. Auk þess tók sjúklingur zópíklón við svefntruflunum. Vegna litíummeðferðar var sjúklingur með langvinnan skjálfta en við því tók hann própranólól.

Við fyrstu skoðun á bráðamóttöku var sjúklingur vakandi og áttaður á stað, stund og persónu. Hann var hitalaus, með hækkaðan blóðþrýsting og með merki um þurrk en öndunartíðni, súrefnismettun og hjartsláttartíðni voru eðlileg. Líkamsskoðun var án athugasemda og ekki mátti greina skjálfta eða stirðleika í útlimum. Gefinn var vökvi í æð ásamt þíamíni. Blóðrannsóknir sýndu verulega hækkun á sermisgildi litíum (3,0 mmól/L, efri meðferðarmörk 1,2 mmól/L), hækkun á kreatiníni og vægan natríumskort. Ekki mældist etanól í blóði. Hjartalínurit (EKG) sýndi sínustakt án bráðra breytinga.

Óskað var eftir áliti geðlækna. Þegar sú skoðun fór fram var sjúklingur illa áttaður, gaf óskýra sögu og athygli var slitrótt. Talþrýstingur var eðlilegur, geðslag lækkað og geðbrigði (*affect*) flöt. Ekki komu fram vísbendingar um ranghugmyndir, of- eða misskynjanir. Sjúklingur muldraði talsvert í samtalinu en svaraði spurningum.

Sjúklingur var greindur með litíum-eitrun og verulegan þurrk ásamt fylgikvillum þessa, það er bráðan nýrnaskaða og brátt rugl án geðrofs. Hann var lagður inn á geðdeild, litíum og zópíklón stöðvað en gjöf klórprótixen og ólansapín var haldið áfram. Klórdíasepoxíð var gefið í stuttan tíma vegna hættu á áfengisfráhvörfum. Nóttina eftir komu á bráðamóttöku var sjúklingur verulega illa áttaður, mikið á ferli og bar á talsverðu rugli. Þá fór skjálfti í útlimum vaxandi. Um kvöldið næsta dag fékk hann háan hita (39,3 °C) og fór að hósta. Tekið var háls- og nefkoksstrok í veiruleit og var hann sendur á bráðamóttökuna að nýju.

Þegar sjúklingur kom á bráðamóttöku frá geðdeild, innan við sólarhring frá innlögn, var meðvitund hans áberandi skert (9 til 11 stig á Glasgow Coma Scale (GCS)). Sjúklingur var áfram með háan hita (39-40 °C) og hraðan hjartslátt og nú var áberandi tannhjólastirðleiki í útlimum en engir kippir komu fram við skoðun. Lungnamynd sýndi daufa íferð í hægra lunga en tölvusneiðmynd (TS) af höfði sýndi engar bráðar breytingar. Hjartalínurit var án athugasemda. Hækkun var á hvítum blóðkornum (HBK) í blóðrannsókn með vægri fækkun á eitilfrumum, eðlilegum kreatínkínasa (CK) og eðlilegri skjaldkirtilsstarfsemi. Litíumgildi í blóði var þá komið niður í 0,3 mmól/L.

Sjúklingur fékk flúmaseníl og nalóxón án breytinga. Hann var settur á seftríaxón við mögulegri bakteríulungnabólgu og asíklóvír vegna hugsanlegrar veiruheilabólgu (azítrómýsín var bætt við síðar). Hann fékk parasetamól, ríkulegt magn vökva í æð, klórdíasepoxíð við áfengisfráhvörfum og þíamín í æð. Ástand sjúklings batnaði lítið og hann lagðist í kjölfarið inn á lyflækningadeild. Stuttu síðar var sjúklingur með áberandi mikla þvaglosun. Teknar voru blóðprufur sem sýndu hækkandi natríum (150 mmól/L, efri mörk 145 mmól/L) og því vaknaði upp grunur um flóðmigu á stigi nýrna (*nephrogenic diabetes insipidus*), sem er þekktur fylgikvilli litíum-eitrunar. Öll geðlyf voru stöðvuð tímabundið og hafin var meðferð með 5% glúkósa í æð.

Um tveimur dögum síðar fór meðvitundarástand sjúklings versnandi. Hann gaf sjálfur enga sögu, var illa áttaður, umlaði og svaraði ekki skýrt spurningum, metinn með 9 stig á GCS. Við skoðun var hann fölur en heitur viðkomu, áfram með háan blóðþrýsting og með hraðslátt (100-120 slög á mínútu) ásamt hækkun á öndunartíðni (22 andardrættir á mínútu). Hiti var 37,9 °C á hitalækkandi meðferð með parasetamóli. Sjáöldur voru eðlilega víð, samhverf og brugðust eðlilega við ljósi. Lítil sjálfsprottin hreyfing var til staðar en við óvirka hreyfingu var mjög mikill stífleiki í útlimum, á víxl með og án tannhjólamynsturs. Enginn hvíldarskjálfti og engir kippir voru greinanlegir við skoðun en hann var með dreifð þreifieymsli í vöðvum. Teknar voru blóðprufur sem sýndu hækkandi HBK, lækkandi eitilfrumur, vægt blóðleysi með eðlilegri stærð rauðra blóðkorna, lækkandi natríum (146 mmól/L) en talsvert hækkaður CK (883 U/L, efri mörk 280 U/L), D-dímer og mýóglóbín. Blóðrannsókn sýndi einnig lækkað járn með ferritín innan marka.

Sjúklingurinn var með hækkaðan hita, stífleika í vöðvum, minnkandi meðvitund, viðvarandi háþrýsting og sínushraðslátt af óþekktri orsök. Jafnframt hafði sjúklingur verið nýlega á meðferð með tveimur geðrofslyfjum (ólansapín og klórprótixen), hafði klínísk teikn um þurrk og mældist með litíum yfir eitrunarmörkum. Blóðrannsóknir sýndu marktæka bólgusvörun og merki um rákvöðvarof (*rhabdomyolysis*). Sterkur grunur vaknaði um illkynja heilkenni af völdum sefandi lyfja (*neuroleptic malignant syndrome* eða NMS). Á þeim tíma var vökvagjöf í æð aukin (Ringer asetat 200 mL/klukkustund) í ljósi þurrks og vöðvaniðurbrots. Gefið var lórasepam 1 mg fjórum sinnum á sólarhring í æð en klórdíasepoxíð stöðvað.

Næsta dag var meðvitund minnkandi, metin þrjú til 5 stig á GCS en stífleiki í vöðvum var minnkandi. Í samstarfi við taugalækna var gerð mænuástunga og mænuvökvi sendur í rannsóknir sem sýndu eðlilegt magn af HBK, glúkósa og prótínum en rauð blóðkorn voru í miklum mæli (talin tengjast ástungunni sjálfri); sýklarannsóknir voru eðlilegar. Segulómskoðun af heila var án athugasemda en nýjar blóðrannsóknir sýndu áfram hækkandi natríum (149 mmól/L), eðlilegt trópónín T, eðlileg lifrargildi og blóðgös án breytinga.

Sjúklingur var í kjölfarið klínískt greindur með NMS (neuroleptic malignant syndrome). Tilfelli var rætt ítarlega við gjörgæslulækna, sem töldu ekki þörf á gjörgæsluinnlögn á þeim tímapunkti en það yrði fljótt endurmetið ef klínískt ástand versnaði. Ákveðið var í samráði við tauga- og gjörgæslulækna að gefa ekki dantrólen eða brómókriptín en halda áfram stuðningsmeðferð með vökva í æð og lórasepam. Haldið var áfram með dalteparín, seftríaxón og azítrómýsín, en sýklalyfjameðferð var þó stöðvuð stuttu síðar. Ákveðið var að fá heilalínurit til að útiloka flogavirkni en sú rannsókn sýndi verulega aukningu á ósértækri útbreiddri hægbylgjuvirkni.

Haldið var áfram með endurteknar gjafir lórasepam í æð ásamt almennri stuðningsmeðferð og lífsmörk urðu fljótt stöðug. Natríum var vægt hækkað í nokkra daga en náði loks eðlilegum gildum um viku eftir að vökvameðferð var hafin. Fjórum dögum frá greiningu NMS fór hann að opna augun við ávarp og gaf frá sér einföld hljóð. Lórasepam-gjöfum var fækkað samhliða batnandi meðvitundarástandi og var hann í daglegri sjúkraþjálfun á legudeild. Rúmlega mánuði eftir að hann lagðist fyrst inn á sjúkrahúsið var hann farinn að ganga með lágri göngugrind og fluttist yfir á endurhæfingardeild til frekari meðferðar. Á þeirri deild var batinn hægur en stígandi og eftir tveggja mánaða endurhæfingu var hann farinn að geta gengið um án gönguhjálpartækja.

Vegna vaxandi kvíða var hafin meðferð með escitalopram. Í endurhæfingunni bar á áberandi hvíldarskjálfta, mest í vinstri handlegg. Hann var einnig með tannhjólastirðleika í vinstri handlegg. Eftir ráðgjöf taugalækna vaknaði grunur um Parkinson-sjúkdóm en sjúklingur hafði lengri sögu um skjálfta, sem var talinn tengjast litíum-meðferð. Í framhaldi af því var hafin meðferð með levódópa ásamt benserasíði sem sjúklingur svaraði einungis lítillega. Eftir frekara mat voru einkenni hans einnig talin geta samræmst utanstrýtueinkennum vegna fyrri geðrofslyfjameðferðar og því var að lokum ákveðið að stöðva meðferðina með levódópa/benserasíði. Á næstu mánuðum fóru þessi einkenni minnkandi án frekari inngripa. Í samráði við geðlækni hans byrjaði hann síðan aftur á litíum við geðhvarfaröskun en ákveðið var að bíða með dópamínhemjandi geðrofslyf.

Umræða

Þetta sjúkratilfelli lýsir birtingarmynd, greiningu og meðferð sjaldgæfs en alvarlegs fylgikvilla lyfjameðferðar með dópamínhemjandi lyfjum. Í ljósi þess hve alvarlegur þessi fylgikvilli er, ásamt nauðsyn skjótrar greiningar og meðhöndlunar, er umfjöllun mikilvæg.

Geðrofslyfjameðferð getur valdið margs konar aukaverkunum til skemmri og lengri tíma. Alvarlegasta aukaverkunin er þó illkynja heilkenni af völdum sefandi lyfja (NMS). Það er sjaldgæft en lífshættulegt taugaheilkenni sem tengist aðallega notkun geðrofslyfja, en öll lyf sem valda NMS eiga það sameiginlegt að hafa

áhrif á boðskipti dópamíns.[1,2] Dánarhlutfall er metið í kringum 5-20% og þó um sé að ræða sjaldgæfan fylgikvilla ber að hafa hann í huga ef samræmanleg einkenni koma fram.[1-4]

Nákvæm orsök NMS er ekki þekkt; hins vegar er ljóst að hömlun á virkni dópamínviðtaka er nauðsynlegur liður í þróun heilkennisins. Til að mynda getur minnkuð virkni dópamínviðtaka í miðtaugakerfi valdið hita og stífleika í vöðvum ein og sér. Einnig getur þessi minnkaða virkni truflað stjórn á ósjálfráða taugakerfinu, sem getur um leið valdið brenglun á hitadreifingu, auknum efnaskiptum í vöðvum, auknum samdrætti vöðva og óstöðugleika á blóðþrýstingi og hjartslætti.[1]

Talið er að NMS geti komið fram við notkun allra lyfja sem hindra dópamínviðtaka en þar eru geðrofslyf mest áberandi.[1,2] NMS er frekar tengt við notkun dæmigerðra geðrofslyfja (til dæmis halóperidól, klórprómasín, flúfenasín og klórprótixen) en getur einnig komið við notkun ódæmigerðra geðrofslyfja (til dæmis ólansapín, klósapín, risperidón, quetíapín, zíprasidón, aripiprasól og amisúlpríð). Auk þessara lyfja hefur NMS verið tengt við ógleðilyf (dróperidól, domperidón, metóklópramíð, prómetasín og próklórperasín) og nokkur önnur lyf (tetrabenasín, reserpín, amoxapín, litíum, trimipramín) sem öll eiga það sameiginlegt að geta truflað virkni dópamíns.[1,2]

Þrátt fyrir ofangreint er NMS háð séreigind (*idiosyncratic*) hvers og eins lyfs fyrir sig og getur þannig sést í hvaða skömmtum sem er og hvenær sem er í meðferðarferli einstaklings.[3] Það eru þó vissir þættir sem eru taldir auka á líkur NMS en þar ber helst að nefna notkun dæmigerðra geðrofslyfja og þegar hærri skammtar eru gefnir. Algengast er að sjá NMS á fyrstu tveimur vikum meðferðar. Aðrir þættir hafa verið tengdir NMS, til dæmis notkun margra dópamínhemjandi lyfja saman, inntaka litíum, þurrkur og bráð veikindi af margvíslegum toga, en ekki hefur verið sýnt fram á skýrt orsakasamhengi.[1,2]

NMS einkennist af fjórum einkennum eða teiknum, sem hvert og eitt er til staðar í yfir 97% tilfella heilkennisins:[1,2,6-9]

1. Breyting á geðslagi er algengasta upphafseinkennið og byrjar gjarnan sem pirringur og óáttun sem þróast síðan yfir í meðvitundarleysi.
2. Stífleiki í vöðvum sem er dreifður, oftast án tannhjólamynsturs. Önnur taugaeinkenni geta verið skjálfti, tannhjólastífleiki, vöðvaspennutruflun, fettikrampi (*opisthotonus*), kjálkastjarfi (*trismus*), rykkjabrettur (*chorea*), aukin munnvatnsmyndun, tal- og kyngingartruflun.
3. Hiti sem oftast er hærri en 38 °C og getur farið upp fyrir 40 °C í allt að 40% tilfella.
4. Óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfi, en hann birtist sem hraður hjartsláttur (algengast), hár blóðþrýstingur sem er sveiflukenndur, aukin öndunartíðni og svitamyndun eða hjartsláttartruflanir. Þessi birtingarmynd NMS er talin vera hættulegust og getur valdið dauða sjúklings.

Margvíslegir fylgikvillar geta komið fram í NMS, bæði sem bein afleiðing eða óbein vegna samverkandi sjúkdóma. Nokkur dæmi koma fyrir í töflu I.[1-4,7-9]

NMS er klínísk greining sem byggir á góðri sjúkrasögu og líkamsskoðun sjúklings.[1,2] Engin rannsókn er nægilega næm eða sértæk til greiningar á NMS, hins vegar geta rannsóknir stutt við greiningu og útilokað aðrar mismunagreiningar. Blóðrannsóknir geta sýnt eftirfarandi:[1,2,7,8]

- Hækkað CK helst í hendur við stífleika í vöðvum.
- Hækkun á HBK er algeng og þá oftar hækkun á daufkyrningum (*neutrophils*).
- Hækkun á laktat-dehýdrógenasa (LDH), alkalískum fosfatasa (ALP), alanín-amínótransferasa (ALAT) og aspartat-amínótransferasa (ASAT).
- Saltbrenglanir eru oft til staðar, algengastar eru kalk- og magnesíumskortur, hækkun eða lækkun á natríum, hækkun á kalíum eða blóðsýring.
- Hækkun á kreatiníni sést oft vegna bráðs nýrnaskaða í kjölfar rákvöðvarofs og útskilnaðar á mýóglóbíni í þvagi.
- Lækkun á járni getur verið til staðar en er ósértæk breyting.

Frekari uppvinnsla er í takt við hugsanlegar mismunagreiningar og afleiðingar NMS. Sérstaklega er mat á truflunum á saltbúskap og sjúkdómum í miðtaugakerfi mikilvægt. Mikilvægasta mismunagreiningin í þessu tilfelli er serótónínheilkenni í ljósi þess að sjúklingurinn var einnig á serótónínvirkum lyfjum. Hiti, vöðvastífleiki og óstöðugleiki í ósjálfráða taugakerfinu sjást bæði í NMS og serótónínheilkenni. Almennt eru hiti og vöðvastífleiki vægari í serótónínheilkenni og algengara er að sjá þar einkenni frá meltingarfærum, ofvirk sinaviðbrögð og ósjálfráða kippi í vöðvum (*myoclonus*). Í ljósi þeirra einkenna og teikna sem voru mest

Tafla I. Fylgikvillar illkynja heilkennis af völdum sefandi lyfja (NMS).

Þurrkur
Saltbrenglanir
Bráður nýrnaskaði
Blóðþurrðardrep í hjarta
Hjartsláttartruflanir
Hjartabilun
Sýklasótt og sýklasóttarlost
Dreifð innanæðastorka
Djúpbláæðasegamyndun
Blóðsegarek til lungnaslagæða
Blóðflögufæð
Ásvelgingarlungnabólga
Flog
Lifrarbilun

Tafla II. Mismunagreiningar við illkynja heilkenni af völdum sefandi lyfja (neuroleptic malignant syndrome, NMS), ásamt samantekt á sögulegum atriðum og atriði sem aðstoða við greiningu.

Mismunagreining	*Söguleg atriði*	*Atriði sem aðstoða við greiningu*
Serótónínheilkenni	Saga um töku lyfja sem auka virkni serótóníns (helst sértækir endurupptökuhemlar serótóníns)	Einkenni frá meltingarvegi, hrollur, aukin sinaviðbrögð og kippir eru algengari einkenni og teikn
Illvígur ofurhiti (*malignant hyperthermia*)	Saga um gjöf á suxinylkólíni eða svæfingargösum	Klínísk mynd er gjarnan alvarlegri en við NMS
Illkynja geðstjarfi (*malignant catatonia*)	Saga um alvarlega geðröskun	Hefur dæmigerð undanfaraeinkenni með æsingi, geðrofi og/eða jákvæðum geðrænum einkennum á borð við stöðubundna vöðvaspennutruflun (*dystonic posturing*), vaxmýkt (*waxy flexibility*) og endurtekna, óvenjulega hegðun (*stereotypy*)
Heilahimnubólga, heilabólga eða ígerð í heila	Gjarnan saga um skert ónæmiskerfi	Hnakkastífleiki og ljósfælni einkennandi. Mænuvökvarannsóknir og myndgreiningarrannsóknir mikilvægar
Hitaslag (*heat stroke*)	Saga um háan umhverfishita	Kemur úr háum umhverfishita eða eftir mikla áreynslu
Óráð	Saga um bráð veikindi, hita, nýlega aðgerð	Mikilvægt að skoða vel nýlegar aðstæður sjúklings og athuga með blóðsölt, hægða- og þvagtregðu, lyfjasögu o.s.frv. Algengara meðal aldraðra einstaklinga
Ofskammtar lyfja eða vímuefna	Einkenni fara eftir lyfjum/vímuefnum	Litíum, 3,4-metýlíndíoxýmetamfetamín (MDMA, ecstasy), amfetamín, kókaín, metamfetamín, fensiklidín, metýlfenídat og fleira
Fráhvörf vegna áfengis, bensódíasepínlyfja eða baklófens	Oftast langvinn saga á inntöku lyfjanna/áfengis	Ítarleg saga, skoðun lyfjaávísana
Flogafár án krampa (*non-convulsive status epilepticus*)	Gjarnan saga um flogaveiki	Heilalínurit er mikilvægt við greiningu
Skjaldvakaeitrun (*thyrotoxicosis*)	Oftast aðdragandi einkenna sem samræmast ofvirkum skjaldkirtli	Mælingar á skjaldkirtilshormónum mikilvægar
Litfíklaæxli (*pheochromocytoma*)	Köst af háþrýstingi og höfuðverkjum eru dæmigerð	Blóð- og þvagmælingar mikilvægar

áberandi hér var talið líklegra að um NMS væri að ræða. Helstu mismunagreiningar NMS má sjá í töflu II.[1,2,7-10]

Mikilvægasta meðferðin við NMS er að stöðva öll dópamínhemjandi lyf og veita stuðningsmeðferð. Í bráðafasanum ætti einnig að stöðva öll samverkandi lyf, til dæmis andkólínvirk lyf, litíum og serótónínvirk lyf. Þörf er á öflugri stuðningsmeðferð og eftirliti og því er mælt með innlögn á gjörgæslu. Gefa þarf ríkulega af vökva í æð og lækka sótthita eins og hægt er. Stundum er þörf á að beita aðferðum til ytri eða innri kælingar ef hiti er mjög hár. Mikilvægt er að viðhalda eðlilegum blóðþrýstingi og er meðferð með klónidín eða öðrum blóðþrýstingslækkandi lyfjum gjarnan gefin. Einnig ber að gefa blóðþynningu til að fyrirbyggja segamyndun í djúpum bláæðum og blóðsegarek til lungna. Gjöf slakandi lyfja, oftast í formi bensódíasepínlyfja, er gefin til að minnka æsing (lórasepam, mídasólam eða díasepam).[1,2,11]

Sértækari lyfjameðferð, eins og meðferð með dantrólen, brómókriptín og amantadín, er umdeild en af þessum þremur lyfjum er gjöf dantrólens algengust. Dantrólen binst við og hindrar virkni ryanódínviðtaka í vöðvafrymisneti rákóttra vöðvafrumna. Þetta hindrar kalklosun úr vöðvafrymisneti og hvetur þannig til slökunar á vöðvum líkamans. Miðað er við notkun þess í miðlungsalvarlegum og alvarlegum tilfellum NMS þar sem vöðvastífleiki er áberandi mikill. Skammtar eru 1,5-2,5 mg/kg í æð í stakri gjöf en gefa má allt að 10 mg/kg á einum sólarhring. Þó þessari meðferð sé víða beitt í áðurgreindum aðstæðum er endanleg virkni þess umdeild. Mestur árangur virðist vera í tilfellum NMS tengdum notkun eins geðrofslyfs, þar sem meðferðin styttir sjúkdómstíma. Hægt er að nota brómókriptín og/eða amantadín í tilfellum þar sem svörun við dantrólen er óviðunandi, en möguleg virkni þeirra er háð dópamínvirkum áhrifum þessara lyfja.[1,2,11]

Einnig vaknaði upp grunur um flóðmigu á stigi nýrna sem fylgikvilli litíum-eitrunar. Dæmigerð einkenni eru mikil þvaglát, þorsti og mikil inntaka á vökva. Einkenni eru þó mismikil og fara meðal annars eftir lengd meðferðar og styrks litíums í sermi. Almennt er ráðlagt að íhuga stöðvun litíummeðferðar ef þessi fylgikvilli kemur fram, sérstaklega ef hann kemur brátt fram. Íhuga má meðferð með amiloríð í svæsnari tilfellum.[12]

Með viðunandi stuðningsmeðferð og stöðvun dópamínhemjandi lyfja ná flestir sjúklingar með NMS sér innan tveggja vikna. Hins vegar geta langtímafylgikvillar komið fram, sér í lagi við alvarlegan sjúkdóm. Einkenni NMS geta komið aftur fram við endurnýjun meðferðar með geðrofslyfjum en fyrri rannsóknir sýna að það geti gerst í 10-90% tilfella. Talið er að endurkoma sé líklegri ef meðferð er hafin snemma og því ætti að bíða í að minnsta kosti tvær vikur frá lokum einkenna áður en meðferð er hafin, en þá er ráðlagt að hefja meðferð í lágum skammti og forðast samhliða gjöf litíum. Reglulegt eftirlit er nauðsynleg forsenda frekari meðferðar með geðrofslyfjum.[1-4,6,8]

Heimildir

1. Velamoor R. Neuroleptic malignant syndrome: A neuro-psychiatric emergency: Recognition, prevention, and management. Asian J Psychiatry 2017; 29: 106-9.
2. Simon LV, Hashmi MF, Callahan AL. Neuroleptic Malignant Syndrome. StatPearls 2021.
3. Shalev A, Hermesh H, Munitz H. Mortality from neuroleptic malignant syndrome. J Clin Psychiatry 1989; 50: 18-25.
4. Modi S, Dharaiya D, Schultz L, et al. Neuroleptic Malignant Syndrome: Complications, Outcomes, and Mortality. Neurocrit Care 2016; 24: 97-103.
5. Pope HG, Aizley HG, Keck PE, et al. Neuroleptic malignant syndrome: long-term follow-up of 20 cases. J Clin Psychiatry 1991; 52: 208-12.
6. Velamoor VR. Neuroleptic malignant syndrome. Recognition, prevention and management. Drug Saf 1998; 19: 73-82.
7. Koch M, Chandragiri S, Rizvi S, et al. Catatonic signs in neuroleptic malignant syndrome. Compr Psychiatry 2000; 41: 73-5.
8. Caroff SN, Mann SC. Neuroleptic malignant syndrome. Med Clin North Am 1993; 77: 185-202.
9. Levenson JL. Neuroleptic malignant syndrome. Am J Psychiatry 1985; 142: 1137-45.
10. Carbone JR. The neuroleptic malignant and serotonin syndromes. Emerg Med Clin North Am 2000; 18: 317-25.
11. Reulbach U, Dütsch C, Biermann T, et al. Managing an effective treatment for neuroleptic malignant syndrome. Crit Care 2007; 11: R4.
12. Schoot TS, Molmans THJ, Grootens KP, et al. Systematic review and practical guideline for the prevention and management of the renal side effects of lithium therapy. Eur Neuropsychopharmacol 2020; 31: 16-32.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.0708.646

Delirium and fever – a rare but dangerous cause Case report

Jón Magnús Jóhannesson[1]
Hrönn Harðardóttir[2]
Bjarni Guðmundsson[3]
Gunnar Guðmundsson[2,4]

[1]Landspitali University Hospital, Division of Internal Medicine, [2]Landspitali University Hospital, Department of Respiratory Medicine and Sleep, [3]Landspitali University Hospital, Neurology Ward, [4]University of Iceland, Faculty of Medicine.

