

Heilabilun og geðsjúkdómar meðal eldra fólks

– rannsókn gerð í heilsugæslu.

María Ólafsdóttir

M.D. Ph.D.

Heilsugæslulæknir, Heilbrigðis-
stofnun Suðurnesja



Í nýútgefinni doktorsritgerð Maríu Ólafsdóttur kemur m.a. fram að meira en þriðjungur skjólstæðinga heilsugæslu í Svíþjóð, 70 ára og eldri, eru með heilabilun eða geðsjúkdóm. Flestir þessara sjúklinga höfðu ekki fengið þessar greiningar áður. Heilsugæslan gegnir mikilvægu hlutverki í greiningu og meðferð heilabilunar og geðsjúkdóma aldraðra og ætla má að líklegast sé að greina þessa sjúkdóma þar vegna langvarandi tengsla við sjúklinga og aðstandendur. Mikilvægt er að leita þeirra með skoðun og prófunum jafnframt því að hafa gott samstarf við alla aðila sem koma að umönnun eldri sjúklinga sérstaklega þeirra sem hafa heilabilun.

Inngangur

Heilabilun (dementia) hrjáir 5-15% fólks, 70 ára og eldri, samkvæmt alþjóðlegum rannsóknum. Tíðni þessi margfaldast með hækkunum aldri [1]. Hlutfall aldraðra í flestum þjóðfélögum fer vaxandi og þar með fjöldi heilabilaðra og hefur það þegar skapað veruleg vandamál. Á Íslandi er nú talið að um 3000 manns séu með heilabilun og getur það látið nærri sé reiknað með að um 30 þúsund Íslendingar séu 65 ára og eldri. Ljóst er að kostnaður samfélags við greiningu, meðferð og umönnun heilabilaðra er gífurlegur, talinn vera allt að 40 milljarðar sænskra króna á ári í Svíþjóð [2]. Í Svíþjóð (íbúafjöldi: um 9 milljónir) þar sem rannsókn þessi sem greint verður frá var gerð, má gera ráð fyrir því að 20-25 þúsund manns fái heilabilun á hverju ári. Faraldursfræðilegar rannsóknir á tíðni þunglyndis og kvíða meðal skjólstæðinga heilsugæslu eru flestar unnar á yngri aldurshópum, en tíðni meðal eldri er talin vera um 10-30% [3] [4].

Mikilvægi þess að greina nákvæmlega sjúkdóma sem hafa áhrif á vitræna getu eldra fólks er margvíslegt. Almenn viðhorf og fordómar eru algeng hindrun þess að slík einkenni séu rædd og að viðeigandi hjálpar sé leitað [5]. Margir hafa haldið því fram að mikilvægt sé að segja sjúklingum, sem greinst hafa með heilabilun, ekki frá þeirri greiningu þar sem það komi honum og aðstandendum úr jafnvægi [6, 7]. Nokkrar rannsóknir sýna að svo er ekki. Þeir er málið varðar, þ.e. sjúklingurinn sjálfur og aðstandendur hans, vilja vita eins mikið og hægt er um greininguna og horfur þar sem það er þeim mikilvægt til að mæta framþróun sjúkdómsins á viðeigandi hátt [8].

Í fyrsta lagi er mikilvægt að greina ýmsa vel meðhöndlanlega sjúkdóma sem geta líkst heilabilun t.d. efnaskiptasjúkdóma, lyfjaáhrif og þunglyndi. Einnig geta ýmsir sjúkdómar t.d. kvíði, sykursýki eða illa meðhöndlaður háþrýstingur valdið versnun einkenna. Mikilvægi þess að greina um hvers konar heilabilun er að ræða hefur aukist með tilkomu nýrra lyfja sem beita má gegn Alzheimers sjúkdómi [9]. Snemmgreining eykur líkur þess að meðferð beri árangur. Heimilis-

læknirinn, ásamt öðrum starfsmönnum heilsugæslu, hefur vegna langvarandi kynna af sjúklingum og fjölskyldum þeirra, góða möguleika til að greina heilabilun snemma [10]. Greining heilabilunar er að mestu leyti klínísk og þar skiptir sjúkrasaga og skoðun mestu.

