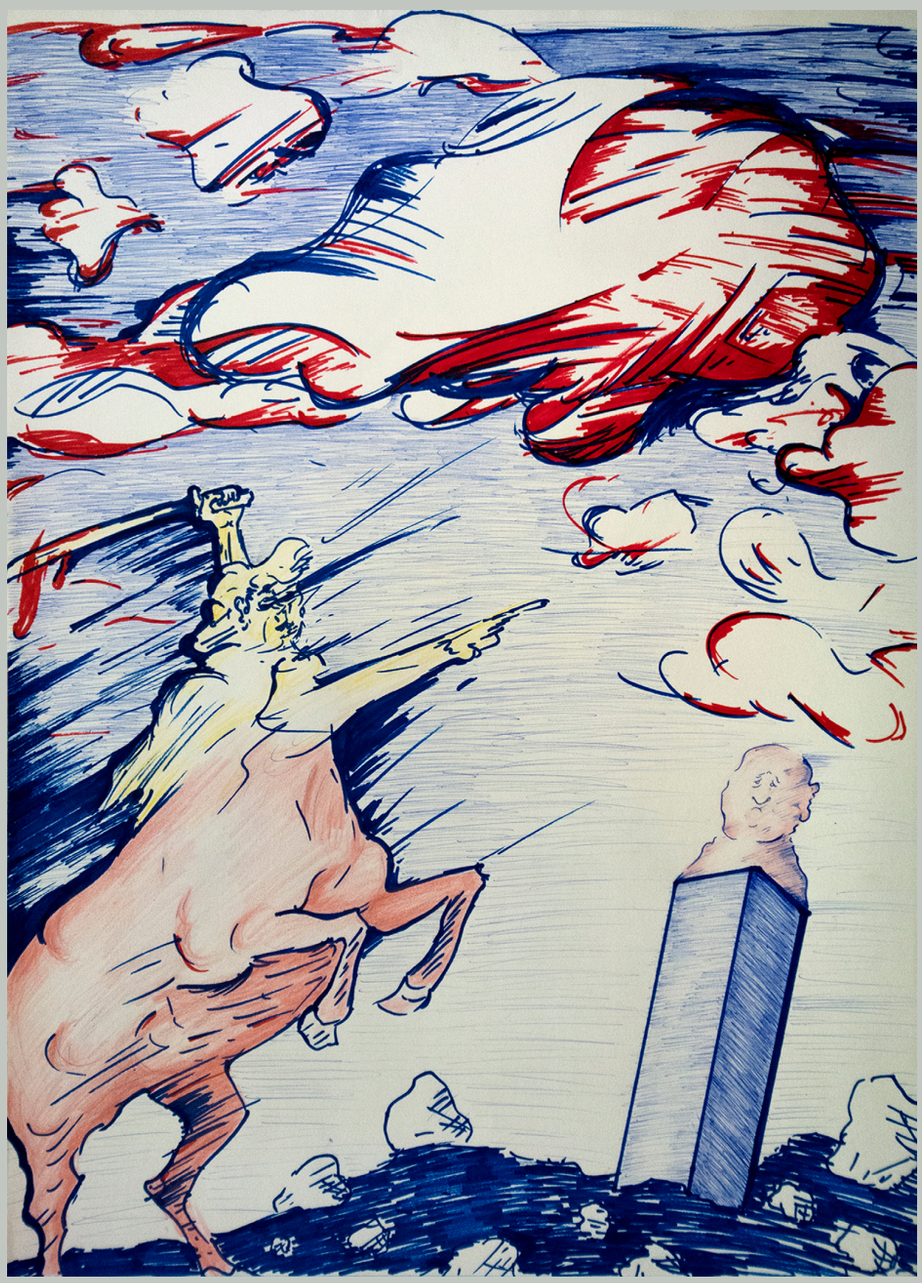
LÆKNABLAÐIÐ • 2. tbl. 103. árg. • Febrúar 2017

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL



www.laeknabladid.is

2/2017

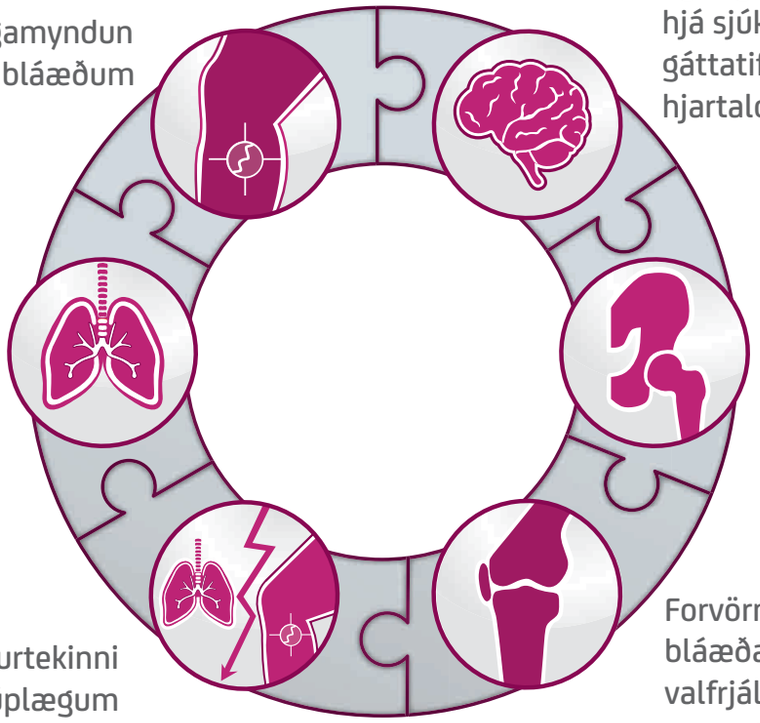
103. árgangur: 57-108

2017; 103: 57-108

Eliquis®

Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum

Forvörn gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum



Meðferð við lungnasegareki

Forvörn gegn bláæðasegareki eftir valfrjáls mjaðmarliðskipti

Forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki

Forvörn gegn bláæðasegareki eftir valfrjáls hnéliðskipti



Eliquis®

sýnt hefur verið fram á verkun og öryggi lyfsins í notkun við nokkrum ábendingum*[1]

* Eliquis®: Hemill með beina verkun á storkuþátt Xa, sem er ætlaður til:

- Forvarnar gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilablóðfall eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II).[1]
- Meðferðar við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE) og forvarnar gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum (báðir styrkleikar).[1]
- Forvarnar gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti (eingöngu fyrir Eliquis® 2,5 mg).[1]

Heimild: 1. Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Eliquis.®

Maí 2016
PFI-16-11-04 EUAPI759

Bristol-Myers Squibb Pfizer

Sérlyfjatexti á bls. 104







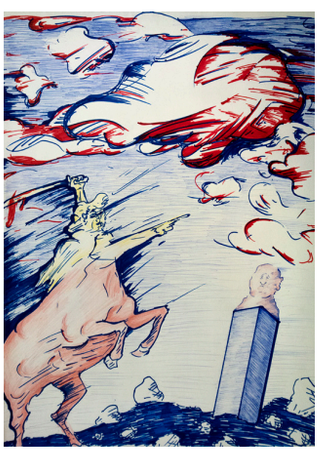
Sigvaldi Kaldalóns á Læknadögum

Margt skemmtilegt bar við á Læknadögum, - samt var þar ekkert sem maður væri til í að hlusta á aftur, - nema ef vera kynni dagskráin um Sigvalda Kaldalóns (1881-1946) sem flutt var í hádeginu á mánudeginum í Norðurljósum, þótt hún hefði náttúrlega átt heima í Kaldalóni eðli málsins samkvæmt. Hana ætti eiginlega að flytja árlega, - það væri hægt að fjalla um Sigvalda lið fyrir lið og bræðurnir úr Fóstbræðrum hafa úr nægu efni að moða eftir hann til að syngja. Hann var náttúrlega læknir og Óttar Guðmundsson smíðaði dagskrána og rakti ævi hans og samskipti við Læknafélag Íslands, en félagið rak Kaldalóns úr sínum röðum árið 1929. Óttar fléttaði sérlega haganlega saman æviatriðum Kaldalóns og guðdómlegri tónlist hans. Ævisaga Sigvalda er mögnuð, hann gegndi læknisstarfi á Snæfjallaströnd við Djúp sem var og er afskekkt og alllangt utan þjónustusvæðis. Hann veiktist af taugaveiki 1918 og flutti sig um set, fyrst út í Flatey en síðan til Grindavíkur og gegndi Keflavíkurhéraði, og komu bæði Guðmundur Hannesson og Jónas frá Hriflu við þá sögu.

Meðfylgjandi myndir voru teknar við þetta tækifæri: – Árni Harðarson stýrði sérvöldum læknisfræðilega rétt tengdum félögum úr karlakórnum Fóstbræðrum sem sungu hverja perlu Kaldalóns af annarri, Á Sprengisandi, Suðurnesjamenn, Ave Maríu, Svanasöng á heiði, Þú eina hjartans yndið mitt, og fleiri. Páll Torfi Önundarson var feikilega ánægður með Aðalheiði Þorsteinsdóttur píanóleikara og Hildigunni Einarsdóttur söngkonu. Barnabarn tónskáldsins, Ester Kaldalóns, og Eiríkur Jónsson læknir og Fóstbróðir tóku tal saman.

- VS

LISTAMAÐUR MÁNAÐARINS



Teikningar **Sigurðar Ámundasonar** (f. 1986) fara bil beggja, milli hins hlutbundna og óhlutbundna, raunveruleika og fantasíu, háleitra og listsögulegra skírskotana annars vegar og hversdagslegra skrípómynda hins vegar. Þær eru unnar með blandaðri tækni, trélitum, kúlupenna, blýanti og túss. Þessum ólíku teiknitólum ægir oft á tíðum saman í einu og sama verkinu. Teikningarnar bera sterkt handbragð höfundarins, form sem flæða úr einu í annað og tilfinningu fyrir gusti sem stafar af taktföstum línum þvers og kruss. Ekki er laust við að súrrealistar eins og Salvador Dalí komi í hugann og draumkennd málverk hans af bráðnandi hlutum og bjöguðum fígúrum í yfirgefnu landslagi. Þá minnist maður annars listamanns nær okkur í tíma og rúmi, Alfreðs Flóka, sem einnig var hallur undir súrrealisma og náði frábæru valdi á teikningunni. Á forsíðu *Læknablaðsins* varð fyrir valinu teikning eftir Sigurð sem kallast á sinn hátt á við atburði líðandi stundar. Þar stekkur inn á sjónarsviðið valdsmannslegur og herskár náungi, hálfur maður og hálfur hestur. Hann reiðir blóðuga sveðju til höggs í hrjóstrugu landslagi undir dreyrrauðum skýjabólstrum. Á vegi hans verður minnisvarði fortíðar sem hörfar eða riðar til falls og úr svip brjóstmyndarinnar má lesa efa og jafnvel ótta. Verkið heitir **Gerðu hetjur þínar stoltar** og er frá árinu 2015, stærð þess er 57 x 41 sm. Sigurður er búsettur í Reykjavík, hann útskrifaðist frá Listaháskóla Íslands árið 2012. Ásamt teikningunum hefur hann meðal annars fengist við gjörningalist og bókverkagerð.

Markús Þór Andrésson

Læknablaðið

THE ICELANDIC MEDICAL JOURNAL

www.laeknabladid.is

Hlíðasmára 8
201 Kópavogi
sími 564 4104

Útgefandi
Læknafélag Íslands
Læknafélag Reykjavíkur

Ritstjórn
Magnús Gottfreðsson,
ritstjóri og ábyrgðarmaður
Elsa B. Valsdóttir
Gerður Gröndal
Hannes Hrafnkelsson
Magnús Haraldsson
Sigurbergur Kárason
Þórdís Jóna Hrafnkelsdóttir

Tölfræðilegur ráðgjafi
Thor Aspelund

Ritstjórnarfulltrúi
Védís Skarphéðinsdóttir
vedis@lis.is

Blaðamaður
Hávar Sigurjónsson (í leyfi)
havar@lis.is

Auglýsingastjóri og ritari
Esther Ingólfsdóttir
esther@lis.is

Umbrot
Sævar Guðbjörnsson
saevar@lis.is

Upplag
1900

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

Áskrift
14.900,- m. vsk.
Lausasala
1490,- m. vsk.

© Læknablaðið
Læknablaðið áskilur sér rétt til að birta og geyma efni blaðsins á rafrænu formi, svo sem á netinu. Blað þetta má eigi afrita með neinum hætti, hvorki að hluta né í heild, án leyfis.

Fræðigreinar Læknablaðsins eru skráðar (höfundar, greinarheiti og útdrættir) í eftirtalda gagnagrunna: Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/Science Edition, Scopus og Hirsluna, gagnagrunn Landspítala.

The scientific contents of the Icelandic Medical Journal are indexed and abstracted in Medline (National Library of Medicine), Science Citation Index (SciSearch), Journal Citation Reports/ Science Edition and Scopus.

ISSN: 0023-7213

2. tölublað, 103. árgangur, 2017

LEIÐARAR



63

Þorbjörn Jónsson

Ný ríkisstjórn – ný stefna í heilbrigðismálum?

Framundan eru stór mál sem nýr ráðherra þarf að kljást við. Læknar eru nú sem fyrr reiðubúnir til að veita stjórnvöldum ráðgjöf um flest það sem að heilbrigðismálum lýtur.



65

Runólfur Pálsson

Lög um líffæragjafir á Íslandi: Er tímabært að taka upp ætlað samþykki?

Mikilvægt að leita leiða til að sem flestir gefi líffæri sín við andlát. Meðal úrræða sem hefur verið kallað eftir er breyting laga um líffæragjafir þannig að þau feli í sér ætlað samþykki.

FRÆÐIGREINAR

67

Hlíf Vilhelmsdóttir, Magnús Jóhannsson

Viðhorf Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar

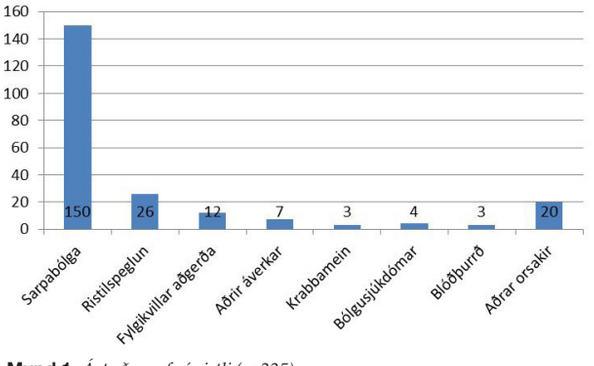
Niðurstöðurnar gefa góða mynd af viðhorfum Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar. Þær gætu skapað grundvöll umbótastarfs fyrir klíníska vinnu og til hagræðingar fyrir heilbrigðiskerfið. Slík vinna gæti stuðlað að málefnalegri umræðu um þátt lyfja í meðferð sjúkdóma, vanda tengdum meðferðarfylgni og betri samskiptum lækna við sjúklinga og lyfjafyrirtæki.

73

Kristín Jónsdóttir, Elsa B. Valsdóttir, Shreekrishna Datye, Fritz Berndsen, Páll Helgi Möller

Nýgengi, orsakir og meðferð við bráðu rofi á ristli á Íslandi 1998-2007

Sarpabólga var algengasta orsök rofs á ristli á Íslandi á rannsóknartímabilinu. Á sama tímabili jókst notkun stuðningsmeðferðar á meðan skurðaðgerðum fækkaði. Hlutfall þeirra sjúklinga sem fékk stóma og sem síðar fóru í aðgerð þar sem gerð var endurtenging er hátt hérlendis og fyllilega sambærilegt því sem lýst er í erlendum rannsóknum.



Mynd 1. *Ástæður rofs á ristli (n=225).*

79

Ragnheiður Martha Jóhannesdóttir, Tómas Guðbjartsson, Arnar Geirsson

Skurðaðgerðir við hjartaþelsbólgu á Íslandi 1997-2013

Fimmti hver sjúklingur með hjartaþelsbólgu þurfti á hjartalokuaðgerð að halda, ósæðarloku- eða míturlokuskipti. Árangur er sambærilegur við erlendar rannsóknir en fylgikvillar eru tíðir, 30-daga dánartíðni hærri og langtímalifun lakari en eftir hefðbundnar lokuskiptaaðgerðir.

UMFJÖLLUN OG GREINAR



88

Af æðakölkun, ofáti og íþróttafólki

Læknadagar 2017 fóru vel fram í Hörpu og enduðu með dansleik eins og vaninn er og vera ber

Þröstur Haraldsson



88

Störfuðu saman í aldarþriðjung

Pétur Skarphéðinsson og Gylfi Haraldsson heilsugæslulæknar láta af störfum í Laugarási í Biskupstungum

Þröstur Haraldsson

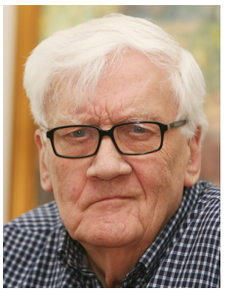
Það eru drjúgir spottar í héraðinu, 40 km upp að Sogi og einnig upp að Gullfossi og austur í Þjórsárdal.

90

„Opinber rekstur tryggir gæði og jöfnuð í heilbrigðiskerfinu“

segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir

Hávar Sigurjónsson

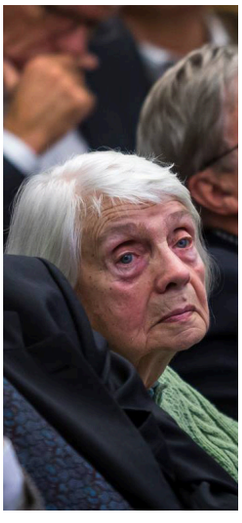


94

Hálf öld með veirum, og fleirum

Margrét Guðnadóttir

Læknadeild og Félag læknanema héldu ráðstefnu um læknanám hér í 140 ár. Læknablaðið fór þess á leit við Margréti að fá að birta ræðu hennar af þessu tilefni.



MINNINGARORÐ

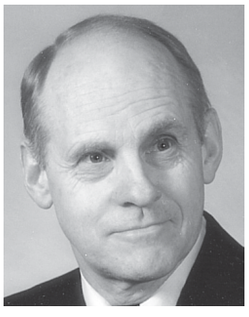


96

Povl Riis - minning

Jóhannes Tómasson

Riis var heiðursfélagi Læknafélags Íslands og sæmdur fálkaorðunni 2012.



97

In memoriam - Tómas Árni Jónasson

Örn Bjarnason

Tómas Árni var formaður Læknafélags Íslands árin 1974-1978.

97

Unglæknar og læknanemar verðlaunaðir á Lyflæknaþingi

Verðlaun veitt fyrir framúrskarandi vísindaerindi.



PISTLAR

ÚR PENNA STJÓRNARMANNA LÍ



87

Peningar kaupa ekki hamingju

Agnar H. Andrésson

100

Þróunarmiðstöð Heilsugæslunnar

Emil Lárus Sigurðsson, Jón Steinar Jónsson, Oddur Steinarsson, Þórarinn Ingólfsson

Það þarf að stíga nauðsynleg skref til þess að íslensk heilsugæsla og heilbrigðisþjónusta verði heildstæðari og meðal bestu heilbrigðiskerfa Evrópu.



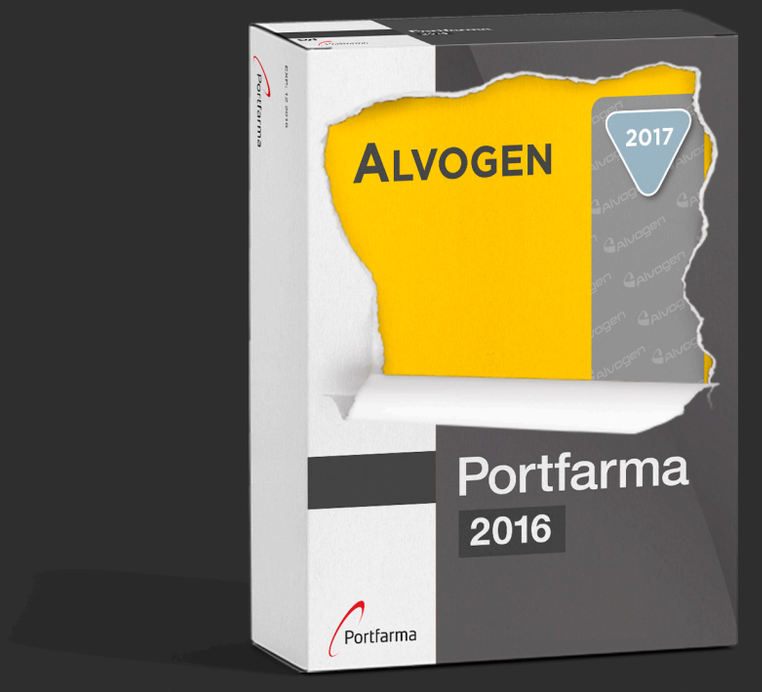
106

Tímabært endurmat

Arna Guðmundsdóttir

Um Læknafélag Reykjavíkur

PORTFARMA VERÐUR ALVOGEN



NÝTT ÚTLIT – SÖMU LYF

New government, new health policy?

Þorbjörn Jónsson
MD, PhD, Consultant in Immunology
and Transfusion Medicine
Landspitali University Hospital, Reykjavík

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.02.118



Þorbjörn Jónsson

sérfræðingur í ónæmisfræði
og blóðgjafarfræði

formaður Læknafélags Íslands

thorbjor@landspitali.is

RITSTJÓRNARGREIN

Ný ríkisstjórn – ný stefna í heilbrigðismálum?

Þann 11. janúar síðastliðinn tók við völdum ný ríkisstjórn, samstjórn Sjálfstæðisflokks, Viðreisnar og Bjartrar framtíðar. Nýr ráðherra heilbrigðismála er Óttar Proppé, þingmaður Bjartrar framtíðar.

Í ársbyrjun 2016 rituðu nærri 87.000 kosningabærir Íslendingar nafn sitt undir áskorunina „*Endurreisum heilbrigðiskerfið*“ sem Kári Stefánsson læknir gekkst fyrir. Þar var þess krafist að 11% af vergri landsframleiðslu yrði varið til heilbrigðismála, í stað þeirra 8,7% sem nú fara til málaflokksins. Það er því ótvírætt krafa almennings til stjórnvalda að auknu fjármagni sé varið til heilbrigðismála á Íslandi.

Í aðdraganda kosninga var nokkur umfjöllun um heilbrigðismál og allir stjórnmálaflokkar voru á einu máli um að efla þyrfti heilbrigðiskerfið, jafnvel stórefla. Rætt var um að: endurreisa þyrfti heilbrigðiskerfið, stytta biðlista, stórauka fjármuni til heilbrigðisþjónustu og jafnvel gera hana gjaldfrjálsa, bæta þjónustu við aldraða, framlög til heilbrigðismála yrðu 11% af vergri landsframleiðslu og lækka þyrfti lyfja- og sjúkrakostnað einstaklinga, svo fátt eitt sé upp talið.

Þess vegna biðu margir í ofvæni eftir stefnuyfirlýsingu nýrrar ríkisstjórnar.[1] Óhætt er að segja að heilbrigðishluti stefnuyfirlýsingarinnar sé knappur, einungis 176 orð að lengd. Um margt er farið almennum orðum og sum atriði ganga aftur lítt breytt frá stefnuyfirlýsingum fyrri ríkisstjórna.[2] Ýmsu ber vissulega að fagna. Í stefnuyfirlýsingunni eru fjögur atriði sem ég tel vert að vekja sérstaka athygli á:

- Stefnt skal að því að minnka greiðsluþátttöku einstaklinga í heilbrigðisþjónustu.
- Uppbyggingu Landspítalans við Hringbraut verður hraðað eins og kostur er og byggingu meðferðarkjarna lokið árið 2023.
- Aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu verður aukið.
- Sérstakt átak verður gert til að stytta biðtíma eftir þjónustu í heilbrigðiskerfinu.

Greiðsluþátttaka sjúklinga hér á landi hefur árum saman verið meiri en í nágrannalöndum okkar. Á Íslandi hafa sjúklingar þurft að greiða um og yfir 18% af öllum heilbrigðisútgjöldum úr eigin vasa en á flestum Norðurlandanna hefur þessi tala verið nær 15%. Ennfremur má ekki gleyma mikilli umræðu á síðasta kjörtímabili um mál einstakra sjúklinga, einkum sjúklinga með krabbamein, sem lent hafa í hundruða þúsunda eða jafnvel milljóna króna útgjöldum í tengslum við veikindi sín. Slík útgjöld ofan á alvarleg veikindi eru mikill baggi fyrir hvert meðalheimili. Það hefur verið almennur vilji Íslendinga að lagfæra þetta og það starf var hafið á síðasta kjörtímabili.

Unnið hefur verið að undirbúningi nýs Landspítala sleitulaust í hálfan annan áratug og er óhætt að segja að margir séu orðnir langeygir eftir nýjum spítala. Efnahagshrunið 2008 setti þáverandi hugmyndir í uppnám en strax árið 2009 var hafist handa við hönnun á nýjum, minni og ódýrari byggingum. Síðan eru liðin 7 ár. Það er því gleðiefni að ný ríkisstjórn staðfesti áform fyrri stjórnenda heilbrigðismála um að flutt verði inn í nýjan spítala ekki síðar en árið 2023. Til þess að svo geti orðið þurfa framkvæmdir að hefjast skjótt.

Há sjálfsvígstíðni ungmenna á Íslandi hefur verið áhyggjuefni um árabil og umræða um þetta vandamál farið vaxandi. Ný ríkisstjórn stefnir að því að auka aðgengi að geðheilbrigðisþjónustu og er sálfræðiþjónusta sérstaklega nefnd í þessu samhengi. Ekki þarf síður að huga að meiri sérfræðiþjónustu geðlækna. Til þess að svo geti orðið þarf að laða til starfa íslenska geðlækna sem lokið hafa sérfræðinámi en eru búsettir erlendis. Það er afar mikilvægt að þessi þáttur heilbrigðiskerfisins verði ekki útundan.

Í mörg ár hefur biðtími eftir tilteknum aðgerðum og læknismeðferðum verið of langur á Íslandi. Af og til hefur verið lagt fjármagn í að stytta biðtíma eftir ákveðnum aðgerðum, svo sem augnaðgerðum, bæklunaraðgerðum eða kransæðaþræðingum. Því miður hefur biðtíminn viljað lengjast aftur að átaki loknu. Það væri sérstakt fagnaðarefni ef ríkisstjórnin gæti unnið skipulega að því að stytta biðtíma til lengri tíma. Í þessu sambandi má benda á að nýlega opnuðust möguleikar fyrir sjúklinga að sækja læknisþjónustu út fyrir landsteinana ef biðtími fer upp fyrir skilgreind viðmið Embættis landlæknis. Slík þjónusta erlendis yrði að mestu leyti greidd af Sjúkratryggingum Íslands.

Í fyrirsögn þessarar ritstjórnargreinar er því varpað fram hvort ný ríkisstjórn hyggist breyta um kúrs í heilbrigðismálum, móta nýja stefnu í þessum mikilvæga málaflokki. Það eru vissulega ágætir punktar í stefnuyfirlýsingu nýrrar ríkisstjórnar en það væri ofmælt að tala um að ný stefna hefði verið mótuð. Þegar þessi orð eru rituð hafa ríkisstjórn og nýr heilbrigðismálaráðherra setið fáa daga að völdum. Það væri því ósanngjarnt að mæla eða dæma verk þeirra strax. Framundan eru stór mál sem nýr ráðherra þarf að kljást við. Læknar eru nú sem fyrr reiðubúnir til að veita stjórnvöldum ráðgjöf um flest það sem að heilbrigðismálum lýtur.

Heimildir

1. Stefnuyfirlýsing ríkisstjórnar Sjálfstæðisflokks, Viðreisnar og Bjartrar framtíðar frá 10. janúar 2017: stjornarrad.is/Stefnuyfirlysing/stefnuyfirlysing-rikisstjornar-sjalfstaedisflokksins--vidreisnar-og-bjartrar-framtidar
2. Stefnuyfirlýsing ríkisstjórnar Framsóknarflokks og Sjálfstæðisflokks frá 22. maí 2013: stjornarrad.is/Stefnuyfirlysing/nr/549



Hætt að reykja: Bentu sjúklingum þínum á árangur meðferðar með CHAMPIX®

- *Marktækt betri árangur við að hætta að reykja en með notkun búprópíons, nikótínplástra (21 mg) eða lyfleysu í vikum 9-12 og vikum 9-24*[1]
- *Ekki marktækt aukin áhætta á taugageðrænum aukaverkunum* samanborið við notkun lyfleysu við að hætta að reykja, óháð sögu um geðraskanir*[1]
- *Hjálpar til við að hætta að reykja með því að hindra verkun nikótíns og draga úr þörf fyrir reykingar*[2,3,4]
- *Þolist vel og hentar flestum fullorðnum reykingamönnum sem vilja hætta að reykja*[1,3]

PFI-16-12-01 PP-CHM-DNK-0062

Tóbaksfíkn er ástand sem hægt er að líkja við langvinnan sjúkdóm. Yfirleitt er ávanabinding mikil, sambærileg við áfengissýki eða misnotkun vímuefna.[5]

Fylgstu með reynslu sjúklinga þinna, svo þú sjáir árangurinn

Nikótínlaus leið til að hætta að reykja [3]

CHAMPIX® VARENICLIN

Ábending: Notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum[3].

Upplýsingar um CHAMPIX® (vareniclin) er að finna í blaðinu.

Sérlyfjatexti á bls. 104

Heimildir:
1. Anthenelli RM, et al. Lancet 2016, 22. apr. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30272-0 [Rafræn útgáfa áður en prentuð útgáfa kom út]. **2.** Jorenby DE, et al. JAMA 2006;296:56-63. **3.** CHAMPIX Samantekt á eiginleikum lyfs, júlí 2016. **4.** West R, et al. Psychopharmacology 2008;197:371-377. **5.** Pisinger CH. Behandling af tobaksafhængighed - Anbefalingar til en styrket klinisk praksis. 2011 Sundhedsstyrelsen.
*16 meðalalvarlegar og alvarlegar taugageðrænar aukaverkanir, þ.m.t.: kvíði, þunglyndi, óeðlileg líðan, fjandsamleg hegðun (teljast mjög alvarlegar aukaverkanir), æsingur, árásargirni, ranghugmyndir, ofskynjanir, manndrápshugsanir, oflæti, ofsahræðsla, vænisýki, geðrof, sjálfsmorðshugsanir, sjálfsmorðshegðun og sjálfsvíg (teljast meðalalvarlegar eða alvarlegar aukaverkanir).

The Icelandic organ donation law: has the time arrived for presumed consent?

Runolfur Palsson, M.D.
Professor of Medicine (Renal Diseases), Faculty of Medicine, University of Iceland
Chief, Division of Nephrology, Landspitali - The National University Hospital of Iceland

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.02.119



Runólfur Pálsson læknir

nýrnalæknir, Landspítala

prófessor við læknadeild Háskóla Íslands

runolfur@landspitali.is

RITSTJÓRNARGREIN

Lög um líffæragjafir á Íslandi: Er tímabært að taka upp ætlað samþykki?

Líffæraígræðslur hafa verið í örri framþróun undanfarna áratugi og fara nú daglega fram á háskólasjúkrahúsum víða um heim. Því miður er þó einungis hægt að mæta hluta eftirspurnar eftir slíkri meðferð vegna skorts á líffærum. Þess vegna er mikilvægt að leitað verði allra mögulegra leiða til að sem flestir fáist til að gefa líffæri sín við andlát. Meðal úrræða sem gjarnan hefur verið kallað eftir hér á landi er breyting laga um líffæragjafir á þann veg að þau feli í sér ætlað samþykki.

Lög um ákvörðun dauða og brottnám líffæra til ígræðslu voru sett á Íslandi árið 1991 og byggjast þau á upplýstu samþykki, en það gerir ráð fyrir því að hinn látni hafi verið andvígur líffæragjöf nema hann hafi áður lýst yfir vilja til vera gjafi. Meirihluti vestrænna ríkja býr hins vegar við löggjöf sem felur í sér ætlað samþykki og eru þá allir einstaklingar gjafar nema þeir hafi áður skráð sig andsnúna líffæragjöf. En þar sem fáir hafa greint opinberlega frá afstöðu sinni gagnvart líffæragjöf við andlát er yfirleitt leitað til ættingja eftir upplýsingum þar að lútandi og samþykki fyrir brottnámi líffæra. Þessi nálgun hefur sætt gagnrýni sem beinist einkum að því að ætlað samþykki sé í raun merkingarlaust þegar ákvörðun um líffæragjöf ræðst af afstöðu ættingja. Það ber þó að hafa í huga að það vilja ekki allir gefa líffæri sín við andlát og geta ýmsar ástæður legið að baki, meðal annars trúarskoðanir, menningarleg viðhorf, þekkingarskortur og vantraust gagnvart heilbrigðisþjónustunni.

Í Frakklandi hefur lengi verið við lýði löggjöf um líffæragjafir sem byggir á ætluðu samþykki en þrátt fyrir nokkuð háa tíðni líffæragjafa samanborið við aðrar þjóðir, hefur það ekki nægt til að mæta eftirspurn eftir líffæraígræðslu. Í upphafi þessa árs tóku gildi ný lög í Frakklandi sem fela í sér að ekki er lengur skylt að leita eftir samþykki aðstandenda fyrir líffæragjöf.[1] Til að varðveita sjálfsákvörðunarrétt fólks hefur verið sett á laggirnar opinber skrá yfir þá sem lýsa sig andvíga líffæragjöf. Óvíst er að það muni nægja til að tryggja rétt þeirra sem ekki vilja gefa líffæri er fram líða stundir, enda hafa slíkar skrár hvergi gefist nægilega vel. Þessi nýju lög hafa valdið deilum því margir telja að svo hörð útfærsla ætlaðs samþykkis sé brot á rétti einstaklinga og fjölskyldna þeirra. Óttast er að alvarlegur ágreiningur geti skapast milli heilbrigðisstarfsmanna og fjölskyldu látins einstaklings sem gæti leitt til neikvæðrar umfjöllunar um líffæragjafir í samfélaginu. Afar fáar þjóðir hafa gengið jafnlangt í útfærslu ætlaðs samþykkis og Frakkar og er víðast hvar lagaleg skylda að hafa samráð við ættingja áður en ráðist er í brottnám líffæra.

Lengi hefur verið deilt um mikilvægi ætlaðs samþykkis í viðleitni til að fjölga líffæragjöfum. Það er óneitanlega vísbending um gagnsemi slíkra laga að tíðni líffæragjafa er áberandi hærri í löndum sem búa við lög er byggja á ætluðu samþykki en þar sem upplýst samþykki liggur til grundvallar.[2] Á hinn bóginn hefur ekki verið sýnt fram á með vissu að breyting löggjafar úr upplýstu í ætlað samþykki leiði til fjölgunar gjafa.[3] Þetta er þó ekki auðvelt að meta því iðulega hefur verið ráðist í aðrar aðgerðir samhliða lagabreytingu. Engu að síður álíta margir að ætlað samþykki kunni að auðvelda ættingjum að samþykkja líffæragjöf og hafi jákvæð áhrif á viðhorf samfélagsins til þessa málefnis.

Á Íslandi hefur líffæragjöfum fjölgað verulega síðustu tvö ár og hefur fjöldi gefinna líffæra á þessu tímabili verið umfram eftirspurn eftir líffæraígræðslu. Þessa þróun má að nokkru leyti þakka mikilli samfélagsumræðu, einkum fyrir tilstuðlan fólks sem greint hefur frá reynslu sinni af líffæragjöf látinna ástvina. Aukning í fjölda líffæragjafa kann að vera tímabundið ástand og því er brýnt að áfram verði beitt öllum tiltækum aðferðum til að fjölga þeim sem eru fúsir að gefa líffæri sín, einkum með eflingu skipulags og verkferla í tengslum við líffæragjafir og markvissri almenningsfræðslu.