Correspondence: Jón Magnús Jóhannesson, *jmj1992@hotmail.com*

Key words: *Fever, Delirium, Neuroleptic malignant syndrome, Drug-related adverse event.*

Fever complicated by delirium is a common problem in emergency departments and inpatient wards. There are various possible causes that must all be contemplated. Infections are prominent causes due to acuteness and severity, but when generating a differential diagnosis, other causes may be life-threatening and require swift diagnosis and management. We present here a case of a 58 year old man presenting at the emergency department with fever and delirium. After comprehensive history-taking and examination, alongside targeted testing, the correct diagnosis was ascertained, leading to appropriate treatment.

Tímamótaþjarki ekki fullnýttur

Landspítali segir aðstöðuleysi og kostnað skýra að þjarkinn er ekki fullnýttur

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Ólafur B. Skúlason, forstöðumaður skurðstofu- og gjörgæslukjarna Landspítala. Mynd/gag

„Sett var hámark á aðgerðafjölda vegna kostnaðar, enda mjög dýrt úrræði. Það hefur þó aðeins verið viðmið og við notað hann í þeim tilfellum sem skurðlæknar hafa metið það betri kost fyrir sjúklinginn en aðrar aðgerðartegundir," segir Ólafur G. Skúlason, forstöðumaður skurðstofu- og gjörgæslukjarna Landspítala.

Sex ár eru nú síðan þjarkinn var tekinn í notkun. Í frétt á vef Landspítala sagði að hann nýttist til margvíslegra skurðaðgerða, sérstaklega við þvagfæraskurðlækningar og aðgerðir á grindarholslíffærum kvenna. „Segja má að þjarkinn sé framlenging á fingrum skurðlæknisins þannig að allar hreyfingar hans verði nákvæmari," segir meðal annars í fréttinni við tímamótin.

Jórunn Atladóttir, skurðlæknir á kviðarholsskurðdeild Landspítala, segir að skurðlæknar myndu vilja nýta þjarkann betur. Hún bendir á að þjarkinn sé einnig að úreldast. Nýrri útgáfa af þjarkanum myndi gagnast betur. „Til dæmis í ýmsar kviðarholsaðgerðir sem erfiðara er að nota þennan þjarka í."



Þjarkinn var tekinn í notkun fyrir sex árum. Safnað var fyrir honum og hann tekinn í notkun með viðhöfn. Ráðherra flutti ávarp sem og forstjóri spítalans og Brynjólfur Bjarnason, formaður söfnunarsjóðs. Hér má sjá mynd spítalans af þjarkanum. Mynd/Landspítali

Róbert Lee Tómasson, söluráðgjafi á heilbrigðissviði hjá Fastus, segir að birgðir í þjarkann hafi þó verið tryggðar svo hægt sé að nota hann þar til nýr þjarki verði keyptur.

Þjarkinn var gjöf frá fjölda samtaka, fyrirtækja og einstaklinga en ríkið greiddi það sem á vantaði og breytingar á húsnæði. Ólafur segir í svari við fyrirspurn *Læknablaðsins* að ef fullnýta ætti þjarkann þyrfti að vera sér skurðstofa sem eingöngu sinnti þjarkaaðgerðum.

„Í dag er það ekki raunhæft miðað við þá aðstöðu sem við höfum," segir hann fyrir hönd spítalans. Ólafur bendir þó á að aðgerðum með þjarkanum hafi fjölgað síðustu ár. „Árið 2018 voru gerðar 198 aðgerðir, 219 árið 2019 og 220 árið 2020. Hafa verður í huga að vegna COVID var skurðstofum lokað um tíma og hafði það áhrif á nýtingu þjarkans."

Landlæknir segir lækna ekki bera ábyrgð á mistökum vegna ónógrar mönnunar

„Lækni er ekki gert að bera ábyrgð á mistökum sem verða vegna kerfisbundinna þátta eins og ónóg mönnun gæti verið dæmi um." Þetta segir Alma D. Möller landlæknir í svari við spurningu *Læknablaðsins* um hvort læknar beri ábyrgð uppfylli starfsemin stofnana ekki lágmarkskröfur. Hún segir öðru máli gegna sé einsýnt að heilbrigðisstarfsmaður hafi farið út fyrir verksvið sitt eða þekkingu hans verið stórlega áfátt, svo dæmi séu nefnd.

Gríðarleg undiralda er meðal lækna vegna læknaskorts á Landspítala nú í sumar. Sérstaklega er staðan slæm á bráðamóttökunni. Læknar hafa í fjölmiðlum sagt sig ekki geta tryggt öryggi sjúklinga vegna manneklu. Haft var eftir landlækni á RÚV að staðan hafi aldrei verið verri. Þjónustan á deildinni uppfylli ekki lágmarkskröfur. Fimm minnisblöð hafi verið send ráðherra á tveimur og hálfu ári.

Í lögum um landlækni og lýðheilsu segir að verði rekstraraðili ekki við tilmælum landlæknis beri landlækni að upplýsa ráðherra með tillögum að lausn. Ráðherra geti þá tekið ákvörðun um að stöðva rekstur tímabundið, þar til bætt hefur verið úr annmörkum, eða stöðvað rekstur að fullu. Landlæknir segir að það komi augljóslega ekki til greina. „Þetta er eina bráðamóttaka höfuðborgarsvæðisins og þá fyrst yrði öryggi sjúklinga ógnað."



Alma D. Möller landlæknir hefur sent heilbrigðisráðherra 5 minnisblöð um bága stöðu bráðamóttökunnar. Mynd/gag

Landlæknir segir í svari til *Læknablaðsins* að það þurfi að fara yfir vinnu átakshóps ráðuneytis og Landspítala og bregðast við eftir því sem þar kemur fram. „Það er verið að bjóða út hjúkrunarrýmum og þarf að ljúka því ferli. Þá þarf ráðherra að fullvissa sig um að brugðist sé við innan veggja Landspítala," segir hún.



Óttar Guðmundsson geðlæknir ver tveimur og hálfum degi á Læknastöðinni á Sogavegi. Hinum megin við þilið situr fyrrum formaður Öldungadeildarinnar, Kristófer Þorleifsson. Mynd/gag

Öldungadeildin berst fyrir vinnunni

„Við viljum við sjá meiri sveigjanleika varðandi starfslok. Við viljum ekki að fæðingarárið gildi heldur andlegt ástand, heilsa og vilji til að halda áfram," segir Óttar Guðmundsson, nýr formaður öldungadeildar Læknafélagsins

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Það er ótrúlegur læknaskortur og því sárt að sjá fólk í fullu fjöri, með mikla reynslu og þekkingu, hætta störfum. Fólk sem vill vinna áfram," segir Óttar Guðmundsson geðlæknir. „Spítalinn hefur verið harður með þetta en sé þörfin mikil mega menn vinna sem verktakar á tímakaupi. Kjörin versna mjög við það og spítalinn græðir á því en læknirinn ekki. Hann er ekki með veikindarétt eða önnur réttindi sem fylgja því að vera í fullu starfi," lýsir Óttar.

Glæný stjórn öldungadeildar hefur tekið við. Helga Ögmundsdóttir ritari, Sigurður Guðmundsson gjaldkeri, Friðrik Yngvason og Gísli Einarsson meðstjórnendur, Þorkell Bjarnason skoðunarmaður reikninga og ritstjóri vefsíðu.

Öll stjórnin fædd 1948

„Það hefur alltaf verið þannig að formaðurinn velur með sér fólk í stjórnina, svo allir í henni eru nú fæddir 1948 og útskrifaðir úr læknisfræði 1975. Öll þekkjumst við vel," segir Óttar og hlær. Hann sér fram á að sitja í fjögur ár. „Ef að við höldum heilsu og kröftum og rötum á milli herbergja verða kjörtímabilin tvö." Félagið heldur fræðslufundi einu sinni í mánuði, 8-9 mánuði ársins. Hópurinn ferðast saman árlega og ætlar nú einnig að vera með málþing á Læknadögum. „Þetta er vettvangur fyrir okkur til að hittast, tala saman og láta ljós okkar skína."

Óttar er enn í fullri vinnu sem geðlæknir. Er um tvo og hálfan vinnudag á stofunni sinni, ver degi í viku á Landspítala og hálfum í Krísuvík. „Það er með mig eins og eldgosið á Reykjanesi. Það veit enginn hvenær það hættir."

Á spítalanum vinnur hann innan transteymisins og hefur gert allt frá því að það var stofnað árið 1997. „Ég er einn þeirra sem vinnur á tímakaupi, en hefði viljað vera á öðruvísi samningi; á sömu kjörum og ég hafði þegar ég var og hét á spítalanum. Þetta er baráttumál okkar eldri lækna. Við viljum vera sýnilegri og hluti af Læknafélagi Íslands. Líka njóta réttinda og annars sem læknar hafa en missa þau ekki við ákveðinn aldur."

Í fullri vinnu eftir sjötugt

Óttar segir að sér finnist gaman að vinna, hitta fólk og taka á móti því. „Þetta er það eina sem ég kann mjög vel og finnst mjög gaman. Það er mikill skortur á geðlæknum, biðlistarnir eru langir og það heldur manni líka við efnið." Spurður um breytta tíma, nefnir hann að þótt umgjörð samfélagsins hafi breyst mikið síðustu ár hafi manneskjan lítið breyst.

„Hún er alltaf með öll sín vandamál, hégómleika, viðkvæmni, þunglyndi og allskonar höfnunarkennd. Fólk hefur meiri tíma núna en áður og veltir meira fyrir sér eigin vandamálum, les sér til, er í sjálfskoðun. Margir sem koma til mín eru búnir að greina sig sjálfir."

Hann velti því stundum fyrir sér hvað Helgi Tómasson og Þórður Sveinsson, fyrstu geðlæknarnir á Íslandi, upp úr aldamótum 1900, segðu, kæmu þeir á göngudeild. „Þeir myndu ekki þekkja þessa tegund geðsjúkdómafræðinnar sem við erum að fást við: Tilvistarvandamál. Þeir fengust við alvarlega þunga geðsjúkdóma. Ég held þeir myndu vera sammála um það í dagslok að það eina sem væri að þessu fólki væri að því leiddist," segir Óttar og hlær. „Það hefði allt of mikinn tíma til að velta fyrir sér eigin vandamálum."

En þarf að vinda ofan af ranggreiningum fólks? „Nei," segir hann. Fólk þekki sig. En tilvistarvandinn sé áhugaverður. „Þessi óánægja í hjónabandi, starfi, kulnun. Þessi þreyta öll sömul og örmögnunarþunglyndi. Fólk keyrir á vegginn. Þetta er í sjálfu sér ekki nýtt en meira áberandi í starfi geðlækna. Það er miklu meiri krafa um andlegt heilbrigði og góða geðheilsu sem er mikil framför."

Hvernig nennirðu þessu? Kominn á þennan aldur í fullri vinnu og formaður í tveimur félögum? „Einfalda svarið er að það er gaman að hafa nóg að gera. Aðgerðarleysi drepur mun fleiri en vinnan."

Sprenging hjá transfólki

„Ótrúleg sprenging hefur orðið í málaflokki transfólks," segir Óttar, sem stendur einn eftir af upprunalegu sérfræðingunum í öflugu transteymi Landspítala. „Við héldum í byrjun að nýgengið yrði um tveir sjúklingar á ári en nú er það um 60 á ári sem vilja hefja greiningu." Fólkið hefji vegferðina yngra, eða rétt undir tvítugu. Þá hafi kynjahlutfallið breyst.

„Þegar ég byrjaði voru kannski þrjár til fjórar transkonur á móti hverjum einum transmanni en núna eru hlutföllin jöfn," segir Óttar. Það er alþjóðleg þróun og engin sérstök skýring. Mikil vakning hafi verið í samfélaginu um kynvitund og til að mynda hafi kynsegin fólk (*non-binary*) bæst í hópinn. „Meðferðin er því mun sveigjanlegri en í upphafi."

Óttar segir starfið þakklátt og spennandi. „Kyn-aminn er svo sterkur að fólk er tilbúið að fara í gegnum þessa erfiðu greiningu og sársaukafullu meðferð. Einstaklingunum líður miklu betur þegar þeir eru komnir í það kyn sem þeir tilheyra, sem er gefandi að upplifa með þeim."

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



Theódór Skúli Sigurðsson
Formaður Félags sjúkrahúslækna
theodorsku@hotmail.com

Sundhöllin við Hringbraut og Sundskóli frú Svandísar

Tragikomísk skopstæling af raunveruleikanum

Fyrir tæpum fjórum árum var mikil eftirvænting í íslenska sundheiminum og loksins tilefni til bjartsýni. Eftir áratuga þref misviturra sundspekinga um byggingu nýrrar sundhallar var loksins hafist handa við að reisa nýja sundhöll við hlið gömlu Sundhallarinnar við Hringbraut. Sundhöllin við Hringbraut var búin að mígleka í fleiri ár og endalausar endurbætur haft sligandi áhrif á rekstur Sundhreyfingarinnar. Landsmenn höfðu ítrekað krafist þess að áhrifamenn innan Sundhreyfingarinnar legðu meira fjármagn í úrbætur en talað fyrir daufum eyrum. Núna átti loksins að bretta upp ermar og auka framlög til Sundhallarinnar. Mikil bjartsýni ríkti líka af því að Svandís nokkur hafði komist til metorða innan Sundsambands Íslands og hugðist umbylta sundskóla Sundhallarinnar. Sundstíll nýja sundskólans hafði lengi notið vinsælda í austanverðri Evrópu um miðja síðustu öld en fallið í gleymsku. Forstjóri Sundhallarinnar var himinlifandi, loksins yrði hægt endurskipuleggja reksturinn í anda Sundþríhyrningsins víðfræga. Síðustu misseri hafði forstjórinn varið miklu fjármagni í að fjölga svokölluðum sundverkstjórum við Sundhöllina til að bæta flæði sundgesta. Af óskiljanlegum ástæðum hafði aukning starfsmanna á skrifstofu Sundhallarinnar haft þveröfug áhrif á flæðið, þrátt fyrir hverja skýrsluna á fætur annarri náði biðröðin í miðasölunni alltaf út á götu. Forstjórinn var sannfærður um að með fjölgun sundverkstjóra á kostnað sundkennara yrði virkilega hægt að ráðast að rót vandans með fleiri skýrslum. Lokaniðurstaða síðustu skýrslu hafði verið að stærsta vandamálið væri gamla liðið sem héngi endalaust í heita pottinum og væri ekki einu sinni að synda í sundlauginni. Sundráð sundkennara hafði látið í ljós efasemdir um niðurstöðu skýrslunnar sem leiddi til átaka innan Sundhallarinnar. Frú Svandís hafði ausið úr skálum reiði sinnar yfir Sundráðið á hitafundi og séð til þess á endanum að ráðið var lagt niður. Allir sundkennarar sem aðhylltust sund með frjálsri aðferð voru beðnir um að yfirgefa Sundhöllina, þar sem kennsla þeirra þvældist fyrir markmiðum nýja sundskólans. Allir höfðu þurft að fórna einhverju til að rétta við rekstur Sundhallarinnar síðustu árin. Yfirstjórn Sundhallarinnar hafði meira að segja neyðst til að flytja í glæsilegar skrifstofur, fjarri byggingaskarkala nýju Sundhallarinnar, til að rýmka fyrir aðgengi gangandi sundgesta.



Núna fjórum árum eftir að Sundskóli frú Svandísar var opnaður, sér ekki ennþá fyrir endann á vandræðaganginum innan Sundhreyfingarinnar. Sundaðferð frú Svandísar að synda aðeins með vinstri hluta líkamans til að spara kraftana, hafði ekki haft tilætluð áhrif til að bæta flæðið á sundbrautunum. Á meðan skipanir sundverkstjóranna óma um Sundhöllina alla daga „vinstri, vinstri, snú“ synda sundgestirnir bara í endalausa hringi. Biðtími eftir sundkennslu er núna orðinn tæpt ár þar sem fækka þurfti sundkennurum til að ráða fleiri sundverkstjóra. Biðröðin í miðasölu Sundhallarinnar lengist og lengist því að gleymst hafði að gera ráð fyrir flóðbylgju erlendra sundgesta. Verst af öllu er samt að flæðið í nýju Sundhöllinni verður ekkert betra, þar sem teikningar af henni sýna að þar verða færri sundbrautir en í þeirri gömlu.

Yfirvöld sundmála á Íslandi ættu að hlusta oftar á íslenska afreksmenn í sundi, sem margir hverjir hafa unnið til verðlauna erlendis. Spara mætti mikla fjármuni með því að fækka ósyndum sundverkstjórum Sundhallarinnar. Aukafjármagnið mætti nýta til að fjölga aftur sundkennurum, sundbrautum og jafnvel heitum pottum í nýju Sundhöllinni.

Forystumenn Sundhreyfingarinnar þurfa að taka sig á, opna veskið og tryggja nýtingu skattpeninga betur í þágu sundgesta. Yfirstjórn Sundhallarinnar ætti að hætta óþarfa bruðli í skýrslugerðir og rifja upp upprunalegan tilgang sundiðkunar til að bæta líf og heilsu sundgesta. Loksins styttist í næstu kosningar innan Sundsambands Íslands. Vonandi verður Sundskóli frú Svandísar ekki langlífur því ljóst er að rekstur Sundhreyfingarinnar þolir ekki önnur fjögur ár af því sama.

Gamla fólkið sem byggði upp Ísland á skilið að slappa af í heitu pottunum eins lengi og það vill, án þess að það sé alltaf verið að reyna að reka það uppúr!

Teddi
Áhugamaður um sund

Reynir Arngrímsson formaður LÍ

Stjórn Læknafélags Íslands

FAL	FSL
Árni Johnsen	Theódór Skúli Sigurðsson
Þórdís Þorkelsdóttir	Guðrún Dóra Bjarnadóttir
FÍH	**LR**
Salóme Ásta Arnardóttir	Þórarinn Guðnason
Jörundur Kristinsson	Alma Gunnarsdóttir

Rannsókn á skimun fyrir krabbameinum í brjóstum kvenna 40-49 ára

Laufey Tryggvadóttir faraldsfræðingur
Álfheiður Haraldsdóttir lýðheilsufræðingur
Ágúst I. Ágústsson læknir
Elínborg J. Ólafsdóttir verkfræðingur
Magnús Baldvinsson læknir
Svanheiður Lóa Rafnsdóttir læknir
Helgi Birgisson læknir

Skimunaraldur kvenna sem fá boð í skimun fyrir krabbameinum í brjóstum hefur verið til umræðu nú þegar skimunin hefur flust frá Krabbameinsfélaginu til Landspítala. Ísland og Svíþjóð eru einu Norðurlöndin sem skima konur á aldrinum 40-49 ára, en hin löndin hefja leit þegar konur eru 50 ára.

Brjóstakrabbamein er algengasta krabbamein kvenna og greinist um ein af hverjum 9 íslenskum konum með brjóstakrabbamein á lífsleiðinni. Á aldursbilinu 40-49 ára greinast 30 konur með brjóstakrabbamein árlega á Íslandi.

Horfur 40-49 ára kvenna eru heldur verri en horfur 50-69 ára og því einkar mikilvægt að greina meinin snemma.

Erfiðara er að greina mein hjá konum undir fimmtugu með hefðbundinni brjóstamyndatöku því brjóstaþéttni þeirra er meiri en hjá konum yfir fimmtugt. Þátttaka yngri aldurshópsins hefur einnig verið nokkuð lægri en eldri hópsins. Þessir þættir valda því að hlutfall brjóstakrabbameina sem greinast við skimun er lægra hjá aldurshópnum 40-49 ára en hjá þeim eldri. En á Íslandi greinast um 30% brjóstakrabbameina á aldrinum 40-49 ára í skimun, borið saman við um 50% meina í aldurshópnum 50-69 ára.

Nýleg rannsókn frá Bretlandi sýndi fram á lækkun á dánartíðni hjá 40-49 ára konum sem mættu í skimun.[1] Mein sem greinast við skimun eru minni en þau sem greinast klínískt og hafa síður dreift sér í eitla eða önnur líffæri, sem aftur minnkar meðferðarinngrip og eykur lífslíkur.[2]

Mikilvægt er að taka inn í myndina neikvæð áhrif þess að skima konur á aldrinum 40-49 ára fyrir brjóstakrabbameini og eru þar ofgreiningar stærsta áhyggjuefnið. Um ofgreiningu er að ræða ef ákveðið hlutfall krabbameina sem greinast á lágum stigum hefði aldrei náð að þróast yfir í að valda einkennum eða dauða.[3] Enn er óljóst hve mikið er um ofgreiningar þegar skimað er fyrir brjóstakrabbameini og ekki þekkt hvort hlutfallið sé misjafnt eftir aldri.

