Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



LEIÐARI Ásgeir Haraldsson / SÉRGREIN Karl G. Kristinsson / VIÐTAL Snorri Freyr Dónaldsson

06/2023 109. árgangur: 273-320

Auglýsing



Læknanemar í kennslustund í Læknagarði árið 2019. Þeim á að fjölga en fyrst þarf að tryggja fjármögnunina. Mynd/gag

Stefna á að fjölga læknanemum um 7 haustið 2024

Læknadeildin ætlar fyrst að fjölga læknanemum þegar fjármögnunin er ljós. „Boltinn er hjá stjórnvöldum," segir Þórarinn Guðjónsson forseti læknadeildar. Fulltrúi Jessenius-læknaskólans í Slóvakíu vill sjá fé fylgja íslenskum læknanemum út

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við búumst við því að læknanemar verði 67 haustið 2024 og að við fjölgum þeim í 75 árið eftir," segir Þórarinn Guðjónsson, forseti læknadeildar. Stíga þurfi varlega niður áður en fjölgað er þar sem fyrsti 60 manna hópurinn fari nú í klíníska starf. „Margt þarf að breytast áður en við fjölgum," segir hann. Mikil vinna hafi farið fram og mörg minnisblöð skrifuð.

„Við erum búin að vera í fullri vinnu við að greina stöðuna," segir hann. „En við höfum ekki heyrt frá ráðuneytinu um fjármögnunina. Við höfum séð auglýsingar eins og aðrir um að það eigi að koma með fjármagn en ekki er búið að eyrnamerkja það hingað inn. Við gerum ekkert fyrr en við vitum hvað við höfum í hendi," segir hann. „Stjórnvöld eru þannig lagað búin að samþykkja þetta en þó hefur ekkert gerst. Boltinn er hjá þeim."

Samkvæmt tölum læknadeildarinnar var beinn kostnaður hennar í fyrra um 2,3-2,4 milljónir á ári á hvern nema í læknisfræði. „Þá er ekki tekinn með stjórnunarkostnaður innan heilbrigðisvísindasviðs eða kostnaður við stjórnsýslu Háskóla Íslands," segir hann. Kostnaðurinn sé því um 13,8-14,4 milljónir á hvern læknanema í heild.

Þórarinn segir málið ekki aðeins snúast um peninga heldur einnig aðstöðuna. „Verið er að byggja nýjan spítala og hús vísinda en það verður ekki tilbúið fyrr en eftir 3-4 ár. Við erum samt jákvæð fyrir því að svara kallinu. Við munum gera það þegar peningar koma."

Runólfur Oddsson, ræðismaður Slóvakíu á Íslandi og fulltrúi Jessenius-læknaskólans á Íslandi, bendir á fleiri leiðir til að fjölga íslenskum læknum og telur að slóvakíski skólinn gæti tekið 70-90 íslenska stúdenta á ári en þar stunda nú um 200 Íslendingar nám. „Mest hafa 60 íslenskir stúdentar náð inntökuprófi og staðfest skólavist." Námsgjöldin eru nú 10.900 evrur, eða tæpar 1,6 milljónir á ári.

„Íslenska ríkið ætti að íhuga að greiða skólagjöld og uppihald nemenda og leyfa þeim að velja hvert þeir fara. Þannig fengi ríkið fjölbreytni í læknastéttina sína og hóp með stærri sjóndeildarhring," segir hann. „Þetta er einnig ódýrara fyrir ríkið en að fjölga læknanemum heima fyrir og það eina sem er raunhæft, því við erum jú ekki nema tæp 390 þúsund."

Ríkissjónvarpið greindi frá því í fréttum í apríl að algengt væri að nýútskrifaðir læknar að utan skuldi um 20-30 milljónir króna eftir grunnnámið. Menntasjóður gat ekki staðfest þessar tölur en sagði læknanema erlendis fá 1,9 milljónir til viðbótar við aðra lánsupphæð, sem hafi verið að hámarki 6,3 milljónir í skólagjaldalán á síðasta skólaári. „Já, en þó má ekki gleyma að mun ódýrara er að lifa í Slóvakíu en á Íslandi," segir Runólfur. „Það er því ekki óraunhæfari kostur fyrir þau sem búa ekki í foreldrahúsum að fara til Slóvakíu."

Þórarinn segir að hann hafi ekki skoðun á þessari hugmynd Runólfs. Tilfinning sín sé að flestir þessara nemenda myndu gjarnan vilja vera í námi hér heima. „Ég myndi því frekar vilja sjá fjölgunina hér heima. Við erum í samvinnu við sjúkrahúsin á landsbyggðinni og viljum fjölga möguleikunum en það má ekki koma niður á gæðum."

En er þessi kostnaður við að mennta lækna hér heima raunverulega hindrun? „Í samanburði við aðra skóla er þetta mjög lág tala," segir Þórarinn. „Við erum greinilega alltaf að fylgja íslenska *þetta reddast* módelinu. Það er eins og það sé ekki gert ráð fyrir því að utanumhald við svona kennslu kosti."

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands

Ritstjórn
Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, ritstjóri og ábyrgðarmaður
Berglind Jónsdóttir
Gunnar Thorarensen
Halla Viðarsdóttir
Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Oddur Ingimarsson
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
1850

Áskrift
23.400,- m. vsk.
Lausasala
2340,- m. vsk.

Prentun og bókband
Litróf
Vatnagörðum 14
104 Reykjavík

Dreifing
Íslandspóstur
Höfðabakka 9
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



279

Ásgeir Haraldsson

Rannsóknir – þekking – þjónusta

Engum vafa er undirorpið að vísindi og rannsóknir leiða til aukinnar þekkingar. Þekking leiðir til framfara – sem í heilbrigðiskerfinu merkir betri árangur. Vanmat á nauðsyn öflugra rannsókna og þekkingarleitar er alvarlegt mál. Vanmat á þeirri hættu sem því fylgir að hundsa vísindi kann að reynast dýrkeypt.



281

Sigrún Þorsteinsdóttir

Langir biðlistar og þörf á þverfaglegum úrræðum

Börn hafa ekki mörg bjargráð við vanlíðan og of stór hluti þeirra verður fyrir stríðni og einelti. Slíkt getur haft alvarlegar afleiðingar og lakari heilsu á fullorðinsárum. Bjargráð barna eru gjarnan tölvuleikir og fyrir aðra veitir óhollur matur huggun.

FRÆÐIGREINAR

283

Ásta Evlalía Hrafnkelsdóttir, Hjalti Már Björnsson, Jón Pálmi Óskarsson, Steinþór Runólfsson

Þjálfun landsbyggðarlækna í meðhöndlun slasaðra og bráðveikra

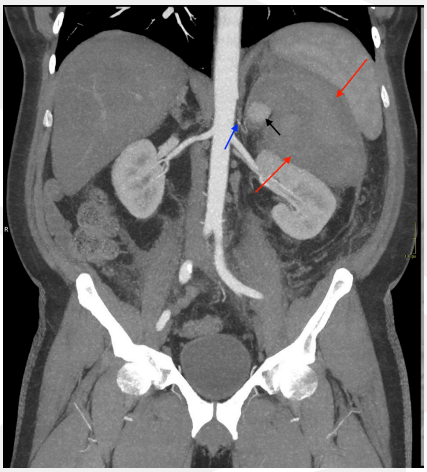
Samkvæmt nýjustu gögnum úr Þjóðskrá frá desember 2022 eru tæplega 70% þjóðarinnar búsett á höfuðborgarsvæðinu eða á Akureyri. Hin 30% þjóðarinnar eru staðsett vítt og dreift um landið, fjarri þeirri sérhæfðu heilbrigðisþjónustu sem veitt er á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri. Ein af forsendum þess að byggð þrífist á landsbyggðinni er að íbúar hafi aðgang að nauðsynlegri læknisþjónustu.

292

Jón Bjarnason, Luis Fernando Bazan Asencios, Hjalti Már Þórisson, Kristbjörn I. Reynisson

Skyndileg aftanskinublæðing – sjúkratilfelli

Fimmtugur karlmaður með sögu um sarklíki og heila- og mænusigg kom með sjúkrabíl á bráðamóttökuna vegna slæms kviðverks. Verkurinn byrjaði sem seyðingur vinstra megin í kvið en varð skyndilega óbærilegur. Við komu á bráðamóttöku var sjúklingurinn kaldsveittur, fölur og meðtekinn af verk. Háræðafylling var lengd og þreifieymsli vinstra megin í kvið. Blóðþrýstingur var 120 mmHg í systólu en var hærri í sjúkrabílnum (160-180 mmHg) púls var einnig hækkaður (121 slög/mín). Blóðþrýstingur féll fljótlega í kjölfarið niður í 100 mHg í systólu. Sjúklingi var því næst flýtt í tölvusneiðmynd til frekari greiningar.





Á FORSÍÐU

LUNGNAHLUSTUN

René Laennec (1781-1826) var franskur læknir fæddur í fallega litla bænum Quimper á Bretaníuskaga sem er að langstærstum hluta óbreyttur frá hans dögum: þar er bretónska töluð, bindingsverkshús eru í röðum, myndlist, tónlist og matur beint frá býli, og engin áform um nýjan miðbæ . – Laennec er frægastur fyrir að hafa þróað þá hlustunarpípu sem enn er við lýði og flestir læknar hafa um hálsinn daginn langan við vinnu sína. Skilgreining hans á lungnahljóðum er líka í fullu gildi einsog lesa má í nýrri pistlaröð í blaðinu: Klínísk skoðun og aðferðafræði: Lungnahlustun.
Á kápunni er frímerki með mynd af Laennec.

VS

UMFJÖLLUN OG GREINAR



300

Kúnstin við fyrirbura að gera minna en meira

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Snorri Freyr Dónaldsson fyrirburalæknir sneri óvænt heim fyrir tæpum tveimur árum á vökudeildina á Landspítala. Hann segir frá því hvernig fókusinn alþjóðlega hafi færst á að bjarga börnum æ fyrr

304

Gætum orðið fyrst í heiminum til að skima fæðuval barnshafandi kvenna í upphafi meðgöngu

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Ingibjörg Gunnarsdóttir heiðursvísindamaður Landspítala 2023 sigtar út konur sem skortir lykilnæringarefni á meðgöngu með nýrri lausn í mæðraverndinni





308

Læknar finna sjálfa sig í bókinni *Læknir verður til*

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Raunsönn lýsing. „Já, hún er líka skrifuð í rauntíma — því sem næst," segir Henrik Geir Garcia læknir sem horfir nú á fyrstu skáldsögu sína á topplista Pennans Eymundsson, *Læknir verður til*. Bókin er grípandi. Hugsanir og lýsingar vekja lesandann til umhugsunar

KLÍNÍSK SKOÐUN OG AÐFERÐAFRÆÐI

310

Dóra Lúðvíksdóttir, Sif Hansdóttir, Tryggvi Ásmundsson

Lungnahlustun

Öndunarhljóð nefnast þau hljóð sem myndast vegna hringiðu lofts þegar loft flæðir frá stærri berkjum og allt niður í smáar berkjur. Hljóðin sem heyrast má skipta í eðlileg öndunarhljóð og aukahljóð, svo sem brakhljóð, önghljóð, núningshljóð og soghljóð

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

316-317

Rannsóknarlækningar



Karl G. Kristinsson



Hannes Bjarki Viktorsson

ÖLDUNGADEILDIN

314

Katrín Fjeldsted

Læknir í 50 ár

Það er mér ógleymanlegt er ég stóð á tröppum Háskóla Íslands vorið 1973 26 ára gömul og nýútskrifaður læknir. Lífið blasti við og möguleikarnir óendanlegir en óræðir. Síðan eru liðin 50 ár, eins og örskot

BRÉF TIL BLAÐSINS

312

Erna Gunnþórsdóttir, Lára G. Sigurðardóttir, Valgerður Rúnarsdóttir

Þessir ópíóíðar! Við höfum verk að vinna

Skima þarf fyrir fíknsjúkdómi, greina og meðhöndla hann

296

Fréttir

303

Nefndu þrjú læknahlaðvörp sem mælir þú með

Berglind Bergmann

PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



299

Margrét Ólafía Tómasdóttir

Hvar er samtalið?

Vísindarannsóknir hafa sýnt að skjólstæðingum með fastan heimilislækni vegnar betur eftir því sem sambandið við heimilislækninn varir lengur. Þeir leita síður á bráðavaktir og lifa lengur

DAGUR Í LÍFI FÆÐINGA- OG KVENSJÚKDÓMALÆKNIS



307

Ebba Margrét Magnúsdóttir

15.45

Dýrmætasta starf dagsins: sæki ömmusnúðinn á leikskólann og keyri hann í klippingu

BÓKIN MÍN



315

Halldóra Jónsdóttir

Einn af okkur?

Bókin lýsir uppvexti Breivik og þroskasögu, pólitískum þreifingum og ferð inn í heim hægri öfgaskoðana. Hún lýsir líka skipulagningu hans á árásinni

LIPUR PENNI



318

Katrín Þórarinsdóttir

Heimþrá

Römm er sú taug er rekka dregur föðurtúna til

Auglýsing

Rannsóknir – þekking – þjónusta



Ásgeir Haraldsson
prófessor í barnalækningum og forstöðumaður fræðasviðs, Barnaspítala Hringsins, Landspítala

Undanfarin ár hefur mikil umræða farið fram um stöðu vísinda og rannsókna í íslenska heilbrigðiskerfinu. Ljóst er að frá aldamótum hefur dregið verulega úr heilbrigðisrannsóknum á Íslandi – sem vissulega er verulega alvarlegt mál. Ráðgjafafyrirtækið McKinsey hefur reglulega farið yfir stöðu Landspítalans. Í nýjustu skýrslu fyrirtækisins kemur fram að umfangi og árangri vísindavinnu hefur hrakað verulega.[1] Um aldamót var staða rannsókna, mæld í birtingum greina og tilvitnunum í birtingar, sambærileg við önnur Norðurlönd. Ein ástæða þeirrar stöðu er gott samstarf við Íslenska erfðagreiningu og Hjartavernd. Í úttekt McKinsey og í grein prófessors Magnúsar Gottfreðssonar[2] hefur árangur háskólasjúkrahúsa á Norðurlöndum batnað ár frá ári á sama tíma og dregur úr árangri á Landspítala. Þessari þróun verður að snúa við.

Rannsóknir eru undirstaða þekkingar. Þekking leiðir til framfara. Framfarir í heilbrigðisvísindum leiða til betri árangurs. Framfarir skapast af rannsóknum um heim allan. Þessar framfarir eru hraðar og miklar, þekking gærdagsins verður fljótt gömul. Þekkt er að þau erlendu háskólasjúkrahús sem flestir þekkja vegna afburða árangurs og framfara, eru einmitt þau háskólasjúkrahús sem leggja mestan metnað í öfluga rannsóknastarfsemi. Það er ekki tilviljun. Ekki er þó alltaf hægt að yfirfæra erlendar rannsóknir beint yfir á íslenskar aðstæður og því mikilvægt að rannsóknir fari einnig fram hérlendis. Nauðsynlegt er að metnaðarfullir heilbrigðisstarfsmenn geti tekið þátt í þeirri þróun og þekkingarauka.

Athyglisvert er að það eru ekki einungis niðurstöður rannsóknanna sem bæta heilbrigðisþjónustuna, það eitt að rannsóknir og kennsla fari fram á heilbrigðisstofnunum leiðir til betri árangurs og meira öryggis í meðferð sjúkdóma.[3,4] Á þeim stöðum þar sem rannsóknir fara fram er starfsmönnum nauðsynlegt að hafa nýjustu og bestu þekkingu á takteinum, fara eftir ýtarlegum rannsóknaráætlunum og meta árangurinn. Þetta hefur komið vel fram í mati á áhrifum rannsókna á árangur þjónustu.[3,4] Þannig skilar rannsóknastarfsemi sér í aukinni þekkingu sem leiðir til betri þjónustu við sjúklinga og betri árangurs. Til þess er leikurinn gerður.

Við þetta má að sjálfsögðu bæta að margar rannsóknir meta einmitt árangur og gæði meðferðar, finna styrkleika og veikleika og skapa jarðveg fyrir umbætur og framfarir. Augljóst er að skortur á öflugum og öruggum rannsóknum í heilbrigðiskerfinu dregur jafnt og þétt úr styrk þess og gæðum. Vanfjármögnun rannsókna í heilbrigðisvísindum, ekki síst í klínískum rannsóknum, grefur þannig undan styrkleikum kerfisins. Styrkjakerfi til rannsókna, ekki síst klínískra rannsókna, er veikt á Íslandi og aðstaða oft ófullnægjandi. Fjármögnun rannsókna er því þung, sem mögulega leiðir til þess að erfiðlega gengur að fá öfluga vísindamenn til starfa innan heilbrigðiskerfisins – sem fyrr eða síðar mun koma niður á gæðum þjónustunnar. Hnignun rannsóknarstarfsemi á Íslandi er því vissulega áhyggjuefni.

Hvað er til ráða? Hin augljósa staðreynd er vanfjármögnun rannsókna í íslenska heilbrigðiskerfinu. Í grein prófessors Gylfa Zoëga[5] kemur fram að endurreisn heilbrigðiskerfisins frá efnahagshruninu hefur gengið afar hægt og ekki fylgt auknum verkefnum og fólksfjölda – hvað þá nýjum vísindaverkefnum. Stjórnendum í heilbrigðiskerfinu er því verulegur vandi á höndum. Þrátt fyrir vilja til að auka rannsóknir í heilbrigðisvísindum og skilning á nauðsyn þeirra, er augljóst að meðferð sjúklinga í dag hefur forgang. Þessi skortur á rannsóknum kann að veikja stöðuna til framtíðar.

Engum vafa er undirorpið að vísindi og rannsóknir leiða til aukinnar þekkingar. Þekking leiðir til framfara – sem í heilbrigðiskerfinu merkir betri árangur. Vanmat á nauðsyn öflugra rannsókna og þekkingarleitar er alvarlegt mál. Vanmat á þeirri hættu sem því fylgir að hundsa vísindi kann að reynast dýrkeypt.

Engum vafa er undirorpið að vísindi og rannsóknir leiða til aukinnar þekkingar. Þekking leiðir til framfara – sem í heilbrigðiskerfinu merkir betri árangur. Vanmat á nauðsyn öflugra rannsókna og þekkingarleitar er alvarlegt mál. Vanmat á þeirri hættu sem því fylgir að hundsa vísindi kann að reynast dýrkeypt.

Á ársfundi Landspítala fyrir skömmu kynnti heilbrigðisráðherra hugmyndir að nýjum heilbrigðisvísindasjóði. Hér er vonandi um nýtt og öflugt upphaf að ræða. Það er ekki val að leiða vandann hjá sér, það er ekki val að standa í stað, það er ekki val að dragast aftur úr nágrannaþjóðum okkar í að innleiða bestu þekkingu og fá til starfa öfluga starfsmenn með brennandi áhuga á aukinni þekkingu og batnandi þjónustu.

Kyrrstaða er ekki valkostur.

Heimildir

1. Stjórnarráð Íslands, Heilbrigðisráðuneytið desember 2021, Framtíðarþróun þjónustu Landspítala. (McKinsey skýrslan)
2. Gottfreðsson M. Úr fyrsta sæti í botnsætið á 15 árum – saga um samruna og vannýtt tækifæri. Vísbending 2021; 39: 1-4.
3. Jonker L, Fisher SJ, Dagnan D. Patients admitted to more research-active hospitals have more confidence in staff and are better informed about their condition and medication: Results from a retrospective cross-sectional study. J Eval Clin Pract 2020; 26: 203-8.
4. Jonker L, Fisher SJ. The correlation between National Health Service trusts' clinical trial activity and both mortality rates and care quality commission ratings: a retrospective cross-sectional study. Public Health 2018; 157: 1-6.
5. Zoëga G. Um vísitölur, heilbrigðismál og kosningar. Vísbending 2021; 39: 30.

Research, knowledge and health-care service

Ásgeir Haraldsson
MD
Professor of Paediatrics, University of Iceland
Chief and Faculty Chairman, Children's Hospital Iceland
Landspitali National University Hospital

doi 10.17992/lbl.2023.06.745

Auglýsing

Langir biðlistar og þörf á þverfaglegum úrræðum



Sigrún Þorsteinsdóttir
nýdoktor í heilsueflingu við Háskóla Íslands, heilsu- og barnasálfræðingur við Heilsuskóla Barnaspítala Hringsins, Landspítala

Á síðustu misserum hafa biðlistamál barna sem bíða eftir geðþjónustu og greiningum þeim tengdum verið fyrirferðarmikil í umræðunni. Reynslan hefur sýnt að biðin reynist börnum og fjölskyldum þeirra þungbær og stór hluti þess vanda sem þau glíma við væri ekki fyrir hendi, fengju þau fyrr þá þjónustu sem er þeim nauðsynleg. Það er einnig þungbært okkur sem störfum í heilbrigðiskerfinu að upplifa að börn með raskanir á borð við athyglisbrest með ofvirkni (ADHD), raskanir á einhverfurófinu (einhverfu), kvíða og þunglyndi hafa ekki greiðan aðgang að geðþjónustu og á meðan versnar vandi þeirra.

Börn hafa almennt ekki mörg bjargráð við vanlíðan og of stór hluti þeirra lendir í stríðni og einelti án þess að þau geti björg sér veitt. Slíkt áfall, sem og önnur, geta haft gríðarlega alvarlegar afleiðingar og jafnvel tengsl við lakari heilsu á fullorðinsárum. Þau bjargráð sem mörg börn nýta sér eru gjarnan til dæmis tölvuleikir og skjátími, en fyrir öðrum veitir matur huggun og þá er salat og grænmeti almennt ekki það sem þau sækja í.

Heilsa barna hefur almennt versnað á undanförnum misserum, kyrrsetan er meiri og hreyfing minni, svefninn styttri, blóðgildin og mataræðið verra, og vanlíðan meiri. Á sama tíma lengjast biðlistarnir og nærtækastur er biðlistinn fyrir meðferð í offituteymi Barnaspítala (Heilsuskólann) sem nú er 18 mánuðir og hefur aldrei verið lengri.

Íslensk börn hafa heldur aldrei verið með hærra hlutfall offitu og nær það nú 7% (6-15 ára),[1] meðal þess hæsta sem gerist í Evrópu. Skjólstæðingahópur Heilsuskólans hefur einnig breyst og er hátt hlutfall þeirra barna sem leitar þangað með geðraskanir, ADHD og einhverfu,[2] sem flækt getur meðferðina töluvert og leitt til vítahrings óheilbrigðra matarvenja, kyrrsetu og vanlíðunar. Þegar upp koma áföll eða erfiðleikar er ekki hlaupið til sálfræðings eða geðlæknis því biðlistar hlaupa á árum frekar en vikum, eða kostnaðurinn mikill.

Í fyrirmyndarheimi gæti barn með offitu fengið úrlausn fyrir vanlíðan sína fljótt og komið í beinu framhaldi í meðferð við offitu, og öfugt. Meðferð Heilsuskólans er gagnreynd, þverfagleg fjölskyldumeðferð[3] þar sem hugað er að mörgum þáttum heilsunnar, eins og svefni, næringu, líðan, sálfélagslegri stöðu og hreyfingu. Áhersla er lögð á mikilvægi samvinnu, og samveru barna og foreldra enda er fjölskyldupátturinn veigamikill í stuðningi við barnið. Sambærilegt þverfaglegt úrræði sem ætlað er börnum með matvendni var nýlega rannsakað undir merkjum Bragðlaukaþjálfunar þar sem börn með og án taugaþroskaraskana (til dæmis einhverfu og ADHD) ásamt foreldrum upplifðu góðar samverustundir.[4] Þar fengu börn þjálfun í að læra að óttast ekki mat og jafnvel hafa ánægju af því að neyta grænmetis, ávaxta og grófmetis. Úrræði eru í farvatninu tengd Bragðlaukaþjálfun en góð næring er ein af grunnstoðum góðrar heilsu og líðanar.

Um fjórðungur barna er matvandur eða með takmarkað fæðuval eftir 6 ára aldur en hlutfallið er aftur á móti mun hærra hjá börnum með einhverfu, eða allt að 80%, og 40% hjá börnum með ADHD.[5] Sameiginlegt hjá þessum börnum er að forðast grænmeti, ávexti, grófmeti og trefjar og sækja frekar í einföld kolvetni og sér í lagi litlausan mat (*White foods*), til dæmis skyndinúðlur, ljóst brauð, mjúka snúða og morgunkorn. Matvendni barna getur fylgt sálfélagsleg skerðing og aukin streita á heimilum þeirra en einnig þungar áhyggjur foreldra, sér í lagi ef barnið nærist illa eða þyngist hratt. Takmarkað fæðuval getur einnig haft áhrif á þarmaflóruna og valdið meðal annars hægðatregðu og magaóþægindum en getur einnig tengst ofþyngd og offitu.

Börn hafa ekki mörg bjargráð við vanlíðan og of stór hluti þeirra verður fyrir stríðni og einelti. Slíkt getur haft alvarlegar afleiðingar og leitt til lakari heilsu á fullorðinsárum. Bjargráð barna eru gjarnan tölvuleikir og fyrir aðra veitir óhollur matur huggun.

Með heildstæðum og þverfaglegum lausnum má aðstoða börn og fjölskyldur þeirra, en úrræðaleysi innan heilbrigðiskerfisins gagnvart skjólstæðingahópum með vandamál tengd sálrænum erfiðleikum, fæðuvenjum og offitu er nánast lamandi og vonandi að bragarbót verði gerð þar á. Samstillt átak þarf til þess að börnin fái þann forgang sem þeim ber, enda núverandi staða ótæk.

Heimildir

1. Þróunarmiðstöð Heilsugæslu. Heilsuvernd skólabarna. Ársskýrsla 2021-2022: ofþyngd og offita 6-14 ára barna [óbirt skýrsla].
2. Þorsteinsdóttir S, Brynjólfsdóttir B, Bjarnason R, et al. Offitumeðferð barna í Heilsuskóla Barnaspítalans: Breytingar á algengi ADHD, einhverfu, kvíða og þunglyndis. Sálfræðiritið 2017; 22: 85-102.
3. Gunnarsdottir T, Sigurdardottir ZG, Njardvik U, et al. A randomized-controlled pilot study of Epstein's family-based behavioural treatment for childhood obesity in a clinical setting in Iceland. Nord Psychol 2011; 63: 6-19.
4. Thorsteinsdottir S, Njardvik U, Bjarnason R, et al. Changes in Eating Behaviors Following Taste Education Intervention: Focusing on Children with and without Neurodevelopmental Disorders and Their Families: A Randomized Controlled Trial. Nutrients 2022; 14: 4000.
5. Mayes SD, Zickgraf H. Atypical eating behaviors in children and adolescents with autism, ADHD, other disorders, and typical development. Res Autism Spectr Disord 2019; 64: 76-83.

Long waiting lists and the need for multidisciplinary solutions

Sigrún Þorsteinsdóttir
PhD, post doc Health Promotion, University of Iceland
Clinical health, and pediatric psychologist, pediatric department of obesity, Landspítali National University Hospital

doi 10.17992/lbl.2023.06.746

Stofn



Páll elskar endurgreiðslur.

Þess vegna er hann hjá Sjóvá.