Rannsókn

Rannsókn á tíðni og greiningu geðsjúkdóma og heilabilunar var unnin á árunum 1995-1997 í Linköping í Svíþjóð [11-13]. Einstaklingum 70 ára og eldri, sem komu til læknis á heilsugæslustöð (N=1339), var boðið að taka Mini Mental próf (Mini-Mental State Examination [14], MMSE) og tilviljanakennt úrtak þess hóps var síðar rannsakað frekar með viðtali í heimahúsi (N=350). Gerð var ítarleg athugun á geðrænu ástandi með almennri geðskoðun og aðstoð staðlaðra spurningalista (MMSE og CPRS=Comprehensive Psychopathological Rating Scale) [15]. Ennfremur var tekið viðtal við aðstandendur í síma (N=350). Við sjúkdómsgreiningu var stuðst við skilgreiningar ameríska geðlæknafélagsins (DSM-III-R) [16]. Sjúkraskrár sjúklinganna (N=350), til og með þeim degi sem sjúklingur var skráður í rannsókn, voru lesnar og skráðar. Ellefu læknar voru starfandi við heilsugæsluna.

Heilabilun:

Tíðni heilabilunar í þessu úrtaki var 16 % (N=57), 15 % hjá körlum, 17 % hjá konum og önnur 3 % (N=11) til viðbótar voru flokkuð sem hugsanleg heilabilun. Hjá hinum heilabiluðu höfðu 37% væga bilun, 46% flokkuðust til miðlungsbilunar og 17% höfðu alvarlega heilabilun (flokkun samkvæmt getu sjúklings að sjá um sig, DSM-III-R).

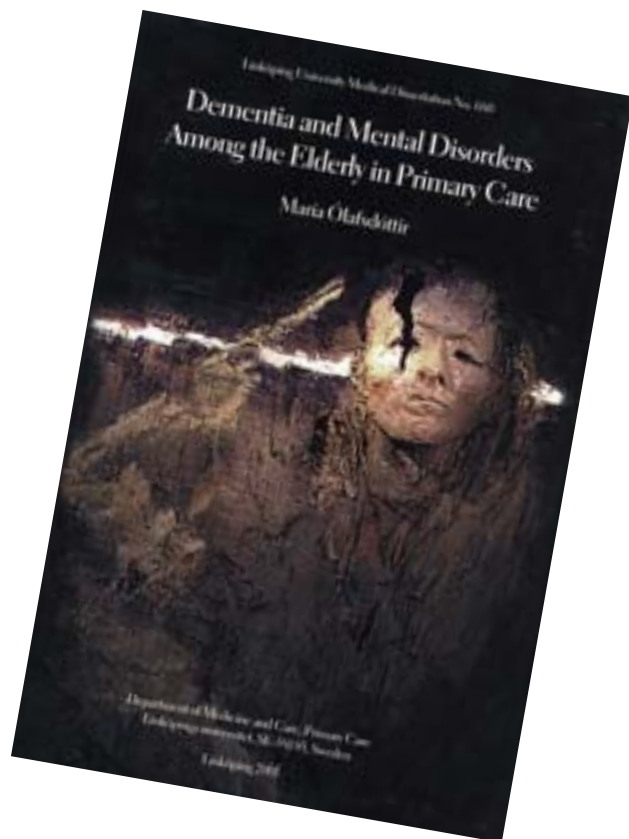
Til að kanna greiningu heilabilunar og geðsjúkdóma voru rannsóknarviðtölin borin saman við athugasemdir og greiningu samkvæmt sjúkraskrár viðkomandi.

Vitræn truflun eða heilabilun var nefnd af heimilislækni í sjúkraskrá 14 af 57 heilabilaðra eða í 25% tilfella og í einu af 11 tilfellum (9%) hugsanlegrar heilabilunar. Þessar niðurstöður eru studdar af fyrri rannsóknum sem benda til þess að heilabilun sé mjög vangreind [17-19]. Af ýmsum þáttum sem rannsakaðir voru, þá var það aðeins lengd og alvarleiki heilabilunar sem juku líkur á greiningu. Meirihluti heilabilaðra sjúklinga í rannsókninni (60%) höfðu hinsvegar skráða geðsjúkdóma í sjúkraskrá, 11% voru tilgreindir þunglyndir, 23% með kvíða og 32% með svefntruflanir (sjá Töflu 1).