Annað áhyggjuefni eru svokallaðar falskt jákvæðar niðurstöður, það er röntgenmynd sem bendir til að um æxli geti verið að ræða og konan er endurinnkölluð, en við nánari athugun reynist allt vera í lagi. Neikvæð áhrif felast hér í tímabundnum auknum kvíða sem yfirleitt gengur þó yfir á nokkrum vikum.[4]

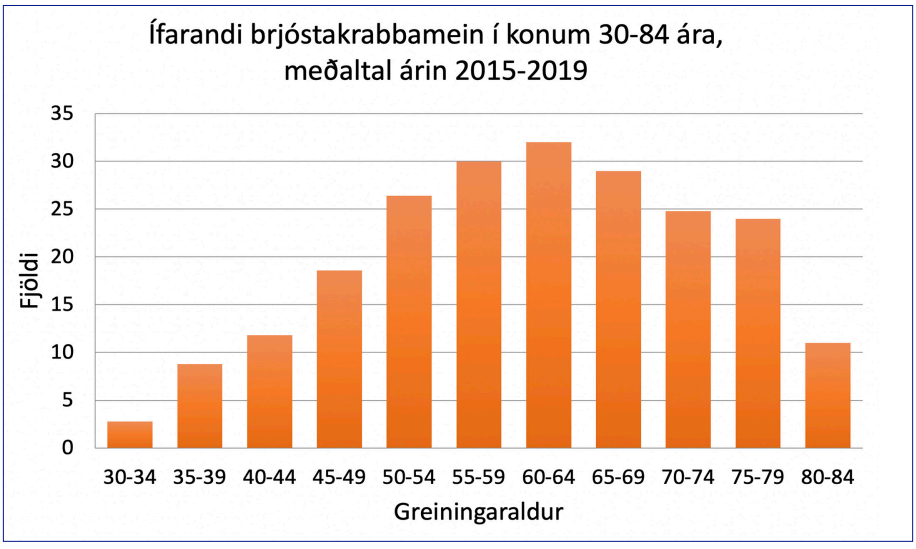
Í október 2020 birti fagráð um brjóstaskimanir það álit sitt að Ísland skyldi fylgja ráðleggingum Evrópusambandsins og færa neðri aldursmörk skimunar upp í 45 ár, auk þess sem hafin yrði skimun fyrir aldurshópinn 70-74 ára.[5] Skimunarráð ályktaði þó í framhaldinu að taka fremur mið af fyrra áliti Embættis landlæknis (frá árinu 2016) um að neðri mörk aldurs skyldu miðuð við 50 ár (bls. 12 álit Skimunarráðs).[5] Heilbrigðisráðherra kom svo með þau fyrirmæli um áramótin 2020-2021 að hækka ætti neðri aldursmörk á brjóstakrabbameinsskimun í 50 ár og byggði á áliti Skimunarráðs.

Samfélagið reyndist ekki vera fyllilega undirbúið fyrir þessa ákvörðunartöku og mótmæltu henni einstaklingar og félagasamtök og var ákvörðunin dregin til baka um miðjan janúar 2021 og er nú skimað fyrir brjóstakrabbameinum hjá konum á aldrinum 40-74 ára á Íslandi.

Í framtíðinni verður í auknum mæli lögð áhersla á einstaklingsbundið áhættumat og að aldursmörk og tíðni skimana verði sniðin að áhættuþáttum hvers einstaklings. Fram að því er þó mikilvægt að geta svarað þeirri spurningu hvort rétt sé að hækka neðra aldursbil brjóstakrabbameinsskimunar í 45 ár eins og fagráð og Evrópuleiðbeiningar segja til um, eða í 50 ár eins og Skimunarráð og ráðherra mæltu fyrir um, eða halda óbreyttum neðri aldursmörkum áfram við 40 ár.

Rannsókna- og skráningasetur Krabbameinsfélagsins fékk nýlega styrk frá vísindasjóði Krabbameinsfélagsins til að nýta fyrirliggjandi gögn um brjóstakrabbamein á Íslandi árin 1988-2020 til að gera samanburð á gæðum skimunar, klínískum forspárþáttum og horfum, milli kvenna á aldrinum 40-49 ára og 50-69 ára. Meðal annars verður skoðað hlutfall falskt jákvæðra niðurstaðna og hlutfall millimeina í þessum aldurshópum. Að verkefninu koma, auk starfsfólks Rannsókna- og skráningarseturs, starfsmenn brjóstakrabbameinsleitar og brjóstamiðstöðvar Landspítala.

Það er von okkar að niðurstöður verkefnisins geti meðal annars hjálpað heilbrigðisyfirvöldum að ákvarða, út frá reynslu Íslendinga, neðri aldursmörk skimana fyrir brjóstakrabbameinum á Íslandi í framtíðinni.



Heimildir

1. Duffy SW, Vulkan D, Cuckle H, et al. Effect of mammographic screening from age 40 years on breast cancer mortality (UK Age trial): final results of a randomised, controlled trial. Lancet Oncol 2020; 21: 1165-72.
2. Rannsókna- og skráningarsetur Krabbameinsfélagsins; gæðaskráning: krabb.is/krabbameinsskra/upplysingar-um-krabbamein/krabbamein-a-o/brjost/ - júní 2021.
3. Welch HG , Black WC. Overdiagnosis in Cancer. J Natl Cancer I 2010; 102: 605-13.
4. Bredal IS, Kareson R, Skaane P, et al. Recall mammography and psychological distress. Eur J Cancer 2013; 49: 805-11.
5. Embætti_landlæknis. Álit skimunarráðs á skimun fyrir krabbameini í brjóstum, leghálsi, ristli og endaþarmi: stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Alit skimunarrads 2020 (003).pdf 2020: 27-33.

Leggur hnífinn á hilluna

Bjarni Torfason hjartaskurðlæknir segir endurnæringu felast í að vera útataður við verkin í bústaðnum nú þegar starfsferlinum á sterílli skurðstofu er lokið. Hann fer í þriggja ára frí en hvað þá taki við sé óráðin gáta

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Hættur. En ekki í huganum. „Þetta er svolítið skrýtin tilfinning. Ég á inni þriggja ára óúttekið frí. Svo mér finnst ég vera að fara í þriggja ára frí. Ég veit ekki hvað ég geri eftir það. Þannig er tilfinningin," segir Bjarni Torfason hjartaskurðlæknir sem hefur lagt skurðarhnífinn á hilluna og stjórnina á sérgreininni hjarta- og brjóstholsskurðlækningum á Landspítala í hendur eftirmanns.

Helst næst í Bjarna við framkvæmdir á bústaðnum í Kjós þessa dagana en áður á Landspítala þar sem hann starfaði frá árinu 1990. „Bústaðurinn er koparnegldur og enginn nagli er þar fyrir tilviljun og nú byggi ég og breyti og líki eftir gamla handbragðinu frá því fyrir 80 árum þegar fyrsti hluti hans var byggður af reyndum tréskipasmið sem átti hann á undan okkur fjölskyldunni," segir Bjarni sem hefur nú komið upp járnsuðu í gámi við bústaðinn. „Já, nú ætla ég að læra að smíða úr járni."

Sjálfur kenndi Bjarni mörgum nemum um tveggja áratuga skeið við læknadeild og unglæknum á sjúkrahúsinu. Þá hitti hann jafnvel nemendur sem hann hafði gert aðgerð á sem börnum. Hann lærði í Svíþjóð og var yfirlæknir á brjóstholsskurðdeild á háskólasjúkrahúsinu í Lundi áður en hann flutti heim. Fyrst var hann yfirlæknir skurðdeildarinnar við Hringbraut í nær einn áratug en lengst af var hann svo yfirlæknir hjarta- og brjóstholsskurðdeildar Landspítala eða í nær tvo síðustu áratugi.

Lærði og vann í sumarfríum

Bjarni leggur þykkan blaðabunka á borðið; greinar og ferilskrár, þegar hann sest niður með *Læknablaðinu*. Og hvernig líður þér? spyr blaðamaðurinn sem ætlar ekkert að glugga í bunkann, bara tala um tilfinningar, sigra og ónýtt tækifærin. Tókstu aldrei sumarfrí?

„Jú, seinni árin tók ég þó nokkuð af frii. En vegna gríðarlega mikillar vinnu söfnuðust frídagar upp," lýsir hann og því hvernig hann nýtti fríin sín. „Ég tók námsferðir frá spítalanum og á eigin vegum þegar ég gat og notaði til að læra nýjar aðgerðir og tækni." Hann hafi farið á einkarekin sjúkrahús á Norðurlöndunum til að sækja sér aukna þjálfun og þéna fyrir eigin námsferðum vítt um heiminn.

„Ég gerði þetta þannig að ég fann út hver var bestur í ákveðinni aðgerð og fór þá í heimsókn og fékk að vera þar eins lengi og oft og ég vildi. Stundum fékk ég þann sama til að koma til Íslands þegar ég gerði svo fyrstu aðgerðina af því tagi." Hann hafi búið að því að vera í klúbbi hjartaskurðlækna sem þóttu skara framúr í Evrópu, einn frá hverju landi, hópi sem hittist árlega ásamt mökum og börnum, European Club of Young Cardiac Surgeons.

„Það er mjög gagnlegt að þekkja mjög náið svona stóran hóp framúrskarandi hjartaskurðlækna og geta hringst á og rætt saman hvenær sem er."

Bjarni er brautryðjandi. Aðeins fjögurra ára reynsla var af hjartaskurðaðgerðum hérlendis þegar hann kom heim og gerði fyrstu hjartaaðgerðir á börnum hér á landi. Hann lýsir því einnig hversu gefandi það hafi verið að sjá hundruð barna, unglinga og fullorðinna með „bungu- og holubringu" öðlast nýtt og betra líf eftir „viðgerð á gallanum". Hann fer yfir stöðuna þegar hann kom.

„Á þessum fyrstu árum voru ekki gerðar víkkanir á kransæðum og fyrsta hjartaskurðaðgerðin var ekki gerð á Íslandi fyrr en 1986. Farið var varlega af stað og byrjað á því að gera kransæðaaðgerðir en flestir sem þurftu hjartaskurðaðgerð voru áfram sendir til Bretlands, sérstaklega þeir sem þurftu stærri aðgerðir," segir hann. Hugmyndafræðin hafi breyst.

„Ég barðist fyrir því að þeir mest veiku yrðu meðhöndlaðir hér heima, frekar en að senda þá til útlanda, til dæmis sjúk-

lingar með ósæðarflysjun, en hinir minna veiku sendir út á meðan við réðum ekki við allan fjöldann," segir hann. „Mörgum fannst þetta of djörf hugmynd en gerðu hana þó að sinni seinna þegar í ljós var komið að þeim veikustu reiddi betur af þegar aðgerðirnar voru gerðar hér heima, bæði hvað varðaði sýkingar og lifun."

Hratt fyrnist yfir þekkinguna

Margt hefur breyst á löngum ferli. „Ég hef það á tilfinningunni að helmingunartími þekkingarinnar í þessu fagi sé svona þrjú ár," segir Bjarni. „Það er því virkilega mikilvægt að mennta sig og endurmennta stöðugt." Erfitt sé að sjá framþróunina fyrir og hraða hennar. Hann hafi til að mynda talið að hann væri að kaupa tölvu til frambúðar þegar hann keypti næstfyrstu Mackintosh plús floppídiskatölvuna sem kom til landsins.

„Loksins kemur tæki sem þarf ekki að endurnýja, hugsaði ég og var viss um það en hef verið varkár með spádóma síðan," segir hann og hlær.

Spurður um stærstu sigrana nefnir hann að hafa verið þátttakandi í að sjá hjartaskurðlækningar á Íslandi verða meðal þeirra árangursríkustu í heimi. „Fjölmargar hetjur meðal sjúklinga koma í hugann, ungar og gamlar." Hann staldrar sérstaklega við fyrstu ECMO-aðgerðina hér á landi, þegar hjarta- og lungnavél var notuð í stað lungna eftir alvarlegt bílslys. Lítil reynsla hafi verið komin á ECMO á þeim tíma og til dæmis aðeins einn farið í slíka meðferð í Lundi í Svíþjóð.

„Sá hafði lent í mótorhjólaslysi og þurfti ECMO en þoldi ekki meðferðina, blæddi óstöðvandi og dó," segir Bjarni.

„Við höfðum einn sólarhring til að útvega allt það sem til þurfti erlendis frá, og það stóðst á endum að hægt var að hefja ECMO rétt í þann mund sem lungnastarfsemin hætti alveg. Það gekk og lífi 16 ára stúlku bjargað. „Hún fékk aldrei heparín því við gátum ekki blóðstillt þann sem dó í Svíþjóð eftir að hann fékk lyfið. Hún var í 40 daga í ECMO, lungað sem hún hafði fór þá loks að starfa og hún lifði af og varð frísk, á þrjú börn í dag."



Bjarni Torfason hefur lokið störfum á Landspítala eftir rétt rúmlega 30 ára starf með skurðarhnífinn á lofti. Hann er brautryðjandi í hjartaskurðlækningum á Íslandi. Mynd/gag

Fullur tilhlökkunar fyrir vinnunni

En hver er drifkrafturinn? „Ég er svo lánsamur að hlakka til að mæta í vinnuna og því meira sem ég hef fengið að undirbúa mig, því ánægðari er ég með árangurinn." Hann nefnir þar til að mynda þrívíddarprentun sem hann hafi notað til fjölda ára í samstarfi við Háskólann í Reykjavík.

„Það er mikil ánægja fólgin í því að skipuleggja nákvæmlega hvernig maður ætlar að gera aðgerðina," segir hann. „Stundum hef ég notað þrívíddarprentun



af hjarta og öðrum líffærum sjúklingsins við undirbúning fyrir aðgerð og gert skapalón af bótum og getað ákveðið nákvæmlega fyrirfram hvernig nálar og verkfæri þurfa að vera í aðgerðinni.“ Hann hafi með þrívíddarmódelinu æft fyrirfram saumatækni sem láti bótina hoppa milli opa og komi þannig í veg fyrir óþarfa skaða á hjartanu.

„Þetta er ekki hægt nema að æfa sig,“ segir hann og ákafinn leynir sér ekki. Hann fari oft yfir sömu aðgerðina í huganum til að þjálfa ferlin og auka hraðann. Blaðamaður, sem aldrei hefur séð opna bringu, reynir að setja í samhengi og spyr hvort hann hnýti þá flugur í veiðina eða prjóni til að æfa sig?

„Ég nota nú ekki sama efni, en ég hef klippt bót úr læknasloppi í hita leiksins og sett saumana í hana til að æfa hoppið, svo ég þurfi ekki endilega að opna slegilinn í hjartanu sjálfu, heldur læðast gegnum lokur hjartans með viðgerðarefnið.“

En hver er þá mesta eftirsjáin? „Ég er mjög hamingjusamur,“ svarar Bjarni strax. „Á yndislega fjölskyldu og vini. Mér hefur alltaf fundist skemmtilegast að gera akkúrat það sem ég er að gera á hverjum tíma, í núinu,“ segir hann. Þá skipti ekki máli hvort hann hafi verið að pakka skyri í Mjólkursamlaginu á Akureyri, í sveit sem unglingur á Gunnarsstöðum í Þistilfirði, setja ferðatöskur í flugvélar á flugvellinum á Akureyri, grafa skurði hjá Vatnsveitunni, nú eða skera upp bringur og hjörtu.

„Ég er afar þakklátur fyrir að hafa átt ævistarf við raunveruleg verðmæti lífsins, sjálft lífið og heilsuna,“ segir hann. „Ég hef tekið ákvarðanir byggðar á bestu upplýsingum sem hverju sinni lágu fyrir og hef því ekki möguleika á að sjá eftir því sem ég geri.“

Maður í manns stað

Bjarni sér illa fyrir sér að vera endanlega sestur í helgan stein. Hann rétt sjötugur. Foreldrarnir hafi orðið langlífir og hann sjái því fram á góðan tíma framundan. Nú þegar fjölmiðlar greina frá því í maílok að fresta hafi þurft skurðaðgerðum á Landspítala vegna manneklu, hjartaskurðlæknum hafi fækkað úr fjórum í tvo, viðurkennir Bjarni, að hann vildi vinna lengur.

„En ég vildi ekki vera verktaki eða á tímakaupi einungis vegna aldurs. Ég vildi halda óbreyttum kjörum, héldi ég áfram.“ Það sé hins vegar ekki hefðin á spítalanum og ekki hans stíll að starfa á eigin ábyrgð, ósjúkratryggður, á spítalanum.

„Ég ætla því að byrja á að taka þessi þrjú ár frí og sjá svo til,“ segir hann. „Kemur ekki alltaf maður í manns stað? Mér þykir vænt um afkvæmið, þessa starfsemi. Ég er þakklátur og það kemur í hugann stór hópur frábærra kennara og samstarfsmanna. Mér finnst kominn tími til að aðrir axli ábyrgðina. Ég hef verið yfirmaður svo svakalega lengi og kann held ég ekki að vera undirmaður. Menn leysa vandamál. Þau eru ekki óleysanleg,“ segir hann.

„Mér finnst undarlegt að þegar maður verður sjötugur sé spítalinn ekki lengur ábyrgur til að greiða sjúkratryggingu, skyldi maður verða óheppinn og sýkjast og veikjast í aðgerð. Annað eins hefur gerst eins og nærtæk dæmi sýna.“

„Oft er algjörlega lágmark til af varahlutum á spítalanum, varla nema í eina aðgerð, vitandi það að hjá okkur eru bráðar og hálfbráðar aðgerðir 70% af því sem við gerum en að á flestum sjúkrahúsum annars staðar er því öfugt farið,“ segir Bjarni.

Það er sterk réttlætiskennd í Bjarna. „Já, ætli ég hafi ekki fengið það með genunum. Mér fannst pabbi stundum of heiðarlegur, en mér lærðist að heiðarleikinn er ein mikilvægasta undirstaða velgengni. Ég bið þeim blessunar sem ekki eru heiðarlegir, þeir sem eru í þörf fyrir að skreyta sig með stolnum fjöðrum þurfa hjálp,“ segir hann sposkur. En biður hann þá spítalanum blessunar?

„Já, en á öðrum forsendum,“ segir Bjarni og hlær og talið berst að starfsemi Landspítala. „Margt mætti betur fara en greinilega er erfitt að stjórna spítalanum. Í miðju Atlantshafi er mikilvægt að láta ekki stjórnast af naumhyggju. Það kostar að vera afskekktur.“ Hægt sé að senda varahluti til sjúkrahúsa í stórborgum með leigubíl.

„Oft er algjörlega lágmark til af varahlutum á spítalanum, varla nema í eina aðgerð, vitandi það að hjá okkur eru bráðar og hálfbráðar aðgerðir 70% af því sem við gerum en á flestum sjúkrahúsum annars staðar er því öfugt farið,“ segir Bjarni.

„Þetta eykur streitu hjá fólki að vita að það er svo tæpt á öllu. Sjúklingar með bráðaeinkenni geta komið í kippum. En okkar ágætu birgjar eiga þakkir skildar. Þeir hafa lært hvernig þetta er hér á landi, hafa átt sinn eigin lager fyrir okkur og hlaupið undir bagga. Þeir hafa lært hvernig hægt er að senda okkur varahluti með hraði.“ Bjarni lýsir því hvað COVID-19 hefur gert þetta erfiðara. Flugunum hafi fækkað. „Allar dyr hafa staðið opnar til að hjálpa og við upp á þá hjálpsemi komin.“

Þriggja ára frí. Þekkingin helminguð. Leggur hann í vegferðina? „Já, en núna hef ég mestan áhuga á að fara í smá frí. Ég ætla að leyfa mér það. Hvað ég geri svo verður að koma í ljós.“



Myndina af Teiti tók Guðrún Karlsdóttir læknanemi á efri hæðinni á slysó.

Teitur Ari Theodórsson

Dagur í lífi læknanema í sumarafleysingum á bráðamóttökunni

7:50 Vakna og skutla konunni í vinnuna. Kem heim og hef það náðugt, reyni að leggja mig.

09:00 Fer á ról og skipulegg daginn. Vil reyna að koma ýmsu í verk áður en ég mæti á vakt á BMT (bráðamóttökuna) kl. 15:00.

09:20 Byrja daginn á ísköldum collab (varúð ef bráðaofnæmi fyrir fiski). Fer yfir efri meltingarvegsblæðingar á RCEM-learning (síða sem sérhæfir sig í námsefni fyrir bráðalækningar). Er að reyna að fara yfir eitt atriði á umræddri síðu á dag, sjáum til hversu lengi það endist. Hlusta á meðan á tónlist úr *In the heights*, söngleiknum sem ég sá í London um árið. En undirritaður á einmitt bíómiða á kvikmynd byggða á fyrrnefndum söngleik. Um að gera að skella sér áður en næsta afbrigði veirunnar lítur dagsins ljós.

11:00 Kíki aðeins á handritið fyrir næsta þátt af *Dagáli læknanemans* sem stendur til að taka upp á eftir. Fer því næst í ræktina. Ótrúlegt en satt er chest (brjóstvöðvar) í dag. Kippi með mér maikai-skál úr ræktinni til þess að borða í kvöld á vaktinni.

12.30 Mættur í höfuðvígið, Skaftahlíðina, með kollegum; Sólveigu Bjarnadóttur og Magnúsi Karli Magnússyni, sérfræðingi í blóðlækningum. Tökum upp þátt af *Dagáli læknanemans*. Að þessu sinni fjallar þátturinn um klínískar lyfjatilraunir og er ferill COVID-bóluefna rakinn frá tilraunastofunni að upphandleggjum landsmanna. Þátturinn kemur vel út.

14:00 Stekk heim í sturtu og beint á vakt.

15:00 Vaktin hefst. Í dag eins og aðra daga stefnir í annríkan dag á bráðamóttökunni. Verð á B-svæði í dag þar sem minna veikir sjúklingar lenda. Fæ rapport um nokkra sjúklinga sem ég erfi frá morgunvaktinni. Svo hefjast hlaupin.

18:00 Vaktin heldur áfram. Búinn að hitta þó nokkuð marga sjúklinga, misveika. Hef fyrstu uppvinnslu. Ber þá svo undir ábyrgan sérfræðing sem býr til plan. Heyri í öðrum sérgreinum. Fæ konsúlt, melda suma til innlagnar, aðrir fá að fara heim. Eitt það skemmtilegasta við starfið eru samskiptin við aðrar sérgreinar. Læri alltaf eitthvað nýtt.

19:30 Orðinn glorhungraður. Fer inn á kaffistofu og borða maikai-skálina sem ég er búinn að hlakka til að gæða mér á. Lít út, hmm sól úti? Var sól þegar ég mætti í vinnuna? Gríp með mér banana og gæði mér á einum Sæmundi í sparifötum áður en ég fer aftur á barinn (B-svæðið á BMT).

19:45 Þrátt fyrir að allir séu búnir að hlaupa alla vaktina, sér ekki á skjáborðinu. Sjúklingar greinilega jafnvel duglegri að mæta en við að koma þeim í farveg. Reyni að klára eitthvað af nótunum og hitti svo næsta sjúkling.

22:00 Næturvaktin mætir á svæðið. Alltaf kærkomið. Margir að bíða og hafa beðið í fleiri klukkutíma eftir mati.

23:00 Sé fram á að allir mínir sjúklingar komist heim. Góð tilfinning þegar náðst hefur að leysa vandamál og áhyggjur sjúklinga án innlagnar. Eins og aðra daga hafa mörg spennandi tilfelli endað á BMT. Hugsa um hvað ég hef lært mikið í dag. Finnst eins og ég hafi byrjað í læknadeild í gær. Svo eru það núna bekkjarfélagar sem svara konsúltsímunum. Tíminn líður. Fer niður í sérfræðingaherbergið og klára nótur. Bý mig undir heimför.

00:30 Kem heim, upptjúnaður eftir vaktina. Fer í gegnum allar tilkynningarnar í símanum sem hafa hlaðist upp og hlusta á tónlist til þess að ná mér niður. Set svo þátt af *The Office* í gang í tölvunni, Michael Scott enn einu sinni kominn í vandræði, og held á vit ævintýranna í draumalandinu.

