Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Insúlín í 100 ár
Arna Guðmundsdóttir

Hvernig komumst við út úr COVID-19?
Þórólfur Guðnason

NÝIR FORMENN
Oddur Steinarsson LÍ
Margrét Ólafía Tómasdóttir FÍH
Guðmundur Örn Guðmundsson LR

LIPUR PENNI
Sigurpáll S. Scheving

12/2021 107. árgangur: 565-628

Auglýsing



María Soffía starfar á Landspítala á göngudeild augnsjúkdóma sem áður hét göngudeild augnlækninga. Mynd/gag

Augnlæknum hefur fækkað og aðgerðum fjölgað á Landspítala

Stöðugildum augnlækna hefur fækkað um 36% á 15 ára tímabili, segir María Soffía Gottfreðsdóttir augnskurðlæknir

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Starfsemi okkar augnlækna á Landspítala hefur breyst mikið. Mun meiri áhersla er á klíníska starfsemi en lítil á vísindavinnu," segir María Soffía Gottfreðsdóttir, eini augnskurðlæknirinn á Íslandi sem sinnir sérhæfðum glákuaðgerðum, sú eina síðustu 20 ár, eða allt frá árinu 2000. „Við gerum fleiri augasteinaaðgerðir og sjáum sprengingu í lyfjainndælingu í augnbotna. Meðferðin hefur þanist út og tekur til dæmis mikinn tíma frá deildarlæknum sem sinna inndælingunum," segir hún. „Ég geri mun fleiri aðgerðir en þegar ég kom fyrst heim úr námi."

María bendir á að nokkuð af starfsemi augnlækna fari fram á augnlæknastöðvum utan spítalans. Líkur séu á að sú þróun verði nú enn hraðari. „Mikilvægt er að fram fari greining á þörf fyrir sérfræðilækna í mismunandi sérgreinum og samtal um hvernig best er að hafa áhrif á sérhæfingu og menntun yngri augnlækna."

Hún segir jákvætt að ýmsar smærri aðgerðir hafi flust frá spítalanum. Á sama tíma hafi öðrum verkefnum, sem gætu einnig verið unnin utan spítalans, fjölgað gífurlega. „Það kemur niður á annarri starfsemi, svo sem vísindavinnu, en ég tel að starfsemi háskólasjúkrahúss ætti að snúast um meðferð flóknari sjúkdómstilfella, vísindavinnu og kennslu." Vísindastarf deildarinnar hafi verið í miklum blóma um aldamótin en sé nú nær alveg dottið niður.

Augnsjúkdómadeildin er nýflutt af Eiríksgötu 37 vegna myglu og í nýja göngudeildarhúsið að Eiríksgötu 5. María segir deildina með þeim fyrstu sem sé komin í varanlegt húsnæði. Hún hefði kosið meira samráð um aðstöðuna. Skurðstofurnar séu minni og því mjög þröngt komi gestir og nemar. Einnig séu nú opin vinnurými fyrir hvern sem fyrstur kemur að.

„Þau henta kannski sumstaðar en mörgum okkar finnst þau ekki eiga við í okkar starfi. Vinnurýmin eru ópersónuleg og ekki hvetjandi til vísindavinnu en við höfum engar sérstakar hirslur til að geyma vísindagögn fyrir utan svokallaða munaskápa sem eru dreifðir um deildina. Þá er mikilvægt að hafa næði þegar við vinnum með viðkvæm gögn sjúklinga okkar."

Við flutningana var nafni deildarinnar breytt úr göngudeild augnlækninga í augnsjúkdóma. „Orðin læknir og að lækna hefur verið afmáð úr starfsemi okkar. Það finnst mér bæði skrýtið og leitt því hér snýst allt um lækningar, að greina sjúkdóma og lækna þá," segir hún.

María segir að frá því að hún kom heim úr 7 ára sérfræðinámi við Duke- og síðar Michiganháskóla í Bandaríkjunum hafi margt breyst. Tölur hagdeildar Landspítala sýna að stöðugildi sérfræðinga og yfirlækna deildarinnar voru 7,42 árið 2006 en eru nú 4,77. „Á sama tíma og stöðugildum augnlækna á deildinni fækkar, hefur sjötugum og eldri, sem er meginþorri sjúklingahópsins, fjölgað um 58% frá aldamótum." Hún finni fyrir meiri pressu.

„Biðlistinn hefur lengst síðustu ár og ég þarf stöðugt að forgangsraða. Áður gerði ég augasteinsskipti á glákusjúklingunum en ákvað í fyrra að draga verulega úr því þar sem biðlistinn var orðinn of langur fyrir sérhæfðar skurðaðgerðir," segir hún.

„Sjúkdómurinn er þannig. Þau sem geta beðið lengur verða því miður að gera það, þótt ég reyni að taka sem fyrst alla sem geta það illa."

Ævintýraleg þróun meðferðar

María segir þróunina í greiningu og meðferð gláku mjög hraða á síðustu 20 árum. „Við framkvæmum 8 mismunandi glákuaðgerðir í dag, en einungis ein aðgerð var í boði hér á landi áður en ég kom heim. Það heyrir til undantekninga ef sjúklingar þurfa innlögn en áður var eins til tveggja vikna innnlögn eftir glákuskurðaðgerð."

Gláka getur herjað á allan aldur, líka nýfædd börn, og þá er skurðaðgerð eina úrræðið. „Það er mjög gefandi að að koma í veg fyrir sjónskerðingu og blindu," segir hún. „Framfarir frá því að ég fór í sérnám eru ótrúlegar, bæði í greiningu og meðferð og ævintýri að taka þátt í því."

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
Ólafur Árni Sveinsson

Tölfræðilegur ráðgjafi
Sigrún Helga Lund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir
gag@lis.is

Auglýsingar
Ingvar Freyr Ingvarsson
ingvar@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



571

Arna Guðmundsdóttir

Insúlín í 100 ár

Mikill kostnaður leggst á fólk með sykursýki á Íslandi. Okkar hlutverk er að jafna aðgengi allra að læknisþjónustu og halda kostnaði sjúklinga við lyf og tækjabúnað í lágmarki.



573

Þórólfur Guðnason

Hvernig komumst við út úr COVID-19?

Þurfum að fá virka lyfjameðferð gegn veirunni og/eða ná hjarðónæmi í samfélaginu.



567

Augnlæknum hefur fækkað og aðgerðum fjölgað á Landspítala – segir María Gottfreðsdóttir

FRÆÐIGREINAR

575

Ólafur Ó. Guðmundsson, Guðmundur Hjaltalín, Haukur Eggertsson, Þóra Jónsdóttir

Sjúkdómsgreiningar, endurhæfing og þróun örorku 2000-2019

Endurhæfingarlífeyrisþegum hefur fjölgað frá árinu 2018 á sama tíma og dregið hefur úr nýliðun öryrkja. Geð- og stoðkerfissjúkdómar eru langalgengustu sjúkdómsflokkarnir sem leiða til skertrar starfsgetu. Heldur lægra hlutfall öryrkja er með geðgreiningu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu á tímabilinu 2000-2019 samanborið við þá sem áttu gildandi örorkumat 2005 en hlutfall stoðkerfissjúkdóma er heldur hærra.

581

Lovísa Baldursdóttir, Sigríður Zoëga, Gunnar Auðólfsson, Vigdís Friðriksdóttir, Sigurður Ýmir Sigurjónsson, Brynja Ingadóttir

Langtímaáhrif brunaáverka á heilsu fullorðinna einstaklinga: lýsandi þversniðskönnun

Brunaslys eru alþjóðlegt vandamál með fjölþættar orsakir og eru stærstu áhrifaþættir samfélagsgerð og efnahagur. Á undanförnum áratugum hefur þessi dánartíðni lækkað vegna fyrirbyggjandi aðgerða og framfara í meðferð og jafnframt hefur dvalartími á sjúkrahúsi styst. Til að skoða árangur meðferðar og skipuleggja þjónustu er því mikilvægt að meta langtímaheilsutengd lífsgæði brunasjúklinga, svo sem líkamlega og andlega heilsu, sálfélagslega líðan og atvinnuþátttöku.

590

Svanur Sigurbjörnsson, Vilhjálmur Árnason

Faglegir mannkostir lækna og vinnuumhverfi

Rannsóknin sýnir upplifun lækna af því hvar skóinn kreppir í starfi og mikilvægi þess að þjóðfélagið bæti starfsskilyrðin til að gera þeim kleift að starfa eftir hugsjón sinni. Góð og nærgætin samskipti lækna við sjúklinga, annað fagfólk og stjórnendur, eru ákveðinn lykill að markmiðunum. Óhóflegt vinnuálag, ásamt stöðugum kröfum um hagkvæmni og skilvirkni, getur fært samskiptin úr jafnvægi og dregið úr jákvæðum tilfinningum gagnvart starfinu.

597

Berglind Árnadóttir, Gerður Gröndal, Þórður Tryggvason, Björn Guðbjörnsson

Risafrumuæðabólga - Sjúkratilfelli með drep í hársverði og skyndiblindu

Kona á níræðisaldri fór til læknis vegna höfuðverks og sjóntruflana. Greining var óljós og einkenni versnuðu hratt. Hún varð blind á báðum augum og fékk drep í hársvörðinn vegna eins algengasta æðabólgusjúkdóms sem getur haft ólíkar birtingarmyndir. Hér er tilfellinu lýst og fjallað um einkenni, greiningaraðferðir og meðferð.

Sykursýki

Á FORSÍÐU

Sykursýki hefur lifað með mannkyninu lengi og nú eru 100 ár síðan læknisfræðin náði að lina þá þraut með insúlíni.

Stúlkan á myndinni, Lila Moss, gengur keik eftir tískusýningarpallinum og insúlíndælan á lærinu á henni sést vel. Dælan er nú staðalbúnaður í meðferð við sykursýki af tegund 1, og sýnir alveg byltingarkennda framþróun síðustu ára.



Úr Getty myndabankanum.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



608
Læknar þekki þankagang sinn

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Læknar verða að þekkja hvernig þeir taka ákvörðun svo þeir skilji hvers vegna þeir velja eitt umfram annað. Þetta segir Gunnar Thorarensen læknir





610/611
Mikilvægt að stjórna álagi á breytingatímum

– segir Margrét Ólafía Tómasdóttir, Félagi íslenskra heimilislækna

Bíða eftir skýrum línum frá yfirvöldum

- segir Guðmundur Örn Guðmundsson, Læknafélagi Reykjavíkur

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



612
Vert að sinna stjórnunarstörfum til að hafa áhrif á forgangsröðunina

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

segir Heidi Stensmyren en sína fyrstu opinberu ræðu í embætti forseta Alþjóðasamtaka lækna, WMA, flutti hún á aðalfundi Læknafélags Íslands



614
Lyflæknaþing 2021: Nýta megi heilbrigðiskerfið betur og auka samvinnu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

BRÉF TIL BLAÐSINS

619
Skortur á legurými fyrir bráðveika á Landspítala

Elías Sæbjörn Eyþórsson, Elísabet Guðmundsdóttir, Kristlaug Helga Jónasdóttir, Runólfur Pálsson

621
Fjöldi sjúkrarúma á Íslandi miðað við nágrannaþjóðirnar

Ingvar Freyr Ingvarsson

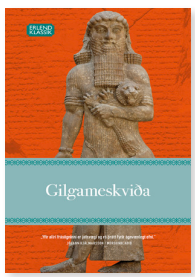
604 Fréttir
Oddur Steinarsson leiðir Læknafélagið

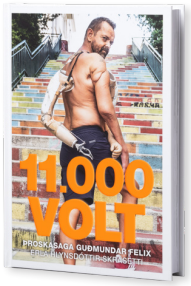


UM BÆKUR

616
Læknar skrifa um nýjar bæk

Óttar Guðmundsson
Jóhann Róbertsson
Ragnheiður Inga Bjarnadóttir







PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



607
Nagyon köszönöm szépen mindenkinek

Guðrún Dóra Bjarnadóttir

Vísindasamfélagið vex og dafnar í kvöld- og helgarvinnu. Læknastarfið er ekki 8-16 vinna!

ÖLDUNGADEILDIN



623
Tveir dauðir Skotar og kattarhræ

Magnús Jóhannsson

DAGUR Í LÍFI LÆKNIS Á EGILSSTÖÐUM



625

Anna Mjöll Matthíasdóttir

08:20 Vikuleg æfing lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraflutningamanna.

LIPUR PENNI



626
Faraldur tuttugustu aldarinnar

Sigurpáll S. Scheving

Auglýsing

Insúlín í 100 ár



Arna Guðmundsdóttir
lyf- og innkirtlalæknir
arnagu@landspitali.is

Virðulegum lesendum *Læknablaðins* hefur eflaust brugðið í brún við að sjá forsíðu blaðsins að þessu sinni. Hana prýðir fáklædd ung kona á tískupalli. Kona þessi heitir Lila Moss og er 19 ára. Móðir hennar er Kate Moss, ein þekktasta fyrirsæta heims. Dóttirin hefur fetað í fótspor móður sinnar við fyrirsætustörfin. Þær mæðgur gengu saman eftir sýningarpöllunum á tískuvikunni í Mílanó í september síðastliðnum þar sem þær auglýstu fatnað frá Fendi og Versace. Lila notaði ekki aðeins tækifærið til að auglýsa fatnað. Hún sýndi líka umheiminum að hún er með tegund 1 sykursýki. Það má sjá á insúlíndælunni sem fest er á utanvert vinstra læri hennar. Á upphandlegg sést auk þess blóðsykur-síriti á myndum af tískusýningunni. Myndirnar vöktu verðskuldaða athygli á samfélagsmiðlum.[1] Þessi búnaður telst í dag vera hefðbundin meðferð við tegund 1 sykursýki (*standard-of-care*).[2]

Tilefni þessara skrifa eru að nú eru liðin 100 ár frá uppgötvun insúlíns, meðferð sem breytti áður banvænum sjúkdómi í langvinnan, krónískan sjúkdóm. Sykursýki hefur verið þekkt frá örófi alda. Eyjafrumur í brisinu sem framleiða insúlínhormónið voru uppgötvaðar 1869 af Paul Langerhans og voru lengi þekktar sem Langerhanseyjar. Rannsóknir áranna á eftir sýndu að með því að fjarlægja briskirtilinn úr hundum mátti framkalla sykursýki. Fjölmargir reyndu að einangra virka efnið sem brisið framleiðir og árið 1921 tókst þeim Frederick Banting, Charles Best og James Collip það loks. Þessir þrír mynduðu teymi vísindamanna við eðlisfræðideild Tórontó-háskóla en henni stýrði John Macleod. Skurðlæknirinn Banting átti upphaflegu hugmyndina en það var fyrir tilviljun að Best, sem þá var ungur læknanemi, varð aðstoðarmaður hans eftir að hafa varpað hlutkesti við annan nema um að hreppa umrættstarf. Þeir félagar Banting og Best unnu að rannsóknum sínum allt sumarið 1921. Í lok ágúst voru þeir komnir með efni sem virkaði til lækkunar á blóðsykri hjá sykursjúkum hundum. Veturinn á eftir fengu þeir Collip til liðs við sig til að hreinsa efnið og gera það öruggt fyrir menn.

Í janúar 1922 var efnið loks orðið nægilega þróað til að hefja tilraunir hjá mönnum. Sykursýkideildir voru stofnaðar við sjúkrahúsin í Tórontó og rannsóknarstofur háskólans þar gerðu samning við lyfjafyrirtækið Eli Lilly & Co um framleiðslu efnisins í miklu magni. Fyrsti sjúklingurinn sem fékk insúlín var 14 ára gamall drengur, Leonard Thompson, en hann var nær dauða en lífi þegar hann fékk fyrstu sprautuna. Skjótur bati þeirra sem fengu lyfið líktist mest kraftaverki.

Nóbelsverðlaunanefndin í Stokkhólmi var fljót að átta sig á þessu gríðarlega afreki innan læknisfræðinnar og verðlaunaði þá Banting og Macleod með hinum eftirsóttu Nóbelsverðlaunum árið 1923. Í kjölfarið upphófust hatrammar deilur um hver ætti mestan heiðurinn af þróun lyfsins sem lauk með því að Banting deildi sínum verðlaunum með Best og Macleod gerði slíkt hið sama með Collip.

Á sjöunda áratugnum var orðið ljóst að um fleiri en eina tegund sykursýki er að ræða og að tegund 2 væri líklega sú algengasta en æ fleiri tegundir uppgötvast nú með hjálp erfðafræðirannsókna. Rosalyn Yalow hlaut Nóbelsverðlaunin 1977, önnur kvenna, fyrir uppgötvun sína á insúlínmælingum sem aftur gerði það kleift að aðgreina tegund 2 sykursýki frá tegund 1.

Blóðsykurmælar fyrir einstaklinga komu á markað á áttunda áratugnum og var það bylting í meðferð á sínum tíma. Fyrsti insúlínpenninn kom á markað 1985 og 1999 kom fyrsti síritinn til sögunnar. Nú erum við stödd þar sem insúlíndælur fá sendar upplýsingar með bluetooth-tækni beint frá síritum og geta þannig að nokkru leyti stýrt insúlíngjöf í sídreypi, án beinnar aðkomu sjúklingsins. Þessi stórkostlega tækni er enn ein byltingin í meðferð við þessum sjúkdómi þó ekki bóli á lækningu enn sem komið er.

Mikill kostnaður leggst á fólk með sykursýki á Íslandi. Okkar hlutverk er að jafna aðgengi allra að læknisþjónustu og halda kostnaði sjúklinga við lyf og tækjabúnað í lágmarki.

Alþjóðadagur sykursýki er 14. nóvember ár hvert. Þemað að þessu sinni er *Aðgengi að þjónustu, ef ekki nú, þá hvenær?* Þar er átt við aðgengi að sykursýkilyfjum, læknisþjónustu og tækjabúnaði sem er það dýr að hann hefur aukið enn á ójafnræði í heiminum þegar kemur að þessum sjúkdómi. Fólk með sykursýki á Íslandi er þar ekki undanskilið en mikill kostnaður leggst á þá sem þurfa á þessum vörum að halda. Okkar hlutverk er að jafna aðgengi allra að læknisþjónustu og halda kostnaði sjúklinga við lyf og tækjabúnað í lágmarki.

Heimildir

1. Abramson A. Kate Moss' Daughter Lila Walks Runway With Insulin Pump Showing for Her Type 1 Diabetes. health.com/celebrities/lila-moss-walks-runway-with-insulin-pump-showing - nóvember 2021.
2. American Diabetes Association. 7. Diabetes Technology: Standards of Medical Care in Diabetes-2021. Diabetes Care 2021; 44: S85-S9.
3. Sims EK, Carr ALC, Oram RA, et al. 100 years of insulin: celebrating the past, present and future of diabetes therapy. Nat Med 2021; 27: 1154-64.

Insulin for 100 years

Arna Guðmundsdóttir
MD, MBA
Internist, endocrinologist
Landspítali University Hospital

doi 10.17992/lbl.2021.12.662

Auglýsing

Hvernig komumst við út úr COVID-19?



Þórólfur Guðnason
sóttvarnalæknir
thorolfur.gudnason@landlaeknir.is

Baráttan á Íslandi við COVID-19 hefur nú staðið í um 22 mánuði og sér ekki fyrir endann á henni enn sem komið er. Strax í byrjun faraldursins var ákveðið að helstu markmið sóttvarnaráðstafana yrðu að beita ekki of íþyngjandi aðgerðum en á sama tíma að hamla útbreiðslu faraldursins það mikið að hann yrði ekki of íþyngjandi fyrir heilbrigðiskerfið. Með þessari nálgun var hins vegar ljóst að það myndi líða langur tími þar til að hjarðónæmi næðist og faraldurinn dæi út.

Hjarðónæmi er náð þegar stór hluti samfélagsins er orðinn ónæmur fyrir smitsjúkdómi þannig að smit milli manna verður ólíklegt. Þannig verður allt samfélagið ónæmt fyrir sjúkdómnum en ekki einungis þeir sem eru ónæmir sem einstaklingar. Ekki er ljóst hversu stórt hlutfall þjóðarinnar þarf að smitast til að hjarðónæmi náist en talið hefur verið að það sé um 60-80%. Margir þættir hafa áhrif á hjarðónæmið eins og hversu virkt ónæmi myndast eftir sýkingu eða bólusetningu, hversu lengi ónæmið varir og hvort nýir stofnar kórónaveirunnar (SARS-CoV-2) koma fram sem fyrra ónæmi verndar ekki gegn.

Miklar vonir hafa verið bundnar við að þeir sem smitast af COVID-19 öðlist varanlegt ónæmi gegn endursmiti. Hér á landi hafa einungis 27 manns endursýkst af 15.321 sem greinst hafa með COVID-19 (0,2%) sem sýnir að gott ónæmi myndast við náttúrulegt smit. Ekki er vitað hversu lengi það endist.

Í lok árs 2020 var byrjað að bólusetja gegn kórónuveirunni og bentu fyrstu rannsóknir til þess að gott ónæmi myndi skapast í kjölfarið. Raunin varð ekki sú því með tilkomu delta-afbrigðis veirunnar varð vernd gegn smiti einungis um 50% eftir tvær sprautur en vernd gegn alvarlegum veikindum um 90%. Þetta er ástæða þess að faraldurinn hefur verið í mikilli uppsveiflu þrátt fyrir að tekist hafi að fullbólusetja um 76% landmanna og 89% allra 12 ára og eldri. Ljóst er því að hjarðónæmi mun ekki nást með núverandi fyrirkomulagi bólusetninga.

Þó að óhætt sé að fullyrða að bólusetning gegn COVID-19 hafi skilað góðum árangri hérlendis, erum við þrátt fyrir ýmsar takmarkanir að sjá það mörg smit að alvarleg veikindi eru spítalakerfinu og ýmsum samfélagslegum innviðum nánast ofviða.

Hvernig komumst við þá út úr COVID-19? Að mínu mati eru tvær meginleiðir í boði fyrir okkur til að komast út úr covid-krísunni. Annars vegar þurfum við að fá virka lyfjameðferð gegn veirunni og/eða hins vegar þurfum við að ná hjarðónæmi í samfélaginu.

Nú eru vonir bundnar við að fljótlega komi á markað tvö ný lyf við COVID-19. Lyfin eru frá lyfjafyrirtækjunum Merck (Molnupiravir) og Pfizer (Paxlovid) og eru nú metin hjá Lyfjastofnun Evrópu (EMA). Í skoðun er hvort sækja eigi um undanþágu fyrir notkun lyfjanna hér á landi þannig að ekki þurfi að bíða eftir markaðsleyfi en ljóst er að lyfin munu verða dýr og einungis í boði fyrir þá sem líklegt er að veikist alvarlega af COVID-19. Einnig á eftir að koma í ljós hversu mikil virkni lyfjanna raunverulega er og hvort þau eru laus við aukaverkanir.

Okkar helsta von er sú að við náum víðtæku ónæmi í samfélaginu sem stöðva mun samfélagsleg smit. Ef við ætlum að ná hjarðónæmi með náttúrulegri sýkingu mun það taka 1-2 ár ef miðað er við að dagleg smit verði ekki fleiri en 100. Allan þann tíma þyrftum við að búa við töluverðar takmarkanir til að missa ekki tökin á fjölda smita og jafnvel 100 smit á dag væru of mörg fyrir okkar spítalakerfi og samfélag.

Að mínu mati eru tvær meginleiðir í boði fyrir okkur til að komast út úr covid-krísunni. Annars vegar þurfum við að fá virka lyfjameðferð gegn veirunni og/eða hins vegar þurfum við að ná hjarðónæmi í samfélaginu.

Hvað þá með bólusetningu? Mun okkur takast að ná hjarðónæmi með bólusetningu? Ljóst er að hjarðónæmi mun ekki nást með tveimur sprautum af núverandi bóluefnum fyrir hvern einstakling. Örvunarbólusetning 5-6 mánuðum eftir grunnbólusetningu (skammt tvö) gefur hins vegar góðar vonir um að með henni muni nást gott ónæmi sem hindra muni samfélagslega útbreiðslu. Því er mikilvægt að í fyrsta lagi takist að bólusetja sem flesta með grunnbólusetningu og í öðru lagi að flestir/allir þiggi örvunarbólusetninguna.

Þannig tel ég raunhæfa möguleika á því að okkur muni takast á næstu vikum og mánuðum að komast að mestu út úr COVID-19. Hins vegar er óljóst hvort reglulega muni þurfa að gefa örvunarskammta í framtíðinni eða hvort þörf verði á nýjum bóluefnum.

Eitt er þó ljóst að baráttunni við COVID-19 mun ekki ljúka fyrr en tekist hefur að vinna bug á faraldrinum í heiminum öllum en það getur tekið nokkur ár. Við þurfum því að vera tilbúin til að beita ýmis konar aðgerðum á næstu árum í samræmi við þróun faraldursins hér á landi og annars staðar.

How can we get out of COVID-19?

Þórólfur Guðnason
MD, PhD
Chief Epidemiologist
Centre for Health Security and Communicable Disease Control
Directorate of Health

doi 10.17992/lbl.2021.11.663

Auglýsing

Sjúkdómsgreiningar, endurhæfing og þróun örorku 2000-2019

Ólafur Ó. Guðmundsson læknir
Guðmundur Hjaltalín kerfisfræðingur
Haukur Eggertsson verkfræðingur
Þóra Jónsdóttir tölvunarfræðingur

Höfundar starfa allir hjá Tryggingastofnun ríkisins.

Fyrirspurnum svarar Ólafur Ó. Guðmundsson, *olafur.gudmundsson@tr.is*

ÁGRIP

INNGANGUR

Örorkumatsstaðall sem byggður er á læknisfræðilega viðurkenndum sjúkdómum eða fötlun var innleiddur 1999. Markmið þessarar rannsóknar er að skoða þróun úrskurða Tryggingastofnunar ríkisins vegna endurhæfingar- og örorkulífeyris á 20 ára tímabili frá innleiðingu hans.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Allar skráðar sjúkdómsgreiningar í læknisvottorðum Tryggingastofnunar vegna samþykktra nýrra endurhæfingar- eða örorkulífeyrisþega fyrir árin 2000-2019 voru skoðaðar. Gerð er grein fyrir kynjaskiptingu, aldursdreifingu og fjöldaþróun á tímabilinu. Jafnframt er skoðaður kostnaður sem hlutfall af ríkisútgjöldum.

NIÐURSTÖÐUR

Nýliðun yngri endurhæfingarlífeyrisþega hefur aukist hratt á undanförnum árum á sama tíma og lítillega hefur dregið úr hlutfallslegri fjölgun örorkulífeyrisþega. Geð- og stoðkerfissjúkdómar eru langalgengustu sjúkdómsflokkarnir sem leiða til skertrar starfsgetu. Geðsjúkdómar skera sig úr hvað varðar aldursdreifingu og fjölgun eftir því sem nær dregur í tíma. Hlutfall einstaklinga á aldrinum 18-66 ára með 75% örorkumat hefur aukist um þriðjung á tímabilinu, úr um 6% í 8%. Kynjaskipting örorkulífeyrisþega helst svipuð, konur eru um 62% hópsins í heildina. Konur eru mun líklegri til að verða öryrkjar vegna stoðkerfissjúkdóma, en karlar nokkru líklegri vegna geðsjúkdóma. Hlutfallsleg þróun ríkisútgjalda vegna heildargreiðslna til endurhæfingar- og lífeyrisþega heldur áfram að vaxa sem hlutfall af ríkisútgjöldum.

ÁLYKTUN

Endurhæfingarlífeyrisþegum hefur fjölgað verulega frá árinu 2018 á sama tíma og dregið hefur úr nýliðun öryrkja og vísbendingar eru um að endurhæfing hafi skilað sér í fækkun nýrra öryrkja. Geð- og stoðkerfissjúkdómar eru langalgengustu sjúkdómsflokkarnir sem leiða til skertrar starfsgetu. Heldur lægra hlutfall öryrkja er með geðgreiningu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu á tímabilinu 2000-2019 samanborið við þá sem áttu gildandi örorkumat 2005 en hlutfall stoðkerfissjúkdóma er heldur hærra. Engu að síður skera geðsjúkdómar sig úr hvað varðar aldursdreifingu og fjölgun eftir því sem nær dregur í tíma.

Inngangur

Læknar gegna mikilvægu lögbundnu hlutverki við mat á afleiðingum sjúkdóma og fötlunar, bæði vegna endurhæfingar sjúklinga og mats á skertri starfsgetu. Læknar eru því matsaðilar og sjúklingar þeirra umsækjendur[1] þegar þeir verða óvinnufærir vegna sjúkdóma eða slysa og sækja um endurhæfingar- eða örorkulífeyri hjá Tryggingastofnun ríkisins (TR). Litið hefur verið svo á í skilningi nýrra persónuverndarlaga að læknar séu ekki „aðilar máls“ þegar sjúklingar þeirra sækja um lífeyri til TR[2] og þar af leiðandi hefur niðurstaða umsókna eingöngu farið til umsækjendanna sjálfra.

Forsendur örorkumats breyttust 1999 þegar örorkumatsstaðall, gerður að breskri fyrirmynd, var leiddur í lög.[3] Markmiðið var að skerpa á læknisfræðilegum forsendum örorkumats, sem taldist hafa tekist með innleiðingu staðalsins í Bretlandi[3] og draga úr fjölda þeirra sem metnir höfðu verið til örorku vegna félagslegra aðstæðna.

Áður en að örorkumati kemur er TR heimilt að setja skilyrði um að umsækjandi örorkulífeyris hafi gengist undir sérhæft mat á möguleikum til endurhæfingar og viðeigandi endurhæfingu áður en til örorkumats kemur, samanber niðurlag 2. mgr. 18. gr. laga nr. 100/2007 um almannatryggingar.[2] Um endurhæfingu gilda annars vegar ákvæði laga nr. 99/2007[4] og hins vegar nýleg ákvæði reglugerðar um framkvæmd endurhæfingarlífeyris samkvæmt lögum um félagslega aðstoð 2020.[5] Heimilt er á grundvelli endurhæfingaráætlunar að greiða endurhæfingarlífeyri í allt að 18 mánuði þegar ekki verður séð hver starfshæfni einstaklings sem

er á aldrinum 18 til 67 ára verður til frambúðar eftir sjúkdóma eða slys, og ef sérstakar ástæður eru fyrir hendi má framlengja greiðslutímabilið í 36 mánuði. Undanfarin ár hefur verið skerpt á verklagi TR á þann veg að gerð er krafa um að endurhæfing hafi verið fullreynd, sérstaklega hjá yngri umsækjendum með óvissa endanlega starfsgetu, áður en til örorkumats kemur.

Árið 2020 voru örorku- og endurhæfingarlífeyrisþegar alls um 22.000, eða um 9,4% landsmanna á aldrinum 18-66 ára. Fjöldi fyrstu örorkulífeyrisumsókna hélst nokkuð stöðugur mestallan tíunda áratug síðustu aldar, rúmlega 900 á ári, en upp úr aldamótum fjölgaði fyrstu umsóknum mjög og fóru til dæmis úr 944 umsóknum árið 2002 í 1622 árið 2004[6] og árið 2019 sóttu 2816 manns um sitt fyrsta örorkumat.

Um árabil hefur umræða um þverfaglegt starfsgetumat í stað núgildandi matskerfis sem byggt er á læknisfræðilegum forsendum átt sér stað án þess að slíkar grundvallarbreytingar hafi verið innleiddar.[7]

Markmið rannsóknarinnar var þríþætt. Í fyrsta lagi að skoða fyrirliggjandi algengi fyrstu sjúkdómsgreininga sem meginorsök fyrsta úrskurðar um endurhæfingar- og örorkulífeyri. Fyrir liggur að geðsjúkdómar og stoðkerfissjúkdómar hafa verið langalgengustu sjúkdómsgreiningarflokkar þegar fyrsta sjúkdómsgreining umsækjenda um bæði endurhæfingar- og örorkulífeyri eru skoðaðar.[8] Niðurstöður eru því settar fram hér eftir þessum tveimur sjúkdómaflokkum og síðan öllum öðrum sjúkdómaflokkum samanlagt. Í öðru lagi að skoða kynja- og aldursdreifingu þessara lífeyrisþega. Í þriðja lagi að skoða þróunina á 20 ára tímabili frá innleiðingu örorkumatsstaðalsins.

Tafla I. Allar ICD-sjúkdómsgreiningar 2000-2019. Hlutfall af fjölda einstaklinga í hópi nýrra örorkulífeyrisþega eftir sjúkdómsgreiningarflokki.

		Fjöldi ICD-greininga í flokki	Hlutfall af heildarfjölda
Annað	Aðrir sjúkdómar	6400	23,5
C	Krabbameinssjúkdómar	2069	7,6
E	Innkirtla- og efnaskiptasjúkdómar	2880	10,6
F	Geðsjúkdómar	12.440	45,6
G,H	Sjúkdómar í taugakerfi og skynfærum	3685	13,5
I	Sjúkdómar í blóðrásarkerfi	3892	14,3
J	Sjúkdómar í öndunarfærum	1601	5,9
L	Húðsjúkdómar	502	1,8
M	Stoðkerfissjúkdómar	12.353	45,3
Q	Meðfædd skerðing og litningafrávik	495	1,8
S,T	Áverkar	3142	11,5

Efniviður og aðferðir

Í skrám TR er að finna læknisfræðileg gögn þeirra sem metnir hafa verið til endurhæfingar- og örorkulífeyris vegna lífeyristrygginga. Þessi rannsókn byggir á sjúkdómsgreiningum í læknisvottorðum sem fylgja fyrstu umsóknum um lífeyri á 20 ára tímabili 2000-2019 og hafa verið samþykktar til greiðslu endurhæfingar- og örorkulífeyris. Upplýsinga um mannfjöldatölur var aflað frá Hagstofu Íslands og um ríkisútgjöld hjá Ríkisendurskoðun.

Niðurstöður

Árlegur fjöldi nýrra örorkulífeyrisþega hefur verið nokkuð stöðugur undanfarin 20 ár, eða á bilinu 1200-1500 manns, að frátöldum árunum 2016-2018 þegar það var á bilinu 1500-1800 manns. Heildarfjöldi er 27.270.

Þegar hlutfall þeirra sem ljúka greiðslum á endurhæfingarlífeyri og fara beint á örorkulífeyri er skoðað í skrám TR kemur í ljós að árið 2006 var það 52% samanborið við 44% árið 2016 og 32% árið 2019.

Allar niðurstöður rannsóknarinnar eru raktar í umræðukaflanum, og gerð ítarleg skil í 5 töflum og tveimur myndum hér á eftir.

Umræða

Áhersla stjórnvalda á endurhæfingu fólks sem verður óvinnufært vegna sjúkdóma og slysa á því 20 ára tímabili sem hér er skoðað birtist í stefnumótun[9] og fjölgun endurhæfingarúrræða og því kemur ekki á óvart að stöðug aukning hefur orðið á nýliðun í hópi endurhæfingarlífeyrisþega. Frá árinu 2010 hefur nýliðun endurhæfingarlífeyrisþega nær þrefaldast og langmesta aukningin orðið hjá yngstu aldurshópunum sem verður að teljast eðlileg þróun í ljósi vísbendinga um að endurhæfing skili árangri.

Færnimat lækna er ekki einfalt og verður flóknara þegar niðurstöður læknisfræðilegra rannsókna og læknisskoðun gefa takmarkaðar upplýsingar um raunverulega færni. Þá kann sú hætta að vera fyrir hendi að félagslegir hvatar í lagaumhverfinu, svo sem skattafríðindi og afslættir sem fylgja örorkumatsúrskurði (til dæmis ótekjutengdur og óskattskyldur barnalífeyrir) til örorku- og endurhæfingarlífeyrisþega,[10] hafi áhrif á læknisfræðilega matið.

Geð- og stoðkerfissjúkdómar hafa verið algengustu sjúkdómaflokkarnir hjá öryrkjum af báðum kynjum.[8] Þar næst koma hjarta- og æðasjúkdómar og taugasjúkdómar (tafla I). Tveimur árum eftir innleiðingu örorkumatsstaðalsins hér á landi mátti merkja marktæka fjölgun kvenna með stoðkerfissjúkdóma, einkum mjúkvefjasjúkdóma, sem metnar voru til örorkulífeyris.[11] Árið 2005 var hlutfall örorku vegna geðraskana 31,3% hjá konum og 40,8% hjá körlum.[8] Í þessari rannsókn, á tímabilinu 2000-2019, er sambærilegt hlutfall örorku vegna geðraskana lægra, eða 27,4% hjá konum og 33,5% hjá körlum, byggt á fyrstu sjúkdómsgreiningu í læknisvottorði. Í sömu rannsókn var hlutfall stoðkerfissjúkdóma 35,1% hjá konum og 17,3% hjá körlum. Í þessari rannsókn, á tímabilinu 2000-2019, er sambærilegt nýgengishlutfall örorku vegna stoð-

Tafla IIa. Kynjaskipt fyrsta sjúkdómsgreining örorkulífeyrisþega 2000-2019.

2000-2019	Karlar		Konur		Samtals	
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Stoðkerfissjúkdómur	2183	19,4	5920	37,0	8103	29,7
Geðsjúkdómur	3765	33,5	4391	27,4	8156	29,9
Allir aðrir sjúkdómar	5304	47,1	5707	35,6	11.011	40,4
Samtals	11.252	100,0	16.018	100,0	27.270	100,0

Tafla IIb. Kynjaskipt fyrsta sjúkdómsgreining endurhæfingarlífeyrisþega 2000-2019.