Að mínum dómi er tímabært að íslensku löggjöfinni verði breytt í ætlað samþykki. Frumvarp þess efnis var lagt fram á Alþingi árið 2013 en fékk ekki brautargengi. Vissulega eru skiptar skoðanir um ætlað samþykki, enda fylgja því ýmis siðferðileg álitaefni. En í ljósi þess að fólk deyr vegna skorts á líffærum hljóta samfélagsleg sjónarmið að vega þungt. Enn fremur sýndi nýleg íslensk rannsókn að meirihluti fólks er hlynntur löggjöf sem gerir ráð fyrir ætluðu samþykki.[4] Ef ráðist verður í lagabreytingu sem innifelur ætlað samþykki er afar mikilvægt að réttur einstaklinga sem eru andvígir líffæragjöf verði virtur og þar sem afstaða þeirra liggur sjaldnast fyrir við andlát er óhjákvæmilegt að haft verði samráð við nánustu ættingja.

Heimildir

1. Willsher K. France introduces opt-out policy on organ donation. Guardian, 2. janúar 2017. theguardian.com/society/2017/jan/02/france-organ-donation-law
2. Rudge CJ, Buggins E. How to increase organ donation: does opting out have a role? Transplantation 2012; 93: 141-4.
3. Rithalia A, McDaid C, Suekarran S, Myers L, Sowden A. Impact of presumed consent for organ donation on donation rates: a systematic review. BMJ 2009; 338: a3162.
4. Rúnarsdóttir K, Ólafsson K, Arnarsson Á. Viðhorf Íslendinga til ætlaðs samþykkis við líffæragjafir. Læknablaðið 2014; 100: 521-5.

Colrefuz®
colchicine

Lyf gegn þvagsýrugigt

- **Meðferð** við bráðum þvagsýrugigtarköstum
- **Fyrirbyggjandi meðferð** gegn þvagsýrugigtarkasti í upphafi meðferðar með þvagsýrulosandi lyfjum



Actavis / 619021



Sérlyfjatexti á bls. 105

Colrefuz (Colchicin) – 500 míkrógramma töflur / 100 stykkja pakkningar

Actavis

Viðhorf Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar

Hlíf Vilhelmsdóttir[1,2] lyfjafræðingur, **Magnús Jóhannsson**[2] læknir

ÁGRIP

Tilgangur: Að kanna viðhorf Íslendinga til lyfja.
Aðferðir: Spurningalistinn *The Beliefs about Medicines Questionnaire (BMQ)* var þýddur, gildaður og notaður til að kanna viðhorf Íslendinga til lyfja. Einnig var spurt um heilsufar og sjúkdóma þátttakenda. Úrtakið var 1500 Íslendingar á aldrinum 18-75 ára sem fengið var úr nethópi Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands.
Niðurstöður: Svarhlutfallið var 61,6%. Flestir Íslendingar eru jákvæðir gagnvart lyfjum og treysta þeim yfirleitt. Sjúklingar með langvinna sjúkdóma eru jákvæðari en aðrir þátttakendur og taka síður undir fullyrðingar um skaðsemi og ofnotkun lyfja. Menntun hefur mikil áhrif á viðhorfin með þeim hætti að fólk með minni menntun ber minna traust til lyfja. Kyn eða aldur hafa ekki teljandi áhrif á viðhorfin.
Umræður: Niðurstöðurnar gefa góða mynd af viðhorfum Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar. Þær gætu skapað grundvöll umbótastarfs fyrir klíníska vinnu og til hagræðingar fyrir heilbrigðiskerfið. Slík vinna gæti stuðlað að málefnalegri umræðu um þátt lyfja í meðferð sjúkdóma, vanda tengdan meðferðarfylgni og betri samskiptum lækna við sjúklinga og lyfjafyrirtæki.

Inngangur

Viðhorf fólks til lyfja ræður talsvert miklu um meðferðarfylgni í ýmsum langvinnum sjúkdómum og er talið vega þyngra en klínískir, félagslegir og lýðfræðilegir þættir.[1,2] Þrátt fyrir að réttum lyfjum sé ávísað réttum sjúklingi má vera að árangur verði síðri, samrýmist meðferðin ekki viðhorfum sjúklingsins. Viðhorf sjúklinga gagnvart lyfjum, lyfjaávísunum og jafnvel lyfjafyrirtækjum getur haft mikil áhrif á hvort sjúklingar gangist undir lyfjameðferð samkvæmt ábendingum og hvort meðferðarfylgni aukist.[3,4] Þeir sem hafa sterkastar skoðanir í þessum efnum geta mögulega haft áhrif á vini og vandamenn sem taka lyf og þeirra meðferðarfylgni. Neikvæð viðhorf til lyfja, til dæmis áhyggjur af aukaverkunum, geta valdið slakri meðferðarfylgni.[1] Með því að kortleggja og auka skilning á viðhorfum sjúklinga til lyfja geta fundist leiðir til að bæta meðferðarfylgni og klíníska útkomu. Ef hægt væri að átta sig á áhrifaþáttum viðhorfa til lyfja mætti finna leiðir til að gera þau jákvæðari. Það yrði gagnlegt í þróun á inngripum til að bæta meðferðarfylgni.[5]

The Beliefs about Medicines Questionnaire spurningalistinn (BMQ)
BMQ-spurningalistinn var þróaður í Bretlandi árið 1999 og er notaður til að kanna viðhorf sjúklinga til lyfja í tengslum við meðferð langvinnra sjúkdóma.[4] Ákveðnir þættir virðast hafa áhrif á viðhorfin, til að mynda uppruni fólks, menning[6,7] og menntun. Betur menntað fólk hefur jafnan betri þekkingu á sjúkdómi sínum og meðferðinni og er viðhorf þess til lyfja jákvæðara.[8] Fólk með litla þekkingu á lyfjum sínum lítur oftar á lyf sem hættuleg heldur en þeir sem hafa góða þekkingu.[9] Gæði sambands læknis og sjúklings með langvinnan sjúkdóm virðast ráða miklu um viðhorf sjúklings til lyfjameðferðar. Mikið getur unnist fyrir árangur meðferðar með því að bæta slík tengsl.[3,10,11] Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja geta einnig haft áhrif á viðhorfin. Sjúklingar líta svo á að gjafir til lækna frá lyfjafyrirtækjum séu algengar og þetta veldur þeim áhyggjum. Sumir sjúklingar telja að samskiptin hafi áhrif á ákvarðanir lækna í lyfjameðferðinni. Þetta ógnar því trausti sem þeir bera til lækna sinna og heilbrigðiskerfisins.[3,12,13]

BMQ hefur verið notaður til að meta viðhorf ýmissa sjúklingahópa með langvinna sjúkdóma, svo sem astma,[1,14] hjarta- og æðasjúkdóma,[15-18] geðsjúkdóma,[19,20] krabbamein,[21,22] gigtarsjúkdóma[23,24] og fleiri.[25]

Markmið rannsóknarinnar var að kanna viðhorf Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar sem hefur lítið verið kannað á Íslandi og aldrei áður með BMQ. Viðhorf fólks með ákveðna langvinna sjúkdóma (hjarta- og æðasjúkdóma, lungnasjúkdóma, sykursýki, geðsjúkdóma og meltingarsjúkdóma) sem notar lyf mikið voru skoðuð sérstaklega. Einnig voru könnuð viðhorf þeirra sem voru frískir og nota lyf sjaldan.

Efniviður og aðferðir

The Beliefs about Medicines Questionnaire
BMQ er í tveimur hlutum, sértækur (BMQ-S) og almennur hluti (BMQ-G). Hvor hluti hefur tvo undirhluta (tafla I). BMQ-S eru 10 spurningar. Fyrri undirhluti BMQ-S, *specific-necessity* (BMQ-SN), metur hversu mikla þörf fólk hefur fyrir lyfin sín og hversu mikilvæg þeim þykir þau vera til að stuðla að betri heilsu núna

[1]Lyfjafræðideild, [2]rannsóknastofu í lyfja-og eiturefnafræði við Háskóla Íslands.
Fyrirspurnum svarar Hlíf Vilhelmsdóttir *hlif84@gmail.com*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.02.120

Greinin barst 7. september 2016, samþykkt til birtingar 2. janúar 2017.

Tafla I. *The Beliefs about Medicines Questionnaire spurningalistinn.*

BMQ-Specific (BMQ-S)
Specific-Necessity (BMQ-SN)
- Núverandi heilsa mín veltur á lyfjunum sem ég tek.
- Líf mitt væri óbærilegt án lyfjanna sem ég tek.
- Ég yrði mjög veik/ur án lyfjanna sem ég tek.
- Heilsa mín í framtíðinni veltur á lyfjunum sem ég tek.
- Lyfin sem ég tek koma í veg fyrir að mér versni.

Specific-Concern (BMQ-SC)
- Mér finnst áhyggjuefni að þurfa taka lyf.
- Ég hef stundum áhyggjur af langtímaáhrifum lyfjanna sem ég tek.
- Ég veit lítið eða ekkert um lyfin sem ég tek.
- Lyfin sem ég tek raska lífi mínu.
- Ég hef stundum áhyggjur af því að verða of háð/ur lyfjunum sem ég tek.

BMQ-General (BMQ-G)
General-Overuse (BMQ-GO)
- Læknar ávísa lyfjum í of miklum mæli.
- Náttúruvörur (náttúrulyf, náttúruefni t.d. lýsi, vítamín, sólhattur, remedíur eða grasalyf) eru öruggari en lyf.
- Læknar treysta um of á lyf.
- Læknar mundu ávísa minna af lyfjum ef þeir verðu meiri tíma með sjúklingum sínum.

General-Harm (BMQ-GH)
- Þeir sem taka lyf að staðaldri ættu að gera hlé á lyfjatöku af og til.
- Flest lyf eru ávanabindandi.
- Lyf gera meiri skaða en gagn.
- Öll lyf eru eitur.

og í framtíðinni. Síðari undirhlutinn, *specific-concerns* (BMQ-SC), er notaður til að meta viðhorf fólks til mögulegra neikvæðra afleiðinga lyfjainntöku og hann mælir áhyggjur tengdar langtímanotkun lyfja, svo sem vegna ávana og annarra truflandi áhrifa. BMQ-G eru 8 spurningar og er ætlaður öllum, hvort sem viðkomandi er á lyfjum eða ekki, og fjallar um viðhorf til lyfja almennt. Undirhlutar almenna hlutans eru *general-harm* (BMQ-GH) og *general-overuse* (BMQ-GO). Sá fyrri beinist að skoðunum á mögulegri skaðsemi lyfja. Til að mynda að lyf séu hættuleg, ávanabindandi og að gera skuli hlé á lyfjatöku öðru hverju. Síðari undirhlutinn metur viðhorf til mögulegrar ofnotkunar lyfja og oftrúar á þau af hálfu lækna.

Úrtakið og spurningar

Úrtakið var fengið úr nethópi Félagsvísindastofnunar Háskóla Íslands og sá hún einnig um framkvæmd netkönnunarinnar. Nethópurinn samanstóð af 5305 einstaklingum á aldrinum 18-75 ára. Upphaflegt úrtak var 1500 Íslendingar á aldrinum 18-75 ára af öllu landinu. Spurningalistinn var sendur út í formi netkönnunar og var slóðin að henni send með tölvupósti á úrtakið. Gögnum var safnað í október-nóvember 2011. Gætt er að því að nethópurinn endurspegli þjóðina sem allra best. Hópurinn er reglulega uppfærður þannig að hann samsvari dreifingu í þýði með tilliti til kyns, aldurs, búsetu, menntunar og tekna. Með því að tryggja gæði nethópsins með framangreindum hætti er mögulegt að alhæfa um niðurstöður rannsókna sem byggjast á svörum nethóps Félagsvísindastofnunar.

Spurningalistinn innihélt BMQ í íslenskri þýðingu. Auk þess voru þátttakendur spurðir um notkun lyfja, heilsufar og fleira. Einnig var spurt um kyn, aldur, búsetu og menntun (hæstu prófgráðu sem hefur verið lokið). Þátttakendur sem tóku lyf sjaldnar en mánaðarlega svöruðu ekki BMQ-S því talið var ólíklegt að þeir hefðu langvinna sjúkdóma og voru því álitnir frískir. Allir áttu að svara BMQ-G. Þátttakendur gáfu til kynna hversu sammála eða ósammála þeir væru hverri fullyrðingu BMQ. Fyrir hverja fullyrðingu BMQ stóðu til boða 5 svarmöguleikar og voru þannig gefin stig frá 1 (mjög ósammála) til 5 (mjög sammála). Fyrir hvorn undirhluta BMQ-S var hægt að fá 5-25 stig og 4-20 stig fyrir BMQ-G. Hátt stigaskor fyrir BMQ-SN gefur þannig til kynna jákvætt viðhorf gagnvart því hversu mikilvæg lyfin séu en hátt stigaskor BMQ-SC bendir aftur til þess að fólk hafi áhyggjur af því að taka inn lyf sín, meðal annars vegna hættu á aukaverkunum og vanabindingu. Hátt stigaskor fyrir BMQ-G gefur til kynna að svarendur taki undir fullyrðingar um skaðsemi og ofnotkun lyfja.

Tafla II. *Lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur.*

Breytur	n	%
Fjöldi	921	-
Aldur (meðalaldur 45,4 ± 14,8)*		
18-24	237	26
25-34	234	25
35-50	226	25
51-75	221	24
Kyn		
Konur	479	52
Karlar	442	48
Menntun (hæsta prófgráða sem hefur verið lokið)		
Grunnskólapróf	186	20
Framhaldsskólapróf	374	41
Háskólapróf	308	33

*Aldursdreifing þátttakenda víkur frá aldurssamsetningu Íslendinga samkvæmt Hagstofu Íslands.

Þar sem BMQ-S er ætlaður fólki með langvinna sjúkdóma sem notar lyf talsvert, þurfti að greina þennan hóp frá öðrum. Gert var ráð fyrir því að þeir sem höfðu langvinna sjúkdóma tækju lyf að minnsta kosti einu sinni í mánuði. Þeir þátttakendur sem sögðust taka lyf, hvort sem þau voru lyfseðilsskyld eða ekki, daglega, vikulega eða mánaðarlega, fengu spurningar BMQ-S. Fyrst var spurt við hvaða sjúkdómi lyfin væru tekin. Hægt var að merkja við fleiri en einn sjúkdóm. Hóparnir voru hjarta- og æðasjúkdómar, lungnasjúkdómar, sykursýki, geðsjúkdómar, meltingarsjúkdómar, illkynja sjúkdómar, ofnæmi og beinþynning. Dæmi um algengustu sjúkdómana í hverjum flokki voru tíunduð fyrir hvern sjúkdómaflokk. Ef viðkomandi þátttakandi hafði langvinnan sjúkdóm sem ekki heyrði til neins af áðurnefndum flokkum, mátti merkja við ótilgreindan sjúkdóm. Leyfi fékkst fyrir rannsókninni frá vísindasiðanefnd (nr. VSN 11-102) og tilkynnt var um hana til Persónuverndar (nr. S5314/2011).

Þýðing BMQ listans

BMQ var þýddur úr ensku yfir á íslensku. Aðferðin sem notuð var við þýðinguna byggist á þremur sjálfstæðum þýðingum og síðan er nákvæmni þýðingarinnar athuguð af óháðum aðila.[26] Lítið sem

Tafla III. *Allir þátttakendur og meðaltal stiga BMQ. Fjöldi þeirra sem svöruðu öllum fullyrðingum í hverjum hluta BMQ.*

	Allir þátttakendur		Þátttakendur með ákveðna langvinna sjúkdóma		Frískir þátttakendur	
	Meðaltal stiga (SD)	Fjöldi	Meðaltal stiga (SD)	Fjöldi	Meðaltal stiga (SD)	Fjöldi
BMQ-GO	13,2 (± 2,98)	883	12,6 (± 3,04)	331	13,9 (± 2,82)	232
BMQ-GH	9,29 (± 3,10)	876	8,70 (± 2,94)	329	10,4 (± 3,26)	232
BMQ-SN	-	-	20,4 (4,15)	398	-	-
BMQ-SC	-	-	13,0 (4,34)	398	-	-

SD=Staðalfrávik

ekkert ósamræmi var milli þýðinganna þriggja og þótti nægilegt að leggja listann fyrir 15 háskólastúdenta til prófunar og ekki var talin þörf á tölfræðiprófum. Að þessu loknu hittust þýðendurnir og fóru yfir þær athugasemdir á BMQ sem bárust frá þátttakendum og komu sér saman um lagfæringar. Aðeins var talin þörf á að breyta lítillega þýðingu á tveimur spurningum listans. Því næst fóru tveir sérfræðingar á sviði próffræði við Háskóla Íslands, með töluverða reynslu af gildun mælitækja og spurningalistum, yfir BMQ og viðbótarspurningarnar og gerðu athugasemdir.

Úrvinnsla gagna

Tölfræðiforritið SPSS, 19. útgáfa, var notað við úrvinnslu og greiningu gagna. Stig undirhluta BMQ voru reiknuð með því að nota heildarstigafjölda. Reiknað var meðaltal og staðalfrávik stiga fyrir alla hluta BMQ. Ef einni eða fleiri fullyrðingum í tilteknum hluta BMQ var ekki svarað, voru ekki reiknuð heildarstig fyrir þann hluta. Próf óháð dreifingu (*non-parametric test*) voru notuð til að athuga mun á viðhorfi til lyfja milli kyns og aldurs. Mann-Whitney-próf og Kruskal Wallis-próf voru notuð til að athuga hvort tengsl væru milli aldurs, kyns og menntunar og viðhorfs. Þetta var bæði kannað fyrir almenn og sértæk viðhorf. Einnig voru borin saman stig BMQ fyrir mismunandi hópa. Hrifstærð (*effect size*) var reiknuð fyrir þær niðurstöður sem voru tölfræðilega marktækar. Útreikningur á hrifstærð byggðist á SPSS þar sem 0,1 = lítil, 0,3 = miðlungs og 0,5 = veruleg áhrif. Innri áreiðanleiki BMQ var metinn með alfastuðli (*Cronbach's alpha*) og hann var 0,673-0,869 sem er ásættanlegt. Marktæknimörk voru sett við alfa=0,05.

Niðurstöður

Þátttakendur

Svarhlutfallið var 61,4%; 921 manns af 1500 manna úrtaki svöruðu spurningalistanum. Meðalaldur var 45,4 ár. Fjörutíu og sjö manns (5,1%) höfðu legið í 1-10 nætur á sjúkrahúsi síðastliðna 12 mánuði og 9 (0,9%) í fleiri en 10 nætur. Frekari lýðfræðilegar upplýsingar um þátttakendur má sjá í töflu II.

Niðurstöður BMQ

Stig BMQ-S voru einungis reiknuð fyrir þátttakendur sem heyrðu til eftirtalinna sjúkdómahópa: hjarta- og æðasjúkdóma, lungnasjúkdóma, sykursýki, geðsjúkdóma og meltingarsjúkdóma. Langstærsti hluti þessara þátttakenda, eða 90%, tók lyf daglega. Stærsti hópurinn var með hjarta-og æðasjúkdóma. Sjúklingahópurinn með ofnæmi (n=64) var ekki talinn með við tölfræðiútreikninga vegna þess að nokkrir þátttakenda með þann sjúkdóm sögðust ekki hafa langvinnan sjúkdóm og vegna þess hve lyfjanotkun hópsins var miklu minni en annarra hópa með langvinna sjúkdóma. Stig voru ekki heldur reiknuð fyrir þá þátttakendur sem sögðust hafa beinþynningu (n=11) eða illkynja sjúkdóm (n=5) því hóparnir voru fámennir og marktækra niðurstaðna því ekki að vænta við tölfræðilegan samanburð við aðra hópa. Ennfremur var fólki með aðra langvinna sjúkdóma (n=92) sleppt við útreikning stiga því ekki var vitað um hvaða sjúkdóma var að ræða og þannig hvorki hægt að setja niðurstöðurnar í innbyrðis samhengi né bera þær saman við aðrar sambærilegar rannsóknir, sem allar skilgreina sína sjúklingahópa vel.

Tafla IV. *Fullyrðingar BMQ-G og svörun.*

Fullyrðingar BMQ-G**	Þátttakendur sem voru sammála fullyrðingunum*, %		
	Allir þátttakendur	Þátttakendur með ákveðna langvinna sjúkdóma (n=330)	Frískir þátttakendur (n=232)
Læknar ávísa lyfjum í of miklum mæli. (O)	54,8	45,3	66,1
Þeir sem taka lyf að staðaldri ættu að gera hlé á lyfjatöku af og til. (H)	21,9	14,3	36,7
Flest lyf eru ávanabindandi. (H)	19,6	12,4	25,9
Náttúruvörur (náttúrulyf, náttúruefni, til dæmis lýsi, vítamín, sólhattur, remedíur eða grasalyf) eru öruggari en lyf. (O)	30,4	23,2	36,5
Lyf gera meiri skaða en gagn. (H)	5,6	4,6	8,8
Öll lyf eru eitur. (H)	7,2	6,7	9,7
Læknar treysta um of á lyf. (O)	36,2	32,4	44,9
Læknar mundu ávísa minna af lyfjum ef þeir verðu meiri tíma með sjúklingum sínum. (O)	49,2	42,9	55,0

*Samanlagt hlutfall þátttakenda sem voru frekar eða mjög sammála fullyrðingunum.
**O og H í sviga stendur fyrir fullyrðingar sem tilheyra BMQ-GO og BMQ-GH.
Hlutfall þeirra sem vildu ekki svara fullyrðingum BMQ-G var hvergi yfir 3% af heildarfjölda þátttakenda.

Tafla V. *Samanburður á stigum BMQ-GO og BMQ-GH miðað við menntun hjá þátttakendum sem voru með ákveðna langvinna sjúkdóma og þeim sem voru frískir. Taflan sýnir p-gildi og hrifstærð (aðeins reiknuð þar sem marktækur munur fannst).*

Hópur	Menntun			
	BMQ-GO	Hrifstærð	BMQ-GH	Hrifstærð
L	0,006*	0,21	0,080	
F	≤0,0001*	0,42	≤0,0001*	0,32
allir	0,009*	0,12	≤0,0001*	0,24

*Marktækur munur
L: Þátttakendur með ákveðna langvinna sjúkdóma og F: frískir þátttakendur

Stig undirhluta BMQ-G; BMQ-GH og BMQ-GO, voru reiknuð fyrir alla þátttakendur. Síðan voru viðhorf fólks með hjarta- og æðasjúkdóma, lungnasjúkdóma, sykursýki, geðsjúkdóma og meltingarsjúkdóma skoðuð sérstaklega og flokkuð í sérhóp sem gekk undir nafninu „þátttakendur með ákveðna langvinna sjúkdóma“. Einnig voru stig fríska þátttakenda (sem tóku lyf sjaldnar en mánaðarlega) skoðuð nánar (sjá töflu III). Samanlagður fjöldi þátttakenda í þessum tveimur hópum, það er þátttakenda með ákveðna langvinna sjúkdóma og fríska þátttakenda, er því nokkru minni en heildarfjöldi þátttakenda, eins og fram kemur í töflu III. Milli þessara tveggja hópa mátti finna marktækan mun á stigum BMQ-GH og BMQ-GO ($p \leq 0{,}0001$ og $p \leq 0{,}0001$).

Í töflu IV má sjá að stór hluti þátttakenda, bæði samanlagt og í hverjum hópi fyrir sig, var sammála eftirfarandi fullyrðingum BMQ-GO: „læknar ávísa lyfjum í of miklum mæli“, „læknar mundu ávísa minna af lyfjum ef þeir verðu meiri tíma með sjúklingum sínum“ og „læknar treysta um of á lyf“. Þátttakendur sem voru frískir voru meira sammála þessum fullyrðingum en þeir sem voru með langvinna sjúkdóma. Minnihluti þátttakenda var sammála fullyrðingum BMQ-GH, en flestir sem tóku undir þær voru frískir. Af öllum þátttakendum voru 5,6% og 7,2% sammála fullyrðingunum „lyf gera meiri skaða en gagn“ og „öll lyf eru eitur“.

Ef viðhorf allra þátttakenda eru tekin saman, má sjá að fólk með minni menntun hafði neikvæðara viðhorf til lyfja. Þannig tóku þátttakendur með grunnskólapróf frekar undir fullyrðingar um skaðsemi lyfja og ofnotkun þeirra en fólk sem lokið hafði háskólaprófi (tafla V). Ekki fannst marktækur munur á viðhorfum almennt eftir aldri og kyni þátttakenda.

Ef litið var á heildarsvörun BMQ-S fyrir sjúkdómahópana 5 (sjá töflu VI) má sjá að flestir þátttakendur voru sammála eftirfarandi fullyrðingunum sem sneru að mikilvægi lyfja þeirra: „núverandi heilsa mín veltur á lyfjunum sem ég tek“ (84%) og „lyfin sem ég tek koma í veg fyrir að mér versni“ (81%). Stór hluti þátttakenda hafði áhyggjur af því að taka lyf (52,6%) og langtímaáhrifum þeirra (40,3%).

Umræður

Niðurstöður þessarar rannsóknar sýna að þorri Íslendinga er jákvæður gagnvart lyfjum og treystir þeim yfirleitt. Fólk með ákveðna langvinna sjúkdóma var jákvæðara en aðrir þátttakendur og tók síður undir fullyrðingar um skaðsemi og ofnotkun lyfja en ekki var marktækur munur á milli mismunandi sjúklingahópa. Menntun hafði mikil áhrif á viðhorfin með þeim hætti að fólk með minni menntun bar minna traust til lyfja. Fyrri rannsóknir hafa gefið svipaðar niðurstöður.[9,27] Hvorki kyn né aldur hafði áhrif á viðhorfin.

Fólk tók mun frekar undir fullyrðingar sem sneru að ofnotkun lyfja heldur en skaðsemi af völdum þeirra. Það kom ekki á óvart því undanfarið hefur verið mikið talað í þjóðfélaginu um ofnotkun lyfja. Efasemdir um að metýlfenídati sé ávallt ávísað viturlega og áhyggjur af óhóflegri notkun sýklalyfja eru dæmi þar um. Þrátt fyrir að minnihluti hafi tekið undir að lyf væru skaðleg, þykir áhyggjuefni að 5,6% þátttakenda telji lyf gera meiri skaða en gagn og að 7,2% telji öll lyf vera eitur. Fólk með langvinna sjúkdóma hafði mun jákvæðara viðhorf til lyfja en frískir. Ástæðurnar fyrir því gætu verið þær að veikt fólk hefur upplifað hversu mikið lyfin

Tafla VI. *Fullyrðingar BMQ-S og svörun þátttakenda með ákveðna langvinna sjúkdóma (L).*

Fullyrðingar BMQ-S**	Hlutfall þátttakenda sem voru sammála í hópum*, %					
	L***	Hjarta- og æðasjúkdómar	Lungna-sjúkdómar	Sykursýki	Geð-sjúkdómar	Meltingar-sjúkdómar
Núverandi heilsa mín veltur á lyfjunum sem ég tek. (N)	84,3	89	72,2	93,1	83,6	83,1
Mér finnst áhyggjuefni að þurfa að taka lyf. (C)	52,6	53,8	41,7	42,8	51,6	61,8
Líf mitt væri óbærilegt án lyfjanna sem ég tek. (N)	60,8	57,1	80,0	85,2	66,1	68,0
Ég yrði mjög veik/ur án lyfjanna sem ég tek. (N)	56,5	57,2	68,5	92,6	60,0	57,4
Ég hef stundum áhyggjur af langtímaáhrifum lyfjanna sem ég tek. (C)	40,3	41,2	27,0	39,3	44,2	52,0
Ég veit lítið eða ekkert um lyfin sem ég tek. (C)	25,6	25,2	22,8	29,6	18,4	28,4
Heilsa mín í framtíðinni veltur á lyfjunum sem ég tek. (N)	69,2	76,6	55,6	92,9	55,8	66,3
Lyfin sem ég tek raska lífi mínu. (C)	9,2	7,2	13,9	7,6	15,0	10,9
Ég hef stundum áhyggjur af því að verða of háð/ur lyfjunum sem ég tek. (C)	18,5	17,1	25,0	14,8	21,7	27,1
Lyfin sem ég tek koma í veg fyrir að mér versni. (N)	81,2	82,5	86,1	88,5	85,0	80,0

*Samanlagt hlutfall þátttakenda sem voru frekar eða mjög sammála fullyrðingunum.
**N og C í sviga stendur fyrir fullyrðingar sem tilheyra BMQ-SN og BMQ-SC.
***Hlutfall sem vildu ekki svara fullyrðingum BMQ-S var hvergi yfir 4%.

geta raunverulega hjálpað og hefur því öðlast skilning á því hvað það hefði slæmar afleiðingar að taka þau ekki. Fólk með langvinna sjúkdóma hefur auk þess mikil samskipti við lækna og það getur haft áhrif á viðhorfin því gott samband læknis og sjúklings getur aukið traust og trú á lyfjameðferðinni.[3,10] Svo eru líklega sumir sem forðast eftir fremsta megni að taka lyf nema í mestu neyð vegna tortryggni í garð þeirra. Skortur á þekkingu vegur hér þungt og er einn af þeim þáttum sem geta valdið vantrú og efasemdum gagnvart lyfjum. Mikið hefur verið fjallað um samband lækna og lyfjafyrirtækja og áhrif þess á viðhorf fólks til lyfja. Því hefur verið haldið fram að lyfjafyrirtæki hafi áhrif á dómgreind lækna og hegðun þeirra, jafnvel ásamt því að lyfjaávísanir verði óskynsamlegar.[28] Fólk gerir sér grein fyrir þessum tengslum og getur það orðið til þess að skerða traust á ráðum læknis varðandi lyf og kveikja efasemdir um hversu mikilvægt sé að taka þau.[3] Viðhorf fríska einstaklinga til lyfja hafa lítið verið könnuð með BMQ-spurningalistanum erlendis. Þær rannsóknir sem hafa verið gerðar hafa beinst að mismunandi heilbrigðisstéttum[29,30] og viðskiptavinum apóteka.[27] Einnig hafa viðhorf sænsks almennings til lyfja verið könnuð þar sem almenni hluti BMQ-listans var notaður. Viðhorf Svía, líkt og Íslendinga, voru einnig jákvæðari meðal fólks sem notaði lyfseðilsskyld lyf.[31]

Heildarviðhorf fólks með langvinna sjúkdóma var svipað milli allra hópa, bæði hvað varðar mikilvægi lyfja og áhyggjur vegna lyfjameðferðar. Viðhorf íslensku þátttakendanna með vissa langvinna sjúkdóma voru borin saman við niðurstöður svipaðrar rannsóknar frá Þýskalandi þar sem einnig var notast við BMQ.[25] Viðhorf til lyfja almennt voru frekar svipuð milli rannsókna en munur var á viðhorfi til eigin lyfja, til dæmis var meira ríkjandi viðhorf meðal Þjóðverja að þeim þættu lyf sín mikilvæg. Viðhorf Íslendinga með geðsjúkdóma voru borin saman við viðhorf bandarískra þunglyndissjúklinga þar sem einnig var notast við BMQ.[32] Þátttakendur bandarísku rannsóknarinnar virtust hafa áhyggjur af mögulegri ofnotkun lyfja líkt og Íslendingar. Í báðum rannsóknum tóku flestir þátttakendur undir fullyrðingarnar: „læknar ávísa lyfjum í of miklum mæli“, „læknar mundu ávísa minna af lyfjum ef þeir verðu meiri tíma með sjúklingum sínum“ og „læknar treysta um of á lyf“. Íslendingar og Bandaríkjamenn tóku síður undir fullyrðingar um skaðsemi lyfja. Íslendingar með langvinna sjúkdóma voru flestir sammála þessum tveimur fullyrðingum um eigin lyf: „lyfin sem ég tek koma í veg fyrir að mér versni“ og „núverandi heilsa mín veltur á lyfjunum sem ég tek“. Í bandarísku rannsókninni voru flestir sammála fyrrnefndu fullyrðingunni en álíka margir sammála þeirri síðarnefndu og fullyrðingunni: „ég hef stundum áhyggjur af langtímaáhrifum lyfjanna sem ég tek.“ Þessar niðurstöður gefa góða hugmynd af viðhorfi fólks með geðsjúkdóma sem er á heildina litið frekar jákvætt.

Fleiri rannsókna er þörf á viðhorfum fólks til lyfja hérlendis. Áhugavert væri að taka fyrir betur skilgreinda sjúklingahópa, til dæmis fólk með astma og háþrýsting. Þá væri líka hægt að gera samanburð við erlendar rannsóknir af svipuðum toga. Einnig væri áhugavert að kanna viðhorf ákveðinna heilbrigðisstétta, svo sem lækna, hjúkrunarfræðinga og lyfjafræðinga. Aldursdreifing þátttakenda vék nokkuð frá aldurssamsetningu þjóðarinnar en það ætti þó ekki að trufla meginniðurstöður rannsóknarinnar. Notast var við eigin frásagnir og mat þátttakenda á sjúkdómsástandi sínu. Aðferðin er þægileg en ekki mjög nákvæm. Best hefði verið að fá upplýsingar um sjúkdómsgreiningar úr sjúkraskrám. Sjúkdómaflokkarnir voru skilgreindir mjög gróflega og sumpart háðir túlkun hvers og eins þátttakanda, sem er vissulega veikleiki í aðferð rannsóknarinnar. Ef þeir hefðu verið tilgreindir nánar hefði það getað vafist fyrir þátttakendum ásamt því að of fáir þátttakendur yrðu í hverjum flokki, eins og raunin varð með til dæmis beinþynningu og illkynja sjúkdóma. Helstu styrkleikar þessarar rannsóknar eru þeir að úrtakið er stórt og því dreift um alla landshluta og svarhlutfallið gott. Niðurstöðurnar gefa því góða mynd af viðhorfum Íslendinga til lyfja og lyfjameðferðar.

Að kortleggja viðhorf fólks til lyfja getur verið gagnlegt til að bæta meðferð við langvinnum sjúkdómum.[1] Með aukinni fræðslu um lyf væri mögulega hægt að draga úr misskilningi meðal almennings og bæta viðhorf fólks til lyfja enn frekar. Niðurstöður þessarar rannsóknar gætu skapað grundvöll umbótastarfs fyrir klíníska vinnu og til hagræðingar fyrir heilbrigðiskerfið. Slík vinna gæti stuðlað að málefnalegri umræðu um þátt lyfja í meðferð sjúkdóma, vanda tengdan meðferðarfylgni og bætt samskipti lækna við sjúklinga og lyfjafyrirtæki.

Þakkir

Lundbeck Export A/S fær þakkir fyrir veittan fjárstyrk. Jóhann Axel Andersen þýðandi og Pétur Guðmann Guðmannsson læknir fá þakkir fyrir íslenska þýðingu á BMQ. Daníel Þór Ólason prófessor og Þorbjörn Broddason prófessor fá þakkir fyrir ráðgjöf við gerð spurningalistans í heild sinni. Halldóru Jónsdóttur lækni er þakkað fyrir ráðgjöf. Sesselja Sigurborg Ómarsdóttir prófessor og Þórdís Kristmundsdóttir prófessor fá þakkir fyrir ráðleggingar.

