LÆKNABLAÐIÐ • 2. tbl. 100. árg. • Febrúar 2014

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



2014; 100:65-128

www.laeknabladid.is

2/2014

100. árgangur: 65-128

Ný meðferð fyrir sjúklinga með sykursýki tegund 2

Ný leið til að lækka umframmagn af glúkósa - fjarlægir hann[1]

Nýtt!



Eina meðferðin sem fjarlægir umframmagn af glúkósa um nýrun[1]

LÆKKAR BLÓÐSYKUR HbA_{1c}[1]

FJARLÆGIR um 70 g af glúkósa daglega. Getur leitt til þyngdartaps[1]

[1] Heimild: Sérlyfjaskrártexti Forxiga (dapagliflozin), apríl 2013.

12-2013-01

AstraZeneca

forxiga®
(dapagliflozin)

Sérlyfjatexti á bls. 122

Franski spítalinn á Fáskrúðsfirði

Franski spítalinn á Fáskrúðsfirði var byggður árið 1903 og var starfræktur á árunum 1904-1927. Hann var byggður á steinsteyptum grunni en húsið kom tilsniðið frá Noregi. Þetta var alvöru spítali með öllu tilheyrandi, 17 sjúkrarúmum og um 260 m^2 að grunnfleti. Á aðalhæðinni voru 6 sjúkrastofur, þar af þrjár eins manns, tvær forstofur og langur gangur eftir endilöngu húsinu. Jafnframt var þar skurðstofa, lyfjaherbergi, biðstofa, borðstofa, tvö vatnssalerni og einangrunarstofa fyrir berkla- og taugaveikisjúklinga. Á efri hæðinni voru þrjú svefnherbergi, tvær sjúkrastofur, baðklefi, vatnssalerni, tvö fataherbergi. Í kjallara voru eldhús, búr, salerni, þvottahús, geymslur og dísilrafstöð. Vatnsleiðsla og skólprennur voru lagðar í húsið þannig að spítalinn uppfyllti kröfur um þrifnað og nútímaþægindi.

Spítalinn var byggður af samtökunum Société des hôpitaux français d'Islande en þau létu einnig byggja spítala í Vestmannaeyjum og í Reykjavík. Markmið samtakanna var að veita frönskum sjómönnum á Íslandsmiðum læknisaðstoð, en talið er að skömmu fyrir og um aldamótin 1900 hafi verið allt að 5000 franskir sjómenn hér við land. Í fyrstu voru Frakkar með sérstök spítalaskip en síðan leigðu þeir sér aðstöðu í landi yfir vertíðartímann, sem var frá því snemma vors og fram á haust. Með byggingu spítala var starfseminni komið í fastari skorður á Fáskrúðsfirði en þar hafði lengi verið miðstöð franskra sjómanna á Austfjörðum.

Georg Georgsson (1872-1940) héraðslæknir á Fáskrúðsfirði á árunum 1900-1933 var læknir franska spítalans og um tíma starfaði þar íslensk hjúkrunarkona, Ástríður Torfadóttir. Óvíst er um aðra íslenska starfsmenn en vafalítið hafa heimamenn haft þar einhverja vinnu. Þótt spítalinn væri ætlaður frönskum sjómönnum nutu Íslendingar einnig góðs af honum. Á þriðja áratug 20. aldar dró mjög úr sókn Frakka á Íslandsmið og vildu þeir þá selja sína spítala. Georg læknir gerði þá hvað hann gat til þess að fá ríkisstjórnina til að kaupa spítalann og breyta honum í berklaspítala en varð ekki ágengt þrátt fyrir öflugan stuðning landlæknis. Í örvæntingu til að bjarga spítalanum keypti Georg hann fyrir eigin reikning en hann hafði skömmu áður keypt læknisbústaðinn sem Frakkar byggðu og höfðu lagt honum til. Allt kom fyrir ekki og þessi kaup reyndust Georg ofviða og varð hann gjaldþrota. Hann hætti störfum á Fáskrúðsfirði 1933 og flutti til Keflavíkur.

Spítalinn komst í eigu Landsbankans og síðar hreppsins, sem lét taka hann niður og endurbyggja 1939 á Hafnarnesi, handan fjarðarins, sem íbúðarhús. Því hlutverki gegndi það í allmörg ár en síðan var staðurinn yfirgefinn og húsið grotnaði niður. Það hefur nú verið endurbyggt að undirlagi Minjaverndar á Fáskrúðsfirði.

Myndin á kápunni er í eigu Ljósmyndasafns Reykjavíkur og var tekin árið 1911 en ljósmyndari er óþekktur. Spítalinn er í forgrunni, í flæðarmálinu til vinstri er Wathne-hús og þar fyrir ofan (tvílyfta húsið) læknisbústaðurinn og yfir þorpinu gnæfir Hoffellið.

Jón Ólafur Ísberg



Mynd: Minjavernd, Þorsteinn Bergsson.



Mynd: Jóhanna Kristín Hauksdóttir, 2013.

Efsta myndin er frá Hafnarnesi sunnan fjarðarins þar sem spítalinn stóð frá 1939 þar til nýlega. Þar gegndi hann hlutverki fjölbýlishúss og skóla til ársins 1960 og varð æ hrörlegri með tímanum eins og myndin ber með sér.
Neðri myndin sýnir gamla læknishúsið sem síðar varð ráðhús, og til hægri er gamli franski spítalinn kominn aftur inn í þorpið á steyptan grunn rétt vestan við sitt forna ból.



Teikning frá Minjavernd sem sýnir afstöðu franska spítalans og nærliggjandi húsa í dag.

Læknablaðið
THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8,
201 Kópavogi
564 4104 – 564 4106

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Engilbert Sigurðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Anna Gunnarsdóttir
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Gottfreðsson
Sigurbergur Kárason
Tómas Guðbjartsson
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir
Þórunn Jónsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður og ljósmyndari
Hávar Sigurjónsson
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Sigdís Þóra Sigþórsdóttir
sigdis@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1750

Áskrift
12.400,- m. vsk.
Lausasala
1240,- m. vsk.

Prentun, bókband og pökkun
Prenttækni ehf.
Vesturvör 11
200 Kópavogi

© 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 og Scopus.

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



71

Læknisfræði er bæði vísindi og menning

Charlotte Haug

Almenn læknablöð einsog Læknablaðið leggja skerf til vísinda og menningar, og gegna jafnmikilvægu hlutverki að nú og þegar þau voru sett á laggirnar fyrir 100 árum síðan.



73

Að bæta horfur og meðferð sjúklinga með ristil- og endaþarmskrabbamein

Helgi Birgisson

Læknar á Íslandi hafa lengi barist fyrir því að koma á skimun fyrir ristil- og endaþarmskrabbameini og vilji er fyrir því hjá heilbrigðisyfirvöldum að koma á skimun segir í drögum að heilbrigðisáætlun til 2020.

FRÆÐIGREINAR

75

Sigurdís Haraldsdóttir, Hulda M. Einarsdóttir, Agnes Smáradóttir, Aðalsteinn Gunnlaugsson, Þorvarður R. Hálfdanarson

Krabbamein í ristli og endaþarmi – yfirlitsgrein

Þessi mein eru þriðja algengasta tegund krabbameina í hinum vestræna heimi og algengi vex með hækkandi aldri. Um 20% sjúklinga greinast með útbreiddan sjúkdóm. Skimun getur dregið úr tíðni krabbameina og lækkað dánartíðni. Flest vestræn lönd mæla með ristilspeglun frá 50 ára aldri.

85

Þorgerður Guðmundsdóttir, Hilmir Ásgeirsson, Hörður Snævar Harðarson, Anna Sesselja Þórisdóttir

Melioidosis á Íslandi, fyrstu fjögur tilfellin

Tíðari ferðalög til fjarlægra landa og fólksflutningar milli heimsálfa leiða til þess að læknar þurfa að vera vakandi fyrir óvanalegum orsökum á algengum birtingarformum sýkinga.

100. ÁRGANGUR LÆKNABLAÐSINS

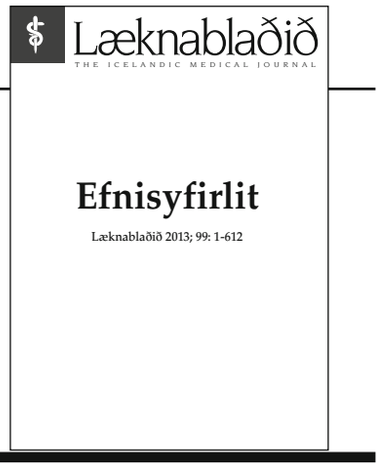
90

Baráttan við ginklofa í Vestmannaeyjum

Geir Wenberg Jacobsen, Erlend Hem, Jóhann Á. Sigurðsson

Sumarið 1847 sigldi danski læknir Schleisner (1818-1900) til Eyja með ítarleg fyrirmæli stjórnvalda. Markmiðið var að berjast gegn ginklofa (*neonatal tetanus*) sem var landlæg farsótt í Vestmannaeyjum.
Hér er rakið hvers vegna Schleisner var sendur í þessa för, hvað hann tók sér fyrir hendur og hvernig framlag hans var metið.

Efnisyfirlit fyrir árið 2013 er komið á heimasíðu blaðsins.



UMFJÖLLUN OG GREINAR

98
Fjölmargar nýjungar á sviði augnlækninga

Rætt við Maríu Soffíu Gottfreðsdóttur sérfræðing í glákuskurðlækningum

Hávar Sigurjónsson

„Þar hafa orðið miklar framfarir og glákan ekki lengur algengasti blinduvaldur hérlendis, en langt frameftir síðustu öld var blinda algengari á Íslandi en í nokkru öðru Evrópulandi.“





102
Ný og breytt áhersla í framhaldsnámi í lyflækningum

Hávar Sigurjónsson

Nú fær framhaldsnám í lyflækningum formlega viðurkenningu stjórnvalda og er það áfangasigur.

110
„Þetta er dund, hobbí“

Stefán Steinsson sneri Heródótosi á íslensku

Hávar Sigurjónsson



„Að sumu leyti minnir Heródótus á Mozart. Tær einfaldleiki virðist augljós á yfirborðinu en dylur djúpa heimshryggð undir niðri.“

106
Læknadagar 2014
Fræðandi, upplýsandi og skemmtilegir

Hávar Sigurjónsson

Hróður þessa þings fer æ víðar og símenntunarhlutverk þess er viðurkennt alþjóðlega.







112
Breytt skipulag leghálskrabbameinsleitar

Kristján Sigurðsson, Reynir Tómas Geirsson

Rök fyrir breytingum á skipulagi leitar standast ekki. Rannsóknir benda til að leitin ætti að byrja fljótlega eftir tvítugt.

114
Frá Embætti landlæknis
Misnotkun og ofnotkun metýlfenídats II

Magnús Jóhannsson, Ólafur B. Einarsson, Lárus S. Guðmundsson, Leifur Bárðarson

Á Íslandi er notkun metýlfenídats með því mesta sem þekkist á byggðu bóli.

117
Opið aðgengi er framtíðin

Hávar Sigurjónsson

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar í Hirsluna, heilbrigðisvísindabókasafn Landspítala og Háskóla, auk annarra tölvuvæddra gagnagrunna.

118
Öldungadeildin. Fyrsta skurðaðgerð Guðmundar Hannessonar prófessors

Guðmundur Jónsson

„Af öllum þeim mönnum sem ég hef kynnzt um ævina, bæði heima og erlendis, er varla nokkur þeirra sem hefur orðið mér eins minnisstæður og Guðmundur Hannesson prófessor.“

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



97
Horft um öxl eða litið fram á veginn?

Magdalena Ásgeirsdóttir

Vonandi hafa stjórnvöld samráð við heilbrigðisstarfsfólk við markmið og uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar til lengri tíma en eins kjörtímabils.

LÖGFRÆÐI 7. PISTILL



101
Aðgangur að sjúkraskrám

Dögg Pálsdóttir

Sjúklingur á rétt á að fá upplýsingar um hverjir hafi aflað upplýsinga úr sjúkraskrá hans, hvar og hvenær og í hvaða tilgangi.

105
Öldungar á nýju ári

– auglýsing

115
50 ára útskriftarafmæli

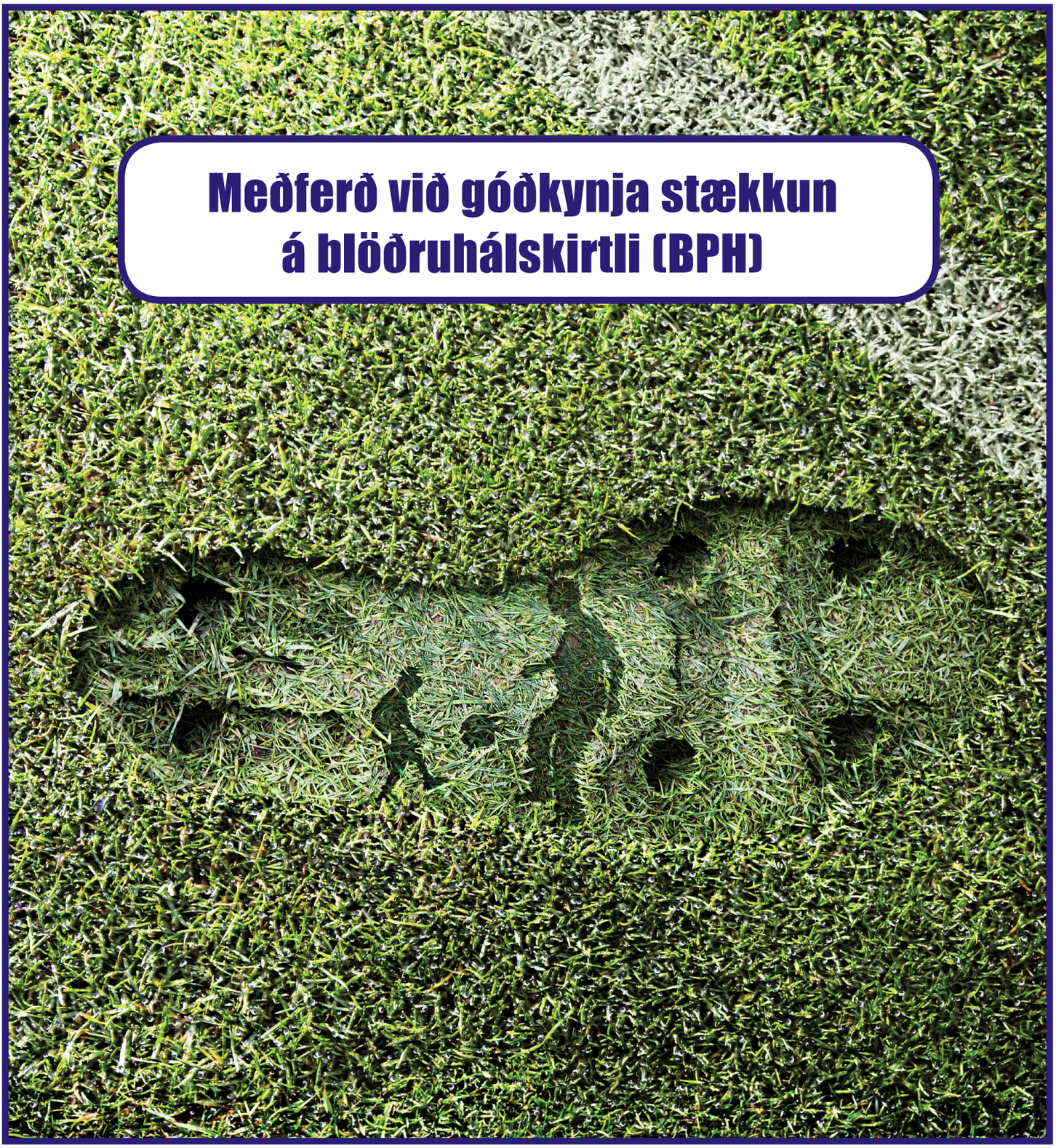
Sigurður E. Þorvaldsson, Tryggvi Ásmundsson

126
Úr fórum Læknablaðsins – 1915-2014

Desemberblaðið 1934, 20. árgangur

Védís Skarphéðinsdóttir

Meðferð við góðkynja stækkun á blöðruhálskirtli (BPH)



Styttur Sérlyfjaskrártexti: Duodart 0,5 mg/0,4 mg hörð hylki. Hvert hart hylki inniheldur 0,5 mg dútasteríð og 0,4 mg tamsúlósínhýdróklóríð. **Ábendingar:** Meðferð við miðlungsmiklum eða verulegum einkennum af völdum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli (benign prostatic hyperplasia, BPH). Draga úr hættu á bráðri þvagteppu (acute urinary retention, AUR) og þörf fyrir skurðaðgerð hjá sjúklingum með miðlungsmikil eða veruleg einkenni af völdum góðkynja stækkunar á blöðruhálskirtli. **Skammtar og lyfjagjöf:** Ráðlagður skammtur af Duodart er eitt hylki (0,5 mg/0,4 mg) til inntöku u.þ.b. 30 mínútum eftir sömu máltíðina á hverjum degi. Hylkin skal gleypa heil og hvorki tyggja þau né opna. **Frábendingar:** Ekki má nota Duodart hjá: konum, börnum eða unglingum, sjúklingum með ofnæmi fyrir dútasteríði, öðrum 5-alfa-redúktasahemlum, tamsúlósíni, soja, jarðhnetum eða einhverju öðru hjálparefnanna, sjúklingum með sögu um réttstöðulágþrýsting. sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is, Markaðsleyfishafi:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland, Sími 530 3700, **Dagsetning endurskoðunar textans:** 29. júlí 2013. Pakkningar og verð (janúar 2014) Duodart 0,5 mg/0,4 mg hörð hylki. 30stk. R, G 6.415 kr

DUODART®

(dútasteríð/tamsúlósín HCl) hylki

Ráðlagður skammtur af Duodart er eitt hylki (0,5 mg/0,4 mg) til inntöku u.þ.b. 30 mínútum eftir sömu máltíðina á hverjum degi. Hylkin skal gleypa heil og hvorki tyggja þau né opna.

Heimildir:
Duodart, samantekt á eiginleikum lyfs.

Aukaverkanir má tilkynna á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is/Aukaverkanir/tilkynna eða til GlaxoSmithKline í síma 530 3700.

gsk

Janúar 2014 IS/DUTT/0001/14

Læknisfræði er bæði vísindi og menning

Charlotte Haug

doktor í smitsjúkdómafræði frá Oslóarháskóla og með meistaragráðu í heilbrigðisþjónusturannsóknum frá Stanford-háskólanum. Hún hefur verið ritstjóri og ábyrgðarmaður norska læknablaðsins síðan 2002.



Charlotte.Haug@legeforeningen.no

Nú þegar *Læknablaðið* byrjar sinn 100. árgang er ástæða til að spyrja: Þurfum við ennþá þjóðleg læknisfræðileg tímarit sem gefin eru út á móðurmálinu? Í okkar nútímalegu alheimstilveru, þar sem flest í læknisfræðilegum rannsóknum er birt alþjóðlega og á ensku, gæti það virst vera tímaskekkja að slík tímarit séu enn að koma út. En kannski þurfum við enn meira á þeim að halda en nokkru sinni fyrr?

Þjóðleg tímarit eru yfirleitt almenn læknisfræðileg tímarit með sérstaka tilvísun til föðurlandsins. Þau birta efni sem er áhugavert fyrir alla lækna og aðalmarkhópur þeirra er klínískir læknar. Flest þessi tímarit eru gömul og hlutdeild þeirra í fjölda birtra vísindagreina af læknisfræðilegum toga fer dvínandi. En ef mæld er þýðing tímaritanna fyrir praktíserandi lækna er annað uppi á teningnum. Í þessi tímarit sækja almennir læknar oft mikilvægustu faglegu upplýsingarnar og sérfræðilæknar fá þar nýjustu vitneskju um aðrar sérgreinar en sína eigin. Arnold S. Relman, sem var ritstjóri *New England Journal of Medicine*, hefur sagt að „þau séu grundvallarefni í því límí sem heldur læknisfræðinni sem starfsgrein saman."[1]

Hin augljósa þversögn í samfélagsþróuninni hefur líka mikið að segja: Samblandi af hnattrænum lífsstíl og þjóðernislegri menningu.[2] Þótt efnahagur, tækni og ferðalög hafi minnkað heiminn hafa nærumhverfi og þjóðleg gildi sumpart fengið ríkari áherslu en áður. Læknisfræðileg tímarit, einkum og sér í lagi almenn blöð á landsvísu, halda á lofti menningu lækna landsins og skapa þeim ímynd. Þau eiga stóran þátt í að móta hlutverk læknis dagsins í dag og framtíðarinnar. Þau spegla afstöðu lækna og skoðanir, og utan frá séð, fyrir fjölmiðla, stjórnmálamenn og almenning, sýna tímaritin starf læknisins með öllu sem því fylgir.[3]

Læknablöð sem eru ekki á ensku, til dæmis norrænu blöðin, skipta líka máli þegar kemur að því að þróa og viðhalda læknisfræðilegum hugtökum á móðurmálinu. Rétt skilgreining læknisfræðilegra hugtaka á íslensku er nauðsynleg, bæði fyrir meðhöndlun sjúklinga og fyrir læknisfræðina sem fag. Læknar og læknisfræði eru tvítyngd ef svo má segja: með enska tungu fyrir alþjóðleg fræðileg samskipti, og með þjóðtungu sína fyrir samskipti við sjúklinga, kollega og félög sín.[4] Það er varla nokkur annar en landstímaritin sem tekur ábyrgð á hefð fyrir læknisfræði á móðurmálinu. Reynslan frá norrænu blöðunum bendir líka til að læknar muni betur fagefni sem þeir lesa á móðurmálinu en það sem þeir lesa á ensku.[5] Núorðið taka sjúklingar æ oftar virkan þátt í að ákvarða þætti í eigin meðferð og til þess að sú ákvörðun hvíli á skynsemi er grundvallaratriði að þeir skilji hvað læknirinn er að segja og helst líka fræðigreinar um meðferðina.

Læknar fá sameiginlega ímynd með því að fá sömu grunnmenntun. Við förum út í atvinnulífið með sama bakgrunn og sama titil. Það er hins vegar ekki sjálfgefið að viðhalda sameiginlegri ímynd. Það krefst vinnu, ekki síst nú þegar margir andstæðir kraftar toga í lækninn. Eitt slíkt afl er sívaxandi fjöldi lækna. Aldrei fyrr hafa svo margir nýir bæst inn í greinina og þeir færa með sér bakgrunn, færni og skilning sem breytir læknasamfélaginu. Samtímis hefur orðið algjör sprenging í læknisfræðilegri þekkingu og æ fleiri verkefni útheimta sérþekkingu. Það er nógu snúið að fylgja eftir þróun í eigin grein, hvað þá að fylgjast vel með öðrum greinum. Og þar með eru læknar orðnir ókunnir hver öðum.

Hvers vegna er mikilvægt að læknar viðhaldi sameiginlegri ímynd? Er ekki nóg að við séum sérfræðingar, hjartalæknar, röntgenlæknar eða almennir læknar? Ástæðan er sú að með aukinni sérfræði og styttri vinnutíma höfum við nú brotakenndara hlutverk við að meðhöndla sjúklinga en áður. En sjúklingarnir eru ekki með samsvarandi brotakenndar þjáningar eða kvalir. Einkenni og sjúkdómar þeirra þurfa heildræna nálgun og samhengi við greiningu og meðhöndlun. Nú eru margir læknar sem koma að meðhöndlun þar sem áður var aðeins einn. Þar sem samhengi verður að vera í meðhöndlun þurfa læknar að hafa sameiginlegan skilning á því hvernig á að brúka læknisfræði, hvaða gildi eiga að vera til staðar og þeir verða að hafa þekkingu á kunnáttu hver annars.

Aflið í umhverfinu, sem tvístrar vinnukröftunum, þarf mótafl sem heldur áfram að virka eftir að grunnmenntun lýkur. Læknisfræðilegt tímarit á landsvísu getur verið bindiefnið sem bætir í og staðfestir sameiginlega vitund lækna. Í tímariti mætast læknar til að ná sér í yfirsýn yfir það nýjasta í heimi lækna og halda hver öðrum upplýstum, það er staður þar sem læknar geta með þekkingu sinni og sameiginlegum skilningi velt fyrir sér hvað það þýðir að vera læknir í einmitt þessu landi. Landsblöðin, almennu læknablöðin – eins og *Læknablaðið* – hafa semsé jafnmikilvægu hlutverki að gegna nú og þegar þau voru sett á laggirnar fyrir um 100-150 árum síðan.

Heimildir

1. Relman AS. Anniversary discourse: the purpose and prospect of the general medical journal. Bull NY Acad Med 1988; 64: 875-80.
2. Naisbitt J, Aburdene P. Megatrends 2000. Pan Books, London 1990.
3. Nylenna M. Små nasjonale tidsskrifter – har de noen fremtid? Tidsskr Nor Lægeforen 2006; 126: 4-8.
4. Simonsen DF, ritstj. Språk i kunnskapssamfunnet. Engelsk – elitenes nye latin? Gyldendal Akademisk, Osló 2004.
5. Gulbrandsen P, Schrøder TV, Milerad J, Nylenna M. Paper or screen, mother tongue or English: which is better? JAMA 2002: 287: 2851-3.

Þýðing: Védís Skarphéðinsdóttir

Practicing medicine is a combination of science and culture

Haug C

Dr.Med. in infectious disease immunology, MSc in health services research, Editor-in-Chief of The Journal of the Norwegian Medical Association since 2002

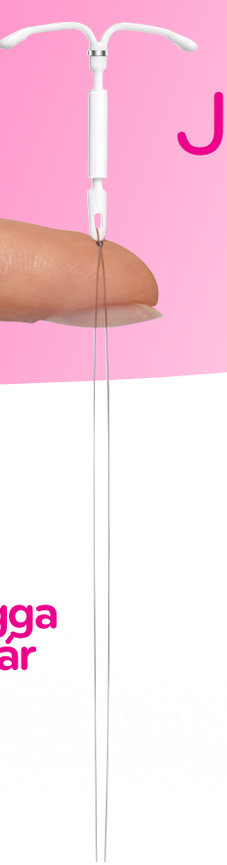
Janúar 2014 IS/DUTT/0001/14

jaydess®

13,5 MG LEVONORGESTREL

BAYER





Jaydess®

Nýjung!

Smálykkjan Jaydess® veitir örugga vörn gegn þungun í allt að þrjú ár

- Lítil og auðveld í uppsetningu[1]
- Lítið magn hormóna og verkun að mestu staðbundin
- Rannsökuð hjá konum sem hafa fætt barn sem og þeim sem ekki hafa fætt barn
  - Jaydess® er ekki fyrsta val fyrir konur sem ekki hafa fætt barn, vegna takmarkaðrar klínískrar reynslu

LIS.12.2013.0048

Upplýsa ber notendur um hættu á utanlegsfóstri og einkenni þess

Sérlyfjatexti á bls. 123

1. Gemzell-Danielsson K, et al. Fertil steril 2012; (97): 616-622. e3.

Að bæta horfur og meðferð sjúklinga með ristil- og endaþarmskrabbamein

Helgi Birgisson

sérfræðingur í ristil- og endaþarmsskurðlækningum við Akademiska sjúkrahúsið í Uppsölum og dósent við læknadeild háskólans þar



Helgi.Birgisson@surgsci.uu.se

Í þessu tölublaði *Læknablaðsins* er birt yfirlitsgrein um krabbamein í ristli og endaþarmi, höfundar hafa gert efninu góð skil, en þurft að stikla á stóru þar sem efnið er víðfemt og flókið. Í leiðaranum mun ég minnast á þá tvo þætti sem mest geta bætt horfur og meðferð þessa sjúklingahóps á Íslandi en það er skimun og gæðaskráning.

Staðfest er að skimun eftir blóði í hægðum eða með bugaristilspeglun lækkar dánartíðni af völdum sjúkdómsins. Sú aðferð sem er nákvæmust til greiningar á ristilsepum og krabbameini er ristilspeglun. Skimun með ristilspeglun er hins vegar kostnaðarsöm fyrir þjóðfélagið og umfangsmikil fyrir einstaklinginn sem í um helmingi tilfella mætir því ekki til skimunar.

Til þess að auka skimunarhlutfallið ætti að bjóða upp á fleiri tegundir skimunar þannig að einstaklingurinn geti valið þá aðferð sem hentar honum best og bætast þá við skimunaraðferðir eins og leit að blóði í hægðum, bugaristilspeglun eða sneiðmynd af ristli ásamt endaþarmsspeglun. Erfiðara getur reynst að skipuleggja slíka skimun en þó er líklegra að hún sé vænlegri til árangurs ef ná á til allra í þjóðfélaginu.

Læknar á Íslandi hafa lengi barist fyrir því að koma á skimun fyrir ristil- og endaþarmskrabbameini samanber samantekt starfshóps á vegum Landlæknisembættisins árið 2001[1] og grein í *Læknablaðinu* árið 2006.[2]

Þó að það hafi ekki enn verið sýnt í verki er vilji fyrir því hjá heilbrigðisyfirvöldum að koma á laggirnar skimun fyrir ristil- og endaþarmskrabbameini, samanber drög að heilbrigðisáætlun fram til ársins 2020.[3]

Eins og staðan er í dag er skimun einungis framkvæmd hjá einstaklingum sem sjálfir óska þess eða samkvæmt læknisráði. Betra væri ef heilbrigðisyfirvöld væru ábyrg fyrir skipulagðri skimun og ættu þau þegar í stað að byrja slíka undirbúningsvinnu. Eðlilegast væri að leitarstöð Krabbameinsfélagsins myndi halda utan um leitina og má lesa í stefnumótun félagsins fyrir árin 2010-2014 skýran vilja til að beita sér fyrir því.[4]

Ef nefna á einhvern einn þátt sem hefur bætt meðferð sjúklinga með ristil- og endaþarmskrabbamein hér í Svíþjóð þá er það gæðaskráning. Slík skráning hefur verið við lýði á landsvísu frá 1995 fyrir endaþarmskrabbamein en fyrir ristilkrabbamein hófst skráningin í nokkrum landshlutum 1997 en frá 2007 hefur hún verið sameiginleg fyrir alla Svíþjóð.

Í stuttu máli má segja að markmið gæðaskráningarinnar sé að öðlast yfirsýn yfir læknismeðferð sjúklinga með ristil- og endaþarmskrabbamein og meta árangur meðferðar en þessir þættir geta leitt til bættrar meðferðar og myndað gagnagrunn sem nota má til rannsókna og við gerð klínískra leiðbeininga.[5]

Árlega eru unnar skýrslur úr gæðaskránni, bæði fyrir allt landið og fyrir hvert hinna 6 landsvæða innan Svíþjóðar sem standa að skráningunni. Við útkomu skýrslunnar eru haldnir fundir þar sem öllum læknum sem standa að meðferð þessara sjúklinga er boðið til að meta niðurstöður og koma sér saman um bætta meðferð og skráningu á sjúkdómnum.

Á hverju ári eru valdar vissar breytur úr skránni og unnin úr þeim stigagjöf, þannig að viðkomandi landshluti eða sjúkrahús getur metið gæði og árangur sinnar meðferðar og borið saman við allt landið eða sjúkrahús af sömu stærðargráðu. Dæmi um slíkar breytur eru fjöldi skoðaðra eitla, staðbundin endurkoma krabbameins eftir þrjú ár og biðtími frá aðgerð til upphafs krabbameinslyfjameðferðar.

Viðkomandi sjúkrahús geta þannig einbeitt sér að því að bæta þá liði í meðferðinni sem ekki standast þær kröfur sem gerðar eru, og um leið haldið áfram með óbreytta meðferð þar sem gæðakröfur standast.

Skráningin hefur gengið í gegnum talsverðar breytingar á þessum árum og er orðin mun nákvæmari og þar með viðameiri. Meginþungi skráningarinnar hefur hingað til snúið að starfi skurðlækna og meinafræðinga en mun nú einnig gera meiri kröfur til myndgreiningar- og krabbameinslækna.

Gæðaskráning á krabbameinsmeðferð á Íslandi myndi án efa leiða í ljós bæði jákvæða og neikvæða þætti og þar með gera læknum kleift að auka gæði meðferðarinnar á markvissari hátt.

Heimildir

1 landlaeknir.is/utgefid-efni/skjal/item15747/Skimun-fyrir-krabbameini-i-ristli-og-endatharmi--Samantekt-starfshops-landlaeknis- - janúar 2014.
2. Bretthauer M, Ekbom A, Malila N, Stefánsson T, Fischer A, Hoff G. Skimun fyrir krabbameini í ristli og endaþarmi. Samvinna milli stjórnmálamanna og vísindamanna er nauðsynleg. Læknablaðið 2006; 92: 519-22.
3. velferdarraduneyti.is/media/frettatengt2012/Drog_ad_heilbrigdisaaetlun.pdf – bls. 17, janúar 2014.
4. krabb.is/Assets/ ýmislegt /20100428stefnumot-un185245kl1020medkapu.pdf - bls. 25, janúar 2014.
5. cancercentrum.se/sv/Kvalitetsregister/ - janúar 2014.

To improve prognosis and treatment of patients with colon and rectal cancer

Birgisson H

Department of surgical sciences, Colorectal surgery, Uppsala University, Uppsala, Sweden



Barneignir
ekki á dagskrá



Benidette

– Getnaðarvörn til inntöku

Hver tafla inniheldur 150 µg af desógestreli og 20 µg af etinýlestradíóli.

Sérlyfjatexti á bls. 124

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 316081

Krabbamein í ristli og endaþarmi

Sigurdís Haraldsdóttir[1] læknir, **Hulda M. Einarsdóttir**[2] læknir, **Agnes Smáradóttir**[3] læknir, **Aðalsteinn Gunnlaugsson**[4] læknir, **Þorvarður R. Hálfdanarson**[5] læknir

ÁGRIP

Krabbamein í ristli og endaþarmi eru þriðja algengasta tegund krabbameina í hinum vestræna heimi. Algengi þeirra vex með hækkandi aldri. Æxlin eru oftast staðbundin í ristli, með eða án meinvarpa í nærlægum eitlum við greiningu en um 20% sjúklinga greinast með útbreiddan sjúkdóm. Skimun getur dregið úr tíðni krabbameina og lækkað dánartíðni. Flest vestræn lönd mæla með ristilspeglun frá 50 ára aldri. Skurðaðgerð er meginaðferðin í meðferð við staðbundnum sjúkdómi en krabbameinslyfjameðferð eftir aðgerð getur dregið úr endurkomu, sérstaklega ef meinið hefur dreift sér til eitla. Geislameðferð, yfirleitt samhliða lyfjameðferð, er auk skurðaðgerðar ein aðalmeðferðin við endaþarmskrabbameinum og er yfirleitt beitt fyrir skurðaðgerð. Við útbreiddum sjúkdómi er lyfjameðferð kjörmeðferð í flestum tilfellum en stundum má beita skurðaðgerð til brottnáms meinvarpa. Umtalsverðar framfarir hafa orðið í meðferð útbreidds sjúkdóms á síðari árum en 6 ný lyf hafa komið fram síðan 1996.

Inngangur

[1]The Ohio State University Comprehensive Cancer Center, [2]Yale School of Medicine, Department of Gastrointestinal Surgery, [3]lyflækningar krabbameina, Landspítala 150 Reykjavík, [4]háskólasjúkrahúsinu í Lundi, Svíþjóð, [5]Mayo Clinic Cancer Center, Division of Hematology & Medical Oncology.

Krabbamein í ristli og endaþarmi eru algeng illkynja æxli af kirtilþekjuuppruna og vex nýgengi þeirra með hækkandi aldri. Þessi æxli eru nú þau þriðju algengustu sem greinast á Vesturlöndum en í um 80% tilvika greinast sjúklingar með staðbundin æxli með eða án dreifingar í nærlæga eitla. Áhættuþættir eru margvíslegir en sá sterkasti er aldur og fjölskyldusaga. Sýnt hefur verið fram á að skimun er árangursrík og lækkar dánartíðni af völdum sjúkdómsins. Mælt er með skimun frá 50 ára aldri í mörgum vestrænum löndum.[1,2] Skurðaðgerð er meginstoð meðferðar en einnig skipar lyfjameðferð stóran sess. Mikilvægt er að gera skýran greinarmun á meðferð krabbameina í ristli og endaþarmi þar sem meðferðarúrræði eru mismunandi. Geislameðferð er lykilþáttur í meðferð krabbameina í endaþarmi en hefur takmarkað notagildi í ristilkrabbameini. Útbreiddur sjúkdómur er fyrst og fremst meðhöndlaður með krabbameinslyfjum þó skurðaðgerð sé stundum beitt í meðferð sjúklinga með lifrar- eða lungnameinvörp. Markmiðið með þessari yfirlitsgrein er að veita heildstætt yfirlit yfir skimun og meðferð krabbameina í ristli og endaþarmi og kynna nýjungar í meðferð, en umtalsverðar framfarir hafa átt sér stað á síðastliðnum áratug, bæði á sviði skurðlækninga og með tilkomu nýrra krabbameinslyfja.

Fyrirspurnir:
Þorvarður R. Hálfdanarson
halfdanarson.thorvardur@mayo.edu

Faraldsfræði og áhættuþættir

Krabbamein í ristli og endaþarmi er þriðja algengasta illkynja æxli á Norðurlöndum og þriðja algengasta dánarorsökin.[3] Á árunum 2006 til 2010 greindust að meðaltali 74 karlar og 60 konur á ári á Íslandi og var meðalaldur við greiningu um 70 ár. Krabbamein í ristli og endaþarmi nema samanlagt um 10% allra greindra illkynja æxla á Íslandi (upplýsingar af vef íslensku Krabbameinsskrárinnar, *krabbameinsskra.is*). Fimm ára lifun hefur aukist um 10-15% á síðustu 20 árum á Norðurlöndunum (frá um 50% upp í 65%).[3] Nýgengi virðist vera að aukast í þróunarlöndunum en standa í stað eða lækka í þróaðri löndum.[4] Nýgengi meðal yngra fólks virðist þó vera að aukast í Bandaríkjunum[5] en hefur ekki aukist hjá ungu fólki á Íslandi.[6] Einnig virðist dánartíðni af völdum þessara krabbameina vera á undanhaldi meðal vestrænna þjóða.[7] Á síðustu áratugum hefur nýgengi krabbameina hægra megin í ristli aukist og eru skýringar á því óljósar.[7,8]

Nýgengi krabbameina í ristli og endaþarmi fer hækkandi með aldri en um 40% tilfella greinast eftir 75 ára aldur.[9] Um 40% sjúklinga greinast með sjúkdóminn á stigi I-II, 40% á stigi III og 20% á stigi IV.[10,11] Tafla I sýnir TNM-stigun ristil- og endaþarmskrabbameina. Gera má ráð fyrir að einn af hverjum 20 einstaklingum greinist með krabbamein í ristli og endaþarmi á lífsleiðinni.[12] Samspil erfða og umhverfisþátta er mikilvægt í tilurð þessara krabbameina. Heilkenni Lynch (*Lynch syndrome*) veldur um 2-5% allra tilfella og ættgengt ristilsepager (*familial adenomatous polyposis*) innan við 1% allra tilfella.[13] Sjúklingar með heilkenni Lynch greinast oftar yngri að árum (meðalaldur 45 ára) með æxli hægra megin í ristli (í 70% tilfella), oftar með fleiri en eitt æxli á sama tíma (*synchronous*) og eru í aukinni hættu á öðrum krabbameinum, svo sem leg- og eggjastokkakrabbameini, maga- og smágirniskrabbameini og krabbameini í þvagvegum.[13] Algengi Lynch-heilkennis á Íslandi hefur ekki verið rannsakað. Sjúklingar með sögu um ristilsepa og sjúklingar með sögu um krabbamein í ristli eða endaþarmi eða ristilsepa meðal nákominna ættingja eru í aukinni hættu.[14,15] Bólgusjúkdómar í görn, það er sáraristilbólga (*ulcerative colitis*) og svæðisgarnabólga (*Crohn's disease*) auka líkur á ristilkrabbameinum.[16] Talið er að líkur á ristilkrabbameinum í slíkum sjúklingum séu um 15-20% eftir 30 ár og er áhættan hugsanlega meiri við sáraristilbólgu.[16] Tóbaksreykingar virðast auka bæði líkur á krabbameini í ristli og endaþarmi sem og dánartíðni af völdum þess.[17] Líkamshreyfing,[18] dagleg aspirínnotkun[19] og D-vítamín með kalki[20] virðast hafa

Greinin barst 18. apríl 2013, samþykkt til birtingar 13. desember 2013.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA - Actavis 116081

Tafla I. *TNM-stigun ristil- og endaþarmskrabbameins.*

Frumæxli	Skýring
Tx	Ekki unnt að meta frumæxli
T0	Ekki merki um að frumæxli sé til staðar
Tis	Æxlisvöxtur er innan slímhúðar
T1	Æxlisvöxtur nær niður í slímhúðarbeð (*submucosa*)
T2	Æxlisvöxtur nær niður í vöðvalag (*muscularis propria*)
T3	Æxlisvöxtur nær gegnum vöðvalag inn í hálubeð eða fitu aðlægt ristli/endaþarmi sem ekki er klædd hálu (*peritoneum*)
T4a	Æxli nær gegnum hálu/skinu (*visceral peritoneum*)
T4b	Æxli vex inn í eða er fast við aðlægt líffæri eða strúktúr
Eitlar	
Nx	Ekki unnt að meta eitlaíferð
N0	Engin eitlaíferð
N1	1-3 jákvæðir eitlar
N1a	Einn jákvæður eitill
N1b	2-3 jákvæðir eitlar
N1c	Æxlisútfelling (*tumor deposit*) undir hálu, í garnahengi eða í fitu aðlægt ristli / endaþarmi án eitlaíferðar
N2	4 eða fleiri jákvæðir eitlar
N2a	4-6 jákvæðir eitlar
N2b	7 eða fleiri jákvæðir eitlar
Fjarmeinvörp	
Mx	Ekki unnt að meta fjarmeinvörp
M0	Ekki merki um fjarmeinvörp
M1	Fjarmeinvörp til staðar
M1a	Meinvörp í einungis einu líffæri eða svæði (til dæmis lifur, lunga, eggjastokki, eða fjarlægum eitli)
M1b	Meinvörp í fleiri en einu líffæri eða svæði eða í skinu

Stig	T	N	M	Duke´s stigun	Modified Astler-Coller
0	Tis	N0	M0	–	–
I	T1	N0	M0	A	A
	T2	N0	M0	A	B1
IIA	T3	N0	M0	B	B2
IIB	T4a	N0	M0	B	B2
IIC	T4b	N0	M0	B	B3
IIIA	T1, T2	N1/N1c	M0	C	C1
	T1	N2a	M0	C	C1
IIIB	T3-T4a	N1/N1c	M0	C	C2
	T2-T3	N2a	M0	C	C1/C2
	T1-T2	N2b	M0	C	C1
IIIC	T4a	N2a	M0	C	C2
	T3-T4a	N2b	M0	C	C2
	T4b	N1-N2	M0	C	C3
IVa	T1-T4	N0-N2	M1a	–	–
IVb	T1-T4	N0-N2	M1b	–	–

Skýring á forskrift
cTNM Clinical classification - Klínísk stigun
pTNM Pathologic classification - Meinafræðileg flokkun
yTNM Therapy - Stigun eftir formeðferð
rTNM Recurrence after disease-free interval - Stigun við endurkomu meins
uTNM Ultrasonography, endosonography - Stigun við ómskoðun
aTNM Autopsy - Stigun eftir krufningu

Heimild: American Joint Committe on Cancer. 7. útgáfa. (2009)

Tafla II. *Skimun fyrir krabbameinum í ristli og endaþarmi hjá einstaklingum 50 ára eða eldri án sérstakra áhættuþátta.*

Árleg leit að blóði í hægðum
Bugaristilspeglun á 5 ára fresti
Árleg leit að blóði í hægðum og bugaristilspeglun á 5 ára fresti
Ristilspeglun á 10 ára fresti
Skuggaefnisrannsókn með ristilinnhellingu á 5 ára fresti

verndandi áhrif. Áhrif mataræðis á tilurð krabbameina í ristli og endaþarmi eru óljós. Þrátt fyrir að eldri rannsóknir hafi sýnt fram á verndandi áhrif aukinnar trefjaneyslu hafa nýrri rannsóknir dregið þá kenningu í efa.[21] Aukin neysla grænmetis og ávaxta og minni kjötneysla virðist hugsanlega draga úr áhættu á krabbameini, sérstaklega í vinstri hluta ristils.[22,23]

Skimun

Í flestum tilvikum er talið að ferlið frá ristilsepa til ífarandi æxlisvaxtar taki að meðaltali 10 ár.[2] Einungis lítill hluti ristilsepa þróar með sér illkynja breytingar með tímanum og rökrétt er að álykta að greining og meðhöndlun ristilsepa dragi úr nýgengi ristilkrabbameina. Snemmgreining virðist bæta lífslíkur. Þessar staðreyndir eru forsenda þess að mælt er með kerfisbundinni skimun krabbameina í ristli og endaþarmi.[1,2,24,25] Landlæknisembættið gaf út klínískar leiðbeiningar árið 2002 sem nálgast má á vef embættisins en þær eru komnar til ára sinna og ekki í samræmi við nýrri erlendar leiðbeiningar. Þörf er á endurnýjun hinna íslensku leiðbeininga.[26] Aðferðir til skimunar eru nokkrar (sjá töflu II) en þær sem oftast eru notaðar eru ristilspeglun og leit að blóði í hægðum.[1] Báðar aðferðir draga úr nýgengi og dánartíðni ristil- og endaþarmskrabbameina.[27,28] Við ristilspeglun er hægt að fjarlægja ristilsepa og afla vefjasýna. Með leit að blóði í hægðum sleppur sjúklingur við inngrip og er ef til vill líklegri til að vilja undirgangast slíka skimun. Betra næmi fæst með mótefnaprófi fyrir glóbíni (*fecal immunochemical testing*, FIT) og var borið saman við hefðbundið próf til leitar að blóði í saur (*hemoccult*-próf). Ekki var marktækur munur á tíðni ristilkrabbameina í slembirannsókn sem bar FIT saman við ristilspeglun.[29]

Ristilspeglun á bugaristli (*flexible sigmoidoscopy*) er einnig nothæf við skimun og dregur úr dánartíðni af völdum ristilkrabbameina. Við þá rannsókn sjást hins vegar ekki æxli hægra megin í ristli og hún lækkar ekki dánartíðni af völdum slíkra æxla.[27] Tölvusneiðmyndarannsókn (TS) af ristli (*CT colonography*) má nota ef ristilspeglun verður ekki komið við.[2] Þrátt fyrir að TS af ristli sé bæði næm rannsókn og sértæk eru óþægindi sjúklings svipuð eða jafnvel meiri en við ristilspeglun og ekki hægt að taka sýni. Einnig hefur ekki verið sýnt fram á að TS sé ódýrari rannsókn en ristilspeglun. Talsverður áhugi er á að leita eftir stökkbreyttu erfðaefni í hægðum, bæði DNA og RNA, og hafa rannsóknir sýnt fram á gott næmi og sértæki.[2] Mæling á methýleruðu DNA í blóði, svo sem septin 9, lofar einnig góðu sem skimunarpróf. Niðurstöður sem sýna fram á bætta lifun liggja ekki fyrir en slíkar rannsóknir eru í gangi. Ekki er því hægt að mæla með notkun þessara prófa utan klínískra rannsókna.

