

Þótti hafa þrönga sérmenntun

– viðtal við Höskuld
Baldursson skurðlækni

HÖSKULDUR BALDURSSON bækunarskurðlæknir man tímana tvenna í íslenskri lækningasögu. Náms- og starfsferill hans spannar ríflega hálfu öld en hann hóf nám í læknadeild við Háskóla Íslands haustið 1954. Hann fór í sérnám til Bandaríkjanna og kom heim sérfræðingur í bækunarskurðlækningum síðla árs 1967. Hann starfaði lengst af á bækunardeild Landspítalans auk þess sem hann rak eigin stofu mestallan starfsferil sinn.

„Þegar ég hóf nám í læknisfræði var náminu skipt í þrjú hluta og tekin próf í lok hvers hluta. Fyrsti hlutinn var áætlaður þrjú ár en vildi stundum verða lengri, algengt var að hann yrði þrjú og hálf ár. Breytingin úr menntaskóla yfir í akademískt umhverfi þar sem ekki var mætingaskylda og engin próf fyrr en eftir þrjú ár, nema próf í efnafræði eftir fyrsta árið reyndist mörgum erfið. Sumum reyndist erfitt að halda sig að bókinni. Í fyrsta hlutanum var fyrst og fremst kennd líffærafræði, lífefnafræði og lífeðlisfræði, hvernig heilbrigður líkami starfar, í öðrum hlutanum var kennd m.a. sjúkdómafræði og lyfjafræði og loks í þriðja hlutanum höfuðgreinar klínísku læknisfræðinnar, handlæknisfræði, lyflæknisfræði, kvensjúkdómar og fæðingarhjálp. Læknanemar byrjuðu ekki verklegt nám á spítölunum fyrr en í miðhlutanum. Ég kom fyrst í kúrsus eins og það var kallað, í handlæknisfræði, á Landakotsspítala, haustið 1957. Þá var þar Halldór Hansen eldri yfirlæknir í handlækningum. Bjarni Jónsson var kominn til starfa en árið 1956-57 var hann í Kaupmannahöfn að læra aðgerðir á höfuðslysum hjá dr. Busch sem þá var yfirlæknir á taugaskurðeild Ríkisspítalans í Kaupmannahöfn. Ferð Bjarna kom þannig til að áður höfðu engir taugaskurðlæknar verið hérlandis fyrr en Bjarni Oddsson kom til landsins í stríðslok. Hann leit reyndar fyrst og fremst á sig sem handlækni og kvensjúkdómalækni en hafði einnig starfað á taugaskurðeild Ríkisspítalans í Kaupmannahöfn. Hann dó í bílslysi á Miklubrautinni í Reykjavík haustið 1953 og þá stóðu menn frammi fyrir því að það var enginn læknir í landinu sem gat sinnt bráðum áverkum á höfði. Bjarni Jónsson kom frá Kaupmannahöfn haustið 1957 og það hittist þannig á að ég horfði á þegar hann gerði fyrstu aðgerðina á höfði eftir heimkomuna.”

Átti að rukka fjölskyldur sjúklinganna

Höskuldur rifjar upp að þennan vetur var hann fenginn til að sitja yfir sjúklingum á



Landakotsspítala sem höfðu farið í höfuðaðgerðir. „Það þurfti að vaka yfir þeim og fylgjast vel með meðvitund, mæla púls og blóðþrýsting og voru læknanemar fengnir til að sitja yfir sjúklingunum. Vökutíminn var langur, frá átta að kvöldi til átta að morgni. Ástæða þessa langa vakttíma var sá að hjúkrunarstörf á spítalanum voru unnin af St. Jóseppssystemum sem unnu mjög langan vinnudag frá því snemma morguns til klukkan átta að kveldi. Á kvöldin og nóttunni voru starfsstúlkur á deildum, en aðeins ein lærð hjúkrunarkona sem gekk á milli deilda og sinnti því sem fyrir bar hverju sinni. Maður sat inni á sjúkrastofunni, því þetta var fyrir tíma gjörgæsludeilda, og oftast voru þetta fjölbýlisstofur. Maður mátti ekki hafa ljós nema lampa við höfðalag sjúklings. Einu sinni var maður leystur af, um klukkan tíu var maður boðinn að koma fram í kaffi en annars sat maður þarna í 12 tíma og hlustaði á sjúklinginn sofa og anda. Þetta var erfitt og syfjandi og svo fór maður beint í skólann og dottaði í öllum tímum. Svo þurfti maður að mæta aftur klukkan átta um kvöldið. Ég sá fljótt að þetta gengi ekki til lengdar. Annað reyndist erfiðara því þegar kom að því að greiða okkur fyrir þetta þá

„Ekki fyrr en ég kom til Bandaríkjanna sem ég áttaði mig á því að þetta voru gerólik fög innan skurðlækninganna,” segir Höskuldur Baldursson.