Ef notuð hefðu verið hefðbundin viðmið með skurðlínu 23/24 stiga (af 30) í MMSE-prófi, hefðu margir heilabilaðra sjúklinga í þessari rannsókn ekki greinst þar sem 70% vægra tilfella og 30% meðalslæmra tilfella fengu fleiri en 23 stig.

Geðsjúkdómar

Í rannsókn þessari útilokaði heilabilun aðrar greiningar þ.e. þá taldist sjúklingur ekki hafa geðsjúkdóma (sem er vissulega mjög algengt meðal heilabilaðra).



Önnur 17% af eldri skjólstaðingum heilsugæslunnar reyndust samkvæmt DSM-III-R hafa geðsjúkdóm. Tólf prósent höfðu þunglyndi og 11% kvíðasjúkdóm, margir hvort tveggja.

Greining þessara sjúkdóma samkvæmt skráningu í sjúkraskýrslu var einnig afar lág, 12% sjúklinga voru áður greindir með þunglyndi en 30% kvíðasjúklinga voru þekktir.

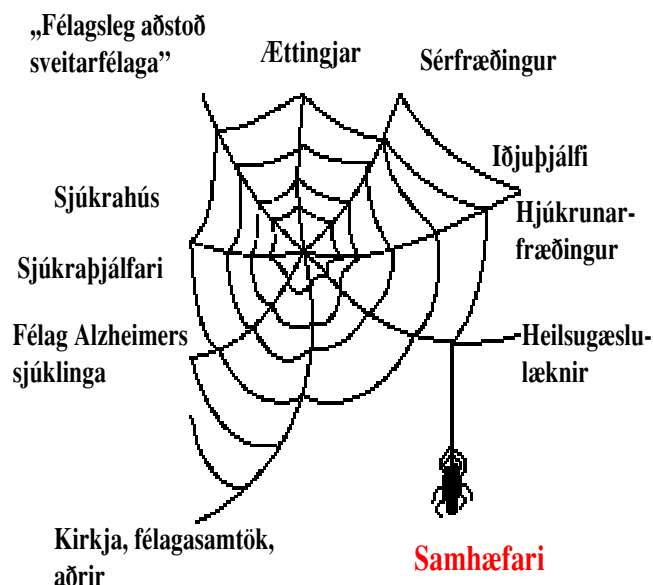
Eins og sjá má í töflu 1 var nokkuð um að sjúklingar fengju geðgreiningu í sjúkraskrá sem ekki greindust í DSM-III-R greiningu. Ef lagðir eru saman þeir sjúklingar sem höfðu greiningu í sjúkraskrá og úr rannsókn má segja að 40% skjólstaðinganna höfðu geðsjúkdóm eða heilabilun (þeir sem höfðu hvort tveggja voru ekki tvítaldir).

Notkun geðlyfja

Farið var yfir notkun geðlyfja samkvæmt upplýsingum frá sjúklingi og sjúkraskrá. Fjórðungur hópsins notaði einhver geð- eða svefnlyf. Tafla 2 sýnir notkun miðað við mismunandi greiningar bæði samkvæmt DSM-III-R og svo sjúkraskrá. M.a. sést að 17% þeirra sem greinast með þunglyndi í rannsókninni eru með þunglyndislyf en mun fleiri með róandi lyf. Tæplega helmingur heilabilaðra var á einhverju geðlyfi.

Viðhorf heimilislækna til greiningar og umönnunar sjúklinga með heilabilun.