Á hverju ári fá þúsundir tjónlausra viðskiptavina Sjóvá **Stofnendurgreiðslu**. Þannig hefur það verið í rúm 25 ár.

SJÓVÁ

Þjálfun landsbyggðarlækna í meðhöndlun slasaðra og bráðveikra

Ásta Evlalía Hrafnkelsdóttir[1] læknanemi
Hjalti Már Björnsson[1,2] læknir
Jón Pálmi Óskarsson[3] læknir
Steinþór Runólfsson[4] læknir

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]bráðamóttöku Landspítala, [3]bráðamóttöku Sak, [4]Heilbrigðisstofnun Suðurlands.

Fyrirspurnum svarar Hjalti Már Björnsson, *hjaltimb@hi.is*

Greinin barst til blaðsins 8. febrúar 2023,
samþykkt 16. maí 2023.

ÁGRIP

Inngangur

Störf landsbyggðarlækna eru umtalsvert ólík störfum við heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu. Fyrir utan að sinna hinu hefðbundna verksviði heilsugæslulækna þurfa landsbyggðarlæknar að annast greiningu og fyrstu meðferð í öllum neyðartilvikum sem er venjulega sinnt á bráðamóttökum sjúkrahúsa í þéttbýli. Markmið rannsóknarinnar voru að kanna viðhorf landsbyggðarlækna til námskeiða í bráðalækningum og þátttöku í þeim, kanna hvernig þessi hópur metur eigin hæfni til að bregðast við vandamálum og kanna stöðu endurmenntunar á sviði bráðalækninga.

Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var lýsandi þversniðsrannsókn og samanstóð þýðið af sérfræðilæknum og almennum læknum með minnst tveggja ára starfsreynslu að loknu kandídatsári sem starfa að minnsta kosti fjórðung ársins utan höfuðborgarsvæðisins. Upplýsingum var safnað með rafrænum spurningalista. Notað var t-próf og kí-kvaðrat próf og voru marktæknimörk $p<0,05$.

Niðurstöður

Könnunin var send til 84 lækna og alls luku 47 (56%) við könnunina. Höfðu yfir 90% þátttakenda farið á námskeið í sérhæfðri endurlífgun en einungis 18% þátttakenda tekið þátt í námskeiði í bráðalækningum utan sjúkrahúsa (BLUS) sem er sérhannað fyrir þennan markhóp. Meira en helmingur þátttakenda taldi sig hafa góða þjálfun til að framkvæma 7 af 11 neyðarinngripum. Þá töldu yfir 40% þátttakenda að bæta þyrfti endurmenntun í 7 af 10 flokkum bráðaþjónustu. Að lokum taldi yfir helmingur þátttakenda að skortur á afleysingalæknum væri þess valdandi að þeir gætu ekki sótt sér endurmenntun.

Ályktanir

Meirihluti landsbyggðarlækna telur sig hafa góða þjálfun til að veita bráðaþjónustu. Helst er þörf á að bæta þjálfunina varðandi störf á vettvangi og í sjúkrabíl, bráðavandamálum barna og fæðingum og bráðum kvensjúkdómum. Auka þarf aðgengi landsbyggðarlækna að sérhæfðum bráðanámskeiðum.

Inngangur

Samkvæmt nýjustu gögnum úr Þjóðskrá frá desember 2022 eru tæplega 70% þjóðarinnar búsett á höfuðborgarsvæðinu eða á Akureyri. Hin 30% þjóðarinnar búa vítt og dreift um landið, fjarri þeirri sérhæfðu heilbrigðisþjónustu sem veitt er á Landspítala og Sjúkrahúsinu á Akureyri. Ein af forsendum þess að byggð þrífist á landsbyggðinni er að íbúar hafi aðgang að nauðsynlegri læknisþjónustu. Íslandi er skipt niður í heilbrigðisumdæmi og innan þeirra eru þjónustusvæði sem tilheyra heilsugæslustöð þar sem læknir er ávallt tiltækur þegar slys verða eða upp koma bráð veikindi. Með þessum hætti er reynt að tryggja öllum landsmönnum heilbrigðisþjónustu allan sólarhringinn allt árið um kring. Þetta fyrirkomulag byggir á því að til staðar séu heilsugæslulæknar sem eru þjálfaðir í að annast móttöku og fyrstu meðferð í öllum neyðartilvikum, þar með talið alvarlegum málum sem er venjulega sinnt á bráðamóttökum sjúkrahúsa í þéttbýli. Þar sem þessi tilvik geta verið af mjög ólíkum toga og gerast fremur sjaldan er áskorun að tryggja að læknirinn kunni til verka.

Sérnámslæknar í heilsugæslulækningum dvelja 4-8 mánuði á bráðamóttöku í námi sínu og fá þar kennslu í að bregðast

við bráðatilfellum og taka þátt í deildarvinnu og vöktum á bráðamóttöku. Auk þessarar þjálfunar býðst læknum að sækja námskeið í sérhæfðri endurlífgun á borð við ILS (Immediate Life Support), ACLS (Advanced Cardiovascular Life Support) og ALS (Advanced Life Support). ILS er eins dags námskeið sem kennir helstu aðgerðir sem beita má til að koma í veg fyrir hjartastopp og að meta sjúkling í hjartastoppi áður en sérhæft endurlífgunarteymi kemur á vettvang. ALS og ACLS námskeiðin eru tveggja daga námskeið sem hafa það markmið að þjálfa heilbrigðisstarfsfólk, meðal annars lækna í dreifbýli, í að veita sérhæfða endurlífgun og stjórna aðgerðum á vettvangi.[4] Einnig býðst læknum að sækja námskeið í bráðameðferð og sérhæfðri endurlífgun barna, sem þjálfar lækna í að veita börnum sérhæfða endurlífgun og stjórna aðgerðum á vettvangi. Dæmi um slík námskeið eru PALS (Pediatric Advanced Life Support) og EPALS (European Paedtriatic Advanced Life Support). [5] Árið 2003 var sett á laggirnar sérstakt námskeið ætlað læknum sem starfa í heilsugæslu á landsbyggðinni undir heitinu Bráðalækningar utan sjúkrahúsa (BLUS). Á því námskeiði eru læknar þjálfaðir í að takast á við öll helstu vandamál sem læknar þurfa að bregðast við utan sjúkrahúsa; endurlífgun, bráða hjartasjúkdóma, meðhöndlun öndunarvegar, meðvitundarleysi, flogaveiki, áverka, einföld slys og hópslys, bráðan hegðunarvanda, bráðavanda barna og fæðingar. Miðast öll kennsla á námskeiðinu við aðstæður lækna utan sjúkrahúsa, á vettvangi eða smærri heilbrigðisstofnunum.[6] Slík sérhæfð bráðanámskeið eru haldin hérlendis reglulega en kanna þarf hvort læknar telji þau gagnleg og hvernig þeim gengur að taka þátt í slíkum námskeiðum og jafnframt sinna endurmenntun í bráðalækningum. Þá er jafnframt mikilvægt að velta fyrir sér hvort skortur á þjálfun og endurmenntun lækna til að bregðast við slysum og bráðum veikindum á þátt í að erfiðlega gengur að manna læknisstöður á landsbyggðinni.

Þjálfun og endurmenntun heimilislækna í bráðalækningum er málefni sem hefur ekki verið mikið rannsakað hér á landi né erlendis. Árið 2011 var send rafræn könnun til lækna starfandi í heilsugæslu hérlendis til að kanna stöðu bráðaþjálfunar. Reyndust 83% þátttakenda hafa sótt sérhæft endurlífgunarnámskeið og 34% sótt sérhæft námskeið í bráðalækningum utan sjúkrahúsa. Reyndust þá marktækt fleiri landsbyggðarlæknar en læknar á höfuðborgarsvæðinu hafa sótt námskeið í greiningu og meðferð slasaðra. Varðandi þjálfun í einstökum flokkum bráðavandamála taldi meira en fjórðungur lækna þjálfun sína í að sinna vinnu á vettvangi í sjúkrabíl og til að sinna greiningu og meðferð slasaðra nokkuð eða verulega ábótavant. Það sama átti við um bráðavandamál barna, fæðingar og kvensjúkdóma og viðbúnað vegna hópslysa og almannavár. Töldu læknar sig hafa fengið betri þjálfun til að sinna minniháttar áverkum, bráðum hjartasjúkdómum, endurlífgun og öndunaraðstoð. Varðandi endurmenntun að námi loknu í hinum 9 ólíku flokkum bráðaþjónustu, töldu þeir að meðaltali í 54% tilvika að hún hefði verið þokkaleg eða betri. Í að meðaltali 46% tilvika töldu læknar að þeir hefðu ekki nógu vel eða með mjög ófullnægjandi hætti getað sótt sér endurmenntun á þessu sviði. Höfðu landsbyggðarlæknar marktækt betur náð að sinna endurmenntun varðandi viðbrögð við hópslysum og almannavá heldur en þeir sem starfa í þéttbýli. Höfðu 70% landsbyggðarlækna getað sinnt endurmenntun á þessu sviði þokkalega eða betur á meðan það átti einungis við um 30% þéttbýlislækna. Varðandi mönnunarvanda lækna á landsbyggðinni töldu 80% þátttakenda að skortur á þjálfun og endurmenntun lækna til að bregðast við slysum og bráðum veikindum ætti þátt í því.[7]

Víða erlendis hefur verið komið upp vaktþjónustu þar sem bráðalæknir með fjarfundabúnað er læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki til stuðnings við bráðar aðstæður. Getur það verið bæði á vettvangi eða á smærri heilbrigðisstofnunum. Með slíkri tækni getur bráðalæknir veitt stuðning við mat á slösuðum eða bráðveikum sjúklingum og leiðsögn við framkvæmd bráðra inngripa í gegnum fjarfundabúnað. Hefur þessi þjónusta til að mynda verið notuð í Bandaríkjunum þar sem víða er að finna dreifbýl svæði fjarri bráðasjúkrahúsi. Í bandarískri rannsókn frá árinu 2013 var slík þjónusta prófuð af læknum sem starfa á dreifbýlum svæðum. Voru þátttakendur sammála um að slík fjarlækningaþjónusta gæti orðið til þess að fleiri heilsugæslulæknar fengjust til að starfa á dreifbýlli svæðum Bandaríkjanna, enda veitir slík þjónusta mikið öryggi fyrir þessa lækna.[8] Önnur bandarísk rannsókn frá árinu 2015 skoðaði við hvaða aðstæður fjarlækningaþjónusta er virkjuð og gagnsemi hennar. Niðurstöður leiddu í ljós að þjónustan var mest notuð hjá sjúklingum með vandamál í hjarta- og æðakerfi, við slys, heilablóðfall og geðrænan vanda. Þjónustan leiddi til skilvirkra flutninga sjúklinga á önnur sjúkrahús og varð til þess að klínískum verkferlum á borð við viðbragð við heilaslagi var betur fylgt.[9]

Rannsókn þessi var framkvæmd til að kanna viðhorf landsbyggðarlækna á Íslandi til námskeiða í bráðalækningum og þátttöku í þeim, kanna hvernig þessi hópur metur eigin hæfni til að bregðast við vandamálum og kanna stöðu endurmenntunar á sviði bráðalækninga. Einnig var leitast við að meta álit landsbyggðarlækna á áhrifum þjálfunar og endurmenntunar á mönnunarvanda á landsbyggðinni. Að lokum var metinn áhugi þátttakenda á að setja á laggirnar fjarsamskiptalæknisþjónustu þar sem bráðalæknir með fjarfundabúnað er læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki til stuðnings við bráðar aðstæður.

Efniviður og aðferðir

Snið rannsóknar og þátttakendur

Rannóknin var lýsandi þversniðsrannsókn. Þýði rannsóknarinnar var læknar sem starfa að minnsta kosti fjórðung ársins í heilsugæslu utan höfuðborgarsvæðisins, sérfræðingar og almennir læknar með að minnsta kosti tveggja ára starfsreynslu eftir lok kandítatsárs. Voru þeir læknar sem uppfylltu þátttökuskilyrði fundnir í samstarfi við tengiliði á heilbrigðisstofnunum 6: Austurlands, Norðurlands, Suðurlands, Suðurnesja, Vesturlands og Vestfjarða.

Spurningalistinn

Spurningalistinn var saminn af höfundum og samanstóð af 30 spurningum í 7 hlutum. Hann innihélt lokaðar spurningar, fjölvalsspurningar og opin textabox. Notaður var ýmist fjögurra eða fimm punkta raðkvarði fyrir svarmöguleika

Tafla I. Dreifing bakgrunnsbreyta meðal þátttakenda, fjöldi (%).

Bakgrunnsbreytur	Þátttakendur (n=50)
Aldur	
Meðaltal	48,5
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	46,0 [29, 74]
Kyn	
Kvenkyn	13/50 (26)
Karlkyn	37/50 (74)
Menntun	
Almennur læknir	5/50 (10)
Sérnámslæknir	11/50 (22)
Heimilislæknir	28/50 (56)
Sérfræðingur í öðrum sérgreinum	6/50 (12)
Ár frá útskrift úr læknadeild	
Meðaltal	21,4
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	16,5 [2, 46]
Ár við störf á landsbyggð	
Meðaltal	13,9
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	9,5 [1, 38]

Tafla II. Sérhæfð bráðanámskeið, fjöldi (%).

Námskeið	Svarhlutföll
Námskeið í sérhæfðri endurlífgun (ILS/ALS/ACLS)	
Hafa farið á námskeið	46/49 (94)
Meðalárafjöldi síðan farið var á námskeið	6,25
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	6,0 [0, 18]
Telja námskeiðið gagnlegt fyrir landsbyggðarlækna	50/50 (100)
Námskeið í sérhæfðri endurlífgun barna (PALS/EPALS)	
Hafa farið á námskeið	11/49 (22)
Meðalárafjöldi síðan farið var á námskeið	3,95
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	4,0 [2, 8]
Telja námskeiðið gagnlegt fyrir landsbyggðarlækna	40/43 (93)
Námskeið í greiningu og meðferð slasaðra (ATLS)	
Hafa farið á námskeið	20/49 (41)
Meðalárafjöldi síðan farið var á námskeið	7,85
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	5,0 [1, 23]
Telja námskeiðið gagnlegt fyrir landsbyggðarlækna	45/46 (98)
Námskeið í bráðalækningum utan sjúkrahúsa (BLUS)	
Hafa farið á námskeið	9/49 (18)
Meðalárafjöldi síðan farið var á námskeið	10,56
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	10,0 [1, 22]
Telja námskeiðið gagnlegt fyrir landsbyggðarlækna	41/42 (98)

Við skilgreiningu á gagnsemi námskeiðanna var það að telja námskeiðin mjög gagnleg og frekar gagnleg (svarmöguleikar 4 og 5 á 5-punkta skala) flokkað sem gagnleg. Yfir 90% þátttakenda töldu öll fjögur námskeiðin gagnleg fyrir landsbyggðarlækna, en þó sérstaklega námskeið í sérhæfðri endurlífgun sem allir þátttakendur töldu gagnlegt.

(Likert-kvarði). Forprófun á spurningalistanum var gerð meðal rannsakenda. Fyrsti hluti voru 5 spurningar er vörðuðu bakgrunnsbreyturnar aldur, kyn, árafjöldi frá útskrift úr grunnnámi, starfsaldur á landsbyggðinni og sérfræðiviðurkenning. Annar hluti varðaði skipulag þjónustu á heilsugæslustöð viðkomandi læknis. Þriðji hluti beindist að þjálfun þátttakenda í að bregðast við bráðum vandamálum. Þar voru þátttakendur spurðir út í þátttöku og gagnsemi sérhæfðra bráðanámskeiða. Í fjórða hluta voru þátttakendur beðnir að meta eigin hæfni í að framkvæma 11 neyðarinngrip. Fimmti hluti sneri að því að meta þá endurmenntun sem þátttakendur höfðu sótt og möguleika þeirra til að sækja sér slíka þjálfun. Þá voru þátttakendur einnig spurðir hvort þeir teldu að skortur á þjálfun og endurmenntun lækna til að bregðast við slysum og bráðum veikindum ætti þátt í að erfiðlega gengi að manna læknisstöður á landsbyggðinni.

Í sjötta hluta voru þátttakendur spurðir út í þátttöku sína í útköll með sjúkrabíl. Þar voru þátttakendur beðnir að skilgreina hvaða útkallsaðstæður þeir teldu þess eðlis að þeir teldu sig þurfa að fara með sjúkrabíl á vettvang. Síðasti hluti spurningalistans varðaði fjarlækningar þar sem þátttakendur voru beðnir að meta hversu gagnlegt þeir teldu það vera fyrir sitt hérað að vera með aðgengilega vaktþjónustu bráðalæknis í gegnum fjarfundabúnað. Að lokum gafst þátttakendum tækifæri til að koma öðrum málum á framfæri. Spurningalistinn var þannig hannaður að þátttakendur gátu svarað honum í heild sinni eða sleppt einstökum spurningum.

Framkvæmd

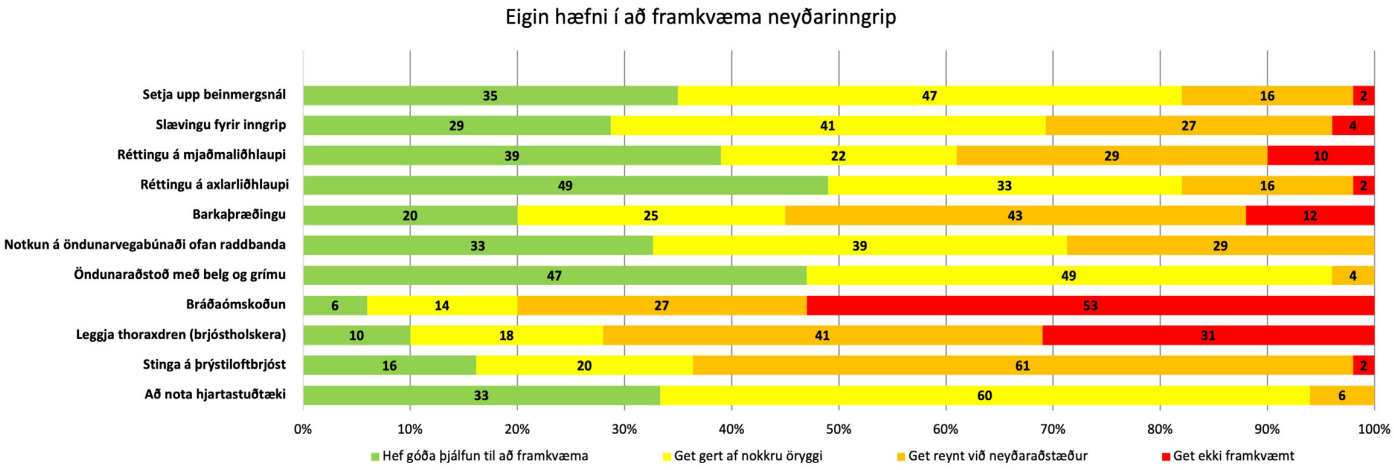
Kynningarbréf sem greindi ítarlega frá rannsókninni var sent í tölvupósti til allra þátttakenda, ásamt vefslóð á spurningalista rannsóknarinnar. Notuð voru rafrænu gagnaöflunartólin REDCap til að safna gögnum. Svörun við umræddum spurningalista jafngilti upplýstu samþykki við þátttöku í rannsókninni. Ekki var unnið með persónugreinanlegar upplýsingar. Rannsóknin var gerð í mars 2021. Sendar voru tvær áminningar til allra þátttakenda í rannsókninni.

Úrvinnsla gagna

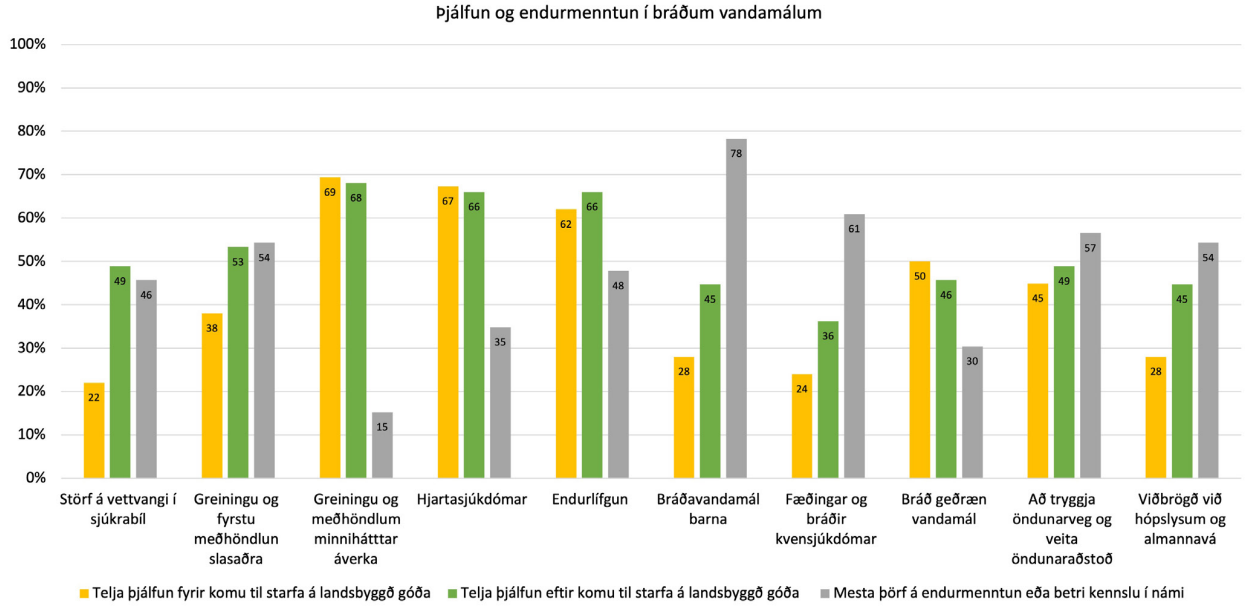
Gögn voru sótt úr REDCap forritinu og færð yfir í tölvuforritið Rstudio til tölfræðiúrvinnslu. Þar sem um aðferðir lýsandi tölfræði var að ræða voru niðurstöður rannsóknarinnar fyrst og fremst settar fram á formi tíðni og meðaltals. Samhliða voru niðurstöður settar upp í krosstöflur og túlkaðar út frá því. Gerð voru kí-kvaðrat próf til að skoða hvort um marktækt samband væri að ræða á milli breyta og einnig T-próf til að skoða hvort marktækur munur væri á meðaltölum á milli hópa. Marktækni miðaðist við P-gildið <0,05.

Niðurstöður

Alls var könnunin send til 84 einstaklinga sem uppfylltu skilyrði um þátttöku að mati tengiliðar á hverri heilbrigðisstofnun. Tóku 50 manns þátt í könnuninni, eða 60%, og þar af luku 47 manns við könnunina, eða 56%. Eru svör gefin upp út frá svarhlutfalli hverrar spurningar. Dreifingu bakgrunnsbreyta meðal þátttakenda má sjá í töflu I.



Mynd 1. *Eigin hæfni í að framkvæma neyðarinngrip.*



Mynd 2. *Myndin sýnir hlutföll lækna sem telja þjálfun sína fyrir og eftir komu á landsbyggð vera mjög góða og frekar góða (svarmöguleikar fjórir og fimm á fimm-punkta skala). Einnig sýnir myndin í hvaða flokkum læknar töldu mesta þörf vera á endurmenntun.*

Um námskeið í bráðalækningum

Af alls 49 þátttakendum höfðu 46 (94%) sótt námskeið í sérhæfðri endurlífgun (ACLS, ALS eða ILS). Einungis 18% þátttakenda höfðu sótt námskeið í bráðalækningum utan sjúkrahúsa. Yfir 90% þátttakenda töldu öll fjögur námskeiðin gagnleg fyrir landsbyggðarlækna, en þó sérstaklega námskeið í sérhæfðri endurlífgun sem allir þátttakendur töldu gagnlegt. Sjá nánari sundurliðun í töflu II.

Um hæfni í að framkvæma inngrip

Þátttakendur voru beðnir um að meta hversu vel þeir gætu framkvæmt 11 neyðarinngrip. Taldi meira en helmingur svarenda sig hafa góða færni til að geta framkvæmt af nokkru öryggi 7 af þessum 11 inngripum. Töldu yfir 90% svarenda sig geta framkvæmt öndunaraðstoð með belg og grímu og notað hjartastuðtæki með að minnsta kosti nokkru öryggi. Minnsta töldu svarendur hæfnina vera í bráðaómskoðun og að leggja brjóstholskera. Sjá nánari sundurliðun á mynd 1.

Um þjálfun fyrir og eftir komu á landsbyggðina

Til að leggja mat á þjálfun lækna á landsbyggðinni í bráðalæknisfræði voru þátttakendur beðnir um að meta þá þjálfun sem þeir hlutu annars vegar fyrir komu til starfa á landsbyggðinni og hins vegar eftir komu til starfa á landsbyggðinni í 10 flokkum neyðartilvika. Þjálfun fyrir komu á landsbyggð felst í að hafa lokið námi, hvort sem það er einungis grunnnám í læknisfræði eða sérfræðinám, og möguleg sérhæfð bráðanámskeið sem viðkomandi kann að hafa farið á. Þjálfun eftir

Tafla III. Endurmenntun landsbyggðarlækna, fjöldi (%).

Spurningar	Hlutfall
Hvernig myndir þú kjósa að sinna endurmenntun?	
Ráðstefnur	24/47 (51)
Námskeið	43/47 (92)
Fyrirlestrar á netinu	16/47 (34)
EM-RAP	7/47 (15)
Lestur greina	8/47 (17)
Verknám á spítala	21/47 (45)
Hópæfingar hjá heilsugæslu	35/47 (75)
Hvað vantar uppá að þú hafir getað sinnt endurmenntun?	
Skortur á framboði námskeiða	30/42 (71)
Ónógur stuðningur vinnuveitanda við að greiða kostnað við námsleyfi	7/42 (17)
Skortur á afleysingalæknum	23/42 (55)
Hef meiri áhuga á öðru en bráðavandamálum	4/42 (9,5)
Veit ekki hvar ég á að leita að upplýsingum	3/42 (7)
Fjölskylduaðstæður	4/42 (9,5)
Annað*	
Telur þú að skortur á þjálfun og endurmenntun lækna til að bregðast við slysum og bráðum veikindum eigi þátt í að erfiðlega gengur að manna læknisstöður á landsbyggðinni?	
Já	35/46 (76)
Nei	11/46 (24)
Ef svo er, hversu mikinn telur þú þann þátt vera í erfiðleikum við að manna læknisstöður á landsbyggðinni?	
Mjög mikinn	6/35 (17)
Talsverðan	20/35 (57)
Nokkurn	9/35 (26)
Óverulegan	0/35 (0)

*Önnur svör sem bárust voru í fyrsta lagi að COVID hafi komið í veg fyrir endurmenntun á síðastliðnu ári, í öðru lagi að læknar á landsbyggðinni eru almennt verktakalæknar og stofnarnir bjóða enga endurmenntun fyrir þá og í þriðja lagi að læknar væru önnum kafnir við annað.

komu á landsbyggð felst í hópæfingum á heilsugæslu, endurmenntun, sérhæfðum bráðanámskeiðum eða starfsreynslu við störf á landsbyggðinni. Í kjölfar spurningar varðandi þjálfun í 10 flokkum neyðartilvika voru læknarnir beðnir um að meta í hverjum af þeim 10 flokkum væri mest þörf á endurmenntun eða betri kennslu í námi. Mynd 2 sýnir hlutföll lækna sem telja þjálfun sína fyrir og eftir komu á landsbyggð vera mjög góða og frekar góða (svarmöguleikar fjórir og fimm á fimm-punkta skala). Einnig sýnir myndin í hvaða flokkum læknar töldu mesta þörf vera á endurmenntun.