Hávar
Sigurjónsson



Landakotsspítali á sjötta áratug síðustu aldar. Timburbyggingin hægra megin var rifin þegar byggt var við spítalann á 7. áratugnum.

var okkur sagt að rukka fjölskyldu sjúklingsins. Það var ákaflega erfitt að fara með reikning og innheimta fyrir þessa vinnu, ég tala nú ekki um ef sjúklingurinn hafði dáðið.”

Höskuldi bauðst kandiðatsstaða á handlækni-iseildinni á Landakoti haustið 1959 þegar hann hafði lokið miðhluta læknanámsins. „Þetta var frekar óvenjulegt en þó kom fyrir öðru hvoru að læknanemar komust í kandiðatsstöður sem voru ætlaðar nýútskrifuðum læknum, því stundum vantaði hreinlega lækna til að fylla þessar stöður og þá voru ráðnir læknanemar í síðasta hluta. Ég var á Landakoti í 2-3 mánuði 1959 en handlæknihluta kandiðatsársins tók ég á Landsspítalanum eftir að ég útskrifaðist sumarið 1961.”

Hvernig var fyrirkomulag lækninga við sjúkrahúsin í Reykjavík í lok sjötta áratugarins?

„Það var gerólikt því sem nú er auðvitað og miklu frumstæðara. Það voru tveir deildaskiptir spítalar í Reykjavík, Landspítalinn og Landakot. Klínísku deildirnar voru aðeins tvær, handlækni-iseild og lyflækni-iseild. Á Landspítalanum var fyrirkomulagið þannig að í kjallaranum var röntgendeildin, á fyrstu hæðinni var lyflækni-iseildin og á annarri hæðinni var handlækni-iseildin. Lítil barnadeild var þriðju hæðinni. Ekki veit ég nákvæmlega hvenær hún tók til starfa sem sérstök deild, en hún hlýtur að hafa verið til-tölulega ný, í það minnsta var ekki búið að fella dvöl á barnadeild inn í verklegt nám læknanema. Brjóstholsskurðeild var einnig í burðarliðnum á þessum árum eftir að Hjalti Þórarinnson kom heim úr sérnámi. Var það fyrsta sérdeild innan handlækni-iseildinnar, sem komið var á fót við Landspítalann. Landspítalinn var enn í gamla húsinu sem byggt var 1930 en framkvæmdir voru þó hafnar við viðbygginguna. Læknarnir skiptu þannig með sér vöktum að einn sérfræðingur var á vakt á kvöldin og um nætur á hvorri deild. Í handlækningunum var engin skipting eftir hvers eðlis aðgerðirnar voru. Vakthafandi sérfræðingur sinnti öllu sem á hans fjörur rak á vaktinni, hvort sem voru beinbrot, kviðarholsaðgerðir eða annað kírúrgískt.”

Starfsumhverfi sérfræðimenntaðra lækna á þessum tíma var einnig gerólikt því sem nú tíðkast.

„Störf á sjúkrahúsum voru illa launuð og allir læknar voru með stofur úti bæ og þar að auki voru þeir heimilislæknar og unnu fyrir sjúkra-samlagið og höfðu sinn sjúklingahóp. Sérhæfing í tilteknum greinum lækni-iseild var miklu minni en nú tíðkast og þegar ég fór til Bandaríkjanna í sérnám í skurðlækningum var ég ekki búinn að ákveða neitt nánar en það hvert sérnámið ætti að vera. Hér heima var þetta allt í samkrulli þó menn væru farnir að koma heim með sérnám í ákveðnum greinum. Ég get nefnt sem dæmi Árna Björnsson lýtalækni sem á þessum tíma vann á Landspítala sem almennur skurðlæknir eins og allir urðu að gera. Það var ekki fyrr en ég kom til Bandaríkjanna að ég áttaði mig á því að þetta voru gerólik fög innan skurðlækninganna. Almennar skurðlækningar, brjóstholsskurðlækningar, bækl-unarskurðlækningar og þvagfæraskurðlækningar svo eitthvað sé nefnt.”