Í bréflegri könnun [16] komu fram viðhorf sænskra heimilislækna til umsýslu heilabilaðra í heilsugæslu. Heimilislæknar sýndu góða þekkingu á



Mynd 1. Hlutverk „samhæfara“ vegna sjúklinga með heilabilun: Samhæfa og nýta alla fagadila og annan stuðning sem fánlegur er.

einkennum heilabilunar. Samt töldu flestir þeirra að þekkingu þeirra væri ábótavant og vildu meiri fræðslu á þessu sviði. Læknarnir vanmátu tíðni heilabilunar. Heimilislæknar töldu að þeir og aðrir starfsmenn heilsugæslu væru líklegastir til að óska eftir mati á heilabilunareinkennum, sem ítrekar ábyrgð heilsugæslunnar á því að greina heilabilun snemma. Kvartanir aðstandenda um minnisleysi sjúklinga voru líklegastar til vekja grun um heilabilun viðkomandi.

Það var skoðun heimilislæknanna að sú lyfjameðhöndlun við Alzheimer sem er til, réttlætti leit að sjúklingum með heilabilun á vettvangi heilsugæslunnar. Samt sem áður voru 53% læknanna á þeirri skoðun að virkni þeirra til lækningar eða meðhöndlunar heilabilunar væri lítil. Hvort gefa ætti lyf vegna heilabilunar byggðist aðallega á því á hvaða stigi heilabilunin væri.

Heimilislæknarnir töldu ekki greiningu sjúkdómsins vera helsta vanda í sambandi við sjúklinga með heilabilun. Erfiðast virtist vera mat á félagslegum aðstæðum sjúklinganna og að koma á því félagslega neti sem þörf er á.

„Meiri tími fyrir hvern sjúkling“ var það atriði sem 69% heimilislækna sögðu vera það atriði sem gæti haft mest áhrif til að bæta greiningu heilabilunar. Læknarnir töldu einnig mikilvægt að hafa í heilsugæslunni einhvern skilgreindan samræmingaraðila vegna meðferðar/umönnunar heilabilaðra.

Umræða

Rétt er að geta þess að heilsugæsla (primary care) hefur skýrara hlutverk í Svíþjóð en hér á landi. Þar

leitir fólk nánast alltaf fyrst til heilsugæslu með sín heilsufarslegu vandamál og eftirfylgni flestra langvinnra sjúkdóma fer fram hjá heimilislækni. Á Íslandi er óhindraður aðgangur að læknum sérgreina og starfsvettvangur þeirra að stórum hluta á stofu, því sinna þeir oft sjúklingum sem t.d. í Svíþjóð væru í höndum heimilislækna.

Skýring vangreiningar á heilabilun og geðsjúkdómum aldraðra eins og kom fram í ofangreindri rannsókn gæti verið eftirfarandi: Oftast hefur heimilislæknir mjög takmarkaðan tíma með sjúklingi. Mikill meirihluti sjúklinga leitaði læknis vegna annarra vandamála en geð- eða vitrænna. Þetta kann að draga úr líkum þess að læknir greini væg tilfelli heilabilunar þar sem hann er líklegur til að binda skoðun sína meira við það vandamál sem sjúklingur leitar til hans með. Hins vegar kom það í ljós í þessari rannsókn að heimilislæknir hittu hvern sjúkling að meðaltali 5 sinnum á ári. Ein ástæða þess að heilabilun var ekki tilgreind í sjúkraskýrslum þessara sjúklinga kann að vera að skráning greininga virtist mjög tengd meðhöndlun vandamála. Niðurstöður rannsóknarinnar kunna því að endurspeglja þau viðhorf lækna að frekar lítil möguleiki sé á árangursríkri meðhöndlun heilabilunar frekar en skortur á greiningu sjúkdómsins. Meirihluti heilabilaðra sjúklinga í rannsókninni (60%) höfðu greiningu geðrænna einkenna í sjúkraskrá. Hugsanleg skýring kann að vera sú að geðræn einkenni skyggi á vitræna truflun, að minnsta kosti í vægum tilfellum, en einnig kann skýringin að vera að við höfum fleiri möguleika til meðhöndlunar slíkra vandamála en heilabilunar.

