

Röntgenlæknar týna tölunni einn af öðrum á Landspítala

Vinnuálagið sem Enrico B. Arkink röntgenlæknir flúði frá í heimalandinu Hollandi hefur elt hann uppi. Stöðugildum á Landspítala hefur fækkað úr 21 í 8,2 á 5 árunum hans hér. Hann leggur áherslu á að snúa verði þróuninni við. Liður í því sé að hverfa frá mikilli myndatöku hér á landi, sem sé langt umfram það sem þekkist víða í Evrópu og nálægt því sem gerist í Bandaríkjunum

■■■ Gunnhildur Arna Gunnarsdóttir

Á þeim 5 árum sem Enrico B. Arkink hefur unnið hér á landi hefur stöðugildum röntgenlækna í greiningum á Landspítala fækkað úr 21 í 8,2. „Við þyrftum hins vegar að vera með tæplega 27 stöðugildi til að vinna almennilega,“ segir Enrico en bendir um leið á að síðan áætlunin var gerð hafi starfsemin enn aukist. Hann minnir á þrjár meginstoðir Landspítala sem háskólasjúkrahúss: Klíník, kennslu og vísindi.

„Síðan ég kom á spítalann hefur nánast alveg verið horfið frá vísindunum. Í það minnsta á deildinni minni, enda enginn tími til þess.“

Áhyggjurnar sem Marianna Garðarsdóttir, yfirlæknir röntgendeildarinnar og fyrrum formaður Félags röntgenlækna, viðraði í *Morgunblaðinu* fyrir 12 árum hafa ræst. Hún, sem nú er yngsti íslenski röntgenlæknirinn á spítalanum – á sex-tugsaldri, sagði þar „útlit fyrir gríðarlega blóðtöku“. Stéttin að eldast. Rót viðtalsins var grein hennar „Mannaflí og framtíðarhorfur íslenskra röntgenlækna 2010“ í *Læknablaðinu* þar sem hún spurði: Hvað er til ráða?

Marianna tekur nú einnig undir

áhyggjur Enricos sem hann segir hér frá og hún leggur áherslu á: „Það er mjög erfitt að manna þjónustuna sem er sívaxandi og lítið svigrúm til framþróunar, hvað þá vísindastarfs.“

Enrico segir álagið mikið. „Við getum ekki gert allt það sem okkur bæði langar að gera og teljum nauðsynlegt að gera,“ segir hann. „Rannsóknir sem áður voru gerðar á spítalanum eru nú hjá einkageiranum.“ Brjóstamiðstöðin hafi til að mynda fært aflesturinn til einkafyrirtækis. Önnur verk liggi óhreyfð eða tefjist.

Afturför sem snúa verði frá

„Ef við viljum nútímavæðast og komast á sama stall og aðrar vestrænar þjóðir, þar á meðal flest hin Norðurlöndin, verðum við að fjárfesta í mannafla,“ segir hann og telur að spítalinn hafi verið betur samanburðarhæfur við Norðurlöndin, lítið til stoðanna þriggja, fyrir tveimur áratugum en hann er nú. „Ef við viljum komast þangað aftur verðum við að snúa þróuninni við.“

Sólin skín fyrir utan spítalann á frá-

bærum vordegi í aprílmánuði. Fáir úti en inni er allt troðfullt af fólki. Enrico sest niður við tölvurnar sínar á E3. Fjölskyldan hefur komið sér vel fyrir á Íslandi, landinu sem hann elskaði áður en hann flutti hingað. „Ég held ég hafi komið minnst 10 sinnum áður en ég hóf störf á spítalanum,“ segir hann, spurður hvað dró hann hingað umfram aðra staði. Röntgenlæknar eftirsóttir. En þurfa þeir að vinna á staðnum?

„Já, það er nauðsynlegt fyrir traustið,“ svarar hann. „Læknar vilja getað talað við þann sem gerir úrlesturinn til að skilja betur það sem þeir fást við. Þessi samvinna skilar bestu niðurstöðunni fyrir sjúklinginn en getur farið forgörðum, tali fólk ekki saman.“

Enrico er sem áður sagði Hollendingur og þótt staðan sé erfið hér, segir hann hana ekki síður erfiða þar. „Nærri tvöfalt fleiri röntgenlæknar eru á Íslandi en í Hollandi miðað við höfðatölu. Hins vegar, eins og Marianna benti á fyrir 12 árum, eru þeir hér á landi að eldast og halda áfram að starfa eftir sjötugt.“ Þó megi merkja að sífellt fleiri kjósi að hætta fyrir.



„Þessir lækningar verða að vilja vinna við þessar aðstæður,“ segir hann. „Við þurfum að tryggja að svo verði. Mörg sem hér hafa hætt hafa gert það vegna vinnuálags og skorts á gleði við störf sín.“ Þá hafi aðrir vinnustaðir heillað, eins og Sjúkrahúsið á Akureyri og einka-klíníkur.