Frumstæðar aðferðir við svæfingar

Höskuldur nefnir sem dæmi um breyttar aðstæður að þegar hann starfaði sem kandiðat á Landakoti 1959 þá voru helstu verkefni kandiðata við skurð-aðgerðir annars vegar að svæfa sjúklingana og hins vegar að aðstoða skurðlækningu. „Við vorum tveir kandiðatar og annar svæfði og hinn var í áhöldunum, svipað og skurðstofuhjúkrunarfræð-ingar gera í dag. Systir Gabriella rak skurðstofuna af miklum dugnaði og ótrúlegri fórnfýsi, en hún þvodi sér ekki við aðgerðir og engin skurðstofu-hjúkrunarkona var þá starfandi við spítalann. Það var gríðarlega mikið verk að þræða nálar og klippa þræðinn niður því þá voru ekki komnar einnota nálar með þræði. Svæfingalæknar voru þá rétt að byrja að koma heim frá námi. Alma Thorarensen hafði verið á Landakoti en var hætt þegar ég kom þar sem kandiðat. Þorbjörg Magnúsdóttir var svæfingalæknir á Hvítabandinu og varð síðan yf-irlæknir á svæfingadeild Borgarspítalans. Valtýr Bjarnason var svæfingalæknir á Landspítalanum. Þessu fylgdu byrjunarörðugleikar og menntaðir svæfingalæknar áttu nokkuð erfitt uppdráttar í byrjun því skurðlæknar höfðu vanist því að hafa ekki svæfingalækna og það var nánast talið að hægt væri að munstra kunnáttulaust fólk til að svæfa sjúklinginn. Ég kunni til dæmis ekki neitt til svæfinga og fékk afskaplega stuttaralega kennslu áður en kom að fyrstu svæfingunni. Það sem bjargaði málanum var að öll börn og unglingar voru svæfð með opnum maska, vírgrind vafin með grisjum var látin yfir vit sjúklingsins og síðan var hellt á grisjurnar, fyrst klóróformi sem er hrað-



Framhlið Landspítalans eins og hann leit út frá upphafi 1930.



virkt en hættulegt svo það var bara notað til að ná sjúklingnum niður. Síðan var svæft með eter og það var einfaldlega gert á þann hátt að eternum var dreypt á maskann meðan á aðgerðinni stóð. Þetta var á vissan hátt öruggari aðferð fyrir börn en að nota svæfingavél sem notuð var við svæfingar á fullorðnum sjúklingum. Þetta voru ekki fínar svæfingar og sjúklingarnir sváfu oft klukkutímum saman eftir aðgerðir vegna þess að þeir höfðu fengið allt of mikið af svæfingalyfjum. Í rauninni var þetta sama aðferð og hafði verið notuð allar götur frá upphafi svæfinga og það má segja að þetta hafi verið að líða undir lok því með komu sérmenntaðra svæfingalækna þá gerbreyttist þetta á mjög stuttum tíma.”

Þótti hafa þrönga sérmenntun

Sjúkrahúsín í Reykjavík voru fleiri en nú er ef svo má segja því auk Landspítalans og Landakots var Hvítabandið við Skólavörðustíg rekið sem sjúkrahús með aðstöðu til aðgerða og einnig var lyflækningadeild á Heilsuverndarstöðinni við Barónstíg. „Sú deild hafði verið stofnuð þegar síðasti mænuveikisfaraldurinn gekk 1954-55. Þegar kom að því að skipta vöktum milli spítalanna var fyrirkomulagið þannig að Landspítalinn tók eina viku, Landakot eina viku og Hvítabandið og Heilsuverndarstöðin þriðju vikuna saman. Þá tók Hvítabandið handlækningar og Heilsuverndarstöðin lyflækningar en þó skiptust Landspítalinn og Landakot á um að taka við beinbrotum þessa þriðju viku því Hvítabandið hafði ekki röntgentæki. Í dag finnst manni skýrtin tilhugsun að reka heilan spítala með aðgerðastofu án röntgentækja. Fleira gerði aðgerðir á Hvítabandinu erfiðar því í húsinu var engin lyfta og skurðstofan var á annarri hæð en legudeildir á