Um endurmenntun í bráðalækningum

Til að leggja mat á hvernig endurmenntun er háttað hjá landsbyggðarlæknum voru þátttakendur beðnir um að svara fjórum spurningum. Þátttakendur voru beðnir um að svara hvernig þeir myndu kjósa að sinna endurmenntun og hvað þeir töldu að vantaði upp á að þeir hefðu getað sinnt endurmenntun. Þá voru þeir einnig spurðir hvort þeir teldu að skortur á þjálfun og endurmenntun lækna til að bregðast við slysum og bráðum veikindum ætti þátt í að erfiðlega gengur að manna læknisstöður á landsbyggðinni og ef svo er, hversu mikill sá þáttur er. Að mati svarenda er skortur á framboði á viðeigandi námskeiðum og afleysingalæknum það sem helst kemur í veg fyrir að þau geti sinnt endurmenntun með fullnægjandi hætti. Sjá nánari sundurliðun á svörum í töflu III.

Um útköll á vaktinni

Þátttakendur voru spurðir út í þátttöku þeirra í vaktþjónustu á heilsugæslum sínum. Voru þátttakendur spurðir út í vaktafjölda á mánuði, fjölda hópæfinga sem þeir taka þátt í á vegum heilsugæslu sinnar, fjölda stöðugilda lækna á heilsugæslu sinni og hver fjarlægð væri í mínútum talið í keyrslu undir venjulegum kringumstæðum í næsta sjúkrahús þar sem væri vakthafandi skurðlæknir og svæfingalæknir. Einnig voru þátttakendur beðnir um að meta hæfni sjúkraflutningsfólks á heilsugæslu sinni í þremur neyðartilvikum. Varðandi útköll með sjúkrabílnum þá veru læknarnir spurðir hversu oft þeir fara í slík útköll, hversu stóru hlutverki þeir telja sig gegna í bráðaþjónustu á þjónustusvæði sinnar heilbrigðisstofnunnar og hvaða útkallsaðstæður þeim fyndist þess eðlis að þeir teldu sig þurfa að fara með sjúkrabílnum á vettvang.

Þátttakendum var skipt í 2 hópa eftir vaktafjölda sem læknarnir taka að meðaltali á mánuði.

Í fyrri hluta töflunnar var framkvæmt T-próf til að skoða hvort um marktækan mun væri að ræða á meðaltölum á milli hópanna tveggja. Í seinni hlutanum var framkvæmt kí-kvaðrat próf til að skoða hvort það væri marktækt samband á milli þess að taka fleiri vaktir og að telja sig þurfa að fara með sjúkrabílnum í tilfelli með útkallsaðstæðunum fimm. Sjá nánari sundirliðum á svörum í töflu IV.

Um fjarlækningar

Um tveir af hverjum þremur þátttakendum töldu að stuðningur bráðalæknis gegnum fjarfundabúnað gæti verið gagnlegur við störf þeirra í héraði en fjórðungur svarenda taldi slíkt ekki gagnlegt. Að meðaltali töldu svarendur að þau myndu nýta slíkan stuðning í 1,5 tilvikum á mánuði. Sjá nánar í töflu V.

Umræða

Í þessari rannsókn á þjálfun landsbyggðarlækna í meðhöndlun slasaðra og bráðveikra fæst ágætt yfirlit um stöðuna í málaflokknum á Íslandi. Reyndist þátttaka á sérhæfðum bráðanámskeiðum góð en algengt að langt væri síðan síðast var farið á námskeið. Meirihluti þátttakenda taldi sig hafa góða þjálfun til að framkvæma flest neyðarinngrip en yfir 40% þátttakenda töldu að bæta þyrfti endurmenntun í 7 af 10 flokkum bráðaþjónustu. Að lokum taldi yfir helmingur þátttakenda að skortur á afleysingalæknum kæmi í veg fyrir að þau gætu sótt sér endurmenntun.

Rannsóknin byggði á fyrri rannsókn frá árinu 2011 þar sem sambærilegur spurningalisti var lagður fyrir alla lækna starfandi í heilsugæslu hérlendis. Þessi rannsókn var hins vegar

Tafla IV. Útköll á vaktinni, fjöldi (%).

		Vaktafjöldi í mánuði		Samanburður á vakthópum	
Breytur	**Heild (N=44)**	**1-15 vaktir (N=36)**	**16-31 vaktir (N=8)**	**t prófstærð**	**95% öryggisbil**
Fjöldi hópæfinga á ári					
Meðaltal	2,10	2,42	0,750	1.6016	[-0.43, 3.63]
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	1,00 [0, 20]	0 [0, 20]	1,00 [0, 2]		
Fjöldi stöðugilda lækna					
Meðaltal	6,17	7,17	1,94	5.2397***	[3.21, 7.25]
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	5 [1, 20]	5 [2, 20]	1,25 [1, 5]		
Fjarlægð í sjúkrahús					
Meðaltal	68,0	61,8	104	-1.1239	[-126.3, 41.78]
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	40 [0, 500]	40 [0, 500]	100 [0, 300]		
Meta hæfni sjúkraflutningsfólks í sérhæfðri endurlífgun góða	82	89	50	1981	[-0.06, 0.84]
Meta hæfni sjúkraflutningsfólks í fyrstu meðferð fjöláverka sjúklinga góða	82	89	50	1981	[-0.06, 0.84]
Meta hæfni sjúkraflutningsfólks í mati á öndunarerfiðleikum og öndunaraðstoð góða	80	83	63	1.2055	[-0.21, 0.67]
Fara alltaf með sjúkrabíl í F1 útköll	68	67	75	-0.4578	[-0.49, 0.32]
Fara alltaf með sjúkrabíl í F2 útköll	18	14	38	-1.2292	[-0.67, 0.20]
Telja sig gegna stóru hlutverki í bráðaþjónustu	86	83	100	-2.6458**	[-0.29, -0.04]
Útkallsaðstæður				**X2 prófstærð**	
Brjóstverkur	68	61	100	4461*	[0.035, 0.552]
Bílslys	82	78	100	2121	[-0.119, 0.38]
Fæðing	71	67	88	1330	[-0.162, 0.40]
Meðvitundarleysi	98	97	100	0.224	[-0.297, 0.142]
Heilaslag	52	42	100	8715**	[0.22, 0.728]
Annað****					

* p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001
****Önnur svör: „Allar aðstæður þar sem ekki er fyrirliggjandi í upphafi að sjúkraflutningamenn muni ráða við verkefnið", „Læknir fer með í bílslys ef það er F1 og F2 annars er það alltaf metið áður en læknir er sendur úr héraði: fjarlægð, ástandi sjúklings og háorkuslys", „Endurlífgun", „Bráð veikindi - fer eftir meldingu hverju sinni", „Alvarlegir áverkar", „Öndunarerfiðleikar", „Ef það er F2 og langt í burtu (>30 mín)", „Kannski allt ofangreint við vissar aðstæður en ekki alltaf. Ekki öll bílslys", „Óstabíl lífsmörk", ´"Getur í raun átt við allt háð einkennum og nánari upplýsingum"

einungis lögð fyrir reynda landsbyggðarlækna og verður að hafa það í huga við samanburð milli rannsókna. Svarhlutfall rannsóknarinnar var ásættanlegt (56%), betra en í fyrri rannsókn (40%).

Ákveðið var að beina rannsókninni að þeim hópi lækna sem hafa gert landsbyggðarlækningar að sínum megin starfsvettvangi. Á þessum vettvangi starfa einnig læknanemar og læknar í sérnámsgrunni í styttri tíma við afleysingar. Þessari rannsókn var ekki beint að stöðu þjálfunar þessa hóps en væri það efni í aðra rannsókn að rýna slíkt.

Þátttaka í sérhæfðum bráðanámskeiðum var góð og einnig svipuð á milli rannsókna að undanskildu námskeiði í bráðalækningum utan sjúkrahúsa (BLUS), en þátttaka á því námskeiði var einungis 18% í þessari rannsókn samanborið við 34% árið 2011. Orsakast þessi munur af því að námskeiðið hefur legið í dvala í langan tíma en hefur nýlega verið endurvakið. Töldu 98% þátttakenda að BLUS-námskeiðið væri gagnlegt fyrir landsbyggðarlækna. Einungis höfðu 22% þátttakenda tekið þátt í námskeiði í sérhæfðri endurlífgun barna og helst þetta lága hlutfall í hendur við þann mikla fjölda þátttakenda sem taldi að bæta þyrfti þjálfun og endurmenntun í bráðameðferð barna. Yfir 90% þátttakenda töldu að námskeiðin fjögur væru gagnleg fyrir landsbyggðarlækna og má því álykta út frá þessum niðurstöðum að halda þurfi bráðanámskeið oftar og gera þau aðgengilegri fyrir landsbyggðarlækna.

Í 7 af 11 flokkum taldi yfir helmingur læknanna sig hafa góða þjálfun til að framkvæma neyðarinngripin af nokkru öryggi. Þau inngrip sem flestir læknar töldu sig ekki geta framkvæmt eða einungis reynt við neyðaraðstæður voru barkaþræðing, bráðaómskoðun, að leggja brjóstholskera og stinga á þrýstiloftbrjóst. Þar sem bráðaómun er enn heldur nýtt fyrirbæri í íslensku heilbrigðiskerfi þarf ekki að koma á óvart að læknar mátu færni sína minnsta á því sviði. Nú eru ómtæki orðin ódýr og einfaldari í notkun en áður var, og því er raunhæft að útvega slík tæki á allar heilbrigðisstofnanir á Íslandi. Er þá mikilvægt að sinna einnig þjálfun lækna, ekki

bara til að framkvæma ómanir heldur þekkja hvenær rétt er að beita bráðaómun og hvernig skuli nýta niðurstöðurnar. Þarf sú þjálfun bæði að vera fræðileg, sem unnt er að gera með rafrænum hætti, auk þess sem tryggja verður handleiðslu við þjálfunina. Áhugavert var að einungis 33% læknanna töldu sig hafa góða þjálfun í að nota hjartastuðtæki. Þar sem slík tæki eru ýmist handvirk, al- eða hálfsjálfvirk, benda þessar niðurstöður til þess að æskilegt sé að hjartastuðtæki til nota á landsbyggðinni sé unnt að nota á al- eða hálfsjálfvirkri stillingu.

Svipað hlutfall þátttakenda á milli rannsókna taldi að sú þjálfun sem þau fengu í námi til að sinna vinnu á vettvangi í sjúkrabíl og til að sinna greiningu og meðferð slasaðra vera nokkuð eða verulega ábótavant. Það sama átti við um bráðavandamál barna, fæðingar og kvensjúkdóma og viðbúnað vegna hópslysa og almannavár. Þó mikið uppbyggingarstarf hafi verið unnið varðandi sérnám í heilsugæslu á Íslandi, benda þessar niðurstöður til þess að halda megi áfram að bæta þjálfun í sérnámi varðandi viðbrögð við bráðum slysum og veikindum. Skoða mætti hvort það á að gera með auknum tíma sérnámslækna í verknámi í bráðalækningum, með aukinni áherslu á bráðalækningar í kennsluprógrammi í heilsugæslunni eða aukinni þátttöku sérnámslækna í sérhæfðum bráðanámskeiðum.

Varðandi orsakir þess að læknum hefur gengið erfiðlega að sinna endurmenntun í bráðalækningum, taldi meirihluti þátttakenda að helsti vandinn væri skortur á framboði námskeiða (70%) og skortur á afleysingalæknum (55%). Önnur svör sem bárust voru annars vegar að COVID hefði komið í veg fyrir endurmenntun á síðastliðnu ári og hins vegar að læknar væru önnum kafnir við annað.

Varðandi það hvort skortur á þjálfun og endurmenntun lækna í að bregðast við slysum og bráðum veikindum ætti þátt í að erfiðlega gengur að manna læknisstöður á landsbyggðinni, töldu rúmlega þrír af hverjum fjórum þátttakendum að svo væri. Er þetta svipað og í fyrri rannsókn þar sem 80% lækna voru á þessari skoðun. Skortur á vel þjálfuðum læknum á landsbyggðinni hefur lengi verið mikið vandamál. Þessi niðurstaða bendir til þess að hluta skýringarinnar sé að leita í því að heilsugæslulæknar telji sig ekki hafa fengið nægilega þjálfun í sérnámi sínu til að sinna þessum störfum. Til umræðu hefur verið að bjóða upp á sérstakt viðbótarnám í landsbyggðarlækningum sem myndi veita betri undirbúning fyrir starf á þessum vettvangi. Niðurstöður okkar rannsóknar benda til þess að gagnlegt væri að bjóða upp á slíkt nám.

Varðandi útkallsaðstæður þar sem læknarnir töldu sig þurfa að fara með sjúkrabílnum á vettvang, töldu nær allir þátttakendur að meðvitundarleysi væri þess eðlis að þeir færu með sjúkrabílnum. Tæplega 82% töldu bílslys vera þess eðlis að þeir færu með sjúkrabílnum og 70% töldu fæðingu þess eðlis að þeir færu með sjúkrabílnum á vettvang. Þegar skoðaður er samanburður á milli vakthópa sýnir kí-kvaðrat próf fram á marktækt samband á milli þess að taka fleiri vaktir og að telja sig þurfa að fara með sjúkrabílnum í útköll þar sem tilkynnt er um brjóstverk og heilaslag. Er líklegt að þeir læknar sem starfa mikið einir og taka margar vaktir í mánuði séu með lægri þröskuld fyrir því að fara með sjúkrabílnum í útköll.

Tafla V. Fjarlækningar á landsbyggðinni, fjöldi (%).

Spurningar	Svarhlutfall
Telur þú að fjarlækningaþjónusta væri gagnleg í þínu héraði?	
Mjög gagnleg	19/46 (41)
Nokkuð gagnleg	11/46 (24)
Hvorki né	5/46 (11)
Ekki mjög gagnleg	9/46 (20)
Alls ekki gagnleg	2/46 (4)
Hversu oft myndir þú áætla að þú gætir haft gagn af slíkum stuðningi á mánuði?	
Meðaltal	1,53
Miðgildi [Lægsta, hæsta gildi]	1 [0, 10]
Annað*	

* Aðrar athugasemdir sem bárust varðandi fjarlækningar: „Varðandi síðustu spurningu þá er ég bara einn hlekkur í bráðaþjónustu á mínu svæði og spurningin var hversu oft ég hefði gagn af fjarlæknistuðning, ég held að nær hefði verið að spyrja hversu oft stöðin hefði gagn af slíkum stuðningi og þá myndi ég segja að það væri 5-6 x í viku eða 20-24 x í mánuði"

Eru þeir læknar væntanlega oft í smærri læknishéruðum þar sem neyðartilfelli koma sjaldnar upp í störfum þeirra. Einnig er líklegt að sjúkraflutningafólk í smærri héruðum hafi minni reynslu í að fást við alvarlegri vandamál og því meiri þörf á stuðningi læknis í útkallinu.

Áhugavert er að 65% þátttakenda töldu fjarlækningaþjónustu þar sem bráðalæknir með fjarfundabúnað er læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki til stuðnings við bráðar aðstæður mjög eða nokkuð gagnlega. Þátttakendur áætluðu jafnframt að þeir gætu nýtt sér slíka þjónustu að meðaltali 1,5 sinnum í mánuði. Ef þessar niðurstöður eru heimfærðar á þá 84 lækna sem voru í þýði má áætla að um sé að ræða 120 mál á mánuði, eða fjögur á dag. Í þessari könnun eru þátttakendur meðal reyndustu héraðslæknanna sem væntanlega þurfa minni aðstoð en þau sem hafa minni reynslu og því má áætla að þörfin gæti jafnvel verið nokkur hundruð mál á mánuði eða um 10 mál að dag. Þessar niðurstöður benda til þess að það væri gagnlegt að koma upp slíkri þjónustu sem stuðning við landsbyggðarlækna.

Takmarkandi við rannsóknina er að svarhlutfallið var einungis 56% og samanstóð úrtakið af 47 læknum. Þá miðaðist rannsóknin við lækna sem hafa reynslu af störfum á landsbyggðinni og hafa þær aðstæður að megin starfsvettvangi. Þar sem læknisstöður á landsbyggðinni eru einnig að nokkru leyti mannaðar læknum sem hafa minni reynslu eða starfa þar einungis um skemmri tíma, endurspegla niðurstöður hennar ekki að fullu þá læknisþjónustu sem veitt er á þeim vettvangi.

Einnig má nefna að sjálfsmat þátttakenda er alltaf vissum annmörkum háð.

Samantekt

Vönduð þjálfun landsbyggðarlækna í greiningu og meðferð bráðra veikinda og slysa er hornsteinn þess að unnt sé að veita viðeigandi bráðaþjónustu á landsbyggðinni. Benda niðurstöður rannsóknarinnar til þess að auka þurfi undirbúning

lækna fyrir störf við bráðaaðstæður á landsbyggðinni og að auka þurfi aðgengi landsbyggðarlækna að sérhæfðum bráðanámskeiðum. Skortur á þjálfun og viðhaldsmenntun á þessu sviði á umtalsverðan þátt í þeim mönnunarvanda sem landsbyggðarlækningar búa við en gagnlegt gæti verið að koma upp fjarlækningaþjónustu bráðalæknis til stuðnings við landsbyggðarlækna.

Þakkir

Sérstakar þakkir fyrir aðstoð og stuðning við gerð rannsóknarinnar fá eftirfarandi:

- Pétur Heimisson, Heilbrigðisstofnun Austurlands
- Örn Ragnarsson, Heilbrigðisstofnun Norðurlands
- Kristinn Logi Hallgrímsson, Heilbrigðisstofnun Suðurnesja
- Kristín María Tómasdóttir, Heilbrigðisstofnun Vesturlands
- Súsanna Björg Ástvaldsdóttir, Heilbrigðisstofnun Vestfjarða

Heimildir

1. Íbúafjöldi eftir sveitarfélögum í desember 2022. Þjóðskrá. skra.is/um-okkur/frettir/frett/2022/12/05/Ibuafjoldi-eftir-sveitarfelogum-i-desember-2022/ - mars 2023.
2. Marklýsing fyrir sérnám í heimilislækningum. 2017. throunarmidstod.is/library/Files/Marklýsing%20í%20heimilislækningum%2004.10.2017.pdf – október 2022.
3. Sérhæfð endurliifgun I. Endurlífgunarráð Íslands. endurlifgun.is/is/moya/page/serhaefd-endurlifgun-i - febrúar 2021.
4. Sérhæfð endurlífgun II. Endurlífgunarráð Íslands. endurlifgun.is/is/moya/page/serhaefd-endurlifgun-ii - febrúar 2021.
5. Bráðameðferð og sérhæfð endurlífgun barna II. Endurlífgunarráð Íslands. endurlifgun.is/is/moya/page/bradamedferd-og-serhaefd-endurlifgun-barna-ii - maí 2023.
6. Haraldsson Þ. Viðbrögð við bráðum vanda á vettvangi – Bráðalæknar skipuleggja námskeið fyrir lækna. Læknablaðið 2004; 90: 320-1.
7. Björnsson HM, Halldórsson S. Þjálfun og endurmenntun lækna í heilsugæslu til að bregðast við slysum og bráðum veikindum. Læknablaðið 2013; 99: 416-8.
8. Potter A, Mueller K, MacKinney C, et al. Effect of tele-emergency services on recruitment and retention of US rural physicians. Rural Remote Health 2014; 14: 2787.
9. Natafgi N, Shane DM, Ullrich F, et al. Using tele-emergency to avoid patient transfers in rural emergency departments: An assessment of costs and benefits. J Telemed Telecare 2018; 24: 193-201.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.06.747

Training of Icelandic rural doctors in managing trauma and acute illness

Ásta Evlalía Hrafnkelsdóttir[1]
Hjalti Már Björnsson[1,2]
Jón Pálmi Óskarsson[3]
Steinþór Runólfsson[4]

[1] Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Emergency Department of Landspitali - The National University Hospital of Iceland, [3]Emergency Department of Akureyri Hospital, [4]The Health Institution of South Iceland.

Correspondence: Hjalti Már Björnsson, *hjaltimb@hi.is*

Key words: *rural medicine, emergency medicine, general practitioners.*

INTRODUCTION: Rural medicine is in many ways different from urban primary care. In addition to providing primary care for a population, the rural doctor is tasked with the initial evaluation and stabilization of all emergencies usually managed by an Emergency Department in urban areas. The goal of this study was to assess rural doctors' in Iceland attendance of courses in Emergency Medicine (EM), how rural doctors grade their own ability to respond to emergencies and evaluate their Continuous Medical Education (CME) within the field of EM.

MATERIALS AND METHODS: In this descriptive cross-sectional study, all rural general practitioners (GP) in Iceland with at least two years of experience post foundation training and who practiced at least a quarter of every year outside the capital area were surveyed using an electronic questionnaire. T-test and qi-square test were used for analysis and significance determined if $p<0.05$.

RESULTS: The survey was sent to 84 doctors with 47 (56%) completing the survey. Over 90% of the participants reported having completed a course in Advanced Life Support (ALS) but only 18% had completed a course in prehospital EM specifically designed for this group of doctors. Over half of the participants considered themselves to have good training to perform 7 out of 11 surveyed emergency procedures. Over 40% of participants considered it necessary to improve their CME in 7 out of 10 categories of EM. The majority of rural GPs considered shortage of doctors in the rural environment a significant factor limiting their CME.

CONCLUSIONS: The majority of rural doctors in Iceland consider themselves to have a good training to provide initial EM care in their community. Efforts to improve their training in this field of medicine should focus on scene safety and working in the prehospital setting, pediatrics, labor and deliveries and gynecological emergencies. Rural doctors need to have access to appropriate EM training courses.



Við varðveitum gögnin þín

- Þú hringir í 587 9800 eða sendir okkur tölvupóst
- Við komum með tóma kassa og strikamerki
- Þú skráir gögnin, setur í kassana, límir strikamerkin á og lætur okkur vita
- Við komum og förum með kassana í örugga geymslu þar sem þú hefur alltaf aðgang að þeim
- Við pössum gögnin í vöktuðu rými við bestu aðstæður þangað til þú vilt fá þau aftur, skoða þau eða taka til þín

Einfalt ekki satt

GAGNAGEYMSLAN

Gagnageymslan ehf. · Smiðshöfða 1, 110 Reykjavík · 587 9800
www.gagnageymslan.is · gagnageymslan@gagnageymslan.is

• Sjúkratilfelli •

Skyndileg aftanskinublæðing

Jón Bjarnason[1,2] læknir
Luis Fernando Bazan Asencios[1] læknir
Hjalti Már Þórisson[1] læknir
Kristbjörn I. Reynisson[1] læknir

[1]Æðaþræðing-inngripsröntgendeild, [2]röntgendeild Landspítala.

Fyrirspurnum svarar Jón Bjarnason, *jonbjarnason92@gmail.com*

Greinin barst til blaðsins 18. mars 2023,
samþykkt til birtingar 9. maí 2023.

ÁGRIP

Fimmtíu ára karlmaður kom með sjúkrabíl á bráðamóttökuna út af skyndilegum kviðverk. Við komu var hann kaldsveittur, fölur og með hraðan hjartslátt. Framkvæmd var tölvusneiðmynd sem sýndi stóra aftanskinublæðingu og grun um æxli í vinstri nýrnahettu. Ástand hans varð fljótt stöðugt eftir vökva- og blóðgjöf, en endurblæðing átti sér stað rúmlega viku eftir útskrift og sýndi þá ný tölvusneiðmynd sýndargúlp í iðrum frá vinstri mið-nýrnahettuslagæð. Í æðaþræðingu tókst að loka sýndargúlpnum með slagæðastíflun. Sjúklingurinn útskrifaðist í kjölfarið við góða líðan, en framkvæmd var segulómskoðun í eftirfylgd eftir frásog blæðingar sem hins vegar hrakti gruninn um æxli í nýrnahettu og er orsök fyrri blæðingar því enn óþekkt.

Inngangur

Skyndileg aftanskinublæðing (*spontaneous retroperitoneal hemorrhage*) er sjaldgæf, en getur verið lífshættuleg blæðing, sem getur lýst sér með kviðverk, blóðmigu, bakverk og/eða losti. Þó tengsl við blóðþynningu sé vel þekkt eru ýmsar aðrar orsakir sem geta valdið slíkri blæðingu, meðal annars æxli.[1,2]

Sýndargúlpur í iðrum (*visceral pseudoaneurysm*) er sjaldgæfur fylgikvilli, en getur verið lífshættulegur, sem getur komið meðal annars í kjölfar áverka, sýkingar eða bólgu. Iðrasýndargúlpar eru, ólíkt iðraslagæðagúlpum, ekki úr öllum þremur lögum æðar heldur þunnum bandvef og eru þeir því meðhöndlaðir fljótt eftir greiningu vegna mikillar blæðingarhættu.[3]

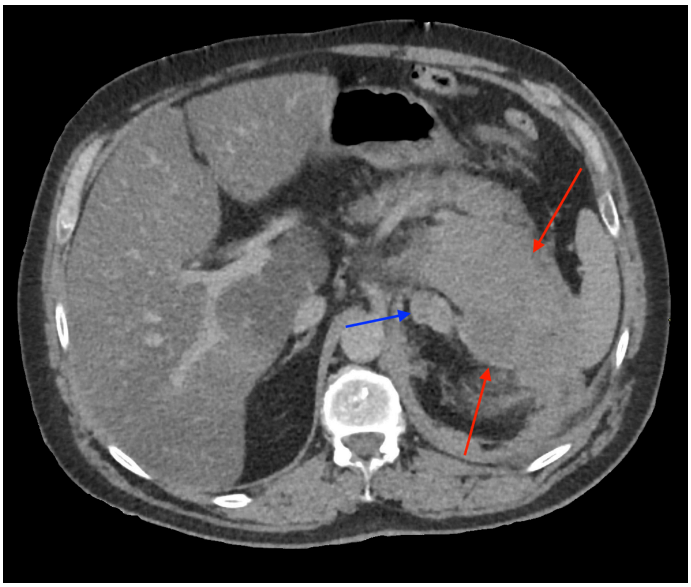
Tilfelli

Fimmtíu ára karlmaður með sögu um sarklíki (*sarcoidosis*) og heila- og mænusigg (*multiple sclerosis*) kom með sjúkrabíl á bráðamóttökuna vegna slæms kviðverks. Verkurinn byrjaði sem seyðingur vinstra megin í kviðnum en skyndilega varð verkurinn óbærilegur.

