Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



Getnaðarvarnarlykkja utan leghols

LEIÐARI Útflutningur þekkingarstarfa

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI Bæklunarskurðlækningar

VIÐTAL Hafije barðist fyrir því að verða læknir

10/2023 109. árgangur: 429-484

Auglýsing





Læknarnir Sigurdís Haraldsdóttir, Diane Simeone og Jessica Everett á málþingi í september um briskrabbamein og nýtt hááhættueftirlit Landspítala. Mynd/gag

Fólk í hááhættu á briskrabbameini undir eftirliti

Eftirliti hefur verið komið upp á Landspítala með einstaklingum í mikilli hættu á að fá briskrabbamein. Fjörutíu greinast árlega og sami fjöldi deyr árlega úr þessu skæða krabbameini. Litlar framfarir hafa orðið í meðhöndlun þess síðustu tvo áratugi, segir yfirlæknir krabbameinslækninga á Landspítala

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Landspítali hefur komið á fót hááhættueftirliti með áhættuhópum fyrir briskrabbameini. „Búist er við að 500-1000 manns verði þar undir reglubundnu eftirliti," segir Sigurdís Haraldsdóttir, krabbameinslæknir og yfirlæknir á Landspítala og dósent við Háskóla Íslands.

Aðeins 2% þeirra sem greinast með krabbamein fá það í bris. Þó er það fjórða algengasta ástæða allra dauðsfalla vegna krabbameina. „Einungis 10% þeirra sem greinast eru á lífi að fimm árum liðnum," sagði Sigurdís á málþingi um miðjan septembermánuð.

„Litlar framfarir hafa orðið síðustu 20 ár en við vonumst til þess að geta bætt horfur og komið í veg fyrir þessi krabbamein í framtíðinni," sagði Sigurdís. Hún greindi frá því að samhliða eftirlitinu yrði öllum sem koma í eftirlitið boðin þátttaka í alþjóðlegri rannsókn.

Eftirlitið og rannsóknin er að bandarískri fyrirmynd og tóku samningar um samstarf við miðstöðvar þar um eitt og hálft ár. „Þessi nýja eftirlitsmiðstöð gefur Íslandi afar mikilvægt tækifæri til að nýta þá þekkingu sem hefur myndast á þessu banvæna krabbameini, briskrabbameini," sagði Diane Simeone, prófessor í skurðlækningum og meinafræði á NYU Langone og forstöðumaður briskrabbameinsmiðstöðvarinnar, við *Læknablaðið* að loknu málþinginu.

Jessica Everett, CGC erfðafræðiráðgjafi á Perlmutter-krabbameinsmiðstöðinni í New York, bendir á að öll samvinna efli þátttakendur þegar hún spurð hvort Ísland væri ekki of lítið fyrir svona samstarf.

„Nú þegar við höfum bundist böndum finnum við tilgang og jafnvel leiðir til að leysa þennan vanda." Simeone tekur undir: „Já, við skulum ekki vanmeta hvað ein manneskja eða deild getur gert. Einhver mun hugsa þessi mál á allt annan máta en mér hefði dottið í hug. Við fáum AHA-augnablik því einhver einhvers staðar hittir naglann á höfuðið."

Briskrabbamein verður algengara með aldrinum. Fleiri karlar en konur greinast og eru reykingar, mikil áfengisneysla, offita, sykursýki og krónísk brisbólga talin meðal helstu áhættuþátta. „Aðaláhættuþættirnir eru samt erfðir," sagði Sigurdís á málþinginu.

„Við mælum með því að ættingjar þeirra sem látast úr briskrabbameini hugleiði að fara í erfðapróf," segir hún við *Læknablaðið*. „Flestir eru þó í lágri áhættu, eða um 1% á lífsleiðinni, en við viljum ná til þeirra sem eru í meira en 5% áhættu." Forvarnir og snemmgreining verði lykilþáttur í að draga úr nýgengi þessa krabbameins.

Fram kom að eftirlitinu verður stýrt í gegnum erfðadeild Landspítala. Einstaklingarnir fara í segulómun og blóðprufu einu sinni á ári. „Við byrjum um fimmtugt nema fjölskyldusaga segi að fólk hafi greinst fyrr," sagði Sigurdís.

Fjörutíu manns greinast árlega og álíka fjöldi deyr úr briskrabbameini árlega. Meðalaldur er 70 ár. „Í Bandaríkjunum er talið að það verði það næstalgengasta árið 2030, enda þjóðin að eldast." Erfitt sé að vinna á krabbameininu vegna staðsetningar brissins bakvið magann, umlukið meiriháttar æðum, ósæðinni, stórri bláæð og æðum sem næra smágirnið. Krabbameinið sé því oft óskurðtækt þótt alltaf sé skorið ef hægt sé.

Sigurdís er gestur Læknavarpsins, hlaðvarps *Læknablaðsins*. Þar kynnumst við henni, hááhættueftirlitinu og förum yfir briskrabbameinið. Læknavarpið má finna á heimasíðu blaðsins, Soundcloud, Spotify og nú einnig iTunes.

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
Lilja Sigrún Jónsdóttir
Oddur Ingimarsson
Ólafur Árni Sveinsson
Sæmundur Rögnvaldsson

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

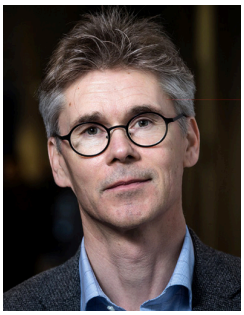


435

Aðalsteinn Guðmundsson

Fjöllyfjameðferð: Vogarskálar ávinnings og skaða?

Óviðeigandi fjöllyfjameðferð er hægt að lýsa sem meiriháttar vaxandi ógn við lýðheilsu í heilbrigðiskerfum víða um heim. Þessu fylgir ákall um nýja hugsun og sameiginlega sýn á breytt verklag þvert yfir heilbrigðiskerfið.



437

Magnús Gottfreðsson

Útflutningur þekkingarstarfa

Hafa stjórnvöld og stjórnendur HÍ einhverja stefnu um námsframboð og stærð deilda, eða á allt að vera opið í þeim efnum? Hættan er að langvarandi undirfjármögnun háskólastigsins beini nemum í námsgreinar sem er auðveldara að kenna með færri kennurum og þar með ódýrara.

FRÆÐIGREINAR

439

Elsa Valsdóttir, Ásta Bryndís Schram, Hans Haraldsson, Peter Dieckmann

Hermikennsla læknanema á Íslandi

Reynsla læknanema og kennara af hermikennslu er takmörkuð, innan við þriðjungur kennara segist hafa notað þessa aðferð við kennslu læknanema. Hindranir á notkun eru svipaðar á Íslandi og lýst hefur verið erlendis. Góðar leiðir til að auka hermikennslu gætu verið að bæta innviði og bjóða kennurum þjálfun í fjölbreyttum kennsluaðferðum, þar með talið hermikennslu.

446

Dagur Andri Friðgeirsson Hjaltalín, Jón Steinar Jónsson, Kristján Linnet, Emil Lárus Sigurðsson, Anna Bryndís Blöndal

Þróun fjöllyfjameðferðar í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu á árunum 2010-2019

Fjöllyfjanotkun er oft fylgifiskur fjölveikinda og eykst algengið jafnan með hækkandi aldri. Talið er að fjölveikum muni fjölga með hækkandi lífaldri og hækkandi meðalaldri. Margir sjúkdómar hjá sama einstaklingi leiða oft til meðferðar með mörgum lyfjum. Ekki er til einhlít skilgreining á fjöllyfjameðferð þó algengasta viðmiðið sé meðferð með fimm eða fleiri lyfjum daglega.

454

Guðrún Margrét Viðarsdóttir, Ásgeir Böðvarsson, Helgi Kjartan Sigurðsson, Páll Helgi Möller

Getnaðarvarnarlykkja utan leghols - sjúkratilfelli

Lykkjan er örugg og algeng getnaðarvörn. Legrof og flakk lykkjunnar er sjaldgæfur fylgikvilli en getur verið alvarlegur og valdið skaða á öðrum líffærum. Hér er lýst tilfelli hjá 43 ára gamalli konu með langvinna kviðverki sem greindist með getnaðarvarnarlykkju í ristilvegg en sú lykkja hafði verið sett upp í legholið 22 árum áður.



Á FORSÍÐU

Röntgenmyndin á kápunni sýnir tvær getnaðarvarnarlykkjur í kviðarholi konu nokkurrar. Fjallað er um það sjúkratilfelli í þessu tölublaði.

Wilhelm Röntgen (1845-1923) leiddist í skóla, var einfari og fjallamaður. Hann varð seinna sá vísindamaður sem fann geislana sem við hann eru kenndir en sjálfur nefndi hann þá af allri hógværð X, þar eð eðli þeirra var í rauninni ekki ljóst. Hann smíðaði mörg sín áhöld sjálfur og var einbeittur rannsakandi í Jena, Giessen og Strassburg. Fékk Nóbelinn í eðlisfræði 1901 en frábað sér verðlaun og vegsauka. Röntgen er faðir einnar mikilvægustu uppgötvunar í læknisfræði. VS

UMFJÖLLUN OG GREINAR

462

Hafije barðist fyrir því að verða læknir

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég elska starfið mitt og lífi fyrir það," segir Hafije Zogaj, heimilislæknir sem barðist fyrir því að fá læknisfræðinámið sitt frá Pristína í Kósóvó metið hér á landi. Sex árum eftir útskrift þar tókst henni að fá að starfa sem læknir hér á landi og síðan hefur hún lokið sérnámi í heimilislækningum





466

Þrír krabbameinslæknar og margir hattar á Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Þrír krabbameinslæknar eru á Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Allir með vensl við svæðið. Sigurður sleit barnsskónum á Búrfelli í Grímsnesi, Hlynur á Selfossi. „Svo á Helgi konu úr Hveragerði," segir Hlynur Níels Grímsson þegar hann sest í hljóðver með þeim Sigurði Böðvarssyni og Helga Hafsteini Helgasyni. Þeir ræða vöxt stofnunarinnar, áskoranir og tækifæri í Læknavarpinu, hlaðvarpi *Læknablaðsins*

470

Við gerum mistök og eigum að læra af þeim

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Læknirinn Stian Westad segir það að gera mistök í starfi fyrir áratug, sem leiddu til andláts barns, hafa breytt sér. Hann hlusti betur á sjúklinga og finni sameiginlega lausn með þeim. Martraðirnar hafi hætt og hann trúi því að það að viðurkenna mistökin strax í upphafi og traustið sem móðirin sýndi honum í næstu tveimur fæðingum sínum hafi hjálpað honum



ÖLDUNGADEILDIN

475

Ársæll Jónsson

Upprifjun um trefjaefni

BRÉF TIL BLAÐSINS

478

Atli Einarsson

Þetta flugöryggi

Óhöppum í farþegaflugi hefur fækkað gríðarlega síðastliðin 40 ár, sérstaklega í hinum vestræna heimi

474

Inga Jóna Ingimarsdóttir

Frekari sérhæfing í hjartalækningum

477

Helga Ágústa Sigurjónsdóttir

Árlegur fundur ritstjórna norrænu læknablaðanna

458

Fréttir

FRÁ LÆKNAFÉLAGI ÍSLANDS

473

Ingvar Freyr Ingvarsson

Hvernig á að fjölga læknum? Eftirspurnin vex hröðum skrefum

SÉRGREININ SEM ÉG VALDI

480-481

Bæklunarskurðlækningar



Sigurveig Pétursdóttir



Eyþór Örn Jónsson

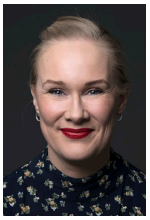
PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ

461

Steinunn Þórðardóttir

Framtíð læknisþjónustu á Íslandi



Hraður vöxtur heilbrigðiskerfisins veldur því að helsta bjargráð okkar: „þetta reddast", dugar ekki lengur

BÓKIN MÍN

469

Páll Matthíasson

„Allir menn eru dauðlegir" og fleiri gleðisögur!



Það er eitthvað við visku ævafornra texta, að lesa hugsanir manna sem voru uppi fyrir þúsundum ára, sem heillar mig mjög

DAGUR Í LÍFI INNKIRTLALÆKNIS

479

Margrét Einarsdóttir

17:20

Sonurinn eltir bolta og ég elti soninn



LIPUR PENNI

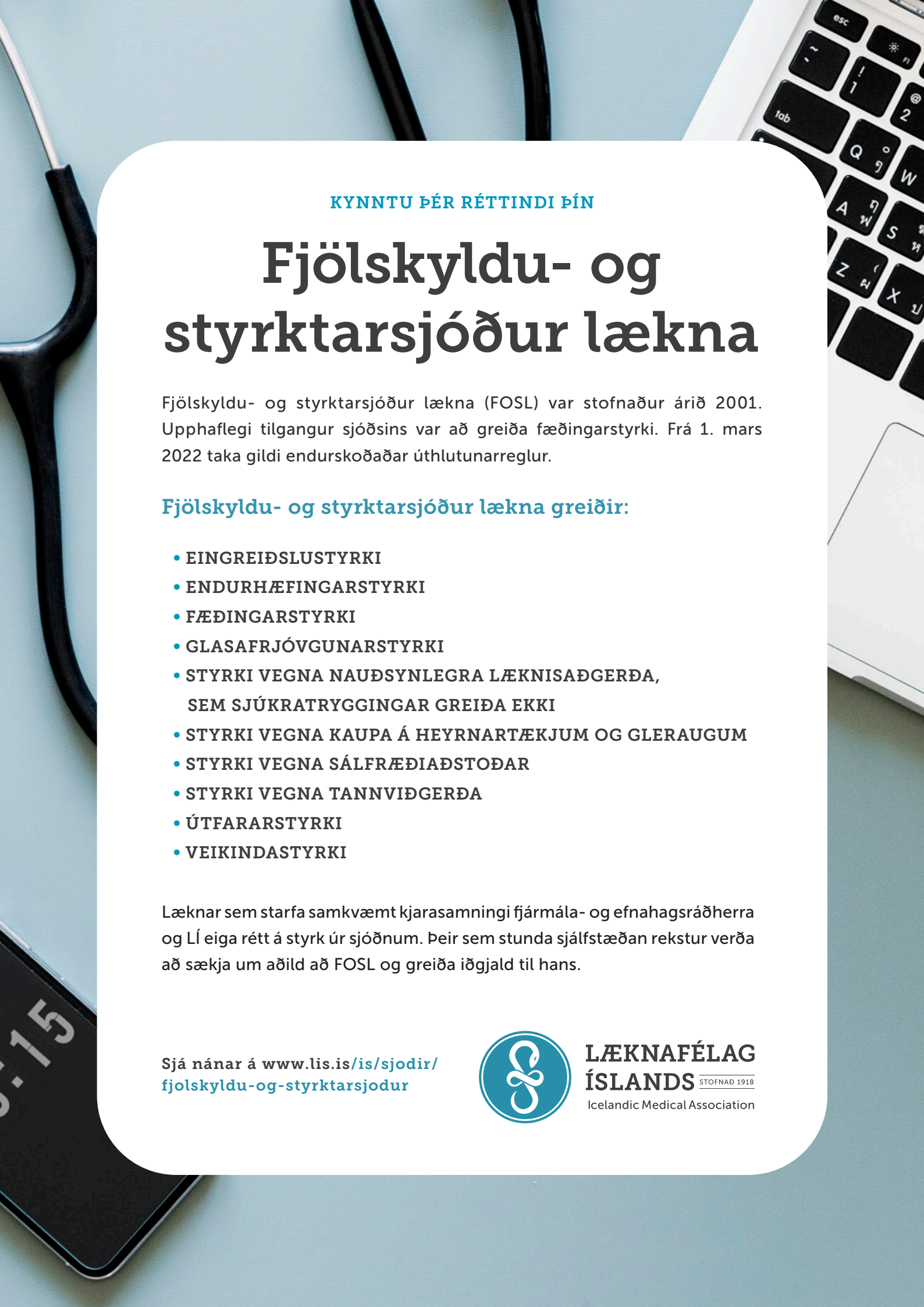
482

Sveina Björk Karlsdóttir

Íslenska stelpan



Upphaflega ætlaði ég að flytja út, stunda námið og snúa svo heim til Íslands en eins og svo oft í lífinu breyttust þær áætlanir



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

Fjöllyfjameðferð: Vogarskálar ávinnings og skaða?



Aðalsteinn Guðmundsson
sérfræðingur í lyf- og öldrunarlækningum á Landspítala og klínískur dósent í læknadeild Háskóla Íslands

Ný ásýnd fjöllyfjameðferðar tengist fjölgun aldraðra, fjölveikindum, þróun nýrra lyfja og klínískum leiðbeiningum. Fjölbreytileiki skilgreininga á fjöllyfjameðferð endurspeglast í hugtakinu „ofurfjöllyfjameðferð“ (*hyperpolypharmacy*), sem vísar til notkunar 10 eða fleiri lyfja. Aukaverkanir lyfja, milliverkanir, skert meðferðarheldni, álag á heilbrigðiskerfi, algengi óviðeigandi lyfjameðferðar og kostnaðaraukar eru meðal afleiðinga fjöllyfjameðferðar.[1]

Gæðaátak Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar, Lyf án skaða, var innleitt á Íslandi árið 2020 (landspitali.is/lyfanskada). Verkefnið á rætur sínar í að skaði af völdum lyfja er meginorsök atvika í heilbrigðisþjónustu og beinir sjónum að aðstæðum sem tengjast fjöllyfjameðferð, tilfærslu á meðferð milli þjónustustiga og ávísun áhættulyfja. Á alþjóðavettvangi er „deprescribing” nátengd vitundarvakning og snýst um skynsamlega endurskoðun lyfja. Í grunninn snýst þetta ekki um fjölda lyfja heldur að lyfjameðferð sé viðeigandi samkvæmt aðstæðum hverju sinni, að ávinningur sé metinn meiri en hugsanlegur skaði í samhengi við lífslíkur eða ástand og ekki síður hvað skiptir mestu máli fyrir einstaklinginn. Það getur einnig átt við að bæta þurfi heppilegum lyfjum inn í fjöllyfjameðferð vegna ómeðhöndlaðra ábendinga.[1]

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* er birt grein um fjöllyfjameðferð í heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins árin 2010-2020. Rannsóknin varpar ljósi á þróun fjöllyfjameðferðar hér á landi en niðurstöður sýna 38% hlutfallslega aukningu á tímabilinu. Sterk tengsl voru við hærri aldur en algengið var 42% hjá 65 ára og eldri, auk þess sem konur voru líklegri til að vera á fjöllyfjameðferð. Höfundar benda á mögulegt vanmat á fjölda lyfja en lyfjaávísanir frá sérfræðilæknum, sjúkrahúsum og lausasölulyf voru ekki tengd úrtakinu. Rannsóknin lagði ekki mat á hvort fjöllyfjameðferð væri óviðeigandi en styrkleiki rannsóknarinnar felst í stærð þýðis, eða ¾ hluta skjólstæðinga heilsugæslu á Íslandi.[2]

Önnur rannsókn sem náði til 55.000 einstaklinga sem undirgengust skurðaðgerðir á Landspítala árin 2005-2018 sýndi að fjöllyfjameðferð er algeng meðal skurðsjúklinga, en meira en helmingur úrtaksins var á fjöllyfjameðferð fimm eða fleiri lyfja fyrir skurðaðgerð. Fjöllyfjameðferð var algengari meðal þeirra sem fengu lyf í skömmtun. Sjúkrahúsdvöl var lengri og endurinnlagnir fleiri hjá þeim sem voru á fjöllyfjameðferð.[3]

Það er flókið að greina aukaverkanir tengdar fjöllyfjameðferð aldraðra fjölveikra einstaklinga. Landspítali tók þátt í Evrópskri fjölsetrarannsókn sem sýndi að nýgengi aukaverkana lyfja var nálægt 25% í bráðainnlögnum aldraðra á fjöllyfjameðferð. SENATOR-rannsóknin þróaði hugbúnað fyrir lyfjaryni en sýndi ekki fram á fækkun aukaverkana eftir slembiröðun íhlutunar með ráðleggingum hugbúnaðarins.[4]

Þessi rannsókn og fleiri minna okkur á hversu flókið það er að þróa hugbúnað og samtengja klíníska þjónustu ásamt stafrænum verkferlum við persónumiðaða læknisfræði í aðstæðum fjöllyfjameðferðar.[4,5]

Vitundarvakning um lyfjaöryggi hefur opnað umræðuna. Þörf er á aðgerðum til að bæta gæði og öryggi fjöllyfjameðferðar ásamt upplýsingagjöf til einstaklinga. Fjöllyfjameðferð þarf að endurskoða reglulega og benda á hættur sem fylgja sjálfvirknivæðingu endurnýjunar lyfja. Mikilvægt er að miðlægar upplýsingar um lyfjameðferð og lyfjaávísanir endurspegli lyf einstaklings hverju sinni ásamt rauntímauppfærslu þegar lyfjaávísun er breytt. Margir læknar upplifa áskoranir sem fylgja því að endurnýja lyfjaávísanir kollega. Í þessu samhengi hefur skort á umræðu og skilgreiningu ábyrgðar lyfjaávísunar, til dæmis þegar um vélskömmtun lyfja er að ræða.

Óviðeigandi fjöllyfjameðferð er hægt að lýsa sem meiriháttar vaxandi ógn við lýðheilsu í heilbrigðiskerfum víða um heim. Þessu fylgir ákall um nýja hugsun og sameiginlega sýn á breytt verklag þvert yfir heilbrigðiskerfið.

Forsendur árangurs í þessari vegferð er að styrkja þarf yfirsýn, samstarf og samfellu í þjónustu heilsugæslu, sjúkrahúsa, sérfræðilækna, hjúkrunarheimila, heimaþjónustu og apóteka. Ein af lausnunum sem bent er á í grein *Læknablaðsins* er að klínískir lyfjafræðingar styðji við lyfjayfirferð sem getur bætt öryggi og gæði fjöllyfjameðferðar.[2]

Að lokum: „Óviðeigandi“ fjöllyfjameðferð er hægt að lýsa sem meiriháttar vaxandi ógn við lýðheilsu í heilbrigðiskerfum víða um heim. Þessu fylgir ákall um nýja hugsun ásamt sameiginlegri sýn á breytt verklag þvert yfir heilbrigðiskerfið.

Heimildir

1. Daunt R, Curtin D, O'Mahony D. Polypharmacy stewardship: a novel approach to tackle a major public health crisis. Lancet Healthy Longev 2023; 4: e228-35.
2. Friðgeirsson DA, Jónsson JS, Linnet K, et al. Þróun fjöllyfjameðferðar í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu á árunum 2010-2019. Læknablaðið 2023; 109: 446-53.
3. Jónsdóttir F, Blöndal AB, Guðmundsson A, et al. Epidemiology and association with outcomes of polypharmacy in patients undergoing surgery:retrospective, population-based cohort study. BJS Open 2023; 7: zrad041.
4. O'Mahony D, Gudmundsson A, Soiza RL, et al. Prevention of adverse drug reactions in hospitalized older patients with multi-morbidity and polypharmacy: the SENATOR* randomized controlled clinical trial. Age Ageing 2020; 49: 605-14.
5. Fujita K, Masnoon N, Mach J, et al. Polypharmacy and precision medicine. Cambridge Prisms: Precision Med 2023; 1: e22,1-15.

Polypharmacy: Benefit or harm?

Aðalsteinn Guðmundsson MD, Consultant in Geriatric Medicine, Landspitali and Clinical Associate Professor, Faculty of Medicine University of Iceland

doi 10.17992/lbl.2023.10.759

GE HealthCare

Nýtt

Vscan Air SL

Tveir ómhausar:
„Sector-phased" ómhaus, til að meta ástand hjarta, og linear ómhaus.



Vscan Air CL

Tveir ómhausar:
Abdominal
og linear ómhaus .



Vscan Air

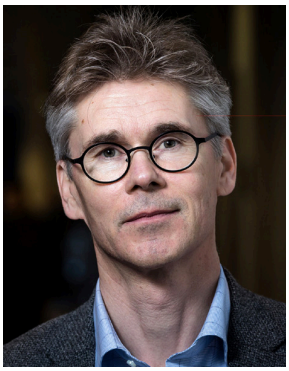
Vscan Air CL og SL eru lítil og nett ómskoðunartæki sem hvort um sig hafa tvo mismunandi ómhausa sem skila kristaltærum myndum beint í spjaldtölvu eða síma.

Nánari upplýsingar og ráðgjöf veita:
Guðmundur Hreiðarsson: gh@fastus.is – S: 891 6109
Erna Dís Brynjúlfsdóttir: erna@fastus.is – S:843 3919

HealthCo

FASTUS

Útflutningur þekkingarstarfa



Magnús Gottfreðsson
sérfræðingur í lyflækningum og smitsjúkdómum, yfirlæknir við Landspítala og prófessor við læknadeild Háskóla Íslands. Fyrrum ritstjóri *Læknablaðsins*

Sögu læknanáms hérlendis má rekja til stofnunar landlæknisembættisins árið 1760, en eftir ítrekaðar kröfur landsmanna var Læknaskóli Reykjavíkur loks stofnaður árið 1876. Hann varð ein af grunnstoðum Háskóla Íslands við stofnun hans árið 1911.

Hlutverkum háskóla í samfélaginu má lýsa með einföldu mati á fjölda nema sem útskrifast með tilteknar gráður og hins vegar með því að leggja mat á rannsóknarafurðir eins og ritrýndar vísindagreinar. Slíkt mat er einföldun en þó gagnlegt ef aðferðafræðin er samræmd og bornir eru saman margir skólar með áþekk hlutverk. Alþjóðlega gagnasafnið SciVal gerir okkur kleift að bera saman háskóla á grundvelli vísindalegra birtinga. Þannig má jafnframt bera saman stærð, eða hlutdeild fræðasviða innan skólanna. Þegar HÍ er skoðaður með þessum hætti áratuginn 2013-2022 sést að 29% af öllum vísindalegum birtingum þar flokkast undir fagsviðið „medicine“ sem felur í sér læknisfræði og stóran hluta annarra heilbrigðis- og lífvísinda. Skólar á Norðurlöndunum sem sinna svipuðum hlutverkum og HÍ gerir eru flestir með mun meira umfang á þessu sviði. Sem dæmi má nefna Háskólann í Lundi, 36%, Háskólann í Örebro í Svíþjóð, með yngstu læknadeild landsins, 55%, Háskólann í Björgvin, 39%, og Háskólann í Árósum, 39%. Við Harvard-háskóla, sem oftast er talinn besti háskóli í heimi, er þessi hlutdeild 61%.

Samkvæmt þessu er læknadeild og heilbrigðisvísindi almennt of lítil eining innan Háskóla Íslands. Hafa stjórnvöld og stjórnendur HÍ einhverja stefnu um námsframboð og stærð deilda, eða á allt að vera opið í þeim efnum? Hættan er að langvarandi undirfjármögnun háskólastigsins beini nemum í námsgreinar sem er auðveldara að kenna með færri kennurum og þar með ódýrara. Er það eina markmið stjórnvalda eða hafa þau einhver markmið yfirleitt? Það vekur sérstaka eftirtekt að frá árinu 2011 hefur fjármögnun svonefndra reikniflokka fyrir kennslu í læknisfræði við skólann, – reikniflokkar eru notaðir til að standa straum af grunnfjármögnun starfseminnar – verið lækkaðir um nærri þriðjung og hafa engar aðrar greinar við skólann mátt sæta sambærilegum niðurskurði. Fyrir vikið hefur deildin þurft að nýta fjármuni tengda rannsóknarstarfi til að standa undir skipulagðri kennslu í stað þess að þeir fjármunir nýtist til að efla rannsóknir innan deildarinnar. Þannig hefur verið haldið aftur af fjármögnun og þar með uppbyggingu læknanáms á Íslandi, enda hefur fjöldi læknanema við læknadeild haldist nánast óbreyttur. Áratuginn 2013-2022 útskrifuðust árlega að meðaltali 47 nemar með lokapróf frá læknadeild. Þessi pattstaða er þó vissulega jafnframt tilkomin vegna langvarandi vanfjármögnunar Landspítala, helstu kennslustofnunar landsins í heilbrigðisvísindum, sem ekki hefur séð sér fært að taka við fleiri nemum í verknám nema skerða gæði þess. Þörfin fyrir lækna hefur þó aukist.

Svo heppilega vill til að á sama tíma er fjöldi áhugasamra og hæfileikaríkra ungmenna er vilja leggja langt og strangt læknanám fyrir sig. Þessum nemum er hins vegar beint í annað nám, eða þeir þurfa að mennta sig erlendis. Hver er þróunin á grunnmenntun íslenskra lækna erlendis? Samkvæmt upplýsingum frá Læknafélagi Íslands hefur árlegur fjöldi farið úr 1-2 læknum útskrifuðum erlendis 2006-2009, í 34 lækna á ári að meðaltali 2019-2023! Heildarfjöldi íslenskra lækna sem útskrifuðust úr grunnnámi erlendis áratuginn 2014-2023 er 243 og þeir urðu sjálfir að bera kostnaðinn af því námi. Þessir fjármunir fóru því úr íslensku samfélagi til að byggja upp læknadeildir erlendis og hinir nýútskrifuðu læknar skuldsettu sig og borguðu brúsann.

Hafa stjórnvöld og stjórnendur HÍ einhverja stefnu um námsframboð og stærð deilda, eða á allt að vera opið í þeim efnum? Hættan er að langvarandi undirfjármögnun háskólastigsins beini nemum í námsgreinar sem er auðveldara að kenna með færri kennurum og þar með ódýrara.

Hversu háar upphæðir er um að ræða? Algengt er að skólagjöld séu 10-15 milljónir fyrir sex ára nám og síðan bætist við áþekk upphæð fyrir húsnæði og uppihald. Sé kostnaðurinn rétt metinn, má gera ráð fyrir að undanfarinn áratug hafi 490-730 milljónir farið árlega í að standa straum af grunnnámi lækna erlendis, þar af fór helmingur í að standa undir starfsemi erlendu háskólanna, byggja þá upp og ráða kennara þar í sérhæfð þekkingarstörf. Til að bæta gráu ofan á svart sýnir reynslan erlendis að skuldastaða nýútskrifaðra lækna við útskrift hefur óhjákvæmilega áhrif á væntingar þeirra og kröfur um framtíðartekjur og þar með val á búsetulandi og sérgrein. Þetta getur leitt til skorts innan ákveðinna sérgreina þegar fram í sækir, sem dregur úr aðgengi sjúklinga að þjónustu í þeim greinum.

Er það einhverjum til hagsbóta að flytja þekkingarstörf úr landi og að ungir læknar stígi sín fyrstu skref í faginu með skuldaklafa á bakinu? Betri lausnir eru til. Við eigum að snúa af þessari braut án tafar og byggja þess í stað upp okkar eigin skóla og sjúkrahús frekar en að skuldsetja ungt efnilegt fólk og flytja út þekkingarstörf.