Hefja skal skimun við 50 ára aldur hjá einstaklingum án áhættu, það er hjá einstaklingum sem ekki hafa fjölskyldusögu um

ristil- eða endaþarmskrabbamein, ættlæga kvilla sem auka líkur á slíkum krabbameinum eða garnabólgusjúkdóma. Mælt er með að ristilspeglun sé framkvæmd á 10 ára fresti. Ef leitað er að blóði í hægðum skyldi gera það árlega og framkvæma ristilspeglun ef blóð finnst eða ef grunsamleg einkenni eru til staðar. Ef um er að ræða fyrstu gráðu ættingja (systkini, foreldri eða afkvæmi) sem greinst hafa með krabbamein í ristli eða endaþarmi, ætti að hefja skimun 10 árum fyrr en umræddur einstaklingur greindist. Sem dæmi má segja: greinist einstaklingur við 55 ára aldur skyldi hefja skimun afkvæma við 45 ára aldur. Sníða verður skimun eftir áhættu og skima ætti einstaklinga með aukna áhættu fyrr og oftar.[30]

Einkenni, greining og stigun

Einkenni krabbameina í ristli eða endaþarmi eru margvísleg og geta verið bæði langvinn og væg. Nýleg íslensk samantekt á birtingarmynd ristilkrabbameina hjá einstaklingum sem greindust frá 1955-2004 sýndi að þriðjungur sjúklinga greindist fyrir tilviljun og 5,8% sjúklinga voru yngri en 50 ára. Járnskortsblóðleysi og almenn einkenni voru algengari ef æxli voru hægra megin í ristli. Breytingar á hægðamynstri, stórsætt blóð í hægðum og hægðaþörf (*tenesmus*) voru algengari ef æxli voru vinstra megin. Sjúklingar með blóð í hægðum höfðu marktækt oftar lægra TNM-stig við greiningu.[11] Kviðverkir og garnastífla vegna æxlisvaxtar geta einnig verið upphafseinkenni sjúklinga.

Greining er jafnan fengin með ristilspeglun en mikilvægt er að stiga sjúkdóminn til fulls og útiloka fjarmeinvörp. Tölvusneiðmynd af kviðarholi og brjóstholi þar sem skuggaefni er gefið um munn og í æð er yfirleitt fullnægjandi. Hjá sjúklingum með endaþarmskrabbamein skiptir höfuðmáli að meta staðbundna útbreiðslu sjúkdómsins en það ræður hvort geislalyfjameðferð sé beitt fyrir skurðaðgerð. Æxlisvísar, svo sem CEA (*carcinoembryonic antigen*), geta spáð fyrir um endurkomu æxlisins og svörun við meðferð (um 60% æxla mynda CEA). CEA hefur hins vegar litlu hlutverki að gegna við greiningu vegna skorts á næmi og sértæki. Rannsókn með jáeindaskanna samhliða tölvusneiðmynd (*positron emission tomography*, PET / CT) er ekki ráðlögð í uppvinnslu en má nota til að leita að frekari meinvörpum áður en lagt er í skurðaðgerð til brottnáms einangraðra lifrarmeinvarpa.[31] Jáeindaskann er ekki áreiðanleg rannsókn fyrir æxli sem eru minni en 1 cm eða hægt vaxandi æxli. Áður en meðferð hefst er æskilegt að ræða tilfelli sjúklinga með staðbundinn sjúkdóm á sameiginlegum meðferðarfundum mismunandi sérgreina. Þetta er sérlega mikilvægt í endaþarmskrabbameinum þar sem náinnar samvinnu margra sérgreina er þörf.

Skurðaðgerðir við frumæxli

Lækning ristil- og endaþarmskrabbameins er einungis möguleg með fullkomnu brottnámi æxlisins og gegnir skurðaðgerð því lykilhlutverki. Meirihluti sjúklinga með krabbamein í ristli og endaþarmi gengst undir skurðaðgerð.[32] Markmið skurðaðgerðar er að nema brott allan æxlisvöxt með hreinum skurðbrúnum (*complete* eða *curative resection*, *R0 resection*) með að minnsta kosti 5 cm jaðri til beggja enda, viðkomandi garnahengi, og 12-15 eitlum hið minnsta.[32,33] Í endaþarmskrabbameini má neðri jaðar vera minni en 5 cm (sjá síðar).

Meðferð krabbameina í ristli eða endaþarmi fer fyrst og fremst eftir stigi við greiningu (tafla I). Krabbamein á fyrsta og öðru stigi er fjarlægt með skurðaðgerð eingöngu. Krabbamein á þriðja stigi og einstaka mein á öðru stigi (mein sem talin eru hafa aukna hættu á endurkomu) er meðhöndlað með skurðaðgerð auk lyfja- og geislameðferðar fyrir eða eftir aðgerð. Eitlaíferð er einn mikilvægasti þátturinn í mati á horfum. Fullkominn árangur af aðgerð (*R0 resection*) er ekki talinn hafa náðst ef æxlisvöxtur er skilinn eftir, ef æxli er til staðar í skurðjaðri (hringlægum jaðri eða endum skurðsýnis, *radial* eða *proximal/distal margin*) eða ef ekki er hægt að meta stig sjúklings. T4-æxli verður að fjarlægja samlægt (*en-bloc)* með aðliggjandi líffærum eða vefjum. Horfur eru klárlega bestar eftir R0 aðgerð.[34,35]

Áður en meðferð er hafin verður að útiloka samtíma (*synchronous*) æxli í ristli, en tíðni samtíma sepa er 28-38% og samtíma ristilkrabbameina 5%.[36] Tattúvering fyrir aðgerð auðveldar kennsl á æxlinu. Flestir skurðlæknar í Bandaríkjunum hreinsa ristilinn út fyrir aðgerð enda þótt sú hefð hafi í nýlegum rannsóknum ekki sýnt marktækan ávinning hvað varðar leka. Víða annars staðar, þar á meðal á Íslandi, eru skurðlæknar almennt hættir úthreinsun. Góð úthreinsun getur auðveldað brottnám, sérstaklega við kviðarholsjáraðgerð. Sýklalyf eru gefin fyrir aðgerð.

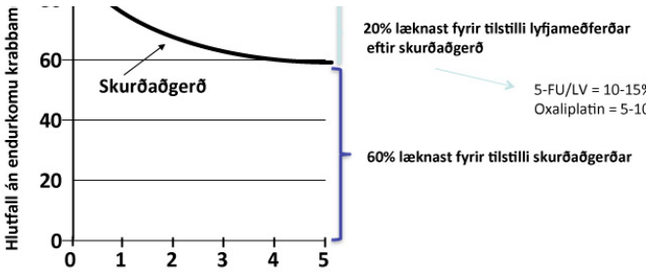
Ristilbrottnám

Ristilbrottnám er oftast gert um miðlínuskurð eða kviðarholsjá (*laparoscopy*). Fjórar stórar rannsóknir frá Bandaríkjunum, Kanada og Evrópu hafa metið skammtíma- og langtímaárangur af holsjáraðgerð miðað við opna aðgerð við meðferð ristilkrabbameina.[37-42] Holsjáraðgerð er jafngild opinni aðgerð hvað varðar tíðni endurkomu krabbameins og langtímalifun. Líkur á ífarandi krabbameini í skurðsárum virðast heldur ekki meiri við holsjáraðgerð.[38] Sjúklingar jafna sig hraðar eftir holsjáraðgerð, hafa minni verki og þurfa síður verkjalyf. Þeir hafa aukin lífsgæði eftir tvær vikur, eru útskrifaðir fyrr heim, hafa minni skurðsár og skemmri þarmalömun.[43]

Í upphafi aðgerðar eru kviðarhol, lifur, grindarhol og eggjastokkar metnir með meinvörp eða æxli í huga. Æxlið ætti að handfjatla sem minnst (*no-touch technique*).[44] Staðsetning æxlis stjórnar því hvaða og hversu mikinn hluta ristils þarf að fjarlægja. Hluti ristils sem er fjarlægður markast af næringaræð æxlis með tilheyrandi sogæðum og eitlum. Enginn ávinningur er af víðtækara brottnámi.[45] Viðkomandi æð er tekin í sundur við upphaf hennar að því gefnu að nægilegu blóðflæði sé viðhaldið frá nærliggjandi æðum. Ef æxli er á mótum æða- eða sogæðasvæða verður að fjarlægja lengri ristil sem þeim svæðum nemur. Með þessu móti eru líkur mestar á því að fullnægjandi fjöldi af fráveitandi eitlum náist. Rannsóknir sýna betri lífshorfur ef teknir eru 12 eða fleiri eitlar þar sem meiri líkur eru á réttri stigun.[46] Undirstigun (*understaging*) getur leitt til ófullnægjandi viðbótarmeðferðar.[31]

Allan ristilinn ætti að fjarlægja í sumum tilvikum eins og í langvarandi bólgusjúkdómi í ristli, ristilsepageri eða heilkenni Lynch.

Samtíma æxli á mismunandi stöðum má fjarlægja með tveimur ristilúrnámum og tveimur tengingum með sama árangri og ef ein



Mynd 1. *Áhrif lyfjameðferðar á endurkomu krabbameins á stigi III.*

tenging væri gerð,[47] eða með brottnámi á nær öllum ristlinum (*subtotal colectomy*).

Markmið aðgerðar er að ná hreinum skurðbrúnum og viðkomandi garnahengi með eitlum og að framkvæma örugga og vel blóðvædda garnatengingu án togs (*tension-free*).

Lyfjameðferð að lokinni skurðaðgerð (adjuvant meðferð)

Stig krabbameins í ristli eða endaþarmi spáir best fyrir um hættu á endurkomu. Ef sjúkdómurinn er á stigi I má gera ráð fyrir að 90-95% sjúklinga læknist með skurðaðgerð og að frekari meðferðar sé ekki þörf. Um 80% sjúklinga á stigi II eru taldir læknaðir með skurðaðgerð en lyfjameðferð eftir skurðaðgerð hefur ekki bætt lifun umtalsvert. Hins vegar getur lyfjameðferð dregið úr endurkomu meins af stigi II ef áhættuþættir eru til staðar, svo sem T4 æxli, há æxlisgráða, garnastífla eða garnarof vegna æxlis, ífarandi vöxtur með æðum og taugum eða þegar færri en 12 eitlar eru fjarlægðir.[48-50] Því þarf að ræða ávinning og áhættu lyfjameðferðar við sjúklinga og ættu sjúklingar að taka virkan þátt í ákvarðanatökunni. Gera má ráð fyrir að um 50-60% sjúklinga með krabbamein í ristli eða endaþarmi á stigi III séu læknaðir með skurðaðgerð en lyfjameðferð eftir aðgerð getur lækkað dánartíðni um 10-20%. Það ber að ræða gagnsemi slíkrar meðferðar hjá öllum sjúklingum á stigi III (sjá mynd 1).[50,51] Umtalsverður munur er á líkum á endurkomu innan stigs III (A-C) en þættir eins og fjöldi jákvæðra eitla, æxlisgráða og æxlisíferð í taugar og æðar hafa áhrif á endurkomutíðni. Til eru reiknilíkön sem hjálpa verulega til við mat á endurkomuhættu og er eitt slíkt líkan, Adjuvant! Online, aðgengilegt á slóðinni *adjuvantonline.com*.[52] Í líkaninu er metinn ávinningur af meðferð á auðskiljanlegan hátt og gagnast það sjúklingum og aðstandendum við ákvarðanatökuna.

Veruleg þróun hefur orðið í lyfjameðferð þessara krabbameina á síðustu áratugum. Valið stendur milli tveggja til þriggja meðferða að lokinni aðgerð. Lyfjameðferð skal hefja innan 4-8 vikna frá skurðaðgerð ef hægt er en töf umfram þann tíma dregur úr árangri meðferðar.[53] Oftast er mælt með 6 mánaða meðferð með 5-flúoróuracíl (5-FU), leucovorin (LV) og oxaliplatíni (FOLFOX).[54] Nota má capecítabín í stað 5-FU en það er forlyf 5-FU í töfluformi.[55] Oxaliplatín hefur ekki reynst draga marktækt úr endurkomu æxlis hjá sjúklingum eldri en 70 ára og skyldi því hugleiða að beita eingöngu 5-FU/LV eða capecítabíni í 6 mánuði hjá þeim hópi.[56,57] Oxaliplatín getur orsakað talsverðan úttaugaskaða sem getur verulega dregið úr lífsgæðum, jafnvel í mörg ár. Marksækin (*targeted*) meðferð með VEGF-hemli (bevacizumab)[58] eða EGFR-hemli (cetuximab)[59] hefur ekki reynst gagnleg í staðbundnum sjúkdómi að aðgerð lokinni. Þrjár stórar rannsóknir eru nú í gangi erlendis þar sem stytt þriggja mánaða meðferð er borin saman við hefðbundna 6 mánaða meðferð. Ef styttri meðferðin reynist jafnvirk og hin má gera ráð fyrir að þar sparist umtalsvert fé og minni taugaskaði hljótist og meiri lífsgæði ávinnist.

Eftirlit

Um 80% af endurkomum verða á fyrstu þremur árunum eftir greiningu en einungis 1% eftir 5 ár.[60] Lítið er um góðar framskyggnar rannsóknir á gagnsemi eftirfylgdar en neðangreindar ráðleggingar styðjast við útgefnar erlendar leiðbeiningar. Óljóst er hvort ávinningur sé af myndgreiningarrannsóknum við eftirfylgd sjúklinga með krabbamein á stigi I. Sama gildir um aldraða og langveika sjúklinga sem myndu ekki þola aðra skurðaðgerð eða lyfjameðferð við endurkomu æxlisins.

Eftirlit sem felur í sér reglubundnar læknisheimsóknir, CEA-mælingu, tölvusneiðmynd af brjóst- og kviðarholi og ristilspeglun getur bætt lífshorfur samanborið við minna eftirlit[61,62] og er því beitt á fyrstu 3-5 árum eftir greiningu sjúkdóms á stigi II eða III. Klínískar leiðbeiningar í Bandaríkjunum (NCCN) og Evrópu eru eilítið frábrugðnar en mæla með reglulegu eftirliti fyrstu 5 árin.[31,50] Eins ættu allir sjúklingar að fara í fulla ristilspeglun við greiningu til að útiloka önnur æxli. Ristilspeglun er endurtekin einu ári eftir greiningu, eftir þrjú ár ef skoðun er eðlileg og svo á 5 ára fresti svo framarlega sem skoðun er eðlileg.[50] Óljóst er hvort það þarf að framkvæma ristilspeglun fyrr en 5 árum eftir skurðaðgerð ef um var að ræða góða speglun við greiningu en útgefnum leiðbeiningum ber ekki saman um hversu oft ætti framkvæma ristilspeglun.[30] Ef nýir separ finnast við speglun er ráðlagt að fjarlægja þá og endurtaka rannsóknina að ári liðnu.

Endaþarmskrabbamein

Endaþarmskrabbamein er skilgreint sem krabbamein með neðri mörk innan við 15 cm frá endaþarmsopi (*anal verge*). Þótt endaþarmskrabbamein og ristilkrabbamein hafi að miklu leyti sömu meingerð, áhættuþætti, eftirlit og meðferð útbreidds sjúkdóms er meðferð staðbundins sjúkdóms í ristli eða endaþarmi talsvert ólík. Staðbundin endurkoma er algengari í endaþarmskrabbameinum en ristilkrabbameinum, sérstaklega ef æxlið er innan við 12 cm frá endaþarmsopi.[63] Með geislameðferð má draga verulega úr staðbundinni endurkomu endaþarmskrabbameins eftir brottnám æxlisins.[64]

Ef 5-FU eða capecítabín-lyfjameðferð er gefin samtímis geislameðferð (*concurrent chemoradiation therapy*, geisla-lyfjameðferð) má draga enn frekar úr staðbundinni endurkomu. Árangur er bestur og aukaverkanir minni ef geislameðferð er beitt fyrir aðgerð miðað við geislameðferð að aðgerð lokinni.[65] Á Norðurlöndunum er algengt að beita svokallaðri styttri geislameðferð þar sem gefnir eru háir geislaskammtar í 5 daga (5 Gy x 5).[66] Aðgerð er svo oftast gerð tveimur til þremur dögum eftir geislameðferð. Í sumum tilvikum vex æxlið utan þeirra marka sem talin eru gefa möguleika á fullkomnu brottnámi æxlis (R0) og er þá gjarnan beitt lengri geislameðferð (1,8 Gy x 28) með krabbameinslyfjum. Slík geislameðferð

er sjaldan notuð í Bandaríkjunum en nýleg rannsókn sýndi lítinn mun á þessum tveimur meðferðum.[67] Á Íslandi er yfirleitt beitt lengri geislameðferð samhliða krabbameinslyfjameðferð fyrir skurðaðgerð.

Við greiningu og val á meðferð er mikilvægt að staðsetja endaþarmsæxli nákvæmlega með tilliti til endaþarmshringvöðva og grindarbotnsvöðva. Endaþarmi er skipt í þrjá hluta, neðri (0-5 cm), mið (6-10 cm) og efri hluta (11-15 cm). Fjarlægð frá endaþarmsopi eða tenntu línu endaþarmsgangs (*dentate line*) er mæld með stífri endaþarmsspeglun (*rigid proctoscope*) þar sem mæliskekkja getur verið við sveigjanlega speglun. Nákvæm staðbundin stigun er afar mikilvæg. Við stigun er notuð ómskoðun á endaþarmi um holsjá (*endorectal ultrasound*) eða segulómun. Með segulómun er að hægt að meta hringlægar skurðbrúnir (*circumferential resection margin*, CRM). Allt að 20% sjúklinga með neikvæða eitla við ómskoðun (T3N0-stig) reynast hafa eitlameinvörp við aðgerð.[68]

Ef endaþarmsæxli er lágt eða ífarandi í hringvöðvana þarf að fjarlægja endaþarminn og útbúa varanlega þarmarauf eða stóma (gagngert brottnám, *abdominoperineal resection*, APR). Mælt er með 2 cm neðri mörkum hið minnsta, en oft er hægt að þyrma endaþarmsvöðvunum í mið- og lágum æxlum að því gefnu að 1 cm neðri mörk náist.[69] Með bættri skurðtækni og geislameðferð má lækka tíðni gagngers brottnáms úr 60% í 27%.[70] Smækkun æxlis (*downstaging*) með geislalyfjameðferð fyrir aðgerð getur í stöku tilfellum hlíft endaþarmsvöðvum og þar með komist hjá varanlegri þarmarauf. Starfshæfni mjög lágrar tengingar (*coloanal anastomosis*) getur verið léleg og varanleg þarmarauf því betri kostur, sérstaklega hjá öldruðum og þeim sem þjást af hægðaleka.

Vegna eðlis gagngers brottnáms má íhuga staðbundið brottnám staðbundins endaþarmsæxlis á lágu stigi, annaðhvort með hefðbundnu brottnámi um endaþarm (*transanal excision*) eða með TEM-smásjártækni (*Transanal Endoscopic Microsurgery*). Síðarnefnda aðferðin var þróuð í Þýskalandi snemma á 9. áratugnum og er einkum notuð til að fjarlægja æxli sem eru ofarlega í endaþarmi.[71] Við val á meðferð – staðbundið brottnám eða gagngert – er afar mikilvægt að gera sér grein fyrir líkum á eitlameinvörpum og þar með horfum. Tíðni eitlameinvarpa eykst mjög með stigi frumæxlis og skýrir ávinning þess að fjarlægja garnahengi og eitla. Tíðni eitlameinvarpa er 9% við T1-æxli, 25% við T2 og 45% við T3-æxli.[72] T1-æxli vaxa í gegnum vöðvalag slímunnar (*muscularis mucosa*) inn í undirslímu (*submucosa*). T1-æxli má flokka eftir dýpt í undirslímu (*submucosa*, sm) í sm1-3 (einfaldast að skipta undirslímu í þriðjunga). Eitlameinvörp eru algengari með hærra sm-stigi. Líkur á endurkomu krabbameina eru samhljóma þessum tölum. Þegar tölum er stillt upp á móti lífsgæðum, aukakvillum og dánartíðni eftir gagngert brottnám munu sumir sjúklingar kjósa staðbundna aðgerð. Tis (*in situ*) og T1 eru oftast fjarlægð með staðbundinni aðgerð en mikilvægt er að gera sér grein fyrir að eitlaíferð finnst í 6-11% tilvika. Fyrir T1-æxli með ýga þætti (*aggressive features*) eins og illa þroskað æxli, blóð- eða sogæðaíferð, eða æxli með slímkirtilsþætti (*mucinous features*) má íhuga stoðmeðferð eftir staðbundna aðgerð eða framkvæma gagngert brottnám. T2-æxli án eitlameinvarpa sem eru staðsett í hæfilegri fjarlægð (>5 cm) frá hringvöðva eru oftast fjarlægð með endaþarmsbrottnámi eingöngu. T2-æxli sem fjarlægð eru með staðbundinni aðgerð eingöngu (yfirleitt vegna þess að sjúklingur hafnar gagngeru brottnámi) ætti að meðhöndla með viðbótar lyfja- og geislameðferð.[73]

Sjúkling með T3-æxli eða líkleg eitlameinvörp ber að meðhöndla með lyfja- og geislameðferð og svo aðgerð. Gefin er annaðhvort stutt (25 Gy í 5 meðferðum) eða löng (50,4 Gy) geislameðferð. Gert er lágt fremra endaþarmshögg (*low anterior resection*) eða gagngert brottnám endaþarms (*abdominoperineal resection).* Sýnt hefur verið fram á óyggjandi ávinning þess að framkvæma endaþarmsbrottnám með fósturfræðilega legu endaþarms í huga með svokallaðri TME-aðferð (*total mesorectal excision*).[74] Sú aðferð tryggir að allt endaþarmshengið (*mesorectum*) sé fjarlægt að mesorectal fasciu („The Holy Plane“) og þar með allir fráveitandi eitlar endaþarms.[75]

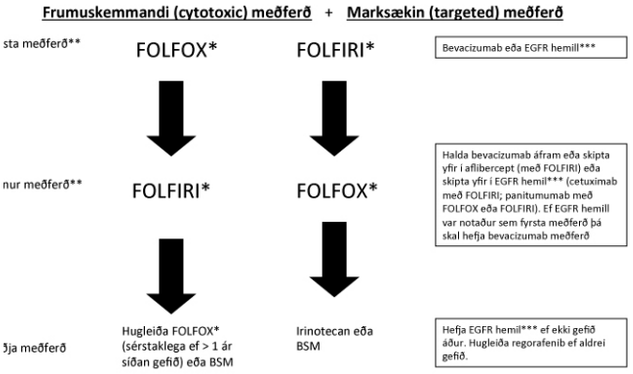
Habr-Gama og félagar hafa á eftirtektarverðan hátt ýtt við hefðum í meðferð á endaþarmskrabbameini. Sjúklingum sem svöruðu fullkomlega (sýndu engin klínísk merki um æxlisvöxt (*complete clinical responders*, cCR) eftir lyfja- og geislameðferð) var fylgt eftir með ströngu eftirliti. Fimm ára lifun og lifun án sjúkdóms var betri hjá þeim miðað við hópinn sem ekki svaraði fullkomlega og gekkst undir skurðaðgerð.[76] Aðrir hafa sýnt fram á svipaðan árangur af geislalyfjameðferð án skurðaðgerðar og mætti því hugleiða þessa nálgun í völdum tilfellum.[77]

Lyfjameðferð eftir skurðaðgerð þar sem geislalyfjameðferð var beitt fyrir er gjarnan notuð, þó svo engar slembirannsóknir hafi verið gerðar sem sýna óyggjandi fram á bætta lifun. Nýleg samanburðarrannsókn á 21 rannsókn bar saman horfur hjá sjúklingum sem fengu eða fengu ekki lyfjameðferð. Niðurstöður sýndu bætta lifun með 5-FU lyfjameðferð en í einungis einni rannsókn höfðu sjúklingar fengið geislameðferð fyrir aðgerð og því er óljóst hversu mikið lyfjameðferð eftir aðgerð bætir við hjá sjúklingum sem fengu geislalyfjameðferð.[78] Engu að síður er sjúklingum með stig II/III sjúkdóm oft boðin lyfjameðferð í 6 mánuði eftir aðgerð þar sem niðurstöður viðbótarkrabbameinslyfjameðferðar í ristilkrabbameini eru yfirfærðar á endaþarmskrabbamein.[54] Klínískar leiðbeiningar í Bandaríkjunum (NCCN) og leiðbeiningar samtaka evrópskra krabbameinslyflækna (ESMO) mæla með lyfjameðferð fyrir alla á stigi II-III.[31,50] Ef sjúklingur sem talinn var hafa ristilkrabbamein reynist við aðgerð vera með endaþarmskrabbamein (æxli staðsett fyrir neðan lífhimnu; *peritoneal reflection*), er gjarnan beitt svokallaðri samlokuaðferð eftir aðgerð. Gefin er lyfjameðferð með 5-FU/LV (eða capecitabíni) eða FOLFOX er gefin í tvo mánuði, svo 5-FU/capecitabín með geislameðferð í 5-6 vikur og svo aftur lyfjameðferð í tvo mánuði.[79]

Meðferð útbreidds sjúkdóms

Útbreitt krabbamein í ristli eða endaþarmi er í flestum tilfellum ólæknandi sjúkdómur og er meðferð yfirleitt með krabbameinslyfjum. Ef meinvörp eru fá og bundin við lifur eða lungu, er stundum hægt að fjarlægja þau ásamt gjöf krabbameinslyfjameðferðar. Einnig getur þurft að fjarlægja frumæxli í ristli valdi þau verulegum þrengingum eða blæðingum. Stoðnet eru áhrifarík, hafa tiltölulegar litlar aukaverkanir og ísetning þeirra krefst alla jafna ekki innlagnar.[80] Ekki hefur verið sýnt fram á ávinning af því að fjarlægja frumæxli í einkennalausum sjúklingum og eru áhrif slíkrar aðgerðar á lifun umdeild.[81-83]

Umtalsverðar breytingar hafa orðið á meðferð útbreidds krabbameins í ristli og endaþarmi á síðasta áratug með tilkomu nýrra lyfja.[84] Meðferð er jafnan líknandi og miðar að því að auka



Skammstafanir: BSM = besta stuðningsmeðferð;
*5-FU eða forlyfið capecitabine;
**Hugleiða má viðhaldsmeðferð með 5-FU með marksækinni meðferð ef sjúkdómsbyrði er lítil og ef æxli hafa svarað (minnkað eða haldist stöðug) eftir 4-6 mánuði á meðferð;
***Einungis ef æxli er án stökkbreytingar í KRAS.

Mynd 2. *Meðhöndlun sjúklinga með útbreitt ristil- eða endaþarmskrabbamein.*

ævilengd og viðhalda lífsgæðum sjúklings. Ef lyfjameðferð er ekki gefin er meðallifun um 7 mánuðir.[85]

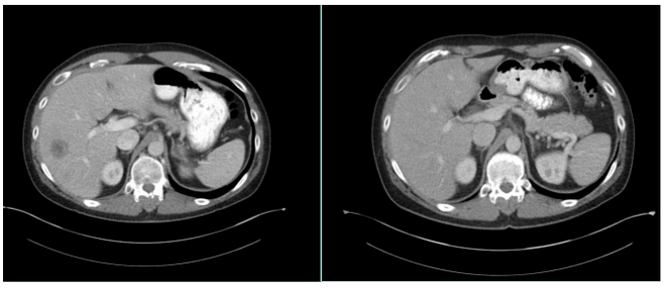
Með tilkomu nýrra lyfja síðastliðin 10-15 ár hefur meðallifun meðhöndlaðra sjúklinga aukist úr 10-12 mánuðum í 20-24 mánuði og 5 ára lifun farið úr 1% upp í 10%.[86] Yfirleitt er beitt fjöllyfjameðferð þar sem 5-FU/LV eða capecitebín eru gefin, annaðhvort með oxaliplatíni (FOLFOX, CAPOX) eða írínótecani (FOLFIRI) og eru þær jafnvirkar sem fyrsta meðferð (sjá mynd 2).[87] Þegar æxli hættir að svara annaðhvort FOLFOX eða FOLFIRI er skipt yfir í hina meðferðina en slík nálgun getur bætt lifun umtalsvert.[88] Í 50-60% tilfella smækkar æxlið (*objective response*) við fyrstu meðferð. Í um 20-30% stendur æxlisstærð í stað (*stable disease*) en í 20% tilfella svarar æxlið ekki fyrstu lyfjameðferð (*progressive disease*). Svörun endist að miðgildi í 10-14 mánuði á fyrstu meðferð (*first line*). Á annarri meðferð (*second line*) má búast við smækkun á æxlum í 5-15% tilfella og svörun stendur að miðgildi í 2-6 mánuði.[89] Flestir álíta að best lifun náist með nær samfelldri krabbameinslyfjameðferð uns ástand sjúklings leyfir ekki frekari meðferð, sjúklingur ákveður að þiggja ekki frekari meðferð eða meðferðarúrræði eru uppurin. Oft er beitt stífri upphafsmeðferð í 4-6 mánuði en síðar skipt yfir í viðhaldsmeðferð með færri lyfjum sem alla jafna þolast betur. Þegar æxlisvaxtar gætir á ný er meðferðin hert aftur og öðrum lyfjum beitt.[90,91] Meðferðarhlé skyldi forðast þar sem slík hlé eru talin geta leitt til styttri lifunar.

Á síðari árum hefur nýjum lyfjum verið beitt sem vinna gegn ákveðnum þáttum í vaxtarferli æxlanna (marksækin meðferð). Stökkbreytingar í *KRAS*-geninu koma fyrir í 40% æxla og spá fyrir um svörun við EGFR-hemla meðferð[92,93] þar sem æxli með stökkbreytingar eru ónæm gagnvart þessari meðferð. Stökkbreytingar

Tafla III. *ECOG-færnikvarðinn til mats á getu sjúklinga.*

0	Engar hömlur á færni
1	Fær um létta vinnu, hömlur á erfiðisvinnu
2	Sjálfbjarga en ófær um að vinna. Á fótum meira en 50% af vökutíma
3	Þarfnast hjálpar við athafnir daglegs lífs. Bundinn við rúm eða stól meira en 50% af vökutíma
4	Algerlega ósjálfbjarga, rúmfastur
5	Látinn

ECOG: Eastern Co-operative Oncology Group



Mynd 3. *Tölvusneiðmynd af kvið sem sýnir lifrarmeinvörp fyrir og eftir tveggja mánaða meðferð með írínótecan og panitumumab, gefið sem þriðja (third line) meðferð í sjúklingi með æxli án stökkbreytingar í KRAS.*

í *BRAF*-geninu koma fyrir í 5-10% æxla á stigi IV og spá fyrir um verri horfur, en virðast ekki spá fyrir um svörun við EGFR- eða VEGF-hemla meðferð.[94]

Lyf gegn *epidermal growth factor*-viðtækinu (EGFR), cetuximab og panitumumab, hafa bætt lifun sjúklinga ef þeim er bætt við hefðbundna krabbameinslyfjameðferð en hafa einnig virkni ein og sér.[93,95,96] Þessi lyf minnka æxli í 10-20% tilfella og lengja lifun um 6-8 vikur hjá sjúklingum sem hafa hætt að svara öðrum meðferðum.[96,97] Cetuximab virðist einnig geta endurvakið næmi æxla fyrir írínótecani.[98] Því er þessum EGFR-hömlum oft beitt sem þriðju meðferð (mynd 3). Annar lyfjaflokkur sem hefur bætt horfur lítillega eru lyf sem beinast að VEGF-viðtakanum (*vascular endothelial growth factor*, VEGF). Tvö slík lyf eru á markaði, bevacizumab og aflibercept.[99-101] Þó þessi umræddu nýju lyf séu hjálpleg verður að geta þess að viðbótarávinningur með lengri lifun er minniháttar, yfirleitt 6-8 vikur, og þessi lyf eru mjög dýr og óljóst hvort meðferðin svarar kostnaði.[102] Nýjasta lyfið sem kom á markað í Bandaríkjunum haustið 2012 heitir regorafenib og er týrósínkínasahemill sem er gefið í töfluformi og virðist hafa nokkra virkni í tilfellum þar sem öll fyrri meðferð hefur hætt að virka og lengir lifun að jafnaði um 6 vikur umfram lyfleysu.[103]

Staðsetning meinvarpa getur spáð fyrir um lifun. Sjúklingar með meinvörp í lífhimnu hafa styttri lifun miðað við sjúklinga með meinvörp í lifur eða lungum.[104] Þörf er á betri meðferðarúrræðum fyrir lífhimnumeinvörp. Skurðaðgerðum þar sem allur æxlisvöxtur er fjarlægður og hitaðri lausn krabbameinslyfja hellt inn í kviðarhol (*hyperthermic intraperitoneal chemotherapy*, HIPEC) hefur verið beitt ef æxlin eru bundin við lífhimnu. Þessa meðferð má íhuga í völdum tilfellum, einkum ef um er að ræða hæggengari æxli.[105,106]

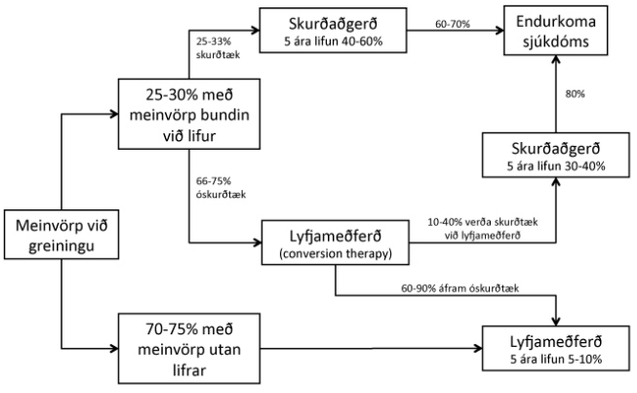
Almennt ástand sjúklings, mælt með færnikvarða ECOG (*ECOG Performance status*, tafla III), spáir þó best fyrir um lifun. Meðallifun sjúklinga með PS 2 reyndist 8,5 mánuðir en 17,3 mánuðir hjá sjúklingum með PS 0-1 þegar þessum tveimur hópum var gefin lyfjameðferð.[107] Það ber að íhuga hvort gefa eigi sjúklingum með PS 2 lyfjameðferð. Undantekning frá því væri ef lélegur PS er tengdur krabbameininu en þá getur meðhöndlun krabbameinsins bætt PS og horfur.[107]

Meðferð meinvarpa sem bundin eru við lifur

Þriðjungur sjúklinga sem greinist með sjúkdóm á stigi IV hefur eingöngu meinvörp í lifur. Eins geta lifrarmeinvörp greinst við endurkomu sjúkdóms. Ef hægt er að fjarlægja meinvörp með aðgerð er 5 ára lifun allt að 45%. Þetta er betri árangur en af



Mynd 4. *Tölvusneiðmynd af kvið sem sýnir stór og dreifð lifrarmeinvörp í bæði hægri og vinstri hluta lifur.*



Mynd 5. *Meðferð sjúklinga með lifrarmeinvörp við greiningu. Byggt á mynd sem er að finna í þessari heimild: Haraldsdottir S, Wu C, Bloomston M, Goldberg RM. What is the optimal neo-adjuvant treatment for liver metastasis? Ther Adv Med Oncol 2013; 5: 221-34.*

lyfjameðferð eingöngu. Sjúklingar án endurkomu 10 árum eftir aðgerð eru almennt taldir læknaðir.[50,108] Því skyldi alltaf leita álits skurðlæknis með reynslu af lifrarskurðaðgerðum ef meinvörp eru bundin við lifur og talið er að beita megi aðgerð. Mikilvægt er að ná öllum æxlisvexti með hreinum skurðbrúnum (R0)[109] og skyldi því ekki leggja í lifrarbrottnám nema talið sé að R0 brottnám náist. Sjúklingar með fjögur eða færri skurðtæk lifrarmeinvörp virðast ekki hafa bætta lifun af lyfjameðferð fyrir og eftir skurðaðgerð borið saman við skurðaðgerð eina og sér.[110,111] Því hneigjast margir að aðgerð fyrst ef meinvörp eru fá og skurðtæk og gefa svo FOLFOX-lyfjameðferð í 4-6 mánuði. Það er óljósara hvað skuli gera ef sjúklingar hafa fleiri en fjögur lifrarmeinvörp eða stór (>5 cm) meinvörp. Lifun er verri hjá þessum sjúklingum og skyldi því hugleiða lyfjameðferð.

Stundum er hægt að minnka óskurðtæk lifrarmeinvörp með lyfjameðferð svo þau verði skurðtæk (*conversion chemotherapy*).[112] Stök eða fáein lungnameinvörp má í sumum tilvikum fjarlægja með skurðaðgerð.[113] Lifrarmeinvörp má fjarlægja í sömu aðgerð og upphaflega ristil- eða endaþarmsæxlið án hærri dánartíðni eða veikinda miðað við tvær aðgerðir. Hins vegar er ekki ljóst hvort munur sé á langtímaendurkomum ef ein eða tvær aðgerðir eru gerðar.[114]

Lokaorð

Krabbamein í ristli og endaþarmi er þriðja algengasta krabbameinið í hinum vestræna heimi. Framfarir síðastliðinna 10-15 ára í skimun, skurðaðgerðum og lyfjameðferð hafa bæði dregið úr tíðni krabbameina í ristli og endaþarmi og bætt horfur sjúklinga. Samvinna heilbrigðisstétta, þar með talið meltingarfæralækna, skurðlækna, meinafræðinga, röntgenlækna, krabbameinshjúkrunarfræðinga og krabbameinslækna, er mikilvæg til að veita sem besta meðferð og stuðla að lækningu þar sem hægt er. Ný lyf og lyfjameðferðir sem beitt er gegn ákveðnum próteinum sem eru mikilvæg krabbameinsvexti hafa bætt horfur og eru ótalmörg slík lyf í framleiðslu og lyfjarannsóknum víðs vegar um heim. Meðferð verður sífellt meira einstaklingsbundin þar sem greina þarf einstaklings- og æxlisbundna þætti, svo sem stökkbreytingar í æxlinu til að geta beitt réttri meðferð. Gera má ráð fyrir því að þessi þróun muni breyta krabbameinsmeðferð talsvert á næstu árum og áratugum. Hins vegar er meðferð þessara sjúkdóma afar dýr og því mikilvægt að komið verði á fót skimun á Íslandi sem fyrst. Leiðbeiningar landlæknis eru komnar til ára sinna og mæla með aðferð sem er lítið notuð í dag þar sem nákvæmari aðferðir eru nú til. Vonandi munu framfarir í greiningu og meðferð ristil- og endaþarmskrabbameina bæta horfur sjúklinga á komandi árum.

ENGLISH SUMMARY

Colorectal cancer – Review

Haraldsdottir S[1], Einarsdottir HM[2], Smaradottir A[3], Gunnlaugsson A[4], Halfdanarson ThR[5]

Colorectal cancer is the third most common cancer in the Western hemisphere and the incidence increases with increasing age. Most colorectal cancers are localized with or without lymph node metastases. Up to 20% of patients present with metastatic disease, most commonly to the liver. Surgery is the only curative therapy for localized colorectal cancer and adjuvant chemotherapy is usually recommended for patients with lymph node metastases. Surgery, radiation therapy and chemotherapy are the key components of rectal cancer therapy. Selected patients with recurrent and metastatic disease can be salvaged with surgery but chemotherapy remains the mainstay of therapy for advanced colorectal cancer. Substantial progress has been observed in the treatment of metastatic colorectal cancer in recent years.

Key words: *Colorectal cancer, colon cancer, rectal cancer, screening, therapy, prognosis, surgery, radiation therapy.*

Correspondence: *Þorvarður R. Hálfdanarson, halfdanarson.thorvardur@mayo.edu*
[1]The Ohio State University Comprehensive Cancer Center, [2]Yale School of Medicine, Department of Gastrointestinal Surgery, [3]Oncology, dep. 20A, Landspítali, 110 Reykjavík, [4]Lund University Hospital, Sweden, [5]Mayo Clinic Cancer Center, Division of Hematology & Medical Oncology.