Varði doktorsritgerð við Háskóla Íslands í 30 stiga hita

Iowa-borg. 30 stiga hiti og sól. Guðbjörg Jónsdóttir, sérnámslæknir í blóð- og krabbameinslækningum við háskólasjúkrahúsið í Iowa, varði doktorsritgerð sína í læknavísindum við Háskóla Íslands frá Bandaríkjunum. Rannsókn hennar leiddi í ljós að bæði meðferð og erfðafræði eiga mögulega þátt í þróun annarra krabbameina hjá sjúklingum með mergæxli

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Gestirnir sátu í hátíðasal Háskóla Íslands meðan Guðbjörg Jónsdóttir varði doktorsritgerð sína við HÍ frá Bandaríkjunum. Ekki nóg með það heldur sat annar tveggja andmælenda, Anette Vangsted, yfirlæknir á Rigshospitalet í Kaupmannahöfn, við tölvu í Danmörku en Signý Vala Sveinsdóttir, yfirlæknir á blóðsjúkdómadeild Landspítala, hér heima. Alþjóðlegt á COVID-tímum.

„Það var heiður að fá tvær framúrskarandi konur sem andmælendur verkefnisins. Þær stýrðu áhugaverðum og skemmtilegum umræðum þennan dag," segir Guðbjörg. „Auðvitað hefði verið skemmtilegast að vera í salnum en dagurinn var hátíðlegur. Það var gaman að sjá gestina á skjánum, sjá fólkið sitt en svo var líka gaman að fjölskylda og vinir gátu horft hvaðanæva að úr heiminum."

Ræða íþróttir, ekki veðrið

Guðbjörg lauk sérnámi í almennum lyflækningum við háskólasjúkrahúsið í Iowa árið 2019. Hún stundar þar nú sérnám í blóð- og krabbameinslækningum, ein 6 íslenskra lækna. Samhliða sérnáminu sinnti hún doktorsnáminu hér heima og uppeldi tveggja barna sinna, svona í takti við íslenskar ofurkonur. Þar deilir hún hins vegar verkinu með manni sínum, Ásgeiri Þór Mássyni lækni. Hann nemur almennar skurðlækningar.

„Já, þetta tók mjög á síðustu mánuði. Þeir voru krefjandi og erfitt að samtvinna vinnu, barnauppeldi og doktorsnámið, en það tókst. Læknadeildin gerði þetta vel. Það var auðvelt að eiga samskipti við þau og dagurinn sjálfur óaðfinnanlegur. Þau eiga þakkir skilið," segir Guðbjörg þar sem hún situr inni og spjallar heim úr hitanum. Er það ekki synd? spyr blaðamaður.

„Maður er orðinn ónæmur fyrir góða veðrinu. Það er alltaf sól," segir Guðbjörg. „Íslenska veðureirðarleysið hverfur þegar veðrið er gott 8 mánuði á ári." Bandaríkjamenn furði sig alltaf á því hvað Íslendingurinn tali mikið um veðrið. „Það er alltaf sama veðrið. Þeir tala um háskólaíþróttirnar og ruðningsleikinn. Það er mikið sameiningartákn í samfélaginu hér."

Skoðuðu lítt þekkta áhrifaþætti

Við doktorsvörnina fór Guðbjörg yfir lýðgrundaða rannsókn sína á þróun annarra krabbameina hjá sjúklingum með mergæxli. Skoðaði áhættuþætti og áhrif á lífslengd. Rannsóknin leiddi í ljós að meðferðartengdir og erfðafræðilegir þættir eiga mögulega þátt í þróun annarra krabbameina hjá sjúklingum með mergæxli. Einnig að horfurnar yrðu verri við þróun annars krabbameins. Guðbjörg segir niðurstöðurnar undirstrika mikilvægi þess að greina áhættuþætti og líffræðilega ferla sem valda þessari þróun.

„Áhættuþættirnir voru lítt þekktir þegar við fórum af stað í verkefnið, sem hvatti okkur til að skoða málið. Mögulega má koma í veg fyrir krabbamein seinna og bæta meðferðir þegar áhættuþættirnir eru þekktir," segir hún.

„Þótt ég hafi verið hér, gögnin sænsk og doktorsnefndin mín á tímabili í fjórum mismunandi löndum, hafði það ekki áhrif á vinnsluna. Verkefnið var fjölþjóðlegt, unnið frá Kanada, Bandaríkjunum, Svíþjóð og Íslandi, og gekk vel. Við Sigurður Yngvi Kristinsson, leiðbeinandi minn, hófum samstarfið áður en ég fór út og því auðvelt að byggja á því góða samstarfi í fjarsamskiptum."

Guðbjörg segir að hún vilji gjarnan vinna við frekari vísindi. Hún vonist til að samtvinna þau við störf sín í framtíðinni.

Fetar í fótspor föður síns

Læknablaðið hellir nú í rafrænan kaffibolla og ræðir einkalífið. Guðbjörg er ekki á Facebook, Instagram eða öðrum samfélagsmiðlum. „Ég er á Twitter. Margt gerist varðandi námið og vísindin í gegnum það en af öðrum miðlum fer ég inn og út," segir hún og við ræðum starfsvalið sem virðist kannski hafa legið beint við.

Pabbi hennar, Jón Hrafnkelsson, er krabbameinslæknir og mamma hennar, Margrét Björnsdóttir heitin, var hjúkrunarfræðingur. Guðbjörg fæddist í Svíþjóð þar sem Jón og Margrét voru við nám.

„Þau eru helstu fyrirmyndirnar í lífi mínu og hafa veitt mér innblástur." Hún flækir ekki málin heldur velur sömu sérgrein og pabbi hennar. „Jú, hann er örugglega stoltur," segir hún og hlær. Valið hefur þá legið beint við? „Bæði og." Systkini hennar tvö hafi valið sér annan vettvang.

Svona til að ramma lífsvalið inn fann



Guðbjörg Jónsdóttir lauk sérnámi í almennum lyflækningum við háskólasjúkrahúsið í Iowa í Bandaríkjunum árið 2019 og stundar nú sérnám í blóð- og krabbameinslækningum. Hún er ein 6 íslenskra lækna í sérnámi við sjúkrahúsið.

hún sér mann í læknadeild. Þau Ásgeir Þór eignuðust bæði börnin áður en þau fluttu út. „Ég er ánægð með það því fæðingarorlofið er stutt í Bandaríkjunum. En ég held að við höfum ekki alveg gert okkur grein fyrir því hversu krefjandi það yrði að flytja með tvö lítil börn, ætla bæði að fara í sérnám og vera ekki með neinn stuðning frá sínum nánustu," segir hún.

„Það var mikið átak en Ásgeir Þór var að klára hugbúnaðarverkfræði fyrstu tvö árin og gat verið meira heima við með börnin. Svo þegar við fórum bæði að vinna hefur verið erfitt að samtvinna það fjölskyldulífinu þar sem vinnudagarnir eru langir," segir hún. „Við höfum fengið til okkar frábærar stelpur til að hjálpa okkur með krakkana og án þeirra hefði þetta ekki gengið upp."



Guðbjörg með manni sínum, Ásgeir Þór Mássyni lækni, og börnunum þeirra, Má og Margréti Höllu.

En hvers vegna Bandaríkin?

Guðbjörg segir margt hafa komið til greina og þau Ásgeir Þór verið í skiptinámi Mayo Clinic fyrir sérnámið. „Þá ólst maðurinn minn upp hér á austurströndinni," segir hún og í ljós kemur að Már Kristjánsson, yfirlæknir smitsjúkdómalækninga Landspítala, er tengdapabbi hennar. Hann var í sérnámi í Bandaríkjunum fyrir um 30 árum.

„Hingað til Iowa hefur verið stöðugur straumur Íslendinga síðustu ár. Það er vinalegt að strax fyrsta daginn hittir maður sérfræðinga sem lærðu með íslenskum læknum fyrir 20-30 árum síðan. Þetta er eins og að koma heim. Hér þekkja allir einhvern Íslending og við njótum góðs af því. Hér er líka gott Íslendingasamfélag sem er í raun eins og lítil fjölskylda," segir Guðbjörg.

En er ólíkt að vera á bandarísku sjúkrahúsi og hér heima? „Já," svarar hún. „Þetta sjúkrahús er miklu stærra en Landspítali. Kerfið er ólíkt. Við höfum verið mjög ánægð með námið okkar og eignast góða vini. Við höfum aðlagast bandarísku samfélagi, börnin eru ánægð. Iowa er frábær lítil háskólaborg. Við hjólum eða löbbum til vinnu alla daga, búum í 5 mínútna fjarlægð frá sjúkrahúsinu. Krakkarnir hlaupa um í stuttbuxum 8 mánuði á ári, og ég hef ekki læst heimilinu í 5 ár." Draumalíf.

„Það eru allir mjög glaðir hér og þetta er fjölskylduvænt samfélag," segir hún og lýsir lífi afar ólíku því sem margir gera sér í hugarlund þegar þeir hugsa um Bandaríkin: bílar og byssur. „Bandaríkin eru stór og ólík milli svæða. Okkur hefur liðið mjög vel hér. Miðað við margar aðrar borgir í Iowa er þetta alþjóðleg borg. Í bekk sonar míns koma börnin frá 30 ólíkum málsvæðum heimsins."

En þrátt fyrir afar góða umgjörð er erfitt að vera fjarri fjölskyldu og vinum þegar áföll verða; hvað þá þegar kórónuveiran kemur í veg fyrir ferðalög. „Við höfum ekki komið heim í tvö ár og ekki hitt fjölskyldu og vini," segir Guðbjörg. „Erfiðasti tíminn var þegar mamma veiktist af heilakrabbameini. Þá fann ég fyrir fjarlægðinni til Íslands," segir hún en móðir hennar lést í júlíbyrjun fyrir tveimur árum.

„Það hefur verið erfitt að geta ekki tekið þátt í daglegu lífi fjölskyldunnar þegar hún tekst á við sorgina og sárt að vera ein úti." Veikindi Margrétar móður hennar hafi bankað óvænt uppá. „Þá hefði ég viljað vera nær og hafa meiri sveigjanleika," segir hún. Þau stefna að því að koma heim þegar námi lýkur þótt tekjumöguleikarnir séu aðrir og betri í Bandaríkjunum en Íslandi. „Við erum spennt að koma heim og sameinast aftur fjölskyldu og vinum," segir Guðbjörg að lokum og telur að það verði að einu eða tveimur árum liðnum.

„Við ætlum að fullmanna liðið og vinna leiki“

„Okkur vantar 15 lækna og 15 hjúkrunarfræðinga, fyrir utan aðrar stéttir og stoðþjónustu,“ segir Markús Ingólfur Eiríksson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja sem opnar brátt þrefalt stærri bráðamóttöku og nýja dagdeild. Hann hefur tekið verkferla og gæðamál föstum tökum til að bæta þjónustuna og orðsporið

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Um 15 lækna vantar á Heilbrigðisstofnun Suðurnesja. Þetta er niðurstaða forsvarsmanna stofnunarinnar að undangenginni þarfagreiningu. Greiningin er unnin samkvæmt nýrri reglugerð heilbrigðisráðuneytisins sem kveður á um að stofnanir heilbrigðisumdæma geri árlega áætlun um mönnunarþörf sem taki mið af þessari greiningu.

„Í þessu mati er ekki tekið tillit til vinnutímastyttingar. Hún mun aðeins auka á skortinn,“ segir Markús Ingólfur Eiríksson, forstjóri stofnunarinnar. Hann bendir á að stofnuninni sé ætlað að sinna nærri 30.000 manns, eða um 8% þjóðarinnar. Þar sé rekin bráðamóttaka í tæplega 100 fermetra húsnæði sem fái í eðlilegu árferði allt að 15.000 heimsóknir yfir árið. Árið 2019 hafi heildarafköst stofnunarinnar aukist um 13% og 20% í fyrra en þó hafi starfsemin verið rekin á sama mannafla.

Bættur spítali

„Við keppum við heilbrigðisstofnanir höfuðborgarsvæðisins um læknana og stöndum höllum fæti. Ekki aðeins vegna þess að þeir búa á höfuðborgarsvæðinu, þar sem tekjumöguleikar eru miklir, heldur ekki síður þar sem engar endurbætur hafa orðið á stofnuninni í um tvo áratugi. Þá er orðstír stofnunarinnar ekki síður fráhrindandi,“ segir Markús sem lýsir ástandinu eins og að mæta alltaf með hálft knattspyrnulið í leik, tapa og fá gagnrýni fyrir frammistöðuna rétt eins og liðið væri fullmannað.

„Við þurfum í það minnsta 5 lækna strax inn í heilsugæsluna til að bæta ástandið,“ segir hann og hefur látið hendur standa fram úr ermum frá því að hann tók við fyrir rétt um tveimur árum. Uppbygging er nú í fullum gangi. „Við ætlum að fullmanna liðið og vinna leiki,“ segir hann.

Sjúkrabíll stóð í innkeyrslunni þegar *Læknablaðið* heimsótti sjúkrahúsið. Bíllinn hærri en inngangurinn, en menn vanir að vinna við bágar aðstæður sem nú hillir undir að breytist. „Aðgengi fyrir sjúkrabíla er algerlega óviðunandi,“ segir Markús þegar hann sýnir aðstæðurnar. Búist er við að ný 300 fermetra bráðamóttaka og aðkoma sjúkrabíla að henni verði tilbúin í desember.

„Hér hafa stórslasaðir mætt nágranna sínum í anddyrinu. Það er ekki boðlegt,“ segir hann. En ástandið síðustu ár hefur verið trist. Á meðan bráðamóttakan er rekin í þessum 100 fermetrum á fyrstu hæðinni standa 1500 fermetrar ónotaðir í húsnæðinu. Þar á meðal skurðstofurnar tvær á þriðju hæðinni sem lokað var í bankahruninu. Húsnæðið hefur staðið ónotað í þessi 13 ár.

11 ný klínísk rými

„Hér á annarri hæðinni verður nú dagdeildarþjónusta; heilsugæslumóttaka, geðteymi og rannsóknir. Ellefu klínísk rými sem okkur munar um,“ segir Markús. En hvað skýrir að hæðin stóð auð svo lengi? Þögn. „Ég get ekki svarað af hverju hlutirnir voru ekki gerðir áður en ég kom en ég sá að það þurfti að taka til hendinni. Áfram gakk.“ En gleymdu yfirvöld Suðurnesjum?

„Við höfum fengið 400 milljóna króna fjárveitingu til að taka húsnæðið í gegn. Þá höfum við einnig fengið fjárveitingu til að byggja nýja heilsugæslustöð sem verður að öllum líkindum í Innri-Njarðvík. Það má því segja að við höfum fengið stuðning núna. Frumkvæðið þarf að koma frá stofnuninni sjálfri. Ef hún sýnir það ekki gerist ekki neitt.“ Hann fagni því að þau hafi verið tilbúin með allar áætlanir um breytingar þegar yfirvöld voru tilbúin að veita fé nú í heimsfaraldrinum; samtals yfir einum milljarði króna.

Markús, sem er með doktorspróf í endurskoðun og stjórnarháttum og fram-



Markús Ingólfur Eiríksson, forstjóri Heilbrigðisstofnunar Suðurnesja, fyrir framan aðkomu sjúkrabíla á svæðinu sem leiðir inn í litla forstofu og á 100 fermetra bráðamóttöku. Unnið er að betri vinnuaðstæðum. Mynd/gag



Alls vantar 15 hjúkrunarfræðinga á HSS en hér er núverandi aðstaða þeirra og kaffivél við bráðamóttöku stofnunarinnar. Frá vinstri: Elísa Rut Gunnlaugsdóttir, Magnea Guðríður Frandsen, Sigríður Sigmarsdóttir, María Bára Arnarsdóttir, Eva Rós Guðmundsdóttir og Íris Kristjánsdóttir. Mynd/gag

haldsmenntun í framleiðsluverkfræði, kom frá Ríkisendurskoðun til HSS. „Það nýtist vel hér í dag.“ Spurður hvernig það hafi verið að sjá aðstæðurnar á spítalanum, eins og á bráðamóttökunni, svarar hann: „Sjokk.“ Spítalinn sjálfur hafi verið barn síns tíma og mörg rými ekki nýst síðustu ár. Markús röltir með blaðinu um stofnunina og opnar hurð að rými með sundlaug.

„Hún hefur staðið ónotuð, ónýt, í um 15 ár,“ segir hann. Hún á að víkja fyrir annarri starfsemi. „Við vinnum nú að því að gera breytingar sem lúta fyrst og fremst að því að efla þessa stofnun.“ Eitt sé að bæta aðstæðurnar. Annað að byggja upp orðspor. „Við hér á HSS erum mjög meðvituð um það.“ Mikil fjölmiðlaumfjöllun fyrr á árinu um ótímabær andlát sjúklinga og starfslok læknis hafi verið bakslag. Markús segir unnið að málinu með yfirvöldum og ekki tímabært að tjá sig um það.

Nýr gæðastjóri

„Við réðum gæðastjóra sem hóf störf í febrúar síðastliðnum. Hann heyrir beint undir forstjóra og starfar þvert á stofnunina. Við höfum endurskipulagt marga ferla á öllum sviðum og munum tryggja að fólk sem hingað sækir fái úrlausn sinna mála.“

Markús segir góða þjónustu til lengri tíma undirstöðu trausts stofnunarinnar. „Þá fylgir traustið með. Það tekur tíma og heyrir ekki til skyndilausna. Mikið verk hefur verið unnið og margt fyrir höndum. Við sjáum að við erum á réttri leið með auknum afköstum og betra aðgengi að þjónustunni. Við höldum sjó og stefnum framávið fyrir íbúa Suðurnesja.“

Sagt hefur verið frá því í fjölmiðlum að Suðurnesjamenn leiti til borgarinnar eftir þjónustunni. Markús bendir á að nærri 24.000 skráningar á stofnunina segi ekki alla söguna. Könnun Maskínu frá því í nóvember um þjónustu heilsugæsla á landsbyggðinni sýni að aðgengi að þjónustu HSS sé svipað og á Suðurlandi, Vesturlandi og Vestfjörðum. Eins hafi ekki færri skjólstæðingar á Akureyri sótt þjónustu annað en gerðu á Suðurnesjum.

„Margir sem skráðir eru á heilsugæslustöðvum á höfuðborgarsvæðinu sækja engu að síður þjónustu til HSS. Fjöldi þeirra er talsvert meiri en þeirra sem skráðir eru á HSS og sækja þjónustu til Læknavaktarinnar eða heilsugæslustöðva

á höfuðborgarsvæðinu. Það er jákvætt að fólk sækir þjónustu til okkar, en miðað við hvernig kerfið er uppbyggt, væri æskilegast að það væri líka skráð hjá okkur. Fjárveitingar til heilsugæslustöðva í dag ráðast að miklu leyti af skráningunum.“

Fjölgar hægt og bítandi

Harðkjarni lækna hefur starfað á stofnuninni, sem leitar nú allra leiða til að fjölga læknum í hópnum. Blaðið hitti Snorra Björnsson, yfirlækni heilsugæslunar, sem kom fyrst á stofnunina á kandídatsári sínu árið 1999 og hefur starfað þar frá árinu 2007.

„Þetta hefur verið rússíbanareið,“ segir hann og vísar í fólksfjölgunina. „Aðstaðan hefur ekki verið sú besta en nú er bætt úr því og það góða er að læknum fjölgar hægt og bítandi.“ En hvers vegna kaus hann að vera á stofnun sem lokar skurðstofum og heldur rýminu tómu?

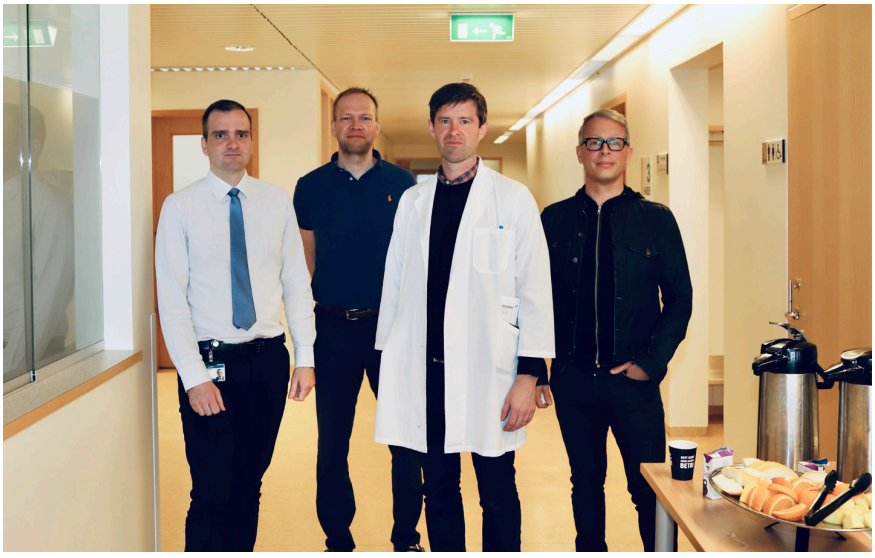
„Ég hef alltaf verið talsmaður þess að sinna öllum en ekki sérhagsmunahópum. Ég var því ekki talsmaður skurðstofanna. Ég hef barist fyrir öflugri heilsugæslu. Hún er það sem skiptir höfuðmáli, sem og slysa- og bráðaþjónustan sem við vinnum nú að því að bæta,“ segir hann. Markús tekur við.

„Við ætlum að bjóða upp á góðar starfsaðstæður. Við förum frá því að vera með verstu starfsaðstæðurnar á landinu í að vera með mjög góðar,“ segir hann. „Við erum með góðan starfsanda, öflugt fagfólk hvert sem litið er og leiðin fram á við er að byggja á því.“

En af hverju þróaðist ekki þjónustan? Þögn og svo svar: „Stofnunin hefur ekki vaxið í takti við samfélagið. Það sem við gerum nú hefði átt að gerast fyrir mörgum árum. En það hefur ekki verið fundin upp tímavél svo við getum ekki annað en horft framávið og fetað leiðina að betri framtíð,“ segir Markús.



Kennsla í lífsbjörg stóð yfir í einu herbergjanna sem nýtt verður á nýju dagdeildinni þegar Læknablaðið kom í heimsókn. Mynd/gag



Markús Ingólfur Eiríksson forstjóri, Gunnar Þór, Kristinn Logi Hallgrímsson kennslustjóri og Snorri Björnsson, yfirlæknir heilsugæslu HSS. Mynd/gag

Fá námslækna og halda í þá

Heilbrigðisstofnun Suðurnesja hefur byggt upp góð tengsl við læknadeildirnar í Ungverjalandi og Slóvakíu og sérsniðið kennsluna að náminu þar ytra. Kristinn Logi Hallgrímsson og Gunnar Þór Geirsson eru kennslustjórar í sérnáminu í heimilislækningum á stofnuninni. Kristinn hefur verið í 7 ár en Gunnar með hléum frá 2009 og óslitið frá 2018. Þeir telja HSS góðan valkost við Landspítala.

„Hér eru sóknartækifæri,“ segir Kristinn. Gunnar segir sérnámslæknana verða 5-6 á næsta ári. „Við höfum séð að unglæknar vilja koma aftur því við náum að sinna þeim vel og það er ein árangursríkasta leiðin til að fá lækna á svæðið. Þeir sem koma hingað ílengjast.“

En flytja þeir á svæðið? Þeir segja að allir læknar stofnunarinnar keyri af höfuðborgarsvæðinu í vinnuna. Aðeins einn er búsettur á svæðinu. „Við keyrum á móti umferð,“ segir Kristinn: „Ég hélt að aksturinn yrði fyrirstaða en svo er ekki.“

Verndum geðheilsu háskólanema

Inntaka nýnema í Háskóla Íslands og ójöfn kynjahlutföll í háskólum



Helga Hannesdóttir
geðlæknir
helhann464@gmail.com

Í meira en áratug hafa konur verið um 70% af þeim sem ljúka háskólaprófi á Íslandi. Á þetta rætur að rekja til vanda í grunnskólanámi drengja eða eru þetta samfélagsleg áhrif? Brottfall drengja er um 50% meira en stúlkna í framhaldsskólum, sem eykur líkur á að háskólar verði kvenlægar stofnanir.