Export of knowledge jobs

Magnús Gottfreðsson
MD, PhD, FACP, professor, Landspitali University Hospital and Faculty of Medicine, School of Health Sciences, University of Iceland

doi 10.17992/lbl.2023.10.760

NÝ GAGNAÍLÁT

Aukið öryggi
aukin þjónusta





- Engir lyklar
- Snertilaust kort og/eða kóði opnar
- Trúnaðarstarfsmenn fá réttindi til að opna ílát
- Rafræn skráning á hver opnar ílát
- Einföld afturköllun réttinda
- Viðvörun ef ílát er skilið eftir opið

Gagnaeyðing eyðir öllum gögnum samkvæmt alþjóðlega viðurkenndu og vottuðu ferli, allt frá móttöku til eyðingar. Eyðingin sjálf gerist með tætingu og fer kurlið til endurvinnslu hjá viðurkenndum vinnsluaðila.

Hafðu samband!
Opið mánudaga - fimmtudaga 8:30 -17:00 og til 16:00 á föstudögum.

Örugg eyðing gagna

AAA NAID CERTIFIED

GAGNAEYÐING

Gagnaeyðing ehf. · Skútuvogi 13 · 104 Reykjavík · Sími 568 9095 · www.gagnaeyding.is · gagnaeyding@gagnaeyding.is

Hermikennsla læknanema á Íslandi

Elsa Valsdóttir[1,2] læknir
Hans Haraldsson[3] verkefnisstjóri
Ásta Bryndís Schram[4] námssálarfræðingur
Peter Dieckmann[5,6,7] verkefnisstjóri

[1]Læknadeild Háskóla Íslands, [2]Landspítala, [3]menntavísindasviði Háskóla Íslands, [4]heilbrigðisvísindasviði Háskóla Íslands, [5]Kaupmannahafnarakademíunni um menntun lækna og hermingu, Danmörku, [6]Tækni- og gæðadeild Háskólans í Stavanger, Noregi, [7]Lýðheilsudeild Háskólans í Kaupmannahöfn, Danmörku.

Fyrirspurnum svarar Elsa B. Valsdóttir, *elsava@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 9. maí 2023,
samþykkt til birtingar 23. ágúst 2023.

ÁGRIP

INNGANGUR

Færnibúðir og hermisetur eru orðin fastur hluti af kennslu í mörgum læknaskólum. Markmið þessarar rannsóknar var að lýsa stöðu hermingar (*simulation*) í læknanámi á Íslandi með því að kanna reynslu læknanema og kennara, hvaða þættir auðvelda eða hindra notkun hermingar í kennslu og hvernig hugtakið er notað í kennsluskrá Háskóla Íslands.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Rannsóknin var þríþætt. Rafrænar kannanir voru sendar til læknanema annars vegar og kennara í læknadeild Háskóla Íslands hins vegar. Síðan var gerð orðaleit í kennsluskrá háskólans.

NIÐURSTÖÐUR

Svarhlutfall í könnunum, bæði læknanema og kennara, var 65%. Hermingu var lýst sem kennsluaðferð hjá 10% kennara þegar nemar voru spurðir en hjá um þriðjungi þegar kennarar voru spurðir. Viðhorf bæði læknanema og kennara var jákvætt. Kennarar, sem höfðu áður kynnst hermingu, voru líklegri til að nota hermingu og það átti líka við um kennara sem höfðu fengið einhverja þjálfun í kennsluaðferðum. Aðalhindranir voru skortur á aðstöðu, búnaði, fjármagni og þjálfun. Í kennsluskrá fundust fá leitarorð tengd kennslu með hermingu.

ÁLYKTUN

Reynsla læknanema og kennara af hermingu er takmörkuð en innan við þriðjungur kennara segist hafa notað þessa kennsluaðferð við kennslu læknanema. Hindranir á notkun eru svipaðar á Íslandi og lýst hefur verið erlendis. Fá leitarorð í kennsluskrá tengd hermingu vekja spurningar um mikilvægi kennsluaðferða í huga kennara. Mögulegar leiðir til að auka notkun hermingar gætu verið að bæta innviði og bjóða völdum kennurum þjálfun í fjölbreyttum kennsluaðferðum, þar með talið hermingu.

INNGANGUR

Kennsla í læknisfræði hefur lengst af snúist um miðlun á þekkingu og sértækri hæfni sem tengjast líffærafræði, meinafræði, sjúkdómum og meðferð þeirra. Algengasta kennsluaðferðin hefur í tímanna rás verið flutningur fyrirlestra. Viðmót var almennt ekki kennt og það sama má segja um fagmennsku, samskipti og þverfaglega teymisvinnu.[1]

Viðhorfið til læknismenntunar hefur breyst og í nútímasamfélagi er litið svo á að hún standi á þremur stoðum: þekkingu, hæfni og viðmóti.[2]

Mistök af hálfu heilbrigðisstarfsmanna geta haft hörmulegar afleiðingar fyrir sjúklinga og fagmaðurinn þarf líka að lifa með afleiðingunum.[3] Í dag er lögð mikil áhersla á öryggi sjúklinga og í því samhengi er gríðarlega mikilvægt að skapa umhverfi þar sem nemar geta æft bæði hæfni og viðmót, á öruggum stað, þar sem mistök eru námstækifæri en hafa ekki hörmulegar afleiðingar. Herming (*simulation*) er verkfæri sem við höfum fyrir slíka kennslu og það er mjög öflugt.[1] Í hermingu er hægt að bjóða öruggt námsumhverfi, gefa tíma og umgjörð til umhugsunar fyrir það sem hefur verið lært og að

fara kerfisbundið í gegnum tilteknar aðstæður. Ef herming á að skila árangri þarf þrennt að koma til: hæfir leiðbeinendur, vel skilgreind námsmarkmið og tæknilegir og skipulagslegir innviðir.[4] Herming getur verið viðbót við hefðbundna kennslu og að einhverju leyti jafnvel komið í hennar stað.[5] Frá því um aldamótin hefur vísbendingum fjölgað um að þegar heilbrigðisstarfsfólk æfir hæfni, hvort sem hún er tæknileg (eins og að setja miðlægð) eða ekki (eins og teymisvinna) í hermingu, dregur úr óæskilegum atvikum í heilbrigðisþjónustu.[6-8]

Fræðigreinum um notkun hermingar í kennslu læknanema fer einnig fjölgandi og gæðin hafa aukist.[9-13] Færnibúðir og hermisetur eru nú fastur hluti af náminu í mörgum læknaskólum. Í Bretlandi hefur General Medical Council mælt með þeirri notkun frá 2009.[14] Í Bandaríkjunum birtu samtök læknaskóla skýrslu þar sem kom í ljós að meirihluti læknaskóla og kennslusjúkrahúsa þar nota hermingu.[15] Rannsóknir úr mismunandi fræðigreinum sýna áhrifaríka notkun hermikennslu hjá læknanemum á sviðum eins og sögutöku með áherslu á sjúklinginn, samskiptafærni, samkennd, faglega færni og meðferð á gjörgæslu.[16-19] Tilvist herminams þýðir þó ekki alltaf að verið sé að herma eða að árangurinn sé eins og sóst er eftir.[20,21] Fagþróun kennara (*faculty development*) virðist vera einn af lykilþáttum þess að taka upp hermikennslu þannig að hún skili árangri.[4,22-24] Þekktar hindranir fyrir notkun hermingar og breytinga almennt í heilbrigðiskerfinu eru skortur á tíma og öðrum aðföngum, skortur á vilja til þátttöku meðal kennara og nemenda og skortur á vilja til breytinga innan stofnana.[2,25-28] Takmörkuð þekking er til staðar varðandi stöðu hermingar í kennslu læknanema á Íslandi og eftir því sem við komumst næst hafa engar ritrýndar fræðigreinar hingað til verið birtar um það efni.

Markmið

Markmið þessarar rannsóknar var að lýsa stöðu hermikennslu í læknanámi á Íslandi. Rannsóknarspurningarnar voru eftirfarandi:

1. Hver er reynsla nemenda?
2. Hver er reynsla kennara?
3. Hvað telja kennarar auðvelda eða hindra það að þeir noti hermingu í sinni kennslu?
4. Að hvaða marki er hermikennsla (*simulation*) nefnd í kennsluskrá læknadeildar?

Aðferðir

Uppsetning rannsóknar

Rannsóknin var í þremur hlutum. Hlutar eitt og tvö voru rafrænar kannanir sem voru sendar til allra nemenda og allra kennara við læknadeild. Höfundar sömdu spurningar í báðum könnunum. Báðar kannanir innhéldu eftirfarandi skilgreiningu á hermingu: „Tækni sem skapar aðstæður eða umhverfi til að leyfa einstaklingum að upplifa framsetningu á raunverulegum atburðum í þeim tilgangi að æfa, læra, prófa eða öðlast skilning á kerfum eða mannlegum athöfnum“.[29] Rannsóknin var yfirfarin af vísindasiðanefnd Háskóla Íslands (nú Siðanefnd háskólanna um vísindarannsóknir). Svarendur gáfu samþykki fyrir þátttöku með því að svara könnununum. Öll svör voru nafnlaus. Eðli rannsóknar og aðferðafræði voru kynnt fyrir þátttakendum og þeir upplýstir um að þátttaka væri frjáls og að það að taka ekki þátt hefði engin neikvæð áhrif. Engar persónugreinanlegar upplýsingar um þátttakendur voru geymdar. Rannsóknargögn voru geymd á læstu heimasvæði.

Þriðji hlutinn var leit í kennsluskrá Háskóla Íslands að leitarorðum sem tengdust hermingu.

Fyrsti hluti: Nemendakönnun

Nemendakönnunin innihélt sex atriði, þrjú þeirra eru kynnt í þessari grein. Nemendur voru spurðir um á hvaða ári þeir væru, fjölda kennara á því ári sem notuðu hermingu sem kennsluaðferð og hvaða tegund hermingar hefði verið notuð. Tilgangur þessara spurninga var að kanna mat nemenda á notkun hermingar og bera saman við svör kennara. Netföng nemenda fengust hjá skrifstofu læknadeildar.

Annar hluti: Kennarakönnun

Kennarakönnunin innihélt 18 atriði. Svarmöguleikar voru ýmist fjölval eða Likert-skalar. Kennarar voru spurðir um fyrri reynslu af hermingu sem þátttakendur og fyrri reynslu af því að nota hermingu sem kennsluaðferð. Þeir voru spurðir hvort þeir hefðu fengið einhverja þjálfun í að nota mismunandi tegundir kennsluaðferða, fyrir eða eftir að þeir hófu störf hjá læknadeild og sérstaklega var spurt um þjálfun í notkun hermikennslu. Þeir voru spurðir hvaða kennsluaðferðir þeir notuðu reglulega, hvort þeir notuðu hermingu og þá hvaða tegund. Þeir voru spurðir hvort þeir vildu nota hermingu meira og boðið upp á að skrifa frjálsan texta til að rökstyðja svarið. Að lokum voru kennarar beðnir um að raða mögulegum hindrunum, sem flestar hafa verið kynntar í fyrri rannsóknum, fyrir notkun hermingar í mikilvægisröð. Netföng kennara voru fengin frá skrifstofu deildarinnar.

Þriðji hluti: Lykilorðaleit

Lykilorð fyrir hermingu voru ákveðin og leitað eftir þeim í kennsluskrá læknadeildar Háskóla Íslands. Lykilorðin voru herming, hermikennsla, hermiþjálfun, hermisetur, sjúklingaherming, hlutverkaleikur, staðlaður sjúklingur, færniþjálfun, færnistöðvar, færnisetur, færnibúðir, skjásjúklingur og sýndarveruleiki.

Gagnasöfnun

Gögnunum var safnað á vorönn 2020. Tölvupóstur var sendur út, fyrst til nemenda og síðan kennara, með hlekk á rafræna könnun í RedCap-hugbúnaðinum. Boð um þátttöku var endurtekið þrisvar sinnum. Einnig voru nemendur hvattir til að taka þátt í gegnum samfélagsmiðla.

Leitað var í kennsluskrá Háskóla Íslands á vefnum fyrir skólaárið 2019-2020 að lykilorðum sem varða hermingu með því að nota leitarhnappinn á vefsíðunni.

Gagnagreining

Við komumst að þeirri niðurstöðu að samanburður á hópum svarenda með því að nota marktektarpróf og setja fram p-gildi

Tafla I. Hermiaðferðir notaðar við kennslu læknanema, samkvæmt svörum læknanema. Fjöldi (%).

Hermiaðferðir notaðar í BS-hluta læknanáms n=88		**Hermiaðferðir notaðar í námi til kandídatsprófs n=111**	
Staðlaður sjúklingur (einstaklingur er þjálfaður í að leika sjúkling)	26 (30)	Sjúklingaherming með sýndarsjúklingi (tölvustýrður sýndarsjúklingur sem lítur út og hegðar sér eins og sjúklingur)	40 (36)
Færniþjálfun (til dæmis með líkamshlutahermum til að kenna skoðun eða inngrip)	2 (2)	Staðlaður sjúklingur (einstaklingur er þjálfaður í að leika sjúkling)	19 (17)
Sjúklingaherming með sýndarsjúklingi (tölvustýrður sýndarsjúklingur sem lítur út og hegðar sér eins og sjúklingur)	1 (1)	Færniþjálfun (til dæmis með líkamshlutahermum til að kenna skoðun eða inngrip)	18 (16)
Sýndarveruleiki (tölvustýrt þrívíddarumhverfi)	0 (0)	Sýndarveruleiki (tölvustýrt þrívíddarumhverfi)	4 (4)

Tafla II. Lýðfræðilegar upplýsingar um kennara læknadeildar sem tóku þátt í könnun. Heildarfjöldi svara var 97 en ekki svöruðu allir þátttakendur öllum spurningum. Hlutföll eru reiknuð út frá fjölda svara við hverri spurningu.

Kyn	**Fjöldi (%)**	**Útskriftarár úr læknisfræði**	**Fjöldi (%)**
Karlar	63 (66)	2011-2020	12 (14)
Konur	33 (34)	2001-2010	24 (28)
		1991-2000	24 (28)
Aldur		1971-1990	25 (30)
35-52 ára	42 (44)		
53-70 ára	54 (56)	**Starfsaldur hjá læknadeild**	
>71 ára	0 (0)	<5 ár	27 (29)
Framhaldsnám		5-15 ár	27 (29)
Norðurlönd	45 (52)	16-25 ár	29 (31)
Bretland	5 (6)	>25 ár	10 (11)
Evrópa, annað	3 (3)	**Aðalkennslustaður**	
Bandaríkin	31 (36)	BS-hluti	28 (31)
Annað	3 (3)	Nám til kandídatsprófs	51 (55)
		Bæði	13 (14)

væri ekki ákjósanlegur vegna þess hve fáir svarendur voru. Í staðinn völdum við að bjóða upp á lýsandi og sjónræna greiningu á niðurstöðum fyrir endanlegt þýði, á sama tíma og við drögum aðeins hæfar ályktanir um yfirþýðið, það er að segja alla mögulega kennara úr sama bakgrunni og kennara við læknadeild.

Niðurstöður

Hluti 1 – nemendakönnun

Á vorönn 2020 voru 305 nemar skráðir í læknisfræði, 168 í BS-hluta námsins og 137 í námi til kandídatsprófs. Allir fengu tölvupóst með boði um þátttöku í rafrænu könnuninni. Svör bárust frá 199 læknanemum, eða 65%. Af þessum 199 voru 88 í BS-hlutanum (52% svarhlutfall) og 111 í námi til kandídatsprófs (81% svarhlutfall).

Þegar spurt var hversu margir kennarar á hverju námsári notuðu hermingu sem kennsluaðferð var meðalgildi svara þrír kennarar. Í BS-hlutanum var meðalgildið einn kennari en fjórir í námi til kandídatsprófs, samtals 15 kennarar. Þar sem heildarfjöldi kennara var 150 þá gefa svör nema til kynna að 10% kennara noti hermingu sem kennsluaðferð. Samkvæmt nemum í BS-hlutanum var algengasta hermingaraðferðin sem notuð var staðlaður sjúklingur. Í námi til kandídatsprófs voru fjölbreyttari aðferðir nefndar, þar sem sjúklingaherming með sýndarsjúklingi var mest notuð, þá staðlaður sjúklingur og loks færniþjálfun. Fleiri svör og skilgreiningar má sjá í töflu I.

Hluti 2 – kennarakönnun

Á vormisseri 2020 voru 150 kennarar skráðir í læknisfræði og allir fengu boð um að taka þátt í rafrænu könnuninni. Svör bárust frá 97 kennurum, eða 65%. Lýðfræðilegar upplýsingar er að sjá í töflu II.

Þrjátíu og þrír (39%) svarenda höfðu tekið þátt í hermingu í

Tafla III. Kennsluaðferðir, aðrar en herming, sem kennarar við læknadeild nota.

Kennsluaðferð	**Fjöldi (%)**
Fyrirlestur	69 (78)
Kennsla í litlum hópum (kennari vinnur með litlum hópi nemenda)	59 (66)
Vinnubúðir (kennslustund sem er stutt og haldin einu sinni til að kenna sérstakt atriði)	29 (34)
Kennslubók (eða annað skrifað námsefni)	27 (32)
Neminn sem kennari (nemandi kennir samnemendum)	28 (31)
Lausnarleitarnám (nemar læra um efni með því að leysa vandamál í hópvinnu)	24 (28)
Leiddar hópumræður (kennari leiðir nema í umræðum um afmarkað efni)	19 (22)
Rafræn kennsla (að nota raftæki til að nálgast námsefni fyrir utan hefðbundna kennslustofu)	16 (18)
Vendikennsla (nemar fara yfir námsefni fyrir kennslustund sem er síðan notað í umræður)	14 (16)
Annað	8 (14)
Rökræður (nemar fá úthlutað afstöðu til efnis og færa rök fyrir henni)	1 (1)

Tafla IV. Hermiaðferðir notaðar við kennslu samkvæmt svörum kennara. Hlutföll (%) í fyrri dálkunum tveimur eru miðuð við alla svarendur. Í síðasta dálknum er bara litið til þeirra sem svöruðu að þeir væru að nota hermingu og vildu nota meira.

Hermiaðferðir notaðar við kennslu annarra nema en læknanema (n=14)		Hermiaðferðir notaðar við kennslu læknanema (n=25)		Áhugi á að nota meira af þessari hermiaðferð	
Sjúklingaherming með sýndarsjúklingi (tölvustýrður sýndarsjúklingur sem lítur út og hegðar sér eins og sjúklingur)	18	Færniþjálfun (til dæmis með líkamshlutahermum til að kenna skoðun eða inngrip)	9	Staðlaður sjúklingur (einstaklingur er þjálfaður í að leika sjúkling)	61
Staðlaður sjúklingur (einstaklingur er þjálfaður í að leika sjúkling)	14	Staðlaður sjúklingur (einstaklingur er þjálfaður í að leika sjúkling)	6	Færniþjálfun (til dæmis með líkamshlutahermum til að kenna skoðun eða inngrip)	58
Færniþjálfun (til dæmis með líkamshlutahermum til að kenna skoðun eða inngrip)	5	Sjúklingaherming með sýndarsjúklingi (tölvustýrður sýndarsjúklingur sem lítur út og hegðar sér eins og sjúklingur)	5	Sýndarveruleiki (tölvustýrt þrívíddarumhverfi)	49
Sýndarveruleiki (tölvustýrt þrívíddarumhverfi)	0	Sýndarveruleiki (tölvustýrt þrívíddarumhverfi)	0	Sjúklingaherming með sýndarsjúklingi (tölvustýrður sýndarsjúklingur sem lítur út og hegðar sér eins og sjúklingur)	46

Tafla V. Hindranir í vegi fyrir frekari notkun hermingar samkvæmt svörum kennara. Hlutfall (%).

Svör kennara sem nota hermikennslu		Svör kennara sem nota ekki hermikennslu	
Skortur á aðstöðu	74	Skortur á þjálfun	58,1
Skortur á búnaði	7	Skortur á aðstöðu	48,2
Skortur á fjármagni	67	Skortur á búnaði	43,4
Skortur á tíma	58	Skortur á tíma	37,7
Skortur á þjálfun	45,5	Skortur á fjármagni	36
Skortur á stuðningi frá læknadeild HÍ	34	Hentar ekki í mínu fagi	36,1
Hentar ekki í mínu fagi	16,7	Skortur á stuðningi frá læknadeild HÍ	16,4
Skortur á áhuga nemenda	0	Skortur á áhuga nemenda	1,9

sínu eigin læknanámi og 14 (15%) höfðu notað hermingu sem kennsluaðferð áður en þeir hófu störf við læknadeild. Sextán kennarar (18%) höfðu fengið þjálfun í að nota hermingu sem kennsluaðferð. Helmingur kennara hafði ekki fengið neina þjálfun í notkun mismunandi kennsluaðferða, hvorki fyrir né eftir að þeir hófu störf við deildina. Kennarar voru spurðir um hvaða kennsluaðferðir þeir notuðu, sjá töflu III. Fjórtán (16%) höfðu notað hermingu til að kenna öðrum nemum en læknanemum en 25 kennarar (29%) höfðu notað hermingu sem kennsluaðferð við að kenna læknanemum. Yfirlit yfir hermiaðferðir er í töflu IV.

Kennarar sem nú þegar notuðu hermingu við að kenna læknanemum voru spurðir hvort þeir vildu gera meira af því. Þótt einungis 25 kennarar segðust nú þegar nota hermingu svöruðu 36 kennarar þessari spurningu. Af þeim vildu 34 (94%) nota meiri hermingu við að kenna læknanemum. Þegar spurt var af hverju þeir vildu nota meiri hermingu (frjáls texti), voru algengustu svörin að fjölbreyttar kennsluaðferðir væru örvandi fyrir bæði nema og kennara, að herming bæti bæði tæknilega og vitræna færni, festi betur í minni það sem lært er og að hægt sé að staðla reynslu nemanna. Í töflu IV sjást hvaða aðferðir hermingar þeir vildu nota meira af en það voru sýndarsjúklingur (61%), færniþjálfun, sýndarveruleiki og sjúklingaherming.

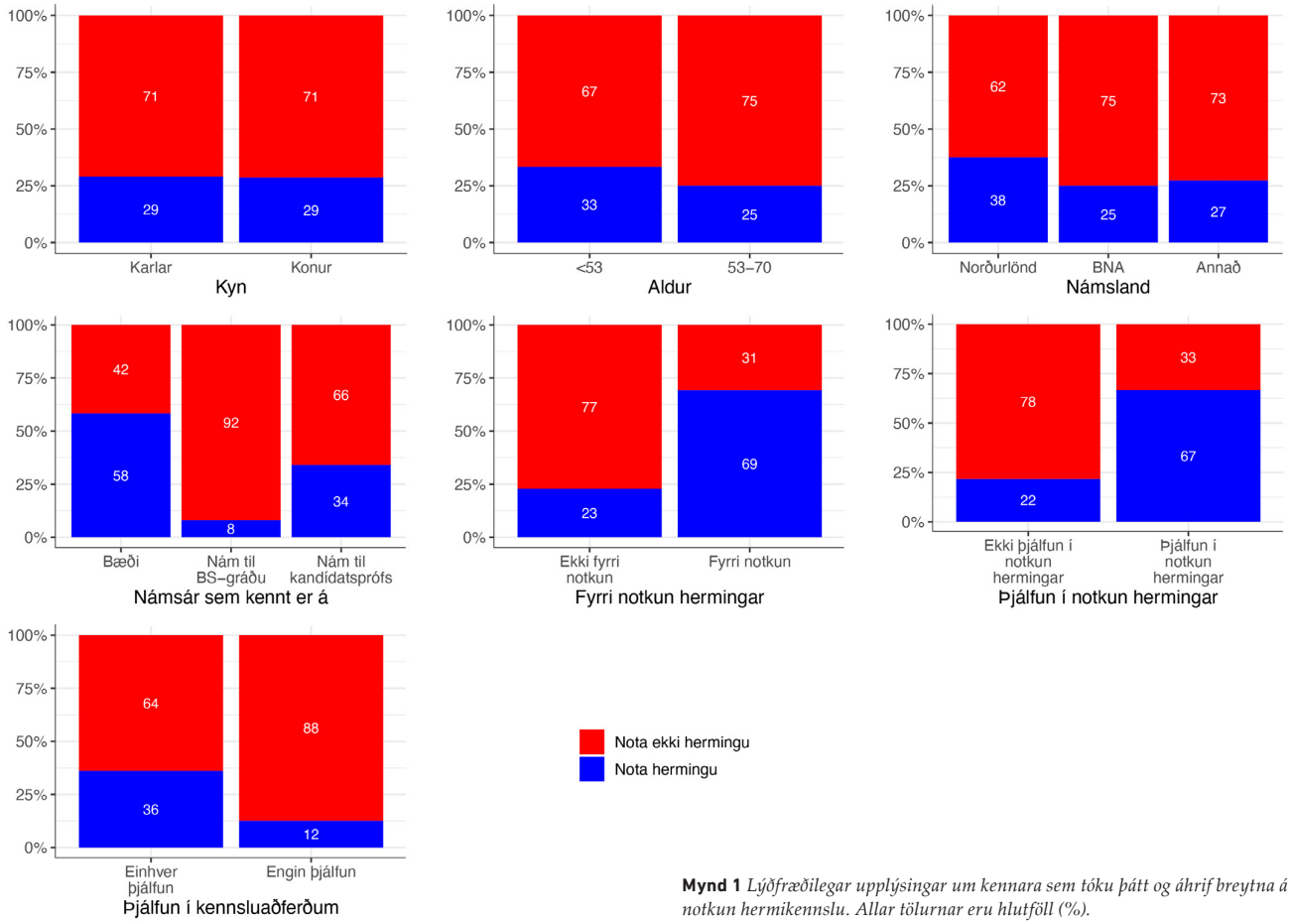
Kennarar sem nota hermingu sem kennsluaðferð hjá læknanemum voru spurðir um þætti sem hindra meiri notkun hermingar. Það sem oftast var nefnt var skortur á aðstöðu og tækjabúnaði. Öll svörin má sjá í töflu V.

Kennarar sem svöruðu að þeir notuðu ekki hermingu voru spurðir af hverju ekki. Skortur á þjálfun og aðstöðu röðuðust hæst.

Tilraun var gerð til að finna hvað einkennir þá kennara sem nota hermingu. Fyrri reynsla af notkun hermingar og þjálfun í notkun hermingar eða einhverjum kennsluaðferðum reyndust auka líkur á notkun hermingar. Niðurstöður eru settar fram á myndrænan hátt í mynd 1.

Hluti 3 – orðaleit í kennsluskrá

Á námsárinu 2019-2020 voru 60 námskeið kennd í læknisfræði. Orðaleit í kennsluskrá gaf fjórar niðurstöður þar sem leitarorð var notað. Það fyrsta var í almennri lýsingu á námi í BS-hlutanum – *færnibúðir*. Hin þrjú voru í lýsingu á einstökum námskeiðum og reyndust því 5% námskeiða innihalda leitarorð. Í samskiptafræði, BS-hlutanum, var talað um *færnibúðir*, og í



Mynd 1 *Lýðfræðilegar upplýsingar um kennara sem tóku þátt og áhrif breytna á notkun hermikennslu. Allar tölurnar eru hlutföll (%).*

námi til kandídatsprófs var talað um *hermingu* sem kennsluaðferð. Í svæfingalæknisfræði var talað um *færnistöðvar*.

Umræður

Núverandi staða hermingar sem kennsluaðferðar:

Reynsla nema og kennara

Samkvæmt þeim læknanemum sem tóku þátt (65% svarhlutfall) er herming ekki algeng kennsluaðferð í læknadeild. Nemarnir segja að aðeins um 10% kennara noti hermingu sem kennsluaðferð. Kennarar segjast hins vegar nota hana meira því kennarakönnunin gefur til kynna að 29% kennara sem svöruðu noti hermingu við að kenna læknanemum. Það geta verið margar ástæður fyrir þessum mun. Ein gæti verið mismunandi skilningur á því hvað herming þýðir. Það er ekki sjálfgefið að þó kennari lýsi sinni kennslu sem hermingu að nemarnir upplifi hana þannig. Nemarnir hafa verið að horfa til alls kennarahópsins en svarhlutfall meðal kennara var 65% sem veldur því að mat nemanna verður lægra. Við getum gert ráð fyrir því að þeir kennarar sem nota hermingu séu líklegri til að hafa tekið þátt í könnuninni og þar með búið til svarskekkju sem gefur falskt hátt hlutfall af kennurum sem nota hermingu. Því sé hið raunverulega hlutfall nærri því sem nemarnir áætluðu. Hætta er á að kannanir sem byggja á sjálfsmati gefi fleiri jákvæð svör en tilefni er til. Svarendur vilja ekki koma illa út eða líða illa og eru því líklegri til að svara ef þeir taka þátt í því sem verið er að fjalla um.[30] Höfundar reyndu að draga úr möguleika á þessari skekkju með því að leitast við að hafa spurningarnar hvorki leiðandi né dæmandi. Loks má nefna að nemendakönnunin var framkvæmd í lok maí, í lok kennsluársins. Þátttakendur gætu því hreinlega hafa gleymt því að þeir tóku þátt í hermingu fyrr á kennsluárinu.

Sumir kennarar notuðu mismunandi hermingaraðferðir þegar þeir kenndu mismunandi nemahópum (tafla IV). Í könnuninni var ekki spurt sérstaklega hvaða fögum aðrir nemar tilheyrðu en það má ætla að þeir séu fyrst og fremst sérnámslæknar og nemar í öðrum greinum heilbrigðisvísinda, til dæmis hjúkrunarnemar. Landspítali og báðar hjúkrunardeildirnar (HÍ og HA) eiga fullbúin hermisetur en læknadeild á ekkert slíkt. Það gæti útskýrt af hverju það er algengara að nota flókinn tækjabúnað eins og sýndarsjúklinga þegar öðrum hópum er kennt. Það virðist hins vegar ekki vera draumur kennara að nota sýndarsjúklinga meira en gert er, allar aðrar aðferðir hermingar eru vinsælli þegar spurt er hvaða aðferð viltu nota meira af, jafnvel sýndarveruleiki, sem enginn kennari notar eins og er samkvæmt niðurstöðum. Mögulega gæti hin hraða þróun á sviði sýndarveruleika spilað þar inn í.

Þættir sem auðvelda notkun hermingar

Eins og sést á mynd 1 voru þátttakendur sem höfðu fyrri

reynslu af hermingu, þjálfun í hermingu eða þjálfun í einhverri kennsluaðferð líklegri til að nota hermingu, sem og þeir sem kenndu bæði í BS-hluta læknanámsins og námi til kandídatsprófs.