Heimildir

1. Levin B, Lieberman DA, McFarland B, Smith RA, Brooks D, Andrews KS, et al. Screening and surveillance for the early detection of colorectal cancer and adenomatous polyps, 2008: a joint guideline from the American Cancer Society, the US Multi-Society Task Force on Colorectal Cancer, and the American College of Radiology. CA Cancer J Clin 2008; 58: 130-60.
2. Kuipers EJ, Rosch T, Bretthauer M. Colorectal cancer screening--optimizing current strategies and new directions. Nat Rev Clin Oncol 2013; 10: 130-42.
3. Engholm G, Ferlay J, Christensen N, Johannesen TB, Klint A, Kotlum JE, et al. NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 5.3 (25.04.2013). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society. ancr.nu - október 2013.
4. Center MM, Jemal A, Ward E. International trends in colorectal cancer incidence rates. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009; 18: 1688-94.
5. Siegel RL, Jemal A, Ward EM. Increase in incidence of colorectal cancer among young men and women in the United States. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2009; 18: 1695-8.
6. Snaebjornsson P, Jonasson L, Jonsson T, Moller PH, Theodors A, Jonasson JG. Colon cancer in Iceland--a nationwide comparative study on various pathology parameters with respect to right and left tumor location and patients age. Int J Cancer 2010; 127: 2645-53.
7. Siegel RL, Ward EM, Jemal A. Trends in colorectal cancer incidence rates in the United States by tumor location and stage, 1992-2008. Cancer Epidemiol Biomarkers Prev 2012; 21: 411-6.
8. Thorn M, Bergstrom R, Kressner U, Sparen P, Zack M, Ekbom A. Trends in colorectal cancer incidence in Sweden 1959-93 by gender, localization, time period, and birth cohort. Cancer Causes Control 1998; 9: 145-52.
9. Howlader N, Noone AM, Krapcho M, Neyman N, Aminou R, Altekruse SF, et al. SEER Cancer Statistics Review, 1975-2009 (Vintage 2009 Populations), National Cancer Institute. Bethesda, MD, seer.cancer.gov/csr/1975_2009_pops09/, based on November 2011 SEER data submission, posted to the SEER web site, April 2012.
10. Siegel R, Naishadham D, Jemal A. Cancer statistics, 2012. CA Cancer J Clin 2012; 62: 10-29.
11. Alexiusdottir KK, Moller PH, Snaebjornsson P, Jonasson L, Olafsdottir EJ, Bjornsson ES, et al. Association of symptoms of colon cancer patients with tumor location and TNM tumor stage. Scand J Gastroenterol. 2012; 47: 795-801.
12. SEER Stat Fact Sheets: Colorectal Cancer (seer.cancer.gov/statfacts/html/colorect.html). Vol. 2009.
13. Lynch HT, de la Chapelle A. Hereditary colorectal cancer. N Engl J Med 2003; 348: 919-32.
14. Winawer SJ, Zauber AG, Gerdes H, O'Brien MJ, Gottlieb LS, Sternberg SS, et al. Risk of colorectal cancer in the families of patients with adenomatous polyps. National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med 1996; 334: 82-7.
15. Atkin WS, Morson BC, Cuzick J. Long-term risk of colorectal cancer after excision of rectosigmoid adenomas. N Engl J Med 1992; 326: 658-62.
16. Farraye FA, Odze RD, Eaden J, Itzkowitz SH. AGA technical review on the diagnosis and management of colorectal neoplasia in inflammatory bowel disease. Gastroenterology 2010; 138: 746-74, 774 e741-744; quiz e712-743.
17. Botteri E, Iodice S, Bagnardi V, Raimondi S, Lowenfels AB, Maisonneuve P. Smoking and colorectal cancer: a meta-analysis. JAMA 2008; 300: 2765-78.
18. Boyle T, Keegel T, Bull F, Heyworth J, Fritschi L. Physical Activity and Risks of Proximal and Distal Colon Cancers: A Systematic Review and Meta-analysis. J Natl Cancer Inst 2012; 104: 1548-61.
19. Rothwell PM, Wilson M, Price JF, Belch JF, Meade TW, Mehta Z. Effect of daily aspirin on risk of cancer metastasis: a study of incident cancers during randomised controlled trials. Lancet 2012; 379: 1591-601.
20. Park Y, Leitzmann MF, Subar AF, Hollenbeck A, Schatzkin A. Dairy food, calcium, and risk of cancer in the NIH-AARP Diet and Health Study. Arch Intern Med 2009; 169: 391-401.
21. Park Y, Hunter DJ, Spiegelman D, Bergkvist L, Berrino F, van den Brandt PA, et al. Dietary fiber intake and risk of colorectal cancer: a pooled analysis of prospective cohort studies. JAMA 2005; 294: 2849-57.
22. Koushik A, Hunter DJ, Spiegelman D, Beeson WL, van den Brandt PA, Buring JE, et al. Fruits, vegetables, and colon cancer risk in a pooled analysis of 14 cohort studies. J Natl Cancer Inst 2007; 99: 1471-83.
23. Larsson SC, Wolk A. Meat consumption and risk of colorectal cancer: a meta-analysis of prospective studies. Int J Cancer 2006; 119: 2657-64.
24. Citarda F, Tomaselli G, Capocaccia R, Barcherini S, Crespi M. Efficacy in standard clinical practice of colonoscopic polypectomy in reducing colorectal cancer incidence. Gut 2001; 48: 812-5.
25. Winawer SJ, Zauber AG, O'Brien MJ, Ho MN, Gottlieb L, Sternberg SS, et al. Randomized comparison of surveillance intervals after colonoscopic removal of newly diagnosed adenomatous polyps. The National Polyp Study Workgroup. N Engl J Med 1993; 328: 901-6.
26. Theodórs Á, Sigurðsson F, Jónsson JS, Cariglia N, Ólafsson S, Stefánsson T. Skimun fyrir krabbameinum í ristli og endaþarmi. Klínískar leiðbeiningar. Landlæknisembættið 2002. landlaeknir.is/gaedi-og-eftirlit/heilbrigdisstarfsfolk/klininskar-leidbeiningar/leidbeiningar/item15089/Ristilkrabbamein - febrúar 2013.
27. Nishihara R, Wu K, Lochhead P, Morikawa T, Liao X, Qian ZR, et al. Long-term colorectal-cancer incidence and mortality after lower endoscopy. N Engl J Med 2013; 369: 1095-105.
28. Shaukat A, Mongin SJ, Geisser MS, Lederle FA, Bond JH, Mandel JS, et al. Long-term mortality after screening for colorectal cancer. N Engl J Med 2013; 369: 1106-14.
29. Quintero E, Castells A, Bujanda L, Cubiella J, Salas D, Lanas A, et al. Colonoscopy versus fecal immunochemical testing in colorectal-cancer screening. N Engl J Med 2012; 366: 697-706.
30. Cairns SR, Scholefield JH, Steele RJ, Dunlop MG, Thomas HJ, Evans GD, et al. Guidelines for colorectal cancer screening and surveillance in moderate and high risk groups (update from 2002). Gut 2010; 59: 666-89.
31. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology: Colon Cancer. Version 3.2013. 2012.
32. Nelson H, Petrelli N, Carlin A, Couture J, Fleshman J, Guillem J, et al. Guidelines 2000 for colon and rectal cancer surgery. J Natl Cancer Inst 2001; 93: 583-96.
33. Otchy D, Hyman NH, Simmang C, Anthony T, Buie WD, Cataldo P, et al. Practice parameters for colon cancer. Dis Colon Rectum 2004; 47: 1269-84.
34. Adam IJ, Mohamdee MO, Martin IG, Scott N, Finan PJ, Johnston D, et al. Role of circumferential margin involvement in the local recurrence of rectal cancer. Lancet 1994; 344: 707-11.
35. Senagore AJ, Warmuth AJ, Delaney CP, Tekkis PP, Fazio VW. POSSUM, p-POSSUM, and Cr-POSSUM: implementation issues in a United States health care system for prediction of outcome for colon cancer resection. Dis Colon Rectum 2004; 47: 1435-41.
36. Langevin JM, Nivatvongs S. The true incidence of synchronous cancer of the large bowel. A prospective study. Am J Surg 1984; 147: 330-3.
37. A comparison of laparoscopically assisted and open colectomy for colon cancer. N Engl J Med 2004; 350: 2050-9.
38. Fleshman J, Sargent DJ, Green E, Anvari M, Stryker SJ, Beart RW, Jr., et al. Laparoscopic colectomy for cancer is not inferior to open surgery based on 5-year data from the COST Study Group trial. Ann Surg 2007; 246: 655-62; discussion 662-54.
39. Buunen M, Veldkamp R, Hop WC, Kuhry E, Jeekel J, Haglind E, et al. Survival after laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: long-term outcome of a randomised clinical trial. Lancet Oncol 2009; 10: 44-52.
40. Veldkamp R, Kuhry E, Hop WC, Jeekel J, Kazemier G, Bonjer HJ, et al. Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. Lancet Oncol 2005; 6: 477-84.
41. Guillou PJ, Quirke P, Thorpe H, Walker J, Jayne DG, Smith AM, et al. Short-term endpoints of conventional versus laparoscopic-assisted surgery in patients with colorectal cancer (MRC CLASICC trial): multicentre, randomised controlled trial. Lancet 2005; 365: 1718-26.
42. Jayne DG, Guillou PJ, Thorpe H, Quirke P, Copeland J, Smith AM, et al. Randomized trial of laparoscopic-assisted resection of colorectal carcinoma: 3-year results of the UK MRC CLASICC Trial Group. J Clin Oncol 2007; 25: 3061-8.
43. Luglio G, Nelson H. Laparoscopy for colon cancer: state of the art. Surg Oncol Clin N Am 2010; 19: 777-91.
44. Turnbull RB, Jr., Kyle K, Watson FR, Spratt J. Cancer of the colon: the influence of the no-touch isolation technic on survival rates. Ann Surg 1967; 166: 420-7.
45. Rouffet F, Hay JM, Vacher B, Fingerhut A, Elhadad A, Flamant Y, et al. Curative resection for left colonic carcinoma: hemicolectomy vs. segmental colectomy. A prospective, controlled, multicenter trial. French Association for Surgical Research. Dis Colon Rectum 1994; 37: 651-9.
46. Law CH, Wright FC, Rapanos T, Alzahrani M, Hanna SS, Khalifa M, et al. Impact of lymph node retrieval and pathological ultra-staging on the prognosis of stage II colon cancer. J Surg Oncol 2003; 84: 120-6.
47. Whelan RL, Wong WD, Goldberg SM, Rothenberger DA. Synchronous bowel anastomoses. Dis Colon Rectum 1989; 32: 365-8.
48. Andre T, Boni C, Navarro M, Tabernero J, Hickish T, Topham C, et al. Improved overall survival with oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment in stage II or III colon cancer in the MOSAIC trial. J Clin Oncol 2009; 27: 3109-16.
49. Benson AB, 3rd, Schrag D, Somerfield MR, Cohen AM, Figueredo AT, Flynn PJ, et al. American Society of Clinical Oncology recommendations on adjuvant chemotherapy for stage II colon cancer. J Clin Oncol 2004; 22: 3408-19.
50. Schmoll HJ, Van Cutsem E, Stein A, Valentini V, Glimelius B, Haustermans K, et al. ESMO Consensus Guidelines for management of patients with colon and rectal cancer. A personalized approach to clinical decision making. Ann Oncol 2012; 23: 2479-516.
51. Cunningham D, Atkin W, Lenz HJ, Lynch HT, Minsky B, Nordlinger B, et al. Colorectal cancer. Lancet 2010; 375: 1030-47.
52. Gill S, Loprinzi C, Kennecke H, Grothey A, Nelson G, Woods R, et al. Prognostic web-based models for stage II and III colon cancer: A population and clinical trials-based validation of numeracy and adjuvant! online. Cancer 2011; 117: 4155-65.
53. Biagi JJ, Raphael MJ, Mackillop WJ, Kong W, King WD, Booth CM. Association between time to initiation of adjuvant chemotherapy and survival in colorectal cancer: a systematic review and meta-analysis. JAMA 2011; 305: 2335-42.
54. Andre T, Boni C, Mounedji-Boudiaf L, Navarro M, Tabernero J, Hickish T, et al. Oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin as adjuvant treatment for colon cancer. N Engl J Med 2004; 350: 2343-51.
55. Twelves C, Wong A, Nowacki MP, Abt M, Burris H, 3rd, Carrato A, et al. Capecitabine as adjuvant treatment for stage III colon cancer. N Engl J Med 2005; 352: 2696-704.
56. Sanoff HK, Carpenter WR, Sturmer T, Goldberg RM, Martin CF, Fine JP, et al. Effect of adjuvant chemotherapy on survival of patients with stage III colon cancer diagnosed after age 75 years. J Clin Oncol 2012; 30: 2624-34.
57. Tournigand C, Andre T, Bonnetain F, Chibaudel B, Lledo G, Hickish T, et al. Adjuvant therapy with fluorouracil and oxaliplatin in stage II and elderly patients (between ages 70 and 75 years) with colon cancer: subgroup analyses of the Multicenter International Study of Oxaliplatin, Fluorouracil, and Leucovorin in the Adjuvant Treatment of Colon Cancer trial. J Clin Oncol 2012; 30: 3353-60.
58. de Gramont A, Van Cutsem E, Schmoll HJ, Tabernero J, Clarke S, Moore MJ, et al. Bevacizumab plus oxaliplatin-based chemotherapy as adjuvant treatment for colon cancer (AVANT): a phase 3 randomised controlled trial. Lancet Oncol 2012; 13: 1225-33.
59. Alberts SR, Sargent DJ, Nair S, Mahoney MR, Mooney M, Thibodeau SN, et al. Effect of oxaliplatin, fluorouracil, and leucovorin with or without cetuximab on survival among patients with resected stage III colon cancer: a randomized trial. JAMA 2012; 307: 1383-93.
60. Sargent DJ, Wieand HS, Haller DG, Gray R, Benedetti JK, Buyse M, et al. Disease-free survival versus overall survival as a primary end point for adjuvant colon cancer studies: individual patient data from 20,898 patients on 18 randomized trials. J Clin Oncol 2005; 23: 8664-70.

Heimildir nr 61-114 eru á heimasíðu Læknablaðsins

cloxabix
Celecoxib

Góður liðstyrkur
til meðferðar við gigt



cloxabix

Cloxabix (celecoxib) er notað til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki, og hryggiktar

Sérlyfjatexti á bls. 125

Williams&Halls



LD1140201

flútikasón + formóteról

flutiform®

nýr valkostur í meðferð astma

Fyrsta astmalyfið sem sameinar sterkan barkstera, flútikasón[1] og hraðvirkan β2 örva, formóteról[2]

- **Sterkur barksteri[1] og hraðvirkur LABA[2]***
- **Sýnilegur skammtateljari**
- **3 styrkleikar**



Ábending: Flutiform® er ætlað til reglulegrar meðferðar við astma þegar notkun samsetts lyfs (innúðalyfs með barkstera og langvirkum β2 örva) er viðeigandi[3]
Flutiform®50/5 og 125/5 fyrir fullorðna og unglinga (>12 ára), flutiform® 250/10 fyrir fullorðna (>18ára)

norpharma

Sérlyfjatexti á bls. 124

flutiform®
fluticason + formoterol

Heimildir: 1. Adams, N. P. et al. Copyright© 2010, The Cochrane Collaboration. Published by JohnWiley & Sons, Ltd. 2. Bodzenta-Lukaszyk, A. et al. Respiratory Medicine (2011) 105, 674-682 3. Samantekt á eiginleikum lyfs (spc) www.serlyfjaskra.is *LABA = formóteról

Melioidosis á Íslandi, fyrstu fjögur tilfellin

Þorgerður Guðmundsdóttir[1], Hilmir Ásgeirsson[1], Hörður Snævar Harðarson[2], Anna Sesselja Þórisdóttir[1,3]
Höfundar eru öll læknar

ÁGRIP

Burkholderia pseudomallei er landlæg jarðvegsbaktería í Suðaustur-Asíu og Norður-Ástralíu. Bakterían veldur sjúkdómsmynd með hárri dánartíðni sem ber nafnið *melioidosis* (snifubróðir). Hér er lýst fyrstu fjórum tilfellunum af melioidosis sem hafa greinst á Íslandi og rætt um orsakavaldinn. Tíðari ferðalög til fjarlægra landa og fólksflutningar milli heimsálfa leiða til þess að við þurfum að vera vakandi fyrir óvanalegum orsökum fyrir algengum birtingarformum sýkinga. Birting þessarar sýkingar á Íslandi er góð áminning um þetta.

LD 1140201

Inngangur

[1]Lyflæknasviði, [2]sýkladeild, [3]smitsjúkdómadeild Landspítala.

Melioidosis er smitsjúkdómur sem orsakast af bakteríunni *Burkholderia pseudomallei.* Sjúkdómnum var fyrst lýst árið 1912 meðal morfínfíkla í Búrma (Mjanmar) en við krufningu þeirra komu í ljós dreifðar íferðir í lungum og útbreidd graftarkýli í innri líffærum.[1] Bakterían hefur gengið undir ýmsum nöfnum, meðal annars *Pseudomonas pseudomallei,* en var árið 1992 flutt í nýja ættkvísl, *Burkholderia.*[2]

B. pseudomallei er oxídasa-jákvæður, hreyfanlegur, loftháður gram-neikvæður stafur. Bakterían þrífst best í rökum leirkenndum jarðvegi og yfirborðsvatni og er landlæg í hitabelti SA-Asíu og norðurhluta Ástralíu. Sjúkdómstilfellum hefur verið lýst á eyjum Karíbahafsins og í Mið- og Suður Ameríku. Fjöldi tilfella fer vaxandi sem má skýra með betri greiningartækni á þessum landsvæðum og aukinni þekkingu á sjúkdómnum. Langflest tilfelli melioidosis eru greind í Tælandi (2000-3000 sjúklingar/ári) og Norður-Ástralíu. Á þessum svæðum er melioidosis ein algengasta orsök alvarlegrar lungnabólgu og blóðsýkinga og er dánartíðni tæplega 40%.[3-5] Í Norður-Ástralíu er *B. pseudomallei* algengasta orsök banvænna samfélagslungnabólgna.[6] Bakterían hefur verið ræktuð frá allt að helmingi hrísgrjónaakra á svæðum í Norðaustur-Tælandi. Flest tilfelli sem greinast í Evrópu eru meðal innflytjenda frá svæðum þar sem bakterían er landlæg eða hjá þeim sem hafa nýlega verið á ferðalagi þar.

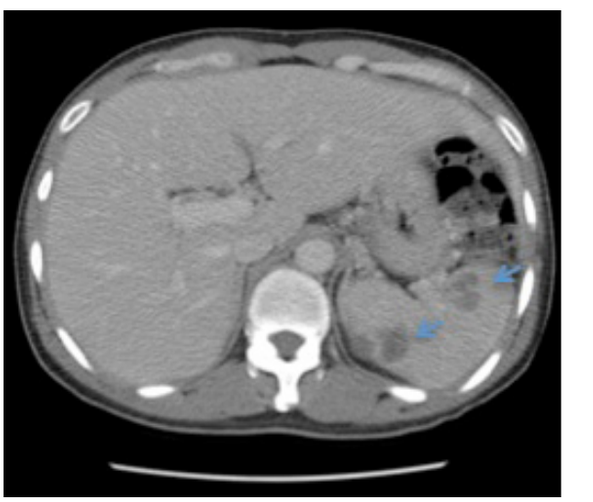
Fyrirspurnir:
Anna S. Þórisdóttir
annathor@landspitali.is

Tilfelli eitt

46 ára tælenskur karlmaður leitaði á bráðamóttöku Landspítala og hafði þá verið í einn sólarhring með hita og hroll og verki í framanverðu vinstra læri og baki. Bakverkir höfðu byrjað fjórum mánuðum fyrr, fyrst í aftanverðum hálsi en síðan dreifst um allt bakið. Tveimur vikum fyrir komuna á spítalann hafði hann fengið kuldahroll og háan hita sem stóð í nokkra daga en leið síðan hjá.

Greinin barst 1. júlí 2013, samþykkt til birtingar 9. janúar 2014.

Engin hagsmunatengsl gefin upp.



Mynd 1. *Graftarkýli í milta.*

Heilsufarssaga var markverð fyrir þónokkra áfengis- og tóbaksnotkun. Hann hafði búið á Íslandi í tvö ár. Áður hafði hann unnið sem kjötkaupmaður í litlum bæ í Norðaustur-Tælandi þar sem eru víðlendar hrísgrjónaekrur allt í kring. Hann hafði ekki ferðast erlendis eftir komuna til Íslands og tók engin lyf.

Við komu var hann slapplegur en ekki bráðveikur að sjá. Hiti mældist 39,5°C, púls 109 slög/mín, blóðþrýstingur 135/75 mm/Hg, öndunartíðni 16/mín. Útstreymishljóð heyrðist við hjartahlustun. Eymsli voru við þreifingu yfir hryggjarvöðvum (*paravertebral*-vöðvum) en ekki bankeymsli yfir hryggjartindum. Skoðun var að öðru leyti ómarkverð.

Blóðrannsóknir sýndu Hb 94 g/L (134-171 g/L), hvít blóðkorn 9,2x10^9/L (4,0-10,5x10^9/L), CRP 127 mg/L (<10 mg/L), sökk 108 mm/klst (<23 mm/klst), ALP 201 U/L (35-105 U/L) og gammaGT 223 U/L (<115 U/L). Blóðsölt, kreatínín, blóðsykur og önnur lifrarpróf voru eðlileg. Sneiðmynd af brjóstholi sýndi lítinn kalkaðan hnút í hægra lunga auk annars stærri, án kalks, 1,3 cm að þvermáli. Engar aðrar íferðir eða eitlastækkanir sáust.



Mynd 2. *Úrátur í hrygg.*

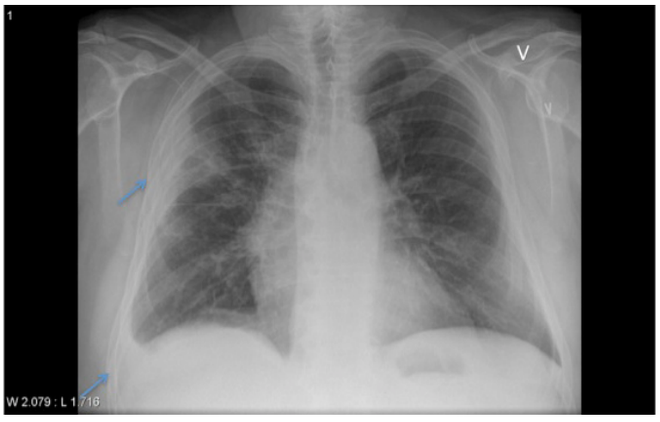
Sneiðmynd af kviðarholi sýndi tvær lágþéttnibreytingar í milta, sú stærri 3,5 cm (sjá mynd 1) og 1 cm lágþéttnibreytingu í lifur. Þá kom í ljós fjöldi úráta í hálsi og brjósthrygg, C6, Th2-Th4, Th8 og Th10 (sjá mynd 2). Þessar breytingar virtust að mestu leyti vera vel afmarkaðar og sumar með beingerðum (sklerotískum) kanti.

Ástungusýni frá lunga og beinmerg sýndu bólguhnúð með drepi (*necrotizing granulomatous inflammation*) en sérlitun fyrir sýruföstum stöfum var neikvæð. Sýni frá hryggjarliðbol sýndi ósértækar breytingar. Úr hryggjarsýninu og blóði ræktaðist gramneikvæður stafur sem í upphafi var greindur sem *Pseudomonas aeruginosa (P. aeruginosa)* en við raðgreiningu á 16S-rRNA kom í ljós að um *Burkholderia pseudomallei* (*B. pseudomallei*) væri að ræða.

Tilfelli tvö

Íslenskur karlmaður á sjötugsaldri leitaði á bráðamóttöku Landspítala tveimur dögum eftir heimkomu úr þriggja vikna ferð til Tælands með vikusögu um slappleika, hita og þurran hósta. Veikindin höfðu byrjað með kvefi og lystarleysi en síðan hafði hósti ágerst og fann hann orðið fyrir verulegu þróttleysi, mæði og takverk hægra megin. Hann hafði fengið kuldahroll og svitnaði mikið á næturnar.

Heilsufarssaga var markverð fyrir aðgerð á fótum vegna æðaþrengsla. Hann sagðist drekka tvo til fjóra bjóra daglega og var fyrrum stórreykingamaður. Hann var giftur tælenskri konu og dvöldu þau hjá ættingjum hennar í Norðaustur-Tælandi á ferðalaginu, í byrjun regntímabilsins. Hrísgrjónaakrar voru allt í kringum dvalarstað þeirra. Í tvo daga á meðan á dvöl þeirra stóð var unnið við miklar jarðvegsframkvæmdir á svæðinu.



Mynd 3. *Íferð og fleiðruvökvi í hægra lunga.*

Við komu á bráðadeildina var hann veikindalegur með 38,2°C hita, en önnur lífsmörk eðlileg. Ekkert óeðlilegt heyrðist við lungnahlustun og almenn líkamsskoðun var ómarkverð.

Blóðrannsóknir sýndu hvít blóðkorn 11,7x10^9/L (4,0-10,5x10^9/L), Hb 143 g/L (134-171g/L), CRP 122 mg/L (<10 mg/L), ALP 182 U/L (35-105 U/L), gammaGT 222 U/L (<115 U/L), ASAT 104 U/L (<45 U/L), ALAT 117 U/L (>70 U/L). Lungnamynd sýndi dreifðar og miklar þéttingar í hægra lunga og fleiðruvökva (sjá mynd 3). Úr blóði ræktaðist *B. pseudomallei*.

Tilfelli þrjú

37 ára tælenskur karlmaður sem búið hafði á Íslandi í eitt ár leitaði á bráðamóttöku Landspítalans og hafði þá verið með háan hita í þrjá daga, verk fyrir brjósti og hósta. Hann kvartaði einnig um verk í vinstra hné. Við skoðun reyndist hann vera með hita, 39,4°C, brak heyrðist yfir neðri hluta vinstra lunga, hiti í húð yfir vinstra hné, þykknun á liðpoka og vökvasöfnun í hnénu.

Blóðrannsóknir sýndu hvít blóðkorn 8,6x10^9/L (4,0-10,5x10^9/L), Hb 104 g/L (134-171 g ,5x10^9/L), CRP 121 mg/L (<10 mg/L). Liðvökvi sýndi hvít blóðkorn 3615 x 10^9/L, 78% kleyfkjarna. Lungnamynd sýndi óskarpa vinstri þindarkúrfu, íferð og rúnaðan vinstri fleiðru sinus. Segulómun af hné vakti grun um sýkingu (*osteomyelitis*) í nærenda vinstri fótleggsbeins. Úr blóði og liðvökva ræktaðist *B. pseudomallei*.

Tilfelli fjögur

23 ára gamall íslenskur karlmaður, áður hraustur, var fluttur á Landspítalann frá sjúkrahúsi í Bangkok á Tælandi með greininguna lungnabólga og fleiðruholsígerð (*empyema*) af völdum *B. pseudomallei*.

Íslendingurinn hafði verið á ferðalagi í Suðaustur-Asíu í 18 mánuði. Í Tælandi veiktist hann með hita, hósta með uppgangi og vaxandi öndunarerfiðleikum og eftir tveggja vikna veikindi var hann lagður inn á sjúkrahús í austurhluta landsins. Hann reyndist vera með sýkingu í báðum lungum og var í upphafi talinn vera með berkla og var meðhöndlaður með berklalyfjum. Vegna versnandi ástands eftir tveggja vikna legu var hann fluttur á sjúkrahús í Bangkok og þar var sýking af völdum *Burkholderia pseudomallei* staðfest. Sneiðmynd þá sýndi lungnabólgu í báðum lungum með drepi (*necrosu*) og fleiðruholsígerð vinstra megin. Viðeigandi

sýklalyfjameðferð var hafin. Ljóst þótti að fjarlægja þyrfti lungnabörk (*decortication*) og var ákveðið að flytja sjúklinginn til Íslands til þeirrar aðgerðar en þá var sjúkrahúslega hans í Tælandi orðin einn mánuður. Á Landspítala var lungnabörkur fjarlægður ásamt sýktum lungnahluta. Um tíma var hann með fjóra kera í vinstra brjóstholi. Hann var loks útskrifaður af spítalanum eftir mánaðar legu, þá enn með einn kera. Bronchopleural-fistill myndaðist í vinstra lunga og þurfti sjúklingurinn að fara í aðgerð til Svíþjóðar vegna þessa 6 mánuðum eftir upphaf veikindanna.

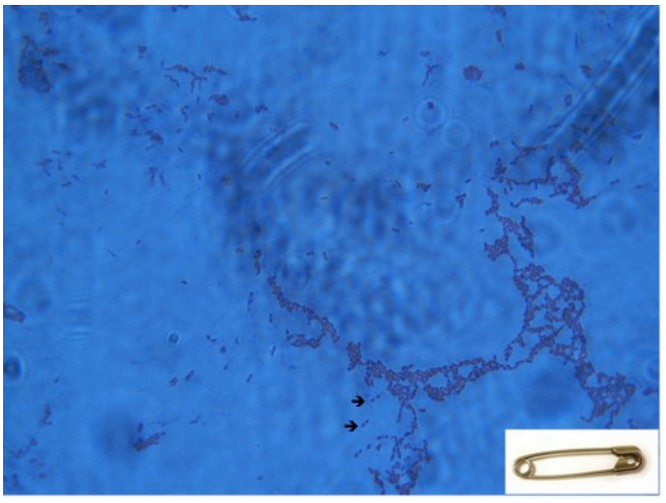
Meinafræði

Talið er að *B. pseudomallei* berist í menn eftir tveimur meginleiðum, um húðina eða með innöndun. Mun sjaldgæfara er að smit verði um meltingarveg. Alvarlegum sýkingum eftir nær-drukknun hefur verið lýst. Fjöldi tilfella á landlægum svæðum eykst á regntímabilum og í kjölfar veðurhamfara.[4] Árlegt nýgengi melioidosis í Norður-Ástralíu er 16,5/100.000 íbúa en jókst í 41,7/100.000 íbúa árið 1998 í kjölfar gríðarlegra rigninga og storma sem þar geisuðu.[3] Nýgengi sýkingarinnar er mun hærra hjá bændum sem vinna á hrísgrjónaekrum en í öðrum atvinnugreinum. Líklegt þykir að bakterían komist inn um smásár á fótleggjum þeirra sem vinna berfættir á ekrunum og fæst saga um slíkt í að minnsta kosti 25% tilvika. Smit um lungu er hins vegar líklegra í kjölfar storma og óveðurs en þá verður bakterían loftborin og tíðni lungnasýkinga eykst, eins og gerist í kjölfar Tsunami-flóðbylgjunnar í Asíu árið 2004. Fjöldi bandarískra hermanna smitaðist af *B. pseudomallei* í Víetnam-stríðinu og var það rakið til herþyrlna sem þyrluðu upp jarðveginum.[7]

Bakterían er mjög harðger eins og aðrar jarðvegsbakteríur og getur lifað í næringarsnauðu umhverfi í allt að 10 ár og við <10% raka í allt að 70 daga. Hún myndar örveruhimnu (*biofilm*) sem gerir henni kleift að mynda bakteríuþyrpingar í umhverfi sem ver hana fyrir átfrumum og sýklalyfjum.[3] Bakterían getur einnig lifað af innan frumna eins og átfrumna. Þetta skýrir að hluta þá eiginleika bakteríunnar að geta legið lengi í dvala eftir að einstaklingur smitast og virkjast síðar á ævi einstaklingsins og valdið sjúkdómi.[2] Vegna þessa eiginleika hefur bakterían verið nefnd víetnamska tímasprengjan (*The Vietnamese time bomb*).[3] Lengsti staðfesti tími frá útsetningu til endurvakningar hjá hermanni eru 62 ár. Samkvæmt rannsókn í Norður-Ástralíu reynist endurvakning einungis skýra um 3% tilfella og er því mun sjaldgæfari en áður var talið. Flestir veikjast innan þriggja vikna frá smiti.[9]

Einkenni

Klínísk einkenni melioidosis eru margvísleg og allt frá einkennalausu smiti, vægum staðbundnum húðsýkingum yfir í bráða sýklasótt með losti og hárri dánartíðni. Um 80% barna í Norðaustur-Tælandi eru með mótefni fyrir *B. pseudomallei* þegar við fjögurra ára aldur, og er því ljóst að sýking getur verið einkennalaus.[4] Mótefni sem myndast eru ekki verndandi. Flestir sem veikjast af melioidosis eru með undirliggjandi áhættuþætti og í öllum rannsóknum eru helstu áhættuþættirnir sykursýki, nýrnabilun og áfengismisnotkun. Vanstarfsemi kleyfkirndra hvítra blóðkorna er talin vera líkleg skýring.[10,11] Fullfrískir einstaklingar geta veikst ef



Mynd 4. *Grams-litun sem sýnir öryggisnælu-útlit B. pseudomallei. Myndina tók Hörður Snævar Harðarson.*

bakteríuskammturinn í smiti er hár. Enginn áhættuþáttur finnst í 20-36% tilfella. Smit berst ekki milli manna.[10,11]

Sýkingin einkennist af myndun graftarkýla sem geta fundist í hvaða líffæri sem er, en þau eru algengust í lungum, lifur og milta. Í öllum rannsóknum er lungnasýking algengasta birtingarmynd melioidosis en um helmingur sjúklinga er með lungnabólgu við greiningu. Lungnasýking verður annaðhvort í kjölfar blóðdreifingar frá inngangspunkti um húð eða við loftborið smit. Melioidosis-lungnabólga getur verið mjög bráð með sýklasótt og losti en slíkri birtingarmynd fylgir mjög há dánartíðni (84%).[3] Á hinn bóginn getur lungnasýkingin verið væg og einkenni staðið í nokkrar vikur áður en sjúklingur leitar læknis. Allt að 12% hafa haft einkenni í meira en tvo mánuði og geta veikindin þá líkst berklum með íferðum í efri hluta lungna með holrýmismyndun.[4] Mismunandi birtingarform eru ekki að fullu skýrð en talin vera samofin ónæmisástandi sjúklinga, magni smitefnis, smitleið og ef til vill eru til stofnar mismeinvirkir (*virulence*). Lungnabólga í kjölfar innöndunarsmits er yfirleitt mun alvarlegri en þegar um blóðborið smit til lungna er að ræða.[9]

Sýkingar í húð og mjúkvefjum eru algengar og geta verið afleiðing sýkingar á inngöngustað bakteríunnar og þá oft staðbundin eða blóðborin eftir sýklasótt. Staðbundna sýkingu í húð er algengara að sjá meðal ungra hraustra einstaklinga, sem hafa færri undirliggjandi áhættuþætti og eru þeir líklegri til að hafa langvinnari en vægari sýkingu með betri horfum.[11]

B. pseudomallei getur sýkt öll líffæri eða vefi, meðal annars lifur, milta, bein, liði, görn, nýru, blöðruhálskirtil og jafnvel heilavef. 95% af öllum graftarkýlum í milta í Tælandi orsakast af *B. pseudomallei*.[2] Vegna tilhneigingar bakteríunnar til að mynda graftarkýli í innri líffærum, sérstaklega í lifur og milta, er ráðlagt að fá sneiðmynd af kvið í öllum tilfellum melioidosis.

Melioidosis hefur einnig ólíka birtingarmynd eftir landsvæðum. Þriðjungur barna með melioidosis í Tælandi er með vangakirtilsbólgu (*parotitis*) með ígerð, en slíkt er mjög sjaldgæft meðal fullorðinna eða barna í Norður-Ástralíu. Graftarkýli í blöðruhálskirtli greinast hjá 18% ástralskra karlmanna en mjög sjaldan á öðrum landsvæðum. Bólga í heilastofni (*brain stem encephalitis*) sem leiðir til lömunar hefur greinst hjá 4% sjúklinga í Norður-Ástralíu og

virðist bundin við það svæði. Þessari birtingarmynd fylgir mjög há dánartíðni.[2,3,11] Ástæður fyrir þessum ólíku birtingarmyndum eru ekki þekktar.

Greining og næmi

B. pseudomallei er lítill gram-neikvæður stafur sem tekur stundum betur upp lit í enda bakteríunnar og líkist þá helst öryggisnælu (mynd 4). Öryggisnælu-útlit er þó ekki nóg til greiningar eitt og sér en getur ýtt undir grun um tilvist *B. pseudomallei*. *B. pseudomallei* vex á flestu almennu æti sem notað er á sýkladeildum, eins og blóð-, súkkulaði- og MacConkey-æti. Þrátt fyrir þetta getur greining bakteríunnar verið erfið. Stöðluð lífeindahvörf eins og API20NE (Analytic Profile Index 20NE) sem mikið eru notuð til greiningar á gram-neikvæðum stöfum eru þekkt fyrir að geta misgreint *B. pseudomallei* sem aðra bakteríu og þá helst sem *P. aeruginosa*. Því er oft nauðsynlegt að nota raðgreiningu og kjarnsýrumögnun.[11, 12]

B. pseudomallei er í eðli sínu mjög ónæm baktería og hefur allsérstakt næmismynstur. Þriðju-kynslóðar cefalósporínið ceftazidím, karbapenem samböndin, ímípenem og merópenem og amoxicillín-klavúlansýra eru þau lyf sem hafa drápsvirkni. Trímetóprim/súlfametoxazól (TMP-SMX), doxýcýklín og klóramfenikól hafa hindrunarvirkni. Bakterían er ónæm fyrir öðrum penicillínsamböndum, ceftríaxoni, amínóglýkosíðum, cíprófloxacíni og kólistíni.

Greinist *Pseudomonas sp.* sem er ónæm fyrir amínóglýkósíðum og kólistíni en næm fyrir amoxicillín-klavúlansýru, skyldi ávallt íhuga að um *Burkholderia* geti verið að ræða.[15] Mikilvægt er að sýkladeildin fái upplýsingar um nýleg ferðalög sjúklinga svo hugað sé sérlega að þessari bakteríu. Þá hafa sýkingar átt sér stað á rannsóknarstofum ef ekki er rétt staðið að vinnuferlum en ráðlagt er að vinna með bakteríuna í öryggisskáp, Biosafety lab 3, vegna mögulegs innöndunarsmits.[16] Almennt er talið að bakterían valdi ekki sýklun, þannig að ef hún ræktast er hún talin sýkingarvaldur.

Meðferð og horfur

Meðferð við melioidosis skiptist í öfluga upphafsmeðferð (*intensive phase*) og upprætingarmeðferð (*eradication phase*). Kjörlyfin í upphafsmeðferð eru ceftazidím eða merópenem gefin í æð í minnst 10-14 daga. Oft er sá tími lengdur, til dæmis ef um sýkingu í beinum eða liðum er að ræða. Meiri hætta er á að sýkingin taki sig upp á ný sé amoxicillín-klavúlansýra notuð í upphafsmeðferð og er hún því síður notuð. Klínísk svörun er oft hæg og algengt er að sjúklingar verði ekki hitalausir fyrr en á 9. degi meðferðar en það getur tekið fjóra til 39 daga. Í einfaldri lungnabólgu getur bakterían ræktast úr hráka í meira en viku eftir að meðferð hefst og þarf það ekki að fela í sér verri horfur.[3]

Í upprætingarmeðferð eru sýklalyf gefin í töfluformi og er kjörlyfið TMP-SMX gefið í háum skömmtum, með eða án doxýcýklíns. Ráðlagt er að upprætingarmeðferð vari eigi skemur en þrjá mánuði og allt að 6 mánuði.

Dánartíðni hefur lækkað verulega eftir að notkun þessara sýklalyfja varð útbreidd en er enn 50% meðal melioidosis sjúklinga í Norðaustur-Tælandi og 19% í Ástralíu.[10,13] Þrátt fyrir meðferð eru um það bil 10% líkur á bakslagi, það er að sýkingin taki sig upp aftur eftir lok meðferðar. Sú hætta eykst verulega (30%) takist ekki að gefa sjúklingi að minnst 12 vikna meðferð.[13,14] Í Tælandi líður að meðaltali 21 vika þar til sjúklingar veikjast á ný og eru einkenni þá jafnsvæsin og í upphafi og dánartíðni um 30%.[13] Þar sem mótefni sem myndast við sýkinguna eru ekki verndandi geta einstaklingar einnig endursýkst. Þegar sjúklingar í Tælandi veikjast af *B. pseudomallei* í annað sinn skýrir bakslag 65% tilfella og endursýking 35%.[14]

Afdrif sjúklinga og lokaorð

Tilfellin hér að ofan lýsa vel ólíkum birtingarmyndum melioidsis.

Fyrsti sjúklingurinn hafði ekki ferðast utan Íslands í tvö ár og því ljóst að um endurvakningu á fyrra smiti var að ræða. Hann hafði aldrei veikst alvarlega áður og hafði aldrei verið ráðlögð löng sýklalyfjameðferð í heimalandinu. Sýkingin birtist með langvinnum einkennum með dreifðum graftarkýlum í innri líffærum og útbreiddri sýkingu í mörgum hryggjarliðum. Mjög fátítt er að bakteríur valdi sýkingu í jafn mörgum hryggjarliðum og umræddur sjúklingur hafði, og óþekkt er að *P. aeruginosa* valdi slíku. Hann var meðhöndlaður með merópenem í æð í nær 12 vikur og varð hitalaus á 25. degi. Eftir þrjá mánuði á upprætingarmeðferð fór hann í frí til Tælands og hefur ekki komið til baka. Fregnir bárust af honum ári síðar og var hann þá við góða heilsu.

Annað tilfellið var bráð lungnasýking sem svaraði vel 10 daga meðferð með ceftazidím í æð og sjúklingurinn kláraði síðan þriggja mánaða upprætingarmeðferð. Nær fjögur ár eru liðin frá meðferðinni og er hann við góða heilsu.

Þriðja tilfellið var sýking í lunga, blóði, lið og beini. Sjúklingurinn fékk 6 vikna meðferð með ceftazidím ásamt TMP-SMX. Hann kláraði 5 mánaða upprætingarmeðferð og er nú ári síðar við góða heilsu.

Fjórða tilfellið lýsir alvarlegri lungnasýkingu með fylgikvillum sem má hugsanlega skýra að hluta með töfum á réttri greiningu. Hann fékk 8 vikna meðferð með merópenem og 6 mánaða upprætingarmeðferð. Nú tveimur árum síðar vegnar sjúklingi vel.

Þessi tilfelli sýna mikilvægi þess að skrá nákvæma sjúkrasögu og fá upplýsingar um nýleg og eldri ferðalög og fyrri búsetu. Erlendur uppruni sjúklinga og ferðir til annarra landa gerir þá kröfu til lækna að þeir hugsi til smitsjúkdóma sem eru landlægir í viðkomandi löndum. Gera má ráð fyrir að við munum í vaxandi mæli kynnast sjaldgæfum og framandi sýkingavöldum sem hingað til hafa verið óþekktir á Íslandi.

Höfundar þakka Jóhanni Heiðari Jóhannssyni fyrir veitta aðstoð.

Heimildir

1. Whitmore A, Krishnaswani CS. An account of the discovery of a hitherto undescribed infective disease occurring among the population of Rangoon. Indian Medical Gazette 1912; 47: 262-7.
2. White NJ. Melioidosis Seminar. Lancet 2003; 361: 1714-22.
3. Cheng AC, Currie BJ. Melioidosis: Epidemiology, Pathopysiology, and Management. Clin Microbiol Rev 2005; 18: 383-416.
4. Currie BJ. Melioidosis: an important cause of pneumonia in residents of and travellers returned from endemic regions. Eur Respir J 2003; 22: 542-50.
5. Currie, BJ. Burkholderia pseudomallei and Burkholderia mallei: Melioidosis and Glanders. Mandell: Mandell, Douglas and Bennett´s Principles and Practice of Infectious Diseases 7th ed. 2010; 2869-77.
6. Currie BJ, Fischer DA, Howard DM, Burrow JNC, Selvanayagam S, Snelling et al. The epidemiology of melioidosis in Australia and Papua New Guinea. Acta Trop 2000; 74: 121-7.
7. Rubin HL, Alexander AD, Yager RH. Melioidosis –a military problem? Mil Med 1963; 128: 538-42.
8. Easton A, Haque A, Chu K, Lukaszewski R, Bancroft G. A critical role for neutrophils in resistance to experimental infection with Burkholderia pseudomallei. J Infect Dis 2007; 195: 99-107.
9. Kronmann KC, T ruett AA, Braden RH, Crum-Cianflone NF. Melioidosis after brief exposure: A serologic survey in US Marines. Am J Trop Med Hyg 2009; 80: 182-4.
10. Gibney KB, Cheng AC, Currie BJ. Cutaneous Melioidosis in th Tropical Top End of Australia: A Prospective Study and Review of the Literature. Clin Infect Dis 2008; 47: 603-9.
11. Peacock SJ, Chieng G, Cheng AC, Dance DA, Amornchai P, Wongsuvan G, et al. Comparison of Ashdown's medium, Burkholderia cepacia medium, and Burkholderia pseudomallei selective agar for clinical isolation of Burkholderia pseudomallei. J Clin Microbiol 2005; 43: 5359-61.
12. Inglis TJJ. Comparison of Diagnostic Laboratory Methods for Identification of Burkholderia pseudomallei. J Clin Microbiol 2005; 43: 2201-6.
13. Suputtamongkol Y, Chaowagul W, Chetchotisakd P, Lertpatanasuwun N, Intaranongpai S, Ruchutrakool P, et al. Risk Factors for Melioidosis and Bacteremic Melioidosis. Clin Infect Dis; 1999; 29: 408-13.
14. Limmathurotsakul D, Chaowagul W, Day NPJ, Peacock SJ. Patterns of Organ Involvement in Recurrent Melioidosis. Am J Trop Med Hyg 2009; 81: 335-7.
15. Hodgson G, Engler C et al. Comparison of Routine Bench and Molecular Diagnostic Methods in Identification of Burkholderia pseudomallei. J Clin Microbiol 2009; 43: 1578-80.
16. Center for Disease Control and Prevention. Laboratory exposure to Burkholderia pseudomallei-Las Angeles, California. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2004; 53: 988-90.

ENGLISH SUMMARY

Melioidosis, first four cases in Iceland

Gudmundsdottir Th[1], Asgeirsson H[1], Hardarson HS[2], Thorisdottir AS[1,3]

We report the first four cases of Melioidosis treated in Iceland and review the literature. Melioidosis is caused by the saprophytic Gram negative bacteria Burkholderia pseudomallei. Most disease occurs in residents of Southeast-Asia and North-Australia. The most common presentation of Melioidosis is pneumonia but as these cases demonstrate the infection has protean manifestations and B. pseudomallei can infect nearly every organ. It is important to notify the laboratory of the possibilty of Melioidosis as the bacteria can be difficult to identify and poses an infection risk to laboratory staff. Also, B. pseudomallei is resistant to many of the antibiotics normally used to treat pneumonia and due to its intracellular persistance requires prolonged therapy.

Key words: *Burkholderia pseudomallei, Melioidosis, vertebral osteomyelitis, splenic abscesses, pneumonia.*

Correspondance: *Anna S. Þórisdóttir annathor@landspitali.is*

[1]Landspitali University Hospital Iceland, [2]Dept. of Medicine; Dept. of Clinical Microbiology; [3]Dept. of Infectious Diseases.

LÆKNABLAÐIÐ hefur komið út síðan 1915 og í þessum 100. árgangi blaðsins eru greinar sem ritstjórnin hefur kallað eftir af því tilefni. Höfundar greinanna skrifa um ýmis málefni sem snerta lækna, félagsleg, söguleg og fræðileg.

Baráttan við ginklofa í Vestmannaeyjum

Geir W. Jacobsen, Erlend Hem, Jóhann Á. Sigurðsson

Ágrip

Ginklofi (*Neonatal tetanus*) var í upphafi 19. aldar mikill heilbrigðisvandi í Vestmannaeyjum. Allt að 60-70% nýfæddra barna dóu á fyrstu tveimur vikunum og dönsk heilbrigðisyfirvöld stóðu nær ráðþrota gagnvart þessum dularfulla sjúkdómi.

Árið 1847 var ungur danskur læknir, Peter Anton Schleisner (1818-1900), sendur til Vestmannaeyja til að rannsaka ástandið. Hann kom upp fæðingarstofu, leiðbeindi um hreinlæti og hvatti til brjóstagjafar og annarra breytinga í mataræði. Engin lækning var þekkt við sjúkdómnum svo að Schleisner gat aðeins gripið til fyrirbyggjandi úrræða. Hann bar kopaivasmyrsl á naflastúfinn við fæðingu og notaði önnur þrautreynd meðul eins og ópíum-tinktúru með saffrani og kvikasilfurssmyrsl ef um sýkingu virtist að ræða. Þegar Schleisner hélt til Danmerkur ári síðar hafði dánartíðni nýbura lækkað um helming.

Nýburadauðinn í Vestmannaeyjum hélst síðan jafnlágur út alla 19. öldina. Fólk hafði þá trú að það væri að þakka „naflaolíunni“ sem Schleisner tók í notkun. Hluta af skýringunni má einnig rekja til bættra lífskjara, nokkurrar fjölgunar velstæðra ófríska kvenna, aukinna þéttbýlisáhrifa, breytinga á lífsháttum og aðgerða í hreinlætismálum. Í samanburði við aðstæður á skosku eynni St. Kildu, þar sem aðstæður voru hinar sömu og ástandið breyttist ekki fyrr en rétt fyrir aldamótin 1900, er ljóst að aðgerðir Schleisners höfðu mikla þýðingu.

Sumarið 1847 sigldi hinn 29 ára gamli danski læknir Peter Anton Schleisner (1818-1900)[1] (mynd 1) til Vestmannaeyja við suðurströnd Íslands. Hann hafði fengið ítarleg fyrirmæli frá dönskum stjórnvöldum. Markmið þeirra var að berjast gegn *neonatal tetanus*, sem á íslensku nefnist ginklofi og var landlæg farsótt í Vestmannaeyjum.

Í þessari grein er því lýst hvers vegna Schleisner var sendur í þessa för, hvað hann tók sér fyrir hendur og hvernig framlag hans var metið af samtíðarmönnum og þegar tímar liðu fram.

Grein úr norska læknablaðinu og birt með góðfúslegu leyfi þess og höfundanna:

«afgjort, at denne Børnesygdom paa Vestmannø kan forebygges»
– neonatal tetanus på Vestmannaeyjar

Tidsskr Nor Legeforen 2011; 131: 701-6.
http://tidsskriftet.no/article/2091697

Viðfangsefnið

Stífkrampi í nýburum orsakast af bakteríunni *Clostridium tetani*. Smit berst í gegnum opin sár og sjúkdómurinn gerir vart við sig strax á fyrstu sólarhringunum eftir fæðingu. Framrás sjúkdómsins er ör og fyrstu einkennin eru stífir kjálkar (*trismus*) og krampar í andliti (*risus sardonicus*) sem gera að verkum að barnið fær ekki nærst. Er lengra líður losnar um kjálkana, hakan sígur niður og barnið verður ófært um að sjúga brjóst. Stuttu síðar deyr barnið. Sjúkdómurinn er 100% banvænn sé hann ekki meðhöndlaður.