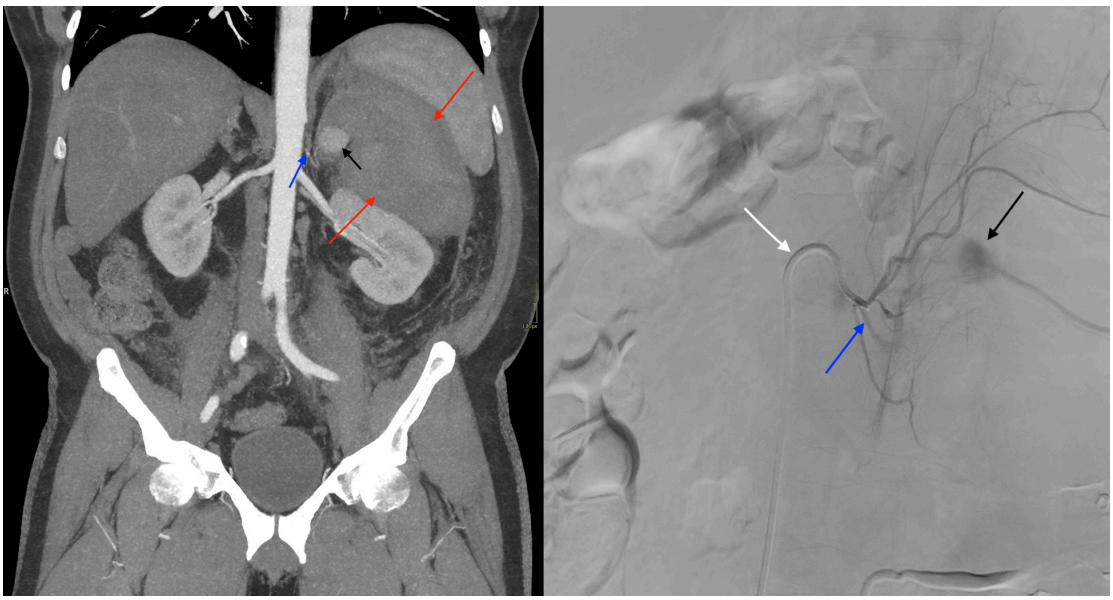
Við komu á bráðamóttöku var hann kaldsveittur, fölur og meðtekinn af verk. Háræðafylling var lengd og voru þreifieymsli vinstra megin í kviðarholi. Blóðþrýstingur var um 120 mmHg í systólu en hafði verið hærri í sjúkrabílnum (160-180 mmHg) og var púls einnig hækkaður (121 slög/mín). Blóðþrýstingur féll fljótlega í kjölfarið niður í 100 mmHg í systólu. Sjúklingur var því sendur í tölvusneiðmynd til frekari greiningar.

Tölvusneiðmynd var framkvæmd í portæðafasa (*portal venous phase*) og síðfasa. Rannsókn sýndi stóra aftanskinublæðingu vinstra megin (*retroperitoneal hemorrhage*), en ekki voru merki um virka blæðingu eða sýnt fram á undirliggjandi orsök hennar. Aðlægt blæðingunni sást hins vegar fyrirferð sem vakti grun um æxli í vinstri nýrnahettu.

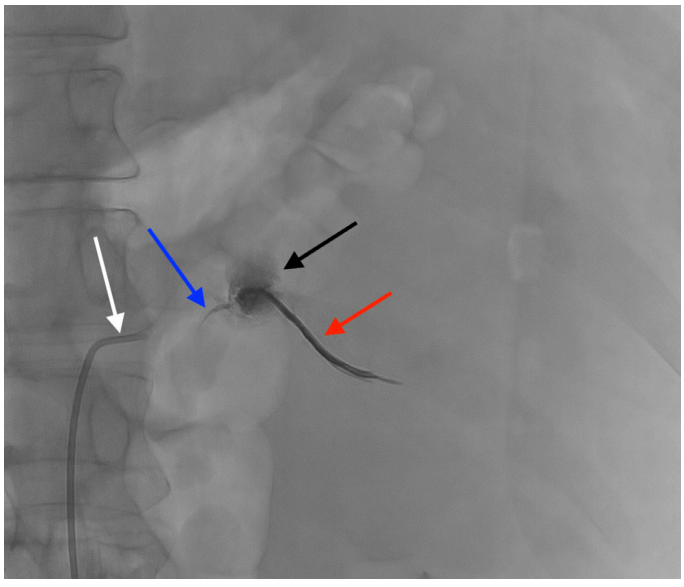
Sjúklingurinn fékk tvær einingar af neyðarblóði strax í kjölfar tölvusneiðmyndarinnar og fluttist á gjörgæsludeild, en ástand hans varð fljótt stöðugt. Í samráði við vakthafandi inngripsröntgenlækni og vakthafandi skurðlækni var ákveðið að byrja með hægmeðferð (*conservative treatment*). Í ljósi þess að grunur vaknaði um æxli í vinstri nýrnahettu var einnig mælt



Mynd 1. *Tölvusneiðmynd í portæðafasa og axial-plani sýnir stóra aftanskinublæðingu (rauðar örvar) ásamt óljósri fyrirferð aðlægt sem vakti grun um æxli í nýrnahettu (blá ör).*



Mynd 2 og 3. *Tölvusneiðmynd (t.v.) eftir seinni blæðingu í coronal-plani með 10 mm MIP endursniði sýnir stækkandi aftanskinublæðingu (rauðar örvar) ásamt iðrasýndargúlpi (svört ör) sem á upptök sín frá mið-nýrnahettuslagæð vinstra megin (blá ör). Í æðaþræðingu (t.h.) er staðfestur iðrasýndargúlpur (svört ör) sem á upptök sín frá mið-nýrnahettuslagæð (blá ör). Slagæðaleggur (hvít ör).*



Mynd 4. *Staðan eftir slagæðastíflun með Onyx 18. Röntgenþétt Onyx 18 sést fylla sýndargúlpinn sjálfan (svört ör) ásamt inn- og fráflæði hans (blá ör; rauð ör). Slagæðaleggur (hvít ör).*

normetanefrín og metanefrín með tilliti til krómfíklaæxlis (*pheochromocytoma*), sem reyndist þó ekki hækkað.

Sjúklingurinn útskrifaðist við góða líðan eftir 8 daga dvöl á sjúkrahúsi. Fyrirhuguð var þriggja fasa tölvusneiðmynd til að meta betur óljósa fyrirferð þegar blæðing hefði frásogast í kjölfar útskriftar.

Rúmlega viku eftir útskrift fékk hann hins vegar aftur slæman kviðverk sem lýsti sér eins og fyrri verkur og leitaði hann því samstundis á bráðamóttökuna. Framkvæmd var ný tölvusneiðmynd, bæði í slag- og portæðafasa, sem sýndi stækkandi margúl (*hematoma*) en aðlægt blæðingu sást nú einnig iðrasýndargúlpur (*visceral pseudoaneurysm*) frá slagæð sem gekk til nýrnahettu vinstra megin. Þar sem ástand sjúklings var stöðugt var fyrirhuguð æðaþræðing fljótlega daginn eftir í samráði við vakthafandi inngripsröntgenlækni.

Í æðaþræðingu var staðfestur 18 x 16 mm iðrasýndargúlpur sem átti upptök frá mið-nýrnahettuslagæð (*middle adrenal artery*) vinstra megin með útflæði frá 12. millirifja-slagæð sömu megin. Í æðaþræðingu tókst að koma 5Fr C2- og 2,7Fr Progreat-legg að sýndargúlpnum svo hægt var að loka fyrir inn- og útflæði og sýndargúlpinn sjálfan með ólímkenndu fljótandi efni (*non-adhesive liquid embolic*), í þessu tilviki Onyx 18 (*ethylene vinyl alcohol copolymer*). Engir fylgikvillar eða endurblæðing áttu sér stað í kjölfar æðaþræðingarinnar og útskrifaðist sjúklingurinn, nú í annað skiptið, við góða líðan. Eins og við fyrri útskrift var fyrirhuguð eftirfylgd til að meta betur óljósa fyrirferð sem vakti grun um æxli í nýrnahettu, en vegna þéttleika og myndtruflana frá Onyx 18 á tölvusneiðmynd var segulómrannsókn talin næmari.

Umræða

Kviðverkur er algengasta einkenni sjúklinga með skyndilega aftanskinublæðingu. Önnur einkenni eru meðal annars verkir í baki eða fótlegg. Í hluta tilfella er þreifanleg fyrirferð í kvið eða flekkblæðing í húð (*ecchymosis*) þó slíkt sé sjaldgæft. Sjúklingar geta verið með lækkun á blóðrauða (*hemoglobin*), teikn um blóðmagnsminnkun (*hypovolemia*) og áhættuþætti í sjúkrasögu, meðal annars notkun blóðþynnandi lyfja eða nýleg aðgerð. Aftanskinublæðing er bæði sjaldgæf og einkenni ósértæk og því er hætta á misgreiningu eða seinkun á réttri greiningu. Í ljósi þess að slík blæðing getur verið lífshættuleg, er mikilvægt að hún sé ávallt mismunagreining fyrir bráðum kviðverk, óháð áhættuþáttum.[1,2]

Notkun blóðþynnandi lyfja eykur hættu á skyndilegri blæðingu, bæði afturskinu og annars staðar í líkamanum. Nákvæm meinmyndun (*pathogenesis*) er óþekkt og þurfa sjúklingar alls ekki að vera á ofþynnandi meðferð (*supratherapeutic anticoagulation*). Hættan virðist einnig aukin við hærri aldur og fjöllyfjameðferð (*polypharmacy*).[4,5]

Ýmsar aðrar undirliggjandi orsakir eru fyrir skyndilegri aftanskinublæðingu sem mikilvægt er að hafa í huga, þar á meðal brisbólga brisbólga með blæðingu (*hemorrhagic pancreatitis)* og æxli í nýra eða nýrnahettu, þá sérstaklega nýrnafrumukrabbamein (*renal cell carcinoma*), æðavöðva- og fituvefsæxli (*angiomyolipoma*) í nýra og krómfíklaæxli (*pheochromocytoma*) í nýrnahettu. Hluti blæðinga er án skýringar.[2,3,6]

Í tilvikum þar sem grunur er um afturskinublæðingu er tölvusneiðmynd í slag- og portæðafasa sú myndgreining sem skal framkvæma, þó ekki sé alltaf hægt að framkvæma tölvusneiðmynd í þeim tilvikum þar sem ástand sjúklings er ekki stöðugt. Vegna aðgengis er ómskoðun oft fyrsta myndgreining, en næmi er takmarkað og skal framkvæma tölvusneiðmynd óháð niðurstöðu úr ómskoðun.[5]

Endurblæðing átti sér stað rúmlega viku frá útskrift, í ljósi sögu sjúklingsins var hann keyrður fljótt í tölvusneiðmynd sem sýndi iðrasýndargúlp sem líklega hefur komið í kjölfar fyrstu blæðingar. Meðferð sýndargúlpa er frábrugðin öðrum slagæðagúlpum þar sem ekki eru til skilmerki fyrir meðferð með tilliti til stærðar eða breytingar. Mikil blæðingarhætta fylgir iðrasýndargúlpum óháð stærð og því þarf að meðhöndla þá fljótt eftir greiningu.[7-9]

Ýmsir meðferðarmöguleikar eru í boði fyrir aftanskinublæðingu. Flest tilfelli er hægt að meðhöndla án inngrips, sérstaklega þar sem markverður hluti sjúklinga er á blóðþynnandi lyfjum. Við ákveðin skilyrði, til dæmis iðrasýndargúlp, er gjarnan þörf á inngripi.[4,10]

Iðrasýndargúlp er hægt að meðhöndla með innæðameðferð eða skurðaðgerð, en val þar á milli þarf að ákveða í hverju tilfelli, þó almennt sé reynd innæðameðferð fyrst.

Algengasta nálgun innæðameðferðar er slagæðastíflun (*embolization*) og eru þar ýmis efni og aðferðir sem koma til greina. Í þessu tilfelli voru upptök sýndargúlpsins frá mið-nýrnahettuslagæð og var slagæðastíflun því fýsilegur kostur. Hægt er að loka sýndargúlpnum sjálfum (*sac packing*) og/eða slagæðaflæðinu nærlægt eða fjærlægt. Ef hægt er að loka slagæðaflæðinu bæði nær- og fjærlægt, svokölluð samlokuaðferð, er hægt að hindra bæði framvirkt og afturvirkt blóðflæði inn í sýndargúlpinn. Þessi aðferð er sérstaklega gagnleg fái sýndargúlpurinn hliðlægt blóðflæði,[8,10,11] líkt og í okkar tilfelli. Mikilvægt var hér að tryggja að ekki yrði afturvirkt flæði inn í sýndargúlpinn og því valið Onyx18 til að tryggja að slagæðastíflunin næði fjarlægt við sýndargúlpinn. Ef val væri hér að nota hringaðan vír (*endovascular coil*), þyrfti slagæðaleggurinn að ná fjarlægt áður en vírinn er losaður.

Engir fylgikvillar eða endurblæðing áttu sér stað í kjölfar innæðameðferðar og útskrifaðist sjúklingur aftur heim við góða líðan. Vegna myndtruflana frá Onyx 18 var segulómskoðun framkvæmd í tvígang í kjölfar útskriftar án þess að sýna fram á æxli, en við fyrri rannsókn þremur mánuðum eftir aðgerðina hafði ekki orðið fullnægjandi frásog á margúl og rannsókn var því endurtekin 6 mánuðum síðar. Seinni segulómrannsókn sýndi áframhaldandi frásog á margúl en ekki var sýnt fram á æxli í vinstri nýrnahettu eða öðrum aðlægum líffærum. Orsök fyrri blæðingar er því enn óþekkt. Höfundum er ekki kunnugt um tengsl aftanskinublæðingar við sarklíki eða heila- og mænusigg.

Heimildir

1. Sunga KL, Bellolio MF, Gilmore RM, et al. Spontaneous retroperitoneal hematoma: etiology, characteristics, management, and outcome. J Emerg Med 2012; 43: e157-61.
2. Daliakopoulos SI. Spontaneous retroperitoneal hematoma: a rare devastating clinical entity of a pleiada of less common origins. J Surg Tech Case Rep 2011; 3: 8-9.
3. Madhusudhan KS, Venkatesh HA, Gamanagatti S, et al. Interventional Radiology in the Management of Visceral Artery Pseudoaneurysms: A Review of Techniques and Embolic Materials. Korean J Radiol 2016; 17: 351-63.
4. Simsek A, Ozgor F, Yuksel B, et al. Spontaneous retroperitoneal hematoma associated with anticoagulation therapy and antiplatet therapy: two centers experiences. Arch Ital Urol Androl 2014; 86: 266-9.
5. Dolapsakis C, Giannopoulou V, Grivakou E. Spontaneous Retroperitoneal Hemorrhage. J Emerg Med 2019; 56: 713-4.
6. Dorosh J, Lin JC. Retroperitoneal Bleeding. StatPearls Publishing LLC, 2022.
7. Sousa J, Costa D, Mansilha A. Visceral artery aneurysms: review on indications and current treatment strategies. Int Angiol 2019; 38: 381-94.
8. Abdelgabar A, d'Archambeau O, Maes J, et al. Visceral artery pseudoaneurysms: two case reports and a review of the literature. J Med Case Rep 2017; 11: 126.
9. Regus S, Lang W. Rupture Risk and Etiology of Visceral Artery Aneurysms and Pseudoaneurysms: A Single-Center Experience. Vasc Endovascular Surg 2016; 50: 10-5.
10. Sahu KK, Mishra AK, Lal A, et al. Clinical spectrum, risk factors, management and outcome of patients with retroperitoneal hematoma: a retrospective analysis of 3-year experience. Exp Rev Hematol 2020; 13: 545-55.
11. Xu H, Jing C, Zhou J, et al. Clinical efficacy of coil embolization in treating pseudoaneurysm post-Whipple operation. Experim Therap Med 2020; 20: 37.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.06.748

Spontaneous retroperitoneal hemorrhage

Jón Bjarnason[1,2]

Luis Fernando Bazan Asencios[1]

Hjalti Már Þórisson[1]

Kristbjörn I. Reynisson[1]

[1]**Department of Interventional Radiology, Landspitali National University Hospital,** [2]**Department of Radiology, Landspitali National University Hospital.**

Correspondence: Jón Bjarnason, jonbjarnason92@gmail.com

Key words: *pseudoaneurysm, retroperitoneal hemorrhage, embolization, onyx.*

A 50-year old male presented to our emergency department with sudden abdominal pain. Upon arrival he was diaphoretic, pale and tachycardic. A CT showed retroperitoneal hemorrhage with suspected tumor at the left adrenal gland. He was quickly stabilized with intravenous fluids and blood transfusion. Rebleed occurs roughly a week after discharge and a new CT showed a visceral pseudoaneurysm from the left middle adrenal artery. The pseudoaneurysm was embolized and the patient discharged in good condition. Follow-up MRI depicted reabsorption of the hematoma and no adrenal tumor. Thus, the etiology of the previous retroperitonal hemorrhage is considered spontaneous.



Íslensk formennska í siðfræðinefnd Alþjóðasamtaka lækna

Steinunn Þórðardóttir, formaður Læknafélags Íslands, var kosin formaður siðfræðinefndar WMA á vorfundi alþjóðasamtakanna í Naíróbí í Kenía í apríl

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Steinunn Þórðardóttir er annar Íslendingurinn sem sest í formannsstól siðfræðinefndar WMA. Hér er hún ásamt Júlía Tainijoki-Seyer, læknisfræðilegum ráðgjafa samtakanna. Mynd/Niina Koivuviita

„Þetta er mikill heiður enda spennandi tímar hjá alþjóðasamtökum lækna vegna yfirstandandi endurskoðunar á Helsinki-yfirlýsingunni," segir Steinunn, nýr formaður siðfræðinefndar Alþjóðasamtaka lækna. Hún leiðir vinnu nefndarinnar næstu tvö árin.

„Þetta er þekktasta yfirlýsingin og varðar þátttöku almennings í vísindarannsóknum. Tækni í heilbrigðisvísindum fleygir fram og því þarf að taka á nýjum álitamálum." Nefnir hún sérstaklega notkun á stórum gagnabönkum (*Big Data*) og persónuvernd.

Steinunn segir langa hefð fyrir því að Norðurlöndin gegni formennsku í nefndinni enda staða siðfræðinnar hér sterk. Hún hafi verið hvött af norrænum félögum sínum til að bjóða sig fram.

„Formennskan eykur klárlega áhrif íslenska félagsins okkar á alþjóðavísu, þá sérstaklega á siðfræði, sem er hjartað í starfi samtakanna," segir Steinunn og bendir á að alþjóðasamtökin hafi einmitt verið stofnuð til að móta ramma í kringum siðfræði í lækningum. Ekki verði horft fram hjá því að læknar hafi notað þekkingu sína til voðaverka í síðari heimsstyrjöldinni.

„Sumt af því var klætt í búning vísindarannsókna og starf okkar nú er meðal annars að koma í veg fyrir að eitthvað þessu líkt geti endurtekið sig."

Steinunn er fulltrúi LÍ í stjórn Alþjóðasamtakanna og hefur verið frá ársbyrjun 2022. Hún verður formaður siðfræðinefndar næstu tvö árin og fetar í fótspor Jóns Snædal sem gegndi formennskunni 2003-2005 og varð síðar forseti Alþjóðasamtakanna 2007-2008. Á þessum tíma Steinunnar verður stefnt að því að ljúka endurskoðun Helsinki-yfirlýsingarinnar en nefndin endurnýjaði og samþykkti alþjóðasiðareglur lækna í fyrra.

Eldra fólk síður haft með í rannsóknum

Ekki eru til eins gagnreyndar aðferðir til að meðhöndla eldri sjúklinga með hjartasjúkdóma og fyrir þá sem yngri eru. Ástæðan er sú að þau eldri eru síður höfð með í rannsóknum. Þetta segir Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir, formaður Hjartasjúkdómafélags íslenskra lækna

Þórdís er formaður skipulagsnefndar 28. hjartaráðstefnu Norður- og Eystrasaltslandanna (Nordic-Baltic Congress of Cardiology) sem verður í Hörpu dagana 8.-10. júní. Ráðstefnan, sem haldin er annað hvert ár, var síðast haldin hér á landi árið 2009. Yfirskriftin er framtíð hjartalækninga og verður málið reifað þar.

„Við vitum að eldri einstaklingar þola lyf verr og fá frekar fylgikvilla. Þeir eru einnig með aðra sjúkdóma sem verður að taka tillit til við hjartalækningar," segir Þórdís og bendir á að sífellt fleiri lifa lengur með hjarta- og æðasjúkdóma en áður var.

„Þetta eru sjúkdómar sem tengjast aldri en með framförum í læknavísindum stytta þeir ekki líf fólks í sama mæli og áður, heldur lifir hver og einn með sinn hjartasjúkdóm lengur." Þó eru hjarta- og æðasjúkdómar algengasta dánarorsök í hópnum 75 ára og eldri.



Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir, formaður Hjartasjúkdómafélags íslenskra lækna.

Þessi ráðstefna hjartalækna var síðast haldin í Finnlandi. „Við áttum svo að halda þingið 2021 en frestuðum því fyrst til 2022 og svo aftur til 2023," segir Þórdís og leggur áherslu á mikilvægi þess að hjartalæknar styrki böndin og búi til tengslanet. „Við erum háð því að eiga í góðri samvinnu við löndin sem eru næst okkur varðandi ráðgjöf og aðgerðir sem

Byggja þarf upp vísindastarf samhliða sérnámi

Það er ómetanlegt að geta stundað rannsóknir samhliða klínísku starfi, sagði Sædís Sævarsdóttir læknir í kynningu sinni eftir að hún hlaut 7 milljón króna verðlaun úr Verðlaunasjóði Árna Kristinssonar og Þórðar Harðarsonar, ein þau hæstu sem veitt eru hér á landi

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Við þurfum að byggja innviði sem efla vísindastarf hér samhliða því sérnámi sem er búið að byggja upp í 15 sérgreinum á Íslandi síðustu árin, í samræmi við önnur Norðurlönd. Þar getur heilbrigðisstarfsfólk sótt um hlutastöður í rannsóknum í samkeppnissjóði," segir Sædís Sævarsdóttir, prófessor og varadeildarforseti læknadeildar HÍ, vísindamaður hjá Íslenskri erfðagreiningu og gigtarlæknir á Landspítala.

„Erlendis hafa íslenskir læknar fengið tækifæri til að stunda doktorsnám og rannsóknir samhliða sérnámi. Þeir snúa svo heim með þá þekkingu og reynslu í farteskinu," segir hún við *Læknablaðið* eftir verðlaunaafhendinguna í lok apríl.

Sædís sagði við afhendinguna þýðingarmikið að hafa fengið 50% „post-doc"-rannsóknarstöðu samhliða sérnámi sínu í lyf- og gigtarlækningum við gigtardeild Karólínska-háskólasjúkrahússins í Svíþjóð. „Þetta er lykilatriði þegar læknar sérmennta sig í auknum mæli hérlendis," sagði hún og uppskar lófaklapp.

Sædís hefur samkvæmt vef Landspítala birt 96 ritrýndar vísindagreinar og verið leiðandi höfundur fjórðungs þeirra. Flestar hafa birst í virtum vísindaritum innan gigtarlækninga og erfðafræði. Hún hefur einnig leiðbeint 9 doktorsnemum.

„Helstu áherslur rannsókna Sædísar eru áhættuþættir og forspárþættir fyrir meðferðarsvörun og horfur í iktsýki og öðrum gigtar- og sjálfsónæmissjúkdómum," sagði Runólfur Pálsson forstjóri Landspítala þegar hann afhenti verðlaunin. Hún þakkaði Þórði og Árna og sagði sérstakan heiður að taka við þessum verðlaunum frá fyrrum kennurum sínum.

Hún segir við *Læknablaðið* það vera dýrmætt fyrir sjúklinga og hagkvæmara fyrir samfélagið ef hægt væri að velja bestu meðferðina fyrir hvern sjúkling frá byrjun, því svörun væri mismunandi og mikilvægt að ná snemma tökum á bólgunum til að bæta horfurnar.

„Þótt bylting hafi orðið í meðferðarmöguleikum við iktsýki og fleiri gigtsjúkdómum síðustu áratugi, þökk sé aukinni þekkingu á orsökum þeirra, þá getur tekið tíma að finna hvaða meðferð hentar hverjum sjúklingi."

Hún segir að til að klæðskerasníða meðferð þurfi að þróa sniðlækningar (*Personalized/precision medicine*) áfram en Sædís leiðir grunnnámskeið í sniðlækningum fyrir læknanema á Norðurlöndum og bendir á að það sé öllum opið á Coursera.

„Á Íslandi og öðrum Norðurlöndum eru á margan hátt kjöraðstæður til að vera leiðandi á því sviði." Nýta þurfi rafrænar heilsufarsupplýsingar og ýmiss konar gagnasöfnum. „Við þurfum að



Sædís Sævarsdóttir gigtarlæknir hlaut 7 milljónir króna úr Verðlaunasjóði heiðursprófessoranna og læknanna Árna Kristinssonar, sem er hægra megin við hana, og Þórðar Harðarsonar, henni á vinstri hönd. Mynd/gag

mæla erfðaþætti og aðra lífvísa til þess að finna forspárþætti og geta búið til tæki sem hjálpa okkur að veita hverjum einstaklingi bestu mögulegu heilbrigðisþjónustu."

Árni og Þórður, báðir heiðursprófessorar við Háskóla Íslands og fyrrum læknar Landspítala, stofnuðu verðlaunasjóðinn árið 1983 og er hann því fertugur í ár. Tilgangurinn er að efla og kynna vísindastarfsemi í heilbrigðisvísindum.

---

ekki er hægt að framkvæma hér á landi," segir hún.

„Óformleg samskipti á milli málþinga eru því ekki síður mikilvæg en formleg dagskrá; að hittast og sjá hvert annað." Hátt í 90 fyrirlesarar verða á þinginu og búist við um 600 þátttakendum, þar af 400 erlendum gestum. Meðal fyrirlesara verður til að mynda Franz Weidinger, forseti Evrópsku hjartalæknasamtakanna, ESC.

„Dagskráin ætti að höfða til fleiri en hjartalækna, til dæmis lyflækna, heimilislækna, bráðalækna og svæfinga- og gjörgæslulækna. Svo er flott dagskrá fyrir hjúkrunarfræðinga og aðrar heilbrigðisstéttir sem tengjast hjartalækningum." Á föstudeginum verður sérstaklega hugað að læknum í sérnámi. Þá fær erfðafræðin að njóta sín á þinginu.

„Við skoðum hvernig megi nýta hana til að skilja sjúkdóminn betur og nýta við meðferð hans. Svo horfum við til forvarna sem eru alltaf hornsteinn hjartasjúkdómalæknisfræðinnar. Því hægt er að hafa áhrif á sjúkdómstilurðina í mörgum tilvikum."

Gæði og notagildi

Gymna hefur verið leiðandi fyrirtæki í þróun og framleiðslu á meðferðar- og skoðunarbekkjum í yfir 50 ár. Gymna bíður upp á öryggi og þægindi fyrir þig og skjólstæðinga þína.
Nánari upplýsingar og ráðgjöf í síma 580 3900



Síðumúli 16 I 108 Reykjavík I Sími 580 3900 I **fastus.is**

FASTUS

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

Hvar er samtalið?