2000-2019	Karlar		Konur		Samtals	
	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Stoðkerfissjúkdómur	1206	16,3	2909	24,5	4115	21,3
Geðsjúkdómur	2890	39,0	4506	37,9	7396	38,3
Allir aðrir sjúkdómar	3317	44,7	4473	37,6	7790	40,4
Samtals	7413	100,0	11.888	100,0	19.301	100,0

Tafla IIIa. Fyrsta sjúkdómsgreining örorkulífeyrisþega skipt á þrjú aldursbil.

Aldursbil	18-34 ára		35-50 ára		51-66 ára	
Fyrsta sjúkdómsgreining örorkulífeyrisþega	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Stoðkerfissjúkdómur	728	11,6	2266	30,8	5109	37,4
Geðsjúkdómur	3703	59,1	2416	32,9	2037	14,9
Allir aðrir sjúkdómar	1830	29,2	2672	36,3	6509	47,7
Samtals	6261	100,0	7354	100,0	13.655	100,0

Tafla IIIb. Fyrsta sjúkdómsgreining endurhæfingarlífeyrisþega skipt á þrjú aldursbil.

Aldursbil	18-34 ára		35-50 ára		51-66 ára	
Fyrsta sjúkdómsgreining	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Stoðkerfissjúkdómur	1170	14,2	1778	27,4	1167	25,6
Geðsjúkdómur	4620	56,0	2066	31,9	710	15,6
Allir aðrir sjúkdómar	2464	29,9	2641	40,7	2685	58,9
Samtals	8254	100,0	6485	100,0	4562	100,0

kerfissjúkdóma heldur hærra hjá konum, eða 37,0%, og 19,4% hjá körlum, byggt á fyrstu sjúkdómsgreiningu í læknisvottorði. Áður hefur verið sýnt fram á að mun meiri líkur eru á að konur með vefjagigt hafi geðröskun, einkum kvíðaröskun, en aðrar konur á örorkulífeyri.[11]

Mikill munur er á kynjaskiptingu fyrstu greiningar vegna örorkumats hvað varðar stoðkerfissjúkdóma á þessu 20 ára tímabili og eru konur um þrefalt líklegri til að hafa þá greiningu. Þá er nokkur kynjamunur hvað varðar geðsjúkdóma og eru konur þar um 17% fleiri en karlar með geðgreiningu sem fyrstu greiningu. Sama kynjamynstur má sjá hjá endurhæfingarlífeyrisþegum þótt munurinn sé heldur minni (töflur IIa og IIb).

Fleiri fara á örorku vegna geðsjúkdóma í yngsta aldurshópnum á meðan fjölgar í hópi öryrkja vegna annarra sjúkdómaflokka með hækkandi aldri (tafla IIIa). Þetta getur skýrst af því að afleiðingar taugaþroskaskerðinga sem flokkast innan geðsjúkdóma (til dæm-

Tafla IVa. Fyrsta sjúkdómsgreining örorkulífeyrisþega eftir fjögurra ára tímabilum.

Tímabil	2000-2003		2004-2007		2008-2011		2012-2015		2016-2019	
Fyrsta sjúkdómsgreining	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Stoðkerfissjúkdómur	1734	33,1	1522	28,4	1582	30,0	1712	32,7	1553	25,1
Geðsjúkdómur	1357	25,9	1710	31,9	1447	27,4	1652	31,6	1990	32,2
Allir aðrir sjúkdómar	2141	40,9	2131	39,7	2243	42,5	1864	35,7	2632	42,6
Samtals	5232	100,0	5363	100,0	5272	100,0	5228	100,0	6175	100,0

Tafla IVb. Fyrsta sjúkdómsgreining endurhæfingarlífeyrisþega eftir fjögurra ára tímabilum.

Tímabil	2000-2003		2004-2007		2008-2011		2012-2015		2016-2019	
Fyrsta sjúkdómsgreining	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%
Stoðkerfissjúkdómur	511	19,5	636	18,3	706	20,1	1103	26,7	1159	20,8
Geðsjúkdómur	811	31,0	1223	35,3	1269	36,1	1612	39,0	2481	44,5
Allir aðrir sjúkdómar	1293	49,4	1607	46,4	1536	43,7	1414	34,2	1940	34,8
Samtals	2615	100,0	3466	100,0	3511	100,0	4129	100,0	5580	100,0

is þroskahömlunar og dæmigerðrar einhverfu) og geðsjúkdóma (til dæmis snemmkominna geðrofssjúkdóma) valda oft ævilangri óvinnufærni hjá ungu fólki. Þessi atriði skýra þó ekki þá þróun að á síðustu fjórum árum rannsóknartímabilsins fara fleiri á örorku vegna geðsjúkdóma en á tímabilunum á undan á sama tíma og meðferðar- og endurhæfingarúrræðum fyrir geðsjúka hefur fjölgað, til að mynda innan heilsugæslunnar (tafla IVa).[12] Aldursdreifing örorkulífeyrisþega vegna stoðkerfissjúkdóma er gagnstæð; fjölgun með hækkandi aldri (tafla IIIa) og litlar breytingar á fjölda á tímabilinu 2000-2019 (tafla IVa).

Aldursdreifing endurhæfingarlífeyrisþega sýnir mikla fjölgun (þreföldun) í hópi þeirra sem eru með geðsjúkdóm sem fyrstu greiningu á síðustu fjórum árum rannsóknartímabilsins (tafla IVb) og flestir þeirra í yngsta aldurshópnum (tafla IIIb). Aldursdreifing endurhæfingarlífeyrisþega vegna stoðkerfissjúkdóma er eins og hvað örorkuna varðar, nokkuð jöfn á tímabilinu en endurhæfingarlífeyrisþegunum fjölgar eftir því sem nær dregur í tíma (tafla IVb).

Hvað alla aðra sjúkdómaflokka varðar má sjá jafnt vaxandi fjölda endurhæfingarlífeyrisþega eftir því sem nær dregur í tíma (tafla IVb) með nokkuð jafnri aldursdreifingu (tafla IIIb). Sömu mynstur má sjá í hópi örorkulífeyrisþega annarra sjúkdómaflokka og hjá stoðkerfissjúkdómum, fjölgun með hækkandi aldri (tafla IIIa) en tiltölulega litlar sveiflur á rannsóknartímabilinu (tafla VIa).

Þegar þróunin er skoðuð eftir tímabilum má sjá að hlutfallslega fleiri fara á örorkulífeyri vegna geðsjúkdóma síðustu ár þótt nokkrar sveiflur séu milli tímabila (tafla IV). Þessi þróun, fjölgun í hópnum með geðsjúkdóma, verður enn skýrari þegar endurhæfingarlífeyrishópurinn er skoðaður (tafla IVb). Þrisvar sinnum fleiri voru í endurhæfingu vegna geðsjúkdóma, og rúmlega tvöfalt fleiri vegna stoðkerfissjúkdóma 2016-2019 samanborið við 2000-2003.

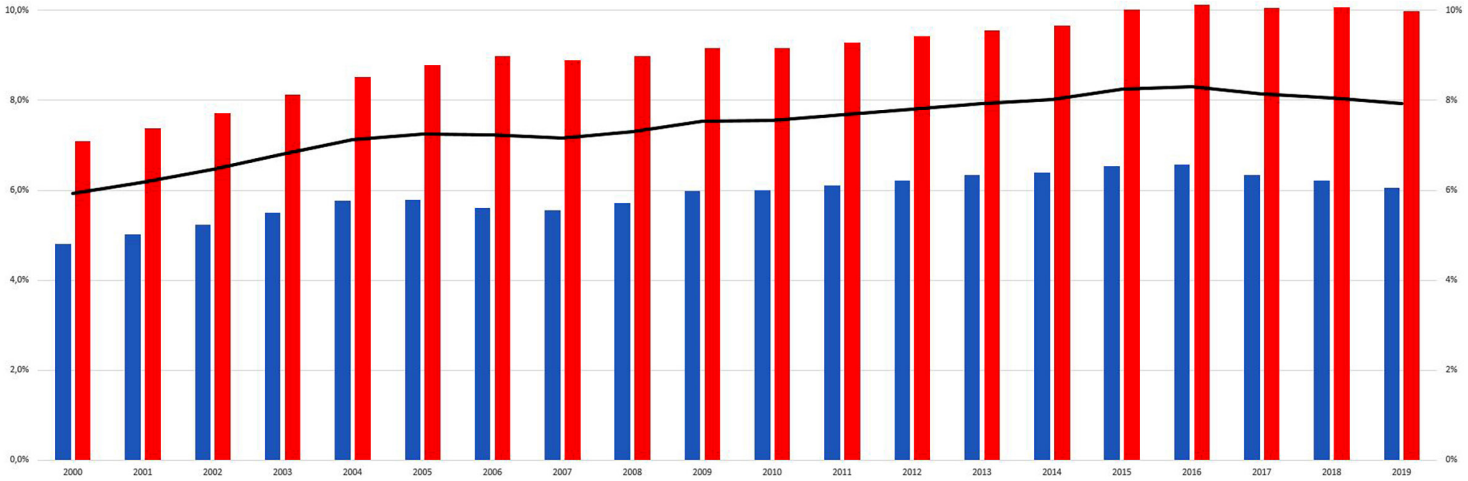
Áhugavert er að skoða *allar* sjúkdómsgreiningar örorkulífeyrisþega, skipt eftir fjögurra ára tímabilum (tafla V). Hér má sjá að geðsjúkdómar eru greindir hjá yfir þriðjungi örorkulífeyrisþega í upphafi tímabils en hjá yfir helmingi þeirra í lok þess á meðan litlar breytingar verða á hlutfallslegum fjölda þeirra sem greinast með stoðkerfissjúkdóma. Þegar fjöldi sjúkdómsgreininga er skoðaður eftir tímabilum, hvort sem er milli sjúkdómaflokka eða allra greininga, kemur fjölgun þeirra í ljós eftir því sem nær dregur í tíma. Þannig má sjá að þegar borin eru saman fyrstu og síðustu fjögur ár tímabilsins hafa sjúkdómsgreiningar örorkulífeyrisþega næstum tvöfaldast, meðalfjöldi allra sjúkdómsgreininga fer úr 2,2 í 3,7 á hvern nýjan örorkulífeyrisþega (tafla V). Ástæða þessa getur skýrst af öðru en aukinni sjúkdómsbyrði, svo sem meiri nákvæmni í sjúkdómsgreiningum lækna og auðveldari yfirfærslum þeirra í læknisvottorð í rafrænum sjúkraskrárkerfum.

Þegar allar sjúkdómsgreiningar örorkulífeyrisþega á tímabilinu eru skoðaðar (tafla I) í samanburði við Finnland kemur í ljós að hlutfall geðsjúkdóma er nokkru hærra hér, 45,6% samanborið við 35,5% en munurinn er mikill hvað varðar stoðkerfissjúkdóma sem eru 45,3% hér á landi samanborið 8,3% í Finnlandi.[13] Taka verður þó samanburði milli landa með þeim fyrirvara að almannatryggingakerfi eru ólík, til dæmis getur fólk ekki farið á örorku í Danmörku fyrr en 40 ára og 30 ára í Svíþjóð en sjúkra- og endurhæfingarlífeyriskerfin eru líka frábrugðin.[14]

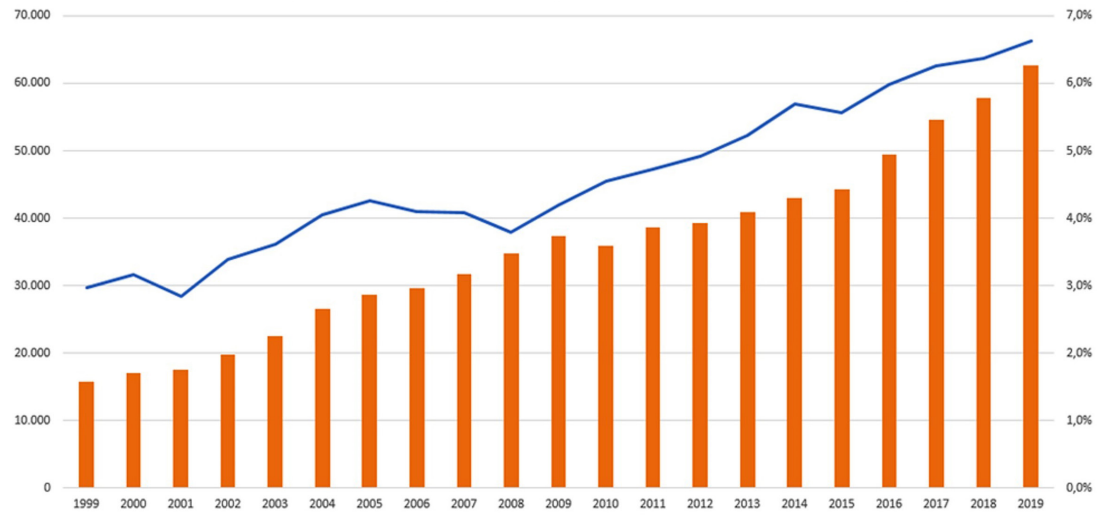
Á því 20 ára tímabili sem hér er til skoðunar má sjá stöðuga hlutfallslega fjölgun öryrkja fyrsta áratuginn eftir innleiðingu örorkumatsstaðalsins, úr 6% í vel yfir 7% fólks á vinnualdri (mynd 1). Hápunkti er náð um 2016 þegar hlutfallið fer vel yfir 8% en síðan hefur hlutfallið lækkað lítillega, niður í um 8%, en hafa verður í huga að á sama tíma fjölgar endurhæfingarlífeyrisþegum verulega (tafla IVb) sem skýrist af áherslu TR frá árinu 2018 á að endurhæf-

Tafla V. Allar sjúkdómsgreiningar nýrra örorkulífeyrisþega eftir fjögurra ára tímabilum.

Tímabil	Fjöldi einstaklinga	Þar af með geðsjúkdóma		Þar af með stoðkerfissjúkdóma		Þar af með aðrar sjúkdómsgreiningar		Heildarfjöldi sjúkdóms-greininga	Meðalfjöldi sjúkdóms-greininga
		Fjöldi	%	Fjöldi	%	Fjöldi	%		
2000-2003	5223	2023	39	2450	47	3142	60	11.492	2,2
2004-2007	5362	2403	45	2285	43	3045	57	11.113	2,1
2008-2011	5270	2209	42	2277	43	3232	61	11.763	2,2
2012-2015	5221	2465	47	2383	46	2762	53	10.518	2,0
2016-2019	5829	3340	57	2958	51	4062	70	21.376	3,7



Mynd 1 *sýnir fjölda 75% öryrkja búsettra á Íslandi eftir kyni sem hlutfall af fjölda af sama kyni og á sama aldursbili, það er 18-66 ára. Bláar súlur: Hlutfall karla á Íslandi með 75% örorkumat 18-66 ára. Rauðar súlur: Hlutfall kvenna á Íslandi með 75% örorkumat 18-66 ára. Svört lína: Hlutfall allra á Íslandi með 75% örorkumat 18-66 ára.*



Mynd 2 *sýnir allar réttindagreiðslur TR í milljónum króna vegna örorku- og endurhæfingarlífeyris á verðlagi ársins 2019, fyrir árin 1999-2019. Súlur: Samtals réttindi í örorku- og endurhæfingu á verðlagi 2019. Strikið: Hlutfall af ríkisútgjöldum.*

ing sé fullreynd áður en að örorkumati kemur. Þetta er ekki síður mikilvægt þegar hlutfallsleg þróun ríkisútgjalda vegna heildargreiðslna til endurhæfingar- og örorkulífeyrisþega er skoðuð (mynd 2). Hlutfall réttindagreiðslna af ríkisútgjöldum vegna örorku- og endurhæfingarlífeyris hefur aukist jafnt og þétt frá því örorkumatsstaðall var innleiddur 1999 og nam um 6,5% árið 2019.

Samantekið má sjá að nýliðun sérstaklega yngri endurhæfingarlífeyrisþega hefur aukist hratt á undanförnum árum á sama tíma og lítillega hefur dregið úr hlutfallslegri fjölgun öryrkja en á fyrsta áratug þessarar aldar fjölgaði jafnt og þétt í þeirra hópi. Örorkumat byggir enn á læknisfræðilegum forsendum en stjórnvöld hafa boðað nýtt matskerfi starfsgetumats.[7] Geð- og stoðkerfissjúk-

dómar eru langalgengustu sjúkdómsflokkar sem leiða til skertrar starfsgetu. Heldur lægra hlutfall öryrkja er með geðgreiningu sem fyrstu sjúkdómsgreiningu á tímabilinu 2000-2019 samanborið við þá sem áttu gildandi örorkumat 2005 en hlutfall stoðkerfissjúkdóma er heldur hærra. Engu að síður skera geðsjúkdómar sig úr hvað varðar aldursdreifingu og fjölgun eftir því sem nær dregur í tíma. Ungt fólk sem verður óvinnufært af heilsufarsástæðum býr við skert lífsgæði til frambúðar og samfélagslegur kostnaður er hærri því yngra sem fólk er þegar það verður óvinnufært. Fleiri og betri meðferðar- og endurhæfingarúrræði vegna geðsjúkdóma, til dæmis innan heilsugæslunnar, munu væntanlega skila bættri færni þessa hóps. Fleira þarf þó til ef sporna á við því að réttindagreiðslur TR vegna endurhæfingar- og örorkulífeyris haldi áfram að vaxa sem hlutfall af ríkisútgjöldum.

Þakkir

Þökkum samstarfsfólki okkar á Tryggingastofnun yfirlestur og ábendingar, Gísla Oddssyni lögfræðingi og Sigríði Lillý Baldursdóttur forstjóra.

Heimildir

1. Lög um almannatryggingar nr. 100. 2007.
2. Lög um persónuvernd og vinnslu persónuupplýsinga nr. 90. 2018.
3. Thorlacius S, Stefánsson SB, Jóhannsson H. Örorkumat fyrir og eftir gildistöku örorkumatsstaðals. Læknablaðið 2001; 87: 721-3.
4. Lög um félagslega aðstoð nr. 99. 2007.
5. Reglugerð um framkvæmd endurhæfingarlífeyris samkvæmt lögum um félagslega aðstoð. 202.0
6. Herbertsson TÞ. Fjölgun öryrkja á Íslandi - Orsakir og afleiðingar. 2005. stjornarradid.is/verkefni/fleiri-rit/rit/2005/05/10/Fjolgun-oryrkja-a-Islandi-Orsakir-og-afleidingar/ - maí 2021.
7. Thorlacius S, Stefánsson SB, Ólafsson S. Algengi örorku á Íslandi 1. desember 2005. Læknablaðið 2007; 93: 11-4.
8. Nýtt greiðslukerfi vegna skertrar starfsgetu. Félagsmálaráðuneyti 2019. stjornarradid.is/gogn/rit-og-skyrslur/stakt-rit/2019/05/10/Nytt-greidslukerfi-vegna-skertrar-starfsgetu/ - maí 2021.
9. Endurhæfing - Tillögur að endurhæfingarstefnu. Heilbrigðisráðuneytið 2020. stjornarradid.is/library/04-Raduneytin/Heilbrigdisraduneytid/ymsar-skrar/Endurhaefing-tillogur-ad-stefnu_Sept2020.pdf - maí 2021.
10. Thorlacius S, Herbertsson TT. Hve lengi eru menn öryrkjar á Íslandi? Læknablaðið 2005; 91: 501-4.
11. Thorlacius S, Stefánsson SB, Ranavaya MI, et al. Vefjagigt og kvíðaröskun. Læknablaðið 2002; 88: 815-8.
12. Sálfræðiþjónusta. throunarmidstod.is/svid-thih/salfraedithjonusta/- maí 2021.
13. FPA:s förmåner för personer med funktionsnedsättning. 2019. helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/322909/3_KelanVammaisetuudet_Kelan_tilastollinen_vuosikirja_2019.pdf - maí 2021.
14. Social Protection in the Nordic Countries. 2016. norden.diva-portal.org/smash/get/diva2:1148493/FULLTEXT02.pdf - maí 2021.

Greinin barst til blaðsins 22. maí 2021,
samþykkt til birtingar 24. september 2021

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.12.664

Diagnosis, rehabilitation and development of disability 2000-2019 in Iceland

Ólafur Ó. Guðmundsson
Guðmundur Hjaltalín
Haukur Eggertsson
Þóra Jónsdóttir

The Social Insurance Administration.

Correspondence: Ólafur Ó. Guðmundsson, *olafur.gudmundsson@tr.is*

Key words: *work capacity, rehabilitation, disability, medical certificate*

INTRODUCTION: The disability assessment standard based on medically recognized illnesses or disabilities was introduced in Iceland 1999. The aim of this study is to examine the development of Social Insurance Administration (Tryggingastofnun ríkisins, TR) rulings regarding rehabilitation and disability pensions over a twenty-year period, since its introduction.

MATERIAL AND METHODS: All registered diagnoses in the medical certificates of TR due to the approved rehabilitation or disability pension were examined in the period 2000-2019. The gender distribution and age distribution of these applicants and the number development during the period are described. At the same time, costs as a percentage of government expenditure are examined.

RESULTS: The number of younger rehabilitation pensioners has increased rapidly in recent years, at the same time as the relative increase in disability pensioners has slowed slightly. Mental and musculoskeletal disorders are by far the most common types of illness leading to disability. Mental illnesses differ in terms of age distribution and increase over time. The proportion of individuals aged 18-66 with a 75% disability assessment has increased by a third during the period, from about 6% to 8%. The gender distribution of disability pensioners remains similar, with women accounting for 62% in total. Women are much more likely to receive disability pension due to musculoskeletal disorders than men and men are somewhat more likely to suffer from mental illness. The relative development of central government expenditure on total payments to rehabilitation and pensioners continues to grow as a proportion of central government expenditure.

CONCLUSION: The number of rehabilitation pensioners has increased significantly since 2018, at the same time as the number of disability pensioners has decreased and there are indications that rehabilitation results in a lower number of new disability pensioners. Mental and musculoskeletal disorders are by far the most common types of illness leading to disability. A slightly lower proportion of disabled people have psychiatric diagnosis as a first diagnosis in the period 2000-2019 compared to those with a valid disability assessment in 2005, but the proportion of musculoskeletal disorders is slightly higher. Nevertheless, mental illnesses differ in age distribution and increase over time.

Langtímaáhrif brunaáverka á heilsu fullorðinna: lýsandi þversniðskönnun og forprófun spurningalista

Lovísa Baldursdóttir[1,2] hjúkrunarfræðingur
Sigríður Zoëga[1,2] hjúkrunarfræðingur
Gunnar Auðólfsson[3] læknir
Vigdís Friðriksdóttir[1] hjúkrunarfræðingur
Sigurður Ýmir Sigurjónsson[4] hjúkrunarfræðingur
Brynja Ingadóttir[1,2] hjúkrunarfræðingur

[1]Landspítala, [2]hjúkrunarfræðideild Háskóla Íslands, [3]lýtalækningadeild Landspítala. [4]Hrafnistu.

Fyrirspurnum svarar Lovísa Baldursdóttir, *lovisaba@landspitali.is*

ÁGRIP

TILGANGUR

Tilgangur rannsóknarinnar var að meta langtímaáhrif brunaáverka á heilsu og heilsutengd lífsgæði fullorðinna og meta próffræðilega eiginleika íslenskrar útgáfu matstækisins Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B).

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Í þessari lýsandi þversniðsrannsókn var öllum 18 ára og eldri sem brenndust á húð á barns- eða fullorðinsaldri, og dvöldu á Landspítala í sólarhring eða lengur, á 15 ára tímabili, boðin þátttaka (N=196). Þátttakendur svöruðu spurningalista um heilsu (BSHS-B), um heilsutengd lífsgæði (EQ-5D-5), spurningum um brunatengd einkenni og um reynslu sína af sjúkrahúsdvölinni.

NIÐURSTÖÐUR

Þátttakendur voru 66 (svarhlutfall 34%), karlar voru 77%, meðalaldur var 45,7 ár (sf=18,3, spönn 18-82 ár) og meðalaldur við bruna 34,0 (sf=20,1, spönn 1-75) ár. Miðgildi tíma frá bruna var 11,5 ár (spönn 1-44) og voru 32% þátttakenda yngri en 18 ára þegar þeir brenndust. Áhrif bruna á heilsu samkvæmt kvörðum BSHS-B listans mældist á bilinu 4,4-5,0 (miðgildi) og mældist heilsa (EQ-5Dvas) þeirra 80 (miðgildi, spönn 10-100). Þeir sem höfðu misst líkamshluta eða fengið húðágræðslu höfðu neikvæðari líkamsímynd og þurftu að sinna meiri sjálfsumönnun en hinir ($p<0,05$). Hópur brunasjúklinga glímir við íþyngjandi áhrif brunaslyssins, svo sem kláða (48%), verki (37%), kvíða/þunglyndi (29%) og neikvæða líkamsímynd (37%). Af þeim sem svöruðu spurningunni um hvað var erfiðast að glíma við eftir útskrift, nefndu 67% þeirra skort á upplýsingum, eftirliti og stuðningi. Íslensk þýðing BSHS-B spurningalistans reyndist áreiðanleg en gera þarf frekari rannsóknir á réttmæti hans.

ÁLYKTUN

Meirihluti þátttakenda taldi sig hafa náð góðri heilsu eftir brunaslysið og áleit lífsgæði sín ásættanleg. Þó glímir hluti hópsins við langvinnar líkamlegar og sálfélagslegar afleiðingar brunans. Huga þarf að vönduðum undirbúningi fyrir útskrift af sjúkrahúsi og byggja þarf upp heildræna og þverfaglega heilbrigðisþjónustu sem felur í sér langtímaeftirlit, ráðgjöf og stuðning.

Inngangur

Brunaslys eru alþjóðlegt vandamál með fjölþættar orsakir og eru stærstu áhrifaþættir samfélagsgerð og efnahagur.[1] Talið er að rekja megi 180.000 andlát á heimsvísu árlega til brunaáverka af einhverju tagi.[1] Á undanförnum áratugum hefur dánartíðni af völdum brunaáverka lækkað vegna fyrirbyggjandi aðgerða og framfara í meðferð og jafnframt hefur dvalartími á sjúkrahúsi styst.[2] Þannig fjölgar þeim sem lifa með langtímaafleiðingum brunaslysa. Til að skoða árangur meðferðar og skipuleggja þjónustu er því mikilvægt að meta langtímaheilsutengd lífsgæði brunasjúklinga (*burn survivor*), svo sem líkamlega og andlega heilsu, sálfélagslega líðan og atvinnuþátttöku.[3]

Meðferð brunaáverka er sérhæfð og samkvæmt tilmælum frá evrópsku og bandarísku brunasamtökunum, sem að mestu er fylgt hérlendis, skal brunasjúklingur fluttur á brunadeild uppfylli hann ákveðin viðmið sem taka meðal annars tillit til aldurs, staðsetningar, útbreiðslu og dýptar sára, og innöndunarskaða.[4,5] Síðustu 5 ár hafa alls 73 einstaklingar dvalið sólarhring eða lengur á Landspítala vegna brunaáverka, þar af 20 börn.*

Alvarlegur brunaáverki (>15-20% af líkamsyfirborði) hefur víðtæk áhrif á alla líkamsstarfsemi til skemmri og lengri tíma, meðal annars vegna seytingar streituhormóna og losunar fjölmargra

*Samkvæmt upplýsingum frá hagdeild Landspítala.

frumuboðefna (*cytokine*) frá hitaskemmdum frumum. Áhrif á starfsemi hjarta- og æðakerfis eru meðal annars aukið háræðagegndræpi sem veldur bjúgsöfnun og truflun á vökvajafnvægi og röskun á blóðsöltum. Streituhormón og bólguboðefni (*inflammatory mediators*) valda hraðari efnaskiptum (*hypermetabolic syndrome*) og ónæmisbælingu sem eykur hættu á sýkingum og sýklasóttarlosti er leitt geta til fjöllíffærabilunar og meðferðar á gjörgæsludeild.

Rannsóknir benda til að brunaslys geti valdið fjölþættum líkamlegum, sálfélagslegum og geðrænum vanda í mörg ár eftir slysið með neikvæðum áhrifum á heilsutengd lífsgæði.[6-16] Þekktir langtímafylgikvillar eru kláði, verkir, þreyta, skyntruflanir, einkenni frá hjarta- og æðakerfi, ör og kreppur (*contracture*), skert hreyfifærni og jafnvel tap á líkamshluta. Einnig má nefna skort á D-vítamíni, sem getur orðið alvarlegur, einkum hjá börnum, þar sem bruni á húð truflar D-vítamínframleiðslu húðarinnar.[17]

Sýnt hefur verið fram á marktæk neikvæð tengsl milli heilsutengdra lífsgæða og fullþykktarbruna, fjölda skurðaðgerða og atvinnuleysis í kjölfar slyss allt að 16 árum eftir brunaslysið.[11] Rannsókn á sænskum brunasjúklingum leiddi í ljós að 30% þátttakenda höfðu langvinna verki tveimur til 7 árum eftir slysið og hafði sá hópur einnig lakari heilsutengd lífsgæði heldur en þeir sem ekki höfðu langvinna verki.[10]

Heilsutengd lífsgæði mælast einnig verri hjá þeim brunasjúklingum sem haldnir eru langtíma geðrænum einkennum, svo sem þunglyndi, kvíða og áfallastreituröskun í kjölfar brunaslyss[6,9] og hjá þeim sem upplifa neikvæð áhrif á kynheilsu, líkamsímynd og samskipti vegna brunaáverkans.[7]

Útbreiðsla áverkans virðist ekki segja til um alvarleika geðrænna einkenna[19] og hefur komið í ljós að geðræn einkenni geta fylgt brunaáverkum sem jafnvel eru innan við 10% af líkamsyfirborði.[6] Ennfremur geta brunaslys á barnsaldri aukið hættu á geðrænum vanda, svo sem kvíðaröskunum og þunglyndi, síðar á ævinni.[15,18] Einnig hefur komið fram að þeir sem bera sjáanleg merki um brunann, svo sem ör eða litabreytingar í andliti og höndum, eru líklegri til að glíma við sálfélagsleg vandamál sem hafa áhrif á lífsgæði heldur en þeir sem bera merki um brunann á minna sýnilegum stöðum.[20-22]

Af framangreindu er ljóst að brunaslys geta haft margvísleg langtímaáhrif á andlega og líkamlega líðan og hefur sú tillaga komið fram að líta skuli á afleiðingar brunaáverka sem langvinnan sjúkdóm.[13] Víðtækari þekking á langtímaáhrifum hefur varpað ljósi á mikilvægi þverfaglegrar og heildrænnar nálgunar sem felur í sér sérhæft eftirlit og stuðning eftir útskrift af sjúkrahúsi í lengri tíma, bæði fyrir börn og fullorðna.[9,15,20]

Hér á landi hafa verið gerðar nokkrar faraldsfræðilegar rannsóknir á brunaslysum sem meðal annars hafa sýnt fram á að tíðni brunaslysa hjá börnum og fullorðnum sé meðal þess lægsta sem gerist í heiminum.[23-25] Hins vegar hefur líðan og heilsa þessa sjúklingahóps ekki verið skoðuð þar til nú og lítið er vitað um afdrif einstaklinganna þar sem sérhæft eftirlit og stuðningur eftir útskrift af sjúkrahúsi er ekki til staðar.

Markmið þessarar rannsóknar var tvíþætt: Í fyrsta lagi að meta langtímaáhrif brunaáverka á heilsu og heilsutengd lífsgæði fullorðinna á Íslandi sem dvöldu á sjúkrahúsi vegna brunaáverka í sólarhring eða lengur og höfðu brennst á barns- eða fullorðinsaldri. Í öðru lagi að meta próffræðilega eiginleika íslenskrar útgáfu mælitækisins Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) sem ætlað er að meta heilsu fólks sem hefur fengið brunaáverka.

Efniviður og aðferð

Þátttakendur

Þýði þessarar lýsandi þversniðskönnunar voru allir lifandi einstaklingar, 18 ára og eldri, sem brenndust á húð á barns- eða fullorðinsaldri, dvöldu á Landspítala í sólarhring eða lengur á tímabilinu 1. janúar 2003 til 31. desember 2018 og áttu lögheimili á Íslandi þegar gagnasöfnun fór fram. Leitað var að þátttakendum eftir aðgerðarnúmerum fyrir brunaáverka á húð og nöfn og kennitölur fengnar úr sjúklingabókhaldi Landspítala. Alls uppfylltu 196 manns þátttökuskilyrði og fengu þau sendan spurningalista í apríl 2019, ásamt kynningarbréfi og svarumslagi sem setja mátti ófrímerkt í póst. Haft var samband símleiðis tveimur vikum eftir útsendingu listans við þau sem ekki höfðu svarað. Leyfi fyrir rannsókninni var fengið hjá siðanefnd heilbrigðisrannsókna og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala. Skil á spurningalista var túlkað sem samþykki fyrir þátttöku.

Mælingar

Upplýsinga var aflað með tveimur matstækjum auk viðbótarspurninga. Líðan og heilsa einstaklinga með brunaáverka er íslensk útgáfa matstækisins Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) sem er notað til að meta sértæk áhrif bruna á heilsu fólks.[3,26] Matstækið hefur verið í smíðum síðan árið 1982 og hafa próffræðilegir eiginleikar þess reynst fullnægjandi.[26,27] Við gerð íslensku útgáfunnar var frumútgáfan þýdd á íslensku og bakþýdd á ensku. Síðan var spurningalistinn yfirfarinn af rýnihópi heilbrigðisstarfsmanna sem sinna brunasjúklingum, ásamt tveimur brunasjúklingum. Eftir það var listinn prófaður á 11 brunasjúklingum sem valdir voru með hentugleikaúrtaki og voru gerðar nokkrar breytingar á orðalagi spurninga.[28] Í BSHS-B eru 40 spurningar sem skiptast í 9 svið (nokkur dæmi um atriði):

- Hitaskynjun (að vera úti í sól eða hita, viðkvæm húð)
- Tilfinningar (vera einmana, forðast að vera með vinum, hafa engan til að tala við, finna fyrir depurð og leiða)
- Færni handa (að skrifa, nota hnífapör)
- Sjálfsumönnun (umhirða húðar, áhrif meðferðar á daglegt líf)
- Starfshæfni (erfiðleikar í starfi)
- Kynheilsa (áhugi á kynlífi, forðast faðmlög og kossa)
- Samband við aðra (samband við fjölskyldu)
- Einföld verk (að klæða sig og baða)
- Líkamsímynd (útlitið veldur mér hugarangri, öðrum þykja brunaörin fráhrindandi, vildi geta gleymt útliti mínu).

Þátttakandi svarar miðað við líðan sína og ástand síðustu tvær vikur og eru svarkostir á 5 punkta Likert-kvarða (frá 1 = mjög mikil einkenni eða áhrif til 5 = engin einkenni eða áhrif).

Heilsutengd lífsgæði voru metin með EQ-5D-5 sem er mikið notaður mælikvarði á heilsutengd lífsgæði og skiptist í 5 svið (hreyfigetu, sjálfsumönnun, venjubundin störf, verki/óþægindi og kvíða/depurð/þunglyndi) og eru 5 svarmöguleikar, frá 1 (engir

erfiðleikar) til 5 (verulegir erfiðleikar).[28] Einnig fylgir matstækinu sjónmatskvarði (0-100) þar sem svarandi metur heilsu sína í dag. Hærri stig tákna betri heilsu.

Viðbótarspurningar voru samdar af rannsakendum og tveimur brunasjúklingum og eru þær byggðar á erlendum rannsóknum, reynslu sjúklinganna og klínískri þekkingu heilbrigðisstarfsmanna. Spurt var um 5 líkamleg einkenni sem þekkt eru í kjölfar bruna, og 5 spurningar voru um tilfinningar og samskipti, og voru svarkostir á 5 punkta Likert-kvarða (frá 1 = mjög mikil einkenni eða áhrif til 5 = engin einkenni eða áhrif). Einnig voru opnar spurningar um hvað var erfiðast að glíma við eftir að fyrstu sjúkrahúsdvöl vegna brunans lauk og um tillögur að umbótum í heilbrigðisþjónustu fyrir brunasjúklinga.

Almennar spurningar voru um aldur, kyn, menntun, atvinnu, hjúskaparstöðu, brunavald, hvar brunaslysið átti sér stað, staðsetningu áverka, tap á líkamshluta og húðflutning.

Tölfræðiúrvinnsla

Tölfræðiúrvinnsla var unnin í IBM SPSS-forritinu, 26. útgáfu (IBM, Armonk, New York, USA). Lýsandi tölfræði, meðaltöl, miðgildi, staðalfrávik og spönn voru reiknuð fyrir lýðfræðilegar breytur, brunatengdar breytur og spurningar á BSHS-B- og EQ-5D5-listunum. Óstikuð (*non-parametric*) próf voru notuð í ályktunartölfræði þar sem breytur voru ekki normaldreifðar. Spearmans rho var notað til að reikna út fylgni á milli aldurs og svara á BSHS-B og EQ-5D-5 en Mann-Whitney-próf til að kanna mun á milli hópa (kyn, bruni í andliti/höfði, brunaslys á barns- eða fullorðinsaldri, húðflutningur og tap líkamshluta). Cronbach's alfa var notað til að reikna út áreiðanleika BSHS-B-spurningalistans og kvarða hans. Gerð var staðfestandi þáttagreining til að kanna hugtakaréttmæti BSHS-B-listans. Beitt var meginþáttagreiningu (*principal component analysis*) með hornréttum (*varimax*) snúningi og óskað eftir 9 þáttum í samræmi við greiningu Kildal og fleiri[26] á próffræðilegum eiginleikum BSHS-B-listans. Til að kanna samleitniréttmæti var skoðuð fylgni á milli kvarða BSHS-B-listans við spurningu um heilsu á EQ-5D-5. Gert var ráð fyrir að mörg stig á BSHS-B, sem endurspegla lítil áhrif bruna, hefðu jákvæða fylgni við mörg stig á EQ-5D-5-heilsuspurningu, sem endurspeglar góða heilsu. Marktæknimörk voru sett við $p \leq 0,05$. Aflgreining var ekki gerð þar sem fyrst og fremst var um lýsandi rannsókn að ræða, auk þess sem heildarþýði var boðin þátttaka.