Rannsóknir hafa sýnt að margir kennarar í læknisfræði líta á sjálfa sig fyrst og fremst sem lækna, ekki kennara, en breytingin úr lækni í kennara virðist vera grundvöllur þess að hafa opinn huga fyrir því að taka upp nýjar kennsluaðferðir.[31-33] Það mætti halda því fram að kennarar sem hafa sóst eftir þjálfun í kennsluaðferðum og sem kenna fleira en sína sérgrein, hafi sterkari sjálfsmynd í kennarahlutverkinu en þeir sem gera þetta ekki. Að hjálpa kennurum að sjá sig sem kennara, það er að styrkja þá sjálfsmynd, ætti því að vera hluti af starfsþróun kennara enda er hún mikilvæg til þess að herming geti orðið hluti af þeim kennsluaðferðum sem notaðar eru.[4,22-24,33]

Þættir sem hindra notkun hermingar

Þær hindranir sem kennarar lýsa að standi í vegi fyrir frekari notkun hermingar (tafla V) eru í samræmi við erlendar rannsóknir. Skortur á tíma tileinkuðum hermikennslu, skortur á fjármagni, skortur á þjálfun og skortur á áhuga þátttakenda eru allt þekktar hindranir.[2,25,26,34] Það kemur ekki á óvart að kennarar sem ekki nota hermingu telji skort á þjálfun helstu hindrunina. Þetta er flókin kennsluaðferð sem þarfnast bæði þjálfunar og æfingar ef hún á að vera skilvirk og ef fylgja á bestu starfsvenjum eins og þeim er lýst af McGaghie og fleirum.[10,35]

Aðeins 18% svarenda höfðu fengið þjálfun í notkun hermingar. Það er ekki ólíklegt að þeir sem höfðu fengið þjálfun eða að minnsta kosti einhverja reynslu af hermingu væru þeir sem notuðu hana. Þannig er skortur á útsetningu fyrir hermingu þáttur sem hindrar notkun hennar. Skortur á innviðum, svo sem aðstöðu og tækjum, er ofarlega á lista bæði þeirra sem nota og þeirra sem nota ekki hermingu og er það í samræmi við erlendar niðurstöður.[25,26,36] Eins og staðan er þegar þetta er ritað er lítið um innviði innan læknadeildar: ekkert skipulagt þjálfunarprógram fyrir kennara, ekkert færni- og hermisetur, lítið af tækjabúnaði og ekkert fjármagn sem er eyrnamerkt slíkri kennslu. Þar til nýlega hafa kennarar þurft að fá lánað eða leigja sjálfir það sem þarf að nota og slík óvissa með aðgengi að því sem þarf getur fælt kennara frá notkun hermingar. Nýlega hefur einn starfsmaður verið ráðinn í hlutastarf til að aðstoða kennara við hermingu. Þrátt fyrir þennan yfirlýsta skort á innviðum virðast kennarar ekki telja skorta á stuðningi frá deildinni, sem er gott, þar sem skortur á því hversu tilbúin stofnun er til breytinga og skortur á stuðningi frá yfirmönnum eru þekktir þættir sem hindra notkun hermingar.[27,37] Nær engir kennarar hafa áhyggjur af skorti á áhuga meðal nemenda, sem er ólíkt erlendum niðurstöðum.[28]

Herming í kennsluskrá

Umfjöllun um hermingu og tengdar kennsluaðferðir í kennsluskrá virðist ekki endurspegla notkun hennar. Þegar leitarorðin voru slegin inn fundust aðeins þrjú námskeið fyrir læknanema. Þetta er mun minna en gert hafði verið ráð fyrir og er ekki í samræmi við svör læknanemanna né persónulega reynslu höfunda. Möguleg skýring á þessu gæti verið að í kennsluskrá sé lögð meiri áhersla á að lýsa innihaldi hvers námskeiðs frekar en hvernig það er kennt. Þessi leið við að lýsa námskeiðum gæti afhjúpað þá afstöðu að kennsluaðferðir hafi minna vægi en það sem er kennt. Yfirburðastaða fyrirlestursins sem kennsluaðferðar – kannski vegna þess að kennarar hafa ekki fengið þjálfun í að nota neitt annað – getur valdið því að það taki því ekki að fjalla um hvernig einstaka námskeið eru kennd. Þetta kemur aftur inn á sjálfsmyndina í kennarahlutverkinu, áherslan er á fagið en ekki kennsluna.

Styrkleikar

Þar sem það er einungis ein læknadeild á Íslandi gefur þessi rannsókn skýra mynd af notkun hermingar fyrir læknanema á Íslandi. Svarhlutfall í báðum könnunum var gott, þar sem 65% kennara, 65% allra læknanema og 85% læknanema í námi til kandídatsprófs tóku þátt.

Veikleikar

Kennarakönnunin var á ensku og þó allir kennarar læknadeildar tali ensku gæti þetta hafa verið hindrun fyrir einhverja.

Upphaflega gleymdist að gera ráð fyrir að ekki eru allir kennarar læknadeildar læknar. Þetta var leyst með því að biðja þá sem ekki eru læknar um að lýsa því í einu af textaboxunum sem voru í boði. Þetta gæti hins vegar hafa haft áhrif á hvernig sumir kennarar tóku þátt eða tóku ekki þátt.

Það var ekki skilyrði að svara öllum spurningum til að geta haldið áfram. Þetta var viljandi gert þar sem kennarakönnunin var frekar löng, með 18 spurningum.

Þótt svarhlutfallið hafi verið mjög gott eru samt fáir einstaklingar á bak við þær tölur, eða 199 læknanemar og 97 kennarar. Þetta veldur því að erfitt er að draga tölfræðilegar ályktanir af gögnunum.

Þakkir

Höfundar þakka öllum þeim sem tóku þátt í þessum könnunum og þeim sem hjálpuðu okkur að hvetja aðra til þátttöku.

Heimildir

1. Kyle R, Bosseau Murrey W. Clinical Simulation. Operations, Engineering and Management. 1st. ed. Elsevier 2007: 821.
2. Harden RM, Laidlaw JM. Essential skills for a medical teacher: an introduction to teaching and learning in medicine. 2nd ed. Elsevier Health Sciences 2017.
3. Seys D, Wu AW, Van Gerven E, et al. Health care professionals as second victims after adverse events: a systematic review. Eval Health Prof 2013; 36: 135-62.
4. Lazzara EH, Benishek LE, Dietz AS, et al. Eight critical factors in creating and implementing a successful simulation program. Jt Comm J Qual Patient Saf 2014; 40: 21-9.
5. Aase I, Aase K, Dieckmann P. Teaching interprofessional teamwork in medical and nursing education in Norway: a content analysis. J Interprof Care 2013; 27: 238-45.
6. Paige JT, Terry Fairbanks RJ, Gaba DM. Priorities Related to Improving Healthcare Safety Through Simulation. Simul Healthc 2018; 13 (3S Suppl 1): S41-S50.
7. Richie E, Dove C, Crowe SL, et al. Utilization of simulation for the introduction of new software technology to the clinical setting. J Patient Saf 2014; 10: 176-80.
8. Sollid SJM, Dieckman P, Aase K, et al. Five Topics Health Care Simulation Can Address to Improve Patient Safety: Results From a Consensus Process. J Patient Saf 2019; 15: 111-120.
9. Beal MD, Kinnear J, Anderson CR, et al. The Effectiveness of Medical Simulation in Teaching Medical Students Critical Care Medicine: A Systematic Review and Meta-Analysis. Simul Healthc 2017; 12: 104-16.
10. McGaghie WC, Issenberg SB, Petrusa ER, et al. A critical review of simulation-based medical education research: 2003-2009. Med Educ 2010; 44: 50-63.
11. Menon V, Bhoja R, Reisch J, et al. Acquisition of Teamwork and Communication Skills Using High-Technology Simulation for Preclerkship Medical Students. Simul Healthc 2021; 16: e181-e187.
12. Issenberg SB, Ringsted C, Ostergaard D, et al. Setting a research agenda for simulation-based healthcare education: a synthesis of the outcome from an Utstein style meeting. Simul Healthc 2011; 6: 155-67.
13. Okuda Y, Bryson EO, DeMaria S Jr, et al. The utility of simulation in medical education: what is the evidence? Mt Sinai J Med 2009; 76: 330-43.
14. Generic professional capabilities framework. General Medical Council. 13 July,2021. gmc-uk.org/education/standards-guidance-and-curricula/standards-and-outcomes/generic-professional-capabilities-framework - júlí 2023.
15. Passiment M, Sacks H, Huang G. Medical simulation in medical education: result of an AAMC survey: 2011. aamc.org/system/files/c/2/259760-medicalsimulationinmedicaleducationanaamcsurvey.pdf - júlí 2023.
16. Gelis A, Cervello S, Rey R, et al. Peer Role-Play for Training Communication Skills in Medical Students: A Systematic Review. Simul Healthc 2020; 15: 106-11.
17. Kaltman S, Talisman N, Pennestri S, et al. Using Technology to Enhance Teaching of Patient-Centered Interviewing for Early Medical Students. Simul Healthc 2018; 13: 188-194.
18. Reed T, Pirotte M, McHugh M, et al. Simulation-Based Mastery Learning Improves Medical Student Performance and Retention of Core Clinical Skills. Simul Healthc 2016; 11: 173-80.
19. Wundrich M, Schwartz C, Feige B, et al. Empathy training in medical students - a randomized controlled trial. Med Teach 2017; 39: 1096-8.
20. Bilello LA, Dubosh NM, Lewis JJ, et al. Fourth-year medical students do not perform a focused physical examination during a case-based simulation scenario. Adv Med Educ Pract 2018; 9: 583-8.
21. Borggreve AS, Meijer JMR, Schreuder HWR, et al. Simulation-based trauma education for medical students: A review of literature. Med Teach 2017; 39: 631-8.
22. Jeffries PR, Dreifuerst KT, Kardong-Edgren S, et al. Faculty Development When Initiating Simulation Programs: Lessons Learned From the National Simulation Study. J Nurs Regulat 2015; 5: 17-23.
23. Pritchard SA, Blackstock FC, Keating JL, et al. The pillars of well-constructed simulated patient programs: A qualitative study with experienced educators. Med Teach 2017; 39: 1159-67.
24. Steinert Y, Mann K, Anderson B, et al. A systematic review of faculty development initiatives designed to enhance teaching effectiveness: A 10-year update: BEME Guide No. 40. Med Teach 2016; 38: 769-86.
25. Russell E, Hall AK, Hagel C, et al. Simulation in Canadian postgraduate emergency medicine training - a national survey. CJEM 2018; 20: 132-41.
26. Takahashi J, Shiga T, Funakoshi H, et al. Association of the Number of a Simulation Faculty With the Implementation of Simulation-Based Education. Simul Healthc 2019; 14: 223-7.
27. Shea CM, Jacobs SR, Esserman DA, et al. Organizational readiness for implementing change: a psychometric assessment of a new measure. Implement Sci 2014; 9: 7.
28. Dieckmann P, Friis SM, Lippert A, et al. Goals, Success Factors, and Barriers for Simulation-Based Learning. SimulationGaming 2012; 43: 627-47.
29. Healthcare Simulation Dictionary. 2nd ed. Rockeville, MD 2020.
30. Kreitchmann RS, Abad FJ, Ponsoda V, et al. Controlling for Response Biases in Self-Report Scales: Forced-Choice vs. Psychometric Modeling of Likert Items. Front Psychol 2019; 10: 2309.
31. Browne J, Webb K, Bullock A. Making the leap to medical education: a qualitative study of medical educators' experiences. Med Educ 2018; 52: 216-26.
32. Lieff S, Baker L, Mori B, et al. Who am I? Key influences on the formation of academic identity within a faculty development program. Med Teach 2012; 34: e208-15.
33. Snook AG, Schram AB, Jones BD, et al. Factors predicting identity as educators and openness to improve: an exploratory study. Med Educ 2019; 53: 788-98.
34. Okuda Y, Bond W, Bonfante G, et al. National growth in simulation training within emergency medicine residency programs, 2003-2008. Acad Emerg Med 2008; 15: 1113-6.
35. Paige JB, Graham L, Sittner B. Formal Training Efforts to Develop Simulation Educators: An Integrative Review. Simul Healthc 2020; 15: 271-81.
36. Zhao Z, Niu P, Ji X, et al. State of Simulation in Healthcare Education: An Initial Survey in Beijing. JSLS 2017; 21: e2016.00090.
37. Ferguson J, Astbury J, Willis S, et al. Implementing, embedding and sustaining simulation-based education: What helps, what hinders. Med Educ 2020; 54: 915-24.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.10.761

Simulation in medical education in Iceland

Elsa Valsdóttir[1,2]

Hans Haraldsson[3]

Ásta Bryndís Schram[4]

Peter Dieckmann[5,6,7]

[1]Faculty of Medicine, University of Iceland, [2]Landspítali – National University Hospital of Iceland, [3]Educational Research Institute, School of Education, University of Iceland, [4]School of Health Sciences, University of Iceland, [5]Copenhagen Academy for Medical Education and Simulation (CAMES), Denmark, [6]Department of Technology and Quality, Stavanger University, Norway, [7]Department of Public Health, Copenhagen University, Denmark.

Correspondence: Elsa B. Valsdóttir, *elsava@landspitali.is*

Key words: *simulation, simulation center, skills lab, teaching methods.*

BACKGROUND: Skills labs and simulation centers have become an integrated part of teaching methods in many medical schools. This study aims to describe the status of simulation in medical education in Iceland by examining student and faculty experience, facilitating and barring factors for its use in teaching and how the concept appears in the Course Catalog.

MATERIALS AND METHODS: The study was threefold. In parts one and two, electronic surveys were sent to students and faculty members at the Faculty of Medicine, University of Iceland. Part three was a key word search in the University´s course catalogue relating to simulation.

RESULTS: Response rate for both student and faculty surveys was 65%. Simulation as a teaching method was reported for 10% of faculty according to students but approximately a third of faculty, according to faculty. Attitudes of students and faculty were positive. Faculty, previously exposed to simulation, were more likely to use simulation, as were those who had received training in educational methods. Main barriers identified were lack of facilities, equipment, funds, and training. Key words related to simulation appeared rarely in the University Course Catalogue.

CONCLUSION: Student and faculty experience with simulation is limited, less than third of faculty claim to have used simulation when teaching medical students. Barring factors in Iceland are similar to what has been reported elsewhere. Lack of words describing simulation in the Course Catalog may raise questions about emphasis on teaching methods or lack thereof. Potential ways to increase the use of simulation could be to improve infrastructure and offer training in diverse educational methods, including simulation, to selected faculty.

Þróun fjöllyfjameðferðar í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu á árunum 2010-2019

Dagur Andri Friðgeirsson Hjaltalín[1,2] lyfjafræðingur
Jón Steinar Jónsson[3] læknir
Kristján Linnet[3] lyfjafræðingur
Emil Lárus Sigurðsson[3,4] læknir
Anna Bryndís Blöndal[2,3] lyfjafræðingur

[1] Apótekarinn, [2]lyfjafræðideild Háskóla Íslands, [3]Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu, [4]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Dagur Andri Friðgeirsson, *daf4@hi.is*

Greinin barst til blaðsins 2. maí 2023,
samþykkt til birtingar 28. ágúst 2023.

ÁGRIP

INNGANGUR

Inntöku lyfja getur fylgt áhætta og neikvæð heilsufarsleg áhrif. Áhættan eykst eftir því sem einstaklingar taka fleiri lyf. Margar faraldsfræðirannsóknir hafa verið gerðar á fjöllyfjameðferð erlendis en skortur hefur verið á þeim hérlendis. Markmið þessarar rannsóknar var að kanna fjöllyfjameðferð í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu.

EFNIVIÐUR OG AÐFERÐIR

Þeir sem mynduðu rannsóknarhópinn voru fundnir í Sögu-gagnagrunni heilsugæslunnar sem náði yfir ávísanir allra heilsugæslustöðva á höfuðborgarsvæðinu frá 1. janúar 2010 til 31. desember 2019. Rannsóknarþýðið samanstóð af þeim sem höfðu fengið ávísað fimm eða fleiri mismunandi lyfjum á tilteknu ári. Heildaríbúafjöldi höfuðborgarsvæðisins var fundinn á heimasíðu Hagstofunnar og var 200.907 árið 2010 og 228.222 árið 2019.

NIÐURSTÖÐUR

Algengi fjöllyfjameðferðar jókst jafnt og þétt frá árinu 2010 til 2019, eða um 37,9%. Einstaklingar í fjöllyfjameðferð voru 19.778 (9,8%) talsins við upphafsár rannsóknarinnar árið 2010 og fjölgaði í 30.970 (13,6%) af íbúum höfuðborgarsvæðisins árið 2019. Sterk fylgni var á milli aldurs og fjöllyfjameðferðar og voru konur mun líklegri til að fá fjöllyfjameðferð. Hlutfallslega mesta aukning fjöllyfjameðferðar (≥5 lyf) og mikillar fjöllyfjameðferðar (≥10 lyf) var meðal ungs fólks á aldrinum 20-49 ára. Greining á ATC-flokkum (Anatomical Therapeautic Chemical Code) leiddi í ljós að mikil aukning var á flestum ATC-flokkum á fyrsta stigi (líffærakerfi) og þriðja stigi (lyfjafræðilegir undirflokkar).

ÁLYKTANIR

Niðurstöðurnar benda til þess að fjöllyfjameðferð sé algeng á Íslandi. Að sama skapi virðist sífellt algengara að ungt fólk fái fjöllyfjameðferð. Mikilvægt er að reyna að skilja orsök þeirrar þróunar sem hefur orðið og leggja mat á vaxandi lyfjavæðingu samfélagsins. Ástæðurnar sem geta legið þar að baki geta bæði verið jákvæðar og neikvæðar rétt eins og þau áhrif sem af fjöllyfjameðferð hljótast.

INNGANGUR

Fjöllyfjanotkun er allajafna fylgifiskur fjölveikinda og eykst því algengið jafnan með hækkandi aldri.[1] Rannsóknir benda til þess að þeim sem teljast fjölveikir hafi fjölgað.[2,3] Talið er að fjölveikum muni fjölga með hækkandi lífaldri, svo og vegna hækkandi meðalaldurs á Vesturlöndum og víðar.[4-6] Ekki er til einhlít skilgreining á fjöllyfjameðferð þó algengasta viðmiðið í rannsóknum sé meðferð með fimm eða fleiri lyfjum daglega. Álitamál er hvort telja eigi með lyf sem eru tekin eftir þörfum, í stuttan tíma eða náttúrulyf. Erlendar rannsóknir sýna að með hækkandi aldri[8-10] fjölgar þeim sem fá meðferð með mörgum lyfjum. Flestar klínískar leiðbeiningar byggja á rannsóknum þar sem fjölveikir og aldraðir voru útilokaðir frá þátttöku. Það verður því oft álitamál hvort hægt sé að styðjast við slíkar leiðbeiningar í klínísku starfi með aldraða og/eða fjölveika.

Tengsl fjöllyfjameðferðar við nokkra mikilvæga heilsufarsþætti eru þó vel þekkt, sérstaklega hjá öldruðum.[10] Hætta á milliverkunum og aukaverkunum lyfja eykst með fjölda lyfja sem eru gefin sama einstaklingi. Byltur og beinbrot eru algengari samfara fjöllyfjameðferð, svo og lakari líkamleg færni, aukinn hrumleiki, beingisnun, minni lífsgæði og minnistruflanir.[11-13] Einnig tengist fjöllyfjameðferð aukinni tíðni sjúkrahúsinnlagna og meiri líkum á dauðsföllum.[10] Alþjóðaheilbrigðisstofnunin hefur lagt áherslu á lyfjaöryggi tengt fjöllyfjameðferð.[14] Stofnunin bendir á að þótt lyfjameðferð skjólstæðinga sé ætlað að bæta hag þeirra geti hún einnig valdið þeim skaða.

Markmið þessarar rannsóknar var að varpa ljósi á fjöllyfjameðferð og þróun hennar hjá skjólstæðingum heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu.

Efniviður og aðferðir

Snið rannsóknar og þátttakendur

Rannsóknin er lýsandi afturskyggn gagnarannsókn. Í rannsóknarþýðinu voru þeir sem sóttu þjónustu heilsugæslustöðvanna á höfuðborgarsvæðinu og fengu ávísað fimm eða fleiri lyfjum á tilteknu ári. Lyfjunum ávísuðu læknar á heilsugæslustöðvunum á höfuðborgarsvæðinu á 10 ára tímabili, frá 1. janúar 2010 til 31. desember 2019. Rannsóknin tók til ávísana lækna frá öllum 19 heilsugæslustöðvunum. Sótt voru gögn í Sögu-gagnagrunn heilsugæslunnar á þessu tiltekna tímabili. Þær breytur sem voru skoðaðar við úrvinnslu rannsóknar voru: ártal, aldur, kyn, lyfjaheiti, fjöldi lyfjaávísana í hverjum lyfjaflokki og ATC-flokkur lyfs (Anatomical Therapeautic Chemical Code) frá A til V – niður á fimmta þrep, en flokkunin greinist frá líffærakerfi (fyrsta stig), þá í læknisfræðilegan undirflokk (annað stig), næst í lyfjafræðilegan undirflokk (þriðja stig), svo efnafræðilegan undirflokk (fjórða stig), og loks niður í lyfjaefni (fimmta stig).[15] Dæmi um þetta má sjá í töflu 1.

Einungis var unnið með fyrirliggjandi ópersónugreinanleg gögn um þátttakendur. Heildarbúsetufjöldi höfuðborgarsvæðisins var fundinn á heimasíðu Hagstofunnar og var 200.907 árið 2010 og 228.222 árið 2019. Eftirfarandi sveitarfélög tilheyra höfuðborgarsvæðinu: Reykjavíkurborg, Kópavogsbær, Garðabær, Hafnarfjarðarbær, Mosfellsbær, Seltjarnarnesbær og Kjósarhreppur.

Einstaklingur var skilgreindur í fjöllyfjameðferð ef viðkomandi fékk fimm eða fleiri mismunandi lyf (í mismunandi ATC-flokkum) ávísað á árinu og á mikilli fjöllyfjameðferð[6] ef ávísað var 10 eða fleiri mismunandi lyfjum á árinu. Þessi flokkun gerði greiningu fjöllyfjameðferðar mögulega út frá gögnunum sem unnið var með (skilgreining fjöllyfjameðferðar miðuð við fimm lyf eða fleiri).

Úrvinnsla gagna

Tölfræðileg úrvinnsla gagna var framkvæmd í tölfræðiforritinu R. Við úrvinnslu gagna voru einstaklingar sem höfðu fengið sama lyfið (ATC-kóðann) oftar en einu sinni flokkaðir þannig að þeir voru aðeins taldir einu sinni fyrir sérhvern ATC-kóða.

Notuð var línuleg aðhvarfsgreining til að rannsaka hvort línulegt samband væri á milli algengis fjöllyfjameðferðar og fjölda ára sem liðu frá upphafi rannsóknar. Fyrsta og síðasta ár rannsóknartímabilsins voru borin saman og breytingar sem urðu á tímabilinu skoðaðar, bæði hvað heildaralgengi varðar en einnig voru skoðaðar breytingar með tilliti til aldursflokka og kyns.

Til að kanna algengi þriðja stigs ATC-lyfjaflokkanna og hversu mikil aukning var á algengustu þriðja stigs ATC-flokkunum á tímabilinu í hverjum aldursflokki var notaður hlutfallslegur áhættumunur á því að fá ávísað tilteknum lyfjaflokki meðal 10 algengustu þriðja stigs ATC-lyfjaflokkanna árið 2019 borið saman við sömu þriðja stigs ATC-lyfjaflokkana árið 2010.

Tafla I. Dæmi um ATC-flokkun. Hér er tekið dæmi um Metformin (A10BA02).

A (fyrsta stig)	Meltingarfæri og efnaskipti
A10 (annað stig)	Sykursýkislyf
A10B (þriðja stig)	Blóðsykurslækkandi lyf önnur en insúlín
A10BA (fjórða stig)	Bígvaníð
A10BA02 (fimmta stig)	Metformin

ATC=Anatomical Therapeautic Chemical Code

Leyfi

Rannsóknin var gerð að fengnu leyfi vísindasiðanefndar (VSN-20-202) ásamt leyfi vísindanefndar Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og Háskóla Íslands.

Persónuvernd gerði ekki athugasemdir við rannsóknina.

Niðurstöður

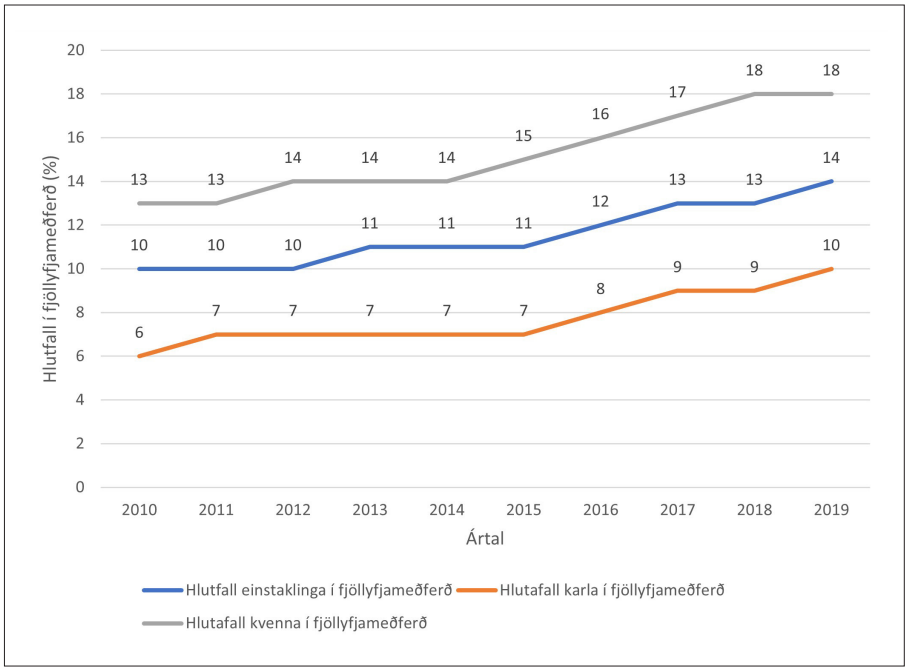
Þróun fjöllyfjameðferðar

Heildarfjöldi einstaklinga á fjöllyfjameðferð og mikilli fjöllyfjameðferð jókst jafnt og þétt yfir tímabilið. Fjöldi einstaklinga sem á hverju ári fékk ávísað fimm eða fleiri lyfjum úr mismunandi lyfjaflokkum jókst á rannsóknartímabilinu úr 19.778 (9,8%) árið 2010 í 30.970 (13,6%) árið 2019. Hlutfallslega fjölgaði þeim um 37,9% á tímabilinu. Konur fengu mun oftar fjöllyfjameðferð en karlar á rannsóknartímabilinu, 13,2% í upphafi og 17,9% í lok tímabilsins. Hlutfall karla var 6,4% í byrjun en 9,0% í lok tímabils. Hlutfallsleg aukning var því 35,4% hjá konum og 39,7 hjá körlum (mynd 1).

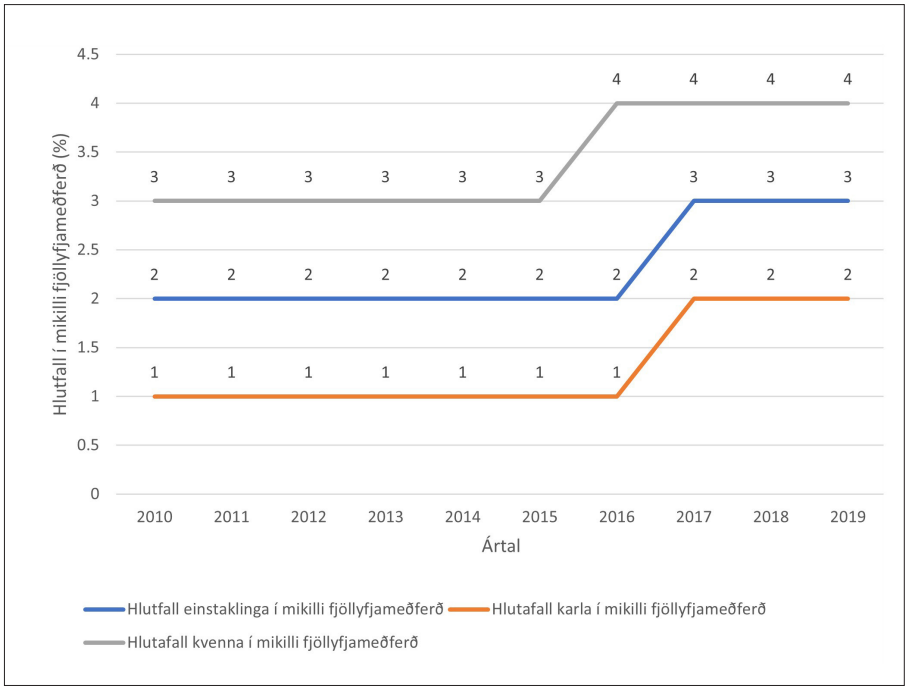
Hlutfallsleg fjölgun þeirra sem fengu ávísað 10 lyfjum eða fleiri árlega varð enn meiri, eða 73,1%, yfir allt rannsóknartímabilið. Verulegur munur var einnig milli kynja hjá þeim sem fengu ávísað 10 lyfjum eða fleiri á ári. Í upphafi fengu 2,6% kvenna slíka meðferð og í lok tímabils 4,3% en 0,9% karla í upphafi og 1,8% í lokin.