Margrét Ólafía Tómasdóttir
heimilislæknir

Í frábærum fyrirlestri á síðustu Læknadögum fjallaði Ástríður Stefánsdóttir læknir og siðfræðingur um kjarna og mörk læknisfræðinnar. Hún setti fram áleitnar spurningar sem síðan hafa leitað endurtekið á mig. Mér fannst hún lýsa kjarna þess vanda sem heilbrigðiskerfið stendur frammi fyrir. Ástríður vitnaði í skýrslu heimspekinganna Callahan og Hanson og setti fram eftirfarandi spurningar:

> Ætti læknisfræðin að reyna að skilgreina sig út frá sínum innri kjarna, út frá sínum eigin gildum og stefnu? Eða ætti hún að láta samfélagið um að gera það og þá mótast einvörðungu af ytri öflum? Eða ætti læknisfræðin að finna eigin stefnu í stöðugu samtali við samfélagið þar sem svið hennar, skyldur og réttindi mótast?[1]

Hún vitnaði einnig í annan heimspeking, Pellegrino, sem hélt því fram að til þess að standa vörð um tilgang læknisfræðinnar væri nauðsynlegt að tryggja heilindi í starfi og varðveita siðferðileg gildi starfsins.[2]

Heimilislæknar hafa frá árdögum sérgreinarinnar haldið fast í hugmyndafræði sína, í takt við fyrstu vangaveltu Callahan og Hanson. Nú á síðustu árum hafa heimilislæknar, fyrst á Norðurlöndunum en síðar í allri Evrópu, sammælst um þau grunngildi sem fagið byggir á.[3] Gildin eru 7 en þau veigamestu lýsa langtímasambandi læknis og skjólstæðings sem grunnstefi í starfi heimilislækna, áherslu á heildræna nálgun vandamála og mikilvægi þess að veita þeim forgang sem mest þurfa á þjónustu að halda.

Til stuðnings gildunum hafa vísindarannsóknir sýnt fram á að skjólstæðingum með fastan heimilislækni vegnar betur eftir því sem sambandið við heimilislækninn varir lengur. Þeir leita síður á bráðavaktir, lenda síður í bráðainnlögnum og lifa lengur. Fylgnin virðist nánast línuleg við lengd sambandsins.

Í samtölum við heimilislækna kemur einnig endurtekið fram að hugmyndafræði fagsins heillaði frá upphafi og hefur jafnvel verið helsti drifkraftur í starfi. Hugmyndafræðin endurspeglast í gerð staðla fyrir vinnu heimilislækna á Norðurlöndunum þar sem vinnuálag er metið út frá stærð samlags sem heimilislæknir getur sinnt með góðu móti. Eðlileg samlagsstærð hefur minnkað undanfarin ár í hlutfalli við aukin verkefni heimilislækna. Þannig hefur nýendurgerður staðall Félags íslenskra heimilislækna lækkað samlagstöluna úr 1500 fyrir lækni í fullu starfi á höfuðborgarsvæðinu í 1200. Nýlega urðu skipulagsbreytingar í Svíþjóð þar sem sett var í reglugerð að eðlileg samlagsstærð heimilislæknis í þéttbýli væri 1100 skjólstæðingar og vinna er hafin við áætlanagerð um hvernig því markmiði skuli náð.

Það má hins vegar halda því fram að þróun heilbrigðisþjónustu á Íslandi hafi mótast fyrst og fremst af ytri öflum samfélagsins, með kröfum um sífellt aukið aðgengi samfara fullkominni uppvinnslu, og snöggum bata við hvaða kvillum sem upp geta komið. Merki um þetta má meðal annars lesa í pistli Péturs Péturssonar í nýlegu *Læknablaði* þar sem hann lýsir starfi sínu sem heimilislæknir:

> Í áranna rás urðu sjúklingarnir kröfuharðari og gagnrýnni á allt og alla, auk þess sem vottorðafarganið tók að varpa leiðum skugga á starfið og æ meiri tími fór í að sinna sjúklingum sem ekki tilheyrðu mínu samlagi. Vegna mönnunarvanda og trosnandi samfellu í læknisumsjá kom óþolinmæði sjúklinga æ betur í ljós, með tilheyrandi oflækningum, eftir því sem árin liðu.[5]

Í nýlegu bréfi frá kærum kollega kveður við sama tón:

> Það er nokkuð ljóst að það er ógerningur miðað við það kerfi sem við búum við í dag að anna þessari þörf. Engu að síður þvingumst við inn í það að taka á móti þeim sem leita til okkar óháð alvarleikastigi komunnar. Til þess að mæta þessu aukna álagi verður óhjákvæmilega breyting á því vinnufyrirkomulagi sem maður vill viðhafa. Nýlega áttaði ég mig á því að ég vinn ekki lengur sem heimilislæknir. Ég er í dag að vinna mikið frekar sem einhverskonar „reynum að redda þessu í dag læknir, vona að enginn deyi af því að ég náði ekki að gera það sem ég vil gera læknir.

Þannig skapar óeðlileg krafa um þjónustu gegnum Heilsuveru og dagvaktir vegna léttvægra vandamála, sem og pappírsfargan vegna vottorða, misræmi þar sem sú þjónusta sem raunverulega gagnast samfélaginu til bættrar heilsu verður undir.

Þessi vandi einskorðast ekki við heimilislækna. Þetta er vandamál á öllum stigum heilbrigðiskerfisins þar sem læknar vinna gegn betri vitund, jafnvel gegn siðferðilegum gildum starfsins, til að afkasta meiru eftir óljósum kröfum samfélagsins án nokkurs mats á raunverulegri gagnsemi þess sem fram fer. Ég upplifi oft að heilbrigðiskerfið sé að kappkosta að setja þunnan plastplástur á slagæðablæðingu.

Í samræmi við þriðja möguleika Callahan og Hanson um eðli og tilgang læknisfræðinnar spyr ég því: Hvar er samtalið?

Heimildir

1. Callahan D, Hanson MJ. The Goals of Medicine: The Forgotten Issues in Health Care Reform. In Hastings Center Studies in Ethics series. Georgetown University Press, Washington 1999.
2. Pellegrino ED. The Goals and Ends of Medicine: How Are They to be Defined? In The Goals of Medicine: The Forgotten Issue in Health Care Reform, ed. Mark J Hanson and Daniel Callahan, Georgetown University Press, Washington 1999: 55-68.
3. Sigurðsson JÁ, Tómasdóttir MÓ, Arnardóttir SÁ, et al. Bréf til blaðsins. Gildi og markmið heimilislækninga. Læknablaðið 2021; 107: 10: 490.
4. Sandvik H, Hetlevik Ø, Blinkenberg J, et al. Continuity in general practice as predictor of mortality, acute hospitalisation, and use of out-of-hours care: a registry-based observational study in Norway. Brit J Gen Pract 2022; 72: 715.
5. Pétursson PI. Sérgreinin sem ég valdi – Heimilislækningar. Læknablaðið 2023; 109: 112.

Stjórn Læknafélags Íslands

Steinunn Þórðardóttir formaður

Félag almennra lækna
Þórdís Þorkelsdóttir, Sólveig Bjarnadóttir

Félag íslenskra heimilislækna
Margrét Ólafía Tómasdóttir, Oddur Steinarsson

Félag sjúkrahúslækna
Theódór Skúli Sigurðsson, Magdalena Ásgeirsdóttir

Læknafélag Reykjavíkur
Ragnar Freyr Ingvarsson, Katrín Ragna Kemp

Kúnstin við fyrirbura að gera minna en meira

Snorri Freyr Dónaldsson fyrirburalæknir sneri óvænt heim fyrir tæpum tveimur árum á vökudeildina á Landspítala. Hann segir frá því hvernig fókusinn alþjóðlega hafi færst á að bjarga börnum æ fyrr. Rétt sé að horfa til siðferðilegra sjónarmiða og gera minna en meira þegar kemur að fyrirburalækningum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Það getur verið erfitt að gera sem minnst þegar maður hefur menntað sig mikið og lengi í að gera fullt. En það er kúnstin. Hún felst í því að halda fingrunum frá og gera akkúrat það sem þarf og ekkert meira en það," segir Snorri Freyr Dónaldsson nýburalæknir sem kom heim og hóf störf á Landspítala á COVID-tímanum, rétt eins og þeir Óli Hilmar Ólason sem kom frá Stokkhólmi og Þórður Þórarinn Þórðarson frá Gautaborg. Vökudeildin sem hafði verið undirmönnuð læknum um hríð varð þá fullmönnuð eftir langa bið.

„Við höldum fast í þá hugsun að minna sé meira og erum fókuseraðir á að börn séu nálægt foreldrum sínum. Að við getum leyft fyrirburum að vera hjá móður sinni áður en við förum á vökudeildina," lýsir Snorri, sem *Læknablaðið* nær í á Teams í Svíþjóð þar sem hann stundar enn vísindi nokkra daga í mánuði. Hann segir lækna á vökudeildinni ganga í takt.

„Hér fyrir voru læknar sem eru líka af þessum nýja skóla. Svo er frábært að yfirmaður okkar, Þórður Þorkelsson, er mjög opinn fyrir hugmyndum og breytingum. Það hefur því ekki verið erfitt að breyta hlutum," segir Snorri og hælir Þórði fyrir framsýnina á vökudeildinni. „Hann hefur unnið ótrúlegt starf fyrir nýbura á Íslandi í 30 ár."

Fagnar sveigjanleikanum

Snorri útskrifaðist úr læknadeild við Háskóla Íslands árið 2003 og fór til Svíþjóðar árið 2009. Hann klárað barnalækningasérnámið 2011 og varð svo sérfræðingur í nýburalækningum 2013. Hann vann á Karólínska þar til hann flutti heim 2021. En hvernig var að koma heim?

„Viðbrigði," segir hann. „Ég hafði hugsað að ég myndi ekki koma heim en svo breytast fjölskylduaðstæður. Ég hafði ekki komið heim á sumrin eða neitt. Ég var alveg horfinn og það voru allir vissir um að ég myndi aldrei koma heim."

Hann lýsir því stærðarmuninum þar sem upptökusvæðið í Stokkhólmi sé um tvær milljónir, margfalt á við það sem hér er. „Ég vann á Karólínska með minnstu og veikustu börnin. Alltaf voru fjögur til sex börn á öndunarvél en hér heima er oft rólegt og engin á öndunarvél." En finnst honum þá þekking sín þverra með tímanum hér heima?

„Nei, ég var búinn að vera svo lengi og kominn með þá reynslu sem ég þurfti og fá nægilega þjálfun. Það er lykilatriði að hafa fengið mikla reynslu þegar maður flytur heim með sérfræðiþekkingu þar sem ákveðnir hlutir gerast ekki oft. Ég tapa ekki því sem ég lærði en læri kannski ekki margt nýtt," segir hann raunsær. Hann segir þó deildina hér heima í fremstu röð þegar kemur að nýbura- og fyrirburalækningum.

„Mér finnst deildin betri en sú sem ég var á í Stokkhólmi sökum þess hvað við erum með frábært starfsfólk. Það hefur verið frábær stjórn á deildinni. Hér er góð stemmning og reyndir hjúkrunarfræðingar sem sjá um 95% af því hvernig þessum krökkum farnast. Einstakur hópur," segir hann en úti hafi mikill tími farið í tilfærslu sjúklinga vegna plássleysis.

„Það sem er svo ótrúlegt hér heima er að ég get verið með 5 sjúklinga eða 20 og þá eru allir mættir í verkið. Sumrin eru ekki erfiðari. Við leysum málin á undraverðan hátt."

Náttfötin umfram jakkann

Snorri bjó í Kópavogi fyrstu 20 árin. Varð stúdent frá Menntaskólanum í Kópavogi. „Já, þar fékk ég útrás fyrir félagslíf og hef



Snorri Freyr Dónaldsson er ánægður með að vera kominn heim þótt margir hafi ekki búist við því að hann kæmi aftur eftir að hann fór utan í sérnám — og ekki hann sjálfur. Mynd/gag

ekki þurft að stunda það síðan," segir hann og hlær og lýsir því hvernig hann hafi átt nokkur góð ár; verið í Morfís, Gettu betur og formaður nemendafélagsins. „Það mátti bara ekkert vera. Ég tók þátt í öllu sem hægt var að troða sér í."

Læknisfræðin hafi ekki togað og hann hugsað um lögfræði en við nánari umhugsun fundist jakkafötin ekki henta sér.

„Læknisfræðin hvarflaði bara einhvern veginn ekki að mér fyrr en ég ákvað að það væri betra að vera í náttfötum allan daginn í vinnunni en jakkafötum. Það var ekki hugsjón en mér fannst það spennandi," segir hann og hvernig barnalækningar hafi heillað hann þegar hann lenti óvænt í verkefni hjá Þórði Þorkelssyni á vökudeildinni á fjórða ári.

„Það snerist um öndunarörðugleika og heillaði mig. Ég vissi þá að þetta var það sem mig langaði að gera," segir hann. Hann hafi verið heima í nokkur ár eftir útskrift: á sveifingunni, úti á landi, en vökudeildin hafi alltaf togað í hann. Snorri er enn tengdur Karólínska þótt kominn sé heim, er *„Post doc"*-rannsakandi," eins og hann segir og í rannsóknarhópi með þremur öðrum Íslendingum og þremur Svíum.

„Þetta kemur frá læriföður mínum, Baldvini Jónssyni, sem hefur verið yfirmaður á nýburadeildinni á Karólínska og hjálpaði mér að komast út á sínum tíma. Ég ætlaði alls ekki að rannsaka og vera klíníker og stóð í 5 ár á móti því en var þá plataður," lýsir hann.

„Verið var að þróa nýtt tæki í sambandi við öndunarhjálp í fæðingu hjá fyrirburum. Ég var fenginn í að gera sjálfa rannsóknina. Þetta var lítið verkefni árið 2012 þegar við byrjum og útbjuggum 3D-prentað tæki í bílskúr í Östersund í Norður Svíþjóð." Rannsóknin hafi svo verið gerð á 7 deildum í fimm löndum og hann stýrt verkefninu á gólfinu; verið *PI, coordinator investigator.*

„Rannsókn var gerð á börnum fæddum fyrir viku 28 en á Íslandi fæðast 10-15 börn á ári og í Svíþjóð 300." Gríðarleg vinna hafi legið að baki við að fá foreldrasamþykki og leyfi enda hafi börnin fæðst hvenær sem er sólarhringsins í þessari rannsókn sem hann vann með Baldvini, Thomas Drevhammar og Kjell Nilsson.

„Við náðum 250 börnum inn og nýttum svokallaða rPAP-tækni. Tækið sýndi sig að vera betra svo ekki þurfti að barkaþræða börnin og setja í öndunarvél." Rannsóknin hafi fengið tvenn

Læknisfræðin hvarflaði bara einhvern veginn ekki að mér fyrr en ég ákvað að það væri betra að vera í náttfötum allan daginn í vinnunni en jakkafötum.



Snorri stundar rannsóknir í Dar es Salaam í Tansaníu og víðar. Mynd/einkasafn

Öndunaraðstoð um allan heim

„Við viljum að börnin fái öndunaraðstoð beint eftir fæðingu. Eins til tveggja klukkutíma gömul, þá er það orðið of seint," segir Snorri Freyr Dónaldsson nýburalæknir sem stundar nú rannsókn í Dar es Salaam í Tansaníu sem gengur út á að skipuleggja öndunaraðstoð við nýfædd börn fyrstu viku ævinnar til að fækka ungbarnadánartilfellum.

„Leiðin fram er ekki að við komum með mikil tæki til Tansaníu heldur vitum að hlutirnir breytast ekki fyrr en þau finna sjálf út hverju þarf að breyta og hvernig." Efla þurfi rannsóknir svo þau sjái framþróunina.

„Það er ótrúlegur drifkraftur í starfsfólkinu og magnað að fá að vera með." Keníski læknirinn Martha Mkony leiði starfið og þeir verði líklega handleiðarar hennar í doktorsnámi.

„Lífslíkur barna sem fæðast 32 vikna eða fyrr í Dar es Salaam er 20% á meðan við erum með 95% frá 28. viku. Þar horfir maður á börnin og sér að þau lifa ekki til morguns. En þar vorum við Thomas Drevhammar rannsóknarfélagi minn beðnir um hjálp." Börnin deyi helst úr öndunarbilun eða sýkingum.

„Við kennum þeim að fá sem mest út úr þeim tólum og tækjum sem þeir eiga til að veita öndunaraðstoð strax eftir fæðingu." Stefnt sé að svipaðri aðstoð í Úganda og þeir eru einnig á leið til Víetnam í lok árs.

„Það áhugaverða fyrir mig er að ég vinn með minnstu börnin og mestu tæknina og við höfum náð einum besta árangri á heimsvísu. Svo förum við til Afríku sem er algjörlega hinn endinn en sömu prinsippin eiga við."

verðlaun í Svíþjóð og niðurstöðurnar birtar í *JAMA Pediatrics*. „Þetta var mjög lærdómsríkt en rosalega erfitt."

Lífsgæðin barnanna batna

Snorri segir lífsgæði fyrirburna betri en áður. „95% barna sem fædd eru á 28 viku eða síðar lifa," segir hann. „En hins vegar glímir hluti þeirra við einhver mein." Það valdi honum áhyggjum að fókusinn alþjóðlega hafi færst í að bjarga börnum æ fyrr.

„Hér í Svíþjóð á að bjarga 22 vikna fyrirburum. Við höfum gert það í þó nokkur ár og björgum minna en 50% þeirra. En núna eru að koma tölur sem sýna að stór hluti barnanna er alvarlega skaðaður og er með greindarskerðingu. Helmingur barnanna eru með undir 70 í greindarvísitölu. Þau eru með CP-hreyfihömlun og glíma við aðrar áskoranir. Það má því spyrja sig hvort þetta sé rétt þróun." Tæknin nú bjóði ekki betur.

„Líffæri þeirra eru óþroskuð og oft ekki starfhæf," segir Snorri. Því sé rætt um að bakka og horft til siðferðilegra sjónarmiða.

„Ég get ekki horft til þess að fyrir hvert barn sem er þokkalegt þurfi 19 önnur að lifa með alvarlegar fatlanir eða deyja. Þetta er ekki eingöngu spurning um að deyja eða ekki. Þetta eru jafnvel börn sem eru í öndunarvél svo mánuðum skiptir með gríðarlegum sársauka og óþægindum; aðgerðum og öðru án vonar um innihaldsríkt líf í framtíðinni. Hvað er þá siðferðilega rétt að gera?" spyr hann.

„Þetta er viðkvæmt efni og foreldrasamtök fyrirburna hafa sterka rödd. Enginn vill segja að þeirra barn sé ekki þess virði en það mætti tala við þá foreldra sem misstu börn sín á endanum. Sérgrein okkar nýburalækna er ein af fáum sem stendur frammi fyrir því að gera mat á nokkrum mínútum um það sem ræður framtíð foreldra og systkina."

Tilfinningaskjöldur

En hvernig ver hann sig fyrir þessum tilfinningum? „Til að vera góður læknir verður maður að geta skilið þetta frá lífi sínu. Of tengdur hættir maður að geta gert rétt mat á stöðunni. Við verðum að hafa samkennd en megum ekki hætta okkur inn í líf foreldranna. Maður gerir engum greiða með því," segir Snorri. Fagmennska skipti öllu til að gefa ráð eftir bestu vitund.

„Við vinnum alltaf með foreldrum og fáum þá með okkur. Við tökum málstað sjúklingsins og ef við ætlum ekki að lengja þjáningu hans getum við ekki gert það þótt það sé ósk foreldra. En við náum þeim nær alltaf með okkur," segir Snorri.

„Kúnstin er að gera ekki allt, heldur að geta bakkað og viðurkennt ósigur. Það er svo mikilvægt að gera vel þegar börn deyja. Við vinnum með foreldrum að því að gera stundina fallega og að minningarnar séu ríkar. Börnin eru lögð í hendur foreldra. Þeir eru hjá börnum sínum þegar þau skilja við." Á þeirri stundu þurfi foreldrarnir að skilja ákvörðunina.

„Eiginlega eru einu þakkarbréfin þar sem ég er nefndur á nafn frá foreldrum barna sem hafa dáið. Ég er ekki hræddur við að tala um tilfinningar og dauðinn er ekki það versta sem getur gerst." Hann hafi hitt foreldra og aðra sem áttu þessa hryllilegu reynslu en þó um leið góðar minningar.

„Foreldrar skynja fljótt þegar þeir sjá börnin sín í öndunarvél hvað litlar truflanir geta haft mikil áhrif. Ég segi alltaf við foreldra að því minna sem þið sjáið okkur læknana, því betur líður barninu þínu. Það er bara þannig," segir hann. „Foreldrar sjá það líka fljótt sjálf."

Nefndu þrjú
læknahlaðvörp
sem mælir þú með

Hlaðvörpin minna á gleðina í vinnunni



Berglind Bergmann
sérnámslæknir og fyrrum formaður Félags almennra lækna

„Hlaðvarpsborðið getur virst ansi yfirþyrmandi. Margir læknar gefa læknahlaðvörpunum ekki séns, fá bráðakulnun við tilhugsunina um að velja eitt og vilja skilja vinnuna eftir í vinnunni. Ég hef hins vegar fundið að læknisfræðihlaðvörpin veita mér innblástur, minna mig á hvar gleðina er að finna í vinnunni og stuðla að fremur auðveldri símenntun sem gerir mig klárlega að betri lækni," segir Berglind Bergmann, sérnámslæknir og fyrrum formaður Félags almennra lækna. „Ég ætla að gefa ykkur smakk af mínum uppáhalds réttum."

1. Stofugangur með Adam Rodman

„Þetta stórkostlega hlaðvarp, *Bedside Rounds*, stofnaði lyflæknirinn og söguáhugamaðurinn Adam Rodman í samstarfi við American College of Physicians. Þar tekur hann listilega vel á ýmsum læknisfræðilegum málefnum út frá sögulegu samhengi," segir Berglind. „Ég mæli sérstaklega með nýrri seríu þátta nr. 68-72 sem fjalla um starf læknisins – erum við Sherlock eða ritarar? Þættirnir um kulnun og Typhoid Maríu voru líka sérstaklega góðir."

2. Töflutalið og önnur góð ráð

„Ég veit ekki hvað gerðist í COVID-19 faraldrinum en klínísk kennsla á háskólasjúkrahúsi allra landsmanna hefur alveg koðnað niður í kjölfar hans. Það er að minnsta kosti upplifun margra námslækna og nema," segir Berglind þegar hún nefnir næsta hlaðvarp á listanum.

„Það er oft erfitt að finna tíma fyrir kennslu í amstri dagsins en við hljótum öll að geta það og finna hve það eykur ánægju okkar allra að læra saman. *Curbsiders Teach* er hlaðvarpsangi vinsæla lyflækningahlaðvarpsins *The Curbsiders*, sem Sólveig Bjarnadóttir nefndi sem eitt af sínu uppáhalds í síðasta *Læknablaði*. *Curbsiders Teach* kenna okkur allt um kennslu, svo sem töflutal (*chalk talk*), hvernig best skuli standa að handleiðslu, endurgjöf eða kennslu við rúmstokkinn og hvernig við getum gætt andlegrar heilsu nema okkar og teymis. Það fylgir mjög gott rafrænt efni með þáttunum. Nauðsynleg viðbót fyrir kennsluglaða lækninn!"

3. Klínískar vandamálalausnir

„Ég get ekki nefnt uppáhalds hlaðvörpin mín án þess að minnast á *The Clinical Problem Solvers*. Þetta var fyrsta læknisfræðihlaðvarpið sem ég gaf séns og er enn í dag í uppáhaldi. Aðalviðfangsefnið er klínsk rökleiðsla (*clinical reasoning*) þar sem tilfelli er leyst í hverjum þætti," nefnir Berglind sem þriðja hlaðvarpið en þó ekki það síðasta.

„Hlaðvarpið samanstendur af mörgum gerðum þátta en uppáhaldið mitt eru RLR þættirnir sem í dag eru flestir á bak við greiðsluvegg, en ef þið hafið gaman af tilfellaráðgátum eru þeir algjör fjársjóður! Önnur frábær hlaðvörp tileinkuð klínískri rökleiðslu eru kanadíska *St. Paul's Morning Report* og nýsjálenska *IM reasoning*."

Fullbúin, starfandi læknastofa til sölu með öllum tólum og tækjum



Meðal tækja má nefna skurðarborð, Maquet með axlartoppi og armstuðning og höfuðstuðning, svæfingarvél, skurðstofustólar, skurðstofulampi, Skopiuturn ljósgjafi, videoprinter, camerax2 ásamt fleiri tækjum og tólum.

Móttaka, viðtalsherbergi, vel útbúin skurðstofa, herbergi fyrir dauðhreinsun, vöknun, lítil geymsla og lítil kaffistofa. Loftræstibúnaður með Hepar bakteríufilter. Sérstakur dúkur er á gólfum, ca 130 fm.

Sérútbúið skrifstofurými með 3 herbergjum (skrifstofur), fundarsal og eldhúsi. Nýlegur dúkur á gólfum. Eldri rúmgóð innrétting í eldhúsi, lítill ísskápur og borðkrókur. Ca 130 fm.

2 x 20 fm herbergi hafa verið í útleigu til sérfræðinga
Tvö baðherbergi, mjög snyrtileg og nýlega uppgerð.
Ræstingarými rúmgott og bjart.

Sameiginlegur inngangur á neðstu hæð en þar er anddyri með lyftu og stigagang uppá efri hæðir.

Gjaldfrjáls bílastæði á lóð framan við húseign og mjög gott hjólastólaaðgengi við inngang.

Heildarstærð 305 fm

Verð kr. 135 milljónir.

Gætu orðið fyrst í heiminum til að skima fæðuval barnshafandi kvenna í upphafi meðgöngu

Ingibjörg Gunnarsdóttir heiðursvísindamaður Landspítala 2023 sigtar út konur sem skortir lykilnæringarefni á meðgöngu með nýrri lausn í mæðraverndinni. Hún segir lækna orðna meðvitaða um mikilvægi mataræðis fyrir heilsuna – ólíkt því sem var fyrir ekki svo löngu, enda næringarfræði ung vísindagrein

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Verið er að innleiða lausn sem stuðlar að markvissari ráðleggingum um næringu á meðgöngu í mæðravernd tveggja heilsugæslustöðva um þessar mundir. Markmiðið er að minnka líkur á kvillum á meðgöngu.

„Og ef okkur tekst að innleiða þetta á landsvísu verðum við fyrsta landið í heiminum til að innleiða spurningar um fæðuval við upphaf meðgöngu," segir Ingibjörg Gunnarsdóttir, heiðursvísindamaður Landspítala 2023.

Ingibjörg er prófessor í næringarfræði við matvæla- og næringarfræðideild Háskóla Íslands. Hún er einnig deildarstjóri Næringarstofu Landspítala og forstöðumaður rannsóknastofu í næringarfræði við Háskóla Íslands og Landspítala. Hún tekur við sem aðstoðarrektor vísinda Háskóla Íslands 1. júlí næstkomandi.

„Hugmyndin er að barnshafandi konur svari spurningunum fyrir fyrsta samtal við ljósmóður," segir hún. „Ljósmæður eiga að ráðleggja um fæðuval og með þessu má nálgast þá umræðu út frá svörunum í stað þess að koma með hlaðborð af ráðleggingum." Lausnin sem sé í Sögukerfinu geri vinnu ljósmæðra markvissari.