Almenn skimun heilabilunar í óskiptum hópi aldraðra hefur ekki verið ráðlögð hingað til vegna ófullnægjandi vísbendinga um fjárhagslega hagkvæmni slíkrar skimunar [20]. Til að réttlæta slíka skimun þyrfti að finna þrengri áhættuhóp. Ein leið til að velja í þann hóp er að spyrja aldraða skjólstaðinga/sjúklinga hvort þeir hafi upplifað skýrar minnstruflanir þar sem slíkt gefur töluverða vísbendingu um heilabilun [21].

Hvernig á að auka snemmgreiningu heilabilunar í heilsugæslunni?

Nokkrir þættir eru taldir geta bætt greiningu bæði heilabilunar og geðrænna einkenna aldraðra í heilsugæslu. Í nokkur ár hefur víða verið unnið að betri greiningu með fræðsluherferðum [22] með einhverjum en þó takmörkuðum árangri. Nokkrir kvarðar og gátlistar hafa verið kynntir en árangurinn hefur valdið vonbrigðum.

Aldraðir sjúklingar með heilabilun eða geðræn einkenni falla vel inn í markhóp og viðfangsefni heimilislækna [23]. Í Svíþjóð sem og í mörgum öðrum löndum upplifa heimilislæknar, af ýmsum ástæðum, síaukinn vanda við að mæta kröfum sjúklinga sinna. Fyrir utan tímaskort þá tilgreindu læknar í rannsókninni, mat á félagslegri aðstöðu sjúklinga sem erfiðasta þáttinn í

umönnun heilablaðra. Í Svíþjóð er góð reynsla af „sykursýkis-hjúkrunarfræðingum” sem eru sérþjálfaðir hjúkrunarfræðingar í að fylgja eftir meðhöndlun sykursjúkra í heilsugæslu. Mikilvægasta hlutverk læknisins er hins vegar greining sjúkdóma og læknisfræðilegt mat. Með því að leggja áherslu á það hlutverk og tryggja að annar hafi samhæfingarhlutverkið væri bæði hægt að bæta snemmgreiningu heilabilunar og hámarka og samhæfa þann stuðning sem fyrir er og þarf fyrir sjúkling og fjölskyldu hans (sjá mynd 1).

Þar sem meginvandinn hingað til í greiningu og umönnun (management) heilablaðra er vangreining [24] þá er mikilvægt að koma við einhverskonar skimun eða hlutlægu mati hjá áhættuhópi aldraðra á heilsugæslu. MMSE-próf gagnast vel til skimunar eða forprófunar og er auðvelt í notkun fyrir starfsmenn heilsugæslunnar. Þó þarf að hækka viðmiðunarmörk og líta á prófið meira sem hluta af nánari skoðun ef einhver grunur um heilabilun vaknar. Ýmislegt annað en heilabilun getur gefið lækkun á MMSE-stigum en oft þekkir heilsugæslulæknirinn til þessa og ef ekki, er næg ástæða til frekari rannsóknna.

Búast má við að á komandi árum komi bætist við meðferðarúrræði fyrir sjúklinga með heilabilun bæði með Alzheimer sjúkdóm, æðaheilabilun og aðra heilabilunarsjúkdóma sem auka enn kröfur um nákvæma greiningu til að sjúklingar fái tækifæri að nýta sér meðferð og hindra sjúkdóminn. Mikilvægasta með-

Tafla 1: Rannsóknargreiningar samkvæmt DSM-III-R borið saman við skráningu í sjúkraskrá meðal 350 sjúklinga í heilsugæslu, Linköping 1994-1996.

Rannsókn	Sjúkraskrár					
	Enginn Geð/hb (N=259) n (%)	Einhver Geð/hb (N=91) n (%)	Heilabilun (N=14) n (%)	Þunglyndi (N=22) n (%)	Kvíði (N=40) n (%)	Svefn truflanir (N=55) n (%)
Enginn geð/hb (N=233)	199 (85)	34 (15)	0	8 (3)	14 (6)	21 (9)
Einhver geð/hb (N=117)	60 (51)	57 (49)	14 (12)	14 (12)	26 (22)	34 (30)
Heilabilun (N=57)	23 (40)	34 (60)	14 (25)	6 (11)	13 (23)	18 (32)
Þunglyndi (N=42)	27 (64)	15 (36)	0	5 (12)	6 (14)	10 (24)
Kvíði (N=37)	19 (51)	18 (49)	0	5 (14)	11 (30)	14 (38)