Í tannlæknadeild HÍ þarf hver nemandi sem kemst inn í deildina að þreyta samkeppnispróf að minnsta kosti tvisvar til 5 sinnum í heila önn til þess að geta haldið áfram námi í deildinni. Til samanburðar þurfa stúdentar sem hyggja á nám í læknadeild HÍ að þreyta inntökupróf að stúdentsprófi loknu áður en þeir hefja nám við deildina og aðeins 60 efstu nemendur eru teknir inn. Nemandi þarf að greiða próftökugjald kr. 20.000.

Síðastliðna haustönn árið 2020 voru um 100 nemendur skráðir í tannlæknadeild HÍ en aðeins 8 þeirra fengu að halda áfram. Kynjahlutfall var yfir 90% konur og komust 7 konur og 1 karl áfram, svipað og fyrri ár. Samkvæmt athugun árið 2007-2008 voru 25 af 36 nemendum í tannlæknadeild konur, eða um 70%. Þetta hlutfall hefur hækkað þeim í vil síðustu ár. Svipað er að segja um aðrar deildir háskólans. Kynjahlutfall í læknadeild er í dag 203 konur og 119 karlar. Ójafnvægið í kynjahlutfalli nemenda skólans er umhugsunarvert fyrir deildir HÍ á sama tíma og aðgerðir eru hvarvetna í þjóðfélaginu til að jafna kynjahlutfall og jafnvel setja kynjakvóta í fyrirtækjum og ríkisreknum stofnunum. Kynjaskipting meðal prófessora innan HÍ árið 2019 var 35% konur og 65% karlar. Jafnrétti kynja innan fyrirtækja og í opinberri stjórnsýslu eykur á fjölbreytileika og gæði þjónustu.

Vilmundur Jónsson landlæknir og alþingismaður var aðalhvatamaður að stofnun tannlæknadeildar árið 1941. Í upphafi voru þrír til fjórir tannlæknanemar á ári en árið 1959 voru útskrifaðir að meðaltali 6 tannlæknar á ári. Eftir árið 2007 var samþykkt að hækka þá tölu upp í 7 á ári. Þrátt fyrir að tannlæknar hér séu fleiri en annars staðar á Norðurlöndunum virðist atvinnuleysi þeirra vera lítið. Eldra fólki fjölgar og hlutfall aldraða af heildarmannfjölda mun fara ört hækkandi á næstu árum og áratugum. Jafnframt hefur fjöldi ferðamanna aukist verulega og árið 2018 kom til landsins á þriðju milljón ferðamanna sem oft þurftu á tannlæknaþjónustu að halda.

Forðast ber að sóa mannauði háskólanema sem reyna að komast inn í deildir HÍ með skaðlegum samkeppnisprófum. Lítið virðist vera hugsað um líðan og geðheilsu þeirra háskólanema sem komast ekki inn í námið eða deildina og um tilfinningalegar afleiðingar þess að ná ekki þeim áfanga og árangri sem stefnt er að ár eftir ár. Nefna má til dæmis áfall sem getur varað í lengri eða skemmri tíma. Lítið er vitað um hvort prófkvíði í tannlækna- og læknadeild sé meiri en í öðrum deildum HÍ vegna álags við inntökuprófin.

Háskólaneminn sem kemst ekki inn í deildina en innritast á nýjan leik næsta haust fer óhjákvæmilega aftur á byrjunarreit í námi sínu. Tannlæknanemar sem reyna við samkeppnispróf allt að fjórum til fimm sinnum á jafnmörgum árum en komast ekki inn í deildina fá enga viðurkenningu fyrir erfitt nám í heila önn. Þeir upplifa eftir á að þeir séu í lausu lofti og þurfi að endurskoða háskólanám sitt og eigin framtíð enn á nýjan leik. Ætla má að hluti nemenda sem nær ekki inn í deildina upplifi álitshnekki og sé miður sín eftir á og það hafi áhrif á sjálfsmynd þeirra. Engar rannsóknir hafa verið gerðar á þessu hér á landi. Samkvæmt upplýsingum frá HÍ fá um 1100 nemendur af 14.000 lengdan próftíma.

Nemendur sem fara í samkeppnispróf í tannlæknadeild HÍ þurfa að greiða 75.000 krónur, sem er fullt skólagjald í HÍ á ári. Ef reynt er þrisvar til fjórum sinnum við prófin greiða nemendur því um 225.000-300.000 krónur einungis í skólagjöld fyrir endurtekningar á fyrstu önn námsins. Við brottfall úr deildinni fá háskólanemar enga endurgreiðslu á skólagjaldinu. Er auðræði háskólans sett ofar en inntaka nýnema og verndun geðheilsu þeirra?

Útgjöld ríkissjóðs samkvæmt fjárlögum fyrir árið 2021 er aðeins 140.490 kr. á mann til háskóla í landinu. Frá upphafi HÍ hefur skólinn fjármagnað nám nemenda úr ríkissjóði, með skólagjöldum og tekjum frá Happdrætti Háskóla Íslands. Síðastliðinn desember árið 2020 hafa þeir tannlæknanemar sem náðu ekki inn í deildina lagt fé til hennar sem nemur tæpum 7 milljónum króna.

Fyllilega tímabært er að breyta þessu inntökufyrirkomulagi í tannlæknadeild sem hefur nú verið starfrækt í 61 ár, eða frá 1959, með óverulegum breytingum.

Við inntöku í tannlæknadeild HÍ er um að ræða þrjú þriggja klukkustunda krossapróf í líffræði, efnafræði og formfræði tanna ásamt verklegum hluta – tálgun og greiningu tanna.

Óhætt er að fullyrða að það eru ekki endilega hæfustu nemendur sem komast inn í deildina í gegnum samkeppnispróf. Hugsanlega er um ómarktækan mun að ræða á milli þeirra nemenda sem komast inn og þeirra sem ekki ná inn. Dæmi er um að nemandi í 9. sæti hafi verið með sömu einkunn og nemandi í 8. sæti upp á 6 aukastafi.

Hvað getur HÍ gert til að koma betur til móts við nemendur sem ná ekki í gegnum samkeppnispróf, til þess að vernda geðheilsu þeirra, stytta námstímabil og lækka námskostnað þeirra? Það er ekki æskilegt að lengja nám tannlæknanema upp í 9 til 11 ár til að mennta tannlækna en þá er miðað við að nýnemi þurfi að fara þrisvar til 5 sinnum í samkeppnispróf til að komast inn í deildina. Eðlilegt væri að samræma inntökuskilyrði í tannlækna- og læknadeildir á öllum Norðurlöndum, en þar er Ísland eina landið með 6 ára nám í tannlækningum í stað 5 ára, ásamt því að huga betur að geðheilsu þeirra nemenda sem fara í samkeppnispróf.

Heimildir

1. Thoroddsen B, Richter S, Elíasson SE. Fjöldi tannlækna á Íslandi - spá um fjölda tannlækna fram til ársins 2040. Tannlæknablaðið 2019; 37: 16-26.
2. Thoroddsen B, Richter S, Elíasson SE. Fjöldi tannlækna á Íslandi - spá um fjölda tannlækna fram til 2030". Tannlæknablaðið 2008; 26: 33-8.
3. Halldórsson V, Zoëga G. Erum við tilbúin að fórna einni kynslóð drengja? Morgunblaðið, 21.2.2021.
4. Háskóli Íslands. Lykiltölur. 2020.



Anna Sigurðardóttir
sérnámslæknir í heimilislækningum



Eva Fanney Ólafsdóttir
sérnámslæknir í lyflækningum



Halla Laufey Hauksdóttir
sérnámslyfjafræðingur í klínískri lyfjafræði



Heimir Jón Heimisson
sérnámslyfjafræðingur í klínískri lyfjafræði

Lyfjasaga og lyfjarýni

Það er skortur á samræmdu verklagi þegar kemur að lyfjamálum einstaklinga. Tilgangur þessa bréfs er að stuðla að sömu skilgreiningum og nálgun þegar kemur að lyfjameðferð.

Á Læknadögum 2021 kom hópur lækna og lyfjafræðinga að málþingi um lyfjaöryggi. Eftirfarandi tillögur eru afrakstur samvinnu hópsins.

Eins og staðan er í dag leggja heilbrigðisstarfsmenn mismunandi skilning í hugtök sem notuð eru um lyfjamál og fjöldi mismunandi hugtaka eru í umferð. Með sameiginlegri hugtakanotkun þar sem hugtök eru skýrt skilgreind er hægt að tryggja að allir meðferðaraðilar séu upplýstir um hvað er búið að gera og hvað á eftir að gera á hverjum tímapunkti.

Við leggjum til að notuð séu hugtökin „lyfjasaga“ og „lyfjarýni“.

Markmið *lyfjasögu* er að draga fram sem réttasta mynd af núverandi lyfjanotkun einstaklings. *Lyfjasaga* tekur því ekki til fyrri lyfjanotkunar. Áreiðanleg saga byggir að lágmarki á tveimur heimildum þar sem ein heimildin er samtal við einstaklinginn eða umönnunaraðila, en tillögu að gátlista má sjá á mynd 1.

Við skilgreinum *lyfjarýni* sem skipulagða og gagnrýna yfirferð á lyfjameðferð. Þar eru borin kennsl á lyfjatengd vandamál og tekin afstaða til meðferðar. Forsenda áhrifaríkrar *lyfjarýni* er að góð *lyfjasaga* sé fyrirliggjandi.

Lyfjasaga og *lyfjarýni* geta farið fram hvar sem er í heilbrigðiskerfinu og ættu að fara fram sem víðast og oftast. Forgangsraða ætti einstaklingum á fjöllyfjameðferð þar sem aukin hætta er á lyfjatengdum skaða.

Við leggjum til að við lyfjarýni sé leitast við að svara 5 spurningum, sjá mynd 2. Þessi nálgun byggir á leiðbeiningum heilbrigðismálastofnunar Skotlands (NHS Scotland) frá 2018 um fjöllyfjameðferð.

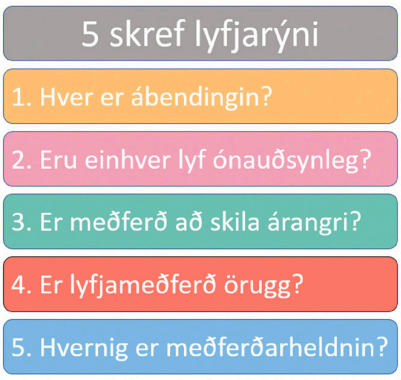
Mikilvægt er að vera gagnrýninn á ábendingu, hvort hún sé enn til staðar og viðeigandi fyrir einstakling, til dæmis með tilliti til aldurs og undirliggjandi ástands. Aðlaga þarf meðferð í samræmi við einkenni og rannsóknarniðurstöður og ekki síst stöðva lyf sem eru ónauðsynleg eða skaðleg. Forðast ætti að bæta sífellt við fleiri lyfjum ef meðferð skilar ekki ár-

LYFJASAGA – GÁTLISTI

Lyfjasaga miðar að því að tryggja réttan lyfjalista. Leitast skal við að hafa a.m.k. tvær heimildir fyrir lyfjanotkun, æskilegt er að önnur heimild sé sjúklingur eða aðstandandi.

- ☐ **Ofnæmi**
  - ☐ Einkenni
- ☐ **Meðferðarfylgni**
  - ☐ Lyfjaskömmtun
  - ☐ Aðstoð
- ☐ **Núverandi lyf; styrkleikar, skammtar, tíðni, inntökutímar**
- ☐ **Lyf önnur en föst lyf um munn:**
  - ☐ Lyf í augu eða eyru
  - ☐ Púst/ innöndunarlyf
  - ☐ Stungulyf
  - ☐ Lyfjaplástrar
  - ☐ Krem/ smyrsli
  - ☐ Hormónalyf
  - ☐ Lausasölulyf (t.d. hægðalyf, verkjalyf)
  - ☐ Lyf notuð eftir þörfum
  - ☐ Vítamín, steinefni, náttúrulyf/ -vörur
- ☐ **Nýlegar/ fyrirhugaðar lyfjabreytingar**

Mynd 1. *Tillaga að gátlista við töku lyfjasögu.*



Mynd 2. *Fimm spurningar lyfjarýni.*

angri, íhuga heldur að skipta um lyf. Hafa ber í huga að árangur meðferðar er einnig háður meðferðarheldni og því mikilvægt að stuðla að réttri lyfjanotkun, til dæmis með því að tryggja viðeigandi stuðning heima fyrir og upplýsa sjúkling um mikilvægi þess að taka lyfin rétt.

Spurning um lyfjaöryggi þykir oft víðtæk og yfirþyrmandi. Þá er mikilvægt að nálgast vandamálið út frá einkennum einstaklingsins. Taka skal afstöðu til aukaverkana, en tilgangurinn er ekki að rýna aukaverkanalista allra lyfja heldur spyrja sig hvort einstaklingur sé með einkenni sem gætu skýrst af aukaverkun. Á sama hátt er hægt að nálgast milliverkanir. Gott er að þekkja lyf sem hafa þekktar algengar milliverkanir, það eru svokölluð áhættulyf *(high risk medications)*. Milliverkanagagnagrunnar geta einnig verið hjálplegir en meta þarf hvort upplýsingar séu klínískt mikilvægar. Í töflu I eru dæmi um slíkan gagnagrunn auk annarra gagnlegra tóla sem stutt geta við lyfjarýni.

Tafla I. Heimildir og gagnleg tól við lyfjarýni.

- Polypharmacy Guidance, Realistic Prescribing, NHS Skotlandi
- Miðstöð lyfjaupplýsinga, ráðgefandi lyfjafræðingur sími: 825-3525
- Janusinfo
- Micromedex®
- UpToDate®
- Stockley's Drug Interactions (www.medicinescomplete.com)
- Canadian Deprescribing Network (www.deprescribing.org)
- Seponeringslisten

Hægt er að framkvæma lyfjarýni án þess að fara í gegnum öll skrefin. Hún þarf ekki að fela í sér lausn allra vandamála, heldur fyrst og fremst að bera kennsl á þau og koma í réttan farveg. Til dæmis gæti lyfjarýni farið fram á sjúkrahúsi en úrlausn og eftirfylgni farið fram á heilsugæslu. Því er mikilvægt að samskipti milli meðferðaraðila séu skýr og upplýsingar aðgengilegar.

Flækjustig lyfjameðferða er sífellt að aukast með hækkandi aldri, aukinni sjúkdómsbyrði og fjölgun meðferðarmöguleika. Því reynir enn frekar á gagnrýna nálgun í lyfjameðferð og að lyfjarýni verði stærri hluti af klínísku starfi. Mikilvægt er að allir tileinki sé sameiginlega hugtakanotkun og vinnubrögð til að tryggja gagnkvæman skilning á milli meðferðaraðila. Lyfjaöryggi er á ábyrgð okkar allra.

Aðalfundur Læknafélags Íslands 2021 verður haldinn 29.-30. október
í Hlíðasmára 8 í Kópavogi

Sumarið 2021
Skrifstofa Læknafélags Íslands verður lokuð dagana 12. júlí til 3. ágúst vegna sumarleyfa.



Röð 1 (efsta röð) frá vinstri: Davíð Orri Guðmundsson, Finna Pálmadóttir, Alexandra Aldís Heimisdóttir, Lilja Dögg Gísladóttir, Jóhannes Davíð Purkhús, Sveinbjörn Hávarsson, Stefán Broddi Daníelsson, Þorvaldur Bollason, Jón Karl Axelsson Njarðvík, Árni Arnarson, Gísli Gíslason, Tryggvi Ófeigsson, Valdimar Bersi Kristjánsson, Una Áslaug Sverrisdóttir, Þórhalla Mjöll Magnúsdóttir, Jóhann Arnar Þorkelsson.
Röð 2 frá vinstri: Katrín Birgisdóttir, Ásdís Kristjánsdóttir, Helena Xiang Jóhannsdóttir, Hulda Hrund Björnsdóttir, Stella Sigríður Vilhjálmsdóttir, Eir Starradóttir, Erla Rut Rögnvaldsdóttir, Rósa Harðardóttir, Viktoría Mjöll Ingileifardóttir, Ólöf Ása Guðjónsdóttir, Ásdís Björk Gunnarsdóttir, Hekla Sigurðardóttir, Kamilla Guðnadóttir, Gyða Katrín Guðnadóttir, Surya Mjöll Agha Khan, Brynjar Guðlaugsson, Þórey Bergsdóttir, Herdís Hergeirsdóttir, Katrín Hrund Pálsdóttir, Daníel Geir Karlsson, María C. Osorio.
Röð 3 frá vinstri: Dóra Sigurbjörg Guðmundsdóttir, Bryndís Björnsdóttir, Sigrún Jónsdóttir, Arna Kristín Andrésdóttir, Þórdís Ylfa Viðarsdóttir, Fjóla Ósk Þórarinsdóttir, Sólveig Bjarnadóttir, Birgitta Ólafsdóttir, Stefanía Thorarensen, Alexandra Pálína Barkardóttir, Sjöfn Ragnarsdóttir.
Röð 4 (neðsta röð) frá vinstri: Sylvía Kristín Stefánsdóttir, Guðrún Kristjánsdóttir, Hlín Þórhallsdóttir, Helga Líf Káradóttir, Stefán Már Thorarensen, Alexander Sigurðsson, Sigurður Ingi Magnússon, Hafþór Ingi Ragnarsson, Bjarnþór Ingi Sigurjónsson, Hilmar Pálsson, Áróra Eir Pálsdóttir. Myndir/gag



Hekla Sigurðardóttir, Stella Sigríður Vilhjálmsdóttir, Erla Rut Rögnvaldsdóttir, Guðrún Kristjánsdóttir, Hlín Þórhallsdóttir, Katrín Birgisdóttir, Helena Xiang Jóhannsdóttir og Fjóla Ósk Þórarinsdóttir.



Þórey Bergsdóttir, Gyða Katrín Guðnadóttir, Surya Mjöll Agha Khan, Jóhannes Davíð Purkhús, Sigurður Ingi Magnússon, Hafþór Ingi Ragnarsson, Valdimar Bersi Kristjánsson, og Tryggvi Ófeigsson.

85 nýir læknar útskrifast með fullt lækningaleyfi

Kátt var í Læknafélagshúsi þegar læknanemar sem útskrifast þetta árið skrifuðu undir læknaeiðinn. 85 nýir íslenskir læknar með fullt lækningaleyfi, sem er nýbreytni, því áður fékkst aðeins fullt lækningaleyfi eftir kandídatsár.

Engilbert Sigurðsson, forseti læknadeildar, segir það hafa verið afar ánægjulegt að hitta þennan óvenju fjölmenna hóp ungra lækna og vera með þeim á hátíðarstundu þegar þau undirritaðu læknaeiðinn, heitorð lækna.

„Spennandi verkefni og fjölbreytt tækifæri bíða þeirra á næstu mánuðum og árum. Þetta er fyrsti hópurinn sem fær fullt og ótímabundið lækningaleyfi við útskrift hér á landi. Það skref er afar mikilvægt vegna þróunar sérnáms í Svíþjóð og Noregi, en stór hluti íslenskra lækna hefur tekið sérnám sitt að hluta eða öllu leyti í þeim löndum. Þetta hefur einnig leitt til ákveðinna breytinga á lokaári náms í læknisfræði hér á landi," segir hann.

Læknablaðið óskar læknum útskrifuðum árið 2021 innilega til hamingju með áfangann!



Una Áslaug Sverrisdóttir, Stefanía Thorarensen og Þórhalla Mjöll Magnúsdóttir.



Helga Líf Káradóttir, Dóra Sigurbjörg Guðmundsdóttir, Lilja Dögg Gísladóttir og Eir Starradóttir.



Brynjar Guðlaugsson, Finna Pálmadóttir, Alexandra Aldís Heimisdóttir, Engilbert Sigurðsson og Alexander Sigurðsson.



Guðrún Dóra Bjarnadóttir, geðlæknir og stjórnarmaður í LÍ, Anna Björnsdóttir, taugalæknir og ræðumaður dagsins, og Stefán Már Thorarensen.

Útskrifaðir læknar 2021

Brautskráning frá læknadeild Háskóla Íslands (50).
Brautskráðir frá læknadeildum í öðrum löndum: Slóvakíu (11), Ungverjalandi (12), Danmörku (8), Svíþjóð (1), Kýpur (1), Ítalíu (1) og Hollandi (1).

Alexander Sigurðsson
Alexandra Pálína Barkardóttir
Alexandra Aldís Heimisdóttir
Andrea Jóna Eggertsdóttir
Anna Margrét Benediktsdóttir
Anna Katrín Sverrisdóttir
Arna Kristín Andrésdóttir
Árni Arnarson
Áróra Eir Pálsdóttir
Ása Sigurðardóttir Jensen
Ásdís Björk Gunnarsdóttir
Ásdís Kristjánsdóttir
Birgitta Ólafsdóttir
Birna Eiríksdóttir
Bjarnþór Ingi Sigurjónsson
Björk Björnsdóttir
Bodi-Bilig Bold
Bryndís Steinunn Bjarnadóttir
Bryndís Björnsdóttir
Brynjar Guðlaugsson
Daníel Kristinn Hilmarsson
Daníel Geir Karlsson
Davíð Orri Guðmundsson
Davíð Ás Gunnarsson
Diljá Guðjónsdóttir
Dóra Sigurbjörg Guðmundsdóttir
Einar Friðriksson
Eir Starradóttir
Elísabet Daðadóttir
Erla Rut Rögnvaldsdóttir
Eva Katrín Sigurðardóttir
Éva Margit Tóth
Finna Pálmadóttir
Finnur Sveinsson
Fjóla Ósk Þórarinsdóttir
Gísli Gíslason
Guðrún Kristjánsdóttir
Gyða Katrín Guðnadóttir
Hafþór Ingi Ragnarsson
Halla Björnsdóttir
Halldóra Diljá Ragnarsdóttir
Hekla Sigurðardóttir
Helena Xiang Jóhannsdóttir
Helga Líf Káradóttir
Herdís Hergeirsdóttir
Hilmar Pálsson
Hlín Þórhallsdóttir
Hulda Hrund Björnsdóttir
Ingunn Eydal Jónsdóttir
Jóhann Arnar Þorkelsson
Jóhannes Davíð Purkhús
Jón Karl Axelsson Njarðvík
Kamilla Guðnadóttir
Katrín Birgisdóttir
Lilja Dögg Gísladóttir
Magnús Ari Brynleifsson
Nadía Lind Atladóttir
Nikolay Drogset
Ólöf Ása Guðjónsdóttir
Ragnar Árni Ágústsson
Ragnheiður Anna Þórsdóttir
Rósa Harðardóttir
Salóme Rós Guðmundsdóttir
Sandra Ýr Vilbergsdóttir
Sigrún Jónsdóttir
Sigrún Lilja Sigurgeirsdóttir
Sigurður Ingi Magnússon
Sjöfn Ragnarsdóttir
Sóllilja Guðmundsdóttir
Sólveig Bjarnadóttir
Stefanía Thorarensen
Stefán Broddi Daníelsson
Stefán Már Thorarensen
Stella Sigríður Vilhjálmsdóttir
Surya Mjöll Agha Khan
Sveinbjörn Hávarsson
Sylvía Kristín Stefánsdóttir
Tryggvi Ófeigsson
Una Áslaug Sverrisdóttir
Valdimar Bersi Kristjánsson
Viktoría Mjöll Snorradóttir
Þorvaldur Bollason
Þórdís Ylfa Viðarsdóttir
Þórey Bergsdóttir
Þórhalla Mjöll Magnúsdóttir

Eugene Braunwald er enn að



Þórður Harðarson
Prófessor emeritus,
sérfræðingur í hjartalækningum
thordhar@simnet.is

Hver var áhrifamesti læknir 20. aldar? Gaman væri að kanna hug íslenskra lækna til þess. Ýmis nöfn koma upp í hugann: Sigmund Freud, Robert Koch, Alexander Fleming, Jonas Salk, Virginia Apgar, Michael DeBakey, Benjamin Spock, William Osler og fleiri. En í hugum okkar lyflækna (og ennþá fremur hjartalækna) munu fáir skáka bandaríska lækninum Eugene Braunwald í slíkum samanburði. Líkt og Michael Debakey taldist fremstur hjarta- og æðaskurðlækna á 20. öld, bar Eugene Braunwald ægishjálm yfir aðra hjarta- og lyflækna að minnsta kosti síðari hluta aldarinnar.