„Fólk hefur því val og sér að vakta-byrðin hér er það mikil að flóknari meinafræði freistar þeirra ekki lengur heldur eykur á álagið á meðan það getur kosið að vinna dagvinnutíma á einkastofum. Svo þegar vísindin skortir einnig er það talið auðveldara, sérstaklega þegar þú ert ungur og sinnir börnum. Við verðum að tryggja að spítalinn sé samkeppnishæfur og virði jafnvægi vinnu og einkalífs.“

Of margar myndatökur

Enrico segir vestrænar röntgendeildir almennt stefna á að auka afköstin um 15% á ári. „Við höfum enga burði í slíkan vöxt og myndum aðeins geta gert það ef við myndum hætta að gera óþarfa rannsóknir,“ fullyrðir hann og horfir til Hollands og hversu skilvirk þjónustan sé þar.

„Heilbrigðiskerfið þar er orðið mjög markaðsdrifið. En það góða í Hollandi er að þar er minna um myndgreiningar-

rannsóknir. Hér voru gerðar um 215 tölvusneiðmyndarannsóknir á hverja 1000 íbúa á árinu 2021 en þar 114. Hins vegar voru þær aðeins 58 í Finnlandi. Við gerum því fjórfalt fleiri hlutfallslega en Finnar,“ segir hann og vísar í tölur Efnahags- og framfarastofnunarinnar, OECD.

„Ég er ekki að segja að þetta sé gert rétt í Hollandi, hvað þá í Finnlandi, en hér á landi erum við nær Bandaríkjunum þegar kemur að röntgenmyndatökum og þar er hvatt til þess að mynda skynsamlega,“ segir hann, en þar voru þær 255 á hverja 1000 árið 2021. „Lækningar eru þar lögsóttir fyrir að krefjast óþarfa mynda.“ Hann fullyrðir þó að hér séu allt of margar sneiðmyndir teknar miðað við aðstæður.

„Já, sérstaklega litið til þess að íslenska þjóðin er með þeim yngstu í Evrópu,“ bendir hann á. „Það mætti því ætla að þar sem við erum með færri yfir 65 ára aldri ættum við að mynda minna, en við myndum meira.“ Hvers vegna? „Ég tel eina helstu ástæðuna varnarlæknisfræði (*defensive medicine*),“ segir hann. Margar rannsóknir séu gerðar til útilokunar.

„Þessar rannsóknir eru umfram alþjóðlegar klínískar leiðbeiningar,“ segir hann og hvetur til að þeim sé betur fylgt

Enrico B. Arkink röntgenlæknir hefur starfað á Landspítala síðustu 5 ár og horft á bak mörgum góðum kollegum á þeim árum. Læknar á deildinni fylltu 21 stöðugildi þegar hann hóf störf en nú aðeins 8,2. Mynd/gag

Þessir lækningar verða að vilja vinna við þessar aðstæður,“ segir hann. „Við þurfum tryggja að svo verði. Mörg sem hér hafa hætt hafa gert það vegna vinnuálags og skorts á gleði við störf sín.“ Þá hafi aðrir vinnustaðir heillað

hér á landi. Hann nefnir dæmi um að nýlega hafi þau skoðað tölvusneiðmyndir af rúmlega níraðri konu til að sjá hvort hún hefði blóðsegarek í lungum.

„Það reyndist rétt. En svo heyrðum við að lækarnir hefðu þegar rætt að óháð niðurstöðunni yrði ekki brugðist við greiningunni,“ segir hann.

„Það má því spyrja hvers vegna konan var send í rannsókn sem jók álagið á hana auk þess sem hún naut ekki ávinnings af rannsókninni,“ segir hann og spyr hvort þetta hafi hugsanlega verið fyrir lækna eða fjölskyldu hennar? Þetta sé siðferðisspurning sem horfast þurfi í augu við.

Hann bendir á rannsóknir í Lúxemborg sem áður hafi gert áþekkt margar sneiðmyndatökur miðað við höfðatölu og hér eru gerðar. Franskir og belgískir röntgenlæknar hafi verið beðnir að endurmeta nærri 390 beiðnir um tökur og spurðir hvort þeir hefðu óskað þeirra.

„Þeir mátu að þeir hefðu ekki beðið um 39% þeirra. Ég tel að hlutfallið væri ekki ósvipað hér,“ skýtur Enrico á.