Aldursdreifing fjöllyfjameðferðar

Meðalaldur þeirra sem voru í fjöllyfjameðferð hélst óbreyttur,



Mynd 1. *Algengi fjöllyfjameðferðar eftir ári og kyni óháð aldri.*



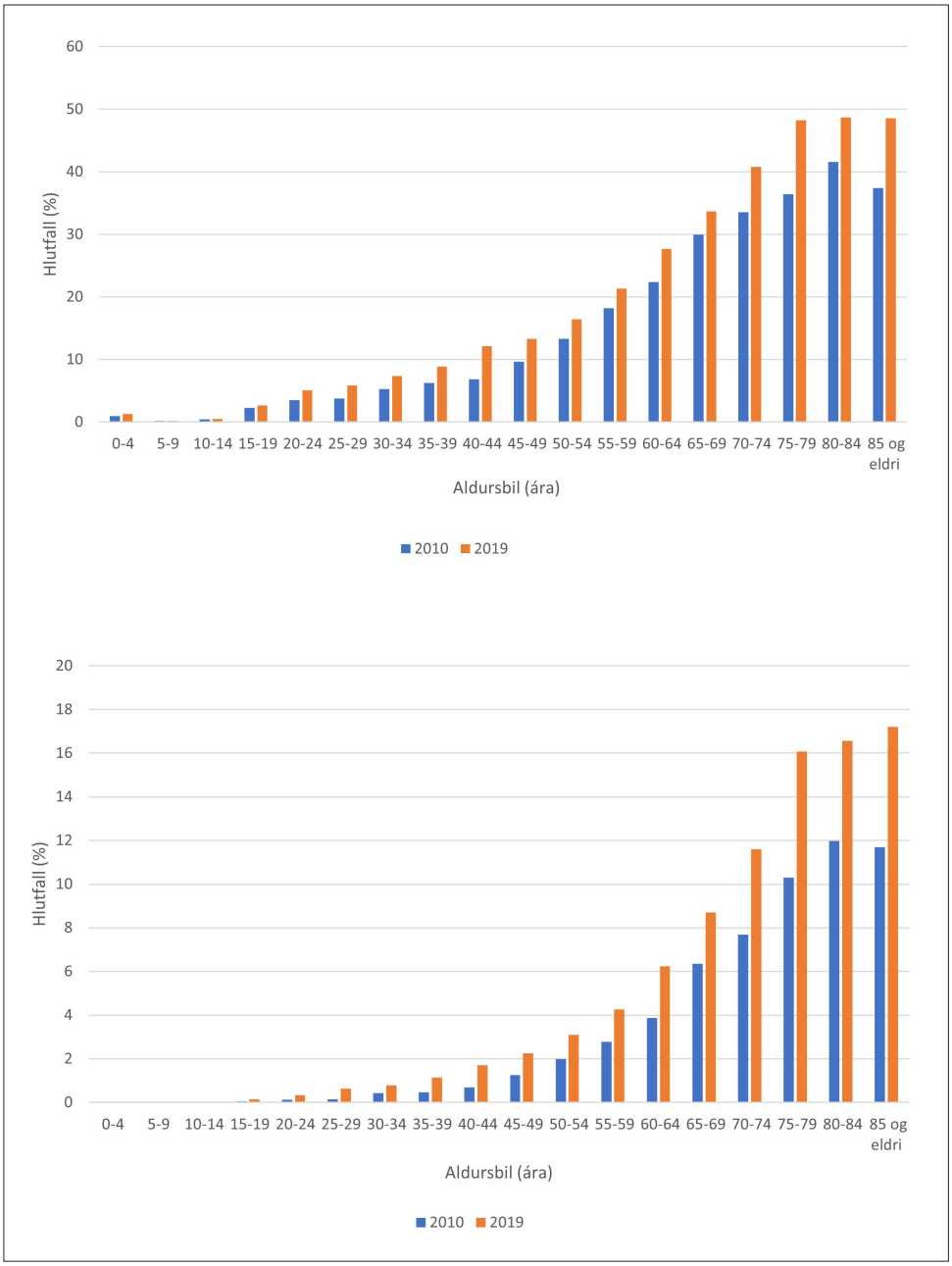
Mynd 2. *Algengi mikillar fjöllyfjameðferðar eftir ári og kyni óháð aldri.*

var 58,5 ár (CI: 58,3 – 58,8) árið 2010 og 58,6 ár (CI: 58,4 – 58,8) árið 2019. Meðalaldur einstaklinga í mikilli fjöllyfjameðferð lækkaði úr 66,9 árum (CI: 66,4 – 67,4) árið 2010 niður í 65,6 ár (CI: 65,2-65,9) árið 2019.

Fjöllyfjameðferð og mikil fjöllyfjameðferð jókst með hækkandi aldri en hlutfallsleg aukning var mest í aldurshópnum 40-44 ára á rannsóknartímabilinu, eða 78%, úr 924 (6,80%) árið 2010 í 1868 (12,15%) árið 2019, og hlutfallsleg aukning mikillar fjöllyfjameðferðar var mest í aldurshópnum 25-29 ára, um 300% úr 24 (0,15%) árið 2010 í 122 (0,63%) árið 2019 (mynd 3 og 4).

Lyfjaflokkar í fjöllyfjameðferð

Lyf í flokki taugalyfja (N) voru algengust yfir allt tímabilið sem hluti af fjöllyfjameðferð. Hlutfallslega voru algengustu ATC-flokkarnir notaðir í sambærilegum mæli árin 2010 og 2019 og virðist aukning fjöllyfjameðferðar ekki vera til komin vegna hækkunar á einum tilteknum ATC-flokki heldur frekar sökum aukinna lyfjaávísana hvað flesta ATC-flokkana varðar (mynd 5). Þó má greina mismikla hlutfallslega hækkun á milli fyrsta stigs ATC-flokka. Ávísanir fyrir þrjá flokka meira en tvöfaldast þegar árin eru borin saman. Það eru lyf í flokki B (Blóð og blóðmyndandi líffæri) úr 4435 ávísunum í 9366



Mynd 3. *Algengi fjöllyfjameðferðar (efri) og mikillar fjöllyfjameðferðar (neðri) eftir aldri, við upphaf og lok rannsóknartímabils.*

ávísanir, lyf í flokki H (Hormónalyf til altækrar notkunar, önnur en kynhormónar og insúlín) úr 4944 í 10.507 og lyf í flokki L (Æxlishemjandi lyf og lyf til ónæmistemprunar) úr 155 í 699. Vert er að hafa í huga að hér er ekki leiðrétt fyrir fólksfjölda.

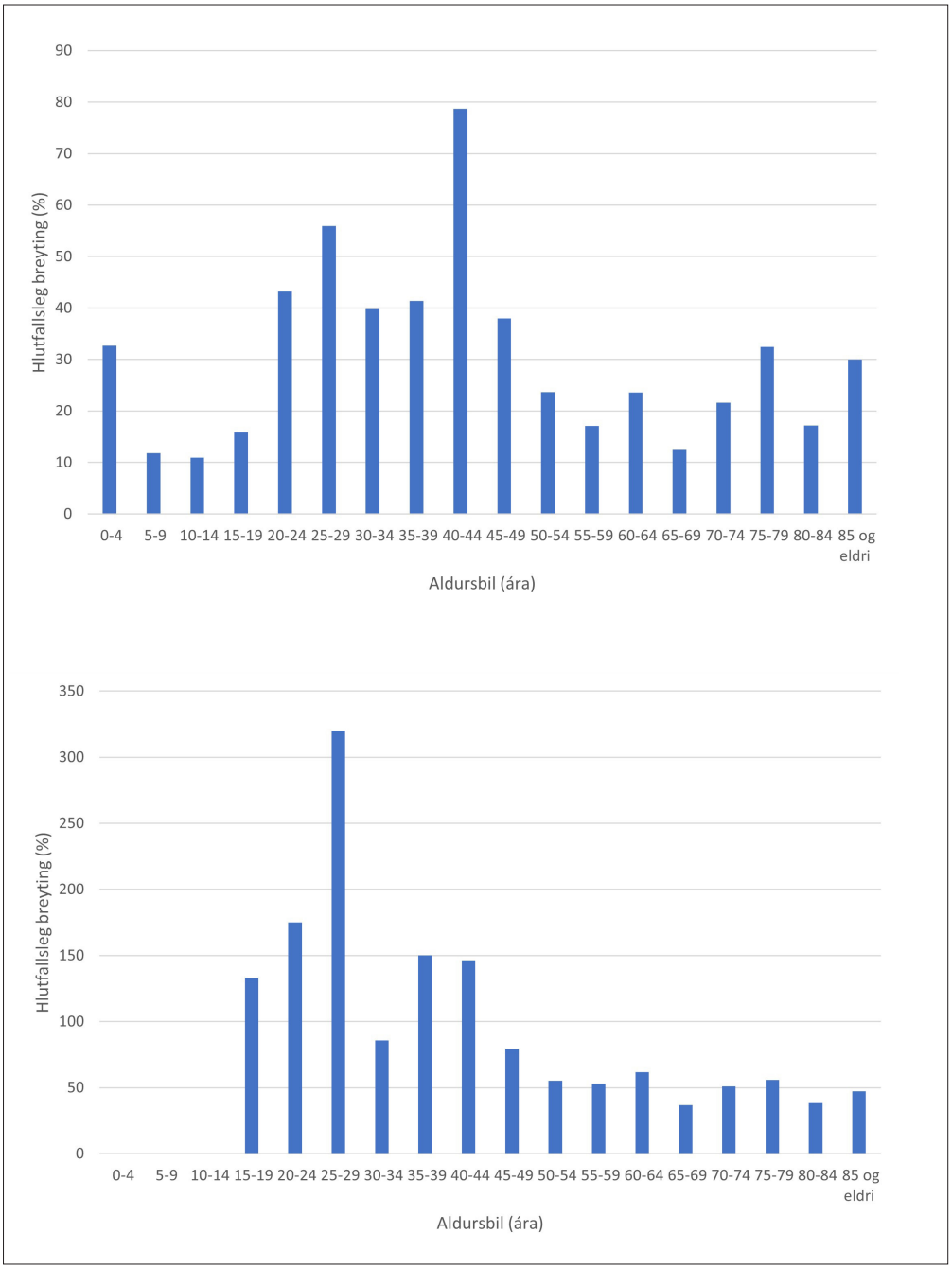
Algengustu þriðja stigs ATC-lyfjaflokkarnir

Tíu algengustu þriðja stigs ATC-flokkarnir árið 2019 eru nánast þeir sömu og árið 2010 í hverjum aldursflokki. Ávísunum fjölgaði fyrir 20 ára og eldri hvað 10 algengustu þriðja stigs lyfjaflokkana varðar þegar árin eru borin saman.

Töluverður munur var á hlutfallslegri áhættu þegar kom að öllum tíu algengustu þriðja stigs lyfjaflokkunum og sérstaklega fyrir einstaklinga á aldrinum 20-49 ára. Mesta aukningin í öllum hópum var fyrir blóðfitulækkandi lyf sem rúmlega tvöfaldaðist yfir heildina. Notkun þunglyndislyfja í hópi 20-49 ára jókst einnig áberandi mikið. Hlutfallslega voru tæplega tvisvar sinnum fleiri ávísanir á þunglyndislyf í þeim aldursflokki.

Umræða

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna að skjólstæðingum heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu sem fengu ávísað fimm lyfjum eða fleiri á ári fjölgaði umtalsvert á 10 ára tímabili, 2010-2019. Algengi jókst úr 9,8% í 13,6%, en hlutfallsleg fjölgun nam 38%. Einnig fjölgaði þeim sem fengu ávísað 10 eða fleiri lyfjum úr 1,8% í 3%. Þegar við skoðum aldursflokkinn 65 ára og



Mynd 4. *Hlutfallsleg aukning á fjöllyfjameðferð (efri) og mikilli fjöllyfjameðferð (neðri) eftir aldurshópum milli áranna 2010 og 2019.*

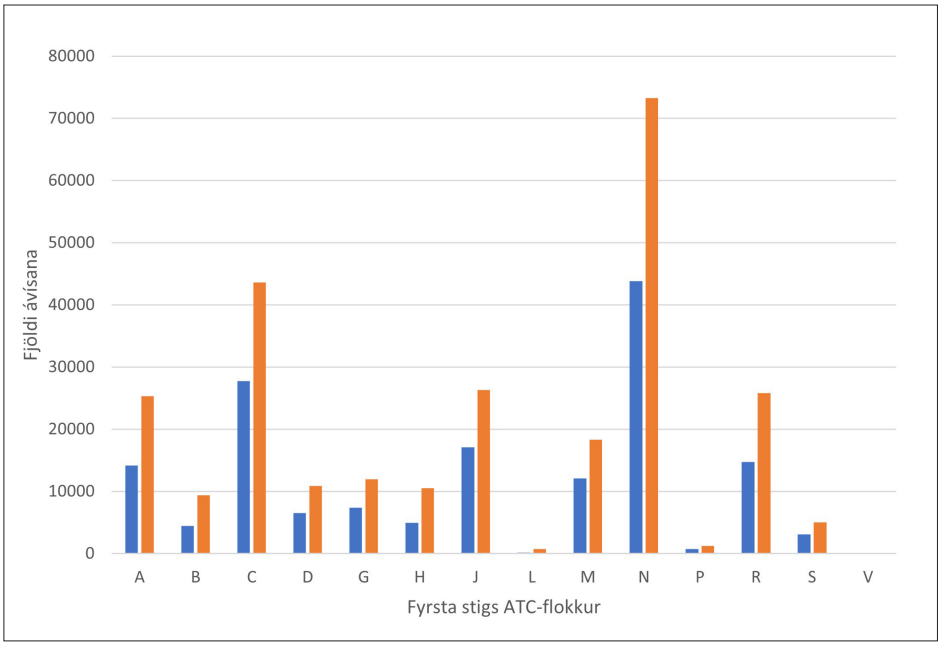
eldri var algengi fjöllyfjameðferðar 34,8% árið 2010 og hækkaði í 41,7% árið 2019. Algengi mikillar fjöllyfjameðferðar í sama aldursflokki fór úr tæpum 9% árið 2010 upp í 12,7% árið 2019.

Þessar niðurstöður eru í nokkru samræmi við niðurstöður Guthrie og félaga frá Skotlandi.[9] Til samanburðar má einnig skoða niðurstöður stórrar rannsóknar sem gerð var á fjöllyfjameðferð eldra fólks í Svíþjóð þar sem fram kom að algengi fjöllyfjameðferðar hjá 65 ára og eldri hafi verið 44% árið 2010 og algengi mikillar fjöllyfjameðferðar 11,7%. Þó kann mismunur milli rannsókna sem bornar eru saman að skýrast að einhverju leyti af mismunandi aðferðum, til dæmis að í þessari rannsókn eru engar ávísanir frá sérfræðilæknum eða sjúkrahúsum.[16]

Aldursdreifing fjöllyfjameðferðar og mikillar fjöllyfjameðferðar

Fjöllyfjameðferð eykst með aldri og eru niðurstöður okkar í samræmi við erlendar rannsóknir.[8]

Með hækkandi aldri fjölgar sjúkdómum sem jafnframt eykur líkurnar á fjöllyfjameðferð frekar en einungis aldurinn sem slíkur. Líffræðilegar breytingar sem verða með vaxandi aldri og skortur á rannsóknum á fjöllyfjameðferð hjá öldruðum ættu að leiða til sérstakrar aðgæslu við slíka meðferð. Sú spurning hlýtur að vakna hvort sú þróun sem varpað er ljósi á í þessari rannsókn með hlutfallslegri aukningu frá 10% upp í 30% í aldursflokkunum 65 ára og eldri, endurspegli slíka aðgæslu. Athyglisvert er að fjöllyfjameðferð og mikil fjöllyfjameðferð virðist vera að aukast meðal ungs fólks en hlutfallslega aukn-



Mynd 5. *Fjöldi ávísana eftir ATC-flokki hjá einstaklingum sem fengu ávísað 5 lyfjum eða fleiri á ári.*

Tafla II. Fjöldi algengustu þriðja stigs ATC-lyfjaávísana 2019 og aukning miðað við árið 2010. Hlutfallsleg áhætta, heild, 20-49 ára og 50+ ára.

		Heild		20-49 ára		50 + ára	
ATC	Lýsing	RR	n 2019	RR	n 2019	RR	n 2019
N06A	Þunglyndislyf	1,58	15.873	1,92	5460	1,32	10.220
N02A	Ópíóíðar	1,35	15.509	1,48	4510	1,28	10.931
J01C	Betalaktampenicillín	1,61	13.251	1,54	3839	1,57	9067
A02B	Lyf við maga- og skeifugarnarsárum og vélindabakflæði	1,52	11.829	1,73	2498	1,34	9242
M01A	NSAIDs	1,25	11.678	1,28	3487	1,14	8127
N05C	Svefnlyf og slævandi lyf	1,18	11.231	1,11	1822	1,10	9364
N05B	Róandi og kvíðastillandi lyf	1,34	8803	1,76	2613	1,11	6141
C07A	Beta-blokkar	1,44	8349	1,52	772	1,32	7569
R03A	Adrenvirk innöndunarlyf	1,56	7456	1,46	1940	1,49	5309
C10 A	Blóðfitulækkandi lyf	2,20	7367	2,27	328	2,01	7037

RR = hlutfallsáhætta (Risk Ratio).

ingin var mest í aldursflokkunum frá 20-49 ára. Til dæmis var hlutfallsleg hækkun fjöllyfjameðferðar í 40-44 ára hópnum tæplega 80% og hlutfallsleg hækkun á algengi mikillar fjöllyfjameðferðar í 25-29 ára hópnum yfir 300%. Mikil aukning var einnig á algengustu þriðja stigs ATC-flokkum í aldursflokknum 20-49 ára.

Styrkleikar og veikleikar

Engin algild skilgreining fjöllyfjameðferðar er við lýði þó að oftast sé miðað við að fimm eða fleiri lyf séu notuð samtímis. Hjá WHO kemur fram að ósamræmi sé milli rannsókna varðandi það hvort telja skuli með lyf sem eru tekin í kúrum og eftir þörfum sem hluta af fjöllyfjameðferð. Hjá þeim hefur sú afstaða verið tekin að viðurkenna öll lyf sem viðkomandi tekur, þar með talin lyf sem gefin eru í kúrum og eftir þörfum með það að leiðarljósi að lágmarka lyfjatengdan skaða. Slík lyf geta haft áhrif á framvindu heilsu fólks og verið bæði viðeigandi eða óviðeigandi miðað við ástand og núverandi lyfjameðferð skjólstæðings.[14] Lyf gefin í kúrum, svo sem sýklalyf, og lyf gefin eftir þörfum, svo sem verkjalyf, róandi lyf og svefnlyf, töldum við mikilvægt að útiloka ekki í rannsókn sem hefur það markmið að varpa ljósi á þróun fjöllyfjameðferðar í heilsugæslu. Skilgreiningar sem taka inn mikilvæga þætti eins og viðeigandi eða nauðsynlega fjöllyfjameðferð veita einnig mikilvægar upplýsingar.[20]

Helstu styrkleikar rannsóknarinnar voru stærð þýðisins sem nær yfir ¾ hluta skjólstæðinga heilsugæslu á Íslandi. Helstu veikleikar voru þeir að ekki teljast með lyf sem ein-

göngu var ávísað utan heilsugæslu, til dæmis af sérgreinalæknum eða á sjúkrahúsum. Upplýsingar um lyf keypt í lausasölu og náttúrulyf er heldur ekki að finna í gögnum þessarar rannsóknar, sem getur valdið vanmati á algengi fjöllyfjameðferðar. Rannsóknin náði eingöngu til þeirra lyfja sem ávísað var. Engar upplýsingar er að finna í Sögu-gagnagrunninum um hvort lyfin hafi verið sótt í apótek, og ekki er heldur vitað hvort skjólstæðingarnir hafa tekið inn útleyst lyf. Þannig gefa niðurstöðurnar eingöngu mynd af þróun ávísana lyfja og ofmetur því að einhverju leyti fjölda þeirra sem leystu lyfin út, sem og þeirra sem notuðu þau lyf sem þeim var ávísað.

Fjöllyfjameðferð án skaða

Í þessari rannsókn var ekki reynt að varpa ljósi á það hvort fjöllyfjameðferð væri viðeigandi eða óviðeigandi og því ekki lagt mat á það hvort aukin fjöllyfjameðferð í heilsugæslunni á rannsóknartímabilinu hafi verið viðeigandi eða hugsanlega skaðleg. Alþjóðaheilbrigðisstofnunin, WHO, leggur áherslu á að sett séu markmið um að draga úr óviðeigandi fjöllyfjameðferð og áhersla sé lögð á að fjöllyfjameðferð sé skynsamleg, einstaklingsmiðuð og taki mið af bestu þekkingu á hverjum tíma.[14] Til að ná þeim markmiðum er nauðsynlegt að hafa aðgang að milliverkanaforriti sem tengist ávísunarkerfinu, auka þverfaglega samvinnu og fræðslu um mikilvægi lyfjarýni og hvernig hún er framkvæmd.[17] Rannsóknir hafa sýnt fram á mikinn ávinning þess að takast á við þau flóknu vandamál sem geta skapast af fjöllyfjameðferð.[18,19] Jafnframt gæti ein af lausnunum verið að efla enn frekar þjónustu lyfjafræðinga innan heilsugæslunnar í framtíðinni til að tryggja viðeigandi fjöllyfjameðferð.

Ályktun

Rannsóknin varpar ljósi á stöðu og þróun fjöllyfjameðferðar í heilsugæslu á höfuðborgarsvæðinu sem hefur aukist umtalsvert á 10 ára tímabili og er algengust hjá eldra fólki. Niðurstöður rannsóknarinnar sýna þó áberandi aukningu hjá aldurshópum sem minni athygli hefur beinst að varðandi fjöllyfjameðferð, það er undir 50 ára. Þó hér verði ekki ályktað um forsendur fjöllyfjameðferðar er það verðugt rannsóknarefni, sérstaklega í ljósi áherslu WHO á mikilvægi viðeigandi fjöllyfjameðferðar. Niðurstöðurnar ættu þó að vera öllum hvatning til að leggja áherslu á gæðaþróun á þessu sviði, svo sem með vandaðri lyfjarýni og mati á áhættu af samsettri lyfjameðferð, sérstaklega fyrir aldraða.

Þakkir

Sérstakar þakkir fá Brynjar Bjarkason aðferðafræðingur hjá Þróunarmiðstöð íslenskrar heilsugæslu og Tölfræðiráðgjöf heilbrigðisvísindastofnunar fyrir góð ráð.

Heimildir

1. Duerden M, Avery T, Payne. Polypharmacy and medicines optimasation: Making it safe and sound. London, The King's Fund 2013.
2. Linnet K, Gudmundsson LS, Birgisdottir FG, et al. Multimorbidity and use of hypnotic and anxiolytic drugs: cross-sectional and follow-up study in primary healthcare in Iceland. BMC Fam Pract 2016; 17: 69.
3. Tomasdottir MO, Getz L, Sigurdsson JA, et al. Co- and multimorbidity patterns in an unselected Norwegian population: cross-sectional analysis based on the HUNT study and theoretical reflections concerning basic medical models. Eur J Person Centered Healthcare 2014; 2: 335-45.
4. Kim HA, Shin JY, Kim MH, et al. Prevalence and predictors of polypharmacy among Korean elderly. PLoS One 2014; 9: e98043.
5. Castioni J, Marques-Vidal P, Abolhassani N, et al. Prevalence and determinants of polypharmacy in Switzerland: data from the CoLaus study. BMC Health Serv Res 2017; 17: 840.
6. Hovstadius B, Hovstadius K, Åstrand B, et al. Increasing polypharmacy - an individual-based study of the Swedish population 2005-2008. BMC Clin Pharmacol 2010; 10: 16.
7. Masnoon N, Shakib S, Kalisch-Ellett L, et al. What is polypharmacy? A systematic review of definitions. BMC Geriatrics 2017; 17: 1-10.
8. Payne RA. The epidemiology of polypharmacy. Clin Med 2016; 16: 465-9.
9. Guthrie B, Makubate B, Hernandez-Santiago V, et al. The rising tide of polypharmacy and drug-drug interactions: population database analysis 1995-2010. BMC Medicine 2015; 13: 1-10.
10. Wastesson JW, Morin Ld, Tan ECK, et al. An update on the clinical consequences of polypharmacy in older adults: a narrative review. Exp Opin Drug Saf 2018; 17: 1186-96.
11. Rawle MJ, Cooper R, Kuh D, et al. Associations Between Polypharmacy and Cognitive and Physical Capability: A British Birth Cohort Study. J Am Geriatr Soc 2018; 66: 916-23.
12. Saum KU, Schöttker B, Meid AD, et al. Is Polypharmacy Associated with Frailty in Older People? Results From the ESTHER Cohort Study. J Am Geriatr Soc 2017; 65: e27-e32.
13. Veronese, N, Stubbs B, Noale M, et al. Polypharmacy Is Associated With Higher Frailty Risk in Older People: An 8-Year Longitudinal Cohort Study. J Am Med Dir Assoc 2017; 18: 624-8.
14. Medication Safety in Polypharmacy. Technical Report. World Health Organizations 2019.
15. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology.
16. Morin L, Johnell K, Laroche ML, et al.The epidemiology of polypharmacy in older adults: register-based prospective cohort study. Clin Epidemiol 2018; 10: 289-98.
17. Sigurðardóttir A, Ólafsdóttir EF, Hauksdóttir HL, et al, Lyfjasaga og lyfjarýni. Læknablaðið 2021; 107: 364-5.
18. Khezrian M, McNeil CJ, Murray AD, et al. An overview of prevalence, determinants and health outcomes of polypharmacy. Ther Adv Drug Saf 2020; 11: 2042098620933741.
19. Stewart D, Mair A, Wilson M, et al. Guidance to manage inappropriate polypharmacy in older people: systematic review and future developments. Expert Opin Drug Saf 2017; 16: 203-13.
20. Pazan F, Wehling M. Polypharmacy in older adults: a narrative review of definitions, epidemiology and consequences. Eur Geriatr Med 2021; 12: 443-52.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.10.762

Epidemiology of polypharmacy in primary healthcare in the Reykjavik metropolitan area 2010–2019

Dagur Andri Friðgeirsson Hjaltalín[1,2]
Jón Steinar Jónsson[3]
Kristján Linnet[3]
Emil Lárus Sigurðsson[3,4]
Anna Bryndís Blöndal[2,3]

[1]Apotekarinn Pharmacy, [2]Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of Iceland, [3]Development Centre for Primary Healthcare in Iceland, Primary Health Care of the Capital Area, [4]Department of Family Medicine, Faculty of Medicine, University of Iceland School of Health Sciences, Reykjavik, Iceland.

Correspondence: Dagur Andri Friðgeirsson, *daf4@hi.is*

Key words: *polypharmacy, multimorbidity, primary care, GPs.*

INTRODUCTION: Taking medicines can induce risks leading to negative health issues that can grow in accordance with the number of medicines used. Many studies on the prevalence of polypharmacy have been carried out in other countries, but such studies are lacking in Iceland. The aim of this study was to analyse the prevalence of polypharmacy in primary care in the Reykjavik metropolitan area.

METHODS: The study population consisted of individuals who had been prescribed five or more drugs by physicians in primary care in the Reykjavik metropolitan area during the study period. Data was collected on all drug prescriptions for individuals in the area. Those who had five or more drugs prescribed in the primary healthcare database from 1 January 2010 through 31 December 2019 were included in the study. According to Statistics Iceland, the total number of inhabitants in the area was 200.907 in 2010 and 228.222 in 2019.

FINDINGS: The prevalence of polypharmacy increased gradually in 2010-2019, or by 37.9% during this period. Patients with polypharmacy were 9.8% (19.778) at the beginning of the study in 2010 and increased to 13.6% (30.970) in 2019. A clear association was observed between age and polypharmacy, and the study showed polypharmacy to be more common among women. The study findings revealed that the greatest relative increase in polypharmacy was among young people from 20-49 years of age. ATC class analysis showed a sharp increase in the first and third levels of the ATC subgroups.

CONCLUSION: The findings suggest polypharmacy to be common in the Reykjavik metropolitan area. Similarly, its prevalence seems to be increasing in younger patients. It is important to gain a better understanding of the reasons for the development of polypharmacy and evaluate the increasing medicalisation in society. The underlying reasons, as well as the effects of polypharmacy, can lead to both positive and negative health outcomes.

MÁLÞING:

Lækningar og lýðheilsa

Þann 2. nóvember næstkomandi efnir Lýðheilsuráð LÍ til málþings að Hlíðasmára 8, Kópavogi.

Þingið hefst kl. 15 og stendur til kl. 18 með kaffihléi.

Óskað er eftir erindum um lýðheilsu sem brenna á læknum.

Markmið málþingsins er að skapa vettvang fyrir félaga LÍ til þess að fræða aðra félagsmenn um áhugasvið þeirra er snúa að lýðheilsu. Gjarnan eigin rannsóknir, fræðilegar samantektir um mál eða vangaveltur um lýðheilsu sem skapast í starfi lækna.

Miðað verður við 15-20 mínútna fyrirlestra og umræður í kjölfarið.

Lýðheilsuráðið vill gjarnan fá opið samtal við félagsmenn LÍ um hvaða lýðheilsumál á að skoða á komandi starfsári.

Við hvetjum áhugasama fyrirlesara til að hafa samband við formann Lýðheilsuráðs, Kristján G. Guðmundsson, fyrir 15. október í gegnum netfangið **kristjgg@landspitali.is** eða í síma **8602846**.

Getnaðarvarnarlykkja utan leghols

• Sjúkratilfelli •

Guðrún Margrét Viðarsdóttir[1] læknir
Ásgeir Böðvarsson[2] læknir
† Helgi Kjartan Sigurðsson[1] læknir (1967-2023)
Páll Helgi Möller[1,3] læknir

[1]Kviðarholsskurðdeild Landspítala, [2]lyflækningadeild Heilbrigðisstofnunar Norðurlands, [3]læknadeild Háskóla Íslands.

Fyrirspurnum svarar Guðrún Margrét Viðarsdóttir, *gudrunmv@landspitali.is*

Greinin barst til blaðsins 8. júní 2023,
samþykkt til birtingar 16. ágúst 2023.

Höfundar fengu leyfi sjúklingsins fyrir þessari umfjöllun og birtingu.

ÁGRIP

Getnaðarvarnarlykkjan er örugg og algeng getnaðarvörn. Legrof og flakk lykkjunnar er sjaldgæfur fylgikvilli uppsetningar en getur verið alvarlegur og valdið skaða á aðliggjandi líffærum. Við lýsum tilfelli hjá 43 ára gamalli konu með langvinna kviðverki sem greindist með getnaðarvarnarlykkju í ristilvegg en sú lykkja hafði verið sett upp í leghol hennar 22 árum fyrr.

INNGANGUR

Fylgikvillar tengdir uppsetningu getnaðarvarnarlykkjunnar eru sjaldgæfir en geta verið alvarlegir og einn þeirra er rof á legi. Tíðni legrofs er um 1,1-1,4 af hverjum 1000 uppsetningum.[1] Þegar legrof verður getur hluti lykkjunnar eða hún öll flust úr legholinu yfir í nærliggjandi svæði. Þar getur lykkjan færst til í grindarholi eða kviðarholi og jafnvel farið inn í aðlæg líffæri eins og ristil með alvarlegum afleiðingum. Slíkt getur gerst í kjölfar áverka á legi við uppsetningu eða síðar, jafnvel einhverjum árum síðar, fyrir tilstilli vöðvasamdrátta í legi.[2]

Hér er lýst tilfelli þar sem getnaðarvarnarlykkja fannst rúmum tveimur áratugum eftir uppsetningu utan legs með rofi inn í bugðuristil (*colon sigmoideum*).

TILFELLI

Um er að ræða 43 ára konu sem leitaði til heilsugæslunnar vegna nokkurra daga sögu um kviðverki. Hún hafði ekki meðfylgjandi ógleði, uppköst, breytingu á hægðavenjum eða þvaglátum. Hún var almennt hraust, tók engin lyf og hafði ekki farið í fyrri skurðaðgerðir á kvið. Við komu var hún meðtekin af verkjum, hitalaus og lífsmörk eðlileg. Kviður var mjúkur, garnahljóð minnkuð og þreifieymsli í hægri efri fjórðungi.