Niðurstöður

Spurningalistanum svöruðu 66, eða 34%. Meirihluti þátttakenda var karlar (77%) og var meðalaldur 45,7 ár (sf=18,3; spönn 18-82 ár). Nánari upplýsingar um þátttakendur er að finna í töflu I. Meðalaldur hópsins sem ekki svaraði var 44,3 ár (sf=17,4; spönn 19-93 ára) og 73% voru karlar. Meðalaldur þátttakenda þegar brunaslysið átti sér stað var 34,0 ár (sf=20,1; spönn frá 1. ári til 75 ára) og var 21 (32%) þátttakandi yngri en 18 ára þegar hann brenndist. Miðgildi tíma frá bruna var 11,5 ár (spönn 1-44), að meðaltali 15,1 (sf 8,2) ár hjá þeim sem brenndust á barnsaldri en 10,6 (sf 7,1) ár hjá þeim sem brenndust fullorðnir ($p<0,05$). Meðalaldur þátttakenda sem brenndust sem börn var 26,4 ár, (± 6,4) en 55,6 ár, (± 14,0) hjá þeim sem brenndust fullorðnir. Algengast var að fólk brenndist heima

Tafla I. Lýðfræðilegar upplýsingar og bakgrunnur þátttakenda.

		n (%*)
Kyn	Karl	51 (77)
	Kona	15 (23)
Hjúskaparstaða	Í hjúskap/sambúð	44 (67)
	Fráskilin(n)/einhleyp(ur)/ekkja(ekkill)	20 (30)
	Svarar ekki	2 (3)
Atvinna	Útivinnandi	38 (58)
	Öryrki	11 (17)
	Á eftirlaunum	6 (10)
	Námsmaður/heimavinnandi	3 (5)
	Annað	2 (3)
	Svarar ekki	5 (7)
Menntun	Grunnskóli	21 (32)
	Framhaldsskóli	25 (48)
	Háskóli	15 (23)
	Veit ekki/svarar ekki	5 (8)
Brunavaldur	Vatn/vökvar	22 (33)
	Eldur	15 (23)
	Málmar	8 (12)
	Eldsneyti (gas, bensín)	7 (11)
	Annað	5 (8)
	Rafmagn	4 (6)
	Flugeldar	3 (5)
	Ætandi efni	1 (2)
	Svarar ekki	1 (2)
Vettvangur þegar brenndist	Heima	28 (42)
	Vinna/skóli	20 (30)
	Í fríi	5 (8)
	Annars staðar	9 (14)
	Veit ekki/svarar ekki	3 (5)
Staðsetning brunaáverka	Neðri útlimir	38 (58)
	Búkur	34 (51)
	Efri útlimir	32 (49)
	Andlit/höfuð	16 (35)
	Kynfærasvæði	3 (5)
Húðflutningur	Já	35 (54)
Tap á líkamshluta	Já	8 (13)
Aldursskeið þegar brenndist	Barn (<18 ára)	21 (32)
	Fullorðinn	44 (68)

*Vegna námundunar er samanlögð tala ekki alltaf 100%

Tafla II. Niðurstöður kvarða BSHS-B-spurningalistans um áhrif brunaáverka á líðan og heilsu og viðbótarspurninga um einkenni.*

Kvarðar BSHS-B		Áhrif n (%)				
	Miðgildi (spönn)	Engin	Dálítil	Frekar mikil	Talsverð	Mjög mikil
Hitaskynjun	4,6 (1-5)	33 (52)	14 (22)	9 (14)	4 (6)	3 (5)
Tilfinningar	4,4 (2-5)	30 (49)	18 (29)	9 (15)	4 (7)	0 (0)
Færni handa	5,0 (3-5)	51 (83)	3 (5)	7 (11)	0 (0)	0 (0)
Meðferðarúrræði	5,0 (2-5)	45 (76)	7 (12)	5 (8)	2 (3)	0 (0)
Starfshæfni	5,0 (1-5)	40 (65)	12 (19)	5 (8)	1 (2)	4 (6)
Kynheilsa	5,0 (1-5)	45 (73)	9 (15)	4 (6)	3 (5)	1 (2)
Samband við aðra	5,0 (2-5)	54 (90)	3 (5)	2 (3)	1 (2)	0 (0)
Einföld verk	5,0 (1-5)	47 (76)	10 (16)	3 (5)	1 (2)	1 (2)
Líkamsímynd	4,8 (1-5)	39 (63)	10 (16)	6 (10)	5 (8)	2 (3)
Skömm**	4,8 (2-5)	42 (67)	12 (19)	7 (11)	1 (2)	1 (2)
Einkenni tengd brunaáverka						
Verkir	5,0 (1-5)	39 (63)	11 (18)	6 (10)	5 (8)	1 (2)
Kláði	5,0 (1-5)	33 (52)	14 (22)	5 (8)	8 (13)	3 (5)
Dofi	4,0 (1-5)	29 (47)	16 (26)	6 (10)	10 (16)	1 (2)
Trufluð sjón	5,0 (1-5)	52 (85)	3 (5)	2 (3)	3 (5)	1 (2)
Trufluð heyrn	5,0 (1-5)	52 (85)	4 (7)	4 (7)	0 (0)	1 (2)

*Möguleg skor 1-5; hærra skor þýðir minni áhrif (betri líðan)
Vegna námundunar er mögulegt að samanlögð prósentutala sé ekki nákvæmlega 100
*Byggðar á gildum svörum
**Þessi kvarði (5 spurningar) var saminn af rannsakendum og tilheyrir því ekki upprunalega BSHS-B-spurningalistanum

við (42%) og var vatn eða aðrir vökvar algengustu brunavaldar, samanber töflu I. Rúmur þriðjungur hafði brennst í andliti eða á höfði (35%) og rúmur helmingur (54%) hafði fengið húðágræðslu (tafla I).

Áhrif bruna á líðan og heilsu samkvæmt kvörðum BSHS-B-listans mældist á bilinu 4,4-5,0 (miðgildi) og miðgildi líkamlegra einkenna var sömuleiðis á bilinu 4,0 til 5,0. Yfirlit yfir niðurstöður BSHS-B-spurningalistans um áhrif brunaslyss á líðan og heilsu er að finna í töflu II. Um helmingur þátttakenda (51%) taldi sig eiga við tilfinningaleg vandamál að stríða, svo sem að vera einmana og að forðast samneyti við aðra. Rúmur þriðjungur þátttakenda (37%) taldi að brunaslysið og afleiðingar þess hefðu neikvæð áhrif á líkamsímynd (frekar mikil, talsverð, mjög mikil áhrif) og 34% þátttakenda fann fyrir skömm vegna breytinga á útliti (frekar mikil, talsverð, mjög mikil). Rúmur fjórðungur (28%) taldi brunaslysið og afleiðingar þess hafa áhrif á núverandi kynheilsu sína, svo sem áhuga á kynlífi og að forðast faðmlög og kossa.

Konur höfðu lakari líkamsímynd en karlar (M 3,7 (sf 1,37) á móti 4,4 (sf 0,97), p=0,023) og fundu fyrir meiri skömm en þeir (M 3,9 (sf 1,05) á móti 4,7 (sf 0,56), p=0,002).

Þeir sem brenndust á barnsaldri höfðu betri hitaskynjun (M 4,5 (sf 0,86) á móti 3,8 (sf 1,22), p=0,028), færni handa (M 4,9 (sf 0,38) á móti 4,6 (sf 0,74), p= 0,022), starfshæfni (M 4,7 (sf 0,63) á móti 4,1 (sf 1,22), p=0,026) og kynheilsu (M 4,9 (sf 0,35) á móti 4,4 (sf 1,02), p= 0,039) en þeir sem brenndust á fullorðinsaldri.

Þeir sem tapað höfðu líkamshluta höfðu verri hitaskynjun (M 3,2 (sf 0,89) á móti 4,2 (sf 1,03), p=0,011), þurftu að sinna meiri sjálfsumönnun (M 3,9 (sf 0,99) á móti 4,7 (sf 0,65), p=0,008), höfðu lakari starfshæfni (M 3,9 (sf 1,28) á móti 4,4 (sf 1,08), p=0,039), kynheilsu (M 3,63 (sf 1,15) á móti 4,66 (sf 0,82), p=0,011), líkamsímynd (M 2,50 (sf 1,20) á móti 4,53 (sf 0,86), p<0,001) og fundu fyrir meiri skömm (M 3,73 (sf 1,19) á móti 4,61 (sf 0,61), p=0,022) en þeir sem ekki misstu líkamshluta.

Þeir sem höfðu fengið húðágræðslu höfðu neikvæðari líkamsímynd (M 3,81 (sf 1,26) á móti 4,65 (sf 0,73), p<0,001) og þurftu að sinna meiri sjálfsumönnun (M 4,38 (sf 0,84) á móti 4,71 (sf 0,73), p=0,023) en þeir sem ekki fengu húðágræðslu. Ekki var munur á kynheilsu þeirra eða skammartilfinningu.

Niðurstöður EQ-5D-5 sýndu að miðgildi skora var á bilinu 1-2 (spönn 1-5) og mátu þátttakendur heilsu sína að miðgildi 80 (spönn 10-100) samanber töflu III. Samkvæmt EQ-5D-5-listanum átti meirihluti þátttakenda (82-94%) ekki eða í svolitlum vandræðum með atriði tengd hreyfingu, sjálfsumönnun og venjubundnum störfum. Þó átti hluti þátttakenda (16%) í vandræðum með að sinna venjubundnum störfum og athöfnum og svipaður fjöldi upplifði skerta hreyfigetu (18%).

Tæpur einn þriðji þátttakenda (30%) greindi frá þó nokkrum, verulegum eða mjög miklum kvíða og þunglyndi og 26% svarenda voru með þó nokkra, verulega eða mjög mikla verki.

Þátttakendur voru spurðir hvað hefði reynst þeim erfiðast að glíma við eftir útskrift af sjúkrahúsi og hvað hefði mátt fara betur. Spurningunum svöruðu 27 (41%) þátttakendur, og töldu 18 (67%)

Tafla III. Niðurstöður EQ-5D-5-spurningalistans um heilsutengd lífsgæði.*

		Erfiðleikar n (%)				
	Miðgildi (spönn)	Engin	Svolítil	Þó nokkur	Veruleg	Mjög mikil/ófær um að framkvæma
Hreyfigeta (1-5)**	1,0 (1-5)	43 (69)	8 (13)	7 (11)	3 (5)	1 (2)
Sjálfsumönnun (1-5)	1,0 (1-4)	48 (79)	9 (15)	2 (3)	2 (3)	0 (0)
Venjubundin störf og athafnir (1-5)	1,0 (1-5)	41 (68)	9 (15)	6 (10)	2 (3)	2 (3)
Verkir/óþægindi (1-5)	2,0 (1-5)	27 (45)	17 (28)	8 (13)	6 (10)	2 (3)
Kvíði/þunglyndi (1-5)	1,0 (1-5)	32 (52)	12 (19)	6 (10)	9 (15)	3 (5)
Mat á heilsu (0-100)***	80,0 (10-100)	á ekki við -				

*Byggðar á gildum svörum
**Hærra skor þýðir meiri áhrif (verri líðan)
***Hærra skor þýðir betri heilsa

þeirra að upplýsingar um andleg og líkamleg einkenni sem vænta má eftir brunaslys hefði vantað. Ennfremur töldu þeir að eftirlit og stuðningur við andlega og líkamlega líðan hefði verið lítið eða vantað algerlega og það þyrfti að bæta.

Ætlunin var að gera staðfestandi þáttagreiningu á BSHS-B-listanum en þar sem KMO og Bartlettspróf var marktækt ($\chi^2(780) = 3316{,}5$, $p<0{,}001$) var ekki hægt að staðfesta hugtakaréttmæti listans. Hins vegar reyndist miðlungsfylgni eða sterk fylgni á milli allra þátta BSHS-B-listans og EQ-5D-5-listans. Áreiðanleiki BSHS-B-listans í heild, mældur með Cronbach's alfa, sem og einstakra kvarða, var í öllum tilvikum yfir 0,8. Yfirlit yfir próffræðilega eiginleika BSHS-B er að finna í töflu IV.

Tafla IV. Próffræðilegir eiginleikar BSHS-B-spurningalistans um áhrif bruna á heilsu. Áreiðanleiki og fylgni við EQ-5D-5-lífsgæðalistann.

Próffræðilegir eiginleikar	Cronbach's alpha	Fylgni við EQ-5D-5 (p-gildi)*
BSHS-B-heildarkvarði (40 atriði)	0,96	-
BSHS-B-heildarkvarði og viðbótarspurningar (45 atriði)**	0,96	-
Hitaskynjun (5 atriði)	0,92	0,53 (<0,01)
Tilfinningar (7 atriði)	0,92	0,58 (<0,01)
Færni handa (5 atriði)	0,87	0,44 (<0,01)
Meðferðarúrræði (5 atriði)	0,87	0,60 (<0,01)
Starfshæfni (4 atriði)	0,88	0,48 (<0,01)
Kynheilsa (3 atriði)	0,84	0,43 (<0,01)
Samband við aðra (4 atriði)	0,87	0,50 (<0,01)
Einföld verk (3 atriði)	0,83	0,47 (<0,01)
Líkamsímynd (4 atriði)	0,91	0,52 (<0,01)
Skömm (5 atriði)	0,84	0,49 (<0,01)

*Spearman's fylgnipróf, tvíhliða
**BSHS-B-kvarðinn auk 5 viðbótarspurninga um íþyngjandi áhrif bruna (ásamt spurningu um skömm) sem gerðar voru af rannsakendum

Umræða

Niðurstöður þessarar fyrstu rannsóknar á langtímaáhrifum brunaslysa á Íslandi benda til lítilla áhrifa á heilsu og heilsutengd lífsgæði. Ekki var hægt að gera staðfestandi þáttagreiningu vegna lítils úrtaks en áreiðanleiki spurningalistans reyndist ásættanlegur. Þegar svör við einstaka þáttum matstækjanna eru greind frekar kemur í ljós að þrátt fyrir að almennt telji þátttakendur að brunaslysið hafi lítil áhrif á líðan og heilsu er til hópur sem glímir við íþyngjandi einkenni og aðrar langtímaafleiðingar brunaslyssins. Þar má helst nefna einkenni frá taugakerfi, svo sem áhrif á tilfinningu í húð, kláða og verki, sálfélagsleg einkenni, svo sem kvíða, þunglyndi, einmanaleika og félagslega einangrun, að finna fyrir skömm vegna breytinga á útliti og að hafa neikvæða líkamsímynd.

Viðmið fyrir íslenskan almenning á EQ-5D-5 eða BSHS-B-listanum eru ekki til og því er samanburður við almenna borgara ógerlegur. Ennfremur eru viðmið fyrir líkamsímynd Íslendinga ekki þekkt. Þessar niðurstöður eru hins vegar í samræmi við erlendar rannsóknir sem benda til að lífsgæði brunasjúklinga batni með tímanum og nálgist heilsutengd lífsgæði almennra borgara sem ekki hafa brennst.[29,30]

Lífsgæði brunasjúklinga hafa lítið verið rannsökuð og eru niðurstöður misvísandi.[29-31] Samanburður þessara rannsókna er erfiður, einkum vegna mismunandi mælitækja sem notuð eru, breytilegrar tímalengdar frá brunaslysi og fram að þátttöku í rannsókn, og óstaðlaðs mats á alvarleika áverka.[3,9,30] Í þeim rannsóknum sem nota sambærilega aðferðafræði og hér er notuð er

tímaspönnin frá þremur mánuðum og að 50 árum og meðaltíminn allt að 20 ár.[6,8-11,15,26,29,31,32] Í rannsókn okkar voru um 12 ár liðin frá brunaslysinu og var tímaspönnin víð, eða 1-44 ár. Því má ætla að þátttakendur hafi verið á mjög mismunandi stað í sínu bataferli og kann það að vera ein skýring á góðri líðan þátttakenda. Rétti tíminn til að meta afleiðingar eða fötlun eftir slys er ekki þekktur, en vitað er að bataferill eftir slys einkennist í flestum tilvikum af hröðum framförum fyrstu mánuðina sem síðan hægist á þar til stöðugu ástandi er náð.[30,33] Að öllum líkindum eru það langtímaafleiðingar slyss sem skipta mestu máli fyrir einstaklinginn og samfélagið.

Rúmur helmingur svarenda hafði breytingar á húðskyni, svo sem dofa (53%), og tæpur helmingur hafði truflaða hitaskynjun (48%). Dofi í fingrum veldur minna næmi fyrir til dæmis hitastigi vatns og annarra vökva og fyrir þrýstingi, og eykur þannig hættu á nýjum bruna- og núningssárum. Breyting á húðskyni og önnur einkenni tengd taugakerfi eru þekkt langtímaáhrif brunaáverka.[3,12]

Tæpur helmingur svarenda þjáðist af langvinnum kláða (48%), en það er hærra hlutfall en kom fram í norskri rannsókn þar sem einn af hverjum fjórum hafði kláða.[11] Langvinnur kláði í brunaörum og gróinni húð getur verið íþyngjandi og truflað daglegt líf og vinnu.[11] Kláði í brunaörum og gróinni húð raskar meðal annars svefni og hvíld og veldur nýjum sárum vegna núnings og klórs og því getur góð meðferð við kláða bætt lífsgæði.

Rúmlega einn þriðji þátttakenda (37%) hafði verki um 12 árum eftir slysið samanborið við 18% til 52% allt að 12 árum frá slysi í öðrum rannsóknum.[10,34] Vitað er að brunasjúklingar upplifa endurtekinn og mikinn sársauka í sjúkrahúslegunni sem meðal annars tengist sárameðferð og þjálfun[36] og vísbendingar eru um að þeir sem muna eftir sársaukanum eru líklegri til að þróa með sér langvinna verki.[34] Rannsóknir benda til að fullnægjandi verkjameðferð strax eftir brunaslysið og meðan á sjúkrahúsdvöl stendur geti minnkað líkur á áfallastreituröskun, kvíða og þunglyndi og hugsanlega minnkað hættu á þróun langvinnra verkja.[34,36] Áhrif verkja á geðheilsu, einkum á kvíða, þunglyndi og einkenni áfallastreituröskunar eru ennfremur þekkt[34] og hefur verið bent á aukna tíðni sjálfsskaða hjá brunasjúklingum.[37] Því er mikilvægt að meðferð verkja vegna brunaáverka sé markviss og fullnægjandi bæði hjá börnum og fullorðnum og hefjist sem fyrst eftir slysið. Þetta háa hlutfall brunasjúklinga á Íslandi með langvinna verki og kláða getur bent til þess að eftirfylgni og sérhæfð meðferð við þessum íþyngjandi einkennum hafi ekki verið nægilega markviss eða hafi ekki verið til staðar.

Í þessari rannsókn kom fram að afleiðingar brunaslyss fyrir félagslega virkni og tengsl eru talsverð, meðal annars átti um helmingur þátttakenda við tilfinningaleg vandamál að stríða, svo sem að vera einmana og að forðast samneyti við aðra.

Um þriðjungur þátttakenda hafði brennst á sjáanlegum stöðum og kemur ekki á óvart að svipaður fjöldi (37%) hafði neikvæða líkamsímynd. Þeir sem höfðu farið í húðágræðslu og/eða höfðu tapað líkamshluta höfðu neikvæðari líkamsímynd en aðrir. Ennfremur fundu 33% svarenda fyrir skömm vegna breytts útlits og reyndust marktæk tengsl vera milli taps á líkamshluta og tilfinningar um skömm. Komið hefur í ljós að bruni í andliti reynist hafa meiri áhrif á félagslega virkni og tengsl heldur en brunaáverkar á öðrum stöðum líkamans.[21] Ennfremur hefur komið fram að tilfinningar um höfnun, um skömm og um niðurlægingu eru íþyngjandi hjá þeim sem hafa brunaör á sjáanlegum stöðum.[20]

Í rannsókn okkar höfðu konur lakari líkamsímynd en karlar og fundu fyrir meiri skömm en þeir, sem rímar við erlendar rannsóknir.[7,9] Þennan kynjamun má sennilega að einhverju leyti skýra með ólíkum væntingum samfélagsins til útlits kvenna samanborið við karla.

Við fundum ekki tengsl milli bruna á sjáanlegum stöðum, svo sem í andliti/á höfði, og líkamsímyndar, skammar eða kvíða og þunglyndis. Mögulegar skýringar á því eru lítið úrtak og/eða hversu lítil dreifingin var í gögnunum.

Rúmur fjórðungur þátttakenda nefndi að brunaslysið og afleiðingar þess hafi áhrif á núverandi kynheilsu. Marktæk tengsl voru til staðar milli taps á líkamshluta og lakari kynheilsu en við vitum ekki um hvaða líkamshluta var að ræða. Þessar niðurstöður eru í samræmi við erlendar rannsóknir þar sem fram kemur að brunasjúklingar upplifa breytingar á kynheilsu, líkamsímynd og félagslegum tengslum sem hafa neikvæð áhrif á lífsgæði.[7]

Húðin gegnir mikilvægu hlutverki í skynjun einstaklingsins á sjálfum sér og hvort og hvernig hann fellur inn í viðtekinn ramma samfélagsins um ásjónu og útlit. Djúp brunasár og húðágræðsla valda oftast áberandi örum, breyttum hárvexti og litabreytingum á húð. Þessar óafturkræfu breytingar á húð valda því að viðkomandi tapar fyrra útliti og þarf að aðlagast nýrri líkamsímynd sem oftar en ekki er á skjön við væntingar og norm samfélagsins og það sama á við um missi líkamshluta. Því er hætt við að sá sem lendir utan rammans vegna útlitsbreytinga þrói með sér neikvæða líkamsímynd.

Í þessari rannsókn var tæpur einn þriðji þátttakenda yngri en 18 ára þegar þeir brenndust. Almennt voru þeir sem brenndust á barnsaldri með betri starfshæfni og betri lífsgæði en þeir sem brenndust á fullorðinsaldri. Hins vegar þarf að hafa í huga að meðalaldur þátttakenda sem brenndust sem börn var mun lægri en þeirra sem brenndust sem fullorðnir, sem hugsanlega kann að skýra þennan mun fremur en aldur við bruna. Hafa þarf hugfast að brunaslys í bernsku og á unglingsaldri geta verið afdrifarík fyrir geðheilsu seinna á lífsleiðinni ef fyrirbyggjandi aðgerðum er ekki beitt. Til dæmis hefur komið fram að alvarleg geðræn vandamál, svo sem kvíðaröskun, er algengari hjá þeim sem brennast ungir heldur en á fullorðinsárum[15,18] og vísbendingar eru um hærri tíðni fíknsjúkdóma hjá þeim.[15] Einnig hefur komið fram að bruni í andliti hjá börnum og unglingum hefur neikvæð áhrif á lífsgæði þeirra borið saman við sambærilegan hóp með brunasár á öðrum stöðum.[22] Það er því áríðandi að foreldrar og þau sem vinna með börnum og ungmennum í heilbrigðis- og menntakerfinu séu meðvituð um mikilvægi mats og eftirlits með einkennum og þann sálfélagslega vanda sem af slíku slysi getur hlotist. Forvarnir og tímanleg viðbrögð við vísbendingum um stríðni, einelti, félagslega einangrun og skólaforðun eru dæmi um þætti sem foreldrar, kennarar og skólahjúkrunarfræðingar þurfa að vera vakandi fyrir.

Í rannsókn okkar var hlutfall þeirra sem töldu sig haldna kvíða og þunglyndi (29%) svipað og kom fram í niðurstöðum bandarískrar rannsóknar þar sem 20-30% þátttakenda höfðu klínísk einkenni þunglyndis.[16] Svarhlutfall í þeirri rannsókn var 23% og meðaltími frá slysi 20 ár. Við gátum ekki sýnt fram á tengsl aldurs við bruna og við kvíða og þunglyndi. Ennfremur var ekki mögulegt að skoða tengsl virkni, svo sem atvinnuþátttöku, við einkenni. Það hefði verið áhugavert, þar sem 17% þátttakenda voru öryrkjar og 16% voru ófærir um eða áttu í erfiðleikum með að sinna venjubundnum störfum og athöfnum. Borið saman við úttekt Öryrkjabandalags Íslands á hlutfalli örorkuþega á vinnualdri á Íslandi (7,8%) er hlutfall örorkuþega meðal brunasjúklinga í þessari rannsókn meira en helmingi hærra.[38]

Þátttakendur voru spurðir hvað hefði reynst þeim erfiðast að glíma við eftir útskrift af sjúkrahúsi og hvað hefði mátt fara betur. Af þeim sem svöruðu töldu 67% að þeir hefðu ekki fengið nægar upplýsingar, eftirlit og stuðning eftir að sjúkrahúsdvöl lauk, svo sem um andlega og líkamlega líðan. Sem dæmi nefndu svarendur að áhrif slyssins á tilfinningar hefðu komið á óvart, sem og ýmis líkamleg einkenni, svo sem verkir, kláði og sviti. Einnig kom fram að fræðslu og stuðning hefði skort í tengslum við breytta sjálfsmynd, martraðir og endurupplifun slyssins. Þessi svör benda meðal annars til þess að einkenni áfallastreituröskunar hafi verið til staðar hjá hluta hópsins án þess að viðeigandi meðferð hafi verið boðin.

Niðurstöður okkar sýna að meirihluti þátttakenda í þessari rannsókn taldi lífsgæði sín ásættanleg. Hins vegar kom fram hópur sem hafði langvinn og íþyngjandi líkamleg einkenni og sálfélagsleg vandamál sem tengjast breytingum á útliti og voru þeir sem þurftu húðágræðslu eða misstu líkamshluta verst settir.

Leggja þarf áherslu á vandaðan undirbúning fyrir útskrift af sjúkrahúsi, óháð alvarleika og útbreiðslu brunans. Skipuleggja þarf einstaklingshæft eftirlit og sérhæfðan stuðning til lengri tíma, einkum fyrr þá sem þurfa húðflutning, missa líkamshluta eða brennast á barnsaldri. Meta þarf einkenni og líðan á kerfisbundinn hátt með viðurkenndum mælitækjum, svo sem BSHS-B. Þannig er mögulega hægt að finna og meðhöndla fyrr einstaklinga með íþyngjandi líkamleg og sálfélagsleg einkenni og minnka til dæmis líkur á að langvinnir verkir, kláði, félagsfælni eða kvíði hafi áhrif á nám og starf.

Ennfremur er mikilvægt að læknar og hjúkrunarfræðingar hafi í huga sértæk og langvinn áhrif brunaslyss á líkamlega og sálfélagslega heilsu þegar fyrrverandi brunasjúklingar leita aðstoðar vegna annars heilsufarsvanda.

Því miður var ekki hægt að gera staðfestandi þáttagreiningu á BSHS-B-listanum en fylgni milli stiga á og EQ-5D-5-listanum styður hins vegar við réttmæti íslenskrar útgáfu hans. Þá reyndist áreiðanleiki, mældur með Cronbachs´s alfa, viðunandi, bæði fyrir listann í heild sem og einstaka kvarða, líkt og í erlendum rannsóknum.[26,27]

Helsti styrkleiki þessarar rannsóknar er að allir brunasjúklingar á Íslandi á 15 ára tímabili voru þýði rannsóknarinnar. Ennfremur hefur heilsa og líðan brunasjúklinga á Íslandi og viðhorf þeirra til heilbrigðisþjónustunnar ekki verið rannsökuð fyrr. Sértækt matstæki fyrir brunasjúklinga, BSHS-B, var prófað og tóku brunasjúklingar þátt í að semja viðbótarspurningar. Eftir frekari staðfestingu á réttmæti má nýta matstækið til langtímamats og eftirlits með brunasjúklingum.

Takmarkanir rannsóknarinnar eru lágt svarhlutfall sem takmarkaði tölfræðilega úrvinnslu, bæði varðandi samanburð milli hópa og við þáttagreiningu á BSHS-B-listanum. Reynt var að ýta undir aukna svörun með því að hringja í þátttakendur en engu að síður er hætt við að þeim sem líður verst hafi ekki svarað. Meðalaldur og kynjahlutfall þeirra sem ekki svöruðu spurningalistanum var þó sambærilegt við þátttakendur. Ennfremur var kyn og meðalaldur íslensku þátttakendanna sambærilegur við erlendar rannsóknir þar sem karlar eru í meirihluta og meðalaldur kringum 40 ár.[6,10,11,26,29-32] Lágt svarhlutfall í rannsóknum á áhrifum bruna er vel þekkt og erlendar rannsóknir á brunasjúklingum með svipaðri aðferðafræði og hér var beitt hafa verið með svarhlutfall í kringum 23-44%.[11,16,29,34]

Ályktun

Meirihluti þátttakenda taldi sig hafa náð góðri heilsu eftir brunaslysið og áleit lífsgæði sín ásættanleg. Þó glímir hluti hópsins við langvinnar líkamlegar og sálfélagslegar afleiðingar brunans. Þeir sem þurfa húðágræðslu eða hafa misst líkamshluta eru einkum í áhættu fyrir neikvæðum áhrifum á heilsu og líðan. Huga þarf að vönduðum undirbúningi fyrir útskrift af sjúkrahúsi og byggja þarf upp heildræna og þverfaglega þjónustu sem felur í sér langtímaeftirlit, ráðgjöf og stuðning.

Þau einkenni sem brýnast er að sinna tengjast líkamsímynd, félagslegri færni, kvíða og þunglyndi og meðferð kláða og verkja. Íslensk þýðing BSHS-B-spurningalistans reyndist áreiðanleg en gera þarf frekari rannsóknir á réttmæti listans.

Þörf er á frekari rannsóknum á líkamlegri- og sálfélagslegri líðan þeirra sem verða fyrir brunaslysum.

Þakkir

Rannsakendur vilja þakka brunasjúklingum fyrir þátttöku þeirra í undirbúningi rannsóknarinnar og þakka fyrir styrk frá rannsóknarsjóði Háskóla Íslands. Enn fremur fær Lilja Þorsteinsdóttir þakkir fyrir aðstoð við gagnasöfnun.

Greinin barst til blaðsins 12. febrúar 2021,
samþykkt til birtingar 4. október 2021

Heimildir

1. World Health Organization. Burns. WHO who.int/news-room/fact-sheets/detail/burns - september 2021.
2. Smolle C, Cambiaso-Daniel J, Forbes AA, et al. Recent trends in burn epidemiology worldwide: A systematic review. Burns 2017; 43: 249-57.
3. Falder S, Browne A, Edgar D, et al. Core outcomes for adult burn survivors: a clinical overview. Burns 2009; 35: 618-41.
4. euroburn.org/wp-content/uploads/EBA-Guidelines-Version-4-2017.pdf - september 2021.
5. ameriburn.org/wp-content/uploads/2017/05/burncenterreferralcriteria.pdf - september 2021
6. Ter Smitten MH, de Graaf R, Van Loey NE. Prevalence and co-morbidity of psychiatric disorders 1-4 years after burn. Burns 2011; 37: 753-61.
7. Connell KM, Phillips M, Coates R, et al. Sexuality, body image and relationships following burns: Analysis of BSHS-B outcome measures. Burns 2014; 40: 1329-37.
8. Duke JM, Rea S, Boyd JH, et al. Mortality after burn injury in children: a 33-year population-based study. Pediatrics 2015; 135: e903-e910
9. Spronk I, Legemate CM, Dokter J, et al. Predictors of health-related quality of life after burn injuries: a systematic review. Critical Care 2018; 22: 160.
10. Gauffin E, Öster C, Sjöberg F, et al. Health-Related Quality of Life (EQ-5D) early after injury predicts long-term pain after burn. Burns 2016; 42: 1781-8.
11. Moi AL, Haugsmyr E, Heisterkamp H. Long-term study of health and quality of life after burn injury. Ann Burns Fire Dis 2016; 29: 295-9.
12. Vetrichevvel TP, Randall SM, Fear MW, et al. Burn injury and long-term nervous system morbidity: a population-based cohort study. BMJ Open 2016; 6: e012668.
13. Barrett LW, Fear VS, Waithman JC, et al. Understanding acute burn injury as a chronic disease. Burns & Trauma 2019; 7: 23.
14. Simko LC, Espinoza LF, McMullen K et al. Fatigue following burn injury: A burn model system national database study. J Burn Care Res 2018; 39: 450-6.
15. Duke JM, Randall SM, Vetrichevvel TP, et al. Long-term mental health outcomes after unintentional burns sustained during childhood: a retrospective cohort study. Burns & Trauma 2018; 6: 32.
16. Lawrence JW, Fauerbach JA, Thombs BD. Frequency and correlates of depression symptoms among long-term adult burn survivors. Rehabil Psychol 2006; 51 306-13.
17. Al-Tarrah K, Hewison M, Moiemen N, et al. Vitamin D status and its influence on outcomes following major burn injury and critical illness. Burns & Trauma 2018; 6: 3-11.
18. Meyer WJ, Blakeney P, Thomas CR, et al. Prevalence of major psychiatric illness in young adults who were burned as children. Psychosom Med 2007; 69: 377-82.
19. Ryan CM, Lee A, Kazis LE, et al. Recovery trajectories after burn injury in young adults: Does burn size matter? J Burn Care Res 2015; 36: 118-29.
20. Martin L, Byrnes M, McGarry S, et al. Social challenges of visible scarring after severe burn: A qualitative analysis. Burns 2017; 43: 76-83.
21. Ryan CM, Lee A, Stoddard FJ et. al. The effect of facial burns on long-term outcomes in young adults: A 5- year study. J Burn Care Res 2018; 39: 497-506.
22. Stubbs KT, James LE, Daugherty MB, et al. Psychosocial impact of childhood face burns: A multicenter, prospective, longitudinal study of 390 children and adolescents. Burns 2011; 37: 387-94.
23. Guðmundsson S, Þorgrímsson S, Einarsson Ó. Faraldsfræði alvarlegra brunaáverka á Íslandi 1988–1992. Læknablaðið 1997; 83: 503-9.
24. Elísdóttir R, Lúðvígsson P, Einarsson Ó, et al. Brunaslys barna á Íslandi: Innlagnir á árunum 1982-1995. Læknablaðið 1997; 83: 303-8.
25. Baldursdóttir L, Thorsteinsson LS, Auðólfsson G, et al. Brunaslys barna: Innlagnir á Landspítala 2000-2008. Læknablaðið 2010; 96: 683-9.
26. Kildal M, Andersson G, Fugl-Meyer AR, et al. Development of a brief version of the Burn Specific Health Scale (BSHS-B). J Trauma 2001; 51: 740-6.
27. Yoder LH, Nayback AM, Gaylord K. The evolution and utility of the burn specific health scale: a systematic review. Burns 2010; 36: 1143-56.
28. Friðriksdóttir V. Íslensk þýðing Burn Specific Health Scale-Brief (Líðan og lífsgæði einstaklinga með brunaáverka), þróun viðbótarspurninga og forprófun spurningalista. Óbirt MS-ritgerð. Háskóli Íslands, hjúkrunarfræðideild, 2019.
29. Gojowy D, Kauke M, Ohmann T, et al. Early and late-recorded predictors of health-related quality of life of burn patients on long-term follow-up. Burns 2019; 45: 1300-10.
30. Spronk I, Van Loey NEE, Sewalt C, et al. Recovery of health-related quality of life after burn injuries: An individual participant data meta-analysis. PLOS ONE 2020; 15: 1.
31. Öster C, Willebrand M, Ekselius L. Health-related quality of life 2 years to 7 years after burn injury. J Trauma 2011; 71: 1435-41.
32. Stolle A, Ripper S, Magdanz J, et al. Validation of the Ludwigshafen German Version of the Burn Specific Health Scale-Brief. J. Burn Care Res 2018; 39: 252-60.
33. Currens JAB, Coats TJ. The timing of disability measurements following injury. Injury, Int. J. Care Injured 2000; 31: 93-8.
34. Browne AL, Andrews A, Schug SA, et al. Persistent pain outcomes and patient satisfaction with pain management after burn injury. Clin J Pain 2011; 27: 136-44.
35. Dauber A, Osgood PF, Breslau AJ, et al. Chronic persistent pain after severe burns: A survey of 358 burn survivors. Pain Med 2002; 3: 6-16.
36. Summer GJ, Puntillo KA, Miaskowski C, et al. Burn injury pain: the continuing challenge. J Pain 2007; 8: 533-48.
37. Lerman SF, Sylvester S, Hultman S, et al. Suicidality after burn injuries: A systematic review. J Burn Care Res 2021; 42: 357-64.
38. Stefánsson KH. Fjöldaþróun örorkulífeyrisþega. Öryrkjabandalag Íslands, 2019. obi.is/static/files/skjol/pdf-skyrslur/2019-09-sky-rsla-fjo-ldathro-un-o-bi-khs-utg-1.pdf - september 2021.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.12.665

Long term effects of burn injury on health-related quality of life of adult burn survivors in Iceland: a descriptive cross-sectional study and validation of the Icelandic version of the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B)

Lovísa Baldursdóttir[1,2]
Sigríður Zoëga[1,2]
Gunnar Auðólfsson[3]
Vigdís Friðriksdóttir[1]
Sigurður Ýmir Sigurjónsson[4]
Brynja Ingadóttir[1,2]

[1]Landspitali – National University Hospital of Iceland, [2]Faculty of Nursing, School of Health Sciences, University of Iceland, [4]Hrafnista, old people´s home.