Röntgen nýtt í fráflæðinu

Enrico segir einnig bágt fráflæðið af bráðamóttökunni auka álagið á röntgenlækna. „Stundum þurfum við að gera

Það má því spyrja hvers vegna konan var send í rannsókn sem jók álagið á hana auk þess sem hún naut ekki ávinnings af rannsókninni

rannsóknir sérstaklega til að ákveða hvort sjúklingar fari á deild A frekar en B. Þar sem þau á bráðamóttökunni geta ekki lagt fólk beint inn á deildir verðum við að gera rannsóknirnar til að ákveða á hvaða deild sjúklingurinn eigi að fara.“ Þarna lýsir hann harðri baráttunni við að halda sjúklingum frá deildum. Myndirnar séu þá jafnvel aðeins staðfesting á þegar rétttri greiningu lækna.

„Auðvitað eigum við að gera rannsóknirnar en ekki á meðan sjúklingurinn er enn á bráðamóttökunni því lækarnir þar vinna ekki með niðurstöðuna,“ segir hann og leggur með þessu áherslu á hvernig vandi spítalans kristallist á bráðamóttökunni.

Eins og sagði í byrjun hefur vinnuálagið elt Enrico uppi. „Ég sá möguleika á meira jafnvægi milli vinnu og einkalífs, en nú er ég kominn í sama farið og þegar ég sá nauðsyn þess að fara frá Hollandi.“ Staðan hafi þó ekki batnað heima fyrir. Hingað komi hollenskir röntgenlæknar í verktöku á deildinni.

„Ég heyri reglulega frá þeim að kulnun hrjái þar marga. Það er staðan í Hollandi. Þrátt fyrir skilvirknina er vinnuálagið um of og þeim er skipt út fyrir þá röntgenlækna sem hafa ekki vinnu.“

„Vinnuálagið er nú þegar of mikið því mér tekst ekki að gera allt sem ég vil gera. Ég er röntgenlæknir með sérfræðiviðurkenningu í myndgreiningu taugakerfis og HNE-svæðis. Ég er líka kennslustjóri hér, sem ætti að taka meiri tíma en ég get gefið, og er lektor í lækna-deild í Háskólanum, þar sem skortir fólk. Hvenær er þetta of mikið? Ég ræð við álagið en sé kollega heltast úr lestinni.“

Hann og bendir á að fleira sérhæfðara fólk þurfi á deildina; fleiri fræðinga en séu í sjónmáli. Væri stefnt á 1,5% vöxt deildarinnar á ári, sem sé mjög varlega áætlað, þyrftu bæði 75% þeirra sem eru í námi erlendis að koma heim og fleiri að fara í námið. Fimm nýja starfsmenn þyrftu á ári hverju næstu 15 árin til að halda í horfinu, nú þegar margir hætti vegna aldurs. Nú stundi of fáir sérnámið.

„Ef við ráðum aðeins í 2,5 stöðugildi á ári verðum við í nákvæmlega sömu stöðu og nú að þessum fimmtán árum liðnum.“



Læknablaðið kallar eftir umfjöllun um sjúkratilfelli

Ritstjórn vill virkja lækna í öllum greinum til að senda blaðinu forvitnileg og lærdómsrík sjúkratilfelli. Sjúkratilfelli fara í gegnum ScholarOne, fá ritrýni, vísindalega viðurkenningu, doi-númer og skráningu á PubMed

Sjúkratilfelli eru fyrst og fremst vettvangur til að kynna fátíða sjúkdóma eða sjaldgæfa birtingarmynd sjúkdóma og meðferð við þeim. Mikilvægt er að tilfellið sé lærdómsríkt og hafi kennslugildi fyrir hinn almenna lækni fremur en þróngan hóp sérfræðinga. Æskilegt er að augða kynninguna með myndefni, verði því við komið. Sjúkratilfellum er oftast skipt í þrjá kafla, a) ágrip, bæði á íslensku og ensku, b) stuttan inngang, c) tilfellið sjálft og c) umræðu. Í lýsingu á tilfellinu þarf að greina frá birtingarmynd og einkennum sjúklingsins, helstu atriðum í sögu og skoðun, niðurstöðum rannsókna og í hverju meðferðin fólst. Einnig er mikilvægt að nefna hvernig sjúklingnum reiddi af. Í umræðukaflanum þarf að útskýra af hverju þetta tiltekna tilfelli var valið til birtingar. Umræðuna þarf að tengja tilfellinu og draga fram sérstöðu þess með vísun í aðrar rannsóknir eða tilfelli. Koma þarf skýrt fram hvað hægt sé að læra af þessu tilfelli. Sjúkratilfelli mega ekki vera lengri en 2500 orð og ágrip þetta skal ekki vera lengra en 100 orð. Hægt er að birta samtals 3 myndir og/eða töflur og vísa í allt að 15 heimildir. Sjúkratilfellum þurfa að fylgja 4-6 lykilorð á ensku.

Handritaviðtökukerfi Læknablaðsins í ScholarOne:

<https://mc.manuscriptcentral.com/læknabladid>