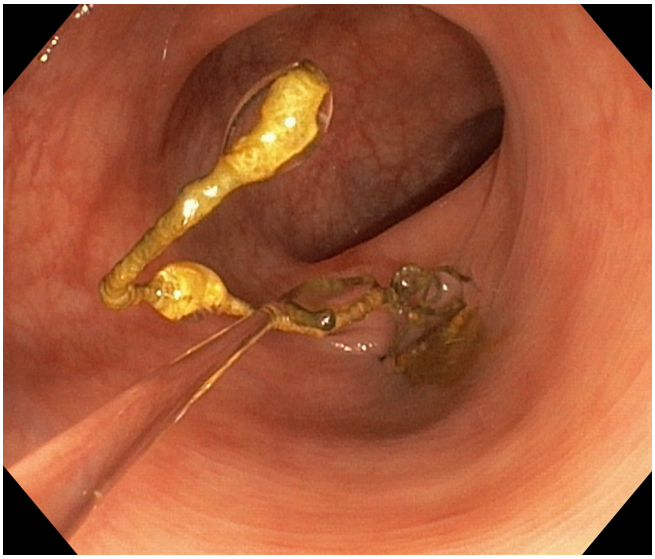
Konan var lögð inn til frekari uppvinnslu. Blóðhagur, lifrarprufur og CRP voru eðlileg. Yfirlitsmynd af kviðarholi sýndi talsvert af hægðum í ristli. Á röntgenmyndinni sáust einnig tvær getnaðarvarnarlykkjur í grindarholi (mynd 1). Við nánari sögutöku kom í ljós að 22 árum fyrr hafði hún fengið uppsetta koparlykkju sem síðar var talin hafa skilað sér út af sjálfu sér en ári eftir uppsetninguna hafði hún eignast barn. Konan minntist þess að mikill sársauki hafði fylgt uppsetningu koparlykkjunnar. Þá var hún einnig með hormónalykkju sem hafði verið til staðar í fimm ár.

Meðferðin var vökvagjöf og hægðalosandi lyf og var konan útskrifuð samdægurs við góða líðan. Tilvísun var send til kvensjúkdómalækna til að meta stöðuna á koparlykkjunni. Þeir töldu ólíklegt að hún væri að valda einkennum. Ákveðið var að bíða með nánari skoðun þar til kominn væri tími á að skipta um hormónalykkju eftir tvö ár.

Konan leitaði aftur á heilsugæsluna sex mánuðum síðar



Mynd 1. *Yfirlitsmynd af kviðarholi þar sem sjá má tvær getnaðarvarnarlykkjur.*

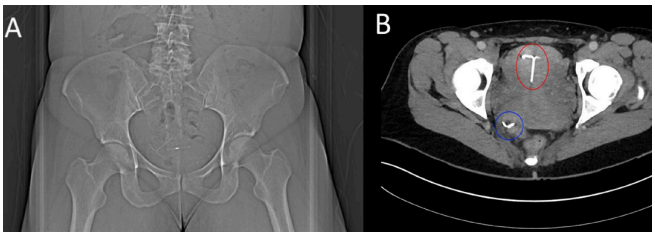


Mynd 2. *Veggfastir þræðir í ristilspeglun.*

vegna verkja um neðanverðan kvið. Blóðprufur sýndu meðal annars lækkað ferritín, 8 µg/l en hemóglóbín var eðlilegt, 136 g/l. Skoðun var gerð af kvensjúkdómalækni í framhaldinu. Kvenskoðun reyndist eðlileg, ómskoðun af innri kvenlíffærum sýndi hormónalykkju á réttum stað í legholi en ekki náðist að greina lykkju utan leghols. Vegna sögu um kviðverki og ferritínlækkun var gerð ristilspeglun tveimur mánuðum síðar. Þar voru fjarlægðir tveir separ. Mælt var með ristilspeglun eftir þrjú ár til eftirlits. Við komu til heimilislæknis mánuði eftir ristilspeglunina reyndist konan vera viðvarandi lág í ferritíni þrátt fyrir inntöku járns og því var ákveðið að framkvæma magaspeglun. Hún sýndi sármyndandi bólgu í maga sem talin var skýra ferritínlækkunina.

Við eftirlit þremur árum eftir fyrri ristilspeglunina sáust þræðir í vegg bugðuristils (mynd 2). Lítilsháttar ofvöxtur (*hyperplasia*) var í slímhúð umhverfis þræðina sem sátu fastir í ristilveggnum en ekki var hægt að sjá hvað héldi þeim föstum. Hér vöknuðu grunsemdir um að þetta væri hluti koparlykkjunnar sem áður hafði verið lýst utan leghols og sem hefði þá grafið sig inn í ristilvegginn. Tekin var tölvusneiðmynd af grindarholi til nánara mats sem sýndi sem fyrr tvær lykkjur, aðra vel staðsetta í legholi en hina aftan til í grindarholi hægra megin. Sú lykkja sat þétt upp við bugðuristil (mynd 3). Lykkjan virtist sitja að mestu utan ristils en talið var að hér væri skýringin á veggföstu þráðunum sem sáust í spegluninni. Ekki sáust vökvasöfn eða markverðar bólgubreytingar aðlægt lykkjunni. Í framhaldinu var send tilvísun á kviðarholsskurðlækna á Landspítala. Ákveðið var að stefna að aðgerð.

Fyrir aðgerðina leitaði konan tvisvar til læknis vegna kviðverkja sem ekki fannst önnur skýring á. Í undirbúningi fyrir aðgerð var gerð ristilspeglun til að blekmerkja staðsetningu lykkjunnar. Þegar kom að aðgerðinni voru liðin fimm ár frá því að staðsetning lykkjunnar utan leghols uppgötvaðist. Fyrirhugað var að framkvæma brottnám á bugðuristli. Aðgerð var í byrjun framkvæmd í kviðsjá en við hana sást hvar koparlykkjan sat föst við og í bugðuristli sem lá niður í grindarhol.



Mynd 3. *A) Yfirlitsmynd af grindarholi tekin fyrir tölvusneiðmynd, tvær getnaðarvarnarlykkjur sjást í grindarholi. B) Tölvusneiðmynd af grindarholi, ein getnaðarvarnarlykkja sést í legholi (rauður hringur) og önnur getnaðarvarnarlykkja sést utan leghols aftarlega í grindarholi (blár hringur).*

Bugðuristill var losaður upp, en við það kom lítið gat í endaþarmshengi (*mesorectal fascia).* Framkvæmd var endaþarmsspeglun (*rectoscopy*) og blásið inn lofti sem sýndi engan loftleka á endaþarmi. Lykkjan lá ofarlega í bugðuristli og við nánara mat var talið að ekki þyrfti að fjarlægja hann og ákveðið að gera í staðinn op á ristil (*colotomy).* Gerður var þverskurður ofan lífbeins (*Pfannenstiel*) þar sem bugðuristill var tekinn út. Lykkjan var fríuð að fullu og fjarlægð í heild sinni með áföstum þráðum. Saumað var yfir opið á bugðuristli og lögð netja (*omentum*) yfir aðgerðarsvæði.

Konan fékk sýklalyf í sólarhring eftir aðgerð og fylgdi flýtibataskema fyrir skurðaðgerð á ristli. Hún útskrifaðist heim þremur dögum eftir aðgerð við góða líðan. Í eftirfylgdarsímtali þremur vikum síðar lét hún vel af sér.

Ristilspeglun til eftirfylgdar vegna sepa var framkvæmd tveimur árum síðar. Hafði konan þá verið laus við kviðverki frá aðgerð. Engin merki voru um örvef þar sem lykkjan hafði setið föst og reyndist ristilspeglunin eðlileg.

UMRÆÐA

Legrof í kjölfar uppsetningar getnaðarvarnarlykkju er sjaldgæfur fylgikvilli en getur verið alvarlegur. Í stórum hluta tilfella þar sem lykkja hefur farið í gegnum legvegginn eru sjúklingar einkennalausir, eða allt að 85% tilfella.[3,4] Þá geta alvarlegir fylgikvillar eins og bráð garnastífla (*acute intestinal obstruction*), fistilmyndun, myndun graftarkýla (*abscess*) eða lífhimnubólga komið fram.[3]

Algengast er að legrof eigi sér stað við uppsetninguna á lykkju en það getur einnig átt sér stað síðar, jafnvel nokkrum árum eftir uppsetninguna.[2] Í okkar tilfelli er trúlegt að legrof hafi átt sér stað við uppsetningu lykkjunnar þar sem mikill sársauki fylgdi í kjölfar hennar.[5] Það sem styrkir þá tilgátu er það að konan varð þunguð nokkrum mánuðum síðar.

Í umræddu tilfelli var lykkjan fjarlægð 27 árum eftir uppsetningu en hún uppgötvaðist fimm árum fyrr. Það er óvenjulegt að lykkjur uppgötvist utan leghols svo mörgum árum eftir uppsetningu. Ef tekið er mið af nokkrum sambærilegum tilfellum sem hafa verið birt, hefur meðaltíminn verið um 54 ± 68 mánuðir (spönn 0,5-216 mánuðir).[3,4,6-10]

Algengustu líffærin sem koma við sögu þegar getnaðarvarnarlykkjur fara í gegnum legvegginn eru netjan og líffæri meltingarvegar.[6,11] Í meltingarveginum er bugðuristill algengastur, eins og í okkar tilfelli en einnig hefur verið lýst tilfellum sem tengjast smágirni, endaþarmi, botnristli (*caecum*) og botnlanga.

Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (World Health Organization, WHO) mælir með því að lykkjur sem hafa farið í gegnum legvegginn séu fjarlægðar vegna þess að af þeim getur stafað hætta og þær geta skaðað aðliggjandi líffæri.[12] Mælt er með aðgerðum sem hafa í för með sér sem minnstan áverka fyrir sjúklinginn. Kviðsjárspeglun er sú aðgerð sem mælt hefur verið með sem fyrsta meðferðarvali og þar hefur verið lýst góðum árangri.[13] Í okkar tilfelli var framkvæmd kviðsjárspeglun en í stað þess að framkvæma hlutabrottnám á ristli eins og upphaflega var lagt upp með var ákveðið að fjarlægja lykkjuna með opnun á ristilvegg. Eins og fram hefur komið gekk aðgerðin og gangur eftir aðgerð fylgikvillalaust fyrir sig. Mikil bólga og/eða samvextir geta þó komið í veg fyrir að hægt sé að fjarlægja lykkju í gegnum kviðsjá og hefur í þeim tilvikum verið framkvæmd opin aðgerð. Einnig getur opin aðgerð verið fyrsta val ef alvarlegir fylgikvillar eru til staðar.[3]

Í þeim tilfellum þar sem lykkja hefur færst að fullu inn í hol (*lumen*) ristilsins getur verið mögulegt að fjarlægja hana í ristilspeglun.[8,9] Ef hún er ekki hreyfanleg er hætta á að hún sitji föst í veggnum og ef reynt er að losa hana er hætta á að gat komi á ristilvegginn sem gæti kallað á skurðaðgerð. Tilfellum hefur verið lýst þar sem lykkja hefur flust aðlægt eða inn í botnlanga og valdið botnlangabólgu eða rofi á botnlanga. Í slíkum tilfellum er ráðlagt að fjarlægja botnlangann.[10]

Þetta tilfelli minnir á mikilvægi þess að taka ítarlega sjúkrasögu hjá sjúklingum þar sem atriði á borð við týnda lykkju 22 árum fyrr getur skipt höfuðmáli í uppvinnslu og greiningu á einkennum sjúklings. Það er mikilvægt að læknar séu meðvitaðir um möguleikann á tilfærslu lykkju úr legholi hjá sjúklingum og möguleikanum á alvarlegum fylgikvillum ef lykkja utan leghols er ekki fjarlægð.

Heimildir

1. Heinemann K, Reed S, Moehner S, et al. Risk of uterine perforation with levonorgestrel-releasing and copper intrauterine devices in the European Active Surveillance Study on Intrauterine Devices. Contraception 2015; 91: 274-9.
2. Goldstuck N, Wildemeersch D. Role of uterine forces in intrauterine device embedment, perforation, and expulsion. IJWH. Published online August 2014: 735.
3. Toumi O, Ammar H, Ghdira A, et al. Pelvic abscess complicating sigmoid colon perforation by migrating intrauterine device: A case report and review of the literature. Int J Surg Case Rep 2018; 42: 60-3.
4. Almarhabi Y. Asymptomatic cecal perforation and ileocecal fistula after intrauterine device migration: a case report. J Surg Case Rep 2020; 4: rjaa015.
5. Stuckey A, Dutreil P, Aspuru E, et al. Symptomatic Cecal Perforation by an Intrauterine Device With Appendectomy Removal. Obstetr Gynecol 2005; 105: 1239-41.
6. Lu S, Yao X, Shi J, et al. Is It a "Colon Perforation"? A Case Report and Review of the Literature. Front Med 2022; 9: 817029.
7. Arslan A, Kanat-Pektas M, Yesilyurt H, et al. Colon penetration by a copper intrauterine device: a case report with literature review. Arch Gynecol Obstet 2009; 279: 395-7.
8. Huh JM, Kim KS, Cho YS, et al. Colonoscopic Removal of an Intrauterine Device That Had Perforated the Rectosigmoid Colon. Ann Coloproctol 2018; 34: 106-8.
9. Weerasekera A, Wijesinghe P, Nugaduwa N. Sigmoid colocolic fistula caused by intrauterine device migration: a case report. J Med Case Reports 2014; 8: 81.
10. Tabatabaei F, Masoumzadeh M. Dislocated intrauterine devices: clinical presentations, diagnosis and management. Eur J Contracept Reproduct Health Care 2021; 26: 160-6.
11. Sun X, Xue M, Deng X, et al. Clinical characteristic and intraoperative findings of uterine perforation patients in using of intrauterine devices (IUDs). Gynecol Surg 2018; 15: 3.
12. WHO Scientific Group on the Mechanism of Action Safety and Efficacy of Intrauterine Devices & World Health Organization. Mechanism of Action, Safety and Efficacy of Intrauterine Devices: Report of a WHO Scientific Group [meeting held in Geneva from 1 to 4 December 1986]. World Health Organization 1987. apps.who.int/iris/handle/10665/38182 - júní 2023.
13. Adıyeke MA, Sancı MS, Karaca İ, et al. Surgical management of intrauterine devices migrated towards intra-abdominal structures: 20-year experience of a tertiary center. Clin Exp Obstet Gynecol 2015; 42: 358-60.

ENGLISH SUMMARY

doi 10.17992/lbl.2023.10.763

Migration of an intrauterine contraceptive device outside of the uterine cavity – a case report

Guðrún Margrét Viðarsdóttir[1]
Ásgeir Böðvarsson[2]
† **Helgi Kjartan Sigurðsson**[1] **(1967–2023)**
Páll Helgi Möller[1,3]

[1]Department of General Surgery, Landspitali National University Hospital,
[2]Department of Medicine, The Healthcare Institution of North Iceland,
[3]Faculty of Medicine, University of Iceland.

Correspondence: Guðrún Margrét Viðarsdóttir, *gudrunmv@landspitali.is*

Key words: *intrauterine device, migration, laparoscopy, perforation, sigmoid colon.*

Intrauterine devices (IUDs) are a safe and common form of contraception. Uterine rupture and migration of the IUD is a rare complication of insertion but can be serious and cause damage to adjacent organs. We present a case report of a 43 year old woman with chronic abdominal pain who was diagnosed with an IUD in the wall of the sigmoid colon. That IUD had been inserted in the uterine cavity 22 years earlier.

Félag íslenskra heimilislækna

Vísinda- og þróunarstyrkir
Haustúthlutun 2023

Vísindasjóður Félags íslenskra heimilislækna (FÍH) úthlutar styrkjum til vísinda- og þróunarverkefna á sviði heilsugæslu tvisvar á ári. Lögð er áhersla á að styrkja rannsóknir í heimilislækningum, um heimilislækningar og á forsendum heimilislækninganna sjálfra. Sjóðurinn veitir einnig sérstaka starfsstyrki til slíkrar vinnu.

Umsóknir um vorúthlutun fyrir styrkárið 2023 þurfa að berast sjóðnum **fyrir 20. október** næstkomandi. Umsóknir sem berast eftir þann tíma verða ekki teknar til greina.

Umsóknum ber að skila rafrænt til Margrétar Aðalsteinsdóttur (**margret@lis.is**), hjá Læknafélagi Íslands, Hlíðasmára 8, 201 Kópavogi, ásamt rannsókn- ar- og fjárhagsáætlunum eða framgangsskýrslu ef um endurumsókn sama verkefnis er að ræða.

Umsóknareyðublað er að finna á innra neti heimasíðu Læknafélagsins, **www.lis.is**, á heimasvæði FÍH.

Starfsstyrkir geta verið allt frá 1 til 12 mánaða í senn. Upphæð starfsstyrks miðast við fasta upphæð sem svarar til dagvinnulauna styrkþega og er þá tekið mið af menntun og starfsaldri, þó aldrei hærri en sem svarar dagvinnulaunum yfirlæknis í heilsugæslu. Sé styrkþegi starfandi á heilbrigðisstofnun innan heilsugæslunnar leggur stjórn Vísindasjóðsins til að styrkurinn verði greiddur beint til þeirrar stofnunar. Á móti komi að forsvarsmenn stofnunarinnar sjái til þess að styrkþegi haldi áfram starfi sínu, óbreyttum launum og réttindum, en fái jafnframt tíma til að sinna rannsóknarstörfum á dagtíma. Sjóðurinn veitir að jafnaði starfsstyrki til verkefna sem krefjast minnst tveggja mánaða vinnu eða meir.

Við mat á umsóknum er lögð áhersla á að rannsóknar- verkefnið sé á forsendum heilsugæslunnar. Sé um vísindaverkefni að ræða er einnig lögð áhersla á tengsl rannsakenda við heimilislæknisfræði Háskóla Íslands eða aðra akademíska háskólastofnun í heimilislækn- ingum.

Nánari upplýsingar veitir
Emil L. Sigurðsson (emilsig@hi.is)

Stjórn Vísindasjóðs FÍH

Sólveig formaður Félags almennra lækna

„Við erum stærsti hópur starfandi lækna á Íslandi. Það er breyting tilkomin vegna eflingar sérnámsins. Fólk hefur tækifæri til að vinna hér lengur," segir Sólveig Bjarnadóttir, nýr formaður FAL

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir



Sólveig Bjarnadóttir, formaður Félags almennra lækna, segir sérnámið hafa fjölgað félagsmönnum. Sérnám hér á landi hafi jákvæð áhrif á vinnuumhverfið. Mynd/gag

„Við finnum að fólk vill leggja áherslu á fjölskylduvænni vinnu. Það verðmetur frítímann sinn hærra en áður. Yngri læknar eru ekki spenntir fyrir löngum vöktum og við viljum gera vinnutímann eðlilegri og fjölskylduvænni. Það er sama krafa og við sjáum í samfélaginu," segir Sólveig Bjarnadóttir sem í maí tók við formennsku í Félagi almennra lækna, FAL, af Þórdísi Þorkelsdóttur. Þórdís situr enn í stjórn félagsins.

Sólveig segir sérnámið ásamt kjaramálum stærstu áherslumál félagsins en kjaraviðræður hefjist aftur eftir áramót. „Mér finnst vera hugur í fólki hvað kjaramálin varðar."

Sólveig hefur setið í stjórn LÍ frá 2022. Hún segir það hafa verið hvatningu til að sækjast eftir formennskunni, enda stjórnin kröftug og öflug. „Hópurinn er samstíga og þar er góður andi. Við hlustum vel á sjónarmið hvers annars." Hún segir sérnámsmál hafa ráðið ferðinni í starfsemi félags almennra lækna að undanförnu enda hafi þeim sem sérmennta sig hér á landi fjölgað hratt.

„Undanfarin ár hefur mikilli vinnu verið varið í að byggja upp öflugt sérnám á Íslandi. Það hefur skilað sér í því að fólk kýs að vinna hér lengur og í sumum greinum er hægt að klára fullt sérnám á Íslandi. Það er meira af reyndum sérnámslæknum sem hefur jákvæð áhrif á vinnuumhverfið og er í raun auka þrep í læknamönnun á heilbrigðisstofnunum," segir hún.

„Síðustu ár hefur verið unnið að reglugerð um sérnámsgrunn, sérnám og veitingu sérfræðileyfis til lækna. Þetta er gríðarlega mikilvægt og við fögnum því að fá nýjan og bættan lagaramma," segir hún. Þessi þróun hafi nú leitt af sér að FAL sé orðið stærsta aðildarfélagið innan LÍ.

Sólveig segir stjórn FAL hafa áhyggjur af óhóflegu álagi í heilbrigðiskerfinu. Almennir læknar vilji geta viðhaldið gæðum þjónustunnar. „Við keppum að því að veita góða heilbrigðisþjónustu og á þeim faglegu forsendum sem við viljum þannig að við og sjúklingarnir séum sátt við hana," segir hún.

„Það eru hins vegar brotalamir í kerfinu og við höfum horft á fólk fara í kulnun og höfum áhyggjur af því, ekki aðeins hjá almennum læknum heldur allri læknastéttinni." Hún bindur vonir við að hægt sé að taka á vandamálinu.

„Til þess þurfa bæði stjórnendur heilbrigðisstofnana og stjórnvöld að koma að málinu. Þetta snýr að framtíðarmönnun heilbrigðiskerfisins og er á þeim skala að það þarf inngrip úr stjórnkerfinu til að leysa það."

Breytingar í ritstjórn *Læknablaðsins*

Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir hjartalæknir hefur ákveðið að víkja úr ritstjórn *Læknablaðsins* eftir 5 ára setu. Fyrir hönd *Læknablaðsins* eru henni þökkuð vel unnin störf og fær hún bestu óskir um góðan framgang í framtíðarstörfum sínum. Sæmundur Rögnvaldsson sérnámslæknir í lyflækningum á Landspítala kemur nú inn í ritstjórn. Samhliða læknanámi við Háskóla Íslands hóf Sæmundur doktorsnám og hefur skilað afar ríku vísindastarfi og tók þátt í að byggja upp hið merka vísindaverkefni leitt af Sigurði Yngva Kristinssyni: *Blóðskimun til bjargar*. Innan þess verkefnis var efni doktorsritgerðar Sæmundar sem hann varði árið 2022 og ber heitið: *Monoclonal gammopathy of what significance?: Overcoming the methodological limitations of studying an asymptomatic precursor disorder*. Sæmundur hefur einnig reynslu af kennslu í læknadeild fyrir og eftir útskrift, meðal annars faraldursfræði, líffræðilegri tölfræði og frumulíffræði. Í dag ber hann ábyrgð á BS-kúrs læknanema. Hann hefur verið meðleiðbeinandi í vísindaverkefnum nokkurra læknanema og birt fjölda ágripa á erlendum vísindaráðstefnum og vísindagreinar í virtum erlendum vísindaritum auk þess að hafa hlotið verðlaun bæði erlendis og hérlendis. Auk alls þessa hefur Sæmundur verið afar virkur í félagsstörfum og slegið í gegn á fjölda árshátíða Læknafélags Íslands enda mikill tónlistarmaður og húmoristi.



Sæmundur Rögnvaldsson.

Doctor Victor semur stef fyrir hlaðvarp *Læknablaðsins*



Victor Guðmundsson læknir, Doctor Victor, kom fram með hlustunarpípuna um hálsinn á Þjóðhátíð nú í ágúst og er hér á stóra sviðinu fyrir framan tugþúsundir gesta.

„Við læknar heyrum einkennandi hljóð, eins og í mónitor, hjartslátt, dagsdaglega í vinnunni. Mig langaði að koma því inn í lagið: þessu læknaelementi," segir Victor Guðmundsson læknir og tónlistarmaður þekktur sem Doctor Victor þegar hann lýsir stefinu sem hann samdi fyrir Læknavarpið, hlaðvarp *Læknablaðsins*. Fyrstu þættirnir eru komnir á Spotify.

Victor samdi með fleirum lag Vetrarólympíuleikanna í Kína 2022, gerði Galið gott með Páli Óskari sem sló í gegn í sumar, spilaði á stóra sviðinu á Þjóðhátíð og nú þetta einkennandi stef Læknavarpsins fyrir *Læknablaðið*.

Victor segir að hann hafi haft allskonar hugmyndir fyrir stefið. „Þá hef ég pínóbakgrunn og varð að hafa það með. Nú svo er ég kominn í elektróníska tónlist. Ég vildi koma þessu öllu saman en á sama tíma gera stef sem er spennandi og grípandi – segir að áhugavert viðtal sé að fara í gang. Láta það fanga stemninguna."

Læknavarpinu, hlaðvarpi *Læknablaðsins*, hefur nú verið breytt. Áður var það unnið úr hljóðbútum úr blaðaviðtölunum sem tekin voru á síma en nú hefur ferlinu verið snúið við. Hlaðvörpin eru tekin upp í hljóðveri og textar fyrir blaðið unnir úr hágæða upptökum. Nýja stefið gerir svo blaðinu kleift að stíga öruggum skrefum inn á þennan ört vaxandi hlaðvarpsmarkað.

Lesendur *Læknablaðsins* geta sótt hlaðvörpin sem fyrr á vef blaðsins, Soundcloud og nú einnig Spotify og iTunes. Læknavarpið hefur nú einnig fengið bakhjarl í samheita- og líftæknilyfjafyrirtækinu Teva.

Geta tekið 11.000 manns á nýja Heilsugæslu Höfða á Suðurnesjum

Alls höfðu 1100 skráð sig á nýja starfsstöð heilsugæslunnar Höfða á Suðurnesjum fimm dögum frá opnun. Þórarinn Ingólfsson, yfirlæknir heilsugæslunnar Höfða Suðurnesjum, segir stöðina búna til að taka við allt að 11 þúsund skjólstæðingum



Bergljót Kvaran fagstjóri hjúkrunar, Þórarinn Ingólfsson yfirlæknir og Gunnar Örn Jóhannsson, framkvæmdastjóri Heilsugæslunnar Höfða á Suðurnesjum fyrir utan nýju heilsugæsluna í Keflavík. Mynd/VFpket

Fjórtán læknastofur bíða fólksins í 1150 fermetra húsnæði við Aðaltorg, næst við Courtyard by Marriott-hótelið í Keflavík. Fyrst um sinn eru fjórar í notkun enda læknarnir nú fjórir: Þórarinn sjálfur, Elín Óla Klemenzdóttir, Oddur Þórir Þórarinsson og Vilhjálmur Pálmason hafa hafið þar störf. Einnig fjórir hjúkrunarfræðingar, ljósmóðir og starfsfólk.

„Við leitum lækna og reiknum með því að þurfa að bæta við okkur strax upp úr áramótum," segir hann. „Það er erfitt að fá lækna enda alþjóðlegur læknaskortur. Það skiptir því máli að bjóða upp á starfsumhverfi og kjör sem fólki hugnast."

Þórarinn segir um 6000 Suðurnesjamenn af 31.000 sækja heilsugæsluþjónustu á höfuðborgarsvæðinu, þar af 1-2000 á Heilsugæslunni Höfða. „Við finnum að það fólk sækir hingað. Það þekkir okkur og við mætum mikilli jákvæðni. Margt þeirra hefur beðið eftir okkur."

Þórarinn segir að forsvarsmenn Höfða hafi stokkið til þegar auglýst var eftir rekstraraðila heilsugæslu á Suðurnesjum. „Við erum þeirrar skoðunar að heilsugæsla eigi að vera eins og í nágrannalöndunum, einkarekin með þjónustusamninga. Við töldum að við hefðum borð fyrir báru að spreyta okkur á þessu verkefni."

Alvogen

TÚFEN | TIL MEÐFERÐAR VIÐ DJÚPUM SLÍMHÓSTA

- INNIHELDUR GUAIFENESÍN
- MÁ NOTA FRÁ 6 ÁRA ALDRI
- SAFT
- SLÍMLOSANDI

Túfen 13,33 mg/ml, mixtúra, 180 ml. Virkt efni: Guaifenesín. Ábending: Túfen er ætlað til notkunar við einkennum sýkinga í efri hluta öndunarfæra og hjálpar til við að létta á djúpum hósta með því að losa slím sem auðveldar að hósta því upp og opna þannig öndunarveginn.

Lesið vandlega upplýsingar á umbúðum og fylgiseðli fyrir notkun lyfsins. Leitið til læknis eða lyfjafræðings sé þörf á frekari upplýsingum um áhættu og aukaverkanir. Sjá nánari upplýsingar um lyfið á www.serlyfjaskra.is. TUF.L.A.2023.0001.02

FÆST ÁN LYFSEÐILS Í NÆSTA APÓTEKI | LESIÐ FYLGISEÐILINN FYRIR NOTKUN

alvogen.is



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

Steinunn Þórðardóttir
öldrunarlæknir og
formaður Læknafélagsins



Framtíð læknisþjónustu á Íslandi

Eitt af skilyrðum samninganefndar Læknafélags Íslands (LÍ) fyrir undirritun kjarasamnings milli LÍ og ríkisins fyrr á árinu var að settur yrði á fót starfshópur innan vébanda heilbrigðisráðuneytisins með það hlutverk að meta hversu marga lækna þurfi til að sinna þeirri læknisþjónustu sem opinbera heilbrigðiskerfinu er ætlað að veita, að teknu tilliti til eðlilegs vinnuálags og lögbundinnar vinnuverndar. Ráðuneytið mun leiða hópinn, en auk þess skipa hann fulltrúar LÍ og Embættis landlæknis. Gert er ráð fyrir að hópurinn skili mati á núverandi mönnunarstöðu um næstu áramót svo unnt verði að horfa til þeirrar greiningar sem vinnan skilar í næstu kjaraviðræðum. Vinnunni mun þó ekki ljúka þar heldur verður unnið að áframhaldandi mati á stöðunni og nauðsynlegum aðgerðum til framtíðar. Þetta er eftir því sem best er vitað í fyrsta sinn sem heilbrigðisráðuneytið hefur ráðist í verkefni af þessu tagi. Á Willum Þór Þórsson heilbrigðisráðherra hrós skilið fyrir að veita því brautargengi. Ólafur Baldursson læknir hefur verið fenginn til starfa hjá ráðuneytinu gagngert til að leiða þetta mikilvæga verkefni og var rætt við hann um málið í síðasta tölublaði *Læknablaðsins*.

Það er engum blöðum um það að fletta að álag á íslenskt heilbrigðiskerfi er mikið og fer hratt vaxandi, meðal annars vegna skorts á læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki, auk hraðrar fjölgunar íbúa, öldrunar þjóðarinnar og mikils ferðamannafjölda sem þenur innviði til hins ítrasta.

Þessi hraði vöxtur veldur því að eitt helsta bjargráð íslensks samfélags hingað til, „þetta reddast“-hugmyndafræðin, sem byggir á meðvirkni einstaklinga með kerfinu, dugir ekki lengur til. Ekki verður lengur við það búið að gögn um mönnun og álag á lækna séu ekki til staðar eða ófullnægjandi og að aðgerðir til að mæta álaginu séu fáar og ómarkvissar. Eins þarf að bæta úr þeim misbresti að árangur slíkra aðgerða sé ekki metinn hlutlægt og aðgerðirnar endurskoðaðar út frá því.