Þetta ástand er þekkt frá fyrri kynslóðum sem *mundklemme* (á dönsku), *lockjaw* (á ensku) og ginklofi. Á latínu nefnist sjúkdómurinn *tetanus* (eða *trismus*) *neonatorum, nascentium* eða *infantum*. Það sem er sérstakt við hann er að hann smitast ekki á milli manna og að baki hverju tilfelli er bein snerting við smitað efni. Orsökin er oftast skortur á hreinlæti þegar gengið er frá naflanum við fæðingu. Árið 1952 hófst í Noregi bólusetning gegn stífkrampa í börnum og nú á dögum eru tilfellin fá. Á heimsvísu er hins vegar um ógnvænlegan sjúkdóm að ræða, en á hverju ári deyja 200.000-300.000 börn úr honum.[2]

Í Vestur-Evrópu var sjúkdómurinn harðvítugastur og lífseigastur á þremur afskekktum eyjum í vestanverðu Atlantshafi: Vestmannaeyjum og Grímsey við Ísland og á St. Kildu á Suðureyjum við Skotland (mynd 2). Skotar náðu tökum á sjúkdómnum um 1900, sem var þó ekki fyrr en clostridium-bakterían og bakteríueitrið varð þekkt.[3] Þar sem vandamálið hafði verið leyst í Vestmannaeyjum um það bil hálfri öld fyrr, var sagan við það að falla í gleymsku, með fáeinum undantekningum,[4,5] í upphafi 20. aldar.

Endurvakinn áhugi á barnadauðanum á Íslandi

Frá því um 1980 hefur barnadauði á Íslandi á 19. öld verið kortlagður á nýjan leik, ekki síst fyrir tilstilli Baldurs Johnsen læknis (1910-2006) sem dró fram í dagsljósið verk Schleisners í Vestmannaeyjum. Ítarleg frásögn Baldurs birtist sem sérrit með *Læknablaðinu* árið 1982.[5] Það var á margan hátt upphafið að áhuga nútíðarmanna á Schleisner[4-7] (mynd 3) – ritaðar heimildir um *ginklofa* fyrir tíma hans eru af skornum skammti. Á síðari árum hafa sagnfræðingarnir Ólöf Garðarsdóttir og Loftur Guttormsson lagt fram nýjar og víðtækar upplýsingar um efnið.[9-11]

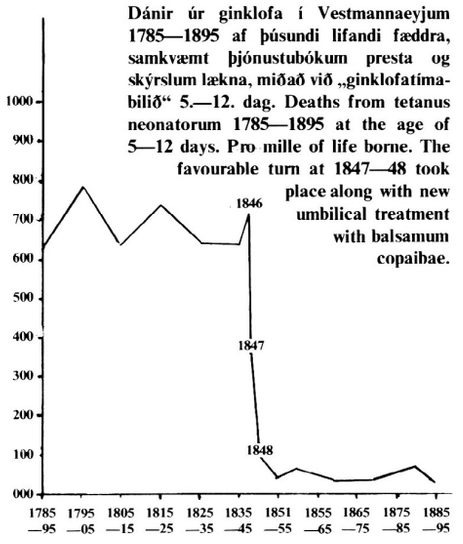
Tetanus neonatorum var dularfullur sjúkdómur sem kynti undir alls kyns vangaveltum. Menn fálmuðu í blindni eftir hugsanlegum orsökum: þarmaerting vegna hægðastíflu, hægðalosunarlyf gefin



Mynd 1. *Peter Anton Schleisner (1818-1900).*



Mynd 2. *Kort af Norðursjó, þar sem sjást Grímsey, Vestmannaeyjar og St. Kilda.*



Mynd 3. *Dánartölur um trismus neonatorum í Vestmannaeyjum, með 10 ára millibili 1785-1895.*

eftir fæðingu, selta sjávarloftsins og bólga í æðum til taugakerfisins voru nokkur þeirra atriða sem menn vörpuðu fram.[12,13] Barnalæknir einn skrifaði á 7. áratug 19. aldar[14] að um fáa sjúkdóma væru jafnskiptar skoðanir um orsakirnar. Starfsbróðir hans og samtíðarmaður fullyrti að þekkingin á sjúkdómnum hefði í stórum dráttum lítið aukist á 100 árum.[1]

Sjúkrahúsfaraldrar af ginklofa voru vel þekktir. Fæðingarlæknirinn Carl Edvard Marius Levy (1808-1865) í Kaupmannahöfn skýrir frá einum slíkum árið 1840.[12,15] En öfugt við barnsfararsóttina sem enn geisaði á fæðingarstofnunum um alla Evrópu, hafði stífkrampi smám saman orðið sjaldgæfari. Frans Chr. Faye (1806-1890), prófessor við Fæðingarstofnunina í Christianíu, skrifaði árið 1861 að undanfarin 15 ár hefði hann aðeins séð eitt tilfelli.[16] Það var ekki fyrr en á 9. áratug aldarinnar að menn fundu loks orsök sjúkdómsins.

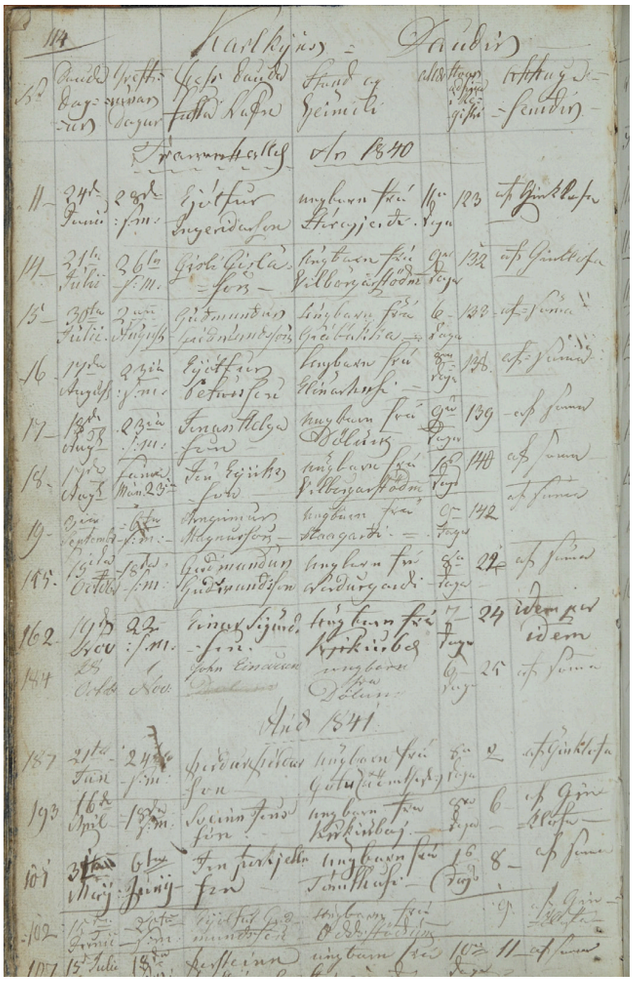
Vestmannaeyjar fyrir tíma Schleisners

Heilbrigðisyfirvöldum í Kaupmannahöfn var vel kunnugt að sjúkdómurinn ginklofi grandaði 6 til 7 af hverjum 10 lifandi fæddum börnum í Vestmannaeyjum.[10] Eftir að Schleisner kom þangað staðfesti hann þetta út frá eigin athugunum er náðu aftur til ársins 1785.[17] Þegar árið 1827 hafði verið stofnað sérstakt héraðslæknisembætti í Vestmannaeyjum til þess að berjast gegn ástandinu.[18] Tæpast hefur það verið eftirsótt staða. Yfirvöld freistuðu þó með því að lofa lækni flutningi, að ákveðnum árafjölda liðnum, í betra „Chirurgiat í vort rige Danmark“.[18]

Frá því um 1800 og fram til 1847 var nokkur hópur lækna sendur til Vestmannaeyja til að ná fram úrbótum. Til samanburðar voru á Íslandi 5 læknastöður sem ætlað var að sinna öðrum íbúum landsins, þá um 60.000 að tölu. Með hliðsjón af þessu misræmi og að engum lækni hafði tekist að ráða niðurlögum sjúkdómsins í Vestmannaeyjum, gagnrýndi Jón Thorstensen landlæknir (1794-1855) árið 1838 þá fastheldni Sundhedscollegiets að halda úti stöðunni. Thorstensen var þeirrar skoðunar að sjúkdómurinn ætti djúpar rætur í náttúrulegum aðstæðum og lífsmáta eyjabúa.[10] Schleisner benti hins vegar á að á Íslandi væru 187 prestar og 294 kirkjur, en fáir læknar og ekki eitt einasta sjúkrahús.[19]

Forveri Schleisners í starfi var héraðslæknirinn Andreas Steener Iversen Haalland (1814-1855) sem dvaldi í Vestmannaeyjum á árunum 1840-1845. Á því árabili var dánartíðnin óvenju há, en þó hafa menn velt því fyrir sér hvort hæstu tölurnar geti hafa verið ofskráning.[10] Á tímabilinu frá 1841 til ágúst 1847 sýndu tölur að 95% allra dauðsfalla ungbarna hefðu verið af völdum ginklofa. Í mörgum tilvikum var dauðsfall tilkynnt prestinum eftir á og án þess að fyrir lægju læknisfræðilegar upplýsingar. Niðurstaðan gat því orðið sú að sennilegasta dánarorsök var færð í kirkjubækur (mynd 4).

Jafnvel þótt Haalland tækist ekki að leysa verkefni sitt lagði hann grunninn að því sem réð úrslitum um árangur Schleisners. Hann leitaði aðferða, með góðum árangri, til að gera „Naturvidenskabelige Undersögelser“.[18] Strax árið 1840 skrifar hann að orsök ginklofa geti ekki legið í andrúmsloftinu eða vatninu heldur í „de lave, fugtige og urene Boliger“.[18] Fæðan gat einnig haft þýðingu, taldi hann, hún samanstóð nær eingöngu af „animalske Sager“ ásamt miklu brennivíni og sterku kaffi. Meðhöndlun nýfæddra barna var ómarkviss, því naflastrengurinn „verken afbindes eller opbindes paa behörig Maade“. Mæðurnar skyldu ala börn sín á brjóstamjólk fremur en að gefa þeim kúamjólk og vatn. Hann stakk upp á að fæðingarstofu yrði komið á fót. En yfirvöld streittust á móti, þeim þótti nægja að ljósmóðir yrði send á vettvang og að kona úr Vestmannaeyjum fengi ljósmóðurmenntun í Kaupmannahöfn. Fyrir valinu varð Sólveig Pálsdóttir (1821-1886), dóttir Guðrúnar Jónsdóttur (1791-1850) sem gegnt hafði ljósmóðurstarfi í þorpinu þótt hún væri formlega ómenntuð. Þörfin fyrir fólk sem kunni fæðingarhjálp var mikil. Læknarnir kvörtuðu yfir ómenntuðum „ljósmæðrum“ sem væru algerlega ósjálfbjarga og vantaði „Indsigt i den allersimpleste Födselshjælp“.[19] Sólveig var



Mynd 4. *Kirkjubók fyrir Vestmannaeyjaprestakall (1840). Dánir af „Karlkjön“ með dánarorsök og aldri barns í dögum (dálkar 1 og 3 frá hægri). Dánarorsök var í nær öllum tilvikum „af Ginklofi“, þar sem við á „af samma“. Frá Þjóðskjalasafni Íslands.*

send á Fødselsstiftelsen í Kaupmannahöfn þar sem Carl Levy var prófessor og ábyrgur fyrir menntun ljósmæðra.[10] Levy var sjálfur mikill hvatamaður að því að mæður hefðu börn sín á brjósti. Þar sem hann var einnig upptekinn af ástandinu í Vestmannaeyjum var hann hlynntur framtakinu og liðsinnti Sólveigu í námi hennar.[10] Eftir að Sólveig sneri heim 1843 vann hún við hlið móður sinnar, en þó lækkaði ekki dánartíðnin fyrstu árin (mynd 5). Yfirvöld reyndu nú enn eina aðgerð. Árið 1846 var íslenskri útgáfu kennslubókar Levys fyrir ljósmæður, *Kennslubók handa Yfirsetukonum*, deilt út til ljósmæðra á Íslandi og í Vestmannaeyjum.[20] Í henni lagði höfundurinn áherslu á varfærnislega meðferð naflastúfsins.[21]

Ferð Schleisners til Íslands

Haalland héraðslæknir hafði ítrekað beðið yfirvöld um að koma á fót fæðingarstofu en það varð ekki að veruleika fyrr en 1847. Ef til vill gerðu meðmæli prófessor Levys útslagið. Á sama tíma bað hann yfirvöld að nota tækifærið til að „berige Videnskaben“ með því að láta ungan lækni fara til Vestmannaeyja og rannsaka aðstæður vandlega.[20] Yfirvöld samþykktu þetta og töldu málið það mikilvægt að verkefnið yrði að fela manni „af særegen Dygtighed“. Strax fjórum árum eftir að Schleisner lauk læknaprófi 1842 skrifaði hann fræðilega ritgerð um barnsfararsótt.[22] Þar sem ritsmíðin bar augljóslega vitni um mann með „betydelig videnskabelig Evne“[1] var líklega þegar ákveðið hver skyldi veljast til fararinnar.[10]

Schleisner tók land í Vestmannaeyjum í september 1847, sjötti læknirinn í röðinni. Ásamt Guðfinnu J. Austmann húsfreyju (1822-1897) setti hann á stofn fæðingarstofu, Stiftelsen. Hann kvað skýrt upp úr með að hann myndi ábyrgjast fæðingar sjálfur og hafa mæður og börn í sinni umsjá fyrstu tvær til þrjár vikurnar. Mikilvægast væri að halda börnunum frá hinum óheppilegu aðstæðum sem flestir bjuggu við og hann stefndi að því að leiðbeina mæðrum um aukið hreinlæti og hollara fæði.[23,24] Líkt og Haalland fannst Schleisner að mæður ættu að hafa börnin á brjósti, en honum tókst aðeins að litlu leyti að breyta því hjá konunum, sama gilti um breytingar á mataræði. Einnig mælti hann með því að þær borðuðu minna fuglakjöt en meira grænmeti.[17,24]

Schleisner sem fæðingarlæknir

Þá 9 mánuði sem Schleisner var í Vestmannaeyjum og þar til hann sneri aftur til Danmerkur í júní 1848 fæddust 23 börn. Átta mæður samþykktu að dvelja á fæðingarstofunni, hinar héldu heim strax að lokinni fæðingu. Schleisner tókst hins vegar að halda öllum börnunum eins og ráðgert var. Fimm börn létust. Schleisner upplýsti að þrjú þeirra hefðu dáið úr tetanus, eitt úr niðurgangi og eitt úr svonefndri barnaveiki, sem sennilega var afleiðing af fyrirburafæðingu eða köfnun. Fyrri grunur um ranga skráningu kemur aftur upp, sem misræmi í skráningum Schleisners sjálfs og þess sem fært er í kirkjubækur. Þar er ginklofi tilgreindur sem dánarorsök í öllum 5 tilvikum.[10]

Á meðan 8 þeirra 10 barna sem fæddust í Vestmannaeyjum frá janúar til ágúst 1847 létust, sýndu tölur Schleisners samanlagða dánartíðni nýbura upp á 22% (5/23). Af þeim var ginklofi 13% (3/23). Þrjú börn til viðbótar létust af öðrum orsökum eftir að þau höfðu verið útskrifuð. Samanlagður ungbarnadauði upp á 35% var með orðum Schleisners „dobbelt saa gunstig“ eins og undanfarin 20 ár (mynd 5).[17,24]

Skýrsla til yfirvalda

Þegar Schleisner sneri aftur til Danmerkur sumarið 1848 skilaði hann fyrst skýrslu til Sundhedscollegiet um tetanus-verkefnið. Því miður hefur frumgerð þess skjals ekki fundist, eins og Baldur Johnsen nefnir einnig.[4,5] Þó hefur varðveist samantekt úr skýrslunni.[24] Þar kemur fram að Schleisner, rétt eins og Haalland, lagði mikla áherslu á inniloftið í híbýlunum, en flestir íbúanna bjuggu mjög þröngt. Einkum þótti inniloftið slæmt yfir vetrartímann og hjá hinum fátækustu („4de klasse“). Á þeim tíma var barnadauðinn líka mestur. Schleisner var þeirrar skoðunar að „den fordærvede Luft“ verkaði á opið naflasárið með því að framkalla „suppurativ Betændelse i de indvendige Navleaarer“. Þessi bólga verkaði eins og ertingarvaldur á mænuna og framkallaði krampa. Íbúarnir lögðu mikið upp úr „det slette Drikkevand og den meget Fuglespisen“.[17,24] Jafnvel þótt sérfræðingar væru að mati Schleisners „meget deelte“ væru þeir flestir sammála um að hreinlæti væri úrslitaatriði. Á sama hátt og skyrbjúgur og holdsveiki væri ginklofi einnig menningarsjúkdómur, að áliti Schleisners.[17]

Verk Schleisners eftir Vestmannaeyjaárin

Ári eftir heimkomuna, í júní 1849, gaf Schleisner út tvö rit. Hið fyrra nefndist *Forsøg til en Nosographie af Island*[17] sem hann varði hinn 22. júní 1849.[27] Það var annars fyrsta doktorsgráðan á dönsku við læknadeildina í Kaupmannahöfn – þó að sjálf vörnin yrði að fara fram á latínu, hefðinni samkvæmt.[28] Í formála skrifaði Schleisner að hann hygðist síðar semja eigin ritgerð um ginklofann. Síðara rit Schleisners nefndist *Island undersøgt fra et lægevidenskabeligt Synspunkt*[29] (mynd 6). Verk Schleisners vöktu mikla athygli, ekki síst í Noregi þar sem Wilhelm Boeck lektor (1808-1873) skrifaði 45 síðna hástemmdan ritdóm í *Norsk Magazin for Lægevidenskaben*.[19]

Það kom í ljós að leiðangur Schleisners til Vestmannaeyja varð dýrari en búist var við. Einkum átti þetta við um fæðingarstofuna. Dómsmálaráðherrann benti þó á að ferð Schleisners hefði haft „de heldigste Følger". Enginn vafi léki á því að dauðsföllunum hefði fækkað fyrir hans tilverknað, sagði ráðherrann. Reikningurinn var því greiddur.[30]

Schleisner fór frá Danmörku sama ár og hann varði doktorsritgerð sína, út í lönd til að fræðast frekar. Haustið 1849 hélt hann fyrirlestur í London[31,32] þar sem hann fjallaði um ástandið á Íslandi. Eftir tveggja ára samfellda dvöl í Englandi og Frakklandi, þar sem Schleisner kynnti sér einkum tölfræði og opinbera heilbrigðisþjónustu, sneri hann aftur 1851 og tók við stöðu héraðslæknis í Kaupmannahöfn. Árið 1853 var hann skipaður í áhrifamikla stöðu umsjónarmanns heilbrigðismála í Slésvík, en sneri til Kaupmannahafnar sem borgarlæknir þegar hertogadæmið féll í hendur Þjóðverjum eftir stríðið 1864. Schleisner átti fyrir höndum langt líf sem áberandi opinber læknir í Danmörku.[33] Hann stóð meðal annars að baki tillögunum um stofnun Øresundshospitalet (1875-1876) og Blegdamshospitalet (1878-1880) sem sjálfstæðra farsóttarsjúkrahúsa.[1] Hann þekkti einnig vel til mála í Noregi og árið 1874 varð hann meðlimur í Det norske medicinske Selskab.[34]

Meðferð Schleisners

Nokkuð er vitað um meðhöndlun Schleisners á nýfæddum börnum. Þar er meginheimildin Sundhedscollegiets protokoller for perioden 1847-48[23-26] sem við höfum borið saman við ítarlegri frásögn Schleisners sem gefin var út á þýsku 1855.[35] Schleisner beindi athyglinni sérstaklega að naflanum og „lod – efter amerikanske Lægers Raad – i præventivt Öiemed Navlen hos alle Börnene lige til dens Affald forvinde med *bals. copaivae*".[25,35] *Balsamum copaivae* er svonefnt kopaiva-smyrsl. Það er unnið úr stofni ýmissa Copaiferatrjátegunda, en þær eru ertublómaættar og vaxa í Mið- og Suður-Ameríku (mynd 7).[36] Efnið hafði verið notað í lækningaskyni að minnsta kosti frá 17. öld og þess er getið í öllum útgáfum norsku lyfjaskrárinnar. Í Evrópu var efnið upprunalega notað til að græða sár, en síðar gaf það einnig góða raun við öðrum kvillum, svo sem hósta, skyrbjúg, kynsjúkdómum og niðurgangi.[37] Sérstaklega þótti það verka vel gegn sjúkdómum í þvagrás, einkum lekanda.[38,39] Við höfum ekki fundið lýsingar á kopaiva-smyrslinu sem fyrirbyggjandi meðferð á ginklofa, en gera má ráð fyrir að Schleisner hafi þekkt til góðra áhrifa efnisins á sár.[40] Langt fram eftir 20. öld var kopaiva-smyrsli lýst sem gildu lyfi í kennslubókum í lyfjafræði, en það féll í skuggann þegar bakteríudrepandi lyf á borð við súlfalyf komu fram á 4. áratug síðustu aldar.[41,42] Einstakar nýrri rannsóknir benda til þess að efnið hafi bólgueyðandi og sótthreinsandi eiginleika.[43,44]

Aarstal.	Dödelighedsforholdet imellem 5te og 12te Dag, begge inclusive.	Dödelighedsforholdet i 1ste Maaned.	Dödelighedsforholdet i 1ste Aar.
1785—1794	0,637	0,804	0,818
1794—1804	0,785	0,862	0,862
1804—1814	0,632	0,730	0,753
1814—1824	0,730	0,801	0,817
1824—1834	0,643	0,757	0,772
1834—1844	0,643	5,728	0,772

Mynd 5. *Dánartíðni trismus neonatorum í Vestmannaeyjum á áratuga bili 1785-1844, eftir Schleisner 1849 (17, s. 24). Prentvilla er í neðstu línu í dálki 3. Samkvæmt frásögn hans á þýsku frá 1855 á talan að vera 0,722.*

Því hefur verið haldið fram að Schleisner hafi ekki notað kopaiva-smyrsl heldur perú-smyrsl.[6,7] Þetta stenst þó varla. Schleisner skrifar bæði til Sundhedscollegiet og í þýsku skýrslunni að kopaiva-smyrslið sé það sem hann notaði. Á þessum tveimur efnum var þó ekki mikill munur og verkunin þótti alllík. Það er nokkuð athyglisvert að í mörgum bókum frá upphafi 19. aldar er fjallað um góð áhrif perú-smyrsls gegn tetanus.[39,45] „Lately [...] it has required some reputation in tetanus, on the authority of a most respectable practitioner", segir í einni þeirra 1831.[46] Upphafið má rekja til amerísku læknisins Lemuels Kollock (1766-1823) sem hafði starfað í Savannah í Georgíu-fylki frá því um 1790.[47] Þekkt var að ginklofi var mjög algengur sjúkdómur á heitum landsvæðum á borð við suðurríkin.[13] Samkvæmt einum af fyrstu amerísku lyfjaskránum hafði Kollock jafnvel læknað mörg tilfelli.[48] En svo virðist sem hrifningin hafi verið farin að dvína strax á 5. áratug 19. aldar og sumir héldu því fram að perú-smyrslið væri orðið úrelt til ofangreindra nota.[37]

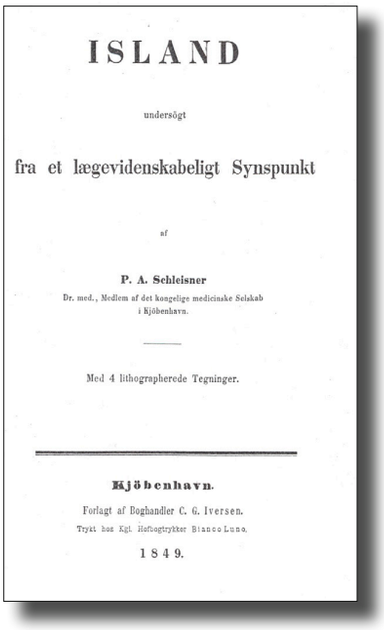
Í báðum fyrrnefndum skýrslum gerði Schleisner einnig grein fyrir öðrum lækningaaðferðum við nýfædd börn.[25,35] Þar sem minnstu einkenni gerðu vart við sig greip hann til volgra jurtabaða (*Kräuterbäder*) og batt um naflann 1-2 sinnum daglega með línbökstrum (*Charpie*) sem vættir voru í ópíum-tinktúru með saffrani. Í næstu umferð lagði hann hafragrautarbakstra með kvikasilfursáburði við neðri hluta kviðarins. Þessar aðferðir voru þrautreyndar. Ópíum-tinktúra með saffrani, sem Schleisner nefndi *„Laud. liq. Syd."* var gamalt ráð sem nefnt var eftir hinum fræga breska lækni Thomas Sydenham (1624-89): *Laudanum liquidum Sydenhami*. Þessi tinktúra (dropar) var upphaflega gerð úr ópíum, saffrani, kanel og spænsku víni, en bæði uppskriftin og heitið voru mismunandi í gegnum árin.[37] Í norskum lyfjaskrám hafði lyfið heiti á borð við *tinctura* (eða *essentia*) *opii crocata*.

Kvikasilfursáburður var síðasta lyfið sem Schleisner taldi upp. Hann nefnir það *„Ugt. neopolitanum"* og dragi nafn sitt af borginni Napólí: *unguentum neapolitanum* eða napólí-áburður, sem minnti á sýfilisfaraldurinn þar 1495.[37] Kvikasilfursáburður hafði verið notaður gegn sýfilis í mörg hundruð ár.

Við getum slegið því föstu að Schleisner tók verkefni sitt alvarlega. Hann nýtti öll þau ráð sem til voru og á því leikur vart efi að hann náði árangri. Sumir halda því fram að koipava-smyrslið hafi ráðið úrslitum þar sem þetta var eina lyfið sem ljósmóðirin hélt áfram að nota eftir að Schleisner hafði snúið aftur til Kaupmannahafnar.[5] Eftir á að hyggja er erfitt að skera úr um hvaða úrræði, eitt eða fleiri, stuðlaði að því að þróunin snerist við. Ef til vill réð mestu hversu kerfisbundið og vandlega Schleisner gekk til verks í að auka hreinlæti í kringum fæðingar.

Vestmannaeyjar eftir tíma Schleisners

Schleisner leit svo á að verkefni sínu væri lokið og hafði ekki frekari afskipti af ástandinu í Vestmannaeyjum síðar, svo vitað sé. Árið 1854 skrifaði héraðslæknirinn að fæðingarstofan „i den senere Tid aldeles ikke har været benyttet".[49] Orsökin var að hans mati sú að „der nu fordres Betaling af dem, der ville indlægges". Yfirvöld í Kaupmannahöfn töldu að þau hefðu lagt sitt af mörkum til að stofan þjónaði tilgangi sínum og kvörtuðu um að „Autoriteterne" á Íslandi hefðu ekki veitt þessu mikilvæga máli „den Opmærksomhed og Understöttelse, som den fortjener". Þau skipuðu sýslumanninum og prestinum að taka sæti í stjórn stofunnar og sjá til þess að konurnar nýttu sér tilboðið, þó án þess að grípa til „Brug af nogen ydre Tvang". Héraðslæknirinn stakk meira að segja upp á að starfsemin yrði víkkuð út þannig að „andre Patienter end Barselkoner deri kunde optages", en þeirri ósk var hafnað.[49] Allt kom þó fyrir ekki. Tveimur árum síðar skýrði héraðslæknirinn frá því að fæðingarstofan hefði ekki enn komist í gang „men derimod taget i personlig Brug af Sysselmanden". Þegar á allt var litið hafði læknirinn glímt við margs konar „Bryderier og Ubehageligheder" í Vestmannaeyjum. Sumarið 1858 viðurkenndu yfirvöld einnig að baráttan væri töpuð. Ákveðið var að starfsemi fæðingarstofunnar „indtil videre stilles i Bero".[50]



ISLAND

undersögt

fra et lægevidenskabeligt Synspunkt

af

P. A. Schleisner

Dr. med., Medlem af det kongelige medicinske Selskab i Kjöbenhavn.

Med 4 lithographerede Tegninger.

Kjöbenhavn.

Forlagt af Boghandler C. G. Iversen.

Trykt hos Kgl. Hofbogtrykker Blanco Luno.

1849.

Mynd 6. *Forsíðan af „Island undersøgt fra et lægevidenskabeligt Synspunkt".*[27]

Þó að rekstur fæðingarstofunnar hefði ekki tekist sem skyldi, hélt ljósmóðirin Sólveig Pálsdóttir áfram að taka á móti börnum á heimili sínu. Hún hélt þeim þar og notaði kopaivasmyrsl allt þar til hættan á ginklofa var liðin hjá og naflastúfurinn fallinn af. Þar sem árangurinn reyndist góður er mögulegt að henni hafi þótt ónauðsynlegt að grípa til frekari ráðstafana.[10] Það kann að skýra að hún virtist leggja minni áherslu á ráð Schleisners um breytt mataræði og brjóstagjöf.

Annar kostur við það að ljósmóðirin tók við umsjón barnanna eftir fæðingu þeirra var



Mynd 7. *Copaifera officinalis, sem kopaiva-smyrslið er unnið úr, úr ritinu Medical botany eftir John Stephenson og James Churchill, útgefið 1834-36. (www.classicnatureprints.com)*

að skráning dánarorsaka varð nákvæmari. Það var ósennilegt að presturinn kæmist hjá því að ráðgast við Sólveigu áður en hann skráði dauðsfall í kirkjubókina.[10]

Langtímaáhrif af framlagi Schleisners eru leidd í ljós í gögnum þeim sem Baldur Johnsen kynnti árið 1982. [5] Hin stórkostlega fækkun dauðsfalla meðal nýbura, í heildina litið og sem afleiðing af ginklofa, er skjalfest á augljósan hátt í kirkjubókum fram undir lok 19. aldar.[5,10,11] Sambærileg gögn eru einnig til fyrir tímabilið 1911-80 (mynd 3).[5]

Hvernig smituðust nýburarnir?

Menn veltu því lengi fyrir sér hvernig smit gat borist í hin nýfæddu börn. Skýring Schleisners tengdist þröngum híbýlum og inniloftinu en kemur þó ekki heim og saman við það hvernig tetanusbakterían berst milli manna.

Húsdýrahald fól í sér að menn og skepnur bjuggu undir sama þaki. Húsnæði var víðast hvar sameiginlegt rými yfir fjósi, en eina leiðin til að ganga um og lofta út var um hlera í gólfinu. Hugsanlegt var að rekja mætti smitið til úrgangs húsdýranna. Sú skýring var þó ekki sannfærandi þar eð þessi híbýlagerð var algeng víða um land. Munurinn var þó sá að í Vestmannaeyjum var skemmra milli húsanna.[23]

Í Vestmannaeyjum var aðgangur lélegur að fersku vatni. Hér og þar og við húsin voru þrær. Regnvatn var notað til drykkjar, við

matseld, þvotta á fatnaði og fólki. Oft var vatnið mengað af aðrennsli frá skepnunum, af dauðum fuglum og öðrum hræjum sem lágu rotnandi á jörðinni. Einnig lék grunur á því að klútar sem notaðir voru við þrif á nafla nýfæddra barna hefðu verið þvegnir upp úr óhreinu vatninu og því næst breiddir út til þerris. En jafnvel eftir að fólk tók að hengja klútana upp á snúru hafði það engin áhrif á sjúkdóminn.

Sennilegasta smitskýringin lá í meðhöndlun dauðra sjófugla. Skóglaust er í Vestmannaeyjum og þegar annan eldivið skorti voru hræ af sjófuglum, mest mávi og lunda, notuð sem eldsneyti. Í þeim er mikil fita og þau eru mettuð af lýsi. Að safna dauðum fuglum í eldinn var verk kvennanna. Því þykir trúlegast að óhreinindi á höndum, þegar barn var handleikið eftir slíka vinnu, hafi verið upphaf smitsins. Gera má ráð fyrir að þessi smitleið hafi lokast þegar ljósmóðirin tók við umsjón með öllum nýfæddum börnum allt til loka annarrar eða þriðju viku.[9-11]

Lokaorð

Framlag Schleisners má meta á ýmsa vegu. Í fyrsta lagi þekkti hann ekki fremur en aðrir hina eiginlegu orsök sjúkdómsins, en hann prófaði sig áfram með þeim hjálparmeðulum sem tiltæk voru. Eins og yfirskrift greinarinnar bendir til, taldi hann samt „afgjort at denne Børnesygdom kan forebygges“.[22,33] Enn fremur lýsti hann því sem hann stóð frammi fyrir sem „kultursygdom“ en áttaði sig samtímis á því að „leveset og eksistens“ fólksins yrði ekki umbylt í einni svipan. Af þessum ástæðum var hann sannfærður um réttmæti fæðingarstofu.[33] Í því sambandi má spyrja hvort ráð Schleisners handa hinum fátæku fiskimönnum í Vestmannaeyjum, sem voru vel meint en ekki farið eftir, eigi sér hliðstæðu í þróunarhjálp vorra daga.

Mögulegt er að samanlögð dánartíðni af völdum ginklofa hafi verið á niðurleið, sem langtíma þróun, alla 19. öldina og þess vegna síður sú afleiðing af aðgerðum Schleisners sem samtíðarmenn hans og við gætum freistast til að halda. Gegn þessu mælir þó ástandið á eynni St. Kildu. Á hinn bóginn fann Schleisner greinilegan mun á dánartíðni nýbura hjá hæstu þjóðfélagsstétt (23%) og hinni lægstu (69%). Samverkan smærri breytinga, eins og þeirra að velstæðum fæðandi konum fjölgaði og hagfelldra þéttbýlisáhrifa frá Reykjavík tók að gæta, getur mögulega hafa haft jákvæð áhrif.[10] Taka ber tillit til þessa, svo og bættra lífskjara fólks, lifnaðarhátta og fæðu- og hreinlætisvenja – þess sem Schleisner kallaði „hygieniske Potenser“.[24] Margt bendir til þess að aðgerðir Schleisners hafi haft úrslitaþýðingu.[5]

Eftirfarandi einstaklingar og stofnanir fá þakkir fyrir veitta aðstoð við ritun greinarinnar: Bernard Jeune og Birgit Skovboe, Syddansk Universitet, Óðinsvéum; Sir Iain Chalmers og George Taft, James Lind Library, Edinborg; Svein Carstens og Kari Aalberg, Det historisk-filosofiske fakultet, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; Danmarks Rigsarkiv, Kaupmannahöfn; Védís Skarphéðinsdóttir, Læknablaðinu, Reykjavík; Þjóðskjalasafn Íslands, Reykjavík; Ólafur Grímur Björnsson, Reykjavík; Örn Bjarnason, Reykjavík; Ólöf Garðarsdóttir, Hagstofu Íslands, Reykjavík; Kristín Jóhannsdóttir, Vestmannaeyjum; Linn Getz; Landspítalanum, Reykjavík, og Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; Hilde Grimstad, Institutt for samfunnsmedisin, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet; Kjell-Erik Andersen (nú látinn), Vinterbro; Bibliotek for medisin og helsefag, Universitetsbiblioteket i Oslo.

Vísindasjóður félags íslenskra heimilislækna styrkti þetta verkefni fjárhagslega.

Heimildir við greinina eru birtar á heimasíðu blaðsins.

Þýðing úr norsku: PÉTUR ÁSTVALDSSON

Þáttur Baldurs Johnsen

Sagan um Schleisner og ginklofann féll að mestu í gleymsku í eina öld. Þegar Baldur Johnsen varð héraðslæknir í Vestmanneyjum upp úr 1950 vaknaði áhugi hans á þessari merku sögu. Baldur sleit barnsskónum í Vestmannaeyjum og þekkti frá fyrri tíð vel til staðhátta þar, meðal annars hússins sem nefnt var „Landlyst“ og sögulegt baksvið þess. Í bréfi til ritstjórnar „BIBLIOTEK FOR LÆGER DEN ALM. DANSKE LÆGEFORENING, sem Baldur skrifaði árið 1999, þá 89 ára gamall (*sjá bréf á síðu 96*), má sjá að kveikjan að áhuga Baldurs var afrit af gömlu bréfi skrifuðu upp úr 1920 sem Vilmundur Jónsson, þáverandi landlæknir sendi Baldri. Bréf þetta var upprunalega stílað til Halldórs Gunnlaugssonar þáverandi héraðslækis í Vestmannaeyjum með ósk um að kanna nánar fyrri sögu um ginklofa í Vestmannaeyjum og innihald balsamvökvans sem getið var um í sögum. Halldóri Gunnlaugssyni entist hins vegar ekki aldur til að vinna í þessu og því var erindið endurvakið af Vilmundi um 30 árum síðar.

Áhugi Baldurs var greinilega vakinn og á næstu árum leitaði hann allra leiða til að safna upplýsingum um sögu ginklofans í Vestmannaeyjum og ritaðar heimildir Schleisners um þennan mikla vágest í Vestmannaeyjum á sínum tíma.

Hann skoðaði meðal annars allar kirkjubækur í Vestmannaeyjum frá nítjándu öldinni til þess að endurmeta niðurstöður Schleisners, en þar var að finna skrá yfir látin börn, aldur og líklegar dánarorsakir. Baldur birti niðurstöður sínar og hugleiðingar í ýmsum ritum, en ýtarlegustu samantekt hans var að finna í grein sem birtist sem Fylgirit *Læknablaðsins* árið 1982. Baldur hafði alla tíð vonast til að þessi merka saga Schleisners fengi meiri útbreiðslu erlendis. Í fyrrnefndu bréfi til danska ritstjórans virðist sem Baldur hafi sent handrit af skrifum sínum til danska tímaritsins árið 1999. Okkur er ekki kunnugt um að það hafi nokkurn tímann verið birt.

Baldur Johnsen var alla tíð mikill grúskari og fræðimaður. Þegar hann lést árið 2006 skildi hann eftir sig tugi pappakassa af fræðilegum gögnum, sem nú fylla einn bílskúr og kjallara að sögn barna hans sem varðveita þessi gögn. Okkur höfundum þessarar greinar lék forvitni á að kanna hvort Baldur Johnsen hefði haft í fórum sínum einhver sjúkragögn sem staðfestu frekar línuritið um dánartíðnina, sem hann birti í *Læknablaðinu* 1982. Sú athugun er í raun eftirfylgni af rannsóknum Schleisners og nær til 1895. Okkur veittist ógjörningur að finna slík gögn. Hins vegar fórum við í gegnum allar kirkjubækurnar frá þessum tíma og teljum að þar séu hin raunverulegu og einu gögn sem staðfestu fyrri rannsóknir Baldurs.

Fyrir hönd höfunda
Jóhann Ág. Sigurðsson

TIL REDAKTIONEN AF
BIBLIOTEK FOR LÆGER
DEN ALM. DANSKE LÆGEFORENING
TRONDHJEMSGADE 9
København Ø

Reykjavík, l. dec. 1999

Ærede redaktør;

Jeg har, i de sidste dage af sommeren l999, fået tilsendt en kopi af Biblotek for Læger, Marts Måned 1998. 190. Årgang. Danmarks Natur - og Lægevidenskabeligt bibliotek, TETANUS NEONATORUM PÅ VESTMANNØERNE, artikel, forfattet af forhenv. landsfysikus dr.Ó. Ólafsson., som nu er trådt tibage, fra sit høje embede på gr. af alderdom. Undertegnede dr. B.Johnsen, nuv. forfatter er også trådt tilbage fra sine embeder af samme grund, men har ikke glemt dr. Schleisner og dog -alligevel.

Det skete således : Nuværende forfatter, som var opfostret på Heimaey, Vestmannaøerne og stedkendt der, blev ansat distriktslæge der l950-l960. Daværende Medicinaldirektør dr.Vilm. Jónsson, havde i sit embeds kartoteks dokumenteret brev adresseret til forhenværende distriktslæge Halldór Gunnlaugsson, som druknede i tjenesten som karantænelæge i l924. Han skulle lande uden for havnen, på en nordlig landtange (Eiði), som ofte hendte, da havnen ikke var farbar på grund af østlige storme. (Lavamasser som fulgte vulkanudbrud på Heimaey i l973 beskytter nu havnens indsejling i østlig storme). Brevet, som var adresseret til forhenv. distriktslæge blev nu sendt til nuværende forfatter og distriktslæge B. Johnsen , som var stedkendt på Heimaey, og havde mange slægtninge, der formodedes at være, efterkommere af de spædbørn, som havde overlevet ginklofi-perioden ved hjælp af Dr. Schleisners mirakuløse behandling. Mere vidste man ikke dengang. Den nu afdøde distriktslæge Gunnlaugsson havde i sin praksis "mistet " eet spædbarn af en dengang -l915 næsten ukendt, glemt, sygdom, som "de gamle" mente var "ginklofi".

Lægen skrev derfor til forhenv. pastor, Jes Gislason.

Han var søn af Sofie Andersen; Sofie fødtes på "Stiftelsen" 8. okt. l847 . Man troede nemlig, og det med rette, at denne søn af Stiftelsens første levedygtige kvindel. afkom, vidste mere end andre mennesker om Dr. Schleisner, "Fødselsstiftelsen" og "Navleolien" etc. I det ovennævnte brev, som fandtes i distriktslægens efterladte dødsbo, og var opbevaret i Medicinal Direktørens kartotek, fandtes nogle interessante historiske fakta, som gavnede videre undersøgelser.af ginklofisagen.

Dette pastorens svarbrev, som blev senere publiceret i Mellemskole-Tidskriftet af nuv forfatter B. Johnsen. "Blik", samt I egen lægevidenskabelige afhandling.

I de følgende år blev der skrevet nogle artikler om "Stiftelsen" uden at komme til bunds i sagen. Der havde man jo bygningen "Landlyst" for øjnene, hvor man længe troede at "Stiftelsen" havde været til huse. Man havde hørt om en ny navleolie i Schleisners tid, men hvad for en ?. Miasmer eller Kontagion, i Dr Schleisners tid; det vidste man heller intet om.

Det kom så i nuv. forfatters andel at "lodde" ginklofisagen, Schleisner havde jo publiceret 2 bøger. "Om et forsøg til en Nosografi af Island, Kbh.og en populer udgave af samme."(l849), samt løfte om en afhandling om ginklofisagen Dengang, i begyndelsen af firserne, l981, fandtes dog ikke dr. Schleisners egen beretning, som han havde givet tilsagn om, i sansynlige danske tidsskrifter. Derfor måtte man ty til en tysk bog af J. Thomsen udg. i Schlesvig l855, som dog var ikke let at få fat i, hvor dr. Schleisners uforkortede beretning findes (21), (dr. Schleisners egen beretning blev dog fundet nu i eftersommeren 1999, (35).

Det ovenfor citerede brev og beretningen i Thomsens bog, samt flere nye oplysninger blev grundlaget til en Monografi, publiceret. i Supplement til *Læknablaðið* (14), (The Icelandic Medical Journal) l982, udg. på Islandsk med engelsk resumé, (l) Denne Monografi, som meningen var at oversætte, i sin helhed, på dansk eller engelsk (det blev bl. a.udsat p. g. af sygd.) samt en artikel om Miasmer eller Kontagion skrevet på dansk (2) skulle bøde på fortidens skammelige forglemmelse.

Dette peger på, at det ikke kan udsættes at få den citerede monografi (l), udgivet på dansk eller engelsk, i sin helhed.

Kan det måske ske i Bibliotek for læger?

Det ville være nuv. forfatter til glæde og fornøjelse, hvis det var muligt at få en oversættelse af det, til dels, reviderede udtog af nævnte monografi, publiceret i BIBLIOTEKETS agtværdige tidskrift; især da I har været fremsynede til at få forhv. Medicinal Direktør Ól. Ólafsson til at åbne denne, vigtige natur-og -lægevidenskabelige sag, til videre drøftelse.

I håb om den ærede redaktions velvillige svar vedlægger jeg nuv. forfatters manuskript. "Trismus neonatorum (Ginklofi) på Vestmannaøerne og dr. P. A Schleisners store insats i dens bekæmpelse. Oversat til dansk, med resume på Engelsk.

Baldur Johnsen, D.PH.Hygeian. Patolog.
Kleppsvegi 64
IS-104 Reykjavik
Island

Bilag:
Noter fra "Islands Folkemedicin og M. Ketilsson" af B. Johnsen: Særtryk
af Dansk medicinhistorisk årbog l982. Udgivet af Dansk Medicinsk-historisk Selskab, 1982, s. 56-70.

CV:
Baldur Johnsen, f. 22.oktober 1910. Embedseksamen i Reykjavik 1936. Uddannet i Hygiene, Diploma i Public Health, London School i Hygiene og Patologi. DPH. Consultant i perinatal Patalogi. Direktør og overlæge ved Islands Institut for Omgivelseshygiene 1970-1976. Lektor ved Islands Universitet 1961-70 og Professor i Hygiene 1975-76. Har redigeret den Islandske Cancerunions Tidsskrift 1961-64, og har skrevet bøger og mange artikler om biologiske, patologiske, hygieniske og socialmedicinske emner samt medicinsk Historie. Er trådt tilbage i 1977.

Horft um öxl eða litið fram á veginn?

Magdalena Ásgeirsdóttir
lungnalæknir á Reykjalundi



Magdalena@REYKJALUNDUR.is

Áramót eru í eðli sínu tímamót. Maður staldrar við og fer yfir atburði líðandi árs og strengir jafnvel áramótaheit, sem skiljanlega taka mið af eigin draumum og væntingum.

Annáll ársins 2013 hvað heilbrigðismálin varðar einkennist af fjárhagslegu svelti, samdrætti, atgervisflótta, uppsögnum jafnvel heilla fagstétta, tepptum bráðadeildum vegna langveikra, úreltum tækjabúnaði og svo mætti lengi telja. En að sögn ráðamanna hefur ekkert af þessu komið niður á gæðum þjónustunnar eða öryggi sjúklinga. Trúi því hver sem vill. Dúsan kom svo í lok árs þegar samþykkt voru aukafjárlög til heilbrigðismála upp á 4 milljarða. Landspítalinn og FSA fá 3,3 milljarða og heilbrigðisstofnanir á landsbyggðinni rúmlega 600 milljónir.

Þá er að horfa fram á veginn. Hvað mun árið 2014 bera í skauti sér? Áramótaheit til handa heilbrigðiskerfinu mega sín lítils, en maður getur átt sér draum.

Mun aukafjárveitingin bæta ástandið? Í hvaða verkefni á að deila þessum fjármunum? Verða þeir notaðir til að „lokka“ að starfsfólk til vinnu eða fara þeir til tækjakaupa.

Mun okkur takast að bæta starfsskilyrði heilbrigðisstarfsfólks? Þar eru unglæknarnir mér efst í huga en brýnt er að þeir kæri sig um að vinna á Íslandi í framtíðinni.