Heimildir

1. Horne R, Weinman J. Patients' beliefs about prescribed medicines and their role in adherence to treatment in chronic physical illness. J Psychosom Res 1999; 47: 555-67.
2. George J. Factors Associated With Medication Nonadherence in Patients With COPD. Chest 2005; 128: 3198.
3. Goff SL, Mazor KM, Meterko V, Dodd K, Sabin J. Patients' beliefs and preferences regarding doctors' medication recommendations. J Gen Intern Med 2008; 23: 236-41.
4. Horne R, Weinman J, Hankins M. The beliefs about medicines questionnaire: The development and evaluation of a new method for assessing the cognitive representation of medication. Psychol Health 1999; 14: 1-24.
5. Allen LaPointe NM, Ou FS, Calvert SB, Melloni C, Stafford JA, Harding T, et al. Changes in beliefs about medications during long-term care for ischemic heart disease. Am Heart J 2010; 159: 561-9.
6. Horne R, Graupner Ld, Frost S, Weinman J, Wright SM, Hankins M. Medicine in a multi-cultural society: the effect of cultural background on beliefs about medications. Soc Sci Med 2004; 59: 1307-13.
7. Barnes L, Moss-Morris R, Kaufusi M. Illness beliefs and adherence in diabetes mellitus: a comparison between Tongan and European patients. N Z Med J 2004; 117: U743.
8. Magadza C, Radloff SE, Srinivas SC. The effect of an educational intervention on patients' knowledge about hypertension, beliefs about medicines, and adherence. Res Soc Admin Pharm 2009; 5: 363-75.
9. Isacson D, Bingefors K. Attitudes towards drugs--a survey in the general population. Pharm World Sci 2002; 24: 104-10.
10. Day JC, Bentall RP, Roberts C, Randall F, Rogers A, Cattell D, et al. Attitudes toward antipsychotic medication: the impact of clinical variables and relationships with health professionals. Arch Gen Psychiatry 2005; 62: 717-24.
11. Benson J, Britten N. Patients' decisions about whether or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. BMJ 2002; 325: 873.
12. Grande D, Shea JA, Armstrong K. Pharmaceutical industry gifts to physicians: patient beliefs and trust in physicians and the health care system. J Gen Intern Med 2011; 27: 274-9.
13. Green MJ, Masters R, James B, Simmons B, Lehman E. Do gifts from the pharmaceutical industry affect trust in physicians? Fam Med 2012; 44: 325.
14. Horne R, Weinman J. Self-regulation and self-management in asthma: exploring the role of illness perceptions and treatment beliefs in explaining non-adherence to preventer medication. Psychol Health 2002; 17: 17.
15. Shiri C, Srinivas SC, Futter WT, Radloff SE. The role of insight into and beliefs about medicines of hypertensive patients. Cardiovasc J Afr 2007; 18: 353-7.
16. Ruppar TM, Dobbels F, De Geest S. Medication Beliefs and Antihypertensive Adherence Among Older Adults: A Pilot Study. Geriatr Nurs 2012;33:89-95.
17. Maguire LK, Hughes CM, McElnay JC. Exploring the impact of depressive symptoms and medication beliefs on medication adherence in hypertension--a primary care study. Patient Educ Couns 2008; 73: 371-6.
18. Byrne M, Walsh J, Murphy AW. Secondary prevention of coronary heart disease: Patient beliefs and health-related behaviour. J Psychosom Res 2005; 58: 403-15.
19. Aikens JE, Nease DE, Nau DP, Klinkman MS, Schwenk TL. Adherence to Maintenance-Phase Antidepressant Medication as a Function of Patient Beliefs About Medication. Ann Fam Med 2005; 3: 23-30.
20. Beck E-M, Cavelti M, Kvrgic S, Kleim B, Vauth R. Are we addressing the 'right stuff' to enhance adherence in schizophrenia? Understanding the role of insight and attitudes towards medication. Schizophr Res 2011; 132: 42-9.
21. Grunfeld. Adherence beliefs among breast cancer patients taking tamoxifen. Patient Educ Couns 2005; 59: 97.
22. Bhattacharya D, Easthall C, Willoughby KA, Small M, Watson S. Capecitabine non-adherence: Exploration of magnitude, nature and contributing factors. J Oncol Pharm Pract 2012; 18: 333-42.
23. Kumar K, Gordon C, Toescu V, Buckley CD, Horne R, Nightingale PG, et al. Beliefs about medicines in patients with rheumatoid arthritis and systemic lupus erythematosus: a comparison between patients of South Asian and White British origin. Rheumatology 2008; 47: 690-7.
24. Neame R, Hammond A. Beliefs about medications: a questionnaire survey of people with rheumatoid arthritis. Rheumatology 2005; 44: 762-7.
25. Mahler C, Hermann K, Horne R, Jank S, Haefeli WE, Szecsenyi J. Patients' Beliefs about Medicines in a primary care setting in Germany. J Eval Clin Pract 2010; 18: 409-13.
26. Guðmundsson E. Þýðing og staðfærsla sálfræðilegra prófa. Sálfræðiritið 2006; 10: 23-40.
27. Mårdby A-C, Åkerlind I, Jörgensen T. Beliefs about medicines and self-reported adherence among pharmacy clients. Patient Educ Couns 2007; 69: 158-64.
28. Wazana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry. JAMA 2000; 283: 373-80.
29. Mardby AC, Akerlind I, Hedenrud T. General beliefs about medicines among doctors and nurses in out-patient care: a cross-sectional study. BMC Fam Pract 2009; 10: 35.
30. Jorgensen TM, Andersson KA, Mardby AC. Beliefs about medicines among Swedish pharmacy employees. Pharm World Sci 2006; 28: 233-8.
31. Andersson Sundell K, Jönsson AK. Beliefs about medicines are strongly associated with medicine-use patterns among the general population. Int J Clin Pract 2016; 70: 277-85.
32. Brown C, Battista DR, Bruehlman R, Sereika SS, Thase ME, Dunbar-Jacob J. Beliefs about antidepressant medications in primary care patients: relationship to self--reported adherence. Med Care 2005; 43: 1203-7.

ENGLISH SUMMARY

Icelanders' beliefs about medicines. Use of BMQ

Hlíf Vilhelmsdóttir[1,2], Magnús Jóhannsson[2]

Objective: To study beliefs held by the general public in Iceland about medicines.
Methods: *The Beliefs about Medicines Questionnaire* was used to explore Icelanders' beliefs about medicines. A sample of 1500 Icelandic citizens, aged 18-75, obtained from the Social Science Research Institute was given *The Beliefs about Medicines Questionnaire*.
Results: The response rate was 61.6%. Most Icelanders have positive beliefs about their medication as well as general trust. Those who suffer from chronic diseases are more positive towards medicines than others and less inclined to view them as excessively used and harmful. Higher level of education predicts more positive beliefs towards medication - and vice versa. Gender and age do not seem to affect such beliefs.
Conclusion: Gaining a better understanding of people´s beliefs about medicines and what determines these beliefs can be of considerable value in the search for ways to improve therapy and adherence, especially for those suffering from chronic diseases. Promoting education for the general public about medicines might result in less misunderstanding among patients and subsequently better grounded beliefs and more adequate therapeutic adherence.

[1]Faculty of Pharmaceutical Sciences, University of Iceland, Reykjavik, Iceland. [2]Department of Pharmacology and Toxicology, Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik, Iceland.

Key words: *beliefs, medicines, Icelanders, BMQ, survey.*

Correspondence: *Hlíf Vilhelmsdóttir, hlif84@gmail.com*

Nýgengi, orsakir og meðferð við bráðu rofi á ristli á Íslandi 1998-2007

Kristín Jónsdóttir læknir[1], **Elsa B. Valsdóttir** læknir[1,2], **Shreekrishna Datye** læknir[3], **Fritz Berndsen læknir[4]**, **Páll Helgi Möller** læknir[1,2]

ÁGRIP

Inngangur: Rof á ristli er alvarlegt sjúkdómsástand með háa dánartíðni. Áður fyrr var meðferðin fyrst og fremst skurðaðgerð en á undanförnum árum hafa rannsóknir sýnt sambærilegan árangur með stuðningsmeðferð. Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða nýgengi, orsakir, meðferð og afdrif sjúklinga með brátt rof á ristli á Íslandi á tímabilinu 1998-2007.
Efniviður og aðferðir: Gerð var afturskyggn leit í sjúkraskrám Landspítala, Sjúkrahússins á Akureyri og Heilbrigðisstofnunar Vesturlands á Akranesi að líklegum greiningarkóðum miðað við greiningarkerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar. Safnað var gögnum um kyn, aldur, greiningarár, orsakir, greiningu, meðferð og afdrif einstaklinga með brátt rof á ristli.
Niðurstöður: 225 sjúklingar uppfylltu skilyrði rannsóknarinnar, 131 kona (58%) og 94 karlar (42%). Miðgildi aldurs var 70 ár (bil 30-95 ár). Algengustu ástæður rofs voru sarpabólga (67%), áverki við ristilspeglun (12%) og fylgikvillar aðgerða. Á fyrri 5 árum rannsóknartímabilsins fengu 27% sjúklinganna meðferð án aðgerðar en 71% fór í aðgerð. Á seinni 5 árunum var hlutfallið 45% og 54%. Um 24% sjúklinganna fengu varanlegt stóma. Tæpur helmingur sjúklinga, eða 101 (46%), fékk 140 fylgikvilla og var skurðsárasýking þar algengust. Þrjátíu daga dánartíðni var 11% en eins árs dánartíðni 20%.
Ályktun: Sarpabólga var algengasta orsök rofs á ristli á Íslandi á rannsóknartímabilinu. Á sama tímabili jókst notkun stuðningsmeðferðar á meðan skurðaðgerðum fækkaði. Hlutfall þeirra sjúklinga sem fengu stóma og fóru síðar í aðgerð þar sem gerð var endurtenging er hátt hérlendis og fyllilega sambærilegt því sem lýst er í erlendum rannsóknum.

Inngangur

Rof á ristli er sjúkdómsástand sem margir sjúkdómar geta valdið. Það er vel þekkt að sarpabólga (*diverticulitis*) valdi rofi á ristli en aðrar þekktar orsakir eru krabbamein, blóðþurrð og bólgusjúkdómar í ristli.[1,2] Ristilspeglun, hvort sem hún er til greiningar eða meðferðar, er þekktur áhættuþáttur rofs.[3-5] Aðrar orsakir eru utanaðkomandi áverkar eins og slys og fylgikvillar aðgerða.[2] Rofi á ristli hefur einnig verið lýst eftir tölvusneiðmyndatöku af ristli.[6]

Meðferð við rofi á ristli fer eftir orsökum þess og ástandi sjúklings. Framan af fóru flestir sjúklingar sem greindust með rof á ristli í skurðaðgerð.[3,4,7] Hefðbundin meðferð við rofi vegna sarpabólgu hefur lengst af verið brottnám á þeim hluta ristils þar sem rofið er, ásamt ristilstóma (*colostomy*), eða svokölluð Hartmannsaðgerð. Síðar, þegar sjúklingar hafa náð sér, er mögulegt að framkvæma aðgerð þar sem gerð er endurtenging eða samtenging (*anastomosis*) milli ristilenda. Samkvæmt erlendum rannsóknum er hlutfall þeirra sjúklinga sem ekki fara í endurtengingu hátt, eða 45-54%.[8,9, 10]

Á undanförnum árum hefur meðferð við rofi á ristli verið að breytast. Hlutfall þeirra sjúklinga sem fá stuðningsmeðferð hefur farið hækkandi en hlutfall þeirra sem fara beint í aðgerð hefur farið lækkandi. Stuðningsmeðferð hjá sjúklingum með staðbundið rof á ristli felur í sér sýklalyfjagjöf og eftir þörfum ástungu og ísetningu kera í graftarkýli gegnum húð, sem settir eru með hjálp ómskoðunar eða tölvusneiðmyndar.[12,13]

Við ákveðin skilyrði hefur verið sýnt fram á jafngóðan árangur af brottnámi á hluta af ristli (*colon resection*) og samtengingu milli ristilenda í sömu aðgerð og við Hartmanns-aðgerð.[9,11] Þá eru vaxandi vísbendingar um að hjá sjúklingum með rof á ristli og dreifða lífhimnubólgu sé ef til vill hægt að ná sambærilegum árangri með skolun á kviðarholi og ísetningu kera með kviðsjárspeglun og við opna aðgerð.[14,15] Ef þörf krefur er ristillinn fjarlægður síðar í valaðgerð eftir að bólga og sýking hefur hjaðnað.[12-15]

Dánartíðni vegna rofs á ristli er breytileg eftir rannsóknum, eða á bilinu 0-39%, allt eftir ástæðum þess og alvarleika.[2,3,7,11,16] Flestar rannsóknir um rof á ristli fjalla um afmarkaðan hluta sjúklinga, ýmist þá sem hafa sömu undirliggjandi orsök eða hafa fengið sömu meðferð.[3,4,6,15,17] Höfundum er ekki kunnugt um að allir sjúklingar með rof á ristli, óháð orsökum og meðferð, hafi áður verið skoðaðir saman og það á landsvísu.

Tilgangur þessarar rannsóknar var að skoða nýgengi, orsakir og meðferð rofs á ristli á Íslandi á tímabilinu 1998 til 2007 og kanna sérstaklega hvort breyting hafi orðið á meðferð á rannsóknartímabilinu. Einnig var árangur meðferðar metinn með tilliti til fylgikvilla og þörf á endurteknum inngripum. Þá var litið á hversu margir sjúklingar fengu varanlegt stóma.

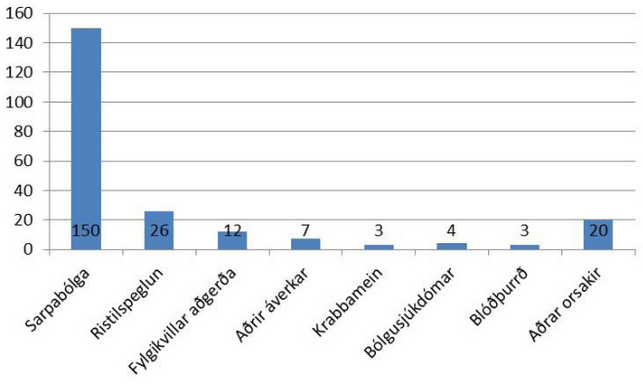
Efniviður og aðferðir

Rannsóknin var afturskyggn og náði til sjúklinga þriggja stærstu sjúkrahúsa landsins, Landspítala, Sjúkrahússins á Akureyri og Heilbrigðisstofnunar Vesturlands á Akranesi, á tímabilinu 1. janúar 1998 til 31. desember 2007. Gengið var út frá því að sjúklingar með rof á ristli væru ekki meðhöndlaðir á öðrum sjúkrahúsum.

[1]Skurðlækningadeild Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands, [3]Sjúkrahúsinu á Akureyri, [4]Heilbrigðisstofnun Vesturlands.
Fyrirspurnum svarar Elsa Björk Valsdóttir *elsava@landspitali.is*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.02.121

Greinin barst 18. febrúar 2016, samþykkt til birtingar 2. janúar 2017.



Mynd 1. *Ástæður rofs á ristli (n=225).*

Tafla I. *Staðsetning rofs í ristli fyrir allan hópinn (n=225), þá sjúklinga sem höfðu sarpabólgu og þá sem ekki voru með sarpabólgu sem ástæðu rofs, n (%).*

	Allir	Sarpabólga	Ekki sarpabólga
Botnristill	14 (6,2)	0 (0)	14 (18,7)
Hægri hluti ristils	7 (3,1)	0 (0)	7 (9,3)
Þverristill	7 (3,1)	0 (0)	7 (9,3)
Vinstri hluti ristils	13 (5,8)	2 (1,3)	11 (14,7)
Bugaristill	173 (76,9)	146 (97,4)	27 (36)
Annað/Óþekkt	11 (4,9)	2 (1,3)	9 (12)
Samtals	225 (100)	150 (100)	75 (100)

Rof á ristli var skilgreint sem staðbundið graftarkýli við ristil, graftarkýli í kviðarholi, grindarholi eða afturskinu (*retroperitoneum*) eða frír vökvi og/eða frítt loft í kviðarholi samhliða sjúkdómsástandi í ristli sem var orsök rofsins.

Notað var greiningakerfi Alþjóðaheilbrigðisstofnunarinnar (*International Classification of Diseases;* ICD-10) og gerð víðtæk leit að rofi á ristli auk þeirra sjúkdóma þar sem rof á ristli er þekktur fylgikvilli (K63.1, K57.2, K57.4, K57.8). Einnig var leitað að greiningarkóðum áverka og óhappa á kviðarhol (S36.5, S36.7, S36.8, S36.6, S36.9, T81.2, Y60.4, Y60.7, Y60.8, Y60.9). Upplýsingum var safnað úr rafræna sjúkraskrárkerfinu og eftir þörfum úr sjúkragögnum á pappírsformi. Upplýsingum um kyn, aldur, greiningarár, innlagnarsjúkrahús, greiningaraðferð, orsök og staðsetningu rofs var safnað og þær skráðar í tölvuforritið Microsoft Excel® (Microsoft, Redmond WA). Reynt var að leggja mat á fylgikvilla sem komu upp við þá bráðameðferð sem var beitt í upphafi sjúkdómsferlisins. Staðsetning rofs var áætluð út frá aðgerðarlýsingu eða lýsingu í myndgreiningarsvari. Skoðað var hversu margir sjúklingar fengu stóma, bæði tímabundið og varanlegt.

Sjúklingar með skyndilega eða bráða kviðverki sem reyndust hafa frítt loft í kviðarholi á kviðarholsyfirliti og/eða tölvusneiðmynd (staðbundið eða dreift), graftarkýli við ristil eða í kviðarholi, grindarholi eða afturskinu á tölvusneiðmynd, frían vökva á tölvusneiðmynd og sjúklingar með lífhimnubólgu sem leiddi til aðgerðar án undangenginnar myndgreiningar voru teknir með í rannsóknina. Undanskildir voru sjúklingar yngri en 18 ára, sjúklingar sem höfðu endaþarmsáverka, voru með fistil eða sem fóru í valaðgerð þar sem í ljós kom áður óþekkt rof á ristli. Þá voru sjúklingar sem greindust með rof á ristli við krufningu undanskildir.

Stuðningsmeðferð fól í sér föstu og gjöf sýklalyfja í æð með eða án ísetningar á kera með aðstoð tölvusneiðmyndar eða ómskoðunar. Aðgerð taldist öll inngrip sem framkvæmd voru í svæfingu á skurðstofu. Í þeim tilvikum þar sem aðgerð var hafin með kviðsjárspeglun en breytt í opna aðgerð og þegar kviðsjárspeglun til greiningar var breytt í skolun á kviðarholi og ísetningu kera, var seinni aðgerðin skráð sem aðalaðgerð.

Sárasýking hjá þeim sem fengu stuðningsmeðferð á við um þá sem ekki svöruðu stuðningsmeðferð og fóru síðar í aðgerð. Með endurtengingartíðni eftir Hartmanns-aðgerð var við gagnasöfnun tekið mið af öllum þeim sjúklingum sem lifðu lengur en eitt ár og höfðu gengist undir endurtengingu.

Reiknuð var 30 daga dánartíðni og eins árs dánartíðni en ekki var lagt mat á hvort dánarorsök væri bein afleiðing rofs á ristli eða vegna annarra orsaka.

Sótt var um leyfi fyrir rannsókninni hjá Persónuvernd (2009020159LSL), vísindasiðanefnd (VSN62009020022/03.15), framkvæmdastjórum lækninga á Landspítala, Sjúkrahúsinu á Akureyri og Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi.

Tölfræði var að mestu lýsandi. Marktæki var reiknað með kíkvaðrati og miðað við $p \leq 0,05$. Við útreikinga á aldursstöðluðu nýgengi voru notaðar tölur frá Alþjóðaheilbrigðisstofnuninni fyrir Evrópu.

Niðurstöður

Upphafleg leit skilaði 767 sjúklingum en af þeim uppfylltu 225 sjúklingar skilyrði rannsóknarinnar. Konur voru 131 (58%) og karlar 94 (42%). Miðgildi aldurs var 70 ár (bil: 30-95 ár). Konur voru marktækt eldri en karlar en þær voru 73 ára en karlar 63 ára ($p<0,01$), miðgildi. Aldursstaðlað nýgengi var 7,7 tilfelli á hverja 100.000 íbúa á ári á rannsóknartímanum; 6,7 tilfelli á fyrri 5 árunum (1998-2002) en 8,7 tilfelli á seinni 5 árunum (2003-2007) ($p<0,05$). Meirihluti sjúklinga var meðhöndlaður á Landspítala, eða 183 (81%), 33 (15%) á Sjúkrahúsinu á Akureyri en 8 sjúklingar (4%) voru meðhöndlaðir á Heilbrigðisstofnun Vesturlands á Akranesi.

Orsakir og staðsetning

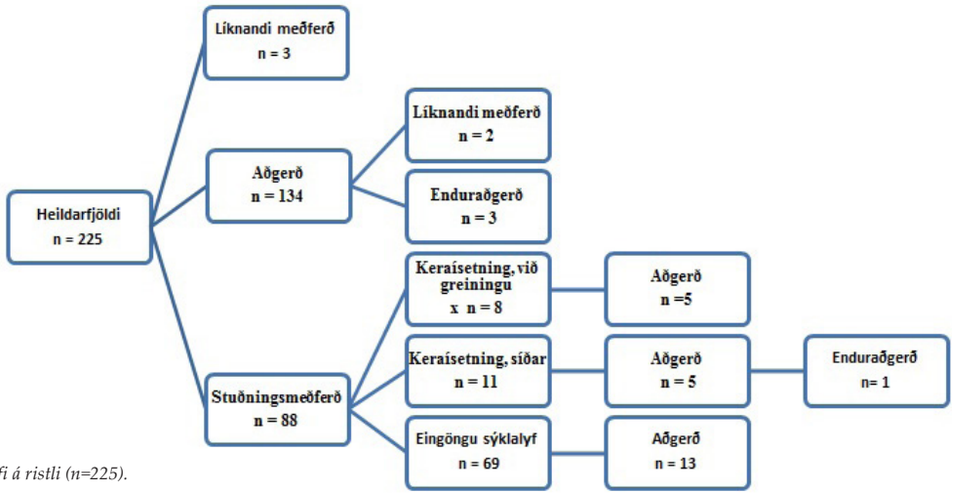
Algengasta orsök rofs á ristli var sarpabólga, eða hjá 150 sjúklingum (67%). Aðrar orsakir voru meðal annars áverki við ristilspeglun (12%), áverki í skurðaðgerð (5%) og krabbamein (1%) (mynd 1).

Þegar allar orsakir rofs á ristli voru skoðaðar var algengasta staðsetning á bugaristli (*colon sigmoideum*) (n=173, 76,9%). Þegar rof vegna sarpabólgu var undanskilið var bugaristill enn algengasta staðsetningin (n=27, 36%) (tafla I).

Meðferð

Fyrsta meðferð var skurðaðgerð, stuðningsmeðferð eða líknarmeðferð. Fyrsta meðferð hjá 134 (60%) sjúklingum var skurðaðgerð en 88 sjúklingar (39%) fengu upphaflega stuðningsmeðferð. Í þremur tilfellum (1%) var líknarmeðferð ákveðin (mynd 2).

Hjá þeim 134 sjúklingum sem fóru í bráða aðgerð við greiningu var algengasta aðgerðin Hartmanns-aðgerð (n=63, 47%). Næst al-



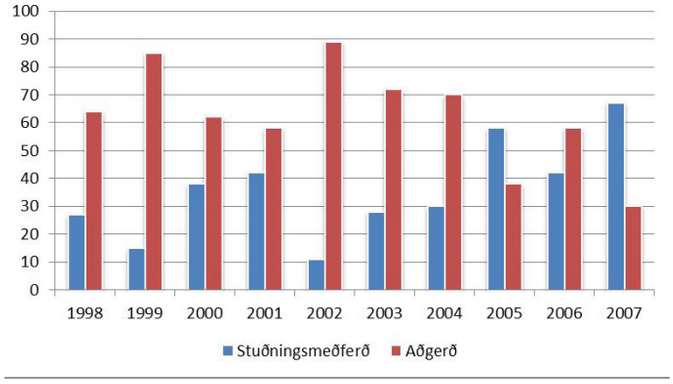
Mynd 2. *Flæðirit yfir meðferð við rofi á ristli (n=225).*

gengasta aðgerðin var brottnám á bugaristli með samtengingu milli ristils og endaþarms (n=30, 18%). Hjá tveimur sjúklingum af 5 sem fóru í greiningaraðgerð með kviðsjá var framkvæmd skolun á kviðarholi. Enginn af þessum 5 sjúklingum fór síðar í bráða- eða valaðgerð (tafla II).

Þrír af þeim 134 sjúklingum sem fóru í aðgerð þurftu á enduraðgerð halda í legunni en allir fóru þeir upphaflega í Hartmanns-aðgerð. Tveir þeirra fóru í heildarbrottnám á ristli (*total colectomy*) og endagarnarstóma (*end ileostomy*) vegna versnunar á klínísku ástandi. Þriðji sjúklingurinn fékk drep í stóma sem þarfnaðist lagfæringar. Enn aðrir tveir sjúklingar af 134 sem fóru í aðgerð svöruðu ekki meðferð og í kjölfarið var virkri meðferð hætt (mynd 2).

Átta af 88 sjúklingum (9%) í stuðningsmeðferðarhópnum fengu kera í kjölfar greiningar, en 11 sjúklingar (12,5%) fengu kera síðar í legunni þar sem þeir svöruðu ekki upphafsmeðferð. Flestir sjúklingarnir (n=69, 74,5%) voru upphaflega meðhöndlaðir með sýklalyfjum án ísetningar kera. Tuttugu og þrír sjúklingar (26%) úr stuðningsmeðferðarhópnum þurftu síðar að fara í bráðaaðgerð í legunni þar sem þeir svöruðu ekki meðferð. Tíu af þessum 23 sjúklingum höfðu áður fengið kera (við greiningu, n=5; síðar, n=5) en 13 höfðu eingöngu verið meðhöndlaðir með sýklalyfjum. Það voru því samtals 56 sjúklingar sem svöruðu einvörðungu sýklalyfjameðferð. Einn af þeim 23 sjúklingum sem upphaflega voru meðhöndlaðir með stuðningsmeðferð og sem síðar fóru í bráðaaðgerð þurfti að fara í tvær enduraðgerðir. Upphaflega var framkvæmd opin aðgerð þar sem lagður var keri og síðar kviðsjáraðgerð þar sem lagt var út stóma (mynd 2).

Valaðgerð var framkvæmd síðar á 10 sjúklingum úr stuðningsmeðferðarhópnum vegna sögu um endurtekna sarpabólgu. Níu



Mynd 3. *Fyrsta meðferð við rofi á ristli. Rauðu súlurnar sýna hlutfall aðgerðar og bláu súlurnar hlutfall stuðningsmeðferðar af þessum tveimur meðferðarúrræðum á árunum 1998 til 2007.*

Tafla II. *Skurðaðgerðir sem framkvæmdar voru sem upphafsmeðferð við rofi á ristli (n=134) eða síðar sem meðferð í kjölfar stuðningsmeðferðar (n=33). Gefinn er upp fjöldi aðgerða og hlutfall þeirra (%) af heildaraðgerðafjölda í hverjum dálki.*

	Aðgerð, fyrsta meðferð	Aðgerð, seinni meðferð	Allar aðgerðir
Hartmanns-aðgerð	63 (47)	7 (21,2)	70 (42)
Brottnám á bugaristli	15 (11,2)	15 (45,4)	30 (18)
Rof saumað	23 (17,2)	1 (3)	24 (14)
Vinstra helftarristilnám	6 (4,5)	5 (15,2)	11 (7)
Brottnám ristils	8 (6)	0 (0)	8 (5)
Kviðsjárspeglun til greiningar	5 (3,7)	0 (0)	5 (3)
Hægra helftarristilnám	4 (3)	1 (3)	5 (3)
Opin hreinsun	3 (2,2)	2 (6,1)	5 (3)
Annað	7 (5,2)	2 (6,1)	9 (5)

þeirra fóru í brottnám á bugaristli og einn í vinstra helftarristilnám (*left hemicolectomy*). Í öllum aðgerðum var gerð samtenging á milli ristils og endaþarms. Af þeim sem upphaflega fengu stuðningsmeðferð fóru því 33 (38%) sjúklingar síðar í aðgerð (bráðaaðgerð, n=23; valaðgerð, n=10). Allir þessir sjúklingar höfðu sarpabólgu.

Stuðningsmeðferð varð algengari eftir því sem á rannsóknartímann leið en á sama tíma dró úr tíðni skurðaðgerða (mynd 3). Hlutfall sjúklinga sem fóru í aðgerð strax við greiningu lækkaði úr 71% á tímabilinu 1998-2002 í 54% á tímabilinu 2003-2007 ($p<0,005$). Hlutfall þeirra sem voru meðhöndlaðir með stuðningsmeðferð við greiningu jókst úr 27% á tímabilinu 1998-2002 í 45% á tímabilinu 2003-2007 ($p<0,05$).

Stóma

Níutíu og sex sjúklingar (61%) af þeim 157 (aðgerðarhópur, n=134; stuðningsmeðferðarhópur, n=23) sem fóru í bráðaaðgerð fengu stóma. Sjötíu (73%) af þessum 96 fóru í Hartmanns-aðgerð (aðgerðarhópur, n=63; stuðningsmeðferðarhópur, n=7) og af þeim voru 33 (47%) endurtengdir síðar. Tuttugu sjúklingar (21%) létust innan eins árs frá því að Hartmanns-aðgerðin var framkvæmd án þess að endurtenging færi fram. Það voru því 17 (34%) af 50 sjúklingum sem voru með varanlegt stóma þegar gögnum var safnað. Aldur þeirra sjúklinga sem fóru í endurtengingu eftir Hartmanns-aðgerð var 62 ár (bil: 35-89) en 71 (bil: 56-86) ár hjá þeim sem ekki voru endurtengdir.

Tafla III. *Fylgikvillar hjá þeim sem fóru í bráðaaðgerð eða fengu stuðningsmeðferð (n=222), þeim sem fóru í aðgerð (n=134) og þeim sem fengu stuðningsmeðferð (n=88) sem fyrstu meðferð, n (%). Hver sjúklingur getur hafa fengið fleiri en einn fylgikvilla.*

	Allir*	Aðgerð**	Stuðningsmeðferð***
Sárasýking	22 (9,8)	17 (12,7)	5 (21,7)[3]
Graftarkýli í grindar- og kviðarholi****	20 (8,9)	6 (4,5)	14 (15,9)
Sýklasótt	17 (8,4)	14 (10,4)	3 (3,4)
Fistill	11 (4,9)	3 (2,2)	8 (9,1)
Öndunarbilun	11 (4,9)	10 (7,5)	1 (1,1)
Sáraróf/örkviðslit	8 (3,6)	7 (5,2)	1 (1,1)[3]
Stómadrep	7 (3,1)	7 (5,2)	0 (0)
Nýrnabilun	4 (2,2)	2 (1,5)	2 (2,3)
Fjölkerfabilun	5 (2,2)	5 (3,7)	0 (0)
Gáttaflökt	4 (1,8)	4 (3)	0 (0)
Lungnarek	3 (1,3)	3 (2,2)	0 (0)
Hjartabilun	3 (1,3)	2 (1,5)	1 (1,1)
Annað	25 (11,1)	21 (15,7)	4 (4,5)

*Hlutfall heildarþýðis.
**Hlutfall þeirra sem fengu viðkomandi meðferð.
***Hlutfall þeirra sem fóru í bráðaaðgerð því stuðningsmeðferð brást.
****Sjúklingar með graftarkýli við greiningu undanskildir.

Tuttugu og sjö sjúklingar sem ekki fóru í Hartmanns-aðgerð fengu lykkju garnastóma (*loop ileostomy*) (n=9), endagarnarstóma (*end ileostomy*) (n=8), lykkju-bugaristilstóma (*loop sigmoidostomy*) (n=2), endaristilstóma (*end colostomy*) (n=5) og lykkju-þverristilstóma (*loop transversostomy*) (n=3). Var 13 (50%) þeirra sökkt síðar. Sjö (27%) sjúklingar létust innan eins árs frá upphaflegu aðgerðinni og það voru því 6 sjúklingar (32%) af 19 með varanlegt stóma eftir aðrar aðgerðir en Hartmanns-aðgerð.

Samtals voru því 23 sjúklingar (33%) með varanlegt stóma (Hartmanns-aðgerð n=17, stóma eftir aðrar aðgerðir n=6) af þeim 96 sem fengu upphaflega stóma, ef undanskildir eru þeir sjúklingar sem létust innan eins árs (n=27) frá upphaflegu aðgerðinni.

Fylgikvillar

Af þeim 222 sjúklingum sem fóru í aðgerð eða fengu stuðningsmeðferð fengu 101 sjúklingur (46%) 140 fylgikvilla. Í aðgerðarhópnum fengu 70 (52%) af 134 sjúklingum 101 fylgikvilla og í stuðningsmeðferðarhópnum fékk 31 sjúklingur (35%) 39 fylgikvilla (p=0,01) (tafla III).

Algengustu fylgikvillarnir hjá aðgerðarhópnum í samanburði við stuðningsmeðferðarhópinn voru sárasýking (12,7 á móti 21,7%), graftarkýli innan kviðarhols (4,5 á móti 15,9%), sýklasótt (10,4 á móti 3,4%), fistlamyndun (2,2 á móti 9,1%) og öndunarbilun (7,5 á móti 1,1%).

Þrjátíu daga dánartíðni fyrir allan sjúklingahópinn var 11% (n=25) og eins árs dánartíðni 20% (n=46). Þrjátíu daga dánartíðni fyrir aðgerðarhópinn var 13% (n=17) og 6% (n=5) fyrir stuðningsmeðferðarhópinn (p<0,01). Enginn af þeim sem fór í valaðgerð lést innan árs frá aðgerð.

Umræður

Meðferð rofs á ristli hefur tekið stakkaskiptum á undanförnum árum. Færri sjúklingar fara í meiriháttar skurðaðgerð en notkun stuðningsmeðferðar með sýklalyfjum og kerum hefur aukist.[11,12] Nýir meðferðarmöguleikar eins og skolun kviðarhols með kviðsjá og viðgerð á rofi með ristilspeglun eiga ef til vill eftir að ýta enn frekar undir þessa þróun þó hún sé enn umdeild.[14,15,18,19] Þessi þróun virðist samkvæmt rannsóknum ekki hafa skert gæði meðferðar heldur orðið til þess að færri sjúklingar þurfa á stóma að halda. Þannig hafa lífsgæði batnað auk þess sem tíðni fylgikvilla hefur lækkað.[11,14,20] Niðurstöður okkar sýna sambærilegar tölur yfir fylgikvilla og dánartíðni og sést hafa í erlendum rannsóknum.[2,7,11,16]

Há tíðni sarpabólgu sem undirliggjandi orsök rofs kemur ekki á óvart og er í takt við þekktar, algengar orsakir rofs á ristli.[2] Endurtengingartíðni hérlendis er sambærileg og lýst er í erlendum rannsóknum, en algengt hlutfall er á bilinu 45-55%.[8,9] Hlutfall þeirra sem lifa lengur en eitt ár og fara í endurtengingu eftir Hartmanns-aðgerð er hátt hérlendis, eða 66%. Ein skýringin á því gæti verið nákvæmni í eftirfylgd okkar en enginn sjúklingur úr rannsóknarhópnum datt úr eftirliti. Önnur skýring gæti verið gott aðgengi að heilbrigðisþjónustu á Íslandi. Samkvæmt erlendum rannsóknum er aldur sá þáttur sem ræður hvað mestu um hvort endurtenging eftir Hartmanns-aðgerð eigi sér stað eða ekki en ekki er hægt að fullyrða út frá okkar niðurstöðum hvort sá þáttur hafi haft áhrif á það.[21]

Fjórðungur sjúklinga sem upphaflega fengu stuðningsmeðferð svaraði henni ekki á fullnægjandi hátt og þurfti að fara í aðgerð í sömu legu. Við teljum 74% árangur af stuðningsmeðferð við rofi á ristli í bráðafasa ásættanlegan. Það er athyglisvert að einungis 44% sjúklinganna úr stuðningsmeðferðarhópnum sem þurfti á aðgerð að halda fengu kera fyrir aðgerð. Þar sem rannsóknin var afturskyggn var ekki hægt að leggja mat á ferlið sem leiddi til aðgerðar. Gera má ráð fyrir að klínískt ástand sjúklinganna hafi ekki boðið upp á áframhaldandi stuðningsmeðferð með ísetningu kera eða að ekki hafi verið hægt að koma fyrir kera að mati röntgenlæknis.