Sumar lausnir, eins og skilaboðakerfið í Heilsuveru, sem ætlað var að draga úr komum og símtölum á heilsugæslu, hafa beinlínis aukið álagið á lækna og reynst hrein viðbót við þá þjónustu sem fyrir er. Þessi staðreynd blasir við en lausnin hefur þó ekki verið endurskoðuð.

Eins eru mörg dæmi um augljósa sóun á starfskröftum lækna sem ekki er brugðist nægilega hratt við. Hérlendis er mikill fjöldi lyfja á undanþágu þar sem litlir hvatar eru fyrir markaðsleyfishafa að markaðssetja ýmis algeng, ódýr og gamalreynd lyf á jafn litlum markaði og Ísland er. Í grein í síðasta tölublaði *Læknablaðsins* kom fram að árið 2021 voru samþykktar 49.161 undanþágulyfjaumsóknir frá læknum hérlendis á meðan undanþágulyfjaumsóknir í Svíþjóð voru 38.458. Þar sem íbúar Svíþjóðar eru 28 sinnum fleiri en íbúar á Íslandi hefðu sænskir læknar þurft að senda inn rúmlega milljón undanþágulyfjaumsóknir til að vera á sama stað og íslenskir kollegar þeirra. Ég efast um að þeir hefðu tekið því þegjandi. Mikill fjöldi vinnustunda lækna, sem betur væri varið í aðra þjónustu við sjúklinga, fer í að fylla út undanþáguumsóknir vegna algengra lyfja. Þá leggja lyfjalög sérstaka og aukna ábyrgð á lækna gagnvart sjúklingi, meðal annars tekur læknirinn á sig sérstaka ábyrgð gagnvart sjúklingi um upplýsingagjöf um notkun lyfsins, til dæmis milliverkanir og aukaverkanir. Það hlýtur að vera algjört forgangsmál að draga úr þeirri miklu sóun á tíma og kröftum lækna sem hlýst af þessari stöðu mála á lyfjamarkaði hérlendis.

Í september var alþjóðlegur dagur öryggis sjúklinga. Öryggi sjúklinga og góður árangur heilbrigðiskerfisins í að fyrirbyggja og meðhöndla sjúkdóma, lækna og líkna, hlýtur að vera eini rétti mælikvarðinn á gott heilbrigðiskerfi. Að nýta krafta lækna rétt og markvisst og leyfa fagþekkingu þeirra og leiðtogahæfileikum að njóta sín er lykilatriði í því að mæta áskorunum framtíðarinnar og tryggja árangur og öryggi heilbrigðiskerfisins. Hluti af þessu er að tryggja fullnægjandi mönnun, gott starfsumhverfi og eðlilega hvíld og endurheimt. Til að svo megi verða þarf að kortleggja stöðuna á þessum þáttum um land allt, forgangsraða lykilþjónustu lækna, draga úr sóun og bregðast hratt og örugglega við þar sem skórinn kreppir.

Ýmis héruð landsins eru í hættu á að verða læknislaus innan fárra ára ef ekki verður gripið strax í taumana, auk þess sem ýmsar sérgreinar eru í útrýmingarhættu. Starfshópurinn kemur ekki degi of snemma og bindur LÍ miklar vonir við að sú vinna og þær tillögur að aðgerðum sem frá henni koma verði settar í algjöran forgang hjá stjórnvöldum með það að markmiði að bæta hag sjúklinga og stöðu heilbrigðiskerfisins.

Stjórn Læknafélags Íslands

Steinunn Þórðardóttir formaður

Félag almennra lækna
Sólveig Bjarnadóttir, Teitur Ari Theódórsson

Félag íslenskra heimilislækna
Margrét Ólafía Tómasdóttir, Oddur Steinarsson

Félag sjúkrahúslækna
Theódór Skúli Sigurðsson, Magdalena Ásgeirsdóttir

Læknafélag Reykjavíkur
Ragnar Freyr Ingvarsson, Katrín Ragna Kemp

Hafije barðist fyrir því að verða læknir

„Ég elska starfið mitt og lifi fyrir það," segir Hafije Zogaj, heimilislæknir sem barðist fyrir því að fá læknisfræðinámið sitt frá Pristína í Kósóvó metið hér á landi. Sex árum eftir útskrift þar tókst henni að fá leyfi til að starfa sem læknir hér á landi. Síðan hefur hún lokið hér sérnámi í heimilislækningum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Mér finnst að í stað þess að leggja allskonar gildrur og setja upp hindranir fyrir menntað fólk sem vill búa hér á landi ætti að búa til plan með tilheyrandi stuðningi. Þannig má leiða fólk með menntun sem fyrst inn í kerfið," segir Hafije Zogaj, heimilislæknir á Heilsugæslunni í Garðabæ. Hún lýsir því hvernig hún hafi tekið drjúgan hluta af læknisfræðinni aftur hér á landi með tilheyrandi hindrunum.

„Hindranir í kerfinu seinkuðu mörgu hjá mér," segir Hafije sem flutti til Íslands 1992 „mállaus," eins og hún segir. „Ég fór í háskólann í íslensku og hélt það myndi duga. Ég vildi kynnast samfélaginu betur, bæði tungumálinu og menningunni, kynntist samnemendum og lærði íslensku frá grunni," segir hún og kláraði BA-próf.

„Austur-evrópsk læknisfræði gilti hins vegar ekki á Íslandi," lýsir hún og hvernig dags daglega stritið hafi náð henni og fyrrum manni hennar með börnin sín tvö, en það yngra fæddist hér á landi. „Ég þurfti að lifa af, fá laun og sjá fyrir börnunum. Vonin var grafin." Hún hafi þó reynt að fá réttindi sín metin hjá landlæknisembættinu en fengið að heyra að þar sem hún hefði vinnu, væri aðstoðarsjúkraþjálfari á Landspítala, mætti hún teljast heppin. Hún hafði þá þvælst milli starfa innan heilbrigðiskerfisins.

„Ég var hins vegar svo heppin að vinna með Ingibjörgu Ólafsdóttur hjúkrunarfræðingi á Grund, systur Ólafs Ólafssonar landlæknis á þeim tíma. Hann er bjargvættur minn í þessu lífi." Ingibjörg hafi hjálpað henni að fá annan fund hjá embættinu.

„Ég talaði að vísu við aðstoðarmann hans. Hann horfir á mig og ég bið um eitthvað annað starf í heilbrigðisgeiranum. Af hverju ekki læknir? spyr hann. Ég svara: Ég get það ekki. Læknadeildin er búin að hafna mér. Þannig lauk samtalinu," segir Hafije og lýsir því hvernig hún fékk stuðning.

„Tveimur vikum seinna fæ ég símtal á Grund þar sem ég var starfandi hjúkrunarfræðingur: Viltu byrja sem aðstoðarlæknir á Akureyri?" Hún hafi gripið tækifærið.

„Þetta var lítið sjúkrahús og þau tóku mig í fangið og leiddu mig áfram. Ég fékk allar leiðbeiningar og stuðning sem ég þurfti," lýsir hún og hvernig þess var krafist að hún tæki fjögur stærstu prófin í læknadeildinni. „Þá bað ég um að fá að vera í fyrirlestrum síðasta ársins," segir hún. „Þar fékk ég gjöf. Ég kynntist þessum árgangi."

Á þeim tíma hafi þó verið reynt að herða kröfurnar og henni sagt að hún þyrfti 12 próf til viðbótar. „Ég neitaði, fékk lögfræðinga Landspítalans með mér og það tók tvö ár að fá því hnekkt. Læknadeildin fékk að endingu skipun frá heilbrigðisráðuneytinu um að viðurkenna prófið sem ég hafði og þar með fékk ég leyfið."

Sterk bein. Hafije blæs frá sér og hlær. „Ég var heppin að vera að vinna undir stjórn sérfræðinganna á meðan ég var í náminu hér. Ég fékk klapp á bakið og þau studdu mig." Hafije útskrifaðist því á Íslandi og hlaut læknaleyfi, 12 árum eftir að hún lauk læknisfræðináminu í Pristína í Kósóvó árið 1990.

Einbeitti sér að framtíðinni

Hafije flutti frá Kósóvó, eins og áður sagði, árið 1992 enda tímarnir erfiðir. „Skólar voru óstarfhæfir, fólki var haldið frá vinnu og fé kom frá brottfluttum til að halda samfélaginu gangandi." Júgóslavía að liðast í sundur, sem leiddi svo til borgarastríðs. Hún sá ekki fyrir sér framtíð í heimalandinu.

„Ég átti eftir að sérmennta mig og vildi komast hvert sem er: Ísland." Landið hafi orðið fyrir valinu því hér



Hafije Zogaj, heimilislæknir á Heilsugæslunni í Garðabæ, kom frá Kósóvó árið 1992, þá útskrifuð úr læknisfræði. Hún lærði íslensku, barðist fyrir réttindum sínum og hefur starfað sem læknir hér á landi frá árinu 1998. Mynd/gag

var auðvelt að setjast að. „Kollegar sem flúðu til Svíþjóðar og Þýskalands dvöldu í flóttamannabúðum eins og við sjáum núna 30 árum seinna að eru að koma á Íslandi," segir hún.

Smám saman hafi fleiri og fleiri úr stórfjölskyldunni sest hér að. „Bróðir minn flutti fyrst og nú búa hér fjórir bræður mínir með alla afkomendur sína," segir hún. „Við erum hér og höfum aðlagast mjög vel." Hún lýsir menningarsjokki að koma hingað fyrst, bæði kalt og Reykjavík lítil. Engin háhýsi og allt lokað um jólin. „Ég gat ekki keypt mjólk í 5 daga," segir hún og hlær.

„En hugsunin var aldrei að setjast að hér. Ég ætlaði að vinna og flytja til baka þegar ástandið lagaðist heima en það fór bara versnandi," segir Hafije, sem hafði verið hér í tvö ár þegar hún ákvað að taka málin í sínar hendur og gera eitthvað til að bæta stöðu sína.

„Þá fór boltinn að rúlla," segir hún og lýsir því hvernig hún hafi fengið meira eftir því sem hún ákvað að gefa meira af sér en fara ekki aðeins í vinnuna og heim aftur án afskipta nokkurs manns.

„Því meira sem ég gaf af mér, því meira fékk ég til baka. Ég opnaði mig og fór að tala við fólk og var fljótlega komin inn í samfélagið. Ég tók ákvörðun um að ég ætlaði að fúnkera hér og vera 100% borgari á meðan ég væri hér." Hún skildi við eiginmanninn og tók upp íslenska siði, til að mynda hélt hún jól. „Ég kom úr kommúnisma þar sem aldrei voru haldin jól." Hvert skref hafi hjálpað.

Stórfjölskyldan á Íslandi

„Ég tók þá ákvörðun að einbeita mér að börnunum mínum og framtíðinni. Þetta var fjárfesting, því á árunum 2000-2002, á meðan ég tók öll prófin, lifði ég á bankalánum," lýsir hún. Þetta hafi verið grundvallarspurning. Sætta sig við þá vinnu sem hún hafði eða elta draumana og verða læknir eins og hún kaus sér í Kósóvó. En hvernig eru tengslin við Kósóvó í dag?

„Ég fer árlega í frí. Ég er með litla íbúð þar. Dóttir mín, Edona Katrín Hoda 36 ára, og sonur, Gent Hoda 31 árs, hafa undanfarið komið með. Líka þriggja ára barnabarnið, Andrea Hjaltadóttir. Ég held samskiptum við skólafélaga mína,

Hafije flutti frá Kósóvó árið 1992 enda tímarnir erfiðir. „Skólar voru óstarfhæfir, fólki var haldið frá vinnu og fé kom frá brottfluttum til að halda samfélaginu gangandi." Júgóslavía var að liðast í sundur sem leiddi svo til borgarastríðs. Hún sá ekki fyrir sér framtíð í heimalandinu.



Hafije lýsir því að hún hefði farið af landi brott hefði hún ekki fengið læknaleyfi hér á landi. Hún hafi hins vegar fengið stuðning og klárað öll tilskilin próf til að fá leyfið. Mynd/gag

þökk sé Facebook. Síðan höfum við hist og styrkt sambandið," segir hún. Börnin hennar tali albönsku þótt íslenska ráði för.

„Það er ekki mér að þakka heldur stórfjölskyldunni sem kom á eftir mér að þau lifa í tvenns konar menningu. Þau eru þó meiri Íslendingar," segir hún. Sjálf hafi hún hugsað að þau yrðu að læra íslensku svo þau yrðu ekki af tækifærum sem hér bjóðast.

„Ég hugsaði að þau ættu eftir að verða keppinautar kynslóðar sinnar á vinnumarkaði og í lífinu og að ef þau ælust upp hér yrðu þau að læra 100% íslensku. Ég tók þessa ákvörðun og sé mestan hluta ekki eftir því, því þau pluma sig vel." Hún hafi horft til fólks sem hafi fæðst hér og ekki lært íslensku, hafi jafnvel klárað grunnskólagöngu án þess að vera góð í íslensku.

Sýnileiki skipti öllu

Hafije segist vera sátt og ánægð. Hana vanti ekkert. Hún er heimilislæknir í Garðabæ og syngur af lífi og sál, hefur bæði gefið út eigin tónlist og er í Múltíkúlti kórnum. Hún lauk sérnámi hér og hefur unnið um allt land. Hún horfir á menningarmuninn milli Íslands og Kósóvó.

„Á Íslandi getur þú verið einmana innan um fólk nema þú grípir inn í. Það er öðruvísi í Balkanlöndum. Þar er talað við þig og þér sýndur áhugi. Þetta truflaði mig ekki. Ef ég þurfti hjálp leitaði ég eftir henni," segir hún.

En finnur Hafije fyrir hindrunum sem læknir með erlendan bakgrunn á Íslandi? „Blessunarlega hefur mér verið vel tekið af skjólstæðingum mínum, bæði á spítala og á heilsugæslunni. Mér hefur einnig verið vel tekið af kollegum sem ég hef starfað með," segir hún. „En þetta snýst um að vera með opinn huga og vera virk bæði í starfi og félagslega."

Hún horfir á fordóma og einelti sem samskonar fyrirbæri. „Það geta verið fordómar gagnvart einstaklingum með annan bakgrunn, en þeir hverfa fljótt þegar fólk kynnist," segir hún. „Mér finnst uppruninn ekki skipta máli. Ef þú ert tilbúin að gefa og þiggja er þér vel tekið. Núna horfi ég á mig sem eina af hópnum."

En sér hún fyrir sér hvar hún væri ef hún hefði ekki fengið læknaleyfi? „Ég hefði farið," segir Hafije. Það var lottóvinningur að fá réttindin viðurkennd. „Hefði það ekki orðið, hefði ég líklega flutt heim eftir stríðið. En ég fékk stuðning, klapp á bakið og var vel tekið," segir hún.

Atgervisflótti albanskra lækna

„Atgervisflótti er frá Albaníu. Það stefnir í neyðarástand því flóttinn kemur niður á þjónustunni. Evrópa grípur marga albanska lækna og menntað fólk. Nú starfa 2300 læknar frá Albaníu um alla Evrópu. Yfir 900 heilbrigðisstarfsmenn fóru frá Albaníu árið 2021. Læknanemar í Kósóvó og Albaníu læra þýsku samhliða námi. Þegar þau útskrifast eru þau altalandi á ensku og þýsku og stefnan er út," segir Hafije Zogaj, heimilislæknir.

Hafije hélt ráðstefnu þann 10. júní í Reykjavík fyrir Samtök albanska lækna í Evrópu en samtökin voru stofnuð í Þýskalandi og funda þrisvar á ári. Þau eru vettvangur til að styðja lækna sem koma einir og óstuddir til Evrópulanda.

„Við viljum líka leggja okkar af mörkum til að minnka atgervisflóttann," segir hún. „Tengja lækna og heilbrigðisstarfsfólk sem starfar erlendis, miðla þekkingu og skiptast á reynslusögum. Einnig halda tengslin við föðurlandið. Þá viljum við færa nýja þekkingu heim með reglulegum ráðstefnum í Tírana og Pristína og starfa þar tímabundið."

Hafije fór á þrjár ráðstefnur félagsins í fyrra; í London, Kaupmannahöfn og Stuttgart, sem leiddi til þessarar ráðstefnu hér þar sem 20 albanskir læknar komu. „Þema ráðstefnunnar var: Fylgikvillar Covid-19," segir hún. „Við fengum líka fjölmiðla frá Pristína og Tírana og sýnt var frá fundinum á sjónvarpsstöðvum þar."

Íslenskir læknar tóku einnig þátt í ráðstefnunni. „Það var mikill heiður að fá Sigríði Dóru Magnúsdóttur, frá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, til okkar, Margréti Ólafíu Tómasdóttur, Ásmund Jónasson og Ólöfu Sigurðardóttir. Glæsileg ráðstefna."

Auglýsing



Þrír krabbameinslæknar og margir hattar á Heilbrigðisstofnun Suðurlands

Þrír krabbameinslæknar eru á Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Allir með vensl við svæðið. Sigurður sleit barnsskónum á Búrfelli í Grímsnesi. Hlynur sínum á Selfossi. „Svo á Helgi konu úr Hveragerði," segir Hlynur Níels Grímsson þegar hann sest í hljóðver með þeim Sigurði Böðvarssyni og Helga Hafsteini Helgasyni. Þeir ræða vöxt stofnunarinnar, áskoranir og tækifæri í Læknavarpinu, hlaðvarpi *Læknablaðsins*

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég gerði mér grein fyrir því að þetta væri allt annað starf en það sem ég er að koma úr," segir Helgi Hafsteinn Helgason, yfirlæknir lyflækningadeildar Heilbrigðisstofnunar Suðurlands. Hann er nú kominn til starfa á Selfossi eftir um 23 ár í Hollandi. Þar starfaði hann sem sérfræðingur í lyf- og krabbameinslækningum við Haaglanden Medical Center í Haag, einu stærsta sjúkrahúsi landsins eftir samruna þriggja sjúkrahúsa á svæðinu.

Helgi Hafsteinn sat í ýmsum nefndum og ráðum á landsvísu í Hollandi, til að mynda fyrir innleiðingu nýrra krabbameinslyfja. Var formaður krabbameinsráðs sjúkrastofnunarinnar og sat í framkvæmdastjórn krabbameinskjarnans. Hann hjólaði um borgina í vinnuna. Nú keyrir hann yfir Hellisheiðina.

„En á móti kemur að landið trekkir, fjölskyldan og vinnutíminn er almennt styttri en við læknar erum vanir í Hollandi." Það vegi upp á móti. „Ég fæ nú tækifæri til að byggja upp og sjá breiðari hóp sjúklinga en ég var kominn með í Hollandi. Það eru margir kostir."

Helgi keyrir ekki alltaf einn, stundum er hann í samfloti með Sigurði Böðvarssyni, framkvæmdastjóra lækninga, og Hlyni Níelsi Grímssyni, yfirlækni líknarlækninga HSU. Þeir þrír voru gestir í Læknavarpinu, hlaðvarpi *Læknablaðsins*. Hægt er að hlusta á þá á vef blaðsins, Soundcloud, Spotify og iTunes.

Sigurður segir að töfralausnin við að næla í Helga hafi verið að bjóða honum í mötuneytið á HSU. „Það verður ekkert aftur snúið þegar menn hafa komið þangað. Það virkaði vel á Helga eins og aðra," segir Sigurður í léttum tóni í Læknavarpinu.

„Já, talandi um kúltúr," segir Helgi. „Ég held það sé teljandi á fingrum annarrar handar hversu oft ég fór í hádegismat í Haag. Hádegin voru notuð til fundahalda eða til að stýra hjúkrunarfræðingum eða sérnámslæknum, fyrir samráðsfundi, að fara á deild og vera með yfirumsjón þar," lýsir hann.

„Ég var meira á hlaupum, en starfið á HSU er enn sem komið er nokkuð rólegra. Það hentar mér vel því ég er ráðinn til að straumlínulaga lyflækningaþjónustuna, skipuleggja nám námslækna og styðja við frekari uppbyggingu stofnunarinnar."

Sjálfur starfaði Sigurður í átta ár í Bandaríkjunum en hefur nú varið nærri fimm árum starfsævinnar á Selfossi. „Ég er forsjóninni þakklátur fyrir að hafa farið á Selfoss." Miklar breytingar hafi orðið á heilbrigðisstofnuninni á þessum tíma. „Við erum þó enn svolítið sveitó," segir Sigurður kíminn. Til að mynda sé ekki enn hægt að veita ýmsa grundvallarþjónustu.

„Okkur vantar meðal annars næringarfræðing og lyfjafræðing." Starfsfólk sem þyki almennt sjálfsagt að hafa í starfsliði spítala. Framkvæmdastjórinn leitar einnig að læknum. „Okkur vantar heimilislækna. Svo bráðvantar okkur bráðalækna." Hann segir Selfoss á margan hátt glíma við sama vanda og Landspítali en þó minni í sniðum.

Þakklátur á Selfossi

„Eins og allir vita er mikil fólksfjölgun og uppgangur. Það leiðir til þess að allir innviðir þurfa að vaxa. Það hefur verið gaman að taka þátt í því á Suðurlandi. Þarna er fólki að fjölga um 10-12% á ári," segir hann. Hátt í 700 manns vinni nú á HSU. „Þannig að boðleiðir eru stuttar." Mikill vöxtur sé í heilsugæslunni og bráðamóttakan sprungin.

„Þar er spáð 20.000 komum á þessu ári," segir hann. Þær hafi verið 2000 í



Sigurður Böðvarsson, Helgi Hafsteinn Helgason og Hlynur Níels Grímsson eru þrír lyf- og krabbameinslæknar á Heilbrigðisstofnun Suðurlands. Þeir hafa ólíka hatta og sinna ýmsum verkum á stofnuninni. Mynd/gag

júlí. Vöxturinn mikill, eða um 42% frá árinu 2018 þegar 14.000 komu.

„Mitt aðaláhugamál hefur verið að efla sérfræðiþjónustuna," segir Sigurður. „Mér finnst skynsamlegra að læknirinn komi til sjúklinganna frekar en allir sjúklingarnir hópist á höfuðborgarsvæðið að hitta lækna á Landspítala eða einkareknum stofum," segir hann og nefnir að auk krabbameinslækna starfi sérfræðingar í öllum helstu greinum ýmist í fullu starfi eða hlutastarfi á göngudeildum stofnunarinnar einn eða fleiri daga í viku.

„Svo langar okkur að vaxa sem kennslustofnun." Sérnámslæknar þurfi að rótera um landið, kynnast sjúkrahúsum og vinnu á landsbyggðinni, kragasjúkrahúsunum og Akureyri rétt eins og Landspítala. Kennarar í læknadeild séu jákvæðir gagnvart hugmyndinni.

Hlynur hefur nú verið eitt ár á HSU. „Ég held ég hafi gert allt nema að taka á móti barni," segir hann um árið. „Það er ákveðinn sjarmi í því og fjölbreytnin gerir starfið alls ekki leiðinlegra." Hlynur hafði eiginlega gefið krabbameinslækningar upp á bátinn og lært heimilislækningar þegar Sigurður hringdi í hann.

„Mér líkar vel. Ég hef stundum hugsað það í bílnum á leiðinni austur þegar ég hlusta á útvarpið. Það að vera í heimilislækningum á Íslandi er eins og að vera með stillt á Rás 1," segir hann. „Þetta er starf fyrir fólkið í landinu."

Ekki að það sé rólegt. „En svo kemur maður í krabbameinslækningar og það er eins og að hlusta á BBC World Service. Það er alþjóðlegri heimur."

Hlynur segir skipta miklu máli að læknar fái val um vinnustaði. „Ég var alinn upp á Landakoti. Mamma starfaði þar eiginlega allan sinn starfsferil. Landakot var lítil stofnun með ekkert of mörgum læknum. Það var samheldni innan læknahópsins. Þeir hittust á laugardögum og fóru yfir mál stofnunarinnar. Það er pínulítið kannski sama tilfinningin á Selfossi," segir hann. „Þetta er lítill, en samheldinn hópur, stuttar boðleiðir og hægt að tala saman."

Allir með marga hatta

En allir eru þeir Sigurður, Helgi og Hlynur krabbameinslæknar, er það ekkert of mikið framboð fyrir Selfoss? „Það væri of mikið ef við værum bara krabbameinslæknar, en við erum með ýmsa aðra hatta," segir Sigurður sem segir um 80% vinnutíma hans fara í að vera framkvæmdastjóri lækninga en 20% tímans verji hann á göngudeild. Helgi stýrir 22ja rúma lyflækningadeild. Þá byggir Hlynur nú upp líknarlækningar á Suðurlandi.

„Bæði á spítalanum, þar sem við erum með fjögur líknarrými, en svo langar okkur líka að bjóða heimahlynningu á Árborgarsvæðinu og í Hveragerði." Hann fagnar því hve mikill vöxtur stofnunarinnar sé. Líknardeildin skarist við

„Eins og allir vita er mikil fólksfjölgun og uppgangur. Það leiðir til þess að allir innviðir þurfa að vaxa. Það hefur verið gaman að taka þátt í því á Suðurlandi. Þarna er fólki að fjölga um 10–12% á ári. Hátt í 700 manns vinna nú á HSU. Þannig að boðleiðir eru stuttar. Mikill vöxtur er í heilsugæslunni og bráðamóttakan sprungin."

öldrunarteymi Guðnýjar Stellu Guðmundsdóttur öldrunarlæknis sem einnig hafi bæst í hópinn fyrir tæpu ári.

„Hún hefur verið að setja á stofn heimaspítala, það er að segja að hægt sé að sinna fólki heima. Læknir og hjúkrunarfræðingur komi í vitjun og sinni fólki heima. Þannig viljum við draga úr endalausum komum á bráðamóttöku og sjúkrahúsið," segir hann.

Þeir þrír nýti þekkingu hvors annars þegar komi að krabbameinum. „Við erum með samráðsfundi á mánudögum þar sem við ræðum og förum yfir stöðu sjúklinga sem koma til okkar á göngudeild og hvaða möguleikar séu í boði," segir Sigurður. „Svo höfum við samráðsfundi við kollega okkar á Landspítala í gegnum Teams."

Hlynur segir kominn tíma til að setja líknarþjónustuna í fastara form. „Svo voru Oddfellow-félagar á Suðurlandi svo rausnarlegir að gefa sex milljónir króna til að geta haft líknarrými inni á HSU. Þetta er framtíðin," segir Hlynur.

Sigurður segir bæði gott og slæmt að hafa heilbrigðisstofnunina svo nálægt höfuðborgarsvæðinu. „Þetta eru um 35.000 íbúar. Í uppsveitum eru um sjö þúsund sumarhús. Mörg heilsárshús. Svo fara tvær milljónir ferðamanna um svæðið. Það er því ekkert skrýtið að það sé mikil fjölgun í komum á bráðamóttöku," segir hann.

„Við erum því í svipaðri stærð og Eyjafjarðarsvæðið en erum langt því frá að vera jafnflottur spítali og SAK." Þar spili nálægðin inn í. Þessi stutta vegalengd á Landspítala hafi hægt á uppbyggingu innviðanna á HSU.

„En að sama skapi er mjög gott að hafa góða nágranna og að það sé aðeins yfir heiðina að fara þegar á þarf að halda," segir hann og kallar eftir kerfi þar sem fjármagnið fylgi sjúklingi. En hvaða áhrif hefði slík fjármögnun á HSU?

„Með auknu fjármagni má byggja starfsemina enn frekar upp," segir Sigurður. „Það er verið að innleiða fjármögnunarlíkan fyrir heilsugæslu og talað um að það fylgi í kjölfarið fyrir almenna sjúkrahúsþjónustu. Inni í því er bráðamóttaka."

Í leik og starfi

Þeir ræða framtíðina í Læknavarpinu. Helgi segir augljósa vaxtarverki á HSU og Hlynur að reynslan frá því að hafa unnið á litlum sjúkrahúsum í Noregi, sem og í Svíþjóð og Danmörku, hjálpa nú við þróun stofnunarinnar.

„Það er ágætt að hafa þá reynslu því þá veit maður hvað er hægt að gera á litlum sjúkrahúsum og hvað ekki. Ég held að við séum allir þrír með það í huga að bæta þjónustuna við fólkið sem býr á svæðinu. Svo þarf að finna út úr því í samráði og samstarfi við aðra hvernig það verður best gert."

Það er létt yfir þeim félögum og margt ber á góma. Elo-skákstig, golf og hjólreiðar. „Já, mér finnst gaman að tefla," segir Sigurður eftir skot félagans. En er ekkert mál að aka svona langt í vinnuna? Hlynur nefnir traffíkina í Skandinavíu.

„Mér finnst þessi ferð voðalega lítið mál," segir hann. „Viðbrigði," segir Helgi, sem hefur hjólað í skóla og vinnu í 35 ár. „Við höfum náð að sameinast í bíla og ræða hlutina," segir hann og tíminn því nýst vel.

Sigurður segir árin tæp fimm á Selfossi þess virði. „Já, mér þykir mjög gaman í vinnunni. Mér finnst gaman að sjá hlutina vaxa og dafna. Mér finnst frábært að fá þessa góðu kollega mína með mér í lið. Þetta er bara búið að vera ævintýri." En hvað sjá þeir Hlynur og Helgi fyrir sér að vera lengi? Sigurður svarar: „Þeir eru báðir æviráðnir."

Hlynur lítur upp. „Ég ætla ekki að verða ellidauður í starfi sem læknir." Hann verði ekki 75 ára í starfi. „En er á meðan er." Helgi segir það oft töluvert átak og breytingu að skipta um starfsstöð og nefnir við *Læknablaðið* að það sé sérstaklega átakanlegt að kveðja einstaklinga með ólæknandi sjúkdóm sem hann hafi aðstoðað í ararraðir. Læknar hlaupi því ekki á milli starfa að óþörfu.

„Á nýjum stað þarf svo að byggja upp sjúklingahóp, tengslanet, læra á ný misvitur tölvukerfi og verkferla og skapa ákveðinn sess á viðkomandi svæði," segir hann. „Og ég er ekki á förum frá Selfossi að svo stöddu."

En er framtíðin björt á HSU? „Já," svara þeir allir. „En okkur vantar fleiri lækna og hjúkrunarfræðinga."

Læknadagar
15.–19. janúar 2024
Takið dagana frá
Fræðslustofnun Læknafélags Íslands



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



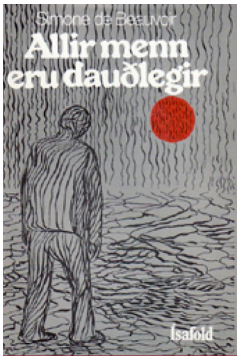
Páll Matthíasson
geðlæknir

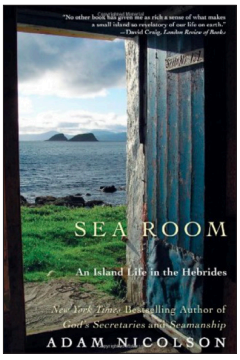
„Allir menn eru dauðlegir“ og fleiri gleðisögur!