Braunwald fæddist árið 1929 í Vínarborg. Foreldrar hans voru gyðingar, Wilhelm og Clara, fædd Wallach. Þau voru vinsæl og vel metnir borgarar. Wilhelm átti klæðaverksmiðju, sem var að sjálfsögðu gerð upptæk eftir innreið nasista í Austurríki í mars 1938. Wilhelm lenti í fangelsi. Clara gerði sér þá ferð til aðalfulltrúa þýsku stjórnarinnar í borginni og benti honum á þá augljósu staðreynd að best færi á því að afhenda Wilhelm aftur stjórn verksmiðjunnar, ef hugmyndin væri sú að hún skilaði hagnaði til Stór-Þýskalands. Wilhelm var látinn laus, en fjölskyldan komst úr landi nokkrum mánuðum síðar því nær allslaus.

Braunwald ólst upp í New York og fjölskyldan þurfti að takast á við fordóma sem innflytjendum mæta á öllum tímum. Hann var listunnandi og kostaði nám sitt meðal annars sem statisti í Metrópólitan-óperunni. Hann þótti einkar hermannlegur sem spjótliði í óperunni Aida. Hann stundaði læknanám við New York-háskóla og Johns Hopkins-háskóla, en sótti nokkur námskeið í Mexíkóborg. Hann taldi sig eftir á hafa haft mest gagn af þeim.

Árið 1952 kvæntist Braunwald Ninu Starr Braunwald, sem var meðal fyrstu kvenna til að gera opnar hjartaaðgerðir. Hún lést árið 1992.

Árið 1955 varð Braunwald yfirmaður hjartarannsókna á National Institute of Health (NIH). Þar gekkst hann fyrir grundvallarrannsóknum á starfsemi hjartans í hjartabilun, lokugöllum og lungnaháþrýstingi. Hann var frumkvöðull í því að meta starfsemi vinstri hjartagáttar með þræðingu gegnum gáttaskipti. Hann mældi fyrstur útfallsbrot hjartans (*ejection fraction*) og LV dp/dt, það er þrýstingsris vinstra slegils. Hann lagði fyrstur réttmæta áherslu á áhrif hormóna og boðefna á starfsemi hjartans.

Á árunum 1968 til 1972 var Braunwald yfirmaður lyflækninga við Kaliforníu-háskóla í San Diego. Hann umbylti strax læknanáminu, sem varð hið nýtískulegasta í Bandaríkjunum, auk þess að byggja upp geysiöflugt rannsóknarteymi. Ég naut góðs af því þegar ég réðst til starfa við Kaliforníu-háskóla sumarið 1976. Braunwald gerðist prófessor við Harvard-háskóla 1972. Þar einbeitti hann sér að rannsóknum á kransæðasjúkdómi. Þar ber hæst svonefndar TIMI-rannsóknarlotur, sem eru orðnar á sjöunda tuginn og hafa þokað mjög fram skilningi manna á viðfangsefninu. Braunwald er meðhöfundur yfir 1200 vísindagreina og tilvitnanir í þær eru um 150.000. Hann var um áratugi aðalritstjóri kennslubókar Harrisons í lyflækningum auk kennslubókar í hjartalækningum sem við hann er kennd.

Braunwalds verður því án efa minnst sem helsta forvígismanns hjartalækninga um allan heim síðustu 40-50 árin. En hann var ekkert lamb að leika sér við fremur en Michael DeBakey. Kröfur hans voru miklar og kveikiþráðurinn stuttur. Helsti samstarfsmaður hans í San Diego, John Ross, þreyttist smám saman á samstarfinu við karlinn, sótti um stöðu prófessors og yfirlæknis á hjartadeild Boston City Hospital og fékk hana. Þegar til kom voru starfsaðstæður í Boston ekki þær sem lofað hafði verið og John Ross hætti við að taka við starfinu. Sneri hann aftur til San Diego, en Braunwald taldi nú Ross eiga ráðningu skilda og lækkaði hann í tign þótt enn væri ekki ráðið í stöðuna sem Ross hafði yfirgefið. Þurfti Ross að bíða marga mánuði áður hann náði að vinna sig upp í fyrra starf.

Í San Diego reyndist Braunwald þannig hinn mesti ógnarbíldur. Meðal ungu læknanna á deild hans var samkynhneigður maður, Thomas Kazamias að nafni. Hann var listrænn og afar skrautgjarn. Ekki naut hann eftirlætis yfirlæknisins. Dag nokkurn hljómaði um allt hátalarakerfi spítalans: „Doctor Kazamias, doctor Kazamias, come immediately to doctor Braunwald´s office.“ Tómas varð að vonum skelfingu lostinn og átti einskis von nema uppsagnar, þótt ekki væri honum ljóst tilefnið. Skundaði hann yfir götuna og barði að dyrum hjá Braunwald. Karl opnaði hurðina, tók af honum hálsbindið og lokaði síðan orðalaust. Hann var á leið á virðulegan fund og þurfti á viðeigandi bindi að halda.

Í starfinu á NIH notuðu Braunwald og félagar hans oft sjálfboðaliða úr röðum fanga í nálægu fangelsi við tilraunir sínar. Einn sá tryggasti hét O´Rourke, sannkaþólskur maður af írskum ættum. Nú leið að jólum. Braunwald sagði við samstarfsmenn sína: „Christmas is at our throats! We´ll have to speed up.“ Voru nú fyrirhugaðar nýjar tilraunir á O´Ro-

urke, en þar var hver að verða síðastur, því að hann hafði fáar nothæfar bláæðar lengur til að leiða plastleggi inn í æðakerfið. Þegar aðfangadagur rann upp bað O´Rourke um leyfi til að dveljast jóladagana tvo á spítalanum og fannst hann hafa unnið til þess. Ekki sá Braunwald nokkra ástæðu til að verða við þeirri bón.

Þegar Eugene Braunwald gerðist prófessor við Harvard var þar fyrir mikið mannval eins og vænta mátti. Meðal hinna frægustu má nefna Bernard Lown, upphafsmann nútíma hjartagæsludeilda, stuðtækja til að meðhöndla hjartsláttartruflanir og handhafa friðarverðlauna Nóbels. Hann var gyðingur, fæddur í Litáen en fluttist ungur til Bandaríkjanna. Hann var ásamt rússneska prófessornum Evgení Chazoff forvígismaður Samtaka lækna gegn kjarnorkuvá. Richard Gorlin var einnig prófessor við Harvard þegar Braunwald bar þar að garði. Hann var heimsþekktur fyrir rannsóknir sínar á hjartalokum og sjúkdómum í þeim. Loks má nefna Edmund Sonnenblick, fyrrum samstarfsmann Braunwalds. Öllum þessum mönnum og mörgum fleiri sagði Braunwald upp störfum og réði nýja í staðinn. Þetta var mesta Bartólómeusarnótt bandarískrar læknisfræði, en Braunwald byggði smám saman upp öflugustu hjartadeild Bandaríkjanna við Harvard-háskólann með nýjum liðsmönnum.

Það setti óneitanlega blett á frægðarskjöld Braunwalds að undir hans verndarvæng störfuðu nokkrir helstu svikarar í vísindasögu síðustu áratuga. Bob Slutsky starfaði með Braunwald í San Diego. Hann birti fjölda vísindagreina sem byggðust á skálduðum niðurstöðum. Sama er að segja um John Darsee, sem um stund var talinn ein helsta framtíðarvon bandarískrar læknisfræði og starfaði á deild Braunwalds við Harvard-háskóla. Báðir þessir menn voru opinberlega afhjúpaðir. Því er einnig haldið fram að grein sem samstarfsmenn Braunwalds birtu í *New England Journal of Medicine* um lyfið amrinone hafi byggst á fölskum mælingum. Kannski var þetta toppur á ísjaka sem aldrei hefur verið fullmældur. Ég tel næsta víst að Braunwald hafi verið fullkomlega ókunnugt um þessa sviksemi, en gegndarlaus vinnuharka hans hefur líklega orðið mörgum manninum ofraun.

Eugene virðist hafa heillast af Íslandi. Hann hefur oft komið hingað, stundum á eigin vegum en tvívegis sem fyrirlesari á norrænum ráðstefnum. Stundum hefur örlað á öfund sænskra kollega þegar okkur hefur tekist að klófesta og kynna til leiks fremstu bandarísku hjartalæknana á okkar ráðstefnuvakt.

Vorið 1989 var von á Gene hingað til fyrirlestrahalds með konu sinni. Sá kvittur var á lofti að illa stæði í bólið hjá honum. Hann hafði nýlega verið í Lissabon og haft allt á hornum sér. Við Árni Kristinsson vorum uggandi og það var tekið til bragðs að hringja í Mark Pfeffer, nánasta samstarfsmann Braunwalds í Boston og leita ráða. Mark sagði að aðalatriðið væri að sýna Nínu þann sóma sem henni bæri. Portúgalarnir hefðu kallað hana Mrs. Braunwald í staðinn fyrir Dr. Braunwald. Þetta hafði ekki fallið í góðan jarðveg. Þetta reyndist heillaráð og Gene og Nína léku á als oddi.

Við Árni Kristinsson flugum til Ísafjarðar með Gene í júní 1999. Þetta var fagur og bjartur sumardagur og gesturinn í sólskinsskapi. Þegar við ókum inn í bæinn kom Gene auga á sjúkrahúsið. Hann sagði: „Now we´ll have fun. I shall deduce the purpose of this building“. Síðan sagði hann að þetta væri ekki fiskvinnsluhús, enda of langt frá sjó. Þetta væri alltof stórt til að vera spítali fyrir fámennt hérað. Svona skuggalegt hús gæti heldur ekki verið skóli fyrir ungt fólk. Þetta hlyti að vera ríkisfangelsið sjálft, The State Penitenciary!

Við svöruðum kindarlega að, jú, þetta væri nú spítali. Jæja, svaraði karl, hve margir íbúar eru í nálægum fjörðum? Þegar svarið lá fyrir kom úrskurðurinn: „Þið þurfið 6 rúma spítala hér“.

Seinast hitti ég Braunwald vorið 2002 í Boston og snæddi með honum hádegisverð. Þá var hann upptendraður af hugmyndum um að samtvinna erfðafræði og lyfjafræði. Skömmu áður hafði verið skipulagður fundur Eugene Braunwalds, samstarfsmanna hans og Kára Stefánssonar hjá Íslenskri erfðagreiningu í Reykjavík. Gene sagði mér að Kári hefði ekki talið nauðsynlegt að mæta á fundinn og glotti kalt.



Eugene Braunwald

Eugene virðist hafa heillast af Íslandi. Hann hefur oft komið hingað, stundum á eigin vegum en tvívegis sem fyrirlesari á norrænum ráðstefnum. Stundum hefur örlað á öfund sænskra kollega þegar okkur hefur tekist að klófesta og kynna til leiks fremstu bandarísku hjartalæknana á okkar ráðstefnuvakt.

Heilbrigðiskerfið: þegar eitthvað fer úrskeiðis

Dögg Pálsdóttir
lögfræðingur Læknafélags Íslands
dogg@lis.is



Á þessum vettvangi hefur áður verið fjallað um það þegar eitthvað fer úrskeiðis við veitingu heilbrigðisþjónustu.[1,2] Þá hafði heilbrigðisstarfsmaður, í fyrsta sinn hér á landi, verið ákærður fyrir manndráp af gáleysi. Því máli lauk með sýknu heilbrigðisstarfsmannsins.[3] Í blaðaviðtölum á þessum tíma kemur fram hversu þungbær reynsla þetta var honum. Hann höfðaði skaðabótamál gegn ríkissjóði enda taldi hann að ríkinu bæri að bæta honum þann miska sem hann hefði orðið fyrir. Ríkissjóður var sýknaður af bótakröfunni á öllum dómstigum.[4]

Þegar eitthvað fer úrskeiðis þarf að koma hreint fram við sjúklinginn. Heilbrigðisstarfsmenn þurfa að: 1) Ræða það opinskátt og heiðarlega við sjúklinginn hvað fór úrskeiðis. Í því er talið felast að fortakslaust þarf að segja sjúklingnum þegar eitthvað fór öðruvísi en fyrirhugað var. 2) Biðja sjúkling afsökunar á því sem gerðist. 3) Bjóða upp á að laga það sem úrskeiðis fór, sé það mögulegt. 4) Útskýra vel skammtíma- og langtímaafleiðingar þess sem gerðist. Eftir atvikum þurfa þessi samskipti að vera við fjölskyldu sjúklingsins. Á það ekki síst við hafi það sem úrskeiðis fór leitt til dauða sjúklingsins.[5]

Við óvænt atvik í heilbrigðisþjónustu er sjónum réttilega fyrst og fremst beint að aðalþolandanum, sjúklingnum og fjölskyldu hans. Algengt er að sjúklingur reyni að sækja skaðabætur vegna þess tjóns sem atvikið olli honum. Oft er ástæða atviks það sem í skaðabótarétti er kallað óhappatilviljun. Á óhappatilviljun ber engin ábyrgð. Þess vegna voru sett hér á landi, að norrænni fyrirmynd, lög um sjúklingatryggingu nr. 111/2000. Lögin tryggja sjúklingum sem verða fyrir óvæntum skaða við meðferð á heilbrigðisstofnun eða hjá heilbrigðisstarfsmanni skaðabætur án tillits til sakar. Þó er í lögunum hámark bótafjárhæðar fyrir hvert tjónstilvik.* Sé fjárhagslegt tjón sjúklingsins hærra þarf hann að sækja umframskaðabætur til heilbrigðisstofnunar eða -starfsmanns, hafi atvikið gerst í sjálfstæðri starfsemi hans. Frekari bætur fást þó ekki nema atvikið megi rekja til gáleysis af hálfu heilbrigðisstarfsmanns.

Með setningu laga um sjúklingatryggingu hefur þannig verið leitast við að bæta sjúklingi eða fjölskyldu hans að einhverju leyti fyrir það tjón sem sjúklingur varð fyrir, þó atvikið hafi engum verið um að kenna.

Lengi var lítið hugað að því að þolendur óvæntra atvika í heilbrigðisþjónustu væru fleiri en sjúklingurinn og fjölskylda hans. Það var læknirinn Albert Wu sem fyrstur benti á að þolendurnir eru fleiri. Hann sagði þolendurna vera að minnsta kosti tvo, sjúklinginn og fjölskyldu hans annars vegar og heilbrigðisstarfsmanninn sem hlut ætti að máli hins vegar. Seinni þolandanum (*second victim*), heilbrigðisstarfsmanninum, og stuðningi við hann mætti ekki gleyma.[6]

Vegna lagaákvæða um tilkynningaskyldu til Embættis landlæknis fær embættið tilkynningar um öll alvarleg mál. Eftir rannsókn máls getur embættið ákveðið að stofna sérstakt eftirlitsmál gagnvart þeim heilbrigðisstarfsmanni sem helst er talinn bera ábyrgð á því sem úrskeiðis fór. Alvarlegasta niðurstaða slíks eftirlitsmáls fyrir viðkomandi heilbrigðisstarfsmann er svipting starfsleyfis. Meðan mál sætir rannsókn embættisins eru þess dæmi að heilbrigðisstarfsmaður sé sviptur starfsleyfi til bráðabirgða eða ákveði sjálfur að leggja inn starfsleyfi sitt.

Málsmeðferðin hjá Embætti landlæknis tekur á þá sem í henni lenda. Þá vill hún oft taka alltof langan tíma. Heilbrigðisstarfsmenn sem lenda í óvæntum atvikum taka það undantekningarlaust mjög nærri sér. Staðreyndin er þó sú að þeir fá oftast lítinn ef nokkurn stuðning til að takast á við afleiðingar þess að vera heilbrigðisstarfsmaðurinn sem í hlut átti.[7] Mikilvægt er því að viðurkenna þörf á stuðningi við heilbrigðisstarfsmenn í þessum sporum. Hætt er við að fái þeir lítinn eða engan stuðning geti það leitt til kulnunar með mögulegum heilsubresti og jafnvel aukinni hættu á nýjum óvæntum atvikum við meðferð sjúklinga.[8] Þetta er kjarninn í því sem Wu læknir benti á í fyrstu grein sinni um efnið árið 2000.

Læknafélag Íslands hefur nú til skoðunar hvernig styðja megi betur við lækna sem lenda í kringumstæðum sem þessum. Stuðningsnetið *Læknar fyrir lækna* er til staðar, en þarf að kynna betur. Auk þess telur LÍ að heilbrigðisstofnanir þar sem atvik verða þurfi að setja sér verklagsreglur um stuðning við heilbrigðisstarfsmenn sem lenda í óvæntum atvikum. Að undirbúningi þess er félagið nú að vinna.

Heimildir

1. Pálsdóttir D. Skráningar og tilkynningaskylda óvæntra atvika. Lögfræði 6. pistill. Læknablaðið 2013; 99: 467.
2. Pálsdóttir D. Dauðsfall á heilbrigðisstofnun. Lögfræði 10. pistill. Læknablaðið 2014; 100: 421.
3. Dómur Héraðsdóms Reykjavíkur í máli nr. S-514/2014 uppkveðinn 9. desember 2015, heradsdomstolar.is/default.aspx?pageid=347c3bb1-8926-11e5-80c-6-005056bc6a40&id=08a65d67-d397-4062-977a-f923a7b5ec0c – júní 2021.
4. Dómur Hæstaréttar í máli nr. 27/2018 uppkveðinn 6. mars 2018, haestirettur.is/domar/domur/?id=b240b-658-5d03-4896-94e9-115b9d9200d3&fbclid=IwAR-2roscIRNm7wejvZRoJwK5bTIt9MC-H_X3s-eqb434HUblXKlVyYziFcSw – júní 2021.
5. Openness and honesty when things go wrong: the professional duty of candour. General Medical Council og Nursing & Midwifery Council. gmc-uk.org/-/media/documents/openness-and-honesty-when-things-go--wrong--the-professional-duty-of-cand_pdf – júní 2021.
6. Wu AW. Medical error: the second victim. The doctor who makes the mistake needs help too. BMJ 2000; 320: 726-7.
7. Lawton R, Johnson J, Janes G, et al. Supporting doctors who make mistakes. BMJ 2019; 365: 12161.
8. Edrees H, Connors C, Paine L, et al. Implementing the RISE second victim support programme at the Johns Hopkins Hospital: a case study. BMJ Open 2016; 6: e011708.

[*] Bótahámarkið er 5.000.000 kr. í lögunum en skal hækka í samræmi við vísitölu neysluverðs. Frá 1. janúar 2021 er bótahámarkið liðlega 12.000.000 kr.

Hvað segja heilbrigðisstarfsmenn?

Vandinn í hnotskurn

Ljóst er að undiraldan í heilbrigðiskerfinu hefur sjaldan verið meiri en fyrir Alþingiskosningarnar í september. Ljóst er að vandi kerfisins er víða: málefni aldraðra, fráflæðisvandi Landspítala, samningsleysi stofulækna, skimanir fyrir leghálskrabbameini og bágir innviðir stofnana, ekki síst Landspítala. *Læknablaðið* leitaði til starfsfólks víða í kerfinu og bað það um að líta á nærumhverfi sitt, segja frá áhyggjum sínum þar og benda á það sem helst þarf að laga – í afar stuttu máli, eða 150 orðum.

1 **Hvaða faglega vanda í nærumhverfi þínu hefur þú mestar áhyggjur af og hvernig finnst þér að ætti að leysa hann?**

2 **Hvað þarf að laga í heilbrigðiskerfinu?**

Björn Rúnar Lúðvíksson

Prófessor, yfirlæknir ónæmisfræðideildar Landspítala.
Forseti norrænu ónæmisfræðisamtakanna.
Ónæmisfræðideild Landspítala og læknadeild Háskóla Íslands.
Hve lengi þar? Síðan 2000.

Auka þarf vísindi, taka á reiði og stokka upp



1. A) Rétta þarf af bágborna stöðu vísinda og kennslu sem hefur haldið áfram að veikjast á kjörtímabilinu. Fáir læknar eða aðrir sérfræðingar spítalans sjá sér orðið fært eða hag af því að stunda kennslu eða rannsóknir af krafti. B) Tryggja þarf mönnun og stuðla að eðlilegri endurnýjun innan okkar raða til að taka á almennri þreytu og reiði meðal margra starfsmanna í nær öllum stéttum sem sjaldan eða aldrei hefur verið meiri. C) Gera þarf óháða úttekt á starfsemi spítalans svo tryggja megi öryggi sjúklinga sem nú er ógnað. D) Snúa þarf þeirri ákvörðun við að forstjóri svari aðeins til heilbrigðisráðherra, því slíkt er fáheyrt meðal vestrænna þjóða. Mikilvægi sjálfstæðrar stjórnar yfir Landspítala hefur sjaldan verið skýrari en nú.

2. A) Draga þarf fram í dagsljósið að íslenskt heilbrigðiskerfi er rekið með verulegri arðsemi ár hvert. Því er fráleitt að tala um hallarekstur heilbrigðisþjónustunnar. B) Enn skýrari verkaskiptingu þarf en nú finnst í uppfærðri heilbrigðisstefnu svo þekkt sé hvaða aðilar eru best til þess fallnir að viðhalda heilbrigði heillar þjóðar. Margir mismunandi aðilar og mismunandi rekstrarform þurfa að koma að borðinu. C) Auka þarf áherslu á heilbrigðisþjónustu langvinnra sjúkdóma og endurhugsa aðkomu heilbrigðiskerfisins að forvörnum, eftirliti og lyfjameðferð þeirra. D) Huga þarf að heildrænni nálgun til að tryggja áhyggjulaust ævikvöld því heilbrigðisþjónusta við aldraða hefur beðið skipbrot.

Árni Johnsen

Læknir
Nordverse Medical Solutions
Hve lengi þar? Eitt ár

Efla rafrænar lausnir og fella fílabeinsturna



1. Skráning upplýsinga í rafræna sjúkraskrá er gífurleg byrði á lækna og aðra heilbrigðisstarfsmenn. Heilbrigðiskerfi okkar er króníst undirfjármagnað og undirmannað á flestum vígstöðvum, en þó eyða læknar um 50% af sínum takmarkaða tíma í vinnu við tölvu. Í samanburði við heildarútgjöld til heilbrigðiskerfisins þá verjum við afskaplega litlu til þróunar á rafrænum heilbrigðislausnum. Þessi málaflokkur þarf meiri athygli og meira fé, bæði til úrbóta á eldri kerfum og til nýsköpunar.