Höfum við læknar og annað fagfólk einhverja möguleika á að hafa áhrif á þróun heilbrigðismála? Er yfirhöfuð á okkur hlustað? Yfirvöld eru einstaklega lunkin við að sniðganga sérfræðinga og annað fagfólk þegar kemur að heilbrigðismálum (og reyndar fleiri málaflokkum svo sem náttúruvernd vs raforkuframleiðsla). Nýlegt dæmi eru lög um atvinnutengda starfsendurhæfingu og starfsemi starfsendurhæfingarsjóða nr. 60 25. júní 2012. Vísa ég í því sambandi í ritstjórnargrein Þorbjörns Jónssonar formanns LÍ í *Læknablaðinu* 2012.

Endurhæfing er mér hugleikin, enda starfsvettvangur minn. Hugtakið endurhæfing, bæði orðið og innihald endurhæfingar, virðist mér vera óljóst, bæði í huga almennings og jafnvel heilbrigðisstarfsfólks. Endurhæfing virðist hálfgert olnbogabarn, tilheyrir hvorki bráðaþjónustu né hjúkrun, sem gjarnan ber hæst í umræðunni um heilbrigðismál.

Skilgreining alþjóðaheilbrigðismálastofnunarinnar (WHO) á endurhæfingu: Endurhæfing miðar að því að einstaklingur nái aftur eins góðri líkamlegri, andlegri og félagslegri færni og unnt er. Hún felur í sér öll þau úrræði sem miða að því að draga úr áhrifum fötlunar og hindrunum sem fötlunin veldur. Hún felur líka í sér þau úrræði sem gera fötluðu fólki kleift að vera virkir þjóðfélagsþegnar. Það má svo skipta endurhæfingu til dæmis í læknisfræðilega endurhæfingu og starfsendurhæfingu. Skilin þarna á milli virðast stundum óskýr en að baki liggur alltaf færniskerðing sem oftast á rætur í heilsubresti eða fötlun. Endurhæfing, eins og aðrar greinar læknisfræði, byggir á fræðilegum grunni og styðst við klínískar leiðbeiningar. Engar íslenskar leiðbeiningar eru til í mínu fagi, það er lungnaendurhæfingu, en stuðst er við sameiginlega yfirlýsingu ATS/ERS. Á mínum vinnustað, Reykjalundi, er unnið í þverfaglegum teymum og er þar tekið mið af ICF-alþjóðlega flokkunarkerfinu um færni, fötlun og heilsu (sjá *skafl.is*). Grundvöllurinn fyrir árangri í endurhæfingu er skýr og raunsæ markmiðssetning og samvinna meðferðaraðila í samráði við skjólstæðinginn. Árangurinn er svo mælanlegur með aukinni færni, virkni, þátttöku (í víðum skilningi þess orðs) og auknum lífsgæðum.

Ég treysti læknum og öðru heilbrigðisstarfsfólki til að standa vörð um menntun og fagmennsku sinnar stéttar, en það dugar þó því miður ekki til að reka heilbrigðisþjónustu af þeim gæðum sem við Íslendingar höfum væntingar um.

Í anda endurhæfingar bind ég vonir við að núverandi stjórnvöld sjái sóma sinn í því að hafa samráð við heilbrigðisstarfsfólk við markmiðssetningu og uppbyggingu heilbrigðisþjónustunnar til lengri tíma en eins kjörtímabils.

Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson, *formaður*
Orri Þór Ormarsson, *varaformaður*
Magnús Baldvinsson, *gjaldkeri*
Salome Á. Arnardóttir, *ritari*
Björn Gunnarsson
Guðrún Jóhanna Georgsdóttir
Magdalena Ásgeirsdóttir
Ólöf Birna Margrétardóttir
Þórarinn Ingólfsson

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

Fjölmargar nýjungar á sviði augnlækninga

Rætt við Maríu Soffíu Gottfreðsdóttur sérfræðing í glákuskurðlækningum

Hávar Sigurjónsson

Á málþingi um nýjungar í augnlækningum sem haldið var á nýafstöðnum Læknadögum var fjallað um ýmsar nýjar aðferðir við augnskurðlækningar, ný lyf og greiningartæki sem komið hafa fram á síðustu árum og valdið straumhvörfum í meðhöndlun ýmissa augnsjúkdóma. María Soffía Gottfreðsdóttir augnlæknir og sérfræðingur í glákuskurðlækningum hafði umsjón með málþinginu og fjallaði sjálf um greiningu og meðferð glákusjúkdóma.

Minnstu íhlutir sem græddir eru í mannslíkamann

María Soffía fjallaði í erindi sínu um greiningu og einkenni gláku og nýjungar í meðferð og skurðaðgerðum. „Þar hafa orðið mjög miklar framfarir á undanförnum árum og glákan hefur farið úr fyrsta sæti í þriðja sem algengasti blinduvaldur á Íslandi langt frameftir síðustu öld, og var blinda algengari á Íslandi en í nokkru öðru Evrópulandi. Það er umtalsverður árangur í sjálfu sér. Reikna má með að um 5000 manns séu með gláku á Íslandi en blindir af völdum gláku eru einungis um 4% samkvæmt skráningu Þjónustu- og þekkingarmiðstöðvar fyrir blinda og sjónskerta. Í Reykjavíkuraugnrannsókninni frá 1998 sem Friðbert Jónasson prófessor stóð fyrir, kom í ljós að um 10% glákusjúklinga höfðu ekki fengið greiningu og meðferð. Í svipuðum rannsóknum í nágrannalöndunum er þessi tala mun hærri, jafnvel 50-60%. Glákan er þögull sjúkdómur sem gefur yfirleitt engin einkenni fyrr en á lokastigi, sjúklingurinn tekur ekki eftir því hvernig sjón hrakar, þar sem sjónsviðið þrengist hægt og bítandi, en skýrleikinn tapast jafnvel ekki fyrr en með algerri blindu. Sjúklingur getur því verið með fulla sjón á sjónprófi með sjónsvið sem er ekki nema 10 gráður. Glákan getur endað með algerri blindu ef ekkert er að gert. Glákan er sjúkdómur í sjóntauginni (*optic neuropathy*), orsakir eru ekki að fullu þekktar en hár augnþrýstingur er einn aðaláhættuþáttur gláku. Meðferð og aðgerðir beinast að því að draga úr augnþrýstingi. Með réttri meðferð er hægt að hægja verulega á framgangi sjúkdómsins."

María segir skimun við gláku sérlega mikilvæga vegna þess hversu lúmsk þróun sjúkdómsins er, og góð grundvallarþekking heimilislækna á gláku sé mikilvæg. „Lyfjameðferð er mun betri í dag en áður var og aukaverkanir af nýjum lyfjum minni. Einnig þarf að gefa lyfin sjaldnar, til dæmis komu prostaglatínanalógar á markað rétt fyrir síðustu aldamót en þá þarf einungis að gefa einu sinni á sólarhring og aukaverkanir eru fátíðar. Það er mikill munur frá fyrri lyfjum sem dreypa þurfti mörgum sinnum á sólarhring og höfðu meiri aukaverkanir. Lyfin lækka augnþrýstinginn og hægja á framgangi glákunnar."

Skurðaðgerðir við gláku

Hár augnþrýstingur stafar af óeðlilegu útflæði á augnvökvanum í síuvef augans. Aðgerðir til lækkunar augnþrýstings beinast að því að auka útflæði og þar segir María að miklar framfarir hafi orðið á undanförnum árum.

„Í auganu er líffæri, *corpus ciliaris*, sem framleiðir augnvökvann. Augnvökvinn fer ákveðna leið, í gegnum augnsíuna (*trabecular meshwork*) og inn í ákveðinn gang – Schlemm´s canal og þaðan út og í blóðrásina. Við gláku verður ákveðin fyrirstaða í síunni, sem stafar meðal annars af upphleðslu á eggjahvítuefnum og vefjaskemmdum. Þannig myndast fyrirstaða í síunni og vökvinn safnast upp í auganu. Glákulyfjunum er ætlað að minnka vökvaframleiðsluna eða auka útflæði hans með því að hafa áhrif á síuna. Í dag er verið að þróa ný lyf sem miklar vonir eru bundnar við og er ætlað að hafa áhrif á og vernda taugavef sjóntaugarinnar (*neuroprotection*) en þau eru ekki komin á markað ennþá."

Mestu framfarirnar á allra síðustu árum, að sögn Maríu, hafa þó orðið í skurðaðgerðum við gláku. „Í dag gerum við ýmsar aðgerðir við gláku, þar sem sjúkdómurinn er á ýmsum stigum og einnig eru nokkrir flokkar gláku sem kalla á sérstakar aðgerðir. Fyrir 5 árum byrjaði ég að gera aðgerð sem kallast canaloplasty, þar sem síuvefurinn í auganu er einangraður og síðan er ljósleiðaraþráður þræddur inn í síuganginn, Schlemm´s canal, 360 gráður. Þetta er gert til að opna ganginn að nýju en eitt af einkennum gláku er að þessi gangur fellur saman og lokast. Þetta er hátæknileg aðgerð, enda er ljósleiðarinn ekki nema 250 míkrón í þvermál. Með þessu er eðlilegt gegnumstreymi vökva í auganu endurreist en í fyrri hefðbundnum aðgerðum er gert dren framhjá síunni eða sett inn shunt. Þessi aðgerð hefur skilað mjög góðum árangri.

Önnur mjög spennandi nýjung sem farið er að gera í Bandaríkjunum og ég vonast til að geta tekið upp á hér Landspítala innan skamms, er að setja örlítið



„Augnlækningar eru mjög tækjavæn grein og þróun á því sviði byggir á samstarfi vísindamanna í mörgum greinum," segir María Soffía Gottfreðsdóttir augnskurðlæknir.

tengirör, svokallað stent, inn í síuganginn til að opna fyrir hann að nýju. Þetta er minnsti íhlutur sem settur hefur verið í mannslíkamann, einn millimetri að lengd og 120 míkrón í þvermál. Þessi aðgerð er yfirleitt gerð um leið og ský er fjarlægt af augasteini en margir glákusjúklingar eru einnig með ský á augasteini. Þetta er aðgerð sem hentar vel fólki sem er ekki með mjög alvarlega gláku og geta þá sjúklingarnir í mörgum tilfellum orðið lyfjalausir eftir aðgerð.

María er eini augnskurðlæknirinn sem framkvæmir þessar aðgerðir og hún segir það vissulega valda ákveðnum vandkvæðum. „Þetta er öðruvísi en á háskólaspítölunum í Bandaríkjunum þar sem ég var í sérnámi, en þetta er ekki einsdæmi í undirsérgreinum augnlækninga, við erum mjög fá hér á landi, en eigum þó sérfræðinga í hverri undirsérgrein, því þótt augað sé ekki stórt líffæri er það mjög flókið og margbreytilegt."

Ný tækni við augasteinaskipti

Gunnar Már Zoëga fjallaði á Læknadögum um nýjungar í augasteinsaðgerðum en þar hafa orðið gríðarlegar framfarir á undanförnum árum og aðgerðin í raun-inni allt önnur en hún var fyrir 15-20 árum síðan. „Áður lágu sjúklingar inni í nokkra daga vegna þessarar aðgerðar þar sem augasteinninn var fjarlægður í heilu lagi og skurðurinn saumaður saman með 8-10 sporum. Í dag framkvæmum við mun fleiri aðgerðir og sjúklingurinn fer heim strax að lokinni aðgerð."

María segir meginbreytinguna fólgna í gerbreyttri tækni við aðgerðina sjálfa. „Skurðurinn er rétt um tveir og hálfur millimetri, augasteinninn er brotinn upp með hljóðbylgjutækni og brotin síðan sogin út. Linsan sem kemur í stað augasteinsins er annars eðlis en áður var. Hún er samanbrotin (*foldable*) þegar hún er sett í augað í gegnum skurðinn og breiðir síðan úr sér. Þess vegna er hægt að vinna í gegnum svona pínulítinn skurð. Þá hafa orðið framfarir í margskiptum linsum og sjónskekkjulinsum."

Þrátt fyrir að tækjabúnaður við aðgerðina sé fullkominn, framkvæmir skurðlæknirinn aðgerðina í raun með höndunum og María segir að mikilvægt sé að vera jafnvígur á báðar hendur við þessa vinnu.

María segir að með þessari tækni sé aðgerðin einfaldari og mun öruggari en áður. „Fólk kemur mun fyrr í augasteinaskipti en áður, árangurinn er betri og áhættan minni. Eldra fólki fjölgar, fólk lifir lengur og gerir meiri kröfur til lífsgæða, og þetta er hluti af því. Það er ein aðalástæða þess að augasteinaaðgerðum hefur fjölgað mjög og eru meira en tvöfalt fleiri en fyrir 10-20 árum."

Aðspurð um tæknina við hin nýju tæki og aukahluti í augnlækningum segir María að þar sé um afskaplega árangursríkt samstarf vísindamanna í ýmsum greinum að ræða. „Til að hanna tækin til aðgerða og íhlutina þarf auk lækna verkfræðinga, eðlisfræðinga og stærðfræðinga. Augnlækningar eru mjög tækjavæn grein og þróun á því sviði er að mörgu leyti undirstaða framþróunar í greininni."

Skipta um hluta hornhimnunnar

Þá fjallaði Gunnar Már Zoëga um nýjungar við hornhimnuaðgerðir en þar kom fram að miklar breytingar hafa orðið við flutninga á hornhimnum. „Til skamms tíma var skipt um alla hornhimnuna í heilu lagi. Þess má geta til fróðleiks að hornhimnuskipti voru fyrstu líffæraflutningarnir sem framkvæmdir voru hér á landi. Í dag eru aðgerðirnar framkvæmdar á annan hátt og í mörgum tilfellum er

nægilegt að skipta um hluta hornhimnunnar, innsta lagið (DSEK). Þetta er í rauninni allt önnur aðgerð og aðeins örfá ár síðan byrjað var að gera þetta hér á Landspítala. Það er mikil framför fólgin í þessu.“

María segir að nokkur ár séu síðan hornhimnur voru teknar erlendis frá til ígræðslu hér á Íslandi. Áður fengum við hornhimnur úr íslenskum líffæragjöfum en það hefur ekki verið mögulegt undanfarin ár. „Við þurfum að reiða okkur á hornhimnubanka í Bandaríkjunum og Skandinavíu og það getur stundum orðið nokkuð bið eftir þeim þar sem eftirspurnin er meiri en framboðið. Það hefur komið til tals að finna aðra lausn, þar sem aðgerðum hér hefur fjölgað á undanförnum árum. Það er dýrt að setja upp hornhimnubanka en það er samt eitthvað sem þarf að íhuga og gæti borgað sig.“

Haraldur Sigurðsson var með erindi um nýjungar í skurðaðgerðum á augnumgjörð. Hann fjallaði meðal annars um skurðaðgerðir á augnlokum í Graves´s sjúkdómi. Líðan og útlit er mun betra en áður.

Sigríður Þórisdóttir greindi frá rannsóknum og nýjungum í meðferð á lithimnubólgu, Jóhann Guðmundsson um skurðtæka sjúkdóma í sjónhimnu og meðferð á sjónhimnulosi og Jóhannes Kári Kristinsson um sjónlagsaðgerðir með laser en á öllum þessum sviðum augnlækninga hafa orðið miklar framfarir á undanförnum árum og þróunin hröð.

Skoðun á augnbotni getur gefið til kynna aðra sjúkdóma að sögn Maríu. „Við getum séð merki um hjarta- og æðasjúkdóma, háan blóðþrýsting, gigtarsjúkdóma, krabbamein og merki um ýmsar sýkingar og smitsjúkdóma.“

Greining augnsjúkdóma hefur tekið miklum framförum og skiptir sköpum varðandi alla meðferð. „Mikilvægast er sneiðmyndatækið (OCT) en þar hafa orðið gríðarlegar framfarir. Til stendur að augnsneiðmyndatæki Landspítala verði endurnýjað fljótlega, það hefur nýst mjög vel en er orðið gamalt og úrelt. Með því getum við séð hvert einasta frumulag í augnbotninum og skoðað það og greint allar smávægilegustu breytingar mun fyrr en ella.“



María framkvæmir Canaloplasty-aðgerð. „Þar er ljósleiðarapráður þræddur inn í súganginn, Schlemm´s canal, 360 gráður. Þetta er gert til að opna ganginn að nýju, en eitt af einkennum gláku er að þessi gangur fellur saman og lokast.“ Ljósmynd/Landspítalinn.

Rannsaka áhrif lyfja eftir aðgerð

Kölkun í augnbotnum er algengasta orsök lögblindu hjá Íslendingum og Vesturlandabúum almennt. Einar Stefánsson prófessor í augnlækningum hefur rannsakað sjúkdóma í augnbotnum um árabil. „Hann fjallaði um þær rannsóknir og helstu nýjungar á því sviði. Þar hafa orðið gríðarlegar framfarir í greiningu og meðhöndlun. Meðferð við votri augnbotnakölkun beinist að því að hindra vaxtarþætti og þar með nýæða- og bjúgmyndun í augnbotninum. Skemmdir í augnbotnum af völdum sykursýki og blóðtappa eru einnig viðfangsefni þessara rannsókna. Einar hefur verið frumkvöðull í merkum rannsóknum á súrefnisbússkap augans og þróun lyfja við augnbotnasjúkdómum.“

Ásamt Einari Stefánssyni og teymi vísindamanna hefur María stundað rannsóknir á súrefnisbúskap augans í gláku en allar breytingar sem verða á honum geta haft áhrif á sjúkdómsgang og meðferð. „Við höfum einnig staðið að rannsókn á eftirmeðferð glákuaðgerða þar sem við fylgjumst með örvefsmyndun sem getur orðið í kjölfar aðgerðarinnar og lokað aftur hjáveitunni. Okkar rannsókn beinist að því að nota öflugri stera, dexametsón bundið svokölluðum nanóögnum, í eftirmeðferðinni og sleppa þá notkun mitomycins sem er frumuhamlandi lyf og oft notað við aðgerðirnar.

Mitomycin er mjög virkt lyf en hefur einnig miklar aukaverkanir með vefjaþynningu og jafnvel drep. Sjúklingunum er skipt í tvo slembaða hópa, annar fær mitomycin og hefðbundna stera eftir aðgerð, en hinn einungis sterkari steralyfin eftir aðgerðina. Rannsóknin er á því stigi að við fylgjum eftir 25 sjúklingum í heilt ár og skoðum hver árangurinn verður. Þessi rannsókn hefur ekki verið gerð áður.“

Önnur rannsókn sem María kveðst hafa í undirbúningi er að skoða tengsl glákulyfja við önnur lyf sem glákusjúklingar taka. „Um er að ræða rannsókn á samverkandi áhrifum glákulyfja við 10 algengustu system-lyf sem fólk tekur við öðrum langvarandi sjúkdómum, en hugsanlega getur samspil þeirra valdið neikvæðum aukaverkunum. Þetta er mikilvægt fyrir aðra lækna þar sem þeir eru ekki alltaf meðvitaðir um að glákulyfin eru mjög virk lyf sem geta haft aukaverkanir og samverkun við önnur lyf. Ég framkvæmdi samskonar rannsókn fyrir 15 árum við Duke-háskólasjúkrahúsið í Norður-Karólínu og í kjölfarið var útbúin tafla fyrir heilsugæslulækna um samspil annarra lyfja við glákulyfin. Ég tel að það sé mikilvægt að gera þessa rannsókn hér, ef til vill verða niðurstöðurnar aðrar, enda ýmiss ný lyf á markaði, en engu að síður gagnlegar fyrir lækna sem sinna sjúklingum með langvinna sjúkdóma auk gláku.“

Læknar eru hvattir til að koma á framfæri við ritstjórn eða pistlahöfund ábendingum um efni sem þeir vilja að fjallað verði um.



Dögg Pálsdóttir
lögfræðingur
Læknafélags Íslands

DoggP@lis.is

Aðgangur að sjúkraskrám

Um aðgang að sjúkraskrám gilda ákvæði laga nr. 55/2009 um sjúkraskrár. Nokkrar breytingar voru gerðar á ákvæðunum með lögum nr. 6/2014, sem gengu í gildi fyrir örfáum dögum. Þær þrengja kæruheimildir sjúklinga vegna synjunar á aðgangi að sjúkraskrám.

Lög um sjúkraskrár geyma orðskýringar og skipta tvær máli í þessari umfjöllun. Ábyrgðaraðili sjúkraskráa er heilbrigðisstofnun eða starfsstofa heilbrigðisstarfsmanna þar sem sjúkraskrár eru færðar. Ábyrgðaraðili sjúkraskráa felur *umsjónaraðila sjúkraskráa* að hafa eftirlit með og sjá um að skráning og meðferð sjúkraskrárupplýsinga sé í samræmi við ákvæði laganna. Umsjónaraðilinn skal vera læknir eða annar heilbrigðisstarfsmaður, ef lækni er ekki til að dreifa. Starfi heilbrigðisstarfsmaður einn á stofu, telst hann umsjónaraðili þeirra sjúkraskráa sem hann færir.

Meginreglan um aðgang að sjúkraskrám samkvæmt lögum um sjúkraskrár er skýr: Aðgangur að sjúkraskrám er óheimill nema til hans standi sérstök lagaheimild. Lögin heimila eftirtöldum aðgang að sjúkraskrám.

Aðgangur *heilbrigðisstarfsmanna* að sjúkraskrám er bundinn við að starfsmaðurinn komi að meðferð sjúklingsins og þurfi vegna hennar að komast í sjúkraskrána. Sjúklingur eða umboðsmaður hans getur bannað að tiltekinn starfsmaður eða starfsmenn, þar með taldir nemar í starfsnámi, hafi aðgang að sjúkraskrá. Sé talið nauðsynlegt vegna meðferðar sjúklings að þessir aðilar hafi aðgang að sjúkraskránni, ber að upplýsa sjúkling um að bannið geti jafngilt því að hann hafni meðferð, sbr. lög um réttindi sjúklinga. Aðgangur að því sem sjúklingur skilgreinir sem sérstaklega viðkvæmar sjúkraskrárupplýsingar er ætíð takmarkaður við heilbrigðisstarfsmenn sem nauðsynlega þurfa upplýsingarnar vegna meðferðar sjúklingsins. Aðgangur að slíkum upplýsingum skal að jafnaði takmarkaður við heilbrigðisstarfsmenn sem starfa innan einingarinnar þar sem meðferð er veitt. Aðgangur annarra heilbrigðisstarfsmanna að slíkum upplýsingum er óheimill nema með samþykki sjúklings, nema aðgangurinn teljist nauðsynlegur vegna öryggis heilbrigðisstarfsmanna.

Sjúklingur eða umboðsmaður hans á rétt á aðgangi að eigin sjúkraskrá í heild eða að hluta og til að fá afhent afrit sjúkraskrárinnar ef eftir því er leitað. Ef um er að ræða sjúkraskrárupplýsingar sem hafðar eru eftir öðrum en sjúklingi sjálfum eða heilbrigðisstarfsmönnum, skal leita samþykkis þess sem upplýsingarnar gaf, áður en þær eru sýndar sjúklingi eða umboðsmanni hans. Ef þessi þriðji aðili er látinn eða horfinn eða neitar aðgangi af ómálefnalegum ástæðum, má vísa málinu til landlæknis, sem getur ákveðið að sjúklingi eða umboðsmanni hans skuli engu að síður veittur aðgangur að þessum upplýsingum, í heild eða að hluta.

Sé talið að það þjóni ekki hagsmunum sjúklings að veita honum aðgang að sjúkraskrá í heild eða að hluta eða afhenda honum eða umboðsmanni hans afrit af henni, skal umsjónaraðili sjúkraskráa leiðbeina um rétt til að bera synjunina undir embætti landlæknis. Þessi málsmeðferð er nýmæli því fyrir gildistöku laga nr. 6/2014 gilti að þá skyldi án tafar framsenda landlækni afrit sjúkraskrárinnar og landlæknir afgreiða erindið innan átta vikna. Ákvarðanir landlæknis um þetta voru kæranlegar til ráðherra. Eftir breytingu með lögum nr. 6/2014 gildir að ef umsjónaraðili sjúkraskráa synjar um aðgang að sjúkraskrá eða neitar að afhenda afrit hennar leiðbeinir hann um kærurétt til landlæknis. Ákvörðun landlæknis um aðganginn er endanleg á stjórnsýslustigi og verður ekki skotið til ráðherra.

Umsjónaraðila sjúkraskráa er heimilt að veita *nánum aðstandanda látins einstaklings*, svo sem maka, foreldri eða afkomanda, aðgang að sjúkraskrá hins látna og afrit hennar, sé þess óskað. Við mat á því hvort veita skuli aðganginn skal hafa hliðsjón af hagsmunum aðstandanda sem óskar eftir aðganginum og vilja hins látna, liggi fyrir upplýsingar um hann. Ef umsjónaraðilinn synjar um aðgang eða afrit af sjúkraskrá látins einstaklings skal hann leiðbeina um rétt til að bera synjunina undir embætti landlæknis. Ákvörðun landlæknis í þessum tilvikum er einnig endanleg á stjórnsýslustigi.

Heilbrigðisyfirvöld sem fá til umfjöllunar kvörtun eða kæru sjúklings eða umboðsmanns hans eiga rétt til aðgangs að sjúkraskrá viðkomandi með sama hætti og sjúklingurinn sjálfur.

Loks heimila lögin um sjúkraskrá aðgang að sjúkraskrám *vegna gæðaþróunar og gæðaeftirlits* með heilbrigðisþjónustu og meðferð innan heilbrigðisstofnunar eða starfsstofu heilbrigðisstarfsmanns. Þá er heimilt að veita *starfsmönnum sem vinna að þjónustu við tölvu- og upplýsingakerfi* nauðsynlegan aðgang að sjúkraskrárkerfi til að sinna vinnslu, uppfærslu og viðhaldi kerfisins og skulu þessir starfsmenn undirgangast sambærilega trúnaðar- og þagnarskyldu og heilbrigðisstarfsmenn. Þessi síðastnefndi aðgangur tæknimanna er nýmæli samkvæmt lögum nr. 6/2014.

Eins og áður er getið þarf lagaheimild til aðgangs að sjúkraskrá. Hér að framan hefur verið rakið hverjir eiga aðgang að sjúkraskrá samkvæmt lögum um sjúkraskrár. Víða í öðrum lögum er heimild til slíks aðgang, svo sem í lögræðislögum, lögum um Ríkisendurskoðun, lögum um almannatryggingar, lögum um sjúkratryggingar, lögum um gagnagrunn á heilbrigðissviði og lögum um greiðslu ríkissjóðs á bótum til þolenda afbrota. Í lögum um réttindi sjúklinga er fjallað um aðgang að sjúkraskrá vegna vísindarannsókna og fyrirmæli um að um þann aðgang verður að skrá hverju sinni í sjúkraskránna.

Ekki verður skilið við þetta viðfangsefni öðru vísi en að geta þess að samkvæmt lögum um sjúkraskrár á sjúklingur rétt á því að fá upplýsingar frá umsjónaraðila sjúkraskráa um það hverjir hafi aflað upplýsinga úr sjúkraskrá hans, hvar og hvenær upplýsinga var aflað og í hvaða tilgangi.

Ný og breytt áhersla í framhaldsnámi í lyflækningum

Hávar Sigurjónsson

Mikil vinna hefur verið lögð í endurskipulagningu framhaldsnáms í lyflækningum á Landspítala frá því í nóvember. Flestum er eflaust í fersku minni umræðan frá síðastliðnu sumri og hausti um ófremdarástand á lyflækningasviði spítalans, en þá gengu sumir jafnvel svo langt að tala um hrun og að framhaldsnámið væri í molum. Á þessu hefur nú verið tekið og er mikill hugur innan sviðsins að snúa vörn í sókn.

Davíð O. Arnar hjartalæknir tók við starfi framkvæmdastjóra lyflækningasviðs í nóvember og stuttu síðar var Friðbjörn Sigurðsson krabbameinslæknir skipaður framhaldsmenntunarstjóri. Í kjölfarið hafa verulegar breytingar átt sér stað og nýverið voru auglýstar 12 stöður námslækna við lyflækningasvið með skýrum áherslubreytingum. Í viðtali við *Læknablaðið* segja þeir að fjölmargir hafi lagt hönd á plóginn í þessu ferli og stuðningur heilbrigðisráðherra og yfirstjórnar spítalans hafi sömuleiðis verið mjög mikilvægur.

Viðsnúningur á haustdögum

Þegar farið er yfir stöðuna eins og hún blasti við síðastliðið sumar eru þeir Davíð og Friðbjörn ómyrkir í máli.

„Það má segja að margra ára niðurskurður hafi þrengt svo að starfsemi spítalans að í óefni var komið og það ríkti nánast neyðarástand á sumum einingum hans. Margt sérhæft starfsfólk gafst upp og leitaði annað eftir vinnu. Ungir læknar réðu sig ekki til starfa vegna óhóflegs vinnuálags og skorts á kennslu og tilsögn. Tæki voru úr sér gengin og húsnæði spítalans er að mörgu leyti úrelt. Það versta er þó að vandinn var að mestu fyrirsjáanlegur og umhugsunarvert er að ekki hafði verið brugðist við fjölda vísbendinga um síversnandi stöðu spítalans. Sú eining Landspítalans sem sennilega tók stærsta skellinn var lyflækningasviðið. Ein ástæða þess er að við sameiningu sjúkrahúsanna var undirsérgreinum lyflækninga skipt á milli húsa, þannig að erfitt var að skipuleggja sameiginlega starfsemi sviðsins. Þá kom niðurskurður vegna skorts á fjármagni sér illa þar sem verkefni á sviðinu hafa aukist, enda hefur sjúklingum með fjölþætt langvarandi vandamál fjölgað mikið samfara öldrun þjóðarinnar," segir Davíð.

Friðbjörn bætir við að í rauninni hafi starfsemin verið nálægt því að fara í þrot á þessum tímapunkti. „Læknaráð spítalans lýsti þungum áhyggjum af mönnun lækna og að fjöldi læknanema væri ráðinn til að sinna störfum deildarlækna og læknakandídata. Það sama gerði hjúkrunarráð og formaður Læknafélags Íslands. Landspítali setti í gang neyðaráætlun á sviðinu sem tók gildi þann 1. september en það gekk meðal annars út á að hlífa ákveðnum en þó fáum kennsluteymum, sem verndaði að einhverju leyti þá fáu unglækna sem voru áfram við störf en því miður með þeim afleiðingum að álag á marga sérfræðinga sviðsins jókst stórlega."

Í ljósi stöðunnar sem komin var upp efndi Læknafélag Íslands til fjölmenns fundar lækna þann 5. september og sótti Kristján Þór Júlíusson heilbrigðisráðherra fundinn. Á fundinum bað ráðherra um lausnir og í framhaldinu skrifuðu frummælendur fundarins bréf til ráðherra þar sem margvíslegar tillögur voru reifaðar. Ráðherra og þáverandi forstjóri sjúkrahússins ákváðu, með yfirlýsingu þann 12. september, að farið yrði í aðgerðir til að bæta stöðu lyflækningasviðsins. Í þeirri yfirlýsingu var komið inn á framhaldsmenntun í almennum lyflækningum og nauðsyn þess að efla hana. Þá var kveðið á um að námið myndi hljóta opinbera viðurkenningu heilbrigðis- og menntamálayfirvalda ásamt því að sérstök fjárveiting yrði til verkefnisins næstu 5 árin.

Davíð og Friðbjörn segja að í þessu felist verulegur sigur enda í fyrsta skipti sem framhaldsnám í lyflækningum fær formlega viðurkenningu stjórnvalda. „Viðurkenning sem þessi er læknum í framhaldsnámi mjög mikilvæg þegar þeir sækjast eftir að fá sinn tíma hérlendis metinn til framhaldsnáms við erlendar stofnanir," segir Davíð. Friðbjörn segir að skjót og jákvæð viðbrögð heilbrigðisráðherra hafi komið læknum skemmtilega á óvart þar sem þeir hafi um langa hríð ekki vanist því að á þá væri hlustað. „Vissulega má þó segja að ekki hafi verið annar möguleiki í stöðunni, spítalinn var kominn að bjargbrúninni."

Samkvæmt áðurnefndri yfirlýsingu ráðherra og forstjóra spítalans var sömuleiðis ákveðið að styrkja þátt almennra lyflækninga á sjúkrahúsinu. Í þeim tilgangi var Friðbjörn settur sem yfirlæknir almennra lyflækninga. Þá voru settar á fót þrjár nefndir til að vinna að úrbótum á sviðinu, ein til að fjalla um skipulag lyflækninga og framhaldsnámið. Önnur nefnd skoðar hvernig mætti nýta betur krafta og hæfni annarra fagstétta til stuðnings við störf lækna. Þriðja nefndin á að skila tillögum um hvernig efla skuli háskólahlutverk sviðsins á breiðum grundvelli, hvernig



Davíð Ó. Arnar framkvæmdastjóri lyflækningasviðs og Friðbjörn Sigurðsson kennslustjóri framhaldsnáms.

nýliðun í lyflækningum verði tryggð og möguleikar til starfsþróunar auknir. Ekki var þó unnt að bíða eftir áliti nefndanna því að um bráðavanda var að ræða og því ákvað Davíð, nýskipaður framkvæmdastjóri lyflækninga, að framhaldsmenntun yrði sett í forgang í endurreisninni.

Námslæknar mikilvægir spítalanum

Aðspurðir um mikilvægi námslækna í lyflækningum fyrir Landspítalann eru þeir afdráttarlausir í svörum. „Námslæknar eru gríðarlega mikilvægir Landspítalanum. Þeir hafa góða og jafnvel oft einstaka þekkingu á því hvernig spítalinn virkar í daglegu starfi, hafa breiða grunnþekkingu, skapa eðlilega dreifingu á vinnuálagi, efla akademískt umhverfi og eru lykilaðilar í að kenna kandídötum og læknanemum klínísk vinnubrögð," segir Davíð. „Við getum spurt hvað ungir læknar fái út úr því að stíga fyrstu skref ferilsins á Landspítala. Við teljum svarið vera að sjúkrahúsið býður upp á möguleika til að þeir geti aflað sér traustrar grunnþekkingar í klínískri læknisfræði, byrjað að byggja upp markvissa ferilskrá, þar eru fjölbreytt tækifæri til vísindastarfa og sömuleiðis geta þeir komið sér upp mikilvægu tengslaneti fyrir framtíðina. Þess má geta að á nýlegu málþingi um framhaldsmenntun kom fram í máli ungra lækna sem stunda sérnám sitt beggja vegna Atlantshafsins að aðgengi ungra lækna að rannsóknateymum væri einstaklega gott hér á landi," segir Friðbjörn.

Endurskipulagning framhaldsnámsins kallaði á verulega sjálfsskoðun og greiningu á því hvað hefði farið úrskeiðis og hvers vegna dregið hefði úr eftirspurn eftir námstöðum.

„Það sem kom ítrekað upp í samtölum okkar við unga lækna er að of lítil þróun var á milli ára hjá námslæknum, þeir voru gjarnan einir á teymum og þarfir legudeilda fyrir vinnuframlag höfðu oft forgang fram yfir námsþarfir unglæknanna. Lítill stuðningur var við að sækja skipulagða kennslu, ónógur stuðningur frá sérfræðilæknum á vissum teymum, ekki nægjanlegur stuðningur á vöktum, léleg vinnuaðstaða, bág launakjör og menn töldu jafnvel að kjarasamningar væru ekki ávallt virtir. Þá var oft óvissa um hvar námslæknar væru að vinna á hverjum tíma og þeir jafnvel fluttir til í starfi með engum fyrirvara," segir Friðbjörn.

Davíð tekur undir þetta og bætir við: „Innan lyflækningasviðs hefur nú verið unnið markvisst að því undanfarnar vikur og mánuði að styrkja umgjörðina um framhaldsnámið í lyflækningum á Landspítala. Sú undirbúningsvinna er nú langt komin og við teljum að sviðið sé nú í stakk búið til að fjölga námslæknum í lyflækningum á spítalanum."

Verulegar breytingar á stjórn framhaldsmenntunar

Skrifstofa framhaldsmenntunarstjóra hefur verið efld til muna. Gerður Helgadóttir er þar skrifstofustjóri og til stuðnings framhaldsmenntunarstjóra hafa verið ráðnir 5 kennslustjórar; Anna Björg Jónsdóttir, Inga Sif Ólafsdóttir, Ingibjörg Jóna Guðmundsdóttir, Kjartan Örvar og Tómas Þór Ágústsson. Þá hafa Ingibjörg Kristjánsdóttir og Margrét Jóna Einarsdóttir verið ráðnar umsjónardeildarlæknar.

„Kennslustjórarnir 5 munu sinna námslæknum á fjölbreyttan hátt og hafa auk þess skipt með sér verkum. Má þar nefna sjálfsnám námslækna, úrvinnsla stöðuprófs, umsjón með kerfi leiðbeinenda, langtímagöngudeild námslækna, umsjón fyrirlestra námslækna, innleiðslu á klínískum leiðbeiningum við störf námslækna, þemadaga, endurgerð marklýsingar fyrir námið og svokallaðrar log-bókar," segir Friðbjörn.

Kennslustjórum og framhaldsmenntunarstjóra til fulltingis hefur verið skipuð ný framhaldsmenntunarnefnd. Hana skipa Guðmundur Þorgeirsson, Helga Ágústa Sigurjónsdóttir, Rafn Benediktsson, Runólfur Pálsson, Sigurður Guðmundsson, Steinn Jónsson og Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir.

„Þau hafa öll reynslu af þessum málaflokki en hafa þó mismunandi styrkleika, sem mun nýtast okkur vel. Nefndarmenn hafa einnig tekið að sér ákveðin verkefni, þar á meðal að hafa umsjón með rannsóknarverkefnum og kennslufundum námslækna, vinna að vottun framhaldsnámsins frá erlendum aðilum og fylgja því eftir að viðurkenning heilbrigðis- og menntamálayfirvalda á náminu verði formgerð," segir Davíð.



Námslæknir á vakt fylgist með hjartalínuriti sjúklings á stofu.

Vel skipulagt nám

Hverjar verða svo áherslurnar í náminu?

„Stígandi er í ábyrgð eftir því sem líður á framhaldsnámið. Aukin áhersla verður lögð á nám á dag- og göngudeildum og við ráðgjafaþjónustu. Lögð er áhersla á að þegar námslæknir er á legudeild verði hann þar samfellt í fjórar vikur að lágmarki. Námslæknirinn er þungamiðja læknateymisins, en auk hans eru einnig kandídat, læknanemar og sérfræðilæknir. Það er námslæknirinn sem á að stjórna starfsemi teymisins, en sérfræðingurinn er þar fyrst og fremst til stuðnings og kennslu. Sérfræðilæknir verður að lágmarki tvær vikur samfellt á teymi og unnið er að því að auka samfellu kandídata með því að minnka vaktabyrði þeirra. Námslæknirinn verður ekki færður til milli deilda vegna tímabundinnar manneklu. Vistir námslækna verða ákveðnar að minnsta kosti hálft ár fram í tímann. Auk legudeildarteyma eru vistir á sérhæfðum göngudeildum, við ráðgjöf, bráðamóttöku og vonandi á gjörgæslu þegar fram í sækir. Sérstakur tími verður svo tileinkaður vísindarannsóknum," segir Friðbjörn.

„Reynt verður að tryggja að vaktabyrði verði hófleg, en námslæknar eru nú með um 30-60 vaktatíma á mánuði. Vinnuaðstaðan hefur verið lagfærð verulega með innréttingu á sérstöku herbergi fyrir námslækna. Allir námslæknar fá úthlutað rannsóknarverkefni og þeir eru hvattir til að sækja um að nýta það til meistaranáms við læknadeild Háskóla Íslands. Þá fá allir námslæknar handleiðara sem þeir hitta á mánaðarfresti hið minnsta. Hlutverk hans verður að aðstoða námslækninn á fjölbreyttan hátt, ekki síst við þróun starfsferils og valkosti hvað varðar frekara sérfræðinám," segir Davíð.

„Marklýsing námsins er í endurskoðun. Kennslustjórar hafa verið að skoða marklýsingar frá Bandaríkjunum, Bretlandi, Danmörku og Svíþjóð, en umtalsverð þróun hefur verið í framhaldsnámi á öllum þessum stöðum á undanförnum árum. Í marklýsingu er skilgreint hvaða þekkingu, leikni og hæfni námslæknar eigi að búa yfir við lok framhaldsnámsins og skilgreind þau inngrip og aðgerðir sem ætlast er til að deildarlæknar í sérfræðinámi í lyflæknisfræði við Landspítala öðlist reynslu í. Námslæknar þurfa að geta sýnt fram á færni í framkvæmd þeirra og fá þá færni metna af þar til bærum sérfræðilæknum. Allt þetta þarf að skrá í þar til gerða logbók sem stefnt er að að verði rafræn," segir Friðbjörn.

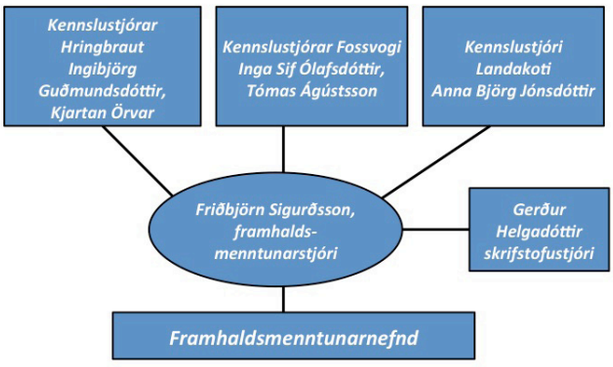
Friðbjörn heldur áfram að lýsa náminu. „Hver námslæknir heldur fyrirlestur um ákveðið efni innan lyflækninga sem ekki er tengt rannsóknaverkefni hans að minnsta kosti tvisvar sinnum á ári. Áfram verða sérstakir eftirmiðdagar tileinkaðir kennslu fyrir námslækna. Vandað hefur verið til þessarar kennslu enda hefur hún notið vinsælda námslækna. Stuttir morgunfundir verða nýttir til kennslu og einu sinni í viku er fundur námslækna með einum af kennslustjórunum. Þar verður meðal annars fylgst með framvindu námsins og erfið tilfelli rædd, allt eftir þörfum á hverjum tíma. Reglulega sjá námslæknar um kennslu kandídata og læknanema þar sem farið er yfir klíníska skoðun og hvernig hana megi túlka. Þó byggir stór hluti af sérnáminu á sjálfsnámi. Námslæknar fá ákveðið námsefni, MKSAP (*Medical knowledge, self-assessment program*) sem þeir eiga að ljúka á námstíma sínum. Allir taka stöðupróf á hverju hausti og hefur verið notast við bandarískt próf til þess. Frammistaða er metin á markvissan hátt og leiðbeiningar gefnar um hvernig bæta megi árangur. Á hverju ári er valinn framúrskarandi námslæknir, svo og besti sérfræðilæknirinn – kennarinn – og fá þeir sérstaka viðurkenningu."

Þeir Davíð og Friðbjörn eru sammála um að óskir um meira jafnvægi starfs og frítíma séu eðlilegar og reynt verði að taka tillit til þess. Þó megi ekki gleyma að væntingar til lækna eru miklar og er því mikilvægt að sérnámslæknar fái sem allra bestan undirbúning fyrir krefjandi framtíðarstarf.

Fyrir hverja er þetta nám og hvað tekur við að því loknu?

„Námið er fyrir þá sem hyggja á feril í lyflækningum eða undirgreinum þeirra. Jafnframt er það fyrir þá sem eru í sérnámi í heimilislækningum eða öðrum sérgreinum þar sem undirstaða í lyflækningum er mikilvæg. Því er boðið upp á fyrrihluta framhaldsnám í lyflækningum til allt að þriggja ára, en í framhaldi af því eru námslæknar hvattir til frekara náms erlendis. Við munum nú reyna ákveðna nýjung sem hefur gefist vel erlendis, en boðið verður upp á tvær stöður þar sem helmingur af námstíma er í klínísku námi en hinn helmingurinn er helgaður

Er ráðstefna framundan?
Alhliða skipulagning ráðstefna og funda
Engjateigur 5 | 105 Reykjavík | 585-3900 | congress@congress.is | www.congress.is
congress REYKJAVÍK



Skipulag framhaldsnámsins.

vísindarannsóknum. Við reiknum með að þær stöður verði sérstaklega eftirsóknarverðar. Læknar í sérnámi í heimilislækningum verja tveimur árum af námi sínu á sjúkrahúsi og lyflækningadeild býður þeim allt að eins árs nám. Enn fremur verður boðið upp á nám fyrir lækna í námi í öðrum sérgreinum í þrjá mánuði eða lengur, svo og símenntun fyrir lækna, svo sem heimilislækna. Stefnt er að því að námslæknar í lyflækningum verði allt að 25 á hverjum tíma," segir Friðbjörn. Davíð segir að flestir sem klára námið eða hluta þess fari utan til frekara náms erlendis, en sú reynsla sem þeir öðlast hér heima sé þeim mjög mikilvæg til að komast áfram í nám á bestu stöðum.

Tekur tíma að leysa vanda sviðsins

Eins og fram hefur komið hér að framan hefur talsverð vinna farið í að breyta um áherslur í framhaldsmenntun. Enn eru þó mörg verkefni sem bíða úrlausnar á lyflækningasviðinu. Flest þeirra eru þó þess eðlis að það mun taka tíma að vinna úr vandanum.

„Það er alvarleg kreppa í þremur af undirsérgreinum lyflækningasviðsins, lyflækningum krabbameina, geislalækningum krabbameina og nýrnalækningum. Við þurfum að styðja við þessar greinar af fremsta megni. Meðal annars þarf að endurskoða þau verkefni sem þær fást við og í vissum tilfellum létta af þeim ákveðinni byrði. Auka þarf stuðning við mikilvægt göngudeildarstarf þessara sérgreina með aðkomu annara fagstétta í ríkari mæli. „Þá þurfum við að efla nýliðun sérfræðilækna, ekki síst í almennum lyflækningum. Það þarf sömuleiðis að styrkja mönnun hjúkrunarfræðinga á lyflækningasviðinu," segir Davíð, „en undirmönnum í þeirri grein hefur valdið miklu álagi á legudeildum sviðsins."