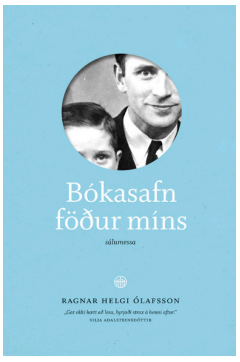
Eiríkur Jónsson bað mig að skrifa um eftirminnilegar bækur og erfitt var að skorast undan því. Góðar bækur hafa áhrif á huga manns og jafnvel stefnu, þær fylgja manni gegnum lífið.

Fyrstu bókina sem olli straumhvörfum í mínum þankagangi las ég sem unglingur. Það er bókin *Allir menn eru dauðlegir* eftir franska tilvistarheimspekinginn og rithöfundinn Simone de Beauvoir. Saga sem spannar 500 ára tímabil, hefst 1279 á Ítalíu og segir frá Fosca greifa, sem verður fyrir því óláni að drekka ódáinsdrykk, svo hann getur ekki dáið. Sagan rekur svo vegferð hans gegnum aldirnar, hvernig allir sem hann elskar deyja, aftur og aftur, á meðan hann lifir og tekur nauðugur viljugur áfram þátt í veraldarsögunni, með öllum sínum endurtekningum. Í raun er bókin hrollvekja og maður fyllist þakklæti yfir því að dagar manns séu taldir, að lestri bókarinnar loknum.

Það rímar reyndar ágætlega við næstu bók sem hefur haft mikil áhrif á mig og ég les oft, en það er *Predikarinn*, ein af bókum Gamla testamentis Biblíunnar. Margir telja boðskap Salomóns konungs, sem talinn er hafa skrifað Predikarann um árið 1000 f.Kr., bölsýnan, en ég er ekki sammála því. Í bókinni segir: „*Þannig sá ég að ekkert er betra en að maðurinn gleðji sig við verk sín því að það er hlutskipti hans. Hver kemur honum svo langt að hann sjái það sem verður eftir hans dag.*“ (Predikarinn 3:22). Og „*Betri er hnefafylli af ró en báðar hendur fullar af striti og eftirsókn eftir vindi*“ (Predikarinn 4:6). Okkar dagar eru sem betur fer taldir, allt er háð tíma og tilviljun og við vitum ekki hvað bíður í næstu andrá. Því fylgir ákveðinn léttir.







Það er eitthvað við visku ævafornra texta, að lesa hugsanir manna sem voru uppi fyrir þúsundum ára, sem heillar mig mjög. Þannig er sú bók sem ég hef án nokkurs vafa gripið oftast til, í ýmsum útgáfum, frá því hún varð fyrst á vegi mínum um tvítugt, bókin *Hugleiðingar* eftir rómverska keisarann Markús Árelíus sem uppi var á 2. öld e.Kr. Hugleiðingarnar skiptast í 12 kafla og eru vangaveltur stóuspekings um lífið og tilveruna. Þær áskoranir sem keisarinn glímir við eru svo sammannlegar, að hafa stjórn á skapi sínu, að takast á við að hlutir fara ekki eins og maður vill, að fólk haga sér öðru vísi en maður kysi, að allt er hverfult og forgengilegt. Það er sérstaklega áhugavert að sjá hversu margt er líkt með áskorunum hins háa keisara Markúsar Árelíusar og þrælsins Epiktetosar, en hugsanir hans má finna í *Handbók Epiktets*.

Svo nær sé farið í tíma þá vil ég nefna bókina *Sea Room: An Island life in the Hebrides*, eftir Adam Nicolson, aðalsmann og greinahöfund, en þessi bók kom út árið 2001. Þegar Adam var 21 árs fékk hann frá föður sínum í arf þrjár óbyggðar eyjar, The Shiants, austur af Suðureyjum í Skotlandi. Bókin hans lýsir þessum eyjum, flóru þeirra og fánu, jarðfræði og sögu og vangaveltum Adams um þennan ævintýraheim og hvers vegna hann tengist eyjunum svona sterkt. Ógleymanlegt rit.

Síðasta bókin sem ráðrúm gefst fyrir er *Bókasafn föður míns*, eftir Ragnar Helga Ólafsson. Bókin kom út árið 2018 og lýsir því verki hans að fara í gegnum mörg þúsund eintaka bókasafn sem hann erfði að föður sínum látnum. Þetta er hjartnæm og glettin bók sem hefur samt miklu dýpri þræði – vangaveltur um eðli sorgar, fallvaltleikann, hvers vegna fólk skrifar bækur og safnar þeim og hvað býr að baki tregðu okkar við að láta af hendi bækur sem eiga þó kannski takmarkað erindi við okkur. Það kann að vera að þessi bók hafi haft dýpri áhrif á mig en ella vegna þess að þegar ég las hana var faðir minn nýlega látinn og við það taldi bókasafn mitt orðið heila 7000 titla, mest bækur sem ég hafði erft frá ættingjum. Ég fór í naflaskoðun og sorgarvinnu og að henni lokinni hafði ég gefið, selt og fargað rúmlega 6000 af bókum mínum og átti aðeins þær sem virkilega skiptu mig máli eftir. Ekki tek ég bækurnar með mér í gröfina, börnin mín geta prísað sig sæl að sitja ekki uppi með fleiri tonn af bókum sem í raun væru þá minnisvarði um ákvörðunarfælni mína og það er ágætt að minnast þess að við borgum jú skattana okkar meðal annars til að reka almenningsbókasöfn – svo maður þurfi ekki að reka slík sjálfur!

Ég skora á Margréti Andrésdóttur nýrnalækni að skrifa næsta pistil!

Við gerum mistök og eigum að læra af þeim

Læknirinn Stian Westad segir það að gera mistök í starfi fyrir áratug, sem leiddu til andláts barns, hafa breytt sér. Hann hlusti betur á sjúklinga og finni sameiginlega lausn með þeim. Martraðirnar hafi hætt og hann trúi því að það að viðurkenna mistökin strax í upphafi og traustið sem móðirin sýndi honum í næstu tveimur fæðingum sínum hafi hjálpað honum

Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

„Ég er auðmjúkari en ég var," segir Stian Westad, yfirlæknir fæðingar- og kvensjúkdómadeildar Innlandet Lillehammer-sjúkrahússins í Noregi. „Ég er sterkari. Sjálfstraustið hefur aukist. Ég veit að við sérfræðingarnir gerum mistök og það mikilvæga er að læra af þeim. Við megum ekki gera sömu mistökin aftur."

Westad upplifði martröð fæðingarlæknisins. Hann vanmat stærð barns í móðurkviði eftir endurtekna ómskoðun. Barnið virtist í seinni skoðuninni ekki eins stórt og í þeirri fyrri, sem gerð hafði verið viku fyrr. Var nú talið 27% yfir meðalstærð í stað 35% áður. Hann lýsir því hvernig teymið hafi freistast til að trúa frekar seinni mælingunni.

„Við trúðum ekki fyrri niðurstöðunni og ákváðum að mæla aftur og trúðum svo þeirri sem leit betur út. Við mannfólkið viljum gjarnan að hlutirnir séu eðlilegir," sagði Westad í fyrirlestri sínum og hvernig móðurinni, Brigit, hefði verið beint í að fæða um fæðingarveg. Litið hafi verið framhjá áætlunum um keisaraskurð. Í ljós hafi komið að barnið, litla stúlkan Solveig, hafi vegið nærri fimm kíló við fæðinguna. Hún lést fjórum vikum síðar.

Málþingið *Mennska er máttur — líka í heilbrigðiskerfinu* var haldið á alþjóðlegum degi öryggis sjúklinga sunnudaginn 17. september. Þemað var að hækka rödd sjúklinga. Westad hélt þar erindi nú þegar tíu ár eru frá mistökunum sem hann er nú þekktur fyrir á Norðurlöndunum.

Heiðarleiki á ögurstundu

„Við vitum að læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk nýtur mikils trausts meðal fólks. Það er því mjög mikilvægt að við séum heiðarleg, jafnvel þótt eitthvað fari úrskeiðis. Það gengur ekki að vera aðeins heiðarleg þegar vel gengur heldur verðum við einmitt að vera það þegar illa gengur. Það viðheldur traustinu," segir hann í viðtali við *Læknablaðið*.

Westad lýsir því hvernig faðirinn hafi litið á hann eftir fæðinguna og spurt: Af hverju fór hún ekki í keisaraskurðinn? Hann hafi þá strax viðurkennt að þá hefði líklega ekki farið eins. Viðurkennt mistök. Hann segir foreldrana hafa náð sátt við hann. Allt hafi verið uppi á borðum. Þau hafi skilið hvað fór úrskeiðis og í stað þess að þurfa að krefjast svara getað hafið sorgarferli sitt. Síðan þau misstu frumburðinn sinn hafa þau eignast tvö börn, dreng og aðra stúlku, með hjálp Westad.

„Það var lykilatriði fyrir mig. Móðirin sýndi mikinn styrk þegar hún veitti mér þetta mikla traust," segir Westad sem lýsir því að hafa haft martraðir vegna mistakanna. Þeim hafi nú linnt og ástæðuna rekur hann til þessa traust móðurinnar.

„Hefðum við tekist á um þessa hörmulegu reynslu hefði ég líklegast aldrei jafnað mig. Ég talaði við Brigit í þessari viku. Hún var ánægð að ég væri á leið til Íslands. Hún vill að sagan sé sögð; að Solveig gleymist ekki." Hann flytji nú fyrirlesturinn sinn tvívegis á ári fyrir unga lækna; útskýri hvernig kerfið vinni þegar mistök verða.

Starfsfólkið er kerfið

„Það er mér mikilvægt að sýna ungum læknum að yfirvöld eru ekki óvinurinn. Þau vilja finna misfellurnar, jafna þær og gefa okkur færi á að verða enn betri. Skilaboðin mín eru að allir starfsmenn innan heilbrigðiskerfisins átti sig á að þeir eru kerfið. Við verðum því að bera okkur samkvæmt því á hverjum degi og hugsa um traustið sem sjúklingar bera til okkar."

Westad segir, ólíkt því sem hér er, lögregluna ekki kallaða til í Noregi verði mistök. „Við höfum samband við heilbrigðisyfirvöld og gefum þeim strax upplýsingar um hvað hefur gerst." Þau geti þá ákveðið hvort þau komi á spítalann eða fái skýrslu sem metin sé síðar.

„Í mínu tilviki sendi ég þeim allar læknaskýrslur og reglur. Tveimur vikum síðar komu þau með niðurstöðu. Hún var að við hefðum ekki upplýst sjúklinginn um ákvarðanir okkar. Við yrðum að skerpa á leiðbeiningum okkar um hæga framvindu í fæðingu. Það var á mína ábyrgð að upplýsa hjónin um þessa niðurstöðu," segir hann.



Stian Westad, yfirlæknir fæðingardeildarinnar á Innlandet Lillehammer-sjúkrahúsinu í Noregi, sagði frá erfiðri reynslu sinni, þegar mistök hans leiddu til þess að foreldrar misstu frumburð sinn, á málþingi um öryggi sjúklinga. Mynd/gag

Fjölmiðlar flytja enn fréttir af missinum sem mistökin leiddu til. Hvernig er að vera þekktur fyrir að hafa gert mistök? „Ég hélt þennan fyrirlestur á Gardemoen í Noregi með Harald konung beint á móti mér. Okkur lækna dreymir um að bjarga milljónum mannslífa. Fara til Stokkhólms, fá Nóbelsverðlaun. En í eina skiptið sem ég talaði við kónginn var það vegna mistaka minna," segir hann.

„Þetta er líf mitt. Ég gerði mistök og hef unnið úr þeim." Stian Westad óttast ekki að missa aftur barn og segir það tölfræðilega afar ólíklegt. „Ég berst fyrir því að fólk læri af mistökum mínum. Þurfi ekki að endurtaka þau. Markmiðið er að missa ekki eitt einasta barn."

Fengu svör og gátu syrgt

Westad hefur kynnst móðurinni Brigit eftir harmleikinn. Hann þekkti hana ekki fyrir fæðinguna. Hitti hana fyrst daginn örlagaríka. „Ákjósanlegast er að sami læknir fylgi mæðrum í gegnum meðgönguna." Það gangi ekki alltaf því þá væru læknar í sólarhringsvinnu.

„Ég þekki frá öðrum málum þegar eitthvað fer úrskeiðis að skjólstæðingar þurfa að nota mikla orku til að fá sannleikann upp á borðið. Á þeim tíma fá þeir ekki færi til að syrgja. En í þessum harmleik lögðum við strax spilin á borðið. Við sögðum strax að það hefðu



Margt var í salnum að hlýða á málþingið Mennska er máttur — líka í heilbrigðiskerfinu. Því var einnig streymt á Vísi. Umræður fóru svo fram í pallborði á eftir. Mynd/gag

verið mistök mín að gera ekki keisaraskurð. Þau þurftu ekki að berjast fyrir því að finna hvar ástæðurnar lágu. Þessi heiðarleiki leiddi að öllum líkindum til þess að þau vildu fá mig að næstu fæðingu. Þau trúðu því að sömu mistökin yrðu ekki endurtekin."

Westad talar um auðmýktina. „Við læknar verðum að finna sameiginlega lausn með sjúklingum okkar," segir hann. Sjálfstraust hans felist nú í að hafa ekki öll svörin heldur að hlusta og finna út hvað sjúklingurinn vill, finna sameiginlega lausn.

„Ég vona að fólk innan íslenska heilbrigðiskerfisins sjái að það er í lagi að vera opinn, það er í lagi að vera heiðarlegur. Ég er ekki lélegur læknir þótt ég viðurkenni mistök heldur trúi ég að læra megi af þeim. Við læknar erum ekki guðir. Við eigum að vinna almennilega og hlusta á sjúklinga. Við eigum að vera heiðarleg á bæði góðum og slæmu tímum."

Sjúklingar vilja viðurkenningu á því sem gerðist

„Við vitum að þegar hlutirnir fara á verri veg vilja sjúklingar og aðstandendur viðurkenningu á því sem gerðist. Þau vilja afsökunarbeiðni. Þau vilja heiðarlegar útskýringar. Þau vilja stuðning og eftirfylgd og þau vilja sjá raunverulegar úrbætur," sagði Alma D. Möller landlæknir í erindi sínu á málþinginu *Mennska er máttur — líka í heilbrigðiskerfinu*.

Fram kom í erindi hennar að tæp 11.000 atvik hafi verið skráð hér á landi í fyrra. Þar af 48 alvarleg. Atvik í heilbrigðisþjónustu séu meðal 10 algengustu dánarorsaka í heiminum og alls látist um 2,6 milljónir árlega af þeim sökum.

Willum Þór Þórsson, heilbrigðisráðherra, sagði unnið að breytingum á lagafrumvarpi um heilbrigðisþjónustu, lögum um landlækni og lýðheilsu og lögum um réttindi sjúklinga. Hann bindi vonir við að málið verði klárað á þessu þingi.

Alma segir að lagafrumvarp heilbrigðisráðherra muni hafa margvísleg góð áhrif. „Við verðum að halda áfram og megum ekki gefast upp." Flókið og þungt sé að efla öryggi. Hún hlakki til þegar löggjöf, verklag og rannsókn alvarlegra atvika verði skýrari.

LSE

THE LONDON SCHOOL OF ECONOMICS AND POLITICAL SCIENCE

Executive MSc in Health Economics, Outcomes and Management in Clinical Sciences



Join from December 2023 and study alongside full-time work

The Executive MSc is a specialist programme for healthcare professionals and industry leaders, offering a set of tailored courses in health economics, outcomes research, and healthcare management.

Lead the change in healthcare and clinical organisations

Empower your career breakthrough with essential competencies in the post-pandemic era

Expand your network with leading health economists and practicing specialists

Experience world-class executive education and transform clinical sciences



Apply today, scan the QR code or visit **lse.ac.uk/Clinical-exec-MSc**

Ingvar Freyr Ingvarsson
hagfræðingur LÍ



Hvernig á að fjölga læknum? Eftirspurnin vex hröðum skrefum

Fólksfjölgun, breyting á aldurssamsetningu íslensku þjóðarinnar og fjöldi erlendra ferðamanna til landsins eru allt þættir sem auka þörfina fyrir heilbrigðisþjónustu. Eftirspurn eftir læknum vex samhliða þeirri þróun. Ákvæði um lágmarkshvíld lækna og breytt viðhorf lækna til jafnvægis milli vinnu og einkalífs hefur einnig áhrif á þessa þörf. Áhugavert er að skoða hvernig löndin í kringum okkur eru að bregðast við aukinni þörf á læknum.

Í Noregi var skipuð nefnd árið 2019[1] sem fékk það hlutverk að leggja mat á fjölda læknanema í Noregi og hvernig norskir háskólar gætu menntað fleiri lækna. Hluti ástæðu þessarar vinnu eru alþjóðlegar skuldbindingar Norðmanna, til að mynda gagnvart Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni (WHO) um að taka aukna ábyrgð í þjálfun eigin heilbrigðisstarfsfólks. Í því tilliti er bent á að það sé siðferðislega vafasamt að ríki eins og Noregur skuli ekki mennta sjálfir þá sérfræðinga sem þeir þurfa.

Núna er Noregur háður því að ráða lækna menntaða erlendis til að mæta þörfinni fyrir læknisþjónustu. Tölur frá OECD fyrir árið 2020 sýna að um 41% lækna í Noregi er menntaður utan Noregs. Tveir af hverjum þremur norskum læknanemum stunda nám í Póllandi, Ungverjalandi og Slóvakíu. Í samanburði við lönd eins og Danmörku og Bretland sker Noregur sig úr fyrir að hafa lítinn metnað fyrir menntun eigin lækna. Þá hafa Svíar einnig gert ráðstafanir nýlega til að auka eigin menntunargetu í læknisfræði.

Nefndin mælir með að Noregur mennti um 80% þeirra lækna sem landið þarf. Það svarar til 1076 námsplássa. Þetta þýðir fjölgun um 440 námspláss, sem bætast við þau 636 námspláss sem fyrir eru. Aukningin verði tekin í skrefum og verði lokið haustið 2027. Í ár var ákveðið að fjölga nemum í læknisfræði um 65.[2]

Ríkisstjórn Svíþjóðar ákvað árið 2017 að fjölga námsplássumí læknisfræði í Svíþjóð um 440 á árunum 2017 til 2023. Kostnaðurinn við þessi 440 pláss nemur um 96 milljónum sænskra króna.[3]

Í Danmörku eru um 4,3 læknar/1.000 íbúa (2020) og fjöldi útskrifaðra lækna er 23/100.000 íbúa, sem er eitt hæsta hlutfall innan OECD.[4] Árið 2018 voru 1395 námspláss í læknisfræði á BS-stigi í Danmörku. Árið 2019 var fjölgað um 250 pláss og þeim dreift á allar læknadeildir þannig að þau urðu 1645. Það þýðir 28,3 námspláss á hverja 100.000 íbúa árið 2019. Með fleiri plássum fyrir nema í læknanámi er Danmörk ekki háð læknum sem menntaðir eru utan landsteinanna.[5]

Á Íslandi eru um 4,25 læknar/1.000 íbúa (2023). Fjöldi útskrifaðra lækna hér er 10/100.000 íbúar en útskrifaðir læknar alls, bæði innanlands og erlendis, eru um 17/100.000 íbúa. Þeir sem útskrifast erlendis eru um 42% af heildarfjölda útskrifaðra lækna. LÍ hefur í ræðu og riti bent á að 30 fleiri þyrftu að bætast í hóp útskrifaðra lækna á ári hverju hér á landi ef halda á í við fólksfjölgun.

Háskóli Íslands og Landspítali í samstarfi við háskóla-, iðnaðar- og nýsköpunarráðuneytið og heilbrigðisráðuneytið hafa unnið að því að greina hvernig megi fjölga læknanemum. Árið 2011 voru 50 nýnemar í læknadeild og 62 árið 2022. Þeim hefur því fjölgað um 24% á þessum árum.

Í kynningu á fjármálaáætlun ríkisstjórnarinnar í apríl 2023 kom fram að stefnt sé að því að fjölga nemendum í læknisfræði úr 60 í 90 til ársins 2028. Standa vonir til þess að sú áætlun nái fram að ganga og að tryggt verði að fjárframlög fylgi þeirri stefnumörkun.

Lítinn tilgang hefur þó að fjölga nemum í læknisfræði ef ekki verður samhliða tryggt að útskrifaðir læknar, sem fara til sérnáms í útlöndum, snúi aftur heim að sérnámi loknu. Fyrir liggur að nú þegar eru um 400 læknar á aldrinum 35-59 ára í vinnu erlendis þó sérnámi sé lokið. Leita þarf því allra leiða til að laða þessa lækna til starfa á Íslandi. Það má gera með margvíslegum leiðum, svo sem með skattalegu hagræði en slík úrræði eru nú afar takmörkuð. Mikilvægast er þó að tryggja að allt starfsumhverfi sé samkeppnisfært við það sem læknum býðst í nágrannalöndum okkar. Þar er stytting vinnutíma lækna örugglega mikilvægt atriði.

Heimildir

1. 11745900_rapport_utredning_fra_grimstadutvalget.pdf (regjeringen.no) - september 2023.
2. Beslutningsgrunnlag. Muligheter og kostnader ved økning av utdanningskapasiteten i medisin. Kunnskapsdepartementet. Økning av utdanningskapasiteten i medisinutdanningen i Norge (regjeringen.no) - september 2023.
3. Anderson J, LUNDBACK A. Läkarutbildningen byggs ut – 440 nya platser fram till 2023. lakartidningen.se/aktuellt/nyheter/2017/09/lakarutbildningen-byggs-ut-440-nya-platser/ - september 2023.
4. Health at a Glance: Europe 2022: State of Health in the EU Cycle. OECD Publishing, París 2022. oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/health-at-a-glance-europe-2022_507433b0-en - september 2023.
5. Health at a Glance 2021. OECD Indicators. OECD Publishing, París 2021. oecd-ilibrary.org/sites/e152ca-81-en/index.html?itemId=/content/component/e152ca-81-en - september 2023.



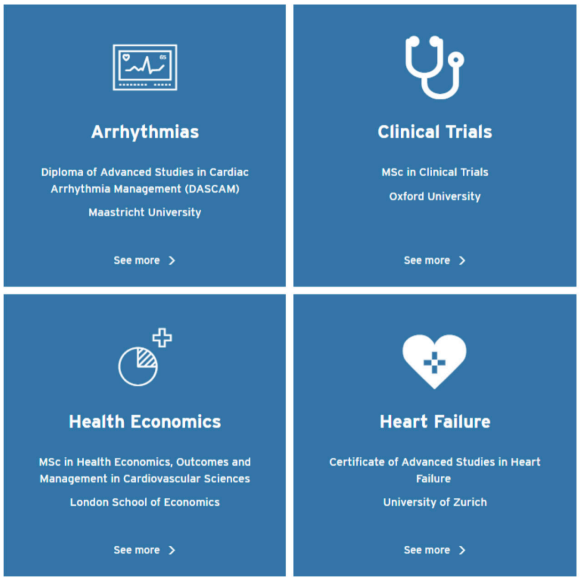
Inga Jóna Ingimarsdóttir
hjartalæknir

Frekari sérhæfing í hjartalækningum

Evrópsku hjartalæknasamtökin (ESC, European Society of Cardiology) bjóða upp á möguleika til að sérhæfa sig frekar í starfi eins og lýst er neðst á síðunni. Sjálf komst ég inn í framhaldsnám í hjartabilun í Sviss í ársbyrjun 2018 og útskrifaðist í október 2019. Þetta er tveggja ára nám sem hægt er að taka með vinnu og annað hvert ár eru um það bil 60 hjartalæknar teknir inn í námið. Námið samanstendur af átta lotum sem kenndar eru í Zürich með fyrirlestrum og verklegum æfingum. Einnig verður hver þátttakandi að halda fyrirlestur um ákveðið sjúkratilfelli sem þarf að standast strangar faglegar kröfur. Hverri lotu lýkur með skriflegu prófi og í lok námsins er tekið skriflegt próf sem nær yfir allar loturnar. Við útskrift öðlast maður gráðu í „Advanced Heart Failure“. Ég sótti um styrk til námsins hér heima án árangurs og þurfti því miður þar með að fjármagna námið sjálf.

Varðandi námið í heilsuhagfræði við London School of Economics hefur nýverið orðið sú breyting að það verður ekki bara opið hjartalæknum heldur einnig öðrum sérgreinalæknum. Ég vil því hvetja samlanda mína sem hafa áhuga á heilsuhagfræði að sækja um. Námið við Oxford háskóla og London School of Economics er mjög dýrt en hægt er að sækja um styrk til ESC upp í kostnaðinn. Á heimasíðu ESC kemur fram að umsóknarfrestur fyrir styrkinn sé til 29. september og þar sem þessi pistill birtist í októberútgáfu *Læknablaðsins* hef ég beðið um framlengingu á frestinum svo hægt sé að sækja um styrkinn fram í lok október næstkomandi.

Ég vísa á slóðina hér fyrir neðan þar sem áhugasamir geta kynnt sér betur þessar fjórar námsleiðir. Forsvarsmenn PCHF-námsins í hjartabilun, sem ég sótti, ætlast til þess að þeir sem þeir velja til framhaldsnámsins leggi sitt af mörkum með því að efla veg hjartabilunar í sínu heimalandi. Mitt framlag til Íslands var að stofna gagnagrunn á sviði hjartabilunar sem starfræktur hefur verið frá því í janúar 2020 og hefur skilað nokkrum rannsóknarverkefnum á sviði læknisfræði og lyfjafræði við HÍ. Þessi rannsóknarverkefni voru valin til veggspjaldakynningar á Evrópska hjartabilunarþinginu (HFA, Heart Failure Association) í Prag í maí og fyrirlesturs á Evrópska hjartalæknaþinginu í Amsterdam í ágúst. Framhaldsnámið mitt í hjartabilun er mér ómetanleg reynsla sem hefur opnað fjölda dyra og komið hjartabilunarmeðferð á Íslandi á framfæri.



Gott yfirlit yfir framhaldsmenntun í hjartalæknisfræði er hægt að nálgast á slóðinni: *escardio.org/Education/Postgraduate-Programmes*

1) Klínískar rannsóknir (MSc in Clinical Trials) við Oxford-háskóla í Bretlandi.
2) Heilsuhagfræði (MSc Health Economics, Outcomes and Management in Clinical Sciences) við London School of Economics í Bretlandi.
3) Hjartsláttartruflanir (DAS-CAM, Diploma of Advanced Studies in Cardiac Arrhythmia Management) við Maastricht-háskóla í Hollandi.
4) Hjartabilun (PCHF, Post graduate Course in Heart Failure) við Zürich-háskóla í Sviss.



Ársæll í Látravík í júní 2023.
Myndina tók Gyða Magnúsdóttir.

Upprifjun um trefjaefni

Ársæll Jónsson
öldrunarlæknir

Í árdaga tæknivæddrar matvælaframleiðslu horfðu menn til þess að framleiðsla matvæla fyrir manninn yrði svo hnitmiðuð að hann þyrfti ekki að skila frá sér hægðum. Menn vissu þó að trefjar úr jurtaríki eru mikilvægar fyrir jurtaætur og grasbíta úr dýraríkinu. Mikilvægi trefjaefna fyrir manninn komst þó ekki í hámæli fyrr en breskur skurðlæknir, Denis Burkitt, setti fram rök fyrir því að trefjaefnin væru mikilvæg og neysla þeirra bætti meltinguna, drægi úr líkamsþyngd og drægi úr áhættu á ýmsum sjúkdómum, svo sem hjartasjúkdómum, sykursýki og sjúkdómum í ristli. Áður höfðu aðrir læknar leitt líkur að tengingu margra sjúkdóma við mikla neyslu fínunninna kolvetna, einkum sykurs, en fínunnin kolvetni eru framleidd úr jurtum með því að fjarlægja trefjaefnin fyrir neyslu þeirra. Gerð var grein fyrir þessum kenningum í *Læknablaðinu*.[1]

Við rannsóknir sínar ferðaðist Denis Burkitt víða um heilsugæslustöðvar og sjúkrahús Afríku. Hann tók eftir því að hægðir fólks, sem sjá mátti á víðavangi, voru mun fyrirferðarmeiri, en hann vissi til á Vesturlöndum. Hann gerði einnig rannsóknir með smáum röntgenþéttum blýkúlum til að mæla tímann sem tekur frá neyslu fæðunnar þar til hún skilar sér í hægðum. Rannsóknir sýndu að með trefjum skiluðu þær sér hraðar gegnum meltingarveginn svo munar nokkrum dögum.

Athugun á sjúkdómatíðni miðaldra fólks á sjúkrahúsum í Afríku og á Vesturlöndum sýndi mjög ólíkar niðurstöður. Mest munaði um að kransæðasjúkdómar, offita, sykursýki, tannáta, ýmsir æðasjúkdómar og ristilsjúkdómar, eins og botnlangabólga, pokamyndanir og krabbamein, voru sjaldséðir meðal Afríkubúa í Úganda borið saman við afkomendur brottfluttra Afríkubúa í Bandaríkjunum. Flokkun þessara sjúkdóma saman undir mögulega sömu orsakavalda var mikil nýlunda. Faraldsfræðilegar rannsóknir lögðu traustari grunn undir þessi tengsl og leiðir opnuðust fyrir forvarnir gegn þessum mannskæðu sjúkdómum Vesturlanda.

Birtar hafa verið yfirlitsgreinar um framvindu þessara rannsókna um hálfri öld síðar.[2] Þær byggja á stórum faraldsfræðilegum rannsóknum og sýna niðurstöður þeirra að skortur á trefjaefnum í fæðu manna eykur áhættu á myndun krabbameins í ristli, lifur og brjóstum og eykur dánartíðni krabbameins, hjarta- og æðasjúkdóma, öndunarfærasjúkdóma og sykursýki, auk annarra kvilla. En hvaða efnahvörf eru hér að verki? Hvað eru trefjar eða trefjaefni?