Niðurstöður rannsóknarinnar sýna marktæka aukningu á tíðni rofs á ristli á rannsóknartímabilinu. Þó að ekki hafi verið skoðað hvort þessi aukning sé af völdum ákveðinnar orsakar, svo sem rofs í kjölfar sarpabólgu, má draga þá ályktun þar sem sarpabólga er algengasta ástæða rofs á ristli. Aðrir hafa sýnt fram á aukna tíðni ristilbólgu og aukna tíðni rofs á ristli vegna sarpabólgu. Hlutfall þeirra sem fengu sarpabólgu jókst þó ekki. Því má draga þá ályktun að þó fleiri séu að fá rof á ristli sé það fyrst og fremst vegna þess að fleiri fá sarpabólgu nú en áður. Þó sýnt hafi verið fram á að tíðni rofs á ristli af völdum sarpabólgu hafi ekki aukist (1,5%), hefur tíðni sarpabólgu aukist sem skýrir fleiri rof á ristli nú en áður.[22] Þar sem sarpabólga var algengasta ástæða ristilrofs í rannsóknarhópnum má leiða líkur að því að aukin tíðni sarpabólgu skýri aukna tíðni rofs á ristli.

Veikleiki þessarar rannsóknar er að hún er afturskyggn. Fyrsta leit var gerð með fjölda greiningarkóða sem gaf okkur mörg hundruð sjúklinga og reyndust margir þeirra hafa ranga greiningarkóða. Þessi ónákvæma skráning er því miður þekkt vandamál. Annar veikleiki er hversu margbreytilegur rannsóknarhópurinn er og hversu misjafnt ástand sjúklinga var við greiningu. Gera má

ráð fyrir að sjúklingar sem fóru beint í aðgerð hafi verið veikari en þeir sem fengu stuðningsmeðferð. Þar sem ASA-skor var illa skráð og sjúklingar ekki flokkaðir í undirflokka eftir alvarleika einkenna, var ekki hægt að styðja það með gögnum. Það verður því að hafa í huga við allan samanburð að hóparnir geta verið mjög ólíkir.

Margbreytileiki hópsins er einnig helsti styrkur þessarar rannsóknar. Rannsóknin nær til allra sjúklinga með rof á ristli á Íslandi á rannsóknartímabilinu, þar sem gera má ráð fyrir að önnur sjúkrahús en þau sem tóku þátt meðhöndli ekki sjúklinga sem uppfylla inntökuskilyrði. Rannsóknin er með bæði langt rannsóknartímabil og mikinn fjölda sjúklinga og gefur því góða mynd af þessu alvarlega vandamáli sem rof á ristli er hér á landi, orsökum þess og árangri meðferðar.

Þakkir

Höfundar vilja þakka riturum þeirra sjúkrahúsa sem þátt tóku fyrir hjálp við að afla gagna. Sérstakar þakkir fær Gunnhildur Jóhannsdóttir, Landspítala, og Hjörtur Brynjólfsson, læknir á Sjúkrahúsinu á Akureyri. Þá fá Martin Ingi Sigurðsson og Sigrún Helga Lund þakkir fyrir veitta tölfræðiaðstoð.

Heimildir

1. Sheth AA, Longo W, Floch MH. Diverticular Disease and Diverticulitis. Am J Gastroenterol 2008;103: 1550-6.
2. Biondo S, Parés D, Ragué JM, Oca J, Toral D, Borobia FG, et al. Emergency operation for Nondiverticular perforation of the left colon. Am J Surg 2002; 183: 256-60.
3. Iqbal CW, Cullinane DC, Schiller HJ, Sawyer MD, Zietlow SP, Farley DR. Surgical management and outcomes of 165 colonoscopic perforations from a single institution. Arch Surg 2008; 143: 701-7.
4. Lüning TH, Keemers-Gels ME, Barendregt WB, Tan AC, Rosman C. Colonoscopic perforations: a review of 30,366 patients. Surg Endosc 2007; 21: 994-7.
5. Panteris V, Haringsma J, Kuipers EJ. Colonoscopy perforation rate, mechanisms and outcome: from diagnostic to therapeutic colonoscopy. Endoscopy 2009; 41: 941-51.
6. Sosna J, Blachar A, Amitai M, Barmeir E, Peled N, Goldberg SN, et al. Colonic perforation at CT colonography: assessment of risk in a multicenter large cohort. Radiology 2006; 239: 457-63.
7. Tulchinsky H, Madhala-Givon O, Wasserberg N, Lelcuk S, Niv Y. Incidence and management of colonoscopic perforations: 8 years' experience. World J Gastroenterol 2006; 12: 4211-3.
8. Vermeulen J, Coene PP, Van Hout NM, van der Harst E, Gosselink MP, Mannaerts GH, et al. Restoration of bowel continuity after surgery for acute perforated diverticulitis: should Hartmann's procedure be considered a one-stage procedure? Colorectal Dis 2009; 11: 619-24.
9. Toro A, Mannino M, Reale G, Capello G, Di Carlo I. Primary anastomosis vs. Hartmann procedure in acute complicated diverticulitis. Evolution over the last twenty years. Chirurgia (Bucur) 2012; 107: 598-604.
10. Oomen JL, Cuesta MA, Engel AF. Reversal of Hartmann's procedure after surgery for complications of diverticular disease of the sigmoid colon is safe and possible in most patients. Dig Surg 2005; 22: 419-25.
11. Chandra V, Nelson H, Larson DR, Harrington JR. Impact of primary resection on the outcome of patients with perforated diverticulitis. Arch Surg 2004; 139: 1221-4.
12. Durmishi Y, Gervaz P, Brandt D, Bucher P, Platon A, Morel P, et al. Results from percutaneous drainage of Hinchey stage II diverticulitis guided by computer tomography scan. Surg Endosc 2006; 20: 1129-33.
13. Fingerhut A, Veyrie N. Complicated diverticular disease: the changing paradigm for treatment. Rev Col Bras Cir 2012; 39: 322-7.
14. Karoui M, Champault A, Pautrat K, Valleur P, Cherqui D, Champault G. Laparascopic peritoneal lavage or primary anastamosis with defunctioning stoma for hinchey 3 complicated diverticulitis: results of a comparative study. Dis Colon Rectum 2009; 52: 609-15.
15. Toorenvliet BR, Swank H, Schoones JW, Haming JF, Bemelman WA. Laparoscopic peritoneal lavage for perforated colonic diverticulitis: systematic review. Colorectal Dis 2010; 12: 862-7.
16. Morris CR, Harvey IM, Stebbing WS, Hart AR. Incidence of perforated diverticulitis and risk factors for death in a UK population. Br J Surg 2008; 95: 876-81.
17. Constantinides VA, Tekkis PP, Athanasiou T, Aziz O, Purkayastha S, Remzi FH, et al. Primary resection with anastamosis vs. Hartmann's procedure in nonelective surgery for acute colonic diverticulitis: a systematic review. Dis Colon Rectum 2006; 49: 966-81.
18. Trecca A, Gaj F, Gagliardi G. Our experience with endoscopic repair of large colonoscopic perforations and review of the literature. Tech Coloproctol 2008; 12: 315-21.
19. Feingold D et al. Practice parameters for the treatment of sigmoid diverticulitis. Dis Colon Rectum 2014; 57: 284-94.
20. Vermeulen J, Gosselink MP, Busschback JJ, Lange JF. Avoiding or reversing Hartmann's procedure provides improved quality of life after perforated diverticulitis. J Gastrointest Surg 2010; 14: 651-7.
21. Hodgson R, An V, Stupart DA, Guest GD, Watters DA. Who gets Hartmann´s reversed in a regional centre? Surgeon 2016; 14: 184-9.
22. Ricciardi R, Baxter NN, Read TE, Marcello PW, Hall J, Roberts PL. Is the decline in the surgical treatment for diverticulitis associated with an increase in complicated diverticultis? Dis Colon Rectum 2009; 52: 1558-63.

ENGLISH SUMMARY

Incidence, cause and treatment of colonic perforations in Iceland 1998-2007: A nationwide study

Kristín Jónsdóttir[1], Elsa B. Valsdóttir[2], Shreekrishna Datye[3], Fritz Berndsen[4], Páll Helgi Möller[1,2]

Introduction: Colon perforation is a serious illness with mortality reported from 0-39%. Surgery used to be the gold standard but treatment has changed as studies have indicated comparable results with less invasive treatment. The aim of this study was to evaluate the incidence of acute colon perforations in Iceland, causes and treatment.
Material and methods: A retrospective, nationwide, multicenter analysis was performed based on ICD-10 codes from databases of the main hospitals in Iceland. Age, gender, year of perforation, cause, means of diagnosis, treatment and outcome were registered. Patients under 18 years and post mortem diagnosis were excluded.
Results: 225 patients met criteria, 131 women (58%) and 94 men (42%), median age 70 years (range 30-95). The most common causes were diverticulitis (67%), colonoscopy (12%) and complications during operations (5%). During the first five study years, 27% received conservative treatment while 71% underwent surgery. By the end of the study era this ratio was 45% and 54% respectively. The rate of permanent stoma was 10%.
Conclusions: Diverticulitis was the most common cause of colon perforation in Iceland during the study period. Many patients still undergo surgery but there has been a dramatic change toward more conservative treatment. The rate of stoma closure is comparable to studies elsewhere.

[1]University Hospital of Iceland, Dept. General Surgery, [2]University of Iceland, Faculty of Medicine, [3]Akureyri Teaching Hospital, [4]Akranes Hospital and Health Care Center, Iceland.

Key words: *Colon perforation, diverticulitis, Hartmann's reversal.*

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

Okkar hjartans mál

Loksins markaðssett á Íslandi

Bisbetol og Bisbetol plus

bísóprólól og bísóprólól hýdróklórtíazíð
filmuhúðaðar töflur

Mjög sérhæfður β1-blokki (hjartasértækur).
Einungis þarf einn skammt á dag.
Bisbetol er notað gegn háþrýstingi og langvarandi stöðugri hjartaöng.
Bisbetol plus er notað til meðhöndlunar á frumkomnum háþrýstingi.





Williams&Halls

Sérlyfjatexti á bls. 105

Williams & Halls • Reykjavíkurvegur 62 • 220 Hafnarfjörður • Sími: 527 0600 • wh.is

Skurðaðgerðir við hjartaþelsbólgu á Íslandi 1997-2013

Ragnheiður M. Jóhannesdóttir[1] læknir, **Tómas Guðbjartsson**[1,2] læknir, **Arnar Geirsson**[1] læknir

ÁGRIP

Inngangur: Opna hjartaaðgerð getur þurft að gera í alvarlegum tilfellum hjartaþelsbólgu. Tilgangur þessarar rannsóknar var að kanna árangur skurðaðgerða við hjartaþelsbólgu á Íslandi en slík rannsókn hefur ekki birst áður.

Efniviður og aðferðir: Afturskyggn rannsókn á sjúklingum sem gengust undir hjartalokuaðgerð vegna hjartaþelsbólgu á Landspítala 1997-2013. Leitað var að sjúklingum í rafrænum kerfum Landspítala og upplýsingar fengnar úr sjúkraskrám. Heildarlifun var reiknuð með aðferð Kaplan-Meier og var meðaleftirfylgni 7,2 ár.

Niðurstöður: Af 179 sjúklingum sem greindust með hjartaþelsbólgu á rannsóknartímabilinu gengust 38 (21%) undir skurðaðgerð. Tveimur sjúklingum var sleppt þar sem sjúkraskrár þeirra fundust ekki. Rannsóknarþýðið samanstóð því af 36 sjúklingum. Aðgerðum fjölgaði jafnt og þétt á rannsóknartímabilinu, eða úr 8 aðgerðum fyrstu 5 árin í 21 þau síðustu ((gagnlíkindahlutfall, OR – odds ratio; öryggisbil, CI – confidence interval) OR: 1,12, 95% CI: 1,05-1,21, p=0,002). Blóðræktanir voru jákvæðar hjá 81% sjúklinga og ræktaðist oftast *S. aureus* (19%). Þrír sjúklingar höfðu fyrri sögu um hjartaskurðaðgerð og 5 höfðu sögu um misnotkun fíkniefna. Algengustu staðsetningar sýkingar voru í ósæðarloku (72%) og míturloku (28%). Hjartaloku var skipt út í 35 tilvikum, í 14 tilvika með ólífrænni loku og í 21 tilviki með lífrænni loku. Tvær míturlokur var hægt að gera við. Algengustu fylgikvillar eftir aðgerð voru hjartadrep (35%), öndunarbilun (44%) og enduraðgerð vegna blæðingar (25%). Fjórir sjúklingar létust innan 30 daga frá aðgerð (11%) og 5 og 10 ára lifun var 59% og 49%.

Umræða: Fimmti hver sjúklingur með hjartaþelsbólgu á Íslandi þurfti á hjartalokuaðgerð að halda, langoftast ósæðarloku- eða míturlokuskipti. Árangur er sambærilegur við erlendar rannsóknir en fylgikvillar eru tíðir, 30 daga dánartíðni hærri og langtímalifun lakari en eftir hefðbundnar lokuskiptaaðgerðir.

Inngangur

Hjartaþelsbólga er blóðsýking sem leggst á hjartaþel (*endocardium*), oftast hjartaþel á hjartalokum. Þetta er tiltölulega sjaldgæf sýking en samkvæmt tveimur nýlegum íslenskum rannsóknum hefur nýgengi haldist óbreytt undanfarna fjóra áratugi, eða í kringum 3/100.000 íbúa/ári.[1,2] Þetta er ekki ósvipað nýgengi og í erlendum rannsóknum þótt helmingi hærri nýgengistölum hafi verið lýst.[3-5] Á Íslandi eru flestir sjúklinganna í kringum sextugt og karlar eru rúmlega tveir þriðju hlutar sjúklinganna.[1] Almennt virðist tíðnin aukast með aldri.[6]

Hjartaþelsbólga er í hópi alvarlegustu sýkinga og dánarhlutfall er oft á bilinu 10-40%.[5,7] Tíðni er hærri hjá sjúklingum með meðfædda hjartagalla eins og tvíblöðku ósæðarloku, við áunna lokusjúkdóma eins og bakfall á aftara míturlokublaði en einnig hjá sjúklingum með gerviloku, æðaígræði eða gang- eða bjargráð.[6]

Einkenni hjartaþelsbólgu geta verið fjölbreytileg. Í bráðri sýkingu eru hiti, hrollur og svæsin hjartabilun áberandi. Greining tefst oft hjá sjúklingum með hálfbráða sýkingu þar sem einkenni eru ósértækari eins og hitavella, lystarleysi og óútskýrt þyngdartap.[6,8]

Einn helsti fylgikvilli hjartaþelsbólgu er hjartabilun og stafar hún af leka í hjartaloku sem skemmst hefur af völdum sýkingarinnar.[9] Hjartabilun hefur mest forspárgildi um horfur sjúklings og er jafnframt algengasta dánarorsökin.[6,10] Aðrir þekktir fylgikvillar eru rek á sýkingarhrúðri og myndun ígerða (*abscess*) sem oftast myndast við ósæðarrótina.[11]

Fyrsta meðferð við hjartaþelsbólgu er sýklalyfjameðferð og er hún hafin um leið og blóðræktanir hafa verið teknar. Gripið er til skurðaðgerðar ef sjúklingur svarar ekki sýklalyfjameðferð. Samkvæmt erlendum rannsóknum gangast á bilinu 25-50% sjúklinga með hjartaþelsbólgu undir opna hjartaaðgerð.[12,13] Við aðgerðina er sýktur vefur fjarlægður og sýktu lokunni skipt út fyrir nýja, oftast lífræna loku úr svíni eða gollurshúsi kálfs.[14] Hjá yngri sjúklingum er þó stundum notast við ólífræna loku úr hertu kolefni og einstaka sinnum er hægt að gera við lokuna.[14,15] Helstu ábendingar fyrir bráðaaðgerð við hjartaþelsbólgu eru versnandi hjartabilun, alvarleg blóðsýking (*sepsis*) og stórt sýkingarhrúður á hjartalokum sem talið er geta valdið reki.[5]

Hér á landi hafa verið gerðar tvær rannsóknir á hjartaþelsbólgu sem báðar hafa birst í *Læknablaðinu*.[1,2] Í hvorugri þessara rannsókna var þó litið sérstaklega á árangur skurðaðgerða. Tilgangur þessarar rannsóknar var því að skoða árangur skurðmeðferðar við hjartaþelsbólgu á Íslandi með sérstaka áherslu á ábendingar fyrir aðgerð, fylgikvilla og langtímalifun.

Efniviður og aðferðir

Þetta er afturskyggn rannsókn sem tekur til allra sjúklinga sem gengust undir skurðaðgerð við hjartaþelsbólgu frá 1. janúar 1997 til 31. desember 2013 á Landspítala. Í sjúklingabókhaldi Landspítala var leitað að sjúklingum sem fengu greininguna hjartaþelsbólga

[1]Hjarta- og lungnaskurðdeild Landspítala, [2]læknadeild Háskóla Íslands.
Fyrirspurnum svarar Arnar Geirsson, *arnargeirsson@yahoo.com*

https://doi.org/10.17992/lbl.2017.02.122

Greinin barst til blaðsins 8. júní 2016, samþykkt til birtingar 12. janúar 2017.

Tafla I. *Lýðfræðilegar upplýsingar um 36 sjúklinga sem gengust undir hjartaaðgerð vegna hjartaþelsbólgu á Landspítala 1997-2013. Fjöldi sjúklinga og hlutfall (%), en meðaltal með staðalfráviki og bili fyrir aldur, líkamsþyngdarstuðul og EuroSCORE II.*

	Fjöldi	%
Karlar	28	78
Aldur	56,3 ± 14,3	(30-80)
Kransæðasjúkdómur	5	14
Háþrýstingur	15	43
Blóðfituröskun	5	14
Sykursýki af gerð I og II	5	14
Reykingar (n=30)	23	77
Virkar reykingar	13	43
Tvíblöðku ósæðarloka	9	25
Langvinn nýrnabilun	7	20
Líkamsþyngdarstuðull (kg/m^2)	27,2 ± 4,8	
Saga um fyrri hjartaskurðaðgerð	4	11
Saga um misnotkun fíkniefna í æð	5	14
Ónæmisbæling	3	8
Sýkt beinígræði	3	8
Lélegur tannstatus	1	3
Útæðasjúkdómur	1	3
Langvinn lungnateppa	3	8
Heilaáfall	6	17
EuroSCORE II	14,0 ± 21,0	

(ICD-10 greiningarnúmer I33.0, I33.9, I38, I39) á rannsóknartímabilinu. Sérstaklega var litið á þá sjúklinga sem þurftu að gangast undir opna hjartaaðgerð vegna sýkingarinnar. Til að tryggja að sjúklingar hefðu ekki gleymst var einnig leitað að Nordic Medico-Statistical Committee (NOMESCO) aðgerðarnúmerum fyrir skurðaðgerð á ósæðarloku (FM, FMC, FMD, FMW), míturloku (FK, FKB, FKC, FKD, FKW) og þríblöðkuloku (FGC, FGD, FGE, FGW).

Alls greindust 179 sjúklingar með hjartaþelsbólgu á rannsóknartímabilinu og gengust 38 (21%) þeirra undir opna hjartaaðgerð. Tveimur sjúklingum varð að sleppa þar sem upplýsingar um þá fundust ekki í sjúkraskrám Landspítala. Rannsóknarþýðið samanstóð því af 36 sjúklingum.

Klínískum upplýsingum var safnað úr sjúkraskrám og voru skráðar rúmlega 150 breytur, meðal annars aldur, kyn, hæð, þyngd, einkenni við innlögn, þar á meðal hjartabilun og alvarleiki hennar metinn með New York Heart Association Functional Classification (NYHA-flokki) I-IV. Aðgerðarábending var skráð, fyrri saga um hjartaaðgerð og þá tegund inngrips, reykingar, nýrnabilun (kreatínín yfir 200µmol/L) og áhættuþættir hjarta- og æðasjúkdóma. Athugað var hverjir voru með tvíblöðku ósæðarloku, misnotuðu eða höfðu misnotað fíkniefni í æð, saga um ónæmisbælandi sjúkdóma eða ónæmisbælandi meðferð (til dæmis barkstera). Þá var skráð hversu langur tími leið frá greiningu hjartaþelsbólgu að aðgerð, ástand sjúklingsins fyrir aðgerð, hvort um bráðaaðgerð var að ræða, niðurstöður blóðræktana og hvaða sýklalyf voru gefin fyrir og eftir aðgerð.

Tafla II. *Einkenni og myndgreiningaraðferðir 36 sjúklinga sem gengust undir hjartaskurðaðgerð vegna hjartaþelsbólgu á Íslandi 1997-2013. Fjöldi og hlutfall (%).*

	Fjöldi	%
Hiti (n=33)	27	82
Mæði (n=29)	24	86
Þyngdartap	10	28
Hjartabilun (n=33)	26	79
NYHA-flokkur IV	14	42
Lungnaháþrýstingur	6	17
Sýkingarhrúður á hjartaloku	16	44
Hjartaómskoðun	36	100
Frá brjóstvegg	36	100
Frá vélinda	31	86
Kransæðaþræðing	22	60
Jákvæð blóðræktun	29	81
Tölvusneiðmyndataka af brjóstholi	7	19
Segulómskoðun af brjóstholi	1	3

Kannað var hvaða myndrannsóknir voru framkvæmdar fyrir aðgerð; þar með talið vélindaómskoðun, tölvusneiðmyndataka, segulómskoðun og hjartaþræðing. Svör úr hjartaómskoðun fyrir aðgerð voru yfirfarin; útstreymisbrot vinstri slegils skráð og hvort leki eða þrenging væri til staðar í lokunni. Einnig var athugað sérstaklega hvort sýkingarhrúður hefði sést á lokublaði eða hvort ígerð væri til staðar við lokuna. EuroSCORE II var reiknað fyrir alla sjúklinga fyrir aðgerð, en það er áhættulíkan sem metur líkur á dauða sjúklinga á fyrstu 30 dögum frá aðgerð.[16]

Aðgerðum var skipt í lífsbjargandi (*emergency*), bráða (*acute*) og áríðandi (*subacute*). Lífsbjargandi aðgerð var skilgreind sem aðgerð framkvæmd innan 24 klukkustunda frá ákvörðun um aðgerð og sjúklingum ekki hugað líf án inngrips. Bráð aðgerð var hins vegar gerð innan viku frá ákvörðun og áríðandi aðgerð ýmist þegar sjúklingar höfðu verið viku eða lengur á sýklalyfjum eða höfðu lokið sýklalyfjameðferð.

Aðgerðirnar voru framkvæmdar í gegnum bringubeinsskurð, notuð hjarta- og lungnavél og hjartað stöðvað. Skráð var tímalengd á hjarta- og lungnavél en einnig tangartími (*cross-clamp time*) í mínútum.

Fylgikvillum var skipt í alvarlega og minniháttar en til þeirra fyrrnefndu töldust: hjartadrep í aðgerð (skilgreint sem hæsta gildi CK-MB yfir 70 mg/L), enduraðgerð vegna blæðingar, öndunarbilun þar sem þörf var á öndunarvél í meira en 48 klukkustundir með eða án barkaraufunar, heilaæðaáfall, fjöllíffærabilun, djúp sýking í bringubeini og bráður nýrnaskaði sem krafðist blóðskilunar. Minniháttar fylgikvillar voru gáttatif/flökt, lungnabólga, yfirborðssýking í skurðsári, nýrnaskaði þar sem blóðskilunar var ekki þörf, þvagfærasýking, gjörgæslutaugakvilli (*intensive care neuropathy*) og fleiðruvökvi sem krafðist aftöppunar.

Blæðing fyrstu 24 klukkustundirnar eftir aðgerð var skráð í millilítrum (mL) og jafnframt hversu mikið var gefið af blóðhlutum í sjúkrahúslegunni í einingum. Legutími á gjörgæslu og á legudeild hjarta- og lungnaskurðlækninga var skráður í dögum.

Tafla III. *Fjöldi og hlutfall sjúklinga (%) með hjartaþelsbólgu sem gengust undir hjartaaðgerð á Landspítala 1997-2013 og fengu sýklalyfjameðferð. Sjúklingar gátu verið á fleiri en einu lyfi samtímis.*

Tegund sýklalyfs	Fjöldi	%
Þriðju kynslóðar kefalosporín	20	56
Penisillínasa-þolin penisillín	18	50
Vancomycín	15	42
Penisillín	14	39
Gentamicín	13	36
Carbapenem	4	11
Flúrókínolón	4	11
Fyrstu kynslóðar kefalosporín	3	8
Rifampín	3	8
Trimetoprim/súlfa	1	3
Daptomycín	1	3
Linezolíð	1	3
Tetracyklín	1	3

Tölfræðiúrvinnsla

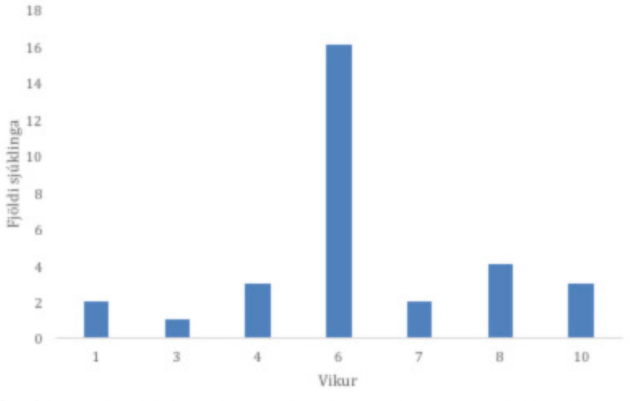
Upplýsingar voru skráðar í Microsoft Office Excel útgáfu 2011 (Microsoft, Redmond WA) og lýsandi tölfræði unnin í því. Tölfræðipróf voru unnin í forritinu Prism (Graphpad, La Jolla CA) þar sem tvíþáttabreytum var lýst sem hlutföllum (%) og línulegum breytum með meðaltali, miðgildi og staðalfráviki. Til að meta árlegan fjölda aðgerða var gerð Poisson-aðhvarfsgreining og reiknað gagnlíkindahlutfall með 95% öryggisbil. Marktæki miðast við tvíhliða p-gildi <0,05. Langtímalifun var áætluð með aðferð Kaplan-Meier og fengust upplýsingar um dánardag úr Dánarmeinaskrá Embættis landlæknis. Eftirlit miðast við 31. desember 2013 og var meðaleftirfylgni 7,2 ár (bil: 0-14,5).

Áður en rannsóknin hófst fengust öll tilskilin leyfi frá vísindasiðanefnd, Persónuvernd og framkvæmdastjóra lækninga á Landspítala.

Niðurstöður

Sjúklingaupplýsingar

Í töflu I eru helstu lýðfræðilegar upplýsingar um sjúklingana. Meðalaldur var 56 ± 14 ár og var yngsti sjúklingurinn 28 ára og sá elsti 80 ára. Karlar voru 28 (77%) talsins, 9 sjúklingar (25%) höfðu tvíblöðku ósæðarloku, 5 (14%) höfðu sögu um misnotkun fíkniefna í æð og 23 (77%) höfðu einhvern tíma reykt. Kransæðasjúkdómur var þekktur hjá 5 sjúklingum (14%), háþrýstingur hjá 15 (43%), sykursýki hjá öðrum 5 (15%) og nýrnabilun hjá 7 (20%) sjúklingum. Þrír sjúklingar höfðu áður gengist undir lokuskiptaaðgerð, tveir á ósæðarloku og einn á míturloku. Tvær af þessum lokum voru líffrænar og ein ólífræn. EuroSCORE II var að meðaltali 20 ± 21 (bil: 0,9-97,8).



Mynd 1. *Lengd sýklalyfjameðferðar í vikum fyrir og eftir aðgerð, og fjöldi sjúklinga.*

Einkenni sjúklinga fyrir aðgerð

Tafla II sýnir einkenni sjúklinga fyrir aðgerð en algengust voru mæði (83%) og hiti (82%). Tíu sjúklingar (28%) höfðu óútskýrt þyngdartap fyrir aðgerð. Einkenni hjartabilunar voru til staðar hjá 26 (79%) sjúklingum og voru þau metin í NYHA-flokki IV hjá 42% þeirra. Allir sjúklingar gengust undir ómskoðun af hjarta frá brjóstvegg (n=36), en 33 sjúklingar að auki um vélinda. Kransæðaþræðing var gerð hjá 22 sjúklingum (61%) fyrir aðgerð og fannst marktækur kransæðasjúkdómur hjá 7 þeirra.

Sýklaræktanir

Blóðræktanir reyndust jákvæðar hjá 29 sjúklingum (81%) og af þeim 32 lokum sem sendar voru í ræktun eftir aðgerðina reyndust 7 (22%) jákvæðar. Gram-jákvæðir kokkar voru algengustu sýkingarvaldarnir, eða í 82% tilfella, en þar á eftir komu gram-jákvæðir stafir (11%). Aðrir sýkingarvaldar voru sjaldgæfari og enginn sjúklingur hafði sveppasýkingu í blóði. Í þremur tilfellum (8%) reyndist hvorki blóðræktun né ræktun frá loku sem fjarlægð var í aðgerð jákvæð.

Sýklalyfjameðferð og tími að aðgerð

Tímalengd sýklalyfjagjafar fyrir aðgerð var að meðaltali 4,4 ± 5,2 vikur (bil 1-10) (tafla III, mynd 1). Tólf sjúklingar (33%) gengust undir lífsbjargandi aðgerð, 13 (36%) undir bráðaaðgerð og 11 (31%) gengust undir áríðandi aðgerð. Tímalengd frá greiningu að skurðaðgerð var allt frá samdægurs til 593 daga, en miðgildið var 12 dagar (bil: 0-593). Sá sem beið lengst eftir aðgerð var tæplega þrítugur karlmaður sem misnotaði fíkniefni í æð en hann gat ekki hætt neyslu þrátt fyrir endurteknar sýkingar. Þurfti að taka hann í bráðaaðgerð vegna alvarlegrar hjartabilunar sem stafaði af miklum ósæðarlokuleka.

Hlutfall sýktra hjartaloka og aðgerðir

Ósæðarlokan var sú loka sem sýktist í flestum tilvikum, eða hjá 26 (72%) sjúklingum. Höfðu 9 (35%) þeirra tvíblöðkuloku og tveir (8%) ígrædda ósæðarloku þar sem ein var líffræn og hin ólífræn. Ígerð í ósæðarrót var til staðar hjá 12 þessara sjúklinga. Ósæðarlokunum var alltaf skipt út og fengu 16 sjúklingar líffræna gerviloku en 10 ólífræna. Fimm sjúklingar gengust undir kransæðahjáveituaðgerð samtímis ósæðarlokuskiptum og 5 sjúklingar undir viðgerð á þríblöðkuloku (n=3) eða míturloku (n=2). Míturloka var sýkt hjá 10 sjúklingum, en í einu þessara tilfella var um sýkta ólífræna gervi-

Tafla IV. *Aðgerð, aðgerðarupplýsingar og tegund gerviloku. Fjöldi sjúklinga og hlutfall (%), en meðaltöl með staðalfráviki og bil fyrir tímalengd frá greiningu, vélar- og tangartíma. Upplýsingar um lokur, og einn sjúklingur gekkst bæði undir lokuskipti á ósæðar- og míturloku.*

	Fjöldi	%
Lífsbjargandi aðgerð	12	33
Bráð aðgerð	13	36
Áríðandi aðgerð	11	31
Tími frá greiningu að aðgerð (dagar)	12 ± 80	(0-593)
Aðgerð á ósæðarloku	26	72
Lífræn gerviloka (n=26)	16	62
Ólífræn gerviloka	10	38
Hjáveituaðgerð samtímis	5	19
Önnur lokuaðgerð samtímis	5	19
Vélartími (mínútur)	163 ± 77	(73-382)
Tangartími (mínútur)	119 ± 56	(57-273)
Míturloka	10	28
Lífræn gerviloka (n=10)	4	40
Ólífræn gerviloka	4	40
Viðgerð á loku	2	20
Hjáveituaðgerð samtímis	2	20
Önnur lokuaðgerð samtímis	1	10
Vélartími (mínútur)	153 ± 44	(103-215)
Tangartími (mínútur)	109 ± 38	(62-163)
Þríblöðkuloka	1	3
Lífræn gerviloka (n=1)	1	100
Vélartími (mínútur)	74	
Tangartími (mínútur)	51	

loku að ræða. Hjá 8 sjúklingum var skipt um míturlokuna, í fjórum tilfellum með lífrænni gerviloku og í hinum fjórum með ólífrænni gerviloku. Hjá tveimur sjúklingum reyndist unnt að gera við míturlokuna. Hjáveituaðgerð var gerð samtímis hjá einum sjúklingi og hjáveituaðgerð ásamt viðgerð á þríblöðkuloku hjá öðrum sjúklingi. Í einu tilfelli var um sýkta þríblöðkuloku að ræða en sá sjúklingur hafði sögu um misnotkun fíkniefna í æð. Var lokunni skipt út fyrir lífræna gerviloku (tafla IV). Aðgerðum fjölgaði jafnt og þétt á rannsóknartímabilinu, eða úr 8 aðgerðum fyrstu 5 árin í 21 þau síðustu ((gagnlíkindahlutfall, OR – odds ratio; öryggisbil, CI – confidence interval) OR: 1,12, 95% CI: 1,05-1,21, p=0,002).

Blæðing og blóðhlutagjafir

Blæðing fyrstu 24 klukkustundirnar í brjóstholskera og magn blóðhluta sem gefnir voru eftir aðgerð (í sömu sjúkrahússlegu) er sýnt í töflu V. Heildarblæðing var 870 ± 3730 mL, (bil: 230-20865). Alls fengu 28 af 34 sjúklingum (82%) einhverja blóðhluta, oftast rauðkornaþykkni, eða að meðaltali 4,0 ± 13,6 einingar (bil: 1-65), blóðvatn (4,0 ± 22,8 einingar, bil: 0-117) og blóðflögur (2,5 ± 2,2 poka, bil: 0-9).

Tafla V. *Blæðing og notkun blóðhluta, meðaltöl með staðalfráviki og bili.*

	Meðaltal	Bil
Heildarblæðing (mL)	870 ± 3730	230-20865
Rauðkornaþykkni (ein)	4,0 ± 13,6	1-65
Plasma (ein)	4,0 ± 22,8	0-9
Blóðflögur (pokar)	2,5 ± 2,2	0-117

Fylgikvillar eftir aðgerð

Fylgikvillar eftir aðgerð eru sýndir í töflu VI. Alvarlega fylgikvilla fengu 61% sjúklinga, en efst á blaði var hjartadrep sem greindist hjá 35% sjúklinga. Síðan komu enduraðgerð vegna blæðingar (26%), öndunarbilun (43%) þar sem í helmingi tilfella þurfti barkaraufun (*tracheostomy*), fjöllíffærabilun (20%) og bráður nýrnaskaði sem krafðist blóðskilunar (17%). Einn sjúklingur (3%) þurfti enduraðgerð vegna sýkingar í nýju lokunni og var skipt um hana, en enginn greindist með miðmætisbólgu eða djúpa sýkingu í bringubeini. Minniháttar fylgikvillar greindust hjá 64% sjúklinga og var gáttaflökt algengast (56%). Aðrir minniháttar fylgikvillar eru sýndir í töflu VI.