2. Of margir stjórnendur í heilbrigðiskerfinu hafa fjarlægst og gleymt „gólfinu“. Það hafa myndast of mörg lög millistjórnenda og skriffinna sem aðskilja starfsmenn sem sinna klínískri vinnu og þau sem taka stefnumótandi ákvarðanir um rekstur og framtíð heilbrigðiskerfisins,“ segir Árni. „Stjórnendur úr röðum heilbrigðisstarfsmanna ættu ekki að hætta alfarið klínískum störfum þegar þeir taka við stjórnunarstöðum og fella þarf þá fílabeinsturna sem hafa sprottið upp þar sem skipuritin eru þykkust.

Sandra B. Franks

Sjúkraliði – Sjúkraliðafélag Íslands, formaður
Hve lengi þar? Þrjú ár

Mynda traust og koma í veg fyrir flæðisvanda



1. Þegar fagleg hæfni sjúkraliða er ekki nýtt sem skyldi vegna vanþekkingar samstarfsfólks á kunnáttu þeirra og getu myndast togstreita og álag milli fagstétta sem leitt getur til erfiðra samskipta, vanlíðunar og jafnvel kulnunar í starfi.

Með því að upplýsa samstarfsfólk um faglega þekkingu sjúkraliða og nýta hana í samræmi við kunnáttu, menntun og reynslu myndast traust til að vinna í teymum, sem bætir líðan starfsfólks og þar með gæði þjónustunnar.

2. Lykilatriði er að markviss heilbrigðisþjónusta sé veitt af réttu fagfólki á réttum stað innan kerfisins. Heilbrigðiskerfið þarf að virka sem samfelld heild þannig að upplýsingar og samstarf meðal þeirra sem veita heilbrigðisþjónustu komi í veg fyrir flæðisvanda. Heilsugæsla > sérfræðiþjónusta > sjúkrahús > heimahjúkrun > hjúkrunarheimili þurfa að sníða þjónustuna, samstarfið og upplýsingaflæðið að þörfum þeirra sem leita eftir úrræðum við margvíslegum heilbrigðisvanda. Með árangurstengdri fjármögnun, gagnsæju flokkunarkerfi og skýrum ferlum og verklagi væri þetta mögulegt.

Sigrún Jónsdóttir

Sérnámsgrunnslæknir
Heilsugæsla Sauðárkróks, Heilbrigðisstofnun Norðurlands
Hve lengi þar? Til 8. október 2021.

Tryggja þarf mönnun og setja aldraða í forgang



1. Í mínu nærumhverfi eru verðandi sérnámsgrunnslæknar sem kvíða því að hefja störf á bráðamóttöku Landspítalans. Skiljanlega í ljósi stöðunnar og, að því er virðist, vegna skorts á aðgerðum hingað til. Skortur á sérfræðilæknum kemur niður á þjónustu við sjúklinga, er hættulegur og skerðir sömuleiðis námstækifæri yngri lækna. Það er ekki sérlega heillandi né styðjandi umhverfi. Ég tek því undir ályktanir fjölda læknafélaga sem hvetja stjórnvöld og heilbrigðisstofnanir til þess að tryggja að mönnun starfsfólks sé fullnægjandi.

2. Það er að ýmsu að huga en þjónusta við aldraða ætti að vera forgangsatriði. Í fréttum þann 14. júní kom fram að hlutfall sjúklinga á spítalanum sem bíða eftir öðrum úrræðum hafi aldrei verið hærra. Þessi vandi virðist hafa *relapse-remitting* mynstur þar sem opnun hjúkrunarheimilis annað slagið bætir aðeins ástandið. Ég vona að þær aðgerðir sem átakshópur bráðamóttökunnar kynntu síðastliðinn vetur brjóti þetta mynstur að einhverju leyti og að langtímalausnir frekar en skammtíma ráði ríkjum í málaflokknum.

Karl G. Kristinsson

Yfirlæknir/prófessor
Sýkla- og veirufræðideild Landspítala
Hve lengi þar? 33 ár.

Ný tæki og afkastahvetjandi fjármögnun



1. Fjármagn til tækjakaupa á Landspítalanum er og hefur verið mjög takmarkað. Mörg tækjanna eru gömul og óáreiðanleg. Þetta getur skapað alvarleg vandamál í rekstri og þjónustu, eins og kom í ljós í upphafi COVID-19 þegar gamall tækjakostur sýkla- og veirufræðideildar þoldi ekki álagið. Veita þarf mun meira fjármagni til tækjakaupa en gert hefur verið, bæði til að tryggja rekstraröryggi og geta innleitt nýjar og betri rannsóknaraðferðir fyrr en verið hefur.

2. Bæta þarf kostnaðargreiningu á rannsóknum og meðferðarúrræðum. Fjármögnun þarf að vera afkastahvetjandi frekar en letjandi. Erfitt getur verið að innleiða nýjar rannsóknir sem bæta meðferð og draga úr kostnaði fyrir heilbrigðiskerfið, af því að viðbótarkostnaðurinn lendir óbættur á rannsóknadeildum. Dregið hefur úr virkni í vísindarannsóknum á heilbrigðissviði, meðal annars vegna manneklu og vinnuálags. Auka þarf vægi vísindarannsókna á heilbrigðissviði með því að tryggja fullnægjandi mönnun og skapa starfsmönnum svigrúm til rannsókna.

Guðbjörg Pálsdóttir

Hjúkrunarfræðingur
Félags íslenskra hjúkrunarfræðinga, formaður
Hve lengi: Formaður frá 2016.

Öflugri teymisvinna og geðrænir sjúkdómar á sama sess og líkamlegir



1. Vangeta heilbrigðiskerfisins til að mæta fólki með stigvaxandi langtímavandamál og sjúkdóma sem sérstaklega tilheyra geðheilbrigðis- öldrunar- og endurhæfingasviði. Við þurfum raunverulega teymisvinnu heilbrigðsstétta og verðum að veita heilbrigðisþjónustu á breiðari grunni með fleiri fagstéttum er koma að meðferð. Betri nýting stétta eins og til dæmis lyfjafræðinga, næringafræðinga, sjúkra-, þroska- og iðjuþjálfara, félagsráðgjafa o.fl. Meiri og markvissari uppbyggingu rafrænna lausna til að sinna þessum hópi og innleiðingu snjalllausna sem getur minnkað mannaflaþörf en aukið öryggi notenda.

2. Heilsuverndarstarfsemi, svo sem mæðravernd, ungbarnavernd og skólaheilsugæsla, fer alfarið til hjúkrunarfræðinga og ljósmæðra. Stórauka þarf tækni- og stafrænar lausnir í þjónustu eldri borgara til að mæta auknum þjónustuþörfum. Víkkað starfssvið sérfræðinga í hjúkrun verði lögfest. Framboð sérfræðinga innan læknastéttarinnar með samning við ríkið endurspegli þarfir samfélagsins hverju sinni. Tilvísun læknis í sjúkraþjálfun afnumin. Sambærilegt eftirlit með sjón og sjónvernd til samræmis við núverandi heyrnarvernd. Meðferð og meðhöndlun geðrænna sjúkdóma öðlist sama sess og líkamlegir sjúkdómar innan heilbrigðiskerfisins.

Einar Þór Þórarinsson

Heimilislæknir
Heilsugæslan Seltjarnarnesi og Vesturbæ
Hve lengi þar? Síðan 2014.

Vantar stuðning og að auka samfellu í þjónustunni



1. Í starfi mínu innan heilsugæslunnar sé ég sem mestan vanda skort á stuðningi við störf heimilislæknisins. Annars vegar ytri stuðningur í formi áreiðanlegra og gagnsærra leiða til að koma áfram erindum sem eru of flókin til úrlausna í heilsugæslu, þetta er þó misjafnt eftir sérgreinum. Hins vegar innri stuðningur í formi betri mönnunar annarra stétta innan heilsugæslunnar, svo sem hjúkrunarfræðinga og ritara, sem myndi bæta nýtingu á þekkingu og þjálfun heimilislækna.

2. Það sem helst þarf að laga er að halda áfram að samþætta mismunandi stig og þætti kerfisins svo að það myndist meiri samfella í þjónustunni. Oft á tíðum er talsverð skörun á þeim vandamálum sem til dæmis er sinnt af heimilislæknum annars vegar og sérfræðingum hins vegar. Það þarf að skilgreina verksvið hvers þjónustustigs fyrir sig og koma á samkomulagi um hvenær eðlilegt er að ábyrgð á þjónustu vegna tiltekins vanda flytjist á milli stiga.

ALÞINGISKOSNINGAR 2021

Samantekt svara stjórnmálaflokkanna við spurningum Læknablaðsins um heilbrigðisþjónustuna fyrir Alþingiskosningarnar 25. september næstkomandi

4 Enginn flokkur leggst gegn einkarekinni heilbrigðisþjónustu

Allir stjórnmálaflokkarnir eru fylgjandi einkarekstri en þó með ólíkum forsendum. Hann getur samrýmst markmiðum stjórnvalda um aðgengi að þjónustu, ef hann er ekki í hagnaðarskyni, er afstaða *Vinstri grænna*.

Sjálfstæðisflokkurinn segir að það sé skýr afstaða sín að virkja eigi kraftinn í einkaframtakinu í auknum mæli á öllum sviðum. *Viðreisn* segir að ekki eigi að skipta máli hver veitir þjónustuna heldur að þjónustan sé fagleg og góð fyrir sjúklinginn.

Miðflokkurinn telur að óhætt að ætla að með því að auka valmöguleika í rekstri verði auðveldara að fá heimilislækna til starfa og *Framsóknarflokkurinn* segir blandaða leið skynsamleg leið. *Flokkur fólksins* er fylgjandi bæði einkareknum og opinberum heilsugæslustöðvum.

Píratar telja að enginn eigi að græða óeðlilega á heilsutapi fólks og því ein leið að banna arðgreiðslur úr rekstri heilbrigðisþjónustu. *Samfylkingin* vill að kjölfesta og meginþungi heilbrigðisþjónustunnar sé í opinberum rekstri.

5 Stjórnarflokkarnir ósamstiga um hvort nýta eigi einkarekna þjónustu til að vinna á biðlistum

Sjálfstæðisflokkurinn telur bagalegt að senda sjúklinga um langan veg út fyrir landsteinana, ef hægt er að veita sömu þjónustu hér á landi. *Vinstri græn* segja hins vegar að efla skuli getu heilbrigðisstofnana til að sinna ákveðnum aðgerðum áður en samið sé við einkaaðila um veitingu þjónustunnar. Ljóst er að stjórnarflokkarnir eru ósamstiga.

Framsóknarflokkurinn segir að mun betra sé að aðgerðirnar séu gerðar hér heima greiði ríkið fyrir þær erlendis en skýran ramma þurfi um þjónustuna. *Flokkur fólksins* segir að hann hafi ítrekað talað gegn því fyrirkomulagi. *Viðreisn* bendir á að flokkurinn hafi í þrígang lagt fram frumvarp sem heimili sjúkratryggðum einstaklingi sem hafi rétt til að sækja sér heilbrigðisþjónustu í öðru EES-ríki að sækja þjónustuna hér á landi. *Miðflokkurinn* segir ástandið nú lýsandi dæmi um uppgjöf kerfisins.

Samfylkingin telur að átak þurfi til að vinna á biðlistum á öllum stigum heilbrigðiskerfisins og *Píratar* telja að alla jafna beri ríkisstofnunum að ná sem hagstæðustu samningum í rekstri sínum.

6 Góð starfsskilyrði og nýsköpun talin stuðla að sterkari landsbyggð

Samfylkingin telur mikilvægt að skilgreina betur stöðu Landspítala og Sjúkrahússins á Akureyri gagnvart öðrum veitendum heilbrigðisþjónustu. Nýta þurfi kragasjúkrahúsin betur. *Píratar* segja að skapa þurfi góð starfsskilyrði á landsbyggðinni fyrir heilbrigðisstarfsfólk. *Miðflokkurinn* hyggst styrkja á ný heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni á öllum stigum hennar. *Framsóknarflokkurinn* bendir á að í stefnu sinni komi fram að ávallt skuli tryggja landsmönnum bestu heilbrigðisþjónustu óháð búsetu.

Flokkur fólksins segir að starfsemi sjúkrahúsa á landsbyggðinni eigi að vera óskert frá því sem nú er. *Sjálfstæðisflokkurinn* bendir á að auka þurfi nýsköpun í heilbrigðisþjónustu og þá ekki síst fjarheilbrigðisþjónustu, þannig að færa megi þjónustuna nær notendum óháð búsetu. *Viðreisn* telur að skilgreina verði betur lágmarksréttindi almennings varðandi aðgengi að heilbrigðiskerfi og taka mið af fjarlægð frá þjónustu.

Vinstri græn segja stóru sjúkrahúsin tvö verða áfram burðarása í heilbrigðisþjónustunni. Áfram þurfi að efla nám í heimilislækningum og tryggja að starfskjör og aðstaða þeirra sem vinna á þeim vettvangi sé viðunandi.

Þau leiða flokkana í kosningum 2021



Flokkur Fólksins
Inga Sæland formaður

Framsókn

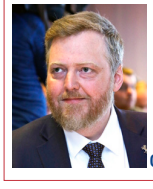
Sigurður Ingi Jóhannsson formaður



Logi Einarsson formaður



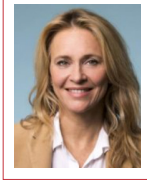
Bjarni Benediktsson formaður



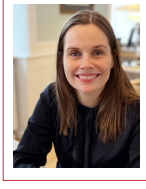
Sigmundur Davíð Gunnlaugsson formaður



Halldóra Mogensen þingflokksformaður



Þorgerður Katrín Gunnarsdóttir formaður



Katrín Jakobsdóttir formaður

4. SPURNING

Hver er afstaða framboðs ykkar til einkareksturs í heilbrigðiskerfinu; þar á meðal einkarekinna heilsugæslustöðva?

Vilja bæði einkareknar og opinberar heilsugæslustöðvar

Flokkur Fólksins

Flokkur fólksins er fylgjandi því að á landinu starfi bæði einkareknar og opinberar heilsugæslustöðvar.

Blandaður rekstur er leið til bættrar þjónustu

Framsókn

Framsóknarflokkurinn leggur fyrst og fremst áherslu á að allir geti sótt sér heilbrigðisþjónustu óháð efnahag. Framsóknarflokkurinn telur að blönduð rekstrarleið sem samanstendur af ríkisrekinni og einkarekinni þjónustu geti átt rétt á sér og geti stuðlað að bættri þjónustu. Blönduð leið er skynsamleg leið og til þess fallin að stuðla að skilvirkni og hagkvæmni. Erfitt hefur verið að fá lækna til þess að fara í sérnám í heimilislækningum. Meðal annars vegna þess að þeir hafa bara eitt form til að fara inn í, það er að starfa á ríkisreknum heilsugæslum á meðan aðrir sérgreinalæknar hafa farið í rekstur með ólíkum hætti. Framsóknarflokkurinn telur það vera skynsamlega þróun að hafa einkareknar heilsugæslustöðvar samhliða ríkisreknum. Með því má tryggja að fleiri læknar sæki sér menntun sem heilsugæslulæknar og aukin þjónusta verður í boði. Tryggja verður heilsugæslu fyrir alla, enda er heilsugæslunni ætlað stórt hlutverk í heilbrigðisþjónustunni við landsmenn samkvæmt lögum.

Einkarekstur er góð viðbót

MIÐFLOKKURINN

Einkareknar heilsugæslustöðvar hafa reynst góð viðbót við heilbrigðiskerfið og sannað sig með því að veita góða og vandaða þjónustu. Þær hafa eflt nýliðun meðal heimilislækna á höfuðborgarsvæðinu og veitt læknum val um hvort þeir starfa hjá opinberum aðilum eða reka eigin þjónustu eins og aðrir sérfræðilæknar hafa átt kost á. Óhætt er að ætla að með því að auka valmöguleika hvað varðar rekstrarform, verði auðveldara að fá heimilislækna til starfa. Það hefur verið góð reynsla af rekstri einkarekinna heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu og sú reynsla sýnir að einkarekstur við hlið opinbers rekstrar er góð viðbót í heilbrigðisrekstri. Brýnt er að þetta fyrirkomulag nýtist einnig landsbyggðinni. Mikilvægt er að tryggja að greiðslufyrirkomulagið mismuni ekki sjúklingum og auki gegnsæi í nýtingu fjármuna óháð því hvort einkaaðili eða opinber aðili sér um reksturinn.

Einkarekstur án hagnaðar getur samrýmst markmiðum

VINSTRI GRÆN

Einkarekstur í heilbrigðiskerfinu er og hefur verið umtalsverður hluti af íslensku heilbrigðiskerfi. Slíkur rekstur, ekki í hagnaðarskyni, getur samrýmst markmiðum stjórnvalda um aðgengi að þjónustu.

Einkarekstur ekki á kostnað opinbera kerfisins

Píratar

Einkarekstur getur verið ágætis leið til að straumlínulaga einstaka rekstrareiningar, svo sem heilsugæslustöðvar. Það má þó aldrei verða á kostnað opinbera kerfisins, að nota fjársvelti til að réttlæta aukna einkavæðingu í heilbrigðisþjónustu. Píratar telja að enginn eigi að græða óeðlilega á heilsutapi fólks eða tilraunum þess til að halda heilsu. Ein leið að því marki er að takmarka eða banna arðgreiðslur úr rekstri heilbrigðisþjónustu sem færðar er til einkaaðila en telst engu að síður til grundvallarmannréttinda allra sem hér búa.

Meginþunginn í opinberum rekstri

Samfylkingin

Samfylkingin vill að kjölfesta og meginþungi heilbrigðisþjónustunnar sé í opinberum rekstri. Óhagnaðardrifinn rekstur heilsugæslustöðva getur verið valkostur en á ekki að koma í staðinn fyrir almennar opinberar heilsugæslustöðvar heldur sem viðbót þar sem slíkt getur verið valkostur. Hið opinbera verður fyrst og fremst að tryggja aðgengi allra að þessari nauðsynlegu 1. stigs heilbrigðisþjónustu en hætta er á að ef um of verður einblínt á einkarekstur í þessum málum þá muni dreifðari og fámennari byggðir fá verri þjónustu. Því miður er það raunin víða um land og er óásættanlegt. Að mati Samfylkingarinnar getur einkarekstur ekki tekið alfarið yfir þá grunnþjónustu sem hið opinbera á að veita.

Góð þjónusta óháð rekstrarformi

Sjálfstæðisflokkurinn

Það er skýr afstaða Sjálfstæðisflokksins að virkja eigi kraftinn í einkaframtakinu í auknum mæli á öllum sviðum. Þetta á ekki síst við í heilbrigðiskerfinu, þar sem oftar en ekki má veita betri þjónustu fyrir færri krónur. Það sem mestu máli skiptir í þessu eins og öðru er að góð þjónusta sé til staðar, en ekki hver veitir hana. Það á sannarlega ekki að vera keppikefli að allir þættir þjónustunnar séu beinlínis á hendi ríkisins.

Mikil ánægja hefur mælst hjá notendum einkarekinna heilsugæslustöðva í könnunum og teljum við í Sjálfstæðisflokknum ekki ástæðu til annars en að nýta áfram krafta einkaframtaksins á þessu sviði, líkt og öðrum. Við eigum að halda áfram að bjóða út starfsemi heilsugæslunnar til að auka aðgengi, hagkvæmni og skilvirkni og gera veitendum heilbrigðisþjónustu í auknum mæli kleift að starfa sjálfstætt.

Framúrskarandi þjónusta lykilatriði

Viðreisn fagnar fjölbreyttu rekstrarformi. Lykilatriðið er að almenningur njóti framúrskarandi þjónustu og að sú þjónusta falli undir greiðsluþátttökukerfi og gæðaeftirlit ríkisins. Tryggja verður jafnræði þjónustuveitenda óháð rekstrarformi.

Sjálfstætt starfandi fagaðilar (þar á meðal heilsugæslur) eru mikilvægur hluti af opinbera heilbrigðiskerfinu. Viðreisn vill nýta krafta þeirra til að styðja við ríkisrekna hluta opinbera kerfisins. Þannig getum við veitt fjölbreytta notendamiðaða þjónustu. Markmiðið verður að vera að nýta þá fjármuni sem í boði eru á sem hagkvæmastan máta til að tryggja gæðaþjónustu og almennt og jafnt aðgengi að þjónustunni.

Það á ekki að skipta máli hver veitir þjónustuna heldur að þjónustan sé fagleg og góð fyrir sjúklinginn. Við eigum að nýta alla krafta sem við höfum, við einfaldlega höfum ekki efni á því að gera það ekki.

5. SPURNING

Stjórnvöld senda fólk sem ekki kemst í aðgerðir á ríkisreknum heilbrigðistofnunum í aðgerðir erlendis fremur en á einkareknar læknastöðvar innanlands. Hver er afstaða framboðsins til þessa?

Tala gegn fyrirkomulaginu

Flokkur Fólksins

Flokkur fólksins hefur ítrekað talað gegn því fyrirkomulagi. Við teljum að þetta auki áhættu sjúklinga, sniðgangi íslenska lækna og auki kostnað ríkissjóðs.

Tryggja verði ramma og nýta þekkinguna

Framsókn

Framsóknarflokkurinn telur mikilvægt að nýta þá þekkingu og menntun sem til staðar er í landinu hverju sinni. Tryggja verður að skýr rammi sé utan um þá þjónustu sem einkareknar læknastöðvar innanlands veita. Það þarf að eiga sér stað samtal við þessar stöðvar þar sem fundin verði út leið til þess að gera samning án þess að kostnaður ríkisins verði fram úr hófi. Ef ríkið er að borga fyrir þessar aðgerðir erlendis þá er að sjálfsögðu mun betra að þær séu gerðar hér heima.

Fullvalda þjóðir haldi þekkingunni í landinu

MIÐFLOKKURINN

Slík niðurstaða getur aldrei verið hluti af heilbrigðisstefnu fullvalda þjóðar. Annað gildir um afar sérhæfðar aðgerðir sem ekki er unnt að framkvæma á Íslandi. Það er eðlilegt að við leitum liðsinnis færustu sérfræðinga utan landsteinanna. Ef við ætlum að tryggja framúrskarandi heilbrigðisþjónustu fyrir alla þá þarf heilbrigðiskerfið að vera hluti af því þekkingarþjóðfélagi sem við viljum reka á Íslandi. Því þarf að gæta þess að hér á landi sé ávallt til staðar eins mikil og ítarleg þekking og unnt er á eðli og meðhöndlun sjúkdóma. Stundum getur verið nauðsynlegt og skynsamlegt að semja um samnýtingu tækja og mannafla um lengri eða skemmri tíma við aðrar þjóðir þegar óvenjulegir og erfiðir sjúkdómar eiga í hlut. Það er hins vegar lýsandi dæmi um uppgjöf kerfisins þegar sjúklingar séu sendir til útlanda í þeim tilgangi að gera til þess að gera einfaldar aðgerðir sem kosta þar þrefalt meira en þær myndu kosta á Íslandi.

Hágæðaþjónusta umfram sparnað

Alla jafna ber ríkisstofnunum að ná sem hagstæðustum samningum í rekstri sínum. Í einhverjum tilvikum þýðir það að senda þarf sjúklinga erlendis. En sparnaður er langt frá því að vera eina takmark ríkisins. Í ljósi þeirrar miklu eftirspurnar sem er eftir læknum um allan heim, má hæglega sjá fyrir sér samning sem myndi ekki eingöngu tryggja sjúklingum aðgengi að hágæða þjónustu hér á landi, heldur einnig tryggja sérfræðilæknum störf hér á landi. Þannig mætti koma í veg fyrir atgervisflótta.