Correspondence: Lovísa Baldursdóttir, *lovisaba@landspitali.is*

Key words: *burn injury, health-quality of life, burn survivor, burn specific health scale*

OBJECTIVES: The aim of the study was to assess the long-term effects of burn injury on the health-related quality of life of adult burn survivors in Iceland and to validate the translated Icelandic version of the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B).

MATERIALS AND METHODS: The participants of this descriptive cross-sectional study were all burn survivors, 18 years or older, admitted to hospital for 24 hours or more because of skin burn during a 15 years period (N=196). They completed questionnaire about their health (BSHS-B), health related quality of life (EQ-5D-5) and additional questions on burn-related symptoms and their burn experience.

RESULTS: Response rate was 34% (N=66). Men were 77%, mean age 45.7 years (sf=18.3 and range 18-82 years), mean age when burned was 34.0 (sf=20,1, range 1-75), median time from burn accident was 11.5 years (range 1-44 years) and 32% had been burned when under 18 years of age. Burn-specific health was 4.4-4.0 (median) and health on the EQ5D-5vas scale was 80 (median, range 10-100). Those who lost a body part or had skin transplantation had more negative body image and needed more selfcare than others ($p<0.05$). A significant proportion of participants reported physical and psychosocial symptoms such as itch (48%), persistent pain (37%), anxiety/depression (29%) and negative self-image (37%). Majority (67%) believed they did not get enough information, follow-up, or support after discharge from hospital. The Icelandic version of the Burn Specific Health Scale-Brief (BSHS-B) was reliable, but more research is needed to establish its validity.

CONCLUSION: These findings suggest that most Icelandic burn survivors report acceptable health and health-related quality of life. The study identified a subgroup of survivors that experience persistent physical and psychosocial symptoms. Team approach with holistic support after discharge, for a prolonged period of time aiming at preventing physical and psychiatric morbidity, is recommended.

Auglýsing

Faglegir mannkostir lækna og vinnuumhverfi

Svanur Sigurbjörnsson[1] læknir, MA í heilbrigðissiðfræði
Vilhjálmur Árnason[2] doktor í heimspeki

[1]Læknadeild, [2]sagnfræði- og heimspekideild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Svanur Sigurbjörnsson, *svan@hi.is*

Greinin var unnin við sagnfræði- og heimspekideild Háskóla Íslands.

ÁGRIP

INNGANGUR

Greint er frá niðurstöðum könnunar um reynslu og upplifun kandídata og almennra lækna og reyndra sérfræðinga af klínísku starfi á Íslandi. Til samanburðar var höfð samskonar rannsókn við breskar sjúkrastofnanir þar sem reyndir sérfræðingar fengu spurningarnar. Rannsóknin beindist að því hvernig starfsumhverfi lækna hefur áhrif á mannkosti þeirra, upplifun af stuðningi, vinnuálagi, sjálfræði og tengingu við starfið.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Samtals 89 læknar tóku þátt og svöruðu 15 spurningum. Tíðni svara var borin saman úr klösum fjögurra efnisflokka.

NIÐURSTÖÐUR

Niðurstöður bentu til markverðs vanda á vinnustöðum lækna hérlendis. Upplifunin var neðarlega í öðrum fjórðungi (2,1-3,0) matsskala þess að vinnuumhverfið hamli því að fagleg manngerð þeirra njóti sín. Einnig vantaði upp á þætti stuðnings. Í samanburði við breska sérfræðinga var upplifun þeirra sambærileg en þó skárri hvað stuðning varðaði. Kandídatar og almennir læknar upplifa marktækt meiri streitu, minni stuðning og sjálfræði í vinnu sinni en reyndu sérfræðingarnir hérlendis. Í samanburði við bresku rannsóknina var upplifun íslensku sérfræðilæknanna jákvæðari varðandi sjálfsákvörðun og tilfinningaleg tengsl við starfið. Rannsókn okkar sýnir í fyrsta sinn samband vinnuumhverfis og álags á mikilvæga fagtengda mannkosti lækna hérlendis.

UMRÆÐA

Þessar niðurstöður endurspegla niðurstöður fræðigreina um mikilvægi þess að læknar geti nýtt mannkosti sína í starfi, því þeir tengist starfsánægju, langvarandi velfarnaði og tilfinningu fyrir tilgangi starfsins. Niðurstöðurnar styðja viðhorf í skrifum lækna hérlendis um óheyrilegt vinnuálag og manneklu. Rannsóknin sýnir upplifun lækna af því hvar skóinn kreppir í starfi og mikilvægi þess að þjóðfélagið bæti starfsskilyrðin til að gera þeim kleift að starfa eftir hugsjón sinni.

Inngangur

Framkvæmd var rannsókn vorið 2019 á vegum sagnfræði- og heimspekideildar Háskóla Íslands í samvinnu við læknadeild um reynslu og upplifun kandídata og almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér) af klínísku starfi. Kveikjan að rannsókninni var bresk rannsókn frá Jubilee-rannsóknarsetrinu við Birmingham-háskóla í Englandi um dygðir og mannkostamenntun.[1] Notaðar voru sömu spurningar til að fá samanburð milli lækna úr menningarheimum landanna tveggja en þær eru byggðar á Eurostat-staðli kannana um gæði vinnustaða á evrópska efnahagssvæðinu.[2]

Í læknanámi, á kandídatsárunum og í sérnámi er lagður grunnur að fagmennsku lækna. Fagmennskan samanstendur af þremur meginþáttum: fræðilegri þekkingu, verklegri færni og samskiptahæfni sem felur í sér siðferðilega, sálræna og félagslega mannkosti.[3] Rannsóknin beindist að siðferðilegum mannkostum lækna og því hvernig starfsumhverfið hefur áhrif á líðan í starfi og faglegar væntingar þeirra til starfs síns. Rannsóknir á þessu sviði benda til að þegar fagfólk geti nýtt mannkosti sína í þágu starfsins auki það bæði ánægju þess og tilgang.[4] Yfirlit 12 rannsókna um sálræn áhrif þess óheilnæma vinnuálags sem læknar búa við víða bendir til að það komi niður á gæðum læknisþjónustunnar. Frekari rannsóknir skorti þó til að staðfesta betur þessi tengsl.[5] Hérlendis leiddi könnun Læknafélags Íslands frá 2018 í

ljós að 58% lækna töldu sig „ekki geta uppfyllt kröfur eða ráðið við tímaþröng í starfi.“[6] Læknar í Bandaríkjunum virðast í meiri hættu á kulnun í starfi, þunglyndi, fíkn og sjálfsvígum en gerist meðal almennings.[7] Samantekt rannsókna um þá þætti manngerðar lækna sem hafa sterkustu tengslin við velfarnað í starfi leiddi í ljós að þótt heiðarleiki, velvilji, sanngirni og dómgreind væru talin læknum mikilvæg almennt, skiluðu von (bjartsýni), þrautseigja, sjálfræði, samstarfshæfni (í teymum) og brennandi áhugi velfarnaði og starfsánægju til lengri tíma.[8] Áhrif starfsumhverfisins á möguleika lækna til að nýta sér mannkosti sína hafa ekki verið mikið könnuð og er þetta fyrsta rannsóknin hérlendis um þá hlið mála.

Í könnun okkar voru lagðar fyrir þátttakendur samtals 15 spurningar, í fjórum efnisklösum, sem varða upplifun lækna af starfsumhverfi sínu. Spurt var hvort (I) starfið hamli því að mannkostir læknanna njóti sín, (II) læknar njóti stuðnings, (III) njóti sjálfsákvörðunar og sjálfræðis og (IV) hversu tilfinningalega tengdir læknarnir séu við starf sitt. Margir læknar líta á starf sitt sem hugsjón og hún endurspeglast í þeim gildum og faglegu mannkostum sem þeir hafa þroskað með sér.[9] Fyrsti klasinn varðar fyrrnefnd tengsl þess að geta nýtt mannkosti sína í starfi við starfsánægju og upplifun þess að starfið hafi tilgang. Annar klasinn, um stuðning, kemur inn á líðan í starfi og ýmsa þætti sem geta haft áhrif á mannkosti sem tengjast velfarnaði í starfi, eins og þrautseigju og samstarfshæfni. Þriðji klasinn varðar tengsl mannkosta og sjálfsákvörðunar og fjórði klasinn áhugahvötina.

Rannsóknin byggði á hugmyndum dygðasiðfræðinnar sem eiga rætur í siðfræði Aristótelesar þar sem manngerðin er í fyrirrúmi.[10] Greint er á milli siðferðilegra dygða eða mannkosta sem mynda siðgerð manna og vitrænna dygða sem birtast í dómgreind og fræðimennsku.[11] Rannsóknin beindist einkum að samspili vinnuumhverfisins við siðgerð lækna, það er þá siðferðilegu og klínísku mannkosti sem þá prýða. Vitrænu dygðirnar eru samofnar siðgerðinni því skorti lækna fræðilegan skilning hefur það áhrif á dómgreind þeirra til að taka siðferðilegar ákvarðanir í starfi. Siðgerðin varðar dýpri afstöðu og tilfinningar gagnvart starfinu og frá henni er drifkraftur hugsjónar hvers læknis fenginn.

Góð og nærgætin samskipti lækna við sjúklinga, annað fagfólk og stjórnendur eru ákveðinn lykill að markmiðunum. Óhóflegt vinnuálag, ásamt stöðugum kröfum um hagkvæmni og skilvirkni, getur fært samskiptin úr jafnvægi og dregið úr jákvæðum tilfinningum gagnvart starfinu.[12] Rannsóknin stefndi að því að kanna ofangreinda þætti í upplifun lækna af starfi sínu og starfsumhverfi.

Efniviður og aðferðir

Fjöldi þátttakenda og samsetning

Könnun á efnisatriðum rannsóknarinnar beindist að tveimur úrtakshópum á misháu stigi menntunar og starfsreynslu. Annar samanstóð af læknakandídötum og læknum með almennt lækningaleyfi á 1.-2. ári starfs síns (K-Alm). Hinn samanstóð af reyndum sérfræðilæknum sem höfðu starfað í 5 ár eða lengur eftir veitingu sérfræðileyfis (RSér). Leitað var eftir þátttöku með opnum kynnisbréfum á fjölsóttum síðum lækna á samfélagsmiðlum, bæði almennum og síðum sérgreinafélaga lækna. Svarhlutfall var ekki hægt að ákvarða. Söfnun þátttakenda, sending boðsbréfa til þeirra og viðtaka svara úr könnuninni frá rannsóknarhópunum tveimur stóð frá 28. mars til 9. júní 2019. Hóparnir fengu þrjú minnisbréf hvor um þátttöku á tímabilinu.

Þátttakendur meðal sérfræðinga völdu sig sjálfir til þátttöku (utan 5-10 þeirra) með því að bregðast við kynnisbréfum til hópa þeirra á meðal.

Könnunin tók ekki til almennra lækna með >2 ár í starfsreynslu eða sérfræðilækna með 5 ár eða minna í starfsreynslu eftir veitingu sérfræðingsleyfis. Engir læknar á aldursbilinu 35-38 ára voru því meðal þátttakenda. Þessi „millistig“ í reynslu og aldri læknanema og lækna voru skilin eftir í hönnun rannsóknarinnar (líkt og rannsókn Jubilee-setursins) til þess að fá aðgreiningu á milli kynslóða, stigs menntunar og starfsreynslu. Þannig má meta sjálfstætt svör hvers úrtaks (meginrannsóknarhóps) og bera þau saman. Á móti kemur sú takmörkun að ekki er hægt að túlka svör rannsóknarinnar sem tölfræðilega líkleg svör *allra* lækna því að fjögur ár í aldri vantar.

Framkvæmd

Rannsóknaráætlun fékk jákvæða umsögn vísindasiðanefndar HÍ (nr. 19-012). Könnunin var á formi netkönnunar í kerfinu Limesurvey 1.92+ sem rannsóknaraðilar í HÍ fengu frían aðgang að hjá AP Media ehf. Þátttakendur gáfu upplýst samþykki fyrir töku könnunar. Engar úrskráningar bárust á meðan könnunin stóð yfir og fram að skrifum þessarar greinar. Með svörum þátttakenda voru engar persónugreinanlegar upplýsingar og þátttakendur gátu skráð sig nafnlaust úr rannsókninni á hvaða stigi sem er. Þýðingar spurninga voru rannsakenda.

Tölfræðileg úrvinnsla

Þar sem svör voru á eigindlegu formi raðaðra flokkabreyta var tölfræðilegt mat á þeim gert megindlegt með samanburði á tíðni staðlaðra svara á milli úrtakshópa. Í samræmi við rannsókn Jubilee-setursins var einnig þeirri aðferð beitt að svörum við spurningum sem áttu saman í efnisklasa var snúið yfir á númeraðan skala (strjálla breyta frá 1 til 5) og svo reiknað út meðaltal hvers þátttakanda fyrir klasann áður en meðaltal allra var reiknað.[1] Útkoman var því á formi samfelldrar talnabreytu þar sem miðjan markast við 3 (stundum) en jaðrarnir við 1 (aldrei) og 5 (alltaf). Við samanburð á tíðni svara (flokkabreyta) var notað kí-kvaðrat próf en í tilvikum samanburðar á tölugildum var notað tvíhliða ósamhverft t-próf. Viðmið p-gildis fyrir marktækan mun á niðurstöðum svara var ≤0,05.

Niðurstöður

Sjá má að hlutfallslega er úrtakið úr hópi reyndu sérfræðinganna minna þó að þátttakendur séu fleiri þaðan. Úrtökin spanna vítt aldursvið, flestar sérfræðigreinar læknisfræðinnar og fremur jafnt kynjahlutfall, en uppfylla ekki fyllstu stærðarkröfur miðað við leyfð ± 5% skekkjumörk. Í tilviki K-Alm eru 95% líkur á að svar sé innan ± 15% skekkjumarka en innan ± 13,2% hjá RSér (tafla I).

Kynjahlutföllin endurspegla kynjahlutföll útskrifaðra lækna meðal árganga K-Alm[13] en jöfn skipting kynja (p=0,49) í úrtaki RSér er ekki í takt við að flestir árgangar þeirra sem hafa meira en 5 ára starfsreynslu (um 25 árgangar af um 35), innihéldu fleiri karla en konur. Mögulega er því einhver kynjabjögun í því úrtaki. Því má velta fyrir sér hvort konur séu viljugri til að taka þátt í

Tafla I. Stærð úrtaka úr hverju þýði þátttakenda.

	K-Alm	RSér	Heild
Fjöldi þátttakenda	36	53	89
Áætlað þýði	220[a]	1528[b]	1748
Áætlað hlutfall úrtaks af þýði	~ 17%	~ 3,5%	

K-Alm: Kandídatar og almennir læknar með minna en þriggja ára starfsreynslu. RSér: Reyndir sérfræðingar með 5 ár eða meira í starfsreynslu. a,b Áætlaður heildarfjöldi þýðis K-Alm og RSér út frá fjölda þeirra í Læknaskrá Embættis landlæknis frá 4.2.2019 (landlaeknir.is). Miðað var við að sérfræðileyfi væri dagsett fyrir 1. mars 2014. (Í heild voru skráðir 1817 sérfræðingar og þar af 289 með <5 ára starfsreynslu).

Tafla II. Kynjahlutfall og aldursdreifing þátttakenda í heild og meðal K-Alm og RSér.

	K-Alm	RSér	Heild
Fjöldi kvk / kk (heild)	25 / 11 (36)	27 / 26 (53)	52 / 37 (89)
Prósentur kvk /kk og p-gildi munar á hlutfalli	69 / 31 p<0,05	51 / 49 p=0,49	58 / 42 p=0,36
Meðalaldur (bil) og staðalfrávik	29,2 (26–34) ± 2,8	59,8 (39–81) ± 10,7	

K-Alm: Kandídatar og almennir læknar með minna en þriggja ára starfsreynslu. RSér: Reyndir sérfræðingar með 5 ár eða meira í starfsreynslu. Tölfræðilega marktækur munur er á meðalaldri K-Alm og RSér (p=0,003).

Tafla III. Upplifun þess að vinnan hamli því að mannkostir læknanna njóti sín.
(Allir / K-Alm | RSér, hlutfall (%))

		Alltaf (5)	Oftast (4)	Stundum (3)	Sjaldnast (2)	Aldrei (1)
7	Vinnan felur í sér verkefni sem stangast á við lífsgildi mín	0 0 | 0	0 0 | 0	14,6 16,7 | 13,2	44,9 61,1* | 34,0	40,4 22,2 | 52,8*
8	Vinnan útheimtir að ég láti ekki bera á tilfinningum mínum	5,6 2,8 | 7,5	21,3 27,8 | 17,0	38,2 38,9 | 37,7	32,6 27,8 | 35,8	2,2 2,8 | 1,9
2	Ég upplifi mikið vinnuálag (stress)	11,2 5,6 | 15,1	44,9 63,9* | 32,1	39,3 30,6 | 45,3	4,5 0 | 7,5	0 0 | 0
15	Það er erfitt að gera hið rétta í vinnunni	0 0 | 0	2,4 0 | 4,0	17,9 23,5 | 14,0	65,5 67,6 | 64	14,3 8,8 | 18
9	Ég fæ ekki nægan tíma til að vinna eftir þeim gæðastaðli sem ég tel réttan	6,7 8,3 | 5,7	28,1 47,2* | 15,1	38,2 33,3 | 41,5	22,5 11,1 | 30,2*	4,5 0,0 | 7,5*
	Meðaltal	4,7 3,3 | 5,7	19,3 27,8 | 13,6	29,6 28,6 | 30,3	34,0 33,5 | 34,3	12,3 6,8 | 16,0
K-Alm og RSér á Íslandi og RSér Bretlandi eftir númeruðum skala						
	KAlm, Ísland: 2,92 *					1
	RSér, Ísland: 2,63 *					1
	RSér, Bretland: 2,75					1
	Tíðnibil númeraðs skala, %	4,1 til 5,0	3,1 til 4,0	2,1 til 3,0	1 til 2	
	K-Alm Ísland	2,8	44,4	52,8	0	
	RSér Ísland	1,9	32,1	52,8	13,2	
	RSér Bretland	1,1	21,0	70,3	7,6	

K-Alm: Kandídatar og almennir læknar með minna en þriggja ára starfsreynslu. RSér: Reyndir sérfræðingar með 5 ár eða meira í starfsreynslu. * p≤0,05: tölfræðilega marktækur mun á milli kandídata/almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér). Númeraði skalinn er myndaður frá meðaltali vala (1, 2, 3, 4 eða 5) hvers þátttakanda við spurningunum í klasanum þar sem „Aldrei" er 1, „Sjaldnast" er 2 og svo framvegis. Tölur liggja ekki fyrir til að meta tölfræðilegt marktæki munar á milli RSér íslensku og bresku rannsóknarinnar.

könnun af þessari gerð en karlar, en það verður ekki skoðað hér. Meðalaldur hópanna tveggja er um 29 og 60 ár (p=0,003). Aldursbil K-Alm (26–34 ár) er mun þrengra en RSér (39–81 ár) eins og búast mátti við (tafla II).

Lagðar voru fyrir staðhæfingar og spurt hversu mikið staðhæfingin ætti við um þátttakandann, starf og vinnuaðstæður hans/hennar. Allar spurningarnar 15 voru bornar fram í töflu þar sem þátttakendur voru beðnir um að gefa svar eftir 5 stigbreyttum þrepum frá *alltaf* yfir í *aldrei*. Spurt var „Fyrir hverja staðhæfingu, vinsamlegast merktu við hversu títt það á við í þínu vinnuumhverfi".

Spurningarnar fengu númer eftir þeirri röð sem þær voru bornar fram en niðurstöður voru teknar saman eftir fyrrgreindum klösum spurninga sem skýra ákveðnar myndir sameiginlegra efn-

Tafla IV. Upplifun lækna um stuðning á vinnustöðum hérlendis. (Allir / K-Alm | RSér (%))

		Alltaf (5)	Oftast (4)	Stundum (3)	Sjaldnast (2)	Aldrei (1)
3	Starfsfélagar (kollegar) mínir hjálpa mér og styðja	22,5 19,4 | 24,5	61,8 72,2* | 54,7	12,4 8,3 | 15,1	2,2 0 | 3,8	1,1 0 | 1,9
4	Það er komið fram við mig af sanngirni	10,1 5,6 | 13,2	50,6 44,4 | 54,7	27,0 38,9* | 18,9	10,1 11,1 | 9,4	2,2 0 | 3,8
5	Ég get nýtt mínar eigin hugmyndir í vinnunni	14,6 5,6 | 20,8*	42,7 25 | 54,7*	33,7 52,8* | 20,8	7,9 13,9* | 3,8	1,1 2,8 | 0
14	Mér er unnt að hafa áhrif á ákvarðanir sem eru mikilvægar fyrir vinnu mína	8,0 0 | 13,5*	46,6 41,7 | 50	33,0 38,9 | 28,8	11,4 16,7 | 7,7	1,1 2,8 | 0
10	Mér líður líkt og ‚heima' í vinnunni	5,6 2,8 | 7,5	43,8 25 | 56,6*	30,3 38,9 | 24,5	14,6 22,2* | 9,4	5,6 11,1* | 1,9
	Meðaltal	12,2 6,7 | 15,9	49,1 41,7 | 54,1	27,3 35,6 | 21,7	9,2 12,8 | 6,8	2,2 3,3 | 1,5
K-Alm og RSér á Íslandi og RSér Bretlandi eftir númeruðum skala						
	K-Alm Ísland: 3,18 *	5				1
	RSér Ísland: 3,51 *	5				1
	RSér Bretland: 3,76	5				1
	Tíðnibil númeraðs skala, %	4,1 til 5,0	3,1 til 4,0	2,1 til 3,0	1 til 2	
	K-Alm - Ísland	5,6	80,6	11,1	2,8	
	RSér - Ísland	18,9	71,7	9,4	0	
	RSér - Bretland	24,6	65,9	8,7	0,7	

Liður 4 var orðaður með neikvæðu formerki í könnuninni, það er „Það er ekki komið fram við mig af sanngirni" en til þess að halda jákvæðu svörunum sömu megin í töflunni er „ekki" tekið út hér. * p≤0,05: tölfræðilega marktækur munur á milli kandídata/almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér). Númeraði skalinn er myndaður frá meðaltali vala (1, 2, 3, 4 eða 5) hvers þátttakanda við spurningunum í klasanum þar sem „Aldrei" er 1, „Sjaldnast" er 2 og svo framvegis. Tölur liggja ekki fyrir til að meta tölfræðilegt marktæki munar á milli RSér íslensku og bresku rannsóknarinnar.

isþátta. Við skoðum hér fyrst saman í töflu svör við spurningum sem byggja á upplifun þess að vinnan hamli því að mannkostir læknanna njóti sín (tafla III).

Út frá meðaltalinu er dreifing svara í átt til þess hjá flestum að vinnan hamli því *stundum* til *sjaldnast* (63,6%) að mannkostir læknanna fái að njóta sín fremur en *oftast* eða *alltaf* (24,0%). Svörin við 2. spurningu skera sig þó úr á hinn veginn en þar svara K-Alm marktækt oftar (63,9%) en RSér (32,1%) að *oftast* upplifi þeir mikið vinnuálag. Það vekur eftirtekt að læknar telja sig *oftast* eða *alltaf* (34,8%) ekki fá nægan tíma til að vinna eftir þeim gæðastaðli sem þeir telja réttan, en færri (27,0%) upplifa það *sjaldnast* eða *aldrei*. Marktækur munur er þó á úrtakshópunum hvað þetta varðar.

Á númeruðum skala frá 1 til 5 er nokkur munur á milli K-Alm og RSér sem nær marktækni. Vinnan er því oftar hamlandi á mannkosti lækna hjá K-Alm en RSér.

Í næstu töflu skoðum við saman svör þess klasa spurninga sem varpa ljósi á þann stuðning sem læknar fá í vinnunni (tafla IV).

Það er áberandi að 61,3% lækna finna *alltaf* eða *oftast* fyrir þessum þáttum stuðnings í vinnunni og aðeins 11,4% finna þá *sjaldnast* eða *aldrei*. K-Alm finna marktækt oftar *oftast* fyrir stuðningi starfsfélaga (spurning 3) en RSér finnst þeir marktækt oftar *oftast* geta nýtt eigin hugmyndir (eða haft áhrif á mikilvægar ákvarðanir) í vinnunni (spurning 5), ásamt því að þeim líði *oftast* þar líkt og ‚heima' (spurning 10). K-Alm upplifa marktækt oftar en RSér að þeir mæti bara *stundum* sanngirni. Í heild upplifa RSér marktækt meiri stuðning samkvæmt númeraða skalanum en K-Alm.

Því næst lítum við á svör við þeim klasa spurninga sem varpa ljósi á sjálfsákvörðun og sjálfræði læknanna í vinnu (tafla V).

Þessi niðurstaða bendir til að sjálfræði lækna sé vel viðunandi þar sem 75,8% upplifa það ástand *oftast* eða *alltaf*. RSér upplifa þetta marktækt oftar en K-Alm eins og sjá má á mismun númeraða skalans. Fullyrðingunni „Mér er gert kleift með því sem völ er á að skila vinnunni eftir þeim gæðastaðli sem ég tel réttan" var svarað í 24,7% tilvika með *stundum* og 7,9% með *sjaldnast*. Um þriðjungur álítur að vinnuumhverfið hamli því að hluta að læknar geti unnið eftir þeim gæðastaðli sem þeir telja réttan. Loks ber að líta á svör þess klasa spurninga um upplifun á því hversu tilfinningalega tengdir læknar eru við starf sitt (tafla VI).

Hér er afgerandi niðurstaða í átt til jákvæðra og sterkra tilfinninga til læknisstarfsins, en 94,8% þátttakenda telja sig *oftast* eða *alltaf* hafa slíkar tilfinningar. Ekki er mikill munur á K-Alm og RSér í heildina (þótt marktækur sé á númeraða skalanum) en RSér velja oftar *alltaf* en K-Alm oftar *oftast*.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar benda til þess að vinnuumhverfi lækna hafi ýmis áhrif á það hvort þeir nái að rækta mannkosti sína og njóti sín í starfi hérlendis. Áhrifin eru til verri vegar í nokkrum mikilvægum þáttum starfsins en í heild jákvæðu megin við miðju matsþáttanna og læknar virðast djúpt tengdir fagi sínu. Neikvæð áhrif vinnuumhverfisins koma einna helst fram í klasanum um

Tafla V. Sjálfsákvörðun og sjálfræði lækna í vinnu hérlendis. (Allir / K-Alm | RSér (%))

		Alltaf (5)	Oftast (4)	Stundum (3)	Sjaldnast (2)	Aldrei (1)
6	Ég get hagað vinnu minni í þágu sjúklinganna	14,8 2,8 | 23,1*	69,3 69,4 | 69,2	13,6 22,2* | 7,7	2,3 5,6* | 0	0 0 | 0
13	Mér er gert kleift með því sem völ er á að skila vinnunni eftir þeim gæðastaðli sem ég tel réttan	4,5 0 | 7,5*	62,9 52,8 | 69,8*	24,7 33,3 | 18,9	7,9 13,9* | 3,8	0 0 | 0
	Meðaltal	9,7 1,4 | 15,3	66,1 61,1 | 69,5	19,2 27,8 | 13,3	5,1 9,8 | 1,9	0 0 | 0
	K-Alm og RSér á Íslandi og RSér Bretlandi eftir númeruðum skala					
	K-Alm Ísland: 3,54 *	5				1
	RSér Ísland: 4,00 *	5				1
	RSér Bretland: 3,76	5				1
	Tíðnibil númeraðs skala (%)	4,1 til 5,0	3,1 til 4,0	2,1 til 3,0	1 til 2	
	K-Alm - Ísland	44,4	41,7	13,9	0	
	RSér - Ísland	73,6	26,4	0	0	
	RSér - Bretland	20,3	68,5	10,1	1,1	

*p≤0,05: tölfræðilega marktækur munur á milli kandídata/almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér). Númeraði skalinn er myndaður frá meðaltali vala (1, 2, 3, 4 eða 5) hvers þátttakanda við spurningunum í klasanum þar sem „Aldrei" er 1, „Sjaldnast" er 2 og svo framvegis. Tölur liggja ekki fyrir til að meta tölfræðilegt marktæki munar á milli RSér íslensku og bresku rannsóknarinnar.

Tafla VI. Upplifun á því hversu tilfinningalega tengdir læknar eru við starf sitt. (Allir / K-Alm | RSér, (%))

		Alltaf (5)	Oftast (4)	Stundum (3)	Sjaldnast (2)	Aldrei (1)
12	Mér er annt um vinnuna og ég gef af tilfinningu í hana	43,8 36,1 | 49,1	51,7 55,6 | 49,1	3,4 5,6 | 1,9	1,1 2,8 | 0	0 0 | 0
11	Ég hef á tilfinningunni að gagn sé af vinnu minni	33,7 19,4| 43,4*	57,3 61,1 | 54,7	6,7 13,9* | 1,9	2,2 5,6* | 0	0 0 | 0
1	Ég finn til sterks áhuga á því að gera mitt besta	56,2 41,7 | 66,0*	41,6 55,6* | 32,1	2,2 2,8 | 1,9	0 0 | 0	0 0 | 0
	Meðaltal	44,6 32,4 | 52,8	50,2 57,4 | 45,3	4,1 7,4 | 1,9	1,1 2,8 | 0	0 0 | 0
	Samanburður klasans milli RSér á Íslandi og Bretlandi eftir númeruðum skala					
	K-Alm Ísland: 4,19 *	5				1
	RSér Ísland: 4,51 *	5				1
	RSér Bretland: 4,10	5				1
	Tíðnibil númeraðs skala, %	4,1 til 5,0	3,1 til 4,0	2,1 til 3,0	1 til 2	
	K-Alm – Ísland	80,6	16,7	2,8	0	
	RSér – Ísland	98,1	1,9	0	0	
	RSér – Bretland	45,3	52,9	1,8	0	

*p≤0,05: tölfræðilega marktækur munur á milli kandídata/almennra lækna (K-Alm) og reyndra sérfræðinga (RSér). Númeraði skalinn er myndaður frá meðaltali vala (1, 2, 3, 4 eða 5) hvers þátttakanda við spurningunum í klasanum þar sem „Aldrei" er 1, „Sjaldnast" er 2 og svo framvegis. Tölur liggja ekki fyrir til að meta tölfræðilegt marktæki munar á milli RSér íslensku og bresku rannsóknarinnar.

mannkosti læknanna. Það er áhyggjuefni að um fjórðungur (24%) þátttakenda upplifir *oftast* eða *alltaf* að starfið hamli því að mannkostir þeirra njóti sín. Þar eru stærstu áhrifaþættirnir upplifun á miklu *vinnuálagi*, bæling tilfinninga og ónægur tími til að vinna eftir þeim gæðastaðli sem læknarnir telja réttan (tafla IV).

Samanburður við Bretland

Breska rannsóknin fór fram á þremur svæðum í Englandi og einu í Skotlandi og voru einungis reyndu sérfræðingarnir (n=276) spurðir þessara spurninga. Hlutfall kvenna var 61% og karla 39%, sem er heldur hærra hlutfall kvenna en meðal íslenskra RSér.[11] Í klasanum um upplifun þess að vinnan hamli því að mannkostir læknanna njóti sín (tafla IV) var niðurstaða okkar rannsóknar sú að 18,9% RSér voru neikvæðu megin við miðju (3.1-5) sem endurspeglar svarbilið *stundum* til *alltaf*, en RSér í rannsókn Jubilee-setursins töldu það í 22,1% tilvika, sem er svipað. Í spurningaklasanum um þætti stuðnings sem læknar fá í vinnunni (tafla V) skoruðu RSér í Bretlandi dálítið hærra (3,76) í númeraða skalanum en RSér hér-

lendis (3,49).[1] Upplifun K-Alm hérlendis af stuðningi var marktækt lægst þó oftar væri hún jákvæð en neikvæð. Í klasanum um sjálfsákvörðun og sjálfræði lækna í vinnu var upplifun íslensku RSér jákvæðust (tafla VI) líkt og í klasanum um tilfinningalega tengingu við starfið (tafla VII) þar sem bresku RSér skoruðu meira að segja aðeins lægra en íslensku K-Alm.

Samantekið benda niðurstöður fyrstu tveggja klasanna til markverðs og sambærilegs vanda á vinnustöðum lækna hérlendis og í Bretlandi. Upplifunin var neðarlega í öðrum fjórðungi (2,1-3) matsskala þess að vinnuumhverfið hamli því að fagleg manngerð þeirra njóti sín og einnig vantaði upp á þætti stuðnings, þó minnst hjá bresku RSér í því tilliti. K-Alm upplifa marktækt meiri streitu, minni stuðning og sjálfstæði í vinnu sinni en RSér hérlendis. Á móti finna þeir marktækt meira fyrir stuðningi starfsfélaga. Síðari klasarnir tveir um sjálfræði/sjálfsákvörðun og (sérstaklega) um tilfinningaleg tengsl við starfið koma betur út í báðum löndum. Skor K-Alm í sjálfstæði/sjálfsákvörðunar-klasanum er þó lakast. Íslensku RSér skora hagstæðast í þeim og upplifa áberandi góð tilfinningaleg tengsl við starfið. Þetta bendir til að upplifun lækna af starfsumhverfi eða starfsmenningu landanna sé um margt lík en mismunandi styrkleikar og veikleikar koma fram í þeim báðum.

Í rannsókn okkar voru af neikvæðu þáttunum mest áberandi vinnuálagið, bæling tilfinninga og ónægur tími til að skila vönduðu starfi (spurningar 2, 8 og 9 í töflu IV) en af jákvæðu þáttunum mikill áhugi á að gera sitt besta og þættir sjálfsákvörðunar. Klasi 1 kom lakast út hjá læknum beggja landa og ber því nokkur merki kulnunar í starfi þótt góð útkoma í klösum 3 og 4 vegi þar á móti. Erfitt er að finna nákvæmlega ástæðurnar fyrir þessum niðurstöðum rannsóknar okkar og Jubilee-setursins. Ólíkar orsakir geta leitt til hins sama en Ísland er fámennt land sem þarf samt að halda uppi sömu gæðum í heilbrigðisþjónustu og fjölmennari lönd. Skattfé í heild er minna og stofnanir hafa minna af sérhæfðri þjónustu. Læknar fara mikið utan í sérnám og stærð og styrkur erlendra heilbrigðisstofnana lokkar skiljanlega lækna til að setjast þar að til langframa. Þetta veikir endurnýjun í stéttinni hérlendis og erfitt er að viðhalda stöðugleika í mönnun stofnana með sífelldan skort á læknum á millistiginu milli kandídata og sérfræðinga. Samkvæmt viðtali við Ölmu Möller landlækni er vitað „að ekki er nógu vel mannað víða í heilbrigðiskerfinu.“[6]

Endurrómun umræðu um vinnuálag lækna

Í ritstjórnargrein eftir Sigurberg Kárason svæfinga- og gjörgæslulækni, í *Læknablaðinu* 2018, kom fram að mannekla og plássleysi á gjörgæsludeildum Landspítala hafi lengi valdið margvíslegum vandkvæðum í starfsemi spítalans sem bitnuðu bæði á sjúklingum og heilbrigðisstarfsfólki.[14] Elísabet Benedikz, læknir hjá gæða- og sýkingarvarnardeild Landspítala, skrifaði einnig í ritstjórnargrein um hvernig langlífi og fjölgun aldraða eykur fjölda langveikra og með því álag á sjúkrahúsunum. Það á sér einnig stað í Bretlandi en Elísabet talar um hvernig sú sérstaka íslenska hefð að heilbrigðisstarfsfólk taki orlof yfir fáa sumarmánuði fylli heilbrigðisstofnanir af nemum og lítt reyndu starfsfólki. Þetta vinnufyrirkomulag sé óskynsamlegt, úr sér gengið og mæti ekki þörfum um öryggi sjúklinga. Rannsóknir sýni að það stuðli oft að mistökum að lítt þjálfað fagfólk fái of mikla ábyrgð í hendur.[15] Okkar könnun bendir til marktæks meira álags á minna reynda lækna (K-Alm) en á reyndu sérfræðingana (RSér).