Legutími og lifun

Heildarlegutími var að meðaltali 55 ± 52 dagar (miðgildi: 43 dagar, bil: 7-222), þar af 11 ± 18 (miðgildi 4 dagar, bil: 1-85) dagar á gjörgæslu.

Fjórir sjúklingar (11%) létust innan 30 daga frá aðgerð. Einn þessara sjúklinga lést í aðgerð og var dánarorsök hans samkvæmt krufningu svæsin sýklasótt með fjöllífærabilun. Annar sjúklingur var kona á sextugsaldri sem lést vegna rifu á afturvegg hjarta, en rof kom á hjartað eftir míturlokuskipti vegna sýkingar á aftara míturlokublaði. Þriðji sjúklingurinn sem lést var karlmaður, einnig á sextugsaldri, sem fékk heilaáfall frá sýkingarhrúðri sem hafði losnað frá ósæðarloku og valdið reki. Fjórði sjúklingurinn var karlmaður á sjötugsaldri sem lést vegna hjartabilunar og bráðrar lungnabólgu. Fyrir aðgerð hafði hann mikinn ósæðarlokuleka og aðeins 25% útfall á vinstri slegli.

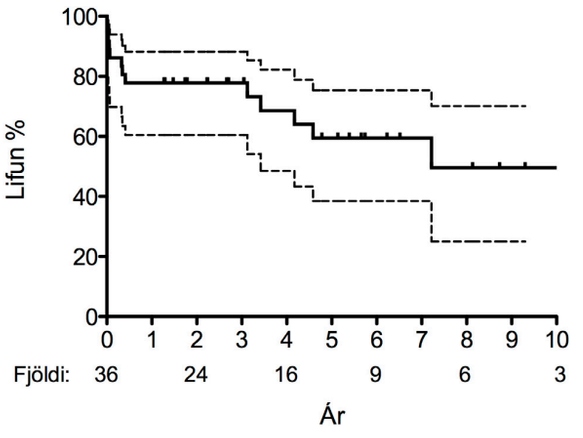
Mynd 2 sýnir langtímalifun en heildarlifun eftir aðgerð (Kaplan-Meier) var 59% eftir 5 ár og 50% 10 árum frá aðgerð.

Umræður

Á rannsóknartímabilinu sem tók til 16 ára greindust samtals 179 tilfelli af hjartaþelsbólgu á Landspítala. Svipuðu nýgengi hefur verið lýst erlendis þótt í mörgum rannsóknum sé það allt að tvöfalt hærra.[5] Nýgengi hjartaþelsbólgu í mismunandi rannsóknum ræðst af ýmsum þáttum, meðal annars aldurssamsetningu sjúklinganna og algengi meðfæddra hjartagalla. Samkvæmt íslenskum rannsóknum eru helstu áhættuþættir hjartaþelsbólgu hér á landi meðfæddur hjartagalli (aðallega tvíblöðku ósæðarloka) og ígrædd hjartaloka en einnig fíkniefnamisnotkun, hrörnunarbreytingar í hjartaloku og léleg tannhirða. Gigtsótt (*febris rheumatica*) er hins vegar mjög sjaldgæf ástæða hjartaþelsbólgu á Íslandi líkt og hún er fyrir lokuskipti almennt.[1,17]

Tafla VI. *Fylgikvillar, alvarlegir og minniháttar, eftir aðgerð. Fjöldi og hlutfall (%).*

	Fjöldi	%
Alvarlegir fylgikvillar		
Enduraðgerð vegna blæðingar (n=35)	9	26
Hjartadrep (n=34)	12	35
Öndunarbilun (n=35)	15	43
Barkaraufun (n=35)	8	23
Blóðskilun (n=35)	6	17
Heilaáfall (n=35)	5	14
Djúp sýking í bringubeini	0	
Enduraðgerð vegna sýkingar	1	3
Fjöllíffærabilun (n=35)	7	20
Allir alvarlegir fylgikvillar samanlagt	22	61
Minniháttar fylgikvillar		
Nýtilkomið gáttatif/gáttaflökt	20	56
Lungnabólga (n=35)	10	29
Aftöppun fleiðruvökva (n=35)	8	23
Nýrnaskilun á gjörgæslu (Prisma®) (n=35)	8	23
Gjörgæslutaugakvilli (n=35)	3	9
Þvagfærasýking (n=35)	4	11
Yfirborðssýking í bringubeinsskurði	1	3
Allir minniháttar fylgikvillar samanlagt	23	64
Dáinn í aðgerð	1	3
Dánir innan 30 daga	4	11



Mynd 2. *Aðgerð, aðgerðarupplýsingar og tegund gerviloku, fjöldi sjúklinga og hlutfall. Meðaltöl með staðalfráviki eru gefin upp fyrir timalengd frá greiningu og vélar- og tangartíma. Einn sjúklingur gekkst undir lokuskipti bæði á ósæðar- og míturloku.*

Rúmlega fimmtungur sjúklinga sem greindir voru með hjartaþelsbólgu á rannsóknartímabilinu gengust undir opna hjartaskurðaðgerð. Eftir því sem leið á rannsóknartímabilið gengust fleiri sjúklingar undir aðgerð. Þetta er þó heldur lægra hlutfall en í flestum erlendum rannsóknum, þar sem hlutfallið er oftast á bilinu 25-57%. Í spænskri rannsókn frá árunum 1987-1997 var sýnt að 50% sjúklinga með hjartaþelsbólgu gengust undir hjartaskurðaðgerð.[12] Þá var hlutfallið 50% í stórri samevrópskri rannsókn sem náði til rúmlega 5000 sjúklinga með rannsóknartímabilið frá apríl til júlí 2001.[13] Í stórri framskyggnri fjölþjóðarannsókn sem kallast ICE-PLUS (The International Collaboration on Endocarditis-PLUS) gengust 57% undir aðgerð við hjartaþelsbólgu og var rannsóknartímabilið frá 1. september 2008 til 31. desember 2012.[18] Í ICE-PLUS rannsókninni var borin saman 6 mánaða lifun veikustu sjúklinganna eftir því hvort þeir fengu skurðmeðferð eða einungis meðferð með sýklalyfjum og kom í ljós að lifun þeirra sem gengust undir aðgerð var marktækt betri.[18]

Ábendingar fyrir aðgerð

Við ákvarðanatöku um það hvort sjúklingur ætti að gangast undir aðgerð var stuðst við klínískar evrópskar leiðbeiningar.[5] Algengasta ábending þess að sjúklingar með hjartaþelsbólgu voru teknir til aðgerðar var mikill ósæðar- eða míturlokuleki sem olli bráðri hjartabilun. Sextán sjúklingar (44%) höfðu sýkingarhrúður á hjartalokum sem varð til þess að aðgerð var flýtt og með því reynt að forða þeim frá heilaáfalli. Sumir þessara sjúklinga höfðu bæði sýkingarhrúður á lokunni og lokuleka, sem flýtti enn frekar fyrir aðgerð. Þrettán (36%) sjúklingar greindust með heilaáfall fyrir aðgerð og lést einn þeirra innan 30 daga frá aðgerð. Í erlendum rannsóknum er talið að hjá þriðjungi sjúklinga með hjartaþelsbólgu losni sýkingarhrúður og reki til annarra líffæra, en í tveimur þriðju þessara tilfella er um að ræða rek til heila sem veldur einkennum frá miðtaugakerfi.[13] Rek vegna sýkingarhrúðurs er jafnframt önnur algengasta dánarorsök sjúklinga með hjartaþelsbólgu, á eftir hjartabilun.[7,19] Heilaáfall vegna reks er einn af alvarlegustu og algengustu fylgikvillum hjartaþelsbólgu. Áhættuþættir reks er sýking í ósæðar- eða míturloku þar sem stórt sýkingarhrúður myndast á lokublaði. *S. aureus* er þekkt fyrir að mynda auðveldlega sýkingarhrúður.[13] Hætta á reki er mest fyrstu tvær vikurnar eftir að sjúklingur veikist.[13] Í okkar rannsókn voru 10 einstaklingar (28%) sem fengu rek til heila og ekki annarra líffæra. Sex sjúklingar fengu rek á sýkingarhrúðri til annarra líffæra, til dæmis út í fætur, hendur, kransæðar, augu, nýra og milta og einn þeirra greindist með Janeway-bletti í lófum. Af þessum 6 sjúklingum fengu þrír rek til heila.

Ábendingar fyrir skurðaðgerð í hjartaþelsbólgu eru skýrar samkvæmt klínískum leiðbeiningum, en meta þarf hvert tilfelli fyrir sig.[5] Hvað varðar mat á stærð á sýkingarhrúðri er mælt með aðgerð sé það yfir 15 mm að stærð. Hafi þegar orðið rek er mælt með aðgerð sé sýkingarhrúður yfir 10 mm að stærð.[5] Áður var talin hætta á blæðingu í blóðþurrðarsvæði en rannsóknir hafa sýnt að blæðingarhættan er lítil og að horfur eru almennt taldar betri ef aðgerð er gerð fyrr en síðar í sjúkdómsferlinu.[20]

Sýkingarvaldar og sýklalyfjagjöf

Algengustu sýkingarvaldar þeirra sem gengust undir aðgerð samkvæmt ræktunum voru gram-jákvæðir kokkar með *S. aureus* efstan á blaði (19% tilfella) líkt og í fjölda erlendra rannsókna.[21] Til samanburðar var *S. aureus* einnig algengasti sýkingarvaldur (19%) í íslenskri rannsókn á hjartaþelsbólgu en sú rannsókn náði einnig til sjúklinga sem ekki fóru í aðgerð.[1] *S. aureus* er þekktur fyrir

að valda bráðum sýkingum og er sjúkdómsgangur oft hraður með skemmdum á lokublöðum og ígerðamyndun.[13] Sökum þessa eru sjúklingar með *S. aureus*-sýkingu oft teknir snemma til aðgerðar.[22]

Frekar hátt hlutfall sjúklinga með sögu um misnotkun fíkniefna í æð gengust undir skurðaðgerð (14%). Í íslensku rannsókninni á hjartaþelsbólgu höfðu 18% þýðisins sögu um misnotkun fíkniefna í æð.[1] Erlendis er þetta hlutfall í kringum 2-5%. Skýringin á þessu er ekki augljós en hugsanlega gæti gott aðgengi þessara sjúklinga að heilbrigðisþjónustu verið hluti af skýringunni.[1,23,24]

Tímalengd sýklalyfjagjafar teygði sig allt frá einni og upp í 10 vikur eftir aðgerð, en að meðaltali tók meðferðin 19 daga fyrir og 4,4 vikur eftir aðgerð. Þessi tímalengd sýklalyfjagjafar er í samræmi við leiðbeiningar European Heart Society (ESC) þar sem mælt er með meðferð í 2-6 vikur en tímalengdin ræðst meðal annars af því hvort um sýkingu í gerviloku sé að ræða eða ekki.[5]

Fylgikvillar

Tíðni alvarlegra fylgikvilla var 61% þar sem öndunarbilun (43%) var algengasti fylgikvillinn og þar á eftir var drep í hjartavöðva (35%), en tíðni ræðst mjög af því hvaða skilmerki eru notuð við skilgreiningu hjartaskaða. Til samanburðar var tíðni alvarlegra fylgikvilla við míturlokuskipti 47% og hjartadreps 26%.[17] Sambærilegar tölur eftir ósæðarlokuskipti voru 33% og 14% fyrir hjartadrep.[25]

Tíðni minniháttar fylgikvilla var 64%, þar sem gáttatif/-flökt var algengast (56%). Í íslenskri rannsókn á míturlokuskiptum greindust minniháttar fylgikvillar hjá 70% sjúklinga og gáttatif/flökt hjá 23%.[26] Sambærilegar tölur eftir ósæðarlokuskipti voru 84% og 77% sem er hærri tíðni minniháttar fylgikvilla en í okkar rannsókn.[25] Skýrist það sennilega af háum aldri sjúklinga við ósæðarlokuskipti.

Enduraðgerð vegna blæðinga er alvarlegur fylgikvilli, hana þurfti að framkvæma á fjórðungi sjúklinga. Telst það hátt hlutfall. Til samanburðar var tíðni enduraðgerða vegna blæðingar eftir míturlokuskipti á Íslandi 15% og eftir ósæðarlokuskipti á árunum 2002-2006 17%.[17,25] Tíðni enduraðgerða vegna blæðinga eftir hjartaaðgerð er kringum 8% á Íslandi en erlendis er hlutfallið oft 2-5%.[27] Skýringin er ekki augljós, en ábendingar fyrir enduraðgerð geta verið mismunandi milli stofnana. Sjúklingar í okkar rannsókn voru hugsanlega veikari þegar þeir voru teknir til aðgerðar og tíðni fylgikvilla því hærri en ella.[28]

Dánartíðni og lifun

Dánartíðni innan 30 daga var 11%, en einn sjúklingur lést í aðgerð úr losti. Til samanburðar var dánartíðni 9% 30 dögum eftir míturlokuskipti á Íslandi og 6% eftir ósæðarlokuskipti. Fimm ára lifun í okkar rannsókn reyndist 59% samanborið við 69% eftir valaðgerð á míturloku og 78% eftir ósæðarlokuskipti.[17,29] Í erlendum rannsóknum er 30 daga dánartíðni eftir aðgerð vegna hjartaþelsbólgu á bilinu 6-25% og langtímalifun oftast í kringum 70%.[13] Svipuðum niðurstöðum var lýst í sænskri rannsókn en þar var dánartíðni til lengri og skemmri tíma umtalsvert lægri fyrir sjúklinga sem fóru í aðgerð, en fyrir þá sem aðeins fengu sýklalyfjameðferð.[23]

Veikleikar og styrkleikar rannsóknar

Veikleiki þessarar rannsóknar er að hún er afturskyggn, en klínískar upplýsingar í sjúkraskrám voru ekki alltaf vel skráðar, sérstaklega í upphafi rannsóknartímabilsins. Annar veikleiki er hversu lítið þýðið er, sem takmarkar styrk við tölfræðilega úrvinnslu. Styrkleiki rannsóknarinnar er sá að hún nær til heillar þjóðar og allar aðgerðir voru gerðar af tiltölulega fáum skurðlæknum á einni stofnun. Einnig voru upplýsingar um eftirfylgd og afdrif sjúklinganna mjög góðar.

Samantekt

Á rannsóknartímabilinu sem var frá 1997 til 2013 gekkst fimmti hver sjúklingur á Íslandi sem greindist með hjartaþelsbólgu undir opna hjartaaðgerð, oftast vegna hjartabilunar sem rakin var til leka í sýktu lokunni. Þetta hlutfall hækkar eftir því sem líður á rannsóknartímabilið. Sökum þess hve veikir þessir sjúklingar eru þegar þeir gangast undir aðgerð eru fylgikvillar tíðari en eftir hefðbundnar lokuskiptaaðgerðir. Þetta á sérstaklega við um enduraðgerð vegna blæðingar, hjartadrep og gáttaflökt. Þá er 30 daga dánartíðni þessara sjúklinga hærri og langtímalifun lakari en eftir hefðbundnar valaðgerðir á ósæðar- og míturloku.

Heimildir

1. Tryggvadóttir EB, Agnarsson UÞ, Sverrisson JÞ, Þorsteinsson SB, Högnason JV, Þorgeirsson G. Hjartaþelsbólga á Íslandi 2000-2009. Nýgengi, orsakir og afdrif. Læknablaðið 2012; 98: 25-30.
2. Eiríksson ÞH, Þorgeirsson G, Þorsteinsson SB. Hjartaþelsbólga á Íslandi 1976-1985. Nýgengi - orsakir - afdrif. Læknablaðið 1989; 75: 149-55.
3. Hogevik H, Olaison L, Andersson R, Lindberg J, Alestig K. Epidemiologic aspects of infective endocarditis in an urban population. A 5-year prospective study. Medicine 1995; 74: 324-39.
4. Tleyjeh IM, Steckelberg JM. Changing epidemiology of infective endocarditis. Curr Infect Dis Rep 2006; 8: 265-70.
5. Habib G, Hoen B, Tornos P, Thuny F, Prendergast B, Vilacosta I, et al. Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009): the Task Force on the Prevention, Diagnosis, and Treatment of Infective Endocarditis of the European Society of Cardiology (ESC). Endorsed by the European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases (ESCMID) and the International Society of Chemotherapy (ISC) for Infection and Cancer. Eur Heart J 2009; 30: 2369-413.
6. Yuh DD VL, Yang S, Doty JR. Textbook of Cardiothoracic Surgery, eBook. 2nd ed. McGraw Hill Education, United States 2014.
7. Mylonakis E, Calderwood SB. Infective endocarditis in adults. N Engl J Med 2001; 345: 1318-30.
8. Bayer AS, Bolger AF, Taubert KA, Wilson W, Steckelberg J, Karchmer AW, et al. Diagnosis and management of infective endocarditis and its complications. Circulation 1998; 98: 2936-48.
9. Lee SH, Kang DR, Uhm JS, Shim J, Sung JH, Kim JY, et al. New-onset atrial fibrillation predicts long-term newly developed atrial fibrillation after coronary artery bypass graft. Am Heart J 2014; 167: 593-600.e1.
10. Cabell CH, Abrutyn E, Karchmer AW. Cardiology patient page. Bacterial endocarditis: the disease, treatment, and prevention. Circulation 2003; 107: e185-7.
11. Anguera I, Quaglio G, Miro JM, Pare C, Azqueta M, Marco F, et al. Aortocardiac fistulas complicating infective endocarditis. Am J Cardiol 2001; 87: 652-4, a10.
12. Castillo JC, Anguita MP, Ramirez A, Siles JR, Torres F, Mesa D, et al. Long term outcome of infective endocarditis in patients who were not drug addicts: a 10 year study. Heart (British Cardiac Society) 2000; 83: 525-30.
13. Prendergast BD, Tornos P. Surgery for infective endocarditis: who and when? Circulation 2010; 121: 1141-52.
14. Bloomfield P. Choice of heart valve prosthesis. Heart (British Cardiac Society) 2002; 87: 583-9.
15. Nishimura RA, Otto CM, Bonow RO, Carabello BA, Erwin JP 3rd, Guyton RA, et al. 2014 AHA/ACC guideline for the management of patients with valvular heart disease: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am Coll Cardiol 2014; 63: e57-185.
16. Noyez L, Kievit PC, van Swieten HA, de Boer MJ. Cardiac operative risk evaluation: The EuroSCORE II, does it make a real difference? Neth Heart J 2012; 20: 494-8.
17. Ragnarsson S, Sigurðsson MI, Danielsen R, Arnórsson Þ, Guðbjartsson T. Árangur míturlokuskipta á Íslandi. Læknablaðið 2012; 98: 203-9.
18. Chu VH, Park LP, Athan E, Delahaye F, Freiberger T, Lamas C, et al. Association between surgical indications, operative risk, and clinical outcome in infective endocarditis: a prospective study from the International Collaboration on Endocarditis. Circulation 2015; 131: 131-40.
19. Habib G. Management of infective endocarditis. Heart 2006; 92: 124-30.
20. Ruttmann E, Willeit J, Ulmer H, Chevtchik O, Hofer D, Poewe W, et al. Neurological outcome of septic cardioembolic stroke after infective endocarditis. Stroke 2006; 37: 2094-9.
21. Correa de Sa DD, Tleyjeh IM, Anavekar NS, Schultz JC, Thomas JM, Lahr BD, et al. Epidemiological trends of infective endocarditis: a population-based study in Olmsted County, Minnesota. Mayo Clin Proc 2010; 85: 422-6.
22. Fernandez Guerrero ML, Gonzalez Lopez JJ, Goyenechea A, Fraile J, de Gorgolas M. Endocarditis caused by Staphylococcus aureus: A reappraisal of the epidemiologic, clinical, and pathologic manifestations with analysis of factors determining outcome. Medicine 2009; 88: 1-22.
23. Ternhag A, Cederstrom A, Torner A, Westling K. A nationwide cohort study of mortality risk and long-term prognosis in infective endocarditis in Sweden. PloS one 2013; 8: e67519.
24. Weymann A, Borst T, Popov AF, Sabashnikov A, Bowles C, Schmack B, et al. Surgical treatment of infective endocarditis in active intravenous drug users: a justified procedure? J Cardiothor Surg 2014; 9: 58.
25. Ingvarsdóttir IL, Viktorsson SA, Hreinsson K, Sigurðsson MS, Helgadóttir S, Arnórsson Þ, et al. Lokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla á Íslandi 2002-2006: Ábendingar og snemmkomnir fylgikvillar. Læknablaðið 2011; 97: 523-7.
26. Guðmundsdóttir JF, Ragnarsson S, Geirsson A, Danielsen R, Guðbjartsson T. Árangur míturlokuaðgerða á Íslandi 2001-2012. Læknablaðið 2014; 100: 579-84.
27. Smárason NV, Sigurjónsson H, Hreinsson K, Arnórsson Þ, Guðbjartsson T. Enduraðgerðir vegna blæðinga eftir opnar hjartaskurðaðgerðir. Læknablaðið 2009; 95: 567-73.
28. Moulton MJ, Creswell LL, Mackey ME, Cox JL, Rosenbloom M. Reexploration for bleeding is a risk factor for adverse outcomes after cardiac operations. J Thor Cardiovasc Surg 1996; 111: 1037-46.
29. Viktorsson SA, Ingvarsdóttir IL, Hreinsson K, Sigurðsson MI, Helgadóttir S, Arnórsson Þ, et al. Lokuskipti vegna ósæðarlokuþrengsla á Íslandi 2002-2006: Langtímafylgikvillar og lifun. Læknablaðið 2011; 97: 591-5.

ENGLISH SUMMARY

Surgical treatment for endocarditis in Iceland 1997-2003

Ragnheiður M. Jóhannesdóttir[1], Tómas Guðbjartsson[1,2] Arnar Geirsson[1]

Introduction: The aim of this study was to evaluate the outcomes of operations for endocarditis in Iceland, but such results have not been reported before.

Materials and methods: Retrospective nation-wide study of patients that underwent open-heart surgery for infective endocarditis at Landspitali University Hospital in 1997-2013. Variables were collected from hospital charts. Long-term survival was analysed using Kaplan- Meier methods. Mean follow-up time was 7.2 years.

Results: Out of 179 patients diagnosed with endocarditis, 38 (21%) underwent open heart surgery. Two patients were excluded due to missing information leaving 36 patients for analysis. The number of operations steadily increased, or from 8 to 21 during the first and last 5-years of the study period (OR: 1.12, 95% CI: 1.05-1.21, p=0.002). The most common pathogen was *S. aureus* and 81% (29/36) of the patients had positive blood cultures. Three patients had history of previous cardiac surgery and five had history of intravenous drug abuse. The aortic valve was most often infected (72%), followed by the mitral valve (28%). The infected valve was replaced in 35 cases 14 with a mechanical prosthesis and 20 with a bioprosthesis. In addition two mitral valves were repaired. Postoperative complications included perioperative myocardial infarction (35%), respiratory failure (44%) and reoperation for bleeding (25%). Thirty-day mortality was 11% (4 patients) with 5- and 10-year survival of 59% and 49%, respectively.

Conclusion: One out of five patients with endocarditis underwent surgery, most commonly aortic or mitral valve replacement. Outcomes were comparable to other studies. In comparison to elective valve replacement surgery the rate of post-operative complications and 30-day mortality were higher and long-term survival was less favorable.

[1]Department of Cardiothoracic Surgery, Landspitali University Hospital, [2]Faculty of Medicine, University of Iceland, Reykjavik, Iceland

Key words: *Endocarditis, surgical treatment, valve replacement, complications, outcome.*

Correspondence: *Arnar Geirsson, arnargeirsson@yahoo.com*

ALMENNI
LÍFEYRISSJÓÐURINN



HEIÐUR OG HVATNING

IPE AWARDS 2016
WINNER
Best Multi-employer/ Professional Pension Fund

IPE AWARDS 2016
WINNER
Best Pension Fund in Small Countries

Almenni var valinn besti lífeyrissjóður í Evrópu á almennum markaði af fagtímaritinu Investment & Pensions Europe.

Almenni var einnig valinn besti lífeyrissjóður í Evrópu meðal þjóða með færri en milljón íbúa annað árið í röð.

Nokkur ummæli dómnefndar:

- **„Byltingarkenndur sjóðfélagavefur“**
- **„Einstaklingsmiðuð þjónusta þar sem sjóðfélaginn ræður ferðinni“**
- **„Góð samsetning lífeyrisréttinda með samtryggingu og séreign“**
- **„Gott og einfalt aðgengi að upplýsingum og persónuleg þjónusta“**

European Pensions
AWARDS 2016

Fagtímaritið European Pensions tilnefndi sjóðfélagavef Almenna meðal nýjunga ársins og fyrir bestu upplýsingamiðlun til sjóðfélaga í Evrópu þrjú ár í röð.

Almenni er stoltur af þessum viðurkenningum og lítur á þær sem heiður og hvatningu til að gera enn betur.

Veldu Almenna lífeyrissjóðinn – *þú átt gott skilið* • www.almenni.is



Agnar H. Andrésson

formaður Félags almennra lækna

agnar.h.andresson@gmail.com

Peningar kaupa ekki hamingju

Flestir kannast við þetta spakmæli en þegar fólk er spurt hvað það telji að muni helst auka hamingju þess er svarið oftast peningar.

Tekjur einar og sér virðast nær ekkert skýra hamingju fólks. Margir tekjutengdir þættir hafa hins vegar áhrif á hamingju. Fjárhagsleg staða skiptir máli en þeir sem eiga erfiðast með að ná endum saman eru líklegri til að vera óhamingjusamir, jafnvel þeir sem hafa háar tekjur. Þá skiptir staða á atvinnumarkaði máli en sá sem vill vinna en er atvinnulaus upplifir minni hamingju en þeir sem eru starfandi. Ennfremur virðist vaxandi atvinnuleysi í samfélaginu almennt draga úr hamingju þeirra sem þó halda starfi sínu. Virðast þessi áhrif frekar verða til vegna þess áfalls að hafa ekki starf, frekar en að tekjur skerðist. Tekjuójöfnuður virðist einnig ýta undir óhamingju. Þeir sem eru efnaminni upplifa meiri stöðukvíða og minni hamingju þegar ójöfnuður eykst, en betri líðan þegar jöfnuður er meiri. Fullkominn jöfnuður er þó ekki endilega eftirsóknarverður, þar sem slíkt er talið geta aukið hvata fólks til að skara framúr öðrum, sem gæti valdið meiri sóun í hagkerfinu. Tekjuójöfnuður er upp að einhverju marki talinn gagnlegur til að veita fólki hvata til að ná árangri og hreyfast um stiga þjóðfélagsins.

Þrátt fyrir að landsframleiðsla margfaldist yfir gefið tímabil, helst hamingja vestrænnar þjóðar nær óbreytt, eitthvað sem fékk nafnið þverstæða hamingjunnar. Helstu ástæður þess að fólk verður ekki hamingjusamara með auknum tekjum eru annars vegar félagslegur samanburður, þ.e. að fólk ber sig saman við aðra, þar sem nágranninn fær sér nýjan og betri bíl, sem hvetur viðkomandi til þess sama. Hins vegar skiptir aðlögun fólks að nýjum aðstæðum máli, það sem áður var eftirsóknarvert er nú orðið hversdagslegt. Blómavasinn sem beðið var eftir í röð fyrir utan búð er nú orðinn enn eitt skrautið sem litlu skiptir. Staða fólks í samfélaginu virðist þannig skipta talsverðu máli og eru margar mikilvægar ákvarðanir teknar með það að markmiði að bæta hlutfallslega eigin stöðu. Á endanum eru tekjuhæstu stéttir þjóða líklegri til að vera hamingjusamari en þær sem eru tekjulægri. Þannig geta hærri tekjur aukið hamingju ef það þýðir að fólk sé ekki fátækt lengur eða er ríkara en aðrir, en tekjur hafa lítil tengsl við hamingju til langs tíma.

Margt eftirsóknarvert, annað en peningar, hefur lítil sem engin bein áhrif á hamingju. Má þar nefna útlit fólks, greind, líkamlegan styrk og menntun. Heilsa er fólki mjög mikilvæg og hefur markverð áhrif á hamingju en kannski minni en ætla mætti. Heilbrigðir, þar á meðal heilbrigðisstarfsfólk, ofmeta oft þau neikvæðu áhrif sem sjúkdómar hafa á hamingju fólks. Það sem virðist vera að verki er að einstaklingum tekst að aðlagast þeim takmörkunum sem heilsan setur þeim.

Það sem talið er að helst skýri hamingju manna eru góð samskipti við aðra, fjölskyldu, vini, vinnufélaga og samfélag. Fjöldi vinanna skiptir ekki máli heldur gæði samskiptanna. Löng framskyggn rannsókn frá Harvard sýndi að góð samskipti skapa mestu hamingjuna, bæta heilsu og lengja líf fólks.

Það er ljóst að hamingja skiptir miklu máli. Góð samskipti, heilsa, og sterk staða í samfélaginu auka hamingju fólks. Áhersla á hamingju hefur aukist undanfarin ár, bæði í vísindum og á sviði stjórnmála. Embætti landlæknis hefur staðið fyrir málþingum um hamingju og Sameinuðu þjóðirnar hafa útbúið vísitölu fyrir öll lönd sem samanstendur meðal annars af vergri landsframleiðslu, félagslegum stuðningi, heilsu og frelsi einstaklinga. Ísland er þar í þriðja sæti en er í 20. sæti yfir hæstu landsframleiðslu á mann.

Gæti aukin þekking á hamingju gagnast læknum í starfi, sjálfra þeirra og skjólstæðinganna vegna?

Stjórn LÍ

Þorbjörn Jónsson *formaður*
Orri Þór Ormarsson *varaformaður*
Björn Gunnarsson *gjaldkeri*
Magdalena Ásgeirsdóttir *ritari*
Agnar H. Andrésson
Arna Guðmundsdóttir
Hjalti Már Þórisson
Jóhanna Ósk Jensdóttir
Þórarinn Ingólfsson

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



Reynir Arngrímsson erfðalæknir, Þorbjörn Jónsson formaður LÍ og Ársæll Jónsson öldrunarlæknir réðu ráðum sínum. Myndir Védís Skarphéðinsdóttir.



Ólafur Baldursson framkvæmdastjóri lækninga á Landspítala og Óttar Guðmundsson geðlæknir glaðbeittir alla daga.

Af æðakölkun, ofáti og íþróttafólki

Læknadagar 2017 fóru vel fram í Hörpu og enduðu með dansleik eins og vaninn er og vera ber

Þröstur Haraldsson

Endurmenntun, bráðalækningar, Kaldalóns, ofvirkni og athyglisbrestur, krabbamein í kvenlíffærum, beinvernd, efnaskipti, hjartsláttartruflanir, fyrsta fæða ungbarna, falskar játningar, alspeglanir, fóstur- og nýburablóðrof, sjúkratryggingar og utanlandsferðir sjúklinga, sjúkratilfelli, kannabis, lyflækningar og lifrarbólga C. Það væri synd að segja að Læknadagar í Hörpu hefðu verið fábreyttir því þessi upptalning spannar umfjöllunarefni þeirra í einungis þrjá daga af fimm.

Margt er ótalið af því sem bar á góma þessa janúardaga við Reykjavíkurhöfn, streita, kynlíf, líknardráp og sjaldgæfir sjúkdómar, svo ekki sé minnst á kjaramál lækna, raka og myglu á Landspítalanum og í öðrum húsum, eyrnabólgur og ofnæmi, æðakölkun og blóðleysi, siðfræði, bæklun og öldrun . . .



Heimilislæknarnir Bryndís Benediktsdóttir og Friðný Jóhannesdóttir, - þær eru sennilega geymdar í formalíni árið um kring, þær eldast allavega ekkert.

Lífið sjálft og lánið valt

Þessa fimm daga gengu læknar á milli sala og hlýddu á fyrirlestra, eflaust misvel flutta en alla fræðandi og upplýsandi. Lífið sjálft frá fósturskeiði til andláts. Og eins og öðru sem að henni er rétt tók Harpa þessu með stóískri ró og hélt af nærgætni utan um íslenska læknastétt. Á milli fyrirlestra gæddu menn sér á kaffi, súkkulaði og annarri hollustu, ræddu málin og báru saman bækur sínar þvert á sérgreinar og stofnanir.

Það var ekki auðvelt fyrir blaðamann með enga læknisfræðimenntun að velja sér málþing til þess að fylgjast með og gefa lesendum blaðsins skýrslu um. Heiti þeirra voru sum hver langt ofan við skilning hans en önnur praktísk og hvunndagsleg. Og svo voru nokkur með dularfullum blæ og spennandi.

Þannig var með málþingið sem hér verður tíundað: *Skuggahliðar heilsuæðisins*. Fyrir blaðamann sem var að stelast úr prógrammi á Reykjalundi var þetta beinlínis ómótstæðilegt. Þetta réttlæti strokið enda var þetta eins og partur af prógrammet sem hann var hálfnaður með.



Gunnar Bjarni Ragnarsson krabbameinslæknir er búinn að stýra Læknadögum um árabil en nú tekur Jórunn Atladóttir skurðlæknir við keflinu.

Hann laumaðist því inn í Silfurberg B og lagði eyrun við því sem þar fór fram síðdegis á föstudegi.

Á málþinginu voru flutt fjögur erindi sem öll fjölluðu um mataræði og heilsu. Tvær konur, íslenskur sálfræðingur og norskur prófessor í íþróttafræðum, greindu frá rannsóknum sem gerðar hafa verið á lystarstoli og brengluðu mataræði meðal afreksfólks í íþróttum. Svo komu tveir karlkyns íslenskir læknar og veltu því fyrir sér hvað gæti talist heilbrigt mataræði og hvort það væri yfirhöfuð til.

Anorexia athletica

Heilbrigð sál í hraustum líkama er sú mynd sem lengst af hefur verið dregin upp af fólki sem stundar íþróttir að staðaldri. Einkum og sér í lagi hlýtur það að eiga við afreksfólk sem keppir í efstu deildum íþróttagreina eða jafnvel á alþjóðavettvangi. Sú mynd fellur ekki alveg að þeirri sem fram kom á málþinginu. Sálfræðingurinn **Perla Lind** hóf mál sitt á því að vitna í rannsóknir sem sýna að fólk sem stundar íþróttir er líklegra til að vera með einkenni átröskunar eða haldið átröskun en þeir sem ekki stunda íþróttir. Einkennin eru algengari meðal kvenna en karla og mismunandi milli íþróttagreina.

– Tíðnin er hærri í íþróttagreinum þar sem líkamsþyngd hefur áhrif á frammistöðu, eins og langhlaupi, sundi en ekki endilega í boltaíþróttum svo dæmi sé tekið. Hjá konum er tíðnin einna hæst í fagurfræðilegum íþróttum og þolgreinum, svo sem fimleikum og hlaupum, en hjá körlum er hún hæst í þyngdaraflstengdum greinum, hástökki, glímu, júdó, sagði hún.



Guðrún Sigmundsdóttir smitsjúkdómalæknir hjá Embætti landlæknis og Sigrún Hjartardóttir kvensjúkdómalæknir.

Hún bætti því við að svo mikil brögð væru að þessu að fyrirbærið hefði fengið eigið tegundarheiti: *anorexia athletica* – íþróttalystarstol. Það heiti er þó ekki komið inn í greiningarkerfin og stór hluti þeirra sem sýna einkennin eru á forstigi lystarstols, áður en það telst vera orðið klínískur sjúkdómur. Dæmum um það síðarnefnda fer þó fjölgandi og norski íþróttafræðingurinn **Jorunn Sundgot-Borgen** nefndi nokkur þar sem efnilegt íþróttafólk veiktist og dó af lystarstoli.