þrem hæðum. Það þurfti því að bera sjúklingana á milli hæða.“

Höskuldur lýsir því að sérnám í skurðlækningum hafi verið með nokkuð öðrum hætti en nú tíðkast. „Íslenskir læknar fóru margir til Svíþjóðar í sérnám í skurðlækningum og þar var ekki á þeim tíma um skipulagt sérnám að ræða eins og nú er. Sérnámið fólst í því að menn réðu sig á skurðeildir í ákveðinn tíma og söfnuðu tíma og reynslu í ýmsum greinum skurðlækninga. Þetta var nám sem kom sér mjög vel hér heima því skurðlæknar urðu að geta sinnt flestu ef ekki öllu þegar þeir gengu vaktir á íslensku spítölunum, bæði í Reykjavík og úti á landi. Þegar ég kom heim frá sérnámi í Bandaríkjunum í bæklunarskurðlækningum 1967 hafði ég eingöngu stundað slíkar skurðlækningar þó að fyrsta árinu væri skipt milli taugaskurðlækninga og lýtalækninga. Var það talið heppilegra fyrir bæklunarskurðlækni en að fá þjálfun í kvíðarholsskurðlækningum. Þegar ég kom heim þótti ég hafa ákaflega þrönga sérmenntun og það reyndi verulega á mig að taka vaktir á handlækningadeild Landspítalans þar sem ég þurfti að sinna öllu. Þetta bjargaðist allt saman því ég hafði þó verið nógu mikið á handlæknisdeildum til að geta metið sjúklingana og framkvæmt nauðsynlegar algengar aðgerðir en líka metið í hvaða tilfellum var óhætt að bíða fram á næsta dag. Svo höfðu menn ákveðin verkaskipti eins og ég tók að mér að gera við brot en aðrir tóku af mér erfiðari kvíðarholsaðgerðir. Þannig gekk þetta fyrir sig á þessum tíma.“

Hin „þrönga“ sérmenntun Höskuldar í bæklunarskurðlækningum var þó ekki þrengri en svo að hann gerði allt sem gera þurfti í þeim efnum. „Það var engin sérhæfing innan sérgreinarinnar. Ég sá um öll brot og sinnti bæði börnum og fullorðnum, og allir sjúkdómar í stoðkerfi féllu undir mína grein. Núna er búið að skipta bækl-

Bakhlið Landspítalans þar sem horft er frá innkeyrslunni frá Barónsstíg.

Brúin er fyrir aðkeyrslu sjúkrahíla. Stóru gluggarnir tveir á annarri hæð eru gluggar þeirra tveggja skurðstofa sem voru á spítalanum á þeim tíma. „Glugginn á milli er á herbergi sem hýsti autoklava (sóthreinsunarskáp) og var jafnframt skol. Innsti glugginn á þessari hæð var á skiptistofu (smáaáðgerðastofu), sem jafnan var kölluð „Kórea“. Þegar ég hóf störf á spítalanum var búið að steypa upp í innkotin báðum megin til að fá rými fyrir hjúkrunarstöð, skoðunarherbergi og fleira. Kórea var þá orðin gluggalaus,” segir Höskuldur Baldursson.

unarlækningum upp í fjölda greina, menn sérhæfa sig í til dæmis hryggjaradgerðum, liðskiptaaðgerðum, íþróttaáverkum, handaskurdlækningum eða barnabæklunarlækningum sem varð mitt sérsvið síðustu áratuginna af mínum starfsferli. Það sem einu sinni þótti mjög þröngt sérnám, „bæklunarlæknir“ þykir í dag fremur almenn lýsing á mörgum undirsérgeinum.”

Bylting í myndgreiningu

Höskuldur er þó ekki í neinum vafa um að hin mikla sérhæfing sem orðin er innan læknisfræðinnar sé af hinu góða. „Aðgerðir eru orðnar mjög flóknar og kalla á mjög sérhæfða þekkingu og kunnáttu. Þá hefur orðið bylting í allri myndgreiningu en þegar ég var að hefja minn feril þá voru fyrst og fremst teknar röntgenmyndir af beinum og þegar þurfti að skoða mjúkvæf þá voru gefin skuggaefni. Ómskoðanir, tölvusneiðmyndataekni og segulómtækni hafa gerbreytt allri aðstöðu og það má rifja upp til gamans að þegar fyrsta tölvusneiðmyndataekið kom á Landspítalann þá var talað um að það væri nóg að hafa eitt tæki á landinu. Þetta væri svo sérhæfð rannsókn að álitíð var að eitt tæki nægði allt að hálfri milljón manna. Örfáum árum síðar eru sneiðmyndataeki komin í svo almenna notkun að þau eru nánast alls staðar. Hið sama átti sér stað með segulómtækni. Myndgreiningartæknin hefur einnig orðið til þess að greining á sjúkdómum er miklu betri og nákvæmari áður en farið er út í aðgerðina sjálfa.