Ofmetnaður í þágu skilvirkninnar

Í þessu kerfi mikils vinnuálags eru metnaðarfullir læknar og sérfræðingar árangursmiðaðir,[16] bæði í þágu þeirra veiku og afkasta heilbrigðiskerfsins. Það sem skilar hröðu greiningar- og bataferli sjúklinga er þá eitt meginatriðið. Rannsóknir benda til að þessi metnaður auki álagstilfinningu og einkenni kulnunar: að finnast maður vera úrvinda og aftengdur við sjálfan sig og starfið. Aftengingin sé að hluta meðvitað viðbragð sem dregur úr álagstilfinningu, en herði læknir á faglegum kröfum sínum auki það vandann.[17] Rannsóknir hafa einnig beinst að takmörkum skilvirkninnar hvað árangur og líðan varðar. Bætir það til dæmis læknis-sjúklings sambandið að þjappa því saman í tíma líkt og þegar laga þarf verkferla hreinna tæknilegra úrlausnarefna? Það er ólíklegt og rannsóknir sýna að viðtöl í tímaþröng auka óánægju sjúklinga og lækna, fjölda útgefinna lyfseðla og óviðeigandi lyfjaávísana, sem og líkur á lögsóknum gegn læknum.[12]

Bæta þarf starfsskilyrði lækna

Könnun okkar meðal læknakandídata / almennra lækna með skemmri en 5 ára starfsreynslu og sérfræðinga með meira en 5 ára reynslu við sérfræðistörf sýndi að mikið vinnuálag og þættir sem geta hamlað því að mannkostir lækna njóti sín voru næstir því að vera neikvæðu megin við miðju. Sama má segja um þætti stuðnings hjá K-Alm. Í samanburði við niðurstöður sömu könnunar hjá sambærilegum hópi reyndra sérfræðilækna í Bretlandi er upplifun íslensku sérfræðilæknanna á stuðningi nokkru neikvæðari, en jákvæðari gagnvart sjálfsákvörðun og tilfinningalegri tengingu við starfið. Rannsókn okkar sýnir í fyrsta sinn þessi tengsl vinnuumhverfis og álags á mikilvæga fagtengda mannkosti lækna hérlendis. Frekari rannsóknir gætu beinst að athugun á því hvaða mannkostir skipti íslenska lækna mestu máli varðandi tilgang starfsins, vellíðan og velfarnað til lengri tíma. Einnig má kanna hvort munur sé á þessu milli ólíkra sérgreina fagsins, en erlendar rannsóknir benda til að þar liggi mun meiri munur en á milli kynja eða mismunandi starfsreynslu.[8] Stærð úrtaka meðal K-Alm og RSér uppfyllti ekki kröfur um 5% skekkjumörk og svarhlutfall hefði því mátt vera hærra. Einhver bjögun gæti skapast af því að sjálfvaldir þátttakendur hafi meiri áhuga á efni rannsóknarinnar en hinir sem skráðu sig ekki og sá áhugameiri hópur kynni þá að svara á einhvern annan máta. Úr því verður ekki skorið. Í ljósi fyrrgreindra fræðigreina um þá mannkosti lækna sem tengjast góðri líðan og velfarnaði í starfi benda niðurstöður okkar til að uppfylla þurfi þau starfsskilyrði að læknar geti: a) nýtt þá mannkosti sína sem lúta að kjarnagildum læknis (heiðarleika, góðvild, sanngirni, dómgreind) og b) notið sjálfræðis svo sterkur áhugi, samstarfshæfni, þrautseigja og bjartsýni, viðhaldist. Að okkar mati verður ekki nægjanlega í haginn búið fyrir fagfólk með launabótum og auknum frítökurétti heldur benda rannsóknir og reynsla þeirra sem gerst þekkja til álags heilbrigðiskerfisins að uppbygging þess þurfi að fylgja auknum þörfum, álagi og gæðakröfum hvers tíma. Þjóðfélagið ætti að gera læknum kleift að starfa eftir hugsjón sinni

um fagmennsku án hamlandi áhrifa frá ófullnægjandi starfsumhverfi.

Þakkir

Höfundar þakka Kristjáni Kristjánssyni, Stephen Earl og Francisco Moller við Jubilee-rannsóknarsetrið við Birmingham-háskóla í Bretlandi fyrir góða aðstoð við undirbúning og úrvinnslu rannsóknarinnar. Starfsfólki á skrifstofum Hugvísindastofnunar og heilbrigðisvísindasviðs HÍ eru jafnframt færðar þakkir fyrir veitta aðstoð. Þátttakendum er þakkað fyrir tíma sinn og veitt svör.

Rannsóknin er hluti af stærra rannsóknarverkefni (Siðrænar dygðir og læknismenntun) sem innifól úrtakshóp á meðal læknanema við læknadeild HÍ á 1.-3. námsári. Sökum þess að læknanemar hafa ekki starfsreynslu sem læknar tók þessi hluti rannsóknarinnar ekki til þeirra.

Greinin barst til blaðsins 21. maí 2021, samþykkt til birtingar 18. október 2021.

Heimildir

1. Arthur J, Kristjánsson K, Thomas H, et al. Virtuous Medical Practice - Research Report. Research Report. Jubilee Centre for Character and Virtue, Birmingham, UK 2015.
2. Commission EE. ESS Standard for Quality Reports. European Communities, Lúxemborg 2009. ec.europa.eu/eurostat/web/products-manuals-and-guidelines/-/KS-RA-08-015 – maí 2021
3. Árnason V. Siðfræði lífs og dauða. 2. útg. Siðfræðistofnun og Háskólaútgáfan, Reykjavík 2003.
4. Littman-Ovadia H, Steger M. Character strengths and well-being among volunteers and employees: Toward an integrative model. J Posit Psychol 2010; 5: 419-30.
5. Angerer P, Weigl M. Physicians' Psychosocial Work Conditions and Quality of Care: A Literature Review. Profess Professionalism 2015; 5.
6. Gunnarsdóttir GA. Landlæknir vill að kynferðisáreitið verði skoðað strax. Læknablaðið 2019; 105: 86.
7. Gold KJ, Sen A, Schwenk TL. Details on suicide among US physicians: data from the National Violent Death Reporting System. Gen Hospital Psychiatry 2013; 35: 45-9.
8. Huber A, Strecker C, Kachel T, et al. Character Strengths Profiles in Medical Professionals and Their Impact on Well-Being. Front Psychol 2020; 11.
9. Beauchamp TL, Childress JF. Principles of Biomedical Ethics. 7. útg.. Oxford University Press, Oxford, New York 2013.
10. Aristóteles. Siðfræði Níkomakkosar. 2. útg. Hið íslenska bókmenntafélag, Reykjavík 2011.
11. Sigurbjörnsson S. Siðrænar dygðir og læknismenntun – Hugmyndalegur grunnur að mannkostamenntun lækna. [Meistararitgerð]. Háskóli Íslands, Reykjavík 2020.
12. Dugdale DC, Epstein R, Pantilat SZ. Time and the patient-physician relationship. J Gen Intern Med 1999; 14: S34-S40.
13. Haraldsson G. Læknar á Íslandi. 4. útg. Þjóðsaga ehf. Reykjavík 2000.
14. Kárason S. Tólf gjörgæslurúm á Landspítala - dugar það til? Læknablaðið 2018; 104: 333.
15. Benedikz E. Öryggi sjúklinga og flækjustig nútíma heilbrigðisþjónustu. Læknablaðið 2018; 104: 167.
16. McManus IC, Winder BC, Gordon D. Are UK doctors particularly stressed? Lancet 1999; 354: 1358-9.
17. McManus IC, Winder BC, Gordon D. The causal links between stress and burnout in a longitudional study of UK doctors. Lancet 2002; 359: 2089-90.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.12.666

Professional moral character of physicians and clinical working environment

Svanur Sigurbjörnsson[1]
Vilhjálmur Árnason[2]

[1]Faculty of Medicine [2]Faculty of History and Philosophy, University of Iceland.

Correspondence: Svanur Sigurbjörnsson, *svan@hi.is*

Key words: *professional moral character, clinical working environment, stress, good medical practice, autonomy, virtue ethics*

INTRODUCTION. A survey of the experience of Icelandic medical candidates, general physicians, and specialty physicians of clinical work, aimed to show how the working environment affects doctors' moral character and experience of support, well-being and expectations. For comparison, results of a British survey with the same questions for specialty physicians were used.

MATERIAL AND METHODS. A total of 89 physicians answered 15 questions. Statistical comparison was made between results from topical clusters of questions.

RESULTS. The results show a significant problem in work conditions of Icelandic doctors. Their experience is rated low in the second quarter (2,1 – 3,0) on a numerical scale of how the environment thwarts professional character and of lack of support. In comparison with British specialists, their experience is similar but slighly better regarding supportiveness. Icelandic candidates and general physicians experience significantly more stress, less support and autonomy in their work than specialists. Compared to the British, the experience of Icelandic specialists was more positive about professional autonomy and emotional attachment to the work. Our survey shows for the first time the effect of the working environment on professional virtues of Icelandic doctors.

DISCUSSION. These findings resonate with the literature that the moral character of doctors contributes to satisfaction, flourishing and experience of meaningfulness. They substantiate views raised by Icelandic physicians about tremendous work stress and scarcity of staff. The survey demonstrates the doctors' experience of work-related challenges and provides reasons for society to improve their working conditions to enable them to live up to their ideals.

Risafrumuæðabólga – sjúkratilfelli með drepi í hársverði og skyndiblindu

Berglind Árnadóttir[1] læknir
Gerður Gröndal[2,3] læknir
Þórður Tryggvason[4] læknir
Björn Guðbjörnsson[3,5] læknir

[1]Lyflækningadeild, [2]gigtlækningadeild, [3]rannsóknarstofu í gigtarsjúkdómum, [4]meinafræðideild Landspítala, [5]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Berglind Árnadóttir, bergliar@landspitali.is

ÁGRIP

Sumarið 2020 leitaði kona á níræðisaldri til læknis vegna höfuðverks og sjóntruflana. Greining var óljós og einkenni versnuðu hratt. Hún varð blind á báðum augum og fékk stórt drep í hársvörðinn. Um var að ræða hröð versnandi einkenni risafrumuæðabólgu sem er einn algengasti æðabólgusjúkdómurinn og getur haft ólíkar birtingarmyndir. Hér er tilfellinu lýst og fjallað um helstu einkenni, greiningaraðferðir og meðferð.

Inngangur

Risafrumuæðabólga (*giant cell arteritis*) er algengasti æðabólgusjúkdómurinn hjá einstaklingum 50 ára og eldri, þá helst á aldrinum 70 til 80 ára.[1-3] Sjúkdómurinn herjar aðallega á stórar og meðalstórar slagæðar líkamans og sér í lagi þær sem hafa elastín í æðaveggjum.[1,4,5] Aðallega má sjá bólgur í greinum ósæðarbogans og einkum þeim sem leiða til höfuðs, þar með talin gagnaugaslagæðin (*superficial temporal a.*).[1,2,6] Mikilvægt er að greina og meðhöndla sjúkdóminn sem fyrst þar sem hann getur valdið mjög alvarlegum sjúkdómseinkennum, til dæmis blindu.[1,2,5]

Orsakir risafrumuæðabólgu eru ekki þekktar en talið er að óútskýrt samspil erfða og umhverfisþátta kveiki á ónæmiskerfinu sem veldur hnúðóttum *(granulomatous)* bólgum í innri *og* ytri teygjuhimnu *(elastic lamina)* slagæða og -æðlinga. Þetta leiðir til þrengingar á æðinni og jafnvel blóðtappamyndunar.[1,2,3,5] Því eru birtingarmyndir sjúkdómsins fjölbreyttar, allt frá ósértækum einkennum almenns bólguástands til einkenna blóðrásatruflana eða blóðþurrðar.

Tíðni risafrumuæðabólgu er meiri á norðurhveli jarðar og fer tilfellum fækkandi því sunnar sem litið er.[2] Á Norðurlöndunum og Norður-Evrópu er tíðnin um 17-18 á hverja 100.000 íbúa.[2] Samkvæmt faraldsfræðilegri rannsókn var nýgengi sjúkdómsins á Íslandi á árunum 1984 til 1990 meðal kvenna og karla, yfir 50 ára og eldri, 36 og 18 á hverja 100.000 íbúa.[1] Risafrumuæðabólga er allt að tvöfalt algengari hjá konum en körlum.[2]

Algengasta einkenni risafrumuæðabólgu er höfuðverkur (65-90% sjúklinga) og margir upplifa einnig eymsli í hársverðinum, sérstaklega yfir greinum gagnaugaslagæðarinnar.[3-7] Æðarnar er oft hægt að sjá með berum augum, þykkar og hlykkjóttar. Púlsar æðarinnar greinast jafnvel ekki við skoðun eða eru daufari en eðlilegt er.[3] Um helmingur sjúklinga finnur fyrir kjálkaöng (*jaw claudication*) og í sumum tilvikum geta sjúklingar einnig fundið fyrir verkjum í tungu.[3,5,8] Í þeim tilvikum sem æðin lokast vegna mikillar bólgu getur það orsakað drep í höfuðleðri, tungu eða á öðrum svæðum sem slagæðin nærir, en það eru mjög sjaldgæfir fylgikvillar sjúkdómsins.[3,7,8] Í um 20% tilvika verður sjónskerðing eða blinda, á öðru eða báðum augum. Er þetta oftast óafturkræft ástand sem getur gerst snemma í sjúkdómsferlinu. Þá er aðalástæða blindunnar blóðþurrð augntaugarinnar (*optic nerve*).[5] Ef ekki er tafarlaust gripið til meðferðar er hætta á að sjúkdómurinn skaði heilbrigða augað innan fárra daga.[3,5] *Amaeurosis fugax* er birtingarmynd blindu í 44% tilvika þeirra sem hljóta sjónskerðingu af völdum risafrumuæðabólgu, þá lýsa sjúklingar því eins og að tjald hafi verið dregið fyrir augað.[5] Allt að 30% sjúklinga fá taugaeinkenni, í flestum tilvikum röskun á úttaugakerfinu (*mononeuropathy, peripheral neuropathy*).[5] Tíundi hver sjúklingur

fær öndunarfæraeinkenni, aðallega hósta, með eða án uppgangs.[5] Í 15% tilvika er æðabólgan mest í ósæðarboganum og greinum hans með þeim afleiðingum að sjúklingar upplifa verki við hreyfingar efri útlima.[5] Einnig er um 17 sinnum algengara að fólk með risafrumuæðabólgu fái ósæðargúlp.[3]

Drep í hársverði er ákaflega dramatískt einkenni risafrumuæðabólgu, sem veldur sjúklingum miklum óþægindum.[4,6] Drepið er talið stafa af blóðþurrð vegna bólgu í viðeigandi slagæð eða slagæðlingi.[8] Þeir sem fá þetta sjaldgæfa birtingarform sjúkdómsins hafa verri horfur (dánartíðni 38%) en sjúklingar með vægari einkenni sjúkdómsins (dánartíðni 20,2-23,9%). Í þessum tilvikum fá sjúklingar fleiri alvarlega fylgikvilla sjúkdómsins, svo sem drep í tungu og aukna tíðni blindu (67%).[6]

Flokkunarskilmerki risafrumuæðabólgu hafa verið þróuð sem sýna helstu eiginleika sjúkdómsins (tafla I). Skilmerkin hafa gjarnan verið notuð í klínísku starfi til þess að leiða til réttrar sjúkdómsgreiningar. Hingað til hefur verið mælt með að taka vefjasýni úr gagnaugaslagæð úr öllum þeim sjúklingum sem taldir eru vera með risafrumuæðabólgu.[9] Til stuðnings er hægt að nota tölvusneiðmynd eða segulómskoðun af slagæðum (CT eða MRA) og ennfremur hefur aukin þekking á notkun ómskoðunartækni til greiningar sjúkdómsins þróast á síðustu árum.[2,3,9] Samkvæmt nýjustu leiðbeiningum getur myndrannsókn komið í stað vefjasýnis ef sá sem ómar hefur reynslu á þessu sviði, en hvorug rannsóknin hefur 100% næmi.[9] Þess ber að geta að verið er að endurskoða flokkunarskilmerkin af amerísku og evrópsku gigtlæknasamtökunum.[10]

Háskammta barksterar eru hornsteinninn í meðferð risafrumuæðabólgu, og mælt er með að hefja meðferð um leið og grunur vaknar um sjúkdóminn, til þess að fyrirbyggja sjóntap eða blindu.[2,4,9] Ráðlagður upphafsskammtur prednisólóns er 40-60 mg í töfluformi daglega.[9] Ef um sjóntap eða önnur alvarleg einkenni er að ræða er mælt með enn hærri skömmtum, allt að 80-100 mg á dag.[2,3,11] Upphafsskammti er gjarnan haldið í 2-4 vikur, eða þangað til fullnægjandi stjórn á sjúkdómnum hefur verið náð, en svo minnkaðir á 1-2 vikna fresti um 10%.[3,9] Takmarkið er að eftir ár verði sjúklingurinn á 15 mg af prednisólón á dag.[9] Þá er helst horft til mælinga sökks og C-reactive protein (CRP), en einnig á klínísk einkenni til viðmiðunar á niðurtröppun sterameðferðar.[2,3,9,11,12]

Í þeim tilvikum sem sjúklingar fá sjónskerðingu eða blindu af völdum risafrumuæðabólgu hefur sterameðferð í æð verið skoðuð sem möguleg betri meðferð en sterar í töfluformi. Rannsóknir hafa ekki gefið sannfærandi niðurstöður, en þess má geta að sjúklingar sem voru meðhöndlaðir með sterum í æð voru með verri sjónskerðingu þegar meðferð var hafin, miðað við þá sem fengu meðferð í töfluformi. Þetta hefur án efa áhrif á niðurstöður rannsóknanna. Þar sem ekki er hægt að útiloka gagnsemi lyfjameðferðar í æð er því mælt með að gefa háskammta stera í æð, 0,25-1,0 g metýlprednisólón daglega í allt að þrjá daga, hjá sjúklingum með *amaeurosis fugax*.[2,3,9,11]

Mælt er með að nota stera-sparandi lyf ef eitthvað af þessum atriðum eiga við sjúkling: sjúklingur þolir illa sterameðferð vegna aukaverkana eða er í aukinni áhættu að þróa með sér aukaverkanirnar; ef niðurströppun stera gengur ekki sem skyldi (samanber EULAR-ráðleggingar); ef sjúkdómsmynd er erfið eða tíð bakslög. Þá er helst mælt með líftæknilyfinu tocilizumab (interleukin-6 hemill) sem viðbótarmeðferð. Annar valkostur væri methotrexate, en rannsóknir hafa gefið misvísandi niðurstöður. Önnur stera-sparandi lyf hafa ekki sannað sig sem meðferð við risafrumuæðabólgu.[2,9,12]

Tilfelli

Sagt er frá 89 ára gamalli konu með sögu um augnbotnahrörnun og gláku, kransæðasjúkdóm, slitgigt og stoðkerfisverki. Hún hafði þá einkum verki í ökklum og fótleggjum ásamt morgunstirðleika með verkjum í öxlum.

Í lok sumars 2020 hitti konan heimilislækni vegna þriggja vikna sögu um sveiflukenndan verk í höfði og andliti sem og vaxandi sjóntruflanir (móðusjón og sjónsviðsskerðing vinstra megin) sem höfðu byrjað 3-4 dögum fyrir læknisheimsóknina. Vaknaði grunur um blóðtappa í heila og var hún í kjölfarið send til frekari uppvinnslu og mats á heilbrigðisstofnun í hennar heimahéraði. Höfuðverkurinn var breytilegur, var ýmist aftantil í höfði eða yfir gagnaugum beggja vegna. Á þessum tímapunkti var ekki lýst eymslum yfir gagnaugasvæðum. Tölvusneiðmynd af höfði með skuggaefni sýndi engar bráðar breytingar. Sökk mældist 24 mm/klst og CRP 32 mg/L. Daginn eftir var hún send til Reykjavíkur í skoðun til augnlæknis. Benti sú skoðun til versnunar á undirliggjandi aungbotnahrörnun ásamt þurrki í augum.

Rúmum þremur vikum eftir fyrstu læknisheimsóknina lýsti konan því að skyndilega hafi verið dregið fyrir vinstra auga. Nokkrum dögum síðar fór hún einnig að finna fyrir sjóntapi hægra megin sem leiddi til blindu á örfáum dögum. Hún var nú orðin blind á báðum augum og var oft sárkvalin vegna höfuðverks. Í framhaldinu var hafin sterameðferð þar sem talið var að einkenni gætu samrýmst risafrumuæðabólgu. Þá mældist sökk 34 mm/klst. Meðferð var hafin með 60 mg prednisólón daglega í þrjá daga en síðan minnkað í 30 mg daglega. Höfuðverkurinn mildaðist, en hvarf ekki.

Örfáum dögum eftir að meðferðin hófst tók hjúkrunarfræðingur eftir húðbreytingum sem minntu á punktblæðingar á höfuðleðri á gagnaugasvæði hægra megin. Þessar húðbreytingar urðu síðan að samfelldu sári yfir nánast allt höfuðleðrið hægra megin og úr varð opið sár. Sárið fékk svo yfir sig svarta skorpu (mynd 1A og 1C). Einnig kom fram sár á stærð við tíukrónupening á vinstra gagnaugasvæði og lítið sár á vinstra eyra (mynd 1B). Á þessum tímapunkti lagðist hún inn á heilbrigðisstofnun heimahéraðsins.

Í legunni voru sýni tekin í tvígang úr drepi á höfuðleðri. Fyrri sýnitakan sýndi ósértæka bráða bólgu og sú seinni sýndi drep og æðabreytingar sem gætu verið á grunni æðabólgu eða blóðþurrðar. Í millitíðinni hafði sárið sýkst með *S.aureus* sem var meðhöndlað með sýklalyfjum í æð. Einnig var tekið strok með tilliti til herpesveira sem var neikvætt. Ónæmisprufur voru teknar, og reyndust neikvæðar (RF, ANA, ANCA, CH50 (hækkað), C3 og C4 var innan marka).

Nú var óskað eftir að konan yrði lögð inn á gigtlækningadeild Landspítala til frekari uppvinnslu og meðferðar þar sem núverandi meðferð var ófullnægjandi, og greiningin risafrumuæðabólga þótti heldur ekki staðfest. Þá var búið að minnka niður prednisólón í 15 mg daglega. Við komu á deildina var konan mjög slöpp og rúmliggjandi, en ekki bráðveikindaleg. Eymsli voru yfir gagnaugum beggja vegna. Við lungnahlustun heyrðist slímhljóð beggja vegna og hrygldi verulega í henni við útöndun. Konan var



A



B



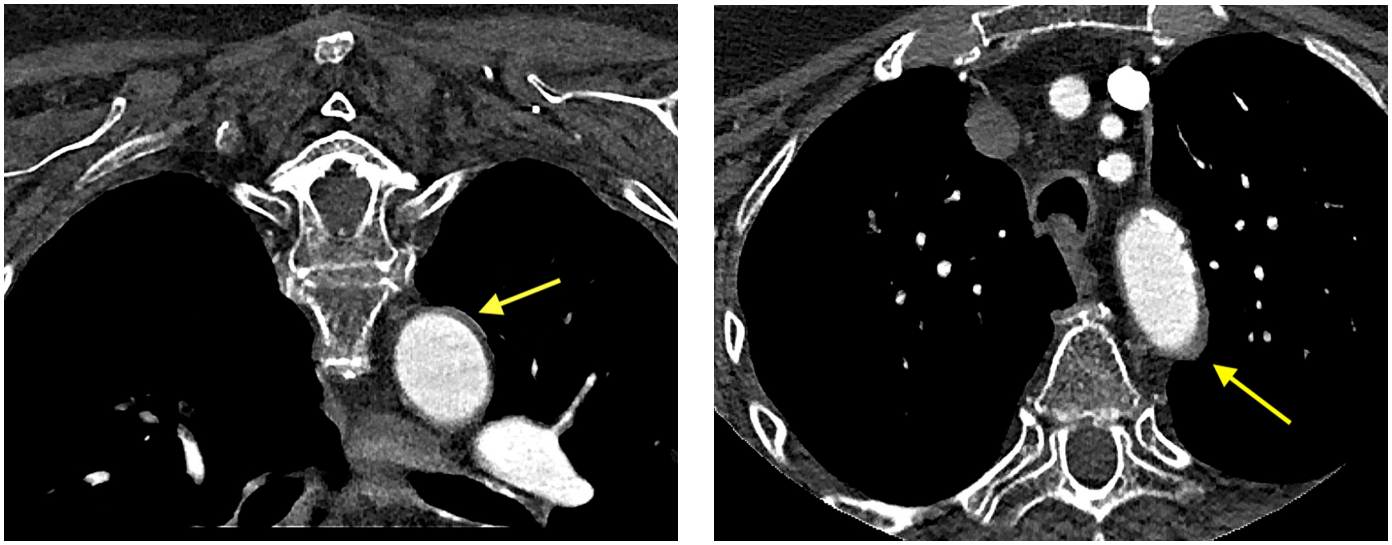
C

Mynd 1 *Mynd 1A og 1C. Drep í höfuðleðri hjá sjúklingi með risafrumuæðabólgu.*
Mynd 1B. Drep á vinstra eyra hjá sama sjúklingi.

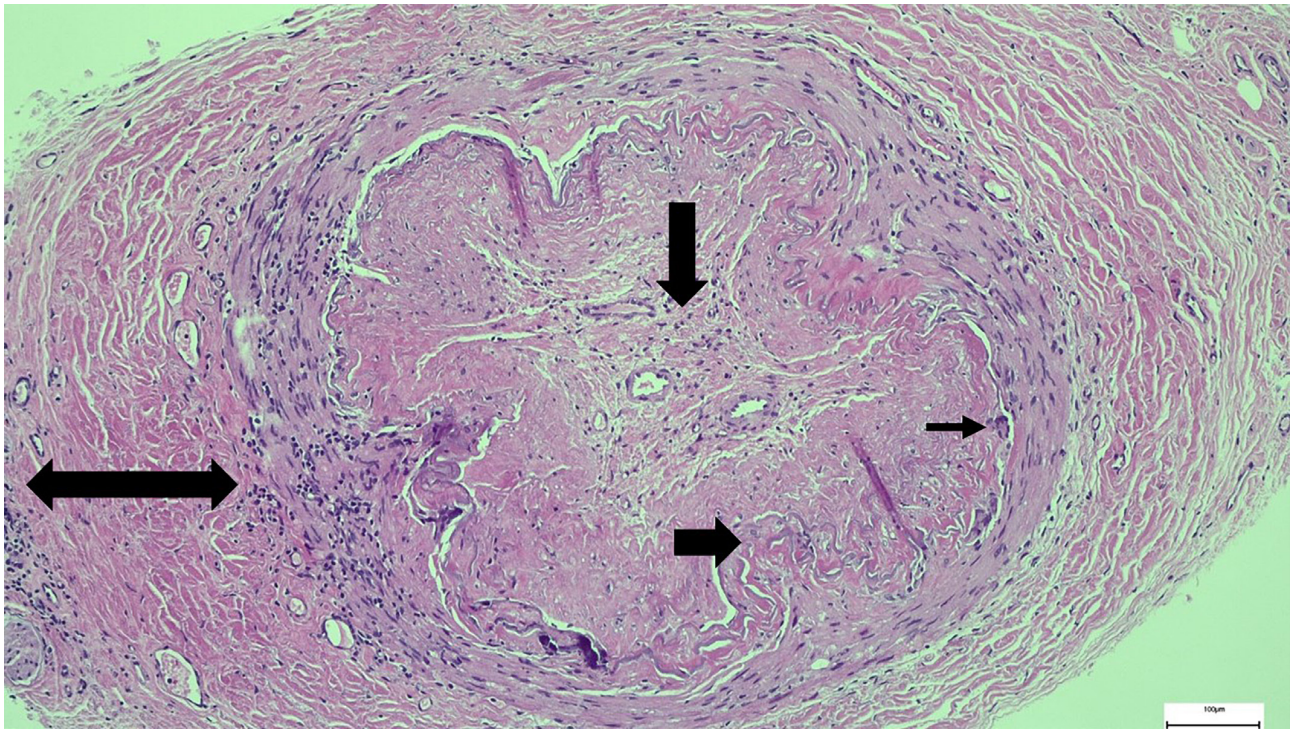
ennþá með töluverðan höfuðverk og átti sökum verkja erfitt með að hreyfa höfuðið til hliðanna. Ennþá var til staðar drep á höfuðleðri (samanber fyrri lýsingu) (mynd 1A,B,C). Taugaskoðun sýndi fram á máttleysi ofarlega og neðarlega í neðri útlimum, ásamt hyporeflexiu beggja vegna og óræðu Babinski-viðbragði. Aðspurð fór hún að finna fyrir kraftleysi í neðri útlimum um það leyti sem höfuðverkurinn kom fram, einnig munnþurrk og versnandi augnþurrk.

Við komu á Landspítalann mældist sökk 20 mm/klst, CRP 58 mg/L og var merki um járnskortsblóðleysi. Fengin var slagæðarannsókn með tölvusneiðmynd af hálsi, höfði og niður í brjósthol sem sýndi breytingar í gagnaugaslagæðum beggja vegna og í ósæðarboga sem gæti vakið grun um risafrumuæðabólgu (mynd 2). Sýnataka úr hægri gagnaugaslagæð var gerð daginn eftir komu á Landspítala. Þá fannst enginn púls í vinstri gagnaugaslagæðinni og mjög veikur púls í þeirri hægri.

Vefjagreining á sýni úr hægri gagnaugaslagæð sýndi fram á risafrumuæðabólgu, ásamt þrengingu og lokun hluta æðarinnar



Mynd 2A og 2B. *Slagæðarannsókn með tölvusneiðmynd af hálsi, höfði og brjóstholi. Hér sést bólga í ósæðarboganum sem þykknun í æðaveg (örvar).*



Mynd 3 *Vefjasýni frá hægri gagnaugaslagæð. Ör er vísar niður bendir á enduropnanir innan blóðsega. Tvíhöfða örin sýnir svæði með krónísku bólguviðbragði í æðavegg. Stærri örin er bendir til hægri, vísar á hluta af lamina elastica interna eyðingu á meðan minni örin bendir í átt að margkjarna risafrumu.*

með enduropnun (*recanalization*) (mynd 3). Sterameðferð var þá aukin í 30 mg daglega, aðallega með tilliti til verkjastillingar.

Fengið var vöðva- og taugarit sem sýndi fram á blandaða afmýlandi (*demyelinating*) skyn- og hreyfiúttaugakvilla. Helst var grunur um króníska afmýlandi úttaugasjúkdóm (*Chronic inflammatory demyelinating polyneuropathy* (CIDP)) og var sjúklingurinn mænustunginn í framhaldinu. Niðurstaða mænuvökvarannsóknar var innan marka, en prótein í efri mörkum 538 mg/L (eðlileg gildi miðast við 150-600mg/L á Landspítala). Þóttu niðurstöður ekki sannfærandi fyrir CIDP og álit taugalækna að áfram þyrfti uppvinnslu, meðal annars með tilliti til paraneoplastískra skýringa.

Á þessum tímapunkti, tveimur dögum eftir innlögn, var almennt ástand sjúklings hratt versnandi. Tekin var tölvusneiðmynd

af brjóstholi með skuggaefni sem sýndi fram á útbreitt segarek í hægra lunga ásamt dreifðum íferðum, hjartabilun og fleiðruvökva. Var hún í kjölfarið sett á sýklalyf og fulla blóðþynningu. Ástand sjúklings fór þó áfram versnandi og ákveðið var í samráði við sjúkling og aðstandendur að draga í land með virka lyfjameðferð og var sjúklingur formlega sett á lífslokameðferð. Sjúklingur lést nokkrum dögum síðar.

Umræður

Hér er lýst alvarlegu tilfelli risafrumuæðabólgu þar sem liðu rúmir tveir mánuðir frá því sjúklingur finnur fyrir fyrstu einkennum þar til meðferð með háskammta sterum var hafin. Mismunagreiningunni risafrumuæðabólga var velt upp snemma í ferlinu en einkenni voru ekki dæmigerð til að byrja með ásamt vægri bólgumynd í blóði. Meðferð var þó hafin áður en staðfest sjúkdómsgreining lá fyrir. Mögulega hefur það verið töf á meðferð sem leiddi til alvarlegra klínískra einkenna. Almennt er viðurkennt að drep í höfuðleðri eða tungu og sjóntap sé afleiðing mjög virks og viðvarandi bólguástands.[6] Þessi staðhæfing kemur heim og saman við rannsóknir og klínísk einkenni ofangreinds sjúklings en ljóst var að hún reyndist hafa mjög virkan og útbreiddan æðabólgusjúkdóm.

Samkvæmt yfirlitsgrein frá 2009, þar sem farið var yfir 78 tilfelli frá árunum 1946-2007, kom í ljós að drep í hársverði kom að meðaltali fram tæpum þremur mánuðum eftir að bera fór á fyrstu sjúkdómseinkennum. Hins vegar reyndist vera að meðaltali fjögurra mánuða greiningartöf hjá þeim sem þróuðu með sér drep í hársverði. Á meðan að hjá þeim sem ekki fengu drep í hársvörðinn var greiningartöfin þrír mánuðir að meðaltali. Ekki var munur á sökk- og CRP-gildum hjá þessum tveimur hópum.[6]

Það verður að teljast athyglisvert að í fyrrnefndu tilfelli komu fram upphafseinkenni sem leiddu til dreps í hársverði degi eftir að háskammtameðferð með sterum var hafin. Einungis í einu tilfelli er lýst að drep í hársverði hafi komið fram eftir að háskammta sterameðferð var hafin. En þá var um að ræða 80 ára gamla konu sem hafði verið meðhöndluð með 60 mg prednisólón í töfluformi í viku áður en drep í hársverði myndaðist.[13] Hins vegar hefur verið greint frá þremur tilfellum þar sem drep í hársverði kom fram eftir að lágskammta sterameðferð var hafin.[13]

Ekki er ljóst hver ástæða afmýlandi úttaugaeinkenna hafi verið í umræddu tilfelli. Möguleiki er á að einkennin hafi verið

Tafla I. ***Sjúklingur verður að hafa að minnsta kosti þrjú flokkunarskilmerki af 5 til þess að teljast með risafrumuæðabólgusjúkdóm.[15]***

Flokkunarskilmerki amerísku gigtlæknasamtakanna
Aldur ≥50 ára þegar einkenni koma fram
Nýr höfuðverkur
Eymsli yfir gagnaugaslagæð eða daufari púls
Hækkað sökk (≥50 mm/klst)
Sýnataka úr gagnaugaslagæð sem sýnir slagæðabólgu með drepi og hnúðabólgu með fjölkjarna risafrumum.

birtingarmynd alvarlegs risafrumuæðabólgusjúkdóms. Þess má geta að samkvæmt okkar vitneskju hefur einungis þremur tilfellum verið lýst af bráðum afmýlandi úttaugaeinkennum í tengslum við risafrumuæðabólgu.[14] En eins og áður er getið geta taugaeinkenni sem ekki eru afmýlandi, svo sem ein- eða fjöltaugakvillar (*mononeuropathy, mononeuritis multiplex, polyneuropathy),* komið fram í tengslum við sjúkdóminn.[14,15] Þessi einkenni koma mögulega út frá blóðþurrð vegna bólgu í *vasa nervorum*, litlum æðum sem næra úttaugarnar, en það hefur ekki verið staðfest.[14,15]

Lokaorð

Umrætt tilfelli sýnir hversu bráður sjúkdómur risafrumuæðabólga getur verið og hve alvarlegum og jafnvel lífshótandi einkennum hann getur valdið. Vert er að vekja athygli á drepi í hársverði sem er sjaldgæf birtingarmynd sjúkdómsins. Mikilvægt er að greina alla æðabólgusjúkdóma sem fyrst og hefja viðeigandi meðferð til þess að fyrirbyggja alvarleg einkenni og stöðva útbreiðslu sjúkdómsins.

Þakkir

Höfundar vilja þakka Enrico Bernardo Arkink röntgenlækni og Alexander Þorvaldssyni sérnámslækni á röntgendeild fyrir úrlestur á tölvusneiðmyndum ásamt Þorkatli Þorkelssyni ljósmyndara fyrir úrvinnslu mynda. Leyfi var fengið hjá aðstandendum sjúklings til þess að birta umrætt sjúkratilfelli í *Læknablaðinu*.

Greinin barst til blaðsins 16. júní 2021,
samþykkt til birtingar 10. nóvember 2021.

Heimildir

1. Elfarsson A, Stefánsson E, Guðbjörnsson B. Risafrumuæðabólga. Tvö sjúkratilfelli með skyndiblindu. Læknablaðið 2010; 3: 185-9.
2. Rahman W, Rahman FZ. Giant Cell (Temporal) Arteritis: An Overview and Update. Surv Ophthalmol 2005; 50: 415-28.
3. Salvarani C, Cantini F, Boiardi L, et al. Polymyalgia Rheumatica and Giant-Cell Arteritis. The NEJM, 2002, 11.
4. Akram Q, Knight S, Saravanan R. Bilateral Scalp Necrosis as a Rare but Devastating Complication of Giant Cell Arteritis. Clin Rheumatol 2015; 34: 185-7.
5. Reich KA, Giansiracusa DF, Strongwater SL. Neurologic Manifestations of Giant Cell Arteritis. Am J Med 1990; 89: 67-72.
6. Tsianakas A, Ehrchen JM, Presser D, et al. Scalp Necrosis in Giant Cell Arteritis: Case Report and Review of the Relevance of This Cutaneous Sign of Large-Vessel Vasculitis. J Am Acad Dermatol 2009; 61: 701-6.
7. Currey J. Scalp Necrosis in Giant Cell Arteritis and Review of the Literature. J Rheumatol 1997 36: 814-6.
8. George GM, Jacob N. Bilateral Scalp Necrosis: A Rare Manifestation of Giant Cell Arteritis. J. Gen Intern Med 2016; 31: 1395.
9. Hellmich B, Agueda A, Monti S, et al. 2018 Update of the EULAR recommendations for the management of large vessel vasculitis. Ann Rheum Dis 2020; 79: 19-30.
10. Wiberg F, Naderi N, Mohammad AJ, et al. Evaluation of revised classification criteria for giant cell arteritis and its clinical phenotypes. J Rheumatol 2021; keab353.
11. Hayreh SS, Zimmerman B. Management of Giant Cell Arteritis. Our 27-Year Clinical Study: new Light on Old Controversies. Opthalmologica 2003; 217: 239-59.
12. Ponte C, Rodrigues A, O'Neill L, et al. Giant Cell Arteritis: Current Treatment and Management. World Clin Cases 2015; 3: 484-94.
13. Brick KE, Cook-Norris RH, et al. Scalp Necrosis in Giant Cell Arteritis after Initiation of Therapeutic Corticosteroids. J Am Acad Dermatol 2010; 63: 343-4.
14. Gasalla M, Bango M, Nunez J, et al. Giant Cell Arteritis Associated with Demyelinating Polyradiculoneuropathy. Ann Rheum Dis 2001 60: 812-3.
15. Caselli RJ, Daube JR, Hunder GG, et al. Peripheral neuropathic syndromes in giant cell (temporal) arteritis. Neurology 1988; 38: 685.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2021.12.667

Giant cell arteritis: a case report with scalp necrosis and sudden blindness

Berglind Árnadóttir[1]
Gerður Gröndal[2,3]
Þórður Tryggvason[4]
Björn Guðbjörnsson[3,5]

[1]Department of Internal Medicine, [2]Department of Rheumatology, [3]Laboatory of Rheumatology, [4]Department of Pathology, Landspítali University Hospital, [5]Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavík.