Jorunn tók þátt í einni stærstu rannsókn sem gerð hefur verið á lystarstoli meðal íþróttafólks í Noregi árið 2004. Þar kom fram að 13,5% íþróttafólks voru á greiningarmörkum eða með klíníska átröskun sem var þrefalt hærra hlutfall en í samanburðarhópi. Rannsóknin leiddi einnig í ljós að 42% kvenna sem æfðu fagurfræðilegar íþróttagreinar eins og fimleika, dans og listskauta væru með átraskanir. Tíðnin var 24% hjá konum sem stunduðu þolíþróttir eins og langhlaup. Í tækniíþróttum, svo sem keilu og golfi, greindust 17% kvenna með átraskanir. Konur sem stunduðu boltaíþróttir á borð við tennis og handbolta voru með lægstu tíðni átraskana eða um 16%.



Þessi leiddu þingið um heilbrigðar sálir: Axel F. Sigurðsson, Ragnar Freyr Ingvarsson, Perla Lind og sú norska Jorunn Sundgot-Borgen. – Ragnar stýrði svo árshátíðinni um kvöldið með salti og pipar og af öryggi, festu og glæsibrag.

Æfingafíkn íþróttafólks

Það sem veldur þessum einkennum eru ekki hvað síst kröfur umhverfisins og þörf íþróttafólks fyrir að mæta óraunhæfum kröfum um frammistöðu og líkamlegt atgervi með ströngum æfingum og mataræði. Þetta hefst með því að fólk vill bæta árangur sinn og jafnvel missa nokkur kíló en getur þróast upp í það að æfingarnar hætta að verða ánægjulegar og breytast í kvöð eða fíkn.

Perla sagði að einkennin væru bæði líkamleg og sálræn og hefðu áhrif á hegðun fólks. Líkamleg einkenni geta verið þau að þyngdin sveiflast upp og niður, fólk finnur fyrir kulda, meiðsli og veikindi verða tíðari, þreyta og svefnvandi og meðal kvenna geta orðið truflanir á blæðingum.

Sálræn einkenni lýsa sér í því að viðkomandi hugsar stöðugt um mat, þyngd og líkamslögun. Líkamsímyndin brenglast og fullkomnunarárátta gerir vart við sig. Fólk missir tökin á skapi sínu og andlegri líðan og áráttuhegðun tekur völdin, svo sem varðandi mat og allt sem hann varðar.

Hegðunin breytist og æfingar og þjálfun keyra úr hófi og verða að áráttu – fólk finnur beinlínis fyrir vanlíðan ef það fær ekki að æfa. Það fer að forðast aðra á matmálstímum, hleypur í vörn í allri umræðu um óheilbrigt mataræði eða óhóflega þjálfun og býr til lista yfir „góðan“ og „vondan“ mat – og flokkar hann ekki eftir bragðinu. Fólk hættir að geta slakað á, hvíldin verður virk. Þessi þróun leiðir svo til þeirrar öfugsnúnu niðurstöðu að frammistaðan á íþróttavellinum versnar. Þá eykst freistingin til að laga ástandið með þvag- og hægðalosandi lyfjum eða einhverju þaðan af verra . . .

Góðir og vondir þjálfarar

Perla greindi frá rannsókn sem Klara Þorsteinsdóttir gerði árið 2013 á átröskun meðal kvenna í þremur greinum, fimleikum, ballett og handbolta. Þar kom fram að 29,2% þátttakenda reyndust yfir meðaltalsskori íslenskra átröskunarsjúklinga. Í framhaldi af þessu var ákveðið að stækka rannsóknina og fjölga bæði þátttakendum og íþróttagreinum (20). Perla tók þátt í þeirri rannsókn sem er nýlokið. Í stuttu máli má segja að hún hafi staðfest það sem kom fram í þeirri fyrri. Afreksfólk í íþróttum sýnir meiri einkenni lystarstols en samanburðarhópar. Að vísu er dálítið erfitt um samanburð hjá körlum þar sem rannsóknir vantar, en íþróttakonur skoruðu hærra á öllum mælikvörðum lystarstolseinkenna en kvenkyns háskólanemar. Samanburður við erlendar rannsóknir sýndi að hlutfall íslensks íþróttafólks sem er yfir klínísku viðmiðunarskori er hærra en þær fyrrnefndu hafa sýnt í einstökum íþróttagreinum.

Þær Perla og Jorunn veltu því fyrir sér hvernig hægt væri að sporna gegn þessari þróun og komust að því að fræðsla væri fyrsta skrefið. Sú fræðsla þyrfti að beinast að iðkendunum sjálfum en ekki síður þeim sem að þeim standa. Jorunn nefndi að vissulega væri mikið til af velmenntuðum afbragðsþjálfurum sem ekki gerðu sig seka um að ýta undir óheilbrigt mataræði þeirra sem þeir þjálfa. Hins vegar væru þess því miður mörg dæmi að þjálfarar væru haldnir alls kyns bábiljum og úreltum viðhorfum. Hún nefndi sérstaklega þjálfara sem hefðu komið frá austanverðri Evrópu á síðustu áratugum. Þeir hefðu alist upp við allt önnur viðhorf en í álfunni vestanverðri. Til dæmis væri sú skoðun nokkuð útbreidd meðal þeirra að það væri eðlilegt að blæðingar kvenna beinlínis hættu meðan þær stunduðu afreksíþróttir.

En umhverfi íþróttafólks er meira en bara þjálfarinn. Þar koma margir við sögu, annað íþróttafólk, vinir, foreldrar og aðrir aðstandendur, fjölmiðlar, tískuheimurinn og margt fleira.

Mettuð fita, sykur og pizzur

Eftir fyrirlestur um átraskanir íþróttafólks var eðlilegt að næst væri spurt hvort til væri eitthvað sem kalla mætti heilbrigt mataræði. Það gerði **Axel F. Sigurðsson** hjartalæknir og freistaði þess að svara spurningunni, sem er ekki jafneinföld og hún sýnist. Axel skilgreindi sjálfur hvaða kröfur hann telur að heilbrigt mataræði þurfi að uppfylla. Það þarf að tryggja nægilega næringu og draga frekar úr en auka hættu á sjúkdómum.

Hann vísaði til *Ráðleggingа um mataræði* sem landlæknir endurskoðaði og birti árið 2015. Þar eru helstu breytingar þær að mælt er með neyslu mjúkrar fitu í stað harðrar og að fólk dragi úr saltneyslu. Spurningin væri hins vegar hvort hægt væri að gefa út ráðleggingar sem giltu fyrir alla, unga háskólastúdenta jafnt og eldri offitu- eða hjartasjúklinga.

Hann leit um öxl og rifjaði upp að baráttan gegn kólesterólinu hefði ráðið





Að vanda var glímt í lok Læknadaganna við mikinn fögnuð og hvískur og píkur viðstaddra, - alla langaði greinilega að blanda sér í keppnina. - Kristján Guðmundsson háls-, nef- og eyrnalæknir, Ólafur Már Björnsson augnlæknir og Sigurjón Vilbergsson lyflæknir skipuðu í tvö lið og píndu liðsmenn og kvöldu með spurningum af ýmsum toga. Í öðru liðinu voru "ekki-ofnæmislæknar": Sigurveig Margrét Stefánsdóttir heimilislæknir, Ólafur Þór Ævarsson geðlæknir og Jörundur Kristinsson heimilislæknir, og í hinu liðinu hreinræktaðir ofnæmislæknar: Unnur Steina Björnsdóttir, Michel Clausen og Yrsa Löve.

ferðinni í öllum manneldismarkmiðum undanfarin 65 ár. Allt hefur snúist um að draga úr fituneyslunni. Á undanförnum árum hafa hins vegar birst rannsóknir sem sýna að málið er ekki svo einfalt. Árið 2006 birtist rannsókn á 50.000 konum sem höfðu neytt mismikillar fitu og mismunandi tegunda af fitu um langt skeið, en munurinn á tíðni æðasjúkdóma var lítill sem enginn.

Einnig hefur verið rekinn áróður fyrir neyslu ávaxta og grænmetis, ekki síst vegna trefjanna sem auðvelda líkamanum að melta fituna. Mælt er með fimm skömmtum á dag en rannsóknir hafa sýnt að ávinningur af meiri grænmetisneyslu er enginn. Einnig hefur komið í ljós að grænmetisætur verða ekki langlífari en kjötætur þótt þær fyrrnefndu deyi yfirleitt út öðru en hjarta- og æðasjúkdómum.

Hér á landi vakti það nokkra athygli að á árunum 1990-2002 drógu Íslendingar talsvert úr fituneyslu sinni. Á móti kom verulega aukin neysla á pizzum og öðrum skyndimat, auk þess sem sykurneyslan tók kipp, ekki síst vegna aukningar á neyslu sykraðra gosdrykkja. Svo merkilega vill til að á þessum árum hófst offitufaraldurinn fyrir alvöru hér á landi, fjöldi of feitra Íslendinga tvöfaldaðist.

Bólgur og bakteríur

Niðurstaða Axels var sú að samspil næringarefna þyrfti að skoða betur enda væri það flóknara en oft er talið. Í því sambandi nefndi hann að fitan sem safnast framan á fólk væri veik. Fitan er virkur vefur sem hefur áhrif víða í líkamanum. Hún veldur meðal annars auknu insúlínviðnámi sem er rótin að áunninni sykursýki. Þarmaflóran er annað sem þarf að fylgjast með því þar eru meðal annars upptök langvinnrar bólgu sem getur valdið ýmsum skaða. Sykur væri orðið jafnmikil ógn fyrir heilsufar fólks og reykingar voru áður.

Eins og áður sagði er Axel þeirrar skoðunar að óráðlegt sé að mæla með sama mataræði fyrir alla. Það sem hann telur að komist næst því að standa undir nafni sem heilbrigt mataræði sé Miðjarðarhafsmaturinn. Rannsóknir sýni að það hafi alltaf vinninginn, þegar borið er saman við annars konar mataræði, jafnvel þótt það auki á kólesteról. Kannski sé skýringin fólgin í því að Miðjarðarhafsmataræðið dregur úr bólgum.

Vandi þeirra sem vilja ráða fólki heilt um mataræði er ekki síst sá að umfjöllun fjölmiðla um mat og heilsufar ruglar fólk iðulega í ríminu, svo ekki sé minnst á netið sem er fullt af bulli. Þar séu allir að selja eitthvað. – Fræðslan er lykilatriði því hún getur auðveldað fólki að taka sjálfstæðar ákvarðanir um hvað það leggur sér til munns, sagði Axel.

Matur, mýtur og Plástrarnir

Síðast frummælandi málþingsins var á svipuðum nótum og Axel, en matreiðsla hans var með talsvert ólíkum hætti. **Ragnar Freyr Ingvarsson** er kallaður *læknirinn í eldhúsinu* og erindi hans var bæði fróðlegt, skemmtilegt og flutt með tilþrifum, svo miklum að enginn tími gafst til að rýna í þær fjölmörgu glærur sem hann varpaði upp á tjaldið.

Erindi Ragnars hét í dagskránni: *Matur og mýtur – til skemmtunar,* en þegar hann var kominn í pontu bætti hann við undirtitli: *Hvers vegna eru læknar alltaf svona ótrúlega leiðinlegir?* Hann sagði að fyrir því væri löng hefð að þegar einhver hrósaði mat eða drykk risi alltaf upp læknir og lýsti því yfir að þetta væri óhollt, gott ef ekki eitrað og líklegt til að drepa þig. Með ummæli Woody Allens að leiðarljósi – *Eina leiðin til þess að ná 100 ára aldri er að hætta öllu sem eykur þér löngun til þess að ná 100 ára aldri* – réðst Ragnar að öllum grunnreglum lýðheilsustofnana heimsins síðustu öldina og hakkaði þær í sig. Hver rannsóknin af annarri var vegin, metin og léttvæg fundin og á endanum var Ragnar búinn að aflétta öllum hömlum á neyslu mettaðrar fitu og salts en þegar hann byrjaði á áfenginu greip **Guðlaug Þorsteinsdóttir** fundarstjóri í taumana og þaggaði niður í honum.

Það var svo við hæfi að Ragnar skyldi vera ráðinn til að stýra veisluglaumnum á árshátíð LR. Þar voru engar hömlur á tjáningarfrelsinu og hann gat haldið hverju sem hann vildi fram. Það gerði hann líka og stjórnaði skemmtuninni af röggsemi og miklu sjálfsöryggi, en tjáði sig ekkert um matinn. Þar komu reyndar fleiri við sögu, **Mugison** bræddi hjörtu viðstaddra og í lokin dönsuðu árshátíðargestir inn í nóttina undir fjörugum tónum **The Band Aids** sem skipuð er unglæknum og læknanemum.

Lauk þar með Læknadögum 2017 á verðugan hátt.

Störfuðu saman í aldarþriðjung

Pétur Skarphéðinsson og Gylfi Haraldsson heilsugæslulæknar láta af störfum í Laugarási í Biskupstungum

Þröstur Haraldsson

Fyrir ríflega 30 árum voru þeir Pétur Skarphéðinsson og Gylfi Haraldsson nýkomnir heim frá sérnámi í heimilislækningum í Svíþjóð. Hér heima var verið að breyta þjónustu heimilislækna og flytja hana úr einkastofum inn í heilsugæslustöðvar sem spruttu upp eins og gorkúlur. Störfin voru þó ekki á hverju strái en árið 1983 losnar önnur læknisstaðan við heilsugæslustöðina í Laugarási í Biskupstungum, sem Pétur fékk, og rúmu ári síðar losnaði hin staðan sem Gylfi fékk. Þarna hafa þeir starfað saman þar til nú um áramótin að þeir fóru báðir á eftirlaun.

Raunar gekk það ekki alveg þrautalaust fyrir sig að draga sig í hlé því heimamenn héldu þeim eina herlega kveðjuveislu þar sem hundruð manna þökkuðu þeim farsæl störf og góða viðkynningu. Nú eru þeir þó fluttir á mölina og búnir að koma sér fyrir á höfuðborgarsvæðinu, Gylfi í Sjálandshverfinu í Garðabæ og Pétur í vesturbæ Kópavogs.

Tveir læknar á einum stól

Útsendari *Læknablaðsins* hitti þá félaga í Kópavoginum og ræddi við þá um ferilinn og hvernig samstarfið gekk. Fór alltaf vel á með þeim?

– Já, við höfðum vit á því að vera ekkert að deila. Við þekktumst lítillega úr læknadeildinni og vorum ekki langt hvor frá öðrum í Svíþjóð, Pétur í Borås og Gylfi í Helsingborg. Við komum okkur upp ákveðnu skipulagi frá fyrsta degi og því var ekki hnikað meðan við vorum þarna. Fastar reglur og ekkert vesen. Svo vorum við líka heppnir með starfsfólk, hjúkrunarfræðingar og aðrir starfsmenn entust vel og lengi, segja þeir.

Laugaráshérað var myndað út úr Grímsneslæknishéraði sem hafði verið stofnað um aldamótin 1900. Það sem réði þeirri skiptingu voru ekki hvað síst samgöngur en þá voru fæstar ár brúaðar og læknar og aðrir vegfarendur ferjaðir yfir Hvítá. Fyrsti læknirinn var Skúli Árnason sem hafði búseturétt í Skálholti og bjó þar fram til 1920. Þegar hann lét af störfum komu upp einhver vandræði með búsetumál læknisins en upp úr því kaupa sveitarfélögin á svæðinu Laugarásjörðina. Svæðið er ansi víðfeðmt því það nær vestan frá Sogi og austur að Þjórsá og frá Hveravöllum niður að hringveginum. Í upphafi voru sveitarfélögin 7 en nú eru þau fjögur. Læknar hafa verið nokkuð þaulsetnir þar en árið 1966 var byggt íbúðarhús fyrir lækni með móttöku. Tveimur árum síðar var ráðist í að stækka móttökuna og byggja annað íbúðarhús því svo var orðið annasamt að einn læknir dugði ekki.

– Þegar við komum til starfa var þarna 117 fermetra heilsugæslustöð með móttöku fyrir einn lækni. Stækkun móttökunnar var nú hálfmisheppnuð því hún nýttist aldrei nema fyrir einn lækni. Hinn læknirinn þurfti því að finna sér eitthvað annað að gera en sinna móttöku sjúklinga. Það var svo sem nóg að gera í vitjunum og þjónustu við skólana, auk þess sem við vorum um nokkurt skeið læknar fangelsisins á Litla-Hrauni. Svo bættust við virkjanir uppi á hálendinu og fleira. Við sinntum Sólheimum í Grímsnesi og elliheimilinu að Blesastöðum á Skeiðum sem var lokað í haust.

Öflugur rekstur

Nú starfa í Laugarási hjúkrunarfræðingar í hálfri þriðju stöðu, tveir læknar, læknaritari, móttökuritari og ljósmóðir í hlutastarfi. Þetta hefur verið svipað frá því Pétur og Gylfi hófu þar störf.

– Þetta var nokkuð öflugur rekstur hjá okkur þótt stöðin væri lítil því við vorum með meinatækni, hjúkrunarfræðing, ljósmóður, ritara og annað sem þurfti til reksturs á einni heilsugæslustöð. Laugaráss var fyrsta heilsugæslustöðin sem tók upp leit að brjóstakrabbameini. Það hófst skömmu eftir að við komum austur, þá fengum við myndavél til að sinna þeirri leit. Við gerðum ýmislegt þó við værum í svona litlu húsnæði. Við vorum heppnir með að félagasamtök voru dugleg að gefa okkur tæki. Það var erfiðast að fá stjórnvöld til að byggja, þar var þungt fyrir fæti, segja þeir.

Aðstaðan var hins vegar ekki nógu góð í Laugarási svo það var reynt að vinna því fylgi að stækka hana. Það tókst og árið 1997 gátu þeir flutt inn í nýja stöð. Þá jókst fermetrafjöldinn úr 117 í 450. Þar voru stólar fyrir þá báða svo þeir gátu hætt að sinna föngunum á Hrauninu. Samkvæmt reglugerð var ráð fyrir því gert að tannlæknir starfaði í stöðinni. Það fékkst náttúrlega enginn tannlæknir til starfa svo plássið hans var autt til að byrja með, en fljótlega tókst þó samkomulag um að félagsþjónustan í uppsveitum Árnessýslu nýtti húsnæðið. Þar var og er félagsráðgjafi að störfum á skrifstofu.

– Það er gott kompaní því félagsþjónusta og heilsugæsla eiga margt sameiginlegt, svo sem umönnun aldraða og fleira.

Vegirnir upp og ofan

Samgöngur hafa í tímans rás haft töluverð áhrif á skipan læknishéraða, eins og áður segir, og til skamms tíma hefur vegasambandið verið dálítið erfitt.

– Vegirnir liggja mest upp og niður en ekki þversum. Það hefur þó skánað töluvert með tilkomu brúar og vegasambands milli Reykholts og Flúða. Tvær ástæður voru á sínum tíma fyrir því að Laugarásjörðin var keypt: þar var jarðhiti og auk þess var jörðin í miðju héraði. Í upphafi voru ferjur yfir Hvítá, bæði yfir á Skeið



Laugaráslæknarnir Pétur og Gylfi hættir störfum í heilsugæslunni. Mynd Ívar Sæland.

og austur í Auðsholt. Það var ekki brúað við Iðu fyrr en 1957, fram að því þurftu læknarnir að láta ferja sig yfir Hvítá, eða hlaupa á jökum að vetrarlagi.

Það er sögð saga af Brynjólfi Péturssyni presti á Ólafsvöllum: Iðumenn voru að ferja hann yfir að Skálholti og það var íshröngl á ánni og heldur leiðinlegt færi. Þegar yfir kom var karlinn spurður hvort hann hefði ekki orðið hræddur. – Ojú, svaraði hann. – Baðstu þá ekki til Guðs? – Jú, en bara einu sinni, það þýðir ekkert að nauða í honum, sagði klerkur.

Það má nefna að við bjuggum framan af við þau hlunnindi að mega veiða lax í net í Hvítá. Svo lagðist það nú af vegna leti og ómennsku okkar, auk þess sem veiðifélagið var á móti þessu. En þetta var ansi gaman meðan á því stóð. Við lögðum okkur ekki í neina hættu, Gylfi datt að vísu einu sinni í ána en hann bjargaðist. Við lentum í ýmsum smáævintýrum, eins og að festa bílinn og þurfa að ganga til byggða. Stundum settu björgunarsveitir undir okkur sleða þegar færi var erfitt. Það gerðist ýmislegt og sumt þannig að um það má ekki ræða. En við vorum bara sælir.

Það eru drjúgir spottar í héraðinu því að það eru 40 kílómetrar upp að Sogi og einnig upp að Gullfossi og austur í Þjórsárdal. Samt höfum við komið á allflesta ef ekki alla bæi í uppsveitum Árnessýslu á þessum tíma, vorum búnir að sinna börnum og foreldrum, öfum og jafnvel langöfum í sumum tilvikum.

Hvað tekur við?

– Nú eru breyttir tímar, verður ekki erfitt að fá ungt fólk til að taka við af ykkur?

– Jú, stöðin verður hugsanlega rekin áfram með málaliðum og kannski fást einhverjir sérvitringar til að taka við henni. Það er bara ekki í tísku núna að vera bundinn við vinnuna. Það þarf vinnu handa maka, félagsumhverfi barnanna þarf að vera við hæfi, tónskólar og þess háttar.

Pétur bætir því við að þegar hann var að alast upp hafi hann vanist því að fjölskyldan hefði bara einn heimilislækni.
– Með tímanum breyttist það, einyrkjalæknar þóttu afturúr í öllu og rétt að reka heilsugæsluþjónustu með þverfaglegri samvinnu. Nú er komið svo að læknar eru óánægðir í þessari þverfaglegu þjónustu og vilja komast aftur í að verða sjálfum sér nægir og reka þetta á eigin vegum. En einhvers staðar hlýtur nú að finnast einhver millivegur á milli einyrkjastarfsins og samvinnunnar.

– Er ekki hætta á að ef ekki gengur að fá lækna muni þjónustan flytjast niður á Selfoss?

– Jú, til hvers er verið að leggja vegi og byggja brýr ef ekki má nota samlegðina af því? En þá tapar maður nándinni og það er viss lærdómur í því að þekkja fólkið. Þegar þú hefur komið heim til þess veistu meira um það og hvernig það býr og hefur það. Maður er kannski með þessu fólki í gönguhópi eða læonsklúbbi og þekkir ýmsar hliðar á því, ekki bara einhvern með bakverk, segja þeir.

Sælir í sveitinni

– Var ekki reynt að halda í ykkur?

– Jú, loksins þegar við fengum að fara héldu þeir okkur mikla veislu og við erum að sjálfsögðu bísperrtir og montnir yfir því! Þetta gladdi okkur mikið, enda vissum við ekki að þjónusta okkar hefði verið svona mikils metin. Auðvitað blandast þessu einhver óvissa um framtíðina ef hingað koma bara einhverjir fermingardrengir. En það venst nú. Við missum þó ekki alveg tengslin því við fengum smápart af jörðinni á leigu undir bústaði og erum þar mestallt sumarið.

Það fer vel um þá í Garðabæ og Kópavogi, en hvað tekur nú við? Pétur ætlar að vinna í forgjöfinni í golfi, spila brids og báðir segjast stunda stunda líkamsrækt og sinna barnabörnum.

– Við vorum sælir í sveitinni, en hvort við vorum farsælir verða aðrir að segja til um. Einn sveitunginn benti okkur þó á að þegar við komum hafi verið tveir læknar og fimm prestar í héraðinu. Nú eru tveir læknar en bara tveir prestar svo það hefur snarminnkað annríkið hjá þeim, segja þeir félagar og brosa út í annað.

„Opinber rekstur tryggir gæði og jöfnuð í heilbrigðiskerfinu“

segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir

Hávar Sigurjónsson

„Það verður að taka á heilbrigðismálunum af festu og ákveðni, tryggja jöfnuð í þjónustunni og láta ekki undan þrýstingi um að einkavæða heilbrigðiskerfið meira en þegar er orðið,“ segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir sem blaðamaður *Læknablaðsins* átti samtal við á dögunum.

Ólafi er talsvert niðri fyrir þegar hann byrjar að tala um heilbrigðismálin og undirritaður getur ekki annað en fyllst aðdáun yfir að maður sem hefur lifað og hrærst í heilbrigðismálum og aldrei skirrst við að segja skoðun sína á stefnu stjórnvalda eða ástandi í heilbrigðismálum skuli enn, kominn hátt á níræðisaldur, vera fullur vandlætingar á því ástandi sem hann telur ríkja í heilbrigðismálum þjóðarinnar.

„Ef við skoðum aðalskýrslur Efnahags- og þróunarstofnunar Evrópu fyrir árin 2005-2015 og skýrslur Heilbrigðisstofnunar Sameinuðu þjóðanna frá 2008-2015 um ástand heilbrigðismála á Vesturlöndum og samanburð á þeim kerfum sem löndin hafa tileinkað sér, stöndum við ágætlega en þó ekki eins vel og búast mætti við. Það virðist sem aukin tilhneiging sé til þess að einkavæða sífellt stærri hluta af kerfinu og draga samhliða verulega úr opinberri fjármögnun þess,“ segir hann. „Þeir sem skrifað hafa um einkarekna heilbrigðisþjónustu hér á landi virðast ekki hafa kynnt sér ársskýrslur OECD eða WHO sem telja má hinar öruggustu heimildir í þessu efni.“

„Í meginatriðum er þrenns konar skipulag á rekstri heilbrigðisþjónustu á Vesturlöndum. Valin eru út þrjú landsvæði að mati OECD og WHO þar sem íbúar búa við svipaða menningu, lífskjör og skráning er vel skipulögð. Á Norðurlöndunum er heilbrigðisþjónustan skattafjármögnuð þannig að kostnaðurinn er fjármagnaður allt að 80% með sköttum (almennar tryggingar). Tilvísana er krafist í mörgum löndum. Verktakasamningur er gerður við lækna sem er byggður á kaupsamningi við ríkið, þannig að takmarkaður einkarekstur er víða í heilsugæslu, sérfræðivinnu utan sjúkrahúsa, röntgenrannsóknum, forvörnum og öldrunarþjónustu. Komugjöld eru ákveðin með hliðsjón af greiðsluhag almennings en ekki einkafyrirtækja. Hagnaður af rekstri fer til heilbrigðisstarfsfólks er sér um reksturinn. Verktakagreiðslur til lækna breyta því engu frá því sem nú er á Íslandi,“ segir Ólafur og heldur síðan áfram.

„Í Mið-Evrópulöndum er frjálst tryggingarkerfi sem er fjármagnað að mestu með iðgjöldum launafólks (75-80%). Stjórn kerfisins er í höndum tryggingafélaga og sjúkrasamlaga undir eftirliti ríkisins. Gróðareknar sjúkrastofnanir eru leyfðar að takmörkuðu leyti. Þegar við hins vegar lítum til Bandaríkjanna blasir allt önnur mynd við okkur. Þar er heilbrigðisþjónustan að verulegu leyti einkarekin og einkavædd og hagnaðurinn fer að mestu leyti út úr greininni. Ríkið eða opinberir aðilar fjármagna um 50% af kostnaðinum. Sjúklingar eru tryggðir hjá einkareknum tryggingaraðilum eða eru ótryggðir. Einungis „opinbert“ starfsfólk, aldraðir og fatlaðir í Bandaríkjunum er tryggt af opinberum aðilum. Komugjöld eru yfirleitt ákveðin með „frjálsum“ samningum án áhrifa neytenda eða hins opinbera. Reynslan af þessu kerfi leiðir í ljós að kostnaður fer úr böndum og ójöfnuður myndast.“

Ólafur bætir því við að margir hafi bundið vonir við að hagur sjúklinga myndi batna eftir hina svokölluðu Obamavæðingu heilbrigðiskerfisins í Bandaríkjunum, en nú þegar eitt af fyrstu embættisverkum Donalds Trump hafi verið að nema reglugerð þar að lútandi úr gildi, sé ekki lengur tilefni til mikillar bjartsýni í þeim efnum.

Einkarekstur skapar ójöfnuð og mismunun

Ólafur segir reynslu Breta af einkavæðingu hluta heilbrigðisþjónustunnar ekki góða. „Í kjölfar verktakasamninga við lækna árið 1991 í Bretlandi var ekki numið staðar. Verulegar breytingar urðu á samfélagslegum rekstri heilbrigðisþjónustunnar og við tók einkarekstur og að hluta til einkavæddur rekstur. Mörg opinber sjúkrahús eru nú einkarekin og taka við einkafjármagni frá hluthöfum sem markaðsvæða stofnanir og vilja eðlilega græða á rekstrinum. Hagnaðurinn fer yfirleitt út úr greininni. Hagnaðarsjónarmiðin valda því að frekar eru valdir „auðveldir“ sjúklingar til meðferðar en síður erfiðir eða þungir sjúklingar vegna aldurs eða langvinnra sjúkdóma. Sjúklingum er mismunað og ójafnræði skapast. Stjórnunarkostnaður hefur tvöfaldast og færst meira í hendur hluthafanna. Svipuð þróun hefur orðið í Svíþjóð eftir 2008 og samkvæmt skýrslum sænsku ríkisendurskoðunarinnar fyrir árið 2015 hafa jákvæðar breytingar á heilsufarsárangri enn ekki komið fram.“

Ólafur leggur áherslu á að ekki sé hægt að bera saman vörur og þjónustu í verslun

	Útgjöld sem hluti (%) þjóðarframleiðslu 2003-2015	Aukning minnkun, %	Útgjöld miðuð við kaupmáttargildi í dollurum pr. einstakling 2003-2015, %
Ísland	10,5-8,8	-16,2	3115 - 3325 = + 6,7
Hin Norðurlönd	9,1-9,7	+6,6%	2848 - 3848 = + 35,1
Mið-Evrópa	9,6-10,7	+11,5	2801 - 3719 = +32,8
Bandaríkin	15-16,5	+10	5635 - 7964 = + 41,3

„Þessi tafla sýnir svo ekki verður um villst að á sama tíma og útgjöld í samanburðarlöndum hafa aukist í takt við vaxandi þörf fyrir þjónustuna hafa útgjöld á Íslandi til heilbrigðismála minnkað verulega,“ segir Ólafur. „Það er ljóst að hér á Íslandi höfum við ekki fylgt eftir sömu þróun í fjármögnun þjónustunnar eins og í öðrum vestrænum löndum.“



„Mér virðist stjórnvöld algjörlega skorta rökstuðning fyrir því að breyta frekar rekstrarfyrirkomulagi heilbrigðisþjónustunnar nema að hið opinbera sé meginstjórnandi í rekstrinum," segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir.

og almennum viðskiptum og þjónustu í heilbrigðiskerfinu.

„Helstu frumherjar markaðshyggjunnar A. Smith, J. Stewart Mill og ferskir Nóbelshafar í hagfræði, J. Stiglitz og G. Akerlof, vara við einfaldri markaðshyggjureglu í heilbrigðis-, dóms- og menntunarmálum þar sem neytendur skortir grunnþekkingu á við seljendur og kunna því síður að verðmeta þjónustuna. Öðru máli gegnir við kaup og sölu á matvælum, klæðum og húsnæði en þar geta kaupendur betur tryggt sér góða grunnþekkingu á vörum eða þjónustunni og geta því verðmetið kostnaðinn. Þar á markaðshyggjan betur heima að mínu áliti. Markaðsvæðingu eða einkavæðingu getur fylgt afkastahvati en „gróðahyggja" má ekki verða allsráðandi á jafnviðkvæmu sviði og heilbrigðisþjónustan er, því að seljandi þjónustunnar er í yfirburðastöðu gagnvart kaupendum sem eru jú sjúklingar. Þriðji aðili, hið opinbera, verður óhjákvæmilega að vernda hag sjúklinga. Lítt heft „markaðsvæðing" líkt og í Bandaríkjunum veldur mikilli kostnaðaraukningu fyrir sjúklinga og aðra og veldur ójöfnuði. Niðurstöður þeirra rannsókna sem ég hef kynnt mér eru þær að án verulegrar aðstoðar hins opinbera fær almenningur, sér í lagi lágtekjufólk, ekki viðeigandi þjónustu."

Ólafur bendir ennfremur á að einkarekstrarformið í Bandaríkjunum hafi ekki skilað sér í styttum legutíma sjúklinga eða bættri lýðheilsu. „Heilsufar almennings, dánartíðni barna, mæðradauði, dánartíðni meðal vinnufærs fólks vegna kransæða,- æða- og/eða öndunarfærasjúkdóma og sykursýki ásamt ævilíkum er marktækt hagstæðara á Norðurlöndum en í Bandaríkjunum. Forvarnir á þessum sviðum eru ennfremur mun betur skipulagðar og hafa skilað betri árangri á Norðurlöndunum en annars staðar. Í Mið-Evrópu og Bandaríkjunum veldur hár kostnaður verulegu ójafnræði í forvörnum. Hafa ber í huga að margs konar ytri aðstæður hafa áhrif á meðallegutíma, meðal annars eigin kostnaður sjúklinga og endurhæfing eftir sjúkrahúslegur. Svo virðist sem Ísland hafi góða stöðu hvað varðar gæði þjónustunnar. Þá er rétt að hafa í huga að heildarkostnaður í Bandaríkjunum er allt að 90% hærri en kostnaður í Mið-Evrópu og á Norðurlöndum. Ekki er að sjá að mun hærri kostnaður við einkavædda heilbrigðisþjónustuna í Bandaríkjunum hafi bætt árangur og gæði þjónustunnar."

Meðferðarárangur góður á Íslandi

„Þrátt fyrir marktækt hærri heildarkostnað í Bandaríkjunum og rekstur margra frábærra sjúkrahúsa er heildarmeðferðarárangur og gæði, það er dánartíðni og 5 ára lifun vegna helstu sjúkdóma er okkur hrjá, eins og hjarta- og æðasjúkdóma ásamt krabbameini, svipaður á Norðurlöndum og jafnvel betri en í Bandaríkjunum. Þetta styðja rannsóknir og skýrslur sem birtar hafa verið á undanförnum árum. Fimm ára lifun eftir brjósta- og meltingarkrabbamein er einna best hér á landi. Samkvæmt tölum frá árinu 2013 virðist heildarmeðferðarárangur hér á landi ekki hafa batnað líkt og áður og má það eflaust rekja til lækkandi fjárveitinga. Gæði þjónustunnar á Íslandi voru engu að síður allmikil miðað við samanburðarlönd. Til að mynda virðist tíðni endurgerðra mjaðmaliðsaðgerða lægri á Íslandi en á Norðurlöndum og einnig eru gerðar færri ómskoðanir á hverja fæðingu á Íslandi miðað við samanburðarlönd og lægri dánartíðni nýbura."