„Við fundum ekki svona skimunartæki fyrir barnshafandi konur þegar við hófum þessa vinnu en algengt er að skimað sé fyrir hættu á vannæringu," segir hún, en hugmyndin hafi verið að finna þær konur sem vantar lykilnæringarefni. Rík rannsóknarvinna liggi að baki lausninni og með tímanum verði til mikilvæg gögn á sviði þar sem þeim hafi verið ábótavant.

„Við höfum ekki haft tölfræðilegt afl nema til að skoða þyngdaraukningu, fæðingu stórbura og meðgöngusykursýki. Ef við horfum á meðgöngueitrun og óalgengari kvilla, þurfum við að rannsaka miklu fleiri konur," segir hún.

„Með því að innleiða fæðuskimun í upphafi meðgöngu gætum við með tímanum nýtt gögn til að læra meira um tengsl næringar við óalgengari kvilla á meðgöngu," segir þessi heiðursvísindamaður.

Heiðruð fyrir fimmtugt

„Mér finnst ég ekki hafa verið lengi í rannsóknum en þegar ég lít til baka hef ég verið í þessu í 25 ár," segir Ingibjörg sem fær þessa vegsemd fyrir fimmtugt.

„Ég fór einhvern veginn alltaf áfram. Ég kláraði framhaldsskóla á Húsavík um jólin 1993, kem suður í matvælafræði haustið á eftir, svo hélt ég áfram í meistaranám og þaðan beint í doktorsnám með nokkrum barnsburðarleyfum," segir Ingibjörg, sem hefur eignast þrjá drengi með manni sínum samhliða vísindastarfinu. „Þetta var púsl en gekk allt upp."

Ingibjörg segir forréttindi að hafa rannsóknartíma í vinnunni í störfum sínum fyrir Landspítala og Háskóla Íslands. „Ég hef því sinnt vísindaskyldunni jafnt og þétt," segir hún, og hvernig nýjar spurningar bíði eftir svörum þegar öðrum sé svarað. „Svo þetta vindur upp á sig," segir hún og hlær.

Ingibjörg bendir á að stutt sé síðan rannsóknir sýndu að næring á meðgöngu skipti máli fyrir heilsu barna síðar á lífsleiðinni.

„Fimm greinar voru til um málið þegar ég útskrifast sem doktor árið 2003. Síðan þá hefur bæst töluvert mikið við en við erum svona rétt að byrja að geta sýnt fram á að næringarmeðferð skiptir máli til að minnka líkur á kvillum á meðgöngu." Af nægu sé að taka.

„Rannsóknir taka langan tíma og ég



er því farin að leggja meiri vinnu í að velja hvað ég skoða," segir hún. „Fyrir 10 árum fengum við áhugaverðar niðurstöður um að barnshafandi konur yfir kjörþyngd sem borða hollan mat séu ekki í meiri hættu á meðgöngusykursýki en konur í kjörþyngd. Við höfum lengi vitað að ofþyngdin sjálf er áhættuþáttur en svo virtist vera að ef þær borðuðu vel og fylgdu ráðleggingum var áhættan ekki svo mikið aukin," segir Ingibjörg.

„En þegar ég fór að skoða íhlutandi rannsóknir sem voru gerðar á sviðinu voru konur alltaf valdar inn í rannsóknir á grundvelli þyngdar," lýsir hún og hvernig heillavænlegra sé að velja konur inn út frá mataræði.

Ísland aftur joðgnóttarland

Ingibjörg hælir íslenskum konum fyrir að fylgja ráðleggingum, „taka bæði fólat og D-vítamín," segir hún.

„En við Íslendingar erum rosalega léleg í heilkornaneyslu, ávaxta- og grænmetisneyslu. Sérstaklega grænmetisneyslu. Svo þyrfti fiskneyslan að aukast og samhliða lítilli fiskneyslu hafa helstu joðgjafar fæðunnar horfið," bendir hún á. Mjólkurneyslan hafi dregist saman en hún hafi í gegnum tíðina verið mikill joðgjafi.

„Ég veit ekki hvort það er raunhæft að snúa þessari þróun við, svo við erum að skoða hvernig við getum notað joðbætt salt í brauð, þar þurfi að vanda til verka því það er stutt milli þess magns af joði sem er ráðlagt og þess sem getur verið of mikið." Embætti landlæknis hafi sett saman faghóp til að ákveða hvernig þetta verði gert.

„Það er líka mikilvægt ef farið er í svona aðgerð, að sjá hvað gerist. Náum við að bæta joðhag viðkvæmra hópa? Eykst tíðni skjaldkirtilssjúkdóma eða minnkar?" spyr hún og vill sjá Ísland aftur verða að joðgnóttarlandi.

Hún bendir að joðskortur á meðgöngu geti haft áhrif á þroska barna og getu til að læra. „Það er því mikilvægt að snúa þróuninni við og verða aftur þetta joðgnóttarland sem við vorum."

Ingibjörg segir alveg skýrt að mataræði skipti mæður máli. „Það er ekki eins og menn héldu fyrir 30 árum að það skipti engu hvað móðirin borðar, barnið taki alltaf sitt. Vissulega hefur fóstrið ákveðinn forgang, en næringin þarf að vera til staðar," segir hún.

„Eins þarf að huga betur að næringarástandi mæðra með börn á brjósti. Það er

Ingibjörg Gunnarsdóttir er heiðursvísindamaður Landspítala 2023. Hún hefur stundað vísindi í aldarfjórðung, hálfa ævina, og séð þekkinguna á næringarfræði aukast jafnt og þétt. Mynd/gag



Ingibjörg fór yfir vísindastarf sitt á ráðstefnunni Vísindi á vordögum í hringsalnum á Landspítala nú í lok apríl. Mynd/gag

alltaf að koma betur og betur í ljós hvað næring móður hefur mikil áhrif á gæði mjólkur. Þetta þarf ekki að segja neinum bónda en við erum almennt svo fáfróð um okkur sjálf. Auðvitað skiptir máli hvað móðir borðar þegar hún mjólkar.“

Tengsl við mat að glatast

En hefur Ingibjörg áhyggjur af mataræði almennt? „Ég hef áhyggjur af því að fólk sé búið að missa tengslin við hvaðan lykilnæringarefnin koma. Úr hvaða fæðu við fáum hin ýmsu næringarefni.“ Markaðssetning fæðubótarefna sé mjög grimm.

„Stundum gengur hún út á að telja okkur trú um að við séum ekki að fá nóg úr matnum eða að einhver sérstök fæðutegund sé óholl eða vond fyrir okkur. En ef við kippum fæðuflokkum út, eykst þörfin fyrir fæðubótarefni. En á meðan fæðan er mjög fjölbreytt er almennt ekki mikil þörf fyrir fæðubótarefni nema þá D-vítamín á Íslandi,“ segir hún.

„Fjölbreytnin er lykilatriði en í auknum mæli ákveður fólk af einhverjum ástæðum, og ég geri ekki lítið úr þeim, að sleppa ákveðnum fæðuflokkum. Þá verður allt miklu flóknara. Það er hægt að fullnægja þörf fyrir næringarefni á slíku sérfæði, en það krefst þekkingar.“ Hún segir lækna alltaf vera að átta sig betur og betur á samspili næringar og heilsu.

„Það er ekkert óeðlilegt að læknir sem lærði fyrir 20-30 árum hafi ekki trú á að hægt sé að auka lífsgæði eða bæta einkenni sjúkdóma með næringu, vegna þess að þekkingin var ekki til staðar á þeim tíma. Það var ekki búið að gera íhlutandi rannsóknir á mörgum sviðum.“

Ingibjörg segir að til að beita meðferðum í klínísku starfi þurfi að gera íhlutandi rannsóknir um hvort meðferðin virki. „Það á eftir að gera margt,“ segir hún. „Ég hef trú á því að næringin skipti meira máli en við höfum sýnt fram á í dag. Ég tel að það sé alveg augljóst. Að borða mat frá náttúrunnar hendi en ekki það sem búið er að sulla saman í iðnaðarframleiðslu skipti meira málið fyrir heilbrigði en við höfum sýnt fram á.“

En hvað ætlar hún svo að rannsaka næstu misseri? „Ég sé fyrir mér að fylgja eftir spurningum sem við eigum enn ósvarað varðandi joð. Ég verð ekki sátt fyrr en við erum komin með joðhag Íslendinga á gott ról aftur,“ segir hún.

„Svo langar mig að setja upp rannsóknarverkefni þar sem við beitum fæðuskimun í upphafi meðgöngu til að forgangsraða leiðbeiningum til barnshafandi kvenna, með það að markmiði að minnka líkur á meðgöngusykursýki á Íslandi. Síðan er kallað eftir frekari rannsóknum á joðinntöku og joðhag ungra barna.“ Og hún sé nú að blanda sér í evrópskt verkefni.

„Við erum enn að skilgreina hvað sé æskilegur styrkur joðs í móðurmjólk. Við vitum það ekki í dag,“ segir hún og að spennandi spurningar flæði fram. „Þetta er svið sem ég mun fylgja eftir.“

En hverju er hún svo stoltust af hingað til á ferlinum? „Að hafa náð að kveikja áhuga annarra og tekist að laða flotta næringarfræðinga að spítalanum.“

Staða vísinda að mörgu leyti góð

„Staða vísinda er að mörgu leyti góð en það vantar bæði umgjörð og tíma,“ segir Ingibjörg Gunnarsdóttir heiðursvísindamaður Landspítala 2023. Hún tekur við sem aðstoðarrektor vísinda Háskóla Íslands 1. júlí. Hún segir að oft snúist vísindastarf um forgangsröðun og að taka tímann frá.

„En það er erfitt að segja þetta þegar sjúklingahóparnir bíða,“ segir hún, og að sérstaklega þurfi að efla vísindi á Landspítala. Spurð hvort hún telji að það hafi eitthvað að segja að Runólfur Pálsson forstjóri hefur tekið vísindin beint undir sig svarar hún: „Ef honum tekst þetta ekki, er erfitt að trúa að það takist, því hann hefur skilninginn, þekkinguna og reynsluna til að lyfta vísindunum upp.“ Það geti tekið sinn tíma. „Því akút verkefnin eru brýn.“

Ingibjörg segir stöðuna spennandi og heilmikla vinnu framundan við að efla rannsóknir á heilbrigðisvísindasviði. „Svo verður gaman að kynnast rannsóknum á öðrum sviðum líka. Ég þekki best heilbrigðis- og náttúruvísindin og gaman að kynnast fjölbreyttari flóru,“ segir hún.

Dagur í lífi fæðinga- og kvensjúkdómalæknis

Ebba Margrét Magnúsdóttir



Mynd/gag

15.45
Dýrmætasta starf dagsins: sæki ömmusnúðinn á leikskólann og keyri hann í klippingu

06.45 Er yfirleitt vöknuð á undan klukkunni, fer yfir daginn í huganum og geri smá teygjur undir sænginni. Hlusta á morgunfréttir á RÚV með tebolla við hendina á meðan búið er um rúmið, tekið úr uppþvottavélinni og kaffikannan ræst.

07.25 Fer á stofuna með kaffibollann í annarri og sloppatöskuna í hinni. Er einungis 5 mínútur á leiðinni eftir að við opnuðum Domus lækna í Hlíðasmáranum. Þar erum við 5 eigendur að einni flottustu stofu á landinu þar sem starfa kvensjúkdómalæknar og skurðlæknar. Opnuðum fyrir ári og það er alltaf tilhlökkun að mæta því þetta eru eðal kollegar og góður andi. Mikill munur að losna við umferðina en það er óþolandi að sjá hversu margir eyða dýrmætum tíma sínum í umferðarteppu því það geta ekki allir hjólað í vinnuna með börnin á bögglaberanum.

08.00 Fyrsta konan mætt og við tökum spjallið sem nú að undanförnu fjallar oft um breytingaskeiðið. Er það ástæða kulnunar, vefjagigtar eða annarrar vanlíðunar sem hrjáir íslenskar konur? Oft eru þær vel upplýstar af veraldarvefnum og vita hvað þær vantar. Hafa hlustað á fræðsluerindi heilsugæslunnar eða borgað háa upphæð fyrir netspjall við heilbrigðisstarfsmenn og vantar bara hina heilögu þrenningu: Estrógen um húð, náttúrulegt prógesterón, og svo má ekki gleyma testósteróninu sem á að auka kraft þeirra, kynhvöt og þor. Það er af sem áður var þegar við læknar vissum svörin. Hef gaman af þessu spjalli og reyni að finna faglega lausn fyrir hvern skjólstæðing. Ekki það sem saumaklúbburinn eða vinkonuhópurinn sagði henni að væri best.

12.00 Hádegishlé sem er dýrmæt stund þar sem losað er um smá endorfín.

13.30 Stuttur dagur á stofunni en hef lært að forgangsraða eigin heilsu og vellíðan og finn að langir dagar gera ekkert gott fyrir mig og þá verður þjónustan ekki sú sem ég vil að hún sé. Klára símtöl vegna Barnahúss, svara tölvupóstum og held af stað í sund. Reyni að fara einn km á hverjum degi þar sem ég losa um streitu og hreyfi mig um leið.

15.00 Fundur hjá stöðunefnd sem ég tók að mér setu í einhverra hluta vegna. Þau störf krefjast undirbúnings en með góðu fólki getur sú vinna verið gefandi og losað smá endorfín líka.

15.45 Dýrmætasta starf dagsins, sæki ömmusnúðinn Hjört Kristján tveggja ára á leikskólann og keyri hann í klippingu sem hann er ekki sáttur með í byrjun en nýtur þess í lokin og fær alvöru herraklippingu þegar mamma hans er mætt og sleikjó í verðlaun. Flottastur að sjálfsögðu. Finn í hjartanu hvað þetta einstaka hlutverk sem amma hefur gefið mér mikið og opnað nýjar víddir. Þegar öllu er á botninn hvolft er það ekki hversu margar vaktir ég tók eða hvað marga keisara ég gerði heldur hvernig amma vil ég vera.

17.30 Plokkfiskurinn ala Ebba amma kominn í ofninn og rófurnar í pottinn. Flatbrauðið og salatið skorið undir kvöldfréttum RÚV, svo borða þeir sem eru heima en hinir fjölskyldumeðlimirnir þegar dansi og borðtennisæfingum er lokið.

20.00 Við hjónin skellum okkur í kvöldgöngu upp í Elliðaárdal og fylgjumst með ástarlífi fuglanna sem við teljum okkur þekkja og sjáum gróðurinn taka við sér. Magnað hvað íslenska vorið er einstakt, birtan um kvöld og fuglasöngur er engu líkt. Eftir gönguna er það skákmót í heita pottinum þar sem húsbóndinn hefur oftast vinninginn.

22.00 Tíufréttir og svo þarf að skrifa pistil á visi.is um málefni sem brenna á frúnni um heilbrigðismál. Það er svo margt sem mætti gera betur og mig langar að breyta og meðan ég get mun ég tjá mig um það.

23.30 Leggst sátt á koddann þegar ég fer yfir daginn og hlakka til næstu verkefna.

SOUNDCLOUD

Læknar finna sjálfa sig í bókinni *Læknir verður til*

Raunsönn lýsing. „Já, hún er líka skrifuð í rauntíma — því sem næst," segir Henrik Geir Garcia læknir sem horfir nú á fyrstu skáldsögu sína á topplista Pennans Eymundsson: *Læknir verður til*. Bókin er grípandi. Hugsanir og lýsingar vekja lesandann til umhugsunar. Henrik ritaði hana á meðan hann stundaði sérnám og varð faðir. Hann gaf sér svo fjögur ár í verkið og segir lækna finna samsvörun í persónusköpuninni

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég setti sálu mína í þetta verk," segir Henrik Geir Garcia, lyflæknir á Landspítala. „Þetta er fyrsta bókin mín og ég þurfti að læra hvernig á að skrifa bók. Ég las einhverjar 10 bækur um það, horfði á allar Disney-myndirnar með dætrum mínum, greindi persónurnar. Svo fór ég í miklar rannsóknir á persónuleikum, því ég þurfti að búa til persónuleika og langaði að fanga að við erum ekki öll eins," segir hann.

„Þótt hlutverk læknis krefjist þess kannski að við séum svona eða hinsegin eru á bak við hvern lækni gjörólíkar persónur. Þær koma fram á bak við tjöldin, inni í vaktherbergjunum og í einkalífinu," segir Henrik þar sem hann sest niður með *Læknablaðinu* á uppstigningardegi með kaffibolla í hönd, nýkominn úr flugi. Bókin gefur einstaka innsýn inn í læknastarfið.

„Mig langaði til að hafa mjög fjölbreytt persónugallerí. Öll þurfum við að fást við okkar eigið egó í þessu starfi. Við rekumst á hindranir og þá er áhugavert að sjá hvort við þurfum kannski að vinna í einhverju til að komast lengra. Það var mjög skemmtilegt að rannsaka mismunandi eiginleika fólks og hvenær þeir verða því til framdráttar og hvenær þeir hjálpa ekki." En munu einhverjir læknar þekkja sig í bók Henriks? Hann hlær.

„Þetta er mjög algeng spurning þessa dagana. Þessi saga er unnin úr raunverulegum brotum. Fólk gæti kannast við sum. Þó ber að segja að það er búið að hræra þessu svo vel saman. Þetta er ekki lengur það sem það var heldur orðið að einhverju öðru en upphaflega. Ég líki þessu við gervigreindarmyndir. Hráefnin eru orðin óþekkjanleg."

Mikil sjálfsvinna með skrifunum

Hann segir þó að þar sem hann hafi unnið úr ákveðnum persónuleikum ættu allir að geta fundið sig í einhverjum í bókinni. Lesandinn sem tekur þetta viðtal greinir tregablandna tilfinningu í bókinni, upplifir stundum samviskubit aðalpersónunnar. Er það þannig?

„Já, maður mætir þessum rembihnút," segir hann. „Það fangar mann ekkert meira en illa áttaði aldraði sjúklingurinn á miðjum gangi að hrópa halló á meðan starfsfólkið er upptekið við að finna út úr því hvar hann eigi heldur að vera." Svona óþarfa hefur honum fundist erfitt að horfa upp á.

„Svo trúi ég því að í dýpstu gleðinni finnist vottur af trega, einkum eftir því sem persónuþroska og skilningi okkar á veröldinni vindur fram." Mikil sjálfsvinna sé í bókinni.

„Ég þurfti að gera upp hug minn og mynda mér skoðanir og langaði að skilja af hverju þetta er eins og það er. Það er ákaflega furðulegt að stíga inn í þetta umhverfi með þessar væntingar fyrirfram til starfsferilsins. Ég reyndi að hafa allar mannlegar tilfinningar í bókinni," segir Henrik sem lýsir ferðalagi læknis um heilbrigðiskerfið í bókinni; Landspítali, heilsugæsla, landsbyggð. Nú er hann sjálfur kominn aftur á Landspítala.

„Sögumaðurinn og ég eigum sama bakgrunn. Fyrsti kaflinn er óbreyttur, lýsing á mér og fólkinu mínu en síðan klofnar hann frá mér en við deilum sömu drifkröftum. Sögumaðurinn vill skilja af hverju hlutirnir eru eins og þeir eru. Hann vill breyta og bæta og hann vill líka skapa og tjá sjálfan sig," segir hann.

„Síðan mætir sögumaðurinn persónum sem eru ekki til og eru hugarburður minn. Ég get því ekki lengur sett samasemmerki á milli okkar." Sögumaðurinn komi að atburðum og aðstæðum sem hann hafi ekki alltaf upplifað sjálfur heldur einhver annar eða hann skáldað.

„Enda er verkinu ekki ætlað að lýsa mínum ferli í smáatriðum heldur að gera fyrstu starfsárum lækna skil með raunsönnum hætti, og einkum því sem gerist innra með þeim."

Raunverulegu atvikin séu mörg lygilegri en þau skálduðu. „Þau voru svo ótrúleg að það þurfti að tóna sum niður svo þau yrðu trúverðug."

Henrik er alinn upp af móður sinni í Reykjavík en heimsótti föður sinn reglulega til Portúgals á sumrin sem barn.

„Við erum nú í sambandi en það verður aldrei eins og byggi hann í næsta hverfi." Þótt pabbi hans sé fjölmiðlamaður, telur hann sköpunina ekki síður



Henrik Geir Garcia hefur gefið út fyrstu skáldsögu sína byggða um reynslu sína af því að verða læknir. Hann mótar söguna út frá sjálfum sér og segir að eigin reynslu og sögupersónunnar sé fléttað saman. Fjöldi lækna hafi komið að verkinu með honum og persónurnar þar eigi sér samsvörun en sé svo breytt, rétt eins og um gervigreind væri að ræða. Mynd/gag

koma úr móðurættinni. Sjálfur á hann tvær dætur og lýsir togstreitu einkalífs og starfsframans vel í bókinni. Tæpum tveimur árum eldri bróðir hans, Pedro Gunnlaugur Garcia, er einnig rithöfundur og gaf út bókina *Lungu* sem hann fékk Hin íslensku bókmenntaverðlaun 2022 fyrir.

„Ég fékk auðvitað mikla hjálp frá honum að koma þessu frá mér. Ég held ég hafi skrifað þessa bók fjórum sinnum. Fyrsta uppkastið var ansi neikvætt.“ Það hafi því mikil vinna og skoðanamyndun farið fram í því ferli.

„Síðan sendi ég textann til margra lækna á ólíkum stigum og fékk mjög góðar ábendingar.“ Hann líti því svo á að bókin sé samvinnuverkefni við allt það fólk sem hann hafi átt við samtöl, samskipti og fengið ábendingar frá. En er heilandi að skrifa meðfram læknisstörfunum?

„Algerlega. Ég held að það sé skylda heilbrigðisstarfsfólks að vinna í sjálfu sér. Það sem *homo sapiens* hefur átt erfiðast með er að sjá í gegnum egóið sitt. Hann vill það ekki. Það er vont,“ segir Henrik og segir það þema í verkinu hvernig þetta skuggasjálf flækist fyrir. „Hindranirnar sem persónurnar mæta í vinnunni krefjast þess að þær geri upp tilfinningar sínar og fyrri reynslu.“

Raunsannar lýsingar

Lesandinn staldrar við margar setningar í bókinni. Hugleiðingar sem sitja í kolli læknis þegar skjólstæðingurinn fer: *„Af hverju vildi fólk einhverjar rannsóknir en virtist svo ekki ætla að gera neitt í sínum málum?“* Henrik segir það hafa verið uppgötvun sína að það væri ekki sitt hlutverk að dæma. Hann hafi sjálfur komið með væntingar til lækna áður en hann varð einn slíkur sjálfur.

„En númer eitt, tvö og þrjú er að það skapist tengsl og traust á milli. Það er áskorun þegar samfellan er ekki eins mikil og hún ætti að vera. Þegar biðtíminn mælist í vikum og einn sjúklingurinn keppir við tíma þess næsta.“ Einnig má sjá pælingar í bókinni um viðhorf þegar hann lýsir eldri læknunum Svövu og Gogga, hún hnitmiðuð og hröð, hann hægur og hlýr en bæði fari samt slysalaust um spítalagangana:

„Svava tók meira mið af hagsmunum heildarinnar en Goggi af einstaklingnum fyrir framan sig,“ segir í bókinni. Og svo enn aðrar lýsingar sem enginn nefnir en eru nú komnar í bók: *„Þrátt fyrir að vera sjálf í þvagspreng kallaði hún síðasta sjúklinginn inn. Tvö starfsmannasalerni voru í húsinu: Annað í augsýn biðstofunnar, sem hún kunni ekki við að nota því hver vill lækni beint af klósettinu.“*

Henrik lýsir því hvernig hann leikur sér að mörkum í bókinni.

„Öll þessi litlu mörk, eins og vinnu og einkalífs, ákveðni og auðmýktar, hlutverks læknis þegar hann er læknir eða þegar hann verður veikur eða aðstandandi. Líka þegar hann fer í flugferðir eða á flugvelli og er kallaður upp. Læknir getur því alltaf átt von á því að fara í vinnuna, hvert sem hann er að fara.“ En bókin er líka ádeila. Lýsing á kaótísku heilbrigðiskerfi með tragíkómísku ívafi. Lýsingin oft sem læknar leiti að nál í heystakki. Henrik jánkar því að fólk megi hafa áhyggjur af því.

„En áhyggjur eru ekki alltaf slæmar, því þá er hægt að skilja betur að kerfið gæti verið betra en það er og það er hægt að breyta því,“ segir hann, og hvernig röddin um mikilvægi samfellunnar í þjónustunni og skortinn þar, sem birtist í bókinni, hafi ekki mikið heyrst.

„Mig langaði að tjá hana. Hún er bara hluti af umræðunni og lesandinn gerir upp hug sinn um hvað honum finnst um kerfið sem lýst er í bókinni. Ef maður skilur og veit, hefur maður betri verkfæri til að breyta og bæta. Það knýr mig áfram. Ég er að miðla einhverju sem ég vil að fólk viti, í þeirri von að hægt sé að smyrja þetta betur. En auðvitað, eins og með einstaklinginn, verður kerfið aldrei fullkomið,“ segir hann.

„Þetta er spurning um hvar við ætlum að draga línuna og hvað við ætlum að leggja mikla vinnu í að auka skilvirkni, samfellu. Það er lengi hægt að vinna með þá hluti.“ En sér Henrik fyrir sér að skrifa aðra bók?

„Ég hef heyrt svo margar sögur eftir að bókin kom út að ég er kominn með hugmyndir. Ég hef ekki tímann alveg strax. Þetta var stórt verkefni og ég gerði þetta samhliða vinnu og fjölskyldulífi. Nú ætla ég aðeins að vera meira með fjölskyldunni.“

Lungnahlustun

Dóra Lúðvíksdóttir
sérfræðingur í lungna-og ofnæmislækningum, klínískur dósent við læknadeild HÍ

Sif Hansdóttir
yfirlæknir lungnalækninga á Landspítala

Tryggvi Ásmundsson
lungnasérfræðingur og fyrrum læknir á Landspítala

Þegar á dögum Hippókratesar vissu menn að lungnahlustun væri mikilvæg við greiningu lungnasjúkdóma en talið er að hlustunin hafi þá verið gerð án hlustunarpípu með því að hafa eyrað nálægt munni sjúklings eða leggja það á brjóstkassa hans. René Laennec var franskur tónlistarmaður og læknir og nýtti þekkingu sína á því að tálga tréflautur til að finna upp hlustunarpípuna 1816, sem gerði lungnahlustun mun auðveldari.

Áður en að lungnahlustun kemur þarf að skoða eftirfarandi þætti:

Horfa þarf á sjúklinginn. Er öndunin áreynslulaus? Notar sjúklingur aðstoðaröndunarvöðva á hálsi til að hjálpa við öndunina? Þetta sést oftast hjá sjúklingum með alvarlega langvinna lungnateppu eða versnun á astma. Einnig geta sjúklingar með langvinna lungnateppu notað klemmda varaöndun (*pursed lip breathing*). Þannig geta þeir betur stjórnað önduninni komið í veg fyrir að berkjur falli saman í útöndun. Hvernig er útlit brjóstkassans? Er brjóstkasssi eðlilegur eða er hann tunnulaga eins og getur sést við langt gengna lungnaþembu og yfirþan á lungum. Lega bringubeins getur einnig haft áhrif á lögun brjóstkassa. Ef bringubein er meira útstætt en eðlilegt má telja er talað um fuglbrjóst *(pectus carinatum).* Einnig getur bringubein verið innfallið (*pectus excavatum*) og getur þá valdið skerðingu á öndunarstarfsemi.