Correspondence: Berglind Árnadóttir, *bergliar@landspitali.is*

Key words: *giant cell arteritis, ameurosis fugax, scalp necrosis, neuropathy*

In the summer of 2020, an elderly woman in her eighties sought medical attention due to headache and visual disturbances. The diagnosis was unclear, she became blind on both eyes and developed extended scalp necrosis. Later it was clear that these symptoms were due to accelerating symptoms of giant cell arteritis (GCA). GCA is one of the most common disease form of vasculitis and can have various symptoms. In this report, we describe a case of an advanced disease course, discuss the main symptoms, diagnosis and treatment.

Læknadagar

17.- 21. janúar, 2022

Í HÖRPU
YFIRLIT DAGSKRÁR

Mánudagur 17. janúar

09:00-12:00 *Það sem allir læknar þurfa að vita um bráðan geðvanda*
09:00-12:00 Umhverfi og heilsa
09:00-12:00 Nokkur tilfelli af Barnaspítala Hringsins - gagnvirkt málþing
12:10-13:00 Hádegisfyrirlestrar
- Af hverju eigum við að rannsaka sögu læknisfræðinnar?
- Algjört rugl – ómissandi spjall um óráð

13:10-16:10 Ójöfnuður og heilsa
13:10-16:10 Svefn og dægursveifla
13:10-16:10 Framtíðarsýn læknisfræðinnar
16:20 Opnunarhátíð Læknadaga

Þriðjudagur 18. janúar

09:00-12:00 Kyngingar- og næringartruflanir. Uppvinnsla og úrræði
09:00-12:00 Mitt líf, mitt val – samtalið um meðferðarmarkmið
09:00-12:00 Menntavísindi lækna á Íslandi
12:10-13:00 Hádegisfyrirlestrar:
- Nýjungar í menntun og símenntun lækna – netnámskeið og hlaðvörp
- Verkefnið „lyf án skaða“ á Íslandi: Staðan í dag og opnun vefsíðu

13:10-16:10 Geðheilbrigðisþjónusta í heilsugæslu á Íslandi
13:10-16:10 Upplýsingaóreiða á tímum farsóttar
13:10-16:10 Fjölblöðrueggjastokkaheilkenni - Polycystic Ovary Syndrome - PCOS
13:10-16:10 Nokkur bráð inngrip úr bráðalækningum – vinnubúðir
16:20-18:00 Kynbundið áreiti

Miðvikudagur 19. janúar

09:00-12:00 Lyfjafíkn og áskoranir læknisins
09:00-12:00 Sofa börn eins og englar
09:00-12:00 Leiðtoga- og seigluþjálfun fyrir lækna
12:10-13:00 Hádegisfyrirlestrar:
- Mistök í læknisfræði

13:10-16:10 Leghálsskimanir á Íslandi
13:10-16:10 Niðurtröppun lyfseðilsskyldra lyfja með ávanahættu
13:10-16:10 Lögfræðileg málefni
13:10-16:10 Leiðtogahlutverkið og seigla. Hvernig þróa ég og þroska þessa hæfileika sem læknir – vinnubúðir
16:20-18:00 Sjúkdómar og slys í Íslendingasögunum og Sturlungu – greining og meðferð skoðuð með þekkingu nútímans

Fimmtudagur 20. janúar

09:00-12:00 Meðferð við lok lífs
09:00-12:00 Beinþynning
09:00-12:00 Háþrýstingur á Íslandi
12:10-13:00 Hádegisfyrirlestrar:
- Samband læknis og skjólstæðings
- Ævintýrameðferð, vísindi eða fásinna?

13:10-16:10 Fullorðinsvatnshöfuð
13:10-16:10 Vísindamaðurinn Louis Pasteur og afrek hans
13:10-16:10 Líkaminn man 2 - The Body Keeps the Score
13:10-16:10 Einföld hjartaómskoðun – Vinnubúðir

Föstudagur 21. janúar

09:00-12:00 Meðferð ADHD á Íslandi 2022, erum við á réttri leið?
09:00-12:00 Framtíð heilbrigðisþjónustu
09:00-12:00 Bráðavandamál
12:10-13:00 Hádegisfyrirlestrar:
- Guðmundur góði Hólabiskup með augum geðlæknisfræðinnar
- Lifandi kappræður: Umbótastarf er óþarfa byrði á sérnámslækna

13:10-16:10 Réttarstaða heilbrigðisstarfsmanna í síbreytilegu lagaumhverfi
13:10-16:10 Forvarnir og heilsuvernd barna
13:10-16:10 Hátíðardagskrá í tilefni af 50 ára afmæli Félags almennra lækna
16:20 Lokadagskrá Læknadaga
Glíma

Stjórn Fræðslustofnunar lækna

Kristín Sigurðardóttir formaður
Hrafnhildur L. Runólfsdóttir
Nanna Sigríður Kristinsdóttir
Reynir Arngrímsson
Runólfur Pálsson

Starfsmaður Fræðslustofnunar er Margrét Aðalsteinsdóttir hjá LÍ



Hér eru þau Katrín og Jón með Reyni Arngrímssyni, þáverandi formanni Læknafélagsins. Mynd/Dögg Pálsdóttir

Jón og Katrín heiðruð

Læknarnir Jón Snædal og Katrín Fjeldsted voru heiðruð fyrir þátttöku sína í erlendu samstarfi fyrir hönd Læknafélags Íslands á aðalfundinum sem var haldinn á Hótel Natura dagana 29. og 30. október. Katrín hefur frá síðustu aldamótum verið fulltrúi LÍ hjá Evrópusamtökum lækna (CPME). Hún var fyrsta konan til að gegna embætti forseta samtakanna. Jón hefur frá svipuðum tíma verið fulltrúi Íslands í störfum Alþjóðasamtaka lækna, WMA. Hann var um skeið forseti þeirra. Bæði eru heiðursfélagar í LÍ, Jón frá 2008 og Katrín frá 2018.

Mínerva í almenna notkun fyrir sumarið



Hrönn Pétursdóttir er verkefnastjóri hjá Læknafélaginu.

„Við erum að leggja lokahönd á að tengja Mínervu við félagatal LÍ. Í kjölfarið prufukeyrir hópur lækna kerfið. Það verður væntanlega öðru hvoru megin við jólin," segir Hrönn Pétursdóttir verkefnastjóri hjá Læknafélaginu en símenntunarhópur LÍ leggur línurnar um Mínervu. „Fyrir sumarið stefnum við á að kerfið verði komið í almenna notkun." Mínerva mun halda rafrænt utan um upplýsingar um símenntun lækna.

Hrönn leggur áherslu á að Mínerva verði aðeins fyrir þá lækna sem vilji nota hana. „Við vonumst þó til að sem flestir kjósi það, því mikilvægi þess að halda utan um þekkingu sína vegur stöðugt þyngra." Hún bendir læknum á að þeir eigi samkvæmt kjarasamningum rík réttindi til símenntunar.

„Haldi læknar utan um símenntun sína verður auðveldara að berjast fyrir því að þeim sé skapað rými í vinnu til að stunda hana."

Oddur Steinarsson leiðir Læknafélagið

– Reynir Arngrímsson kveður eftir fjögur ár sem formaður

„Ég bjóst ekki við að taka við formennsku Læknafélagsins þegar ég tók sæti í stjórninni en mun leiða starfið þar til kosningu nýs formanns er lokið," segir Oddur Steinarsson, heimilislæknir og framkvæmdastjóri Heilsugæslunnar í Lágmúla. Hann er fyrrum framkvæmdastjóri lækninga Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. Oddur kom inn í stjórn LÍ sem fulltrúi FÍH í október og var þá kosinn varaformaður.

Oddur segir mikilvægt að bregðast hratt við og ganga sem fyrst til kosninga um nýjan formann. „Framundan eru aðkallandi verkefni. Alvarlegt ástand sem þarf að bregðast við alls staðar í heilbrigðiskerfinu." Stefnt er á að kosningu formanns verði lokið í janúar.

Reynir Arngrímsson, formaður síðustu fjögur ár, er meðal umsækjenda um stöðu forstjóra Landspítala og sagði í kveðjubréfi sínu til félagsmanna LÍ hafa sannfærst um að ómögulegt sé að vera í slíku umsóknar- og matsferli samhliða því að gegna þessu trúnaðarstarfi fyrir lækna: „Nokkuð ljóst er að matsferlið sem nú fer í gang mun geta tekið alllangan tíma þó erfitt sé um það að spá. Þess vegna hef ég ákveðið á þessum tímamótum að stíga til hliðar sem formaður LÍ." Reynir þakkaði bæði stjórn, félagsmönnum og starfsmönnum fyrir ánægjulegt og gott samstarf og traustið sem honum hefði verið sýnt með því að kjósa hann í þrígang til að gegna formennsku félagsins.

„Ég lít hreykinn um öxl hvað varðar þau mál sem hafa klárast eða verið sett á dagskrá á þeim tíma sem ég hef gegnt formennsku í LÍ. Í þeim áfangasigrum eiga fleiri en ég þátt, stjórnin og félagsmenn allir," segir hann í bréfinu. Hann sé þess fullviss að næsti kjörni formaður vinni ásamt stjórn að framgangi þeirra verkefna sem ekki sé enn að fullu lokið.



Oddur Steinarsson tekur við keflinu af Reyni Arngrímssyni og verður formaður Læknafélags Íslands en kosið verður um nýjan formann fljótlega.

Læknar endurskoða Codex

„Siðareglur lækna eru nú efnismeiri en þó jafnlangar," segir Svanur Sigurbjörnsson, formaður siðfræðiráðs LÍ

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Tveggja ára vinna siðfræðiráðs Læknafélags Íslands við endurskoðun siðareglna lækna (Codex Ethicus) var samþykkt með miklum meirihluta á aðalfundi Læknafélagsins nú í októberlok. Þær verða birtar í janúarblaði *Læknablaðsins* 2022.

„Laga þurfti ótrúlega margt," segir formaður siðfræðiráðs félagsins. Til að mynda hafi verið farið yfir alþjóðasiðareglur lækna; Genfar- og Helsinki-yfirlýsingu Alþjóðafélags lækna (WMA), Lissabon-sáttmálann og sérstakar yfirlýsingar frá Alþjóðafélaginu sem bornar voru saman við íslensku reglurnar.

„Það var nær ekkert sem vantaði út frá þeim hlutum," segir Svanur. „Hins vegar vantaði bæði í megin alþjóðasiðareglur WMA og okkar ákvæði um hlutverk lækna að líkna, skyldu upplýsingagjafar og hið þekkta ákvæði mannhelgi um að læknar umfram allt skaði ekki. Þetta stóð hvergi í meginsiðareglum." Þá hafi áminning lækna til annarra heilbrigðisstétta um þagmælsku verið tekin út en viðbætur vegna persónuverndar og varkárni í notkun samfélagsmiðla sett inn.

Horfðu til máttarstólpa

Svanur segir margt það nýja liggja í augum uppi en þurfi þó að standa í siðareglum. „Þess vegna fórum við mjög ígrundað yfir meginreglurnar. Þær eiga að tryggja að þau fjögur meginviðmið sem hafa verið almennt viðurkennd í samfélögum lækna síðustu 50 árin; velgjörð, mannhelgi, sjálfræði og óhlutdrægni. Þessi fjögur atriði hafa þótt máttarstólparnir í grundvallargildismatinu."

Svanur segir nýju útgáfuna einnig lýsa siðferðilegum tíðaranda. „Við tökum út karllæg orð eins og bræðralag og setjum inn að forðast skuli áreitni og kynbundið ofbeldi. Hegningarlög taka á því en þó er rík ástæða til að leggja áherslu á það í ljósi baráttunnar í samfélaginu."

Svanur hefur leitt þessa gagngeru endurskoðun á reglunum. Vinnan hófst í ársbyrjun 2018 og lauk vorið 2020. „Sjónarhorninu hefur verið breytt þannig að Læknafélagið setur ekki lengur félagsmönnum reglurnar heldur gangast læknarnir sjálfir undir þær og tengsl þeirra við læknaeiðinn eru styrkt."

Svanur bendir á að eina lagalega skylda siðfræðiráðsins sé reglubundin endurskoðun á siðareglunum. „Ég vissi af þessu þegar ég tók við formennsku í siðfræðiráði 2015 og fór að skoða reglurnar. Þær voru að meginhluta frá árinu 2005 þegar síðasta heildarendurskoðunin var gerð út frá reglunum 1992. Þá urðu einnig lítilsháttar breytingar 2013."

Nýtti siðfræðinám

Svanur segir að meistaranám hans í hagnýtri siðfræði við HÍ hafi nýst sem grundvöllur breytinganna. „Ég var í áfanga um siðfræði fagstétta og skrifaði ritgerð þar sem ég kannaði hvort nægilegar og nauðsynlegar ástæður væru til að breyta Codex Ethicus. Það kom ýmislegt í ljós. Kennaranum fannst niðurstaðan vel ígrunduð og ég lagði hana fram sem upphafsreit við þessa endurskoðun," segir Svanur.

Fjöldi lækna hefur unnið að endurskoðuninni. Níu meðlimir siðfræðiráðs og 10 álitsgjafar. Auk Svans hafa þau Áslaug Heiða Pálsdóttir, Gunnar Thorarensen, María Soffía Gottfreðsdóttir, Ólafur Árni Sveinsson, Þórunn Jóhanna Júlíusdóttir og Björn Hjálmarsson, frá byrjun 2020, setið í ráðinu og þær Rún Halldórsdóttir, sem sat í rúm tíu ár og Þórhildur Kristinsdóttir á árunum, sem var í tvö ár, til ársins 2019.

„Já, ég er mjög ánægður með verkið og ánægður með þau öll sem tóku þátt. Þetta var afskaplega gefandi ferli. Frjóar og góðar umræður, málefnalegar og gagnlegar."

Svanur Sigurbjörnsson nýtti þekkingu sína úr siðfræði fagstétta í hagnýtri siðfræði við HÍ við endurskoðunina. „Ég kannaði hvort nægilegar og nauðsynlegar ástæður væru til að breyta Codex Ethicus." Mynd/gag

Sérstakir álitsgjafar siðfræðiráðs LÍ

- *Jón Snædal læknir, fyrrverandi formaður siðfræðiráðs LÍ. Fulltrúi LÍ hjá WMA*
- *Sigurður Guðmundsson læknir, prófessor emeritus, fyrrv. landlæknir*
- *Ástríður Stefánsdóttir læknir, BA og MA í heimspeki*
- *Björn Einarsson læknir, BA í heimspeki*
- *Guðmundur Þorgeirsson læknir, prófessor*
- *María Sigurjónsdóttir læknir, BA í heimspeki*
- *Stefán Hjörleifsson læknir, prófessor, BA í heimspeki*
- *Vilhjálmur Árnason, heimspekingur, prófessor*

Álitsgjafar frá opna umsagnarferlinu

- *Halldóra Ólafsdóttir, læknir*
- *Arnar Hauksson, læknir*

Auglýsing

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

„Nagyon köszönöm szépen mindenkinek“*

Guðrún Dóra Bjarnadóttir
geðlæknir
gudrundb@landspitali.is



Nú þegar aðventan gengur í garð og ég með hvítvoðung á heimilinu er mér þakklæti efst í huga. Eflaust myndu einhverjir kalla það viðkvæmni nú eða bara að ég sé stútfull af hormónum. En ég er afar þakklát fyrir alla þá lækna sem halda „læknasamfélaginu“ á Íslandi gangandi. Það er eftirtektarvert að sjá – í jafn fámennu landi – hvað kollegar láta prógrammið ganga. Það er ekki sjálfgefið að fólk helgi jafn stóran hluta lífsins starfinu og starfstengdum hlutum.

Líkt og í öðru erum við örugglega með flest læknafélög og sérgreinafélög miðað við höfðatölu. Sú vinna er oftar en ekki fyrir utan hefðbundinn vinnutíma og kostar ómælda vinnu margra lækna – oftast á kostnað persónulegs frítíma. *Læknablað* er gefið út mánaðarlega og við höldum veglegt vikulangt þing á ári hverju. Sérnám á Íslandi hefur aldrei verið faglegra og öflugra með ítarlegu frammistöðumati sérnámsgrunnslækna og sérnámslækna. Ég geri fastlega ráð fyrir því að íðorðanefnd LÍ sé í fullri vinnu við að þýða þessar skammstafanir – minicex og cbd – yfir á okkar ylhýra. Læknar eru hvarvetna í framlínunni í kennslu heilbrigðisstétta og í fræðslu til almennings samhliða því sem við erum hlaðin störfum í klínik. Vísindasamfélagið vex og dafnar í kvöld- og helgarvinnu lækna. Læknastarfið er ekki 8-16 vinna!

Þess vegna var það hjákátlegt þegar Landspítali setti þá stefnu að læknar mættu ekki vinna önnur launuð störf ef við værum í 100% starfi. Enn furðulegra var þegar teknar voru af aukagreiðslur fyrir aukavakt tekna með minna en 24 tíma fyrirvara. Eins gott að vera úthvíldur heima fyrir þegar kallið kemur frá spítalanum. Við erum eign Landspítalans nótt sem nýtan dag. Allt eftir höfði spítalans.

Þrátt fyrir að ég sé ekki alltaf sammála ákvörðunum yfirstjórnar spítalans þá er ég þakklát fyrir óeigingjarnt starf hennar. Það þarf kjark til að standa frammi í stafni og láta öldunganginn úr öllum áttum gusast yfir sig. Það er ekki allra að sitja í framkvæmdastjórn. Guð forði mér frá því – og golfi!

Sérstakar þakkir

Fyrir skömmu lét Páll Matthíasson af störfum sem forstjóri Landspítala. Hann tók við þröngu búi svo ekki sé fastar að orði kveðið. Undirfjármögnun til lengri tíma og gjá milli stjórnenda og starfsfólks spítalans. Sú gjá var engir tveir metrar. En á undraverðan hátt náði hann að skapa samstöðu meðal starfsfólks á afar erfiðum tímum. Með hann í forystu setti starfsfólk höfuðið undir sig og hélt áfram - „the show must go on“. Páll stóð keikur! Hann stýrði stærsta vinnustað landsins af festu. Hann talaði máli Landspítala og starfsfólksins á mannamáli. En því miður talaði hann oft fyrir daufum eyrum. Ótrúlegt hvað sértækt heyrnarleysi er smitandi – smitstuðullinn er ansi hár í kringum Austurvöll.

Hvöss og oft óvægin umræða í garð Páls náði hámarki rétt fyrir kosningar þar sem þeir sem valdið hafa kepptust við að upphefja sjálfa sig og kasta rýrð á störf stjórnenda Landspítala – en hvað er ekki gert fyrir atkvæði.

Svo má ekki gleyma að Páll kom með betra kaffi inn á spítalann og í hans stjórnartíð kom sushi í matsalinn. Ef maður er ekki svo framúrstefnulegur er alltaf hægt að stóla á snitsel á miðvikudögum.

Ég hefði ekki treyst nokkrum manni betur fyrir stjórn Landspítalans í þessu árferði og gerði hann það með sóma. Hann getur gengið stoltur frá sínu dagsverki … rakleiðis heim í geðþjónustuna!

Nú mun Páll þurfa að „díla við“ annars konar mótvind – nánar tiltekið norðanáttina á Seltjarnarnesinu.



* *Nagyon köszönöm szépen mindenkinek er ungverska og þýðir „Takk kærlega allir saman“.*

Stjórn Læknafélags Íslands

Oddur Steinarsson starfandi formaður

FAL
Árni Johnsen
Þórdís Þorkelsdóttir

FÍH
Margrét Ólafía Tómasdóttir

FSL
Theódór Skúli Sigurðsson
Guðrún Dóra Bjarnadóttir

LR
Guðmundur Örn Guðmundsson
Ingibjörg Kristjánsdóttir

Læknar þekki þankagang sinn

Læknar verða að þekkja hvernig þeir taka ákvörðun svo þeir skilji hvers vegna þeir velja eitt umfram annað. Læknar ættu reglulega að fara yfir grunnsiðferðisgildin í huga sér því þau séu ekki alltaf efst í huga í hraða hversdagsins. Þetta segir Gunnar Thorarensen læknir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Maður þarf að hægja á hugsunum sínum og fara yfir hvort ákvarðanirnar í starfi falli að öllum grunnsiðferðisgildunum," segir Gunnar Thorarensen, svæfinga- og gjörgæslulæknir og kennslustjóri.

„Við læknar stöndum stöðugt frammi fyrir krefjandi ákvörðunum í klínísku starfi. Það er því mikilvægt að skilja hvernig við komumst að niðurstöðu." Gunnar er einnig varaformaður og ritari í stjórn Svæfinga- og gjörgæslufélags Íslands og nýr í ritstjórn *Læknablaðsins*. Hann hélt erindi um tilgang og tilgangsleysi á gjörgæslu á Lyflæknaþingi 2021. Læknar ættu að velta tilgangi þess sem þeir gera fyrir sér.

Ómeðvitaðar ákvarðanir

„Ég held að vel flestir læknar velti þessu fyrir sér en í hita leiksins eru ákvarðanir ekki alltaf teknar meðvitað," segir hann þar sem við höfum komið okkur fyrir á litlu skrifstofunni hans á stigagangi 4. hæðar Fossvogsspítala. Stutt í lyfturnar. Útsýnið frábært.

„Þessar vangaveltur verða líklega áleitnari þegar líður á starfsævina," segir hann. „Mikil áhersla og orka fer í að skilja klíníska samhengið langt fram eftir ferlinum — enda er það svo viðamikið. Læknar eru ekki fullþjálfaðir og menntaðir fyrr en þeir eru komnir vel á fertugsaldur. Fræðsla og þjálfun um einmitt þessi atriði þyrfti því að vera hluti af þjálfuninni, svo við veltum hlutunum fyrir okkur í stærra samhengi," segir hann. Ákvarðanataka sé æ meira rannsökuð.

„Mikilvægt er að vita hvað getur stutt okkur og leiðbeint þegar við tökum flóknar ákvarðanir. Klínískt samhengi hverju sinni er þungamiðjan en ótal aðrar breytur hafa áhrif. Eins og til dæmis vilji sjúklingsins hverju sinni og hvaða ábyrgð við sem læknar berum á að hjálpa honum að átta sig á vilja sínum," segir hann.

„Okkur ber lagaleg skylda til að upplýsa fólk um áhrif og áhættu ákveðinna meðferða og hverjar horfurnar séu. Tryggja þarf, eins langt og það nær, að sjúklingurinn hafi skilið upplýsingarnar," segir hann. „Á gjörgæslu getur þetta verið flókið því margir af sjúklingum okkar eru meðvitundarlausir. Þá eru oft góð ráð dýr," segir hann.

Einfaldaður sannleikur

Margt spilar inn í ákvarðanatöku. „Einn getur verið fljótur að komast að niðurstöðu og haggast ekki þaðan, á meðan annar grípur fyrst í það nýjasta sem hann heyrði. Aðrir hafa tileinkað sér að bera kennsl á mynstur og túlka út frá því." Þannig geti nýlegar greiningar haft áhrif á það sem fengist er við þá og þá stundina.

Hann nefnir sérstaklega mikilvægi ómeðvitaðrar hugsanaskekkju (*cognitive bias*) við ákvarðanir, kenningar Kahneman og Tversky og tekur dæmi. Ákvarðanirnar fylgi þumalputtareglu eða einfölduðum sannleik sem mannverur hafi búið sér til yfir ævina og noti ómeðvitað.

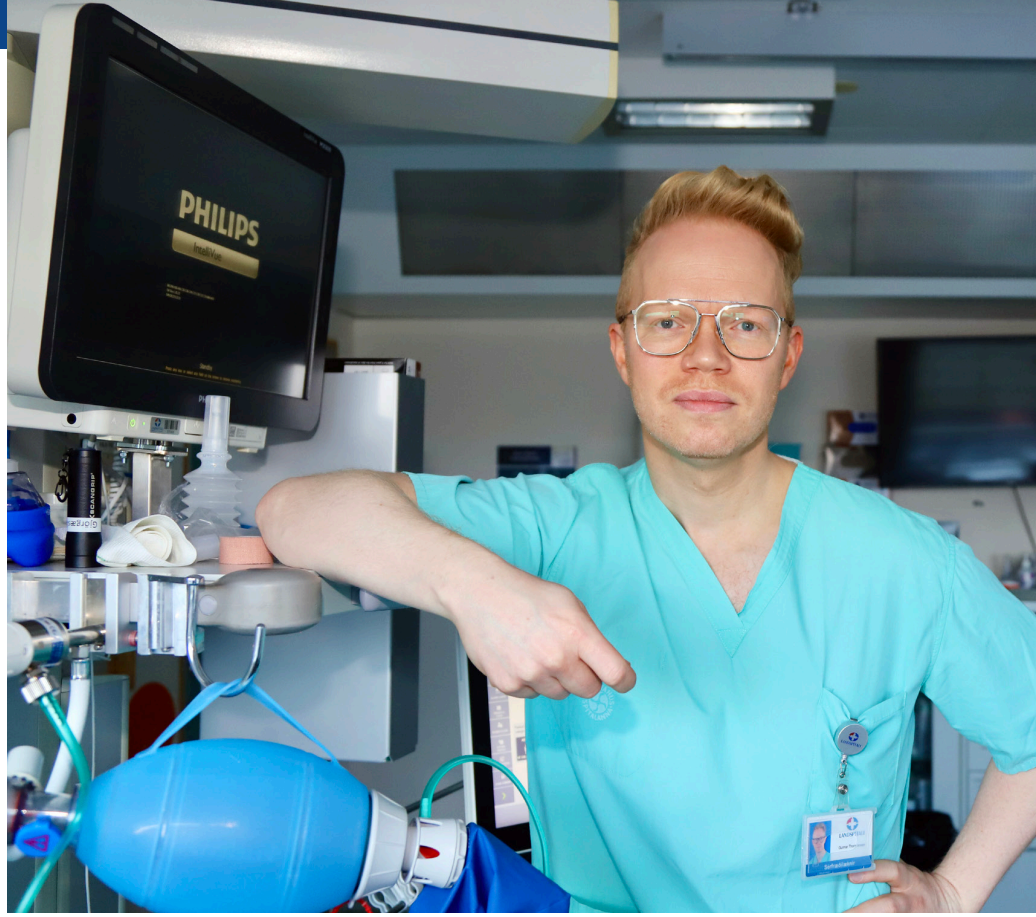
„Þessi einfaldaði sannleikur sem við styðjumst við, og er til í allskonar formi, hefur tvenns konar alvarleg áhrif. Annars vegar eru það áhrif á hvernig maður metur líkur á einhverju. Hins vegar hefur það áhrif á hæfni til að búa til heild úr allskonar upplýsingum," segir hann.

„Rannsóknir sýna að læknar hafa tilhneigingu til að nýta ómeðvitaða hugsanaskekkju. Til að mynda svokölluð akkerisáhrif (*anchoring effect*). Þeir fá upplýsingar, túlka þær og festa síðan fyrsta hugboð sitt við akkeri. Eftir það getur reynst erfitt að taka nýja stefnu."

Oftast staldri fólk við sem það heyrði síðast (*availabillity effect*). „Það hefur áhrif á hvernig upplýsingarnar eru túlkaðar." Þá hafi óbreytt ástand (*status quo bias*) einnig sín áhrif á ákvarðanatöku. „Þá hættir okkur til að halda að það sé betra að gera eitthvað en ekki. Það hefur áhrif á ákvörðunina," segir hann.

Þekking á þankagangi

Gunnar segir eitt af því fáa sem hægt sé að gera til að minnka þessi áhrif að auka þekkinguna á því hvernig maður hugsi. „Fá fólk til að velta fyrir sér hvaða tilhneigingu heilinn hefur í ákveðnum aðstæðum."



Gunnar Thorarensen segir mikilvægt að læknar íhugi hvers vegna þeir taki þær ákvarðanir sem þeir taka. Segja megi að þeir leggi ákvörðunum sínum stundum við akkeri og eigi erfitt með að haggast þaðan. Mynd/gag

Gunnar segir eina ástæðu þess að hann tali um þetta séu oflækningar. „Choosing Wisely hvetur til þess að við íhugum vel hvað við veljum fyrir sjúklinga okkar. Tímarnir eru þannig að við höfum fræðilega þekkingu og meðferðarmöguleika út í hið óendanlega. En úrræðin eru takmörkuð og því þarf að velja sem best," segir hann.

„Allir eiga rétt á bestu þjónustu hverju sinni, bestu meðferð hverju sinni. Spurningin er ekki hverjir eiga að fá þessa bestu þjónustu heldur er spurt: Hver er besta þjónustan? Er mest íþyngjandi þjónustan best?"

Gunnar segir þessar kenningar sem hann nefni í raun eiga við um lífið allt. „Þetta snýst um mannlega hegðun," segir hann en vill þó ekki gefa sig út fyrir að vera sérfræðingur á svo stóru sviði. „En undirliggjandi ástæður fyrir ákvörðunum hafa áhrif á okkur öll í starfi," segir hann. En hvernig kviknaði áhugi hans á þessu?

„Í sérnámi í Gautaborg," segir hann. „Læknaheimurinn er heillandi en krefjandi. Þegar maður hefur orðið góð tök á klíníska starfinu, er orðinn vel fleygur, verður þessi spurning áleitin. Það þarf því að vinna í samræmi við grunnsiðferðisgildin. Fara yfir þau í huga sínum reglulega því þau eru ekki alltaf efst í huga í önnum hversdagsins. Maður þarf að hægja á hugsunum sínum og fara yfir hvort ákvarðanirnar í starfi stemmi við öll grunnsiðferðisgildin," leggur hann áherslu á.

Skipti um kúrs og kaus klíník

Gunnar er Reykvíkingur, útskrifaður úr MR, lærði í HÍ og sótti sérnámið til Svíþjóðar. Hann fékk sem læknanemi einstakt tækifæri til að vinna um nokkurra mánaða skeið að erfðarannsókn við Johns Hopkins-spítalann en kaus að verða svæfinga- og gjörgæslulæknir. Hvers vegna?

„Mér fannst frábær reynsla að kynnast rannsóknarheiminum og að fá að vinna á stórkostlegri stofnun eins og Johns Hopkins sem er fremst í sinni röð. En þegar ég fór að vinna klínískt fann ég að það heillaði mig mest," segir hann þótt ljóst sé að hann hafi nú ekki alveg sleppt tökunum af vísindaáhuganum. Spurður segir hann að ekki hafi verið gerðir vegvísar fyrir ákvarðanatöku í gjörgæsluumhverfi. Hins vegar þekkist víða að haldnir séu daglega fundir sem fylgi föstu formi með öllu teyminu sem sér um sjúkling.

„Þá er spurt spurninga eins og: Teljið þið rétt að halda áfram? Teljið þið horfurnar breyttar frá því í gær?" Það rími vel við klínískar leiðbeiningar í líknarlækningum. Lykilspurning þar er hvort það kæmi á óvart ef sjúklingurinn yrði látinn innan árs," segir hann. „Sé svarið nei, er rétt að ræða við sjúklinginn um hver hann telji réttu markmiðin," segir hann og að því hafi hann viljað koma á framfæri á Lyflæknaþinginu.

„Maður þarf að hægja á hugsunum sínum og fara yfir hvort ákvarðanirnar í starfi stemmi við öll grunnsiðferðisgildin."

Oft flókið að hætta

„Það þarf meiri slagkraft og drifkraft til að við breytum hegðuninni. Við erum betri í þessu en við vorum en betur má ef duga skal," segir Gunnar.

„Við verðum að þora að spyrja okkur hver tilgangur meðferðar hverju sinni er. Er von á að hún lækni? Er meðferð að skila árangri? Er okkur siðferðislega stætt að halda áfram? Það er flókið. Það að okkur hættir mörgum til að finnast réttara að gera eitthvað en að gera ekkert (*status quo bias*) getur í sumum tilvikum villt okkur sýn."

Gunnar segir þetta jafnvægislist. „Ég er ekki að segja að nálgast eigi hlutina með kaldlyndi. Maður þarf hins vegar að horfa eins raunsæjum augum á stöðuna og hægt er, byggt á bestu þekkingu sem til er hverju sinni. Það er kjarninn. En skili meðferð ekki árangri þarf maður að hafa kjark til að horfast í augu við það."

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Mikilvægt að stjórna álagi á breytingatímum

„Tryggja þarf að álagið á heimilislækna verði ekki of mikið," segir Margrét Ólafía Tómasdóttir, nýr formaður Félags íslenskra heimilislækna. Hún tók við formannskeflinu af Salóme Ástu Arnardóttur. Margrét Ólafía bendir á að verkefnum á borði heilsugæslunnar fjölgi stöðugt

„Stór hópur heimilislækna er að komast á aldur. Við getum því áætlað að á næstu 5-10 árum verði erfitt að manna. Á sama tíma og heilsugæslan fær stærra og stærra hlutverk í heilbrigðisþjónustunni," segir Margrét Ólafía, heimilislæknir á heilsugæslunni í Efstaleiti, lektor í HÍ og nýr formaður FÍH. Þessi áskorun í mannahaldi komi því á sama tíma og staða heimilislækna sé almennt að batna.

„Það er afar mikilvægt að við komumst í gegnum þessa mönnunarlægð og að sérnámið í heimilislækningum líði ekki fyrir það," segir hún við borðstofuborðið á heimili sínu. Ljóst er að Margrét Ólafía heldur þétt um taumana rétt eins og hún heldur nú öruggum höndum um dóttur sína meðan á viðtalinu stendur. Hún er í fæðingarorlofi fram yfir áramót en vinnur þó í Selmu-teymi Læknavaktarinnar; bráðateymi sem afstýrir því að fólk þurfi þjónustu bráðavaktarinnar.

Sérnámið styrki enn stöðuna

Margrét Ólafía segir stöðu heimilislækna hafa styrkst verulega á undanförnum 5 til 10 árum. „Sérnámið hefur aldrei verið fjölmennara," segir hún. „Við þurfum að forða heimilislæknum frá þeim vanda sem Landspítali glímir við. Þeim veruleika að sérnámslæknar kjósi aðra kosti því þeim lítist ekki á álagið sem þar er," segir hún. „Það viljum við alls ekki."

Hún segir þetta hafa komið skýrt fram á heilaroksfundi 70 heimilislækna í október. „Þar ræddum við að ef fleiri væru við störf gætum við sinnt verkefnum okkar betur. Þá væri álagið minna og við gætum tekið að okkur enn fleiri verkefni. Núna er verið að bæta á okkur verkefnum á sama tíma og við höfum ekki mannskap til að takast á við þau," segir hún um helstu áskoranirnar.

En hvernig er félagsstarfinu almennt háttað? „Félag íslenskra heimilislækna er, rétt eins og Læknafélagið, fagfélag og stéttarfélag. Félagið er samansett af ólíkum hópum. Hluti heimilislækna er sjálfstætt starfandi, aðrir hjá ríkinu; sumir á landsbyggðinni og aðrir á höfuðborgarsvæðinu." Stjórnin endurspegli breiddina og því þrír frá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, þrír frá landsbyggðinni og þrír sem starfi sjálfstætt.

Kjarabaráttan sé fyrst og fremst fyrir þá sem starfi hjá hinu opinbera. „Svo höfum við verið öflugt fagfélag líka. Við berjumst fyrir grunngildum fagsins okkar, erum með fræðslu, vísindaþing; bæði íslenskt vísindaþing heimilislækna annað hvert ár og svo norræn þing, sem fram fara á Íslandi, 10. hvert ár." Þá haldi þeir hugarflugsfundi.

Rétt yfir 220 eru í félaginu. Starfið er í fullum gangi. „Mér skilst að þegar félagið var stofnað á áttunda áratugnum hafi hópurinn, sem var minni, verið töluvert virkari." Barist hafi verið fyrir því að kjarasamningur heimilislækna yrði jafngóður og annarra læknastétta. Einnig hafi verið barist fyrir því að koma heimilislækningum að sem fagi í háskólanum. Félagið hafi því kostað stöðu prófessors fyrstu tvö árin.

„Þessi grunnbarátta er liðin og því kannski ekki eins stór hluti félagsmanna virkur dags daglega," segir hún. Stjórnin vinni þó þétt saman og finni fyrir því að unga kynslóðin hafi mikinn áhuga á fagliuta félagsins.

Virk í félagsstarfi

„Við héldum heilaroksfund núna í október. Ræddum ákveðin málefni. Það var metþátttaka og 70 heimilislæknar tóku þátt. Það er til marks um að heimilislæknar séu mjög virkir."