Ólafur dregur fram ýmis gögn máli sínu til stuðnings og segir það bjargfasta skoðun sína að jafnræði í þjónustunni feli í sér lægri heildarkostnað og mun minni ójöfnuð. „Hvarvetna þar sem einkarekstur og einkavæðing hafa náð að festa rætur hefur kostnaður stóraukist og verulegt ójafnræði myndast. Þá virðist afkastahvati ekki vera síðri í opinberri en einkarekinni þjónustu. Þetta styðja skýrslur bæði frá OECD og WHO. Mér virðist stjórnvöld algjörlega skorta rökstuðning fyrir því að breyta frekar rekstrarfyrirkomulagi heilbrigðisþjónustunnar nema að hið opinbera sé meðstjórnandi í rekstrinum. Og gróðafyrirtækjum á ekki að hleypa að rekstrinum líkt og í Bretlandi. Vissulega þarf að stórauka fjárstuðning, sérstaklega til Landspítalans, svipað og var fyrir árið 2007 svo ekki skelli á okkur skortur á starfsfólki og verkföll sem valda lélegri þjónustu. Vegna skorts á starfsfólki, sér í lagi læknum og hjúkrunarfræðingum, og fjármagni til tækjakaupa, hafa skapast margra mánaða biðlistar, til dæmis vegna skorts á meðferð við hjartsláttaróreglu, krabbameinsgreiningu, sjóndepurð, blindu og jafnvel lífshótandi sjúkdómum. Ennfremur eru fjölmörg dæmi um að sjúklingar þurfi að greiða fleiri hundruð þúsund fyrir krabbameinsmeðferð, jafnvel milljón á ári. Ennfremur ber að tryggja nýbyggingu spítala, sérlega til bráða- og meðferðarþjónustu sem fyrst. Deilur um byggingastað geta valdið ónauðsynlegum töfum," segir Ólafur Ólafsson fyrrverandi landlæknir að lokum.

Landssygehuset på Færøerne søger en anæstesiologisk overlæge til ansættelse snarest mulig. Stillingen er en fuldtidsstilling på 40 timer pr. uge

En stilling som overlæge i anæstesiologi ved Bráðdepilin (akutcentret) på Landssygehuset er ledig til besættelse snarest mulig eller efter nærmere aftale.

Landssygehuset i Tórshavn er centralsygehus på Færøerne med et optagelsesområde på ca. 50.000 mennesker. Landssygehuset har ca. 180 senge, fordelt på psykiatri, medicin, pædiatri, intensiv og kirurgi med parenkymkirurgi, ortopædkirurgi, øre-næse-hals, øjensygdomme, tandlæge, gynækologi og obstetrik.

Landssúkrahúsið er i gang med at hjemtage flere patientbehandlinger fra Danmark til Færøerne og arbejder med at forbedre flere patientforløb.

Bráðdepilin er organiseret i anæstesiafdelingen, opvågning, intensivafdelingen og portørafdelingen (portør tjenesten og ambulance tjenesten).

Ansvarsområde
De anæstesiologiske overlæger har ansvar for anæstesi til alle specialerne, intensivafdelingen og tryktankbehandling af dykkersyge. En kollega er klinisk ansvarlig korpslæge for ambulancetjenesten.
Overlægen har lægefagligt ansvar såvel klinisk som organisatorisk i det daglige arbejde. Vi har ca. 2500 anæstesier årligt. På intensivafdelingen findes 5 sengepladser hvoraf 3 er respiratorpladser. Anæstesiafdelingen varetager også en del akutte patienttransporter til Danmark og Island.

Arbejdstilrettelæggelse
Overlægerne indgår i et ligestillet fagligt team, som planlægger arbejdsfordelingen mht. vagt, arbejde på operationsgangen og intensivafdelingen. Der er i øjeblikket 4 overlægestillinger i anæstesi på Bráðdepilin. Arbejdet er tilrettelagt som dagtjeneste med efterfølgende vagt fra bolig. Der er i øjeblikket ikke ansat yngre læger på Bráðdepilin. Vi har KBU læger i fokuseret ophold og studerende i klinisk ophold.

Referencer
Overlægen refererer til den ledende overlæge.

Kvalifikationer
Vi søger en fagligt dygtig speciallæge med bred anæstesiologisk uddannelse, der har lyst til konstruktivt at indgå i et teamsamarbejde omkring patienter der skal opereres og behandles på vores intensiv afdeling.

Af dig forventer vi følgende
- Speciallæge i anæstesiologi
- Kan samarbejde med alle faggrupper
- Har arbejdserfaring
- Er fagligt inspirerende og initiativrig
- Har lyst til formidle viden til andre på afdelingen
- IT kvalifikationer
-

Vi tilbyder:
- En spændende og dynamisk arbejdsplads i et tværfagligt miljø
- Et miljø, hvor vi vægter høj faglighed og udvikling
- Selvstændighed og mulighed for stor indflydelse i det kliniske arbejde

Forskning og uddannelse
Centerledelsen ser meget gerne, at forskningsaktiviteten øges, og der vil i et vist omfang kunne afsættes tid til forskning. Det tilstræbes, at der er mulighed for lønnet klinisk ophold på relevante højtspecialiserede afdelinger mindst to uger om året.
Yderligere oplysninger om stillingen fås ved at kontakte ledende overlæge, Elin Jensen, tlf. (+298)304500 lokal 5703, eller (+298) 234553
Løn- og ansættelsesforhold i henhold til overenskomst mellem FAS og Fíggjarmálaráðið (Det Færøske Finansministerium).
Ansøgning med kopi af uddannelses- og autorisationsbeviser, CV m.v. uploades via linket nedenfor.

Ansøgningsfrist 17. februar.

Originale uddannelsesbeviser og anbefalinger skal medbringes ved en evt. samtale.
Læs mere at om Landssúkrahúsið og Færøerne på følgende hjemmesider:
www.ls.fo *http://www.visitfaroeislands.*



Verðlaunahafar og formaður Félags íslenskra lyflækna og fulltrúi dómnefndar. Davíð O. Arnar, Rósa B. Þórólfsdóttir, Þórður Páll Pálsson, Kristján Torfi Örnólfsson, Arnar Jan Jónsson, Margrét Birna Andrésdóttir og Þórður Harðarson.

Verðlaun á Lyflæknaþingi

Unglæknar og læknanemar voru verðlaunaðir fyrir framúrskarandi vísindaerindi á þingi Félags íslenskra lyflækna sem fór fram í desember.

Í hópi læknanema kepptu til úrslita Kristján Torfi Örnólfsson og Þórður Páll Pálsson og bar Kristján sigur úr býtum. Erindi hans bar heitið *Lýðgrunduð rannsókn á ættlægni Primary biliary cholangitis á Íslandi.* Titill erindis Þórðar var *Nýrnaígræðslur á Íslandi: Þættir sem hafa áhrif á græðlingsstarfsemi einu ári frá ígræðslu.*

Úr hópi unglækna voru þau Rósa B. Þórólfsdóttir og Arnar Jan Jónsson valin til að kynna sín erindi og keppa um verðlaun. Erindi Rósu var svo valið besta erindi unglæknis á þinginu en það heitir *Mislestursstökkbreyting í PLEC geni eykur áhættu á gáttatifi.* Erindi Arnars nefndist *Algengi langvinns nýrnasjúkdóms áætlað út frá reiknuðum gaukulsíunarhraða: Lýðgrunduð rannsókn* Auk viðurkenningarskjals voru veitt verðlaun að upphæð kr. 100.000 fyrir fyrsta sætið og kr. 50.000 fyrir annað sætið. Peningaverðlaunin voru veitt úr Verðlaunasjóði í læknisfræði sem Árni Kristinsson og Þórður Harðarson veita forstöðu.

DEILDARLÆKNIR

Laus er til umsóknar staða deildarlæknis við Sjúkrahúsið Vog. Starfshlutfall er 100% en hlutastarf kemur til greina. Staðan er laus nú þegar eða eftir samkomulagi.

Helstu verkefni og ábyrgð
Þátttaka í daglegri læknisþjónustu á Sjúkrahúsinu Vogi og öðrum starfsstöðvum SÁÁ. Þetta felur m.a. í sér vaktskyldu, samskipti og þjónustu við sjúklinga og þverfaglega samvinnu.

Hæfniskröfur
Að hafa lokið kandídatsári og hafa almennt lækningaleyfi. Góð færni í mannlegum samskiptum og skipulögð vinnubrögð.

Umsóknarfrestur til 20. febrúar 2017.

Kjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands.

Umsóknum skal skilað á Sjúkrahúsið Vog, Stórhöfða 45, 110 Reykjavík, eða í tölvupósti á saa@saa.is

Nánari upplýsingar veitir Þórarinn Tyrfingsson, forstjóri, s. 824 7600, netfang: thorarinn@saa.is



Lyfjaskömmtun, tækni og öryggi

Lyfjaver er fyrst á Íslandi með stafrænt myndeftirlit í vélskömmtun

LYFJAVER
APÓTEK + LYFJASKÖMMTUN

SUÐURLANDSBRAUT 22 + SÍMI 533 6100 + LYFJAVER.IS

Um miðjan desember héldu læknadeild og Félag læknanema ráðstefnu um læknanám hérlendis í 140 ár. Þar stigu margir á stokk og meðal annarra var Margrét Guðnadóttir veirufræðingur og heiðursfélagi Læknafélags Íslands. *Læknablaðið* fór þess á leit við hana að fá að birta hér ræðu hennar af þessu tilefni.

Hálf öld með veirum, og fleirum

Margrét Guðnadóttir

veirufræðingur

Það hefur verið ævintýri líkast að fylgjast með þróun veirufræðinnar síðustu 60 árin. Veirurnar, þessa örsmáu agnir, sem smugu gegnum fínustu síur og engin leið var að rækta með aðferðum bakteríufræðanna, en ollu samt illvígum smitsjúkdómum og jafnvel drepsóttum í mönnum og dýrum.

Veirurnar eru eiginlega ræningjar. Þær geta ekki fjölgað sér nema þær komi sér inn í lifandi frumu og geti stolið þaðan því sem þær sjálfar vantar til að geta búið til sín eigin efni og notað þau í næstu kynslóð af veirum.

Ævintýrin í veirufræðinni byrjuðu árið 1949 þegar dr. John Enders, sýklafræðingur sem vann á barnaspítala í Boston, ræktaði fyrstur manna mænusóttarveirur í tilraunaglösum. Á barnaspítalanum hafði hann greiðan aðgang að forhúð af gyðingastrákum sem höfðu nýlega verið umskornir. Hann náði að rækta frumur úr forhúðinni í tilraunaglösum og sýkja þær síðan með sýnum frá mænusóttarsjúklingum.

Dr. Enders og tveir samstarfsmenn hans, þeir Weller og Robbins, fengu Nóbelsverðlaunin í læknisfræði fljótlega eftir birtingu þessara ræktunartilrauna. Með þeim höfðu þeir í raun opnað allar gáttir til ræktunar manna- og dýraveira og bóluefnagerðar gegn þeim skæðustu. Bóluefnagerð hófst eiginlega strax á eftir, en af öðrum og annars staðar í landinu.

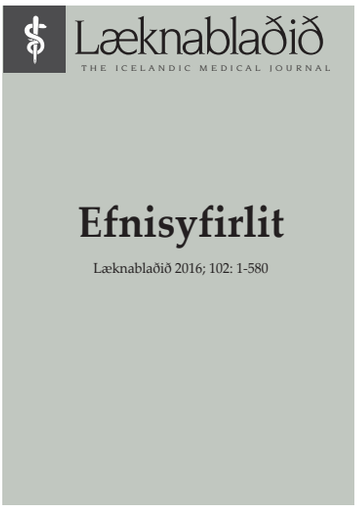
Mænusótt var þá tiltölulega nýr lömunarsjúkdómur og hegðun hennar undarleg. Sýkillinn olli flestum lömunum í löndum þar sem hreinlæti og hagur fólks var með besta móti. Þar sem aðstæður voru miklu verri varð hennar lítið sem ekkert vart. Norðurlönd og Norður-Ameríka fengu á sig flesta sjúklingana. Nú vitum við að það skiptir miklu máli hvort sjúklingur sýkist seint eða snemma á ævinni. Þeir sem sýkjast seint eru líklegri til að fá lömun, sérstaklega ef þeir lenda í striti og vosbúð rétt eftir smit.

Árin 1950-1955 þróuðu og prófuðu Bandaríkjamenn dautt mænusóttarbóluefni ræktað í apafrumum, sem reyndust mjög nærmar fyrir sýkingunni. Hver skammtur af bóluefni veitti vörn gegn öllum þremur ættum mænusóttarveira. Tilraunirnar tókust vel, og þetta bóluefni var tekið í almenna notkun í Bandaríkjunum 1955. Árangurinn var ótrúlega góður.

Efnisyfirlit ársins 2016

Einsog venja er með tímarit hefur hverjum árgangi *Læknablaðsins* fylgt ítarleg efnisskrá og höfundaskrá brotin um í stærð blaðsins, allt frá árinu 1915. – Þrátt fyrir rekjanleikann í nútímanum og skipulagsgáfu netsins og gúglsins halda flest blöð þessari skráningu enn við lýði, - enda geta net framtíðarinnar rifnað, excelskjöl hrunið og rafmagn orðið fallvalt. Efnisyfirlit blaðsins fyrir árið 2016 liggur nú fyrir inni á heimasíðunni, efst í árganginum.

Áhugasamir lesendur geta fundið hverja örðu í öllum tölublöðum árgangsins þarna inni, - lista yfir höfunda, listamenn sem eiga verk á kápunni, sérgreinahöfunda og þarna eru tíunduð þau fylgirit sem *Læknablaðið* gaf út á árinu.





Margrét Guðnadóttir veirufræðingur á málþingi sem haldið var 16. desember síðastliðinn í Öskju, húsi Háskóla Íslands við Sturlugötu. Myndina tók Kristinn Ingvarsson.

Árin 1951-1955 var ársmeðaltal lamaðra af mænusótt í Bandaríkjunum talið 37.864 sjúklingar. Árið 1958 aðeins 3301 sjúklingar og ársmeðaltal áranna 1970-1975 var 15 sjúklingar á ári.

Svíar og Danir bjuggu til sín mænusóttarbóluefni á sama hátt. Bæði löndin töldu hvort hjá sér um 1500 lömunarsjúklinga á ári á tímabilinu 1950-1955. Enginn lamaður sjúklingur fannst í þessum löndum tímabilið 1971-1975.

Hér á Íslandi gekk mænusótt á 10 ára fresti í grimmum faröldrum framan af 20. öldinni. Sá síðasti gekk árið 1955. Þá voru skráðir hér 833 mænusóttarsjúklingar, þar af 133 lamaðir og tvö dauðsföll. Bólusetning byrjaði 1957. Síðan hefur enginn mænusóttarsjúklingur greinst hér.

Um 1960 tókst að veikla lifandi mænusóttarveirur af öllum þremur ættstofnunum. Þessar veikluðu veirur hafa síðan verið notaðar víða í bóluefni með góðum árangri.

Á síðustu árum hefur Heilbrigðisstofnun Sameinuðu þjóðanna staðið fyrir herferð gegn mænusótt. Árangurinn var mjög góður og áður en styrjaldirnar sem nú geisa í arabaheiminum hófust voru aðeins þrjú lönd í heiminum með mænusóttarsjúklinga á skrám og sú sótt greinilega í útrýmingarhættu. Mögulegt var að mænusóttin færi eins og bólusóttin fór 1977, þegar síðasti sjúklingurinn fannst, eftir að Sameinuðu þjóðirnar fóru í margra ára bólusetningarherferð gegn henni.

Eftir góða frammistöðu við fyrstu ræktun mænusóttarveira var dr. Enders á sama stað í Boston og fór að reyna að veikla mislingaveiru. Þar lagði hann grunninn að því góða mislingabóluefni sem notað er í dag og kemur í gang langvarandi mótefnamyndunum. Mislingar eiga mikla sök á ungbarnadauðanum víða um lönd og bóluefnið veitir langvarandi vörn gegn þeim.

Bóluefni gegn rauðum hundum varð til með svipuðum aðferðum fáum árum síðar.

Bólusetning er besta sóttvörnin

Bólusetningar eru varanleg vörn gegn mörgum skæðum smitsjúkdómum sem annars gætu valdið alvarlegu heilsutjóni eða dauðsföllum.

Árum saman hafa Íslendingar haft greiðan aðgang að vönduðum bóluefnum gegn mörgum illvígum sjúkdómum, bóluefnum sem hvert einasta ungbarn í landinu hefur átt kost á að fá í ungbarnavernd eða heilsugæslu í skólum.

Eldri kynslóðir sem þekktu afleiðingar af sýkingum eins og barnaveiki, kíghósta, mislingum og mænusótt fóru með börn sín í bólusetningu nær undantekningarlaust. Nú eru foreldrar ekki eins vakandi og vara sig ekki á smithættunni sem óbólusett börn og unglingar geta lent í fyrirvaralaust á ferðalögum eða dvöl í öðrum löndum, jafnvel löndum eins og Bretlandi, Ítalíu og Spáni. Mislingar hafa stungið sér niður víða í Evrópu á síðustu árum, að ekki sé minnst á lönd þar sem heilsugæsla er vond og ekkert gert. Það er of seint að byrja að bólusetja þegar barnið er orðið veikt af sjúkdómi sem hægt er að verjast.

Eftir bólusetningu byrjar sá bólusetti strax að mynda mótefni gegn sýklinum og geyma í sér minnisfrumur sem vakna af dvala og ráðast á sýkilinn með öllu sem þær geta framleitt til að verjast árásinni. Þetta gerir þann bólusetta öruggan þó að einhver sýktur sé í nágrenninu. Vörn eftir bólusetningu er varanleg og mynduð af þeim bólusetta sjálfum.

Povl Riis - minning

Danski læknirinn Povl Riis, yfirlæknir og prófessor í meltingarsjúkdómum, lést 2. janúar þá nýlega orðinn 91 árs.

Povl Riis var sérfræðingur í meltingarsjúkdómum og um árabil yfirlæknir og prófessor á Gentofte- og síðar Herlev-sjúkrahúsinu í Kaupmannahöfn. Fyrir utan starf við sérfræðigrein sína sinnti hann margs konar verkefnum á sviði læknisfræðilegra rannsókna og siðfræði á því sviði og raunar fleiri sviðum. Povl Riis var aðalritstjóri danska læknablaðsins um árabil, sat í ritstjórn norræna læknablaðsins *Nordisk Medicin*, var formaður vísindasiðanefndar Danmerkur og sat í Vancouver-hópnum sem er alþjóðlegur vettvangur ritstjóra læknatímarita.

Á þingum meltingarlækna árið 1968 í Reykjavík og Prag kynntust danskir og íslenskir starfsbræður og síðar enn nánar á slíku þingi í Kaupmannahöfn þegar Povl bauð Íslendingunum heim. Hann hafði þá áður komið hingað til lands með fjölskyldu sína í sumarleyfi og Íslandsáhuginn var vakinn. Ávöxtur þessara kynna urðu áratuga faglegt samstarf og vinátta sem enn stendur með næstu kynslóðum.

Faðir minn, Tómas Árni, var á þessum árum í fræðslunefnd læknafélaganna og fékk hann Povl til að fara fyrir hópi danskra lækna sem komu hingað með námskeið í nokkur skipti um og uppúr 1970. Snerust þau um tölfræði og fleiri hagnýt atriði er varða læknisfræðilegar rannsóknir. Nokkrum árum síðar tók Povl þátt í ráðstefnu Læknafélags Íslands þar sem meðal annars var fjallað um endurskoðun á siðareglum lækna. Á þessum árum fékk ég gjarnan það hlutverk að sækja Povl á Keflavíkurflugvöll og koma honum í gistipláss, fyrstu árin í Norræna húsinu sem þá stóð til boða í þessu norræna samhengi. Síðar var yfirleitt gist í



Hótel Hvassaleiti þar sem var bækistöð fyrir boð og þaðan var gert út í ferðalögin sem urðu mörg. Ef þau komu bæði hjónin voru ferðirnar tvær því á þeim árum var regla þeirra að fara aldrei saman í flugferð þar sem fjögur börn þeirra voru að vaxa úr grasi.

Íslandsferðirnar urðu fljótlega blanda af vinnu og orlofi og með nokkuð nákvæmri talningu fer nærri að ferðir Povls séu um 60 talsins, sú síðasta árið 2013. Povl var óþreytandi að fræða börn sín um allt sem var áhugavert um Ísland. Reyndi hann mjög að gera þau að Íslandsvinum, sem tókst að miklu leyti þó að þau hafi ekki komist í hálfkvisti við hann í þeim efnum. Þau ferðuðust öll mikið um sveitir og óbyggðir með íslenskum vinum og mismunandi samsettur hópur Dana og Íslendinga fór einnig í margar ferðir á erlendri grundu.

Ritstjórnir læknablaðanna á Norðurlöndum hittust reglulega og ræddu fagleg málefni. Örn Bjarnason, ritstjóri *Læknablaðsins*, vildi efla útgáfuna og styrkja og átti hauk í horni þar sem Povl Riis var. Þróaðist samstarf læknafélaganna við forlag danska læknafélagsins þannig að á fundi norrænu ritstjóranna hérlendis 1978 varð úr að danska læknaforlagið tæki að sér auglýsingasölu fyrir Læknablaðið. Um leið var samið um prentun blaðsins þar ytra og komst á regluleg útgáfa blaðsins og fjárhagurinn styrktist. Þetta samstarf gekk í allmörg ár en síðan var prentunin flutt heim aftur og auglýsingasalan sömuleiðis. Einnig átti Povl Riis sinn þátt í að Danir styrktu uppbyggingu Nesstofu, húss Bjarna Pálssonar landlæknis á Seltjarnarnesi. Povl var kjörinn heiðursfélagi Læknafélags Íslands árið 1978 og var sæmdur fálkaorðunni árið 2012.

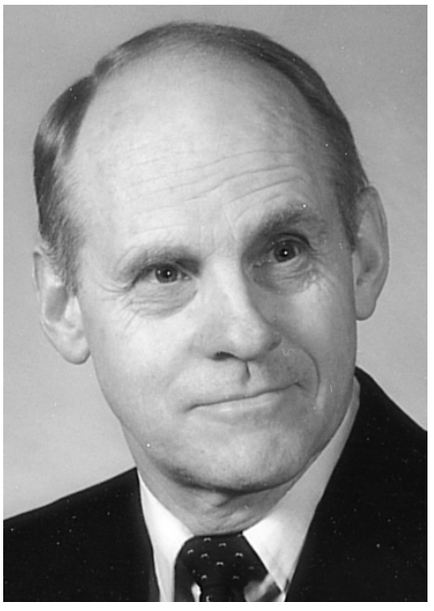
Auk ástríðunnar fyrir Íslandi hafði Povl mikinn áhuga á málefnum Grænlands og Færeyja og norrænum samskiptum á breiðum grunni. Mætti trúlega kalla þetta áhuga á norðurslóðum þó að það hugtak hafi varla verið komið á blað á þeim árum. Povl var húmanisti og lét sér fátt mannlegt óviðkomandi. Dönsk heilbrigðisyfirvöld fólu honum margvísleg verkefni með setu í nefndum og ráðum og þannig starfaði hann um árabil með Ældres Forum, samtökum um málefni eldri borgara í Danmörku, og fjallaði um þau málefni í ræðu og riti. Þá tók hann mikinn þátt í umræðu um siðfræði á breiðum grunni, sótti kirkju í sínu hverfi, var tónlistarunnandi og átti það til að þýða stöku kafla í kirkjutónlist Bachs. Kona hans var Else, grunnskólakennari, en hún lést árið 1997. Börn þeirra eru fjögur og eru barnabörnin orðin 14 og barnabarnabörn þrjú.

Jóhannes Tómasson *upplýsingafulltrúi innanríkisráðuneytisins og fyrrum ritstjórnarfulltrúi Læknablaðsins*
johannes.tomasson@irr.is

In memoriam

Tómas Árni Jónasson

5. október 1923 – 5. nóvember 2016



Foreldrar Tómasar voru Jónas Tómasson, bóksali, organisti og tónskáld á Ísafirði (1881-1967) og Anna Ingvarsdóttir húsfreyja (1900-1943). Tómas fæddist og ólst upp á Ísafirði og var elstur þriggja bræðra, en hinir voru Ingvar víóluleikari og hljómsveitarstjóri (1927-2014) og Gunnlaugur Friðrik bóksali (1930).

Tómas kvæntist 14. júlí 1946 Önnu Jóhannesdóttur f. á Seyðisfirði 30. október 1924. Börn þeirra eru 1) Jónas tónskáld, f. 21. nóvember 1946, maki Sigríður Ragnarsdóttir tónlistarskólastjóri, f. 31. október 1949. Börn þeirra a) Ragnar Torfi, maki Tinna Þorsteinsdóttir og eiga þau tvö börn, b) Herdís Anna, c) Tómas Árni. 2) Jóhannes upplýsingafulltrúi, f. 28. febrúar 1952, maki Málfríður Finnbogadóttir verkefnastjóri, f. 21. janúar 1954. Börn þeirra a) Helgi, sambýliskona Hildur Bjarnadóttir, barn þeirra Elsa María, og fyrir átti Helgi Jóhannes, b) Anna, maki Ragnar Björn Ragnarsson (þau skildu), börn þeirra Sara Björk og Einar Björn, c) Þórdís, maki Brynjar Valþórsson, sonur þeirra Valþór Hrafnkell, fyrir átti Þórdís Ísar Ágúst og Salvöru Móeiði, 3) Haukur tónskáld, f. 9. janúar 1960, maki Ragnheiður Elísdóttir læknir, f. 22. nóvember 1966. Börn þeirra a) Hulda Kristín, b) Anna Soffía. 4) Guðrún Anna píanókennari, f. 20. mars 1962, maki Leon van Mil tónlistarkennari, f. 5. júlí 1960.

Tómas Árni varð stúdent frá Menntaskólanum á Akureyri 1943 og lauk kandídatsprófi frá læknadeild HÍ 1951 og hlaut sérfræðileyfi í lyflækningum, sérstaklega meltingarsjúkdómum 1957. Að loknu kandídatsári og starfi sem héraðslæknir í Súðavíkurlæknishéraði 1953 hélt hann til sérfræðináms í Bandaríkjunum. Var hann fyrsta árið aðstoðarlæknir á lyflækningadeild Duke University Hospital í Durham í Norður-Karólínu og síðan á lyflækninga- og meltingarfræðadeild Henry Ford Hospital í Detroit í Michigan árin 1954-1957. Var sérfræðingur á Landakotsspítala 1957 til 1993 og heimilislæknir í Reykjavík 1957 til 1962. Einnig stundaði hann sérfræðistörf á eigin stofu til 1996. Hann var prófdómari í lyflæknisfræði við embættispróf við læknadeild HÍ 1966-1974 og lektor og síðar dósent í meltingarfræðum árin 1973 til 1989. Árið 1962 hóf hann að kynna sér nýjungar í meltingarlæknisfræðum með námsdvöl í Kaupmannahöfn, Gautaborg, á Englandi og síðar Erlangen í Þýskalandi og var meðal fyrstu lækna hér á landi til að rannsaka og greina meltingarsjúkdóma með myndatökum í meltingarvegi.

Tómas Árni var virkur í félags- og trúnaðarstörfum á sviði heilbrigðismála, var formaður Læknafélagsins Eirar, gjaldkeri og formaður Læknafélags Reykjavíkur, Félags íslenskra lyflækna, Félags meltingarfræðinga. Þá sat hann í stjórn Krabbameinsfélags Reykjavíkur 1973-1988, var formaður 1978-1988 og var varaformaður Krabbameinsfélags Íslands 1980-1988. Hann var félagi í alþjóðafélagi meltingarsérfræðinga, Bockus International Society of Gastroenterology frá 1972 og sat í stjórn þess árin 1980-1984. Einnig sinnti hann ýmsum nefndarstörfum fyrir Landakotsspítala, læknasamtökin, læknadeild HÍ og heilbrigðisráðuneytið. Þá skrifaði hann greinar varðandi sérgrein sína í innlend og erlend tímarit. Tómas Árni sat í heiðursráði Krabbameinsfélags Íslands frá 1990, var kjörinn heiðursfélagi Krabbameinsfélags Reykjavíkur 1994. Hann hlaut riddarakross hinnar íslensku fálkaorðu árið 1990. Hann var formaður fræðslunefndar Landakotsspítala 1968-1970, fræðslu- og námskeiðsnefndar Læknafélags Íslands og Læknafélags Reykjavíkur og hann var formaður Læknafélags Íslands árin 1974-1978. Hann vann ásamt vini sínum Povl Riis og fleiri dönskum læknum að uppbyggingu framhaldsmenntunar íslenzkra lækna og endurreisn útgáfustarfsemi læknafélaganna og verður gerð grein fyrir því síðar, í tengslum við aldarafmæli Dansk-Islandsk Samfund. Sjötugur að aldri var Tómas Árni kjörinn heiðursfélagi Læknafélags Íslands.

Önnu, börnum og barnabörnum þeirra Tómasar Árna, sendi ég samúðarkveðjur okkar Áslaugar.

Örn Bjarnason *læknir og fyrrum ritstjóri Læknablaðsins*
ornbjarnason47@gmail.com

Þróunarmiðstöð Heilsugæslunnar

Emil Lárus Sigurðsson
heimilislæknir á Heilsugæslunni Sólvangi og prófessor í heimilislækningum við Háskóla Íslands

Jón Steinar Jónsson
heimilislæknir í Garðabæ og lektor í heimilislækningum við Háskóla Íslands

Oddur Steinarsson
heimilislæknir og fráfarandi framkvæmdastjóri lækninga við Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins

oddur.steinarsson@heilsugaeslan.is

Þórarinn Ingólfsson
heimilislæknir í Efra Breiðholti og formaður Félags íslenskra heimilislækna

Umtalsverðar breytingar hafa orðið á heilbrigðisþjónustu og viðfangsefnum hennar undanfarna áratugi. Smitsjúkdómar eru á undanhaldi en tíðni ósmitbærra sjúkdóma (*noncommunicable diseases*) eykst hlutfallslega og þar með vægi þeirra í heilbrigðisþjónustunni. Lífslíkur aukast og fjölsjúkum einstaklinum fjölgar, sérstaklega í hópi aldraðra. Spítalainnlagnir eru styttri en áður og meðferðarmöguleikar í nærumhverfi einstaklinga mun meiri. Þetta sýnir dæmi frá Ängelholm í Svíþjóð þar sem teymi læknis og hjúkrunarfræðings sem studdi heimahjúkrunarsjúklinga fyrirbyggði komur á bráðamóttökur í 94% tilfella og innlagnir í um 73% tilfella á fyrstu 6 starfsmánuðum sínum.

Alþjóðastofnanir eins og Alþjóðaheilbrigðisstofnunin (WHO) og OECD benda á að hlutfallsleg áhersla sé of mikil á annars og þriðja stigs heilbrigðisþjónustu á Vesturlöndum í dag. Efling frumþjónustunnar er lykilatriði að mati WHO til að mæta þeim áskorunum sem heilbrigðisþjónustan stendur frammi fyrir með hækkandi hlutfalli eldri borgara og breyttri sjúkdómsmynd. Bætt mönnun heilsugæslunnar, samræming, samhæfing, fjölgun fagstétta og þar með betra aðgengi að þjónustunni eru þau atriði sem leggja þarf áherslu á, og að efla heimaþjónustu og heimahjúkrun.

Til þess að styðja við svona uppbyggingu er að mati okkar nauðsynlegt að byggja upp þróunarmiðstöð fyrir heilsugæslu á landsvísu og aðra nærþjónustu á Íslandi. Grunnur að slíkri miðstöð, Þróunarsvið (ÞS), hefur verið starfandi frá árinu 2009 innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins (HH). Innan hennar eru einingar sem leiða uppbyggingu og styðja við þjónustu heilsugæslustöðva innan HH en þróunarsviðið hefur einnig að nokkru leyti stutt faglega við heilsugæslu og heilbrigðisstofnanir í landinu. Innan ÞS er umsjón með sérnámi í heilsugæslu auk vísinda- og þróunarstarfs. Þetta þróunarsvið hefur verið fámennt og liðið fyrir niðurskurð undanfarin ár. Sem dæmi má nefna að ekki hefur verið ráðinn yfirmaður þar eftir að framkvæmdastjóri þess sagði upp störfum 2014. Klínískur lyfjafræðingur er kominn á eftirlaun og er í tímavinnu nú. Ekki hefur verið fjölgað kennslustjórum í samræmi við vöxt sérnámsins og fleira mætti nefna sem betur þyrfti að fara.

Nýtt samræmt greiðslu- og gæðakerfi tók gildi fyrir heilsugæslur á höfuðborgarsvæðinu nú um áramótin. Að baki því er kröfulýsing með gæða- og þjónustukröfum sem fylgja þarf eftir, endurskoða og bæta. Slík kröfulýsing mun væntanlega taka gildi fyrir alla heilsugæslu í landinu innan nokkurra ára. Mikilvægt er að kennsla, þróunar- og vísindastarf verði eflt innan heilsugæslunnar á höfuðborgarsvæðinu en ekki síður á landsbyggðinni. Þessir þættir eru afar þýðingarmiklir fyrir þá grunnþjónustu sem heilsugæslunni er ætlað að sinna. Því er mikilvægt að stofnuð verði Þróunarmiðstöð heilsugæslunnar (ÞH) sem myndi sinna ofangreindu hlutverki. Nauðsynlegt væri að ÞH yrði sem mest sjálfstæð, sinnti öllu landinu og að þar yrði beitt þverfaglegri nálgun. Miðstöðin gæti verið staðsett innan Heilsugæslu höfuðborgarsvæðisins, en þá þyrfti að tryggja sjálfstæði hennar með reglugerð og að yfirmaður hennar hefði faglegt sjálfstæði. Þetta þarf að gera

SÉRFRÆÐILÆKNIR

Laus er til umsóknar staða sérfræðilæknis við Sjúkrahúsið Vog. Starfshlutfall er 100% en hlutastarf kemur til greina. Staðan er laus nú þegar eða eftir samkomulagi.

Helstu verkefni og ábyrgð
Þátttaka í daglegri læknisþjónustu á Sjúkrahúsinu Vogi og öðrum starfsstöðvum SÁÁ. Þetta felur m.a. í sér vaktskyldu, samskipti og þjónustu við sjúklinga, kennslu og þverfaglega samvinnu.

Hæfniskröfur
Fullgild sérfræðiréttindi.
Góð færni í mannlegum samskiptum og skipulögð vinnubrögð.

Umsóknarfrestur til 20. febrúar 2017.

Kjör fara eftir kjarasamningi fjármálaráðherra og Læknafélags Íslands. Umsóknum skal skilað á Sjúkrahúsið Vog, Stórhöfða 45, 110 Reykjavík, eða í tölvupósti á saa@saa.is
Nánari upplýsingar veitir Þórarinn Tyrfingsson, forstjóri, s. 824 7600,
netfang: thorarinn@saa.is

til þess að tryggja jafnræði allra þeirra starfsstöðva sem Þróunarmiðstöðin hefði með að gera. Þar yrði tenging við háskólana, kennslumál, rannsóknir, bættar lyfjaávísanir, innleiðingu gæðavísa og verkferla, og fleira.

ÞH myndi taka við verkefnum ÞS, starfsfólki og starfseiningum. ÞH yrði fjármögnuð með sér sérstakri fjárveitingu og sjálfstæði tryggt með reglugerð. Þar yrði fagráð með einum fulltrúa frá Embætti landlæknis, einum frá hverri heilbrigðisstofnun og einum frá sjálfstætt starfandi heilsugæslum.

Ráða þyrfti faglegan yfirmann ÞH með yfirgripsmikla reynslu af stjórnun, vísindarannsóknum og þróunarverkefnum. ÞH yrði faglega sjálfstæð starfseining óháð einni ákveðinni heilbrigðisstofnun en staðsett sem næst klínískri starfsemi heilsugæslunnar og starfandi á landsvísu. ÞH skyldi í samvinnu við Embætti landlæknis, menntastofnanir og stjórnvöld stuðla að samræmdu verklagi fagfólks á heilsugæslustöðvum, vinna að eflingu, gæðaþróun og framförum í heilsugæslu. Setja þyrfti á fót lyfjanefnd innan ÞH sem fylgdist með lyfjanotkun og ynni að öruggri og skynsamlegri notkun lyfja, meðal annars með gerð lyfjalista fyrir heilsugæsluna í samstarfi við lyfjanefnd Landspítala og erlenda aðila. ÞH bæri ábyrgð á sérnámi í heimilislæknisfræði og heilsugæsluhjúkrun í samvinnu við viðkomandi fagfélög og háskólastofnanir. Efla þyrfti nám á sviði heilsugæslu og setja markmið um mönnun. Þannig væri eðlilegt að setja markmið um að hlutfall heimilislækna af læknum verði 30%, líkt og meðaltalið er í OECD-ríkjunum, en hlutfallið á Íslandi er 16% í dag. Náist það markmið má gera ráð fyrir að mönnunarvandi lækna í heilsugæslu á Íslandi verði úr sögunni.