„Hluti af vanda lyflækninga stafar af því að einingar sviðsins eru á fjölmörgum stöðum á Stór-Reykjavíkursvæðinu og þar að auki eru margar hverjar í óhentugu húsnæði. Nýr spítali var ein af lykilforsendum sameiningar Sjúkrahúss Reykjavíkur og Landspítalans, en nú 14 árum síðar bólar ekkert á nýjum spítala. Þar sem ekki einu sinni hillir undir nýja byggingu þarf að hugsa um aðra möguleika til að flytja bráðastarfsemi lyflækningasviðs í eitt hús. Það myndi auðvelda ýmsa þætti í starfsemi okkar og spara verulegar fjárhæðir, meðal annars við að manna vaktþjónustu utan dagvinnutíma," segir Davíð. Hann er sáttur með það viðbótarfjármagn sem Landspítali fékk í fjárlögum 2014. „Þó uppsöfnuð þörf sé talsvert meiri en það fjármagn sem fékkst, gefur þetta okkur klárlega möguleika á að hefja viðspyrnu eftir margra ára sársaukafullan niðurskurð," segir hann. „Eigum við ekki að vona að botninum sé náð og að endurreisn lyflækninga sé hafin. Til þess þurfum við þó áfram markvissan stuðning stjórnvalda á næstu árum. Það er hins vegar engin spurning að tónninn á Landspítala er aðeins betri í upphafi nýs árs en á haustmánuðum og við verðum að reyna að efla þann meðbyr enn frekar," segir Davíð O. Arnar framkvæmdastjóri lyflækningasviðs Landspítalans að lokum.

Öldungadeild
Læknafélags Íslands

Öldungar á nýju ári

Næsti fundur Öldungadeildarinnar verður haldinn **miðvikudaginn 5. febrúar kl. 16.00.** Á undan fundi verða kaffiveitingar frá kl. 15.30. Þá mun dr. Árni Björnsson þjóðháttarfræðingur flytja erindi sem hann nefnir: Saga þorrablótanna.

Miðvikudaginn 5. mars flytur dr. Þorbjörn Broddason fjölmiðlafræðingur erindi sitt: Framtíð dagblaða og annarra þjóðbundinna einstefnufjölmiðla á tímum sjálfhverfra örmiðla og þjóðlausra ofurmiðla.

Á fundinum **2. apríl** fræðir Magnús Jónsson sagnfræðingur okkur um ýmislegt í sambandi við ferðina væntanlegu þar sem hann verður fararstjóri..

Utanlandsferðin

Utanlandsferðinni í ár er heitið til Írlands eins og fram hefur komið í fjölda netpósta til félaga í öldungadeildinni. Flogið verður til Manchester 14. maí og til baka frá London 22. maí. Verðið er kr. 300.000. Allt er innifalið nema hádegisverður. Skráning er á Ferðaskrifstofunni Vita á Suðurlandsbraut 2 í húsi Hótels Nordica. Síminn þar er 570 4444. Veljið 2 þegar lesið er upp á símsvaranum hvaða möguleikar eru í boði.

Ferðalýsingin frá Magnúsi Jónssyni fararstjóra okkar hefur verið send í netpósti til allra öldunga sem hafa gefið upp netfang sitt. Þeir sem hafa ekki séð ferðalýsinguna geta farið á innri vef *www.lis.is* og prentað hana út.

Við höfum fengið nokkra netpósta endursenda, einkum varðandi lækna sem eru nýhættir störfum og hafa ekki tilkynnt um ný netföng. Vinsamlega sendið leiðréttingar á netföngum og ný netföng til mbe@talnet.is. Hið sama gildir um farsímanúmer.



Benedikt Sveinsson fór á kostum á málþingi um líðan og heilsu lækna og bætti svo enn um betur sem veislustjóri á árshátíð LR en þá var hann með hatt.



Geir Gunnlaugsson landlæknir og Þórður Harðarson prófessor og yfirlæknir hlýða á fyrirlestur á málþinginu Góð og örugg heilbrigðisþjónusta.

Læknadagar 2014

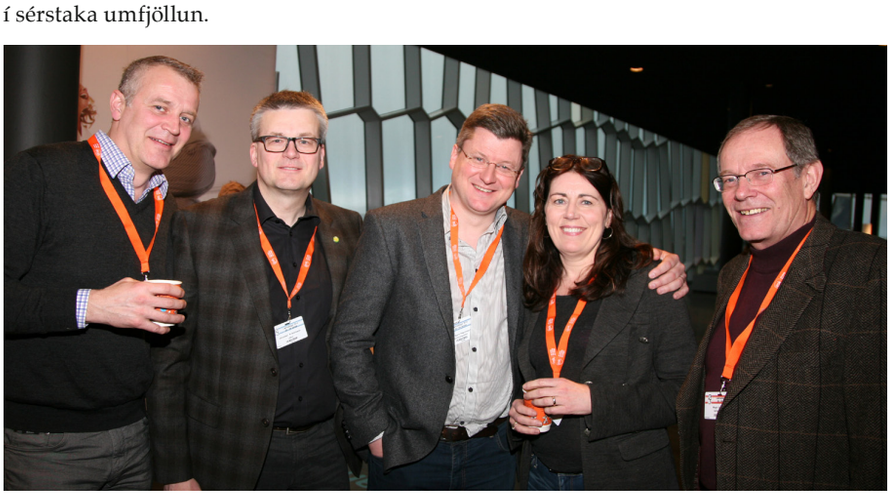
Fræðandi, upplýsandi og skemmtilegir

Hávar Sigurjónsson

Læknadagar hafa skapað sér traustan sess meðal íslenskra lækna og eru vel sóttir af stórum hluta stéttarinnar. Hróður þessa umfangsmikla þings fer æ víðar og sí-menntunarhlutverk þess er viðurkennt af alþjóðlegum stofnunum. Dagskráin var fjölbreytt og vönduð og almenn ánægja með hvernig til tókst í ár sem endranær.

Ekki verður tíundað allt er fjallað var um á þeim mikla fjölda málþinga og vinnubúða er féllu undir dagskrána að þessu sinni, enda hvert og eitt verðugt efni í sérstaka umfjöllun.

Segja má að málefni lækna hafi verið í nokkrum brennidepli frá ýmsum sjónarhornum, en fjallað var um kjaramál lækna, heilsufar, samskipti milli ólíkra greina læknisfræðinnar, skaðsemi lækninga, kulnun í starfi, öryggi heilbrigðisþjónustunnar og fleira mætti nefna af svipuðum toga. Voru viðmælendur *Læknablaðsins* sammála um að þetta sýndi vitund læknastéttarinnar um ábyrgð sína og mikilvægi þess að gæta að eigin heilsu ekki síður en skjólstæðinganna.



Þórarinn Ingólfsson, Jörundur Kristinsson, Gunnar Bjarni Ragnarsson, Arna Guðmundsdóttir og Magni Jónsson voru hæstánægð með Læknadagana.

Kjaramál í brennidepli

Á málþingi er samninganefnd Læknafélags Íslands efndi til, voru kynntar áherslur nefndarinnar í næstu kjaraviðræðum, til hvaða aðgerða læknar geta gripið ef samningaviðræður sigla í strand og launaþróun læknastéttarinnar á Íslandi í samanburði við nágrannalöndin.

„Það var breið samstaða um það á fundinum að kjör lækna væru orðin alltof bág og að það hefði sigið á ógæfuhliðina mörg undanfarin ár," sagði Þorbjörn Jónsson formaður LÍ. „Samanburður við Norðurlöndin er orðinn okkur mjög óhagstæður, bæði varðandi launataxtana sjálfa en líka varðandi vinnutíma og vaktir."

Margir fundarmenn minntust á hversu skammarlega lág laun nýútskrifaðra lækna væru að teknu tilliti til námslengdar og ábyrgðar í starfi. Sérstök áhersla var í máli manna lögð á hækkun grunnlauna.

„Þá er rétt að minnast á launamun kynjanna en hann er ennþá til staðar. Við vitum ekki nákvæmlega af hverju hann stafar en það mál þarf að kanna. Það er auðvitað ekki ásættanlegt að launakjör ákvarðist að einhverju leyti af kynferði," sagði Þorbjörn.



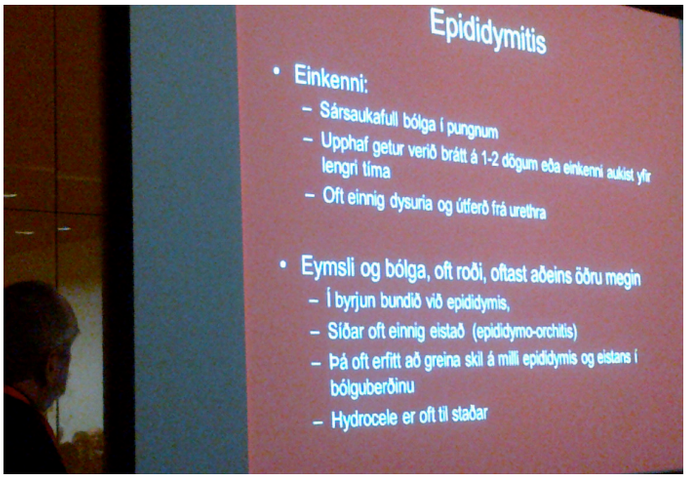
Gunnar Bjarni Ragnarsson þakkar undirbúningsnefnd Læknadaga gott og ánægjulegt samstarf. Frá vinstri; Gunnar Bjarni, Kristján Guðmundsson glímustjóri, Sigurjón Vilbergsson glímudómari. Undirbúningsnefndin: Össur Ingi Emilsson, Gerður Gröndal, Margrét Aðalsteinsdóttir, Ólafur Már Björnsson og Anna Gunnarsdóttir.



Fyrirlesarar á málþingi um nýjungar í greiningu og meðferð ósæðarsjúkdóma. George Tellides, Arnar Geirsson, Timothy Resch, Hjalti Þórisson og Tómas Guðbjartsson.



Geðlæknarnir Ómar Ívarsson og Óttar Guðmundsson léku á als oddi.



Áhugafólk um sögu læknisfræðinnar lét Elías Ólafsson sannfæra sig um að Jón Sigurðsson forseti og frelsishetjan góða hefði aldrei fengið sýfillis.

Sólveig Jóhannsdóttir framkvæmdastjóri LÍ fór yfir hver launaþróun lækna hefur verið undanfarin ár og benti á að þróunin hefur ekki gengið í takt við launaþróun opinberra starfsmanna.

„Frá ársbyrjun 2007 til ársbyrjunar 2013 hækkuðu heildarlaun lækna um að meðaltali 28%, samanborið við um 40% hækkun hjá opinberum starfsmönnum. Laun lækna samanstanda af dagvinnulaunum, yfirvinnulaunum og vaktavinnulaunum. Vaktir og yfirvinna vega töluvert af heildarlaunum lækna. Hjá kandídötum og deildarlæknum vega þau rúmlega 50% og hjá sérfræðingum og yfirlæknum vega þau rúmlega 35%.

Margir læknar hafa flutt til Noregs og Svíþjóðar þar sem launakjör og vinnutími eru betri. Þar eru algeng dagvinnulaun sérfræðinga rúmlega 1100 þúsund krónur. Heildarlaunin í Noregi eru í kringum 50% hærri en hér á landi," sagði Sólveig.

Í umræðum um launakjör lækna kom skýrt fram að læknar vilja umtalsverðar launahækkanir og að áherslan verði að vera á dagvinnulaunin.

Rannsóknir á ósæðarsjúkdómum

Af allt öðrum toga má nefna málþing um nýjungar í greiningu og meðferð ósæðarsjúkdóma, en á þessu sviði hafa orðið mjög miklar framfarir á síðustu árum. Málþingið var mjög vel sótt af sérfræðingum, yngri læknum og læknanemum og var fundarstjóri Tómas Guðbjartsson prófessor. George Tellides prófessor við Yale háskólasjúkrahúsið í New Haven í Bandaríkjunum reið á vaðið og greindi frá helstu nýjungum í meingerð ósæðargúla. Aðspurður um efnið sagði Tómas Guðbjartsson að á undanförnum árum hefði skilningur manna vaxið mjög á því hvernig og af hverju þessi gúlar myndast og hvernig þeir ná að stækka. „Arnar Geirsson hjartaskurðlæknir á Landspítala greindi frá klínískri birtingarmynd ósæðargúla og ósæðarflysjunar og í hverju skurðmeðferð þessara sjúkdóma felst. Hjalti Þórisson, sérfræðingur í myndgreiningu á Landspítala fjallaði um helstu nýjungar í myndgreiningu ósæðarsjúkdóma og hvernig ný tækni hefur gert greiningu nákvæmari og eftirlit öflugra. Síðastur talaði Tim Resch æðaskurðlæknir og dósent við Háskólasjúkrahúsið á Skáni og sýndi á myndrænan hátt hvernig hægt er að meðhöndla flókna ósæðargúla með stoðnetum sem komið er fyrir í æðaþræðingu. Ljóst er að á þessu sviði hafa þegar orðið gríðarlegar framfarir og ekki er séð fyrir endann á þeirri þróun," sagði Tómas Guðbjartsson.

Svigrúm til að stækkunar

Gunnar Bjarni Ragnarsson framkvæmdastjóri Fræðslustofnunar Læknafélags Íslands kvaðst mjög ánægður með



Mikael Clausen naut þess að þenja gítarinn á Rósenberg.



Læknarnir Haukur Hauksson og Helgi Júlíus náðu vel saman á tónlistarkvöldi lækna á Rósenberg á föstudagskvöldinu.



Geðlæknarnir Haraldur Erlendsson og Kristinn Tómasson voru meðal frummælenda á málþingi um líðan og heilsu lækna.



Felix Valsson og Þórarinn Arnórsson voru kátir að loknum Læknadögunum.

Læknadagana í ár. „Þetta er afrakstur vinnu hóps af fólki, stjórnar Fræðslustofnunar ásamt Margréti Aðalsteinsdóttur sem er kletturinn í þessu starfi nú sem áður og tengir saman starf okkar núna og starf fyrirrennaranna. Það er einmitt fyrir þeirra starf sem Læknadagar eru orðnir svo skipulegir og fastir í sessi að það var ánægjulegt að taka við keflinu; Harpan er orðin heimili Læknadaganna, skipulagið er gott, umgjörðin frábær og því hægt að halda áfram að bæta innihaldið."

Gunnar Bjarni segir að almennt virðist sér hafa ríkt ánægja með dagskrána, fjölbreytni var mikil og flestir fundu þar eitthvað við sitt hæfi.

Læknadagar fengu aftur viðurkenningu frá EACCME-stofnuninni í Brussel sem er á vegum Evrópusamtaka sérfræðilækna (UEMS) og geta þátttakendur fengið allt að 30 punkta (ECMEC), sem þykir mjög gott.

„Það hefur mikið gildi fyrir Læknadaga að fá þessa viðurkenningu. Þetta er staðfesting á gæðum Læknadaga og hvatning til að gera enn betur," segir Gunnar.

Traustar upplýsingar til almennings

Hann kveðst ekki vilja gera upp á milli einstakra dagskrárliða en kveðst sérstaklega ánægður með þá nýjung að efnt var til málþings fyrir almenning um mataræði og lífsstílssjúkdóma. „Það var mjög vel sótt og það er greinilegt að þörf er fyrir áreiðanlega fræðslu og traustar upplýsingar í samfélaginu. Þarna sjáum við tækifæri til að stækka hlutverk Fræðslustofnunar og gera samtök lækna um leið



Hápunktur spekingaglímunnar var án efa tunglganga Ásgeirs Péturs Þorvaldssonar í anda Michaels heitins Jackson. Frammistaðan vakti mikla gleði en veitti engin stig.



A-lið Spekingaglímunnar, Ásgeir Pétur Þorvaldsson, Jörundur Kristinsson og Anna Gunnarsdóttir, stingur saman nefjum.



B-lið Spekingaglímunnar, Þorvarður R. Hálfdánarson, Gríma Huld Blængsdóttir og Dagbjört Helgadóttir, skemmti sér konunglega.

sýnilegri í samfélaginu. Fræðslustofnun Læknafélagsins gæti haft forgöngu um að koma áreiðanlegum og traustum upplýsingum til almennings um margt er snýr að heilsu, heilbrigði og sjúkdómum. Einstaka læknar hafa verið mjög duglegir að nýta netið til að koma upplýsingum til almennings. Fræðslustofnun gæti stutt við slíkt framtak og gert það aðgengilegra almenningi, til dæmis með því að nýta sér samfélagsmiðla. Davíð Þórisson læknir, sem er mikill áhugamaður um notkun samfélagsmiðla, bætist nú í hópinn sem leiðir Fræðslustofnun og bind ég miklar vonir við það.“



Ánægð með árangurinn. Gunnar Bjarni Ragnarsson framkvæmdastjóri Fræðslustofnunar LÍ og Margrét Aðalsteinsdóttir skrifstofustjóri LÍ.

Gunnar segir að þetta svigrúm sé nú til staðar þar sem Læknadagarnir sjálfir séu komnir í svo fastar og góðar skorður. „Við stefnum líka að því að gera efni Læknadaga aðgengilegt fyrir þá lækna sem ekki geta sótt málþingin vegna vinnu sinnar eða af öðrum ástæðum. Við viljum færa starf Fræðslustofnunar lækna að endurmenntun lækna meira út fyrir Læknadaga og jafnframt stuðla að meiri almenningsfræðslu um heilbrigðismál.“

Læknadögum lauk síðan á hefðbundinn hátt með Spekingaglímunni undir stjórn Kristjáns Guðmundssonar. Þóttu spurningarnar óvenju svínslegar í ár en langlundargeð tímavarðar bætti það upp svo svörin skiluðu sér flest að lokum.



Forlagið gaf út Heródótos fyrir jólin en hann hefur beðið í 2400 ár eftir að koma út á íslensku. Bókin vegur eitt kíló og er 750 blaðsíður og er engu orði ofaukið.

„Þetta er dund, hobbí“

– Stefán Steinsson sneri Heródótosi á íslensku

Stefán Steinsson hefur í hjáverkum frá læknisstörfum þýtt eitt af stórvirkjum fornbókmennta, *Rannsóknir* Heródótusar, sem gjarnan er sagður faðir sagnfræðinnar. Stefán kveðst ekki hafa fengið áhuga á bókmenntum fyrr en eftir útskrift úr læknadeild Háskóla Íslands en fram að því höfðu raunvísindi átt hug hans allan.

Raunvísindaáhugi Stefáns vekur reyndar spurningar þar sem systkini hans fjögur, Heimir (látinn árið 2000), Iðunn, Kristín og Ingólfur hafa öll vakið athygli fyrir ritstörf og húmanísk viðfangsefni. Foreldrar þeirra voru Steinn Stefánsson skólastjóri á Seyðisfirði og Arnþrúður Ingólfsdóttir húsfreyja.

Spáð fyrir um læknaskort

„Ég lauk stúdentsprófi frá eðlisfræðideild Menntaskólans að Laugarvatni 1978, fór beint í læknadeild og útskrifaðist þaðan 1984. Það er rétt að systkini mín voru máladeildarstúdentar. Á menntaskólaárum var ég nokkuð jafnvígur á raungreinar og tungumál. Hins vegar fékk ég áhuga á bókmenntum 10 árum síðar þegar ég var læknir í Búðardal. Þá hlustaði ég á Íslendingasögur og Þórberg af hljóðbókum á ökuferðum um héraðið. Ég er líklega fæddur með málaáhuga og lagðist til dæmis fyrst yfir finnsku 16 ára,” segir Stefán í upphafi samtals okkar.

Hann rifjar upp að í læknanáminu hafi kennurum orðið tíðrætt um offramleiðslu lækna í landinu. Það hafi verið áhyggjuefni læknanema að fá starf að námi loknu. „„Þið eruð svo mörg,“ var setning sem þeir klifuðu á. Við vorum 45 sem útskrifuðumst saman og öll fengum við vinnu þrátt fyrir hrakspár. Það er fróðlegt að rifja upp að á þessum árum var gerð framtíðarspá sem sagði að með óbreyttum fjölda útskrifaðra lækna yrði læknaskortur á Íslandi árið 2010. Það þótti flestum hljóma sem fjarstæða og ártalið 2010 stappa nærri hugarburði vísindaskáldsagna. Þetta hefur þó ræst þótt helstu ástæður læknaskorts séu aðrar en gert var ráð fyrir í þessum útreikningum.”

Grúskari og gömul sál

Stefán segir að hann hafi reyndar verið farinn að hlakka til þess að loknu læknanámi að geta leyft sér að lesa fagurbókmenntir áhyggjulaus. „Í Búðardal las ég *Dægradvöl* Benedikts Gröndal og þá kviknaði löngun til að læra grísku og latínu. Það varð til þess að ég skráði mig í klassísk fræði við Háskólann árið 1991. Þar naut ég handleiðslu Sigurðar Pétursson og félaga.

Áður en ég réðst læknir í Búðardal hafði ég hugsað mér að verða fæðingalæknir og var deildarlæknir á fæðingardeild Landspítalans á annað ár. Það hét þá súperkandídat. Eftir það fór ég í hérað, lengst af í Búðardal en líka á Þingeyri, samtals 6 ár. Ég skipti um sérgrein, réð mig á Klepp og lauk sérfræðiprófi í geðlækningum frá Royal College of Psychiatrists í London 1998.”

Þar með er ekki öll sagan sögð. Stefán skipti að nýju um vettvang árið 2002 eftir 9 ár í geðlækningum og vann á þriðja ár á slysa- og bráðasviði Landspítalans í Fossvogi. „Þaðan fór ég austur á Hvolsvöll og var heilsugæslulæknir í 6 ár áður en ég færði mig til Akureyrar. Þar hef ég verið síðan á tilskildum deildum til að hljóta sérfræðiviðurkenningu í heimilislækningum sem var stimpluð nú í desemberbyrjun. Frá 1. október 2013 starfa ég við bráðamóttöku og sjúkraflug á FSA. Þetta lýsir kannski leitandi sál og ég þarf alltaf að vera grúska eitthvað,” segir Stefán sposkur og kveðst líka vera flökkudýr. „Ég er og verð Seyðfirðingur en eftir 15 ára aldur hef ég hvergi verið lengur en 6 ár nema í Reykjavík þegar allt er talið saman. Ég kann vel við mig á Akureyri og verð þar í bili.

Ég hef löngum verið sáttur við læknisstörf enda eru þau talsvert fjölbreytt. Það eru sterk tengsl á milli heimilislækninga og geðlækninga og stundum fullyrt að þriðjungur þess sem heimilislæknar fást við sé andlegs eðlis. Ég hef líka kunnað vel við bráðalækningar þar sem takturinn er oft hraðari. Í Englandi kynntist ég mörgum hliðum geðlækninga, allt frá meðhöndlun heróínfíkla til barnageðlækninga. Ég bý að þeirri reynslu í starfi mínu á bráðamóttöku.”

Nóg um læknisferilinn í bili og snúum okkur að þýðingum Stefáns úr grísku. Eflaust þætti mörgum afköstin á því sviði undanfarin ár alveg nægileg til að standa undir fullu starfi. „Einhverjir voru að tala um afreksverk en ég hef ekki tilfinningu fyrir því. Þetta er dund, hobbí.

Þegar ég var á Laugarvatni var Heimir bróðir minn skólastjóri Lýðháskólans í Skálholti. Ég dvaldi þar oft um helgar. Heimir var mikill latínugráni og sá áhugi smitaði út frá sér þótt hann lægi í dvala næstu árin. Námi í latínu og grísku við háskólann lauk samt ekki með formlegu prófi því ég fór til Bretlands en það vantaði ekkert rosalega mikið upp á.

En ég var farinn að leggja drög að þýðingum úr grísku strax 1992 og ég þýddi fyrst *Skaphundinn*, leikrit eftir gríska skáldið Menander (341-290 f.Kr). Þýðingin hefur beðið útgáfu hjá Lærdómsritum Bókmenntafélagsins frá 2007. Ég byrjaði svo að þýða *Rannsóknir* Heródótusar það ár eftir að hafa gengið úr skugga um að enginn annar væri að því. Ég las ekki bókina alla í upphafi heldur byrjaði að þýða beint og skipulega eins og ríbósóm og las hana jafnóðum og ég þýddi. Þýðingin tók



„Þýðingin tók tvö og hálft ár og síðan var ég þrjú og hálft ár að yfirfara hana," segir Stefán Steinsson um þýðingu sína á Rannsóknum Heródótusar. Ljósmynd/Páll A. Pálsson.

tvö og hálft ár og síðan var ég þrjú og hálft ár að yfirfara hana. Það er í samræmi við það sem reyndir rithöfundar og þýðendur hafa sagt: „Fljótur að skrifa, lengi að yfirfara.""

Fornmál eða nútímamál

Ekki er sjálfsagt hvernig þýðandi nálgast svo fornan texta. Stefán segir það grundvallaratriði að ákveða á hvers konar íslensku textinn skuli þýddur. „Ég byrjaði að búa til mál sem stóð miðja vegu milli Sveinbjarnar Egilssonar og fornsagnanna. Sumum fannst það mjög flott en jarðbundnari yfirlesarar, fyrst og fremst Kristín systir mín, ráðlögðu nútímalegri nálgun. Þetta var skynsamleg ákvörðun. Ef ég þýði eitthvað fornt í framtíðinni mun ég miða við nútímaútlagningu því svona tilbúið mál getur orðið dálítið óskilgetið. Það er þó ekki þar með sagt að textinn sé lágkúrulegt hversdagsmál heldur mætti lýsa honum sem íslensku manns sem vandar sig. Sumum þykir hann full hátíðlegur en ég er nokkuð sáttur við útkomuna. Þetta er kryddað alþýðumál en ekki götumál."

Trúmennska við frumtexta er annað viðfangsefni og verður nokkuð snúið þegar svo fornum texta er lyft til nútímans. „Ég er með tryggð við frumtexta á heilanum. Það eru alls kyns atriði sem þarf að huga að í þeim efnum. Heimsmynd Heródótusar er allt önnur en nútímamanna og mér þótti nauðsyn að hin forni sjónarhóll réði í þýðingunni. Hann nefnir aldrei fjórar höfuðáttir heldur miðar hann við sólargang. Hann vísar einnig til stjörnumerkja eins og Stóra-björns. Þessu hélt ég til haga ásamt því að þýða nöfn á náttúrufyrirbærum. Svartahaf nefnist í beinni þýðingu Gestrisnahaf. Þetta er ekki beinlínis togstreita en kallar á vangaveltur. Fæstar setningar úr forngrísku er hægt að þýða beint, sem á reyndar við um ýmis tungumál, svo textann verður útleggja. Maður hefur þá merkingu frumtexta til leiðsagnar."

Vantaði íslenska þýðingu

Stefán segir meginástæðu þess að hann réðst í þýðingu þessa höfuðrits vera að íslenska þýðingu þess hafi hreinlega vantað. „Þetta er eitt af þeim ritum sem eiga að vera til á íslensku. Verkið er mjög skemmtilegt aflestrar, sem eflaust er ein ástæða þess að það hefur lifað í gegnum aldirnar. Ég þýddi alla lesninguna beint á tölvu, sem varla er í frásögur færandi. Með því móti gat ég jafnan haft opna ameríska tölvuútgáfu Tuftsháskóla hvar sem ég var niður kominn, með frumtexta ásamt skýringum og tilvísunum í vafaatriði. Ég hafði mismunandi þýðingar einnig við höndina. Skýringar við þennan texta eru ótalmargar og fylla heilu bækurnar. Ég lagði mig ekki eftir þeim öllum en vísa í upprunann ef fræðimenn hafa áhuga á að leita þær uppi."

Heródótus frá Halíkarnassus í Litlu-Asíu er talinn fæddur árið 484 fyrir Krist. *Rannsóknir* hans skiptast í 9 bækur. Þær rekja sögu og uppgang Persaveldis frá dögum Kýrusar Persakonungs. Þeim lýkur þegar Xerxes konungur Persa tapar endanlega í baráttunni um að innlima Grikkland í veldi sitt í sögufrægum orrustum við Salamis, Plateu og Mýkölu.

Lifandi og skemmtileg frásögn

„Heródótus er að lýsa atburðum sem gerðust ekki löngu fyrir hans dag og lauk ekki fyrr en rétt um það bil sem hann kemur í heiminn. Hann hefur því aðgang að frásögn sjónarvotta. Rannsóknir hans eru endursögn atburða samkvæmt lýsingu viðmælenda. Hann ferðast víða um lönd og aflar upplýsinga hjá fjölmörgum. Frásagnarmáti er lifandi og skemmtilegur, stundum í fyrstu persónu, stundum í annarri eða þriðju persónu. Hann lætur flest flakka og tekur upp ýmsar furðusögur. Það er skemmtilegt að lýsingar hans á íbúum framandi landsvæða verða æ furðulegri eftir því sem löndin eru fjarlægari og óaðgengilegri. Hann slær þó varnagla við því að leggja of mikinn trúnað á allt sem viðmælendur hans segja."

Um stíl Heródótusar segir Stefán að hann eigi mikið að þakka Hómer, bæði í hugsun og málfari. „Í raun var söguefni Heródótusar og Hómers hið sama, stríð og ferðalög. Að sumu leyti minnir Heródótus á Mozart. Tær einfaldleiki virðist augljós á yfirborðinu en dylur djúpa heimshryggð undir niðri. Á sama hátt er stíll Heródótusar einfaldur og hrynfagur, ekkert tafs í frásögninni eða málalengingar. Höfundur er hreinn og beinn í hugsun, dálítið barnalegur og veltir sér upp úr skrítnum hlutum. Fegurð tungutaks og hrynjandi er við brugðið."

Breytt skipulag leghálskrabbameinsleitar



Kristján Sigurðsson
læknir/klínískur prófessor, doktor í illkynja kvensjúkdómum og lýðheilsu, fyrrv. yfirlæknir Leitarsviðs Krabbameinsfélagsins



Reynir Tómas Geirsson
prófessor/yfirlæknir, kvennadeild, kvenna – og barnasviði Landspítala

Í byrjun þessa árs kynntu Krabbameinsfélagið, velferðarráðuneytið og landlæknir (dreifibréf landlæknis 1/2014, *www.krabb.is*) án teljandi fyrirvara eða samráðs við fagaðila, breytingar á boðunaraldri og millibili leghálskrabbameinsleitar. Boðunaraldur var færður úr 20-69 ára aldursbili með tveggja til fjögurra ára breytilegu millibili skoðana eftir aldri, í 23-65 ára aldursbil með þriggja ára millibili. Forsendur þessara breytinga eru sagðar tengjast áhættu á ofgreiningu forstigsbreytinga sem aftur leiði til of margra leghálsspeglana og keiluskurða meðal yngri kvenna, lágri áhættu á leghálskrabbameini meðal eldri kvenna og þörf á að samræma leitina skipulagi í öðrum löndum. Erlendar rannsóknir hafa mikið að segja fyrir skipulag heilbrigðismála á Íslandi, en ekki er alltaf hægt að heimfæra þær upp á íslenskt samfélag. Íslenskar rannsóknir geta þar haft mun meira vægi þótt smærri séu.

Eldra skipulag leitar

Markmið leghálskrabbameinsleitar er aðallega að greina alvarlegar forstigsbreytingar og í minna mæli að greina byrjunarstig (svonefnd „hulinstig“) krabbameinsins. Skipuleg leghálskrabbameinsleit hófst hér á landi í júní 1964 og verður leitin því 50 ára um mitt þetta ár. Leitin hefur frá upphafi haft á sér yfirbragð þjónustu sem varðar „kvennaheilbrigði“ (*women´s health clinic),* þar sem unnt hefur verið að fá ráðleggingar og ábendingar um tilvísunarleiðir til heimilis- og sérfræðilækna samhliða sýnatökunni, ef konan hefur óskað þess eða skoðunarlæknir telur vera tilefni til slíks. Fræðilegar forsendur skipulags leghálskrabbameinsleitar fram til ársloka 2013 hafa verið kynntar í fjölda greina á innlendum og erlendum fræðavettvangi og nú síðast í byrjun þessa árs í nýjasta tölublaði tímaritsins *HPV Today*.[1]

Leitin hefur í heild leitt til 67% lækkunar á nýgengi og 91% lækkunar á dánartíðni af völdum leghálskrabbameins. Ávinningurinn fyrir íslenskt samfélag er því augljós. Þá hefur leitin verið samræmd brjóstakrabbameinsleitinni frá 40 ár aldri, sem er annar kostur.

Unnt er að fjarlægja forstigsbreytingar og byrjunarstig leghálskrabbameins með keiluskurði án teljandi áhrifa á frjósemi yngri kvenna. Af leghálskrabbameinum sem greinst hafa á síðustu 20 árum voru 42% tilfella meðhöndluð með keiluskurði. Í einstaka tilvikum má rekja fyrirburafæðingu til styttingar á leghálsi eftir keiluskurð og því eru réttar ábendingar fyrir slíkri aðgerð mikilvægar. Konur með vægar forstigsbreytingar eru skráðar í eftirlitsferli á vegum Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins með endurteknu frumustroki eftir 6 mánuði. Þetta fyrirkomulag hefur komið í veg fyrir ofnotkun leghálsspeglana og keiluskurða meðal þessara kvenna, en það getur gerst í löndum þar sem eftirlit er ekki eins öflugt og hér á landi. Efla má eftirlit kvenna með vægar forstigsbreytingar með há-áhættu HPV-greiningu eins og gert er víðast erlendis.

Human papilloma veirur (HPV; vörtuveirur) eru orsakavaldar forstigsbreytinga og leghálskrabbameins. Þessar veirur skiptast annars vegar í lág-áhættu veirur sem valda góðkynja kynfæravörtum og vægum forstigsbreytingum og hins vegar há-áhættu veirur sem valda vægum og alvarlegum forstigsbreytingum og krabbameinum. Til eru nokkuð öruggar aðferðir til að greina þessar veirur í stroksýnum frá leghálsi,[2,3] en þær aðferðir eru enn ekki aðgengilegar hér á landi.

Konum með alvarlegar forstigsbreytingar er ætíð vísað í leghálsspeglun og síðan í keiluskurð, ef speglunin staðfestir að um rétta greiningu sé að ræða. Samhliða lækkandi aldri við fyrstu kynmök hefur tíðni alvarlegra forstigsbreytinga og krabbameina farið vaxandi hér á landi meðal yngri kvenna.[4-6] Í byrjun árs 1988 voru neðri aldursmörk leitar því færð niður í tvítugt sem er nærri þeim 21 árs aldursmörkum sem forvarnastofnun Bandaríkjanna (U.S. Preventive Services Task Force, USPSTF) mælir nú með.[7]

Frá 1988 hefur tíðni leghálskrabbameins meðal kvenna 26 ára og yngri ríflega tvöfaldast úr 11 tilfellum á tímabilinu 1964-1988 (konur 23-26 ára) í 24 tilfelli á tímabilinu 1989-2012 (konur 19-26 ára). Á sama tíma fjórfaldaðist hlutfall þeirra sem greindust með sjúkdóminn á hulinstigi úr fjórum tilfellum í 16 tilfelli. Þessar íslensku niðurstöður mæla því gegn hækkun neðri aldursmarka leitar. Bólusetning 12 ára stúlkna gegn HPV há-áhættusmiti hófst á Íslandi árið 2012. Þó erlendar og íslenskar rannsóknir gefi til kynna að vænta megi góðs árangurs af þeirri forvarnaraðgerð er vörnin sem í því felst ekki fullkomin. Tíminn sem þarf til að meta árangur bólusetningar er einn til tveir áratugir. Það hvetur heldur ekki til skyndibreytinga á fyrirkomulagi leitarinnar.[1,6]

Áhættan á alvarlegum forstigsbreytingum og leghálskrabbameini meðal eldri kvenna minnkar með fjölda frumustroka sem hafa reynst vera eðlileg.[1,7] Konur sem greindust með leghálskrabbamein eftir 65 ára aldur voru engu að síður 63 á tímabilinu 1964-1988 og 59 á tímabilinu 1989-2012. Flestar þessara kvenna (89%) höfðu ekki fylgt ráðleggingum Krabbameinsfélagsins og heilbrigðisyfirvalda um að koma í frumustrok á réttum tíma, en 2/3 þeirra höfðu þó mætt til leitar í

einhver skipti. Með HPV-prófi ættu líkur á að greina hverjar hafa orðið fyrir há-áhættusmiti að gera sérhæfðara eftirlit enn betra. Vandinn er að finna leiðir til að ná til þessara kvenna og fá þær til að koma í krabbameinsleit.

Ákvörðun um að hætta skipulagðri leit við 65 ára aldur í stað 69 ára þarf að tengjast öðrum skipulagsbreytingum á framkvæmd leitarinnar. Meginatriðið er að hefja notkun HPV-prófsins hjá öllum konum (að minnsta kosti eftir þrítugt), í samræmi við niðurstöður norrænna og annarra erlendra rannsókna.[8] Konur sem hafa verið jákvæðar fyrir há-áhættu HPV eða haft alvarlegri forstigbreytingar falla ekki úr áhættuhópi, heldur ekki eftir tiltekinn aldur eins og ný sænsk rannsókn staðfestir.[9] Íslenskar konur eru langlífar. Við 65 ára aldur er þriðjungur meðalævinnar framundan. Mögulegt ætti því að vera fyrir eldri konur að koma til leitar vegna einkenna, ef þær kjósa það sjálfar (og greiða eðlilegan kostnað). Þær þekkja leitina og treysta henni.

Skert og dýrari þjónusta?

Krabbameinsfélagið hefur nú hætt ómskoðunum hjá konum með afbrigðilega grindarþreifingu sem hluta af leitarstarfinu og hyggst jafnvel hætta að bjóða þreifingu á líffærum í grindarholi kvenna á þeim grundvelli að ávinningur af því sé ekki sannaður hjá konum án einkenna. Konum með einkenni, svo og konum sem leita eftir skoðun utan boðunaraldurs, verður vísað til heimilislækna og einkum til sérfræðilækna. Ef hætta á með öllu þreifingu í grindarholi hjá einkennalausum konum við leit ætti það að vera almennt atriði sem færi inn í kvenskoðanir hjá öllum læknum. Afleiðingar og kostnaður af þess konar breytingum hefur ekki verið metinn.

Með fyrirhuguðum breytingum í þriggja ára mætingu mun millibil í boðun til legháls- og brjóstakrabbameinsleitar eftir fertugt ekki standast á eins og verið hefur. Aðskilnaður leitar að leghálskrabbameini og brjóstakrabbameini eftir fertugt, með því að hafa millibil þeirra skoðana ekki samhæfð, er líklegur til að leiða til óhagræðis fyrir konurnar og kostnaðarauka fyrir heilsugæslustöðvar utan Reykjavíkur og þar með heilbrigðisyfirvöld. Samhliða skertri þjónustu hefur gjald fyrir krabbameinsleit með frumustroki og brjóstaröntgenmynd samt hækkað á einu ári úr kr. 4000 í kr. 6300 sem telst við sársaukamörk fyrir margar konur og því lítt hvetjandi til þátttöku í leitinni.

Mönnun leitar og minnkandi mæting

Leitarstarfið hefur verið mikilvægt heilsufarsatriði fyrir íslenskar konur, eins og annars staðar þar sem tekist hefur að búa til miðstýrt og vel skipulagt leitarkerfi. Sýnataka á vegum sjálfstætt starfandi sérfræðilækna og heilsugæslunnar er einnig mikilvæg, en gögn Krabbameinsfélagsins sýna að slík óskipuleg leit nær einungis til þriðjungs kvennanna og er að auki dýrari fyrir konurnar og hið opinbera.

Á síðustu árum hefur því miður oft reynst erfitt að manna leitina með læknum, ekki síst með kvensjúkdómalæknum sem báru leitina uppi fyrstu áratugina. Nokkrar ljósmæður hafa í staðinn verið þjálfaðar til leitarstarfsins vegna þess hve vanar þær eru skoðunum í grindarholi kvenna í tengslum við fæðingar. Með viðbótarnámi um líffæra- og sjúkdómafræði kynfæra kvenna hefur grunnmenntun þeirra nýst vel í leitinni. Ekki er ráðlegt að okkar mati að veita afslátt í menntun og getu þeirra sem taka þátt í leitarstarfinu, fremur en þeirra sem skoða frumustrokin eða sjá um að reka tölvuvætt og skipulegt leitarkerfi sameiginlegrar leghálss- og brjóstakrabbameinsleitar. Sérskoðanir, svo sem leghálsspeglanir og ómskoðanir, geta hins vegar vel verið á hendi sérfræðilækna eða kvennadeilda. Það sama á við um sérskoðanir í tengslum við brjóstakrabbameinsleitina.

Minnkandi mæting allra síðustu árin, ekki síst meðal yngri kvenna,[10] er áhyggjuefni. Þó þessi þróun geti tengst núverandi tilhneigingu fólks til að draga við sig að fara til lækna í kjölfar efnahagshrunsins,[11] gefur hún tilefni til endurskoðunar á núverandi fræðslu, einkum til unglingsstúlkna og yngri kvenna. Yfirlýsing um litla áhættu á þróun leghálskrabbameins þrátt fyrir vaxandi tíðni alvarlegra forstigsbreytinga í þessum aldurshópi stuðlar ekki að aukinni þekkingu á tilgangi leitarstarfsins meðal almennings og fagfólks.

Lokaorð

Röksemdir fyrir breytingum á skipulagi leitar frá 1. janúar 2014 standast ekki. Rannsóknir sem gerðar hafa verið á leitinni á Íslandi benda til þess að leitin ætti að byrja fljótlega eftir tvítugt. Ákvörðun um hvenær eigi að hætta leitinni þarf að tengja skipulegri notkun há-áhættu HPV-greininga til að finna þær konur sem eru í raunverulegri hættu á að þróa krabbamein. Bæta þarf almenna fræðslu um markmið leitarstarfsins og menntun þeirra sem starfa við leitina. Nauðsynlegt er að viðhalda samhæfðu millibili boðana í leghálss- og brjóstakrabbameinsleit til hagræðis fyrir konur eftir fertugt. Breytingar á krabbameinsleit sem skilað hefur miklum árangri fyrir íslenskt samfélag þarf að gera á grunni íslenskra gagna með hliðsjón af erlendri þekkingu, eins og við á og að vel athuguðu máli, til að tryggja að góður árangur haldist.

Heimildir

1. Sigurdsson K. The Icelandic screening experience. HPV Today 2013; 30-31: 28-30. www.hpvtoday.com - janúar 2014.
2. Arbyn M, Roelens J, Simoens C, Buntinx F, Paraskevaidis E, Martin-Hirsch PP, et al. Human papillomavirus testing versus repeat cytology for triage of minor cytological cervical lesions. Cochrane Database Syst Rev 2013; 3:CD008054. Review.
3. Cuzick J, Arbyn M, Sankaranarayanan R, Tsu V, Ronco G, Mayrand MH, et al. Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. Vaccine 2008; 26 Suppl 10: K29-41.
4. Sigurdsson K, Sigvaldason H. Is it rational to start population-based cervical cancer screening at age 20? Analysis of time trends in preinvasive and invasive disease. Eur J Cancer 2007; 43: 769-74.
5. Sigurdsson K, Sigvaldason H. Effectiveness of cervical cancer screening in Iceland, 1964-2002: a study on trends in incidence and mortality and the effect of risk factors. Acta Obstet Gynecol Scand 2006; 85: 343-9.
6. Sigurdsson K. Cervical cancer: Cytological screening in Iceland and implications of HPV vaccines. A review paper. Cytopathology 2010; 21: 213-22.
7. New cervical cancer screening recommendations from U.S. Preventive Service Task Force uspreventiveservicestaskforce.org/uspstf/uspscerv.htm - janúar 2014.
8. Sigurjónsson H. HPV-greining veitir nær fullkomna vernd gegn leghálskrabbameini, segir Joakim Dillner, prófessor í smitsjúkdómum og faraldsfræði við Karólínsku stofnunina í Stokkhólmi. Læknablaðið 2012; 12: 662-3.
9. Strander B, Hällgren J, Sparén P. Effect of ageing on cervical or vaginal cancer in Swedish women previously treated for cervical intraepithelial neoplasia grade 3: population based cohort study of long term incidence and mortality. BMJ 2014; 348: f7361.
10. Sigurðsson K, Oddson K. Skýrsla Leitarstöðvar Krabbameinsfélagsins fyrir starfsárið 2012. Krabbameinsfélagið nóvember 2013 (krabb.is/assets/leitarstod/2013-SkyrslaLeitarstodvar2012_7349771.pdf) - janúar 2014.
11. Vilhjálmsson R. Þurfum skjaldborg um sjúklingana. Sjúkraliðinn 2013; 27: 20-6.

Þessi pistill er framhald af pistli sem birtist í Læknablaðinu í nóvember 2013.

Misnotkun og ofnotkun metýlfenídats II

Magnús Jóhannsson
læknir
magnus@landlaeknir.is

Ólafur B. Einarsson
sérfræðingur

Lárus S. Guðmundsson
lyfjafræðingur

Leifur Bárðarson
læknir

Greining ADHD hjá börnum og fullorðnum

Greining ADHD er flókin og byggist á klínísku mati. Slíkt mat er byggt á samtölum við sjúklinginn, nánustu aðstandendur og aðra í nærumhverfi hans. ADHD-greining útheimtir þess vegna talsverðan tíma. Ýmsir, bæði hérlendis og erlendis, hafa lýst áhyggjum sínum af því að greiningar sjúkdómsins (sumir vilja frekar kalla ADHD taugaþroskaröskun) séu ekki alltaf nógu vandaðar.[1-4] Sýnt hefur verið fram á að börn sem eru fædd seint á árinu séu líklegri til að fá ADHD-greiningu en börn sem eru fædd snemma árs.[5] Þarna er væntanlega um að kenna mismun á þroska þessara barna og fólk spyr sig hvort þetta gerist vegna þrýstings frá foreldrum og skóla. Landlæknir hefur áður hvatt til aukinnar samvinnu heilbrigðisstarfsfólks, skóla og foreldra um þessi mál og það er hér með ítrekað. Hvernig sem þetta snýr, vekur það spurningar um gæði sjúkdómsgreininganna í umræddum tilvikum. Ekki hafa síður vaknað spurningar um gæði þessara greininga hjá fullorðnum. Hjá ADHD-teymi Landspítala reyndist þriðjungur þeirra fullorðnu sjúklinga sem vísað var til teymisins fyrsta hálfa árið ekki vera með ADHD og erlendis hafa sést svipaðar niðurstöður.[4,6] Sjúkdómurinn getur vissulega tekið á sig ýmsar myndir en þeim mun meiri ástæða er til að vanda greiningarnar.[7] Á Íslandi er notkun metýlfenídats með því mesta sem þekkist, sem byggist aðallega á miklum fjölda sjúklinga sem fá lyfið.[1,8]

Falskt jákvæðar greiningar

Útvíkkun greiningarskilmerkja í DSM-5 kann að leiða til aukins vanda með ofgreiningar. Sem dæmi um falskt jákvæðar greiningar má nefna nýlegar niðurstöður frá greiningarteymi í Bretlandi þar sem ADHD-greiningar hjá 45 börnum voru teknar til endurskoðunar. ADHD-greining var staðfest hjá 19 börnum (42%) en hafnað hjá hinum; stundum fundust aðrar skýringar á vandamáli barnsins sem voru flogaveiki (hjá 3), námsörðugleikar (3), verkstol (1), heyrnræn vinnsla og verkstol (1) og hægðatregða (1).[3,6] Greiningar fullorðinna eru ekki síður áhyggjuefni.