Sami sjúklingur getur haft fleiri en eina greiningu. Svefntruflanir voru ekki greindar í rannsókn. Greiningar í sjúkraskrá útlökuðu ekki hvor aðra. Samkvæmt skilgreiningu gátu þeir sem höfðu heilabilun samkvæmt DSM-III-R ekki haft geðsjúkdóm. Prósentutölur eru hlutfall sjúklinga í rannsókn sem höfðu sjúkdóm skráðan í sjúkraskrá. Feitletruð prósentu : greiningartíðni (detection rate).
Geð/hb=geðsjúkdómur/heilabilun

Tafla 2: Notkun geðlyfja hjá 350 sjúklingum með mismunandi greiningar samkvæmt rannsókn (DSM-III-R) annars vegar og sjúkraskrá hins vegar.

	Benso-diazepin %	Önnur róandi lyf %	Þunglyndis lyf %	Eitthvert geðlyf %
Allir (N=350)	16	14	6	25
Karlar (N=143)	9	13	2	19
Konur (N=207)	21 **	16	9 *	29 *
RANNSÓKN				
Engin geð/hb greining (N=233)	9	9	3	15
Heilabilun (N=57)	30	25	9	44
Þunglyndi (N=42)	26	26	17	38
Kvíði (N=37)	38	32	14	49
SJÚKRASKRÁR				
Engin geð/hb greining (N=259)	2	2	0	4
Heilabilun (N=14)	14	43	14	57
Þunglyndi (N=22)	50	32	77	82
Kvíði (N=40)	80	38	25	88
Svefntruflanir (N=55)	64	78	20	91

Munur milli kynja: * = p < 0.05, ** = p < 0.01.
Sami sjúklingur getur haft fleiri en eitt lyf.
Geð/hb=geðsjúkdómur/heilabilun

ferðin er þó enn í dag rétt og fagleg umönnun og þar eykst vitneskjan einnig hröðum skrefum. Horft er meira á það sem einstaklingurinn getur þrátt fyrir skerðingu og kalla það fram.

Hvað meðferð geðrænna einkenna og sjúkdóma snertir, þá svarar eldra fólk eins vel meðferð og yngra fólk, bæði lyfja- og samtalsmeðferð. Því er kannski enn alvarlegra að greina ekki slíkt.

Eins og heilsugæslan starfar í dag er ekki almennt leitað að sjúkdómum meðal skjólstaðinga, heldur leyst úr því sem fólk greinir frá. Því eru upplýsingar og fræðsla til almennings um einkenni og meðferðarmöguleika eitt af mikilvægari viðfangsefnum til að greina og bæta líðan eldra fólks með geðræn einkenni og skerta vitræna getu.

Heimildir :