Uppistaðan í trefjaefnum er mest kolhydröt sem ná ekki að brotna niður í meltingarveginum, svo sem ýmis fjölsakkaríð, en einnig efni eins og lignin og önnur efni úr frumuvegg, sem ekki eru kolhydröt. Til þess að mæla magn trefjaefna er stuðst við töflur úr matvælaiðnaðinum, en mælt það magn, sem eftir situr þegar búið er að fjarlægja næringarefnin.[3]

Samspil trefjaefna og örvera í meltingarvegi er mikilvægt rannsóknarefni og hefur þekking manna vaxið ört á síðustu árum. Áætla má að örverur í meltingarvegi manns séu um tvö kíló að þyngd, þær búa yfir víðtæku genamengi og nota orku til jafns við lifrina. Örverur í meltingarvegi mannsins eru taldar vera mun fleiri en frumur líkamans. Tegundirnar geta skipt hundruðum en eru venjulega 30-40 talsins í ristlinum. Verulegur hluti hægða eru örverur. Í þarminum brjóta þær niður trefjaefnin og vinna úr þeim fitusýrur, sem hamla bólguviðbrögðum auk þess að aðstoða við myndun K- og B-vítamína og brjóta niður gallsýrur og stera. Þessar stuttu fitusýrur sem myndast í þarminum koma frá trefjaefnunum og er talið að þær séu lykillinn að þeim jákvæðu forvörnum, sem framkallast við neyslu trefjaefnanna. Á ýmsan hátt má líkja örveruflóru meltingarvegarins við innkirtlastarfsemi líkamans.

Ráðleggingar: Þegar Burkett og Trowel gerðu mælingar sínar á trefjaefnaneyslu landsmanna reyndist hún vera um 100 g/mann/dag í Úganda en um 15 g/mann/dag á í Bretlandi. Algengar ráðleggingar í dag eru 25-30 g/d (í Evrópu 14 g per 1000 hitaeiningar/d). Þetta finnst mörgum of lítið og vilja miða við 50 g/mann/dag eða meira. Embætti landlæknis ráðleggur heilkorn og trefjar minnst tvisvar á dag. Trefjaríkan mat má finna í heilkorni, grófu brauði, ávöxtum, baunum, hnetum, fræjum og litríku grænmeti.

Heimildir

1. Jónsson Á. Um mataræði og menningarsjúkdóma. Læknablaðið 1974; 5-8: 129-33.
2. O'Keefe SJ. The association between dietary fibre deficiency and high-income lifestyle-associated diseases: Burkitt's hypothesis revisited. Lancet Gastroenterol Hepatol 2019; 4: 984–96.
3. Sánchez-Castillo, Dewwy PJ, Bourges H, et al. Dietary fibre, what it is and how it is measured. Arch Latinoam Nutr 1994; 44: 66-75.

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Óttar Guðmundsson
Helga M. Ögmundsdóttir
Sigurður Guðmundsson
Friðrik Yngvarsson
Gísli Einarsson

Öldungaráð
Guðmundur Viggósson
Jóhannes M. Gunnarsson
Kristófer Þorleifsson
Margrét Georgsdóttir
Reynir Þorsteinsson

Ritstjóri
Helga M. Ögmundsdóttir



ICELAND TRAVEL

Er komið að þér að halda ráðstefnu ?

Við hjá Iceland Travel Ráðstefnum höfum áratuga reynslu af skipulagningu ráðstefna og funda.

Á undanförnum árum höfum við skipulagt og séð um framkvæmd ráðstefna á borð við:
„ Arctic Circle ", Læknadaga, Landsþing sveitafélaga, „ Iceland Fishing Expo " svo eitthvað sé nefnt.

Við erum hér fyrir þig!

radstefnur@icelandtravel.is I www.icelandtravel.is/mice



Kristján IV ákvað að endurreisa borgina undir sínu nafni eftir stórbruna árið 1624 og Christiania torv varð þá upphafsreiturinn.







Myndir af Legenes hus, húsi norska læknafélagsins, í hjarta Oslóar.

Árlegur fundur ritstjórna norrænu læknablaðanna

Ritstjórnir norrænu læknablaðanna hittust í Osló í byrjun september. Fundurinn var haldinn í húsi norska læknafélagsins, Legenes hus, sem var endurnýjað að fullu á meðan á heimsfaraldri Covid-19 stóð og hýsir líka skrifstofur norska læknablaðsins, *Tidsskriftet*. Húsið stendur við einn elsta miðpunkt Oslo, Christiania torv, sem er torgið sem dansk-norski kóngurinn Christian IV ákvað eftir stórbruna í borginni, árið 1624, að yrði endurbyggt og torgið gert að miðpunkti Osló, en listaverk með hönd hans prýðir torgið.

Fundirnir eru verulega mikilvægir öllum norrænu læknablöðunum, sem sést best á því hve góð mæting er frá löndunum fimm, Danmörku, Finnlandi, Íslandi, Noregi og Svíþjóð. Opin umræða er um allt er varðar blöðin, gang blaðanna, lestur þeirra, dreifingu, kostnað, innhald fræðilegs sem félagslegs efnis og skipst á skoðunum um hvað er gott og hvað megi betur fara. Læknafélögin standa að baki útgáfu norrænu læknablaðanna en öll blöðin hafa fullkomið ritstjórnarlegt sjálfstæði, fyrir utan reglubundinn pistil frá stjórn læknafélaganna í sumum tilfellum. Prentað eintak blaðsins er enn mikilvægasta formið en blöðin eru einnig birt í opnum aðgangi á netinu. Í heimi breytinga er mikilvægt að fylgjast með hvað gengur vel, til dæmis hvað varðar Facebook sem læknar virðast nota minna en almenningur meira. Hvar er umferðin mest, hvaða greinar eru mest lesnar. Hvað vilja læknar lesa og ekki síst, hvað vilja læknar hlusta á. Hlaðvörpin eru greinilega að taka meira pláss og það var gaman að kynna nýtt hlaðvarp *Læknablaðsins* sem einmitt fór í loftið daginn fyrir fundinn og hefur hlotið verðskuldaða athygli.

En þó læknablöðin séu öll að nútímavæðast eru það alltaf fræðigreinarnar sem eru meginstoð blaðanna og afar gefandi umræður voru um þær, svo sem varðandi ritrýni, lengd, framsetningu, innihald og fleira.

Við nutum gestrisni norska læknablaðsins að loknum löngum fundi. Skoðað var nýja Munch-safnið með leiðsögn undir merkjum heilsu – en lífssaga Munchs tengdist mikið sjúkdómum og sorg eins og sjá má í verkum hans. Fundurinn var mikil innspýting góðra hugmynda og gefandi umræðna um útgáfu læknablaðs og ómetanlegt fyrir litla þjóð að vera þátttakandi í svo nánu og gefandi samstarfi.



Helga Ágústa Sigurjónsdóttir
ritstjóri Læknablaðsins

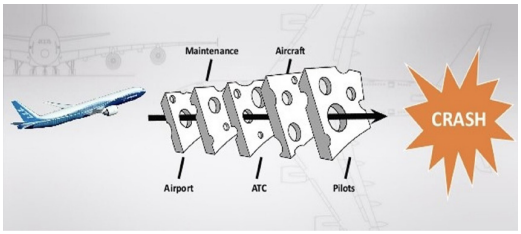
Þetta flugöryggi



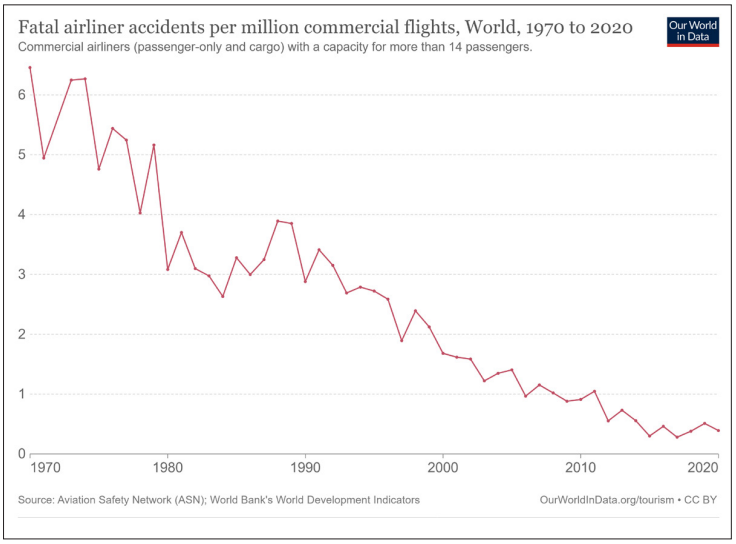
Atli Einarsson
sérfræðingur í hjartasjúkdómum og fluglæknir

Undanfarin sjö ár hef ég unnið í hlutastarfi við heilbrigðisskoðanir flugmanna og flugumferðarstjóra. Til að öðlast slík réttindi og gefa út heilbrigðisvottorð þarf að taka tvö námskeið erlendis og uppfylla að öðru leyti kröfur Samgöngustofu. Ég sótti fyrra námskeiðið til norska flughersins í Osló og hið síðara til Lufthansa í Frankfurt. Á þessum námskeiðum var farið víða en flugöryggi vakti sérstaka athygli hjá mér. Fæst starfsemi er jafn viðkvæm fyrir slysum og flugiðnaðurinn og fréttir af óhöppum dreifast um heimsbyggðina á ógnarhraða.

Flugóhöpp voru algeng á eftirstríðsárunum þegar farþegaflug fóru að verða algeng og vel fram á níunda áratuginn. Rannsóknir voru óvandaðar, og oftar en ekki voru flugmennirnir einir taldir hafa valdið óhöppum og þeim var jafnvel refsað. Flugiðnaðurinn breytti síðan algerlega um stefnu þar sem höfuðáhersla var lögð á að komast að því hvað raunverulega olli slysi og gera ráðstafanir til að draga úr líkum að það gerðist aftur. Reynslan sýndi að þegar óhöpp urðu var það vegna margra samhangandi atvika sem gerðust í ákveðinni röð (mynd 1). Stofnaðar voru óháðar rannsóknarnefndir sem unnu í náinni samvinnu við aðra aðila sem tengdust óhappinu. Öryggismenning var virkjuð meðal allra aðila innan flugsins og breytingar gerðar í námi og þjálfun. Óhöppum í farþegaflugi hefur fækkað gríðarlega síðastliðin 40 ár, sérstaklega í hinum vestræna heimi. Mynd 2 sýnir banaslys í farþegaflugi á 40 ára tímabili þar sem fækkunin sést greinilega. Um er að ræða flugvélar fyrir 14 farþega eða fleiri og miðað við milljón flug.



Mynd 1. *Svissneski osturinn. Nokkrir atburðir þurfa að eiga sér stað til að slys verði. Mynd/wikipedia*



Mynd 2. *Banaslys í farþegaflugi á 40 ára tímabili og fækkunin sést greinilega.*

Mannlegi þátturinn kemur við sögu í flestum óhöppum og því er gert ráð fyrir honum og önnur kerfi taka mið af því. Það er hægt að draga úr líkum á óhöppum með því að huga vel að hvíldartíma og vinnuálagi en þreyta er ein stærsta ástæða óhappa. Mikil áhersla er síðan lögð á að koma í veg fyrir að mannlegi þátturinn valdi óhöppum, meðal annars með tékklistum og öryggisbúnaði flugvéla. Þjálfun í áhafnasamstarfi hefur einnig mikil áhrif í að fækka óhöppum.

Það sem einkennir góða öryggismenningu er að:

- fyrirtækið sé meðvitað um stöðu öryggismála.
- starfsfólk sé viljugt að segja frá óhöppum og atvikum sem næstum leiddu til óhapps.
- það sé til staðar refsileysi þegar óhöpp eiga sér stað.
- allir séu viðbúnir hinu óvænta.
- fyrirtæki geti breytt um aðferðir sé þess nauðsyn.
- aðilar séu reiðubúnir að læra af óhöppum.

Ýmsar aðrar atvinnugreinar hafa látið öryggismál til sín taka. Oft hefur aðaláherslan verið á rannsóknir en ekki gengið alla leið. Ef orsök óhapps er ljós eða ekkert á að gera í framhaldinu eru rannsóknir óþarfar.



„Ég hef ekki verið mikið í klínískri vinnu að undanförnu því skiladagur á doktorsritgerðinni nálgast.“ Mynd/aðsend

Dagur í lífi innkirtlalæknis

Margrét Einarsdóttir

06:30 Vakna við hlátur. Synirnir, tveggja og sex ára, eru vaknaðir og greinilega gaman hjá þeim. Stuttu seinna öskrar yngri sonurinn og ég fer á fætur. Morguninn gengur vel fyrir sig. Í dag er minna stress en venjulega því ég vinn heima og eiginmaðurinn, Baldur Þórólfsson, er ekki með neinar aðgerðir. Ég hef ekki verið mikið í klínískri vinnu að undanförnu því skiladagur á doktorsritgerðinni nálgast. Ritgerðin, sem fjallar um bælingu nýrnahettna vegna sykursteranotkunnar, er næstum tilbúin og leiðbeinendur mínir eru að lesa hana yfir.

07:30 Eiginmaðurinn fer með synina í skóla og leikskóla. Ég borða morgunmat í rólegheitunum.

08:00 Opna tölvuna. Skoða tölvupóst frá Gautaborgarháskóla, forsíðan á ritgerðinni er tilbúin. Sendi nokkra tölvupósta til að skipuleggja prufu á tæknilegum atriðum þremur dögum fyrir vörnina.

09:30 Sendi inn vísindagrein sem er hluti af doktorsritgerðinni. Eitt vafaatriði og ég sendi tölvupóst á leiðbeinandann minn, Óskar Ragnarsson, og fæ svar um hæl. Næ að senda greinina inn og vona að ritstjórn tímaritsins finnist hún áhugaverð.

11:30 Fæ skilaboð frá kollega. Einn af sjúklingunum mínum fór í blóðprufu í morgun og rannsóknastofan hringdi því kortisólgildið er lágt. Þessi sjúklingur er með þekktan kortisólskort vegna sykursteranotkunar. Hér er lítil hætta á ferð því sjúklingurinn er kominn á uppbótarmeðferð og tekur hýdrókortison töflur tvisvar sinnum á dag. Þar að auki er sjúklingurinn búinn að fá fræðslu um kortisólskort.

12:15 Fer út að hlaupa, borða hádegismat og fer í sturtu.

13:30 Zoom-fundur með Ragnhildi Bergþórsdóttur, kollega á innkirtladeild Sahlgrenska-sjúkrahússins. Eftir tvo daga eigum við að kynna grein sem við skrifuðum um Addison-sjúkdóm. Greinin var valin ein af bestu greinum *Läkartidningen* í fyrra og því vorum við beðnar um að kynna greinina fyrir kollegum á lyflækningasviði Sahlgrenska. Við skipuleggjum fyrirlesturinn, Ragnhildur mun kynna eitt tilfelli og ég mun fjalla almennt um Addison-sjúkdóminn.

15:00 Eiginmaðurinn, Baldur Þórólfsson bæklunarlæknir kemur heim. Á miðvikudögum sinnir hann Frölunda íshokkíliðinu og þá er hann stundum búinn snemma. Við sitjum með tölvurnar og vinnum. Hann er líka í doktorsnámi og þarf að svara ritrýnum.

16:15 Sæki synina. Eins og venjulega mikil gleði þegar bræðurnir hittast en sú gleði endist mislengi. Þeir leika sér á skólalóðinni. Hitti íslenska kollega sem eru að sækja börnin sín.

17:00 Stutt stopp heima. Klæði yngri soninn í íþróttaföt, set hann í kerruna og labba af stað. Næst á dagskrá er íþróttanámskeið fyrir 2-3 ára börn. Sjáum til hvernig það gengur.

17:20 Sonurinn eltir bolta og ég elti soninn.

18:00 Hittum eldri soninn og eiginmanninn fyrir utan íþróttahúsið. Förum á pizzastaðinn í hverfinu.

19:00 Komum heim. Ég og eiginmaðurinn ákveðum að skipta liði. Ég svæfi drengina og hann vinnur í tölvunni. Næ sjálf að vinna í fyrirlestrinum á meðan drengirnir sofna.

20:30 Synirnir sofnaðir. Við hjónin höfum þá reglu að gera eitthvað skemmtilegt þegar drengirnir eru sofnaðir. Í þetta skiptið horfðum við á sænskan grínþátt. Gott að horfa á eitthvað fyndið fyrir svefninn.

22:15 Komin upp í rúm. Ég fer yfirleitt snemma að sofa því það er engin leið að vita hvernig synirnir sofa á nóttunni.

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

Sigurveig Pétursdóttir
barnabæklunarlæknir



Fannst fagið vera góð blanda

Í kennslu læknadeildar var einn kennari sem sagði skýrt að bæklunarskurðlækningar væru ekki fyrir konur. Það þótti allt í fína lagi að segja það hátt og skýrt í fyrirlestri. Ég hef nú ekki verið mikið fyrir troðnar brautir og hlustaði ekki á hann. Eins og gefur að skilja sótti ég ekki um stöðu á því sjúkrahúsi þar sem hann vann.

Þegar ég var í læknadeildinni vaknaði áhugi minn á bæklunarskurðlækningum, ég velti vissulega fyrir mér öðrum sérgreinum, svo sem barnalækningum og taugalækningum. Þegar ég útskrifaðist var ég viss um að bæklunarlækningar væru rétt sérgrein fyrir mig.

Bæklunarlæknar á Borgarspítala tóku mér afar vel þegar ég hóf störf þar. Ég heillaðist af fjölbreytni bæklunarlækninga, þar sem bæði er mikil göngudeildarstarfsemi auk skurðaðgerða. Starfið er blanda af að lækna og líkna.

Helstu fyrirmyndir mínar hér á landi voru Haukur Árnason, Rögnvaldur Þorleifsson og Stefán Carlsson, allt frábærir fagmenn.

Ég hlaut sérfræðimenntun mína í Svíþjóð, byrjaði í Umeå, síðan Västerås og að lokum í Uppsölum. Ég held að það sé til góðs að eyða ekki öllum sínum starfsárum á sama stað og mjög mikilvægt að sjá hvernig „aðrir“ gera.

Ég bjó 15 ár í Svíþjóð og varði síðustu átta árunum á barnabæklunardeild. Þá var ég orðin sérfræðingur og bauðst að koma á barnabæklun þegar einn þeirra fastráðnu lækna fór í rannsóknarfrí. Það var minn lukkudagur því ég fann strax að þetta var undirsérgrein sem var heillandi. Vinna með börnum hefur mér alltaf þótt skemmtileg og hreinskilnin í samskiptum við börn einstaklega gefandi. Oft koma spurningar sem eru beinskeyttar svo sem: „Hvað ertu gömul?“, „Af hverju þarf ÉG að fara í skurðaðgerð?“ og „Trúir þú á guð?“

Það tók mig nokkuð langan tíma að finnast ég kunna eitthvað í barnabæklunarlækningum, meðal annars þar sem stór hluti starfsins fer í að sinna sjaldgæfum vandamálum. Það er hins vegar líka það sem gerir starfið skemmtilegt. Stór hluti starfsins fer í að sinna börnum með langvarandi vandamál og þá skapast oft tengsl við barn og fjölskyldu þess sem eru einstök.

Alla starfsævina finnst mér ég vera að læra eitthvað nýtt. Mér hefur einnig fundist alveg ómetanlegt að sækja árlega ráðstefnur og halda kunningskap við sænska barnabæklunarlækna og hafa möguleika á að ráðfæra mig við þá eftir þörfum.

Þegar ég hóf störf á Íslandi var blómleg barnadeild í Fossvogi, þar var góð aðstaða og unnið öflugt starf sem veruleg eftirsjá er að. Þar kynntist ég Höskuldi Baldurssyni sem þá var að ljúka starfsferli sínum sem barnabæklunarlæknir, hann var bæði flinkur og fróður og var gefandi að fá að starfa með honum.

Í heiminum í dag er vaxandi þörf fyrir bæklunarlækna, ekki síst barnabæklunarlækna, og vonast ég til að ungir læknar komi auga á þessa frábæru sérgrein og þá óþrjótandi möguleika sem felast í henni.

Í kennslu læknadeildar var einn kennari sem sagði skýrt að bæklunarskurðlækningar væru ekki fyrir konur. Það þótti allt í fína lagi að segja það hátt og skýrt í fyrirlestri. Ég hef nú ekki verið mikið fyrir troðnar brautir og hlustaði ekki á hann. Eins og gefur að skilja sótti ég ekki um stöðu á því sjúkrahúsi þar sem hann vann.

BÆKLUNARLÆKNINGAR

Eyþór Örn Jónsson
bæklunarlæknir í Orkuhúsinu og á Sjúkrahúsinu á Akureyri



Það er ljómandi gott að vera bæklunarlæknir!

Það voru tvær meginástæður fyrir því að ég valdi bæklunarlækningar.

Við fyrstu kynni mín af sérgreininni sem læknanemi á fjórða ári fannst mér eftirtektarvert hvað það er hægt að hafa afgerandi áhrif á líf fólks með aðferðum bæklunarlækninganna. Fólk sem hafði til dæmis verið mjög þjakað af verkjum og skertri hreyfigetu en gengist undir liðskiptaaðgerð vegna slits á lið kom til baka á göngudeild eftir nokkra mánuði og fannst lífið hafa gjörbreyst til hins betra. Í dag er kannski litið á slíkar meðferðir sem sjálfsagðar en í rauninni er um að ræða hálfgerðar kraftaverkalækningar.

Það eru ekki nema 30-40 ár síðan farið var að gera liðskiptaaðgerðir á mjöðmum og hnjám að einhverju ráði. Fram að því gat fólk á besta aldri með slitna liði þurft að sætta sig við verulega skert lífsgæði eða í versta falli að sitja í hjólastól. Sumir hafa gengið svo langt að tala um liðskiptaaðgerðir á mjöðm sem „aðgerð 20. aldarinnar“.[1]

Í öðru lagi þá er sérgreinin stór að umfangi og innihaldið fjölbreytt, sem mér fannst vera kostur fyrir starfsferilinn ef aðstæður eða áhugi skyldu breytast. Innan sérgreinarinnar rúmast allt frá litlum og einföldum aðgerðum upp í stórar og flóknar. Notaðar eru fjölmargar mismunandi aðferðir: speglanir, gerviliðir, innri festing á brotum – bara til að nefna nokkur dæmi. Bæklunarlækningar bjóða bæði upp á möguleikann á vinnu á spítala með vöktum og vinnu á stofu. Starfsemi sérgreinarinnar tekur til allra aldurshópa og það eru ágætir möguleikar á skrifstofuvinnnu af ýmsu tagi, til dæmis við vottorðaskrif.

Sumarið 2006, eftir fjórða árið, vann ég á skurðdeildum Sjúkrahúsins á Akureyri. Ég fann að ég dróst að því sem hafði að gera með bæklunarlækningar og mér var vel tekið af læknum deildarinnar, sem hafði jákvæð áhrif. Eftir það var ég meira og minna búinn að ákveða mig þó ég hafi velt valinu eitthvað fyrir mér út frá vinnu- og vaktaálagi, hugsanlegum fjölskylduaðstæðum í framtíðinni og svo framvegis. Veigamikill þáttur var að ég vildi velja sérgrein sem mér fannst líklegt að ég myndi ennþá hafa áhuga á eftir nokkra áratugi – sem hefur staðist hingað til. Ég átti tvö mjög góð og lærdómsrík ár sem deildarlæknir á Landspítala. Sérfræðingar deildarinnar veittu mjög góða kennslu í að framkvæma skurðaðgerðir, sem var ómetanlegt veganesti þegar ég hóf sérnám á Sahlgrenska-sjúkrahúsinu í Gautaborg árið 2011.

Við fyrstu kynni mín af bæklunarlækningum sem læknanemi á fjórða ári fannst mér eftirtektarvert hvað það er hægt að hafa afgerandi áhrif á líf fólks með aðferðum bæklunarlækninganna.

Ég sérhæfði mig í axlar- og olnbogavandamálum á Sahlgrenska-sjúkrahúsinu eftir að sérnáminu lauk árið 2015. Allt hefur kosti og galla en ég vildi helst hafa undirsérhæfingu sem gengi út frá líkamshluta óháð því hvaða tækni eða aðferðir eru notaðar til meðferðar. Ein af ástæðum þess að ég valdi að fara í læknisfræði frá byrjun var sú að ég sá fyrir mér að það væri stöðugt hægt að læra nýja hluti – sem hefur heldur betur reynst raunin. Það hafa orðið miklar framfarir í meðferð á axlar- og olnbogavandamálum frá aldamótum. Notkun svokallaðra viðsnúinna gerviliða í öxl (*reverse total shoulder arthroplasty*) hefur til dæmis aukist verulega og valdið byltingu í meðferð fólks með langt gengið slit í axlarliðnum. Vandamál í olnbogum eru ekki jafn algeng og í öxlum en í sumum tilfellum er hægt að bæta ástandið með meðferðum svo sem gervilið, liðlosun (með speglun eða opið) eða liðbandaaðgerð. Það er fyrirsjáanlegt að enn frekari breytingar verði á næstu árum innan þessa geira.

Ég varði doktorsritgerð frá Sahlgrenska-Akademíunni í Gautaborg árið 2022. Ég komst í kynni við rannsóknarvinnu strax sem sérnámslæknir á Landspítala, sem var mjög gagnlegt. Ég vildi hins vegar bíða með að hella mér út í rannsókarvinnu af alvöru þangað til málin skýrðust varðandi hvaða klínísku vinnu ég myndi sinna. Ég hef síðustu árin samtvinnað klíníska vinnu vegna axlar- og olnbogavandamála við rannsóknir á sama efni, sem hefur reynst gefa mikil og góð samlegðaráhrif þekkingarlega séð og leiddi smám saman af sér doktorsritgerð.

Við fjölskyldan fluttum til Íslands sumarið 2023. Í dag starfa ég í Orkuhúsinu og í hlutastarfi á Sjúkrahúsinu á Akureyri og sinni fyrst og fremst axlar- og olnbogavandamálum.

Heimild

1. Learmonth ID, Young C, Rorabeck C. The operation of the century: total hip replacement. Lancet 2007; 370: 1508-19.



Maðurinn minn tók myndina þegar ég var nýbyrjuð í sérnáminu á augndeildinni í Vejle. Ég held á dóttur okkur, Láru Lillian tveggja ára, og er ólétt að Karli Jóhanni.

Sveina Björk Karlsdóttir
augnlæknir

Íslenska stelpan

Ég gerði mér fyrst grein fyrir því þegar ég settist niður til að skrifa grein fyrir íslenska *Læknablaðið* að ég hef ekki skrifað almennilega á mínu móðurmáli frá því ég fluttist búferlum til Danmerkur árið 2008 til að hefja nám í læknisfræði í Árósum. Upphaflega ætlaði ég mér alltaf að flytja út, stunda námið og snúa svo aftur heim til Íslands en eins og svo oft í lífinu breyttust þær áætlanir.

Í dag bý ég, ásamt dönskum eiginmanni mínum og tveimur börnum, í Vejle, í suðausturhluta Jótlands. Hér unum við okkur vel enda er Vejle þekkt fyrir náttúrufegurð með löngum dölum, bröttum brekkum og miklu skóglendi. Það er hreint yndislegt að vera í slíkri nánd við náttúruna enda er ég mikið náttúrubarn sjálf. Vejle uppfyllir því margt af því sem mér er kærast við Ísland.

Það reyndist mér oft og tíðum erfitt að tileinka mér annað tungumál, en í dag er ég jafnvel farin að hugsa á dönsku. Ég hef þó aldrei reynt að tala dönskuna með dönskum hreim því mér fannst það einhverra hluta vegna ekki eiga við mig. Það kemur því ekki á óvart að sjúklingar mínir eiga það til að spyrja mig hvaðan ég sé en einnig hvort að nafn mitt megi draga af danska þjóðarfuglinum, svaninum. Ég ákvað að flytja til Danmerkur áður en ég sótti um nám í læknisfræði því ég vildi ná tökum á tungumálinu. Ég hóf nám í saum og hönnun við Textilskolen í Holte í Kaupmannahöfn og þar kynntist ég þremur stelpum, tveimur frá Íslandi og einni frá Ástralíu og endaði með því að tala ensku alla önnina. Ég gat því ekki einu sinni gert mig skiljanlega á dönsku þegar ég reyndi að panta mér vatnsglas á veitingastað. Ég áttaði mig þó fljótt á því að Danir bera ekki fram orðin eins og þau eru skrifuð.

Það fór svo að ég hóf námið í Árósum, með lítil sem engin tök á tungumálinu og skildi ekki stakt orð í þeim fyrirlestrum sem ég sat. Tungumálið kom svo hægt og bítandi en lengi vel sat ég stjörf þegar samnemendur mínir skellihlógu að hnyttni fyrirlesarans því þrátt fyrir að hafa náð ágætis tökum á dönskunni þá tók enn lengri tíma að skilja danska húmorinn.

Ég var ung að árum þegar ég ákvað að ég skyldi verða læknir. Forsaga þess er að ég greindist ung með astma og fór í reglulegar skoðanir til Björns Árdal astma- og ofnæmislæknis. Hann hafði mikil áhrif á mig og greinilegt að hann hefur hrifið mig mikið því ég man ekki eftir öðru en að ég hafi alltaf viljað vera læknir þegar ég yrði stór. Ég hlýt að hafa rætt það líka við hvern sem vildi hlusta því ég var aðeins níu ára þegar vinkona mín teiknaði mig sem skurðlækni og sú mynd hefur fylgt mér alla tíð. Þegar maður rýnir í myndina stend ég fyrir framan skurðarborð með bangsa í annarri hönd og skurðarhníf í hinni. Svo má sjá stækkunargler á höfðinu, sem er skemmtileg tilviljun þar sem leið mín lá ófyrirsjáanlega í augnlæknisfræði. En sú ferð var ekki án krókaleiða því ég var upphaflega staðráðin í að ganga í danska herinn sem læknir og mér tókst á einhvern undraverðan hátt að sannfæra þá um að ég væri fullfær um það og þeir buðu mér að mæta í inntökuprófið, þeir vissu jú að ég var greind með astma. Þrátt fyrir að hafa staðist prófin fengu þeir svo ekki leyfi hjá „hvítu mafíunni“ eins og þeir orðuðu það vegna astmans. Það var ákveðið bakslag fyrir mig á þeim tíma.

Í dag er ég þó ánægð hvernig allt fór því stuttu fyrir prófin kynntist ég manninum mínum og ári síðar eignuðumst við fyrsta barnið okkar. Ég var einnig svo gæfusöm að hafa starfað kandídatsárið mitt með lækni sem tjáði mér að henni þætti augnlæknisfræði hæfa mér einkar vel. Það fór svo að ég sótti um nokkurs konar kynningarstöðu á augnlæknadeildinni í Vejle. Sú sérgrein og deild hreif mig frá fyrsta degi. Stuttu eftir það fluttum við fjölskyldan til Vejle og nú höfum við búið hér í rúm fjögur ár og aðeins sjö mánuðir eftir af sérnáminu. Ég er þó ekki tilbúin til að verða fullorðin alveg strax og lét því til leiðast að taka doktorspróf á augnlæknadeildinni í Vejle áður en ég klára sérnámið.

Eftir 15 ár í Danmörku er mín gjarnan getið sem íslensku stelpunnar og oft er ég spurð hvort ég ætli nú ekki að flytja heim að loknu námi. Svarið er enn hið sama: „hver veit?“

Auglýsing

Auglýsing