Til þess að ÞH gæti sinnt markmiðum sínum yrði að fjölga stöðum og gera ráð fyrir fjármagni fyrir tímabundin þróunar- og rannsóknarverkefni. Hægt væri að færa starfsmenn tímabundið til í því skyni að sinna ákveðnum verkefnum. Til að mynda gæti læknir á heilsugæslustöð unnið í 20% starfi tímabundið að verkferlum varðandi sykursýkismóttökur eða önnur aðkallandi gæðaþróunarverkefni. Með þessu móti væri hægt að fá inn klíníska starfsmenn í gæða- og rannsóknarverkefni í heilsugæslu án þess að þeir fari úr sínum daglegu störfum, en það er mikilvægt til að stuðla að góðri tengingu við grunnstarfsemina.

Með því að stíga þessi skref sem hér hafa verið tíunduð væri hægt að efla og bæta heilsugæslu og aðra nærþjónustu á landsvísu sem skilaði sér í skilvirkari starfsemi með allt aðra möguleika til fást við þá stöðugu gæðaþróun sem þarf að eiga sér stað í nútímaheilbrigðisstofnun. Þetta eru að mati okkar nauðsynleg skref til þess að íslensk heilsugæsla og heilbrigðisþjónusta verði heildstæðari og geti orðið meðal bestu heilbrigðiskerfa í Evrópu, í árangri og að gæðum.



▼Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.

Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. Astellas Pharma Europe B.V., Holland. ATC flokkur: G04BD12

Samantekt á eiginleikum lyfs – Styttur texti SPC

Heiti lyfs: Betmiga 25 mg og 50 mg forðatöflur. **Virk innihaldsefni og styrkleikar**: Hver tafla inniheldur 25 mg eða 50 mg af mirabegroni. **Ábendingar**: Meðferð við einkennum, þ.e. bráðaþörf, aukinni tíðni þvagláta og/eða bráðaþvagleka sem geta komið fyrir hjá fullorðnum sjúklingum með heilkenni ofvirkrar þvagblöðru. **Frábendingar:** Mirabegron má ekki nota hjá sjúklingum með ofnæmi fyrir virka efninu / virku efnunum eða einhverju hjálparefnanna og ekki hjá sjúklingum með verulegan háþrýsting sem ekki hefur náðst stjórn á og er skilgreindur er sem slagbilsþrýstingur ≥180 mm Hg og/eða þanbilsþrýstingur ≥110 mm Hg. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is** *Markaðsleyfishafi:* Astellas Pharma Europe B.V., Sylviusweg 62, 2333 BE Leiden, Holland. *Dagsetning síðustu samþykktar SPC sem þessi stytti texti byggir á:* 31. mars 2016. *Leyfilegt hámarksverð í smásölu í janúar 2017:* Forðatöflur, þynnupakkning 30 stk: 25mg kr. 7.322, 50mg kr. 7.322, ; 90 stk: 25mg kr. 19.104, 50mg kr. 19.104. Forðatöflur, glas 90 stk: 50 mg kr. 19.104. *Ávísunarheimild og afgreiðsluflokkar:* R *Greiðsluþátttaka:* G. *Nánari upplýsingar um lyfið fást hjá umboðsaðila á Íslandi sem er:* Vistor hf., Hörgatúni 2, 210 Garðabæ, Sími: 535-7000. Ath. textinn er styttur. Sjá nánari upplýsingar á vefsíðunni: www.serlyfjaskra.is.

Eliquis (apixaban) 2,5 mg og 5 mg filmuhúðaðar töflur.

Ábendingar: Eliquis 2,5 mg: Forvörn gegn bláæðasegareki (VTE) hjá fullorðnum sjúklingum sem hafa gengist undir valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti. **Eliquis 2,5 mg og 5 mg**: Forvörn gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá fullorðnum sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (non-valvular atrial fibrillation, NVAF) ásamt einum eða fleiri áhættuþáttum, svo sem sögu um heilablóðfall eða tímabundna blóðþurrð í heila (transient ischaemic attack, TIA), aldur ≥ 75 ára, háþrýstingi, sykursýki eða hjartabilun með einkennum (NYHA flokkur ≥ II). Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum (DVT) og lungnasegareki (PE), og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki hjá fullorðnum**. Skammtar og lyfjagjöf**: *Forvörn gegn bláæðasegareki (VTEp): valfrjáls mjaðmarliðskipti eða hnéliðskipti:* Ráðlagður skammtur af apixaban er 2,5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring. Fyrsta skammtinn á að taka 12-24 klst. eftir að skurðaðgerð lýkur. Læknar þurfa að íhuga hugsanlega kosti segavarnarforvarnar gegn bláæðasegareki fyrr sem og hættu á blæðingu eftir skurðaðgerð þegar tími lyfjagjafar er ákveðinn innan þessa tímaramma. *Valfrjáls mjaðmarliðskipti:* Ráðlögð meðferðarlengd er 32-38 sólarhringar. *Valfrjáls hnéliðskipti:* Ráðlögð meðferðarlengd er 10-14 sólarhringar. *Forvörn gegn heilablóðfalli og segareki í slagæð hjá sjúklingum með gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum (NVAF):* Ráðlagður skammtur af apixaban er 5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring. *Skammtaminnkun:* Ráðlagður skammtur af apixaban er 2,5 mg til inntöku, tvisvar sinnum á sólarhring hjá sjúklingum með gáttatif ótengt lokusjúkdómi (NVAF) og a.m.k. tvo eftirtalinna þátta: aldur ≥ 80 ára, líkamsþyngd ≤ 60 kg eða kreatínín í sermi ≥ 1,5 mg/dl (133 míkrómól/l). Meðferðin er til langframa. *Meðferð við segamyndun í djúplægum bláæðum, meðferð við lungnasegareki og forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki (VTEt):* Ráðlagður skammtur af apixaban til meðferðar við bráðri segamyndun í djúplægum bláæðum og meðferðar við lungnasegareki er 10 mg til inntöku tvisvar á sólarhring fyrstu 7 dagana (hámarks dagskammtur: 20 mg), en eftir það 5 mg til inntöku tvisvar á sólarhring (hámarks dagskammtur: 10 mg). Samkvæmt fyrirliggjandi meðferðarleiðbeiningum ætti takmörkuð tímalengd meðferðar (ekki skemmri en 3 mánuðir) að byggja á skammvinnum áhættuþáttum (t.d. nýlegri skurðaðgerð, áverka, rúmlegu). Ráðlagður skammtur af apixaban sem forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki er 2,5 mg til inntöku tvisvar á sólarhring (hámarks dagskammtur: 5 mg). Þegar lyfið er notað sem forvörn gegn endurtekinni segamyndun í djúplægum bláæðum og lungnasegareki ætti að hefja meðferð með 2,5 mg skammti tvisvar á sólarhring að lokinni 6 mánaða meðferð með apixaban með skammtastærðinni 5 mg tvisvar á sólarhring, eða meðferð með öðru segavarnarlyfi. Tímalengd heildarmeðferðar skal vera einstaklingsbundin og ákveðin að undangengnu ítarlegu mati á ávinningi meðferðar og hættu á blæðingum. *Skipt um lyf:* Skipta má úr segavarnarlyfi til inndælingar yfir í Eliquis (og öfugt) við næsta áætlaðan skammt. Þessi lyf ætti ekki að gefa samtímis. *Skipt úr meðferð með K-vítamín hemli (Vitamin K antagonist, VKA) yfir í Eliquis:* Þegar skipt er um meðferð úr K-vítamín hemli (VKA) í Eliquis á að hætta notkun warfaríns eða annarra VKA-lyfja og byrja að nota Eliquis þegar INR-gildi (international normalised ratio) er orðið < 2,0. *Skipt úr Eliquis yfir í meðferð með K-vítamín hemli:* Þegar skipt er um meðferð úr Eliquis í K-vítamín hemil (VKA) á að halda áfram að nota Eliquis í a.m.k. 2 daga eftir að meðferð með VKA-lyfi er hafin. Eftir samhliða notkun Eliquis og VKA-lyfs í 2 daga á að mæla INR áður en næsti áætlaði skammtur af Eliquis er tekinn. Halda á áfram að nota Eliquis og VKA-lyfið samhliða þar til INR er orðið ≥ 2. *Rafvending (gáttatif sem ekki tengist hjartalokusjúkdómum):* Sjúklingar mega vera áfram á apixaban þegar rafvending er gerð. *Lyfjagjöf:* Til inntöku. Eliquis á að gleypa með vatni, með eða án matar. Fyrir sjúklinga sem ekki geta gleypt töflurnar heilar, má mylja Eliquis töflurnar og blanda í vatn, 5% glúkósalausn eða eplasafa eða við eplamauk og gefa strax til inntöku. Að öðrum kosti má mylja Eliquis töflurnar og blanda í 60 ml af vatni eða 5% glúkósalausn og gefa strax um magaslöngu. Muldar Eliquis töflur eru stöðugar í vatni, 5% glúkósalausn, eplasafa og eplamauki í allt að 4 klst. **Frábendingar**: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Virk blæðing sem hefur klíníska þýðingu. Lifrarsjúkdómar sem fylgir blóðstorkukvilli og blæðingarhætta sem hefur klíníska þýðingu. Vefjaskemmdir eða kvillar ef það er talið vera áhættuþáttur fyrir verulegri blæðingarhættu. Þar með talið nýlegur eða virkur sárasjúkdómur í meltingarvegi, illkynja æxli með mikilli blæðingarhættu, nýlegir áverkar á heila eða mænu, nýleg skurðaðgerð á heila, mænu eða auga, nýleg innankúpublæðing, æðahnútar í vélinda eða grunur um slíkt, slagæða- og bláæðatenging, æðagúlar eða meiriháttar óeðlilegar æðar í mænu eða heila. Samhliða meðferð með öðru segavarnarlyfi, t.d. ósundurgreint (unfractionated) heparín, létt (low molecular weight) heparín (enoxaparin, dalteparin, o.s.frv.), heparín afleiður (fondaparinux, o.s.frv.), segavarnarlyf til inntöku (warfarín, rivaroxaban, dabigatran, o.s.frv.), nema í þeim sérstöku tilvikum þegar skipt er um meðferð með segavarnarlyfjum eða ef ósundurgreint heparín er gefið í skömmtum sem duga til að viðhalda opnum æðalegg í miðlægri bláæð eða slagæð.

Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

Markaðsleyfishafi: Bristol-Myers Squibb/Pfizer EEIG.

Pakkningastærðir og verð 1. október 2015: 2,5 mg 60 stk.: 11.964 kr., 2,5 mg 168 stk.: 33.297 kr., 5 mg 14 stk.: 3.966 kr., 5 mg 100 stk.: 19.880 kr., 5 mg 168 stk.: 33.297 kr.

Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: G.

Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 23. mars 2016.

Sá sem ávísar lyfinu þarf að hafa kynnt sér fræðsluefni (RMP) fyrir lyfið og afhent sjúklingi tiltekið fræðsluefni ætlað sjúklingum (öryggisspjald fyrir sjúklinga) áður en notkun lyfsins hefst. Ef óskað er eftir fræðsluefni eða frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

CHAMPIX (vareniclin) 0,5 mg og ١ mg filmuhúðaðar töflur

Ábendingar: CHAMPIX er notað hjá fullorðnum til að hætta reykingum. **Skammtar**: Ráðlagður skammtur er 1 mg vareniclin tvisvar á sólarhring eftir skammtaaðlögun í eina viku skv. eftirfarandi: Dagur 13: 0,5 mg einu sinni á sólarhring. Dagur 47: 0,5 mg tvisvar á sólarhring. Dagur 8 til lok meðferðar: 1 mg tvisvar á sólarhring. Sjúklingur skal velja dag sem á að hætta að reykja. CHAMPIX meðferð skal venjulega hefjast 12 vikum fyrir þann dag. Meðferð með CHAMPIX skal standa yfir í 12 vikur. Fyrir þá sjúklinga sem eru algjörlega hættir að reykja eftir 12 vikna meðferð má hugleiða 12 vikna viðbótarmeðferð með 1 mg tvisvar á sólarhring til að auka líkur á áframhaldandi reykbindindi. Íhuga skal að leyfa sjúklingum sem ekki hafa getu eða vilja til að hætta snögglega að reykja að minnka reykingarnar smám saman með CHAMPIX. Sjúklingar ættu að draga úr reykingum á fyrstu ١٢ meðferðarvikunum og hætta þeim í lok þess tímabils. Sjúklingar skulu því næst halda áfram að taka CHAMPIX í 12 vikur til viðbótar, sem þýðir að meðferðin varir í alls 24 vikur. Sjúklingar, sem langar til að hætta að reykja en tókst ekki að hætta meðan á fyrri meðferð með CHAMPIX stóð, eða byrjuðu aftur eftir meðferðina, geta haft gagn af því að reyna aftur að hætta að reykja með CHAMPIX. Sjúklingar sem ekki þola aukaverkanir CHAMPIX geta fengið skammtinn minnkaðan niður í 0,5 mg tvisvar á dag, tímabundið eða allan tímann sem lyfjagjöf stendur yfir. Minnka má skammta í 1 mg einu sinni á sólarhring fyrir sjúklinga með svæsna nýrnabilun finni þeir fyrir óþægilegum aukaverkunum. Ráðlagður skammtur fyrir sjúklinga með alvarlega nýrnabilun er 1 mg CHAMPIX einu sinni á sólarhring. Í byrjun skal gefa 0,5 mg einu sinni á sólarhring fyrstu 3 dagana og auka síðan skammtinn í 1 mg einu sinni á sólarhring. Ekki hefur verið enn sýnt fram á öryggi og verkun CHAMPIX hjá börnum og unglingum yngri en 18 ára. CHAMPIX er til inntöku og töflurnar á að gleypa heilar með vatni. CHAMPIX má taka með eða án matar.

Frábendingar: Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is.

Markaðsleyfishafi: Pfizer Limited.

Pakkningar og verð 1. október 2016: Upphafspakkning (0,5 mg 11 stk+1 mg 42 stk): 13.979 kr. 8 vikna framhaldspakkning (1 mg, 112 stk): 24.337 kr. Afgreiðslutilhögun: R. Greiðsluþátttaka: 0. Stytt samantekt á eiginleikum lyfs (SmPC) byggð á SmPC dags. 28. júlí 2016.

Ef óskað er eftir frekari upplýsingum má hafa samband við umboðsaðila: Icepharma hf., Lynghálsi 13, 110 Reykjavík, sími 540 8000.

Colrefuz®
colchicine

Colrefuz 500 míkróg töflur. Virkt innihaldsefni: Hver tafla inniheldur 500 míkróg af colchicini. **Ábendingar:** ***Fullorðnir:*** Meðferð við bráðri þvagsýrugigt. Fyrirbyggjandi meðferð gegn þvagsýrugigtarköstum í upphafi meðferðar með allópúrínóli og þvagsýrulosandi lyfjum. **Skammtar og lyfjagjöf:** ***Fullorðnir:*** *Meðferð við bráðum þvagsýrugigtarköstum:* Taka á 1 mg (2 töflur) í upphafi, fylgt eftir með 500 míkróg (1 tafla) 1 klst. síðar. Ekki skal taka fleiri töflur næstu 12 klst. Eftir 12 klst. má halda meðferðinni áfram, ef þörf krefur með að hámarki 500 míkróg (1 töflu) á 8 klst. fresti þar til einkenni eru horfin. Meðferðarlotu á að ljúka þegar einkenni eru gengin til baka eða þegar tekin hafa verið samtals 6 mg (12 töflur). Ekki skal taka meira en 6 mg (12 töflur) í meðferðarlotu. Þegar meðferðarlotu er lokið skal ekki hefja aðra lotu fyrr en eftir a.m.k. þrjá sólahringa (72 klst.). *Fyrirbyggjandi meðferð gegn þvagsýrugigtarkasti í upphafi meðferðar með allópúrínóli og þvagsýrulosandi lyfjum:* 500 míkróg tvisvar á dag. Lengd meðferðar skal ákveðin eftir að þættir svo sem tíðni kasta, hve lengi þvagsýrugigt hefur verið til staðar og tilvist og stærð þvagsýrugigtarhnúts (tophi) hafa verið metnir. ***Sjúklingar með skerta nýrnastarfsemi:*** Gæta skal varúðar við notkun hjá sjúklingum með væga skerðingu á nýrnastarfsemi. Hjá sjúklingum með miðlungsmikla skerðingu á nýrnastarfsemi skal minnka skammta eða lengja tíma á milli skammta. Hafa skal nákvæmt eftirlit með aukaverkunum colchicins hjá slíkum sjúklingum. Sjá nánar í Samantekt á eiginleikum Colrefuz varðandi sjúklinga með alvarlega skerðingu á nýrnastarfsemi. ***Sjúklingar með skerta lifrarstarfsemi:*** Gæta skal varúðar við notkun hjá sjúklingum með væga/miðlungsmikla skerðingu á lifrarstarfsemi. Hafa skal nákvæmt eftirlit með aukaverkunum colchicins hjá slíkum sjúklingum. Sjá nánar í Samantekt á eiginleikum Colrefuz varðandi sjúklinga með alvarlega skerðingu á lifrarstarfsemi. ***Aldraðir:*** Gæta skal varúðar við notkun. ***Lyfjagjöf:*** Til inntöku. Töflurnar skal gleypa heilar með glasi af vatni. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Sjúklingar með blóðmein. Meðganga. Brjóstagjöf. Konur á barneignaraldri nema notaðar séu öruggar getnaðarvarnir. Sjúklingar með alvarlega skerta nýrnastarfsemi. Sjúklingar með alvarlega skerta lifrarstarfsemi. Ekki skal nota colchicin hjá sjúklingum í blóðskilun vegna þess að ekki er hægt að fjarlægja það með skilun eða blóðskiptum. Ekki má nota colchicin hjá sjúklingum með skerta nýrna- eða lifrarstarfsemi sem taka P glýkópróteinhemil (P gp) eða öflugan CYP3A4 hemil. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Pakkningar og hámarksverð í smásölu** (september 2016): 500 míkróg, 100 stk. 9.879 kr. **Afgreiðsluflokkur:** R. **Greiðsluþátttaka:** G. **Markaðsleyfishafi:** Actavis Group PTC ehf. **Frekari upplýsingar:** www.actavis.is, s: 550 3300. **Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins:** 29. júní 2016. *September 2016.*

Actavis / 619021

Actavis

Bisbetol 5 mg og 10 mg filmuhúðaðar töflur.
Williams & Halls ehf. ATC flokkur: C07AB07.
Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Williams & Halls

Heiti lyfs: Bisbetol 5 mg og 10 mg filmuhúðaðar töflur. **Innihaldslýsing:** Hver 5 mg tafla inniheldur 5 mg af bísóprólólhemifúmarati, sem samsvarar 4,24 mg af bísóprólóli. Hver 10 mg tafla inniheldur 10 mg af bísóprólólhemifúmarati, sem samsvarar 8,49 mg af bísóprólóli. **Ábendingar:** Háþrýstingur. Langvarandi stöðug hjartaöng. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: *Skert nýrna- eða lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með alvarlega skerta nýrnastarfsemi (kreatínínúthreinsun < 20 ml/mín.) og hjá sjúklingum með alvarlega lifrarsjúkdóma er ráðlagt að nota ekki stærri dagskammta en 10 mg af bísóprólólhemifúmarati. *Aldraðir:* Yfirleitt er ekki þörf á því að breyta skömmtum. Ráðlagt er að hefja meðferð á minnsta mögulega skammti. *Börn:* Engin reynsla er af notkun bisóprólóls hjá börnum, því er ekki hægt að ráðleggja notkun þess hjá börnum. Lyfjagjöf: Bisóprólól 5 mg filmuhúðaðar töflur eru til inntöku. Skömmtun skal aðlaga einstaklingsbundið. Ráðlagt er að hefja meðferð á minnsta mögulega skammti. Sumum sjúklingum getur dugað 5 mg á sólarhring. Venjulegur skammtur er 10 mg einu sinni á sólarhring og hámarks ráðlagður skammtur er 20 mg á sólarhring. Töflurnar skulu teknar inn að morgni. Gleypa á töflurnar með vökva og ekki má tyggja þær. Meðferðarrof: Ekki skal stöðva meðferð fyrirvaralaust. Draga skal smám saman úr skömmtum með því að helminga skammt vikulega. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Bráð hjartabilun eða við versnun hjartabilunar sem krefst inndælingar lyfs, sem hafa áhrif á samdráttarkraft hjartans, í bláæð. Hjartalost. Annarrar eða þriðju gráðu gáttasleglarof (án gangráðs). Heilkenni sjúks sínushnútar. Gúls- og gáttarof. Hægsláttur með 60 slög/mín. eða minna í upphafi meðferðar. Lágþrýstingur (slagbilsþrýstingur undir 100 mm Hg). Alvarlegur berkjuastmi eða alvarleg langvinn lungnateppa. Seinni stig teppusjúkdóms í slagæðum útlima og Raynauds heilkenni. Efnaskiptablóðsýring. Ómeðhöndlað krómfíklaæxli. Samhliðanotkun foctafenenins og slutoprids. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 15. nóvember 2016. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í desember 2016:** 5 mg 100 töflur kr. 3.066; 10 mg 100 töflur kr. 4.952. **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.

Bisbetol plus 5 mg/12,5 mg og 10 mg/25 mg filmuhúðaðar töflur.
Williams & Halls ehf. ATC flokkur: C07ABB7.
Samantekt á eiginleikum lyfs – styttur texti SPC.

Heiti lyfs: Bisbetol plus 5 mg/12,5 mg og 10 mg/25 mg filmuhúðaðar töflur. **Innihaldslýsing:** Hver 5 mg/12,5 mg filmuhúðuð tafla inniheldur: 5 mg bísóprólól fúmarat (samsvarar 4,24 mg af bísóprólóli) og 12,5 mg hýdróklórtíazíð. Hver 10 mg/25 mg filmuhúðuð tafla inniheldur: 10 mg bísóprólól fúmarat (samsvarar 8,49 mg af bísóprólóli) og 25 mg hýdróklórtíazíð. **Ábendingar:** Meðhöndlun frumkomins háþrýstings. Samsetta lyfið er ætlað sjúklingum með háþrýsting sem ekki hefur náðst hæfileg stjórn á með bísóprólól fúmarati eða hýdróklórtíazíði einu sér. **Skammtar og lyfjagjöf:** Skammtar: Gefa má samsetta lyfið (bísóprólól fúmarat 5 mg/hýdróklórótíazíð 12,5 mg) sjúklingum með háþrýsting sem ekki hefur náðst hæfileg stjórn á með bísóprólól fúmarati 5 mg eða hýdróklórtíazíði 12,5 mg einu sér. Gefa má samsetta lyfið (bísóprólól fúmarat 10 mg/hýdróklórótíazíð 25 mg) sjúklingum með háþrýsting sem ekki hefur náðst hæfileg stjórn á með bísóprólól fúmarati 10 mg eða hýdróklórtíazíði 25 mg einu sér. Mælt er með að fundinn sé hæfilegur skammtur af hvoru efni fyrir sig. Skipta má beint úr einlyfjameðferð í samsetta lyfið þegar það er talið eiga við, samkvæmt klínísku mati. *Aldraðir:* Engin skammtabreyting er nauðsynleg. Ráðlagt er að hefja meðferð á lægsta mögulega skammti. *Skert nýrna- eða lifrarstarfsemi:* Hjá sjúklingum með væga til miðlungs mikið skerta lifrarstarfsemi þarf ekki að breyta skömmtum. Engu að síður er ráðlagt að fylgjast með lifrarstarfsemi. Við væga til miðlungs mikið skerta nýrnastarfsemi dregur úr útskilnaði hýdróklórtíazíð hluta samsetta lyfsins (bísóprólól fúmarats/hýdróklórtíazíðs), og því ætti frekar að nota lægri skammtinn. *Börn:* Öryggi og verkun bísóprólól fúmarats/hýdróklórtíazíðs hjá börnum yngri en 18 ára hefur ekki verið staðfest. Engin gögn liggja fyrir. Lyfjagjöf: Gleypa á filmuhúðuðu töflurnar með vökva, án þess að tyggja þær, með morgunmat. Eftir langvarandi meðferð - sérstaklega ef blóðþurrðarsjúkdómur í hjarta er til staðar - skal draga hægt úr skömmtum bísóprólól fúmarats/hýdróklórtíazíðs (skammturinn helmingaður á 7-10 dögum), þar sem ástand sjúklings getur versnað ef notkun er skyndilega hætt. **Frábendingar:** Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna. Bráð hjartabilun eða vanstarfsemi hjarta sem krefst inndælingar í bláæð með lyfjum sem auka samdráttarkraft hjartans. Hjartalost. Annarrar eða þriðju gráðu gáttasleglarof. Heilkenni sjúks sínushnútar. Gúls- og gáttarof. Hægsláttur með einkennum. Alvarleg form teppusjúkdóms í slagæðum útlima og Raynauds heilkenni. Alvarlegur berkjuastmi eða alvarleg langvinn lungnateppa. Efnaskiptablóðsýring. Þrálát blóðkalíumlækkun. Alvarleg blóðnatríumlækkun. Óeðlileg blóðkalsíumhækkun. Alvarleg nýrnabilun með þvagþurrð eða þvagleysi (kreatínínúthreinsun < 30 ml/mín og/eða serum kreatínín > 159 míkrómól/l). Alvarleg lifrarbilun, þar með talið lifrarfordá og lifrardá. Ómeðhöndlað krómfíklaæxli. Þvagsýrugigt. Brjóstagjöf. **Upplýsingar um aukaverkanir, milliverkanir, varnaðarorð og önnur mikilvæg atriði má nálgast í sérlyfjaskrá – www.serlyfjaskra.is. Dagsetning síðustu samantektar um eiginleika lyfsins (SPC):** 24. nóvember 2016. Athugið að textinn er styttur. Sjá nánar undir upplýsingar á vefsíðunni www.serlyfjaskra.is. **Pakkningastærðir og verð í desember 2016:** 5 mg/12,5 mg 100 töflur kr. 4.120; 10 mg/25 mg 100 töflur kr. 6.470. **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.



Arna Guðmundsdóttir

innkirtlalæknir

formaður Læknafélags Reykjavíkur

arnagu@landspitali.is

Tímabært endurmat

Löngu tímabært endurmat á félagsuppbyggingu lækna og mótun stefnu um endurskipulagningu hennar er framundan. Kerfið okkar er komið til ára sinna svo ekki sé fastar að orði kveðið og flestum sem komið hafa að stjórnarstörfum í einstökum félögum læknastéttarinnar er ljóst að fyrirkomulagið er á margan hátt bæði flókið og þunglamalegt. Þess vegna er vonandi að læknar taki endurskoðunarferlinu ekki einungis fagnandi heldur leggi sitt af mörkum með virkri þátttöku.

Læknafélag Reykjavíkur (LR) var stofnað af 9 læknum þann 18. október 1909 til þess að semja fyrir hönd lækna við Sjúkrasamlag Reykjavíkur. Sú hefð hefur haldist frá stofnun félagsins að samningar sjálfstætt starfandi lækna séu gerðir í nafni þess og sem stendur er í gildi rammasamningur á milli einstakra stofulækna við Sjúkratryggingar Íslands fyrir milligöngu félagsins.

LR hóf útgáfu *Læknablaðsins* árið 1915. Læknafélag Íslands (LÍ) var stofnað þann 14. janúar 1918 og 100 ára afmælið er því framundan í byrjun næsta árs. LÍ sinnir almennum hagsmunamálum lækna og kjaramálum. *Læknablaðið* hefur verið gefið út af LR og LÍ sameiginlega frá árinu 1955.

Eins og hjá öðrum svæðafélögum koma tekjur LR sem ákveðin tíund af félagsgjöldum sem greidd eru til LÍ. Tíundin nemur 10% af félagsgjöldunum sem nú eru 110.000 krónur á ári. Auk þess greiða sjálfstætt starfandi sérfræðilæknar prósentuhlutfall af innkomu sinni í samningasjóð sem er aðskilinn árgjaldinu í bókhaldi félagsins. Sjóðnum er ætlað að standa straum af öllum kostnaði sem félagið hefur af hagsmunagæslu fyrir stofulækna.

Innan vébanda LÍ eru 9 svæðafélög og er LR eðlilega langstærst. Að auki eru nokkur fagfélög lækna aðilar að LÍ en það eru Félag íslenskra heimilislækna, Félag almennra lækna, Félag bráðalækna, og loks Skurðlæknafélagið sem er auk þess sjálfstætt stéttarfélag með eigin samningsrétt. Á aðalfundi LÍ árið 2014 var samþykkt lagabreyting sem gerir félagsmönnum þess kleift að vera í fleiri en einu aðildarfélagi.

Undir lok síðasta árs tilkynntu 108 heimilislæknar að þeir hefðu flutt atkvæðisrétt sinn frá LR til Félags íslenskra heimilislækna. Hið sama gerðu 27 bráðalæknar en þeir fluttu sinn atkvæðisrétt til Félags bráðalækna. Um 50 skurðlæknar fluttu sinn atkvæðisrétt til Skurðlæknafélagsins um leið og lögunum var breytt. Um þessar mundir eru tæplega 840 félagsmenn í LR en af þeim hafa einungis um 650 atkvæðisrétt til að velja fulltrúa á aðalfund LÍ. Ég tel augljóst að þessi breyting sé til þess fallin að auka stéttarvitund og efla samstöðu inni í fagfélögunum og fylgja árgjöldum og atkvæðisrétti þessara félagsmanna LR yfir í Félag íslenskra heimilislækna og Félag bráðalækna góðar óskir.

Um leið vekur þessi nýja staða LR upp ýmsar spurningar. Velta þarf fyrir sér hverja slíkt félag starfar fyrir og hvernig eðlilegast sé að haga hagsmunagæslu fyrir félagsmenn sem hvorki greiða árgjald til félagsins né hafa atkvæðisrétt fyrir hönd þess á aðalfundi LÍ. Er til dæmis eðlilegt að slíkir félagsmenn sitji í stjórn LR?

Í öllum aðildarfélögum LÍ, og einnig í því öfluga félagi, er kominn tími til að spyrja áleitinna spurninga. Hver erum við? Hvert stefnum við? Hvernig er best að komast þangað? Þessum vangaveltum verður ekki frestað. LR er staðráðið í að leggja sitt af mörkum til þessarar krefjandi stefnumótunarvinnu, verða áfram leiðandi afl innan LÍ og standa sem fyrr vörð um hagsmuni sérgreinalækna. Markmiðin verða væntanlega þau sömu en verklagið kann að breytast í takt við nýja tíma og aðstæður. Það getur einungis verið af hinu góða.

Undirritaðri hefur verið falin forysta í þeirri nefnd sem LÍ hefur skipað til að hafa umsjón með fyrrgreindri stefnumótunarvinnu. Í afrakstri hennar má ekki tjalda til einnar nætur. Við þurfum að horfa raunsæjum augum fram á veginn, hugsa í lausnum, bjóða breytingar velkomnar og leggja okkur fram við að útfæra þær með jákvæðum huga. Grundvallarforsendan fyrir því hugarfari er öflug þátttaka sem allra flestra félagsmanna í vinnunni. Niðurstaðan verður að taka mið af ólíkum sjónarmiðum, sætta þau eins og frekast er unnt og hafa á bak við sig traustan meirihluta þess fjölbreytta hóps sem skipar íslensku læknastéttina.

Læknastofur til leigu

Tvær læknastofur eru til útleigu í Læknastöð Vesturbæjar,
Melhaga 20-22, 107 Rvk.
Upplýsingar í síma 5628090 (Helga).

BET-165760-IC 09.2016

Er munnþurrkur umkvörtunarefni sjúklinga með ofvirka þvagblöðru?



Opnaðu umræðu um ofvirka þvagblöðru við þína sjúklinga

- Fyrsti $ß_3$-örvinn við ofvirkri þvagblöðru[1,2]
- Hefur áhrif á öll aðaleinkenni ofvirkrar þvagblöðru[1,2]
- Tíðni munnþurrks sambærileg við lyfleysu[1,2]

Tíðni munnþurrks sambærileg við lyfleysu[1,2]

Betmiga™ ▼
mirabegron

Heimildir: 1. Khullar et al. European Urology 63;(2013):283–295. **2.** Nitti et al. J Urol 2013;189:1388–1395

Sérlyfjatexti á bls. 104

Incruse® – langverkandi múskarínblokki (LAMA) í Ellipta innöndunartæki[1]

Handa fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu (LLT) sem þurfa berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum[1]



* Upplýsingar úr slembiraðaðri, blindaðri samanburðarrannsókn með tvílyfleysu sem stóð í 12 vikur. Aðalendapunktur: lággildi FEV_1 á degi 85 hjá rannsóknarþýðinu (Incruse Ellipta n = 489, Spiriva Handihaler n = 487).

Incruse Ellipta jók lággildi FEV1 frá grunnlínu um 59 ml meira en Spiriva Handihaler (154 ml vs. 95 ml; p<0,001 á degi 85)[2]

Algengustu aukaverkanir Incruse Ellipta sem tilkynnt var um voru nefkoksbólga og efri öndunarfærasýkingar. Eftir gjöf múskarínblokka geta komið fram áhrif á hjarta, svo sem hjartsláttartruflanir, t.d. gáttatif og hraðtaktur, einnig hjá umeclidiniumbrómíði. Því skal gæta varúðar við notkun umeclidiniumbrómíðs hjá sjúklingum með alvarlega hjarta- og æðasjúkdóma, einkum hjartsláttartruflanir.[1]

vistor

INNOVIVA
Incruse Ellipta er þróað í samvinnu við Innoviva Inc.

INCRUSE® ELLIPTA®
(umeclidinium)

Heimildir
1 Samantekt á eiginleikum lyfs fyrir Incruse Ellipta, 2015. **2** Feldman G *et al. International Journal of COPD* 2016:11;719–730.

▼ Þetta lyf er undir sérstöku eftirliti til að nýjar upplýsingar um öryggi lyfsins komist fljótt og örugglega til skila. Heilbrigðisstarfsmenn eru hvattir til að tilkynna allar aukaverkanir sem grunur er um að tengist lyfinu.

Incruse 55 míkróg innöndunarduft, afmældir skammtar

Markaðsleyfishafi
Glaxo Group Limited

Nálgast má upplýsingar um lyfið, fylgiseðil þess og gildandi samantekt á eiginleikum lyfs á vef Lyfjastofnunar, www.serlyfjaskra.is

Innihaldefni
Hver stök innöndun gefur skammt (skammt sem fer í gegnum munnstykkið) sem er 55 míkróg af umeclidinium (jafngildir 65 míkróg af umeclidinium-brómíði). Þetta samsvarar afmældum skammti sem er 62,5 míkróg af umeclidiniumi sem jafngildir 74,2 míkróg af umeclidiniumbrómíði.

Ábendingar
Incruse er ætlað til notkunar sem berkjuvíkkandi viðhaldsmeðferð gegn einkennum hjá fullorðnum sjúklingum með langvinna lungnateppu.

Frábendingar
Ofnæmi fyrir virka efninu eða einhverju hjálparefnanna.

IS/INC/0001/17 – Janúar 2017