Tæknin við skurðaðgerðirnar er orðin svo gríðarlega mikil og menn sérhæfa sig á hinum ýmsu sviðum. Á hinn bóginn saknar maður þess dálítið þegar menn gátu fengist við flesta hluti. Sérhæfingunni fylgja viss vandkvæði á minni spítölum þar sem ákvörðun um hvenær á að gera aðgerðina eða senda sjúklinginn frá sér verður sífellt áleitnari af þessum sökum. Hvað varðar sjúkrahús úti á landi þá tengist þetta byggðapólitík og atvinnustefnu bæjarfélaganna sem í hlut eiga þar sem sjúkrahúsið er mikilvægur vinnustaður og ef megnið af sjúklingunum er sent í burtu til aðgerða þá má spyrja til hvers er verið að reka sjúkrahús með skurðeild.”

Þegar spurt er um helstu breytingar á aðgerðunum sjálfum þá nefnir Höskuldur speglunartæki sem nú eru notuð við fjölmargar aðgerðir. „Speglunartækin hafa gerbreytt skurdlækningum almennt og opnum aðgerðum hefur fækkað mikið. Aðgerðir á liðum og margar kviðarholsaðgerðir eru nú gerðar með speglunartækjum og inngríp- ið er fyrir vikið talsvert minna. Sjúklingar eru líka fljótari að ná sér eftir slíkar aðgerðir sem er tvímælalaust af hinu góða.”

Það hefur lengi stafað nokkrum ljóma af starfi skurdlæknisins og fyrir þeim hefur gjarnan verið borðin nánast óttablandin virðing. Höskuldur kannast við þetta en telur þó mikilvægi annarra greina síst minna. „Þessi ljómi

er kannski fyrst og fremst í huga almennings sem sér fyrir sér slys, blóð og opin mannslíkama en innan stéttarinnar er fullur skilningur á því að það er ekki síður góð læknisfræði að greina flókna sjúkdóma og vinna bug á þeim með réttum lyfjum eða annarri meðferð. Það er kannski ekki eins mikil dramatík í kringum slíkt en skiptir síst minna máli. Þetta er þó algengt viðhorf gagnvart lækningum að inngríp og aðgerðir séu meira virði en samtal læknis við sjúkling og rétt sjúkdómsgreining í kjölfar þess.”

Mikilvægast að taka rétta ákvörðun

Þegar Höskuldur er beðinn að segja hvað honum hafi þótt erfiðast í starfi sínu sem skurdlæknir þá staldrar hann við og segir svo: „Við þessu er ekki til einhlítt svar. Aðgerðirnar sjálfar eru ekki erfiðastar og maður venst því að fást við slys. Það sem er erfiðast er að ákveða hvað á að gera og hvernig á að standa að hlutunum. Þá er ég fyrst og fremst að vísa til þess sem ég fékkst mest við, barnabæklunarlækningar, þar sem maður er að fást við missemið eða lýti vegna slysa eða sjúkdóma, lömum í vöðvum vegna sköddunar eða sjúkdóma í taugakerfi sem veldur svo aftur skekkju í ganglimum, svo eitthvað sé nefnt. Það eru engir tveir sjúklingar eins og engin uppskrift að því sem gera þarf, maður verður að ákveða hvað sé skynsamlegast að gera í hverju tilfelli fyrir sig. Oft þarf að hugleiða málið vel og þar sem reynslu skortir þarf að lesa sér til í bókum og tímaritum áður en hægt er að taka ákvörðun um aðgerð eða meðhöndlun. Ég leitaði líka stundum til sérfræðinga erlendis þar sem vitað var að mikil reynsla var fyrir hendi á viðkomandi sviði. Ætíð var brugðist vel við, jafnvel þótt leitað væri til manna sem maður þekkti ekki persónulega. Ákvörðunin verður að vera eins rétt og mögulegt er því hún verður kannski ekki aftur tekin eftir að búíð er að framkvæma aðgerðina. Þetta er það sem skiptir mestu máli í mínum huga.”



Aðgerð á skurðstofu Landakotsspítala á 6. áratugnum. Lengst t.v. er systir Gabriella sem stjórn- adi skurðstofunni áratugum saman.