Sjálf segir Margrét Ólafía að áhugi hennar á félagsstörfum hafi aukist með árunum. Hún hafi verið umsjónardeildarlæknir í sérnáminu, í doktorsnámi hafi hún horft til faghlutans. „Ástríðan fyrir faginu keyrir mig áfram," segir hún.



Margrét Ólafía nýr formaður FÍH með dóttur sína Nínu Vigdísi og fjölskylduhundinn Snjólf. Hún er í fæðingarorlofi, en sinnir formennskunni, vinnur á Læknavaktinni og kemur aftur til fullra starfa á nýju ári. Síðasta eitt og hálft ár var hún í ritstjórn Læknablaðsins en hætti þar í október þegar hún tók við FÍH. Mynd/gag

En hvers vegna er hún læknir? „Ég rambaði inn í læknisfræði. Þetta átti að vera síðasti klásusinn og læknisfræði var á listanum yfir það sem mig langaði til að gera. Ég hafði ekki trú á að ég kæmist í gegn um inntökuprófin en ég ákvað að taka þátt og komst áfram," segir hún.

„Ég var örlítið tvístígandi með fagið þangað til ég fór að vinna í klíník. Þá fann ég þessa mannlega tengingu og vilja til að hjálpa. Ég féll fyrir því. Heimilislækningar eru mitt fag því þar kemur þessi mannlegi þáttur ennþá sterkari inn, sem mér finnst ótrúlega skemmtilegt."

En hvernig sér hún félagsstarfið þróast? „Eflast. Það vilja heimilislæknar. Þeir vilja góða fræðslu, regluleg tækifæri til að hittast og ræða sama. Góð mönnun er okkar baráttumál og að tryggja að landsmenn eigi sinn heimilislækni," segir hún.

Bíða eftir skýrum línum frá yfirvöldum

„Stóra mál Læknafélags Reykjavíkur er samningsleysið við Sjúkratryggingar Íslands. Við þurfum að finna samningnum framtíðarfarveg," segir Guðmundur Örn Guðmundsson, nýr starfandi formaður LR fram að aðalfundi í vor. Hann var áður varaformaður en tekur nú við af Þórarni Guðnasyni sem er í leyfi

„Þótt samningsleysið sé efst á baugi snúa verkefni LR einnig að innra starfi," segir Guðmundur Örn sem starfar sem bæklunarskurðlæknir í Orkuhúsinu og auk þess að starfa við að meta örorku einstaklinga sem lent hafa í slysum. Verkefnin hafi undið upp á sig. „En veturinn leggst ágætlega í mig."

Hann segir að félagsmenn hittist nokkrum sinnum á ári til að tala um annað en þref og kjarabaráttu. Hagsmunagæslan sé rík en málum sé nú í meira mæli útvistað til Læknafélagsins, eins og til að mynda Lækningaminjasafninu, árshátíð og öðrum félagsstörfum. „Við höfum verið að straumlínulaga starfsemina."

En hvernig standa samningsmálin? Hann segir merki um að viðsemjandinn, ríkið, vilji standa öðruvísi að samningnum en áður. „Það er þó óljóst hvernig. Ekki hefur verið lagt fram vel afmarkað skýrt módel, heldur aðeins sagt að gera eigi hlutina á annan hátt. Það leggst misvel í félagsmenn." Guðmundur segir að þótt venjast megi óvissunni sé hún óþægileg til lengri tíma.

Lítil framlegð af einkarekstri

„Eins og hér í Orkuhúsinu, þar sem eru tugir starfsmanna, gríðarleg fjárfesting í húsnæði og búnaði, þá er ekki besta ástand í heimi að hafa ekki skýra mynd af því í hvaða rekstrarumhverfi við erum," skýrir hann. „Við mætum bara í vinnuna og tökum við því sem kemur."

En sér hann fram á að þessi óvissa eigi eftir að skapa vandræði í rekstri sjálfstæðra stofa? „Við sáum hvað lokanir vegna COVID-19 komu áþreifanlega niður á rekstrinum. Við eigendurnir þurftum að greiða inn í félagið. Það sýnir hver framlegðin er." Afdrif Domus Medica sem verður lokað um áramótin gefi innsýn í rekstur fyrirtækja á heilbrigðissviði. „Fyrirtæki í góðu rekstrarumhverfi eru ekki lögð niður."

Guðmundur bendir á að rekstur sjálfstætt starfandi lækna sé að flækjast. Kröfurnar verði sífellt meiri. „Við verðum að hafa tölvubúnað í hýsingu til að tryggja öryggi, hafa persónuverndarfulltrúa, skrá þjónustuna og senda skýrslur til landlæknis, sem dæmi. Allskonar nýtilkomnir þættir sem ekki voru til staðar þegar upprunalega gjaldskráin var teiknuð upp," segir hann. „Veruleikinn er nýr og það virðist ekki alltaf vera skilningur á því."

Guðmundur lýsir því hvernig sjálfstætt starfandi læknar hafi slitið viðræðum við SÍ í aðdraganda kosninga. Samstaða sé um að hefja þær ekki að nýju fyrr en ný ríkisstjórn taki við taumunum og línurnar skýrist. „Enn er sama staða og fyrir kosningar og því ekki vitað hverjar áherslurnar verða." Margir félagsmenn séu þeirrar skoðunar að lítill ávinningur væri af frekari samningaviðræðum.

„Þessir félagsmenn eru hvekktir vegna þess hvernig staðið var að málum þegar samningur gilti. Lokað var fyrir nýliðun og læknar sem höfðu hug á að koma heim og vinna lentu í málaþrefi." Félagsmenn séu því varkárir og bíði skýrrar sýnar. „Læknafélagið er að velta vöngum yfir því hvað er skynsamlegt að gera á meðan við fáum ekki skýrari merki hinum megin frá," segir hann.

Samstaða meðal félagsmanna

Læknafélag Reykjavíkur er eitt stærsta aðildarfélag Læknafélagsins með 490 félagsmenn. Guðmundur segir hópinn virkan. Samstaða ríki sem sjáist á þeim einhug sem birtist þegar samningaviðræðunum var slitið.

En hvers vegna tekur hann þátt í félagsstörfum? Guðmundur segir að Ragnar Jónsson, sem var formaður Félags íslenskra bæklunarlækna, hafi beðið hann að koma í samninganefndina fyrir það félag. „Ég fór í kjölfarið í samninganefnd LR."



Guðmundur Örn Guðmundsson, bæklunarskurðlæknir í Orkuhúsinu, er starfandi formaður Læknafélags Reykjavíkur. Hér er hann á einni skurðstofunni í lok vinnudags. Mynd/gag

En af hverju er hann læknir? Hann var ungur og ómótaður og elti félaga sína í námið. Enginn læknir er í fjölskyldunni. „Það var tilviljun. „En ég byrjaði og gekk ágætlega þannig að þá var bara að halda áfram," segir hann.

En af hverju þessi sérgrein? „Margt kom til greina en einhvern veginn komu bæklunarlækningar upp." Aðgerðir hafi heillað hann og að vinna með höndunum. „Það brýtur upp flæðið. Svo vann ég á Borgarspítalanum og þar var fagið mjög sýnilegt."

Vert að sinna stjórnunarstörfum til að hafa áhrif á forgangsröðunina

„Mér finnst að Svíar þurfi að sýna auðmýkt og læra af öðrum," segir Heidi Stensmyren við Læknablaðið um baráttuna við COVID-19. Hún hélt sína fyrstu opinberu ræðu í embætti forseta Alþjóðasamtaka lækna, WMA, á aðalfundi Læknafélagsins

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Heidi Stensmyren er vön að leiða læknasamtök. Hún var formaður Sænska læknafélagsins um 6 ára skeið, frá 2014 til 2020. Hún tók við forsetaembættinu í þessum alþjóðlegu óháðu samtökum lækna, WMA, um miðjan október. Félagsmenn eru um 9 milljónir frá 115 löndum. Heilbrigðisráðherra ávarpar oftast aðalfund Læknafélagsins en óljóst hver leiðir ráðuneytið næstu fjögur árin og Heidi tók þetta hlutverk að sér í þetta sinn.

Heidi er norsk. „Já, en ég er líka með sænskt ríkisfang," segir hún þegar hún sest niður með blaðamanni *Læknablaðsins* í kjölfar erindis síns á aðalfundinum. „Ég flutti til Svíþjóðar 19 ára gömul, fyrir mörgum árum," segir hún sposk. Hún lærði til læknis í Würzburg í Þýskalandi. Sérnámið tók hún svo á Sahlgrenska í Gautaborg í Svíþjóð. „Rétt eins og margir íslenskir læknar."

Hún er svæfinga- og gjörgæslulæknir. Eftir 10 ár á Sahlgrenska flutti hún til Stokkhólms og stýrir heilbrigðisdeild kvenna og barna á Karólínska sjúkrahúsinu.

„Já, þetta þýðir að yfirmaður minn er íslenskur," segir hún og vísar til Björns Zoëga, forstjóra sjúkrahússins. „Maður fárra orða," lýsir hún og hlær. „Kannski þess vegna kemur hann svona mörgu í verk. Hann er skilvirkur. Hann stendur sig mjög vel. " Hún slær á létta strengi.

„Við Norðmenn notum frekar mörg orð þegar við útskýrum hluti. Svíar færri, Danir líka. Finnar nota svo ansi fá orð en Íslendingar jafnvel enn færri." Það sé því alltaf ákveðið stress að tala við Íslendinga.

Heidi setur starfið sitt til hliðar næsta árið meðan hún sinnir forsetaembættinu. „Ég hitti ekki sjúklinga, en sé þó til þess að þeir fái sína þjónustu á Karólínska," segir hún. Hún snýr aftur eftir árið, en gegnir þó einnig stöðu fráfarandi forseta WMA í ár til viðbótar. Hún segir mikilvægt fyrir lækna að sinna stjórnunarstörfum.

Stjórnunarstörf mikilvæg

„Heilbrigðisþjónusta snýst um forgangsröðun og því mikilvægt að hafa áhrif á hana. Ef ég sinnti aðeins hverjum og einum sjúklingi er ekki víst að mér tækist að sjá eins marga læknast. Ég lít því svo á að ég sé að sinna sjúklingum meðan ég sinni stjórnunarstarfi," segir hún. En meðal kosta þess að vera læknir séu að hún geti klætt sig í sloppinn þegar á þurfi að halda.

En hvers vegna kýs hún að starfa að hagsmunum læknastéttarinnar? „Ég held að uppeldið skýri það," segir hún. „Foreldrar mínir hafa tekið að sér svona félagsstörf og unnið fyrir nærsamfélagið. Þau hafa líka tekið þátt í íþróttastarfi. Þetta er því í blóðinu; er uppeldi mitt." Hún vilji bæta læknasamfélagið.

„Það má segja að ég sé kjörin til að lækna félagsstarfið. Ég bæti strúkturinn svo við getum fengið sem mest út úr starfi okkar sem læknar," segir hún ákveðin. Hlutverk forseta sé að koma fram og kynna stefnu félagsins. Hún setji fókusinn á siðfræði við rannsóknir.

„Við sjáum hversu hratt vísindastarf gengur fyrir sig um þessar mundir. Við þurfum því þéttan siðferðislegan ramma utan um starfið svo ekkert fari úrskeiðis. Við missum traust samfélagsins á læknisfræðinni ef eitthvað fer úr skorðum og samtökin voru einmitt byggð til að auka traustið." Einnig vonist hún til þess að vinna nánar með alþjóðastofnunum eins og Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni, WHO. Stórar stofnanir geri ákvarðanir skjótvirkari. Þær séu til að mynda mikilvægar við bólusetningar á alheimsvísu.

En telur hún að COVID-faraldurinn hafi skaðað traustið á læknavísindin? „Nei. Fólk hefur séð hversu mikilvægar bólusetningar eru. Það þýðir ekki að tekist hafi að taka á misvísandi skilaboðum og vantrausti á bóluefnum, en það er vandi sem við glímdum einnig við fyrir áratug. Við höfum hins vegar séð ávinning rannsókna," segir hún en það skorti þó á að aðrir sjúkdómar fái sömu athygli og COVID-19.



Heidi Stensmyren var gestur Læknafélagsins á aðalfundinum sem haldinn var á Hótel Natura. Hún hefur gegnt stöðu forseta Alþjóðasamtaka lækna, WMA, frá miðjum október en var áður formaður Sænska læknafélagsins. Mynd/gag

„Hvað um malaríu og aðra sjúkdóma sem við vinnum að því að lækna? Við erum á réttri leið en við þurfum að vera sanngjörn, huga að siðfræðinni og setja rannsóknum ramma, leiðbeiningar, sem hjálpa.“

Svíar vísi ábyrgðinni á stofnanir

En talandi um traust. Gefið hefur verið upp að 15.000 hafi látist af COVID-19 í Svíþjóð. Uppreiknað hlutfallslega væru það um 500 hér á landi, en eru enn undir 40. Hvað finnst henni um það?

„Já, það hefur gengið miklu betur hér á Íslandi en í Svíþjóð,“ segir hún. „Mér finnst að Svíar þurfi að sýna auðmýkt og læra af öðrum.“

En ætti einhver að sæta ábyrgð vegna þessara dauðsfalla? „Ábyrgð. Hún er afar mikilvæg í samfélögum. Sé hún ekki til staðar getur traustið horfið,“ segir hún. „Það skapar vanda ef óljóst er hver ber ábyrgð. Tilhneiging er í Svíþjóð til að segja að kerfið beri ábyrgð en enginn er ábyrgur fyrir kerfinu,“ segir hún.

„Læknar bera ríka ábyrgð, en þeir verða þá einnig að hafa umboð til að taka ákvarðanir. Ábyrgð án þess að geta gripið til gjörða er mjög krefjandi og streituvaldandi fyrir lækna. Þeir finna til mikillar ábyrgðar en fá ekki tækifæri til að bregðast við,“ svarar hún.

„Það er heillavænlegra að líta á ábyrgð hvers og eins og nýta kerfið til lausnar. Það er ókostur að engin þeirra 24 heilbrigðisstofnana sem eru í Svíþjóð taki á málinu. Það ætti að vera í höndum einnar að gera það.“ Læknar hafi hins vegar sjálfir tekið faraldurinn föstum tökum og þótt svona hafi farið hafi traust til þeirra vaxið. Spítalarnir hafi gripið til varnar.

Læknar útskýri hvað gerðist

En var áfall fyrir þjóðina að svona fór? „Já, en traustið er þó enn mikið þótt skort hafi á getuna til að vernda fólkið fyrir faraldrinum.“ Nú sé á ábyrgð lækna að útskýra hvað hefur gerst.

Sjálf fékk Stensmyren COVID-19 í upphafi faraldursins. Hún segir það hafa verið hræðilegt. „Ég veiktist áður en þekkingin á sjúkdómnum varð svona víðfem. Ég átti erfitt með andardrátt,“ segir hún.

„Það tók mig langan tíma að koma til baka. En í upphafi var talað um að sjúkdómurinn herjaði eins og kvef á fólk og hyrfi hratt á braut, en ég upplifði það ekki þannig.“ Þekking hennar hafi hjálpað henni, ólíkt mörgum sem vissu ekkert við hverju væri að búast. „Fólk kom jafnvel á spítala til þess eins að vera sent heim.“

Hún nýtti tímann sinn vel á Íslandi. Hitti Ölmu Möller landlækni og Önnu Sigrúnu Baldursdóttur, framkvæmdastjóra á skrifstofu forstjóra Landspítala, fyrir aðalfundinn. Þær ræddu samvinnu svo hver eining á Norðurlöndunum þurfi ekki að sérhæfa sig í sjaldgæfum sjúkdómum.

„Ég trúi að með stafrænni tækni og möguleikunum að deila upplýsingum geti norrænar sjúkrastofnanir unnið enn betur saman.“

Mikilvægt að þjóðir séu sjálfbærar

„Það er alþjóðlegur skortur á heilbrigðisstarfsfólki. Mörg lönd missa heilbrigðisstarfsmenn sína til velmegandi landa. Við eigum að vera sjálfbær þegar kemur að því að mennta okkar eigið heilbrigðisstarfsfólk,“ segir Heidi Stensmyren, forseti Alþjóðasamtaka lækna.

„Norðurlöndin eiga einnig að styðja önnur ríki sem standa ekki vel. Dæmi eru um lækna sem sinna þúsundum sjúklinga. Við þurfum því að efla heilbrigðismenntun,“ segir hún.

Stensmyren bendir þó á að heilbrigðismenntun nútímans þurfi að breytast. Þau sjái til að mynda í Svíþjóð að verði staðið eins að menntuninni eftir 20 til 30 ár til að anna sömu verkum, þurfi að mennta öll sænsk börn í skólakerfinu sem heilbrigðisstarfsfólk.

„Það er ekki hægt. Það verður því ekki sjálfbært að starfa óbreytt frá því sem nú er.“



Bjarni Benediktsson, fjármálaráðherra, Davíð O. Arnar, yfirlæknir hjartadeildar Landspítala, Jakob Falur Garðarsson, framkvæmdastjóri Frumtaka og Runólfur Pálsson, settur framkvæmdastjóri meðferðarsviðs Landspítala, á málþingi á Lyflæknaþingi 2021. Mynd/gag

Lyflæknaþing 2021

Nýta megi heilbrigðiskerfið betur og auka samvinnu

Bjarni Benediktsson fjármálaráðherra segir þjóðina hafa efni á framúrskarandi heilbrigðiskerfi en skoða þurfi hvernig fé sé nýtt

„Auðvitað hefur verið vilji til þess að ná samningum en það er mjög óheppilegt hversu langan tíma það hefur tekið. Vonandi getur ný ríkisstjórn leitt þær viðræður til lykta sem allra fyrst," segir Bjarni Benediktsson, formaður Sjálfstæðisflokksins og fjármálaráðherra síðustu fjögur ár, um samningaviðræður ríkisins við sérfræðilækna. *Læknablaðið* talaði við Bjarna eftir að hann sat málþing á Lyflæknaþingi 2021. Þingið var haldið í Hörpu 5.-6. nóvember.

„Við höfum efni á því að bera okkur saman við það sem best gerist," sagði Bjarni um íslenska heilbrigðiskerfið á málþinginu. „Það er vegna þess að þegar við skoðum hagtölurnar framleiðum við Íslendingar hvað mest allra þjóða í heiminum á mann. Stundum erum við á topp 5. En aldrei neðar en topp 10 undanfarin ár," sagði Bjarni. „Það þýðir að við getum gert kröfu um framúrskarandi opinbera þjónustu; þar með talið heilbrigðisþjónustu."

Umræðurnar fóru fram undir yfirskriftinni; Heilbrigðisþjónusta í kjölfar heimsfaraldurs: hvernig höldum við sjó? Runólfur Pálsson, settur framkvæmdastjóri meðferðarsviðs og yfirlæknir COVID-göngudeildar Landspítala, stýrði pallborðinu. Davíð O. Arnar, fyrrum formaður Félags íslenskra lyflækna og yfirlæknir hjartalækninga á Landspítala, og Jakob Falur Garðarsson, framkvæmdastjóri Samtaka frumlyfjaframleiðanda á Íslandi, Frumtökum, sátu fyrir svörum ásamt fjármálaráðherra.

Bjarni telur stjórn yfir spítalanum til bóta

Gagn væri að faglegri stjórn milli heilbrigðisráðuneytisins og yfirstjórnar spítalans. Stjórn með mikla þekkingu sem styddi spítalann í verkum sínum og setti honum ákveðinn ramma. Þetta sagði Bjarni Benediktsson fjármálaráðherra á Lyflæknaþingi 2021. Útfærslan skipti máli.

„Ég er ekki að tala um pólitíska varðhunda. Ég er ekki að tala um þverpólitíska stjórn heldur okkar allra besta fólk í faginu og með rekstrarþekkingu sem gæti verið framkvæmdastjórninni og forstjóranum til stuðnings og aðhalds," sagði hann. Davíð O. Arnar læknir tók undir þetta og sagði að útvíkka mætti hugmyndina í að einhvers konar fagráð væri heilbrigðisráðuneytinu til stuðnings í að skipuleggja þjónustuna í heild sinni.

„Ég held að allir geti verið sammála um að heildarmyndin um hvernig eigi að veita heilbrigðisþjónustu; hvar rétti staðurinn er fyrir hvern og einn sjúkling, er pínulítið óskýr," sagði Davíð.



Arna Guðmundsdóttir á Lyflæknaþingi 2021. Mynd/gag

Arna vill lyflæknavakt

Arna Guðmundsdóttir, kennslustjóri í lyflækningum, benti að bæði heimilislæknar og barnalæknar væru með þjónustu eftir dagvinnutíma. Ekki lyflæknar.

„Hins vegar er fasti kostnaðurinn kominn. Við rekum fyrirtæki okkar út í bæ og borgum fasteignafélögum Regin og Eik leiguna en lokum klukkan 5. Við erum ekki með vaktþjónustu," benti hún á og spurði hvort ekki væri hægt að semja við lyflækna um slíka.

„Við höfum öll séð hvað þetta virkar vel hjá hinum og getum gert þetta frá mánudegi. Gætum við fengið svona samning?" spurði hún úr sal þegar rætt var um verkaskiptingu innan heilbrigðiskerfisins.

Davíð sagði málið stundum hafa komist í umræðuna en þó ekki farið á flug. „Við tölum oft um fráflæðisvandann á spítalanum en ég held að það sé líka viss aðflæðisvandi," sagði hann. Margt sem þangað kæmi mætti leysa með einfaldari hætti fyrr í ferlinu.

„Það verður að skoða hvaða verkefni Landspítali sem þriðja stigs sjúkrahús á að

Davíð sagði á málþinginu landsmenn standa frammi fyrir meiri áskorunum í heilbrigðisþjónustunni en nokkru sinni fyrr. „Yfirfullar deildir, vandi á bráðamóttökunni, vandi í heilsugæslunni. Þjóðin er að eldast. Þetta er snúin staða en ekkert annað í boði en að vinna sig út úr henni," sagði hann í upphafi fundarins. Spurningin væri hvernig mætti nýta kerfið betur. Einingar heilbrigðiskerfisins hefðu þróast áfram án samhengis.

„Áskorunin núna er ekki síst hvernig við getum samþætt starfsemina betur." Davíð tók dæmi af hjartadeild Landspítala. Þar myndu þau gjarnan vilja sinna þeim sem væru bráðveik hverju sinni og með flóknustu vandamálin.

„Ég tel að stöðugri vandamál og hálfbráð eigi jafnvel betur heima hjá sjálfstætt starfandi sérfræðilæknum eða í heilsugæslunni. Ég sé fyrir mér að þarna verði skýrari verkaskipting." Hann benti þó á að að biðlistar á stofum væru langir, jafnvel svo að sjálfstætt starfandi læknar taki ekki fleiri skjólstæðinga.

„Ég tel að þessi kerfi þurfi að vera dýnamískari og ég vildi sjá samstarf milli þeirra; heilsugæslunnar og spítalans um hvaða verkefni eigi að vera á hverjum stað og hvernig þau geti flætt milli eininga eftir bráðleika og stöðugleika sjúklinga," sagði hann.

Bjarni benti á að dýpka þyrfti umræðuna um fjármögnun þjónustunnar. Talið leiddist alltaf að fjárupphæðinni en ekki hvernig peningarnir nýtist. „Reynum að sammælast um þá mælikvarða sem mestu skipta um afköst kerfisins." Hann hafi mikið verið gagnrýndur þegar hann benti á að erlendir sérfræðingar segðu framleiðnina ekki næga.

„Þá fékk ég gusu yfir mig frá starfsmönnum Landspítala sem spurðu: Hvað ertu að segja, ertu að segja að við hlaupum ekki nógu hratt? Ég var ekki að segja það," sagði Bjarni og að framleiðni gæti verið lítil þótt allir sinntu tvöfaldri yfirvinnu.

„Ég heyri stanslaust sögur af því að fólk sé undir gríðarlegu álagi. Stundum er álagið einmitt vegna þess að vélin er ekki nægilega vel smurð. Það verða til flöskuhálsar." Skoða verði hvar auðsóttustu ávinningarnir séu. „Byrjum þar og reynum að finna viðspyrnu," sagði fjármálaráðherra. „Ég geri mér fulla grein fyrir því hversu gríðarlegt álag er víða í kerfinu."

Hann sagði að þjóðin stæði frammi fyrir mönnunarvanda eins og margar aðrar. Enginn ágreiningur væri um að reka hér opinbert heilbrigðiskerfi. Hins vegar mætti skilgreina betur hvernig þær nærri 700.000 krónur á hvern landsmann sem fari í kerfið nýtist þeim best.

„Ef við horfum á kerfið út frá því markmiði að við ætlum að tryggja þjónustu fyrir einstaklinginn mun svona fjölbreytni [í rekstri] í kerfinu byggjast upp."

Heilbrigðiskerfið í stöðu Manchester United

„Manchester United er gríðarlega vel skipað. Þar eru 11 mjög góðir einstaklingar en þeir spila ekki sem lið. Þeim er illa stýrt en það fara alveg gríðarlega miklir fjármunir í þetta," sagði Davíð O. Arnar, yfirlæknir hjartadeildar Landspítala, þegar fjárhagsstaða heilbrigðiskerfisins var rædd og bar hana saman við stjórn enska knattspyrnuliðsins.

„En heilbrigðiskerfið sem slíkt hefur úr gríðarlega miklum fjármunum að moða en við getum spurt hvort við séum að nýta það á sem skynsamlegastan máta," sagði hann. „Það er alltaf verið að biðja um meira og meira en getur verið að þetta snúist líka um að hafa fjármagn sem hjálpar okkur að nýta fjármunina á sem skynsamlegastan hátt."

Jakob Falur Garðarsson, frá Frumtökum, tók dæmi um ný lyfjalög. „Það er áhugavert að benda á þá staðreynd að Landspítala var falið það hlutverk að bera alla ábyrgð á innleiðingu nýrra lyfja. Þarna erum við með færustu og bestu lækna landsins, sem eru upp fyrir haus í bjúrókrasíu. Það er ekki snjallt hvernig við förum með þá fjármuni," sagði hann.

„Við, þessi pínu litla þjóð, eigum ekki að gera læknunum okkar það eða Landspítala að standa í þessari bjúrókrasíu heldur finna einfaldari leið til lausnar." Þetta litla dæmi sýndi sóun í kerfinu á grundvelli „splunkunýrra" laga í heilbrigðiskerfinu.

sjá um, því við sjáum fullt af hlutum sem gætu mjög vel átt heima annars staðar. Eftirlit með stabílu fólki, skimanir og ýmislegt annað sem gæti verið betur komið annars staðar. Það vantar skýrara samtal um verkaskiptingu og hvað mismunandi einingar geta gert," sagði hann.

Signý Vala Sveinsdóttir, nýr formaður Félags íslenskra lyflækna, tók undir orð hans. „Það er allt of mikið af fyrsta stigs þjónustu á Landspítala. Eins og skimanir, rekstur hjúkrunarheimilis á Vífilsstöðum og ýmis heilsugæslumál." Skilgreina þurfi þjónustuna eftir þessum lögum.



Rúmlega 200 manns mættu á Lyflæknaþingið auk 30 sýningaraðila. Hér talar Amie Burbridge um ómeðvitaða hugsanaskekkju (cognitive bias). *Mynd/gag*

Læknirinn í Englaverksmiðjunni

Saga Moritz Halldórssonar

Eftir Ásdísi Höllu Bragadóttur,
Veröld 2021

Ragnheiður Ingibjörg Bjarnadóttir

kvensjúkdómalæknir

Fyrst heyrði ég af lækninum Móritz Halldórssyni þegar ég las skáldsögu Helga Ingólfssonar *Þegar kóngur kom* (2009). Sögumaðurinn er skólapilturinn Móri eða Moritz Halldórsson. Sagan byrjar þegar ung kona finnst myrt í Reykjavík sumarið 1874 og fylgjast Móri og vinir hans úr Lærða skólanum með Jóni Hjaltalín landlækni kryfja hana. Í sögulok segir meðal annars: „Ef til vill er hér líka komin skýringin á ógæfu Moritzar Halldórssonar sem tók upp á því sem velmegandi læknir í Kaupmannahöfn að hjálpa portkonum að leysast við höfn sína, hlaut fyrir vikið fangelsisdóm og flutti í kjölfarið vestur um haf með fjölskyldu sína“. Áhugi minn var vakinn en rannsóknir mínar urðu ekki meiri en þær að ég fletti Moritz upp í Læknatalinu. Þar stendur undir kaflanum um störf hans: „Starfandi læknir í Kaupmannahöfn frá jan. 1885 til júní 1892 er hann fluttist til Vesturheims.“ Ekki orð um fangelsisvist.

Nú er komin út bókin *Læknirinn í Englaverksmiðjunni. Saga Moritz Halldórssonar* eftir Ásdísi Höllu Bragadóttur. Í formála rekur höfundur persónulegar ástæður þess að hún fékk áhuga á Móritz og segir svo: „Forvitnin rak mig í umfangsmikla heimildaleit í fjórum löndum. Smám saman fann ég gögn sem vörpuðu ljósi á lífshlaup Moritz og hvers vegna þegjandi samkomulag var um að opinbera ekki þær miklu raunir sem hann lenti í.“



Þetta er lipurlega skrifuð heimildaskáldsaga en það sem heillaði mig var aðalpersónan Moritz sem er margslunginn og áhugaverður.

Moritz Hans Edvards Halldórsson fæddist í Reykjavík árið 1854. Faðir hans var Halldór Kr. Friðriksson yfirkennari, bæjarfulltrúi og alþingismaður og móðir hans, sem var dönsk, ræktaði matjurtir þar sem nú er Alþingisgarðurinn. Guðfaðir drengsins var Trampe greifi og má því segja að hann hafi fæðst inn í íslenskan aðal. Að loknu námi í Lærða skólanum hélt hann til Hafnar þar sem hann las læknisfræði og var virkur í stúdentapólítík. Þar var hann heimagangur hjá Jóni Sigurðssyni og Ingibjörgu konu hans og var áhugasamur um sjálfstæðisbaráttu Íslendinga. Hann var læknir fátæks fólks á Norðurbrú og vildi bæta heilsu þeirra, ekki síst kvenna.

En hvernig stóð á því að þessi velviljaði og vel tengdi læknir komst í kast við lögin, hlaut dóm og var fangelsaður? Bókin segir frá því og svo frá útlegð hans í Vesturheimi eftir að hann var náðaður af konungi með því skilyrði að hann stigi aldrei aftur fæti á danska grund, þar með talið á Ísland. Sagan fjallar um lækni sem dregst inn í pólitísk átök og kemst á forsíður blaðanna. Hún höfðar til okkar tíma þegar fjöldagrafir barna hafa fundist við munaðarleysingjahæli og verið er að skerða rétt kvenna til þungunarrofs beggja vegna Atlantsála. Moritz taldi sig ekki hafa gert neitt rangt heldur væri löggjöfin ranglát. Það kallast á við bréf læknisins Alan Braid í *Washington Post* í haust, þar sem hann játar að hafa framkvæmt þungunarrof eftir 6 vikna meðgöngu, enda mundi hann þá tíð að konur dóu í kjölfar ólöglegra aðgerða. Það er líka harmur Moritzar í sögunni að þurfa að lokum að hlíta lögunum á kostnað heilsu og lífs kvenna.

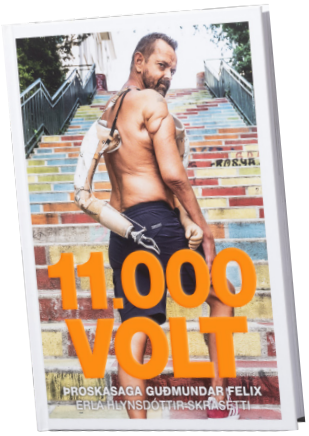
Braid A. Why I violated Texasī extreme abortion ban. Washington Post 2021/09/18.

11.000 volt – þroskasaga Guðmundar Felix

Skrásett af Erlu Hlynsdóttur, Sögur 2021

Jóhann Róbertsson

bæklunarlæknir



Íslenska þjóðin hefur fylgst með Guðmundi Felix frá því hann slasaðist í janúar 1998 og þessi saga því verið að gerast fyrir framan okkur. Undirtitillinn þroskasaga er réttnefni. Frásögnin er eiginlega í „Maður er nefndur“ stíl þar sem hann rekur lífshlaup sitt. Inn í það skotið stuttum umsögnum samferðafólks og gögnum, svo sem úr málaferlum og fleiru. Þarna eru lýsingar frá gömlu Reykjavík um frjálsræðið sem fylgdi því að alast upp til dæmis í Kleppsholtinu, ævintýragirni og tilraunamennsku unglingsáranna. Lýsingar á ungu fólki að finna sér stefnu í lífinu, mynda fjölskyldu og svo framvegis. Síðan lendir hann í þessu grafalvarlega slysi 26 ára gamall, sem útaf fyrir sig er ótrúlegt að hann hafi lifað af. Eins og margir Íslendingar þá þekkir maður til sögu hans úr fjölmiðlum. Samt er ýmislegt sem kemur á óvart og þá einkum tengt baráttu hans við alkóhólisma. Hann átti eitthvað í þeirri glímu fyrir slysið en þó á allt öðrum skala ítrekað eftir það. Finnast mér lýsingar hans á þeirri glímu um margt áhugaverðastar í frásögninni. Hann nálgast þann þátt af einlægni og ósérhlífni. Áherslur sem hann leggur á sjálfsskoðun, það að maður hefur alltaf eitthvert val, kærleika og að losa sig við

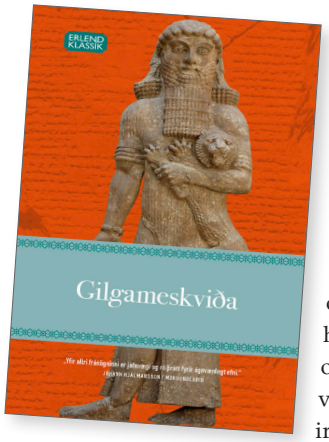
Gilgameskviða

Þýðing Stefáns Steinssonar læknis
Forlagið 2021

Óttar Guðmundsson
geðlæknir

Á undanförnum árum hef ég skoðað Íslendingasögur og Sturlungu með augum geðlæknis. Það er hægt vegna þess að maðurinn hefur ekkert breyst á eirðarlausri göngu sinni gegnum aldirnar. Neikvæðar tilfinningar eins og öfund, afbrýðisemi, losti og græðgi ásamt jákvæðari eiginleikum eins og hreinskilni, fórnarlund og gjafmildi stjórna öllum gjörðum mannsins. Maðurinn er á engan hátt gáfaðri en hann var í árdaga. Nútímamaðurinn getur auðveldlega skilið sálarlíf Snorra Sturlusonar vegna þess að mannlegt eðli hefur ekkert breyst.

Margur gamall texti höfðar til okkar vegna þess að við þekkjum okkur sjálf í honum. Ræðumenn í afmælisveislum samtímans geta óhikað vitnað í Hávamál vegna þess að hugsun kvæðisins er síung og ódauðleg. Menningarsaga mannkyns er vörðuð bókmenntum sem varðveita sögu og hugsunarhátt genginna kynslóða. Þessar bókmenntir eru tímalausar vegna



þess að maðurinn er alltaf samur við sig.

Eitt þessara verka er Gilgameskviða sem er saga herkonungs í Mesópótamíu frá árinu 2700 f.Kr. Gilgames er gæddur sérstökum krafti og gjörvileika eins og Gunnar á Hlíðarenda en hann er líka breyskur og hrokafullur. Hann kemur fram við þegna sína eins og grimmur þjóðhöfðingi og sængar hjá öllum ungum konum áður en brúðguminn fær að njóta þeirra. Hann er markalaus og æðir um eins og graður tarfur. Borgararnir snúa sér til guðanna og þeir skapa annan mann, Enkídú, sem er eins konar spegilmynd Gilgamesar.

Þeir Gilgames og Enkídú verða svo sannfærðir um eigið ágæti að þeir fara að storka guðunum. Það kallar á gamalkunn viðbrögð sem líkist Nemesis í grísku goðafræðinni. Þeir drepa hinn slægða Enkídú og Gilgames situr yfir líkinu í djúpri sorg. Hann áttar sig á eigin dauðleika og heldur af stað í leit að ódauðleikanum. Guðirnir reyna að telja honum hughvarf og biðja hann að njóta þess sem hann hefur en festast ekki í óraunhæfum væntingum og hégóma. Gilgames lætur sér ekki segjast og æðir áfram eins og nútímamaður með adhd í leit að hinum endanlegu veraldlegu verðmætum. Hann áttar sig smám saman á því að ódauðleikinn felst í því sem hann skilur eftir sig.

Gilgames er mikil og ófyrirleitin hetja en jafnframt hrokafullur og narsissistískur og þráir viðurkenningu og völd. Líf hans verður sókn eftir vindi. Hann minnir í þessu tilliti á þá Gissur Þorvaldsson og Sturlu Sighvatsson úr Íslandssögunni.

Þessi saga hefur haft áhrif á fjölmarga höfunda. Hinn vitri Ódysseifur er eins og spegilmynd af Gilgames í eilífri leit sinni að hamingju. Nútímamenn þekkja í Gilgamesi marga nýaldarspámenn og sveppasölumenn samtímans sem segjast hafa fundið tilgang mannlegrar tilveru. Dauðinn er orðinn ósýnilegur í nútímasamfélagi og maðurinn gleymir eigin dauðleika. Það eykur á tilgangsleysi og leiðindi tilverunnar sem gerir leitina að eilífri æsku enn örvæntingarfyllri.