1. Jorm, A., *The epidemiology of Alzheimer's disease and related disorders*. 1990, London: Chapman and Hall.
2. Wimo, A., et al., *Cost of illness due to dementia in Sweden*. Int J Geriatr Psychiatry, 1997. 12(8): p. 857-61.
3. Katona, C., *Depression in Old Age*. 1994, Chichester, UK: Wiley.
4. Lecrubier, Y. and T.B. Ustun, *Panic and depression: a worldwide primary care perspective*. Int Clin Psychopharmacol, 1998. 13(Suppl 4): p. S7-11.
5. Jorm, A.F., et al., „Mental health literacy”: a survey of the public's ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. Med J Aust, 1997. 166(4): p. 182-6.
6. Marzanski, M., *Would you like to know what is wrong with you? On telling the truth to patients with dementia*. J. Med Ethics 2000 Apr. 26(2): p. 108-13.
7. Pinner, G., *Truth-telling and the diagnosis of dementia*. Br. J Psychiatry 2000 Jun. 176: p. 514-5.
8. Robinson, P., S.L. Ekman, and L.O. Wahlund, *Unsettled, uncertain and striving to understand: toward an understanding of the situation of persons with suspected dementia*. Int J Aging Hum Dev, 1998. 47(2): p. 143-61.
9. Anonymous, *The challenge of the dementias. Writing Committee, Lancet Conference 1996*. Lancet, 1996. 347(9011): p. 1303-7.
10. Downs, M.G., *The role of general practice and the primary care team in dementia diagnosis and management*. Int. J. Ger. Psychiat., 1996. 11: p. 937-942.
11. Olafsdóttir, M., I. Skoog, and J. Marcusson, *Detection of dementia in primary care: the Linköping study*. Dement Geriatr Cogn Disord, 2000. 11(4): p. 223-9.
12. Olafsdóttir, M., J. Marcusson, and I. Skoog, *Mental disorders among elderly people in primary care: the Linköping study*. Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001. Accepted December 2000.
13. Olafsdóttir, M., et al., *Mini-Mental State Examination: A Tool for Detecting Dementia in Primary Care?* Submitted, 2001.
14. Folstein, M., S. Folstein, and P. McHugh, „Mini-mental state”: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975. 12: p. 189-198.
15. Åsberg, M., et al., *A comprehensive psychopathological rating scale*. Acta Psychiatr Scand Suppl, 1978. 271: p. 5-27.
16. American Psychiatric Association, *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. Vol. Third edition, revised. 1987, Washington DC.
17. Bowers, J., et al., *General practitioners' detection of depression and dementia in elderly patients*. Med J Aust, 1990. 153(4): p. 192-6.
18. Cooper, B., H. Bickel, and M. Schaufele, *The ability of general practitioners to detect dementia and cognitive impairment in their elderly patients: A study in Mannheim*. Int. J. Ger. Psychiat., 1992. 7: p. 591-598.
19. O'Connor, D.W., et al., *Do general practitioners miss dementia in elderly patients?* Bmj, 1988. 297(6656): p. 1107-10.
20. Brodaty, H., et al., *Screening for cognitive impairment in general practice: toward a consensus*. Alzheimer Dis Assoc Disord, 1998. 12(1): p. 1-13.
21. Jonker, C., M.I. Geerlings, and B. Schmand, *Are memory complaints predictive for dementia? A review of clinical and population-based studies*. Int. J Geriatr Psychiatry 2000 Nov. 15(11): p. 983-91.
22. Rix, S., et al., *Impact of a national campaign on GP education: an evaluation of the Defeat Depression Campaign*. Br J Gen Pract, 1999. 49(439): p. 99-102.
23. Mattsson, B. and B. Hovelius, *[This is for primary health to take care of...]*. Lakartidningen, 2000. 97(15): p. 1861-2.
24. Cummings, J.L., *Mini-Mental State Examination. Norms, normals, and numbers*. Jama, 1993. 269(18): p. 2420-1.

Næsta námstefna Öldrunarfræðafélags Íslands í samvinnu við Endurmenntunarsstofnun

Þann 8. nóvember næstkomandi stendur Öldrunarfræðafélag Íslands fyrir námstefnu í húsi Endurmenntunarsstofnunar Háskóla Íslands við Dunhaga í Reykjavík. Námstefnan ber yfirskriftina: Búseta aldraðra í nútíð og framtíð – Mismunandi búsetuform og þróun þeirra.

Námstefnan er öllum opin, einkum fagfólki á sviði öldrunar- og félagsþjónustu.

Fjallað verður um þróun á búsetuformi aldraðra, sjálfstæði aldraðra og breytingar á lífsháttum í kjölfar breyttrar búsetu. Dæmi verður tekið af hjúkrunarheimili framtíðarinnar og fjallað um stuðning við ákvæði laga um að fóki skuli gert kleift að dvelja heima eins lengi og hægt er og um samþættingu þjónustu við aldraða og yngra fólk.

Umsjón: Kristín Einarsdóttir iðjupjálfi og Marta Jónsdóttir hjúkrunarfræðingur.

Fyrirlesarar: Fagfólk á sviði heilbrigðis- og félagsvísinda.