Einnig er æskilegt að horfa á fingur og þar getur handskjálfti verið merki um mikla notkun á berkjuvíkkandi lyfjum, blámi getur verið á fingrum vegna skerts blóðflæðis, neglur geta verið óeðlilega kúptar (*clubbing*) eða gular vegna tóbaksreykinga.

Þreifa þarf brjóstkassa með því að leggja báðar hendur yfir brjóstkassa sitt hvoru megin við bringubein og meta hvort hreyfingar brjóstkassa séu jafnar yfir báðum lungum. Munur á stærð brjóstkassa milli inn- og útöndunar á að vera >5 cm.

Banka þarf brjóstkassa með því að slá fingrum hægri handar létt ofan á löngutöng vinstri handar til að meta stærð lungna og finna mögulegar deyfur, svo sem við fleiðruvökva eða lungnabólgu.

Lungnahlustun

Öndunarhljóð nefnast þau hljóð sem myndast vegna hringiðu lofts þegar loft flæðir frá stærri berkjum og allt niður í smáar berkjur.

Þeim hljóðum sem við heyrum má skipta í eðlileg öndunarhljóð og aukahljóð, svo sem brakhljóð, önghljóð (*wheeze, ronchi*), núningshljóð og soghljóð (*stridor*).

Eðlileg öndunarhljóð heyrast hæst yfir barka og þar eru þau jafnlöng í inn- og útöndun. Einnig má heyra háværari öndunarhljóð yfir efri hluta bringubeins.

Yfir stærstum hluta lungnanna heyrast hins vegar eðlileg öndunarhjóð (vesicular öndunarhljóð) og heyrist þar innöndun lengri en útöndun.

Aukin eða minnkuð öndunarhljóð

Bæði þættir innan og utan lungna geta haft áhrif á öndunarhljóð. Ofþyngd getur minnkað öndunarhljóð vegna þykktar brjóstveggjar og ýmsir lungnasjúkdómar, svo sem lungnaþemba og fleiðruvökvi, valda því að öndunarhljóð heyrast minna en ella. Lungnabólga getur hins vegar aukið öndunarhljóð yfir íferðinni ef loftvegir eru opnir (*bronchophony, pectoriloquy*) en minnkað öndunarhljóð ef berkjur eru lokaðar, til dæmis vegna slíms.

Aukahljóð

Soghljóð (*stridor*) eru hátíðnihljóð sem myndast þegar loft flæðir gegnum þrengingu ofarlega í öndunarvegi og heyrast oftast best við innöndun.

Hvernig myndast hljóðið? Hljóðið myndast vegna hringiðu lofts í efri öndunarfærum sem skapast vegna þrengingar í loftvegum.

Dæmi um sjúkdóma sem orsaka soghljóð eru bráðaofnæmisviðbrögð, lömun í raddböndum, æxli í barka, bólga í skjaldkirtli sem þrengir að barka og barkabólga hjá börnum.

Önghljóð (*wheeze, ronchi sonores/sibilantes*) geta verið bæði hátíðni- og lágtíðnihljóð sem heyrast best í útöndun en geta einnig heyrst í innöndun ef þrenging er meiri. Við mjög mikla þrengingu á berkjum er lofthreyfing lítil og þá heyrist stundum ekkert önghljóð. Þannig getur einstaklingur haft teppu á öndunarmælingu en eðlilega lungnahlustun.

Hátíðni önghljóð vísar oftast til enska orðsins „wheeze“ en lágtíðni önghljóð til enska orðsins “ronchi”. Þó er sums staðar talað um hátíðni önghljóð sem „ronchi sibilantes“.

Hvernig myndast hljóðið? Hátíðni önghljóð orsakast af titringi í berkjuveggjunum sem myndast þegar loft flæðir í gegnum þröngar berkjur. Talið er að alltaf þurfi að vera til staðar þrenging í berkjum svo að hljóðið myndist en þykkleiki og stífleiki berkjuveggjar ræður hins vegar tíðni hljóðsins. Lágtíðni önghljóð orsakast oftast af slími sem fyllir berkjur og geta þau hljóð minnkað eða jafnvel horfið við hósta.

Dæmi um sjúkdóma þar sem önghljóð eru áberandi eru astmi og langvinn

lungnateppa. Hljóðið heyrist þá dreift yfir bæði lungu.

Staðbundið önghljóð bendir hins vegar til þrengingar vegna æxlis eða slímtappa sem lokar berkju og þarfnast alltaf nánari skoðunar með myndrannsókn.

Brakhljóð eru stundum einnig nefnd slímhljóð (*crackles, rales*) og eru fremur stutt slitrótt hljóð sem heyrast best í innöndun en geta stundum einnig heyrst í útöndun. Þeim er skipt í tvo flokka, fín og gróf brakhljóð.

Fín brakhljóð heyrast oftast seint í innöndun eða í lok innöndunar í neðri hluta lungnanna og breytast ekki við hósta.

Gróf brakhljóð heyrast oftast best í innöndun en geta einnig heyrst í útöndun. Þau heyrast venjulega dreift yfir lungun og geta horfið við hósta.

Hvernig myndast hljóðið? Talið er að fín brakhljóð séu tilkomin vegna þess að berkjur lokast og opnast á víxl og gróf brakhljóð eru talin myndast vegna slímsöfnunar eða vökva sem lokar berkjum.

Dæmi um sjúkdóma þar sem heyra má fín brakhljóð eru ýmsir bandvefssjúkdómar í lungum, svo sem lungnatrefjun og má stundum heyra hljóðin mjög snemma í sjúkdómsferlinu.

Sjúkdómar þar sem heyra má gróf brakhljóð eru til dæmis langvinn lungnateppa, astmi, berkjuskúlk og lungnabjúgur. Við þessa sjúkdóma geta komið fyrir bæði önghljóð og brakhljóð.

Núningshljóð. Hjá heilbrigðum einstaklingum er snerting á milli veggfleiðru (hluti brjósthimnu sem klæðir brjóstvegg að innanverðu, *pleura parietalis*) og lungnafleiðru (hluti brjósthimnu sem klæðir lungu, *pleura visceralis*) við eðlilega öndun hljóðlaus. Þetta getur breyst við sjúkdóma í fleiðru.



Ein af fyrstu hlustunarpípunum í eigu René Laennec gerð úr tré.

Hljóðinu má líkja við að lófanum sé þrýst á annað eyrað og strokið yfir handarbakið með fingrum hinnar handarinnar. Núningshljóð heyrast venjulega bæði í inn- og útöndun og breytast ekki við hósta.

Hvernig myndast hljóðið? Núningshljóð frá fleiðru myndast þegar þykknun verður á fleiðru og veggfleiðra og lungnafleiðra núast hvor við aðra.

Dæmi um sjúkdóma þar sem heyra má núningshljóð eru bólgusjúkdómar í fleiðru og illkynja sjúkdómar í fleiðru eins og miðþekjuæxli (*mesothelioma*).

Heimildir

1. Ásmundsson T. Lungnahlustun. Læknaneminn 1979: 32: 5-15.
2. Bohadana, A, Izbicki, G, Kraman S. Fundamentals of Lung Auscultation. N Engl J Med 2014; 370: 744.
3. Wang B, Liu Y, Wang Y, et al. Characteristics of Pulmonary Auscultation in Patients with 2019 Novel Coronavirus in China. Respiration 2020; 99: 755-63.
4. Grzywalski T, Piecuch M, Szajek M, et al. Practical implementation of artificial intelligence algorithms in pulmonary auscultation examination Eur J Pediatr 2019; 178: 883-90.
5. en.wikipedia.org/wiki/Respiratory

Samantekt

- Lungnahlustun er mikilvæg við greiningu og eftirlit lungnasjúkdóma og sjálfsagður þáttur í klínískri skoðun.
- Lungnahlustun gefur oft mikilvægar upplýsingar um staðsetningu sjúkdóms í öndunarvegi, til dæmis í barka/lungum, og vísbendingu um þörf fyrir frekari rannsóknir.
- Endurtekin lungnahlustun gefur upplýsingar um framvindu sjúkdóms.
- Við alvarlegan teppusjúkdóm í lungum getur lofthreyfing verið það lítil að önghljóð heyrast ekki og öndunarmæling því nauðsynleg til greiningar sjúkdómsins.
- Þróun er hafin á því hvernig nýta megi stafrænar hlustunarpípur, snjallsíma og gervigreind til bættrar greiningar á öndunarhljóðum.

Þessir ópíóíðar! Við höfum verk að vinna

Skima þarf fyrir fíknsjúkdómi, greina og meðhöndla hann

Erna Gunnþórsdóttir – Lára G. Sigurðardóttir – Valgerður Rúnarsdóttir

Höfundar eru læknar hjá SÁÁ

Fíknsjúkdómur er langvinnur miðtaugakerfissjúkdómur með þekkta áhættuþætti og meingerð. Við þróun fíknsjúkdóms verður truflun í starfsemi heilans sem veldur því að einstaklingurinn getur ekki sleppt því að fá sér vímuefni þrátt fyrir slæmar afleiðingar. Sjúkdómurinn er alvarlegur og veldur ótímabærum dauða. Hægt er að meðhöndla hann með gagnreyndum lyfjum og sálfélagslegri nálgun. Einstaklingar með fíknsjúkdóm koma víða við í heilbrigðiskerfinu. Mikilvægt er að skima fyrir sjúkdómnum og greina (tafla I) því batahorfur eru góðar, náist að stöðva framgang sjúkdómsins og taka þarf tillit til hans, til dæmis við lyfjagjafir.

Síðustu ár hefur misnotkun ópíóíðalyfja aukist verulega en þeim fylgir mikil ofskömmtunarhætta. Helstu einkenni ópíóíðaeitrunar eru mjög þröng sjáöldur, skert meðvitund og öndunarbæling. Á Íslandi er ópíóíðafíkn nær eingöngu vegna lyfseðilsskyldra lyfja, til dæmis oxycontin® og contalgin®, sem eru reykt, notuð í æð eða um munn. Áskorun okkar sem skrifum út morfínlyf er endursala á svörtum markaði.

Innlæga ópíóíðakerfið og lyfin

Ópíóíðaviðtaki hefur undirflokka μ, κ og δ. Er μ-viðtakinn ábyrgur fyrir verkjastillingu, umbunaráhrifum og öndunarbælingu. Ópíóíðar flokkast í örva (*agonists*), bæla (*antagonists*) og hlutörva (*partial agonists*). Örvar bindast viðtökum og knýja fram fulla svörun. Metadón, morfín og fentanýl eru dæmi um örva á μ-viðtakanum. Bælar bindast viðtakanum en örva hann ekki. Þeir hindra áhrif örva og koma í veg fyrir bindingu þeirra: dæmi um bæli á μ-viðtaka er naloxón. Hlutörvar (*partial agonist*) bindast viðtakanum en framkalla mildara svar, þeir eru einnig með þak á virkni (*ceiling effect*). Búprenorfín er hlutörvi á μ með mikla sækni og kemur í veg fyrir að aðrir örvar bindist viðtakanum.[1]

Fráhvörf ópíóíða koma fram 6-48 tímum eftir síðasta skammt og einkennast af kvíða, óróleika og sterkri löngun í ópíóíða. Algeng líkamleg einkenni eru hækkaður blóðþrýstingur, nefrennsli, tárarennsli, sviti, gæsahúð og víð sjáöldur. Fráhvarfseinkenni ná hámarki á 48-72 tímum og má búast við mikilli angist, uppköstum, niðurgangi, beinverkjum og vöðvakippum. Þessi einkenni ganga almennt yfir á 5-7 dögum.[1] Þrátt fyrir að fyrrnefnd einkenni séu hastarleg og óþægileg eru þau ekki lífshættuleg.

Búprenorfín og metadón eru gagnreynd lyf við ópíóíðafíkn. Þau draga mjög úr dauðsföllum og öðrum alvarlegum afleiðingum. Búprenorfín ætti ávallt að vera fyrsta val,[2] lyfið er einfalt í notkun og öruggt, lítil hætta er á öndunarbælingu og ofskömmtun. Þetta skýrist af virkniþaki (*ceiling effect*) búprenorfíns. Metadón var fyrsta lyfið notað til meðferðar við ópíóíðafíkn.[3] Það eru tveir alvarlegir annmarkar sem hafa þarf í huga við notkun metadóns. Lyfið getur valdið öndunarbælingu þar sem það er örvi og alvarlegum hjartsláttartruflunum með lengingu QT-bils.[1]

Ofangreind lyf má líka nota til afeitrunar en við alvarlega ópíóíðafíkn er oft á tíðum hvorki æskilegt né raunhæft að afeitra, heldur þarf samvinnu um lyfjameðferð til lengri tíma.

Ópíóíðafíkn og meðferð við henni hjá SÁÁ frá árinu 2000

Fyrir síðustu aldamót fjölgaði komum á Vog vegna ópíóíðafíknar. Í lok árs 1999 svaraði SÁÁ þörfinni og hóf að veita lyfjameðferð við ópíóíðafíkn (LOF) frá göngudeild Vogs með viðurkenndum lyfjum: búprenorfín og metadón, ásamt eftirfylgd. Eftir árið 2016 jókst aftur ópíóíðafíkn og þeim fjölgaði sem þurftu lyfjameðferð. Árið 2022 sóttu samtals 347 manns LOF á göngudeild Vogs (mynd 1) en frá upphafi hafa um 700 manns fengið LOF. SÁÁ hefur borið mestan kostnað af því að veita meðferðina, sem hefur vaxið og breyst (mynd 2). Þverfaglegt teymi stendur að baki þjónustunni og tækifæri eru til frekari inngripa eftir þörf hvers og eins.

Við skoðuðum afdrif 125 einstaklinga sem sóttu LOF árið 2014. Hópnum var fylgt eftir til ársins 2022 og reyndust 62% vera enn á LOF. Dánartíðni þessa hóps er há, en 11% létust á tímabilinu (meðalaldur 44 ár, n=14). Af þeim höfðu öll nema eitt, hætt á LOF. Án meðferðarinnar væru dauðsföllin fleiri.

Núna sækja um 270 manns LOF og eru meðferðarmarkmið mismunandi. Um helmingur (48%, n=130) er í langtímabata frá allri neyslu, 37% (n=100) eru enn að ná jafnvægi á meðferðinni og 15% (n=40) í skaðaminnkandi meðferð vegna virkrar vímuefnaneyslu. Um 100 einstaklingar (37%) fá buvidal® forðasprautu, flestir fá suboxone® töflur og nokkrir eru á metadón. Flestir hafa náð að snúa aftur til þátttöku í lífi og starfi.

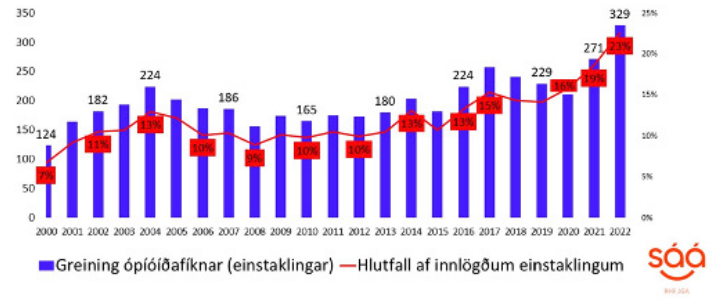
Dæmi um birtingarmyndir ópíóíðafíknar

Hér verður rakin bjöguð saga þriggja einstaklinga sem sótt hafa meðferð við ópíóíðafíkn hjá SÁÁ.

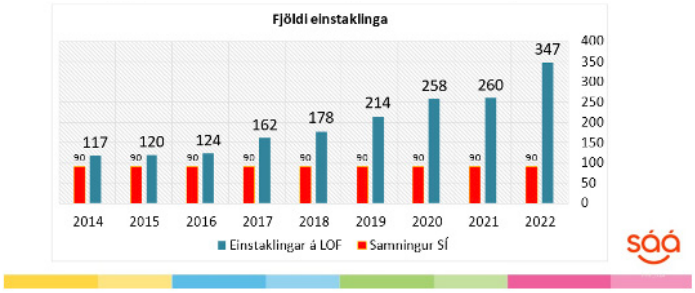
Tilfelli 1

23 ára maður í vinnu, notar ópíóíða í æð í einrúmi hjá reglusömum foreldrum, þar sem hann býr. Ættarsaga er um fíknsjúkdóm en allir í bata. Hann byrjaði að drekka áfengi á unglingsárum og fór fljótlega að fikta við kannabis og örvandi vímuefni. Í menntaskóla notaði hann fyrst örvandi vímuefni í æð og stöku sinnum oxycontin® um munn. Hann flosnaði upp úr menntaskóla, en hafði áður gengið vel í grunnskóla. Þegar hann var 18 ára kláraði hann sína fyrstu meðferð á Vogi og náði þá tæpu ári í bata. Fimm árum síðar kom hann aftur á Vog og notaði þá eingöngu ópíóíða. Þegar fráhvörf byrjuðu var gefið suboxone® og síðan buvidal® forðasprauta. Við útskrift leið honum vel og stefndi á að mæta aftur til vinnu.

Mynd 1. Greining ópíóðafíknar á sjúkrahúsinu Vogi 2000–2022



Mynd 2. Fjöldi einstaklinga á ári sem fengu lyfjameðferð við ópíóðafíkn hjá SÁÁ



Tilfelli 2

63 ára heilbrigðisstarfsmaður með langa sögu um fíknsjúkdóm. Hún hefur verið í bata á suboxone® lyfjameðferð í 14 ár. Ópíóíðavandinn byrjaði með parkódíni® og síðar benzódíazepín-lyfjum við verkjum eftir slys á yngri árum, en neyslan fór úr böndunum. Hún átti batatímabil en fór að fá bakslög á ferðalögum. Þau byrjuðu gjarnan með áfengi, sem leiddi til ópíóíðaneyslu, aðallega í töfluformi en einnig í æð. Að lokum var hún við það að kasta frá sér starfsferlinum og fæla fjölskylduna frá sér. Hún kom til meðferðar á Vogi og náði bata með LOF og er í fullri virkni og vinnu í dag. Samhliða sækir hún reglulega AA-fundi.

Tilfelli 3

48 ára kona sem átti góða æsku og reglusama fjölskyldu. Hún menntaði sig og vann þar til hún varð óvinnufær vegna slæmra verkja. Var þá með ung börn, hafði ekki sögu um fíkn og tók sterk verkjalyf samkvæmt læknisráði. Fyrsta koma á Vog var til að losna við ávanabindingu verkjalyfja, sem gekk vel. Tveimur árum síðar var hún komin í alvarlega neyslu, notar meðal annars oxycontin® í æð. Einkenni fíknsjúkdóms höfðu í raun verið lengi til staðar. Þá er hún komin á götuna, með alvarlega fylgikvilla fíknsjúkdóms og naut oft góðrar þjónustu skaðaminnkunar RKÍ. Síðustu 10 ár kom hún í endurteknar meðferðir, náði tímabilum í bata á LOF með suboxone® og þess á milli í lífshættulegri neyslu. Um tíma fékk hún uppáskrifað oxycontin® frá lækni, kallað skaðaminnkun. Sá hún þá engan tilgang í að skipta yfir í suboxone® og leitaði ekkert á Vog um talsverðan tíma. Eftir langt tímabil alvarlegra veikinda vegna neyslu og endurtekinna innlagna á sjúkrahús, kom hún að nýju í meðferð á Vog og lauk endurhæfingu á Vík. Hún fór aftur á búprenorfín og að þessu sinni á buvidal® forðasprautur. Í kjölfarið náði hún mörgum mánuðum í bata. Fékk þá stutt bakslag í örvandi lyf (ekki ópíóíða), var tekin í flýtiinnlögn á Vog og fljót að ná sér. Við síðustu komu í LOF á göngudeild Vogs var hún komin með leiguhúsnæði, í sambandi börnin sín og fjölskyldu, samhliða því að vinna í eigin bata.

Ópíóíðafíkn er ekki í rénun enn

Læknar eru almennt meðvitaðir um þá hættu sem fylgir ávísun ópíóíðalyfja og gefa þau með eðlilegri varúð og eftirfylgd, sérstaklega ef áhætta á fíkn er metin með skimun. Ef gefa á vímuefnafólki með alvarlegan fíknsjúkdóm þarf þverfaglegt teymi, öruggt umhverfi og lyf/efni sem eru ætluð sem stungulyf. Oxycontin® og contalgin® eru ekki lyf við ópíóíðafíkn ef þau eru notuð eru á lífshættulegan og rangan hátt, í stórum skömmtum, reykt eða sprautað í æð. Slíkar ávísanir geta ýtt undir versnun sjúkdómsins.

Veikustu skjólstæðingarnir með fíknsjúkdóm eru oft í erfiðri stöðu og vonlitlir um meiri lífsgæði. Það sjáum við daglega í okkar störfum. Nærgætni, virðing, mannúð og umhyggja eiga að vera í fyrirrúmi í faglegri umönnun allra sem leita sér aðstoðar, óháð tilgangi meðferðar. Líkn eða skaðaminnkun er eðlilegur hluti meðferðar langvinnra sjúkdóma, líka fíknsjúkdóms. Hún er þá veitt með gagnreyndum meðferðum. Meðferð er ekki hætt þótt árangur sé takmarkaður.

Að mati okkar sem vinnum við meðferð fíknsjúkdóms er mikilvægast að passa upp á aðgengi að meðferðum á öllum stigum sjúkdómsins: bráðaþjónustu í öllu heilbrigðiskerfinu vegna afleiðinga neyslu, lyfjameðferð við ópíóíðafíkn með búprenorfín og metadón (LOF), sérhæfðri sálfélagslegri meðferð til bata og þjónustu við fjölskyldur fólks með fíknsjúkdóm.

Tökum höndum saman og skimum fyrir fíknsjúkdómi, greinum hann og meðhöndlum á viðeigandi hátt.

Tafla 1. Skimun fyrir áhættu á fíknsjúkdómi

1. Saga: Spyrja beint um notkun áfengis, nikótíns og annarra fíkniefna, einnig lyfja án læknisráðs. Spyrja um fyrri fíknimeðferð, ættarsögu um fíknsjúkdóm, aðra geðsjúkdóma, áfallasögu, félagslegan stuðning.
2. Skoða Lyfjagátt, eru önnur ávanabindandi lyf?
3. Skoðun: einkenni um neyslu eða afleiðingar hennar, fráhvörf, víma.

Sjúkdómsgreining er gerð með ICD 10/11 eða DSM 5 skilmerkjum.

Heimildir

1. el-Guebaly N, Carrà G, Galanter A, et al (ritstjórar). Textbook of Addiction Treatment: International Perspectives. (2. útgáfa). Springer, Sviss 2021.
2. Bruneau J, Ahamad K, Goyer MÈ, et al. Management of opioid use disorders: a national clinical practice guideline. CMAJ 2018; 190: 247-57.
3. Miller SC, Fiellin DA, Rosental RN, et al (ritstjórar). The ASAM Principles of Addiction Medicine (6. útgáfa). Wolters Kluwer, Filadelfía 2018.

Katrín Fjeldsted
heimilislæknir

Læknir í 50 ár

Það er mér ógleymanlegt er ég stóð á tröppum Háskóla Íslands vorið 1973, 26 ára gömul og nýútskrifaður læknir. Við mér blasti að lífið væri framundan og möguleikarnir óendanlegir en þó óræðir. Síðan eru liðin 50 ár, eins og örskot.

Haustið 1973 vann ég í nokkra mánuði á svæfingadeild Borgarspítalans en flutti svo um jólin með börnin tvö til Bretlands. Þangað var eiginmaður minn fluttur á undan okkur. Lífið fannst mér sem bjartsýnni ungri konu alls ekki flókið. Koma þurfti sér fyrir í nýju landi, sinna manni og börnum, fá heimilishjálp, komast á kandídatsár. Til þess að það síðastnefnda tækist þurfti að meta læknisfræðilega þekkingu mína, þar sem enginn samningur var þá milli Íslands og Bretlands um háskólamenntun, og var ég því undir vinsamlegu eftirliti í nokkrar vikur á West Middlesex Hospital. Það gekk vel en ég minnist þess að hafa þar skoðað sjúkling af gula kynstofninum og áttað mig ekki strax á því að hann væri gulur, það er með gular sclerae. Ógleymanlegt.

Á kandídatsárinu var ég á Edgware General Hospital í norðurhluta London og í 6 mánuði af 12 var vinnuvikan 120 tímar (í vikunni eru 168 tímar). Yfirvinna var ekki greidd enda töldu eldri læknar vinnuna létt verk og löðurmannlegt, þeirra eigin vinnuskylda hafði á sínum tíma náð 168 tímum. Ég tel víst að ég hafi stytt lífslíkur mínar um ein 5 ár á þessum 6 mánuðum enda svefninn ekki vís. Ekki að furða að ég hafi síðar á ævinni í erlendu samstarfi tekið þátt í stefnumótun um öryggi sjúklinga og velferð lækna.

Ég vann á Northwick Park Hospital á bráðamóttöku vel á annað ár. Vaktir voru tvískiptar í fyrstu en svo fóru unglæknar í Bretlandi í verkfall og kröfðust þess að vaktir yrðu þrískiptar, það er að segja virkir dagar og aðeins þriðja hver nótt. Það gekk eftir og það merkilega er að þeir fóru ekki aftur í verkfall fyrr en áratugum síðar þegar Jeremy Hunt var heilbrigðisráðherra og allt fór úr böndunum. Leiðarljós ungra lækna var í báðum þessum verkföllum hið sama: áhyggjur af öryggi sjúklinga í höndum örþreyttra lækna, ónóg mönnun og mikið vaktaálag. Kunnugleg lýsing ekki satt? Fróðlegt er að lesa umfjöllun um verkfallið 2016 í bók eftir Rachel Clarke *Your Life in my Hands* (2017). Mæli með henni. Og enn á ný blása breskir unglæknar til verkfalla.

Kandídatsár og eftir það vinna á ýmsum spítaladeildum höfðu orðið til þess að ég áttaði mig á að það væri mun áhugaverðara að eiga samskipti við vakandi fólk en sofandi og deila með því sorgum og gleði. Hugmyndir mínar um að leggja fyrir mig svæfingar hurfu fyrir áhuga á heimilislækningum. Ég var svo heppin að komast að því að Gerald Michael heimilislæknir væri með



Með hópi sérnámslækna í heimilislækningum á Balint-helgi í Oxford haustið 2022.

Balint-fundi með læknum í sérnámi í heimilislækningum og leitaði til hans um hvort ég mætti vera með. Hann tók því afar vel og þar komst ég í kynni við Balint á ný en Jakob Jónasson geðlæknir hafði sagt okkur frá bók Michaels Balint, *The Doctor, his Patient and the Illness* meðan ég var enn í háskóla. Ég fékk einnig að taka þátt í Balint-hópi undir stjórn Olivers Samuel sem var kennslustjóri sérnáms í heimilislækningum á Northwick Park.