Það er mikið gleðiefni að bókin um Gilgames skuli vera fáanleg á íslensku. Stefán Steinsson læknir hefur þýtt þessar kviður alveg frábærlega. Bókin kom fyrst út 1996 en var endurútgefin á dögunum í endurskoðaðri útgáfu. Þetta er ein þeirra bóka sem hefur lengi legið á náttborðinu mínu. Ég gríp í hana mér til hugarhægðar þegar heimska og tilgangsgleysi tilverunnar er að ríða mér á slig. Þá fletti ég bókinni og tauta fyrir munni mér, „svona hefur þetta alltaf verið."

Hafi Stefán Steinsson þökk fyrir að hafa þýtt þessar fornu og merku bækur á aldeilis óaðfinnanlegan hátt. Textinn rennur eðlilega með hæfilegri blöndu af nútímamáli og hátíðlegra málfari. Það er ekki sjálfsagt mál að eiga perlur eins og þessa á íslensku. Stefán fetar í fótspor manna eins og Sveinbjarnar Egilssonar sem þýddi kviður Hómers. Meðan gáfaðir menn nenna að setjast niður í önn dagsins og þýða snilldarverk bókmenntanna á íslensku er kannski ennþá von fyrir mína voluðu fósturjörð og enskuskotnu tungu.

að dæma fyrirfram vekja til umhugsunar. Sá sigur sem hann vann þar er forsenda þess að hann er í þeim sporum sem hann er nú. Einnig þættir í hans persónu, svo sem að hafa auga á markmiðinu og stefna þangað ótrauður. Láta ekki segja sér hvað sé hægt og hvað ekki. Hann hefur sýnt alveg ótrúlega þrautseigju og seiglu í þessari baráttu sinni og er fyrir bragðið í dag í stöðu sem sennilega fáa eða engan óraði fyrir.

Frásögn um mann sem lendir í fjöláverka í háspennuslysi, missir báða handleggi og hlýtur fjölmörg brot; glímir við alvarlega lifrarbilun og fer tvívegis í lifrarígræðslu endurtekið í meðferð vegna áfengis- og fíkniefnavanda og fer að lokum í tímamótaaðgerð þar sem græddir eru á hann handleggir í hæð við axlir, hlýtur að einhverju leyti að fjalla um læknismeðferðir. En þetta er samt ekki bók um læknisfræði. Fyrst og fremst er þetta saga mannsins sem fer í gegnum þetta allt og hans nánustu. Sagan um hvernig hann kemst frá því að vera handleggjalaus ungur tveggja barna fjölskyldufaðir í það að vera sjálfur drifkrafturinn í að fá grædda á sig handleggi. Og einnig um allt það sem lífið færði honum á meðan.

Örugglega má gera ýmsar athugasemdir við frásögnina, einstaka sögur skilja mismikið eftir, mögulega hefði mátt stytta hér og þar en það skiptir engu meginmáli. Við fáum hér sögu manns sem hefur gengið í gegnum ótrúlegan áverka og er nú staddur í miðri sögulegri meðferð.

Auglýsing

Skortur á legurými fyrir bráðveika á Landspítala

Elías Sæbjörn Eyþórsson
læknir og PhD, sérnámslæknir í svæfinga- og gjörgæslulækningum, Landspítala

Elísabet Guðmundsdóttir
hjúkrunarfræðingur og MS, verkefnastjóri, hagdeild Landspítala

Kristlaug Helga Jónasdóttir
hjúkrunarfræðingur/hagfræðingur og MS, verkefnastjóri, hagdeild Landspítala

Runólfur Pálsson
læknir, settur framkvæmdastjóri meðferðarsviðs Landspítala; prófessor, læknadeild Háskóla Íslands

Síðastliðinn áratug hefur ófremdarástand ríkt á Landspítala vegna fjölda bráðveikra sjúklinga sem ekki komast tímanlega á legudeildir og liggja því langdvölum á bráðamóttöku sjúkrahússins. Ýmsar ástæður liggja að baki en þyngst vegur ónógur fjöldi sjúkrarúma á Landspítala. Um síðustu aldamót var byrjað að fækka rúmum á spítalanum líkt og á flestum sjúkrahúsum Vesturlanda samhliða aukinni áherslu á göngu- og dagdeildarþjónustu. En svo virðist sem ekki hafi verið tekið nægilegt tillit til fyrirsjáanlegrar fjölgunar aldraðra sem hófst í kringum síðustu aldamót og mun halda linnulaust áfram næstu áratugi. Hér verður leitast við að greina hve mörg bráðalegurými vantar á Landspítala til að mæta þörfum landsmanna fyrir sjúkrahúsvist og tryggja öryggi sjúklinga.

Staða Íslands í samanburði við önnur Evrópulönd

Frá aldamótum hefur Íslendingum fjölgað um 90 þúsund (30%) og þar af hefur 67 ára og eldri fjölgað um 18.500 (60%).[1] Á sama tímabili hefur sjúkrarúmum fækkað um meira en 500 á Landspítala og hlíðstæð fækkun orðið á öðrum sjúkrahúsum landsins. Í dag eru á Íslandi einungis 2,85 sjúkrarúm á hverja 1000 íbúa,sem er fækkun um 69% frá aldamótum er fjöldi sjúkrarúma var 9,1 á 1.000 búa.[2,3] Rúmafjöldinn er nú 28% lægri en meðaltal annarra þjóða í vesturhluta Evrópu sem er 3,94 á 1000 íbúa[3] Hér er þó ekki öll sagan sögð því Ísland er um margt ólíkt öðrum Evrópuþjóðum, hvort sem horft er til staðsetningar, landfræðilegrar stærðar, fólksfjölda eða íbúadreifingar. Í flestum öðrum löndum eru mörg stór sjúkrahús og þegar legurými fyllast tímabundið í álagstoppum er lokað fyrir nýjum innlögnum og sjúklingar fluttir á nágrannasjúkrahús. Slíkt öryggisviðbragð er ekki til staðar á Íslandi og við erum því illa í stakk búin til að takast á við umfangsmikla sjúkdómsfaraldra eða stórslys. Fjöldi sjúkrarúma í íslenska heilbrigðiskerfinu verður að taka mið af þessu og ætti því hlutfallslega að vera meiri en hjá öðrum þjóðum í Evrópu.

Hve mörg bráðasjúkrarúm vantar á Landspítala?

Þörfina má meta út frá tölum í útgefnum starfsemisupplýsingum Landspítala. Fjórar klínískar þjónustueiningar á spítalanum taka við 70% allra bráðainnlagna vegna líkamlegra veikinda og slysa fullorðinna. Þessar einingar eru lyflækninga- og bráðaþjónusta, hjarta- og æðaþjónusta, skurðlækningaþjónusta og krabbameinsþjónusta. Við kjöraðstæður þyrfti rúmanýting þar að vera um 85% að meðaltali til að starfsemin gengi eðlilega fyrir sig og unnt sé að bregðast við tilfallandi álagstoppum.[4] Meðalrúmanýting á þessum einingum hefur verið of há í langan tíma, eða á bilinu 95-104%. Til samanburðar er rúmanýting á bráðasjúkrahúsum í Noregi, Frakklandi og Þýskalandi um 80% að meðaltali.[5]

Í október 2021 voru að jafnaði 277 sjúklingar inniliggjandi á áðurnefndum fjórum þjónustueiningum Landspítala. Til viðbótar dvöldu að meðaltali 19 sjúklingar á dag á bráðamóttökunni lengur en 24 klukkustundir. Ef stefnt yrði að því að enginn þyrfti að vera á bráðamóttökunni í svo langan tíma og meðalrúmanýting færi ekki upp fyrir 85% þyrfti 78 bráðarúm til viðbótar á legudeildir þessara fjögurra eininga spítalans. Þetta myndi þýða 29% fjölgun sjúkrarúma og samsvara opnun fjögurra nýrra legudeilda. Sambærilegir útreikningar leiða í ljós að 80 bráðalegurými skorti í október 2019 og 64 í október 2017 (tafla I). Ef sömu forsendur væru yfirfærðar á allan spítalann þyrfti að fjölga legurýmum um 100.

Lokaorð

Það er sama með hvaða augum horft er á stöðu sjúkrahúsmála á Íslandi, við blasir kolsvört mynd. Við reiðum okkur á eitt þjóðarsjúkrahús á þéttbýlasta svæði landsins og annað minna sjúkrahús á Norðurlandi. Varla leikur vafi á að íslenska þjóðin vill búa við heilbrigðisþjónustu sem er samanburðarhæf við nágrannaþjóðir okkar. Til að svo megi vera þarf að fjölga verulega legurýmum á Landspítala og eftir atvikum á öðrum sjúkrahúsum, ásamt því að leita nýrra lausna til að efla þjónustu við sjúka og aldraða sem búa við skerta færni. Ljóst er að ógjörningur er að fjölga sjúkrarúmum að því marki sem þörf krefur án þess að ráðist verði í fjárfestingar í heilbrigðiskerfinu með framtíðarhagsmuni þjóðarinnar að leiðarljósi.

Heimildir

1. Mannfjöldi eftir kyni og aldri 1841-2021. Hagstofa Íslands 2021. px.hagstofa.is/pxis/pxweb/is/Ibuar/Ibuar__mannfjoldi__1_yfirlit__Yfirlit_mannfjolda/MAN00101.px - nóvember 2021.
2. Health Statistics in the Nordic Countries 2000. Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESKO). Kaupmannahöfn 2002.
3. Hospital beds (indicator). OECD. oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/hospital-beds/indicator/english_0191328e-en - nóvember 2021.
4. Bed occupancy. NICE. nice.org.uk/guidance/ng94/evidence/39.bed-occupancy-pdf-172397464704 - nóvember 2021.
5. Occupancy rate of curative (acute) care beds, 2009 and 2019 (or nearest year). OECD. oecd-ilibrary.org/social-issuesmigration-health/occupancy-rate-of-curative-acute-carebeds-2009-and-2019-or-nearest-year_9886c0af-en - nóvember 2021.

Tafla I. Þörf fyrir viðbótarlegurými innan lyflækninga- og bráðaþjónustu, hjarta- og æðaþjónustu, skurðlækningaþjónustu og krabbameinsþjónustu Landspítala

Tímabil	Fjöldi sjúkrarúma	Meðalfjöldi sjúklinga á sólarhring	Rúmanýting %	Meðalfjöldi sjúklinga sem dvaldi >24 klst. á bráðamóttöku	Heildarfjöldi rúma sem þarf til að meðalnýting yrði 85%	Heildarfjöldi bráðarúma sem skortir
Október 2021	270	277	103	19	348	78
Október 2019	255	258	101	27	335	80
Október 2017	274	273	100	14	338	64

GUARDIAN 4™ KERFI

samfelld glúkósamæling
engin kvörðun

Notkunarmöguleikar:
eitt og sér
með sjálfvirkri 780G insúlíndælu
með InPen insúlín snjallpenna



Medtronic
AZMedica.
sími:564 5055

Fjöldi sjúkrarúma á Íslandi miðað við nágrannaþjóðirnar

Ingvar Freyr Ingvarsson

hagfræðingur Læknafélags Íslands

ingvar@lis.is

Í kjölfar heimsfaraldurs COVID-19 hafa útgjöld til heilbrigðismála aukist verulega. Þannig hækkaði meðaltal heilbrigðisútgjalda sem hlutfall af landsframleiðslu í ríkjum OECD úr 8,8% árið 2019 í 9,7% árið 2020. Ísland er þar engin undantekning þar sem heilbrigðisútgjöld sem hlutfall af landsframleiðslu fóru úr 8,6% árið 2019 í 9,8% árið 2020.

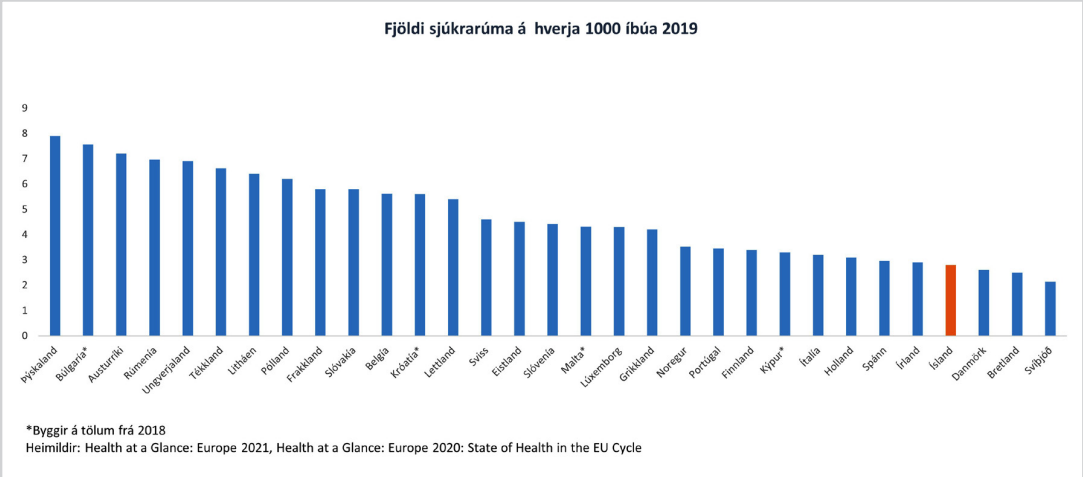
Sé litið á mannaflaþróun sést að læknum og hjúkrunarfræðingum hefur fjölgað undanfarinn áratug í nær öllum OECD-ríkjum.[1] Á Íslandi var fjöldi starfandi lækna á hverja 1000 íbúa um 3,9 árið 2019 (OECD) og hjúkrunarfræðinga um 9,52 (Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga). Meðaltal OECD-ríkjanna þetta sama ár á hverja 1000 íbúa var um 3,6 læknar og 8,8 hjúkrunarfræðingar. Þótt læknum og hjúkrunarfræðingum hafi fjölgað undanfarinn áratug er skortur viðvarandi víða, meðal annars vegna breyttrar aldurssamsetningar og nú síðast viðbótarálags vegna COVID-19, sem hefur myndað umframeftirspurn eftir heilbrigðisþjónustu. Heilbrigðiskerfið hefur því víða lent í klemmu vegna þessa mikla bils sem er á milli framboðs og eftirspurnar. Það er því ekki að undra að lífleg umræða hafi skapast um heilbrigðisþjónustu hér á landi sem og annars staðar.

Fjöldi sjúkrarúma gefur vísbendingu um úrræði sem eru tiltæk til að veita nauðsynlega heilbrigðisþjónustu. Á árunum 2009 til 2019 fækkaði sjúkrarúmum á hverja 1000 íbúa í mörgum OECD-ríkjum. Mest fækkaði í Finnlandi, eða um rúmlega helming, það er um það bil þrjú rúm á hverja 1000 íbúa. Á Íslandi, Lettlandi, Lúxemborg, Noregi og Hollandi fækkaði á þessum árum um eitt rúm eða fleiri á hverja 1000 íbúa. Hluta af fækkuninni má rekja til framfara í heilbrigðistækni sem meðal annars hefur leitt til þess að fleiri sjúklingar fara heim samdægurs eftir skurðaðgerð. Einnig hefur fækkun orðið vegna aukinnar nýtingar á dagdeildarþjónustu sem er hluti af viðtækri stefnu um að fækka innlögnum á sjúkrahúsum.

Myndin hér fyrir neðan sýnir fjölda sjúkrarúma á hverja 1000 íbúa í Evrópuríkjum árið 2019. Þar má sjá að árið 2019 var Þýskaland með hlutfallslega flest sjúkrarúm, eða 8 á hverja 1000 íbúa. Flest Evrópulönd eru með á bilinu þrjú til sjö sjúkrarúm á hverja 1000 íbúa. Í löndum OECD voru árið 2019 að meðaltali 4,4 sjúkrarúm á hverja 1000 íbúa. Fjöldi sjúkrarúma á Íslandi árið 2019 var undir báðum meðaltölum, eða 2,8 sjúkrarúm á hverja 1000 íbúa.

Til að bregðast við gífurlegri eftirspurn og þá sérstaklega til að hámarka legupláss gjörgæsludeilda hefur verið gripið til eftirfarandi aðgerða:

- *Skipulögð umbreyting annarra klínískra deilda í COVID-deildir*
- *Stofnun vettvangsjúkrahúsa*
- *Flutningur sjúklinga á stofnanir með laus rými*
- *Samstarf við einkasjúkrahús*



Annar mikilvægur þáttur hefur verið að fresta valkvæðum innlögnum og aðgerðum. Þá hafa lönd brugðist við skorti á heilbrigðisstarfsmönnum með því að kalla eftir starfsfólki á eftirlaunum ásamt því að fá lækna- og hjúkrunarnema til starfa.[3] Sum lönd hafa einnig getað fengið starfsfólk frá löndum þar sem áhrifa heimsfaraldursins hefur gætt minna. Af mörgum ástæðum, til að mynda vegna landfræðilegrar legu Íslands og smæðar heilbrigðiskerfisins, er örðugra og jafnvel ómögulegt að grípa til margra af þeim aðgerðum sem nefndar eru hér að framan. Íslenska heilbrigðiskerfinu er þannig að mörgu leyti sniðinn þrengri stakkur en nágrannaríkjunum, þegar kemur að neyðarúrræðum.

Mikilvægt er að efla getu heilbrigðiskerfisins til að bregðast við alvarlegum uppákomum, til dæmis hópslysum, öldrunartengdum sjúkdómum og árstíðarbundnum smitsjúkdómum ásamt heimsfaraldri eins og nú geisar. Eins þarf að tryggja mönnun heilbrigðiskerfisins bæði nú og í náinni framtíð.

Mikilvægt er að stefnumótendur tryggi mannafla og fjölda sjúkarúma á sjúkrahúsum til þess að geta tekist á við framtíðaráskoranir í heilbrigðisþjónustu.

Heimildir

1. Health at a Glance 2021: OECD Indicators. OECD, París.
2. Félag íslenskra hjúkrunarfræðinga: hjukrun.is/um-fih/frettir/stok-frett/2021/09/01/OECD-a-villigotum/ - nóvember 2021.
2. Health at a Glance: Europe 2020: State of Health in the EU Cycle. OECD/Evrópusambandið, París.



DEXCOM ER LOKSINS Í BOÐI Á ÍSLANDI

NÁKVÆM RAUNTÍMA BLÓÐSYKURSMÆLING

Dexcom G6 er blóðsykurnemi sem þarf ekki að kvarða og því þarf ekki að mæla blóðsykur með fingurstungu nema nauðsyn krefur. Neminn sendir blóðsykurgildi beint í símann og gefur viðvaranir um háan eða lágan blóðsykur. Dexcom er mjög nákvæmur og nota má blóðsykurtöluna í símanum fyrir ákvarðanir um insúlíngjafir. Allt að 5 einstaklingar geta fylgst með hverjum Dexcom notanda í rauntíma. Hver nemi dugir í 10 daga.



HELSTU EIGINLEIKAR DEXCOM G6

- Engar blóðsykurmælingar í fingur
- Auðveldur og fljótlegur í uppsetningu
- Virkar bæði með Android og Apple snjalltækjum
- Hægt að tengja í flest snjallúr, Garmin, Apple, Samsung og fl.
- Hægt að stilla hringitóna og viðvaranir eftir óskum notanda

Nánari upplýsingar veita ráðgjafar okkar í síma **580 3900** eða á netfangið **sykursyki@fastus.is**

sykursyki@fastus.is
Síðumúli 16 I 108 Reykjavík I Sími 580 3900 I fastus.is

FASTUS
Veit á vandaða lausn

Tveir dauðir Skotar og kattarhræ



Magnús Helgi Jóhannsson
prófessor emeritus
magjoh@hi.is

Ég hóf nám í læknadeild HÍ haustið 1962 en á þessum árum fór drjúgur hluti af náminu á fyrstu þremur árunum í líffærafræði. Við þurftum að læra öll heitin á íslensku, latínu, ensku (*Grays anatomy*) og þýsku (*Lehrbuch der Topographischen Anatomie*). Þetta fannst mér blóðugt og hefði frekar kosið að læra meira í lífeðlisfræði og lífefnafræði og ég var vissulega ekki einn um þá skoðun. Við lögðum samt hart að okkur við þetta nám enda var það viss sía inn í læknadeild á þessum árum. Galli á þessu námi var að nánast engin verkleg kennsla var í boði, einungis bækurnar sem þó voru fagurlega myndskreyttar.

Að kryfja kött

Það mun hafa verið á árinu 1963 að vini mínum Sigurði B. Þorsteinssyni áskotnaðist dauður köttur. Hann bauð mér að taka þátt í að kryfja köttinn og læra líffærafræði af því verki. Við fengum aðstöðu í kjallaranum hjá foreldrum Sigurðar í Hafnarfirði og krufðum köttinn látlaust í einar tvær vikur. Krakkarnir í hverfinu lágu löngum stundum á glugganum og fylgdust með af miklum áhuga og við urðum smám saman þess varir að nánast allir íbúar Hafnarfjarðar vissu af þessari iðju okkar sem þótti frekar ógeðsleg. Okkur gekk ekki nema mátulega vel að tengja það sem við fundum við líffærafræði mannsins en eitthvað hljótum við að hafa lært af þessu. Að lokum settum við allt gumsið í stóran pott og suðum lengi, við mikinn fögnuð krakkastóðsins, til að fá beinin hrein. Ætlunin var að setja beinagrindina saman en af því varð aldrei enda tímafrekt. Nokkru síðar stóð Sigurður og beið eftir strætó í Hafnarfirði en á garðvegg labbaði köttur sem Sigurður fór að strjúka. Kemur þá kona strunsandi frá húsinu, þrífur köttinn, horfir manndrápsaugum á Sigurð og hverfur á brott með köttinn undir handleggnum. Við vorum sem sé orðnir frægir að endemum um allan Hafnarfjörð.

Um haustið 1964 breyttist allt. Þá bauðst íslenskum læknanemum, í fyrsta sinn, að fara til Skotlands á alvöru krufninganámskeið. Við vorum 10 sem fórum til Glasgow þar sem við dvöldum í rúman mánuð. Prófessor Jón Steffensen var með okkur fyrstu dagana og aftur undir lokin en hann vildi sjá hvernig þetta færi fram og leggja mat á hugsanlegt framhald slíkra námskeiða erlendis. Við sinntum þessu námi af mikilli elju og áhuga frá morgni til kvölds enda gerðum við okkur vel grein fyrir því að framtíð þessara námskeiða var að nokkru leyti í okkar höndum. Við höfðum ágæta kennara og í lok hverrar viku var próf. Samtímis okkur voru þarna um 30 danskir læknanemar og hafði þetta námskeið staðið dönskum til boða í einhver ár. Þeir dönsku sinntu ekki náminu sem skyldi, mættu illa í krufningar og próf en stunduðu af þeim mun meiri ákafa pöbbarölt og annað slark. Þau höfðu líka í frammi ýmis konar fíflagang með líkin sem ég held að hafi hneykslað okkur Íslendingana. Okkur var sagt að líkin væru ýmist af útigangsfólki sem ekki hefði tekist að bera kennsl á eða fólki sem hefði gefið líkama sinn til kennslu eða rannsókna.

Á stúdentagarði í Glasgow

Í Glasgow bjuggum við á stúdentagarði og vorum þar líka í fæði sem var bæði vont og of lítið. Við vorum því oft svöng og reyndum að útvega meiri mat til viðbótar við það sem við fengum á garðinum. Einn okkar keypti dós með girnilegum kjötrétti en þegar heim var komið og dósin skoðuð betur reyndist þetta vera kattamatur. Ég held að á þessum árum hafi ekki fengist kattamatur í dós á Íslandi. Eitt fyrsta kvöldið okkar fórum við á pöbb til að smakka bjórinn. Ég hef einstakt lag á að koma mér í vandræði og í samræðum við barþjóninn varð mér á að segja „here in England“. Þetta heyrði stór og kröftugur Skoti sem reiddist mjög og hótaði mér meiðingum. Barþjónninn bjargaði mér með því að útskýra snarlega að ég væri fávís útlendingur. Við þetta róaðist gaurinn en ég neyddist til að hlusta á hann í tvo klukkutíma gefa mér yfirlit yfir sögu Skotlands þar sem iðulega var lýst bardaga þar sem Englendingarnir voru margfalt fleiri en Skotarnir sem fóru samt létt með að drepa þá alla.

Við áttum frí á sunnudögum og þá fórum við í heimsóknir í viskíverksmiðjur héraðsins þar sem við vorum oftast leyst út með gjöfum.

Engin kynding var á garðinum fyrr en 1. október þrátt fyrir að veðrið væri orðið rysjótt og kalsalegt. Það útheimti því talsvert átak að skríða í kalt og rakt bælið sitt á kvöldin en Sigurður heitinn Friðjónsson, sem deildi með mér herbergi, fann snjallt ráð við því. Við fengum okkur góðan sjúss af Benediktín-líkjör áður en við fórum í háttinn og þá fann maður ekki eins fyrir kuldanum.

Í september var Edinborgarhátíðin á fullu og nokkrir í hópnum vildu ekki missa alveg af þessari frægu hátíð; enda ekki svo langt á milli Glasgow og Edinborgar. Við drifum okkur á eina tónleika þar sem Svjatoslav Richter og Mstislav Rostropovich fluttu sónötur Beethovens fyrir selló og píanó. Þetta voru ógleymanlegir tónleikar enda fáir sem stóðu þeim félögum á sporði.

Ég viðurkenni fúslega að þetta skoska námskeið opnaði nýja sýn á líffærafræði mannsins og jók stórlega áhuga minn á þessari annars frekar þurru fræðigrein.

Auglýsing



Anna Mjöll við skrifborðið sitt á heilsugæslunni við Lagarás á Egilsstöðum.

Anna Mjöll Matthíasdóttir

Dagur í lífi læknis á Egilsstöðum

07:20 Kominn tími til að fara á fætur eftir um klukkutíma langt snús. Langþráður draumur um að verða hin fullkomna A-manneskja verður ekki að veruleika þennan daginn, frekar en aðra daga. Fyrsta verk er að setja tónlist í eyrun til að rífa mig í gang. Bursta tennur, fer í það fyrsta sem ég sé í fataskápnum (eftir að hafa skipt um skoðun nokkrum sinnum) og set á mig andlitið fyrir daginn. Næ ekki að fá mér morgunmat heima enda klukkan orðin 7:58 og best að haska sér í vinnuna.

08:00 Morgunfundur með mínum góðu kollegum. Alltaf gott að byrja daginn á rjúkandi kaffibolla og léttu spjalli um vaktamál og áhugaverð tilfelli.

08:20 Vikuleg æfing lækna, hjúkrunarfræðinga og sjúkraflutningamanna. Í dag kom það í minn hlut að stjórna æfingunni og förum við saman í gegnum öndunarvegabúnaðinn í sjúkrabílnum og ræðum um loftvegameðferð.

09:00 Tek við vaktsímanum þar sem ég er með flýtivaktina í dag. Byrja á að rölta niður í matsal og fæ mér morgunmat sem samanstendur af brauðsneið með osti og gúrku ásamt mjólkurglasi. Fer því næst upp á skrifstofu og sé að það er byrjað að bóka á mig nokkur erindi fyrir daginn.

09:10 Flýtivaktin hefst og inn koma fjölbreytt tilfelli eins og vanalega. Leikskólabarn með langdregið kvef og öndunarfæraeinkenni, unglingsdrengur með brotna tá, eldri kona með byrjandi ristil og drengur með skurð á hné sem þarf að sauma.

10:30 Vaktsíminn pípir og ég sé að það er F1 útkall. Fer með sjúkrabílnum í heimahús og reynist þar vera eldri einstaklingur með brjóstverk. Við förum með sjúklinginn upp á heilsugæslu til skoðunar og tökum þar EKG og veitum fyrstu meðferð. Í kjölfarið er tekin ákvörðun um flutning á Fjórðungssjúkrahúsið í Neskaupstað þar sem frekari uppvinnsla leiddi í ljós NSTEMI.

12:15–13:00 Maðurinn minn sækir mig á heilsugæsluna og förum við út að borða á veitingastaðnum Salt þar sem er alltaf ljúffengur matur í hádeginu. Hittum þar Fanneyju lækni og manninn hennar og spjöllum um allt annað en vinnuna. Allir panta sér rétt dagsins sem að þessu sinni er chili con carne með hrísgrjónum og salati. Vaktsíminn er til friðs.

13:00 Endurnærð eftir hádegismatinn held ég áfram með flýtimóttökuna. Sinni ýmsum verkefnum á vaktinni en þar ber hæst að inn koma tveir menn með stuttu millibili vegna þreytu og mæði. Þeir reynast báðir vera með nýtt gáttatif sem óljóst er hvenær byrjaði. Ég set þá á meðferð í samráði við ráðgefandi hjartalækni á Landspítalanum og legg upp plan varðandi uppvinnslu og eftirfylgd. Sannkölluð tveir-fyrir-einn afgreiðsla.

16:00 Vinnudegi lokið og kominn tími til að fara heim. Ég tek við bakvaktarsímanum en þar sem annar reyndur sérnámslæknir er á forvaktinni er líklegt að það verði rólegt.

16:20 Fer í góðan göngutúr um Selskóg með hundinn og manninn. Skrepp því næst í búð og sinni helstu heimilisverkum. Fáum okkur grjónagraut og lifrarpylsu á meðan við horfum á einn Kappsmál á voddinu (sannkallaðir Rúv-arar hér á ferð).

19:00–20:30 Fer á fimleikaæfingu ásamt góðum vinkonum úr vinnunni. Er með vaktsímann á hliðarlínunni á meðan við rifjum upp gamla takta og reynum að slasa okkur ekki alvarlega.

20:40 Áfram er allt með kyrrum kjörum á vaktinni. Ég ákveð því að skella mér með vinkonunum í Vök eftir æfinguna með vaktsímann í fyrsta flokks plastvasa utan um hálsinn. Úti er stjörnubjart og sé ég að það glittir í norðurljós læðast yfir fjallið. Þær sem vilja fá sér drykki á barnum og eigum við notalega stund saman úti í vökinni.

22:00 Kem heim og heyri strax spangólið í hundinum sem er greinilega glaður að sjá mig enda búin að vera að heiman í næstum þrjá klukkutíma. Við horfum á heimildaþátt um raðmorðingja, sem er alltaf kósý svona fyrir svefninn.

23:00 Kominn tími til að skríða í ból. Ljúf rödd Veru Illugadóttur svæfir mannskapinn með frásögn af morðinu á Olof Palme. Áfram hef ég háleit markmið fyrir morgundaginn að verða hin fullkomna A-manneskja.



Faraldur tuttugustu aldarinnar

Sigurpáll S. Scheving
hjartalæknir á Landspítala
sigurpal@landspitali.is

Við tengjum faraldra oftast við sýkingar, sérstaklega nú þegar COVID-19 er í hámarki. Sennilega hefur þó enginn faraldur dregið jafn marga til dauða í hinum vestræna heimi eins og faraldur 20. aldarinnar, kransæðasjúkdómurinn. Í dag er erfitt að ímynda sér að um aldamótin 1900 hafi kransæðasjúkdómur verið nánast óþekktur. Ekki vegna þess að hann hafi ekki verið til heldur vegna þess hve sjaldgæfur hann var. Í bókinni *Principles and Practice of Medicine* frá árinu 1912 skrifaði Sir William Osler „[Brjóstverkur] er sjaldgæft ástand á sjúkrahúsum: eitt tilfelli á mánuði að meðaltali á stóru borgarsjúkrahúsunum."

Síðan gerist eitthvað á árunum milli 1920 og 1930, þá taka að streyma inn á stóru sjúkrahúsin sjúklingar með slæma brjóstverki og kransæðastíflu. Dauðsföll vegna þessa „nýja" sjúkdóms voru mörg og dó helmingur sjúklinga áður en þeir komust undir læknishendur og 30% til viðbótar létust á sjúkrahúsum. Veldisvöxtur verður síðan á algengi sjúkdómsins og þar með heildardánartíðninni næstu áratugina þar til að hann verður algengasta dánarorsökin á Vesturlöndum og tekur þar efsta sætið af sýkingum.

Dánartíðnin lækkar óvænt

Þegar dánartíðnin náði hámarki árið 1960 í Bandaríkjunum var hún 466 á 100.000 íbúa. Í Bretlandi kom hámarkið seinna, eða um 1970, 520 á 100.000 íbúa. Eftir þetta fer dánartíðnin lækkandi og lækkar um meira en 20% í Bandaríkjunum á árabilinu 1968-1978. Árið 1978 var haldið frægt þing í Bethesda til þess að reyna að leita orsaka þessarar lækkunar, þar sem átaksverkefni í lýðheilsu og bætt læknismeðferð þóttu ekki skýra þetta að fullu. Margir trúðu ekki að lækkunin væri raunveruleg en dánartíðnin hélt áfram að lækka næstu áratugi og hafði árið 1990 lækkað um 80-90% í Bretlandi. Þetta er mjög áhugavert þar sem þau lyf sem notuð eru í dag til að bæta horfur kransæðasjúklinga voru ekki komin í almenna notkun á þessum tíma.

Árið 1986 voru eingöngu 11,3% sjúklinga á Íslandi sem fengið höfðu kransæðastíflu útskrifaðir á asperíni og 47,5% fengu beta-hamlara. Statínlyf sem lækka kólesteról komu á markað upp úr 1990. Dánartíðnin hefur haldið áfram að lækka og meðferð áhættuþátta ásamt bættri læknismeðferð verið þakkaður sá árangur.

En var sjúkdómurinn á undanhaldi?

Áhugavert er að bera saman krufningarskýrslur bandarískra hermanna á 20. öld. Hjá ungum mönnum sem dóu í Kóreustríðinu (1951-1953) og fundust merki um kransæðasjúkdóm í 77% þeirra, sem er ótrúlega há tala hjá ungum mönnum. Þetta fór niður í 45% hjá þeim sem dóu í Víetnam (1968-1978) og í 8,5% hjá þeim sem féllu í Írak og Afganistan (2000-2011). Samanburðurinn bendir til þess að sjúkdómurinn hafi verið raunverulega í rénun en ekki bara að dánartíðnin væri að lækka.

Orsökin enn óþekkt

Hvað kemur þessum faraldri af stað? Margar getgátur eru um orsakir á borð við mengun, lélegt mataræði og reykingar, en enga þeirra hefur tekist að sanna. Sýkingar eru ein möguleg orsök sjúkdómsins og falla inn í faraldursmynstrið. Spænska veikin sem geisaði um 1918 er talin hafa náð til um 500 milljóna manna á tveimur árum. Af þeim létust allt að 50 milljónir. Í dag hefur inflúensa verið tengd við myndun æðakölkunar og versnun á kransæðasjúkdómi. Sýnt hefur verið fram á að þeir sem eru með þekktan kransæðasjúkdóm geta minnkað líkurnar á kransæðastíflu um allt að 67% með því að þiggja bólusetningu.

Líklega er frumorsök kransæðasjúkdómsins fjölþætt og þeir áhættuþættir sem við þekkjum í dag meðverkandi þættir við aðrar djúpstæðari orsakir.

Kennir þessi saga okkur eitthvað?

Skyndilega fór fólk að deyja úr nýjum sjúkdómi og krafan um skýringar og meðferð varð hávær. Dánartíðnin vegna kransæðasjúkdóma hefur lækkað og hafði reyndar gert það áður en meðferðin sem við þekkjum kom fram. Gæti verið að það þyrfti að endurhugsa orsakir, forvarnir og meðferðina? Margt hefur verið vel gert en við höfum sennilega líka verið á rangri leið. Matar- og kólesterólkenningin (*diet heart hypothesis*) sem kom fram á 6. áratugnum er að mínu mati röng og hefur ekki verið studd góðum rökum. Í kjölfarið komu fram almennar ráðleggingar um mataræði sem hafa líklega valdið meiri skaða en gert gagn. Aðallega vegna þess að með þessum leiðbeiningum tókst matvælaiðnaðinum að sannfæra fólk um að hverskyns fitusnauð matarlíki í pökkum væru heilsusamleg. Amerísku hjartalæknasamtökin hafa hagnast gríðarlega á því vafasama athæfi að setja merkið sitt á slíkar vörur og tekið þannig þátt í óheillavænlegri þróun.

En hvað ber að gera? Óháðir vísindamenn og læknar sem þora á móti straumnum þurfa að taka höndum saman og endurmeta leiðbeiningar í sambandi við forvarnir gegn kransæðasjúkdómum. Það er ótækt að þeir sem skrifa leiðbeiningar um mataræði, forvarnir og meðferð kransæðasjúkdóma hafi líka hagsmuna að gæta fyrir lyfjafyrirtæki eða matvælaframleiðendur. Það hefur til þessa þótt í lagi svo lengi sem menn láti vita af hagsmunum sínum.

Ég held að Ísland væri góður staður fyrir teymi sérfræðinga með það hlutverk að endurmeta þessi mál í heild.

Velkomin/n í...

- **skemmtilegan skyldusparnað**
  minnst þriðjungur í séreignarsjóð, nokkurs konar skemmtisjóð
- **valfrelsi**
  hægt að velja á milli sjö ávöxtunarleiða
- **sjóðfélagalýðræði**
  eingöngu sjóðfélagar í stjórn, kosnir af sjóðfélögum
- **áhættudreifingu**
  vel dreifð eignasöfn og áhersla á ábyrgar fjárfestingar
- **góðar upplýsingar**
  á heimasíðu og sjóðfélagavef
- **allt að 85% lán**
  fyrir fyrstu fasteign

Velkomin/n til starfa
Velkomin/n í Almenna lífeyrissjóðinn

Sérlyfjatexti á bls. 548
ALMENNI
LÍFEYRISSJÓÐURINN

Auglýsing