Þurfa allir ADHD-sjúklingar lyf?

Þessi sjúkdómur getur verið miserfiður og margir eru þeirrar skoðunar að einungis í erfiðari tilfellum eigi að reyna lyfjameðferð í fyrsta umgangi.[2,9] Ekki er auðvelt að flokka ADHD á þennan hátt en því hefur verið haldið fram að um 1% allra barna séu með ADHD á þessu erfiða stigi.[10] Skilgreining á erfiðu ADHD (*severe ADHD*) er í leiðbeiningum NICE.[10] Á Íslandi fengu rúmlega 3000 börn lyfjameðferð við ADHD á árinu 2012; um 2600 fengu metýlfenídat og 460 fengu atomoxetín (Strattera) en þar af fengu um 90 börn bæði lyfin. Á sama tímabili fengu um 3000 fullorðnir einstaklingar lyfjameðferð við ADHD, rúmlega 2700 fengu metýlfenídat og um 370 fengu atomoxetín; á þetta er bent til umhugsunar.[8]

Önnur hlið á þessu máli er að lyfin hjálpa ekki öllum, þó þeir séu með rétta greiningu, og ýmsir hætta meðferð af þeim sökum eða vegna aukaverkana.[11]

Hverjir misnota metýlfenídat?

Þeir sem misnota metýlfenídat eru einkum annars vegar fíklar og hins vegar framhaldsskólanemar eða aðrir sem vilja tímabundið auka náms- eða starfsgetu.[12,13] Talið er að 3-500 sprautufíklar hér á landi noti metýlfenídat (skv. SÁÁ) en fjöldi annarra fíkla og nemenda sem misnota lyfið eru óþekktar stærðir. Ástæða er til að hafa verulegar áhyggjur af þessari þróun.[14,15]

Metýlfenídat er öflugt fíknilyf þegar það er gefið í æð eða tekið í nefið.[16,17] Flestir fíklar nota ýmis efni, bæði ólögleg fíkniefni og lyfjadóp, en sprautufíklar sækjast sérstaklega eftir metýlfenídati.[17] Einungis sumir fíklar fá sjálfir ávísað lyfjunum sem þeir misnota en margir þeirra fá lyfin eftir öðrum leiðum. Þetta gerir allt eftirlit miklu erfiðara. Þarna þurfa læknar og annað heilbrigðisstarfsfólk að vera sérstaklega á varðbergi.

Metýlfenídat og svefnlyf

Metýlfenídat er örvandi og ef það er tekið á röngum tíma dags eða í of stórum skömmtum getur það valdið svefnörðugleikum.[10,18] Á árunum 2004 til 2006 voru örfá börn á bæði metýlfenídati og svefnlyfjum en fjöldi þeirra hefur vaxið hratt síðan og á árinu 2013 voru þau vel á fjórða hundrað. Ef líkindahlutfall fyrir svefnlyfjanotkun barna var reiknað með tilliti til metýlfenídatnotkunar, var það 2,5-3,0 á árunum 2004 til 2006, það er þau börn sem tóku metýlfenídat á þessu árabili voru 2,5-3 falt líklegri til þess að taka svefnlyf samanborið við önnur börn. Þetta sama líkindahlutfall var um 20 fyrir árin 2010 til 2013, það þýðir að börnin sem tóku metýlfenídat voru um 20-falt líklegri til þess að taka svefnlyf.[8] Þessi þróun er einnig áhyggjuefni.

ADHD-teymi Landspítala

Teymið tók til starfa vorið 2013 og er ætlað að stuðla að því að greiningar á ADHD séu gerðar með áreiðanlegum og réttmætum hætti. Einnig er teyminu ætlað að vera faglegur bakhjarl fyrir Embætti landlæknis og aðrar stofnanir sem þurfa að fást við erfið tilvik á þessu sviði. Teymið sinnir eingöngu fullorðnum sjúklingum og bundnar eru miklar vonir við að þetta starf geti aukið gæði ADHD-greininga.

Heimildaskrá er að finna á vefútgáfu blaðsins.

50 ára útskriftarafmæli

Mynd þessi er af nýútskrifuðum læknakandídötum í febrúar 1964. Hún var tekin í Ingólfsapóteki í Aðalstræti, en Guðni Ólafsson lyfsali hafði þá fyrir fáeinum árum farið að bjóða nýjum kandídötum til teitis sem haldið var í apótekinu sjálfu eins og myndin ber með sér. Var þar ávallt góður gleðskapur og rausnarlegar veitingar í mat og drykk. Ekki vitum við með vissu hvenær þetta hófst eða lagðist af. Tvö úr hópnum eru látin, þau Bergljót Eiríksson og Ernst Daníelsson.

Sigurður E. Þorvaldsson, Tryggvi Ásmundsson



Opið aðgengi er framtíðin

Hávar Sigurjónsson

Skráning fræðigreina *Læknablaðsins* á sér langa sögu á Heilbrigðisvísindabókasafni Landspítala og Háskóla Íslands, að sögn Sólveigar Þorsteinsdóttur verkefnastjóra, en hún og samstarfskonur hennar, Anna Sigríður Guðnadóttir og Fanney Kristbjarnardóttir, settust á dögunum niður með blaðamanni, til að segja frá starfsemi safnsins og möguleikum sem bjóðast í tölvuvæddri veröld fræðimennskunnar.

„Í fyrstu var skráningin í formi spjaldskrár sem árlega var bundin inn í bók sem fletta þurfti upp í til að finna hvar viðkomandi fræðigrein væri niðurkomin í árgangi og tölublaði. Þetta er löngu liðin tíð og nú eru allar fræðigreinar *Læknablaðsins* frá 1988 tölvutækar og við vildum gjarnan geta tekið eldri árganga inn í rafræna safnið líka," segir Sólveig.

Varanleg skráning fræðigreina

„Þegar bókasöfn landsins tóku upp sameiginlega rafræna skráningu með kerfum eins og Feng og síðar Gegni, þótti eðlilegt að bókasafn Landspítala tæki að sér að sjá um skráningu fræðigreina *Læknablaðsins*. Framan af var einungis um að ræða skráningu titils og höfunda, auk efnisorða, en árið 2005 var byrjað að efnistaka allar greinar inn í nýtt varðveislusafn Landspítalans og það safn var formlega opnað ári síðar og heitir Hirslan," segir Sólveig og Anna Sigríður bætir við að Hirslan sé svokallað varðveislusafn (*open repository*) og þar eru skráðar allar fræðigreinar eftir vísindamenn Landspítalans, hvar sem þær hafa birst. „Greinarnar eru vistaðar þar svo framarlega sem útgefandi gefur leyfi til þess."

Kerfið sem Hirslan notar til að útbúa varanlega vefslóð nefnist Handle (*handle.net*) og tryggir að alltaf verði hægt að nálgast greinar, hvar sem þær eru vistaðar og hver svo sem vistar þær, jafnvel þó vefskráningin (URL) breytist. Séu greinarnar með DOI-einkenni (Digital Object Identifier) vistast DOI-slóðin inn í Hirsluna en DOI er alþjóðlegt varanlegt skráningareinkenni sem greinarnar fá þannig að alltaf sé hægt að finna þær.

Ef tekið er dæmi af *Læknablaðinu* þá virkar leit að grein sem þar hefur birst þannig að með því að slá inn leitarorð opnast greinin strax ef leitað er í gegnum leitarvél Hirslunnar en netútgáfa *Læknablaðsins* birtist ekki, þar sem *Læknablaðið* sjálft skráir ekki greinarnar í DOI.

Til nánari skýringar má lýsa þessu þannig að þar til *Læknablaðið* sjálft hefur fengið hina varanlega DOI-skráningu greina er ekki hægt að fara beint inn í greinar þess í gegnum Pubmed leitarvélina, sem skráir allar fræðigreinar blaðsins undir ensku heiti og með enskum efnisútdrætti.

Tengingar við alþjóðlegar leitarvélar

„Hirslan veitir því enn sem komið er beinni og ítarlegri aðgang að greinum *Læknablaðsins* þegar leitað er utanfrá og auðvitað fjölmörgum öðrum greinum annarra tímarita þegar leitað er í gegnum Hirsluna," segir Anna Sigríður.

Fanney sýnir blaðamanni hversu einfalt og fljótlegt er að leita að efni í gegnum Hirsluna. „Allir hafa aðgang að Hirslunni, hvar í heiminum sem þeir eru staddir, og þar með fjölda greina í ýmsum alþjóðlegum tímaritum þar sem aðgangur er opinn," segir Fanney.

Það má taka dæmi af greinum sem birtar eru í vísindatímaritinu *Nature*. „Landspítalinn er áskrifandi að tímaritinu og því hafa þeir sem tengdir eru neti Landspítalans óheftan aðgang að rafrænu útgáfunni en enginn utan Landspítalans hefur aðgang að greinum þar fyrr en liðnir eru 6 mánuðir frá birtingu," segir Sólveig.

Til frekari hægðarauka hefur Hirslan tengingu við leitarvélina Google Scholar sem margir nota við leit að efni. „Það er vegna DOI-skráningarinnar sem við getum tengt Hirsluna við Google Scholar og reyndar fleiri stórar leitarvélar, en annars myndu þær einfaldlega ekki finna efnið sem við höfum lagt út á vefinn," segir Anna Sigríður.

„Við fylgjum ströngum alþjóðlegum stöðlum við skráningu allra okkar gagna og það gerir efnið leitarhæft hjá svona mörgum erlendum gagnasöfnum. En við skráum að sjálfsögðu líka eftir íslenskum leitarorðum svo efnið sé einnig leitarhæft í íslensku gagnasöfnunum. Við tengjum Hirsluna einnig við Leitir.is sem er eins konar regnhlíf fyrir íslensku gagnasöfnin til að einfalda enn frekar leit að greinum í okkar kerfi," segir Sólveig.

Opinn aðgangur

„Grunnhugsunin með rafrænni skráningu gagna á vegum Landspítala er varðveisla og óheftur aðgangur," segir Anna Sigríður. „Tilgangurinn er að varðveita allt efni sem starfsfólkið hefur birt og gefið út, hvar sem er í heiminum, og að starfsfólkið hafi aðgang að því frá útgáfudegi."

Sólveig bætir við til nánari skýringar að áskriftin að stórum alþjóðlegum vísindatímaritum veiti tafarlausan aðgang að greinum þeirra en án áskriftar er aðgangur oft lokaður þar til 6 mánuðir eða meira er liðið frá birtingu. „Reyndar færist í vöxt að tímarit veiti opinn aðgang að greinum og til er alþjóðleg skrá yfir þau tímarit en aftur komum við að því að til þess að tímarit fái þar skráningu þarf það að vera með DOI-númer. Það má benda á að ef farið er í leitarvél Web of Science þá er hægt að takmarka leit að greinum við þau tímarit sem eru í opnum aðgangi (*Open Access*) til að ekki sé verið að tefja sig á því að finna greinar sem ekki er aðgangur að án þess að borga sérstaklega fyrir hann."

Um helmingur alþjóðlegra tímarita veitir í dag opinn og óheftan aðgang að



Krafa alþjóðlega vísindasamfélagsins um opinn aðgang að vísindagreinum verður æ sterkari, segja þær Fanney Kristbjarnardóttir, Anna Sigríður Guðnadóttir og Sólveig Þorsteinsdóttir hjá Heilbrigðisvísindabókasafni Landspítala og Háskóla Íslands.

greinum sínum strax frá birtingu. „Þetta er að þróast enn frekar í þessa átt enda er krafa vísindasamfélagsins mjög eindregin hvað þetta varðar," bætir Sólveig við.

„Það færist sífellt í vöxt að vísindasjóðir sem styrkja rannsóknarverkefni setji sem skilyrði fyrir styrkveitingu að niðurstöður séu birtar í opnum aðgangi. Með öllum styrkjum Evrópusambandsins er sett sú krafa að greinar séu birtar í opnum aðgangi. Stefnan er að árið 2020 verði allt vísindaefni aðgengilegt í opnum aðgangi og ástæðan er einföld. Það er gífurlega dýrt að kaupa áskrift að mörgum tímaritum og margar stofnanir hafa hreinlega ekki lengur efni á því, hvað þá einstaklingar. Ef þetta héldi áfram yrði á endanum aðeins mjög þröngur hópur sem hefði aðgang að slíku efni," segir Anna Sigríður.

Kostnaður við vinnslu og birtingu vísindagreina fellur ekki niður þó aðgangur sé opinn og ef ekki er greitt fyrir með áskrift þarf einhvern veginn að mæta þeim kostnaði.

„Það færist í vöxt að höfundar greiði sjálfir fyrir birtingu greina og í styrkveitingum til rannsóknarverkefna er oft gert ráð fyrir þeim kostnaði. Þróunin hefur verið sú að eignarhald stærstu tímaritanna er að færast á færri hendur, stórra útgáfusamsteypa, sem taka mjög háar fjárhæðir fyrir að birta greinar. Auk þess sem áskrift að tímaritunum er líka mjög dýr. Ef þessir aðilar opna fyrir aðgang má jafnvel gera ráð fyrir að enn dýrara verði að fá greinar birtar. Þetta hefur verið gagnrýnt og sagt að með þessu geti dregið úr trúverðugleika vísindagreina; frumskilyrði fyrir birtingu eigi að vera gæði greinarinnar en ekki greiðslugeta höfundar," segir Sólveig.

„Mörg tímarit taka ekkert fyrir birtingu greina og eru jafnframt með opinn aðgang. *Læknablaðið* er eitt þeirra," bætir Anna Sigríður við.

Vilja ekki pappír

Talið berst í lokin að því hvort pappírsútgáfur tímarita séu að verða liðin tíð. Þær segja áskriftir bókasafns Landspítala að tímaritum og innkaup á bókum í dag nánast eingöngu vera á rafrænu formi. „Við höfum einfaldlega ekki pláss eða getu til að varðveita pappírsútgáfur. Núna kaupum við allt rafrænt og við gerum árlega samninga um áskriftir við útgefendur vísindatímarita og greiðum að auki fyrir aðgang að alþjóðlegu gagnagrunnunum. Á undanförnum árum hefur þróunin verið sú að áskrift að alþjóðlegum tímaritum verður sífellt dýrari og þetta kemur niður á öðrum innkaupum safnsins. Við kaupum mun minna af bókum en áður var og höfum reyndar líka orðið að segja upp áskriftum að nokkrum tímaritum. Bókasafnið hefur gengið í gegnum 40% niðurskurð á fjármagni og starfsfólki frá haustinu 2008 og það kemur að sjálfsögðu niður á starfseminni og þeirri þjónustu sem hér er veitt," segir Sólveig.

„Við leggjum í dag mesta áherslu á aðgang að tímaritum enda eru þar birtar nýjustu niðurstöður rannsókna í heilbrigðisvísindum sem skipta okkar fólk mestu máli. Með þátttöku í Landsaðgangi bókasafna höfum við náð nokkurri hagræðingu í aðgangi að tilteknu efni en við erum einnig með efni á okkar vegum sem hvergi annars staðar er aðgangur að. Fræðsluhlutverk safnsins er einnig umtalsvert og flestir nemendur Heilbrigðisvísindasviðs Háskóla Íslands fá fræðslu í því hvernig best sé að nýta sér möguleika safnsins og leitarvélanna í námi og vísindastarfi," segja þær að lokum.

Guðmundur Jónsson (1891-1976), höfundur frásagnar þessarar sem birtist í *Eimreiðinni* 1963; 96: 70-4, var sonur þess er Guðmundur Hannesson gerði á aðgerðina sem lýst er. Aðdáun hans á nafna sínum er auðsæ. Auk þeirrar lækningar sem hér er lýst annaðist Guðmundur Hannesson greinarhöfund sjálfan sem ungan dreng í 11 ár meðan hann var læknir í Skagafirði og á Akureyri. Guðmundur Jónsson var með útvortis berkla, hlaðinn kaunum um allan kroppinn, en varð loks albata fyrir tilstilli læknisins.

Guðmundur Jónsson var lærður garðyrkjumaður en stundaði einnig skriftir. Hann stóð fyrir því að Guðmundi Hannessyni var reistur minnisvarði á Guðlaugsstöðum í Blöndudal 1966 í trjálundi sem garðyrkjumaðurinn hafði útbúið fyrir minnisvarðann. Á hliðstólpa við reitinn eru letraðar hendingar Páls Kolka um Guðmund Hannesson: *Leitaði hugur, læknaði mund. Athöfn var helguð, hver ævinnar stund.*

Páll Ásmundsson

Fyrsta skurðaðgerð Guðmundar Hannessonar prófessors

Eftir Guðmund Jónsson, Blönduósi





Myndir með greininni eru frá Héraðsskjalasafninu á Blönduósi. Guðmundur Hannesson 17 vetra og fullorðinn maður.

Af öllum þeim mönnum sem ég hef kynnzt um ævina, bæði heima og erlendis, er varla nokkur þeirra sem hefur orðið mér eins minnisstæður og Guðmundur Hannesson prófessor og svo hefur sennilega fleirum farið og það þó þeir hafi komizt í kynni við fleiri og meiri menn en ég.

Guðmundur Hannesson var fæddur 9. september 1866 á Guðlaugsstöðum í Blöndudal í Austur-Húnavatnssýslu. Foreldrar hans voru Hannes bóndi þar og kona hans Halldóra Pálsdóttir bónda á Hvassahrauni á Vatnsleysuströnd. Hannes var sonur Guðmundar Arnljótssonar bónda og alþingismanns á Guðlaugsstöðum sem var einn af ágætismönnum húnvetnskrar bændastéttar á síðustu öld og forustumaður um ýmis búnaðar- og menningarmál. T. d. átti hann fyrstur manna hugmyndina að stofnuð yrðu búnaðarfélög og var einn af stofnendum fyrsta búnaðarfélags landsins.

Nokkrum árum eftir að Guðmundur Hannesson fæddist, fluttu foreldrar hans að Eiðsstöðum í sömu sveit og þar ólst Guðmundur upp. Á þessum árum voru þrír litlir Guðmundar, sem allir voru bændasynir, að alast upp í Austur-Húnavatnssýslu. Guðmundur Magnússon að Holti á Ásum, Guðmundur Björnsson að Marðarnúpi í Vatnsdal og Guðmundur Hannesson að Eiðsstöðum í Blöndudal. Allir voru þeir svo að segja jafngamlir, fæddir 1863, 1864 og 1866. Allir urðu þeir læknar og allir forustumenn í heilbrigðismálum þjóðar sinnar hver á sínu sviði. Allir voru þeir afreksmenn sem mörkuðu stærri spor í heilbrigðismálum þjóðarinnar en flestir aðrir hafa gert fyrr eða síðar. Það er mjög merkilegt, að þessir þrír jafnaldrar á þeim miklu harðindatímum, sem þá voru hér á landi og næstum því engir peningar í umferð, skyldu geta lokið námi í læknisfræði við háskólann í Kaupmannahöfn. Vitað er, að Guðmundur Hannesson átti að verða bóndi. Faðir hans var mikill bóndi og vildi að elzti sonur hans yrði bóndi og tæki við jörðinni.

En það kom fljótt í ljós, að Guðmundur hafði mikla löngun til að komast í skóla og læra meira en hann gat lært heima í sveitinni sinni. Bóndinn á Eiðsstöðum anzaði ekki slíkum órum sonar síns. Halldóra húsfreyjan á Eiðsstöðum mun hafa séð betur, hvað í syni hennar bjó, og studdi af alefli ósk hans um að komast í menntaskólann. Fyrir atbeina móður sinnar komst Guðmundur í skóla og taldi sig eiga henni allt sitt gengi að þakka. Það varð kunnugt, að Guðmundi Hannessyni hafði þótt svo vænt um móður sína, að hann bar alla ævi mikla virðingu fyrir kvenþjóðinni og kunni manna bezt að meta hvers virði góð kona er. Oft varð honum tíðrætt um góðar konur, sem hann hefði kynnzt og enginn vafi er á því, að augu hans fyrir gildi góðrar konu hafa opnast við umhugsunina um hverju ástríki móður hans fékk til leiðar komið.

Alkunnugt er, að Guðmund Hannesson langaði mest til að læra verkfræði. En hvort tveggja var, að óvíst var um atvinnumöguleika í þeirri grein hér á landi á þeim tíma og svo hitt, að námið var mjög dýrt, – ennþá dýrara en læknisfræðin. Enginn vafi er á því, að Guðmundur Hannesson hefði getið

Öldungadeild Læknafélags Íslands

Stjórn Öldungadeildar
Magnús B. Einarson formaður, Þórarinn Sveinsson ritari, Hörður Alfreðsson gjaldkeri, Guðmundur Oddsson, Guðrún Agnarsdóttir.

Öldungaráð
Jóhann Gunnar Þorbergsson, Jón Hilmar Alfreðsson, Kristín Guttormsson, Sigurður E. Þorvaldsson, Tryggvi Ásmundsson, Valgarður Egilsson.

Umsjón síðu
Páll Ásmundsson
Vefsíða: http://innri.lis.is/oldungadeild-li



Guðlaugsstaðir í Blöndudal í Austur-Húnavatnssýslu. Hér fæddist Guðmundur Hannesson en hann ólst upp á Eiðsstöðum sem er næsti bær fyrir innan, þar sem nú stendur Blönduvirkjun. Myndin er tekin 1928 af Guðmundi Ingimarssyni frá Mjóadal á Laxárdal fremri í Bólstaðarhlíðarhreppi. Torfbærinn stóð allt til ársins 1980 þegar hann var tekinn niður og er nú varðveittur á Árbæjarsafni fjöl fyrir fjöl.

sér góðan orðstír sem verkfræðingur, því að hann var fæddur smiður og hafði alla ævi mikinn áhuga fyrir húsasmíði, mannvirkjum og hvers kyns framkvæmdum. Hann kynnti sér húsagerð og margt um verkfræði svo sem steinsteypu. Kom þetta þjóð hans að góðu gagni síðar meir, þegar hann fór að beita sér fyrir bættum híbýlaháttum í landinu og skipulagningu kaupstaða.

Guðmundur Hannesson var fátækur á námsárum sínum í Kaupmannahöfn. Þó tókst honum að skreppa heim, þegar hann hafði lokið fyrri hluta embættisprófs í læknisfræði. Kom hann heim til foreldra sinna í júnímánuði og dvaldi hjá þeim þangað til um haustið. En ekki var hann búinn að vera lengi heima í föðurhúsum, þegar virðulegan gest bar að garði, séra Jón Magnússon á Mælifelli í Skagafirði, einn af gáfu- og ágætismönnum prestastéttarinnar. Erindi hans var að leita til Guðmundar sem læknis, þó fjarri væri því að hann hefði lokið námi í læknisfræði. Kom þetta bæði Guðmundi og foreldrum hans á óvart, en hvort um það hefur verið rætt mikið eða lítið, fór Guðmundur með séra Jóni norður í Skagafjörð og bjargaði þar mannslífi með verkfærum, sem ég með allri virðingu fyrir hinum ágætu og vel menntuðu íslenzku læknum nútímans, efast um, að margir þeirra treystu sér til að nota til að gera með þeim samskonar skurðaðgerð, sem Guðmundur Hannesson gerði til þess að bjarga mannslífi, þegar hann var heima á Eiðsstöðum í sumarfríi á námsárum sínum.

Þegar séra Jón Magnússon var prestur á Mælifelli bjuggu foreldrar mínir á einni af jörðum prestakallsins, Stapa í Tungusveit, en þau voru Jón Þorvaldsson, er þar var fæddur og uppalinn og seinni kona hans, Guðrún Jóhannsdóttir, sem talin var laundóttir séra Björns Þorlákssonar á Höskuldsstöðum.

Stuttu eftir að foreldrar mínir giftust fékk faðir minn fótarmein, sem fór versnandi en ekki batnandi, þó hann leitaði ráða hjá fleiri en einum skottulækni eins og þá var siður að gera, þegar sýnilegt var orðið að fólk, sem var veikt, mundi ekki batna af sjálfu sér. Faðir minn leitaði líka árangurslaust til Árna Jónssonar á Glæsibæ, sem var fyrsti héraðslæknir í níunda læknishéraði Skagafjarðarsýslu, þá orðinn nokkuð við aldur og hafði aldrei verið í miklu áliti hjá Skagfirðingum. Eftir þeim upplýsingum að dæma, sem ég hef fengið um Árna lækni í Glæsibæ, hefur hann verið góður meðalalæknir, en ekki mikill skurðlæknir og er alls ekki rétt að áfella hann fyrir það, eins og vitað er að Skagfirðingar gerðu, því hann var einn af fyrstu nemendum Læknaskólans, en þar hefur kennsla í handlækningum þá verið mjög ófullkomin sökum þess, að aðstæður hafa verið slæmar til að kenna þær.

Það liðu nokkrir mánuðir frá því að faðir minn fékk fótarmeinið, þangað til það var orðið svo slæmt, að hann varð að leggjast í rúmið, en ekki hafði hann verið lengi rúmfastur, þegar öllum sem til þekktu var orðið ljóst, að hann myndi ekki komast á fætur aftur. Presturinn á Mælifelli kom öðru hvoru að Stapa til þess að vita, hvernig sjúklingnum liði. Svo kom sá dagur, þegar séra Jón kom í heimsókn og sagði við föður minn strax þegar hann var búinn að heilsa honum:

„Ég er nýbúinn að frétta það, að sonur Hannesar á Eiðsstöðum, sem er að læra læknisfræði í Kaupmannahöfn, sé kominn heim og muni verða heima í sumar. Ég ætla að skreppa vestur til þess að sækja piltinn og láta hann skoða á yður fótinn, Jón minn. Hann er útaf lánsfólki og ætti að geta gert eitthvað, sem vit væri í."

Séra Jón fór með Guðmund Hannesson heim að Mælifelli þegar þeir komu í Skagafjörðinn og lét hann gista hjá sér um nóttina. Næsta dag kom einn af vinnumönnum prestsins, sem sendur hafði verið í Glæsibæ með Árna lækni að MælifelIi. Séra Jón hafði skriflega beðið lækninn að taka með sér verkfæri og annað, sem nota þarf, þegar gerðir væru uppskurðir. Ekki hafði læknirinn annað með sér en svæfingarmeðul, eina sáratöng og einn skurðarhníf. Þegar Guðmundur Hannesson sá hnífinn, bað hann séra Jón að lofa sér að líta á skurðarhnífa hans. Leizt honum vel á einn þeirra og var hann dreginn á, svo hann varð hárbeittur. Svo var lagt af stað til Stapa en þangað er stutt leið frá Mælifelli. Þegar Guðmundur Hannesson leit á fótinn á föður mínum, sá hann strax, að hann var allur sundurgrafinn af berklum og bæði fótliður og hnéliður orðnir mikið skemmdir. Duldist heldur ekki að faðir minn mundi deyja, ef ekki væri tekinn af honum fóturinn. Sagði hann þetta við Árna lækni í einrúmi og samsinnti hann því. Hinsvegar aftók hann með öllu að leggja út í að taka fótinn af föður mínum. Sagðist hann ekkert hafa til þess nema eina sáratöng, engan nothæfan hníf, enga sög og engar umbúðir. Auk þess hefði hann aldrei framkvæmt slíka aðgerð og neitaði með öllu að leggja út í slíkt fyrirtæki. Þótt Guðmundur Hannesson segði honum, að faðir minn hlyti þá að deyja, þá stoðaði það ekkert. Læknirinn neitaði algjörlega. Sennilega hefur Guðmundur



„Ég er nýbúinn að frétta það, að sonur Hannesar á Eiðsstöðum, sem er að læra læknisfræði í Kaupmannahöfn, sé kominn heim og muni verða heima í sumar. Ég ætla að skreppa vestur til þess að sækja piltinn og láta hann skoða á yður fótinn, Jón minn. Hann er útaf lánsfólki og ætti að geta gert eitthvað, sem vit væri í.“ Myndin er af Eiðsstöðum, tekin um 1940.

Hannesson þá verið fljótur að ákveða það, að taka fótinn af föður mínum án þess að Árni læknir hefði nokkurn veg eða vanda af því starfi. Faðir minn var búhagur, átti þar af leiðandi dálítið af smíðatólum. Meðal þeirra fann Guðmundur Hannesson bandsög, sem hann notaði við aðgerðina, svo varð að hugsa fyrir skurðarborði, ekki var um annað að ræða en að nota baðstofuhurðina fyrir skurðarborð. Ekki var hægt að láta hana liggja á gólfinu. En Guðmundur Hannesson var þekktur smiður og séra Jón vel lagtækur, hann smíðaði orf, hrífur, ljábakka, hestajárn og fleira fyrir sjálfan sig öll þau ár, sem hann stundaði búskap. Þeim varð því ekki skotaskuld úr því að smíða það sem þurfti undir hurðina. Þegar þeir voru búnir að því, var pottur settur á hlóðir og Guðmundur fór að sjóða þau verkfæri, sem hann hafði. Loks fór hann af stað og gekk þangað sem hann fann dýjamosa og tók talsvert mikið af honum með sér, skar svo af honum ræturnar og þvoði hann vel úr sterku karbólvatni og notaði hann í stað umbúða. Engin eldavél var til í Stapa sem hægt var að dauðhreinsa umbúðir í. Nú vita menn að dýjamosi hindrar gerla- og sýklavöxt, en það vissu menn ekki þá, og er mjög merkilegt, að Guðmundi Hannessyni skyldi detta í hug að nota dýjamosa í stað umbúða.

Séra Jón tók að sér að svæfa sjúklinginn og tókst það ágætlega. Aðgerðin gekk greiðlega hjá Guðmundi án þess að nokkuð bæri út af. Dagurinn varð víst merkisdagur fyrir þá báða. Guðmundur Hannesson hafði unnið sitt fyrsta læknisverk, þó að mikið vantaði á að hann væri fulllærður, og séra Jón hafði í fyrsta sinn verið við handlæknisaðgerð, en hann mun hafa langað mikið til þess að læra læknisfræði, þó það yrði úr, að hann gengi á prestaskólann.

Þetta þótti mikið þrekvirki af ungum læknanema og flaug um alla sveitina, en Hannesi karlinum á Eiðsstöðum þótti lítið til koma og húðskammaði son sinn. Hann hefði engan rétt til að framkvæma neitt læknisverk, hvað þá að ráðast í svo mikla aðgerð, og ef illa færi, mætti refsa honum fyrir það!

Faðir minn komst til fullrar heilsu. Hann vann alla algenga sveitavinnu fram á elliár og reri stundum til fiskjar á árabátum, en aldrei eignaðist hann vandaðan tréfót, en bjargaðist við þann, sem hann smíðaði sér sjálfur.

Guðmundur Hannesson var uppi á því tímabili, sem ávallt mun talið verða mesta framfaratímabil íslenzku þjóðarinnar. Með læknisstarfi sínu, kennslu sinni við háskólann og brautryðjandastarfi sínu í húsagerð átti Guðmundur Hannesson mikinn og veglegan þátt í þessum framförum.

Það sem einkenndi Guðmund Hannesson framar öðru, var það hve vitur og fróður hann var og fullur af góðum vilja til þess að verða þjóð sinni að gagni. Þeir, sem þekktu hann, vita vel, að hann var einhver merkasti Íslendingur, sem uppi var á sínum tíma, að hann kom mörgu góðu til leiðar fyrir þjóð sína, einkum í heilbrigðismálum og húsagerðarlist, en lengi mun líka verða minnzt framlags hans til sjálfstæðisbaráttu vorrar og ekki sízt til skipulagsmála, sem fyrst voru tekin upp að frumkvæði hans.

Nú eru Húnvetningar að vinna að því að Guðmundi Hannessyni verði reistur minnisvarði á fæðingarstað hans, Guðlaugsstöðum í Blöndudal. En hvar er skurðarhnífurinn hans séra Jóns og bandsögin hans föður míns. Auðvitað, því miður, hvorttveggja týnt og tröllum gefið fyrir löngu, um það er reyndar ekkert hægt að segja. En mig dreymir um það, að gamla, fræga Nesstofan úti á Seltjarnarnesi, þar sem fyrsti lærði læknirinn á Íslandi bjó, Bjarni Pálsson landlæknir, verði gerð að sjálfseignarstofnun og þar komið fyrir sögulegu safni, er sýni uppruna og þróun læknamenntarinnar á landi voru.

Minnisvarði um Guðmund Hannesson

Í *Morgunblaðinu* 24. ágúst 1966 er fréttaskeyti frá Blönduósi um að Anna Guðmundsdóttir hafi afhjúpað minnisvarða um föður sinn, Guðmund Hannesson, í trjálundi á fæðingarstað hans, Guðlaugsstöðum í Blöndudal. Í fréttinni er rakin dagskráin við athöfnina: Páll Kolka talar og viðstaddir syngja „Starfið er margt en eitt er bræðrabandið“ og „Ó fögur er vor fósturjörð“. Síðan er farið í Húnaver þar sem Hulda Stefánsdóttir stýrir veislu og minnist eiginkonu Guðmundar. Á stokk stíga sr. Pétur Ingjaldsson, Jón Pálmason fyrrum ráðherra á Akri, Bjarni Benediktsson forsætisráðherra, Hannes Pálsson búnaðarmálastjóri fyrir ættmenni Guðmundar, og að lokum þakkar Guðmundur Jónsson þeim sem lögðu honum lið við að koma minnisvarðanum upp: Kaupfélagi Húnvetninga, sýslunefnd Austur-Húnavatnssýslu, Húnvetningafélaginu í Reykjavík, og ættingjum Guðmundar Hannessonar. Fréttinni lýkur á þessari rómantísku viðreisnaráralýsingu: „Fjölmenni mikið var við athöfnina, sem öll var hin virðulegasta. Sólskin og blíða var í Blöndudal og Húnaþingi. Höfðu margir viðstaddir á orði að aldrei hefðu þeir séð Blöndudal skarta eins dýrðlega og þennan dag. Átti það vel við þegar minnst var frægasta sonar dalsins.“

VS



Mynd: Björn Hilmarsson.

Fræðsludagur heimilislækna – AstraZeneca dagurinn

1. mars 2014

Hinn árlegi fræðsludagur heimilislækna verður haldinn á Nordica Hótel fyrsta laugardag í mars.

Öldrunarlæknar og endurhæfingarlæknar eru sem fyrr hjartanlega velkomnir.

Fræðsludagurinn er sem áður skipulagður af FÍH og styrktur af AstraZeneca.

Dagskrá hefst kl. 9.00

Nánari dagskrá verður send læknum sérstaklega.

Fræðslunefnd FÍH
AstraZeneca

- A sense of security when you need it most

Sørlandet Hospital HF is the biggest knowledge economy employer in the region, with over 5,000 employees spread across various institutions in the counties of Vest-Agder and Aust-Agder. We are responsible for specialist health services in the areas of physical health care, psychiatric care and addiction treatment. The main tasks of the specialist health service are treating patients, training healthcare personnel, performing research and educating patients and their families.



Kristiansand - Norway

Consultant and registrar – Department of Anaesthetics

Two full-time consultant posts, one permanent and one locum, id. nos 8754 and 14117

Two full-time registrar posts, both of which are locum jobs lasting approximately one year, with possibility of extension, id. nos 2848 and 2858

The Department of Anaesthetics has 17 consultant and 5 registrar posts, and is involved in a wide variety of areas of care, including ground ambulance and air ambulance services. The consultant posts are in the Department's anaesthetics/intensive care section, and duties would reflect the experience of the successful applicants. The Department currently has an 8-person main rota and a 9-person rota for on-call duties, both resident 1:1.

Information: Clinical Head of Department Arthur Halvorsen, tel. +47 38 12 53 33 or Head of Department, tel. +47 38 07 36 54

Application deadline: 17 February 2014

Applications and CVs are recorded electronically via our application software. Further information, including the full job advertisement, can be found at www.sshf.no/jobbsok

frantz.no

SØRLANDET SYKEHUS

HSA HEILBRIGÐISSTOFNUN AUSTURLANDS

Staða forstöðulæknis umdæmissjúkrahúss Austurlands

Heilbrigðisstofnun Austurlands (HSA) óskar eftir að ráða í stöðu forstöðulæknis við umdæmissjúkrahús Austurlands í Neskaupstað.

Forstöðulæknir stjórnar læknisfræðilegum þætti sjúkrasviðs HSA.

Um er að ræða 100% stöðugildi eða eftir nánara samkomulagi.

Leitað er að sérfræðingi í lyflækningum með áhuga á að stjórna og þróa þjónustu umdæmissjúkrahússins. Færni í mannlegum samskiptum er mikilvæg sem og reynsla af stjórnun.

Á sjúkrahúsinu er rekin lyflækningadeild með tveimur lyflæknum, hjúkrunardeild, handlækningadeild með skurðstofu og svæfingarlækni, fæðingarþjónusta og endurhæfingardeild ásamt stoðdeildum.

Þar er einnig heilsugæsla fyrir íbúa í Neskaupstað og Mjóafirði.

HSA starfar á þremur fagsviðum; heilsugæslu-, hjúkrunar- og sjúkrasviði. Umdæmissjúkrahúsið starfrækir sjúkrasvið HSA og þjónar alls um 11.000 íbúum frá Bakkafirði til Djúpavogs, auk ferðamanna sem sækja Austurland heim.

Starfskjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.

Umsóknum skal skilað á eyðublöðum sem fást á vef Embættis landlæknis; www.landlaeknir.is, til HSA, mannauðsstjóra, Lagarási 22, 700 Egilsstöðum.

Umsóknarfrestur er til 25. febrúar nk. Staðan er laus nú þegar, eða eftir nánara samkomulagi.

Nánari upplýsingar gefa Pétur Heimisson, framkvæmdastjóri lækninga, s. 470-3052 & 860-6830, *petur@hsa.is* og Valdimar O. Hermannsson, svæðisstjóri, s. 860-6770, *valdimarh@hsa.is.*

Framkvæmdastjóri lækninga Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

Heilsugæsla höfuðborgarsvæðisins auglýsir laust til umsóknar starf framkvæmdastjóra lækninga. Leitað er eftir farsælum, kraftmiklum og metnaðarfullum stjórnanda.

Framkvæmdastjóri lækninga situr í framkvæmdastjórn Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins og heyrir undir forstjóra. Starfshlutfall er 100% og er ráðið í starfið til 5 ára.

Hlutverk Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins er að veita íbúum höfuðborgarsvæðisins aðgengilega, samfellda og alhliða heilsugæsluþjónustu. Þjónustan grundvallast á sérþekkingu á sviði heimilislækninga, hjúkrunar og heilsuverndar og byggir á víðtæku þverfaglegu samstarfi. Hún samanstendur af fimmtán heilsugæslustöðvum í Reykjavík, Seltjarnarnesi, Mosfellsumdæmi, Kópavogi, Garðabæ og Hafnarfirði, Þroska- og hegðunarstöð, Göngudeild sóttvarna, Geðheilsu-eftirfylgd/iðjuþjálfun og stjórnsýslu Heilsugæslunnar. Hjá Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins starfa nálægt 600 manns.

Helstu viðfangsefni og ábyrgð

- Leiðtogi við framkvæmd stefnu heilsugæslunnar
- Stefnumótun og þróun, m.a. á sviði markmiða, árangurs, gæða og öryggis í þjónustu
- Innleiðing nýjunga og breytinga, ásamt því að stuðla að öryggi, gæðum og hagkvæmni
- Fagleg samhæfing og eftirlit á sviði lækninga
- Samhæfing starfsemi Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins
- Gerð og efling klínískra leiðbeininga
- Gæðaeftirlit

Hæfnikröfur

- Læknir með sérfræðileyfi
- Stjórnunarreynsla í heilbrigðisþjónustu
- Leiðtogahæfni og metnaður til að ná árangri í starfi
- Hæfni í mannlegum samskiptum og jákvætt viðmót
- Frumkvæði og áræðni
- Vilji til að helga sig sýn og gildum heilsugæslunnar

Nánari upplýsingar

- Umsóknarfrestur er til og með 17. febrúar 2014.
- Starfshlutfall er 100% og verður ráðið í starfið til 5 ára frá og með 1. ágúst n.k. eða eftir nánara samkomulagi.
- Umsóknir, ásamt kynningarbréfi þar sem gerð er grein fyrir ástæðu umsóknar, skulu berast Heilsugæslunni rafrænt.
- Umsóknum fylgi staðfestar upplýsingar um menntun, fyrri störf og reynslu af kennslu-, vísinda-, rit- og stjórnunarstörfum, ásamt afriti af greinum sem umsækjandi hefur skrifað.
- Upplýsingar veitir Svava Kr. Þorkelsdóttir, mannauðsstjóri, netfang svava.kristin.thorkelsdottir@heilsugaeslan.is, sími 585-1317.
- Umsóknargögn sem ekki er hægt að senda rafrænt skulu berast, í tvíriti, mannauðsdeild, Álfabakka 16, 109, Reykjavík.
- Allar umsóknir eru sendar til stöðunefndar hjá Landlæknisembættinu.
- Viðtöl verða höfð við umsækjendur og byggist ákvörðun um ráðningu í starfið á þeim og innsendum gögnum.

Laun eru samkvæmt gildandi kjarasamningi viðkomandi stéttarfélags og fjármála- og efnahagsráðherra. Sótt er um starfið rafrænt á heimasíðu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins. *www.heilsugaeslan.is,* undir „laus störf“. Ef ekki eru tök á að sækja um rafrænt má nálgast umsóknareyðublöð hjá mannauðsdeild, Álfabakka 16. Tekið er mið af jafnréttisstefnu Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins við ráðningar í laus störf í Heilsugæslunni. Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu liggur fyrir.

Ábyrgð – Fagmennska – Traust – Þjónusta - Framþróun

Forxiga **10 mg filmuhúðaðar töflur.** AstraZeneca. A 10 BX 09. SAMANTEKT Á EIGINLEIKUM LYFS – Styttur texti SPC

AstraZeneca

Innihaldslýsing: Hver tafla inniheldur dapagliflozin propanediol einhýdrat sem jafngildir 10 mg af dapagliflozini. Hjálparefni með þekkta verkun: Hver tafla inniheldur 50 mg af vatnsfríum laktósa. **Ábendingar:** Forxiga er ætlað fullorðnum, 18 ára og eldri, með sykursýki af tegund 2, til þess að bæta stjórn á blóðsykri sem: **Einlyfjameðferð:** Þegar sérstakt mataræði og hreyfing eingöngu hefur ekki nægt til að ná stjórn á blóðsykri hjá sjúklingum sem álitið er að metformin henti ekki vegna óþols. **Samsett viðbótarmeðferð:** Ásamt öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t insúlíni, þegar þau ásamt sérstöku mataræði og hreyfingu veita ekki nægjanlega stjórn á blóðsykri. **Skammtar og lyfjagjöf: Skammtar:** *Einlyfjameðferð og samsett viðbótarmeðferð:* Ráðlagður skammtur er 10 mg af dapagliflozini einu sinni á sólarhring í einlyfjameðferð og sem samsett viðbótarmeðferð með öðrum blóðsykurslækkandi lyfjum, þ.m.t. insúlíni. Þegar dapagliflozin er notað samhliða insúlíni eða lyfjum sem örva insúlínseytingu, eins og súlfónýlúrealyfi, skal íhuga að minnka skammt insúlíns eða lyfs sem örvar insúlínseytingu til að minnka líkur á blóðsykursfalli. **Sérstakir sjúklingahópar:** *Skert nýrnastarfsemi:* Verkun dapagliflozins er háð nýrnastarfsemi, og verkun er minni hjá sjúklingum með miðlungsmikið skerta nýrnastarfsemi og er líklega engin hjá sjúklingum með verulega skerta nýrnastarfsemi. Ekki er ráðlagt að nota Forxiga hjá sjúklingum með miðlungsmikið til verulega skerta nýrnastarfsemi (sjúklingar með kreatínínúthreinsun [CrCl] < 60 ml/mín. eða áætlaðan gaukulsíunarhraða [eGRF] < 60 ml/mín./1,73 m2). Ekki er þörf á skammtaaðlögun hjá sjúklingum með vægt skerta nýrnastarfsemi. *Skert lifrarstarfsemi:* Ekki er þörf á aðlögun skammta hjá sjúklingum með vægt eða miðlungsmikið skerta lifrarstarfsemi. Hjá sjúklingum með verulega skerta lifrarstarfsemi er ráðlagður upphafsskammtur 5 mg. Ef hann þolist vel, má stækka skammtinn í 10 mg. *Aldraðir (≥ 65 ára):* Almennt er ekki þörf á aðlögun skammta á grundvelli aldurs. Taka skal tillit til nýrnastarfsemi og hættu á vökvaskorti. Vegna takmarkaðrar reynslu af meðferð sjúklinga, 75 ára og eldri, er ekki ráðlagt að hefja meðferð með dapagliflozini. *Börn:* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun dapagliflozins hjá börnum á aldrinum 0 til <18 ára. Engar upplýsingar liggja fyrir. **Lyfjagjöf:** Forxiga má taka inn einu sinni á sólarhring, með eða án fæðu, hvenær dagsins sem er. Töflurnar á að gleypa í heilu lagi.
Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is**

Markaðsleyfishafi: BristolMyers Squibb/AstraZeneca EEIG, BristolMyers Squibb House, Uxbridge Business Park, Sanderson Road, Uxbridge, Middlesex, UB8 1DH, Bretland.
Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, sími: 535-7000.
Textinn var síðast samþykktur 25. október 2013. Ath. textinn er styttur. Sjá nánar undir Lyfjaupplýsingar á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is

Pakkningar og verð: Forxiga 10mg, 28 stk. : kr. 10.594; 10mg, 98 stk. : kr. 31.009. **1. janúar 2014. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka:G.**

forxiga (dapagliflozin)

Sjúkrahúsið á Akureyri

ÖRYGGI - SAMVINNA - FRAMSÆKNI

Forstöðulæknir lyflækninga

Laus er til umsóknar 100% staða forstöðulæknis lyflækninga.