Sérnámi mínu lauk með námsdvöl á Chalkhill Health Centre í Wembley þar sem John Salinsky var mentorinn minn



Með John Salinsky í tilefni af heiðursnafnbótinni FRCGPs 19. nóvember 2021.

og ævilangur vinur síðan. Tala enn við hann vikulega á Zoom.

Eftir heimkomuna fór ég að vinna um haustið sem aðstoðarborgarlæknir í afleysingum fyrir Heimi Bjarnason. Skúli Johnsen var borgarlæknir og heilbrigðisþjónusta utan sjúkrahúsa að mestu á forræði sveitarfélaga. Það var fróðlegt að kynnast starfsemi heilbrigðisráðs og heilbrigðisnefndar borgarinnar. Haustið 1980 sótti ég um og fékk stöðu á Heilsugæslustöðinni í Fossvogi. Svavar Gestsson var þá heilbrigðisráðherra.

Svo fór að ég endaði í baráttusæti á lista Sjálfstæðisflokks í framboði til borgarstjórnar og var borgarfulltrúi í þrjú kjörtímabil frá 1982 til 1994. Uppbygging heilsugæslunnar í borginni varð mér baráttumál sem formanni heilbrigðisráðs. Margir töldu að heilsugæslustöðvar ættu fyrst og fremst heima í dreifbýli og lengi eimdi eftir af því. Heimilislækningar sátu á hakanum, einkum hér í Reykjavík, en nauðsynlegt var að grunnur yrði lagður að nútímaheilbrigðisþjónustu.

Það var fremur erfitt hætta störfum sem heimilislæknir en kollegarnir sögðu að annaðhvort yrði maður að segja upp eða fengi uppsagnarbréf sjötugur. Mér var reyndar alveg ljóst hvenær sá afmælisdagur rynni upp! Sjúklingarnir mínir fengu kveðjubréf með þakklæti fyrir samstarfið og þá varð ekki aftur snúið.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Ritstjóri vefsíðu og síðu Öldungadeildar í *Læknablaðinu*:
Helga M. Ögmundsdóttir

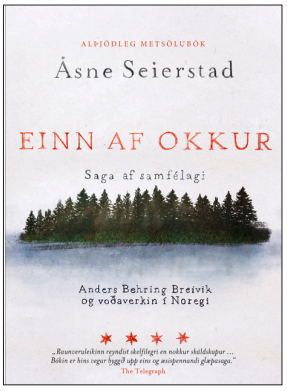
Hvaða bók hefur fylgt þér lengst,
þú hefur lesið oftast eða haft mest áhrif á þig?



Einn af okkur?

Halldóra Jónsdóttir
geðlæknir

Eins og fyrri pistlahöfundar hef ég verið bókaormur frá því að ég man eftir mér og ég er stöðugt að fylgjast með og skipuleggja hvaða bækur ég vil og þarf að lesa. Það eru margar bækur/sögur sem hafa hreyft við mér, kennt mér hluti um lífið, um fegurð og ljótleika, um náttúru, fólk, athafnir og tilfinningar. Þegar ég velti því fyrir mér hvaða bækur ég hef oftast lesið, komst ég að því að það eru auðvitað bestu barnabækurnar, ævintýrin sem ég drakk í mig aftur og aftur sem barn og las svo aftur fyrir mín eigin börn. Fullorðin hló ég og táraðist yfir sömu atburðum í sögum og barnið ég gerði. Líklega vöktu sumar þessara bóka sterkari tilfinningaviðbrögð á fullorðinsárunum með meiri skilningi á umfjöllunarefninu og stöðu persóna og leikenda. Þetta eru bækur Astrid Lindgren, Guðrúnar Helgadóttur og Tove Jansson. Mikið fann ég sem fullorðin til með mömmu Snúðs og Jónatans Ljónshjarta sem sat ein eftir þegar báðir drengirnir hennar voru dánir, þó að þeir væru sprelllifandi í sínu eigin magnaða ævintýri. Það er ekki síður mikilvægt fyrir okkur sem foreldra að lesa áfram barnabækur um allskonar börn, sjá þau og skilja. Ég er alltaf að hitta Emil í Kattholti, Ronju og Madditt og þau eru alltaf jafn heillandi og skemmtileg.



Ég hef haldið áfram að lesa allskonar ævintýri á fullorðinsárum, bæði fantasíur og vísindaskáldskap, en líka annars konar bókmenntir og á marga uppáhaldshöfunda. Sú bók sem hefur hreyft einna mest við mér á síðustu árum er líklega bók norska höfundarins Åsne Seierstad, *En av oss*, sem kom út í íslenskri þýðingu Sveins H. Guðmarssonar árið 2016. Bókin segir sögu norska fjöldamorðingjans Anders Behring Breivik. Hryðjuverk hans þann 22. júlí 2011 voru skelfilegri en nokkur hefði getað ímyndað sér. Breivik drap í allt 77 einstaklinga, fyrst 8 með sprengju við skrifstofu forsætisráðherra í Osló og svo hélt hann til eyjunnar Utøya í stöðuvatninu Tyrifjorden sem liggur um 40 km norðvestur af Osló og skaut 69 ungmenni til bana og særði 66 til viðbótar. Ungmennin voru stödd á sumarþingi ungmennahreyfingar Verkamannaflokksins. Breivik er norskur hægri öfgamaður og þetta var upphafið að byltingu hans gegn stjórn Verkamannaflokksins í Noregi. Honum tókst ætlunarverk sitt í því að hann varð frægur og fékk gríðarlega athygli í kjölfar verknaðarins. Hann hefur sjálfur kallað verknaðinn bókarkynningu á 1500 blaðsíðna Manifestói sem hann skrifaði um baráttu kristinna og múslima og um undirbúning hryðjuverkanna. Hann setti þessi skrif á netið sama dag og hann framdi hryðjuverkin.

Höfundur bókarinnar er rannsóknarblaðamaður og bókin er skrifuð eftir miklar rannsóknir hennar á efninu. Hún lýsir uppvexti Breivik og þroskasögu, pólitískum þreifingum hans og ferð inn í heim hægri öfgaskoðana. Hún lýsir líka skipulagningu hans á árásinni. Bókin segir einnig sögu fjögurra ungmenna sem voru stödd á Utøya og fjölskyldna þeirra. Saga morðingjans er vissulega áhrifarík og fyrir mig sem geðlækni er hún mikilvæg til að skilja hvernig einn einstaklingur getur skipulagt og framið slíkt voðaverk. Það skýrist margt, en vissulega ekki allt. Það er þó saga fórnarlamba hans og fjölskyldna þeirra sem situr eftir og er áhrifamest. Þessi 18 ára ungmenni og framtíðar stjórnmálafólk voru heillandi hvert á sinn hátt, með ólíkan bakgrunn en öll með brennandi áhuga á stjórnmálum, mannréttindum og betra samfélagi.

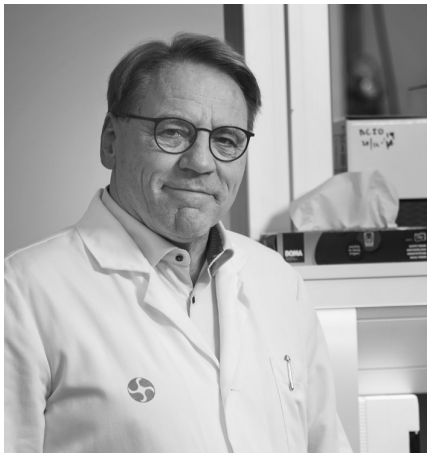
Þessir atburðir gerðust nálægt okkur og í okkar samtíma. Efni bókarinnar er vissulega þungt og átakanlegt en að mínu mati nauðsynlegt að lesa og freista þess að skilja hvað lá að baki þessu voðaverki. Höfundur nálgast efnið af hlutleysi og segir sögu Breivik og ungmennanna hispurslaust. Saga þeirra og atburðanna í heild er frábærlega skrifuð og veitir manni mikla innsýn í atburðina þann 22. júlí 2011.

Mig langar í lokin að nefna aðra gjörólíka sögu sem er ekki síður mikilvæg og hafði mikil áhrif á mig. Það er *The Overstory* eftir Richard Powers. Hún segir sögu nokkurra einstaklinga sem hvert á sinn hátt tengjast trjám og skilja líf þeirra, taugakerfi og mikilvægi. Hver saga er grípandi og hreyfði hjartastrengi þessa lesanda. Sögurnar virðast lengi standa sjálfstæðar en í lok bókar tengjast persónur hennar saman og samhengið verður svo miklu stærra og lengra en ein mannsævi.

Ég skora á annan geðlækni, Þórgunni Ársælsdóttur, að skrifa um bók sem hreyfði við henni og segja okkur lesendum frá henni.

Hvernig varð sérgrein lækna fyrir valinu? Hvar lærðu þeir? Hvaða ráð gefa þeir ungum læknum?

Sýklafræði



Mynd/Þorkell Þorkelsson

Karl G. Kristinsson
sýklafræðingur á sýkla- og veirufræðideild Landspítala

Þegar ég var í læknadeildinni var ég frekar tvístígandi varðandi val á sérgrein og velti helst fyrir mér lyflækningum og barnalækningum. Á kandídatsárinu vann ég á lyflækningadeild Landspítala og var mikið með Sigurði B. Þorsteinssyni, smitsjúkdómalækni. Hann vakti áhuga minn á smitsjúkdómum og stefndi ég á sérnám í þeirri grein. Svo var það eftir kandídatsárið að Arinbjörn Kolbeinsson, yfirlæknir á sýklarannsóknadeild Landspítala, bauð mér vinnu á deildinni. Mér fannst þetta tilvalið tækifæri til að læra meira í sýklafræði og sló til. Kynni mín af sýklafræði hófust reyndar í sumarvinnu hjá Margréti Guðnadóttur, prófessor, eftir þriðja árið í læknisfræði. Skemmtilegur tími og eftirminnilegur í húsi sem kallað var gamla þvottahúsið og hýsir nú ónæmisfræðideildina. Dvöl mín á sýkladeildinni varð til þess að ég ákvað að fara í sérnám í sýklafræði. Hafði alltaf dáðst að störfum tveggja fyrirrennara minna, þeirra Níelsar Dungal, prófessors, og Björns Sigurðssonar á Keldum. Þeir voru báðir miklir brautryðjendur í sýklafræði hér á landi. Mér fannst vera svo margt hægt að gera í þessari fræðigrein hér á landi, fræðigrein í þróun og góðir möguleikar á að þróa starfið eftir áhuganum á hverjum tíma.

Þegar kom að því að ákveða hvar ég ætlaði að sérmennta mig, vildi ég halda tengslum við klíníkina. Það voru því helst Bretland og Danmörk sem komu til greina. Ekki var einfalt að fá stöðu í Bretlandi, en svo vel vildi til að Kristín Jónsdóttir, sérfræðilæknir á sýklarannsóknadeildinni, þekkti til í Skotlandi og kom mér í samband við prófessor Morag C. Timbury í Glasgow, en hún varð síðar yfirmaður Public Health Laboratory Service í Bretlandi. Hún bauð mér starf, en skilyrði var að fara í breska læknaprófið fyrir útlendinga. Ég fór út í byrjun árs 1982 og tók prófið í Edinborg. Dvaldi á próftímanum hjá Hermanni Pálssyni, prófessor í íslenskum fræðum, og Guðrúnu konu hans. Hermann var prófessor við Edinborgar-háskóla og orðinn þekktur fyrir þýðingar sínar á íslenskum fornbókmenntum. Ég starfaði í Glasgow þangað til ég hafði lokið fyrra hluta sérnámsins og tók svo síðari hluta sérnámsins á háskólasjúkrahúsunum í Sheffield. Til að fá bresk sérfræðiréttindi þurfti að taka próf á vegum Royal College of Pathologists. Tók það heilan dag í skriflegu og þrjá daga í verklegu og munnlegu. Ég stundaði vísindarannsóknir á sérnámstímanum í Sheffield og sem Research Fellow við Hygiene Institut háskólans í Köln. Það kom mér á óvart hvað aðstæðurnar á þýsku rannsóknastofunni voru nýtískulegri. Þetta varð svo doktorsverkefni mitt við Sheffield-háskólann.

Sýklafræðin samanstendur af bakteríu-, veiru-, sveppa- og sníkjudýrafræði. Við sérfræðilæknarnir erum aðeins 8 á deildinni (og á landinu) og hver og einn þarf því að sinna mörgum og fjölbreyttum verkefnum, sem gerir starfið gefandi og skemmtilegt.

Síðan ég kom heim eftir sérnám haustið 1988 hef ég unnið á sýkla- og veirufræðideild Landspítala og við læknadeild Háskóla Íslands sem dósent/prófessor. Í upphafi starfsferilsins var aðferðafræðin nánast sú sama og á tímum Pasteur og Koch. Framfarir í erfðafræði hafa nú gjörbreytt fræðigreininni. Greining á bakteríum og veirum er að stórum hluta framkvæmd með kjarnsýrumögnun erfðaefnis (PCR) og heilgenamengisraðgreiningar á erfðaefni örvera orðnar nauðsynlegur hluti starfsins. Greiningar sem að jafnaði tóku tvo til þrjá daga fást nú samdægurs og í sumum tilvikum á innan við klukkustund. Búast má við gríðarlegum framförum í sérgreininni á næstu árum með notkun raðgreininga og gervigreindar.

Sýklafræðin samanstendur af bakteríu-, veiru-, sveppa- og sníkjudýrafræði. Við sérfræðilæknarnir erum aðeins 8 á deildinni (og á landinu) og hver og einn þarf því að sinna mörgum og fjölbreyttum verkefnum, sem gerir starfið gefandi og skemmtilegt. Það reyndi verulega á okkur í COVID-19 faraldrinum, en það jákvæða var að tækjakostur og allur aðbúnaður deildarinnar batnaði stórlega og var ekki vanþörf á. Mikilvægt er að byggja á þeirri reynslu til framtíðar og gott væri að fá fleiri sérfræðilækna í hópinn.

Tvístígandi en valdi sýklafræði



Hannes Bjarki Vigfússon
læknir
sýklafræðideild
háskólasjúkrahússins í Örebro

Það var sýklafræðikúrsinn á þriðja árinu í læknadeildinni sem kveikti áhuga minn á sýklafræði og smitsjúkdómum. Á þeim tíma kom ekkert annað til greina en að sinna sjúklingum og því var stefnan tekin á smitsjúkdómalækningar. Eitthvað togaði sýklafræðin þó í mig því ég valdi að vinna BS-verkefnið mitt á sýklafræðideildinni og rannsakaði faraldsfræði ESBL-myndandi baktería á Íslandi. Valtímabilinu á 6. árinu varði ég svo í það að kynna mér smitsjúkdómalækningar á Landspítala. Það var skemmtileg reynsla sem varð til þess að auka áhuga minn á smitsjúkdómum enn frekar. Ég útskrifaðist úr læknadeildinni 2013 og eftir kandídatsárið byrjaði ég í sérnámi í lyflækningum. Tíminn á lyflækningasviði var lærdómsríkur og hafði ég mjög gaman af smitsjúkdómalækningunum. Hins vegar hafði ég ekki alveg sama brennandi áhuga á almennu lyflækningunum og eftir um tvö ár í lyflæknaprógramminu ákvað ég að kynna mér aðra valkosti. Ég vann um tíma á taugadeildinni og líkaði mjög vel. Alltaf blundaði þó í mér áhugi á smitsjúkdómum og sýklafræði sem varð til þess að ég hafði samband við Karl G. Kristinsson yfirlækni varðandi vinnu á sýkla- og veirufræðideildinni. Ég fékk tímabundna stöðu þar til að kynna mér sérgreinina og eftir það var ekki aftur snúið. Í kjölfarið lá leiðin til Svíþjóðar og sumarið 2018 byrjaði ég í sérnámi í sýklafræði við háskólasjúkrahúsið í Örebro. Ef allt gengur samkvæmt áætlun klára ég námið í haust.

Starf sýklafræðings er fjölbreytt og verkefnin geta verið mjög mismunandi frá degi til dags. Starfið felur meðal annars í sér vinnu á rannsóknarstofu, svo sem smásjárskoðun sýna og aflestur ræktana, en einnig túlkun á niðurstöðum mótefnamælinga og sameindalíffræðilegra rannsókna eins og kjarnsýrumögnun (PCR) og raðgreiningu. Allar rannsóknarniðurstöður þarf að túlka í klínísku samhengi og miðla síðan upplýsingunum til þeirra sem sjá um meðferð sjúklinganna. Þetta gerir það að verkum að klíníkin er aldrei fjarri og sýklafræðingar koma með óbeinum hætti að greiningu og meðferð flestra alvarlega veikra sjúklinga á spítalanum.

Annað sem er spennandi við sýklafræðina er sú öra þróun sem er í faginu, bæði vegna tækniframfara en einnig vegna þróunar sýklanna og tilkomu nýrra sýkla. Nýlegur heimsfaraldur SARS-CoV-2 er ágætis dæmi um slíkt og sennilega ekki síðasti faraldurinn eða nýi sjúkdómurinn sem ég mun sjá á mínum ferli. Sýklalyfjaónæmi meðal baktería heldur einnig áfram að aukast, eitthvað sem ógnar bæði meðhöndlun sýkinga og nútímalæknisfræði almennt. Þetta skapar til dæmis nýjar áskoranir hvað varðar rannsóknaraðferðir og svarstíma næmisprófa til að leiðbeina meðferð.

Ég er mjög ánægður með val á sérgrein og hvet þá sem hafa áhuga á sýklafræði og smitsjúkdómum til að íhuga að leggja fagið fyrir sig.

Það er því óhætt að segja að það sé mikið af spennandi verkefnum framundan og eftirspurnin eftir sýklafræðingum til að takast á við þau er mikil. Ég er mjög ánægður með val á sérgrein og hvet þá sem hafa áhuga á sýklafræði og smitsjúkdómum til að íhuga að leggja fagið fyrir sig.



Mæðgurnar Katrín, Lena Rún og Klara Sif við eldgosið í Meradölum í Fagradalsfjalli í ágúst 2022. Myndina tók fjölskyldufaðirinn, Aron Freyr Lúðvíksson.

Katrín Þórarinsdóttir
gigtarlæknir

Heimþrá

Eins og svo margir læknar fluttum við fjölskyldan út til þess að halda áfram sérfræðinámi. Við fluttum mitt í kreppunni 2009 með allt okkar hafurtask og enduðum í úthverfi í Gautaborg. Við bjuggum nálægt ströndinni og gátum á sólríkum dögum rölt niður að hafinu og eytt deginum með sandinn á milli tánna. Það virtist vera mun meiri tími fyrir útivist en á Íslandi því að veðrið var alltaf gott, að okkur fannst. Svíunum fundust reyndar sumrin oft frekar köld á meðan við vorum alsæl í skerjagarðinum. Okkur gekk ágætlega að aðlagast Svenson og sænskum hefðum. Stelpurnar sungu íslenskuna og við slettum sífellt meira á sænsku. Jajamensan. Helsti galli þessarar útrásar var sú að stórfjölskyldan var auðvitað áfram á Íslandi og þó að við reyndum að heimsækja landið og hela familjen á hverju sumri misstum við af mörgum stórafmælum, brúðkaupum og ættarmótum. Einnig fundum við mikið fyrir fjarlægðinni þegar okkar nánustu ættingjar veiktust alvarlega. Það reyndist okkur þungbært.

Einn af eldri kollegunum á deildinni sem ég vann á spurði mig af og til fyrstu árin í hálfkæringi hvenær við ætluðum að flytja til baka til Íslands. Hann var kominn á eftirlaunaaldur og hafði kynnst nokkrum íslenskum læknum. Hans reynsla var sú að allir íslenskir læknar flyttu að lokum heim og fannst honum þetta mjög merkilegt. „Af hverju snúið þið öll til baka? Að hverju eruð þið að leita, eftir svona mörg ár í Svíþjóð?“ Eftir að ég hafði verið á deildinni í hátt í 9 ár hætti hann að spyrja. Hann hefur líklegast talið að hættan á svona vitleysu væri liðin hjá.

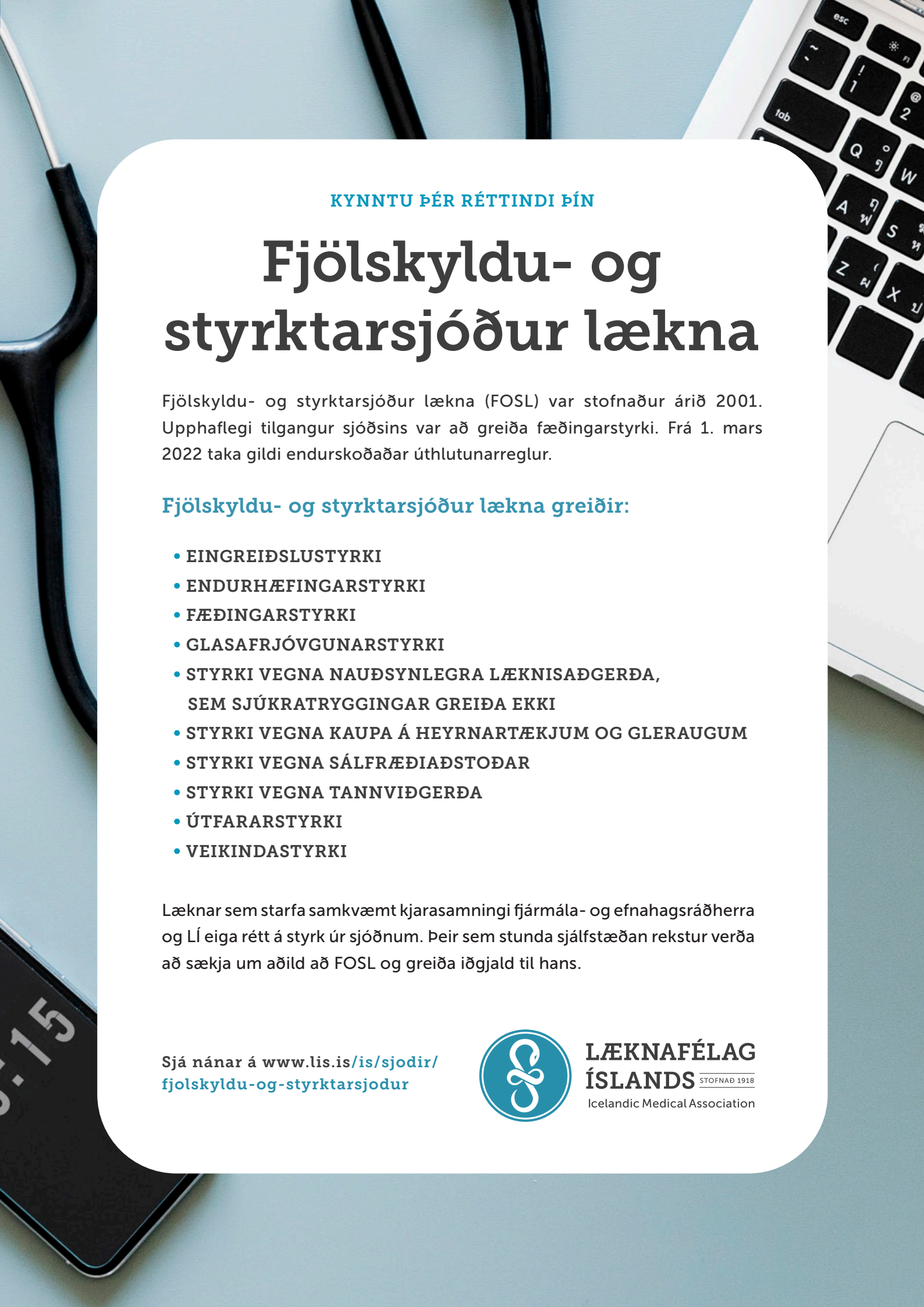
Við fluttum til Englands í miðjum COVID-faraldrinum því að ég hafði fengið tækifæri til rannsókna við virtan háskóla í fallegum háskólabæ. Þetta var ekta enskur smábær, svona eins og maður sér í breskum sakamálaþáttum með fallegum skökkum húsum og vel hirtum görðum. Stelpurnar blómstruðu í skólanum og þetta var stundum eins og að vera í mjög löngu fríi þar sem allt er nýtt. Við höfðum verið í Englandi í næstum ár og brátt var komið að heimferð til Svíþjóðar. Þá fór að bera á einhverri nýrri tilfinningu hjá mér. Hún byrjaði smátt en óx með hverjum deginum og varð stundum eins og kökkur í hálsinum á mér. Þetta var söknuður án andlits. Ég fann hvað ég saknaði landsins míns mikið, tungumálsins sem ég ólst upp við, tónlistarinnar, íslensks húmors, íslenskra fjalla og elsku fjölskyldunnar og vina. Þessi söknuður fléttaðist saman við sorgina sem ég fann fyrir þegar ég hugsaði til ættingja sem höfðu látist á meðan ég var í Svíþjóð. Mig fór að dreyma Ísland.

Eitt kvöldið, eftir um 12 ára veru erlendis, varð þessi tilfinning of sterk og ég tilkynnti eiginmanninum að ég vildi flytja heim. Þegar við sögðum stelpunum okkar tveimur að stefnan væri tekin á Ísland virtist það ekki koma þeim mikið á óvart og þær tóku þessu af mikilli ró. Þær voru tilbúnar að flytja til Íslands og prófa fyrir okkur foreldrana.

Við sjáum ekki eftir því að hafa flutt heim. Við erum kannski lítil þjóð á afskekktri eyju sem gleymist stundum að merkja inn á landakortin, en Íslendingar eru samheldnir og hlýir í köldu og stórbrotnu landi. Ég hef að minnsta kosti hvergi séð fallegra sólarlag.

Römm er sú taug
er rekka dregur
föðurtúna til.

(Ovid/Sveinbjörn Egilsson þýddi)



KYNNTU ÞÉR RÉTTINDI ÞÍN

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna (FOSL) var stofnaður árið 2001. Upphaflegi tilgangur sjóðsins var að greiða fæðingarstyrki. Frá 1. mars 2022 taka gildi endurskoðaðar úthlutunarreglur.

Fjölskyldu- og styrktarsjóður lækna greiðir:

- EINGREIÐSLUSTYRKI
- ENDURHÆFINGARSTYRKI
- FÆÐINGARSTYRKI
- GLASAFRJÓVGUNARSTYRKI
- STYRKI VEGNA NAUÐSYNLEGRA LÆKNISAÐGERÐA, SEM SJÚKRATRYGGINGAR GREIÐA EKKI
- STYRKI VEGNA KAUPA Á HEYRNARTÆKJUM OG GLERAUGUM
- STYRKI VEGNA SÁLFRÆÐIAÐSTOÐAR
- STYRKI VEGNA TANNVIÐGERÐA
- ÚTFARARSTYRKI
- VEIKINDASTYRKI

Læknar sem starfa samkvæmt kjarasamningi fjármála- og efnahagsráðherra og LÍ eiga rétt á styrk úr sjóðnum. Þeir sem stunda sjálfstæðan rekstur verða að sækja um aðild að FOSL og greiða iðgjald til hans.

Sjá nánar á www.lis.is/is/sjodir/fjolskyldu-og-styrktarsjodur

LÆKNAFÉLAG ÍSLANDS STOFNAÐ 1918
Icelandic Medical Association

Auglýsing