Forgangsröðun til að nýta fjármagnið sem best

Samfylkingin telur að það þurfi átak til að vinna á biðlistum, það átak þarf að verða með samhentu átaki á öllum stigum heilbrigðiskerfisins. Heilbrigðisþjónusta hér á landi hefur því miður verið svo vanfjármögnuð að biðlistar lengjast langt úr hófi. Biðlistamenningin í íslensku heilbrigðiskerfi er því miður orðin að venju frekar en hitt og nauðsynlegar aðgerðir í daglegu tali kallaðar valkvæðar. Það er ekki valkvætt að komast ekki fram úr rúmi vegna biðlista í liðskiptaaðgerðir eða komast ekki til vinnu vegna biðlista í legnám svo dæmi séu tekin. Samfylkingin telur að öflugt heilbrigðiskerfi sem er vel skipulagt, vel fjármagnað og vel mannað sé það sem mestu skiptir. Þar sem slíkt kerfi grundvallast á jöfnu aðgengi verður alltaf að forgangsraða og leita leiða til að nýta fjármuni með sem hagkvæmustum hætti.

Virkja eigi kraftinn í einkaframtakinu

Sjálfstæðisflokkurinn telur bagalegt að senda sjúklinga um langan veg út fyrir landsteinana, ef hægt er að veita sömu þjónustu hér á landi. Í þessum málum eigum við að virkja í auknum mæli kraftinn í einkaframtakinu innanlands þar sem það er mögulegt. Það er engum greiði gerður, hvorki sjúklingum, læknum né ríkissjóði, með því að leita langt yfir skammt þegar kemur að heilbrigðisþjónustu.

Fólk fái að nýta sérfræðilæknana hérlendis

Viðreisn hefur gagnrýnt fyrirkomulagið að sjúklingar séu sendir erlendis í aðgerðir þegar hægt er að framkvæma þær með lægri tilkostnaði og meira öryggi á Íslandi. Viðreisn hefur í þrígang lagt fram frumvarp sem heimilar sjúkratryggðum einstaklingi sem hefur rétt til að sækja sér heilbrigðisþjónustu í öðru EES-ríki að sækja þjónustuna hér á landi þótt samningur um heilbrigðisþjónustu við viðkomandi læknastofu (eða samsvarandi) sé ekki fyrir hendi. Skilyrði fyrir slíkri heimild er að þjónustan sé veitt af aðila sem uppfyllir allar kröfur sem til slíkrar þjónustu eru gerðar.

Ljóst er að það er mikið rask fyrir sjúklinga að vera sendir úr landi í aðgerðir enda sýna dæmin að margir treysta sér ekki í slíka för þó það sé í boði. Þessi stefna stjórnvalda er óskiljanleg, á sama tíma og hér á landi er vannýtt aðstaða og sérfræðiþekking til staðar til að framkvæma sömu aðgerðir.

Hið opinbera gangi fyrir

Forsenda þess að greitt sé fyrir þjónustu með opinberu fé er sú að fyrir liggi samningar við viðkomandi aðila um þjónustuveitingu. Slíkt hefur ekki legið fyrir innanlands í þeim tilvikum þar sem fólk hefur þegið aðgerðir utan Íslands, þó að innlendir aðilar hafi haft aðstöðu og getu til að framkvæma aðgerðir. Það er mat VG að forgangsraða skuli fjármagni í hina opinberu heilbrigðisþjónustu og að efla skuli getu heilbrigðisstofnana til að sinna ákveðnum aðgerðum áður en samið er við einkaaðila um veitingu þjónustunnar.

6. SPURNING

Lengi hefur verið vandi að manna læknisstörf í dreifbýli landsins. Í ljósi þeirrar stefnu að hver íbúi landsins hafi rétt á heimilislækni, hver er stefna framboðs ykkar varðandi læknaskort dreifbýlisins? Hver er stefna framboðsins varðandi önnur sjúkrahús en Landspítala og Sjúkrahúsið á Akureyri?

Jafnt aðgengi óháð búsetu

Flokkur fólksins vill tryggja jafnt aðgengi að heilbrigðisþjónustu fyrir alla landsmenn óháð búsetu. Við viljum efla heilbrigðisstofnanir landsbyggðarinnar og auka nærþjónustu. Við viljum fjölga heimilislæknum á landsbyggðinni og sérfræðingum. Foreldrar eiga ekki að þurfa að flytja til Reykjavíkur ef barn þeirra þarfnast tiltekinnar þjónustu. Við viljum vinda ofan af þeirri þróun sem hefur átt sér stað undanfarin ár og koma í veg fyrir að fólk á landsbyggðinni þurfi að óttast svartíma neyðarþjónustu vegna þess hve langt er í næsta sjúkrabíl, slökkvibíl eða lögreglubíl. Sjúkrahús og heilsugæslustöðvar eru lykilþættir í innviðum héraða landsins. Starfsemi sjúkrahúsa á landsbyggðinni á að vera óskert frá því sem nú er og eflaust mætti efla hana á sumum sérsviðum svo sem í liðskiptiaðgerðum. Við viljum að hjúkrunarheimili á landsbyggðinni verði efld svo að allir fái að dvelja í heimabyggð á sínum efri árum.

Vilja styrkja heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni

Miðflokkurinn hefur lagt mikla áherslu á að styrkja heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni og snúa þannig við þeirri óheillaþróun sem hefur orðið þar undanfarna áratugi með síversnandi þjónustu og verra aðgengi að henni. Miðflokkurinn leggur áherslu á að sjúkrahúsið á Akureyri verði áfram háskólasjúkrahús og njóti sömu stöðu og Landspítalinn ásamt því að sjúkrahúsin á landsbyggðinni og heilsugæslan verði efld verulega með nútíma tækjabúnaði, læknum og hjúkrunarfólki ásamt því að standa vörð um aðgengi íbúa landsins að fullkominni heilbrigðisþjónustu í heimabyggð, þar með talið geðheilbrigðisþjónustu. Miðflokkurinn hyggst þannig styrkja á ný heilbrigðisþjónustu á öllum stigum hennar enda óeðlilegt að flytja sjúklinga á milli landshluta þeim til mikils óhagræðis í öllu tilliti. Huga þarf að nýjum tæknilausnum, s.s. fjarlækningum en Miðflokkurinn leggur þó þá áherslu á að ekkert kemur í staðinn fyrir mannlega nánd.

Nýta megi námslán til að fá lækna út á land

Í stefnu Framsóknarflokksins kemur fram að ávallt skuli tryggja landsmönnum bestu heilbrigðisþjónustu óháð búsetu. Efla þarf fjarlækningar og þannig nýta færni sérfræðinga til þess að þjónusta alla landsmenn. Jafna þarf aðgang að heilbrigðisþjónustu, óháð búsetu, með því að auka þjónustu sérfræðilækna utan höfuðborgarsvæðisins með samningum við sérhæfðu sjúkrahúsin. Framsóknarflokkurinn telur mikilvægt að sem flestir læknanemar fái tækifæri til þess að kynnast heilbrigðisþjónustu á landsbyggðinni í gegnum námið. Mikilvægt er að búa til aðlaðandi vinnuumhverfi fyrir heilsugæslulækna á landsbyggðinni þannig að þeir geti hugsað sér að setjast að í viðkomandi bæjarfélögum. Nýta má námslánakerfið sem hvata fyrir fólk til þess að setjast að í dreifðum byggðum. Þá bætir Loftbrúin, sem er áherslumál Framsóknar, aðgengi að miðlægri þjónustu í höfuðborginni með 40% afslætti af heildarfarþegagjaldi. Framsóknarflokkurinn telur mikilvægt að heilbrigðisstofnanir landshlutanna geti rekið umdæmissjúkrahús til að sinna almennri sjúkrahúsþjónustu, á göngu- og dagdeildum eftir því sem við á, fæðingarhjálp, endurhæfingu o.fl.

Allir landsmenn fái sama aðgengi

Þeir stjórnmálaflokkar sem eingöngu hugsa um að „minnka báknið“ munu komast að þeirri niðurstöðu að best sé að flytja alla þjónustu til Reykjavíkur. Píratar eru mjög mótfallnir slíkum hugsanagangi, enda eiga allir landsmenn heimtingu á sama aðgengi að heilbrigðisþjónustu. Erfiðleikar við að sækja þjónustuna á landsbyggðinni eru ekki aðeins slæmir fyrir fólk heldur dýrari fyrir samfélagið þegar upp er staðið. Um leið og við sköpum góð starfsskilyrði á landsbyggðinni fyrir heilbrigðisstarfsfólk, og aukum þannig líkur á að það ílengist þar, vilja Píratar hagnýta öll þau tækifæri sem tæknin hefur upp á að bjóða. Hvers kyns nýsköpun á sviði fjarheilbrigðisþjónustu, samhliða auknum stuðningi við spítala og heilsugæslustöðvar landsbyggðarinnar, er einhver öflugasta og mikilvægasta byggðastefna sem völ er á.

Stefnunni fylgi pólitískt hugrekki og fjármagn

Samfylkingin telur mikilvægt að skilgreina betur stöðu Landspítalans og Sjúkrahússins á Akureyri gagnvart öðrum veitendum heilbrigðisþjónustu, sem þó hefur að einhverju leyti verið gert með heilbrigðisstefnu sem samþykkt var á Alþingi. En slíkri stefnu þarf að fylgja pólitískt hugrekki og fjármagn. Samfylkingin vill fela Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri að tryggja jafnt aðgengi landsmanna að sérhæfðri þjónustu með samningum við heilbrigðisstofnanir í öllum landshlutum, bæði með stað- og fjarlækningum. Þá vill Samfylkingin að kannaður verði grundvöllur til frekari menntunar í lækningum við Háskólann á Akureyri í samvinnu við Sjúkrahúsið þar nyrðra. Stjórnvöld ættu einnig að ganga til samninga við sérfræðilækna um að sjá íbúum dreifðari byggða fyrir þjónustu og þá mætti einnig íhuga að skapa hagræna hvata fyrir heilbrigðisstarfsfólk að sinna heilbrigðisþjónustu fjarri heimabyggð þannig að ekki væri um uppgripavinnu að ræða heldur stöðuga veitingu þjónustu fyrir alla landsmenn. Nýta þarf framfarir í tæknilausnum og auka fjarlækningar þar sem því verður við komið. Nýta þarf kragasjúkrahúsin mun betur með auknu fjárframlagi og mönnun. Við ákvarðanatöku um niðurskurð til heilbrigðisstofnana á landsbyggðinni hafa stjórnvöld neytt rekstraraðila til að loka á einstaka þjónustu sem flyst þá öll yfir á biðlista á Landspítala, notendum og veitendum þjónustunnar til tjóns. Vinda þarf ofan af þessu svo tryggja megi bestu mögulegu heilbrigðisþjónustu.

Mikilvægt að auka nýsköpun og fjarheilbrigðisþjónustu

Það mikilvægt að það sé ákjósanlegt og spennandi fyrir lækna að starfa í öllum byggðum landsins. Starfsumhverfið þarf að vera aðlaðandi og tækifæri til staðar fyrir lækna til að verða frumkvöðlar í að byggja upp öfluga starfsemi á landsbyggðinni, rétt eins og á höfuðborgarsvæðinu.

Í þessu samhengi skiptir miklu að auka enn við nýsköpun í heilbrigðisþjónustu og þá ekki síst fjarheilbrigðisþjónustu, þannig að færa megi þjónustuna nær notendum óháð búsetu.

Traust heilbrigðisþjónusta víða í forgang

VIÐREISN

Í fámennu landi er ljóst að sérþekking líkt sú sem liggur innan Landsspítala og eftir atvikum Sjúkrahússins á Akureyri verður ekki byggð upp á sama hátt víðar um landið. Að sama skapi er ljóst að dreifbýlið gerir að verkum að við verðum að hafa trausta heilbrigðisþjónustu víða. Sú vinna þarf að njóta forgangs á næsta kjörtímabili.

Skilgreina verður betur lágmarksréttindi almennings varðandi aðgengi að heilbrigðiskerfi og taka mið af fjarlægð frá þjónustu. Það er mikilvægt að við þá vinnu verði leitað í smiðju heilbrigðisstofnana/sjúkrahúsa í landsbyggðunum sem best þekkja til aðstæðna á hverjum stað.

Við höfum mikið svigrúm til að bæta fjarþjónustu í landsbyggðunum. Forsenda þess er að tryggja örugg fjarskipti, ljósleiðara og þriggja fasa rafmagn um allt land. Forsendan er einnig að tryggja nauðsynlegan tækjabúnað og þekkingu á honum í dreifðari byggðum. Með tölulegum markmiðum um fjarheilbrigðisþjónustu getum við unnið gegn læknaskorti og aukið verulega þjónustu á landsbyggðinni.

VINSTRI GRÆN

Efla nám, tryggja starfskjör og aðstöðu

Á þessu kjörtímabili hefur fjöldi þeirra sem stunda nám í heimilislækningum á Íslandi stóraukist, m.a. vegna markvissra aðgerða stjórnvalda. Vonandi sjáum við fyrir endann á þeim viðvarandi skorti á heimilislæknum sem hefur verið undanfarin ár, á næstu árum. Áfram þarf að efla nám í heimilislækningum á Íslandi og tryggja að starfskjör og aðstaða þeirra sem vinna á þeim vettvangi sé viðunandi. Stóru sjúkrahúsin tvö verða áfram burðarásar í heilbrigðisþjónustu á Íslandi og minni umdæmissjúkrahús, sem eru oft rekin í tengslum við heilsugæslustöðvar, munu í æ ríkara mæli verða að sinna almennari þáttum heilbrigðisþjónustu auk eftirmeðferðar og endurhæfingar.



Á barmi lækningaleyfis

Sólveig Bjarnadóttir
Læknir í sérnámsgrunni
sob32@hi.is

Það er loksins komið að því, síðasta prófið í læknadeild. Bandarískt próf sem á að gefa mynd af því hvar við stöndum í alþjóðlegum samanburði. Við fáum mánuð í upplestrarfrí og lærdómurinn felst í því að fara í gegnum spurningabanka. Spurningabankinn er óvæginn og hefur einstakt lag á því að draga fram það sem ég kann ekki – miðar á veiku blettina og hittir beint í mark.

*31 árs karlmaður kemur til þín á heilsugæslu með nokkurra vikna sögu um hita og hósta. Hann var á ferðalagi í Arizona þar sem hann dvaldi í skóglendi, fór í hellaskoðun og synti í ferskvatni. Maðurinn á páfagauk og þrjá ketti. Margir bólfélagar. Notar stundum vímuefni í æð.**

Gefin er grams-litun sem hjálpar lítið, ótrúlegt en satt. Svarmöguleikarnir samanstanda af 10 mismunandi örverum sem flestar hringja ekki neinum bjöllum, nema þá helst viðvörunarbjöllum! Prófið sjálft er svo 5 klukkustundir. Korterspása í miðjunni þar sem fólk þarf nánast að nærast og fara á salerni á sama tíma. Þrátt fyrir allt gengur íslenskum læknanemum yfirleitt vel í þessum alþjóðlega samanburði og þegar upp er staðið reynist spurningabankinn vera ágætis upprifjun.

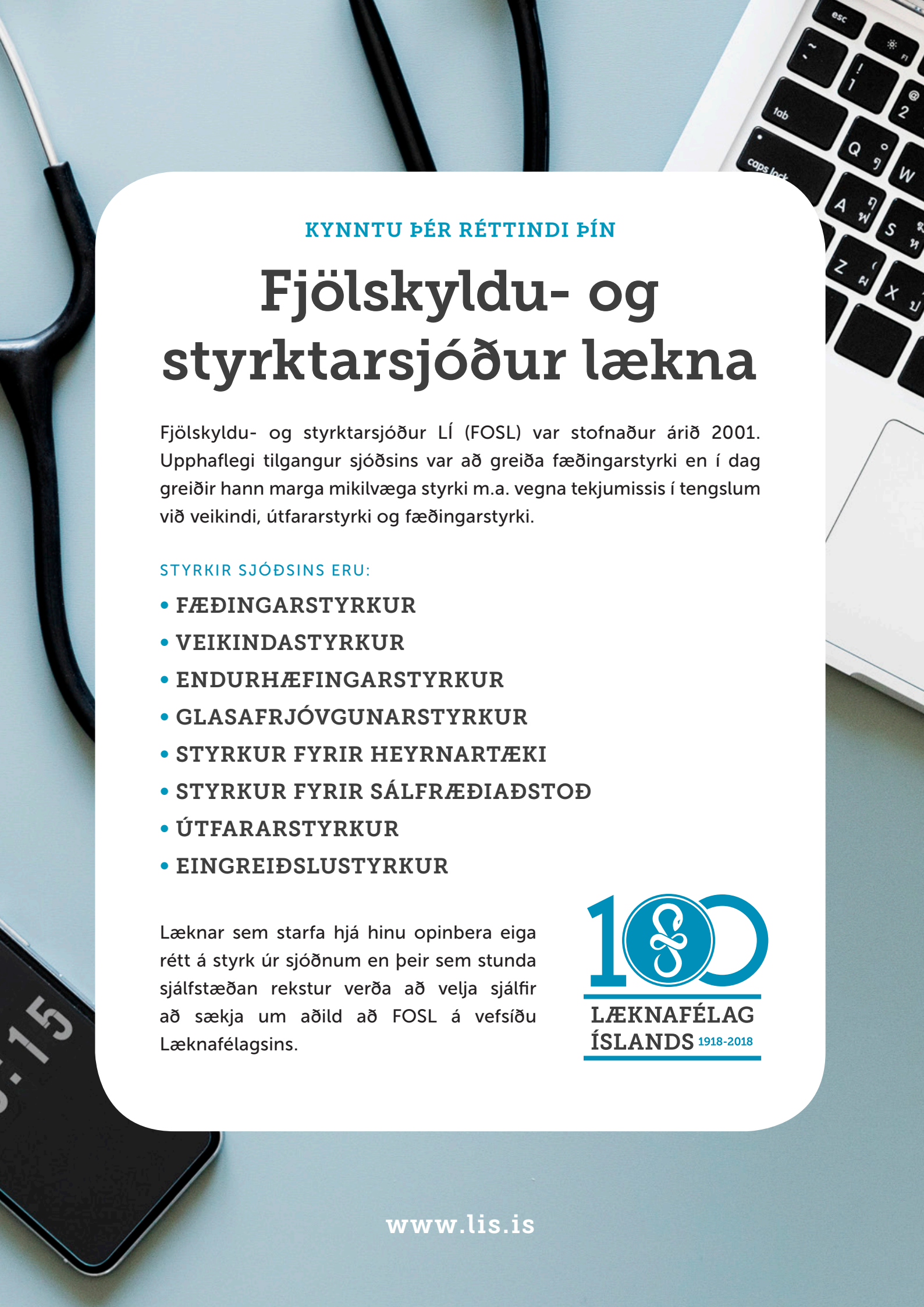
Að prófi loknu er ekkert sem stendur í vegi fyrir útskrift. Það sem meira er, með reglugerðarbreytingu frá því í vor fá læknanemar við Háskóla Íslands í fyrsta sinn fullgilt lækningaleyfi við útskrift í stað tímabundins lækningaleyfis. Kandídatsárið er ekki lengur til og í staðinn kemur nýr sérnámsgrunnur sem er hluti af sérnámi. Þessi breyting stafar einkum af vanda almennra lækna sem hugðu á sérnám í Noregi og Svíþjóð. Vegna breytinga á regluverki í þessum löndum var stór hópur sem stóð frammi fyrir því að þurfa að endurtaka kandídatsár úti á þeim grunni að þau hefðu einungis verið með tímabundið lækningaleyfi á kandídatsári á Íslandi. Þannig var litið á íslenska kandídatsárið sem hluta af grunnnámi en ekki hluta af sérnámi. Með því að veita leyfið við útskrift fæst lausn á þessu máli og standa læknanemar við Háskóla Íslands þá jafnfætis læknanemum annarra ríkja við upphaf sérnáms.

Það er ýmislegt sem fylgir lækningaleyfinu, eins konar aukaverkanir af reglugerðarbreytingunni. Má þar nefna nýtt starfsheiti, aukna ábyrgð og nýjan launaflokk. Það er nefnilega skýrt í kjarasamningi lækna að launaflokkur 100 eigi við um „kandídat sem ekki hefur fengið lækningaleyfi" og launaflokkur 200-205 eigi við um „lækni með lækningaleyfi". Launaflokkur 100 hlýtur þannig að falla út nú þegar það eru engir kandídatar. Það var þó einungis bjartsýnasta fólk sem átti von á að hærri launaflokkur kæmi í fyrstu atrennu. Sumar heilbrigðisstofnanir hófu að senda út ráðningarsamninga með launaflokki 100 en annars staðar ríkti þrúgandi þögn. Stofnanir hafa þó tekið að senda út ráðningarsamninga með réttum launaflokki og við fögnum því. Þau sem voru byrjuð á kandídatsári þegar reglugerðarbreytingin tók gildi hafa hins vegar ekki fengið leiðréttingu á sínum launaflokki þegar þetta er ritað og veldur það augljósri mismunun.

Á köflum virðist einmitt vera hægt að túlka kjarasamning lækna með frjálsri aðferð. Landspítali hefur til dæmis ákveðið að hætta að greiða umbun fyrir vaktir sem eru teknar með innan við sólarhringsfyrirvara. Þetta mun ganga yfir læknanema, almenna lækna og sérfræðinga. Mér skilst raunar að stjórnendur megi ráðstafa frítíma mínum, kalla mig á vakt fyrirvaralaust og án þess að greiða fyrir það launaauka - alltaf til þjónustu reiðubúin. Það var hvergi minnst á þetta í spurningabankanum.

Við stöndum á barmi lækningaleyfis og það er spennandi að sjá hvað gerist næst. Það eru líka óneitanlega blendnar tilfinningar að ljúka námi. Læknadeild hefur verið eins og eitt stórt hópefli í 6 ár, saman í gegnum súrt og sætt, hlátur og grát. Slíkt gefur af sér vináttu og samheldni sem eru vandfundin. Það hefur enda ríkt algjör samstaða meðal almennra lækna og læknanema um ofangreind kjaramál. Nýútskrifaðir læknar munu ekki skrifa undir ráðningarsamning með röngum launaflokki og við væntum þess að kjarasamningar verði ekki túlkaðir gegn okkur. Samstaðan er mikilvæg og hana skal síst vanmeta.

* Ekki er unnt að veita lesendum lausn á tilfelli þar sem undirrituð veit enn ekki svarið.



KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður LÍ (FOSL) var stofnaður árið 2001. Upphaflegi tilgangur sjóðsins var að greiða fæðingarstyrki en í dag greiðir hann marga mikilvæga styrki m.a. vegna tekjumissis í tengslum við veikindi, útfararstyrki og fæðingarstyrki.

STYRKIR SJÓÐSINS ERU:

- FÆÐINGARSTYRKUR
- VEIKINDASTYRKUR
- ENDURHÆFINGARSTYRKUR
- GLASAFRJÓVGUNARSTYRKUR
- STYRKUR FYRIR HEYRNARTÆKI
- STYRKUR FYRIR SÁLFRÆÐIAÐSTOÐ
- ÚTFARARSTYRKUR
- EINGREIÐSLUSTYRKUR

Læknar sem starfa hjá hinu opinbera eiga rétt á styrk úr sjóðnum en þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að velja sjálfir að sækja um aðild að FOSL á vefsíðu Læknafélagsins.

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS 1918-2018

www.lis.is

Auglýsing