Staðan veitist frá 1. apríl 2014 og er veitt til 5 ára.

Ábyrgðarsvið: Forstöðulæknir veitir lyflækningum faglega forstöðu, ber rekstrarlega ábyrgð og starfsamannaábyrgð. Forstöðulæknir ber ábyrgð á kennsluhlutverki og tekur þátt í klínísku starfi.

Hæfniskröfur: Umsækjandi skal hafa lækningaleyfi og fullgild réttindi í lyflækningum. Auk faglegrar reynslu, fræðilegrar þekkingar og reynslu af stjórnun og kennslu er lögð áhersla á leiðtogahæfileika og hæfileika á sviði samskipta, samvinnu og sjálfstæðra vinnubragða.

Lyflækningadeild Sjúkrahússins á Akureyri þjónar aðallega íbúum Norður- og Austurlands 18 ára og eldri, á fjölbreyttu sviði lyflækninga. Innan deildarinnar er legudeild, almenn göngudeild, speglunardeild og rannsóknarstofa í lífeðlisfræði. Við deildina starfa 7 sérfræðingar, auk þess sem krabbameinslæknar, húðlæknir, gigtarlæknir og lungnalæknir veita reglubundna þjónustu.

Næsti yfirmaður er Gróa B. Jóhannesdóttir, framkvæmdastjóri lyflækningasviðs.

Starfskjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.

Nánari upplýsingar um starfið veita Gróa B. Jóhannesdóttir framkvæmdastjóri lyflækningasviðs í síma 8600496 eða tölvupósti *groaj@fsa.is* og Sigurður E. Sigurðsson framkvæmdastjóri lækninga í tölvupósti *ses@fsa.is*

Umsóknarfrestur er til og með 1. mars 2014.

Umsóknum skal skilað, á umsóknareyðublaði Embættis landlæknis um læknisstöður, sem fæst á vef sjúkrahússins www.fsa.is til starfsmannastjóra sjúkrahússins eða á netfang thora@fsa.is. Umsóknum skulu fylgja ítarlegar upplýsingar um nám og starfsferil ásamt með upplýsingum um fræðilegar rannsóknir, rit- og kennslustörf og staðfest afrit af fylgigögnum.

Öllum umsóknum verður svarað þegar ákvörðun um ráðningu hefur verið tekin. Gildi Sjúkrahússins á Akureyri eru: ÖRYGGI SAMVINNA FRAMSÆKNI. Við ráðningar í störf er tekið mið af jafnréttisstefnu sjúkrahússins, sem er reyklaus vinnustaður. Sjúkrahúsið á Akureyri veitir almenna og sérhæfða heilbrigðisþjónustu, þar sem áhersla er lögð á bráðaþjónustu og helstu sérgreinameðferðir, það er annað tveggja sérgreinasjúkrahúsa landsins og er kennslusjúkrahús.

jaydess
13,5 MG LEVONORGESTREL

Jaydess 13,5 mg leginnlegg. **Innihaldslýsing:** Leginnleggið inniheldur 13,5 mg af levónorgestreli. **Ábendingar:** Getnaðarvörn í allt að 3 ár. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Jaydess er sett í legholið. Setja á Jaydess upp í legholið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga. Setja má nýtt innlegg í stað Jaydess hvenær sem er á tíðahring. Einnig má setja Jaydess upp strax eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu. Uppsetningu eftir fæðingu á að fresta þar til legið hefur að fullu dregist saman, en þó skal ekki setja innleggið upp fyrr en sex vikum eftir fæðingu. Ef legminnkun seinkar verulega, skal íhuga að bíða þar til 12 vikur eru frá fæðingu. Ef uppsetning er erfið og/eða óvenju mikill verkur eða blæðing eru til staðar við uppsetningu eða eftir hana, á strax að gera viðeigandi ráðstafanir til að útiloka rof (perforation), svo sem læknisfræðilega skoðun og ómskoðun. Jaydess er fjarlægt með því að toga varlega í þræðina með töng. Ef þræðirnir sjást ekki og ómskoðun sýnir að innleggið sé í legholi, má fjarlægja það með því að nota mjóa töng. Þá getur þurft að víkka leghálsinn eða nota önnur skurðaðgerðarinngrip. Sé þungunar ekki óskað, á að fjarlægja innleggið innan 7 daga frá upphafi tíðablæðinga, að því tilskildu að konan hafi reglulegar tíðablæðingar. Sé innleggið fjarlægt á öðrum tíma tíðahringsins og konan hefur haft kynmök þá vikuna, á hún á hættu að verða þunguð nema nýtt innlegg sé sett upp strax eftir að hitt hefur verið fjarlægt. Eftir að Jaydess hefur verið fjarlægt, skal athuga hvort innleggið sé óskemmt. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:* Jaydess hefur ekki verið rannsakað hjá konum með skerta lifrarstarfsemi. Konur með bráða lifrarkvilla eða æxli í lifur mega ekki nota Jaydess. *Börn:* Öryggi og virkni lyfsins hefur ekki verið rannsakað hjá konum yngri en 18 ára. Lyfið er ekki ætlað til notkunar fyrir fyrstu tíðablæðingar. Lyfjagjöf: Heilbrigðisstarfsmaður á að setja upp leginnleggið að viðhafðri smitgát. Jaydess kemur ásamt uppsetningarbúnaði í sæfðum umbúðum, sem ekki á að rjúfa fyrr en þess er þörf fyrir uppsetningu. Endursæfið ekki. Jaydess er eingöngu einnota. Notið ekki ef þynnupakkningin er skemmd eða hefur rofnað. Setjið leginnleggið ekki upp eftir fyrningardagsetninguna sem fram kemur á öskjunni og þynnupakkningunni. **Frábendingar:** Þungun. Bráður eða endurtekinn bólgusjúkdómur í grindarholi eða aðstæður sem tengjast aukinni hættu á sýkingum í grindarholi. Bráð bólga í leghálsi eða leggöngum. Legslímubólga eftir barnsburð eða sýking eftir fósturlát á síðustu 3 mánuðum. Ofvöxtur þekjuvefs í leghálsi þar til hann gengur til baka. Illkynja breytingar í legi eða leghálsi. Progestagenháð æxli, t.d. brjóstakrabbamein. Óeðlileg blæðing frá leggöngum af óþekktum orsökum. Meðfæddur eða áunninn afbrigðileiki í legi, þ.á m. góðkynja bandvefsæxli sem geta haft áhrif á uppsetningu og/eða fjarlægingu leginnleggsins (þ.e. geta skekkt legholið). Bráðir lifrarsjúkdómar eða lifraræxli. Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarkssmásöluverð (1.janúar 2014): Jaydess leginnlegg: 24.840 kr. Afgreiðslutilhögun og greiðsluþátttaka: R.0. **Markaðsleyfishafi:** Bayer AB, Svíþjóð. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs 28. júní 2013. Nánari upplýsingar um lyfið má nálgast hjá umboðsaðila á Íslandi, Icepharma hf, Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími: 540 8000.

Jaydess er ekki fyrsta val sem getnaðarvörn fyrir konur sem ekki hafa átt börn, þar sem klínísk reynsla er takmörkuð. Veita á konum sem íhuga notkun Jaydess ráðgjöf um merki, einkenni og áhættu af utanlegsþykkt.

▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Mikilvægt er að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu til Lyfjastofnunar, www.lyfjastofnun.is.

Benidette – *Getnaðarvörn til inntöku*

Benidette 150 µg/20 µg, töflur. **Virkt innihaldsefni:** Hver tafla inniheldur 150 µg af desógestreli og 20 µg af etinýlestradíóli. Hjálparefni með þekkta verkun: 1 tafla inniheldur 58 mg af vatnsfríum laktósa.
Ábendingar: Getnaðarvörn til inntöku. **Skammtar og lyfjagjöf:** Benidette er til inntöku.
Töflurnar á að taka daglega á u.þ.b. sama tíma sólarhringsins, með dálitlum vökva ef þarf, í þeirri röð sem fram kemur á pakkningunni. Taka á eina töflu á dag í 21 dag samfellt. Gert er 7 daga töfluhlé áður en byrjað er á næsta spjaldi. Í töfluhléinu verða yfirleitt blæðingar sem byrja venjulega á 2. eða 3. degi eftir að síðasta tafla hefur verið tekin og þeim lýkur e.t.v. ekki fyrr en byrjað er á næsta spjaldi. Hvernig byrjað er að nota Benidette: *Engin hormónagetnaðarvarnarlyf hafa verið tekin áður (mánuðinn á undan).* Byrja á að taka töflurnar á fyrsta degi tíðahrings (þ.e. á fyrsta degi tíðablæðinga). Það má byrja á 2.-5. degi, en fyrstu 7 dagana sem töflurnar eru teknar í fyrsta tíðahring er ráðlagt að nota jafnframt aðra getnaðarvörn án hormóna. *Þegar skipt er frá samsettum getnaðarvarnarlyfjum með hormónum (samsettum getnaðarvarnartöflum, skeiðarinnleggi eða forðaplástri).* Best er að byrja að taka Benidette daginn eftir að síðasta virka getnaðarvarnartaflan úr fyrri tegund getnaðarvarna er tekin (síðasta taflan sem inniheldur virku efnin) en í síðasta lagi daginn eftir venjulegt töfluhlé eða inntöku síðustu lyfleysutöflunnar (töflur sem ekki innihalda virk efni). Ef notað hefur verið skeiðarinnlegg eða forðaplástur er best að hefja notkun Benidette sama dag og innlegg er fjarlægt eða plástur er fjarlægður. Konan getur einnig byrjað í síðasta lagi á þeim degi sem hefja á notkun á nýjum hring eða plástri. *Við skipti frá hreinum gestagenlyfjum (míni-pillu, stungulyfi, lyfi í vef eða lykkju í legi sem hefur að geyma gestagen).* Skipta má frá míni-pillu hvaða dag sem er (við skipti frá lyfi í vef (implant) eða lykkju í legi, þann dag sem vefjalyfið eða lykkjan er fjarlægð; við skipti frá stungulyfi, þegar gefa hefði átt stungulyfið næst). Í öllum þessum tilvikum er ráðlagt að nota getnaðarvörn án hormóna samtímis fyrstu 7 dagana, sem töflurnar eru teknar. *Eftir fósturlát á fyrsta þriðjungi meðgöngu.* Hægt er að byrja að taka töflurnar strax. Sé það gert er ekki nauðsynlegt að nota aðra getnaðarvörn samtímis. *Eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu.* Ráðlagt er að byrja notkun lyfsins á 21.-28. degi eftir fæðingu eða fósturlát á öðrum þriðjungi meðgöngu. Sé byrjað seinna að nota lyfið er jafnframt ráðlagt fyrstu 7 dagana sem lyfið er tekið að nota aðra getnaðarvörn án hormóna. Hafi konan þegar haft samfarir skal útiloka þungun áður en byrjað er að taka Benidette eða bíða eftir fyrstu blæðingum. Ef gleymst hefur að taka töflur: Getnaðarvörn minnkar ekki **ef færri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Taka skal töfluna um leið og munað er eftir því og halda síðan áfram töflutöku eins og áður. Getnaðarvörn getur minnkað **ef fleiri en 12 klst.** hafa liðið frá því að gleymdist að taka töflu. Í þeim tilvikum skal fylgja eftirfarandi tveimur grundvallarreglum: 1. Aldrei má fresta töflutöku lengur en sem nemur 7 dögum. 2. 7 daga samfellda töflutöku þarf til þess að ná nægilegri bælingu undirstúku-heiladinguls-eggjakerfis-öxuls.
Því má gefa eftirfarandi almennar ráðleggingar:
1. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Aðra getnaðarvörn án hormóna, t.d. verjur, skal nota samhliða næstu 7 daga. Hafi konan haft samfarir síðastliðna 7 daga skal hafa í huga möguleika á þungun. Því fleiri töflur sem hafa gleymst og því nær töfluhléi sem það er, þeim mun meiri hætta er á þungun.
2. vika. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun taflnanna haldið áfram á venjulegum tíma. Hafi töflurnar verið teknar inn á réttan hátt í 7 daga, áður en gleymdist að taka töflu, er ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar. Sé það hins vegar ekki raunin eða ef fleiri en ein tafla hefur gleymst, skal ráðleggja konum að nota aðra getnaðarvörn næstu 7 daga.
3. vika. Hætta er á að öryggi sé minna þar sem komið er nálægt töfluhléi. Þó er hægt að koma í veg fyrir að öryggi minnki með því að breyta inntöku taflnanna. Ef farið er eftir öðrum af eftirtöldum tveimur valkostum er því ekki nauðsynlegt að gera aðrar ráðstafanir til getnaðarvarnar, að því tilskildu að allar töflurnar hafi verið teknar inn á réttan hátt síðustu 7 daga áður en gleymdist að taka töfluna. Ef svo er ekki, er ráðlagt að fylgja fyrri valkosti auk þess að nota aðra getnaðarvörn samtímis næstu 7 daga. 1. Taka skal síðustu töfluna sem gleymdist strax og munað er eftir því, jafnvel þótt þurfi að taka 2 töflur samtímis. Síðan er notkun lyfsins haldið áfram eins og áður. Byrja skal á næsta töfluspjaldi strax og lokið er við töflurnar af fyrra spjaldinu, þ.e.a.s. ekkert töfluhlé er haft á milli spjalda. Líklegt er að blæðingar verði ekki fyrr en lokið er töku seinna töfluspjaldsins, en blettablæðingar eða milliblæðingar geta orðið meðan á töku þessara taflna stendur. 2. Einnig getur verið ráðlegt að hætta að taka töflur af töfluspjaldi sem er í notkun. Þá skal gera allt að 7 daga töfluhlé að meðtöldum þeim dögum sem gleymdist að taka töflurnar og byrja síðan á næsta töfluspjaldi. Hafi gleymst að taka töflur og blæðingar verða ekki í næsta venjulega töfluhléi, á að hafa í huga möguleika á þungun. **Frábendingar:** Ekki á að nota samsettar getnaðarvarnartöflur í eftirfarandi tilvikum. Komi þau fyrst fram við notkun getnaðarvarnartaflna, skal notkun þeirra hætt strax: Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna. Segamyndun eða saga um segamyndun í bláæð (segamyndun í djúpbláæðum, lungnablóðrek). Segamyndun eða saga um segamyndun í slagæð (t.d. heilablóðfall, hjartadrep) eða fyrirboðar um segamyndun (t.d. hjartaöng eða skammvinn heilablóðþurrð). Heilablóðfall eða saga um heilablóðfall. Alvarlegir áhættuþættir, einn eða fleiri, um segamyndun í slagæðum: sykursýki með fylgikvillum í æðum. Alvarlegur háþrýstingur. Alvarleg röskun á fitupróteinmagni í blóði. Arfgeng eða önnur þekkt tilhneiging til segamyndunar í bláæðum eða slagæðum svo sem þol gegn virku C-próteini (APC), skortur á andtrombíni III, skortur á C-próteini, skortur á S-próteini, of mikið hómósystín í blóði eða andfosfólípíð mótefni (anticardiolipin-mótefni, lúpus storkuvari). Brisbólga eða saga um brisbólgu samhliða alvarlegri hækkun á þríglýseríðum í blóði. Alvarlegur lifrarsjúkdómur eða saga um slíkt hafi niðurstöður úr lifrarprófum ekki orðið eðlilegar aftur. Lifraræxli (góðkynja eða illkynja) eða saga um slíkt. Illkynja kynhormónaháð æxli (t.d. í kynfærum eða brjóstum) eða grunur um slíkt. Blæðingar frá leggöngum af ópekktum orsökum. Saga um mígreni með staðbundnum, taugafræðilegum einkennum. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkning og hámarksverð í smásölu (júní 2013):** 150/20 mcg, 63 stk.: 2.852 kr. **Afgreiðslu-flokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** 0. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. Frekari upplýsingar: www.actavis.is, s. 550-3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 13.5.2013. *Maí 2013.*

Actavis

HVÍTA HÚSIÐ / SÍA · Actavis 316043

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs **Heiti lyfs:** Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa. **Ábendingar:** Flutiform er ætlað til reglulegrar meðferðar við astma þegar notkun samsetts lyfs (innúðalyfs með barkstera og langvirkum β_2 örva) er viðeigandi: Hjá sjúklingum þar sem ekki hefur tekist að ná fullnægjandi stjórn á einkennum með barkstera til innöndunar og skammvirkum β_2-örva til innöndunar „eftir þörfum".

Eða: Hjá sjúklingum þar sem náðst hefur fullnægjandi stjórn á einkennum með því að nota bæði barkstera og langvirkan β_2 örva til innöndunar. Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti er ætlað fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti er ætlað fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri. Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti er eingöngu ætlað fyrir fullorðna. **Skammtastærðir:** Til innöndunar. Stilla ber skammtinn í lægsta skammt sem nægir til að hafa góða stjórn á einkennum. Þegar lægsti styrkur af Flutiform gefinn tvisvar á dag er farinn að nægja til að hafa stjórn á astmanum skal endurskoða meðferðina og íhuga hvort lækka skuli skammtinn smátt og smátt yfir í innúðalyf með barkstera einum sér. *Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu:* Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri: Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Auka má heildardagskammt af barkstera til innöndunar með því að gefa hærri styrk af þessu samsetta lyfi – þ.e. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Eingöngu fyrir fullorðna: Hækka má heildardagskammtinn enn frekar ef áfram tekst illa að hafa stjórn á astmanum hjá viðkomandi með því að gefa hæsta styrk af þessu samsetta lyfi – Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Þessi hæsti styrkur er eingöngu ætlaður fullorðnum og ekki skal nota hann handa unglingum 12 ára og eldri. Börn yngri en 12 ára: Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára; **ekki má nota Flutiform fyrir þennan unga aldurshóp.** *Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu:* Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna og unglinga 12 ára og eldri: Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Skipta má sjúklingum yfir á lægsta styrk af þessu samsetta lyfi, þ.e. Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, ef náðst hefur nægilega góð stjórn á astmanum. Aðlaga ætti skammt sjúklings að lægsta skammti sem viðheldur virkri stjórn á einkennum.

Eingöngu fyrir fullorðna: Hækka má heildardagskammtinn enn frekar ef áfram tekst illa að hafa stjórn á astmanum með því að gefa hæsta styrk af þessu samsetta lyfi –Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifu – tvo úðaskammta tvisvar á dag. Þessi hæsti styrkur er eingöngu ætlaður fullorðnum og ekki skal nota hann handa unglingum 12 ára og eldri. Börn yngri en 12 ára: Engar upplýsingar liggja fyrir um þennan styrk af Flutiform hjá börnum. Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára; **ekki má nota Flutiform fyrir þennan unga aldurshóp.** *Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – eingöngu:* Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna: Flutiform 250 míkrógrömm /10 míkrógrömm í úðaskammti innúðalyf, dreifa – tveir úðaskammtar tvisvar á dag yfirleitt teknir inn að morgni og að kvöldi. Skipta má sjúklingum yfir á lægri styrk af þessu samsetta lyfi, þ.e. Flutiform 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti eða að lokum Flutiform 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, ef náðst hefur nægilega góð stjórn á astmanum.

Unglingar yngri en 18 ára og börn: **Ekki er mælt með notkun Flutiform innúðalyfs, dreifu, hjá börnum yngri en 12 ára. Ekki skal nota Flutiform hjá svo ungum aldurshópi. Ekki skal nota Flutiform 250 míkrógrömm/10 míkrógrömm í úðaskammti handa unglingum.** Hins vegar er lægri styrkur í boði, þ.e. 50 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti eða 125 míkrógrömm/5 míkrógrömm í úðaskammti, sem nota má handa unglingum. Sérstakir sjúklingahópar: Engin þörf er á að aðlaga skammtinn hjá öldruðum sjúklingum. **Frábendingar:**

Ofnæmi fyrir virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna.**Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningastærðir og hámarksverð í smásölu (1. febrúar 2014): 50+5míkróg. 120 úðaskammtar: 7.319 kr, 125+5 míkróg 120 úðaskammtar: 9.676 kr, 250+5 míkróg. 120 úðaskammtar: 12.354 kr. Ávísunarheimildir og afgreiðsluflokkur: R. Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga: G. Heiti markaðsleyfishafa:** Norpharma A/S Slotsmarken 15. 2970 Hørsholm Danmörk. **Umboðsaðili á Íslandi:** Icepharma hf. Lynghálsi 13, 110 Reykjavík. **Dags SmPC:** 4.10.2013. Ef frekari upplýsinga um lyfið er óskað má hafa samband við Icepharma hf.

Cloxabix 100 mg og 200 mg hylki, hörð.Williams & Halls ehf. ATC flokkur: M01AH01. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Cloxabix 100 mg og 200 mg hylki, hörð. **Innihaldslýsing:** Hvert hylki inniheldur celecoxib 100 mg eða 200 mg. Hjálparefni með þekkta verkun: Cloxabix hylki innihalda laktósa. Hvert 100 mg hylki inniheldur 74,9 mg af laktósa og hvert 200 mg hylki inniheldur 149,8 mg af laktósa. **Ábendingar:** Cloxabix er ætlað til meðhöndlunar á einkennum slitgigtar, iktsýki, og hryggiktar. **Skammtar og lyfjagjöf:** Vegna þess að hætta á hjarta- og æðasjúkdómum af völdum celecoxibs getur hugsanlega aukist með auknum skömmtum og aukinni meðferðarlengd, á meðferðartími að vera eins stuttur og mögulegt er og nota á minnsta virkan sólarhringsskammt. Endurmeta á reglulega þörf sjúklings fyrir linum einkenna og svörun við meðferð, einkum hjá sjúklingum með slitgigt. *Slitgigt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er yfirleitt 200 mg tekinn einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá sumum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 200 mg tvisvar sinnum á sólarhring. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. *Iktsýki:* Ráðlagður upphafssólarhringsskammtur er 200 mg skipt í tvo skammta. Síðar meir má, ef þörf krefur, auka skammtinn í 200 mg tvisvar á sólarhring. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. *Hryggikt:* Ráðlagður sólarhringsskammtur er 200 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Hjá fáeinum sjúklingum með ófullnægjandi linun einkenna getur verið ávinningur í því að nota 400 mg einu sinni á sólarhring eða skipt í tvo skammta. Ef lækningalegur ávinningur hefur ekki náðst eftir 2 vikur ætti að íhuga önnur meðferðarúrræði. Ráðlagður hámarksskammtur á sólarhring, fyrir allar ábendingarnar, er 400 mg. Taka má Cloxabix með eða án matar. *Aldraðir (> 65 ára)*: Eins og hjá fullorðnum er ráðlagður upphafsskammtur 200 mg á sólarhring. Síðar meir má, ef þörf krefur, auka skammtinn í 200 mg tvisvar á sólarhring. Gæta skal sérstakrar varúðar hjá öldruðum sem eru innan við 50 kg að líkamsþyngd. *Skert lifrarstarfsemi*: Hefja skal meðferð með helmingi ráðlagðs skammts hjá sjúklingum með staðfesta í meðallagi skerta lifrarstarfsemi sem hafa 25-35 g/l af albúmíni í sermi. Hvað þennan sjúklingahóp varðar liggur einungis fyrir reynsla frá sjúklingum með skorpulifur. *Skert nýrnastarfsemi*: Reynsla af notkun celecoxibs handa sjúklingum með vægt til í meðallagi skerta nýrnastarfsemi er takmörkuð og skal því meðhöndla slíka sjúklinga með varúð. *Börn:* Celecoxib er ekki ætlað börnum. *Sjúklingar með skert CYP2C9 umbrot*: Gæta skal varúðar við gjöf celecoxibs handa sjúklingum, sem vitað er um eða þar sem grunur leikur á að um skert CYP2C9 umbrot sé að ræða, byggt á arfgerð eða fyrri sögu/reynslu með öðrum CYP2C9 hvarfefnum, þar sem hættan á skammtaháðum aukaverkunum eykst. Íhuga skal að minnka minnsta ráðlagðan skammt um helming. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Þekkt ofnæmi fyrir súlfonamíðum. Virkt ætisár eða blæðingar í meltingarvegi. Sjúklingar sem hafa fengið astma, bráða nefslímubólgu, nefsepa (nasal polyps), ofsabjúg, ofsakláða eða annars konar ofnæmi eftir notkun asetýlsalisýlsýru eða bólgueyðandi gigtarlyfja (NSAID) þar með talda cyclooxygenasa-2 (COX-2) hemla. Meðganga og konur sem geta orðið þungaðar, nema notuð sé örugg getnaðarvörn. Hjá þeim tveimur dýrategundum sem hafa verið rannsakaðar hefur komið í ljós að celecoxib getur valdið vansköpunum. Hugsanleg áhætta fyrir þungaðar konur er ekki þekkt en ekki er unnt að útiloka hana. Brjóstagjöf. Alvarlega skert lifrarstarfsemi (albúmín í sermi < 25 g/l eða Child-Pugh 10). Sjúklingar með áætlaða kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín. Bólgusjúkdómur í þörmum. Hjartabilun (congestive heart failure (NYHA II-IV)). Staðfestur hjartasjúkdómur vegna blóðþurrðar, sjúkdómar í útlægum slagæðum og/eða heilaæðasjúkdómur. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 29. janúar 2013. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í Janúar 2014:** 100 mg 20 hylki kr. 5.117; 100 mg 100 hylki kr. 9.389; 200 mg 20 hylki kr. 4.367; 200 mg 100 hylki kr. 17.082. **Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G.. **Markaðsleyfishafi:** Williams & Halls ehf., Reykjavíkurvegi 62, 220 Hafnarfirði, Sími: 527-0600, www.wh.is. Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá Markaðsleyfishafa.

Williams&Halls

Spiriva, 18 míkrógrömm, innöndunarduft, hart hylki og Spiriva Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. Boehringer Ingelheim International GmbH. flokkur: R03BB04. Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

SPIRIVA® TIOTROPIUM

Heiti lyfs: Spiriva, 18 míkrógrömm, innöndunarduft, hart hylki og Spiriva Respimat, 2,5 míkrógrömm, innöndunarlausn. **Virk innihaldsefni og styrkleikar:** *Fyrir Spiriva:* Hvert hylki inniheldur 22,5 míkrógrömm af tíótrópíumbrómíð einhýdrati samsvarandi 18 míkrógrömmum af tíótrópíumi. Hver gefinn skammtur (sá skammtur sem fer í gegnum munnstykki HandiHaler innöndunartækisins) er 10 míkrógrömm af tíótrópíumi. *Fyrir Spiriva Respimat:* Hver gefin úðun er 2,5 míkrógrömm tíótrópíum (2 úðanir eru einn lyfjaskammtur), sem samsvarar 3,124 míkrógrömmum af tíótrópíumbrómíð einhýdrati. Hver gefin úðun er sá skammtur sem farið hefur í gegnum munnstykkið og sjúklingurinn fær. **Ábendingar:** Tíótrópíum er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT). **Skammtar og lyfjagjöf:** *Fyrir Spiriva:* Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Ráðlagður skammtur af tíótrópíumbrómíði er innöndun á innihaldi úr einu hylki með HandiHaler innöndunartæki einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma dagsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Tíótrópíumbrómíðhylki er eingöngu til innöndunar og má ekki gleypa. Aðeins á að nota HandiHaler innöndunartæki við innöndun tíótrópíumbrómíðs. Sérstakir hópar: *Aldraðir sjúklingar* mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi* mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Þar sem plasmaþéttni hækkar við skerta nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með miðlungs eða alvarlega skerta nýrna-starfsemi (kreatínínúthreinsun (CrCL) 50 ml/mín.) á aðeins að nota tíótrópíumbrómíð ef ávinningur er meiri en hugsanleg áhætta. Engin reynsla er af lang-tímanotkun hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. *Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi* mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Börn: *LLT:* Notkun lyfsins á ekki við hjá börnum (yngri en 18 ára) við ábendingunni. *Slímseigjusjúkdómur (cystic fibrosis):* Ekki hefur enn verið sýnt fram á öryggi og verkun Spiriva hjá börnum og unglingum. Engar upplýsingar liggja fyrir. Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta gjöf lyfsins skal læknirinn eða annað heilbrigðisstarfsfólk þjálfa sjúklinginn í réttri notkun innöndunartækisins. *Fyrir Spiriva Respimat:* Skammtar: Lyfið er eingöngu ætlað til innöndunar. Rörlykjuna má aðeins setja í og nota með Respimat innöndunartæki. Tvær úðanir úr Respimat innöndunartæki jafngilda einum lyfjaskammti. Ráðlagður skammtur fyrir fullorðna er 5 míkrógrömm af tíótrópíum, gefið með tveimur úðunum úr Respimat innöndunartækinu, einu sinni á sólarhring, alltaf á sama tíma sólarhringsins. Ekki má nota stærri skammta en ráðlagðir eru. Sérstakir hópar: *Aldraðir sjúklingar* geta notað tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. *Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi* mega nota tíótrópíumbrómíð í ráðlögðum skömmtum. Þar sem plasmaþéttni hækkar við skerta nýrnastarfsemi hjá sjúklingum með miðlungs eða alvarlega skerta nýrnastarfsemi (CrCL 50 ml/mín.) á aðeins að nota tíótrópíumbrómíð ef ávinningur er meiri en hugsanleg áhætta. Engin reynsla er af langtímanotkun hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. *Sjúklingar með skerta lifrastarfsemi* mega nota tíótrópíum-brómíð í ráðlögðum skömmtum. Börn: *LLT*: Notkun Spiriva Respimat á ekki við hjá börnum og unglingum undir 18 ára aldri. *Slímseigjusjúkdómur:* Ekki hefur verið sýnt fram á verkun og öryggi Spiriva Respimat. Lyfjagjöf: Til að tryggja rétta lyfjagjöf skal læknir eða faglærður heilbrigðisstarfsmaður sýna sjúklingi hvernig nota eigi úðatækið. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir tíótrópíumbrómíði, atrópíni eða afleiðum þess, t.d. ípratrópíumi eða oxítrópíumi, *fyrir Spiriva:* eða ofnæmi fyrir hjálparefninu laktósaeinhýdrati sem inniheldur mjólkurprótein, *fyrir Spiriva Respimat:* eða einhverju hjálparefnanna. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Markaðsleyfishafi**: Boehringer Ingelheim International GmbH, Binger Strasse 173, D-55216 Ingelheim am Rhein, Þýskaland. **Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:** Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. **Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:** *Fyrir Spiriva:* 28.10.2013. *Fyrir Spiriva Respimat:* 28.10.2013. **Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og verð: (Jan 2014):** Spiriva 18 mcg. 30 hylki fyrir handihaler 9.564 kr; Spiriva 18 mcg 30 hylki + handihaler, 9.996 kr; Spiriva Respimat 2,5 mcg/sk, 60 stk 9.996 kr.
Afgreiðslutilhögun: R einungis afgreitt gegn lyfseðli.
Greiðsluþátttaka sjúkratrygginga:.G sjá nánar á www.lyfjstofnun.is

Boehringer Ingelheim

Desemberblaðið 1934, 20. árgangur

Védís Skarphéðinsdóttir

Hér sést kápan á *Læknablaðinu* 1934, vindlaauglýsingin úr fyrsta árgangi er horfin en í staðinn er komið efnisyfirlit tölublaðsins. Blaðið kemur 6 sinnum út þetta ár og er það vel af sér vikið í því ölduróti sem gekk yfir Norðurálfuna þá. Nótt hinna löngu knífa skall á í Þýskalandi 30. júní, og í ágústbyrjun tók Hitler öll völd, varð der Führer.

Í langri upphafsgrein er rakin tilurð og saga blaðsins: … *á fundi (Læknafélags Reykjavíkur) 20. janúar 1915 var skýrt frá því, að komið hefði svar frá 25 læknum. Voru þeir allir hlyntir fyrirtækinu og lofuðu að kaupa blaðið. Var þá samþykt að gefa út blaðið og kosin ritnefnd. Skyldu koma 12 blöð á ári og verðið vera 10 krónur. … aldrei hefir komið fram nein rödd um leggja blaðið niður, svo að öllum virðist ljós þýðing þess og gagn fyrir ísl. læknastétt og framtíð þess ætti að vera borgið úr þessu.*

Með þessari grein er ágrip á ensku og allt blaðið hefur heimsborgaralegan svip. Fjórar stórar greinar eru birtar á þýsku, og ágrip margra greinanna eru á þýsku, og nokkur á ensku. Þriðja þýska ríkið er búið að fóta sig á mörgum sviðum bæði heima og heiman, og menn reyna að láta rödd sína heyrast þar.

Ljósmyndin hér á síðunni er úr grein Steingríms Matthíassonar: *Risi.* Þar segir:

Á Akureyrar-sjúkrahúsi hefi eg nú undanfarna mánuði haft til meðferðar risavaxinn mann, sem mér finst trúlegt, að muni vera hæstur og stærstur allra núlifandi Íslendinga. Eg finn því ástæðu til að lýsa honum nokkuð hér í Læknablaðinu og sjá svo til, hvort nokkur landa vorra bjóði betur. Jóhann heitir hann, risinn, og er Pétursson, frá Ingvörum í Svarfaðardal, 21 árs, ógiftur sjómaður.

Steingrímur birtir síðan töflu yfir 34 atriði sem mæld hafa verið á þeim báðum (25. maí 1934) til frekari samanburðar: Líkamshæð 218,5 / 171,5 cm, líkamsþyngd 139 / 74 kg, ummál höfuðs 69 / 55 cm, ummál brjóstsins 126 / 91 cm, axlarbreidd 40 / 30 cm, lengd eyrans 7 / 5,5 cm. Og hann fer mörgum orðum um risann sem bera merki síns tíma og hugsunarháttar:

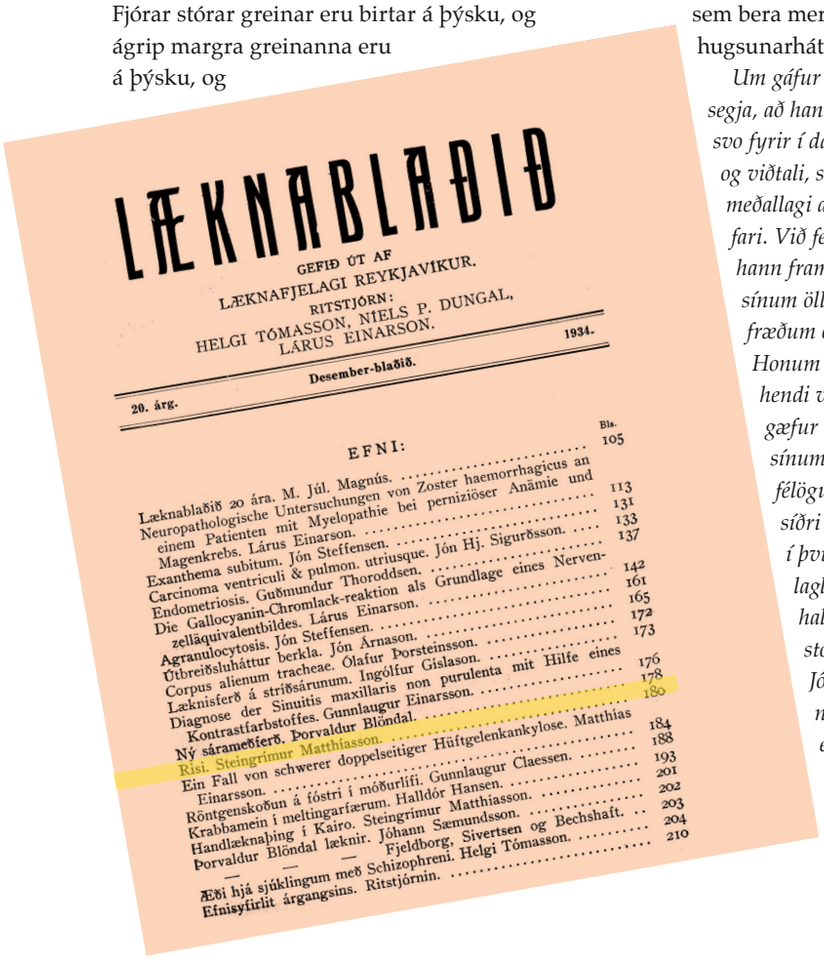
Um gáfur Jóhanns er það að segja, að hann hefir komið oss svo fyrir í daglegri umgengni og viðtali, sem hann sé vel í meðallagi að greind og gáfnafari. Við fermingu reyndist hann framar jafnöldrum sínum öllum í kristnum fræðum og skólafögum. Honum hefir farið vel úr hendi venjuleg störf, verið gæfur í lund, glaður í sínum hóp, vinsæll af félögum, og verið engu síðri en hver annar í því, að lítast vel á laglegar stúlkur. Þó halda mætti, að svo stór skrokkur sem Jóhanns, þyrfti meiri næringu en venja er til, ber aldrei á því, að Jóhann [sé] verulega neyzlufrekari en fólk flest. Hans diuresis og excreta alvi eru heldur ekki meiri en annara menskra manna.



„Ég lét taka mynd af okkur báðum saman, og sýnir myndin myndin glögt, hve Jóhann er mikill að vallarsýn, í samanburði við meðalmann eins og mig.“ Segir Steingrímur Matthíasson Jochumssonar um sjúkling sinn 1934.

Útvarp Reykjavík var byrjað að senda út dagskrá þegar þarna er komið sögu og laugardaginn 1. desember var Útvarpstríóið með tónleika frá kl 21.50-24.00, og lék þá *Danzlög.* Þetta var í fyrsta sinn sem lesnar voru jólakveðjur í útvarpinu..

Á baksíðu Alþýðublaðsins segir 1. des. 1934: *Halldór Kiljan Laxness dvelur nú í Rómaborg. Samkvæmt bréfi sem hann skrifaði Eggert Briem frá Tyrol, hefir hann í hyggju að fara frá Róm um Konstantínopel til Rússlands. Halldór Kiljan hefir nýlega selt Bonnier í Stokkhólmi útgáfurétt á bók sinni „Salka Valka“ í Svíþjóð og verður hún þýdd úr dönsku og kemur út innan skamms.*



LÆKNABLAÐIÐ

GEFIÐ ÚT AF
LÆKNAFJELAGI REYKJAVÍKUR.
RITSTJÓRN:
HELGI TÓMASSON, NIELS P. DUNGAL,
LÁRUS EINARSON.

20. árg. Desember-blaðið. 1934.

EFNI:

Bls.
Læknablaðið 20 ára. M. Júl. Magnús. 105
Neuropathologische Untersuchungen von Zoster haemorrhagicus an einem Patienten mit Myelopathie bei perniciöser Anämie und Magenkrebs. Lárus Einarson. 113
Exanthema subitum. Jón Steffensen. 131
Carcinoma ventriculi & pulmon. utriusque. Jón Hj. Sigurðsson. 133
Endometriosis. Guðmundur Thoroddsen. 137
Die Gallocyanin-Chromlack-reaktion als Grundlage eines Nervenzelläquivalentbildes. Lárus Einarson. 142
Agranulocytosis. Jón Steffensen. 161
Útbreiðsluháttur berkla. Jón Árnason. 165
Corpus alienum tracheae. Ólafur Þorsteinsson. 172
Læknisferð á stríðsárunum. Ingólfur Gíslason. 173
Diagnose der Sinuitis maxillaris non purulenta mit Hilfe eines Kontrastfarbstoffes. Gunnlaugur Einarsson. 176
Ný sáraumbúðaferð. Þorvaldur Blöndal. 178
Risi. Steingrímur Matthíasson. 180
Ein Fall von schwerer doppelseitiger Hüftgelenkankylose. Matthías Einarsson. 184
Röntgenskoðun á fóstri í móðurlífi. Gunnlaugur Claessen. 188
Krabbamein í meltingarfærum. Halldór Hansen. 193
Handlæknaþing í Kairo. Steingrímur Matthíasson. 201
Þorvaldur Blöndal læknir. Jóhann Sæmundsson. 202
— — — Fjeldborg, Sivertsen og Bechshaft. .. 203
Æði hjá sjúklingum með Schizophreni. Helgi Tómasson. 204
Efnisyfirlit árgangsins. Ritstjórnin. 210

HEFJIÐ MEÐFERÐ MEÐ SPIRIVA® (TÍÓTRÓPÍUM)

Staðfest sem 1. valkostur til viðhaldsmeðferðar. Við LLT á öllum stigum

25 milljónir sjúklingaára með Spiriva**[1]

ÞAÐ Á AÐ LIFA LÍFINU

SPIRIVA: Langverkandi andkólínvirkt lyf til viðhaldsmeðferðar við LLT einu sinni á dag.

SPIRIVA TÍÓTRÓPÍUM

- **Andkólínvirkt lyf með fyrirliggjandi upplýsingar um dauðsföll**

16%
FÆKKUN DAUÐSFALLA[2]
P< 0,05



- Minnkar viðvarandi andnauð[3,4,*]
- Minnkar marktækt hættu á versnun LLT[5,6,*,+]
- Eykur marktækt lífsgæði hjá LLT-sjúklingum[5,7,8,#,+]
- Eykur marktækt líkamlegt úthald[4,9,10,#]

\# Upplýsingarnar sem koma fram vísa til meðferðar með SPIRIVA 18 míkróg einu sinni á dag með HandiHaler®

\+ SPIRIVA breytti ekki skerðingarhraða lungnastarfsemi. Aukaendapunktur í UPLIFT sýnir að meðferðin leiðir til meiri bóta á lungnastarfsemi samanborið við lyfleysu

Boehringer Ingelheim

Spi-13-01-10 maj 2013

***Ábendingin: Tíótrópíum er ætlað sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð til að lina einkenni hjá sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT).**

**** Í heiminum.**

Sérlyfjatexti á bls. 125



SPIRIVA® TIOTROPIUM

Heimildir: 1. Yohannes, A.M. et al, Ten years of tiotropium: clinical impact and patient perspectives, International Journal of COPD 2013;8:117-125. **2.** Samantekt á eiginleikum Spiriva innöndunardufti í hylkjum, samþykkt af heilbrigðisyfirvöldum í Danmörku 19. júní 2012. „Lyfhrif: Í rannsókn sem stóð yfir í 4 ár sást bati á lungnastarfsemi (FEV1). Batinn hélst stöðugar öll 4 árin. Á meðferðartímanum sást 16% minnkun hættu á dauðsfalli." **3.** Casaburi R et al. A long-term evaluation of once-daily inhaled tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. Eur Respir J 2002;19:217-224. **4.** O'Donnell DE et al. Effects of tiotropium on lung hyperinflation, dyspnoea and exercise tolerance in COPD. Eur Respir J 2004;23:832-840. **5.** Tashkin DP et al; for the UPLIFT® Study Investigators. A 4-year trial of tiotropium in chronic obstructive pulmonary disease. N Engl J Med 2008;359:1543-54. **6.** Vogelmeier C et al; for the POET-COPD Investigators. Tiotropium versus salmeterol for the prevention of exacerbations of COPD. N Engl J Med 2011;364:1093-1103. **7.** Troosters T et al; for the UPLIFT® Study Investigators. Tiotropium as a first maintenance drug in COPD: secondary analysis of the UPLIFT® trial. Eur Respir J 2010;36:65-73. **8.** Tonnel AB et al; for the TIPHON study group. Effect of tiotropium on health-related quality of life as a primary efficacy endpoint in COPD. Int J Chron Obstruct Pulmon Dis 2008;3:301-310. **9.** Casaburi R et al. Improvement in Exercise Tolerance With the Combination of Tiotropium and Pulmonary Rehabilitation in Patients With COPD. Chest 2005;127:809-817. **10.** Maltais F et al. Improvements in Symptom-Limited Exercise Performance Over 8 h With Once-Daily Tiotropium in Patients With COPD. Chest 2005;128:1168-1178.

Hver sem ástæðan er, hver sem árstíðin er

Avamys®

flútíkasónfúróat

Meðferð við ofnæmiskvefi[1]



Meðferð við ofnæmiskvefi[1]

* Notist eingöngu í nef

AVAMYS nefúði, dreifa. Hver úðaskammtur gefur 27,5 míkrógrömm af flútíkasónfúróati. Ábendingar: Avamys er ætlað til notkunar hjá fullorðnum, unglingum og börnum (6 ára og eldri) . Avamys er ætlað til meðferðar við einkennum ofnæmiskvefs. **Skammtar og lyfjagjöf:** Fullorðnir og unglingar (12 ára og eldri): Ráðlagður upphafsskammtur er tveir úðaskammtar í hvora nös einu sinni á dag. Þegar fullnægjandi stjórn á einkennum hefur náðst gæti minni skammtur, einn úðaskammtur í hvora nös, nægt til viðhaldsmeðferðar. Skammturinn skal stilltur á minnsta skammtinn sem viðheldur fullnægjandi stjórn á einkennum. Börn (6 til 11 ára): Ráðlagður upphafsskammtur er einn úðaskammtur í hvora nös einu sinni á dag. Sjúklingar sem sýna ekki fullnægjandi svörun við einum úðaskammti í hvora nös einu sinni á dag geta notað tvo úðaskammta í hvora nös einu sinni á dag. Þegar fullnægjandi stjórn á einkennum hefur náðst er mælt með því að minnka skammtinn niður í einn úðaskammt í hvora nös, einu sinni á dag. Börn yngri en 6 ára: Takmörkuð reynsla er af notkun lyfsins hjá börnum yngri en 6 ára. Öryggi og verkun hjá þessum hópi hafa ekki verið vel staðfest. Aldraðir sjúklingar og sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi: Engin þörf er á aðlögun skammta hjá þessum hópum. Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi: Engin þörf er á aðlögun skammta þegar um væga eða miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi er að ræða. Engar upplýsingar liggja fyrir um sjúklinga með mikið skerta lifrarstarfsemi.

Frábendingar Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. **MARKAÐSLEYFISHAFI:** Glaxo Group Ltd, 980 Great West Road, Brentford, Middlesex, TW8 9GS, Bretland. **Fulltrúi markaðsleyfishafa:** GlaxoSmithKline ehf. Þverholti 14, 105 Reykjavík, Ísland. Sími 530 3700. Dagsetning endurskoðunar textans: apríl 2013. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá –www.serlyfjaskra.is**

Pakkningar og verð (janúar 2014)
Avamys nefúði 27,5 mcg/sk 120 skammtar R,G 2.849 kr

Aukaverkanir má tilkynna á vef Lyfjastofnunar: www.lyfjastofnun.is/Aukaverkanir/tilkynna eða til GlaxoSmithKline í sima 530 3700.

Heimildir:
1. www.serlyfjaskra.is.

gsk

Janúar 2014 IS/FF/0001d/12 (1)